

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس



الألم النفسي ونوعية الحياة لدي المصابين بالقصور الكلوي

الخاضعين لتصفية الدم

دراسة عيادية لسبع حالات في المستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو

(مصلحة تصفية الدم)

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم الإنسانية والاجتماعية

تخصص: علم النفس الصحة

تحت إشراف الأستاذة:

- لعباس نصيرة.

من إعداد الطالبة:

- كسراوي شايحة.

السنة الجامعية: 2023-2024م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان



اشكر الله عز وجل الذي أمانني بالصبر على إتمام هذا
العمل كما أتقدم بالشكر والامتنان والتقدير لكل من
ساعطني في إعداد وإتمام هذه المذكرة، واذكر على وجه
الخصوص الأستاذة المشرفة

لعباس نصيرة

على جهودها المبذولة وتوجيهاتها النيرة طوال فترة
إعداد هذه المذكرة كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى جميع
الأساتذة الكرام الذين علموني على أيديهم وأخيرا أوجه تحية
تقدير وإكبار الأساتذة المناقشين

إهداء

أهدي ثمرة جهدي هذا إلى أعمز وتعالى إنسانة في حياتي

، التي أثارته دروبي بنصائحها،

وكانت بحرا حافيا يجري بفيض العجب، والبسمة إلى من زينته حياتي،

بضاء البدر، وشموع الفرح، إلى من منحتني القوة والعزيمة، لمواصلة الدرب،

وكانت سببا في مواصلة دراستي

إلى من علمتني الصبر والاجتهاد، وإلى الغالية على قلبي

إلى روح أمي العزيزة الطاهرة رحمة الله عليهما وأسكنهما فسيح جناته

إلى جدي العزيزة والغالية

إلى أبي العزيز وأخواني حفظهم الله عز وجل وإلى زوجة أخي الكريمة

الذاني كانوا سندا لي طيلة مسيرة الدراسة، خاصة في فترة إعدادي لهذه المذكرة.

وإلى رفقاء المشوار الأتي قاسمتني لحظات إعدادي لهذه المذكرة

رعاهم الله ووفقهم، خاصة، سيلية، رادية، خصبية، ليندة، فاطيمة، أذابييس .

إلى كل من كان لهو أثر على حياتي وإلى كل من أحرمه قلبي

ونسبهم قلبي.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	البسمة
ب	شكر وتقدير
ج	إهداء
د	فهرس المحتويات
هـ	قائمة الجداول و الأشكال
و	ملخص الدراسة
	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة	
5	1- إشكالية الدراسة
9	2- فرضيات الدراسة
9	3- أسباب اختيار الموضوع
9	4- أهمية الدراسة
10	5- أهداف الدراسة
10	6- تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا
الفصل الثاني: الألم النفسي	
13	تمهيد
14	1- تعريف الألم النفسي
15	2- الاتجاهات المفسرة للألم النفسي
20	3- عوامل حدوث الألم
22	4- مظاهر الألم النفسي
45	الخلاصة

فهرس المحتويات

الفصل الثالث: نوعية الحياة	
48	تمهيد
49	1- نشأة وتطور مفهوم نوعية الحياة
50	2- تعريف نوعية الحياة.
52	3- المفاهيم المرتبطة بنوعية الحياة.
53	4- أنواع نوعية الحياة
54	5- أبعاد نوعية الحياة
55	6- مجالات جودة الحياة
56	7- قياس نوعية الحياة
58	8- كيفية تحقيق نوعية حياة جيدة
59	9- معوقات تحقيق نوعية حياة جيدة
59	10- الاتجاهات النظرية لجودة الحياة.
62	الخلاصة
الفصل الرابع : القصور الكلوي المزمن و الغسيل الكلوي	
64	تمهيد
65	1- الكلتيان
72	2- القصور الكلوي المزمن
82	3- الغسيل الكلوي المزمن
86	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	

فهرس المحتويات

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة	
98	تمهيد
90	1-الدراسة الاستطلاعية
90	2-أهداف الدراسة
90	3-منهج الدراسة
91	4-مجالات الدراسة
92	5-تعريف العينة القصدية
92	6-خصائص عينة الدراسة الأساسية
93	7-ادوات الدراسة
102	خلاصة الفصل
الفصل السادس : عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة	
104	تمهيد
105	1-عرض الحالات و تحليلها
105	الحالة الأولى
110	الحالة الثانية
115	الحالة الثالثة

فهرس المحتويات

121	الحالة الرابعة
125	الحالة الخامسة
130	الحالة السادسة
135	الحالة السابعة
146	2-مناقشة و تفسير النتائج
146	خلاصة الفصل
150	الاستنتاج العام
152	خاتمة
أ	قائمة المراجع
ب	قائمة الملاحق

قائمة أهم المختصرات

الصياغات	المختصرات
الصفحة رقم	ص
page	P
تعبير عن كمية الضغط الذي يخبره الفرد	ض
تعبير عن المطالب المدركة	ط
تعبير عن القدرة المدركة	ق
تعبير عن أساليب التعامل مع الضغط	ت

قائمة الجداول و الأشكال

قائمة الجداول:

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
92	خصائص عينة الدراسة الأساسية	1
97	يمثل أبعاد الألم النفسي	2
108	<u>مقياس الألم عند "م"</u>	3
108	<u>عرض نتائج مقياس نوعية الحياة ل "م"</u>	4
112	مقياس الألم النفسي عند "أ"	5
112	عرض نتائج مقياس نوعية الحياة ل "أ"	6
118	مقياس ألم النفسي عند "ع"	7
118	عرض نتائج مقياس نوعية الحياة ل "ع"	8
123	مقياس الألم النفسي ل "و"	9
123	عرض نتائج مقياس نوعية الحياة ل "و"	10
128	مقياس الألم النفسي عند "ف"	11
128	عرض نتائج مقياس نوعية الحياة ل "ف"	12
133	مقياس الألم النفسي عند "فا"	13

133	عرض نتائج مقياس نوعية الحياة ل"فا"	14
138	مقياس الألم النفسي عند "ن"	15
138	عرض نتائج مقياس نوعية الحياة ل"ن"	16
141	يلخص نتائج الحالات المدروسة	17

قائمة الأشكال :

الصفحة	العنوان	الشكل
31	يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقا لنظرية هانزسيلي	1
43	خطوات العلاج في اضطراب القلق	2
67	يمثل رسم تخطيطي لأعضاء الكلية	3
71	يمثل رسم تخطيطي للجهاز البولي	4

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الألم النفسي ونوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

أجريت هذه الدراسة على مجموعة تشمل سبعة حالات (7) من المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضع للغسيل الكلوي. متبعين المنهج العيادي الذي يقوم على أساس دراسة حالة، حيث تم إجراء هذه الدراسة بمصلحة تصفية الدم التابع للمركز الأستشفائي الجامعي "تدير محمد" لولاية تيزي وزو. وهذا بالاعتماد على كل من المقابلة العيادية نصف الموجهة ومقياسي الألم النفسي ومقياس نوعية الحياة الصادر من منظمة الصحة العالمية المطبق على البيئة الجزائرية 2009.

وقد تبين من نتائج هذه الدراسة:

- مستوى الألم النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن خفيف.
- مستوى توعية الحياة التي يعيشها المصابون بالقصور الكلوي المزمن عالي.
- يمكن التنبؤ بإخفاض الألم النفسي عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن الذي يتمتع بنوعية حياة عالية.

Résumé de l'étude :

Cette étude de connaitre le niveau de la douleur psychologique et la qualité de vie des adultes atteints d'insuffisance rénale chronique.

Cette étude a été menée sur un groupe comprenant sept cas adultes atteints d'insuffisance rénale chronique sous dialyse, suivant l'approche clinique basée sur une étude de cas ou cette étude a été menée par le service d'hémodialyse de Centre Hospitalier universitaire (**Nedir Mohammed**) Tizi ousou , et ceci en utilisant à la fois l'entretien clinique semi-dirigé et l'échelle douleur psychologique d'ass21 et mesures de la qualité de vie délivrée par l'Organisation mondiale de la santé applicable à l'environnements algérien 2009.

Les résultats ont montré que :

- Le niveau de la douleur chez les patients souffrants d'insuffisance rénale chronique est léger.
- Le niveau de qualité de vie des patients souffrants d'insuffisances rénale chronique est élevé.
- Il est possible de prédire une diminution des douleurs psychologiques chez les patients souffrants d'insuffisance rénale chronique avec une qualité de vie élevé.

مقدمة

تعمل أعضاء الجسم بشكل متناسق ومتكامل وإصابة أي عضو منها يؤدي إلى اختلال التنسيق الوظيفي للعضوية.

فوظائف أعضاء الجسم كلها يجب أن تكون متعاونة دون طغيان أو تسلط من إحدى هذه الوظائف ودون تقصير في وظيفة منها، وإذا حدث هذا التقصير يكون عادة نتيجة لتلف أو إصابة في العضو المسؤول عن هذه الوظيفة، ما يؤثر على الجسم كله وحتى على انفعالات الفرد النفسية وذلك لما يوجد من علاقة وثيقة بين الحالة النفسية والحالة الجسدية فيصبح الفرد عرضه للكثير من الأمراض تتفاوت درجة خطورتها بحسب العضو المصاب، إلا أن درجة الخطورة تزداد شدة إذا كان العضو من الأعضاء الداخلية للجسم كالقلب، الكبد، البنكرياس وخاصة الكلى فمرض القصور الكلوي يعتبر من أخطر الأمراض التي تصيب الكلى فيؤثر على وظيفتها ويسبب ألما نفسية وجسدية للمصاب فهو عبارة عن توقف عمل الكلى والتدهور التدريجي لوظيفتها ما يؤدي إلى فشل تام في وظائفها وهو ما يستلزم تصفية الدم أو الغسيل الكلوي، فيصبح الفرد عبدا للآلة يتطلب منه أن يكون مربوطا بها لساعات طويلة، بحيث لا يستطيع أن يتحكم بها بل العكس هي التي تتحكم به. لكن عملية الغسيل الكلوي تعتبر حلا مؤقتا لمرضى الفشل الكلوي المزمن لكن لا تعتبر شفاء تاما لهذا المرض إلا أنها تسمح له بالاستمرار في حياته على شرط أن يكون على دراية بمدة الغسيل. هذا الذي يولد للمريض الإحساس بالإرهاق والتعب والعجز وأن الآلة تستنزف قوته. كل هذا سوف يؤثر على حياة المريض ويخفض جودة الحياة لديه فمرضى القصور الكلوي المزمن فئة تحتاج إلى رعاية خاصة، لأن جودة الحياة بمثابة مؤشر هام يمكننا من معرفة مدى جودة الخدمات المقدمة لهم. فحسب المرضى فإن الاهتمام بالحياة لديهم هو تعبير عن اهتمام المجتمع بهم وعدم إحساسهم بالتهميش ونبذهم من طرف أفراد محيطهم. وهذا ما دفعنا إلى دراسة هذا الموضوع الذي تكمن أهميته في معرفة مستوى الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي ومستوى نوعية الحياة لديهم، لتحقيق هذا الغرض قمنا بتقسيم الدراسة إلى جانبين أساسيين هما:

الجانب النظري والجانب التطبيقي أين يشمل الجانب النظري على أربعة فصول وهي:

- الفصل الأول المتمثل في الإطار العام للإشكالية التي تقوم على طرح التساؤلات، الفرضيات، أسباب اختيار الموضوع، الأهداف، الأهمية وتحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا.

- الفصل الثاني يتناول الألم النفسي الذي يحتوي بدوره على تعريفه، نظرياته، أنواعه.
- الفصل الثالث تم التطرق فيه إلى نوعية الحياة من حيث نشأتها، مفهوما والنظريات المفسرة لها وأبعادها.

- الفصل الرابع وقد تم التطرق فيه إلى القصور الكلوي المزمن من حيث تعريفها، أعراضها، أسبابها.

أما الجانب التطبيقي فيشمل فصلين هما الفصل الخامس والفصل السادس:

يتناول الفصل الخامس الإطار المنهجي للدراسة والذي يحتوي بدوره على منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، مكان وزمان إجراء الدراسة، عينة الدراسة وخصائصها، أدوات الدراسة وأخيرا طريقة إجراء الدراسة.

والفصل السادس والأخير خصص لعرض وتحليل نتائج الدراسة لنختم باستنتاج عام ومناقشة وتحليل نتائج الفرضيات وخاتمة.

مجانتي النظرية

الفصل الأول :

الإطار العام للإشكالية

1. إشكالية
2. الفرضيات
3. أسباب اختيار الموضوع
4. أهمية الدراسة
5. أهداف الدراسة
6. تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا

1- إشكالية:

يشكل الإنسان وحدة نفسية جسدية، إذ لا يمكن الفصل بين الجانب الجسمي عن الجانب السيكلوجي، حيث أن أي اضطراب في جانب من هذين الجانبين قد يؤدي اختلال وتدهور الوحدة النفسية الجسدية، فقد تأكدت الوحدة بين الجانب النفسي والجانب الجسدي من خلال عدة اختصاصات منها : علم النفس الفيزيولوجي والطب السيكوسوماتي (لونيس زهير وآخرون، 2018، ص 35) .

يتغير شكل الأمراض عالميا بصورة مستمرة وتمثل الأمراض المزمنة حاليا الأسباب الرئيسية للإعاقات والوفيات بصورة أكبر من الأمراض المعدية، ومن بين هذه الأمراض مرض الفشل الكلوي الذي ينتج في كثير من الأحيان كمضاعفات للإصابة بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم (هالة أحمد وآخرون، 2008، ص 663).

يعتبر مرض العجز الكلوي والذي يؤدي إلى التوقف التام لعمل الكليتين مما يجعل المريض المصاب به أسير لآلة الغسيل الكلوي طول حياته وهذا ما أثار انتباه المختصين في الرعاية الصحية لهذه الفئة من المرضى، لتزايد عدد المصابين به ويواجه المريض بالعجز الكلوي مرضه بمدى واسع من التحديات، بحيث يؤدي هذا الأخير إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالاتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان وفقدان الشهية واضطرابات الجهاز العصبي المركزي وهبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم وهذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى (شيلي تايلور، 2008، ص 614) . إن مرض الفشل الكلوي هو مرض عالمي تعاني منه جميع دول العالم بنسب متفاوتة، فحسب إحصائيات الجمعية الدولية لمرضى الكلى سنة 2008 حوالي 50-60 شخص من كل مليون شخص في العالم يشكو من الفشل الكلوي النهائي الذي يحتاج إلى عملية الغسيل الكلوي أو عملية نقل الكلى (أبشيش حورية ، 2012 ، ص 17) .

وفي الجزائر تقدر نسبة الانتشار حسب السجل الوطني لتصفية الكلى تم إحصاء (23.527) حالة غسيل الكلى، (22.667) متعلقة بتصفية الدم سنة 2018 على مستوى حوالي (380) مركز عمومي بالجزائر، في حين بلغ عدد الأطفال 1500 حالة (<https://www.aps.dz>, 2019) .

فقصور الكلى مرض خطير يؤثر على صحة المريض الجسدية والنفسية وحتى الأفراد المحيطين به خاصة العائلة، وتشخيص الإصابة به يسبب ضيقاً وإجهاداً يدخل المريض في دوامة من الأسئلة التي تتعلق بالمرض وكيفية الشفاء أو بالأحرى التخلص منه، بحيث يصبح غير قادر على مواصلة حياته كما كانت في السابق بسبب ظهور عدة مشاكل في جوانب الشخصية والعائلية حيث وضحت Cicely Saunders بأن معاينة المريض للألم تمس مجموعة الأبعاد (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، الروحية) التي أطلقت عليها مجمل الألم (Shute.C,2013,p20).

وعادة ما تظهر على شكل مشكلات جسدية عديدة كاضطراب الجهاز العصبي المركزي، تغيرات في الوزن، الإسهال والغثيان وفقدان الشهية. أما الأعراض النفسية نذكر منها كثرة التفكير، انخفاض الروح المعنوية، سرعة الغضب (جواد ، 2014 ، ص 15) بالإضافة إلى بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل، الانعزال والوصمة الاجتماعية. وفقدان السيطرة على أحداث الحياة والتغير في القدرة على أداء الأدوار الأسرية والوظيفية. فالتأثير الفردي لهذا المرض له عواقب وخيمة فقد أكدت الدراسات أن مرض القصور الكلوي المزمن يحدث ألم نفسي لدى المريض " فعندما يواجه المريض الألم بالتفاؤل والأمل في الشفاء تزداد المتانة النفسية ويقوى على تحمل الألم ويضعف الإحساس به (البكوش ، 2014 ، ص 133) .

فالصحة النفسية إذا فقدت أصبح الشخص فريسة للألم والأوهام والوسواس والهواجس التي تعيق الفرد على أداء الدور الاجتماعي، فوجدت دراسة (رفيق 2017)، التي هدفت إلى التعرف على الضغط النفسي ونوع إستراتيجيات المواجهة أن 71،93% من المرضى يعانون من ضغط نفسي مرتفع هذا ما يظهر أن مرضى القصور الكلوي المزمن يتميزون بهشاشة نفسية تجعل لديهم القابلية للألم النفسي وحسب (عواد، 2011) فإن مستويات الضغط يمكن أن يكون لها أعراض يخلفها على المريض كالتغيرات العاطفية والقدرات المعرفية .

فقد تكون المعانات النفسية كرد فعل على التشخيص بالمرض، ولكن الكثير منهم تستمر معهم مسببة عبئا إضافيا أثناء العلاج، مما يؤدي إلى صعوبة أكبر في الإدارة والسيطرة على الأعراض وازدياد طول الإقامة بالمستشفى (sharma, 2015)

ومن أبرز الأعراض وأكثرها شيوعا لدى مرضى القصور الكلوي الاستجابة الاكتئابية لأن معظم المرضى يشعرون بالقلق والاكتئاب عن تشخيص المرض ففي دراسة (زواوي سليمان 2011، 2012) التي هدفت إلى التعرف على مستوى القلق ونسبة الاستجابة الاكتئابية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ومعرفة مدى تأثير القصور الكلوي على المريض وقد اعتمد الباحث على عينة من 8 أفراد مصابين بالقصور الكلوي المزمن ومعالجين بالهيموديايز متواجدين بمستشفى الأخضرية وقد توصل إلى إن المصابين يظهرون مشاعر الألم والمعاناة النفسية أثناء تحدثهم عن المرض ما يجعلهم لا يتكيفون مع المرض كما التمسوا عندهم التجنب والكف أحيانا وصعوبة التعبير عن مشاعرهم الحقيقية وكذا استجابة اكتئابية عند المرضى وذلك من خلال ملاحظة التعقيدات السيكولوجية ومن أهم تلك التعقيدات الاضطرابات السوماتية كاضطراب النوم، فقدان الشهية، الأفكار التشاؤمية. (زواوي ، 2001) .

ووجد (schrier HM. Williams2004) أن انتشار الاكتئاب بين مرضى السرطان الثدي وصل إلى ما يقرب 50% في السنة الأولى وانخفض إلى 15% في السنة الخامسة بعد التشخيص وهذه النتيجة تشير إلى الدعم النفسي ضروري للمرضى وكذا نوعية الحياة والعلاقات الايجابية والاستقرار الأسري والاقتصادي. فحسب دراسة (زواوي واخرون، 2016) حول جودة الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي توصلت إلى أن هناك تدهور في جودة الحياة لدى (90%) من المرضى نتيجة لعدة عوامل مختلفة يعيشها المرضى المصابين وبالتالي هذا ما يؤدي إلى احتمال أنه كلما كانت جودة الحياة مرتفعة وتلبية حاجات المرضى متوفرة أحدث ذلك تحسن في الحالة النفسية لديهم.

وحسب دراسة (بوزار يوسف، 2015) حول نوعية الحياة والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى بمستشفى بني مسوس - الجزائر - فوجد أن هناك إختلاف في نوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي مما

ينعكس على ظهور الاستجابة الاكتئابية لديهم فنوعية الحياة الجيدة تؤدي إلى إنخفاض في الاستجابة الاكتئابية أما (فوزية بن كمشي 2013) فاهتمت بإستراتيجية المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن التي هدفت للتعرف على الفروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة، في المستشفى الجامعي " بن فليس التهامي " بباتنة والقطاع الصحي ب (عين تونة) حيث توصلت إلى أنه لا يوجد فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات المواجهة وأن الاستراتيجيات السائدة لدى كلا الجنسين هي المتمركزة حول الانفعال .

وجاءت كل أبعاد جودة الحياة منخفضة لدى كلا الجنسين وحسب دراسة (ليلي وسايح 2018) التي هدفت إلى دراسة حياة المرضى باستعمال سلم جودة الحياة لمرضى الكلى المزمن وتحديد العوامل المؤثرة في هذه الجودة واشتملت العينة على (100) مريض بالقصور الكلوي ب " مراكش"، وتوصلت إلى أن هناك علاقة إحصائية بين الحالة العقلية والعمر والمستوى الدراسي، جودة غسل الكلى وفي التحليل المعتمد المتغيرات وجود أمراض القلب والشرايين ضاعف خطورة جودة الحياة أقل على مستوى الأعراض مضاعفات مرضى الكلى والعمر فوق (60) سنة ضاعف خطورة جودة حياة أقل على العكس تتوفر على العمل هو عامل جودة حياة أحسن على المستوى النفسي وقدم غسل الكلى أكثر من 5 سنوات أثر إيجابيا على جودة حياة المرضى جسديا في الجزائر .

يؤدي الإصابة بالقصور الكلوي المزمن إلى صدمات نفسية ولام نفسية ناتجة عن تغيير نمط الحياة مما يجعله يواجه عدة صعوبات وتجدر الإشارة أنه كلما كان الوسط العائلي والمحيط الاجتماعي غير متفهم للظروف التي يعيشها المريض زاد من جودة المرض ومعاناته (Boudelin,2004 ,p23).

و هذا ما يؤدي بنا إلى احتمال انه كلما كانت جودة الحياة مرتفعة و تلبية حاجات المرضى متوفرة احدث ذلك تحسن في الحالة النفسية لديهم و عدم الوصول إلى الاكتئاب و القلق النفسي الذي يسبب مضاعفات فيزيولوجية و نفسية و هذا ما أدى بنا إلى طرح التساؤلات التالية :

- ما مستوى الألم النفسي الذي يشعر به المصاب بالقصور الكلوي المزمن ؟
- ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ؟

- هل يرتفع الألم النفسي عند المصاب بالقصور الكلوي المزمن الذي يتمتع بنوعية حياة منخفضة؟

2- الفرضيات :

- مستوى الألم النفسي الذي يشعر به المصاب بالقصور الكلوي المزمن مرتفع.
- مستوى جودة الحياة منخفض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .
- يمكن التنبؤ بارتفاع الألم النفسي عند المصاب بالقصور الكلوي المزمن الذي يعاني من نوعية حياة منخفضة .

3- أسباب اختيار الموضوع :

لعل من أهم الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع انتشار هذا المرض وارتفاع عدد المصابين به في السنوات الأخيرة في الجزائر نظرا لما يسببه من عذاب للمريض والأفراد المحيطين به وذلك نتيجة الألم النفسية والجسدية التي ترافقه.

4- أهمية الدراسة :

تبرز أهمية الدراسة في أهمية الفئة التي تناولتها الدراسة وهي فئة مرضى القصور الكلوي المزمن وما تعانيه هذه الفئة من مشكلات صحية وجسدية ونفسية إذ أن تحسين الحالة الجسدية والنفسية والبيئية لمريض القصور الكلوي المزمن بعدا أمرا في غاية الأهمية، لأنه يزيد من تقبل المريض لمرضه ووضعه الصحي وهذا من خلال تحقيق نوعية حياة أفضل لمرضى القصور الكلوي وتكمن أهميتها في :

- فتح المجال لمزيد من الأبحاث والدراسات المستقبلية التي تخص أبعاد هذه المشكلة.

- إن نتائجها وتوصياتها ستكون عون لمرضى القصور الكلوي في وضع برامج إرشادية لهم.

- قلة الدراسات والأبحاث العلمية المحلية التي تطرقت إلى موضوع الألم النفسي ونوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن .

- محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد برامج إرشادية من شأنها أن تسهم في توعية المجتمع بمن هو مصاب بالقصور الكلوي وكيفية معاملته. مما قد يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة لهؤلاء المرضى، وخفض مستوى الألم النفسي لديهم من جهة .

- تعتبر هذه الدراسة فرصة لبعض مرضى القصور الكلوي المزمن للتعبير عما يعانونه من ألم نفسي ولفت الانتباه أكثر لهذه الفئة.

5- أهداف الدراسة :

- هدفنا من خلال هذه الدراسة إلى:
- معرفة مستوى الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .
- معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .
- معرفة العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

6- تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا :

- الألم النفسي :

هو حالة انفعالية غير مريحة تظهر في شكل ضغط، قلق، اكتئاب ومستوى الألم النفسي هو الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة على المقياس، ويتمثل مجموع الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس الألم النفسي في هذه الدراسة.

- **الاكتئاب:** اضطراب وجداني يظهر على شكل مجموعة من الأعراض النفسية كالحزن الشديد واليأس وفقدان الأمل والخمول. ويمثل مجموع الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة الدراسة في مقياس الألم النفسي المستعمل في الدراسة.

- **الضغط:** استجابة تكيف كرد فعل لأحداث خارجية أو موقف يضع الفرد بين مطالب نفسية وجسمية حادة، ويمثل مجموع الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة الدراسة في مقياس الألم النفسي المستعمل في الدراسة.
- **القلق:** هو إشارة إنذار نحو كارثة توشك أن تقع إحساس بالضياع في موقف شديد الدافعية مع عدم التركيز والعجز، عن الوصول إلى حل مثمر، ويمثل مجموع الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة الدراسة في مقياس الألم النفسي المستعمل في الدراسة.
- **نوعية الحياة:** هي قدرة الفرد على إشباع حاجاته الصحية والنفسية كالحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الايجابية والرضا عن الحياة، نعبّر عنها بالدرجة التي تحصل عليها المرضى على مقياس نوعية الحياة. (عبد الخالق أحمد محمد الصادر من منظمة الصحة العالمية) .
- **القصور الكلوي المزمن:** هو فقدان تدريجي لوظائف الكلية المتمثل في عدم تصفية الدم، وبالتالي العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول، إذ نجد المصابين بهذا المرض المزمن يعيشون باقي حياتهم في مستشفى " ندير محمد" عن طريق خضوعهم لحصص تصفية الدم من خلال بالهيموداياليز
- **الغسيل الكلوي:** هي تقنية تهدف إلى إزالة الفضلات والمواد السامة من الجسم وتعويض فقدان عمل الكلى والغسيل الكلوي تستخدم جهازا مع مرسخ صناعي لإزالة الفضلات والسوائل الزائدة من الجسم ويساعد هذا العلاج على التحكم في التوازن الكيماوي في الجسم كما يساعد في التحكم في ضغط الدم ويستغرق المرضى أربع ساعات يوميا في الغسيل الكلوي، وهذا في مستشفى " ندير محمد".

- مرضى القصور الكلوي المزمن : هم المرضى المتواجدون بمستشفى " ندير محمد" والذين يعانون من تدهور تدريجي في وظيفة الكلى، أي تحطيم النهائي الذي يتطور خلال أشهر وأعوام وحينما يصل إلى المرحلة النهائية يتم اللجوء إلى الغسيل الكلوي بانتظام وبشكل مستمر ودائم.

الفصل الثاني :

الألم النفسي

تمهيد

1. تعريفه

2. الاتجاهات المفسرة للألم النفسي وبعض أساليب لتخفيف حدته

3. عوامل حدوث الألم

4. مظاهر الألم النفسي

الخلاصة

تمهيد:

في حياتنا مررنا بالعديد من الصدمات المؤلمة، سواء كانت حوادث أو أمراض عضوية وهنا الألم يمكن لنا معرفة مصدره، وبإمكاننا الحد من أثاره مستقبلا وهذا من خلال المعالجة. على عكس الآلام النفسية فيصعب لنا تحديد مصدرها لأنها تكون نتيجة تراكم العديد من المشاعر السلبية في أنفسنا فمثلا يمكن أن تتمثل في فقدان شخص عزيز علينا أو الاعتداء الجنسي في مرحلة ما، وأيضا يمكن للأمراض المزمنة أن تسبب الألم النفسي للفرد كمرضى القصور الكلوي وهذا ناتج لطبيعة العلاج الذي يتلقونه عند قيامهم بالغسيل الكلوي كل هذه الحوادث تؤثر على نفسية الفرد وحياته اليومية مستقبلا.

وفي هذا الفصل قمنا بإعطاء مجموعة من التعارف للألم النفسي والنظريات المفسرة له حسب علماء النفس. كما بينا أصناف الألم النفسي والمتمثلة في ثلاثة اضطرابات نفسية وهي:

- الاكتئاب،
- الضغط النفسي،
- و اضطراب القلق.

1. الألم النفسي:

1-1 تعريف الألم النفسي:

- **الألم لغة** : أ ل م (الألم الوجع وقد ألم من باب طَرِبَ و(التألم) التوجع و(الإيلام) (الإيجاع) و(الأليم) المؤلم، كالسميع بمعنى المسمع . (الرازي ، 2008 ، ص 363).

يرى (Blynn et all,2011) أن الألم النفسي هو تجربة ذاتية تختلف اختلافا كبيرا عن الألم الجسدي الذي غالبا ما يكون مصدره حوافز مادية ضارة .
 في حين ترى ساندلر (Sandler) بأنه حالة انفعالية ناتجة من عدم توافق بين الصورة المثالية والفعلية للذات وأشارت أيضا إلى أن الألم هو المعاناة. (Tossani,2013).
 في حين يعرفه ع .صادق على أنه خبرة نفسية تجرية، سيكولوجية تشمل على الإحساس بالمعاناة وترتبط بمتاعب الجسد وعذابه . (صادق ، 1984 ، ص26).
 أما أورباخ (Orbach) وزملاؤه فعرفوه على أنه مجموعة واسعة من الخبرات الذاتية التي توصف على أنها إدراك للتغيرات السلبية (براهمية جهاد، ص 46).
 و حسب أندرسون (Anderson 1999) هو ظاهرة بشرية بالغة التعقيد لاتخلو الحياة منها، ومع ذلك تبقى لغزا محيرا في حقل التعامل مع الأحياء من العلماء (Andersson,G.B.1999).
 أما تيومان (Tumlin, 2001) تقول أنه تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة . (Tumlin2001) .

مورس (Morse) وزملاؤه أجمعوا على انه شعور دائم وغير سار لا يمكن تحمله، ناتج عن التحكيم السلبي لعدم القدرة أو القصور الذاتي والناتج عادة عن فقدان شخص ما أو شيء ما

أو الفشل في تحقيق شيء يرتبط ارتباطا وثيقا بحاجة نفسية أساسية (بن سيلت مجدة، 2018، ص 21).

وفي ضوء النموذج المعرفي السلوكي يعرف الألم النفسي بأنه خبرة ذاتية تتضمن أحاسيسنا وانفعالاتنا وأفكارنا وسلوكنا، وبما أن الألم خبرة ذاتية فربما يكون التعريف الأمثل هو ما يخبرنا به المريض. (عبد الله، ص425، 2017). وأجمع David et sako على أن أحسن مفهوم للألم النفسي هو تعريفه كخبرة شخصية بدلا من تعريفه جسديا نفسيا أو اجتماعيا. (David I. Mostofsky, 1997, p03 & Jacob Lomranz).

2. الاتجاهات النظرية المفسرة للألم النفسي وبعض أساليب تخفيف حدته:

لقد تعددت وجهات النظر في تفسير خبرة الألم فالكثير من أرجعها إلى عوامل طبية بحتة، لكن علماء النفس حاولوا توسيع دائرة الفهم العلمي للألم، وإبراز الأبعاد الأخرى الغير العضوية المؤثرة في الألم والاستجابة له حيث حاولوا فحص العلاقة بين الألم والعوامل السيكولوجية المعقدة. وهذا ما سنراه في هذه النظريات:

1-2 نظرية ولب (ope theory) العلاج بالكف المتبادل):

ولد جوزيف ولب سنة 1915 وتلقى تعليمه في جنوب إفريقيا وحصل على الليسانس سنة 1939 وعلى درجة MD سنة 1941 من جامعة ويت ووترستراند ويظل يحاضر في الطب النفسي في الجامعة المشار إليها وخلال المدة بين 1960 و 1965 كان أستاذا للبحث الإكلينيكي في الطب النفسي بقسم العلوم السلوكية بكلية الطب بجامعة تمبل بنسلفانيا بأمريكا (باترسون، 1992، ص 253).

وقد بين ولب الإشرط المضاد وهو إمكانية استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى، ويكون بإحداث استجابة مضادة للاستجابة الإنفعالية المراد محوها بوجود

المثير الذي يستجرها، حيث أن الاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في آن واحد وهذا ما يطلق عليه بالكف المتبادل (Inhibition) (Reciprocal) على سبيل المثال أن الفرد لا يستطيع أن يشعر بالخوف أو القلق وهو في حالة استرخاء، ذلك أن الاسترخاء يكبح هذه الانفعالات. (الخطيب، 1995، ص237).

