



جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



الألم النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى
مرضى القصور الكلوي المزمن
(دراسة عيادية لثمانى حالات)

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس، تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ:

طرطاق نورة

من إعداد الطالبتين:

غيار نسرين

قايدي كنزة

السنة الجامعية: 2023-2024

شكر و تقدير

الحمد لله الذي منحنا الصحة و الصبر و الثقة لإنجاز هذا العمل و أعاننا على إنجائه.

يشرفنا أن نقدم بالشكر الخالص و العميق للأستاذة و الدكتورة " طرطاق نورة " التي أحسنت معاملتنا

وغمرتنا بتوجيهاتها.

لكي منا أستاذة كل عبارات الشكر و التقدير و الإحترام على مجهوداتك.

كما نقدم بالشكر إلى كل أفراد عينة دراستنا على قبولهم المشاركة و منحهم لنا الثقة، وكل من

سعدنا من قريب و بعيد.

شكرا لكم جميعاً

إهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضعة إلى من أحمل إسمه بكل فخر الذي ساندني و
علمني أن الحياة صراع و

سلاحها العلم، الذي علمني الصبر و الذي حفظتني دعوته "أبي الغالي".

إلى الغالية صاحبة القلب الحنون و الشمعة التي كانت نورا لي في ليالي

المظلمة، التي ساندتني طول مسيرتي "أمي الغالية".

إلى من علموني سلم الحياة بحكمة و صبر، إلى من وهبني الحياة و الأمل

: أبي الغالي و أمي الغالية.

و إلى أفضل إخوة: مريم، محمد، خديجة، صارة .

وخاصة صديقتي الغالية "قايدي كنزة" التي شاركتني في إنجاز هذا العمل

و إلى كل "عائلتها".

و إلى كل صديقاتي و عائلتي.

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى تاج رأسي و مثلي الأعلى " أبي الغالي " و الى نور
عيني و أغلى أملك

"أمي حبيبتي الغالية"

وإلى أعز إخوة : سعيد، علي، لويزة، سعاد، جميلة، فريدة، نواره، ضريفة،
فتيحة، نعيمة، نبيل، والى

إبنة أخي إلين

وإلى كل أولاد أخواتي

والى صديقتي الغالية و أختي التي لم تلتها أمي " غيار نسرين " التي
شاركتني في هذا العمل

وإلى كل عائلتها

وإلى كل أصدقائي و كل من أحبهم ويحبونني

كنزة

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

إهداء

ملخص

مقدمة.....أ-ب

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة

- 1-الإشكالية.....3
- 2-الفرضيات7
- 3-أهمية الدراسة.....7
- 4-أهداف الدراسة.....7
- 5-تحديد المفاهيم إجرائيا.....8
- 6-الدراسات السابقة.....8

الفصل الثاني : الألم النفسي

- تمهيد.....18
- 1-تعريف الألم.....19
- 2-تعريف الألم النفسي.....20

- 21.....3-أصناف الألم النفسي
- 21..... 1-3 الإكتئاب
- 21..... 1-1-3 تعريفه
- 22..... 2-1-3 أسبابه
- 24..... 3-1-3 النظريات المفسرة له
- 26..... 4-1-3 أعراضه
- 28..... 5-1-3 علاجه
- 30..... 2-3 القلق
- 30..... 1-2-3 تعريفه
- 30..... 2-2-3 أسبابه
- 32..... 3-2-3 النظريات المفسرة له
- 36..... 4-2-3 أعراضه
- 37..... 5-2-3 علاجه
- 37..... 3-3 الضغط
- 37..... 1-3-3 تعريفه
- 2-3-3 النظريات المفسرة له
- 39..... 3-3-3 أسبابه
- 45..... 4-3-3 أعراضه
- 46..... 5-3-3 علاجه
- 48..... خلاصة

الفصل الثالث : إستراتيجيات المواجهة

49.....	تمهيد
50.....	1-تعريف إستراتيجيات المواجهة
52.....	2-تطور مفهوم المواجهة
54.....	3-خصائص إستراتيجيات المواجهة
54.....	4-النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة
58.....	5-تصنيف إستراتيجيات المواجهة
62.....	6-محددات إستراتيجيات المواجهة
64.....	7-مميزات إستراتيجيات المواجهة
65.....	8-العوامل المؤثرة في تحديد إستراتيجيات المواجهة
68.....	9-فعالية إستراتيجيات المواجهة
70.....	10- أهداف إستراتيجيات المواجهة
71.....	11-طرق قياس إستراتيجيات المواجهة
74.....	خلاصة

الفصل الرابع : الكلية والقصور الكلوي المزمن .

75.....	تمهيد
76.....	أولا : الكلية ووظائفها
76.....	1-1 تعريف الكلية

76.....	2-1 تشريح الكلية
79.....	3-1 وظائف الكلية
80.....	ثانيا : القصور الكلوي المزمن
80.....	1-2 تعريف القصور الكلوي المزمن
80.....	2-2 أسباب القصور الكلوي المزمن
83.....	3-2 أعراض القصور الكلوي المزمن
83.....	4-2 تشخيص القصور الكلوي المزمن
86.....	5-2 علاج القصور الكلوي المزمن
87.....	6-2 مضاعفات القصور الكلوي المزمن
89.....	7-2 الوقاية من القصور الكلوي المزمن
90.....	خلاصة

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة

91.....	تمهيد :
92.....	1-الدراسة الإستطلاعية
93.....	1-1 نتائج الدراسة الإستطلاعية
93.....	2-الدراسة الأساسية
93.....	1-2 منهج الدراسة

94.....	2-2 مكان وزمان إجراء الدراسة
95.....	3-2 العينة وخصائصها
95.....	4-2 أدوات الدراسة
102.....	3-الأساليب الإحصائية
103.....	4-طريقة إجراء الدراسة
103.....	5-صعوبات الدراسة

الفصل السادس : عرض وتحليل نتائج الحالات.

104.....	تمهيد
105.....	عرض وتحليل نتائج الحالات
105.....	- الحالة الأولى
109.....	- الحالة الثانية
114.....	- الحالة الثالثة
118.....	- الحالة الرابعة
122.....	- الحالة الخامسة
127.....	- الحالة السادسة
132.....	- الحالة السابعة
137.....	- الحالة الثامنة
142.....	الإستنتاج العام

145..... مناقشة النتائج

147..... الإقتراحات

148..... خاتمة

قائمة المراجع .

الملاحق .

الصفحة	العنوان	الرقم
94	خصائص العينة.	جدول رقم (01)
98	أبعاد وبنود مقياس (DASS21)	جدول رقم (02)
100	قيمة معامل alphacrombachs لمقياس الألم النفسي	جدول رقم (03)
107	نتائج الحالة الأولى على مقياس الألم النفسي.	جدول رقم (04)
108	نتائج الحالة الأولى على مقياس استراتيجيات المواجهة	جدول رقم (05)
111	نتائج الحالة الثانية على مقياس الألم النفسي	جدول رقم (06)
112	نتائج الحالة الثانية على مقياس استراتيجيات المواجهة	جدول رقم (07)
116	نتائج الحالة الثالثة على مقياس الألم النفسي	جدول رقم (08)
117	نتائج الحالة الثالثة على مقياس استراتيجيات المواجهة	جدول رقم (09)
120	نتائج الحالة الرابعة على مقياس الألم النفسي.	جدول رقم (10)
121	نتائج الحالة الرابعة على مقياس إستراتيجيات المواجهة	جدول رقم (11)
124	نتائج الحالة الخامسة على مقياس الألم النفسي	جدول رقم (12)
125	نتائج الحالة الخامسة على مقياس إستراتيجيات المواجهة	جدول رقم (13)
129	نتائج الحالة السادسة على مقياس الألم النفسي	جدول رقم (14)
130	نتائج الحالة السادسة على مقياس إستراتيجيات المواجهة	جدول رقم (15)
134	نتائج الحالة السابعة على مقياس الألم النفسي	جدول رقم (16)
135	نتائج الحالة السابعة على مقياس استراتيجيات المواجهة	الجدول رقم (17)
139	نتائج الحالة الثامنة على مقياس الألم النفسي	جدول رقم (18)

140	نتائج الحالة الثامنة على مقياس استراتيجيات المواجهة	جدول رقم (19)
143	نتائج الحالات على مقياس الألم النفسي	جدول رقم (20)
144	نتائج الحالات على مقياس إستراتيجيات المواجهة	جدول رقم (21)

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى معاناة مرضى القصور الكلوي المزمن و كذلك إستراتيجيات المواجهة المعتمدة بكثرة لديهم، وقد تمت صياغة الفرضيات التالية:

- يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من الألم النفسي.

- أكثر الإستراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن هي إستراتيجيات المركزة حول المشكل.

و لتحقق من صحة هذه الفرضيتين، قمنا بجمع و تحليل الموضوع من أجل بناء خلفية نظرية للبحث، وفيما يخص الجانب التطبيقي اعتمدنا على مجموعة من أدوات البحث، قمنا بتطبيق عليها و المتمثلة في المقابلة العيادية نصف موجهة و مقياس الألم النفسي (إكتئاب -القلق - الضغط) (Lovibond (DASS21، و مقياس إستراتيجيات المواجهة للازاروس و فولكمان.

ثم إختيار المنهج العيادي القائم على دراسة حالة، توجهنا الى مستشفى " العقيد أوعمران " ببرج منايل ولاية بومرداس، و قمنا باختيار 8 حالات بطريقة قصدية، قمنا بتطبيق أدوات البحث عليها، و قد تم توصل الى نتائج التالية:

- 4 حالات تعاني من الألم النفسي، يشير الى تحقق الفرضية الأولى جزئيا.

_ وفيما يخص إستراتيجيات المواجهة، قد وجدنا 3 حالات فقط هي التي تستخدم إستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل بكثرة، و هذا يدل على عدم تحقق الفرضية الثانية.

الكلمات المفتاحية: الألم النفسي، إستراتيجيات المواجهة، القصور الكلوي المزمن.

Résumé de l'étude:

Cette étude visait à découvrir l'ampleur de souffrance des patients atteints d'insuffisance rénale chronique ainsi que les stratégies d'adaptation fréquemment adaptées par eux , les hypothèses suivantes ont été formulées :

- Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique souffrent de douleur psychologique.
- Les stratégies d'adaptation les plus utilisées chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique , sont des stratégie axées sur le problème.

Nous avons appliques , comprenant l'entretien clinique semi – directif et l'échelle de douleur psychologique (dépression , anxiété , stress) Lovibond (DASS21) , ainsi l'échelle des stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman .

Ensuit en choisissant l'approche clinique basé sur l'étude de cas , nous sommes dirigés vers l'hôpital " **Colonel Omran** " en Bordj menail , wilaya de Boumerdas, et nous avons sélectionné 8 cas de manière intentionnelle , nous ab=vons appliqué des outils de recherche, et nous avons obtenu les résultats suivants :

- 4 cas souffrent de douleur psychologique , ce qui indique confirmation partielle de la première hypothèse .
- En ce qui concerne les stratégie d'adaptation , nous avons trouvé que 3 cas qui utilisent des stratégies d'adaptation centrée sur le problème ,ce qui indique que la deuxième hypothèse infirmé .

Les mots clés : douleur psychologique, les stratégie d'adaptation, l'insuffisance réal chronique

مقدمة:

ملا شك فيه أن حياة الإنسان مهددة بمشاكل و ضغوطات ناتجة عن إصابة بعدة أمراض تؤثر على صحته النفسية و الجسدية، خاصة إذا تعلق الأمر بمرض معقد كمرض القصور الكلوي المزمن، حيث أن هذا المرض يعيق حياة الإنسان و يسبب له ألما جسديا و نفسيا، كالإكتئاب، القلق، الضغط، ويجعله يشعر بالعجز و الذعر وهذا خاصة عندما تواجهه أيضا تجارب الحياة الصعبة، وهذا ما يجعله يستعمل إستراتيجية المواجهة لتحقيق التوافق في حياته و أن لا يصبح فريسة سهلة للاضطرابات النفسية.

فالمصاب بالقصور الكلوي المزمن حياته مرتبطة بآلة تصفية الدم و ذلك بسبب توقف نهائي لعمل الكلى، وهذا الحل الوحيد الذي يسمح للمريض الحفاظ على حياته، وهذا ما يجعل وضعيته نفسية غير مستقرة، نتيجة عدة عوامل متعلقة بطبيعة المرض و التي بدورها تؤثر على الجانب النفسي و الجسمي وهذا يولد للمريض الإحساس بالإرهاق و التعب، لكن رغم ذلك مريض القصور الكلوي المزمن يظهر مقاومة و تصدي لهذه الضغوطات و الاضطرابات النفسية، وهذه المقاومة تعرف بالدفاع الذي يحدث على مستوى عميق، و ما يسمى باستراتيجيات المواجهة من أجل حل الصراعات الداخلية و تخفيف من الألم النفسي،

حيث يسعى مريض القصور الكلوي المزمن إلى تحسين حياته من أجل راحته النفسية ومواجهة مرضه بكل قوة، وفي هذه الدراسة سنحاول التعرف على ما إذا كان مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من الألم النفسي، وماهي الاستراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما، لذلك تم إجراء هذه الدراسة التي انقسمت إلى جانبين:

الجانب النظري: و الذي يحتوي على أربعة فصول.

الفصل الأول: يتضمن الإطار العام لإشكالية الدراسة، الإشكالية، الفرضيات، أهمية و الهدف من الدراسة و تحديد المفاهيم إجرائيا، و أخيرا الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: الذي هو بعنوان الألم النفسي، و يتضمن مايلي: تعريف الألم، تعريف الألم النفسي، أصناف الألم النفسي (الاكتئاب -القلق -الضغط).

الفصل الثالث: الذي خصص لاستراتيجيات المواجهة و يتضمن:

تعريف استراتيجيات المواجهة، تطور مصطلح المواجهة، خصائص استراتيجيات المواجهة، النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة، تصنيف، محددات و مميزات استراتيجيات المواجهة، و العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات المواجهة، فعاليتها، أهدافها، طرق قياسها.

الفصل الرابع: تحت عنوان القصور الكلوي المزمن، و يتضمن مايلي:

أولا: الكلية: تعريفها، تشريحها، وظائفها.

ثانيا: القصور الكلوي المزمن: تعرفه، أسبابه، أعراضه، تشخيصه، علاجه، مضاعفاته، و الوقاية منه.

أما بالنسبة للجانب الثاني و هو **الجانب التطبيقي** الذي اشتمل على فصلين:

الفصل الخامس: الذي يتضمن الإجراءات المنهجية للدراسة حيث يحتوي على:

الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، مكان و زمان إجراء الدراسة، العينة و خصائصها، أدوات الدراسة الأساليب الإحصائية، طريقة إجراء الدراسة، و أخيرا صعوبات الدراسة.

الفصل السادس: عرض و تحليل نتائج الحالات، الاستنتاج العام، مناقشة النتائج، الاقتراحات، خاتمة، ثم قائمة المراجع، و أخير الملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة

1-الإشكالية.

2-الفرضيات.

3-أهمية الدراسة.

4-أهداف الدراسة.

5-تحديد المفاهيم إجرائيا.

6-الدراسات السابقة.

1-الإشكالية:

يعد مرض القصور الكلوي من اكبر التحديات التي تواجه منظومات الرعاية الصحية في العالم نظرا للتكاليف الباهضة التي تتطلبها آلات الخاصة لتصفية الدم، كل هذا يعكس جزءا من حجم الميزانيات الضخمة التي تسخرها المؤسسات الإستشفائية، لذلك إذ أن نسبة انتشار هذا المرض في الجزائر زادت، فحسب السجل الوطني لتصفية الكلى تم إحصاء (23.527) حالة غسيل كلى،(22.667) متعلقة بتصفية الدم سنة (2018) على مستوى حوالي (380) مركز عمومي بالجزائر ،تحصى (860) مريض يعاني من قصور كلوي مزمن ،في حين بلغ عدد الأطفال 15000 حالة.