وقد أشار وولب إلى استعمال ثلاثة طرق لتخفيف التوتر والقلق وهي الاستجابات التأكيدية الواثقة والاستجابات الجنسية واستجابات الاسترخاء فضلا عن استجابات أخرى في بعض الحالات وتشمل استجابات خاصة بالتنفس وتخفيف القلق واستجابات شرطية متصلة بالكفاءة وبالقدرة على التنافس، أما أثناء المقابلة فتستخدم أساليب الاسترخاء ونزع الحساسية والتنفيس واستثارة استجابات انفعالية معينة، ويعتمد اختيار نوع الاستجابات الملائمة على طبيعة المثيرات التي تحدث القلق. فتوتر العضلات الخارجية تكونها حركات لا إرادية مثل الرجفة في الجسم والابتسامة غير الملائمة وتدوير منطقة العين وتزداد دقات القلب ويتعطل نشاط بعض الغدد اللعابية فيجف الريق ويسوء الهضم.

وينصح وولب بتعليمات الاسترخاء التي تبدأ بالذراعين أولاً ثم الرأس فالوجه والرقبة والكتفين ثم الظهر ويليه الصدر وأخيراً الأطراف. (العزة، 1999، ص 94).

وبين الاستجابات التصريحية تستخدم بصورة عامة مع التوتر والقلق الذي يثيره التفاعل اليومي بين الأفراد، وأشار إلى أن معظم السلوك التصريحي الذي يستخدم في الإرشاد النفسي إنما هو سلوك تنفيس عن الغضب والتوتر (باترسون ، 1992، ص 264).

2-2- نظرية بوابة التحكم (Gate Control Theory):

تشكلت هذه النظرية محاولة منها أن تعالج قصور نظرية خصوصية الألم وغيرها من النظريات الفيزيولوجية، عل يدي عالمي النفس الكندي رونالد ميلزك (R.Melzack) والبريطاني باتريك وول (Wall). أطلقا عليها نظرية بوابة التحكم ونشرا أول صياغة لها في

مجلة العلم عام 1965، حيث كتبنا في صدر المقال فحوى النظرية: " إن نظام بوابة التحكم يعدل من المدخلات الحسية الواردة من الجلد قبل قبل أن تستدعي إدراك الألم والاستجابة (Melzack, wall, 1965, p971)

وتعتبر نظرية بوابة التحكم بمثابة تحد لمقولات النظريات الفيزيولوجية، وخاصة نظرية خصوصية الألم، وذلك بتركيزها على الأبعاد العاطفية بنفس القدر من التركيز على الأبعاد العاطفية بنفس القدر من التركيز على الأبعاد الحسية العضوية حيث نهضت النظرية على افتراض رئيسي هو أن المتغيرات النفسية والمعرفية والتي تتأثر بدورها بالعوامل الاجتماعية والثقافية لها تأثير على العمليات الفيزيولوجية المرتبطة بإدراك الألم واستجابة له. (275) (Bendelow, 1993. p)

ترتكز نظرية بوابة التحكم على أن هناك آلية عصبية في منطقة القرون الحسية الظهرية (Dorsal horns للحبل الشوكي Spinal cord) تعمل كبوابة يمكن أن تزيد أو تقلل من تدفق النبضات الحسية من الألياف العصبية الطرفية إلى الجهاز العصبي المركزي، ولذا فإن المدخلات الحسية تكون عرضة للتغيير من جانب البوابة قبل أن تستدعي إدراك الألم والاستجابة له.

إن درجة قيام البوابة بزيادة أو إنقاص الانتقال الحسي لألم لم تتحد بالنشاط النفسي في الألياف العصبية، وبالتأثيرات الآتية من المخ، ولذلك فإن العمليات النفسية كالتوتر والقلق والترقب والخبرات الماضية تمارس تأثيرا قويا في عملية الألم، ولهذا فإن ثمة اهتمام متزايد من جانب النظرية بالمتغيرات النفسية والمعرفية Williams, & Bendelow 141 (1995, p).

وقد قام ميلزك بعد ذلك بتوسيع النظرية وتعديلها في عام 1968، ثم في عام 1982، حيث أضاف أبعاد جديدة، فأعطى اهتماما واعتبار للأبعاد السلوكية التي تطرحها العلوم

الاجتماعية، وساهمت النظرية بشكل كبير في تطور علاجات الألم وآليات تخفيفه.
(Loeser,2001, p54).

وبناء على ذلك يؤكد المدخل السيكولوجي لدراسة الألم على أن الأبعاد الوجدانية والمعرفية والتقويمية تعد أمور جوهرية في تقييم الألم والتخفيف منه فعلاج الألم العضوي بمفرده قد يدع تلك الأبعاد دون حل وربما يؤدي إلى تدعيمها وتفاقمها. إن فهم تأثير الخوف والتوقع والتوتر يمكن أن يساعد الأطباء في التعامل بدرجة أكثر كفاءة مع الألم الحاد، وعلى الرغم من أن أطباء الحالات الحادة قد لا يهتمون بتلك الظروف النفسية، فإنه يمكنهم المساهمة بإحالة المرضى إلى المكان الملائم للعلاج النفسي. (حسين إبراهيم عبد العظيم 2015، ص 207).

إن نظرية بوابة التحكم لا ترى في الإحساس بالألم مجرد عملية عضوية ميكانيكية تسير في خط مستقيم من مناطق الحس بالجلد ثم إلى المخ عبر الحبل الشوكي، ولكنها ترى أن ثمة عوامل خارجية سيكولوجية بالأساس تؤثر في المدخلات الحسية وتشكل ما يشبه البوابة التي تتحكم في مرور النبضات الحسية إلى المخ، وبالتالي تنتقي الآلية الفيزيولوجي لحدوث الألم، ويستجيب الجهاز العصبي للمتغيرات الخارجية .

فإن هذه النظرية لها دور واضح وبارز في لفت انتباه العلماء (وخاصة علماء الاجتماع و الأنثروبولوجيا للأبعاد غير العضوية لظاهرة الألم كما أن ميلزك وول قاما بإجراء دراسات مبينا فيها أهمية تلك العوامل (حسين إبراهيم عبد العظيم 2015، ص 208).

2-3 النموذج المعرفي السلوكي:

قدم هذا النموذج من قبل شارب (SharpT.J) حيث يفترض أن استجابات الأفراد للألم الذين يعانون منه يؤثر بشكل رئيسي على آلامهم وتشمل استجابات الأفراد كل أشكال المعارف (التصورات، الأفكار المرتبطة بالألم وليس فقط السلوك الملاحظ. ومن خلال

النموذج يتضح أن التفاعلات المختلفة يمكن أن تصبح في حد ذاتها عوامل مؤثرة مثلها مثل الضغوط والعجز وبالمثل أيضا فإن الاستثارة الفيزيولوجية ربما تستمر بالرغم غياب المدخلات الحسية العضوية كما أن التجنب والسلوكيات الآمنة تؤدي إلى عدم التأكيد على بقاء المعارف التوكيدية والمعتقدات وفي نفس الوقت فإن القلق والكدر ربما يؤديان إلى بقاء الإثارة اللاإرادية والتي ربما قد تؤدي إلى تقوية المعتقدات بأن هذه الإثارة حقيقية (أي هناك ضرر ما يقع على الشخص)، كما أن القلق والاكتئاب ربما يؤديان بعد ذلك إلى زيادة احتمال وقوع المريض في أخطاء معرفية أو تقديرات سلبية وبالمثل بقاء التجنب والدورة تصبح مستمرة . (بن السيلت ماجدة، 2018، ص25).

ينبغي أن نلاحظ أن هذه المعارف المتعلقة بالألم والمعتقدات يفترض أنها تظهر كنتيجة للتاريخ التعليمي السابق للفرد والخلفية الثقافية له، والتي تكونت معتمدة على الخبرات السابقة مع الألم أو معارف أفراد آخرين يعانون من الألم واعتمادا على كيفية ملاحظة المرضى الآخرين في استجاباتهم للألم أو كيفية ملاحظة المرضى الآخرين في استجاباتهم للألم أو كيفية إدراكهم للألم من منظور ثقافتهم الخاصة فإن هؤلاء المرضى ربما يتعلمون كيفية تفسير أو تقييم الألم بطرق مختلفة (حدان 2015، ص59-62).

2-4- نموذج النظم الثلاثة:

قدم هذا النموذج فورديس 1978 وهو يرى أن النشاط في النظام الفيزيولوجي يدرك على مستوى ذاتي من حيث هو إحساس كالاحتراق أو الوخز) ومن حيث تأثير غير سار مثل الكدر، عدم الراحة. وهو يرى بالإضافة إلى ذلك أن هذا التأثير السلبي يمارس دورا واقعا لسلوك الألم (تعاطي الأقراس مثلا). والذي يهدف إلى توصيل خبرة الألم لأولئك المحيطين بالشخص إلى خفض معاناة الألم. ويقدر البعد عن مستوى الألم، بقدر احتمال زيادة نشاط العوامل الأخرى التي توجد إلى جانب مستوى. النشاط الفيزيولوجي لأن تتضمن في خبرة

الألم مثل ذلك ان المتغيرات الاجتماعية والحضارية تميل للتأثير في سلوك الألم، ومن هنا فإن الانسجام بين هذه النظم الثلاثة الفيزيولوجية والذاتية والسلوكية يمكن أن يتباين.

(مرزاقه 2009، ص 32).

3. عوامل حدوث الألم:

3-1- المعتقدات المتعلقة بالألم:

يظهر الكثير من المرضى الذين يعانون من الألم أنواعا مختلفة من المعتقدات بأسباب ودلالة الألم، والأساليب العلاجية الملائمة له وهذه المعتقدات ليست شخصية ولكنها يمكن أن تكون مقتبسة من الثقافة التي يعيش فيها المريض، وغالبا ماتكون خاطئة وغير توافقية. ففي دراسة على مجموعات مختلفة من مرضى الألم وجد أن المرضى الذين أرجعوا آلامهم إلى التعرض لصدمة أو إصابة ما أظهروا مستويات مرتفعة من شدة الألم والكر الانفعالي ومستويات مرتفعة من تدخل الألم في أنشطة حياتهم وذلك عند مقارنتهم مجموعة من الأفراد الذين أرجعوا آلامهم إلى عوامل وأسباب مبهمة على الرغم من عدم وجود فروق موضوعية، كما وجد أيضا أن المجموعة التي أرجعت المرض أو الألم إلى أسباب صدمية كان الأطباء يصفون لهم مسكنات، وذلك بشكل أكثر من المرض الذين لم يرجعوا آلامهم إلى أسباب صدمية . (حدان، 2015، ص35).

3-2- الفعالية الذاتية:

قدم بان دورا عدد من النقاط الهامة للطرق التي يمكن للفاعلية الذاتية أن تؤثر بها على الألم وعلاجه وذلك على النحو التالي:

- الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن مهارات، ومعلومات تساعد في إدارة آلامهم والاستمرار في الأنشطة بالرغم من الألم.

- الشعور بالفاعلية الذاتية يقلل من توقعات الكدر، التوتر الجسدي والقلق وذلك يؤثر بشكل إيجابي في تخفف الألم.
- الأفراد الذين لديهم معتقدات قوية في فعاليتهم الذاتية يميلون إلى النظر إلى المثيرات غير السارة على أنها ليست خطيرة وذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى الألم الذي يعانون منها . (حدان 2015، ص54-55).

3-3- العوامل الثقافية:

اهتم الكثير من الباحثين بدراسة تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية على إدراك الألم المزمن والحاد ، وأشارت نتائج الكثير من الأبحاث إلى أهمية الدور الذي تلعبه هذه العوامل في تشكيل وفهم خبرة الألم، فالأبعاد الثقافية وخاصة البعد الخاص باعتقادات الجماعات العرقية، يؤثر في كيفية إدراك الفرد واستجاباته للأعراض التي يعاني منها . (حدان، 2015 ، ص56).

3-4- العوامل الدينية:

قدم أيمي وآخرون (Amy et al) عدد من الافتراضات التي تتعلق بكيفية تأثير الدين والمعتقدات الدينية واستراتيجيات التغلب الدينية على الألم، حيث أشار إلى أن هناك خمسة (5) عناصر أساسية يمكن من خلالها للعوامل الدينية أن تؤثر الأم هي:

- يلجأ الأفراد إلى الغزو الديني لمشكلاتهم من أجل أن يجدوا معنى وسبب للألم الذي يعانون منه، والرض في إطار ديني ربما يؤدي إلى الراحة وقوة العزيمة هذا الألم سيجعلني قوي وسيزيد علاقتي بربي والعكس قد يبدو صحيحا أيضا فتكوين إعزاءات دينية سلبية لماذا أنا دون باقي الناس" يمكن أن يؤدي إلى ضعف المعنويات والقنوط، ويؤدي إلى نتائج صحية سيئة.

أن زيادة التحكم و الفعالية الذاتية من خلال الإعزاءات الدينية المتعلقة بقدرة الشخص على أن يتحكم بفعالية في المواقف التي يتعرض لها قد تحسن القدرة على التوافق مع الألم والعجز المرتبط به، وتشجع على استخدام استراتيجيات التغلب على الإيجابية.

- أن الصلاة وقراءة النصوص الدينية يمكن أن تفيد كوسيلة لتشتيت الانتباه بعيدا عن إحساس الألم، وذلك يؤدي إلى زيادة القدرة على تحمل الألم. المشاركة النشطة في العبادات مع الجماعات ربما يعتبر وسيلة فعالة لإتاحة الفرصة أمام المريض للحصول على الدعم الديني، والجماعي فلقد وجد أن المشاركة في العبادة مع جماعة يعتبر من أكثر العوامل تنبؤ بكل من الصحة الجسمية والعقلية.

- الاسترخاء التي تؤدي بشكل مباشر إلى تغيير الجوانب الفيزيولوجية للألم، لقد توصل كارلسون وآخرون في دراسة قارنوا فيها بين تكتيكات الاسترخاء والتأمل الديني إلى أن الطلاب الذين شاركوا في برنامج العبادة التأملية أظهروا مستويات منخفضة من القلق والغضب مقارنة بمجموعة تدريبات الاسترخاء. (حدان 2015، ص 56-57).

4. مظاهر الألم النفسي :

1-4 الاكتئاب :

1-1-4 تعريفه:

يعرف الاكتئاب على أنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبّر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (السامراني، 2017، ص 83).

كما عرفت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) بأنه حالة عاطفية سلبية تتراوح ما بين التعاسة ودرجة شديدة من الشعور بالحزن والسوداوية التي تعيق الفرد عن أداء وظائفه

اليومية، قد ترافقها تغيرات جسدية معرفية، اجتماعية منها مشكلات في عادات الأكل والنوم أو الدافعية، صعوبات التركيز واتخاذ القرار (APA، 2015)

كما أن الاكتئاب يعد اضطراباً عصابياً أو ذهانياً حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة وتتسم بالكآبة وتحدث كمحاولة من جانب الفرد لخفض قلقه الحاد. (البديري 2005، ص 35) .

أما الاكتئاب حسب الشربيني قد يكون أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف نصادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية. (الشربيني، ص 17).

4-1-2 النظريات المفسرة للاكتئاب:

أ) النظرية البيولوجية :

تركز هذه النظرية على أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ وبالتالي فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعاً للتغيرات الكيميائية للدماغ، وإن الخلايا العصبية ترسل الرسائل الكهربائية عن طريق الموصلات العصبية المتمثلة في المواد الكيميائية، وعليه فالخلل في الخلايا العصبية أو نقص مقدار المنقول من المادة الكيميائية أو أي خلل وظيفي في عمل خلايا الاستقبال كلها عوامل تسهم بشكل أساسي في الإصابة بالاكتئاب (حمدي الأعظمي، 2013، ص 48).

ب) النظرية التحليلية : (1856-1936) :

جاء عالم النفس الشهير "فرويد" بنظرياته التي أحدثت ثورة كبيرة في مفاهيم الأمراض النفسية، ثم تعرضت هذه النظرية إلى بعض النقد والتعديل فيما بعد، وتقوم نظرية فرويد بالنسبة لمرض الاكتئاب على أنه نتيجة مباشرة لفقد شيء هام بالنسبة للفرد، ونتيجة للضغوط والعوامل المحيطة به، ولقد أدخل "فرويد" للمرة الأولى بعض

المفاهيم مثل تكوين الشخصية من "الأنا" الذي يمثل الواقع، و"الهو" الذي يمثل الغرائز، و الأنا الأعلى الذي يمثل الضمير، وتحدث عن مفهوم الصراع بين هذه المكونات في حالة الصحة والمرض. (الشربيني، 2011، ص 26).

يرى بربرينغ (Brbring) : أن الاكتئاب يحدث نتيجة عجز الفرد عن تحقيق الحاجات أو الطموحات ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ماهي إلا واحدة من ثلاث احتياجات رئيسية أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان والحاجة لمنح الحب ويحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء الآخرين ونتيجة لإحباط لأي حاجة من الحاجات السابقة (براهمية 2018، ص 50).

ت) النظرية المعرفية:

يرى آرون بيك أن نظرية التفكير الخاطئ هي الأصل في نمو الاكتئاب، وأن المكتئبين يرون أن فشلهم يرجع إلى أخطاء فيهم ويضخمون ذلك إلى درجة الاكتئاب. ولقد طور بيك نظريته فيما بعد حيث أرجع الاكتئاب إلى ثلاثة عناصر وهي الطرق السلبية لإدراك الفرد لذاته، والميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية، والنظرة السلبية للمستقبل، وكذا ارتباط هذه العناصر بالبنية المعرفية للفرد، وأن البنية المعرفية تفسر سبب ميل البعض إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو ذاته أو تكوين اتجاهات مؤلمة له بالرغم من إمكانية وجود بعض الجوانب الإيجابية في حياته، والبنية المعرفية هي الطرق أو النماذج المعرفية التي يستخدمها الفرد لتفسير الأحداث وهذه البنية تحدد الطرق التي يبني بها الأفراد خبراتهم) سعاد إبراهيم سلامه، 2011، ص 24).

ث) النظرية السلوكية :

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاكتئاب ناتج عن عدم الاستعمال الأمثل للمعززات وبمعنى آخر أنه إذا لم تتم مكافأة سلوك معين فإن الفرد يتوقف عن أداء ذلك السلوك.

ويصبح غير فعال فينسحب ويصبح مكتئبا. فسكينر ولازاروس يريان أن الإكتئاب ناتج عن حرمان كبير من التعزيزات الإيجابية والدعم الإيجابي فالناس المكتئبون وفقا لهذه النظرية ينسحبون من الحياة لأنهم ليس لديهم حوافز ليكونوا أكثر نشاطا.

4-1-3 أنواع الاكتئاب :

(أ) الاكتئاب العصبي :

ينتج هذا النوع نتيجة الشعور بالذنب والكبت، والتعرض للحوادث المؤلمة، وهو أكثر أنواع الاكتئاب شيوعا ، ويتميز بعدد من الأعراض تشمل المزاج المكتئب الحزين، الشعور بالتعب لأقل مجهود ويسود تفكير المريض التشاؤم والأفكار السوداء، فقدان الأمل، النوم المتقطع مع أحلام مزعجة، ويتميز بحدوث القلق في أول الليل، أعراض جسدية خفيفة مثل ارتفاع ضغط الدم، وفقدان الشهية للطعام.

(ب) الاكتئاب الذهاني:

هو اضطراب ذهني داخلي المنشأ وراثي الجذور يمتاز بالكآبة والبطء النفس الحركي، ويميل إلى التكرار الدوري، وهو لا يكون استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها أو التعرف عليها بالفعل فهو يحدث دون أن تقع حادثة مباشرة أو قريبة ويمتد هذا النوع من الاكتئاب إلى فترات أطول بكثير من فترات الاكتئاب العصبي .

ويتميز بعدد من الأعراض تشمل الهبوط في النشاط الحيوي أو الحركي، القنوط المسيطر، البطء الشديد في العمليات العقلية والجسدية، فقدان الشهية والأرق، والبكاء، وتوهم المرض، واتهام النفس ومشاعر الإثم والهلوسة والهيات التي قد تصل بالمريض إلى الانتحار. (عديلة، حسن طاهر تونسي، 2002، ص45).

يقسم الدليل الإحصائي الاضطرابات العقلية (DSM4) مستويات الاكتئاب حسب حدته وطبيعته الذهنية ومحدداته إلى الأقسام التالية:

- **الاكتئاب البسيط:** وتوجد فيه بعض الأعراض الاكتئابية البسيطة غير معيقة لنشاط الفرد الاجتماعي والمهني.

- **الاكتئاب المتوسط:** وتوجد الأعراض أو بعضها بدرجة متوسطة من حيث تأثيرها على نشاط الفرد.

- **الاكتئاب الحاد:** بلا أعراض ذهنية: أعراض اكتئابية حادة ومعيقة لنشاطات الفرد مع ظهور صلاوات وهلوس ترتبط بموضوع الاكتئاب.

يعتبر الاكتئاب البسيط والمتوسط من أخطر أنواع الاكتئاب، لأنه قد يؤدي بالشخص إلى الانتحار أكثر من الاكتئاب الحاد . (DSM4,1994)

4-1-4- علاج الاكتئاب:

(أ) **العلاج بالعقاقير :** تنقسم العقاقير المضادة إلى:

- **عقاقير منبهة للجهاز العصبي :** مثل مشتقات الفيتامين (المنشطات) ك: ديكسدرين بربلودين، اليدبران وريثالين مكسانون ... وغيرها. وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر وبعث الطاقة الحيوية، إلا أنه قد اكتشفت عدة مضار لهذه العقاقير، وأهمها الإدمان ويضعف مفعول العقار مع طول مدة استخدامه.

- **العقاقير الخفيفة المضادة لاكتئاب :** مثل النياميد والماريلان النارين وتعمل على تغيير كمية الهرمونات العصبية في مركز الانفعال، كما أن لها أعراض جانبية مثل الدوار وانخفاض ضغط الدم وجفاف الحلق وصعوبات التبول مع اضطراب وظائف الكبد وزيادة أو تناقص القدرة الجنسية، وقد يتحول الاكتئاب إلى مرح تحت تأثير هذه العقاقير .

- العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب: مثل عقار التوفرانيل Tofranil، وبيروتوفران Pertofran، أجيلدال Agedal و غيرها. وتفيد هذه المجموعة في الاكتئاب الشديد وتتشابه أعراضها الجانبية مع أعراض العقاقير الخفيفة.

ب) العلاج بالصدمات الكهربائية:

يعتبر من أنجح العلاجات حتى الآن في حالات الاكتئاب خاصة وهي تستعمل الآن بطريقة سليمة على ناحية المخ ولا تحدث نسيانا وهي نافعة في كل حالات الاكتئاب الدوري تقريبا حتى البسيط منها إذا عجزت العقاقير، ولكنها لا تصلح في حالات الاكتئاب العصبي والمزمن المتراكم للقلق، وكما أن توقيتها مهم للغاية فهي تصلح في أول ظهور المرض وقرب نهايته بدرجة أكبر منها في قمة حدة المريض. (عسكر ، 2001، ص 145).

ت) العلاجات النفسية:

- العلاج المعرفي : وهو علاج قصير الأمد يقوم به المعالج يتفاعل مع المريض، ويكلف المريض بالقيام بواجبات منزلية بين الجلسات تهدف إلى دحض وتفنيت الأفكار السلبية اللاعقلانية التي يعتقدونها الشخص واستبدالها بأفكار جديدة عقلانية تقوم على بث الأمل والطمأنينة والدعم الاجتماعي (حسن غانم ، 2006 ، ص 125) . وتسير عملية العلاج حسب وجهة نظر بيك المعرفية:

ضمن خطوات محددة:

- ملاحظة أو مراقبة المريض لأفكاره السلبية.
- تنظيم العلاقة بين الإدراك والسلوك.
- اختيار المريض للدلالات والشواهد حول تفكيره الآلي الهدام.
- إبدال أفكار وطرق تفكير المريض السلبية بأفكار وطرق واقعية. (القمش والمعايطة، 2009، ص 280) .

- العلاج السلوكي : ويستند إلى نظرية التعلم الإشرط) التقليدي والإجرائي قصير الأمد وبصفة عامة والذي يهدف إلى تصحيح أنواع محددة من السلوك الغير مرغوب فيها.

(حسن غانم، 2006، ص 125).

حيث ينصب الاهتمام الرئيسي للمعالج السلوكي على توفير مصادر مختلفة وحقيقية للتعزيز الإيجابي عن طريق تقديم نشاطات توفر فرصا أكبر للتعزيز الإيجابي.(الغمش

والمعايطة، 2009، ص 279).

- العلاج التحليلي : يهدف إلى كشف محتويات اللاشعور وإخضاعها للمحاكم

الشعورية بتقوية الأنا بهدف جعل السلوك مبنيا على الواقع بشكل أكبر وتركز الأساليب التحليلية على إعادة بناء خبرات الطفولة وفهمها ومناقشتها وتحليلها لتطوير مستوى جيد من فهم الذات ثم أحداث التغيير اللازم في بناء الشخصية، أما أهم الأساليب العلاجية فتتضمن التداعي الحر الذي ينفس فيه المكتتب كما يجول في خاطره من أفكار ومشاعر بحيث يتم من خلال هذا التداعي، الكشف عن الرغبات والتخيلات والصراعات والدوافع اللاشعورية لديه وتجميع الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر المكتوبة.

وبالتداعي الحر والأساليب الأخرى مثل تحليل الأحلام، وزلات اللسان والاختبارات الإسقاطية والعلاقة العلاجية نفسها يتم الكشف عن اللاشعور وتفسير السلوك الدفاعي والانفعال والصراع الذي يركز عليه. ومن خلال هذا التفسير يسمح للأنا باستيعاب الأحداث الجديدة المكتشفة اللاشعورية ويحدث الشفاء . (النمش والمعايطة، 2009، ص ص

280-281).

2-4 الضغط النفسي:

4-2-1 تعريفه: يرى "لازاروس" و"فولكمان" (1984) "Lazarus, folkman":

أن الضغط النفسي حالة قلق لدى الفرد وهذا يكون عند تعرضه لمواقف تتجاوز قدراته للتكيف معها وهي أيضا تقدير الفرد لمستوى الخطر. (عيد العدوان ، 2014 ، ص 210).
كما قدم "كوفر" (Cofer, 1964) تعريف للضغط على أنه "الحالة التي يدرك فيها الفرد أن استقراره في خطر وأنه من المستوجب عليه توجيه كل طاقاته لحماية هذا الاستقرار".
(السيد خليفة، 2008، ص 131).

و دخان" يرى أن الضغوط مجموعة من الأفكار والأحداث التي تعطي الفرد إحساس بالتوتر والضييق في نفسيته، كما أن هذه الضغوط تشعر الفرد أن المطالب التي فرضت عليه تفوق قدراته وإمكانيته الموجودة عنده. (بلقاسم شتوان 2016، ص 113).

و زمبرود" يعرفه على أنه "إستجابة محددة أو غير محددة يقوم بها الكائن لحادث يخل بتوازنه أو يتجاوز قدراته على التكيف". (راف الله بوشعراية 2017، ص 5).

و "أتواتر" (Atwater, 1990) يعرفه بأنه "نموذج من الإستجابات الغير محددة والتي يقوم بها الفرد اتجاه المثيرات التي تفقده توازنه (عبد الله السهلي، 1430، ص 17).

أما "زينب" شقير تعرف الضغط على أنه مجمع" من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة، والتي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف قدرته على أحداث الاستجابة المناسبة للموقف، وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفيزيولوجية تؤثر على جوانب شخصية الأخرى". (خالد بن عبد الله العبدلي، 2012، ص 36).

و "أحمد راجح" يقول في الضغط أنه حالة من الفاعلية المؤلمة تنشأ من الإحباط الموصول لدافع أو أكثر من الدوافع القوية (علي أحمد فرح ، 2015، ص 4).

4-2-2 النظريات المفسرة للضغوط النفسية:

(أ) النسق النظري "لهانز سيلبي" (H.Selye):

يعتبر هانز سيلبي مختص في دراسة الفيزيولوجي والأعصاب مما كان له تأثير كبير في تفسير نظريته تفسيراً فيزيولوجياً ويتجلى ذلك من خلال اهتمامه باستجابات الجسم الفيزيولوجي الناتجة عن الضاغطة (stressor)، وقد استخدم سيلبي السم والصدمات الكهربائية على الحيوانات كضواغط في دراسته، كما يرى أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغطة. (الرشيدي، 1999، ص 50).

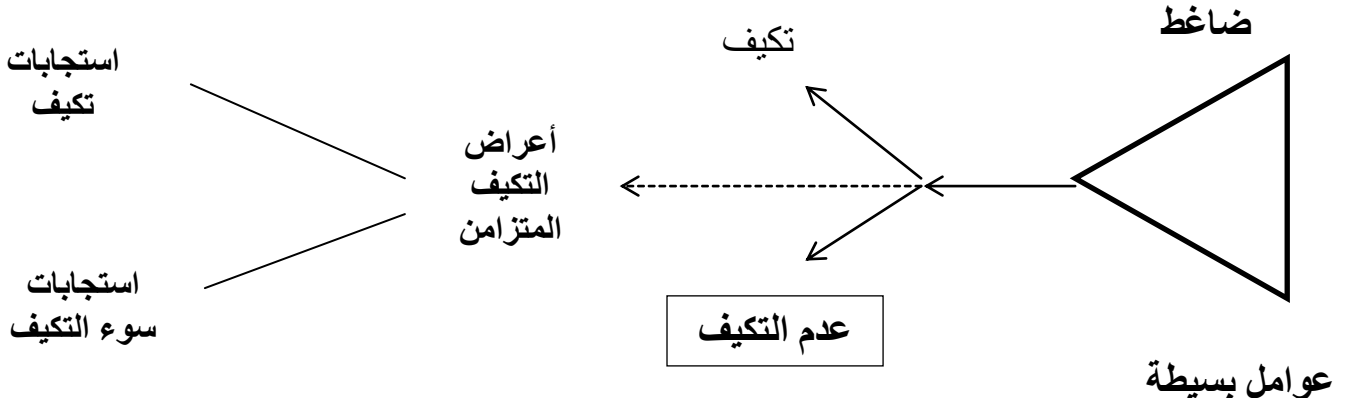
كما أشار سيلبي في نظريته إلى أن أعراض الضغوط النفسية تمر في ثلاثة مراحل وهي كالتالي:

- الإنذار بالخطر : أين يؤدي الضغط إلى تنشيط آليات التوافق وتظهر فيه استجابات الجسم.
- المقاومة : الضغط هنا يؤدي إلى استخدام آليات للتوافق من أجل عودة جسم الفرد إلى حالة الاتزان وذلك بمقاومة مصدر التهديد له نفسياً كان أو جسدياً.
- الإجهاد والاستنزاف: يؤدي الضغط إلى إنهاك آليات التوافق حيث يكون الفرد هنا قابل للإصابة بكل الأمراض نتيجة استنزاف كامل طاقته. (الزيودي، 2007، ص192).

لإنهاء سيلبي نظريته قدم تعريف للضغط على أنه حالة من حالات الكائن الحي التي تشكل أساساً التفاعلات التي يبدي فيها تكيف أو سوء تكيف.

وفي كتابات لفينوسكوتش Levin et Scotch أوضح أن سيلبي قدم رسم توضيحي

لنظريته:



شكل رقم (1): يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقا لنظرية هانزسيلي

في هذا المخطط يذكر سيلبي أن شدة الاستجابة للضغوط تتحدد عن طريق العوامل الوسيطة، كما أن نوعية الاستجابة تعتمد على نوع عملية التكيف، كما يرى أن التهديد ومواجهة الضغوط يعتمد على النشاط المعرفي للتقييم ولكل تقييم نوع معين من الاستجابة. (الرشيدي ، 1999 ، ص52).

(ب) نظرية ماك جراث (M.Grath1987) :

أعطى جراث تعريفا عمليا للضغط أين يرى أن هناك إمكانية لمعايشة الضغط عند إدراك الفرد موقفا ما على أنه يمثل مطلب يهدد كيانه كأن يتفوق على قدراته وإمكانياته في الوفاء به، وعندما يكون من الضروري أن يفى الشخص هذا المطلب. وقد قام جراث إعطاء هذه المعادلة التالية:

$$\text{ض} = \text{ت} \quad \text{ط} = \text{ق}$$

حيث:

- ض: تعبر عن كمية الضغط الذي يخبره الفرد Amount of stress

- ط: تعبر عن المطالب المدركة Perceived dimand

- ق: تعبر عن القدرة المدركة Perceived capability

- ت: تعبر عن أساليب التعامل مع الضغط Coping

أي أن الكمية التي يعايشها الفرد تكون دلالة على تفوق المطلب الذي يدركه واقعا عليها وعن القدرة التي يدرك أنها لديه أثناء التعامل مع هذا المطلب وأن لأساليب التعامل دور كبير وهام في هذه العلاقة. (العنزي، 2004، ص 28).

ت) النظرية الاجتماعية البيئية ل كارن (Karn):

يعتبر كارن من أبرز رواد هذه النظرية أين ظهرت نتيجة دراسات عديدة، والهدف منها هو توفير إطار نظري للبحث في تأثير العمل على الصحة، واستخدمه العديد من الباحثين كأساس للاستعمال في دراسات متعلقة بالضغط والعمل. والضغط هنا يمثل علاقات شاملة لمجموعة من الظواهر والعمليات التي تحتوي على ستة (6) أقسام مرتبطة بعوامل سببية.