(سجل الوطني للتصفية على 2019 . <https://w.w.w.aps.dz>)

ويتمثل هذا المرض في التوقف التام لعمل الكليتين على أداء وظيفتها المتمثلة في تصفية دم داخل الجسم من الفضلات السامة حيث اهتم الطب بهذا النوع من الأمراض التي تهدد حياة الكائن البشري عن طريق البحث عن مسبباتها للوصول إلى علاجها لكون هذا المرض يتميز بعدم قابلية للشفاء . (تايلور، 2008، ص 45)

مما يجعل المريض المصاب أسيرا لآلة تصفية الدم مدى الحياة، فتزايد عدد المصابين به يزداد يوما بعد يوم وهذا نتيجة لأمراض المسالك البولية أو لمضاعفات مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم.

فمرضى القصور الكلوي كباقي المرضى المزمنين ملزمين بتغيير نمط حياتهم في كثير من الأحيان، والامتثال لتعليمات الطبيب والانضباط بالحمية الغذائية مع ضرورة الإنقاص من شرب الماء وباقي السوائل، وتناول الأدوية وتجنب الأنشطة البدنية التي تسبب الإجهاد، فهم

مجبرون على القيام بحصص الغسيل الكلوي (تصفية الدم) بمعدل ثلاث مرات في الأسبوع ومدة الحصة تكون بين 3 إلى 4 ساعات ،وهذا كله من اجل الحفاظ على حياتهم وتجنب المضاعفات الخطيرة خاصة على القلب ،وهذا ما شد انتباه المختصين والقائمين بالرعاية الصحية خاصة والباحثين والمهتمين عامة. (دارين، 2005،ص9)

فالتأثير هذا المرض على الفرد له عواقب كبيرة فقد أكدت العديد من الدراسات أن مرض القصور الكلوي المزمن يحدث الم جسدي ونفسي لدى المريض ،فعندما يواجه المريض الألم بالتفاؤل والأمل في الشفاء تزداد المتانة النفسية ويقوي على تحمل الألم ويضعف الإحساس به. (البكوش، 2014، ص133- 134)

فكل شخص يعاني من مرض القصور الكلوي المزمن مصاب بالقلق على حياته ومستقبله سواء كان الصحي أو الأسري أو الاقتصادي أو الاجتماعي، حيث أن القلق يشكل لهم خطرا على صحتهم و استقرارهم النفسي وتقدمهم في الحياة ،وهو ناتج لضغوطات الحياة فهو يؤدي إلى اضطراب في البناء النفسي للمرضى ويؤثر على قدراتهم ووظائفهم المعرفية والعقلية. (مقداد، 2015،ص3)

كما تمثل دراسة (رقيق.2017) التي تهدف إلى التعرف على الضغط النفسي ان (71.93 %) من المرضى يعانون من الضغط النفسي وهذا ما يظهر أن مرضى القصور الكلوي المزمن يتميزون بهشاشة نفسية تجعل لديهم القابلية لألم النفسي، وحسب (عواد.2011) فإن الضغط يمكن أن يكون له أعراض يخلقها على المريض من مختلف الجوانب سواء الأعراض الجسدية أو التغيرات في القدرات المعرفية، أو حتى العاطفة ،مثل :فقدان الدافعية ،وعدم التركيز إضافة إلى سرعة الغضب ومن أبرز الأعراض و أكثرها شيوعا لدى مرضى القصور

الكلوي المزمن هو الاستجابة الإكتئابية، لأن معظم المرضى يشعرون بالاكتئاب والقلق عند تلقي التشخيص والعلاج. (عواد أحمد، 2011، بدون ص)

فمرض الفشل الكلوي المزمن من الأمراض التي تقتل بصمت حيث انه يلزم المريض لفترة طويلة من حياته مما ينتج عنه العديد من الآثار النفسية التي تختلف من مريض لآخر، ومن أهمها الحزن والضيق والانعزال والوحدة وفقدان المتعة، وهي في مجملها أعراض لإضطراب يعد من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا وهو الاكتئاب، والذي يعد من اخطر الاضطرابات النفسية في العصر الحديث لكونه يعوق الفرد عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة.

(أمنة بوغازي ومروة مجالدي، 2016)

تعد الأعراض الاكتئابية من أهم المشاعر التي يختبرها المريض منذ لحظة التشخيص الأولى حتى بداية العلاج، والتي تظهر من خلال المؤشرات النفسية التي تتضمن شعور الفرد بالاكتئاب ويتم التعرف عليها من خلال الأعراض التي تتمثل في هبوط شديد في الجانب المزاجي للشخص يظهر من خلال مشاعر الحزن، فقدان الاهتمام بالأنشطة الحياتية التي كان يقوم بها الشخص، إختلافات بدرجة ملحوظة في فقدان الوزن والشهية وغيرها من الأعراض التي قد تجعل المريض يصل إلى التخطيط للإنتحار.

(سليمان ريحاني، وعادل وطنوس، 2012، ص 183)

كما نجد المريض يسعى جاهدا لمواجهة مرضه وما يترتب عنه من آثار عن طريق استخدامه لإستراتيجيات المواجهة إذ تعرف هذه الأخيرة، بأنها محاولة التي يبذلها الفرد لإعادة إتزان النفسي، والتكيف للأحداث التي أدرك تهديداتها الآنية والمستقبلية.

(أحمد نايل العزيز، 2009، ص 120)

يمكن القول بأن المرض المزمن كالفصور الكلوي موقف ضاغط مدى الحياة وحسب موسى وشايفر 1984 ان المرض الجسدي يعتبر كأزمة للفرد لأنه يعتبر نقطة تحولا في حياته كونه يخلق لدى المريض تحولات جذرية بالانتقال إلى بيئة جديدة وهي ملازمة المستشفى ،فنجذ المريض يسعى جاهدا لمواجهة مرضية وما يترتب عنه من آثار عن طريق تبني أساليب تكيفية وهنا يظهر بعد وهو المواجهه (coping)

حيث يختلف الأشخاص في الأساليب التي يتعاملو بها مع المواقف والأحداث الحياتية المهددة لراحتهم النفسية والجسدية، وقد عرفها لازاروس وفولكمان من خلال النظرية التفاعلية 1984 بأنها المساعي والجهود السلوكية والمعرفية الدائمة للتبدل للتعامل مع المطالب أو المقتضيات النوعية الخارجية والداخلية أو هما معا والتي تستنزف إحتياطات الفرد أو تتجاوزها.

(أسمهان عزوز، 2015، ص 29)

وقد ميز لازاروس وفولكمان سنة 1984 بين نوعان أساسين من المواجهة:

المواجهة المركزة حول المشكل التي تتجه إلى إيجاد الحل لمشكلة معينة، أما إستراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعالات التي تسعى إلى تنظيم الانفعالات السلبية وذلك بخفض حالة التوتر، كما يذهب كترونا وراسيل Rusell et Cutrona

سنة 1990 إلى أن المساندة الإجتماعية وإتاحة العلاقات الإجتماعية مرضية تتميز بالحب والود والثقة وتعمل كحواجز ضد التأثير السلبي على الصحة الجسمية والنفسية.

(طه عبد العظيم، 2006، ص78)

ونظرا لأهمية هذا الموضوع عملنا على توجيه إهتمامنا إلى دراسة الألم النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وبهذا الصدد نقوم بطرح التساؤلات التالية:

- هل يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من الألم النفسي؟
- ماهي الإستراتيجيات المواجهة الأكثر إستخداما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

2- صياغة الفرضيات:

1-2: الفرضية الأولى: يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من الألم النفسي.

1-2: الفرضية الثانية: أكثر الاستراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن هي استراتيجيات المركزة حول المشكل.

3- أهمية الدراسة:

- تبرز أهمية الدراسة في أهمية الفئة التي تناولتها وهي فئة مرضى القصور الكلوي المزمن وما تعانيه هذه الفئة من المشكلات الصحية الجسدية والنفسية.
- مع قلة البحوث حول الألم النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

4- أهداف الدراسة:

- معرفة مدى معاناة مرضى القصور الكلوي المزمن من الألم النفسي.
- التعرف على استراتيجيات المواجهة الأكثر إستخداما لدى المرضى القصور الكلوي المزمن.

5- تحديد المفاهيم إجرائياً:

5-1 مرضى القصور الكلوي المزمن: هو توقف الكلية عن القيام بوظائفها وقد يكون الفشل حادا أو مزمنًا بسبب خسارة النهائية للنيفرونات أو الكليتان وهم الذين يعانون من تدهور تدريجي في وظيفة الكلى الذي يتطور خلال الأشهر والأعوام حينما يصل إلى المرحلة النهائية يتم اللجوء إلى الغسيل الكلوي بانتظام وبشكل مستمر ودائماً.

5-2 الألم النفسي: هو حالة إنفعالية غير مريحة تظهر على شكل اكتئاب، قلق و الضغط، و هي الدرجة التي يتحصل عليها تبين مرضى القصور الكلوي على مقياس الألم النفسي (DASS21).

5-3: إستراتيجيات المواجهة: هي مجموعة من المجهودات التي يبذلها الفرد في شكل إستجابات للوضعية الضاغطة المهددة له ،وهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على مقياس إستراتيجيات المواجهة. (لازاروس وفولكمان).

6-الدراسات السابقة:

6-1-الدراسات التي تناولت الألم النفسي:

6-1-1 دراسة بيك BECK (1977):

قام هذا الخبير السيكولوجي بدراسة ميدانية على مرض القصور الكلوي الحاد و وجد أن معظمهم يظهرون الإكتئاب وفي نفس الوقت التجنب.

6-1-2 دراسة كل من Levebre و 1983 Olie و Haymal و 1978 Pisini:

أكدت وجود إكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وكذلك الانسحاب الإجتماعي وعدم القدرة على العمل والشعور بالحزن كذلك العزلة والتكوين العكسي كآليات الدفاع .

6-1-3 دراسة بوزاد يوسف 2015 بعنوان "توعية الحياة والاستجابة الإكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى":

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى وعلاقتها بظهور الإستجابة الإكتئابية، تم استخدام المنهج العيادي وتطبيق المقابلة العيادية النصف الموجهة، ومقياس بيك للاكتئاب وسلم نوعية الحياة الذاتية من الجنسين (3ذكور، و 4 إناث) تم اختيار إشتملت العينة (07) حالات تتراوح أعمارهم ما بين (40 إلى 50 سنة) pdvs العينة بطريقة قصدية

حسب (طبيعة المرض، السن، الخبرة مع الدياليز) بمستشفى بني مسوس الجزائر حيث توصلت الدراسة أن هناك إختلاف في نوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن مما ينعكس على ظهور إستجابة الإكتئابية لديهم كما أن نوعية الحياة الجيدة تؤدي إلى انخفاض في الإستجابة الإكتئابية بمعدل (6) من (7) حالات لدى مجموعة العينة.

6-1-4 دراسة سعاد إبراهيم محمد سلامة (2011) بعنوان "أعراض القلق والإكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي المزمن":

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على أعراض القلق والإكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل الكلوي، تم إستخدام منهج الوصفي الإرتباطي واستخدام الإستبيان لجمع البيانات، تطبيق القائم على تقدير المريض لذاته.

مقياس بيك للإكتئاب، مقياس أساليب التكيف مع أحداث الحياة الضاغطة، واشتملت العينة على 258 مصابا من كلا الجنسين حسب متغيرات (وقت تعبئة الإستبيان، الجنس، العمر، الحالة الإجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، دخل شهري).

-حيث توصلت الدراسة إلى أن المبحوثين يعانون من قلق خارجي المنشأ مع فروق لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل ثلاث مرات أسبوعيا أكثر من المرضى الذين يقومون بالغسيل مرة أو مرتين، والمرضى الذين لديهم أمل في زراعة الكلية مستقبلا كانوا أقل قلق من الذين لا يوجد لديهم أمل، أما بالنسبة للإكتئاب فقد جاءت لصالح المرضى الذين قاموا بتعبئة الإستبيان قبل بدء جلسة الغسيل الكلوي، وكذلك لصالح المرضى "الأميين" حيث كانوا أكثر إكتئاب من المرضى المتعلمين، كما جاءت لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل الكلوي ثلاث مرات أسبوعيا.

وفيما يتعلق باستخدام أساليب التكيف في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كانت نتائج حالة إحصائية على مستوى التفاعل الإيجابي لصالح كل من دخلهم الشهري أقل من (2501)، ويعانون من أكثر من مرض والذي تمتعبئة الإستثمار معهم قبل الجلسة الغسيل الكلوي إضافة إلى من يقومون بالغسيل الكلوي مرتين أسبوعيا يستخدمون أساليب إيجابية في التعامل مع المرض.

6-1-5 دراسة عيشوني برة وبن لزرق ديعة (2016/2015) بعنوان "القلق والإكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية تصفية الدم":

تكونت العينة من 6 مرضى (3ذكور و3 إناث) وقد تم إختيارهم بطريقة قصدية عمدية، اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي بتطبيق الأدوات: الملاحظة والمقابلة، ومقياس تايلور للقلق ومقياس بيك للإكتئاب وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية:

- توجد فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابون بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس.
- توجد فروق في مستوى الإكتئاب لدى المرضى المصابون بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس.
- توجد فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابون بالقصور الكلوي وفقا لمتغير تصفية الدم.
- توجد فروق في مستوى الإكتئاب لدى المرضى المصابون بالقصور الكلوي وفقا لمتغير تصفية الدم.

6-1-6 دراسة جبران بن مداوي جبران الضلافيح (2016) بعنوان "قلق المستقبل وعلاقته بالإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن:

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، ولتحقيق هدف الدراسة استخدام الباحث المنهج الوصفي الإرتباطي، وتم تطبيق (مقياس قلق المستقبل -مقياس بيك للإكتئاب) وتكونت عينة الدراسة التي كانت قصدية من 100 مريض من أصل 300 مريض غسل الكلوي حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة إرتباطية طردية موجبة بين درجة كلية للإكتئاب والدرجة الكلية لقلق المستقبل لدى مرضى الغسل الكلوي .

6-1-7 دراسة عمراني سمراء - بشكير صونية (2017/2016) بعنوان الضغط النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم :

(دراسة 6 حالات) تم إختيارهم بطريقة قصدية محددة إعتمدت الدراسة على المنهج العيادي للمنظور السلوكي المعرفي ، وطبقت مقياس الضغط النفسي (لفنستاين 1993) حيث توصلت الدراسة للنتائج التالية :

- كشفت الدراسة أن (4) حالات من مجموعة البحث تعاني من ضغط نفسي مرتفع .

6-2 دراسات سابقة حول إستراتيجيات المواجهة :

6-2-1 دراسة كريسون وكيفي (1988) Grisson et Keefe :

والتي كان هدفها معرفة العلاقة بين مركز الضبط و إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن وطبق في هذه الدراسة مقياس مركز الضبط الصحة ومقياس إستراتيجيات المواجهة على مجموعة وتضمنت 62 مريضا مصاب بالألم المزمن وفي حالة استشفاء وكشفت النتائج:
- أن المرضى اللذين تحصلوا على درجات عالية في بعد الحظ المركز الضبط كانوا أكثر عجز للتعامل مع المهام وإستخدموا إستراتيجية تحويل الإنتباه وإستراتيجية المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني بالإضافة إلى أنهم أكثر تقاديا للمواجهة ومع الألم.
(أسمهان عزوزة، 2008، ص37)

6-2-2 دراسة وليدة مرازقة 2010 :

التي هدفت في هذه الدراسة عن طبيعة العلاقة بين مركز ضبط الألم و إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان تكونت عينة في دراسة مرضى يتراوح سنهم بين (12 إلى 56 سنة)

استخدمت مقياس مركز ضبط الصحة متعددة الأبعاد الخاص بالألم ومقياس إستراتيجيات المواجهة المعدل من قبل كوسون و أسفرت النتائج عن:

- ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ مركز ضبط الألم و إستراتيجيات المركزة حول المشكل.

- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مرضى السرطان في متوسطات أبعاد ضبط الألم تعزى لمتغير الجنس، الحالة الإجتماعية. (مرازقة، 2010، ص32)

6-2-3 دراسة فوزية بن كمشي 2013:

هدف البحث للتعرف على الفروق بين الجنسين في إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حيث تكونت العينة من 32 مريضا بالقصور الكلوي المزمن، و تم إستعمال إستبيان إستراتيجيات المواجهة و استبيان جودة الحياة (MOS.SF P36) ، توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- لا توجد فروق بين الجنسين في إستراتيجيات المواجهة وأن الإستراتيجية السائدة لدى كلا الجنسين هي المتمركزة حول الإنفعال لدى أفراد العينة.

- لا توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة وجاءت كل أبعاد جودة الحياة منخفضة.

(فوزية بن كمشي، 2013، ص614)

4-2-6 دراسة رقيق برة علي 2017 بعنوان التدين وعلاقته بالضغط النفسي و إستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن:

هدفت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة الموجودة بين التدين والضغط النفسي ونوع إستراتيجيات لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن تم إستخدام المنهج الوصفي ،وتطبيق مقياس التدين وإستبيان الضغط النفسي إشملت العينة (60) فرد و (30) راشد مصاب بالقصور الكلوي المزمن و (30) راشدين عاديين وفقا (السن، الجنس، المستوى التعليمي) تم إختيار العينة بطريقة عمدية ،بمستشفى أسعد حساني ببني مسوس بالعاصمة حيث توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية بدرجات التدين بين المصابين والعاديين ،وكذلك وجود فروق دالة إحصائية بدرجات ضغط نفسي حيث يبلغ المتوسط الحسابي (71.93) بالنسبة للراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن (65.53) بالنسبة للراشدين العاديين كما أنه توجد فروق في استعمال إستراتيجيات المواجهة لدى كلتي الفئتين.

3-3 دراسات سابقة حول القصور الكلوي المزمن:

3-3-1 دراسة زكريا آدم محمد صالح مكي (2012) بعنوان الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن:

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الصحة النفسية والفشل الكلوي المزمن وبعض المتغيرات و لتحقيق هذه الدراسة إعتد الباحث على المنهج الوصفي، و تم تطبيق مقياس الصحة النفسية و استبيان لجمع المعلومات وكان حجم عينة الدراسة 50 مريضا مصابا بالفشل الكلوي في مستشفى جياذ لجراحة و أمراض الكلى بالسودان ،وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أهمية الصحة النفسية في حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن، و أهمية الإرشاد والعلاج النفسي في خلق التكيف والتوافق ورفع مستوى الصحة النفسية.

(زكرياء آدم، محمد صالح مكي، 2012)

3-3-2 دراسة عيشوني برة وبن لزرق ديحة (2015/ 2016) بعنوان القلق والإكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية تصفية الدم الدياليز "دراسة ميدانية مستشفى تيجيت مستغانم (مصلحة تصفية الدم)":

تكونت العينة من 6 مرضى 3 ذكور و 3 إناث وقد تم إختيارهم بطريقة قصدية عمدية، إعتمدت الدراسة على المنهج العيادي بتطبيق الأدوات الملاحظة والمقابلة ومقياس تاييلور للقلق الصريح ومقياس بيك للإكتئاب وقد توصلت للنتائج التالية :

- توجد فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابون بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس.

- توجد فروق في مستوى الإكتئاب لدى مرضى المصابون بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس.

- توجد فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابون بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية.

- توجد فروق في مستوى الإكتئاب لدى المرضى المصابون بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية. (عيشوني برة وبن لزرقي ديعة، 2016، 2015)

3-3-3 دراسة جبران مداوي جبران الضلافيح (2016) بعنوان قلق المستقبل وعلاقته بالإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي :

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، ولتحقيق هدف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي الإرتباطي ومن ثم تطبيق مقياس قلق المستقبل، مقياس بيك للإكتئاب وتكونت عينة الدراسة من 100 مريض من أصل 300 مريض غسيل كلوي المترددين على مدينة الملك سعود الطبية حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة إرتباطية طردية موجبة بين الدرجة الكلية للإكتئاب والدرجة الكلية لقلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي. (جبران مداوي جبران الضلافيح، 2016)

دراسة رزقي رشيد (2019) بعنوان بناء وتجريب مدى فعالية برنامج التكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن:

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن مدى فعالية برنامج التكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن، ولتحقيق هدف الدراسة استخدم الباحث المنهج العيادي والمنهج شبه تجريبي، و

تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح، ومقياس أرون بيك للإكتئاب، مقياس قلق الموت على عينة تكونت من 30 مريضاً أعمارهم ما بين 20 و50 سنة وقد توصلت الدراسة على أنه:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الإكتئاب لدى عينة الدراسة في درجات الإكتئاب بعد البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وقد خلقت الدراسة في فعالية البرنامج العلاجي المقترح من طرف الباحث في تخفيض درجات كل من: القلق - الإكتئاب وقلق الموت لدى عينة الدراسة. (رزقي رشيد، 2019).

الفصل الثاني: الألم النفسي

الفصل الثاني: الألم النفسي

تمهيد

1-تعريف الألم

2-تعريف الألم النفسي

3-أصناف الألم النفسي

1-3 الإكتئاب

1-1-3 تعريفه

2-1-3 أسبابه

3-1-3 النظريات المفسرة له

4-1-3 أعراضه

5-1-3 علاجه

2-3 القلق

1-2-3 تعريفه

2-2-3 النظريات المفسرة له

3-2-3 أسبابه

4-2-3 أعراضه

5-2-3 علاجه

3-3 الضغط

1-3-3 تعريفه

2-3-3 أسبابه

3-3-3 النظريات المفسرة له

4-3-3 أعراضه

5-3-3 علاجه

خلاصة

تمهيد:

سوف نتطرق من خلال هذا الفصل للحديث عن تعريف الألم و الألم النفسي وأصنافه المتمثلة في الاكتئاب، القلق، والضغط من خلال تعريفها وعرض أسبابها والإشارة إلى النظريات المفسرة لها والأعراض والعلاج.

1-تعريف الألم:

يعرف على أنه ظاهرة عصبية نفسية معقدة ذات وجوه متعددة الأبعاد (حسية، عاطفية، معرفية، سلوكية) وقابل لتغيير بواسطة عوامل عديدة منها ما هو متعلق بالفرد عوامل عصبية، فيزيولوجية، نفسانية ومنها ما هو مرتبط بالمحيط "عوامل إجتماعية.

(دورون وبارو، 1996، ص135)

ويرى (sieber, 2004) بأن الألم هو ظاهرة معقدة، تشير إلى خبرة حسية وإنفعالية غير سارة مرتبطة بضرر حقيقي أو كامن، والألم هو خبرة ذاتية تكون المكونات الحسية مرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الإنفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية.

(مرازقة، 2009، ص24)

في حين يعرفه ميرسكي (mersky (1986 بأنه خبرة مرتبطة بإصابة جسدية يعبر عنها بأسلوب نفسي (مثل الإحساس بالضيق، البؤس، الحزن، عدم الإرتياح والتعاسة) فالألم شعور فردي يختلف كثيرا من شخص لأخر إذ تتداخل فيه عوامل بيولوجية ونفسية وإجتماعية فتحدد مستوى وردة الفعل عليه، فهو لم يعد مجرد عرض لمرض بل مرض في حد ذات.

(حدان، 2014، ص49-50)

ويرى (watson&kissane 2011) بأن الألم هو ظاهرة تشريحية وفيزيولوجية وعاطفية معقدة ناتجة عن منبهات خارجية أو داخلية ضارة فعلية أو مدركة.

(Watson,M&kissane,D ,W(Eds)(2011)

ويرى كل من (Gellman&Turner2013) أن الألم هو ظاهرة حسية ضارة توفر معلومات للكائن الحي حول حدوث أو تهديد بالضرر، فالألم تجربة متعددة الأبعاد والتي تنتج من تفاعل معقد بين المكونات البيولوجية والنفسية ويتأثر كذلك بالعوامل السلوكية والاجتماعية.

ويعد هذا التعريف الأخير من أكثر التعاريف الشائع إستعمالها فهو يشير إلى أن الألم عبارة عن خبرة حسية جسدية مرتبطة ومصاحبة بإنفعالات وتكون بفعل إصابة عضوية حقيقية، أو من غير إصابة فعلية كأن يحس الفرد المصاب بالألم دون وجود ضرر فعلي.

(Gellman ,M , D ,Turner G,R.2013)

2-تعريف الألم النفسي:

الألم النفسي في الحقيقة لا يقل أهمية عن الأنواع الأخرى للألم الجسدي ولكنه لا يحصل على إهتمامالكافي، والمشكلة الرئيسية هي عدم التوصل إلى إتفاق حول سماته ومميزاته ووضع تعريف واضح له، فقد إستخدمت العديد من التسميات للإشارة إلى الألم النفسي كالألم العاطفي، الألم العقلي، الكرب العاطفي والنفسي، المعاناة النفسية والعاطفية.

حيث ترى جوف joff و ساندلر sandelers أن كل ألم نفسي يشمل على ألم جسدي ونفسي على حد سواء ،في حين يرى (Blyn et al,2011) بأنه تجربة ذاتية تختلف إختلافا كبيرا عن الألم الجسدي الذي غالبا ما يكون مصدر حوافز مادية ضارة .

أما ساندلر " Sandler" فعرفته على أنه حالة إنفعالية ناتجة عن عدم توافق بين الصورة المثالية والفعلية للذات وأشارت أيضا إلى أن الألم هو المعاناة (Tossani ,2013) ،وفي حين يرى Bolger بأنه حالة من الشعور بالإنكسار الناتج عن حدث أليم .

أما (shneidman, 2014) فقد وصف الألم النفسي بمثابة تجمع للمشاعر السلبية (على سبيل المثال القلق، العجز واليأس) وهو يعكس الإحباط الناتج عن عدم القدرة على إشباع الإحتياجات النفسية الأساسية. (Nohalieletal, 2014)

ويعرف الألم النفسي على أنه شعور غير محتمل أو غير سار ناتج عن التقييم السلبي لعدم القدرة أو العجز الذاتي، ويمكن أن تتراوح شدة هذا الشعور ما بين شعور بضيق بسيط إلى كرب جسدي حاد. (Esther et al ,2011).

ومن هذا يمكن تعريف الألم النفسي على أنه حالة إنفعالية غير سارة والتي تم تحديدها بالدراسة الحالية في القلق، الإكتئاب، الضغط.

3-أصناف الألم النفسي:

3-1- الإكتئاب:

تعريفه:

يعرف الإكتئاب على أنه حالة من الحزن الشديد المستمر ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعتبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه

(السامراني، 2007، ص 83)

ويرى العجوري بأنه حالة نفسية إنفعالية يتعرض لها الفرد نتيجة الخبرات الصادمة وإحباطات يواجهها الفرد في حياته وهي تتمثل في الحزن والتشاؤم والشعور بالذنب وقد تصل إلى فقدان الشهية والإنطواء وإنعدام القيمة، وفي الحالات الحادة يصل إلى حد كراهية الذات و إيذاء النفس حتى لدرجة الإنتحار. (العجوري، 2007، ص 11)

وقد عرفت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (Apa) بأن إكتئاب حالة عاطفية سلبية تتراوح ما بين التعاسة ودرجة شديدة من الشعور بالحزن التي تعيق الفرد عن أداء وظائفه اليومية، قد ترافقها تغيرات جسدية معرفية، إجتماعية منها مشكلات في عادات الأكل والنوم أو الدافعية، صعوبات التركيز و إتخاذ القرار. (Apa, 2015).

يعرفه بيك 1987 بأنه أحد الإضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد، وفقدان الحب وكراهية الذات، والشعور بالتعاسة وفقدان الأمل، وعدم القيمة ونقص النشاط والاضطراب المعرفي متمثلا في النظرة السلبية للذات، وإنخفاض تقديرها وتشويه المدركات وتعريف الذاكرة وتوقع الفشل في كل محاولة، ونقص الفعالية العقلية. (واكلي، 2014، ص 293)

3-1-2 النظريات المفسرة للإكتئاب:

أ- النظرية التحليلية:

يرى "فرويد" أن الإشباع الزائد جدا أو نقص الإشباع خلال المرحلة الفمية يولد شخصية تابعة فعند تعرض الفرد لخسارة فعلية كموت حبيب أو خسارة رمزية كالرفض فإنه يتولد لديه غضب لا شعوري نتيجة هذه الخسارة ويتحول هذا الغضب إلى غضب من الذات إلى الإكتئاب، في حين إفتراض "أبراهم" أن الفرد يمكن قد إكتسب إستعداد للإصابة بالإكتئاب نتيجة عدم حصوله على الحب أو الإشباع خلال مراحل الطفولة ويرى "بيبرينغ" "bibring" أن الإكتئاب يحدث نتيجة عجز الفرد عن تحقيق الحاجات أو الطموحات ويرى أن الحاجة إلى الحب وتقدير ماهي إلا واحدة من ثلاث إحتياجات رئيسية أما الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان والحاجة لمنح الحب ويحدث الإكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء الآخرين ونتيجة الإحباط أي حاجة من الحاجات السابقة. (إبراهيم، 1998)

ب- النظرية السلوكية:

يرى المنظرون السلوكيون أن الإكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك أخروهم يفسرونه بمصطلحات المشير والإستجابة فالمكتئبون يتسمون بإنخفاض لعدة أنواع من النشاطات خاصة السارة منها وتعويضها بالهروب والتجنب.

ويؤكد السلوكيون على أن السبب الرئيسي للإكتئاب هو فقدان التعزيز إذ أن الخمول أو ضعف الفعالية والشعور بالحزن لدى المكتئب هو نتيجة انخفاض مستوى التعزيز الايجابي وارتفاع مستوى الخبرات غير السارة ويمكن علاج مرضى الإكتئاب بزيادة التعزيز الايجابي وإزالة الخبرات غير السارة.

وهناك الكثير من الأحداث تؤدي إلى الإكتئاب (كموت شخص عزيز أو فقدان العمل) وذلك يجري أضعاف التعزيز المتعود عليه ،فضلا عن ذلك فإن الأشخاص الذين يحملون إستعداد للإكتئاب قد يفتقرون إلى القدرة على التعامل مع الأحداث المؤلمة ،كما أن قلة التفاعل الإجتماعي يؤدي بالفرد إلى فقدان مصدر رئيسي للتعزيز كان يحصل عليه من الأصدقاء والآخرين، إذ أن سلوك المكتسب عادة ما يميل إلى الإنعزال حتى عن أقرب الأفراد إليه ،وهذا الإنعزال قد يؤدي إلى حدوث سلوكيات غير توافقية مثل البكاء ونقد الذات والتكلم عن الإنتحار. (يحياوي، 2014، ص254)

ت- النظرية المعرفية:

يرى (بيك 1967) أن الإكتئاب يحدث نتيجة إستعمال الأفراد لصيغ معرفية سالبة تستبعد المعلومات الإيجابية عن الذات وتبقي على السلبية ،فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته وللعالم والمستقبل ،ويضيف أن الإحساس بالضياع هو العامل الأساسي لحدوث الإكتئاب نتيجة التوقعات الكثيرة التي تتميز بالا واقعية أي أن المكتئب يجد نفسه ضائعا أمام لومه لذاته نظرا لوعيه وإدراكه لنقائصه والذي يعطي مفهوما سلبيا عن ذاته ،وحسب بيك

الأشخاص المكتئبون يميلون لمقارنة أنفسهم بالآخرين وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديرهم لذواتهم وتجعل عملية التقويم الذاتية سلبية.