كما أن هذه النظرية تهتم بدراسة العوامل الاجتماعية والتي يعتبرونها الأصل في الإصابة بأي مرض لأنها تمثل ضغوطا كبيرة وهذا ما يؤدي للإصابة بأمراض عقلية. فالنموذج الاجتماعي البيئي يحاول أن يطور نظرية شاملة للصحة النفسية فقد استعمله البعض كأساس تتبع الدراسات بداية من المجهودات التي تتعلق بفهم بيئة العمل الموضوعي، والوصول إلى دراسات الصحة والأمراض ذات علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالضغط، فهذه النظرية ترى أن الأفراد عندما يشعرون بأنهم غير قادرين على مواجهة الضغوط فإنهم يمرون بخبرة عدم الراحة المفرطة مما يؤدي بالفرد إلى فقدان المعلومات والمهارات بالموقف الذي يسلكه مثل انخفاض الثقة في النفس. (العبودي فاتح، 2008، ص 21).

ث) النسق النظري لسبيلبرجر (Spielberger 192):

تعتبر نظرية "سبيلبرجر" في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد أسس نظريته في القلق على أساس تمييزه بين القلق كسمة « Trait anxiety » والقلق كحالة State anxiety

ويرى أن للقلق شقين سمة القلق والقلق العصبي أو المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي مما يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرات السابقة وقلق الحالة هو قلق موضوعي أو موقفي ويعتمد على الظروف والمواقف الضاغطة ، وعلى هذا الأساس يربط "سبيلبرجر" بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطا مسببا لحالة القلق ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلا. كما قام "سبيلبرجر" بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة الضاغطة على أنها خطيرة ومهددة والتي تعد سببا لحدوث القلق، كما ميز بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد من حيث أن الضغط يشير إلى الاختلافات في العوامل البيئية التي تتميز بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة تهديد فهي تشير إلى التفسير الذاتي لموقف معين على أنه خطير أو مخيف. (السيد خليفة - علي عيسى، 2008، ص152) .

ج) نظرية الضغط لزاروس (Lazarus, 1966) :

أو كما تسمى نظرية التوافق بين الشخص والبيئة. من رواد هذه النظرية نجد ريشارد لازاروس (Richard Lazarus 1966) وفيها يشير إلى تقدير العمليات المعرفية لمواجهة متطلبات الفرد والمفهوم الأساسي له.

ولازاروس يرى أن تقييم التهديد يتمثل في رابطة بين البيئة التي تحيط بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط أي أن هذا التقييم ليس مجرد إدراك للعناصر المكونة لذلك، وهذا من

أجل مقدرة الفرد لفهم وتفسير المواقف الضاغطة، وهذا التقييم يعتمد الفرد على عدة عوامل منها:

- العوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية.

- العوامل المتصلة بالموقف نفسه.

يرى لازاروس أن الضغط يتحدد بمدى مواعة الفرد للعوامل الخارجية، فعندما تكون مصادر الفرد ومعارفه كافية ومناسبة للتعامل مع الضغط الذي يواجهه، ثم يشعر بضغط قليل، أما عندما تكون المصادر والمعارف غير كافية للتعامل مع الضغط إلا ببذل جهد كبير من طرف الفرد فإنه يشعر بمقدار متوسط من الضغط.

أما عندما تكون مصادر الفرد ومعارفه غير كافية لتلبية متطلبات بيئته فيشعر بتعرضه لكم هائل من الضغوط، فإذن الضغوط تنتج عن عملية تقدير الأحداث، وفحص الاستجابات الممكنة لتلك الأحداث ويؤكد لازاروس أن الاستجابة للضغوط النفسية تدخل فيها الفروق الفردية، حيث أن شدة الضغوط تعتمد على إدراك الفرد للموقف الضاغط أو تعامله معه، والذي يراه أنه مهدد لكيانه.

والأفراد هنا يتعرضون إلى نوعين من العوامل الضاغطة:

- **المتطلبات البيئية:** وهي الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية والتي يتوجب عليه هنا التعامل أو التوافق معها، وتكون باستطاعته التعايش والتكيف معها كالأزمات العائلية والوفاة وغيرها. المتطلبات الشخصية وتتمثل في طموحات الفرد وأهدافه، والفعاليات التي يسعى لتحقيقها في حياته كتحقيق مستوى دراسي مرتفع (الزبيدي، بدون سنة، ص7).

كما أشارت هذه النظرية إلى ثلاثة مراحل لردود الفعل المقابلة للضغوط وهي مرحلة الإنكار مرحلة التمثل، مرحلة التكامل.

- **مرحلة الإنكار** : تعتبر حيلة دفاعية تهدف إلى منع ظهور الأحداث في دائرة الوعي أو الشعور وقد تفتقرن بأعراض اكتئابية
- **مرحلة التمثل** : وفيها يتم تمثّل المعلومات والصور المرتبطة بالحدث وتستغرق وقتاً طويلاً، مما يؤدي هذا إلى تأخر ظهور رد الفعل، وقد يظهر مثلاً في الأحلام الليلية المفزعة للفرد.
- **مرحلة التكامل** : هي المرحلة التي تؤدي بالفرد إلى تحقيق التكامل والتوافق. كما أشار لازاروس في هذه النظرية إلى أن ردود الفعل اتجاه الضغوط هي ردود متعلمة من الخبرات السابقة أو الماضية، وقد تؤخر ردود الأفعال هذه صورة من الانسجام والتوافق والعزلة كبديل منطقي لعدم القدرة على التعامل مع هذه الضغوط، كما تصبح المخاوف وحالة القلق نتيجة لإدراك العالم على أنه مصدر تهديد للفرد وأنه لا يمكن ضبطه أو التنبؤ به (محمد عرافي، 1433، ص 23).

4-2-3 أنواع الضغط النفسي:

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيسي الذي تبني عليه بقية الضغوط الأخرى وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى مثل: الضغوط الاجتماعية، وضغوط مهنية وأخرى اقتصادية وغيرها .

(أ) **الضغط النفسي الحالي**: هو نتيجة موقف معين مثل مناقشة أو منافسة وإذا تم التحطم به يصبح فعلاً .

(ب) **الضغط النفسي المتوقع**: وهو مرتبط بدخول امتحان معين وهذا الضغط يكون ضاراً عندما يعطيه الفرد أهمية بالغة.

(ت) **الضغط النفسي الحاد**: هو استجابة الفرد لتهديد فوري مباشر لحياة الفرد، وهو ما يسمى حيث يجد الفرد نفسه في موقف يهدد ولا يستطيع منعه.

ث) **الضغط النفسي المزمن**: هو نتيجة لأحداث منهكة تتراكم مع الزمن بشكل سلسلة من الضغوط المتراكمة. (ماجدة بهاء الدين السيد ، 2008 ، ص 24).

كما أن هناك نوعين آخرين من الضغوط هما:

- **الضغوط الإيجابية**: قد يكون للضغط تأثير إيجابي كذلك أنه أساسي في الحث على التحريض والإدراك، موفرا الإثارة التي يمس إليها الاضطرار إلى الكفاح على قدوم المساواة أو بنجاح حيال الحالات المتحدية، فالتوتر والتتبه ضروريان للتمتع بكثير من مظاهر الحياة، والضغط يوفر أيضا حس الإلحاحية والتهيؤ الذي نحتاج إليه للحياة عندما نواجه حالات مهددة. (سمير شيحاني، 2003 ، ص 13).

- **الضغوط السلبية**: قد يكون للضغط السلبي: المفرط وغير المفرط تأثير مؤذ في الصحة العقلية والجسدية والروحية والضغط هو عامل مساعد على أحداث حالات ثانوية نسبيا مثل الصداع، الاضطرابات الهضمية، الأرق، ويمثل كذلك دورا مهما في الأسباب الرئيسية للموت في العالم الغربي كالسرطان. (وليد السيد خليفة، 2008 ، ص 13).

بالرغم من أننا لا نشعر بالارتياح لبعض الضغوط النفسية إلا أننا نسعى للتكيف معها، وعليه التكيف هذا يدفعنا للتفكير والبحث عن الحلول مما يجعلنا نتخذ القرارات المناسبة حيال هذه، ونقوم بالأدوار الفعالة للتخلص منها أو التكيف معها وعندما تنجح عملية التكيف إما بالتخلص من الضغوط أو التعايش معها، فإنها تخلق لدينا وعيا جديدا ورؤية منيرة في الحياة تجعلنا أكثر قدرة على التكيف في المستقبل وأكثر مقاومة للضغوط النفسية.

فما ينبغي عمله حقيقة هو تعلم كيفية التعايش مع الضغوط النفسية وإدارتها بشكل صحيح وليس محاولة استبعادها بالكلية، لأن الحياة بدون قدر بسيط من الضغط النفسي تصبح مملة تدعو للكآبة والهموم، وفي المقابل فإن الضغوط النفسية الزائدة على الحد تجعل

الفرد يشعر بالقوة والإجهاد الذي يدعو للقلق والتوتر، ولذلك لا مناص من أن يجد الفرد له سبيلها للقبول ببعض الضغوط النفسية المتوازنة. (ماجدة بهاء الدين 2008، ص 33).

4-3 القلق:

4-3-1 تعريف القلق:

هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم والشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدو دائما متشائما، وهو يتشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر (فرويد، 1989، ص13).

أما كما يصوره علماء التحليل النفسي، ويتفق معهم في ذلك علماء النفس المعاصرون أن القلق ماهو إلا نذير بأن هناك شيئا سيحدث من شأنه أن يهدد أمن الكائن أو يخل بتوازنه وطمأنينته. إنه أشبه بجرس الإنذار الذي يعد لمواجهة الخطر. (عبد الستار إبراهيم، 2002، ص8).

كما يعرف القلق بأنه عدم الاستقرار العام نتيجة الضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد مما يسبب اضطرابا في سلوكه ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية. (دانيا الشبؤون، 2011، ص 768) أما ملحم عرفه على أنه شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والقلق والتحفز، ويصاحبه في العادة بعض الإحساسات الجسمية مجهولة المصدر كزيادة ضغط الدم وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق. (علاء علي حجازي، 2013، ص 12).

يرى هاروليندفنك أن القلق حالة من عدم الاتزان المستمرة تنشأ بسبب وجود الصراع داخلي فيما بين الاستجابات الانفعالية. (هاروليندفنك، 1997، ص124).

4-3-2 النظريات المفسرة للقلق :

(أ) **نظرية التحليل النفسي:** يعتقد المحللون النفسيون وأكثرهم شهرة فرويد أن العقل البشري يتكون من عناصر مختلفة:

الوعي واللاوعي فيتعامل القسم الواعي من الدماغ مع المخاوف والرغبات إذا كان من الصعب التعامل مع هذه المخاوف والرغبات. يحاول الفكر أن يقوم بدفن تلك التي لا يستطيع التعايش معها في اللاوعي، بدلا من محاولة حلها، ولكن لسوء الحظ قد لا يجدي هذا نفعاً، فعندما تحاول هذه الرغبة أو الخوف أن تعبر عن نفسها، ينتج عنها قلق. فاعتقد فرويد الذي عمل في استراليا في بداية القرن العشرين أن اضطرابات القلق في بعض النساء اللواتي عالجهن تعود إلى رغبات جنسية لم يتمكن من التعايش معها أو مناقشتها لأنها لا تعتبر من شيم السيدات. (هلا امان الدين، 2013، ص 25_26).

(ب) **نظرية كارل يونج (Karl young, 1909):**

يعتقد يونج أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، فالقلق برأي يونج هو (خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقول التي مازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية وذلك لأن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعد تهديدا لوجوده وتؤدي بالتالي إلى استثارة مشاعر القلق والخوف من ذاته) وإذا كان الأمر كذلك فكيف تغزو الفرد هذه القوى من اللاشعور الجمعي؟ الإجابة على ذلك تكون بأن شعور الفرد في موقف مهدد لكيانه قد يجعله ينسى كل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية، ويرتد إلى بعض التصرفات اللامعقولة، فالإنسان في حياته العادية المنظمة -مثلا- لا يشعر بتأثير الأشباح ولكنه إذا مر بجوار القبور في الليل فإنه

تنتابه مشاعر الخوف والقلق لأنه قد حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور الجمعي. (زعتن نور الدين، 2010، ص 8-7).

ت) نظرية ادلر (alfred dire, 1870-1937):

يرى ادلر أن القلق يرجع إلى عقدة الشعور بالقصور المعنوي والذي يتضمن المتغيرات الاجتماعية التي تؤثر على الطفل والتربية وهذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، ويرى أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار وبالبالغين بصفة عامة، وللتغلب على هذا العجز يسلك طريق التوبة، فالإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية. (عثمان فاروق، 2001، ص 22).

وتتلخص نظرية ادلر في الأهداف التالية:

- الأهداف النهائية الوهمية.
- الكفاح في سبيل التفوق.
- مشاعر النقص وتعويضها.
- الاهتمام الاجتماعي.
- أسلوب الحياة.
- الذات الخلاقة.

إن هذه الأهداف تلخص الأسس التي تؤدي إلى القلق العصبي في نظر ادلر حيث تعمل الأهداف على التعويض انطلاقاً من عقدة النقص، وعندما تظهر الأفكار الوهمية بشكل حاد تتسبب في إحداث الاضطراب و القلق، وتظهر بذلك المثل العليا والقيم التي تتصارع كلها وتستمر في اللاشعور .

4-3-3 - محاور القلق : يركز القلق على أربعة محاور وتتمثل في:

أولاً: الموقف الذي يثيره، امتحان لقاء هام مواجهة اجتماعية حاسمة، مستقبل يتسم

بالغموض

والتهديد...الخ.

ثانياً : التغيرات الانفعالية غير السارة التي تصحبه والتي تأخذ أحيانا شكل تغيرات

عضوية خارجية، وداخلية أشبه بالتغيرات التي تصيبنا في حالات الخوف كتسارع دقات

القلب والغثيان، وانقباض المعدة، وصعوبات التنفس، وتوترات عضلات الوجه، تصلب

عضلات الظهر، وازدياد اللزيمات الحركية في الوجه أو اليدين...الخ.

ثالثاً: الجوانب الذهنية والفكرية أي مجموعة الأفكار والحجج والمعتقدات التي يخاطب

الشخص بها نفسه خلال اختباره للمواقف التي يمر بها الشخص وتتسم معتقدات الشخص

في حالات القلق بالمبالغة، وإدراك مخاطر لا أساس لها مما أدى إلى جمهور المعالجين

النفسيين بوصف فكر الشخص في حالات القلق باللامنطقية وباللاعقلانية

رابعاً: المظهر أو السلوك الاجتماعي الذي يصف الشخص القلق في تفاعلاته اليومية

كالخجل، والانزواء، والتردد، والآخرين . (عبد الستار إبراهيم، 2002، ص 82).

4-3-4 - أنواع القلق : ميز فرويد بين نوعين من القلق و هما " القلق الموضوعي و

القلق العصبي"

(أ) **القلق الموضوعي**: هو خوف من خطر خارجي معروف كالخوف من حيوان

مفترس أو من الحريق أو من الغرق، وهذا النوع من الخوف أمر مفهوم و معقول.

فالإنسان يخاف عادة من الأخطار الخارجية التي تهدد حياته.

(ب) **القلق العصبي**: فهو خوف غامض غير مفهوم، و لا يستطيع الشخص الذي

يشعر به أن يعرف سببه، و يأخذ هذا القلق يتربص الفرص لكي يتعلق بأية فكرة أو

أي شيء خارجي، أي أن هذا القلق يميل عادة إلى الإسقاط على أشياء خارجية. يميز فرويد بين 3 أنواع من القلق العصبي:

- **القلق الهائم الطليق** : هو حالة خوف عام شائع طليق مستعد لأن يتعلق بأية فكرة مناسبة، وهو يترصد بأية فكرة لكي يجد مبرر لوجوده وهو يؤثر في أحكام الفرد ويؤدي إلى توقع الشر، و يسمى فرويد هذه الحالة بالقلق المتوقع" أو "بالتوقع" القلق و الأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائما أسوء النتائج، ويفسرون كل ما يحدث لهم كأنه نذير سوء.

- **قلق المخاوف المرضية**: ويشاهد هذا النوع من القلق في المخاوف المرضية كالخوف من الحيوانات أو من الأماكن الفسيحة أو المرتفعة أو الأماكن المغلقة أو الماء...وهي مخاوف تبدوا غير معقولة ولا يستطيع المريض بها أن يفسر معناها . وبالرغم من شعور المريض بغرابتها إلا أنه لا يستطيع التخلص منها. ويختلف هذا النوع من القلق عن النوع الأول الهائم الطليق من حيث أن قلق المخاوف المرضية يتعلق بشيء خارجي معين. أما القلق الهائم الطليق فهو حالة من الخوف الغامض الذي لا يتعلق بشيء معين. ويختلف قلق المخاوف المرضية أيضا عن القلق الموضوعي من حيث أن القلق الموضوعي خوف من خطر خارجي حقيقي، وهو يبدو خوفا معقولا، وهو يشاهد عند الأشخاص الأسوياء، أما قلق المخاوف المرضية فليس خوفا معقولا، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره، وهو ليس خوفا شائعا بين جميع الناس.

- **قلق الهستيريا**: ويشاهد النوع الثالث من القلق العصبي في الهستيريا، ويبدو القلق في الهستيريا واضحا أحيانا، وفي بعض الأحيان يبدو غير واضح، ونحن لا نستطيع عادة أن نجد مناسبة أو خطرا معينا يبرر ظهور نوبات القلق في الهستيريا.

ويرى فرويد أن الأعراض الهستيرية مثل الرعشة والإغماء، واضطراب خفقان القلب وصعوبة التنفس إنما تحل محل القلق، وبذلك يزول شعور القلق، وبذلك يزول شعور القلق أو يصبح غير واضح وينسب فرويد إلى هذه الأعراض الهستيرية التي يسميها "معادلات القلق" نفس الأهمية الإكلينيكية التي ينسبها إلى القلق في الأمراض العصبية الأخرى التي يظهر فيها القلق بصورة واضحة. (فرويد 1989، ص ص 15-16).

وهناك تصنيف آخر الزهران ، (2005) للقلق العصبي وهو :

- **القلق العام الذي:** لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامض، عاما و عائما

(Free Floating Anxiety)

- **القلق الثانوي :** يكون القلق عبارة عن عرض من أعراض الاضطرابات النفسية

الأخرى، بمعنى انه عرضا مشتركا في جميع الأمراض النفسية (زهران، 2005، ص

485).

وأشار (غانم، 2006): بأن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM42000) صنف

القلق إلى:

- المخاوف الشاذة Phobias

-القلق العام Generalized Anxiety

- اضطراب الهلع Panic Attack

- اضطراب الوسواس القهري Obsessive compulsive disorder

- اضطراب الإنعصاب التالي للصدمة Post Tranmatic Disorder

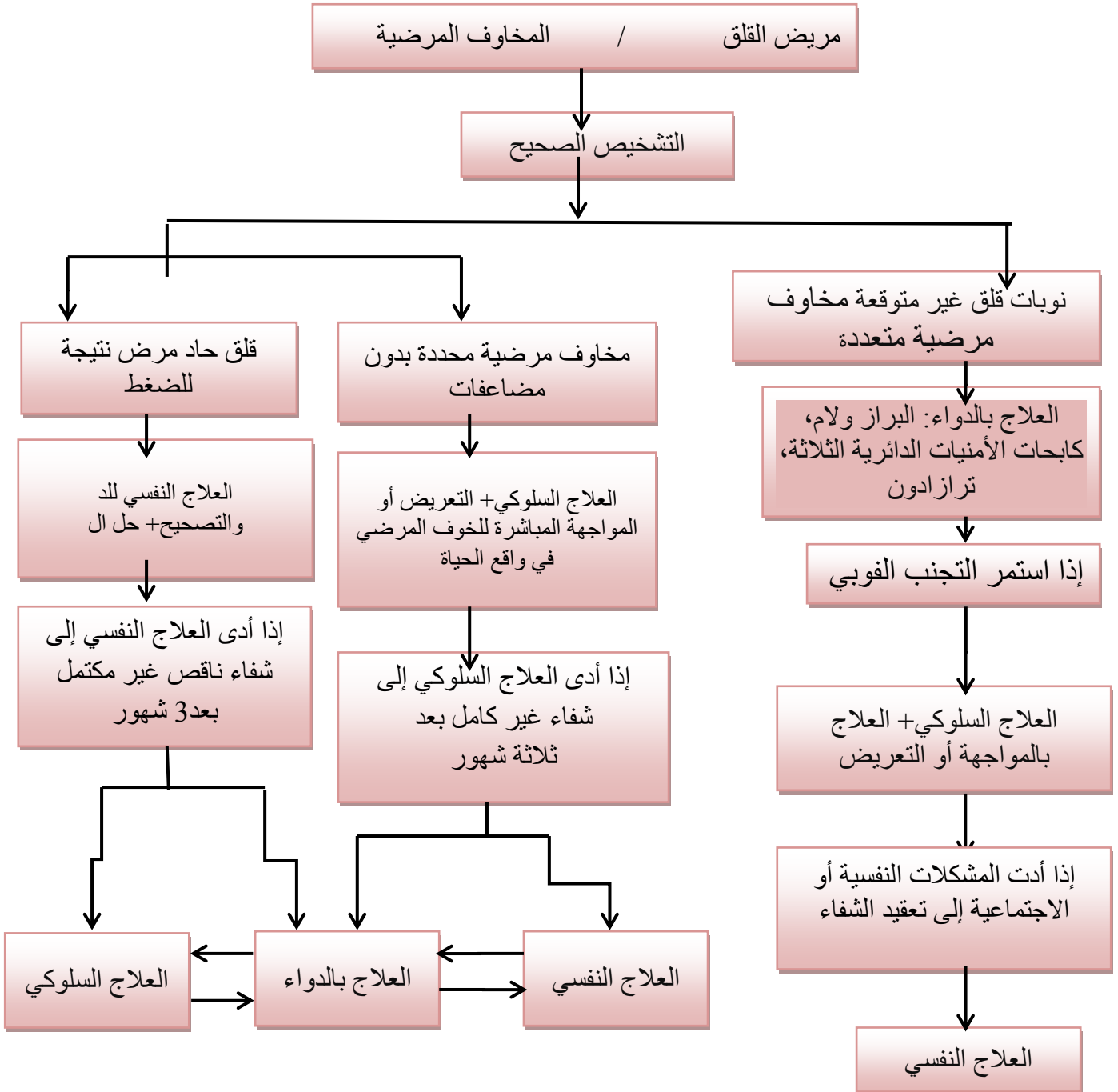
- اضطراب القلق غير مصنف في مكان آخر (Anxiety Disorder N. S.).

(غانم، 2006، ص35)

4-3-5- خطوات العلاج في اضطرابات القلق:

الشكل رقم: 2 خطوات العلاج في اضطراب القلق (عزت شعلان، 1988، ص

(204)



نلاحظ من خلال هذا الشكل أنواع قلق المخاوف المرضية التي تصيب الفرد فيتمثل في نوبات قلق غير متوقعة كالخوف من خطر خارجي أو إرسال رسالة سلبية للجهاز العصبي فينتج عنه مخاوف مرضية متعددة فيتم تشخيصه وعلاجه بالدواء : البرازولام ، كابتات الأمنيات الدائرية الثلاثة، ترا زادون إذا استمر التجنب الفوبي فانتطرق إلى العلاج السلوكي بتعديل سلوك المريض والعلاج بالواجهة أو التعريض من خلال مواجهته للموقف أي يقوم المختص النفسي بتعريضه لنفس الموقف لمعرفة استجاباته للموقف وبالتالي إذا أدت المشكلات النفسية والاجتماعية إلى تعقيد الشفاء فنجأ للعلاج النفسي والنوع الثاني المتمثل في المخاوف المرضية المحددة بدون مضاعفات فيتم الاعتماد على العلاج السلوكي والتعريض أو المواجهة المباشرة للخوف المرضي في واقع الحياة مثلا شخص يخاف من الظلام فلا بد من تعريضه لنفس الموقف خلال الجلسات وإذا أدى العلاج السلوكي إلى شفاء غير كامل بعد ثلاثة أشهر فالجأ إلى العلاج النفسي والعلاج بالدواء وتاليا العلاج السلوكي أما القلق الحاد أو مرض نتيجة للضغط فيتم استخدام العلاج النفسي للدعم والتصحيح وحل الصراع فإذا أدى العلاج النفسي إلى شفاء ناقص غير مكتمل بعد ثلاثة شهور فيتم معالجته بالاعتماد على العلاج السلوكي والعلاج بالدواء تاليا العلاج النفسي فهو عكس علاج المخاوف المرضية المحددة بدون مضاعفات.

خلاصة الفصل:

لا يمكن لنا أن نمنع أنفسنا من الألم النفسي لأننا كلنا معرضون لذلك في حياتنا. ولذلك
وجب التعبير عن أحزاننا وآلامنا عن طريق البكاء أو الفضة لصديق أو لشخص ما أو
التنفس عنه بأسلوب آخر. وهذا للتخفيف بعض الشيء من تلك الآلام التي بداخلنا ولكن
دون الاستسلام لها بل المحاولة على إزالتها والحد منها.

الفصل الثالث :

نوعية الحياة

تمهيد

1. نشأة وتطور مفهوم نوعية الحياة.
2. تعريف نوعية الحياة.
3. المفاهيم المرتبطة بنوعية الحياة.
4. أنواع نوعية الحياة
5. أبعاد نوعية الحياة.
6. مجالات جودة الحياة.
7. قياس نوعية الحياة.
8. كيفية تحقيق نوعية حياة جيدة.
9. معوقات تحقيق نوعية حياة جيدة.
10. الاتجاهات النظرية لجودة الحياة.

الخلاصة

تمهيد:

يعد موضوع نوعية الحياة من الموضوعات الحيوية التي تمثل لب علم النفس الإيجابي ويرجع ذلك إلى شعور الفرد بالسعادة عن حياته وأيضاً الإقبال على الحياة بحيوية ونشاط ورغبة حقيقية في معاشتها وإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين، وقدرة الفرد على مواجهة المواقف التي تعترضه في الحياة من خلال طرح بدائل جيدة لحلها والشعور بالأمن والثقة في قدراته وهذا بالتالي يزيد من طموحاته في الحياة لتحقيق مستقبل مشرق.

يرتبط مفهوم نوعية الحياة بدرجة رضا الفرد في شتى مجالات حياته، كالصحة، الحياة الاجتماعية، الظروف المادية والحياة النفسية، مم دفع الباحثون لإعطاء أهمية لهذا المفهوم في الدراسات السيكولوجية نظراً لعلاقته بالصحة النفسية والجسدية للفرد، وسأنتظر في هذا الفصل إلى جميع جوانب مفهوم نوعية الحياة.

1. نشأة وتطور مفهوم نوعية الحياة:

ترجع نشأة مفهوم نوعية الحياة إلى القرن الثامن عشرة، حيث أصبح الاهتمام بالحياة ذاتها وتحقيق السعادة من القيم الأساسية، فالمجتمع هو أداء لإمداد الأفراد بالاحتياجات المطلوبة بالحياة، كما أشار فينوهوفان في القرن التاسع عشرة إلى ترسيخ المفهوم من خلال فكرة أن أفضل مجتمع هو الذي يوفر لأكثر عدد من أفراده أكثر سعادة ممكن. (محمد الغدور، 1999، ص42)

ومع بداية القرن العشرين كانت هناك محاولات للإصلاح الاجتماعي والتأثير في تطوير وتحقيق الرفاه، حيث تم تعزيز الجهود التي تؤدي إلى خلق مجتمع أفضل في مكافحة مثلث الرعب، (الجهل،الفقر، المرض) نتيجة لذلك فإن التقدم المحرز كان يقاس بالتعليم والتحكم في الأمراض البوائية، وتركزت الجهود حول خلق مجتمع الرفاه الذي يؤمن لكل فرد المستوى المعيشي المادي.

وبعد هذا المفهوم من أهم المتغيرات الاجتماعية والنفسية التي ظهرت بعد القرن العشرين التي حظيت باهتمام كبير، بدءا بالدراسات الاقتصادية والسياسية ثم الاجتماعية والنفسية وتاليا الطبية والصحية ويرتبط مفهوم نوعية الحياة بكل فرد من أفراد المجتمع مريضا كان أم سليما، فكل فرد يسعى لتحقيقه. (رمضان زعطوط، 2003، ص24).

وتعود جذور هذا المفهوم إلى الفلسفة الإغريقية القديمة منذ سقراط حيث أشار إلى أن الحياة التي لا تتعرض لأي اختبار ليست لها قيمة تعني الشعور بالسعادة واللذة والرفاهية. (عبد الرحيم إبراهيم، 2008، ص 55).

ويرى اغلب الباحثين مثل، Fisher(2002) و Talyer (2003)، إلى إمكانية مقارنة التقييم الذاتي للمريض، كمرجع أساسي في تقدير نوعية الحياة، من خلال التقييم المستمد من المؤشرات الموضوعية، دراسة الفروق بين التقييمين: الذاتي والموضوعي. (رمضان زعطوط، 2013، ص36).

اهتم علم النفس بمفهوم نوعية الحياة في مختلف التخصصات النفسية، النظرية والتطبيقية ولعلم النفس الفهم والتحديد المتغيرات المؤثرة على نوعية حياة الإنسان ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى كون نوعية الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لها. (الأشول عادل عز الدي، 2005، ص54).

هناك تنوع كبير في مفهوم نوعية الحياة بحيث اهتم علماء النفس برصد الحالة السوية واللاسوية باعتبارها تمثل إشباع الحاجات التي يتوقف عليها شعور الفرد بالحالة الحسنة والسيئة، بالإضافة إلى أهمية إدراك الفرد لذاته وتعبيره عن مشاعره واتجاهاته وتقييماته للحياة ككل.

2. تعريف نوعية الحياة:

2-1- التعريف اللغوي:

من الفعل جود والجيد نقيض الرديء، وأيضا جاد الشيء جودة وجود أي صار جيدا وأجاد وجاد أتى من القول والفعل. (بلول وعيشة، دس، ص172).

2-2- التعريف الاصطلاحي:

هي جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه النفسي والجسمي والعرفي ودرجة توقعاته مع ذاته ومع الآخرين وتكوينه الاجتماعي والأخلاقي. (حني، 2015، ص19).

2-3- تعريف منظمة الصحة العالمية :

تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها: "إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه. (حوجو وغرايسة، 2020، ص75).

يوضح (العارف باللهذا لغندور) أن جودة الحياة ناتج لكل من العوامل الاجتماعية (دخل وخدمات و صحة مسكن و تعليم). والعوامل النفسية التي تتبلور في نوعية إدراك الفرد لمدى مناسبة هذه العوامل الاجتماعية له، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد، بالتالي فان مفهوم جودة الحياة هو ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من التغيرات المتنوعة، التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين، يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية (احمد، 2016، ص19).

ويرى "تايلور taylor و بوجدان bogdan : سنة 1996 أن جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى إلا من خلال إدراك الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية (بن غضبان)"

- تعريف كارول رايف:

هي الإحساس الإيجابي الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين والاستمرار فيها، كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية (بلقاسمي ومسعودي، 2021، ص249-250).

بعد تعدد التعارف الخاصة بجودة الحياة يمكن القول بأنها: مدى إدراك الفرد لوضعه المعيشي من خلال توفر كل الحاجات الخاصة به، وان هذه الأخيرة مناسبة له، أي أن جودة الحياة بناء كلي متكامل ومتناسق ضمن تلك العوامل النفسية والاجتماعية التي تترك في الفرد الإحساس بالإيجابية والرضا عن تلك الحياة.

3. المفاهيم المرتبطة بنوعية الحياة:

3-1-الرضا عن الحياة:

يعرف بأنه تقدير أو حكم عام لنوعية حياة الشخص حسب المعايير التي انتقاها لنفسه فيعتمد هذا التقدير أو الحكم على مقارنة الفرد لظروفه بالمستوى المثالي الذي يفترضه لحياته ، كما يشير إليه البعض على انه حالة داخلية لدى الفرد تظهر في سلوكه مع ذاته و مع الآخرين، وجوانب الحياة المختلفة ونظراته المتفائلة نحو المستقبل وقدرته على التكيف مع المشكلات التي تواجهه والتي تؤثر في سعادته ويعرف أيضا بأنه مكون أساسي من مكونات الحياة وجامع لمدى رضا الفرد عن جوانب حياته المختلفة المتمثلة في الصحة، العمل، الزواج، الأسرة. (شيوخ محمد هناء، 2009، ص436).

3-2-معنى الحياة:

إدراك الأهداف من وجود الإنسان متابعة وتحقيق الأهداف ذات القيمة ومصاحبة ذلك بمشاعر لاستيلاء والحيوية، فانعدام نوعية الحياة بسبب الاكتئاب وانخفاض تقدير وتعاطي المخدرات والتصورات الانتحارية، وان معنى الحياة يؤثر في النماذج النفسية للضغوط والانهيار.

ويؤكد الباحثون انه من اجل أن يكون لحياة الفرد معنى فانه من الضروري أن يفهم ويدرك انه يمتلك بعض الأهداف والوظائف والأعراض ويكافح من اجل تحقيقها وان يضع نفسه في مفهوم إيجابي لمعنى الحياة. (الراشدي توفيق، 1999، ص212- 213).

3-3- الرفاهية:

يعتبر المؤشر الاجتماعي لسعادة الفرد فهو حكم الفرد على حياته وتوازنه النفسي كما يشعر به حيث يتمحور حول أربعة أبعاد أساسية المتمثلة في الرضا عن الحياة، تقدير الذات، غياب الاكتئاب، الاستقلالية السيكولوجية. (Bouffard, 1996, p112).

3-4- أسلوب الحياة:

يقصد به ادلر "الهيئة التي يجاهد بها الفرد لبلوغه أهداف حياته ليتوافق مع مشكلات العمل، الحب، والعيش في جماعة وتلعب المؤثرات الأسرية والاجتماعية والثقافية دورا أساسيا كمحددات لتشكيلة أثناء الحياة المبكرة، ويعتبر أيضا كنمط سلوكي عام للفرد، بدوافعه وبأسلوبه في مواجهة التوافق وبتجاهاته النفسية الاجتماعية. (عبد المعطي حسن، 2006، ص168).

4. أنواع نوعية الحياة: هناك نوعان من نوعية الحياة:

4-1- نوعية الحياة الذاتية:

تشير إلى الإحساس بان نوعية الحياة التي يعيشها الفرد جيدة ومقنعة ومقتنع بالأشياء بوجه عام.

4-2- نوعية الحياة غير الذاتية:

تعني الحياة الموضوعية وتعني الإيفاء بالمتطلبات المجتمعية والثقافات للثروات المادية، الوضع الاجتماعي والصحة البدنية. (أمنة يس موسى احمد، 2010، ص46-47).

5. أبعاد نوعية الحياة:

أوضحت وحدة أبحاث نوعية الحياة بجامعة تورينتو المذكورة في سعاد موسى (2002) أن هناك ثلاثة أبعاد لنوعية الحياة هي:

5-1-1- الكينونة:

وتشمل الكينونة على ثلاثة فروع هي: (كينونة جسدية، كينونة نفسية، كينونة روحية)، فتتفق وحدة أبحاث نوعية الحياة بجامعة تورينتو على ثلث فروع هي:

5-1-1-1- الكينونة الجسدية:

نعني بها الصحة الجسدية، التغذية والنظافة الشخصية، والمظهر الشخصي، والملبس تدعو إلى حفظ حياة الجسم وتنميته.

5-1-1-2- الكينونة النفسية:

تشمل صحة الفرد النفسية وتوافق مشاعره وإمكاناته المعرفية تقديره لذاته وتحكمه فيها.

5-1-1-3- الكينونة الروحية:

فتعني قيم الفرد ومعاييره الشخصية للسلوك ومميزاته، معتقداته الروحية التي ترتبط أو لا ترتبط بدين.

5-2-1- الانتماء:

ترى وحدة أبحاث نوعية الحياة بجامعة تورينتو انه يشمل ملائمة الفرد و انسجامه مع البيئة و انه يحتوي على ثلاث جوانب فرعية هي:

5-2-1-1- الانتماء الجسدي:

انه صلة الفرد بالبيئة المادية الفيزيائية المتمثلة في منزله أو مكان عمله، جيرانه، مدرسته ومجتمعه.

5-2-2-5- الانتماء الاجتماعي:

في نظر وحدة أبحاث نوعية الحياة الارتباط بالبيئات الاجتماعية التي تم الإحساس بالقبول الاجتماعي والحميمة من أعضا كالأسرة وزملاء العمل والأصدقاء الجيران والمجتمع.

5-2-3-5- الانتماء المجتمعي:

الانتماء للجماعة يمثل مدخلا أو سبيلا لاستغلال الموارد التي تكون متاحة للفرد المنتمي للجماعة كالخدمات الصحية والأمن المالي وتوفر الخدمات المهنية المتخصصة.

5-2-4-5- الصيرورة:

أوضحت وحدة أبحاث نوعية الحياة أن الصيرورة (Becoming) تعني النشاطات الهامة التي يؤديها الفرد لتحقيق أهدافه وأمانته ورغباته وتشمل على الصيرورة العلمية، الترفيهية، النمو. (سعاد موسى، 2006، ص17-16).

6. مجالات جودة الحياة:

جودة الحياة هي جملة معقدة من مجموع من المجالات المادية والنفسية والاجتماعية.

6-1- المجال النفسي لجودة الحياة:

بالنسبة لديوار (De'ware 1989) المكون النفسي لجودة الحياة يشمل الانفعالات والحالات الوجدانية الإيجابية، وبالنسبة للآخرين في مرادف لغياب الوجدان السلبي: مما يعني أنها مرادف للصحة النفسية أو للراحة النفسية الذاتية le bien-être subjectif و التي تعتبر مفاهيم أكثر شمولية من ناحية شمولها على سيرورات معرفية أي الرضا عن الحياة.

6-2- المجال الفيزيائي لجودة الحياة:

لقد قام الكتاب في هذا المجال بتصنيف مختلف جوانب الصحة البدنية والقدرات الوظيفية. حيث تتمثل الصحة البدنية في الطاقة، لحيوية، التعب، النوم، الراحة، الألم

والمؤشرات البيولوجية، وتمثل القدرات الوظيفية في: المكانة الوظيفية، النشاط الفاعل، النشاطات اليومية.

6-3- المجال الاجتماعي لجودة الحياة:

تشكل العلاقات والنشاطات الاجتماعية للأفراد المجال الثالث الأكثر أهمية في جودة الحياة، ويتمثل المجال الاجتماعي لجودة الحياة في الحياة الاجتماعية وهي على عكس الانعزال أو العزلة الاجتماعية في مجالات متعددة كالعائلة، الصداقة، والمهنة، أو شبكة من العلاقات التي تحقق الاندماج الاجتماعي والوجداني ومن ناحية الكيفية فهي السند الاجتماعي داخل الوسط الاجتماعي.

أما فلاناغو Flanagan (1982) فيعتبر أن التقييم الفردي لنشاطاته الاجتماعية تتمثل في: تقدير الذات، تحقيق الذات، النجاح والفشل وهو مؤشر على صحة الجانب الاجتماعي. (فواطمية، 2018، ص 87-88).

استخلص في الأخير أن مجالات جودة الحياة تضم المجال النفسي والاجتماعي وحتى الفيزيائي. لأن كل مجال له خصائصه وأهميته التي تركز على مختلف الجوانب الإنسانية. وفي ظل توفير هاته المجالات نستطيع الحكم على أن الإنسان يعيش ضمن بيئة اجتماعية، يؤثر ويتأثر بها وينتمي إليها.

7. قياس نوعية الحياة:

اشير إلى انه توجد أداة قياس عامة ذات معايير عالمي لقياس نوعية الحياة، وعلى هذا فانه يوجد نوعان من مقاييس نوعية الحياة، المقاييس العامة (Genérique) والمقاييس المتخصصة (Spécifique).

7-1- المقاييس العامة:

وتكون هذه المقاييس أو الاستبيانات موجهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون مراعاة خصائصهم، وهي على العموم تغطي جوانب كبيرة فيما يخص الحالة البدنية، النفسية، الاجتماعية للأفراد حيث يكون التقييم هنا تقيماً شاملاً، ومن بين هذه المقاييس الأكثر شيوعاً اذكر:

- **sf36 (Mos36shortform)** : وهي عبارة عن 35 بند مجمعة في 8 محاور:

النشاط البدني (10)، الدور البدني(4)، الألم (2)، الصحة العامة (5)، الحيوية (4)، الوظائف الاجتماعية(2)، الصحة النفسية(5)، الدور الانفعالي(4).

- Nottingham healthprofile NHp 45 بند مجمعة في 6 محاور

- Who Quality of lif Assessment Whoqol ب 100 بند

- 26 Whqolberf بند في 4 محاور . **Marilou bruchou**

- **Schwetizer 2009,p63**

7-2- المقاييس المتخصصة (Mesures specifique)

تستعمل المقاييس من اجل فئات عيادية خاصة الألم أمراض القلب، الأمراض السرطانية، الأمراض العصبية، اضطرابات النوم والروماتيزم) فهي أمراض على العموم تهتم بتقييم حالة مرضية معينة من حيث عدة مجالات وكيفية تطور هذه الحالة خلال الزمن و نذكر منها: سلم نوعية الحياة المتعلق بالمصابين بمرض الربو، وسلم نوعية الحياة المتعلق بالمصابين بنوع معين من السرطانات، سلم نوعية الحياة المتعلق بالمصابين بالأمراض المزمنة (Schweitzer-mariloubuchon 2002 p71).

8. كيفية تحقيق نوعية حياة جيدة:

تحقيق الفرد لذاته و تقديرها: فتحقيق الذات يعتبر بمثابة قمة الشعور و الإحساس بالرضا عن الذات و من ثمة شعوره بنوعية حياة جيدة
-إشباع الحاجات كمون أساسي لنوعية حياة جيدة:

حسب تصنيف "ماسلو" للحاجات الإنسانية والذي يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أوليتها وهي كالتالي: الحاجات الفيزيولوجية، الحاجة للأمن، الحاجة للانتماء، الحاجة للمكانة الاجتماعية، الحاجة لتقدير الذات.(الغفور، 1999، ص30)

-الوقوف على معنى إيجابيا للحياة:

معنى الحياة شيئا يرفع من قيمة الحياة، ويجعلها لدى الفرد مليئة بالتفاؤل فيتحمل المشقة ويصبح يرى الحياة تستحق أن تعاش، وهذا أن الإيمان بمعنى الحياة يمد الفرد على العطاء والتسامي على الذات، ومن هنا يكون إدراك قيمة الحياة.

-وجود علاقة اجتماعية ودعم اجتماعي:

يستطيع الفرد من خلال هذا الدعم وهذه العلاقات تفريغ الهموم وإشباع الهموم وإشباع الحاجات كما يشعر من خلالها بالأمن والطمأنينة، النظر نظرة تفاؤل تجاه الحياة والمستقبل ومن ثمة شعوره بجودة حياته.

-الرضا عن الحياة:

بحيث يعبر الشعور بالرضا عن الحياة مؤشرا مهما من مؤشرات الصحة النفسية السليمة، فالرضا يدفع إلى الحياة ويزيد من رغبته فيها.

-توفر الصلابة النفسية:

بحيث تمكن الفرد من مجابهة المواقف الصعبة والتصدي لها، وكذلك المواقف المثيرة للمشقة النفسية، والتي تمكنه من التعايش معها بنجاح.

-التدين:

فالشعور بالسعادة يعتبر جزء لا يتجزأ من شعور الفرد بنوعية حياته الجيدة سواء النفسية أو الاجتماعية.

-توجه نحو المستقبل:

بحيث يجب على الفرد أن ينظر إلى المستقبل نظرة تفاؤل، وأن يدرك بأن هذه الحياة جميلة باستطاعته أن يعيشها ويحقق فيها الكثير، وصولاً إلى تحقيق نوعية حياته.

-السعادة:

فالشعور بالسعادة يعتبر جزء لا يتجزأ من شعور الفرد لنوعية حياته الجيدة سواء النفسية أو الاجتماعية. (سدراتي سهام، 2005، ص 153-154)

9. معوقات تحقيق نوعية حياة جيدة:

يتضمن البناء النفسي لكل مكان من القوة ومواطن الضعف، وإذا أردت أن نحسن نوعية الحياة للإنسان علياً أن لا نركز فقط على المشكلات بل يتعين التركيز كذلك على أبعاد الحياة واستخدام وتوظيف قدرات وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسين نوعية الحياة. ويجب عند وصف هذه الأخيرة أن نميز بين الظروف الخارجية والداخلية، ويقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المترتبة بتأثير الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها الشخص. (شيخي، 2014، ص 102)

10. الاتجاهات النظرية لجودة الحياة:

10-1 -الاتجاه النفسي:

ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه "البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين

يعيشون في نطاق هذه الحياة بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية".

وكما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا" أو عدم الرضا" في حالة عدم الإشباع" نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة.(مسعودي, نفس الرجوع السابق, ص206).

10-2- التوجه المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:
الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة.
الثانية: وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة.
 ووفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

نظرية "لاوتن" (Lawton theory 1997)

طرح لاوتن مفهوم طبعة البيئة، ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الآتي:

أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بطرفان هما:

- الطرف المكاني:

أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبعا البيئة في الطرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا والأخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كمرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

- **الظرف الزمني:**

أن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته. (شيخي، 2014، ص84).

10-3- الاتجاه الطبي:

يؤكد علم النفس الإيجابي أن القدرة على التصدي والتغلب على الانفعالات السلبية لها قيمة حاسمة لدى المرضى الميئوس من شفائهم، ليس فقط لأنها تساعدهم على تحقيق حياة أفضل، وإنما لأنها قد تطيل الحياة نفسها.

ومن جهة أخرى فإن جودة الحياة في هذا الاتجاه تعني التقدم الحاصل في حياة الأفراد نتيجة الحصول على الرعاية الخاضعة للبرامج الطبية، كما أن قياس جودة الحياة من منظور طبي يختلف باختلاف نوعية الحالة أو نوعية المعاناة المرضية.

واستنادا إلى تدرج الحاجات الإنسانية من الفسيولوجية إلى النفسية والاجتماعية والمعرفية وغيرها، يمكن القول بأن جودة الحياة الصحية الجيدة لدى الفرد هي القاعدة الأساسية التي إذا ما تحققت لدى الفرد بالمستوى و الاجتماعية بكفاءة. (جمال، 2016، ص15).

بعد استعراض مختلف اتجاهات جودة الحياة فإن الاختلاف بينهم هو كالاتي: فالأول وهو الاتجاه النفسي الذي يعني أن جودة الحياة هي مدى إشباع الفرد لمختلف حاجاته الأساسية، وأن كل مرحلة من مراحل النمو لها حاجات معينة. على اختلاف الاتجاه المعرفي الذي يقر بأن طبيعة الإدراك هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة، فحسب "لاوتن" أن تأثير البيئة لها دور في التأثير على صحة الفرد، ومدى رضا هذا الأخير على البيئة التي يعيش فيها، وأن تقدم العمر يسهم في السيطرة على ظروف البيئة.

خلاصة الفصل:

مما سبق يمكن استخلاص أن جودة الحياة لها مفاهيم متعددة تختلف من شخص لأخر على حسب طريقة التفكير والعيش وظروف الحياة، وأن توفر مختلف الحاجات تزيد من تحقيق الأهداف والقدرات الذاتية حتى يتمتع الفرد بجودة حياة عالية، خاصة لدى المرضى المصابين بمرض مزمن ومنهم مرضى قصور الكلى المزمن، نظرا للرعاية اللازمة التي يجب أن توفر لهم بشكل خاص، ومما لا شك فيه أن لكل شيء إيجابي يؤثر عليه، ومن هنا يمكن القول، أنه يوجد ما يؤثر على جودة الحياة لدى الفرد من الناحية سواء من الناحية النفسية، أو الجسدية كقصور الكلى المزمن. وهذا ما سنتطرق إلى معرفته عن هذا المرض الذي يعتبر تهديدا على حياة الفرد من جميع النواحي.

الفصل الرابع :

القصور الكلوي المزمن و الغسيل الكلوي

تمهيد

1. الكليتان.
2. القصور الكلوي المزمن.
3. الغسيل الكلوي

خلاصة الفصل

تمهيد:

يلعب الجهاز الكلوي دورا مهما في جسم الإنسان، بحيث يحافظ على توازنه وذلك بتنقيته من العناصر الضارة وإبقائه على العناصر اللازمة، وأي اضطراب يصيبه يؤدي إلى اختلال التوازن في الجسم ومن أخطر اضطراباته القصور الكلوي المزمن الذي يعتبر من الأمراض المزمنة الشاقة التي تهدد حياة المريض وترهقه نفسيا واجتماعيا وجسميا وفي أغلب الأحيان يؤدي إلى الوفاة في حالة عدم اكتشاف المرض مبكرا وتدهور الحالة الصحية. وفي هذا الفصل سنتعرف على القصور الكلوي المزمن وأهم الأسباب التي تؤدي إلى توقف الكلى عن أداء وظيفتها بشكل طبيعي وأنواع الفشل الكلوي والأعراض المصاحبة له والعلاج المناسب للقصور الكلوي المزمن.

1. الكليتان:

هما عضوان بألفا الأهمية في جسم الانسان ويمكن وصفهما بما يلي:

1-1- تعريف الكلية: موقعها وقياساتها:

عبارة عن اثنتان (يمنى ويسرى)، توجدان في كيسين ليفيين: وهما محاطتان بمقدار من الدهون ومعلقتان بالظهر من خلال ارتباط وثيق بواسطة نسيج رابط وللكلية غشاءان أحدهما خارجي مكون من الدهون لوقاية الكلية من الصدمات الخارجية والثاني داخلي مكون من النسيج الليفي، كما يتكون جسم الكلية من طبقتين تدعى الخارجية منها قشرة الكلية، أما الداخلية فتسمى نخاع الكلية والشريان الكلوي يتفرع داخل القشرة إلى فروع كثيرة تكون حزما تسمى حزم الكلية ()، ولكل حزمة شريان للاستيراد وآخر للتصدير وكل حزمة محاطة بقمع تتمدد منه قناة بولية. (رويحة، 1972، ص25).

تقع الكليتان تحت الحجاب الحاجز إلى جانبي العمود الفقري، ونلاحظ أن الكلية اليمنى أخفض بقليل من الكلية اليسرى لوجود الكبد، والكلية تشبه حبة الفاصولياء إذ أن سطحها الخارجي محدب والسطح الداخلي مقعر، ويعرف بالسرة التي يدخل إليها الشريان الكلوي الذي يحمل الدم المؤكسد لتغذية الكلية والذي يتفرع منه الأورطي (aortique)، ويخرج منها الوريد الكلوي الذي يجمع الدم غير المؤكسد من الكلية ويصب في الوريد الأجوف السفلي، كما يخرج منها الحالب ويوجد أعلى كل كلية غدة كظرية. (La surrénal). (الكرمي، 1988، ص86).

القياسات المتوسطة للكلية: تختلف قياسات الكلية ولكن في المتوسط هي كما يلي:

- الطول من 12 إلى 15 سم.
 - العرض من 7 إلى 8 سم.
 - الوزن من 120غ إلى 200غ عند الشخص البالغ.
- (أبو دقة، 2007، ص8).

1-2-2- تركيب الكلية:

تتكون الكلية من طبقة خارجية تسمى القشرة cortex وطبقة ملساء تدعى اللب médullaire:

1-2-1 الطبقة الخارجية: وهي اللحاء ذو اللون الرماد والمظهر الحبيبي.

1-2-2 الطبقة الداخلية: عبارة عن لب لونه أحمر يتكون من مجموعة من

الأهرامات الصغيرة، تتجه قاعدتها نحو المحيط تدعى Les pyramides

malpigi والتي يخرج منها البول لينزل في حوض الكلية وهو الفراغ الذي

يتصل بقناة البول (الحالب).

الوحدة الكلوية والتي تتكون من:

❖ أهرامات Malpigi:

وهي وحدة للتشريح تدعى النيفرونات nephrons (الأنابيب البولية) ويصل عددها في الكلية الواحدة إلى مليون أو نصف مليون نفرون، وتجري في النفرونات عملية تشكل البول: أما الكبيبة الكلوية glomérules التي تتمثل وظيفتها في تصفية الدم فتتكون من مجموعة من الأوعية الدموية وحفظة بومان التي تحيط بها وهي تتألف صفيحتين داخلية وخارجية، تتكون الداخلية منها من خلايا مستوية ورقيقة جدا، في حين تتحول الصفيحة الخارجية إلى قناة النفرون البولية ونلاحظ في هذه القناة الأجزاء التالية:

- الأنبوب البولي tube urinaire: وهو مقسم بدوره إلى عدة وحدات:

▪ عروة هنلي Henlé. ANSED: ويتم فيها امتصاص وافراز الأملاح المختلفة مثل الصوديوم حسب حاجة الجسم.

▪ الأنبوب الملتوي القريب tube contourne proximal:

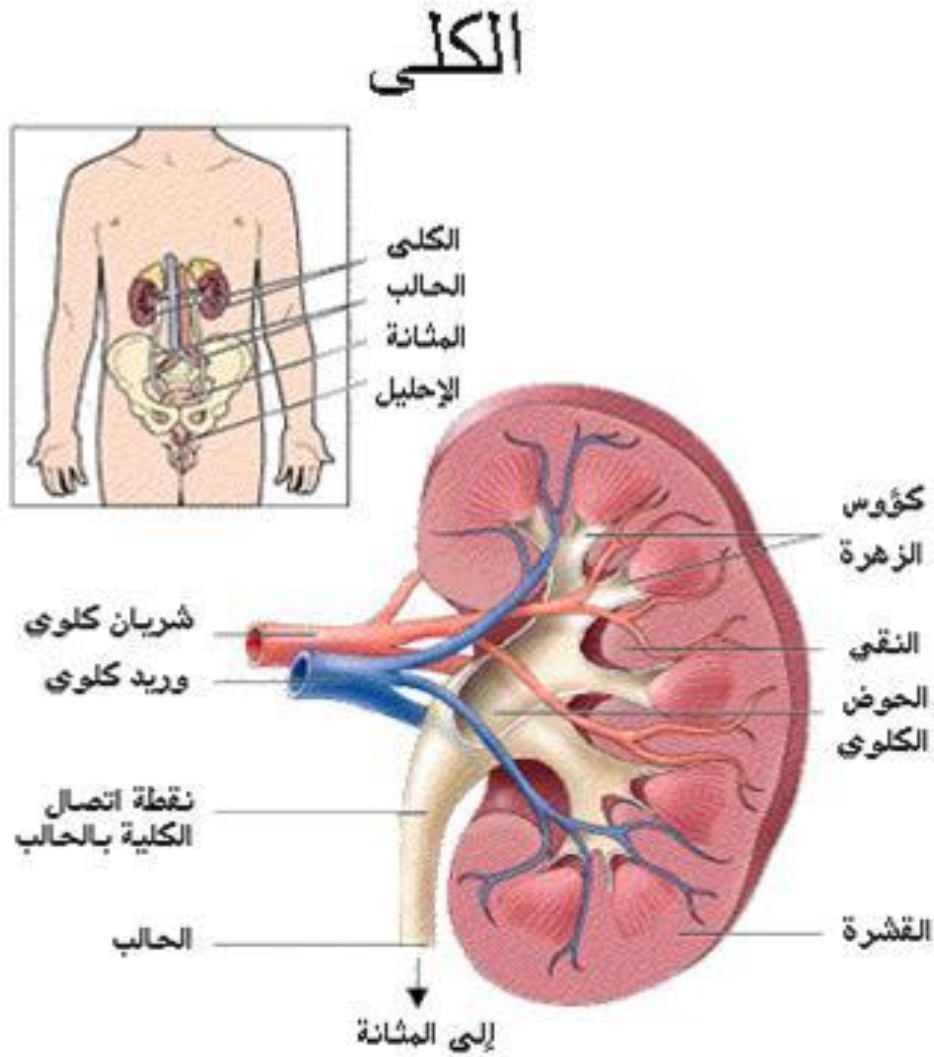
يمتص بعض المواد صغيرة الحجم كالكلوز، البروتينات والتي ترشح من خلال محفظة بومان، ويفرز بعض المواد مثل كلوريدات الهيدروجين والبيكاربونات حسب حاجة الجسم.

▪ الأنبوب الملتوي البعيد **tube contourne distale**:

وله دور هام في امتصاص وافراز البوتاسيوم تحت تأثير هرمون الألدوستيرون في الأنابيب الجامعة. (فرينات، 2000 ص 64).

▪ الأنابيب الجامعة **tubes collecteurs**:

لها دور ترشيح الدم من خلال النيفرونات ودورها الأساسي هو امتصاص الماء من البول تحت تأثير الهرمون المضاد الذي تفرزه الغدة النخامية. (علي، 1992، ص 39).



الشكل رقم (3): يمثل رسم تخطيطي لأعضاء الكلية

1-3-3- البنية التشريحية للكلية:

تحاط الكلية من الخارج بالمحفظة وهي غشاء ليفي رقيق، ولو أخذنا مقطعا طوليا فسنلاحظ ما يلي:

1-3-1- القشرة:

عبارة عن طبقة فيها عدد كبير من أجسام malpigi وهي أجسام كروية الشكل، مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي وبعد ذلك تجتمع لتشكل فروعاً تخرج من جسم malpigi ثم تتفرع إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي الأنبوبي البولية التي تخرج بدورها من جسم malpigi وهكذا تسير الأنابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتجتمع في مجموعات هرمية الشكل.

1-3-2- النخاع:

عبارة عن طبقة واسعة توجد بها أهرامات malpigi وهي تجمعات الأنابيب البولية حيث تتفتح هذه الأنابيب في قمم الأهرامات.

1-3-3- حوض الكلية:

عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر وهو يعتبر جزءاً من الحالب تصب فيه الأنابيب البولية.

1-3-4- الحالبات:

عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 25 سم، ويخرج كل حالب من سرة الكلية ويمتد إلى الأسفل حتى يصل إلى المثانة ويفتح فيها بفتحة ضيقة مائلة تسمح للبول بالمرور إلى المثانة وتسه من الرجوع إلى الحالب عند امتلاء المثانة.

1-3-5 المثانة:

عبارة عن كيس غشائي بيضوي الشكل مبطن من الداخل بغشاء مخاطي يفتح فيه الحالبان بفتحتين مستقلتين ويضيق الجزء السفلي من المثانة ويسمى عنق المثانة، ويحاط بعضلة عاصرة دائرية لا تفتح إلا عند التبول.

1-3-6 قناة مجرى التبول:

وهي قناة تتصل بالمثانة وتفتح إلى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى، وفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر. (الكرمي، 1988، ص76، 77).

1-4-وظائف الكلية للكلية:

تقوم الكلية بتصفية الجسم من السموم الناتجة عن رواسب الاستقلاب، وهذه السموم والرواسب يجمعها الدم من كل خلية ويأتي بها إلى الكلية لتقوم بتصفيتها، والدم الذي يجتاز كل كلية في الدقيقة الواحدة يبلغ لترا واحدا وهذا يعني أن كمية الدم التي تصب في الكلية تبلغ من (1500 إلى 1700 لتر في اليوم).

والكلية لا تصفي البول كما هو في حالته النهائية بل تصفي أجزاءه على انفراد ثم تقوم بمزج هذه الأجزاء ببعضها البعض، ويمكن إيجاز عمل الكلية فيما يلي:

1-4-1 إنتاج وطرح البول:

وهي عملية تخلص الجسم من نواتج الاستقطاب الضارة والأملاح الزائدة في الجسم من خلال تصفية الدم وطرحها مع المواد السامة والعقاقير الحي تدخل الجسم وكذا طرح الماء الزائد في البول وبذلك يتم الحفاظ على حجم ثابت للدم في الجسم، وتتم عملية إنتاج وطرح البول بأربع مراحل هي:

(أ) الترشيح:

يقوم القلب بدفع الدم تحت ضغط معين من انقباض وانبساط ونظرا لاختلاف السمك بين الشريان الوارد والشعيرات الدموية الكبيبية فإنه يتكون ضغط عال قد يصل إلى 70 ملم زئبقي، وينتج عنه ترشيح الجزء السائل من الدم خارج الشعيرات لينفذ إلى تجويف محفظة

بومان ويسمى بالرشح ويحتوي هذا الأخير على ماء البلازما ومكوناتها غير البروتينية، ويكون بمعدل 125 سم³/ الدقيقة أي ما يعادل 20 لتر يوميا، أما الكريات الدموية البيضاء والحمراء والصفائح الدموية والبروتينات وكل المواد المرتبطة بها مثل الأحماض الدهنية وبعض الأدوية فلا يمكنها النفاذ من خلال جدار محفظة بومان وهذا لكبر حجمها (البار، 1992، ص38).

ب) إعادة الامتصاص:

عندما يمر السائل الراشح عبر الأنابيب البولية يحدث فيها امتصاص الماء خاصة في عروة هنلي، ولولا ذلك لتعرض الجسم إلى نقص شديد في الماء وبالتالي تعرض الفرد إلى الجفاف، ولكن بعملية إعادة الامتصاص يحافظ الجسم على نسبة ماء ثابتة، ويكون الامتصاص نتيجة الحفاظ على حجم ثابت.

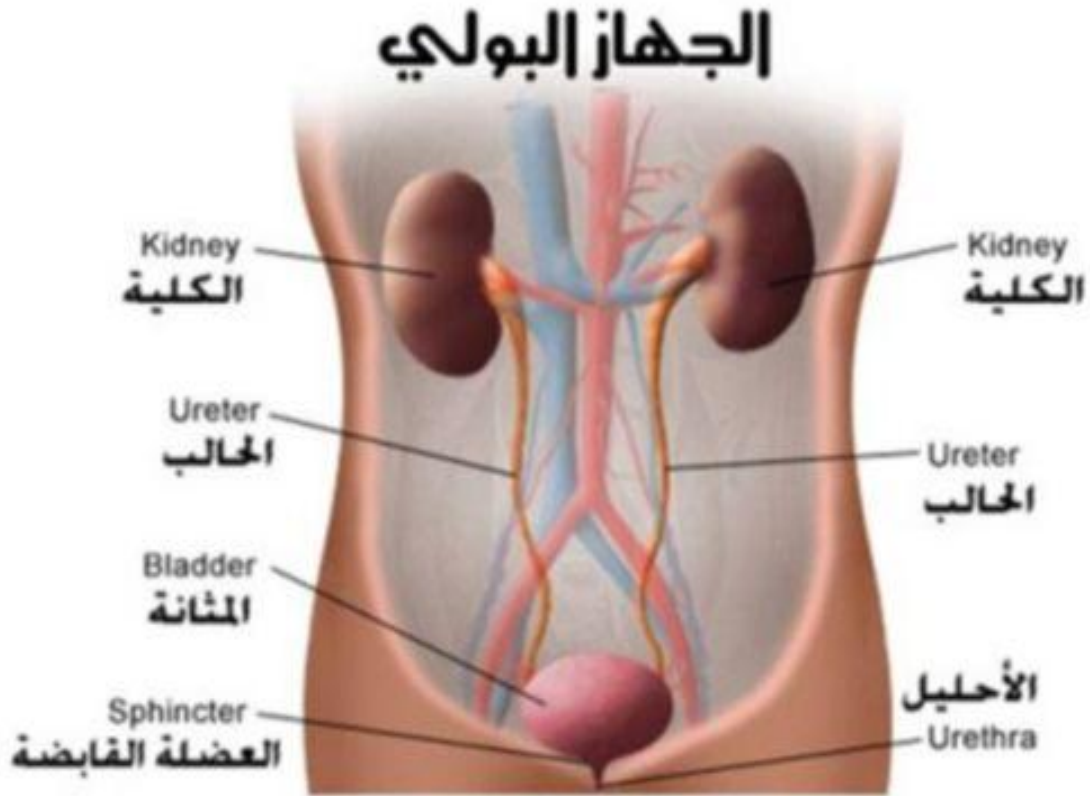
ت) الإفراز:

بالإضافة إلى امتصاص الماء والمواد اللازمة فإن جدران الأنابيب الملتوية البعيدة القادرة على استخلاص بعض المواد العضوية الغريبة أو بعض مخلفات التمثيل الغذائي كمادة الكرياتين أو بعض السموم أو العقاقير الأخرى من الدم، وتضاف هذه المواد إلى البول الذي يجتمع في حوض الكلية ومنه ينتقل عبر الحالب إلى المثانة حيث يجتمع البول هناك حتى يتخلص منه. (البار، 1992، ص39).

ث) وظائف هرمونية:

تعتبر الكلية من الغدد الصماء الموجودة بالجسم لأنها تقوم بإفراز بعض الهرمونات وتصبها مباشرة في الدم مثل هرمون الرينين (Rénine) الذي يفرز على مستوى الكبيبة الكلوية، ويقوم هذا الهرمون بالعديد من الوظائف من بينها انقباض الأوعية الدموية مما يسبب رفع الضغط الشرياني.

تعريض قشرة الكظر على افراز الألدوستيرون (Aldostérone) كما تفرز الكلية هرمون البروستاغلاندين (Prostaglandine) الذي يلعب دورا أساسيا في جريان الدم في النيفرونات، وكذلك تقوم بإفراز بعض المواد التي تساعد في تنشيط امتصاص الكالسيوم في الأمعاء ذو تحافظ على ثبات الضغط الأسموزي وتوازن الحموضة داخل الجسم، كما تفرز خمائر معينة تعمل على إبطال مفعول بعض العناصر المنشطة. (البار، 1992، ص 40).



الشكل رقم (4) : يمثل رسم تخطيطي للجهاز البولي

2. القصور الكلوي المزمن:

1-2 تعريف القصور الكلوي:

هو حدوث قصور في عمل الكلية ووظائفها مما يؤدي إلى إخلال عام في الجسم في معظم حالات الفشل الكلوي المزمن، كيفما كانت الإصابة فهي ناتجة عن تحطيم كبير في النفرون (وحدة عمل الكلية) والباقي لا يفي قيام الكلية بعملها. (البوني، 2021، ص7). يعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي. (رزقي، 2018، ص21). عرف سملتزر وبير (2000) الفشل الكلوي المزمن بأنه تدهور تدريجي بل رجعة فيه في وظيفة الكلية، حيث لا يستطيع الجسم التخلص من مخلفات عمليات الأيض. وغير قادر على المحافظة على توازن الماء والأحماض والمواد الكيميائية ضمن المعدل الطبيعي، وبالتالي تزيد نسبة البوريا والنيروجين والكريتين في الدم.

وعرف سبيريدي (2008) الفشل الكلوي المزمن بأنه القصور الحاد في وظائف الكلى حتى الوصول إلى توقف الكلى عن وظائفها تماما، ولا تظهر أعراض في الكلى أو آلام بعد بلوغ مرحلة تتخطى (25 %) من كافة وظائف الكليتين وهذا ولا يتم رجوعه مرة أخرى إلى كافة وظائف الكلى حتى وإن تم زوال سبب المرض (نبال، 2018، ص61).