في حين ربط سيلغمان بين الإكتئاب والعجز المتعلم، حيث يرى أن المريض المكتئب تعلم واعتقد بأنه لا يستطيع السيطرة على مهام بالخفيف من معاناته، تحقيق إشباعاته أو مواجهة أحداث سلبية في حياته.

وقد إقترح "أبرامسون" وجود عوامل تعرض الفرد للإكتئاب ويعتبر أسلوب الغزو من بين هذه العوامل والذي إما أن يكون داخليا فيرى الفرد بأنه المسؤول عن الحدث أو خارجيا أي يدرك الفرد أن شخصا أو شيئا معينا أخرهو المسؤول عن الحدث، وعاد يتسم الأفراد المكتئبون بأن لديهم ميلا لغزو داخلي ثابت وشامل للأحداث السلبية، وغزو خارجي وغير ثابت خاص بالأحداث الإيجابية. (فايد، 2001 بدون ص)

ث - النظرية البيشخصية:

تركز في تفسيرها للإكتئاب على ضغوط الحياة وأساليب المواجهة كما إهتمت أيضا بالتفاعلات في إبقاء واستمرارية الإضطراب الإكتئابي.

ويقترح (Downy&coyne, 1991) أن الإكتئاب يفهم كفشل في المواجهة الفعالية لضغوط الحياة وقد إفترض أن المواجهة الفعالة لهذه الضغوط يمكن أن تقلل من تأثير المشكلات وتساعد على منعها من أن تصبح مزمنة، فالمرضى المكتئبون يظهرون شفاء أقل إذ ما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة كإستراتيجيات التجنب والمواجهة المركزة على الإنفعال مثل: (التفكير في الخطأ أين يرغب فيه الشخص قتل نفسه، لوم ذات، الوحدة النفسية) وهي من أهم العوامل التي تساعد في بقاء الإكتئاب. (نفس المرجع السابق)

3-1-3 أسباب الإكتئاب وعوامله:

إن الاكتئاب بالنسبة لأي شخص عادة ما يكون تراكم لعدد من الأسباب والعوامل التي تجمعت لتؤدي إلى الإصابة به ،وقد تكون راجعة للشخص نفسه أو البيئة المحيطة به ونذكر منها التالي:

أ- العوامل البيولوجية:

لقد أظهرت العديد من الدراسات أن الإستعداد الوراثي له علاقة في الإصابة بالإكتئاب، حيث ترى أن التفسير الوراثي ودراسات التوائم تعود لوجود عامل جيني له دور مهم في الإصابة بالإكتئاب ،كما أشارت منظمة الصحة العالمية 2008 إلى أن الإكتئاب ينتشر بين السكان العالم بنسبة 3 % وكذلك ينتشر بين أقارب المرضى بنسبة 11 % وبين الإخوة الأشقاء للمريض بنسبة 23 % .

ب- العوامل الفزيولوجية الكيميائية:

أظهرت الدراسة أن الإكتئاب يكون نتيجة إختلال البوتاسيوم والصوديوم في الجسم حيث تبين أن نسبة تكثيف الصديوم داخل خلايا العصبية يزداد ويرتفع لدى المصابين بالإكتئاب، في حين يرى باحثين آخرين أن الإكتئاب راجع أو ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ المسؤول عن تنظيم الإنفعالات. (إبراهيم، 1998)

وقد كشفت الدراسات وجود علاقة مباشرة بين الموصلات العصبية في الجهاز العصبي مثل مادة السيروتونين ومواد أخرى وبين الحالة المزاجية حيث تبين أن بعض هذه المواد تنقص كميتها بصورة ملحوظة في حالات الإكتئاب النفسي كما لوحظ أن بعض الأدوية المضادة للإكتئاب، والتي تقوم بتعويض هذا النقص تؤدي إلى تحسن الحالة المزاجية وإختفاء أعراض الإكتئاب. (الشربيني، 2001، ص21)

ت- عوامل نفسية إجتماعية:

أظهرت الدراسات أن الإكتئاب يكون نتيجة الأسباب التالية:

- عدم تطابق مفهوم الذات الواقعي مع مفهوم الذات المدرك والمثالي.
 - الإحباط أو الفشل المتكرر والقلق.
 - الصراع اللاشعوري.
 - التوتر الإنفعالي والخبرات المؤلمة.
 - الحرمان كفقْد عزيز أو ثروة أو مكانة الإجتماعية أو صحة.
 - ضعف الأنا العليا والشعور بالذنب وإتهام الذات. (سليمان، 2014)
 - الخبرات الصادمة والتفسير الخاطيء غير الواقعي للخبرات .
 - الصراعات المهنية وزوجية أو صعوبات مالية.
 - نقص المهارات الإجتماعية مما يؤدي إلى نقص المساعدة من قبل الآخرين وهو ما يؤدي الى الاكتئاب لدى الشخص الذي تعوزه المهارة الاجتماعية.
- (حمدي الأعظمي، 2013، ص62)

3-1-4 أعراض الإكتئاب:

يظهر على الأشخاص المصابين بالإكتئاب مجموعة أو زملة من الأعراض والتي إختلف تصنيفها من مختص لآخر بحسب دراسته لعينات المختلفة وهنا نرى أن الأعراض الشائعة والأساسية للإكتئاب تتوزع في أربعة نواحي هي:

• الأعراض الجسمية:

إنقباض الصدر والشعور بالضيق، فقدان الشهية ورفض الطعام، نقص الوزن، والألم خاصة ألم الظهر، ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي والبطيء، البرود الجنسي وإضطراب في

العادة الشهرية (عند النساء) ، توقيهم المرض والإنشغال على الصحة الجسمية ،الشعور بالتعب وبالإرهاق الشديد. (سليمان ،2014)

إضافة للإضطرابات في النوم (الأرق أو النوم المتقطع) إضطراب الجهاز الهضمي (كالإمساك أو زيادة في حموضة المعدة) الشعور بالتثاقل الشديد في الأعضاء.(رضوان،2009،ص62)

• الأعراض الإنفعالية والمعرفية:

مزاج حزين ويأس، الإنعزال والإنسحاب الإجتماعي، الشعور بالفشل، التردد وعدم الحسم، التشاؤم إنخفاض الدافعية عن المعتاد، توقع الفشل، صعوبة الإدراك، نوبات البكاء، التقييم الذاتي السلبي للأداء، المبالغة غير المعقولة وتضخيم الأمور وتهويلها، الصعوبة في التفكير والتركيز وإتخاذ القرارات.

(الشمالى،2015، ص80)

أفكار حول الموت والإنتحار (Wasserman ,2011) فقدان الاهتمام أو المتعة في جميع

الأنشطة تقريبا. (Palazzolo ,2007 ,p18)

- يعاني بعض مرضى الإكتئاب من حالات الهلع ،وحالة من القنوط وتعاسة ظاهرة هبوط

من المعنويات النفسية، وتفكك الشخصية. (بوخياري وراحيس،2020،ص39)

• الأعراض السلوكية:

فقدان الطاقة الشعور بالإجهاد لأقل مجهود ،التثاقل في أداء العمل، نقص التفاصيل والتواصل

مع الآخرين، الضجر وعدم الإستقرار، نقص الإنتاجية في العمل، إنخفاض الصوت أثناء

الكلام، تقطع الكلمات وخروجها من الفم بصعوبة ،قضم الأظافر والتدخين القهري.

(الشمالى،2015، ص81)

الأعراض الاجتماعية:

صعوبة واضحة في التفاعل والإحتكاك مع الآخرين، عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزملاء إلخ

الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية، صعوبة في التعبير عن إستيائه أو رفضه للأشياء، الشعور بالوحدة وافتقاد حب الآخرين ودعمهم، الميل للإسحاب، التفاعل المحدود وعدم أوقلة المشاركة مع الآخرين. (إبراهيم، 1998، بدون ص)

3-1-5 علاج الإكتئاب:

لقد تعددت طرق ووسائل لعلاج الإكتئاب بتعدد النظريات التي اهتمت به فنجد أن الإتجاه الطبي يركز على استخدام الأدوية الإكتئاب أما الإتجاه أو التيار التحليلي فيسعى للبحث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالإكتئاب وإزالتها، والتيار السلوكي يعمل على تدعيم السلوك الإيجابي وتعديل السلوك السلبي المسبب للعجز، أما المعرفي فيركز في علاجه على تعديل الأفكار الخاطئة وتغيير التصورات السلبية وفيما يلي عرض لأهم العلاجات المستخدمة في التخلص من الإكتئاب:

- العلاجات النفسية المستخدمة في علاج الإكتئاب نجد:

• العلاج نفسي التحليلي:

ويركز على الأسباب المؤدية للإكتئاب والتي غالبا يتم إرجاعها إلى خبرات الطفولة والصدمات المبكرة، حيث يهدف إلى حل الصراعات وتقوية دفاعات الأنا وإعادة تنظيم الإنفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعيا لإقامة علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلا الخارج. (الشمالي، 93، 2015 ص)

• العلاج السلوكي:

وعادة يكون من خلال تقديم مهمات تنشيطية، وتمارين الثقة بالنفس والتدريب على إكتساب المهارات الإجتماعية التي تساعد على التعامل مع الإكتئاب والتغلب عليه، كما يمكن أن يتم تعليمه لأساليب جديدة كالإسترخاء الذي يمكنه من ضبط مشاعره والتحكم في إنفعالاته السلبية التي تعيقه عن ممارسة نشاطاته المعتادة. (إبراهيم، 1998، بدون ص)

• العلاج المعرفي:

وذلك يتم عن طريق مساعدته على إكتشاف الأفكار العقلانية التي عززت لديه التفكير الإكتئابي، وتنمية التفكير العقلاني الإيجابي من خلال إعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات والعالم وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة للضغوط الحياة وحل المشكلة بدلا من التعامل معها بالتجنب أو الإنفعال. (فايد، 2001، بدون ص)

• العلاج الدوائي:

عادة ما تستخدم لذلك مضادات الإكتئاب وهي تعد من الأدوية الفعالة والناجحة حيث تصل نسبة نجاحها في علاجه إلى أكثر من 75 % ومن بين العقاقير المستخدمة نجد:

مجموعة المركبات ثلاثية الحلقات (Tricyclie) والتي تشمل على عدد من الأدوية منها (domipramine, amitriptyline, imipramine) والتي تتميز بفعاليتها ضد أشكال الإكتئاب المختلفة وتتمثل وظيفتها الأساسية في تعزيز قوة موصيلات المخ المزاجية في مواضع الإتصال بين الأعصاب، مضبطات إسترجاع السيروتونين الإنتقائية والتي تتضمن كل من (flosatine, proscetine, flovacsamine) والتي تفيد في علاج العديد من حالات الإكتئاب وبالذات التي تتميز بالخمول وبوجود الأعراض الوسواسية.

(سرحان وآخرون، 2008، بدون ص)

3-2 القلق:

3-2-1 تعريفه:

يعرفه (زهران، 2005) بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد بخطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، ويمكن اعتبار القلق إنفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر.

أما (كفافي، 1990) فيرى أن القلق خبرة إنفعالية، أو غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد.

أما (عكاشة 2003) فهو شعور عام غامض غير سار والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسدية وخاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي وتأتي نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ في المعدة أو ضيق في تنفس أو الشعور بنبضات القلق، الصداع أو كثرة الحركة. (حماد، 2012، ص 23)

ويوصف "منصوري مصطفى" إستجابة القلق بأنها "حالة إنفعالية غير سارة، تستشيرها مواقف ضاغطة، وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخوف. (عقون، 2012، بدون ص)

3-2-2 النظريات المفسرة للقلق:

• النظرية التحليلية:

لقد إهتم فرويد بدراسة ظاهرة القلق التي كان يشاهدها بوضوح على معظم حالات الأمراض العصابية، وحاول أن يعرف سببه، حيث لاحظ أن القلق هو عبارة عن خوف غامض، وهو يختلف عن الخوف العادي الذي يكون مصدره خطر خارجي معروف، وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق، القلق الموضوعي والقلق العصابي. (فرويد، 1989، ص 14)

القلق الموضوعي:

يكون مصدره خارجيا ،حيث يعرفه فرويد على أنه ردة فعل لخطر خارجي معروف وقد أطلق عليه مسميات القلق الواقعي ،القلق الحقيقي ،القلق السوي. (فرح، 2009، ص129)

فهذا النوع من القلق يعتبر رد فعل خارجي معروف ،ومصدر هذا الخطر ينبع من العامل المحيط بالفرد ،وهو محدد فعلا وواضح المعالم لدى الإنسان ،فيوضح فرويد أن القلق ماهو إلا مجموعة ردود أفعال ،حيث هو توقع صدمة من ناحية ،ومن ناحية أخرى تكرار للصدمة في صورة مخففة. (عثمان، 2001، ص20)

القلق العصابي:

يعرف فرويد القلق العصابي على أنه شعور غامض غير سار بتوقع الخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد.

(فرح ،2009،ص130)

أما عن الآراء التي قال بها المحللون النفسانيون الآخرون فهي كالتالي: فقد ذهب "رانك Rank" إلى أن القلق يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته ،وهما خوف الحياة وخوف الموت، وخوف الحياة هو قلق من التقدم والإستقلال الفردي، ويظهر هذا القلق عند احتمال حدوث أي نشاط ذاتي للفرد ،وعندما يتجه الفرد بإمكانياته نحو إيجاد ابتكارات جديدة أو العمل على إيجاد تغييرات جديدة في شخصيته،أو عندما يريد الفرد أن يكون علاقات جديدة مع الناس، ويظهر القلق في هذه الحالات لأن تحقيق هذه الإمكانيات يهدد الفرد بالإنفصال عن علاقاته أو أوضاعه السابقة، وخوف الموت على عكس خوف الحياة، هو قلق من التأخر وفقدان الفردية إنه خوف من أن يضيع في المجموع ،أو خوف من أن يفقد استقلاله الفردي ويعود إلى حالة الإعتماد على الغير. (فرويد ، 1989، ص35-36)

أما "هورني Horny" فتعتقد أن الطبيعة الإنسانية قابلة للتغيير نحو الأفضل، وترى أن الثقافة من شأنها أن تخلق قدرا كبيرا من القلق في الفرد الذي يعيش في هذه الثقافة، والنظرية الاجتماعية "هورني" أظهرت مفهوما أوليا عندها، وتعني به مفهوم القلق الأساسي Basic Anxiety، وقد عرفت "هورني" القلق الأساسي بقولها "إنه إحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعدوانية" وترى أيضا "أن القلق إستجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية". (عثمان، 2001، ص23-24)

النظرية السلوكية:

حسب المنظور السلوكي، يتعلم الإنسان القلق كما يتعلم أي سلوك آخر، حيث يرى بأن القلق عبارة عن سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد، تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي ومن جهة نظر متباينة للتحليلية فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون وجود الديناميكيات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات ثلاث "الهو" الأنا و"الأنا الاعلى" كما جاء به التحليليون، بل أنهم يفسرون القلق في ضوء الإشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط مثير للجديد قادرا على استدعاء الإستجابة الخاصة بالمثير الأصلي.

وقد أشار ميلر (Miller) إلى أن اضطراب السلوك عامة وإضطراب القلق خاصة يرجع إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيش فيها الفرد وتتسم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على إستمرارها وبقائها. (بكار، 2013، ص63-64)

النظرية المعرفية:

يمثل علم النفس المعرفي اتجاها في علم النفس المعاصر أين أثر في العديد من النظريات ومختلف المدارس.