وهو حالة تتميز بفقدان كلي الكليتين عن أداء وظيفتها الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد الأمة وطرحها عن طريق البول، مما يدفع المصابين بهذا المرض المزمن إلى حتمية الغسيل لكلوي (الهيمودياليز) (زعموشي و بوطالبة، دس ، ص 14).

يمكن تعريف القصور الكلوي المزمن على أنه زيادة مستمرة في فقد وظائف نفرونات الكلى مما يؤدي إلى فقدان الكلى لوظيفتها في حفظ توازن الدم في الجسم، فقدان الكلى لوظائفها نتيجة لتلف الكلى، هذا التلف يسبب احتباسا للفضلات النيتروجينية والتي تخرج ن طرق الكلى يصاحب ذا الاحتباس تغيرات استقلابية وارتفاع نسبة البوتاسيوم في الدم وتغيرات في مستوى السوائل بالجسم.

2-2 أعراض القصور الكلوي المزمن:

تضطرب بسبب القصور الكلوي المزمن مع أجهزة الجسم الداخلية وينتج عن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض هي كالتالي:

2-2-1: أعراض القلب والأوعية الدموية:

اضطرابات القلب والأوعية الدموية المرتبطة بالقصور الكلوي المزمن على وجه الخصوص:

(أ) ارتفاع ضغط الدم (الناجم عن ابقاء الصوديوم والماء أو عن تفصيل نظر الرنين أنجيوتنسين ويصاحب ذلك زيادة في إفراز الألدوستيرون).
(ب) قصور القلب.

(ت) آلام دائمة في القلب. (Brunner, 2006, P95).

2-2-2: الأعراض الخاصة بالدم:

(أ) فقر الدم أو الأنيميا: Anémie:

يصاحب فقر الدم بصفة دائمة القصور المزمن وتتم الإصابة به تدريجياً، ويمد مسؤولاً عن حدوث الفشل المزمن ولاضطرابات القلبية والمعاناة من الشحوب التي تمر خاصة لمرض القصور الكلوي.

فيظهر فقر الدم نتيجة تقلص مدة حياة الكريات الحمراء من جهة والعجز النخاعي من جهة أخرى. (A.Konlisky, 2001, P225).

(ب) اضطرابات الخلايا البيضاء: Anomalies leucocytaires

ينخفض عدد الخلايا البيضاء عند المصابين بالقصور المزمن، ما يحدث اضطراباً في المناعة، فيصبح الجسم عرضه للإنتانات وتتنخفض استجابته للقاحات خاصة الاستجابة للقاح التهاب الكبد الفيروسي. (kanger,2001,p226).

ت) اضطراب في تخثر الدم: **Plaquette**:

رغم أن عدد الخلايا الصفائحية يبقى عاديا، ترجع هذه الاضطرابات أحيانا إلى فقر الدم بالإضافة إلى اختلال وظائف الخلايا الصفائحية.

2-2-3: الأعراس العظمية Manifestation osseuses

تتمثل هذه الأعراس في الاضطرابات الفوسفوكلسية، والتي تعرف باسم أو ستيرو في الكلوي Osteodystrophie تحدث هذه الأخيرة مبكرا وينتج عنها انخفاض الكالسيوم بسبب نقص امتصاصه من طرف الأمعاء.

ترتفع كمية الفوسفور في المرحلة النهائية من القصور الكلوي المزمن محدثة انخفاض في الكالسيوم، وينبه هذا الأخير الغدد الشبه درقية، مما يؤدي إلى ألأم في العظام والمفاصل، بالإضافة إلى معاناة المريض من الحكمة وترسبات كلسية على مستوى الملتحمة مما يسبب احمرار العيون. (Rostoker et G, colombel, 1997, P183).

2-2-4: الأعراس العصبية:

وتتقسم هذه الأعراس إلى أعراس مركزية وأخرى محيطية:

أ) الأعراس العصبية المركزية:

تتمثل في انتفاخ دماغي في حالة ارتفاع ضغط الدم و اضطرابات في الوعي مع تشنجات عضلية ناتجة عن اضطرابات الماء والأملاح والأيونات خاصة انخفاض حجم الدم.

ب) الأعراس العصبية المحيطية:

تتمثل هذه الأعراس في تعدد الالتهابات، حيث تتموضع هذه الأخيرة تدريجيا، وتبقى كامنة لمدة طويلة، تتمثل هذه الالتهابات في اضطرابات الاحساس باحترق في القدمين مع تشنجات في انخفاض في الأعضاء السفلية، كما تحدث في المرحلة الأخيرة فقدان الانعكاسات والهديان وفقدان الوعي. (Richet, 1985, P88-89).

2-2-5: الأعراض الهضمية والغذائية:

تكثر الاضطرابات الهضمية والغذائية في مرحلة القصور الكلوي المزمن النهائي، وتتمثل في فقدان الشهية، الغثيان، التقيؤ، بالإضافة إلى أن المرضى يشكون من رائحة الأمونياك في الفم واضطرابات في الذوق وكذا الإصابة بالتهاب المعدة، ولذلك يجب وقاية المريض من التريف الهضمي بواسطة العلاج العرضي. (Colombel et G.Rostoker, 1997, P184).

2-2-6: الأعراض الجلدية: Manifestation cutanées:

تعتبر الحكة prurit من الأعراض الأكثر انتشارا في القصور الكلوي المزمن خاصة في المرحلة النهائية منه، ترجع هذه الحكة إلى أسباب متعددة كارتفاع افرازات الغدد الشبيهة درقية وارتفاع كمية الفوسفور في الدم، كما أن لهؤلاء المرضى بشرة جافة خصوصا على مستوى الأطراف السفلى للجسم.

2-2-7: انخفاض المناعة: Troubles immunitaires:

يعاني المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن من انخفاض في المناعة مما يجعلهم عرضة للتعبات الخطيرة وانتشار الإصابة بالسرطان بالإضافة إلى عدم الاستجابة للقاحات.

2-2-8: الأعراض العامة والغدية: Signes généraux et endocrinien:

كالإمساك والفضل وفقدان الشهية والشحوب بالإضافة إلى اضطرابات النوم عند الطفل المسؤولة عن القزم الكلوي وكذا الإصابة بالمجر الجنسي عند الرجل والعقم عند المرأة، واضطرابات الغدة الدرقية.

2-3 أسباب القصور الكلوي المزمن:

تتعدى أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولكننا يمكن أن نصنفها إلى أسباب تكوينية وأخرى مكتسبة:

2-3-1: الأسباب التكوينية: وتتمثل فيما يلي:

- تشوه الكليتين أو المجاري البولية.
- مرض وراثي في الكلية.
- كلية متعددة الأكياس.
- التهاب المصفيات المزمن (متلازمة البورت).
- اضطراب الأبيض كداء النقرس وهو الاضطرابات التي تمس الأيض حيث يتراكم حمض البولي الناتج عن التمثيل الغذائي للبروتينات التي يجب أن يتخلص منها الجسم، بإخراجها بواسطة الكليتين، فإذا أنتج الجسم كميات تفوق قدرة الكليتين على معالجتها يختل التوازن وقد يؤدي إلى القصور الكلوي.

(Bernard, 1989, p16)

- انسداد المجاري البولية لعدة أسباب منها وجود حصيات أو تضخم البروستات أو وجود ضيق في مجرى البول وهناك أشخاص لديهم الاستعداد لتبلور المواد - مثل أكسالات البوتاسيوم وحامضالبوليك فتتكون النواة الحصوية ثم يزداد الترسيب على هذه النواة.

2-3-2: الأسباب المكتسبة:

(أ) التهاب الكلية المزمن:

وهي إصابة الكلى على مستوى الكبيبات واضطراب وظيفتها في تصفية الدم، ويبقى سبب هذا الالتهاب غير معروف، إلا أن إصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي للجسم لتتكون مولدات الأجسام المضادة ومنه يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليرسب الناتج في أغشية الكبيبات الكلوية. (Alline et all, 1994, p166).

(ب) التهاب حوض الكلية المزمن:

هو أحد أهم الأسباب في الإصابة بالمرض ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، أين يظهر عيب خلقي في الحالب مما يؤدي إلى ارتجاع البول من المثانة إلى الحالب.

ت) الضغط الدموي المرتفع ومرض السكري:

يؤدي ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري لدى بعض المرضى إلى الإصابة بالعجز الكلوي لأن إصابة الفرد بارتفاع ضغط الدم أو السكري تؤدي مع مرور الوقت إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية، وبالتالي يحصل ضمور في منطقة القشرة (cortex rénal) وهو ما يؤدي إلى العجز الكلوي.

ث) الاستخدام المفرط لبعض الأدوية:

إن الإفراط في استخدام الأدوية وخاصة المسكنات ومضادات الالتهاب لفترة طويلة وبجرعات كبيرة من أهم الأسباب المؤدية للقصور الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية وحوضها وتؤدي إلى تلفها ومن بين هذه الأدوية نذكر: البارسيتامول، الأسبيرين، عقاقير الروماتيزم مثل: الفينوبروفين، الأندوميثاسيبين، وبعض عقاقير المضادات الحيوية مثل: مشتقات الأمينوجلاكوزايد وبعض العقاقير المضادة للأورام. (رضوان انمقداد، 2015، ص8).

2-4 تشخيص القصور الكلوي المزمن:

عند التشخيص لابد من معرفة التاريخ الطبي الكامل للمريض، لذا يسأل المريض عن صحته العامة وعن العوامل التي تكون وراء الإصابة بالمرض مثل: داء السكري، ضغط الدم، الالتهابات الكلوية، ومن ثم يوجه المريض لإجراء مجموعة من الفحوصات التي تساعد على التأكد من وجود مرض أم لا وتحديد حجمه ومرحلته ومن بين هذه الفحوصات نجد:

2-4-1 تحليل مستوى الكرياتين وتصفية الكرياتين:

تنتج هذه المادة في العضلات من خلال تمثيل مادة الكرياتين التي يستخدمها الجسم لتوفير الطاقة اللازمة للنشاط والحركة وتقوم الكلى بالتخلص من هذه المادة عن طريق ترسيحها إلى البول، ولكن في حالة حدوث اضطرابات في الكلى، فهي لا تستطيع القيام بهذه المهمة، مما يؤدي إلى زيادتها في الدم ويأخذ هذا الاختبار عينتين: احدهما عينة من الدم والأخرى من البول المجمع كل 24 ساعة، ويتم المقارنة بين نسبة تركيز هذه المادة في

العينتين، فإذا كانت الكلية لا تعمل بكفاءة فتزداد نسبة "الكرياتين" في الدم بالمقارنة بنسبتها في البول.

2-4-2 مستوى البولينا النيتروجين في الدم (Bun):

تنتج البولينا النيتروجين من تحليل البروتين في الجسم، وتقوم الكلى بالتخلص منها عن طريق ترشيحها إلى البول، ولكن مع وجود خلل في الكلى تزداد نسبة لولينا النيتروجين عن المدى الطبيعي لها في الدم.

3-4-2 تحليل البول:

في هذا الاختبار يتم قياس كمية الزلال والبروتين المجمع في البول خلال 24 ساعة، حيث أنه من المتوقع أن تقوم الكلى بإعادة امتصاص البروتين لأنه من المواد المفيدة لبناء أنسجة **الجيم** وبالتالي إذا وجد ارتفاع في نسبة تركيز مادة البروتين في البول، فيعد ذلك مؤشرا على وجود قصور في وظيفة الكلى.

4-4-2 اختبارات أيونات الأملاح في الدم ونسبة الحموضة:

تعمل الكلى على تنظيم أيونات الأملاح في الدم، مثل البوتاسيوم الصوديوم، الفوسفات والكالسيوم والمغنسيوم، كما أنها تحافظ على كون الدم متعادلا بين الحموضة والقلوية وعند حدوث اضطرابات في الكلى يحدث اختلال في تركيز هذه الأيونات في الدم، وفي توازن الحمض، والقلوية في الدم، لذا يعتمد هذا الاختبار على قياس نسبة تركيز هذه المواد في الدم.

5-4-2 استئصال عينة من نسيج الكلى:

نستأصل عينة من نسيج الكلى عن طريق إبرة، ويتم فحصها بشكل دقيق تحت المجهر لتحديد نسبة الفشل الكلوي المزمن ونسبته.

2-4-6 تحليل الدم:

يعد تحليل الدم من أكثر الاختبارات شيوعاً في تشخيص مرض القصور الكلوي المزمن حيث تفحص الخلايا المكونة للدم، فالدم يتكون من ثلاث خلايا هي:

- خلايا الدم الحمراء: وهي مختصة بتوصيل الأكسجين إلى أنسجة الجسم، وتسحب ثاني أكسيد الكربون من هذه الأنسجة.

- خلايا الدم البيضاء: ودورها محاربة العدوى والفيروسات التي تغزو الجسم.

- صفائح الدم: تساعد هذه الخلايا على توقف النزيف من خلال تجلط الدم في الأوعية الدموية.

وتتعاون هذه الأنماط الثلاثة من خلايا الدم للقيام بوظائف الجسم الحيوية عند حدوث مرض القصور الكلوي المزمن يحدث خلل ملحوظ في نسبة هذه الخلايا لذا يعتمد الاختبار على تقدير نسبة خلايا الدم الثلاثة.

2-4-7 معدل ترشيح الكبيبات (GFR):

وهو مقياس لكفاءة الوحدات الكلوية في ترشيح المواد الفائضة والماء والأملاح الزائدة، حيث يتم المقارنة بين نسبة تركيز هذه المواد في عينتين، أحدهما من دم المريض والأخرى من بوله.

2-4-8 الأساليب التصويرية:

وتعد هذه الأساليب من الوسائل الفعالة في تشخيص مرض القصور الكلوي المزمن عن طريق تكتيك الموجات فوق الصوتية على الكلى، والمسح الذري على الكلى، والأشعة العادلة وهذه الأساليب تساعد على توضيح حجم الكلى وإظهار التكبيبات والأورام أو الحصوات أو أي انسداد في المجاري البولية، بالإضافة إلى تدفق الدم بالكلى.

وتظهر أهمية تقدير مستوى القصور الكلوي عند تقديم العلاج المناسب لحالة المريض والذي يختلف من حالة لأخرى حسب نسبة الاضطراب الكلوي وعمر المريض وجنسه. (الشويخ، 2009، ص49، 52).

2-5 الآثار الناتجة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن:

يترتب على مريض القصور الكلوي آثار متعددة تنعكس على نظرة المريض للحياة وتؤثر على صحته النفسية، ونذكر في هذا السياق أهم هذه الآثار:

2-5-1: الآثار المتعلقة بالمريض:

من وقت حدوث المرض يكون المريض في حالة نفسية صعبة وخاصة عندما يضطر لملازمة ماكنة التنفية، حيث يواجه المريض قلقا كبيرا وصعوبة في التكيف ناتج عن الاحباطات التي يعاني منها جسده (مخولف، 2005، ص20).

(أ) الصدمة: في بداية الأمر خاصة في الأشهر الأولى لا يتقبل ويذهب إلى المستشفى لكي يشفي ولكن لتأثير الحدود بين الحياة والموت ولكنه تحت الصدمة لا يقبل العلاج، ويسبب مشكلات للطاغم الطبي ويعرقل عملية العلاج.

(ب) قلق الموت: عندما يجد المريض بأبنة على قيد الحياة تظهر سمات وطبائع المرض في تصرفاته لخشيته من الموت.

(ت) الاكتئاب: يعتبر الاكتئاب رد فعل متأخر للمرض فيصبح المريض في حالة تأمل في مرضه وما ينجم عنه من تداعيات (تايلور، 2008، ص50).

2-5-2: الآثار الجسمية:

يصاحب هذا المرض ظهور مجموعة من الأمراض التي تسبب للمريض الشعور بالمعاناة كالحارقات أثناء عملية التبول وفقدان الشهية والشعور بالألم والوهن، كما يشتهي مرضى القصور الكلوي من اضطرابات في النوم، كما تعد هشاشة العظام والنسيج العضلي والأنيميا والحكة الجلدية الشديدة من أهم الآثار الجسدية لدى المرضى الخاضعين للعلاج بالاستصفاء الدموي المتكرر.

2-5-3: الآثار المرتبطة بالتشخيص:

يعد التشخيص لمرضى القصور الكلوي المزمن صدمة نفسية مما يرتبط بالشخص من تغير في وظائف الجسم وأسلوب الحياة بالإضافة إلى أنه يمر بعدد من الاجراءات التشخيصية التي تعد مجملها مصدر المعاناة لدى المريض.

2-5-4: الآثار المرتبطة بالعلاج:

بعد التشخيص يخضع المريض لفترة علاج ممتدة ومتكررة كل فترة وأثناء خضوعه للعلاج يواجه مصدرين للمعاناة:

أ) الاعتماد على آلة بالاستصفاء الدموي المتكرر فبقاء المريض حيا يعتمد على هذه الآلة التي تعوض فقدان وظائف الكلى ويشعر بصداغ دائم بين الاعتماد على هذه الآلة واستمرار حياته.

ب) القيود العلاجية المرتبطة بالنظام الغذائي والحركة حيث يخضع المرضى لقيود صارمة يختص بعضها بالنظام الغذائي المتبع، حيث يعود فيه تناول السوائل الغذائية من أكبر القيود الغذائية التي تمثل شعورا بالمعاناة لدى المرضى، والبعض الآخر يتعلق بحرية السفر والانتقال فيتقلص نشاط المريض بعد المرض وتتحصر قدرته على القيام بأنشطة الحياة اليومية وهذا راجع لانخفاض قدرته الجسدية.

2-5-5: الآثار الاجتماعية:

نتيجة للتغيرات المصاحبة لتشخيص والعلاج تتغير شبكة العلاقات الاجتماعية حيث يميل المريض إلى الانسحاب الاجتماعي وتقلص أدواره مما ينعكس على علاقاته بالآخرين.

2-5-6: الآثار المرتبطة بالعمل:

يترتب على الاصابة بهذا المرض انخفاض في مستوى طاقة المريض وصعوبة التركيز مما يحول بينه وبين الاستمرار في أداء وظيفته بكفاءة وذلك ينعكس بالسلب على أداء وظيفته.

2-5-7: الآثار الجنسية:

تعد الاضطرابات الجنسية من المشاكل الشائعة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، والتي تنتج من حدوث بعض التغيرات البيولوجية وتؤثر بشكل كبير على عملية الانتصاب لدى الذكور. (حلواني، 2000، ص60).

3- الغسيل الكلوي:

يعد غسيل الكلى الطريقة الأكثر انتشاراً، يهدف إلى إعادة التوازن للوسط الداخلي بفضل علاج متقطع (عموماً 03 حصص في الأسبوع، من 04 إلى 05 ساعات في كل حصة)، يتم في مركز استشفائي أو عيادة أو قد يجرى في مؤسسات عادية، وذلك حسب حالة المريض.

3-1 تعريف الغسيل الكلوي:

هو عبارة عن عملية تنقية الدم من المواد السامة بمعاملته مع محلول سائل الإنفاذ Dialysing Fluid يشبه تركيبه تركيب البلازما (سلامة، 2001، ص32-33).
عن طريق غشاء نفوذ وعملية التصفية يمكن أن تسمح بتنقية الدم من الفضلات وتطبيع الالكترونوتيدات البلازمية، وهذه العملية تكررهما بصفة منتظمة عدة مرات في الأسبوع (ادوارد البيطار، 1964، ص98).

3-2 مكونات جهاز الغسيل الكلوي:

3-2-1 الحوض bain de dialyse: هو جهاز يسمح بالحفاظ على درجة حرارة الحوض ونفائه والحفاظ على التدفق المستمر والحفاظ على الضغط أي يسمح بأن يكون الوسط مثل الدم من حيث الدرجة 38° والضغط وتركيبه.

3-2-2 محلول الحوض dialysat: الذي يسمح بالتصفية ويكون خالياً من

الفضلات ويحتوي على قليل من الشوارد)، ويتكون من ماء معالج خال من المعادن (الألمنيوم والكالسيوم).

3-3-3 الغشاء نصف نفاذ Membrane dialysant: يسمح بمرور الفضلات

والبول و (K+.H+. N+)، لكنه غير نفوذ للبروتينات وكريات الدم الحمراء والبيضاء وغيرها.

3-3-3 مفر التصفية dialyseur: يحتوي على وسطين:

الدم ومحلل شوارد (Na+ K+.H+.) من الدم حتى يصبح تركيزها متساويا وعاديا مع تركيز ماء الحوض عن طريق ظاهرة الانتشار الإسموزي لتخرج الفضلات من الدم إلى الحوض.

3-3 كيفية استخدام آلة الغسيل الدم:

تغرس الإبرتان في وريد ساعد المصاب فتشل رباط شرياني ووريد بحيث يكون الجهاز متصل بالوريد من جهة وبالشريان من جهة أخرى وبهذا فان الكلية الاصطناعية أي جهاز التصفية يكون موجودة في دائرة غير متقطعة يعبر منها الدم خارج الجسم تكون بدايتها عرق شرياني يخرج من الدم ونهايتها عرق آخر، خلال هذه يجب أن تضاف مادة Harpamine التي تعمل على منع تخثر الدم داخل الأنابيب ولكن لا تفتح الأوعية الدموية في كل مرة يقوم فيها المريض بتصفية الدم توضع له قطعة شريانية اصطناعية مصنوعة من مادة Silastisteffon لكي تسهل عليهم عملية التصفية.

3-4 المشاكل التي تنجر عن الغسيل الكلوي:

• المشاكل الفيزيولوجية:

- مشاكل قلب وعائية: ظهور رواسب في الشرايين المقدية للقلب وكذلك التهابات على المستوى الداخلي والخارجي للقلب.

- نزول الضغط: إذا كان الضغط مباشرة بعد Le danchement فالسبب لهذه الحالة هو أن ضغط الدم يكون ضعيف جدا وهذه العملية تحدث إذا كان الوزن قبل عملية التصفية نازلا.
- مشاكل دموية: مثل فقر الدم، إصابة الكريات البيضاء والصفائح الدموية.
- مشاكل عصبية: كالنزيف السحائي والدماغي، اضطرابات في الذاكرة إضافة إلى حدوث الصمم في بعض الأحيان بسبب إصابة العصب القحفي وهذا يفعل الأدوية التي تستقر في البلازما في الأنسجة نظرا إلى ضعف عملية التصفية.
- مشاكل هرمونية: نجد ارتفاعا في نسبة جريان الأنسولين مما يسبب اضطرابات بهذا المستوى وانخفاض نسبة الهرمون التناسلي ونقص في كمية السائل المنوي وضعف في نشاطات الحيوانات المنوية عند الرجل وغياب الدورة الشهرية في المراحل الأولى من المرض.

3-5 الانعكاسات النفسية للغسيل الكلوي:

أهم ما يميز الحالة النفسية لهؤلاء المرضى ما يلي:

• الحصر:

يعاني المرضى من الحصر ويتمثل هذا الأخير في الاضطرابات الفيزيولوجية، ألام مجهولة الأسباب..الخ، توهم المرض وأعراض رهابية وكذا الفرع من الآلة أو الممرضة أو مكان الإسعافات الخاصة.

• قلق الموت:

إن الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن يجعل المصاب به في مواجهة دائمة مع الموت، يصاحب هذه الوضعية قلق حاد وصددمات نفسية.

• صورة الجسم:

يحدث القصور الكلوي المزمن هزة عنيفة في الصورة الجسدية، والتي تتمثل في صعوبة القيام بحداد الوظيفة البولية ورمزيتها الجنسية، صعوبة تقبل وجود أعضاء غير وظيفية داخل الجسم وهذا أيضا عند المرضى الذين خضعوا للزرع الكلوي.

• الاضطرابات المهنية:

تتعرض عملية الغسيل الدموي على الحياة المهنية للمريض فيختلف تأثيرها من تجنب هذا الأخير للنشاطات المهنية الثقيلة إلى طلبه عمل آخر يتلاءم مع حالته الصحية العامة أو قد يتخلى المريض كلياً عن نشاطه المهني فيدخل في حالة من العجز المهني الدائم.

• الاضطرابات الجنسية:

غالبا ما تصاب الحياة الجنسية لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية، حيث يعاني من احباطات جنسية متعددة تتمثل في انخفاض الليبيد والذي يظهر في عجز جنسي عند الرجل وبرودة جنسية أو عقم عند النساء (زكنون فيروز، 2011، ص35).

خلاصة:

إن مرض القصور الكلوي المزمن من الأمراض التي زاد انتشارها في العالم بنسبة كبيرة، وهو يحدث نتيجة توقف الكليتين عن أداء وظيفتهما يستمر لأشهر أو عدة سنوات، قد يكون نتيجة عن الإصابة بأمراض أخرى كالإصابة بمرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو لاستخدام المفرط للأدوية وأمراض أخرى على مستوى الجهاز البولي إضافة إلى أسباب أخرى وراثية، لذلك فإن الفحوص الدورية مهمة للكشف عن المرض في بدايته قبل تطوره لأن تطور المرض وتدهور الكلى يجبر المريض الخضوع لعملية الغسيل الدموي التي تعيقه على القيام بمختلف النشاطات العادية في حياته اليومية.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس :

الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
2. أهداف الدراسة
3. منهج البحث
4. مجالات الدراسة
5. تعريف العينة القصدية
6. خصائص عينة الدراسة الأساسية
7. ادوات الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد :

بعد التطرق للجانب النظري الذي يعتبر أساس الدراسة العلمية ، سوف يتم التحدث في هذا الفصل عن الإجراءات المنهجية ، انطلاقاً من الدراسة الأساسية وما تحتوي عليه من مراحل وخطوات منها وصف المنهج المعتمد والعينة والأدوات المناسبة وخصائصها السيكومترية ، ثم تطبيق أساليب المعالجة الإحصائية التي تتم الاعتماد عليها .

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها من خلالها نتأكد من وجود عينة الدراسة ، وحسب **عب الرحمن العيسوي** الدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع دراسته كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على الظروف والإمكانيات المتوفرة في الميدان ، ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث (**براهمية جهاد ، 2018**) .

قمنا بدليل المقابلة الأول فيه أسئلة عامة طبقناها على سبعة حالات ، الأمر الذي ساعدنا على التعرف على خصوصية هذه الحالات وساعدنا في تعديل دليل النهائي لدليل المقابلة الذي طبقناه على الحالات الممثلة للدراسة الأساسية بالإضافة إلى تطبيق مقياس الدراسة (**الألم النفسي ونوعية الحياة**) .

2. أهداف الدراسة الاستطلاعية :

- التأكد من ملائمة مقياس الألم النفسي ومقياس نوعية الحياة مع العينة .

- تطبيق أدوات الدراسة على الحالات المختارة.

3. منهج الدراسة :

إن اختيار منهج الدراسة أمر تحدده طبيعة مشكلة الدراسة المراد دراستها للوصول إلى نتائج معينة وانطلاقا من طبيعة الدراسة المتمثل في الألم النفسي ونوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن تبين لنا أن أنسب منهج لهذه الدراسة هو المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة الذي يعرفه **perron 1979** بأنه الطريقة التي تسمح بمعرفة

السير النفسي ، وتهدف إلى تكوين بنية واضحة لحوادث نفسية يكون مصدرها الفرد نفسه (Perron 1979 . p 38)

كما عرف أيضا المنهج العيادي أنه : يعتمد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذين يواجهون مشاكل معينة، والتعرف قدر الإمكان على ظروف حياتهم بغية التوصل إلى تأويل كل واقعة في ضوء كل الوقائع الأخرى ، ذلك أن الكل يشكل مجموعة دينامية لا يمكن تفسيرها دون تشويها وتبريرها . (عبد الرحمان الوافي، 2005، ص 14) .

4. مجالات الدراسة :

1-4 المجال المكاني:

تم إجراء الدراسة الميدانية بمستشفى " ندير محمد " بتيزي وزو حيث تم الذهاب إلى قسم تصفية الدم من أجل البحث عن المصابين بمرض قصور الكلوي المزمن ، والخاضعين لعملية تصفية الدم .

2-4 المجال الزمني:

انطلقنا الدراسة الميدانية 22 فيفري 2024 إلى غاية 18 مارس 2024 حيث استمرت 26 يوم .

3-4 المجال البشري:

يشمل المرضى المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم في المؤسسة الإستشفائية " ندير محمد " بتيزي وزو الذين تتراوح أعمارهم ما بين (20 - 65 سنة) .

5. تعريف العينة القصدية:

يكون الاختيار في هذا النوع من العينات على أساس حر من قبل الباحث و حسب طبيعة بدراسته بحيث يحقق هذا الاختيار هدف الدراسة أو أهداف الدراسة.

6. خصائص عينة الدراسة الأساسية :

لجدول رقم 1 : خصائص عينة الدراسة الأساسية

خصائص الحالات	أ	م	و	ع	ف	ن	فا
السن	67	59	22	23	49	52	61
الجنس	ذكر	ذكر	أنثى	أنثى	أنثى	أنثى	أنثى
المهنة	متقاعد	متقاعد	ممرضة	ماكثة في البيت	ماكثة في البحث	ماكثة في البيت	ماكثة في البيت
الحالة المدنية	متزوج	متزوج	مرتبطة	عازبة	عازبة	متزوجة	متزوجة
المستوى الدراسي	ابتدائي	المتوسط	جامعي	متوسط	متوسط	ابتدائي	ابتدائي
نوع المرض	قصور كلوي مزمن	قصور كلوي مزمن	قصور كلوي مزمن	قصور كلوي مزمن	قصور كلوي مزمن	قصور كلوي مزمن	قصور كلوي مزمن
مدة الكفالة الطبية	منذ 42 سنة	منذ 48 سنة	منذ 5 سنوات	منذ 6 سنوات	منذ 18 سنة	منذ 32 سنة	منذ 54 سنة
المستوى الاقتصادي	متوسط	جيد	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط

نلاحظ من خلال الجدول التالي :

يتضح من خلال الجدول رقم (1) إن أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (20-65) سنة حيث ان عدد الذكور (02) بينما عدد الإناث (05) مصابة بالقصور الكلوي المزمن.

و كذا المستوى التعليمي غير متماثل حيث نجد (03) ابتدائي، (02) متوسط، و (01) جامعي ، أي المستوى الابتدائي اكبر نسبة. أما الحالة المدرسية فنجد (04) متزوجين، (03) غير مرتبطين.

المهنة نجد أن (04) مآكثات في البيت، (01) ممرضة، (02) متقاعد. و أخيرا المستوى الاقتصادي متوسط لدى أغلبية أفراد العينة (06) ، (01) جيد.

7. أدوات الدراسة :

من أجل تحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على الأدوات التالية :

المقابلة العيادية نصف الموجهة ، والمقياس (مقياس الألم النفسي ومقياس نوعية الحياة)

1-7 المقابلة العيادية:

اعتمدنا في دراستنا الحالية على المقابلة العيادية كوسيلة أساسية لجمع المعطيات وذلك تماشيا مع المنهج العيادي وكذلك دراسة الحالة، واستنادا إلى طبيعة موضوعي وعينة الدراسة وجدت انه من الأفضل أن تعتمد على المقابلة نصف الموجهة أين عرفت الباحثة "شيلاند" (1983) على أنها ليست مقابلة حرة ولا مقيدة، بل تقع بين الاثنين حيث يكون فيها دور الفاحص هو الاستماع للمفحوص والتدخل بغرض توجيهه فيما يخدم المقابلة العيادية، وهذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير عن حالته بكل ارتياح وطلاقة وتشجيعه على الكلام. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، ص80).

وللقيام بمقابلة ناجحة يجب توفر ثلاثة شروط:

- درجة توفر المعلومة لدى المفحوص وسهولة نيلها منه.
- تفهم المفحوص لما هو مطلوب منه.
- الدافعية من طرف المفحوص حتى يجيب بدقة عن الأسئلة وتحديد مدى تعاون المفحوص مع الفاحص ذلك أن المقابلة هي عبارة عن تفاعل متواصل بين الفاحص والمفحوص.

وقد عملنا على تسيير المقابلة العيادية من خلال تطبيق دليل المقابلة العيادية والمقياسين.

(أ) محور حول المعلومات الشخصية والهدف منها جمع المعلومات الخاصة بالمريض ويضم: (الاسم، السن، الجنس، المستوى التعليمي، الوضع المادي، عدد الأبناء، المهنة).

(ب) السوابق المرضية الهدف منها معرفة التاريخ المرضي للمريض وعائلته نسأل المريض إذا كان مصاب بأمراض أخرى، أسبابه مثلا: هل سبق وان دخلت المستشفى لأسباب صعبة أخرى وتواجد احد مصاب بنفس مرضه في العائلة.

(ت) المرض والعلاج بمعنى القصور الكلوي المزمن هدفه معرفة الوضعية الصحية للمريض الحديث عن حالته الصحية، سنة ظهور العجز الكلوي، أعراضه الأولى، متابعة العلاج، عدد الحصص في الأسبوع، عدد الساعات لكل حصة (حدثني عن حالتك الصحية وكيف هي وضعك حاليا) هو سؤال يجعل المريض يتحدث عن خبرة المرض والعلاج المزمنين، الأمراض المصاحبة لعلاج تصفية الدم.