حيث يرى "بيك" رائد هذا الإتجاه إن القلق ينتج عن أنماط التفكير المشوهة والخطأ في تقييم المواقف، وما يترتب عن ذلك من تكوين مركبات معرفية نشطة، تحول المثيرات البيئية إلى مصادر القلق تؤدي للشعور بالقلق وظهور أعراضه، فالمشكلة تكمن أساسا في طريقة التفكير وليست في الإنفعال ومنظوماته كما أن القلق مجرد عرض ولا يمثل العملية المرضية نفسها.

(غانم، 2009، ص313)

يعد نموذج المعرفي عند "بيك" أكثر النماذج المعرفية لتفسيرات القلق إذ يعتبر الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي له وتتألف مظاهر الإضطراب الفكري المميزة لمرضى القلق مايلي:

أ- افكار متكررة عن الخطر: فمرضى القلق هو دائما في قبضة أفكار لفظية وصورية

تدور حول حدوث وقائع مؤذية.

ب- نقص القدرة على مجادلة الأفكار المخيفة: قد يشك المريض في معقولية هذه

الافكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم معافة، ومهما بلغ هذا

الشكل فإن الأرجعية عنده تظل في صف هذه الأفكار.

ت- تعميم المثير (المنبه):

يتسع مجال المنبهات المثير للقلق بحيث يمكن لأي صوت أوحركة أو تغير بيئي أن يدرك

بوصفه خطرا. (بيك، 2000، ص125)

وير "إليس" أن المرضى الذين يعانون من القلق لديهم ميل لأنهم يعتقدون معتقدات غير

منطقية التي يرفضها الأسوياء ويصف تفكيرهم بأنه تفكير كوارثي حتى وإن كانت الحادثة

ليست على القدر السيء. (إبراهيم، 1998)

- نظرية القلق حالة وسمة:

يعتبر "ريموند كانل" أول من ميز بين القلق كحالة والقلق كسمة وقد كشفت الأبحاث التحليلية العملية التي قام بها "كاتل" و"شاير" وزملائها لكثير من المتغيرات النفسية والجسمية ذات العلاقة بالقلق عن وجود نوعين من مفاهيم القلق "حالة ،سمة".

وقام سبيلبيرجر وزملائه بتطور هذين المفهومين في أوائل الستينات واتبعوا في قياس القلق حالة-سمة (منهج التقرير الذاتي). (الزعيبي، 1997، ص107).

- حالة القلق: تشير إلى القلق كحالة طارئة انتقالية أو وقتية في الكائن الحي تتذبذب من وقت لآخر وهو يزول بزوال المتغيرات التي تتبعه، فالقلق هذا موقفي بطبيعته ويعتمد بصورة مباشرة وحساسية على الظروف الضاغطة (مصادر الضغوط) كما أشار "كاتل" إلى أن حالة القلق تتغير بحسب المواقف إي حسب نوعية المصادر و محتواها وجدتها.

- سمة القلق: تشير إلى القلق كسمة ثابتة نسبيا في الشخصية من حيث اختلاف الناس في درجة القلق ووفقا لما اكتسبه كل منهم في طفولته من خيارات سابقة واستعداد طبيعي واتجاه سلوكي، ويعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية (عقون، 2012).

3-2-3 أسباب القلق:

• أسباب وراثية:

تؤكد بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق ،ومن هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي،والإستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوائم ،كما أظهرت دراسة على بعض الأسر إلى أن 15 % من أبناء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض.

• أسباب نفسية:

تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه والتعود على الكبت الذي يؤدي فشله إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجهه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة.

قد أرجع فرويد القلق إلى صراعات داخلية لاشعورية والتي هي عبارة عن قوة داخلية لاشعورية والتي هي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها البعض ويؤدي تصارعها إلى ظهور الأعراض المرضية، أما "أدلر" فقد أرجع القلق إلى شعور الشخص بالنقص ومحاولة التفوق وبالنسبة لـ "لاريك فروم" فيشير إلى أن القلق ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للتفرد والإستقلال من جانب الوالدين، ويذهب "أتورانك" إلى أن القلق يرجع إلى صدمة الميلاد

أما أنصار المدرسة السلوكية مثل دولارد وميلر وبافلوف فيرجعون إضطرابات السلوك عامة وإضطرابات القلق خاصة إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها، وتساهم الظروف الإجتماعية التي ينشأ فيها الفرد إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على إستمرارها وبقائها. (فايد، 2001، ص56)

• أسباب إجتماعية:

تعتبر العوامل الإجتماعية وفقاً لغالبية نظريات علم النفس من المشير الأساسي للقلق وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن وإضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة والأساليب الوالدية القاسية،

وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني والزواجي. (فرح، 2009، ص 151-152)

3-2-4 أعراض القلق:

أولاً : الأعراض الجسمية:

كارتفاع في نبضات القلب ،نوبات من الدوخة والإغماء ،تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين، غثيان أو إضطرابات في المعدة ،الشعور بألم في الصدر.(عثمان، 2001، ص30) حالات من التعرق ،برود في الأطراف ،توتر العضلات وإضطرابات في التنفس.

(زهرا، 2005، بدون ص)

ثانياً: الأعراض النفسية:

وضع (جبل، 2000) أبرز الأعراض النفسية عادة ما تكون في نوبة الهلع التلقائي،الإنفعال الزائد وعدم القدرة على التركيز والانتباه، نسيان الأشياء،زيادة الميل إلى العدوان، الشك والتردد في إتخاذالقرارات، الشعور بعدم الأمان. (محدب، 2011، ص62)

3-2-5 علاج القلق:

يختلف القلق من فرد لأخر حسب شدته ووسائل العلاج المتاحة ،فعادة ما يستخدم العلاج النفسي مرفق بالعلاج الدوائي خاصة في حالات القلق الشديد حيث تعتبر مجموعة البروديزابين (benzodiazapines) حالة المجموعة المفضلة في علاج القلق كما تستخدم المهدئات العظمى (antipsychotics) بجرعات صغيرة في علاجه. (الحجاوي، 2004، ص293)

إن للعلاج النفسي دور هام حيث يحاول من خلاله الكشف عن الأسباب والعمل على حلها ويستخدم العلاج السلوكي في حالات القلق أين يتم تدريب المريض على حالات الإسترخاء من خلال تمارين عضلية وتنفسية ثم يتم تعريض لمنبهات تزداد شدتها حتى يستطيع المريض مواجهتها.

كما يستخدم العلاج العقلاني الإنفعالي الذي يعتمد على مناقشة الأفكار الغير منطقية للمريض والمسببة للقلق وإحلال الأفكار المنطقية بدلا منها ،ومن ثم تتغير إنفعالات المريض وهذا بدوره يؤدي لتغيير سلوكه المرضى.

3-3- الضغط:

3-3-1 تعريف الضغط النفسي:

يرى Goldman أن الضغط يشير إلى حالة الفرد (سواء النفسية أو الجسدية) أثناء وبعد تعرضه لحدث أو الأحداث ضاغطة.

(غانم، 2009، ص 286)

أما سيلبي (Selye) فقد أشار إلى أن الضغط النفسي عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط وهو إستجابة غير محددة من الجسم نحو المتطلبات البيئية

مثل التغيير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي.

(عبيد، 2008، ص 20)

فالضغط النفسي حالة نفسية تنعكس في ردود الفعل الجسمية والسلوكية الناشئة عن التهديد الذي يدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف أو الأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة.

(الغريز، أبو أسعد، 2009، ص 25)

ويعرف Shafer (1996) الضغط أنه عبارة عن إستجابة مرضية عامة لمثير مؤذي ومزعج للفرد يؤثر عليه من الناحية الفيزيولوجية وال نفسية ويسبب له الإجهاد والتوتر المؤقت أو الدائم أو أنه إستجابة الجسم غير المحددة لأية مطالب تقع عليه إن كانت بسبب أو نتيجة لظروف سارة أو غير سارة.

فالضغوط عبارة عن حالة من التوتر الناشئة عن المتطلبات أو التغيرات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من أثار جسمية ونفسية. (عبيد، 2008، ص21)

في حين يعرفه جوردون Gordon (1993) الضغوط بأنها الإستجابات النفسية والإنفعالية والفيزيولوجية للجسم اتجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد وهذه التغيرات تقوم بإعداد وتأهيل الفرد للتوافق مع الضواغط والتي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها .

(طه عبد العظيم حسين ،سلامة عبد العظيم حسين ،2006 ،ص20)

ويعرفه (Taylor, 2015) على أنه تجربة عاطفية سلبية يرافقها تغيرات بيوكيميائية وفيسيولوجية ،معرفية وسلوكية يتم توجيهها نحو الحدث المجهد.

3-3-2 نظرية الضغط:

هناك العديد من النظريات التي حاولت تقسيم الضغوط النفسية وتتعرف على أهم هذه النظريات فيما يلي:

- نظرية هانس سيللي (Hans Selye):

يستند "سيللي" في نظريته إلى مجموعة من التجارب التي أجراها على الحيوانات والتي أسفرت على أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط (Stressor) فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له أثاره الفيزيولوجية كارتفاع ضغط الدم وقد جاء إكتشافه للضغط خلال بحوثه

حول الهرمونات الجنسية فقد لاحظ بعد حقن فئران تجاربه بأنسجة عديدة ،حدوث ردود فعل واضحة منها تضخم في الغدة الأدرنالية، ظهور القرحة في الجهاز الهضمي ،وفي تجارب أخرى لاحقة وجد أن هذه الأعراض تظهر مع مصادر أخرى مثل: الحرارة،البرد ،الحقن بالأنسولين ...هذه الأعراض سماها زملة التكيف العام (General adaptatin syndrome) وهي ردود فعل غير محددة لمصادر الضغط ويكون لها تأثيرات على جوانب مختلفة من الجسم وإقترح "سيلي" ثلاث مراحل للإستجابة للضغط وهي كما يلي:

1-مرحلة الإنذار أوالتنبية: وهي الإستجابة المبدئية الأولى للموقف ويحدث ذلك عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الدماغ وبالتحديد إلى الغدة النخامية،وهذا بدوره يرسل رسائل عصبية وكيميائية للأجهزة المعنية في الجسم وبذلك يتم إفراز الهرمونات في الجسم (الأدرينالين،النورأدرينالين) ويزداد التنفس وتشد العضلات ليتهيئة الجسم لعملية المواجهة.

2-مرحلة المقاومة: تهدف هذه المرحلة للحفاظ على التوازن الحيوي لأنسجة الجسم عندما تتعرض للتحطيم أو التدمير،إلا أنه بعد تعرض الفرد لضغط طويل المدة فإنه سيصل إلى النقطة التي يعجز فيها عن الاستمرار وتصبح الطاقة على التكيف منهكة ومجهدة ،وبذلك يدخل الفرد في مرحلة الأعياء والانهاك. (عثمان، 2001، ص101)

مرحلة الإنهاك أو الإعياء: فإذا تعرض الفرد للضغوط لمدة أطول ،أو بشكل متكرر فإن ذلك يمكن ان يضعف الجهاز المناعي ويستنزف احتياطات الطاقة المخزنة في الجسم حيث يصل إلى مستوى تكون المقاومة فيه جد محدودة ،ويدخل في مرحلة الإنهاك وإذ استمرت الضغوط فإن ذلك قد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض ويتسبب بإحداث ضرر للأجهزة الداخلية ،قد تؤدي به للموت مالم يستطيع التعامل معها ومعالجتها.

(Sorafino&smith, 2011)

- نظرية العجز المتعلم ل "سيلجمان Seligman":

إن تكرار تعرض الفرد للضغوط مع تزامن اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها فإن هذا يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة، فيبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، أيضا يشعر بعدم قدرته على مواجهتها فيتوقع الفشل، ويدرك أن ما تعرض له في الماضي من فشل وعدم قدرة على المواجهة سوف يستمر معه في المستقبل، ثم يشعر باليأس والسلبية والبلادة وإنخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والإكتئاب فتعرض الفرد لحالة العجز يجعل سلوكه غير تكيفي.

عوامل ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائص الشخصية والتي على أساسها يتحدد نوع الإستجابة التي تصدر عنه أراء الأحداث الضاغطة. (عبيد، 2008، ص131-132)

- نظرية أو نموذج لازاروس وفولكمان:

يرى كل من لازاروس وفولكمان أن استعمال الفرد لأساليب المواجهة الغير فعالة أشياء تعرضه لحدث ضاغط يوقعه في معاناة فأساليب المواجهة للضغوط تتحدد من تقييم الفرد للموقف فعندما يواجه الفرد موقف ويتم تقييمه على أنه ضار أو مهدد فهذا ينشأ الضغط، ويركز هذا النموذج على دور العوامل المعرفية في تفسير الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد، وتحدث عادة الضغوط عندما تفوق المطالب البيئية قدرات الفرد على المواجهة ويعرف لازاروس

(lazarus1984-1966) الضغط بأنه الاستجابة غير المحددة للجسم تجاه أي وظيفة تتطلب

منه ذلك سواء كانت سببا أو نتيجة لظروف مؤلمة أو غير سارة

(الغريير أبو سعد، 2009، ص24)

ويرى لازاروس أن التفاعل بين الفرد والبيئة يعتمد على عمليتين: وهي التقييم الأولى والتقييم الثانوي.

- **عملية التقييم الأولى:** في هذه المرحلة يتم تحديد معنى الأحداث إذ أنها قد تدرك على أساس أنها تقود إلى نتائج إيجابية أم سلبية أو محايدة وتكون سلبية بناء على ما يمكن أن تسببه من أذى، تهديد أو تحدي يتجاوز إمكانيات الفرد.
- **عملية التقييم الثانوية:** تبدأ عملية التقييم الثانوي للموقف في الوقت الذي يتم فيه التقييم الأولى للأحداث ويتم في هذه المرحلة إجراء تقييم للإمكانيات والمصادر التي يملكها الفرد للتعامل مع الحدث وما إذ كانت كافية لمواجهة الأذى، التهديد، التحدي، أو غير كافية، وتتسأ الخبرة الذاتية نتيجة التوازن بين التقييم الأولى والتقييم الثانوي وكلما كانت إمكانيات التعامل مع الموقف عالية فإن الضغط يكون أقل والعكس صحيح.
- كما أن العوامل البيئية الإجتماعية وخصائص شخصية الفرد، وخصائص الوضعية الضاغطة أهمية كبيرة في تحديد الإستجابة للضغط، وبهذا المعنى يتدخل الجانب البيولوجي والنفسي والإجتماعي في تحديد نوعية الإستجابة، وهذا النموذج تعدى المفهوم البسيط للضغط (مثير، إستجابة) إذ يبحث في جميع العوامل التي بمقدورها شرح التغيرات في التفاعل وبالتالي النظر إلى الضبط في منظور تفاعلي.

(شارف، 2011، ص24)

- نظرية سبيلبرجر Spielperger :

تعد نظرية سبيلبرجر في القلق مقدمة ضرورية لفهم نظريته في الضغوط حيث أنه قام بالربط بين القلق الحالة والضغط حيث يعتبر هذا الأخير ناتج عن ضاغط معين مسببا لحالة القلق كما ميز بين مفهوم الضغط stress ومفهوم التهديد threat فالضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة التهديد فتشير إلى التقدم والتفسير لموقف خاص على أنه خطير ومخيف. (الكردي، 2012، ص38-39)

وقد حدد (سبيلبرجر) مفهوم الضغط من خلال ثلاثة أبعاد، الأول مصدر الضغط، وهو يبدأ بمثير يحمل تهديد أو خطر ما نفسياً أو جسماً والثاني هي إدراك الفرد للمثير أو التهديد، أما الثالث فيشكل رد الفعل النفسي المرتبط بالتهديد، ومن هنا ترتبط شدة رد الفعل على شدة المثير، ومدى إدراك الفرد له ويرى أن تقييم موقف بأنه خطر يعتمد على مميزات المواقف وعلى خبرات الفرد الماضية خلال مواقف مشابهة، ولا يعتبر الموقف مهدد للفرد إلا إذا أدرك أنه يهدده، وبالتالي فإن إدراك تهديد المواقف والأحداث تختلف من فرد إلى آخر حسب مهاراته وخبراته في مواجهة المواقف الضاغطة، وفي حال إدراك الفرد لخطر موضوعي بأنه مهدد أو خطر فإنه سوف يشعر بزيادة في القلق وتحديد حالة القلق كاستجابة لذلك.

(أبو حبيب، 2010، ص36)

النظرية النفسية والاجتماعية المفسرة للضغوط :

يرى أصحاب النظرية السلوكية أن الضغط هو أحد مكونات الطبيعة لحياة الفرد أنه ينتج عن تفاعل الفرد مع البيئة ومن ثم لا يستطيع الفرد تجنبه، وأن الإستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد خلال الظروف الضاغطة تتأثر بطريقة إدراكه للموقف، فالإستجابات السلوكية الغير توافقية التي تصدر عن الفرد خلال الظروف الضاغطة تكون غير مفيدة في حل المشكلات والتغلب على الموقف بل أنها تؤدي إلى تفاقم الضغوط لديه، كما أن إستجابة الفرد الناتجة عن تعلمه إياها، كما أكدت على أن الفرد يتعلم سلوكيات والإستجابات للمطالب البيئية عادة من خلال الملاحظة والتقليد.

أما أصحاب النظرية الفينومولوجية يعتبر ماسلومن أبرز رواده حيث يرى أن الضغوط تنتج عندما يفشل الفرد في إشباع حاجاته الأولية وكذا النفسية، أما روجرز فقد رأى أن مفهوم الفرد عن ذاته يمر بأحد التغيرات التي تساهم في إحساس الفرد بالضغط فإذا كان إيجابياً فإنه يكون

أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغوط أما إذا كان مفهوم الذات سلبي فإنه يدرك الموقف على أنه تهديد وخطر ومن ثم يكون عرضة للقلق، الضغوط والضييق.

بينما النظرية المعرفية والذي يمثلها ألبرت أليس، أرون بيك فإنهما على أن العوامل المعرفية السلبية تلعب دورا كبيرا في نشأة الضغوط لدى الفرد، ويرى أن ضغوط لدى الفرد، ويرون أن الضغوط لدى الفرد والصعوبات الإنفعالية تبدأ عندما تكون طريقة إدراك الفرد للحدث مبالغ فيها وتفكيره غير منطقي إذ أن أنماط التفكير الخاطئة لديه تؤثر سلبا على مشاعره وسلوكه.

أما النظرية البيئشخصية فيرى أن الضغوط النفسية كسلوك غير توافقي تنشأ من العلاقات الإجتماعية المختلفة وظيفيا، أي أنها تحدث عندما يكون هناك إضطراب في أنماط العلاقات البيئشخصية كما هو الحال في الصراعات الزوجية والتوتر في العلاقات بين أفراد الأسرة ومع الآخرين.

وبالنسبة النظرية الإيكولوجية والإجتماعية يرى أن الضغوط وأساليب مواجهتها تحدث وتتحدد في إطار السياق الإجتماعي الذي يحيا فيه الفرد فالأحداث والظروف البيئية يمكن أن تكون مصدرا للضغوط كالحروب والكوارث الطبيعية، الفقر والعنصرية والبطالة والجريمة... إلخ و إستجابات الأفراد نحوها تختلف باختلاف الأفراد وظروف المجتمع.

3-3-3 أسباب الضغط:

عند النظر إلى العلاقة التي تربط الفرد بمجتمعه فإنه يمكن لنا حينئذ ترتيب مصادر الضغط النفسي بطريقة شمولية وواقعية كما يلي:

• المصادر الخارجية للضغوط النفسية:

- الضغوط الأسرية الصراعات العائلية: كثرة المجادلات، الانفصال، الطلاق، الأولاد.

- ضغوط العمل

- الضغوط المالية والإقتصادية: مثل إنخفاض الدخل وإرتفاع المصاريف المالية.
- الضغوط إجتماعية: تنقسم حسب تعدد العلاقات الإجتماعية فالفرد إن كان متزوجاً أو غير متزوج، كذلك الوضع البيئي والأسري العام والخاص، وهذه المتغيرات تكون ضمن العامل الإجتماعي فهي تترك ردود أفعال معينة على شكل ضغوط نفسية لدى الفرد وإن إختلفت مصادرها وتباينت تأثيراتها.
- الضغوط الصحية والفسولوجية: مثل التغيرات الفسيولوجية والكيميائية التي تحدث في الجسم ومهاجمة الجراثيم وإختلاف النظام الغذائي.
- الضغوط المتغيرات الطبيعية: مثل الكورث الطبيعية كالزلازل والأعاصير وغيرها.

(عبيد، 2008، ص30)

- الضغوط الداخلية للضغوط النفسية: مثل الطموح المبالغ فيه، الأعضاء الحيوية والتهيو النفسي لقبول المرض، ضعف المقاومة الداخلية، الشخصية. (عبيد، 2008، ص31)

3-3-4 أعراض الضغط:

وتصنف الأعراض الناتجة عن الضغوط كالتالي:

- أ- أعراض فسيولوجية: يؤثر الضغط سلبا على النواحي الفسيولوجية للفرد ويظهر التأثير كالاتي :

- إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وإرتفاع

ضغط الدم وزيادة نسبة السكر فيه، وإضطرابات الأوعية الدموية.

(piero loo,2003,p3)

- إرتفاع مستوى الكولسترول في الدم مما قد يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية،
جفاف الفم. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006)

ب- الأعراض الجسدية:

العرق الزائد، التوتر العالي، الصداع بأنواعه، ألم في العضلات وخاصة الرقبة والأكتاف وعدم
الإنظام في نوم (أرق، نوم الزائد، الإستيقاظ المبكر غير العادة) إحتكاك الأسنان، الإمساك،
ألام الظهر والخاصة الجزء السفلي، الإسهال، إتهاب الجلد، طفح جلدي، عسر الهضم، التغير
في الشهية، التعب.

ت- الأعراض الإنفعالية:

سرعة الإنفعال، تقلب المزاج العصبية، سرعة الغضب، العدوانية واللجوء إلى العنف، الإكتئاب
،سرعة البكاء.

ث- الأعراض المعرفية:

النسيان صعوبة في التركيز وإتخاذ القرار، إضطراب في التفكير، ذاكرة ضعيفة أو صعوبة في
إستوعاب الأحداث، إستحواذ فكرة واحدة على الفرد، إنخفاض في الإنتاج، إنجاز المهام بدرجة
عالية من التحفظ، تزايد عدد الأخطاء وإصدار أحكام غير صائبة.

ج- أعراض خاصة بالعلاقات الشخصية:

عدم الثقة غير المبررة بالآخرين، لوم الغير، نسيان المواعيد، او إلغائها قبل فترة وجيزة، تصيد
أخطاء الآخرين، التهكم والسخرية، تبني سلوك أو إتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين.

(عسكر، 2009، ص45)

3-3-5 علاج الضغط

- علاج الأعراض المرضية للضغط: يتم استخدام العقاقير الكيميائية النفسية مثل: مضادات الإكتئاب والقلق، التي تخفف أعراض القلق والتوتر وتساعد على النوم.
- العلاج النفسي للضغط النفسي: يقصد بالعلاج النفسي كل مجهود فردي أو جماعي يهدف إلى تخفيف ألام ومعاناة وإضطرابات النفسية، والتي تهدف كلها إلى علاج المريض نفسياً بطرق تتفق مع نظرياتها.
- العلاج النفسي التحليلي: يساعد هذا أسلوب على كشف الصراعات والإحباطات الداخلية أو الرغبات والنزعات المكبوتة والتي تنتج عنها ضغوط نفسية داخلية .
- العلاج السلوكي -المعرفي: تخفيف شد التوتر بالتدريب على الإسترخاء والتأمل واليوغا، كما يمكن معالجة الأفكار السلبية التي تنتج عنها الأعراض من خلال ترتيب المريض على السيطرة والتحكم في حالات الإنفعال.
- العلاج المعرفي: يركز على ضرورة تحديد الشخص لمصادر الضغط لديه من أجل وضع إستراتيجيات الملائمة للتحكم فيها وإزالتها. (عقون، 2011، ص84)

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق له في هذا الفصل إتضح أن الألم النفسي هو حالة نفسية إنفعالية غير سارة عادة ما تكون ناجمة عن عدة عوامل نفسية إجتماعية وصحية كمرض القصور الكلوي المزمن.

الفصل الثالث: إستراتيجيات المواجهة

الفصل الثالث: إستراتيجيات المواجهة

تمهيد

- 1- تعريف إستراتيجيات المواجهة.
- 2- تطور مصطلح المواجهة.
- 3- خصائص إستراتيجيات المواجهة.
- 4- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة.
- 5- تصنيف إستراتيجيات المواجهة.
- 6- محددات إستراتيجيات المواجهة.
- 7- مميزات إستراتيجيات المواجهة.
- 8- العوامل المؤثرة في تحديد إستراتيجيات المواجهة.
- 9- فعالية إستراتيجيات المواجهة.
- 10- أهداف إستراتيجيات المواجهة.
- 11- طرق قياس إستراتيجيات المواجهة.

خلاصة

تمهيد :

يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف والظروف والخبرات الضاغطة ومن ثم يحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة تبعد الخطر عنه وتجعله في حالة من التوازن، لذا فإن الإستجابة للضغوط وإنتباع الأساليب وإستراتيجيات المواجهة معينة هي التي تحد لمواقف الضاغط على الأفراد، وتختلف إستراتيجيات المواجهة تبعا لإختلاف خصائص الشخصية وطبيعة الموقف نفسه، وذلك تبعا لنوع مصادر المواقف الضاغطة سواء كانت داخلية أو خارجية، فهناك شخص يتعامل مع الموقف الضاغط بمرونة وأخر يتعامل بقوة وإندفاعية، وسوف نتناول في هذا الفصل على مفهوم إستراتيجيات المواجهة، خصائص إستراتيجيات المواجهة والنظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة ثم تصنيفها من طرف الباحثين ومحدداتها ومميزاتها. والعوامل المؤثرة في تحديدها لدى الفرد و فعاليتها وأهدافها وفي الأخير سنتطرق إلى طرق قياس إستراتيجيات المواجهة.

1-تعريف إستراتيجيات المواجهة:

- يعرفها ليمان2006Litman: إستراتيجيات المواجهة على أنها الطرق والأساليب المعرفية والسلوكية المتنوعة التي يستخدمها الأفراد لإدارة الضغوطات التي يواجهونها في حياتهم اليومية لتخفيف من أثارها عليهم. (وفاء مزلق ،2014، ص 113)
- يعرفهاالإمارة: بأنها المحاولة التي يبذلها الفرد لإعادة الإلتزان النفسي والتكيف للأحداث التي أدرك تهديداتها الآنية والمستقبلية . (وردة سلمان ،2017، ص22)
- يعرف كل من لازاروس وفولكمانLazarus&folkman (1984) إستراتيجيات المواجهة على أنها مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار ،والتي تهدف إلى السيطرة، أو التخفيف، أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد. (Fischer ,Tarquinio ,2006 ,p117)
- أما ستيبوتوSteptoe (1991) يعرف إستراتيجيات المواجهة على أنها إستجابات يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة ،وقد تكون ذات طبيعة معرفية أو إنفعالية ،أو تحويل في الخيال وضعية خطيرة إلى منفعة شخصية، كما يمكن أن تأخذ أشكالاً سلوكية مباشرة أكثر كالمواجهة الصريحة للمشكل ،تبني سلوك التجنب ،أو البحث عن المساعدة الإجتماعية . (Schweitzer ,Dontzer ,2003 ,p100)

- يعرفها رأي وآخرون: بأنها إستراتيجيات تشير إلى الطريقة المستعملة للتوافق مع الوضعيات الصعبة، ويتضمن هذا المفهوم تواجد مشكل حقيقي أو خيالي، ومن جهة أخرى الإستجابة لهذا الحدث الضاغط . (وليدة مرزاقا، 2008، ص61)
 - يعرفها كل من موس وهولهان **Moos & Holohan**: على أنها الجهود التي تعمل على تحمل التهديد الذي يؤدي إلى الضغوط أو إلى ضبطها أو تقليلها. (قاسم، 2004، ص04)
 - ويعرفها كل من شيش وشرودر: (1986-1990): بأنها تشمل على عمليات معرفية وخبرائية وسلوكية وفيزيولوجية وغددية ومناعية، نفسية، عصبية، ترتبط مع المحيط الإجتماعي للشخص المعني في علاقة نشطة متبادلة. (عزوز أسهمان، 2008، ص28)
- نستنتج من كل التعاريف السابقة أن إستراتيجيات المواجهة هي الأساليب التي يتبناها الفرد في مواجهة موقف ضاغط (داخلي أو خارجي) مدرك له ، بهدف السيطرة على الموقف من جهة، وتخفيض المشاعر السلبية الناتجة عنه من جهة أخرى ،وتختلف الإستراتيجيات وتتنوع من حيث طبيعتها وهي تتغير من موقف لأخر وهي غير ثابتة .

2-تطور مفهوم المواجهة:

يعتبر مصطلح المواجهة وليد ميكانيزمات الدفاع ،طور من طرف تيار التحليل النفسي مع بوادر في القرن التاسع عشر، فإستخدم في عدة مجالات كالبيولوجيا وعلم النفس الحيواني ،وبرز بصفة خاصة في نظرية النشوء والإرتقاء لداروين. (وداد رالي، 2015، ص122)

ظهر مفهوم الدفاع في أواخر القرن التاسع عشر بالتزامن مع تطور مفاهيم التحليل النفسي وعلم النفس الديناميكي، حيث أقر فرويد بوجود عدة ميكانيزمات يستخدمها الفرد من أجل تغيير الواقع كتبديل أو إنكار حقائق غير مرغوبة و من ثم ارتبط مفهوم الدفاع بمفهوم الكبت فأصبح يستخدم هذا الأخير ليشير إلى كفاح الأنا ضد الأفكار والمثيرات التي يجد الفرد صعوبة في التأقلم معها ،وفي سنوات الستينات والسبعينات خلصت الدراسات المهمة بميكانيزمات الدفاع إلى استخدام مفهوم المواجهة ليشير إلى ميكانيزمات الدفاع الأكثر تكيفا كالإعلاء والتسامي وبعد ذلك في سنة 1979 حضي هذا المصطلح بدراسة أعمق من طرف قروير greer من خلال الأبحاث التي قام بها هو ومعاونيه فإستخلص أن هناك تفاعل بين ميكانيزمات الدفاع الكلاسيكية والمواجهة، ومن ثم أصبح مستقلا عن آليات الدفاع لوجود عدة نقاط إختلاف من بينها:

أن آليات الدفاع اللاشعورية مرتبطة بصراع نفسي داخلي وبأحداث قديمة في حياة الفرد تشوه غالبا الحقيقة،هدفها هو خفض شدة التوتر ،بينما أساليب المواجهة فهي شعورية تختلف من موقف إلى آخر موجهة نحو الواقع الداخلي والخارجي ،هدفها التكيف وخفض التوتر من أجل

التحكم في الوضعية الضاغطة أما عن المواجهة والتكيف فهما على صلة، ذلك لأن المواجهة أخذت كينوناتها من نظريات التكيف والإرتقاء، فإمتلاك الفرد لمجموعة من ردود الأفعال الفطرية والمكتسبة الهادفة إلى حفظ البقاء (هجوم، هروب) تنطوي على ميكانيزمات التكيف مما جعل الكثيرين يعتبرون أن المواجهة والضغط هما عنصران ينتميان ضمناً إلى سيرورة التكيف المستخدمة لمواجهة صعوبات الحياة، ولكن إستنتاج لازاروس وفولكمان 1984 أكد على مدى إختلاف المفهومين، إذ إعتبر أن مفهوم التكيف واسع يشمل علوماً مختلفة كعلم النفس والبيولوجيا وكذا ردود أفعال العضويات الحية في تجاوبها مع ظروف البيئة على عكس المواجهة مفهوم محدد يشير إلى مختلف إستجابات التوافق ويحصر منها كل ردود الأفعال الناتجة عن إدراك الفرد لخطر معين.