(ث) محور الألم النفسي هدفه معرفة الحالة النفسية والانفعالية نسأل المريض عن مختلف الانعكاسات المصاحبة للتأقلم مع هذا المريض ومعرفة ردة فعلهم وهناك أسئلة حول مدى شعورهم بالقلق والاكتئاب، الخوف، الألم النفسي، موقفه اتجاه الحياة.

ج) محور حول نوعية الحياة الواقعية والمدركة إذ نسأل المريض عن مختلف الانعكاسات المصاحبة للمريض العلاج المزمين أي هل مرضك يشكل عائقا أمام تحقيق رغباتك (الجسمية، النفسية، الاجتماعية، المادية، المهنية، العلائقية والزوجية).

2-7 مقياس الألم النفسي:

يتضمن الألم النفسي: الاكتئاب، القلق، الضغط، وقد تم اختيار **Dass21** مقياس لأجل قياسه.

وصف **Dass** لأول مرة من قبل **Lovibond** سنة 1980، وفي وقت لاحق صدر دليل **Dass** من قبل (**Lovibond P.F& Lovibond S.H,1993**) والذي يحتوي على عرض مفصل لبنوده ومكوناته الرئيسية، ونشر في مقال لهما عام 1995 بمجلة **Elsevier science (Lovibond P.F& Lovibond S.H ,1995)**

فهو كأداة تستخدم على نطاق واسع لفحص وتقييم أعراض الاكتئاب والقلق والضغط لدى الأصحاء والمرضى البالغين، ويعرف بقدرته وصلاحيته التمييزية، بين هذه المتلازمات أو البنيات الثلاث. حيث تكونت النسخة الأولى والمطولة للمقياس من 42 بند، وبعدها تم إصدار نسخة مختصرة قصيرة مكونة من 21 بند وذلك لغرض تحليل الوقت المستغرق في تطبيقه.

ويتألف **Dass21** من ثلاثة مقاييس فرعية، ويتكون كل واحد فيها من سبعة بنود، حيث مقياس الاكتئاب الفرعي يقيس اليأس، وانخفاض تقدير الذات والحوافز ومقياس القلق يقيس الاستثارة اللاإرادية وأعراض العضلات والهيكل العظمي... الخ ومقياس الضغط يقيس التوتر والإثارة والتأثير السلبي.

وقد نستخدم على نطاق واسع في عينات غير سريرية وسريرية لمعرفة الحالات العاطفية السلبية والكشف عن الأعراض وكذا المسنويات مختلفة من الاكتئاب والقلق والضغط.

وطبق المقياس على البالغين والكبار ما بين 18-64 سنة والكبار المسنين ابتداء من 65 سنة فما فوق، وقد تم ترجمتها والتحقق من صحتها في العديد من اللغات بما في ذلك الصينية، الماليزية، الايطالية، الاسبانية والاسترالية...الخ

وقد قام **Tran** وزملاؤه بحساب الموثوقية ومعامل الاتساق الداخلي للمقياس حيث بلغ 0,88، أما **Oei** وزملاؤه وجدوا أن معاملات ألفا كرونباخ كانت مقبولة لجميع الأبعاد حيث وصل في الاكتئاب إلى ($@=0,86$) أما القلق فكان ($@=0,81$) والضغط ($@=0,70$)

كما قدرت قيمة ألفا على **Dass21** ككل ب ($@=0,91$) وهي قيم تشير إلى موثوقية داخلية جيدة للمقياس.

ويتم التقييم في (**Dass**) باستخدام مقياس ليكرت من أربع (4) نقاط، تتراوح من 0 إلى 3، حيث تكون الإجابة عليه وفق أربعة بدائل هي: لا ينطبق على إطلاقاً، تنطبق علي إلى حد ما، تنطبق علي بدرجة كبيرة، تنطبق علي تماماً.

وتتراوح الدرجات على هذه البدائل من 0 إلى 3 درجات حيث تقدر أدنى درجة على هذا المقياس ب 0 وأقصاها ب 63. (براهمية، 2018، ص90)

يتكون المقياس في الدراسة من 21 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وكل بعد يحتوي على سبعة بنود وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم(2): يمثل أبعاد الألم النفسي

البعد	البند
الاكتئاب	5، 3، 10، 13، 16، 17، 21
القلق	2، 4، 7، 9، 15، 19، 20
الضغط	1، 6، 8، 11، 12، 14، 18

الاكتئاب: تتضمن (7) عبارات مجموع الدرجات (0 حتى 21) من كانت مجموعة درجاته:

من 0 حتى 7 مستوى خفيف الألم النفسي .

من 8 حتى 14 مستوى متوسط من الألم النفسي.

من 15 حتى 21 مستوى متوسط من الألم النفسي.

القلق: تتضمن (7) عبارات مجموع الدرجات (0 حتى 21) من كانت مجموعة درجاته:

من 0 حتى 7 مستوى خفيف من الألم النفسي.

من 8 حتى 14 مستوى متوسط من الألم النفسي.

من 15 حتى 21 مستوى متوسط من الألم النفسي.

الضغط: تتضمن (7) عبارات مجموع الدرجات (0 حتى 21) من كانت مجموعة درجاته:

من 0 حتى 7 مستوى خفيف من الألم النفسي.

من 8 حتى 14 مستوى متوسط من الألم النفسي.

من 15 حتى 21 مستوى متوسط من الألم النفسي.

المقياس الكلي 21 عبارة: مجموع الدرجات (من 0 حتى 63)، من كانت مجموع درجاته:

من 0 حتى 21 مستوى خفيف من الألم النفسي.

من 22 حتى 42 مستوى متوسط من الألم النفسي.

من 42 حتى 63 مستوى مرتفع من الألم النفسي.

7-2-1 الخصائص السيكومترية لمقياس الألم النفسي:

وقد قامت الباحثة براهمية بترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية ومن العربية العامية وتم التأكد من صدقه وثباته بتمريره على مجموعة أساتذة لغرض التحقق من صدق ترجمته. ولقد قدر معامل الثبات ب0,79 هذا ما يدل على ثبات المقياس ومدى صلاحيته للاستخدام، وصدقه ب0,76 وهو دال عند مستوى الدلالة 0,01 مما يدل على صدق المقياس.

7-3 وصف مقياس نوعية الحياة:

تمثلت أداة الدراسة في مقياس نوعية الحياة، الصادر من منظمة الصحة العالمية سنة (1996) وقام احمد محمد عبد الخالق (2008) بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية، ولقد قام لطفي (2009) بتطبيق هذا المقياس على البيئة الجزائرية. يتكون المقياس في الدراسة من 26 عبارة موزعة على أربعة مجالات وهي:

(أ) مجال الصحة البدنية: تتضمن (8) عبارات وهي كالتالي: (1-2-3-4-5-6-7-8).

(ب) مجال الصحة النفسية: تتضمن (7) عبارات وهي كالتالي: (9-10-11-12-13-14-15).

(ت) مجال الصحة الاجتماعية: تتضمن ثلاث عبارات وهي كالتالي: (16-17-18).

ث) مجال البيئة: يتضمن (8) عبارات وهي كالتالي: (19-20-21-22-23-24-25-26).

توجد أربعة بدائل لإجابات المرضى على عبارة المقياس، وتم إعطاء كل بديل درجة كالتالي: تنطبق بدرجة كبيرة (4)، تنطبق بدرجة متوسطة (3)، تنطبق بدرجة ضعيفة (2)، لا تنطبق أبداً (1). ويتم عكس قيمة هذه الدرجات في العبارات السلبية للمقياس (في العبارتين 1 و14) وتراوحت درجات المقياس بين 26 و104 درجة، وقد تم تفسير نتائج المقياس في كل مجال كما يلي:

- مجال الصحة البدنية (8) عبارات مجموع الدرجات (من 8 حتى 32 درجة)، من كانت مجموعة درجاته:

من 8 حتى 15 درجة: مستوى منخفض من نوعية الحياة.

من 16 حتى 24 درجة: مستوى متوسط من نوعية الحياة.

من 25 حتى 32 درجة: مستوى مرتفع من نوعية الحياة.

- مجال الصحة النفسية (7) عبارات من مجموعة (من 7 حتى 28) من كانت مجموع درجاته:

من 7 حتى 13 درجة: مستوى منخفض من نوعية الحياة.

من 14 حتى 21 درجة: مستوى متوسط من نوعية الحياة.

من 22 حتى 28 درجة: مستوى مرتفع من نوعية الحياة.

- مجال العلاقات الاجتماعية (3) عبارات من مجموع الدرجات (من 3 حتى 12) من كانت مجموع درجاته:

من 3 حتى 5 درجة: مستوى منخفض من نوعية الحياة.

من 6 حتى 8 درجة: مستوى متوسط من نوعية الحياة.

من 9 حتى 12 درجة: مستوى مرتفع من نوعية الحياة.

- مجال البيئة (8) عبارات من مجموع الدرجات (من 8 حتى 32) من كانت مجموعة درجاته:

من 8 حتى 15 درجة: مستوى منخفض من نوعية الحياة.

من 16 حتى 24 درجة: مستوى متوسط من نوعية الحياة

من 25 حتى 32 درجة: مستوى مرتفع من نوعية الحياة

المقياس الكلي 26 عبارة: مجموع الدرجات (من 26 حتى 104)، من كانت مجموع درجاته:

من 26 حتى 51 درجة: مستوى منخفض من نوعية الحياة.

من 52 حتى 77 درجة: مستوى متوسط من نوعية الحياة.

من 78 حتى 104 درجة: مستوى مرتفع من نوعية الحياة.

4-7 الخصائص السيكومترية للمقياس:

قدر معامل الثبات ب 0,96 ما يدل انه مقياس ثابت وصدقه ب 0,97 وبالتالي مقياس نوعية الحياة صادق ويقيس ما وضع لقياسه.

- طريقة إجراء الدراسة:

لقد تم إجراء المقابلة العيادية على مجموعة الدراسة في جناح تصفية الدم لمستشفى ندير محمد ولاية تيزي وزو. حيث تم في الأول بتقديم نفسي على أن طالبة جامعية وبيان المعلومات ستبقى في خصوصية وسرية تامة، أما بالنسبة للغة المستعملة فكانت حسب المستوى الدراسي للمفحوص، وقد طرحت الأسئلة باللغة العربية.

وخلال تطبيقنا للمقياسين الألم النفسي ونوعية الحياة الصادر من منظمة الصحة العالمية قمنا بقراءة بنود المقياس فردياً، إلا أننا اضطررنا إلى إعادة قراءة بنود المقياس لأكثر من مرة، كما كان تطبيقنا لأدوات الدراسة في يوم واحد مع كل مفحوص.

خلاصة الفصل

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم خطوات إجراء هذه الدراسة مع الأدوات المستخدمة على أفراد العينة من دليل المقابلة نصف الموجهة و كذا المقاييس (الألم النفسي و نوعية الحياة)، حيث سمحتنا هذه الأخيرة بالحصول على نتائج سيتم عرضها في الفصل الموالي.

الفصل السادس :

عرض و تحليل و مناقشة نتائج البحث

تمهيد

1. عرض الحالات و تحليلها

- الحالة الاولى
- الحالة الثانية
- الحالة الثالثة
- الحالة الرابعة
- الحالة الخامسة
- الحالة السادسة
- الحالة السابعة

2. مناقشة و تفسير النتائج

خلاصة الفصل

الاستنتاج العام

تمهيد :

بعد التطرق في السابق لإجراءات المنهجية الخاصة بالدراسة الأساسية يتم في هذا الفصل عرض النتائج و تحليلها و مناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة و الدراسات السابقة تم الخروج باستنتاج عام للدراسة.

1- عرض الحالات و تحليلها

الحالة الأولى:

- تقديم الحالة:

يبلغ "م" من العمر 59 سنة، مستواه التعليمي رابعة متوسط ووضعه المادي جيد جدا، وهو رجل متقاعد، يعيش مع عائلته ولديه ثلاث أولاد ومصاب بهذا المرض سنة 2011 سبب له صدمة.

- عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية نصف الموجهة:

لقد أبدى الحالة استعداداه لإجراء المقابلة العيادية معي بكل سرور وقلب رحب، وهذا بعدما شرحت الهدف منها وقمت بتقديم نفسي كمتريضة في علم النفس العيادي ولقد كان متعاوننا معي كثيرا.

يظهر على وجهه التعب والإرهاق عند قيامه بجلسات الغسيل الكلوي ، ورغم ذلك الابتسامة لا تفارق وجهه البريء وأن الحالة مصاب بمرض داء السكري، ولقد سبق له أن دخل المستشفى لفترة زمنية صغيرة وهو الوحيد المصاب في عائلته بالقصور الكلوي المزمن.

أما الحالة الصحية للمريض فهي متدهورة قليلا حسب (والله حالتي شوية برك نعيش مع الدواوي راني نتبع تاع السكر، زيد ندير الغسيل الكلوي).

ولقد عرف أنه مصاب بهذا المرض بسبب صدمة التي تعرض لها عند سماعه بخبر مؤسف.... حسب قوله (**déduit que j'ai reçu un choque** صحي راحتي وكي دارت **analyses les** لقاو عندي مرض القصور الكلوي) .

تتمثل الأعراض الأولية التي ظهرت عليه في الإنتفاخ أين يقول : **toujours**)
يتنفخوا رجليا وما نقدرش نوقف ونمشي)

وحسب قوله فهو يتابع العلاج الطبي بإستمرار أين يقوم بثلاث 3 جلسات أسبوعيا
 لتصفية الدم، وهذا لأربع ساعات لكل جلسة .

ولقد أصبحت ردة فعله بعد الإصابة بالمرض أسوء من ذي قبل أين يقول: (والله
 مرات ما نعرف روعي وليت منيرفييزاف **toujours**مستريسي).

ولم يتلقى صعوبات للتأقلم مع مرضه وذلك حسب قوله: (كلشي مكتوب ربي وهذا
 هو القدر ديالي) .

وهو في بعض الأحيان ينتابه قلق وحزن وإكتئاب دون سبب وهذا حسب: (حتى كي
 نكون وحدي تلقاني مقلق وحزين على الحالة لي راني فيها **c'est pas facile** مي
 الحمد لله) .

أما شعوره بالألم النفسي بعد القيام بالجلسات العلاجية فيكون في بعض الأحيان
 والذي يظهر في قوله : (مرة على مرة نحس حاجة فقلبي كيما حاجة ثقيلة قاعدة عليه).

ولقد شعر الحالة بالخوف قبل بداية العلاج وهذا قبل تعرفه على آلة الدياليز ومع
 الوقت إعتاد عليها أين أخبرنا (ماكنتش خايف من السبيطار كيما خفت من هاذيك
 الماشينة ومع الوقت والفتها) .

أما موقفه من الحياة حسبه بعد المرض فهو راض على أقدار الله رغم أن وجهه يقول
 شيئا خر أين يقول: (الحمد لله على كل حال مع ظهور الحزن على وجهه)، وهذا دليل
 على عدم تقبله للمرض.

وبعد الإصابة بالمرض فهو لا ينظر لنفسه نظرة عادية خاصة أنه لديه عائلة وأولاد حسب قوله : (شويا ماشي كيما بكري)

كما أخبرنا أنه لديه الطاقة الأزمة للقيام بالأعمال اليومية، ورغم أن الحالة قال أنه راض عن حالته الصحية ولكن حسب تعابير وجهه لا يظهر ذلك كما أنه أستغرق وقت لا بأس به للإجابة على ذلك.

أما علاقته مع الآخرين أحيانا يحس أحسن وأحيانا يحس العكس في قوله : (**des fois oui** يكون معيا ملاح ، **des fois non** والله ما نعرف **exact**).

ولقد أبدى ثنائه على الطاقم الطبي المكلف بحالته وحسبه أثرت آلة الدياليز على حياته على أنه يجب أن يخصص لها الوقت 3 ثلاث مرات أسبوعيا ، كما أنه سببت له قلق من أتفه الأسباب أين يقول : (وليت ما نتحكمش في روجي وليت نتقلق بزاف نحس هذيك الماشينة أثرت فيا بزاف)

وهذا المرض شكل له عائقا أما تحقيق رغباته حسبه أين يقوم بهز رأسه دليل على ذلك، أما بالنسبة لشعوره بالأمان قال : (الحمد لله ، **oui** نشعر بالأمان في الحياة).

أما نظرته للمستقبل فبقيت كما هي سابقا (الحمد لله عشت وشفت ولادي يكبروا وينجحوا في الحياة، وهذا لي مشجعي وينسيني فالمرض تاعي ونشوف المستقبل كما الماضي بدون مرض)

الجدول (3) : مقياس الألم عند م :

الحالة	المقياس	الدرجة المتحصلة عليها	النسبة المئوية %	مستوى
م	الاكتئاب	14	66.67	متوسط
	القلق	09	42.90	متوسط
	الضغط	16	76.19	عالي
	ألم نفسي	39	61.90	متوسط

الجدول (4) : عرض نتائج مقياس نوعية الحياة

الحالة	المجال	الدرجة	النسبة المئوية	المستوى
م	الصحة البدنية	21	65.63	متوسط
	الصحة النفسية	18	64.29	متوسط
	الصحة الإجتماعية	8	66.67	متوسط
	الصحة البيئية	25	78.13	متوسط
	الدرجة الكلية	72	69.23	متوسط

عرض وتحليل نتائج الحالة على مقياس الألم النفسي ل*م* :

من خلال الجدول ألاحظ أن حالة "م" يواجه بعض الضغوطات في حياته أين تحصل على 16 درجات من مجموع 21 في مقياس الألم النفسي وهو مستوى عالي وهذا بنسبة 76.19 % أين أجاب على (1.8.18) " ينطبق علي تماما ، أما فيما يخص القلق والاكتئاب فتحصل على مستوى متوسط أين تحصل على مقياس الاكتئاب ب 14 درجة وهذا بنسبة 66.67 % حيث أجاب على البنود (3.5.13) " بتتطبق علي بدرجة كبيرة،

أما بنسبة لمقياس القلق تحصل على 9 درجات من مجموع 21 وهذا بنسبة 42.90% أين أجاب على البنود (2.15) بتطبيق علي بدرجة كبيرة وهو مستوى متوسط. فمنه تحصل السيد على 39 درجة من مجموع 63 بنسبة 61.90% فنقول أن مستوى الألم النفسي هو متوسط.

تحليل مقياس نوعية الحياة:

من خلال تحليل الجدول ألاحظ أن مجال الصحة النفسية للسيد "م" متوسط المستوى أين تحصل على 18 درجة من مجموع 28 بنسبة مئوية تمثل في 64.29% أين أجاب على معظم البنود ب (11.12.15) تتطبق بدرجة متوسطة . ثم يليها الصحة البدنية حيث تحصل على 21 درجة من مجموع 32 بنسبة مئوية تمثل 65.63% أين أجاب على معظم البنود تتطبق بدرجة كبيرة في البنود (1.2.4) فتحصل على مستوى متوسط، وهذا يعني أنه يشعر بأن مرضه يمنعه من القيام بالأعمال التي يريد، ثم يليها الصحة الاجتماعية أين تحصل على 8 درجات من مجموع 12 أين أجاب على البنود (16.17) تتطبق بدرجة ضعيفة فتحصل على مستوى متوسط بنسبة مئوية ذات 66.67% و أخيرا تحصل على الصحة البيئية على مستوى مرتفع حيث تحصل على 25 درجات من مجموع 32 أين أجاب على البنود (21.23.25.26) تتطبق بدرجة كبيرة فتحصل على مستوى مرتفع فمنه تحصل السيد "م" على 72 درجات من مجموع 104 بنسبة 69.23% على مستوى متوسط.

خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة وتحليل مقياس الألم النفسي ومقياس نوعية الحياة ثم الحصول على 39 درجة من مجموع 63 في مقياس

الألم النفسي بنسبة 61.90% فإن حالة "م" له مستوى متوسط كونه شعر بالحزن والاكتئاب وأنه عجز عن التحمس لأي شيء أن الحياة لا معنى لها.

أما في مقياس نوعية الحياة فتحصل "م" على 72 درجة من مجموع 104 بنسبة 69.23% فإن مستوى نوعية الحياة لدى الحالة هو مستوى متوسط أين شعر بالرضا عن الدعم الذي تحصل عليه من أصدقائه كما أنه لا يشعر بأن البيئة المحيطة به صحية.

الحالة الثانية:

تقديم الحالة:

يبلغ "أ" من العمر 67 سنة، مستواه التعليمي السنة الخامسة ابتدائي ووضعه المادي جيدا، وهو رجل متقاعد يعيش مع عائلته ولديه 06 أولاد وهو تاجر.

عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية النصف الموجهة:

لقد وافق السيد "أ" على إجراء المقابلة، بعدما شرحنا له الهدف منها، وتقديم نفسي كمتريضة في علم النفس العيادي كان مظهره الخارجي عادي ونظيف، وأثناء حديثه معي أخبرني أنه غير مصاب بأمراض أخرى، وهو الوحيد المصاب في عائلته بالقصور الكلوي المزمن أما الحالة الصحية للمريض فهي جيدة وثابتة ولقد عرف أنه مصاب بهذا المرض عندما كلن يمارس الرياضة بقوله، كنت **(j'entraîne les enfants et d'un seul coup tghachit , taht après dawnilsebitar, daroulitahalil et men tmak 3raft beli 3andi hadelmard)**

لم تظهر عليه أي أعراض أولية عليه وهذا بقوله : (لا ما حسيتش بوالو) .

وهو يتبع العلاج بإستمرار حسب قوله ،حيث يقوم بثلاث جلسات ، أسبوعيا لمدة أربع ساعات يوميا .

ولقد أصبحت ردة فعلها بعد الإصابة بالمرض أسوء من قبل أين يقول (وليت نتتيرفي بزاف ، علاخاطر البول ديالي يخلط مع الدم).

كما تلقى في بادئ الأمر صعوبات للتأقلم مع هذا المرض وهذا في قوله (لقيت صعوبات باش نتأقلم معه) ، ضغوط وشعور بالقلق دون سبب حسبته : (non علاه نتقلق j'ai l'ai accepter normal)

وفيما يخص الحزن والاكتئاب ، فهو لا يشعر بهما بقوله (je suis bien , je suis heureux ، ونعيش حياتي normal) .

أما شعوره بالألم النفسي بعد القيام بالجلسات العلاجية فهو شعور مؤقت في قوله : (nedit ma séance , wnedkholldarmhenni) .

أما شعوره بالخوف قبل العلاج هو سبب عدم معرفة سبب الذي أداه إلى ذلك في قوله : (الحمد لله على كل حال) .

كما أن رغم مرضه ينظر إلى نفسه بإيجابية وتفاؤل خاصة أن عائلته معه تسانده في قوله : (نحس روجي مليح حتى ننسى مرضي ، وراي راضي على حالتي) .

أما علاقته مع العائلة والآخرين قال أنها جيدة بقوله : (يتهلوا فيا وما يخلونيش ندير حاجة صعبة) ، ولقد أبدى ثنائه للطاقم الطبي المكلف بحالته حسب قوله : (والله أشكرهم على وفتتهم بالمرضى) .

أما آلة الدياليز أثرت على حياته وذلك لتخصيص لها وقت ثلاث مرات في الأسبوع ، وهذا المرض يشكل عائقا أمام تحقيق رغباته حسب قوله : (ما نقدرش ندير بزاف حوايج في حياتي) .

كما أنه يشعر بالأمن في حياته ، وحسب رأيه لم تتغير نظرتة للحياة

الجدول (5) : مقياس الألم النفسي عند " أ "

الحالة	المقياس	الدرجة المتحصل عليها	النسبة المئوية %	مستوى
أ	الاكتئاب	5	23.81%	خفيف
	القلق	2	9.2%	خفيف
	الضغط	10	47.62%	متوسط
	الألم النفسي	17	26.98%	خفيف

الجدول (6) : عرض نتائج مقياس نوعية الحياة

الحالة	المجال	الدرجة	النسبة المئوية %	المستوى
أ	الصحة البدنية	19	59.38%	متوسط
	الصحة النفسية	22	78.57 %	مرتفع
	الصحة الاجتماعية	10	83.33 %	مرتفع
	الصحة البيئية	23	71.88 %	متوسط
	الدرجة الكلية	74	71.16 %	متوسط

تحليل نتائج الحالة " أ " على مقياس الألم النفسي :

يتضح من النتائج الواردة في الجدول أن السيد " أ " له مستوى خفيف من القلق أين تحصل على 2 درجة من مجموع 21 أي نسبة 9.52 % حيث أجاب على البنود (2.4.7.9.19.20) (لا ينطبق علي إطلاقاً) ومستوى الاكتئاب لديه أيضا مستوى

خفيف أين تحصل على 5 درجات من أصل 21 وهذا بنسبة 23.81% ويظهر هذا في البنود (3.5.10.13.16.17.21) حيث أجاب ب (لا ينطبق علي إطلاقاً) وفيما يخص مستوى الضغط لديها فهو متوسط أين تحصل على 10 درجات من مجموع 21 بنسبة 47.62% حيث أجاب على البنود (1.6.8.11.12.14) ب (لا ينطبق علي) .

أما مجموع الدرجات المتحصل عليها للألم النفسي فتحصل على 17 درجات من مجموع 63 بنسبة 26.98% حيث هو مستوى خفيف .

تحليل نتائج الحالة " أ " على مقياس نوعية الحياة :

من خلال الجدول ألاحظ أن مجال الصحة البيئية للسيد " أ " متوسط أين تحصل على 23 من مجموع 32 وهذا بنسبة 71.88% أين أجاب ب (تنطبق بدرجة كبيرة) . حيث يشعر بالرضا عن الخدمات الصحية المقدمة والشعور بالأمان في حياته ويظهر ذلك في البنود (20.21.24.25.26) ثم تليه درجة الصحة البدنية ب 19 من أصل 32 بنسبة 59.38% أين أجاب على مستوى متوسط في البنود (1.4.5) .

أما الصحة النفسية وهنا تحصل على 22 درجة من مجموع 28 حيث أجاب على البنود (11.12.15) بدرجة كبيرة ، حيث يشعر بالرضا عن حالته الصحية ولديه الطاقة والقدرة على التركيز ، كما أن السيد " أ " له مستوى مرتفع في مجال الصحة الاجتماعية وهذا لحصوله على 10 درجة من مجموع 12 بنسبة 83.33%، حيث أجاب على البنود (16.18) ب (تنطبق بدرجة كبيرة) ، حيث يشعر بالرضا عن حالته الشخصية والدعم الذي يحصل عليه من أصدقائه.

وفيما يخص مستوى نوعية الحياة وهذا بمجموع الدرجة الكلية المتحصلة للسيد فنجد أن لديه نوعية الحياة بنسبة 71.16% بالدرجة 74 من مجموع 104.

خلاصة الحالة :

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة وتحليل مقياس الألم النفسي ومقياس نوعية الحياة ، تم الحصول على 17 درجة من مجموع (63) في مقياس الألم النفسي بنسبة 26.98% فإن الحالة لها مستوى خفيف من الألم النفسي كونه تقبل حالته دون ما يشعر بالقلق أو الاكتئاب أو الضغط رغم صعوبة ما يمر به ، كونه تحصل على الدعم من عائلته وأقاربه وأولاده وأنه أستطاع التكيف مع مرضه بعد مرور وقت ، يشعر بالرضا عن حالته.

أما في مقياس نوعية الحياة فتحصل على 74 من مجموع 104 بنسبة (71.16%) فإن مستوى نوعية الحياة لديه متوسط لدى الحالة هو مستوى متوسط ، حيث أصبح عصبي في بعض الأحيان ولقي سند من عائلته والدعم . كما أن بيئته ساعدته على التكيف والإحساس بالأمان ووفرت له الوسائل اللازمة من أجل راحته ورفع مستواه.

الحالة الثالثة :

- تقديم الحالة :

تبلغ " ع " من العمر 22 سنة، مستواها التعليمي الرابعة متوسط ، عازبة أما وضعها المادي متوسط، تعيش مع عائلتها وهي ماکثة في البيت، ومصابة بهذا المرض منذ أن كان في عمرها 6 سنوات .

- عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية نصف الموجهة:

وافقت السيدة " ع " على إجراء المقابلة معي وذلك بقلب رحب، بعدما شرحت لها الهدف منها، وقمت بتقديم نفسي كمتريضة في علم النفس العيادي، وبدت جد متعاونة معي ومتفهمة .

أثناء حديثها معي أخبرتني أنها غير مريضة بأمراض أخرى. حيث يعود مرض القصور الكلوي المزمن عند " ع " إلى مرحلة الطفولة، ولقد سبق لها أن دخلت إلى المستشفى وأجريت لها الفحوصات الضرورية للتعرف على أسباب الالتهابات وأثارها، وهي الوحيدة المصابة في عائلتها بالقصور الكلوي، أما الحالة الصحية للحالة فهي متدهورة قليلا وذلك حسب قولها : (لا أتذكر شيئا من طفولتي سوى أنني كنت مريضة، محيطي الوحيد هو المستشفى، عائلتي هم الأطباء والممرضون) .حيث ألاحظ من خلال المفحوصة أنها تعبر عن مرحلة مهمة في مسار حياتها الطفولة، ولقد عرفت أنها مصابة بهذا المرض عند قيامها بالتحاليل الطبية وقد كشفت الأشعة أن هناك تشوها أيضا، وشخص الأطباء الحالة بالقصور الكلوي المزمن وبقيت تحت المراقبة الطبية حيث تجري لها تجرى لها التحاليل دوريا.

أما بالنسبة للأعراض الأولية التي ظهرت عليها تتمثل في الحمى، النقيؤ، التعب، تتفخ في الأرجل حسب قولها : (كي كنت صغيرة كانت تحكمني الحمى، كنت نتقياً بزاف ورجليا ما نقدرش نوقف بهموين كانوا يتنفخوا بزاف) وهي تتبع العلاج بإستمرار حيث تخضع لتصفية الدم " الدياليز " عن طريق الألة بمعدل 3 حصص في الأسبوع وذلك أربع ساعات لكل حصة.

فيما يخص الحالة النفسية والانفعالية فهي هادئة أين تقبلت المرض بكل هدوء وهذا حسب قولها : (ردت فعلي calm أين تقبلت كولشي نورمال ، رضيت بمشيئة الله)، ولم تتلقى صعوبات للتأقلم مع مرضها وذلك حسب قولها : (راني موالفة كلشي بالمكتوب لا أحد يهرب من قضائه وقدره في الحياة) .

أما بالنسبة للقلق فهي تشعر به أحيانا دون سبب في قولها : (**des fois** نتقلق **sur tous** كي نشوف حاجة متعجبنيش).

وفيما يخص الحزن والاكتئاب فهي تشعر بالحزن في بعض الأحيان خاصة عند بقائها لوحدها : (**des fois** نحس روجي حزينة كي نتفكر حالي).

أما شعورها بالألم النفسي بعد القيام بالجلسات العلاجية فهو شعور مؤقت إتجاه الحياة بعد المرض : (بعد الجلسة نحس روجي مقلقة وغضبانة بزاف مي كي يخلص الدياليز نولي نورمال) .

وشعورها بالخوف قبل بداية العلاج كان بسبب عدم تثبيت الفستولا لديها وموقفها إتجاه الحياة بعد المرض راضية على أقدار الله رغم أن وجهها يعبر عن مدى ألمها أين تقول : (الحمد لله على كل حال) .

كما أن الحالة رغم مرضها تنظر إلى نفسها بالاجابية وتقاؤل خاصة أن عائلتها متفهمة لها . كما أخبرتني أن لديها الطاقة اللازمة للقيام بأعمالها اليومية حسب العمل إذا لم يكن عمل صعب في قولها : (نحس روجي مليحة كي ندير الشغل ، حتى ننسى مام بلي راني مريضة) .

كما أنها راضية عن حالتها الصحية ولكن حسب تعابير وجهها لا يظهر ذلك كما أنها إستغرقت وقت للإجابة . أما علاقتها مع العائلة والآخرين قالت أنها جيدة وهي متبسمة وهي تقول : (يديروني في عيونهم وما يخولونيش ندير حاجة حتى نقول لهم راني بخير خلوني نحضر حاجة) .

ولقد أبدت ثنائها للطاغم الطبي المكلف بحالتها حسب قولها : (والله أشكرهم على وقفهم بالمرضى ، لولاهم ما قدرتش نعيش حتى دوكا أشكرهم على كل تعب تعبوه من أجلنا) .

أما آلة "الدياليز" أثرت على حياتها على أنها يجب أن تخصص لها الوقت ثلاث مرات أسبوعيا. وأن هذا المرض يشكل لها عائقا أمام تحقيق رغباتها في قولها : (ما نقدر ندير والو في حياتي ، حتى قرائتي منقدرش نقرا كيما لخرين ، ما نقدر نخرج **vacances** ما والو) وهي باكية .