(وداد والي، 2015، ص123)

3- خصائص إستراتيجيات المواجهة:**- حسب لازاروس وفولكمان تتمثل خصائص المواجهة في:**

- المواجهة عملية وليست سمة، فالعلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة ودينامية .
- المواجهة تتحدد من خلال نتائجها وليس من الإفتراضيات القبلية التي تشكلها (توافقية، غير توافقية)، أي أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناءا على نتائجها.
- هناك إختلاف بين المواجهة والسلوك التوافقي التلقائي.
- عملية المواجهة هي نوعية وموقفية وليست عامة. (وفاء، 2014، ص121)

4- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة:

4-1 النموذج البيولوجي: حسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر على الإستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة لمواجهة أي تهديد حيوي وقد أشار cemon 1932 إلى المفهوم إستجابة المواجهة أو الهروب التي قد يسلكها الكائن الحي حيال تعرضه للمواقف المهددة في البيئة وهي الإستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الإستشارة الفيزيولوجية والتي من خلالها يخفض تأثير المثيرات الضاغطة مثلا هروب الدب من الأسد تجنباً أن يفترسه أن هذا الأسلوب يكون ملائم العديد من المواقف التي يتعرض لها الفرد لأنه لا يجسد العنصر الإنفعالي أو المعرفي في الإستجابة للمواقف أي أن يلجأ غلى نوعين من الميكانيزمات التكيفية:

- ميكانيزم الهروب (التجنب): في حالة الخوف والفرع .

- ميكانيزم الهجوم: في حالة الغضب.

إذن رد فعل الكائن تجاه المواقف المهددة يقوم الجسم للإستجابة إما بالمشاهدة أو بالبحث عن إستراتيجية إنسحاب ملائمة ، وذلك لأن العضوية خلقة مهيأة لمواجهة التحديات إما بالتحفيز أو التوقف.

(زينب محمود شقير، 1998، ص 133)

4-2 النموذج السلوكي:

جاء باندورا 1978 بمصطلح "الحتمية التبادلية" والذي يربط العلاقة بين السلوك والفرد والبيئة إذ تتفاعل هذه العناصر الثلاثة وتتأثر ببعضها، إذ أن الإستجابة السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال المواقف الضاغطة تؤثر على مشاعره كلما أن سلوكه يتأثر بطريقة إدراكه للموقف الضاغط وعندما تكون إستجابته غير واقعية حيال الموقف الضاغط يؤدي إلى تقاوم الضغط لديه ، ويشير باندورا إلى أن قدرة الفرد في التغلب على المواقف الضاغطة يرجع إلى درجة فعالية الذات لديه والتي تتميز بمدى واسع من السلوكيات التكيفية المتعلقة كما أن درجة فعالية الذات تتوقف على البيئة الإجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل مع المواقف الضاغطة فعندما يدرك الفرد انه يستطيع مواجهة الأحداث الصعبة فلن يعاني من التوتر والقلق بالتالي جعل الموقف الضاغط أقل تهديدا.

أما تقييم الموقف فيتم من خلال نوعين من التوقعات:

- توقع النتيجة: تقييم الفرد لسلوكه الشخصي الذي يؤدي إلى نتيجة معينة .
- توقع الفعالية: إعتقاد الشخص وقناعته بأن يستطيع تنفيذ السلوك الذي يؤدي إلى نتيجة إيجابية. (طه عبد العظيم، 2006، ص 63،64)

3-4 النموذج التفاعلي: ارتبط هذا النموذج بأعمال وبحوث كل من لازاروس وفولكمان 1984، وقد جاء كرد فعل على المدخل السيكودينامي الذي إستمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي حيث أكد هذا الإتجاه بأن الفرد يتمكن من حل مشاكله كلما كانت ميكانيزمات التكيف مع البيئة عقلانية وشعورية بدل أن تكون لا شعورية ولا إرادية .

أكدت هذه النظرية أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة التفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب المصادر الشخصية لديه، حيث تمثل عملية المعرفية مفهوما مركزيا في هذه النظرية. (طه عبد العظيم، 2006، ص 89)

ففي عملية المواجهة يستخدم الفرد ثلاثة أنواع من التقييم هي:

- التقييم الأولي: فيه يقيم الفرد الموقف من حيث هو مهدد أولا.
- التقييم الثانوي: فيه يحدث خيارات المواجهة والمصادر المتاحة لديه التعامل مع الموقف.

- إعادة التقييم: فيه يقوم الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط نتيجة
- حصوله على المعلومات جديدة تخص الموقف الضاغط.

(شيلي تايلور، 2008، ص 349-348)

كما أن ميتشينووم 1982 قال أن المواجهة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد حيث أنه في مواجهة المواقف التي يقيمها الفرد على أنها ضاغطة يقوم الفرد باختيار الأسلوب المناسب في مواجهة الموقف (ملاحظة الذات ،تحديد الأهداف، الحديث الإيجابي) وبذلك يستطيع الفرد أن يحصن نفسه من الضغط وهذا ما أطلق عليه ميتشينووم بالتدريب التحصني من الضغط أي أن الفرد يواجه الأحداث الضاغطة و هو يحمل خطة واضحة في دماغه قبل أن تصبح الخبرات الضاغطة يصعب السيطرة عليها. (شيلي تايلور ، 2008 ،ص 468)

كما يشير كالت 1993 إلأن قدرة الفرد على التحكم في المواقف الضاغطة ترجع إلى إعادة التقييم الإيجابي لقدراته وإمكانياته ،وأن الأفراد الذين يفشلون في مواجهة الضغوط تكون لديهم إعادة تقييم معرفي سلبي على مواجهة الضغط .

وأشار لازاروس إلى أنه لا يوجد إجماع على أن هناك استراتيجيات فعالة وأخرى غير فعالة ،بل أن نجاح المواجهة يعتمد على مدى تلاؤم الإستراتيجية المفضلة لدى الفرد وبين الظروف والعوامل الموقفية . (طه عبد العظيم ، 2006 ،ص ص 89- 90)

5- تصنيفات استراتيجيات المواجهة: لقد تعددت طرق تصنيف استراتيجيات المواجهة

باختلاف

الإمكانيات التي تتوفر لدى الفرد في مواجهة الأحداث في الحياة وسنحاول أن نذكر أهم

التصنيفات شيوعاً:

5-1 تصنيف لازاروس وفولكمان (folkman et lazarus) 1984):

فلقد حصر هذا التصنيف إلى قسمين هما:

أ- استراتيجيات المواجهة التي تركز حول المشكلة: وهي عبارة عن الجهود التي

يبدلها الفرد لتعديل العلاقة الفعالة بينه وبين البيئة ولهذا إن الشخص الذي يستخدم

هذه الأساليب نجده يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته

،فهو يحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن

الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغير الموقف حيث أن استراتيجيات المواجهة

التي تركز على المشكلة تهدف إلى البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو

المشكلة أو طلب النصيحة من الآخرين وإدارة المشكلة والقيام بأفعال لخفض

الضغط عن طريق تغيير الموقف مباشرة.

ب- استراتيجيات المواجهة التي تركز على الإنفعال: وهي تشير إلى الجهود التي

يبدلها الفرد لتنظيم الإنفعالات وخفض المشقة والضيق الإنفعالي الذي يسببه الحدث

أو الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة وتتضمن هذه الأساليب الإبتعاد وتجنب التفكير عن الضغوط والإنكار.

وتهدف هذه الإستراتيجيات إلى تنظيم الإنفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد. (طه عبد العظيم، 2006، ص 91-92)

5-2 تصنيف طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين:

يصنفها إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهي:

- التخطيط والسعي نحو حل المشكل في مقابل الإنكار والهروب من المشكل.
 - المساندة الإجتماعية في مقابل المواجهة الدينية .
 - أساليب المواجهة على المستوى المعرفي في مقابل أساليب المواجهة الإنفعالية.
- (طه عبد العظيم، 2008، ص 107)

5-3 تصنيف بيلجنس وموس 1981 Moos et Biligs:

استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى استراتيجيات مواجهة إقدامية وأخرى إجمالية يرى أن الإستراتيجيات الأقدمية تتضمن القيام بمحاولات سلوكية وذلك بهدف حل المشكلة بشكل مباشر أما استراتيجيات المواجهة الأحجامية فهي تتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف الإنكار أو التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف والقيام بمحاولات سلوكية

لتجنب التحدي مع المواقف الضاغطة وأن استراتيجيات الأحجامية تتكون من استراتيجيات مثل الإنكار، الكبت، القمع، التقبل، الإستسلام.

1-3-5 الأساليب الأقدمية: تشمل التحليل المنطقي للموقف الضاغط ونتائجه وإعادة التقييم الإيجابي للموقف أي إعادة بناء الموقف المعرفي بطريقة إيجابية البحث عن المعلومات والمساندة من الآخرين أسلوب حل المشكلة.

2-3-5 الأساليب الأحجامية: تتضمن تجنب التفكير الواقعي في المشكلة تقبل المشكلة، الإستسلام لها، التنفس الإنفعالي لخفض التوتر والإنفعالات السلبية المصاح للمواقف الضاغطة. (طه، 2006، ص، 94-95)

4-5 تصنيف كوهن ويصنف إستراتيجيات المواجهة إلى عدة أبعاد:

1-4-5 التفكير العقلاني: وهي أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ الفرد مصادر الضغط واسبابهم.

2-4-5 التخيل: ومن خلالها يتخيل الفرد المواقف الضاغطة التي واجهته كما يتجه بها إلى التفكير في المستقبل عند مواجهة هذه المواقف.

3-4-5 الإنكار: والذي من خلاله يسعى الفرد لإنكار المواقف الضاغطة بالتجاهل.

4-4-5 حل المشكلة: وهي نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى إستخدام حلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

5-4-5 الفكاهة: وهي التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح والداعية وبالتالي التغلب عليها وقهرها.

5-4-6 الرجوع إلى الدين: وتشير إلى رجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط وذلك بالإكثار من العبادات. (جبالي صباح، 2012، ص95)

5-5 تصنيف سيشير وآخرون 1986 :

حدد أساليب وإستراتيجيات التعامل مع الضغوط في عدة أنواع هي:

5-5-1 الإنكسار: رفض الفرد الإعتقاد بحدوث الموقف الضاغط .

5-5-2 التعامل الموجه نحو المشكلة: يقوم الفرد بوضع خطة معينة وأن يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث والموقف الضاغط.

5-5-3 نوم الذات: حيث يرى الفرد أنه المسؤول عن تعرضه للموقف الضاغط .

5-5-4 التقبل والإستسلام: ويشير إلى تقبل الفرد للموقف وذلك نظرا لعجزه وإنعدام الحياة لديه أو نتيجة لرفضه القيام بأي شيء إتجاه الموقف.

5-5-5 إعادة التغيير للموقف: كأن يحاول الفرد إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس.

5-5-6 الهروب من خلال التخيل: أي الركون في أحلام اليقظة.

5-5-7 المساندة الإجتماعية: تشير إلى سعي الفرد نحو الآخرين لطلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة والحصول على المساعدة منه. (طه، 2006، ص104)

6-محددات إستراتيجيات المواجهة:

تتأثر سيرورات التقييم للعلاقات فرد محيط بالخصائص الشخصية (موارد شخصية) والمتغيرات المحيطة (متغيرات الوضعية) ،هذا ما يفسر لماذا يضع نفس الحدث كتهديد بالنسبة للفرد وكتحدي بالنسبة لآخر. (paulhan,1992 ,p549)

وتتمثل الخصائص الشخصية في التالي:

- **المعتقدات:** كالمعتقدات الدينية (يلبس الحدث معنى إختبار أو بلاء مفروض من الله وعلينا تقبله)، أو أيضا معتقدات الفرد حول قدرته على التحكم في الأحداث والتي أطلق عليها روتر إسم مركز الضبط الداخلي، حيث نجد أن الأشخاص ذوى مركز الضبط الداخلي يستعملون إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة بكثرة .
- **التحصيل الشديد:** يشير إلى السيطرة الشخصية للأحداث الضاغطة في الحياة والأشخاص الذين يتسمون بالتحمل الشديد، الصلابة، يعتقدون أن بإمكانهم التأثير أو معالجة المشكلات بدلا من الإحساس بالعجز أمامها ،كما أنهم يدركون الأحداث المختلفة كفرصة للتطور الشخصي،ولديهم قدرة على تحمل الضغوط السيكوإجتماعية أكثر من الغير.

- **القلق كسمة:** وهو مركب ثابت في الشخصية ،وهي ميل للقلق ،أي ميل عام لإدراك الوضعيات كوضعيات مهددة، فالأشخاص الذين لديهم سمة قلق ضعيفة ،يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أقل تهديد ، ولديهم تنبؤ كبير بالتحكم مقارنة بالأشخاص ذوي سمة قلق عالية. (Schweitzer ,Dontzer,2003 ,p107-108)

- أما الخصائص الوضعية أي المحيطة فهي:

- **مميزات الوضعية:** وتشمل طبيعة الضرر أو التهديد ،وإذا كان الحادث الذي يتعرض الشخص مألوفاً له أو جديداً عليه،وما هي إحتتمالات حدوثه ،والوقت المتوقع فيه وإلى أي درجة من الوضوح والغموض تبدو النتيجة المتوقعة.

(السيد عبد الرحمن ،2000 ،ص310)

- وتستعمل إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال في الوضعيات المقدره على أنها غير قابلة للتحكم في حين أن إستراتيجيات المواجهة حول المشكل تستعمل في الوضعيات القابلة للتغير والتطور. (Schweitzer ,Dontzer,2003 ,p108)

- **الموارد الإجتماعية:** ويطلق عليها "المساندة الإجتماعية" وهي توفر المحيط العائلي، العملي والأصدقاء،أمام الصعوبات التي يصادفها الفرد ،وقد حلت الأعمال على أن مستوى ضعيف من المساندة في حياة الفرد هو عامل إنجراح، في حين أن مستوى مرتفع من المساندة الإجتماعية يرفع من التحكم المدرك ويقلل أثار الضغط ويجعل الفرد

قادرا على المواجهة.

(Schweitzer ,Dontzer,2003 ,p109)

7-مميزات إستراتيجيات المواجهة: تتميز المواجهة بعدة مميزات وأهمها ما يلي:

- المواجهة عملية معقدة: ويستعمل الأفراد أغلب إستراتيجيات المواجهة الأساسية إتجاه الوضعية الضاغطة.

- المواجهة ترتبط بتقدير وتقييم كل ما يمكن القيام به : لتغير الموقف إذا يبين التقييم أن هناك شيء يمكن القيام به هنا للسيطرة على المواقف فتركز المواجهة على الشكل أما إذا أسفر التقييم أنه ليس هناك شيء يمكن القيام به فهنا تركز المواجهة على الإنفعال.