وأنها لا تشعر بالأمان إطلاقا في حياتها وحسبها تغيرت الحياة ونظرتها لها

الجدول (7) :مقياس ألم النفسي عند (ع) :

مستوى	النسبة المئوية %	الدرجة المتحصلة عليها	المقياس	الحالة
خفيف	33.33	7	الاكتئاب	ع
خفيف	28.57	6	القلق	
متوسط	66.67	14	الضغط	
متوسط	42.86	27	ألم النفسي	

الجدول (8) : عرض نتائج مقياس نوعية الحياة :

المستوى	النسبة المئوية %	الدرجة	المجال	الحالة
متوسط	56.25	18	الصحة البدنية	ع
مرتفع	92.86	26	الصحة النفسية	
مرتفع	75	9	الصحة الاجتماعية	
متوسط	68.75	22	الصحة البيئية	
متوسط	72.12	75	الدرجة الكلية	

عرض وتحليل نتائج الحالة على مقياس الألم النفسي ل(ع) :

من خلال الجدول ألاحظ أن حالة " ع " تواجه بعض القلق والاكتئاب حيث تحصلت على مستوى خفيف لكليهما أين أجابت على مقياس القلق ب (تنطبق علي إلى حد ما) في البنود (4.9.19) فتحصلت على 6 درجات من مجموع 21 وهذا بنسبة مئوية 28.57% ، أما مقياس الاكتئاب أجابت ب (لا تنطبق علي إطلاقا)، في البنود (3.10.16.21) فتحصلت على 7 درجات من مجموع 21 وهذا بنسبة مئوية 33.33% . أما بالنسبة لمقياس الضغط فلديها مستوى متوسط أين أجابت على البنود (1.6.8.18) ب (تنطبق علي تماما) فتحصلت على 14 درجات من مجموع 21 بنسبة مئوية 66.67% .

فمن هنا نستنتج أن مجموع المقياس الكلي للآلام النفسي لدى " ع " 27 درجات من مجموع 63 وهذا بنسبة 42.86% فنقول أن المستوى متوسط.

تحليل مقياس نوعية الحياة :

من خلال تحليل الجدول

ألاحظ أن مجال الصحة البدنية للسيدة (ع) متوسط أين تحصلت على 18 درجة من مجموع 32 بنسبة مئوية تمثل 56.25% حيث أجابت على معظم البنود ب (3.6.7) ب (تنطبق بدرجة ضعيفة)، أما بنسبة للصحة البيئية فتحصلت على 22 درجة من مجموع 32 أين أجابت على البنود (19.20.25) ب (تنطبق بدرجة متوسطة) فنقول أن مستواها متوسط حيث تحصلت على نسبة مئوية ب 68.75%، ثم يليها الصحة الاجتماعية أجابت على البنود (16.17) ب (تنطبق بدرجة كبيرة) حيث تحصلت على 9 درجات من مجموع 12 بنسبة مئوية 75% فمستواها مرتفع . وفي الأخير تحصلت على الصحة النفسية 26 درجة من مجموع 28 بنسبة مئوية 92.86% وتحصلت على مستوى مرتفع وهذا في البنود (9.10.11.12.13) أجابت ب (تنطبق بدرجة كبيرة) فنلاحظ أنها تشعر بالرضا

عن نفسها وعن حياتها وعلاقتها الشخصية وأنها تملك القدرة على التركيز والاستمتاع بحياتها. فتحصلت على المجموع الكلي لمقياس نوعية الحياة ب 75 درجات من مجموع 104 بنسبة مئوية 72.12% وهو مستوى متوسط .

الملاحظة :

ألاحظ أن مقياس الكلي للألم النفسي لدى السيدة "ع" هو مستوى متوسط أين تحصلت على 27 درجة بنسبة مئوية 42.86% وهذا يعني أنها تشعر بالقليل من الخوف وأنها لديها ردود أفعال إتجاه المواقف وتجد صعوبات في الهدوء لهذا تحصلت على مستوى القلق والاكنتاب بمستوى خفيف . أما بالنسبة لمقياس نوعية الحياة فتحصلت على الدرجة الكلية ب 75 بنسبة مئوية 72.12% فهو مستوى متوسط أين تحصلت على مستوى متوسط في مجال الصحة البدنية والبيئية وهذا دليل على أنها تشعر بأن مرضها يمنعها بالقيام بالأعمال أما بالنسبة لمجال الصحة النفسية والاجتماعية تحصلت على مستوى مرتفع وهذا دليل على أنها تشعر بالاستمتاع بحياتها وتشعر بالرضا عن نفسها وعلاقتها الشخصية والدعم الذي تحصلت عليه من أقاربها وأحبائها وأصدقائها.

الحالة الرابعة :

- تقديم الحالة :

تبلغ الحالة "و" من العمر 23 سنة، مستواها التعليمي ثانوي ووضعها المادي متوسط، تعيش مع عائلتها ، وحالتها مرتبطة وتعمل في المستشفى.

- عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية نصف الموجهة :

لقد أبدت الحالة استعدادها لإجراء المقابلة العيادية معي بكل قلب ورحب وهذا بعدما شرحت الهدف منها. وقمت بتقديم نفسي كمتريضة في علم النفس العيادي ولقد كانت متعاونة كثيرا معنا، يظهر على وجهها الفرح، وكان هندامها عادي ونظيف ومظهرها الخارجي لائق.

يعود مرض القصور الكلوي عند " و " إلى مرحلة الطفولة، ولم تدخل المستشفى بسبب أمراض أخرى بل حتى تجرى فحوصات ضرورية للتعرف على أسباب الالتهابات وأثارها. وهي الوحيدة المصابة في عائلتها بالقصور الكلوي، أما الحالة الصحية للمريضة فهي جيدة للغاية وذلك حسب قولها : (**sa me dérange pas , je me suis habitué** , **normal ,oui**) وليس لديها أي فكرة على الأعراض الأولية التي ظهرت لها لأنها كان عندها 6 سنوات حسب قولها: (**je me rappelle de rien , sauf que j'étais malade,de ce jour**) .

كما أخبرتني أنه ليس هناك أحد من العائلة مصاب بهذا المرض، وحسبها فهي تتبع العلاج الطبي باستمرار، أين تقوم بثلاث جلسات أسبوعيا لتصفية الدم وهذا 4 ساعات لكل جلسة.

فيما يخص الحالة النفسية والانفعالية للحالة فهي هادئة أين تقبلت المرض وهذا حسب قولها : (ردة فعلي calm تقبلت كولشي نورمال) ولم تتلقى صعوبات للتأقلم مع مرضها وذلك حسب قولها : (je me suis habitué , vu que je suis malade) ، (a jeune age) ، ولا تشعر بالقلق دون سبب حسبها : (non نضحك برك) ، (pourquoi stress. Non normal) ، وفيم يخص الحزن والاكتئاب فهي لا تشعر بهذه الأحاسيس تتقبل مرضها ، وهذا بقولها : (rani bien , je travaille, je suis) (fiancé, je vie ma vie , je fait du sport) ، أما شعورها بالخوف قبل بداية العلاج، لا تتذكر بما أن كان عمرها 6 سنوات .

وبعد الإصابة بالمرض فهي تظهر لنفسها نظرة عادية خاصة أنها تعمل وهي مرتبطة. كما أنها لديها الطاقة اللازمة للقيام بأعمالها اليومية . أما علاقتها مع العائلة والآخرين قالت أنها جيدة وهذا من خلال كلامها : (je suis tres bien aked tout) (les malades) ، ولقد أبدت ثنائها على الطاقم الطبي المكلف بحالتها بقولها : (Il sont gentil surtout que des collegues ,je travaille yidsen en meme temps) ، وحسبها أثرت الة " الدياليز " على حياتها أنها يجب أن تخصص لها الوقت ثلاث مرات أسبوعيا .

ورغم هذا المرض لم يشكل لها عائقا أمام تحقيق رغباتها حسب قولها : (je profite de ma vie , le plus normalements du mande) ، كما أنها تشعر بالأمن في حياتها ، وهي حسبها لم تتغير نظرتها للحياة كما في السابق .

*الجدول (9) : مقياس الألم النفسي ل "و":

مستوى	النسبة المئوية %	الدرجة المتحصلة عليها	المقياس	الحالة
خفيف	4.76	1	الاكتئاب	و
خفيف	4.76	1	القلق	
خفيف	23.80	5	الضغط	
خفيف	11.11	7	الألم النفسي	

* الجدول (10) : عرض نتائج مقياس نوعية الحياة:

المستوى	النسبة المئوية %	الدرجة	المجال	الحالة
مرتفع	90.63	29	الصحة البدنية	و
مرتفع	96.43	27	الصحة النفسية	
مرتفع	91.67	11	الصحة الاجتماعية	
مرتفع	93.75	30	الصحة البيئية	
مرتفع	93.27	97	الدرجة الكلية	

* عرض وتحليل نتائج الحالة على مقياس الألم النفسي :

من خلال الجدول ألاحظ أن الحالة " و " تواجه بعض الضغوطات في حياتها أين تحصلت على 05 درجات من مجموع 21 في مقياس الألم النفسي وهو كمستوى خفيف وهذا بنسبة 23.80% أين أجابت ب (تنطبق إلى حد ما) في البنود (6.8.11.14.18) أما فيما يخص الاكتئاب والقلق ف " و " لديها مستوى خفيف وهذا بحصولها على 1 درجات من مجموع 21 بنسبة 4.76% لكليهما أين أجابت على معظم البنود ب (لا ينطبق علي إطلاقاً) وهذا في البنود (2.3.5.7.9.10.13.15.17.19.21) حيث أنها اعتادت على مرضها كونها مصابة به منذ الطفولة. أما مجموعة الدرجات المتحصلة عليها في الألم النفسي هي 7 درجات من مجموع 63 بنسبة 11.11 حيث هو مستوى خفيف.

* تحليل نتائج الحالة على مقياس نوعية الحياة :

من خلال تحليل الجدول ألاحظ أن مجال الصحة البيئية للحالة " و " مرتفع أين تحصلت على 30 درجة من مجموع 32 بنسبة مئوية تتمثل في 93.75 % ، أين أجابت ب (تنطبق بدرجة كبيرة) في البنود (19.20.21.22.23.25) ثم يليها مجال الصحة الاجتماعية بحصولها على درجة 11 من مجموع 12 بنسبة مئوية 91.67 % وهو مستوى مرتفع . وقد أجابت ب (ينطبق بدرجة كبيرة) في البنود (16.18)، أما فيما يخص مجال الصحة البدنية فتحصلت على 29 درجة من مجموع 32 وهو مستوى مرتفع بنسبة 90.63% على البنود (1.4.5.6.7) ب (تنطبق بدرجة كبيرة) وأخيراً تحصلت في مجال الصحة النفسية على 27 درجة من مجموع 28 بنسبة 96.43% وهو مستوى مرتفع وفي هذا المجال، ولقد أجابت ب (ينطبق بدرجة متوسطة) وفي كل البنود (14.15..9.11.12.13) .

فمنه تحصلت الحالة على 97 درجة كلية من مجموع 104 درجة بنسبة 93.27%
فإذن نقول أن مستوى نوعية الحياة للحالة هو مرتفع.

خلاصة الحالة :

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة وتحليل مقياس الألم النفسي ومقياس نوعية الحياة، تم الحصول على 7 درجات من مجموع 63 في مقياس الألم النفسي بنسبة 11.11%، فإن الحالة " و " لها مستوى خفيف من الألم النفسي كونها تقبلت حالتها دون المبالغة في رد فعلها إزاء مرضها كما أن عملها ساعدها على تجاوز القلق كما ساعدها في نسيان ما تمر به.

أما في مقياس نوعية الحياة فتحصلت " و " على (97) من مجموع 104 بنسبة 93.27%، فإن مستوى نوعية الحياة لدى الحالة هو مستوى مرتفع. أين لقت عائلتها كسند لها في أوقاتها الصعبة وأصدقائها وأقاربها، كما أن بيتها التي تحيط بها ساعدها على التكيف مع مرضها ووجود الأمن منه، وتوفر كل الوسائل اللازمة من أجل راحتها البدنية والنفسية.

الحالة الخامسة :

(1) - تقديم الحالة :

تبلغ الحالة " ف " 49 سنة مستواها التعليمي متوسط ووضعا المادي متوسط ، تعيش مع عائلتها وحالتها غير مرتبطة وهي مأكثة في البيت.

(2) - عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية النصف الموجهة :

لقد وافقت السيدة " ف " على إجراء المقابلة معي، وهذا بعد ما شرحت لها الهدف منها ، وتقديم نفسي كمتريضة في علم النفس العيادي.

كان مظهرها الخارجي عادي ونظيف ولكن ألاحظ عليها التعب والمرض، لم يكن لها سوابق مرضية أخرى ولقد سبق لها أن دخلت المستشفى بسبب إرتفاع ضغط الدم وهي الوحيدة المصابة في عائلتها بالقصور الكلوي المزمن .

ويعود مرض القصور الكلوي عندها من لم كان في عمرها 18 سنة، فيما يخص الوضعية الصحية للسيدة " ف" فهي في صحة جيدة وهذا في قولها : (هي أمور عادية ، cava أنت ب الأشياء التي كتبها الله لي) ولقد تم التعرف على إصابتها بالقصور الكلوي صدفة أثناء إرتفاع ضغطها أثناء قيامها بالتحاليل الطبية اللازمة وذلك حسب قولها: (عرفت بلي عندي هذا المرض parhasard كي درت les analyses وين قالولي بلي عندي قصور كلوي).

تتمثل الأعراض الأولية التي ظهرت عليها في صداع الرأس والضغط وهذا ليس في كل الأوقات وهذا يتمثل في قولها: (ما كنتش نحسس vraiment غير يوجعني راسي des fois).

وهي تتابع العلاج بإستمرار حيث تقوم 3 جلسات أسبوعيا لمدة 4 ساعات يوميا. فيما يخص الحالة النفسية والانفعالية للحالة فهي هادئة أين تقبلت المرض بكل هدوء وهذا حسب قولها : (أنا مسلمة نأمن بربي سبحانه وتعالى، قبلت بواش عطاني ربي ورضيت بالمكتوب) ولقد لاقت صعوبات للتأقلم مع المرض في البداية فقط، أين تقول : (les premiers temps , jani s3ib , bsah doka cava hamdoullah) .

لا تشعر بالقلق بدون سبب حسبها : (لا منقلش ، مكتوب ربي) وفيما يخص الحزن والاكتئاب فهي تشعر بالحزن في بعض الأحيان خاصة عند بقائها لوحدها: (des fois ki youhou lel3ars wana neq3ed wahdi 3ela khater na3ya , wana mouvement ta3 el3ars maneqdarlouch) . أما شعورها بالألم

النفسي بعد القيام بالجلسات العلاجية فهو شعور بالتحسن بقولها : (**ki ndir la seance** , **nhes rouhi bien parceque inahouli les déchet men rouhi** , **nhes rouhi khefifa**) . أما شعورها بالخوف قبل بداية العلاج كان بسبب عدم معرفة ماذا سوف تواجه : (**ما نعرفش واش يستناني**) .

كما أن أكدت أنها تنتظر إلى نفسها كما قبل المرض وهذا حسب قولها : (**راني كيما بكري ، ما تبدل والوا**) ، أما أعمالها اليومية فليس لها الطاقة اللازمة كالسابق .

ظهر لنا أن الحالة راضية عن حالتها الصحية أين تقول : (**راضية ، الحمد لله**) ، أما علاقتها بعائلتها والآخرين لم تتغير حسب قولها : (**علاقتي مع فاميلتي ولات خير ويديرولي واش نحب، ما يخلونيش ندير والو في الدار**) . وفيما يخص الطاقم الطبي هناك اهتمام كبير على المرضى : (**يتهللو فيا بزاف**) . أما آلة الدياليز فقد أثرت عليها على أنها يجب أن تخصص وقت لحصص الغسيل .

نعم يشكل عائقا أمام تحقيق رغباتها حسب قولها : (**ما نقدرش ندير بزاف لحوايج**) ، كما أنها تشعر بالأمن في حياتها . ولم تتغير نظرتها للحياة بقيت كما في السابق .

* الجدول (11) : مقياس الألم النفسي عند " ف " :

المستوى	النسبة المئوية %	الدرجة المتحصلة عليها	المقياس	الحالة
خفيف	14.29	3	الاكتئاب	ف
خفيف	33.33	7	القلق	
خفيف	19.05	4	الضغط	
خفيف	22.22	14	الألم النفسي	

* الجدول (12) : عرض نتائج مقياس نوعية الحياة:

المستوى	النسبة المئوية %	الدرجة	المجال	الحالة
متوسط	65.63	21	الصحة البدنية	ف
متوسط	71.43	20	الصحة النفسية	
مرتفع	83.33	10	الصحة الاجتماعية	
متوسط	59.38	19	الصحة البيئية	
متوسط	67.31	70	الدرجة الكلية	

* تحليل نتائج حالة " ف " على مقياس الألم النفسي :

يتضح من النتائج الواردة في الجدول أن السيدة " ف " لها مستوى خفيف في جميع مقياس الألم النفسي ، أين تحصلت في مقياس الاكتئاب على 3 درجات من مجموع 21 بنسبة 14.29 % أين أجابت على البنود (3.10.16.17) ب (لا ينطبق علي إطلاقاً) ، ومقياس القلق تحصلت على 7 درجات بنسبة مئوية ذات 33.33 % أين أجابت على البنود (4.7.15.20) ب (لا ينطبق علي إطلاقاً)

، وفي الأخير تحصلت في مقياس الضغط على 4 درجات من مجموع 21 بنسبة 19.05 % أين أجابت على البنود (1.6.8.18) ب (تنطبق علي إلى حد ما) .
أين تحصلت " ف " على 14 درجات من مجموع 63 بنسبة 22.22 % حيث هو مستوى خفيف .

* تحليل نتائج الحالة على مقياس نوعية الحياة :

من خلال الجدول ألاحظ أن مجال الصحة البيئية للسيدة " ف " متوسط أيت تحصلت على 19 درجات من مجموع 32 وهذا بنسبة 59.38 % ، أين أجابت على البنود (19.20.26) ب (تنطبق بدرجة متوسطة) .

أما الصحة البدنية تحصلت على 21 درجات من مجموع 32 بنسبة مئوية 65.63 % أين أجابت على معظم البنود ب (تنطبق بدرجة كبيرة) في البنود (3.6.8) أين تحصلت على مستوى متوسط .

وفي الصحة النفسية تحصلت على 20 درجات من مجموع 28 بنسبة مئوية تمثل 71.43 % أين أجابت على معظم البنود (10.11.12.13) ب (تنطبق بدرجة متوسطة) ، أين تحصلت على مستوى متوسط ، وفي الأخير تحصلت على الصحة الاجتماعية على

مستوى مرتفع ب 10 درجات من مجموع 12 بنسبة مئوية تمثل 83.33% ، أين أجابت على البنود رقم (16.18) ب (تنطبق بدرجة كبيرة) حيث شعرت بالرضا عن علاقتها الشخصية والدعم الذي تحصلت عليه من أهلها وأصدقائها.

وفيما يخص مستوى نوعية الحياة وهذا بمجموع الدرجة الكلية المتحصلة عليها فأجد أنها لديها مستوى متوسط أين تحصلت على 70 درجة بنسبة 67.31% من مجموع 104 درجات.

* خلاصة الحالة :

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة وتحليل لمقياس الألم النفسي ومقياس نوعية الحياة ، تم الحصول على 14 درجات من مجموع 63 في مقياس الألم النفسي بنسبة 22.22% ، فإن الحالة لها مستوى خفيف كونها تقبلت حالتها دون ما تشعر بالقلق أو الاكتئاب أو الضغط رغم صعوبة ما تمر به . أما في مقياس نوعية الحياة فتحصلت على 70 درجة من مجموع 104 في مقياس نوعية الحياة بنسبة 67.31% فإن مستوى نوعية الحياة لديها متوسط ، حيث لقي من عائلتها الدعم ، كما أن بيئتها ساعدتها على التكيف والإحساس بالأمان.

الحالة السادسة :

(1) - تقديم الحالة :

تبلغ "فا" من العمر 61 سنة ، المستوى التعليمي لها هو الابتدائي وهي متزوجة وأم لستة بنات وطفل واحد ، مصابة بهذا المرض منذ سبعة سنوات ، في البداية علاجها بالأدوية ثم بعد مرور عدة أشهر بدأت بالعلاج عن طريق الغسيل الكلوي .

(2) - عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية نصف الموجهة :

وافقت السيدة " فا " على إجراء المقابلة معي وذلك بقلب رحب ، بعدما شرحت لها الهدف منها ، وقمت بتقديم نفسي كمتريضة في علم النفس العيادي ، وبدت جد متعاونة معي ومتفهمة.

يظهر على ملامح وجهها التعب والإرهاق كونها كانت في جلسة للغسيل الكلوي ، رغم ذلك لم يمنعها من الضحك طوال الوقت .

وأثناء حديثها معي أخبرتني أنها مصابة بمرض la tention ، ولم تدخل المستشفى لأسباب صحية أخرى ، وهي الوحيدة في العائلة المصابة بمرض القصور الكلوي .

فيما يخص الوضعية الصحية للسيدة " فا " هي في صحة جيدة وهذا حسب قولها : (هي أمور عادية شوية) . ولقد تم التعرف على إصابتها بالقصور الكلوي صدفة أثناء إرتفاع ضغطها وعند قيامها بالتحاليل الطبية اللازمة وجدوا عندها مرض القصور الكلوي وهذا حسب قولها : (عرفت بلي عندي هذا المرض كطلعتلي لاطونسيو ودارولي تحاليل لقاو بلي عندي قصور كلوي) .

الأعراض الأولية التي ظهرت عليها هي التقيؤ ، التعب ، الفشل ، أين تقول أن : (في البداية نتقيى والجسم نتاعي كل يتنفخ ، toujours ، تلقايني نفشل) .

وحسبها فهي تتابع العلاج الطبي بإستمرار ، أين تقوم بثلاث جلسات أسبوعيا لتصفية الدم ، وهذا أربع ساعات لكل جلسة .

فيما يخص الحالة النفسية والانفعالية للحالة فهي في البداية عند معرفتها للمرض لم تتقبل الأمر ولاقت صعوبات للتأقلم معه حيث قالت : (ما أمنتش بلي عندي هذا المرض بصح apres رضيت بمشيئة الله تعالى) .

وهي أحيانا تشعر بالقلق دون سبب حسب قولها : (**des fois** أشعر بالقلق ، دون أي سبب) . أما بالنسبة للحزن والاكتئاب فهي لا تشعر بهما في قولها : (أبدا منشعرش بحتى أي حزن ولا أي اكتئاب ، أعيش حياتي **normal**).

ولا تشعر أبدا بالألم النفسي بعد قيامها بالجلسات العلاجية وهذا حسب قولها : (ما نحش بوالو) .

أما بالنسبة للخوف فهي تشعر به قبل بداية العلاج وهذا ما أدى لها بصدمة في قولها : (**grave** نعم نخاف) .

وبعد الإصابة بالمرض فهي تنتظر لنفسها نظرة عادية خاصة أن لديها عائلة وأولاد . كما أخبرتني أن ليس لها الطاقة اللازمة للقيام بأعمالها اليومية حيث قالت : (**نحس روحي** ما نقدر ندير والو حتى إلى درت حاجة خفيفة نعي) ، ورغم أن الحالة قالت لي أنها راضية عن حالتها الصحية ولكن حسب تعابير وجهها لا تظهر ذلك كما أنها استغرقت وقت لا بأس به للإجابة على ذلك .

أما علاقتها مع العائلة والآخرين قالت أنها جيدة وهي مبتسمة وتقول : (**يديرولي في** عيونهم وما يخلونيش ندير حاجة حتى نقولهم راني بخير) . ولقد أبدت ثنائها للطاغم الطبي المكلف بحالتها حسب قولها : (**والله أشكرهم على وقفتم بالمرضى ، لو لاهم ما قدرتش نعيش حتى دوكا أشكرهم على كل تعب تعبوه من أجلنا**) .

وحسبها أثرت آلة الدياليز على حياتها على أنها يجب أن تخصص لها الوقت ثلاث مرات أسبوعيا ، كما سببت لها القلق من أنفه الأسباب أين تقول : (**وليت منحكمش في روحي وليت نتقلق بزاف نحس هذيك الماشينة أثرت فيا بزاف**) .

وأن هذا المرض لم يشكل لها عائقا أمام تحقيق رغباتها وأنها تشعر بالأمن في حياتها

* الجدول (13): مقياس الألم النفسي عند " فا " :

المستوى	النسبة المئوية %	الدرجة المتحصلة عليها	المقياس	الحالة
خفيف	28.57	6	الاكتئاب	فا
خفيف	23.81	5	القلق	
متوسط	66.67	14	الضغط	
متوسط	39.68	25	الألم النفسي	

* الجدول (14) : عرض نتائج مقياس نوعية الحياة :

المستوى	النسبة المئوية %	الدرجة	المجال	الحالة
متوسط	75	24	الصحة البدنية	فا
متوسط	71.43	20	الصحة النفسية	
مرتفع	100	12	الصحة الاجتماعية	
مرتفع	84.38	27	الصحة البيئية	
مرتفع	79.81	83	الدرجة الكلية	

* عرض وتحليل نتائج الحالة على مقياس الألم النفسي ل"فا" :

من خلال الجدول ألاحظ أن حالة "فا" تواجه بعض الضغوطات في حياتها أين تحصلت على 14 درجات من مجموع 21 ، في مقياس الألم النفسي وهو مستوى متوسط وهذا بالنسبة 66.67 % أين أجابت ب (تنطبق علي تماما) في البنود (6.12.14) . أما فيما يخص الاكتئاب والقلق ف"فا" لديها مستوى خفيف وهذا بحصولها على 6 و5 درجات من مجموع 21 بنسبة للاكتئاب 28.57 % أما القلق 23.81 % أين أجابت على معظم البنود ب (لا ينطبق علي إطلاقا) ، أين تحصلت على 25 درجات بنسبة 39.68 % من مجموع 63 فنقول أن مستوى الألم النفسي متوسط .

* تحليل مقياس نوعية الحياة :

من خلال الجدول ألاحظ أن مجال الصحة البدنية للحالة الاجتماعية متوسط أين تحصلت على 24 درجات من مجموع 32 بنسبة مئوية تتمثل في 75 % أين أجابت على معظم البنود ب (تنطبق بدرجة متوسطة) في البنود (2.3.5.6) ، ثم يليها مجال الصحة النفسية حيث تحصلت على 20 درجة من مجموع 28 بنسبة مئوية تمثل 71.43 % أين أجابت على معظم البنود ب (تنطبق بدرجة متوسطة) في البنود (9.11.13.15) .

أما فيما يخص مجال الصحة البيئية فتحصلت على 83 درجة من مجموع 32 بنسبة مئوية تمثل 84.38 % أين أجابت على البنود ب (تنطبق بدرجة كبيرة) في البنود رقم (19.20.22.25.26) .

وأخيرا تحصلت في مجال الصحة الاجتماعية على 12 درجة من مجموع 28 بنسبة 100 % وهو مستوى مرتفع وفي هذا المجال لقد أجابت ب (تنطبق بدرجة كبيرة) وفي كل البنود (16.17.18) فمنه تحصلت الحالة على 83 درجة كلية من مجموع 104 درجة بنسبة 79.81 % فإن نقول أن مستوى نوعية الحياة للحالة هو مرتفع .

* خلاصة الحالة :

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة وتحليل مقياس الألم النفسي ومقياس نوعية الحياة تم الحصول على 25 درجة من مجموع 63 في مقياس الألم النفسي بنسبة 39.68% فإن حالة " فا " لها مستوى متوسط من الألم النفسي كونها لم تتقبل كثيرا حالتها وذلك واضح على ردة فعلها إزاء مرضها.

أما في مقياس نوعية الحياة فتحصلت " فا " على 83 درجة من مجموع 104 بنسبة 79.81% فإن مستوى نوعية الحياة لدى الحالة هو مستوى مرتفع أين لقت عائلتها كسند لها في أوقاتها الصعبة وأصدقائها وأقاربها ، كما أن بيئتها التي تحيط بها ساعدتها على التكيف مع مرضها ووجود الأمن .

* الحالة السابعة :

(1) - تقديم الحالة :

تبلغ " ن " من العمر 52 سنة ، مستواها التعليمي متوسط وهي امرأة مأكثة في البيت ، مستواها الاقتصادي متوسط وهي متزوجة وأم لبنت ، الحالة مصابة بهذا المرض من مارس 2004 ، من 2001 وهي تعالج بالأدوية فقط ، ومن 2004 إلى يومنا هذا تقوم بالعلاج عن طريق الغسيل الكلوي .

(2) - عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية نصف الموجهة :

لقد وافقت السيدة " ن " على إجراء المقابلة معني وهذا باستقبالها لي بكل ترحيب ، بعدما شرحت لها الهدف منها ، وتقديم نفسي كمتريصة في علم النفس العيادي .

كان مظهرها الخارجي عادي ونظيف ولكن ألاحظ عليها شحوب الوجه والتعب والنحافة أيضا. وأثناء حديثها معي أخبرتني أنها غير مصابة بأمراض أخرى، وهي الوحيدة المصابة في عائلتها بالقصور الكلوي المزمن .

وفيما يخص الوضعية الصحية للسيدة " ن " هي في صحة جيدة وهذا حسب قولها :

(**ttehoussough imaniw bien , besah mara arouhagh ad**)

(**dyalisigh fechelagh chuya**) . ولقد تم التعرف على إصابها بالقصور الكلوي بعد

الولادة لأنها لم تتحسن صحتها وقامت بإجراء التحاليل الطبية اللازمة وهذا حسب قولها : (

akken kan idervigh khedmeniyi les analyses uffan tizaliw

(**igkemchen**) . تتمثل الأعراض الأولية التي ظهرت عليها في ألم الظهر وألم الرأس

والتعب أين تقول : (**hossagh imaniw fechllagh arnigh aqrah nouqarou**)

akked weqrah n wa3rouriw , outtizmiragh ara ad khedmagh

(**cheghel**) ، وحسبها فهي تتابع العلاج الطبي باستمرار ، أيتن تقوم بثلاث جلسات

أسبوعيا لتصفية الدم، وهذا أرح ساعات لكل جلسة .

فيما يخص الحالة النفسية والانفعالية للحالة ، لقد أصبحت ردة فعلها بعد الإصابة

بالمرض أسوأ من ذي قبل أين تقول : (**Lan ussan anda wlh masennagh**)

(**imaniw refugh rapide surtout af yelli**) ، كما في بادئ الأمر تلقت

صعوبات للتأقلم مع هذا المرض في قولها : (**ur , 3egough , fechllagh**)

(**zmiragh ara**) ، وفي بعض الأحيان ينتابها القلق الشديد وحزن والاكتئاب وهذا حسبها

(**maqimagh wahdi tqeliqagh mlih , yerna idaffedh heznagh mi**):

(**adnini hmd akka igekthev**) ، أما بعد قيامها بالجلسات العلاجية فهي لا تشعر

بالألم النفسي بقولها : (**après ma khedmagh une séance ttilligh normal**)

(**ttikhefifagh**) ، وشعورها بالخوف الشديد قبل بداية العلاج وهذا قبل تعرفها على آلة

الدياليز ومع الوقت اعتادت عليها أين أخبرتني : (**Ligh ttugadagh la machine**)
 (**mi après yughaliyi ttanoumi**) ، أما موقفها من الحياة بعد المرض فهي راضية
 على أقدار الله رغم أن وجهها يقول شيئاً خر .

وبعد الإصابة بالمرض فهي تنتظر لنفسها نظرة عادية خاصة أن لديها عائلة و بنت .
 كما أخبرتني أن ليس لها الطاقة اللازمة للقيام بأعمالها اليومية وهذا نتيجة التعب الذي
 يظهر على وجهها والفشل . والسيدة " ن " قالت أنها راضية على حالتها الصحية وأخبرتني
 أن علاقتها مع العائلة جيدة وأما مع الآخرين ليست جيدة فكلام الناس يضيقها بقولها :
 (**akked tewacultiw normal ma dlahdour medden ttekemileniyi**) ،
 ولقد أبدت ثنائها على الطاقم الطبي المكلف بحالتها ، وحسبها أثرت آلة الدياليز على حياتها
 على أنها يجب أن تخصص لها الوقت ثلاث مرات في الأسبوع .

وفي بعض الأحيان الحالة تتنابها نوبات القلق والاكتئاب وبالنسبة للحالة فالمرض
 يشكل لها عائقاً أمام تحقيق رغباتها في بعض الحالات .

كما أنها تشعر بالأمن في حياتها وهي حسبها لم تتغير نظرتها للحياة بقيت كما في

السابق.

*الجدول (15) : مقياس الألم النفسي عند " ن " :

المستوى	النسبة المئوية %	الدرجة المتحصلة عليها	المقياس	الحالة
متوسط	52.38	11	الاكتئاب	ن
متوسط	47.62	10	القلق	
متوسط	66.67	14	الضغط	
متوسط	55.56	35	الألم النفسي	

*الجدول (16) : عرض نتائج مقياس نوعية الحياة :

المستوى	النسبة المئوية %	الدرجة	المجال	الحالة
متوسط	68.75	22	الصحة البدنية	ن
مرتفع	78.57	22	الصحة النفسية	
مرتفع	83.33	10	الصحة الاجتماعية	
مرتفع	87.5	28	الصحة البيئية	
مرتفع	78.85	82	الدرجة الكلية	

* عرض وتحليل نتائج الحالة على مقياس الألم النفسي ل " ن " :

من خلال الجدول ألاحظ أن حالة " ن " لديها مستوى متوسط في مقياس الألم النفسي ولجميع المقاييس حيث تحصلت على مقياس القلق ب 10 درجات من مجموع 21 بنسبة مئوية 47.62% وهذا لأنها أجابت على البنود (2.4.15.19.20) ب (تنطبق علي تماما) أما بالنسبة لمقياس الاكتئاب فتحصلت على 11 درجات من مجموع 21 بنسبة مئوية 52.38% كونها أجابت على البنود (5.13.16) ب (تنطبق علي بدرجة كبيرة) ، ومقياس الضغط تحصلت على 14 درجات من مجموع 21 وهذا بنسبة مئوية 66.67% حيث أجابت على البنود (11.12.14.18) ب (تنطبق علي تماما) ، فلهذا تحصلت السيدة " ن " على مستوى متوسط في جميع المقاييس ب 35 درجة كلية من مجموع 63 بنسبة مئوية 55.56% .

* تحليل مقياس نوعية الحياة :

من خلال تحليل الجدول أرى أن مجال الصحة البدنية لديها مستوى متوسط أن تحصلت على 22 درجة من مجموع 32 بنسبة مئوية 68.75% وهذا يدل على أنها لا تشعر بالرضا عن طاقتها في العمل ، ثم يليها الصحة النفسية تحصلت على 12 درجة من مجموع 28 بنسبة مئوية 78.57% حيث أجابت على البنود (9.13.14) ب (تنطبق بدرجة كبيرة) ، حيث تحصلت على مستوى مرتفع ، أما بالنسبة للصحة البيئية تحصلت على 10 درجات من مجموع 12 بنسبة مئوية ذات 83.33% أين أجابت على البنود (16.17) ب (تنطبق بدرجة متوسطة) فتحصلت على مستوى مرتفع ، وفي الأخير أجابت على المجال الصحة البيئية في البنود (19.22.24.25.26) ب (تنطبق بدرجة كبيرة) فتحصلت على 28 درجات من مجموع 32 بنسبة مئوية ذات 87.5% فهذا مستوى مرتفع وهذا دليل على أنها تشعر بالدعم الذي تحصلت عليه من أهلها وأصدقائها وتشعر بالأمن

في حياتها ، فنقول أن السيدة " ن " لديها مستوى مرتفع في الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة أين تحصلت على 82 درجات من مجموع 104 بنسبة مئوية ذات 78.85 % .

*** ملاحظة :**

من خلال معطيات الجداول ألاحظ أن مقياس الألم النفسي لدى " ن " متوسط حيث تحصلت على الدرجة الكلية ب 35 درجات من مجموع 63 بنسبة مئوية ذو 55.56 % وهذا نلاحظه في مقياس الاكتئاب والقلق والضغط حيث أنها وجدت نفسها مفتعلة وتشعر بعض الأحيان بالحزن والاكتئاب والخوف وأن حياتها لا معنى لها.

أما بالنسبة لمقياس نوعية الحياة ألاحظ أن السيدة " ن " لديها مستوى مرتفع حيث تحصلت على الدرجة الكلية ب 82 من مجموع 104 وهذا بنسبة مئوية 78.85% حيث أن الصحة البدنية لها تحصلت على مستوى متوسط أما بالنسبة للصحة النفسية والاجتماعية والبيئية ، فإنها تحصلت على مستوى مرتفع وهذا ما يدل على أنها تشعر بالرضا عن حياتها وعلاقتها الشخصية والدعم الذي تحصله من أقاربها وأصدقائها وأنها تشعر بالأمن في حياتها وأن البيئة المحيطة بها صعبة.

جدول رقم (17) : يلخص نتائج الحالات المدروسة.

مقياس نوعية الحياة				مقياس الألم النفسي				الحالات	
المستوى	النسبة المئوية	الدرجة	المجالات	المستوى	النسبة المئوية	الدرجة	المجالات	م	
متوسط	65,63	21	الصحة البدنية	متوسط	66,67	14	الاكتئاب	م	
متوسط	64,29	18	الصحة النفسية	متوسط	42,90	9	القلق		
متوسط	66,67	8	الصحة الاجتماعية						
مرتفع	78,13	25	الصحة البيئية	عالي	76,13	16	الضغط		
متوسط	69,23	72	الدرجة الكلية	متوسط	61,90	39	الألم النفسي الكلي		
متوسط	59,38	19	الصحة البدنية	خفيف	23,81	5	الاكتئاب		أ
مرتفع	78,57	22	الصحة النفسية	خفيف	9,52	2	القلق		
مرتفع	83,33	10	الصحة الاجتماعية	متوسط	47,62	10	الضغط		
متوسط	71,88	23	الصحة البيئية						
متوسط	71,16	74	الدرجة الكلية	خفيف	26,98	17	الألم النفسي الكلي		

متوسط	56,25	18	الصحة البدنية	خفيف	33,33	7	الاكتئاب	ع
مرتفع	92,86	26	الصحة النفسية	خفيف	28,57	6	القلق	
مرتفع	75	9	الصحة الاجتماعية	متوسط	66,67	14	الضغط	
متوسط	68,75	22	الصحة البيئية					
متوسط	72,12	75	الدرجة الكلية	متوسط	42,86	27	الالم النفسي الكلي	
مرتفع	90,63	29	الصحة البدنية	خفيف	4,76	1	الاكتئاب	
مرتفع	96,43	27	الصحة النفسية	خفيف	4,76	1	القلق	
مرتفع	91,75	11	الصحة الاجتماعية					
مرتفع	93,75	30	الصحة البيئية	خفيف	23,80	5	الضغط	
مرتفع	93,27	97	الدرجة الكلية	خفيف	11,11	7	الالم النفسي الكلي	

متوسط	65,63	21	الصحة البدنية	خفيف	14,29	3	الاكتئاب	ف
متوسط	71,43	20	الصحة النفسية	خفيف	33,33	7	القلق	
مرتفع	83,33	10	الصحة الاجتماعية				الضغط	
متوسط	59,38	19	الصحة البيئية	متوسط	19,05	4		
متوسط	67,31	70	الدرجة الكلية	متوسط	22,22	14	الالام النفسي الكلية	
متوسط	75	24	الصحة البدنية	خفيف	28,57	6	الاكتئاب	
متوسط	71,43	20	الصحة النفسية	خفيف	23,81	5	القلق	
مرتفع	100	12	الصحة الاجتماعية				الضغط	
مرتفع	84,38	27	الصحة البيئية	متوسط	66,67	14		
مرتفع	79,81	83	الدرجة الكلية	متوسط	39,68	25	الالام النفسي الكلية	

متوسط	68,75	22	الصحة البدنية	متوسط	52,38	11	الاكتئاب	ن
مرتفع	78,57	22	الصحة النفسية	متوسط	47,62	10	القلق	
مرتفع	83,33	10	الصحة الاجتماعية	متوسط	66,67	14	الضغط	
مرتفع	87,33	28	الصحة البيئية					
مرتفع	78,85	82	الدرجة الكلية	متوسط	55,56	35	الألم النفسي الكلية	

من خلال الجدول ألاحظ أن الحالات الخمسة (أ و، ف، ع) لديهم مستوى خفيف من الاكتئاب والقلق، على عكس الحالتين (م، ن) اللذان لهما مستوى متوسط من القلق والاكتئاب. أما فيما يخص الضغط فألاحظ أن الحالة (م) لديه ضغط عالي (76,19%)، أما بالنسبة للحالات (أ، ن، ف، ع) فلهيهم نسبة ضغط متوسطة أين تحصلوا على (66,67%، 47,62%)، أما (ف، و) فنسبة الضغط لديهما خفيف (23,80%).

فمنه فإن نسبة الألم النفسي لدى الحالات (م، ن، ف، ع) متوسط حيث تحصلوا على نسبة (61.9%، 55.56%، 39.68%، 42.86%)، أما الحالتان (ف، و، أ) لديهم مستوى خفيف من الألم النفسي أين تحصلوا على (22,22%، 11,11%، 26,98%).

من خلال تحليل نتائج مقياس نوعية الحياة ألاحظ أن مجال الصحة البيئية مرتفع لدى الحالات (م، ن، و، فا) وقد تحصلوا على درجات (78,13%، 87,5%، 93,75%، 84,38%) على التوالي. أما بالنسبة ل(ف، أ، ع) فلهيهم مستوى متوسط (59,38%، 71,88%، 68,75%) أما في مجال الصحة البدنية ف(م، ن، فا، أ، ف، ع) فلهيهم مستوى متوسط (65,63%، 68,75%، 71,43%، 59,38%، 65,63%، 56,25%) وقد تعود هذه النتيجة إلى علامات والأعراض الجسدية لمرض القصور الكلوي المزمن المزعجة التي تمنع المريض من الشعور بالراحة في ممارسة نشاطاته اليومية. أما بالنسبة ل(و) فلهيها مستوى مرتفع من الصحة البدنية وهذا بنسبة (90,63%)، أما بالنسبة للصحة النفسية فتمتع كل من (ن، و، أ، ع) بصحة نفسية جيدة ومستوى مرتفع وهذا بنسبة (78,57%، 96,43%، 78,57%، 92,86%)، أما (م، فا، ف) فلهيهم مستوى متوسط (64,29%، 71,43%، 71,43%) واجد أن في مجال الصحة الاجتماعية فتمتع كل من (ن، و، فا، ف، ع) بمستوى مرتفع، أما (م) فكانت متوسطة بنسبة (66,67%).

أما فيما يخص الدرجة الكلية المتحصلة عليها في مقياس نوعية الحياة فقد تحصلن كل من (ن، و، فا)، على مستوى عالي من نوعية الحياة بحصولهن على (78,85%، 93,27%، 79,81%). أما الحالات (م، ا، ف، ع) فتحصلوا على مستوى متوسط بنسبة (69,23%، 71,16%، 67,31%، 72,12%).

فمن خلال الجدول استنتج أن الحالة (و) لديها مستوى خفيف من الألم النفسي ومستوى عالي في مقياس نوعية الحياة، أما الحالتان (م، ع) فلهيهم مستوى متوسط من الألم النفسي وكذا نوعية الحياة أما (ن، فا) فلهيهم مستوى متوسط من الألم النفسي ومستوى مرتفع في مقياس الحياة. أما (ف، أ) فلهيها مستوى خفيف من الألم النفسي، أما نوعية الحياة فلهيها مستوى متوسط.

2- مناقشة وتحليل نتائج الفرضيات:

3-1 مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الأولى التي مفادها: "مستوى الألم الذي يشعر

به المصاب بالقصور الكلوي المزمن مرتفع".

أظهرت النتائج أن الحالات (أ، و، ف) لديهم مستوى خفيف من الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط) والحالات (م، ن، فا، ع) لديهم مستوى متوسط، ومنه فإن الفرضية الأولى لم تتحقق.

وتوافقت هذه النتائج مع النتائج التي توصلت إليها دراسة (براهمية وبوشلائق، 2016)

التي بينت أن مرضى السرطان يعانون من مستوى اكتئاب وقلق منخفض بينما الضغط متوسط لديهم.

وجاءت مخالفة لدراسة (رقيق برة علي، 2017) التي بينت ارتفاع الضغط النفسي لدى

المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن.

وكما نجد دراسة (زواوي سليمان، 2011-2012) التي خالفت هذه الفرضية فتوصلت

الدراسة إلى أن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن يؤدي إلى ظهور القلق عند الراشدين بالهيمود ياليز. اغلب المفحوصين يظهرون مشاعر الألم والمعاناة النفسية أثناء تحديثهم عن المرض، هذا ما يجعلهم يعيشون حالة قلق لعدم تكيفهم مع وضعهم المرضي كما التمسوا عند بعضهم التجنب والكف.

كما أجد دراسة (سعاد إبراهيم سلامة، 2011) المخالفة لنتائج الفرضية الأولى التي

هدفت إلى التعرف على أعراض القلق والاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل الكلوي فتوصلت إلى أن المبحوثين يعانون من قلق خارجي المنشأ مع فروق لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل الكلوي ثلاث مرات أسبوعيا أكثر من المرضى الذين يقومون بالغسيل مرة أو مرتين.

ويمكن أن أفسر هذه النتائج في:

- عدم تصريح الحالات عن مشاعرهم الحقيقية أين استخدموا ميكانيزمات الدفاع للهروب من الواقع وهذا ما بينته دراسة (ابشيش حورية، 2012-2013) التي هدفت إلى التعرف على أنواع ميكانيزمات الدفاعية التي يبديها مرضى القصور الكلوي وقد توصلت إلى أن مرضى القصور الكلوي يستخدمون سياقات الرقابة التي تعبر عن ميكانيزمات الإنكار والتكرار والإلغاء والنفي والتردد والتبرير..الخ، التي تؤدي إلى مراقبة الصراع ومنع الهومات من البروز في ساحة الشعور التي تحل بالتنظيم النفسي للمريض.

- فاعلية المعالجة النفسية في التخفيف من هذه الأعراض (الاكتئاب، القلق، الضغط) فحسب دراسة (سامية حجازي إدريس، 2008) للتعرف على مدى فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجة القلق والاكتئاب لمرض الفشل الكلوي المزمن وقد أظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق البرامج حقق تحسنا في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الاستصفاء ووجود علاقة بين درجة التحسين من القلق والاكتئاب والمدة الزمنية لظهور المرض.

2-3 مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثانية التي مفادها: "مستوى جودة الحياة

منخفض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن".

أظهرت النتائج أن الحالات (ن، و، فا) لديهن مستوى عالي من نوعية الحياة أما (أ، م، ف، ع) لديهم مستوى متوسط، وهذا ما يسمح لي بقول أن الفرضية الثانية لم تتحقق.

وجاءت هذه النتائج مطابقة لنتائج دراسة (ليلي وسايح، 2018) فبينت أن هناك عدة عوامل تنعكس على جودة الحياة سلبا منها وجود أمراض أخرى إلى جانب مرض الكلى وكذلك عمر المريض الذي يفوق ستون سنة، أما توفر المريض على العمل فينعكس إيجابا على جودة الحياة لديه.

وعليه فالسيطرة على الألم النفسي والقيام بالنشاطات البدنية الموصى بها دون الإفراط فيها وتجاوز الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية تعتبر كمؤشرات هامة لتحسين جودة الحياة لدى المرضى وتلبية حاجاتهم الخاصة.

وقد خالقت هذه النتائج دراسة (بن كمشي، 2013) التي بينت أن كل أبعاد جودة الحياة منخفضة لدى أفراد العينة، وكذلك مع دراسة (زاوي وآخرون، 2016)، التي بينت أن هناك تدهور في جودة الحياة لـ 90% من مرضى غسيل الكلى.

ويمكن تفسير نتائج هذه الفرضية أن:

الحالات السبعة لم تكن تعاني من قصور كلوي حديث اقل من سنتين كلهم أكثر من 5 سنوات من المرض وحالات من الطفولة (ع، و)، ما يعني أن الخبرة مع الدياليز ساهم كثيرا في التكيف وتقبل المرض وأيضا العمل على تخطي المرض وعدم التفكير فيه إلى درجة الخضوع له ما أدى إلى تحسين نوعية الحياة لديهم.

ويلعب الدور الاجتماعي في تحسين نوعية الحياة لديهم وكذا المدخول والجو الأسري.

3-3 مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثالثة التي مفادها: "يمكن التنبؤ بارتفاع الألم

النفسي عند المصاب بالقصور الكلوي المزمن الذي يعاني من نوعية الحياة المنخفضة".

أظهرت النتائج أن الحالة (و) لديها مستوى خفيف في مقياس الألم النفسي والذي يقابله مستوى عالي في مقياس نوعية الحياة. أما الحالتان (م، ع) لديهما مستوى متوسط في مقياس الألم النفسي يقابله مستوى متوسط في مقياس نوعية الحياة.

وكذا (فا، ن) لديهما مستوى متوسط في مقياس الألم النفسي ومستوى مرتفع في مقياس نوعية الحياة. وأما (أ، ف) لديهما مستوى خفيف في مقياس الألم النفسي يقابله مستوى متوسط في مقياس نوعية الحياة. ما يسمح لي بالقول أن الفرضية الثالثة تحققت.

وظهر ذلك من خلال دراسة (بوزار يوسف، 2015) التي هدفت إلى محاولة التعرف على نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى وعلاقتها بظهور الاستجابة، الاكتئابية، أين أسفرت أن هناك اختلاف في نوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن مما ينعكس على ظهور الاستجابة الاكتئابية لديهم، كما أن نوعية الحياة الجيدة تؤدي إلى انخفاض في الاستجابة الاكتئابية.

خلاصة الفصل :

تم في هذا الفصل التطرق إلى تقديم الحالات و مناقشتها ، كما تطرقنا الفرضية الأولى و الفرضية الثانية و الفرضية الثالثة التي تم صياغتها في دراستي حيث توصلنا إلى استخلاص نتائج للدراسة و التي مفادها تحقيق الفرضية الأولى و الفرضية الثانية و الفرضية الثالثة جزئياً.

الاستنتاج العام :

إن الهدف من هذه الدراسة هو معرفة مستوى الألم و نوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن. بعد عرض نتائج الدراسة الحالة و مناقشتها كان مجمل ما توصلنا إليه كالتالي:

- 1- مستوى الألم النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن خفيف.
- 2- مستوى نوعية الحياة التي يعيشها المصابين بالقصور الكلوي المزمن عالية.
- 3- يمكن التنبؤ بانخفاض الألم النفسي عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن الذي يتمتع بجودة حياة عالية.

خاتمة

من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها والمتمثلة في دراسة الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن واعتبارا لما يشكله هذا المرض من تهديد سواء من الناحية الجسمية، التي تمس عضو داخلي وهو الكلى هنا العلاج الوحيد هو أن يلتزم بالغسيل الكلوي. هذا الأخير يجعل الجسد في حالة إرهاق وينقص في الجهد إلا أنها تقنية تسمح بمواصلة حياته. أو من الناحية النفسية تعتبر مؤشرا ودليلا على أن العلاج اثر عليه مما أدى إلى زيادة في الألم النفسي لدى المريض وبالتالي تظهر جملة من الاضطرابات الخاصة (الضغط النفسي، القلق والاكتئاب) الناتج عن التجربة المرضية التي يعيشها المريض مع وعيه بخطورة المرض وعدم جدوى العلاج حيث أن الضغط النفسي يعيشه المصاب تحت ضغط الألم الجسدي، هذا المرض تؤثر على حياة المريض الاجتماعية والمهنية وعلاقته الشخصية، فتتأثر جودة الحياة سلبا. واعتبار أن القصور الكلوي المزمن مشكلة صحية عويصة لما لها من تأثيرات على الحالة النفسية والجسدية للمصاب. ومن خلال هذه الدراسة يمكننا الإسهام ببعض التوصيات والاقتراحات لصالح هؤلاء المرضى التي نوجزها في بعض النقاط التالية:

- الاهتمام بالمرضى من الناحية النفسية والطبية، بتوفير أخصائيين نفسانيين في جميع مراكز تصفية الدم من اجل توعية هذه الفئة بالمرض، وتخفيف المعاناة عنهم، ومساعدتهم لتجاوز الضغوطات المزمن.
- العمل على التخفيف من حدة المرض بواسطة الدعم الاجتماعي والأسري المقدم من طرف الأقارب والأصدقاء.
- إصدار نشرات توعية للمرضى حول المرض وما يتصل به من تغذية خاصة وأنماط يجب إتباعها في حياتهم اليومية.

تشجيع الدراسة في ميدان علم النفس خصوصا في مجال جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- 1/ ابتسام حدان(2015). الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. ورقلة- الجزائر.
- 2/ إبراهيم عبد الستار(2002). القلق قيود الوهم. مكتبة الأنجلو المصرية.
- 3/ إبراهيم عوض الله، هالة المتيق، احمد مصطفى الحمادي، محمد مصطفى، علي كامل ماجدة (2008). **La Revue de sante de la méditerrané orientale N°14 N°3**
- 4/ الاشوال عادل عز الدين(2005). نوعية الحياة من منظور الاجتماعي والنفسي الطبي، وقائع المؤتمر العلمي(3) الانتماء التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة. مصر.
- 5/ باترسون(1990). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة حامد عبد العزيز الفقي. ج1. دار القلم. الكويت.
- 6/ البار، محمد علي(1992). الفشل الكلوي وزرع الأعضاء. دمشق، بيروت، دار القلم، دار الشامية.
- 7/ البكوش، خيرية عبد الله(2014). العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى مرضى السرطان. مجلة جامعة. المجلد 16. العدد02. ص 133-152.
- 8/ بلول، احمد عيشة، علة(دون سنة). أبعاد الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الجلفة. مجلة حقائق الدراسات النفسية والاجتماعية.
- 9/ تايلور شيلي(2008). علم النفس الصحي. ط1. عمان. د. دار الحامد للنشر والتوزيع. عمان .
- 10/ جمال، نغمسليم(2016). جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الإرشادية لدى طلبة المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الإرشاد النفسي، جامعة دمشق، سوريا.

11/ جهاد براهيمية(2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان. مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث، تخصص علم النفس المرضي المؤسساتي جامعة قسدي مباح، ورقلة، الجزائر.

12/ حسن غانم محمد(2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. مكتبة الانجلو المصرية.

13/ حمدي الاعظمي، غسان بشير(2013). الكآبة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن والمهجر. دراسة مقارنة، ط1. دار دجلة. عمان.

14/ حوحو، ريان غراسية، عمار(2020). جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية. من منظور علم النفس الفردي (مسائل الحياة نموذجا). أعمال الملتقى الوطني. الجزائر.

15/ الخطيب وآخرون(2004). تعديل السلوك الإنساني. جامعة القدس المفتوحة، برنامج التربية، ط2.

16/ د.حسني إبراهيم عبد العظيم(2015). الألم مقارنة سوسيو- أنتروبولوجية. مدرس علم الاجتماع في كلية الآداب. جامعة بن يوسف. مصر. نقد وتوزيع. العدد الثاني.

17/ الراشدي توفيق(1999). عالم التربية سلسلة أبحاث علمية محكمة تصدرها المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية بالتعاون مع رابطة التربية الحديثة.

18/ رزقي رشيد(2012). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر، باتنة.

19/ رمضان زعطوط(2014). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مباح. الجزائر.

20/ سعاد موسى(2006). نوعية الحياة لدى ربات البيوت وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الخرطوم.

- 21/ شاهين الدافي، ترجمة عزت شعلان(1988). "مرض القلق". سلسلة كتب شعرية يصدرها المجلس الوطني الثقافي والفنون والآداب، الكويت.
- 22/ شذى محمد هاشم، صالح أدروب(2017). التفاؤل وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بولاية كسلا، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس. جامعة النيلين.
- 23/ الشربيني لطفي(2010). "المرجع الشامل في علاج القلق". دار النهضة العربية. ط1- بيروت.
- 24/ شقورة يحي عمر شعبان(2012). المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.
- 25/ شويخ هناء احمد محمد(2009). برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية والفيزيولوجية لتوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي. ط1. دار الوفاء للطباعة والنشر. مصر.
- 26/ شيخي مريم(2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، الجزائر.
- 27/ صادق عادل(1984). الألم النفسي. كلية الطب. عين الشمس. توزيع الأهرام. القاهرة.
- 28/ الصبورة، محمد نجيب وجماعته(1999). مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة. مصر.
- 29/ عادل، حلواني وآخرون(2000). نفسية المصابين بالقصور الكلوي المزمن، المجلة السعودية لأمراض الكلى. السعودية.
- 30/ عبد الجواد التميمي أمينة(2006). فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن، الجامعة الأردنية.

- 31/ عبد الله حميد السهلي(1430هـ). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى. مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس، تخصص الإرشاد النفسي، جامعة أم القرى.
- 32/ عبد المعطي، مصطفى حسن(2003). منهج البحث الإكلينيكي أسسه وتطبيقاته، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 33/ عثمان فاروق السيد(2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. دار الفكر العربي، القاهرة، ط1.
- 34/ العزة سعيد، عبد الهادي جودت(1999). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الثقافة. عمان. ط1.
- 35/ عسكر، عبد الله(2001). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص. عمان، دار المسيرة، القاهرة.
- 36/ علاء علي حجازي(2013). القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدرسة الحكومية في محافظات غزة.
- 37/ فرويد سيجموند، ترجمة محمد عثمان نجاتي(1989). الكف، المرض، القلق. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 38/ فواظمية محمد(2018). الاتصال التنظيمي وتأثيره على جودة الحياة لدى معلمي التعليم الابتدائي. أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- 39/ مجدة بن السليمت(2018). الألم النفسي وعلاقته بمعنى الحياة لدى المدمنين (الخمير، المخدرات). مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة محمد بوضياف، مسيلة.

40/ محمد حمزة الزيودي(2007). مصادر الضغوط النفسية والاحترق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات. المجلد 23، العدد 02، ص 189-219.

41/ مسعودي احمد(2015)، بحوث جودة الحياة في العالم العربي، الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 20، ص 203-220.

42/ مقدادي يوسف، إبراهيم أسماء(2014). الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات في دور الرعاية في الأردن، مجلة المنارة، العدد 03، ص 315-316.

43/ المنذور محمد(1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جودة الحياة، توجه قومي للفرد. جامعة عين الشمس. مصر.

44/ منسي عماد(2012). نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية، مقالة مأخوذ من الموقع [Http:// Berupman Souraa blog sport.CO](http://Berupman Souraa blog sport.CO)

45/ نور الدين زعتر(2010). كتاب القلق. سلسلة الأمراض النفسية. ط1.

46/ هالة إبراهيم عوض الله، احمد مصطفى العتيق، محمد مصطفى الحمادي، علي كامل ماجدة (2008). برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستئفاء الكلوي. المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد14، العدد3.

47/ وليد السيد حليفة، مراد علي عيسى(2008). الضغوط النفسية والتخلف في ضوء علم النفس المعرفي: " المفاهيم، النظريات، البرامج"، الإسكندرية، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى.

48/ وليدة مرازقة(2009). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، جامعة الحاج لخضر، باتنة- الجزائر.

49/ يوسف بوزار، محمد الصالح جعلاب(2018). نوعية الحياة واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات العزبات، مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة شلف، المجلد 7، العدد 2، ص 97-111.

المراجع باللغة الأجنبية:

50/ Anderson,S(2003). Quality of life- theory Denmark. Research center.

51/ Bendelow, G(1993) : pain perception, emotions gender, Sociology of H ealth Illness vol. 15N°3.

52/ Jacob Lamranz Dvid I.Mostofsky, (1997), the psychology of pain f. Suffering, Springer science+ Business Media New York.

53/ Loeser- John D : et all ; eds(2001). Bonica. S. Management of pain, 3d edition lippincott Williams wilkins punlishers, New York.

54/ Melzack, R. wall, P(1965). Pain Mechanisms : Anew theory, science, vol. 150,N°,3699.

الملاحق

ملحق رقم (01) : دليل المقابلة العيادية :

المحور الأول :المعلومات الشخصية والهدف منها جمع المعلومات الخاصة بالمريض .

الإسم :الجنس :

السن :المستوى التعليمي :

.....

الحالة الإجتماعية :الوضع المادي :

.....

عدد الأبناء :المهنة :

.....

المحور الثاني :السوابق المرضية والهدف منها معرفة التاريخ المرضي الطبي للمريض وعائلته.

• هل أنت مصاب بأمراض أخرى ؟

• هل سبق أن دخلت المستشفى لأسباب صحية أخرى ؟

• هل يوجد في العائلة أحد مصاب بهذا المرض ؟

المحور الثالث :القصور الكلوي المزمن والهدف منه معرفة الوضعية الصحية للمريض.

• حدثني عن حالتك الصحية ؟ وكيف هي وضعك حاليا ؟

• كيف عرفت أنك مصاب بهذا المرض ؟

• منذ متى وأنت مصاب بهذا المرض ؟

• ماهي الأعراض الأولية التي ظهرت عليك ؟

• هل تتابع العلاج الطبي بإستمرار؟

• حدثني عن عدد مرات تصفية الدم ومدة الجلسات؟

المحور الرابع : الألم النفسي والهدف منه معرفة الحالة النفسية والإنفعالية للمريض .

- كيف أصبحت ردة فعلك بعد إصابتك بالمرض ؟
- هل تلقيت صعوبات للتأقلم مع هذا المرض ؟
- هل تشعر بالقلق دون سبب ؟
- هل تشعر بالحزن والإكتئاب في بعض الأحيان ؟
- هل تشعر بالألم النفسي بعد قيامك بالجلسات العلاجية ؟
- هل تشعر بالخوف قبل بداية العلاج ؟
- ما هو موقفك إتجاه الحياة بعد المرض ؟

المحور الخامس: نوعية الحياة والهدف هو معرفة نوعية الحياة التي تميز المريض بالقصور الكلوي .

- كيف أصبحت تنظر لنفسك بعد إصابتك بالمرض ؟
- هل لديك الطاقة اللازمة للقيام بأعمالك اليومية ؟
- هل أنت راض عن حالتك الصحية ؟
- هل تغيرت علاقتك بعائلتك والآخرين بعد إصابتك بالمرض ؟
- هل الطاقم الطبي يتم جيدا بحالتك ؟
- هل أنت راض عن الحياة التي يعيشها الان ؟
- هل أثرت آلة الدياليز على حياتك النفسية والمهنية ؟
- هل تنتابك نوبات القلق والاكتئاب ؟
- هل مرضك يشكل عائقا أما تحقيق رغباتك؟
- هل تشعر بالأمن في الحياة ؟
- هل تغيرت نظرتك للمستقبل كيف ذلك ؟

ملحق رقم 02: مقياس الألم النفسي

التعليمة: نقدم إليك مجموعة من العبارات مرفقة ببعض الأسئلة، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا، ثم الإجابة عنها بوضع علامة (X) أمام الجواب الذي يناسبك، مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة، ونعلمكم السرية التامة لكل المعلومات التي ستقدمونها لنا.

الإسم :السن :الجنس

.....:

المهنة :المستوى الدراسي :الحالة.....

العائلية :

الرقم	العبارات	لا ينطبق علي إطلاقا	تنطبق علي إلى حد ما	تنطبق علي بدرجة كبيرة	تنطبق علي تماما
1	وجدت صعوبة في ان واحد				
2	كنت على علم بوجود جفاف في فمي				
3	يبدو أنني لم أكن قادرا على تجربة أي شعور إيجابي على الإطلاق				
4	لقد واجهت صعوبة في التنفس (على سبيل المثال، التنفس بشكل سريع وضيق في التنفس، في غياب				

				مجهود بدني).	
				وجدت صعوبة في المبادرة بفعل الأشياء	5
				أميل إلى المبالغة في ردود أفعالي اتجاه المواقف	6
				أصابني ارتجاف (مثلا في الأيدي)	7
				شعرت بأنني كنت أستخدم الكثير من الطاقة العصبية	8
				شعرت بالقلق حول الحالات التي قد أصاب فيها بالذعر والتي أكون فيها مغفل .	9
				شعرت بأنه ليس لدي ما أتطلع إليه	10
				وجدت نفسي منفعلا	11
				وجدت صعوبة في الاسترخاء	12
				شعرت بالحزن	13

				والاكتتاب	
				تعصبت من أي شيء يمنعني من فعل ما علي القيام به	14
				شعرت بأنني على وشك الإصابة بالذعر	15
				عجزت عن التحمس لأي شيء	16
				شعرت بأنه ليست لي قيمة كبيرة كشخص	17
				شعرت بأني كنت حساسا نوعا ما	18
				شعرت بخفقان قلبي في غياب أي جهد بدني) مثلا زيادة في ضربات القلب).	19
				شعرت بالخوف من دون أي مبرر مقبول	20
				شعرت أن الحياة لا معنى لها.	21

الملحق رقم 03: مقياس نوعية الحياة

التعليمية: نقدم إليك مجموعة من العبارات مرفقة ببعض الأسئلة، الرجاء قراءة كل عبارة جيداً، ثم الإجابة عنها بوضع علامة (X) أما الجواب الذي يناسبك، مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة، ونعلمكم السرية التامة لكل المعلومات التي ستقدمونها لنا.

الإسم : السن : الجنس :

.....

المهنة : المستوى الدراسي :

..... الحالة العائلية :

الرقم	العبارات	تتطبق بدرجة كبيرة	تتطبق بدرجة متوسطة	تتطبق بدرجة ضعيفة	لا تتطبق أبداً
1	أشعر بأن مرضي يمنعني من القيام بالأعمال التي أريدها				
2	أحتاج للعلاجات الدوائية كي أقوم بأعمالي اليومية				
3	أمتلك ما يكفي من الطاقة للقيام بواجبات الحياة اليومية				
4	أستطيع التكيف مع حالتي الصحية				

				5	أشعر بالرضا عن نومي
				6	أشعر بالرضا عن قدرتي على أداء النشاطات اليومية
				7	أشعر بالرضا عن طاقتي في العمل
				8	أشعر بالرضا عن حالي الصحية
				9	أشعر بالاستمتاع بحياتي
				10	أشعر بأن لحياتي معنى
				11	أمتلك القدرة على التركيز
				12	أشعر بالرضا عن شكل جسمي الخارجي
				13	أشعر بالرضا عن نفسي
				14	أشعر بمشاعر سلبية مثل : المزاج السيئ ، القلق والاكتئاب

				15	أشعر بالرضا عن حياتي
				16	أشعر بالرضا عن علاقاتي الشخصية
				17	أشعر بالرضا عن حياتي الجنسية
				18	أشعر بالرضا عن الدعم الذي أحصل عليه من أصدقائي
				19	أشعر بالأمن في حياتي
				20	أشعر بأن البيئة المحيطة بي صحية
				21	أمتلك المال الذي يلبي إحتياجاتي
				22	تتوفر المعلومات التي أحتاجها في حياتي اليومية
				23	تتوفر لدي الفرصة للراحة وممارسة الأنشطة الترفيهية
				24	أشعر بالرضا عن

				حياتي الخاصة	
				أشعر بالرضا عن الخدمات الصحية المقدمة	25
				أشعر بالرضا عن وسائل التنقل التي أستخدمها	26