- عندما يكون الموقف الضاغط من نوع ثابت كالصحة أو العائلة: يظهر أن للرجال أو النساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا، إن فائدة أي نوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع من المواقف الضاغطة ونمط الشخصية المعرفية للضغط، الصحة الجسدية، الصبغة الاجتماعية، والوجود الذاتي. (مجلة علم النفس، 2000، العدد 56)

8-العوامل المؤثرة في تحديد إستراتيجيات المواجهة:

هناك عوامل عدة تؤثر في إختيار إستراتيجيات المواجهة ،والتي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد كمنط الشخصية ،مركز الضبط ،فعالية الذات ،الصلابة النفسية وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته،وتسهم إلى حد بعيد في تحديد إستراتيجيات المواجهة:

أولا : العوامل الشخصية: تتضمن العمر والجنس ،الأوضاع الإقتصادية والإجتماعية والجماعات الفلسفية والدينية التي ينتمي إليها الفرد، والخبرات السابقة مع مواقف الضغط وأساليب مواجهتها،حيث تقيد هذه العوامل في تحديد الموقف الضاغط ،كما تساعده في إيجاد حل لمواجهتها. (أمل العنزي ،2004 ،ص62)

• **الجنس:** بالنسبة لمتغير الجنس فتشير الدراسات إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مرحلة ما قبل البلوغ في الإستجابة لمواقف الضغط بشكل عام ،وتبدو إستجاباتهم لمواقف الضغط النفسي وكأنها تحدث في الإتجاه نفسه ،وأشار دون **dunn** إلى أن الأولاد يميلون للإنسحاب أكثر من الإناث فيما لا تتأثر بأقية السلوكيات بإختلاف الجنس. (أمل العنزي ،2004 ،ص62)

أما بالنسبة للراشدين فقد وجد أن كل من موس وبيلينغ **Moss et Billing** أن هناك فروق بين النساء والرجال في أساليب مواجهتهم للضغوط ،وأن النساء أكثر عرضة من الرجال للضغوط البيئية وأنهن يمتلكن القليل من المصادر الإجتماعية المساعدة والرجال

أقل إستخداما لأسلوب المواجهة الإنفعالية والهروب، وأما النساء فهن يستخدمن أساليب مواجهة أقل عددا من تلك التي يستخدمها الرجال.

أما دراسة كل من ستون و نيل 1948 stone et neole فأشارت إلى أن الرجال يفضلون أساليب مواجهة مباشرة بينما تستخدم النساء أساليب مواجهة تعتمد على الدين والإسترخاء والبحث عن المساندة الإجتماعية. (أمل العنزي، 2004، ص62)

● **مركز التحكم:** يشير هذا المفهوم إلى كيفية إدراك الفرد لمواجهات الأحداث في حياته أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة في بيئة، فالأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي يربطون إنجازاتهم وإخفاقاتهم إلى جهودهم الشخصية ويعتقدون أن لديهم القدرة على التحكم في الأفراد ذوي مركز تحكم خارجي يربطون انجازاتهم واخفاقهم بالحظ والصدفة وقوة الآخرين ولديهم مستوى مرتفع من الإكتئاب ومستوى منخفض من الرضا عن الحياة. (ع. طه، و.ع. سلامة، 2006، ص124)

الفرد الذي يعتقد أنه يستطيع التحكم بالأحداث والسيطرة عليها بدرجة كبيرة هو الأكثر تحملا للتهديدات والضغوط التي يتعرض لها في حياته، من ذلك الشخص الذي لا يعتقد بأنه يستطيع التحكم بمراكز الأحداث، ويغزي ذلك الفشل إلى مؤثرات خارجية كالحظ أو الصدفة أو القدر أو الفرصة، لذا فهو أقل تحملا للضغوط .

(وفاء مزلق، 2014، ص182)

ويذكر لازاروس Lazarus 1966 أنه كلما إزدادت درجة إدراك الفرد لذاتها ،وبأنه قادر على التحكم بالمواقف قلت درجة تعرضه للضغوط النفسية والعكس صحيح .

(وفاء مزلق ،2014، ص182)

- **تقدير الذات:** يعتبر تقدير الذات مؤشرا هاما في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع المواقف الضاغطة ،فإدراك ورؤية الذات بطريقة إيجابية تمثل مصدرا نفسيا هاما في عملية المواجهة للمواقف الضاغطة التي تواجه الفرد وقد كشفت نتائج دراسة شان chan 1993 أن الأفراد ذو تقدير الذات المرتفع يستخدمون إستراتيجيات المواجهة التي تركز على الإنفعال كالإنكار، الميل إلى الإنسحاب، تعاطي العقاقير، المخدرات، التدخين.

(ع. طه ،و ع.سلامة ،2006، ص126)

ثانيا : العوامل الموقفية:

حدد كل من سمير وريس سنة 1980 أربعة أنماط من المواقف التي يمكن أن ترتبط بالضغط وتؤثر فيه وهي:

- (1) البيولوجية مثل المرض أو الموت.
- (2) الشخصية مثل الزواج.
- (3) البيئة الفيزيولوجية مثل الكوارث الطبيعية والإنفجارات.

4) الإجتماعية الثقافية مثل القيود التي يفرضها المجتمع من خلال العادات والعرف والتقاليد وعندما لا يستطيع الفرد تغير الحدث أو إثارة، فإنه يقوم عادة بمحاولة تغيير معنى الموقف بالنسبة له، وكذلك تغيير مشاعره نحو الحدث.

(أمل العنزي، 2004، ص63)

9-فعالية إستراتيجيات المواجهة:

لقد توصلت الكثير من الدراسات إلى وجود علاقة دالة بين الضغط و المرض و دور إستراتيجيات المواجهة مع الضغط كامل وسيط بينهما حسب لا زاروس و فولكمان 1984 فإن المواجهة تؤثر على الصحة الجسدية على نحو ثلاث أشكال:

- إن المواجهة يمكنها أن تؤثر في شدة و مدة الإستجابات الفيزيولوجية نبضات القلب، الضغط الشرياني، التوتر العضلي و العصبية الكيميائية المرتبطان بحالة ضغط و هذا في المواقف التالية:

- عدم استطاعة الفرد إتقان أو تحسين الظروف المحيطة الضاغطة بسبب وجود استراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكل أو عدم تلاومها.
- يمكن أن تؤثر مباشر وسلبا على الصحة ،كتزايد مخاطر الوفاة والمرض كاستعمال المفرط للمواد الضارة كالتدخين ،التبغ ...إلخ ،أو عندما تدفع إلى أعمال ذات مخاطر (السرعة أثناء السياقة).

- حيث يرى شيفمان ويلي أن المخدرات كسلوك مستقل تعتبر مواجهة سلبية.
- أشكال المواجهة المرتكزة على الإنفعال يمكنها أن تهدد الصحة الجسدية، وهذا لأنها تعيق سلوك متوافق كحالة الإنكار أو التجنب اللذان بإمكانهما أن يدفع الفرد إلى عدم إدراك أعراض المرض أو التأخر في طلب الإستشارة. (يوسف، 2000، ص90)
- **الصلابة النفسية:** صيغ هذا المصطلح لأول مرة على يد "سوزان كوباسا 1982" حينما أوضحت أن الأفراد الذين تتسم شخصيتهم بالصلابة يتميزون بمقدرة عالية على مقاومة النتائج السلبية والمؤلمة للضغوط، بسبب أسلوبهم في معالجة الحوادث المسببة للضغوط، كما أنهم يتقنون بقدرتهم على التأثير في مجرى حياتهم، أما الأفراد الذين يعانون من فقدان الصلابة فيتميزون بمستويات عالية من الإحساس بالضغوط النفسية، ويمكن أن يكونوا أكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب والأمراض المتصلة بالضغوط النفسية. (وفاء مزلق، 2014، ص186)
- يشير فريدينج 1996 وتايلور 1997 إلى أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على مقاييس الصلابة النفسية يقدرن المواقف الضاغطة بطريقة مرضية، ويستخدمون إستراتيجيات مواجهة أكثر فعالية مقارنة بالأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة في الصلابة النفسية. (حسين وسلامة، 2006، ص132)
- **الكفاءة الذاتية:** عرفها سامي محمد زيدان 2000 على أنها إدراك الفرد لقدراته على إنجاز السلوك المرغوب فيه بإتقان ورغبة في أداء الأعمال الصعبة، وتعلم الأشياء

الجديدة والإلتزام بالمبادئ حسن تعامله مع الآخرين، وحل ما يواجهه من مشكلات وإعتقاده على نفسه في تحقيق أهدافه بمثابرة وإصرار. (فيصل قريشي، 2011، ص94)

- أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها جرورزالم وشقريزر 1992 أن فعالية الذات العامة تعد مؤشرا هاما في التقييم المعرفي للمواقف التي يتعرض لها الفرد، وأن الأفراد ذوي فعالية الذات العامة المنخفضة يعانون الفشل في التعامل مع الضغوط ومن ثم يشعرون بالضغط، وذلك مقارنة بالأفراد ذوي فعالية الذات العامة المرتفعة، وهكذا تعتبر فعالية الذات من المصادر الشخصية التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط.

(ع.حسين و ع.سلامة، 2006، ص132)

- إن فاعلية الذات هي أحد الخصائص التي من شأنها أن تقي الفرد من وطأة التأثير السلبي للأحداث الضاغطة، ففعالية الذات كما تنطوي على الثقة بالنفس وإدراك التحكم وتقييم الفرد لمدى كفايته وفاعليته في مواجهة المواقف. (حسين، 2005، ص226)

10- أهداف إستراتيجيات المواجهة:

يرى لازاروس وفولكمان أن أساليب المواجهة تسعى لتحقيق هدفين أساسيين هما:

- **تنظيم الإنفعالات من خلال المواجهة المركزة على الإنفعال:** وهي ذات منحنى وتقليل أو تلطفي لأنها تتضمن جهودا لضبط أو للسيطرة على الإنفعالات المترتبة القلق والإكتئاب وتحليل أثارها النفسية والفسولوجية دون تغيير العلاقة الفعلية مع البيئة .

- السيطرة على المشكلة التي تسبب الضغط (المواجهة مركزة على المشكلة) : ويتم ذلك عن طريق السلوك الواقعي المباشر لضبط العلاقة المضطربة بين الشخص وبيئته عن طريق حل المشكلة وإتخاذ القرارات وهي منحى حل المشكلات كونها تهدف إلى تغيير العلاقة بين الفرد وبيئته. (Lazarus et Folikman ,1984,p141,153)

11- طرق قياس إستراتيجيات المواجهة:

تتعدد طرق إستراتيجيات المواجهة بتعدد تصنيفاتها ،و من أبرز المقاييس التي إستخدمت في قياسها:

1) قائمة المواجهة Ciss:

يتكون من 48 عبارة تتضمن ثلاث أبعاد لمواجهة الضغوط:

- إستراتيجيات متمركزة على المشكل.
- إستراتيجيات متمركزة على الإنفعال.
- إستراتيجيات متمركزة على التجنب.

2) مقياس WCC من طرف لازاروس وفولكمان 1988:

يتكون الإستبيان من 66 بند يقيس إستراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة ،يضم ثمانية أبعاد أساسية وهي:

- التحدي: الجهود العدائية في مواجهة المواقف الضاغطة.

- الإبتعاد: الإبتعاد عن الموقف للتقليل من أهميته.
- ضبط الذات: تنظيم الفرد لانفعالاته وسلوكياته.
- طلب المساعدة الإجتماعية: سعي الفرد للحصول على المساندة سواء كانت مادية، معرفية أو إجتماعي في أوقات الضغوط.
- تحمل المسؤولية: إدراك الفرد لدوره في المشكلة.
- الهروب: تجنب الموقف الضاغط.
- حل المشكلة: جهود يقوم بها الفرد لتحليل المشكلة.
- عادة التقييم الإيجابي: إعطاء معنى إيجابي.

(عبد العظيم، 2006، ص112)

3) قائمة المواجهة متعددة الأبعاد: (Multi dimensional):

أدهكافر وسيشير 1989 (caver et scheier) ويتكون من 53 مفردة أو عبارة موزعة على

13 بعدا أو إستراتيجية من إستراتيجيات المواجهة وهي:

- خمسة أبعاد تقيس جوانب مختلفة من إستراتيجيات المواجهة التي تتركز على المشكلة.
- خمسة أبعاد تقيس جوانب مختلفة من إستراتيجيات المواجهة التي تتركز على الإنفعال.
- ثلاثة أبعاد إستجابات المواجهة أقل فائدة وسلبية أما الأبعاد فهي على النحو التالي:

- المواجهة الفعالة، القمع للأنشطة التنافسية، التحول إلى الدين، التباعد العقلي، الإنكار، التخطيط، السعي نحو المساندة الإجتماعية، التقبل، التباعد السلوكي، التركيز على الإنفعالات تعاطي المخدرات والكحول، إعادة التفسير الإيجابي.

4) مقياس المواجهة Pawthan :

قام Pawthan وآخرون 1994 بتكييف النسخة المختصرة لـ (Vitaliano) و آخرون 1985 مع البيئة الفرنسية وكانت النتيجة الإبقاء على 29 بندا وتأخذ بنود الإختبار بعين الإعتبار محور عام للمواجهة يضم إستراتيجيات متمركزة حول الإنفعال وأخرى متمركزة حول المشكلة وتعكس بنود المقياس 05 مستويات للمواجهة:

- حل المشكلة.
- التجنب.
- البحث عن الدعم الإجتماعي.
- إعادة التقييم.
- التأنيب الذاتي.

(دعو وشنوفي، 2013، ص114-116)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه توصلنا إلى أن مفهوم استراتيجيات المواجهة ألقى اهتماما بالغا من قبل الباحثين، وذلك راجع لأهمية التي تحتلها استراتيجيات المواجهة وخاصة في عالمنا اليوم، حيث أصبح الأفراد يواجهون ظروف مواقف ضاغطة بشكل متزايد، فإن استراتيجيات المواجهة عبارة عن مجموعة من الجهود السلوكية والمعرفية التي يستعملها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة سواء كانت داخلية أو خارجية، فالفرد دائما يسعى إلى تحقيق التكيف مع هذه المواقف وذلك بلجوئه إلى استخدام أحد استراتيجيات المواجهة سواء كانت متمركزة حول المشكلة أو متمركزة حول الانفعال وتختلف استراتيجيات المواجهة المتبعة من فرد لآخر وهذا راجع إلى كيفية إدراك الفرد للموقف الضاغط، وقد اختلف العلماء بخصوص تصنيف وتحديد أهم أنواعها لأنها تختلف باختلاف الموقف الضاغط وكيفية تقييم الفرد له.

الفصل الرابع

الكلية والقصور الكلوي المزمن

الفصل الرابع : الكلية والقصور الكلوي المزمن

تمهيد

أولا : الكلية ووظائفها

1-1) تعريف الكلية.

2-1) تشريح الكلية.

3-1) وظائف الكلية.

ثانيا : القصور الكلوي المزمن.

1-2) تعريف القصور الكلوي المزمن.

2-2) أسباب القصور الكلوي المزمن.

3-2) أعراض القصور الكلوي المزمن.

4-2) تشخيص القصور الكلوي المزمن.

5-2) علاج القصور الكلوي المزمن.

6-2) مضاعفات القصور الكلوي المزمن.

7-2) الوقاية من القصور الكلوي المزمن.

خلاصة .

تمهيد:

يعد مرض القصور الكلوي من الأمراض المزمنة والتي تشكل خطورة على حياة المرضى وتتسبب في غالب الأحيان بوفاته، حيث ينتج العجز الكلوي عن عجز في وظيفة الكلية وبالتالي عدم قدرتها على أداء وظائفها من حيث ترشيح الدم والتخلص من المواد الضارة، والذي يزيد من حدتها هو خضوع المريض للتصفية التي تتحكم في سير حياته وتعيق مهامه المعتادة في حالة الصحة.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى تعريف وتشريح ووظائف الكلية، ثم إلى تعريف القصور الكلوي المزمن ثم الأسباب والأعراض والتشخيص ثم العلاج ومضاعفات مرض القصور الكلوي المزمن وفي الأخير سوف نتطرق إلى الوقاية من الإصابة من مرض القصور الكلوي المزمن.

أولا : الكلية ووظائفها:

1-1) **تعريف الكلية:** توجد على يمين ويسار العمود الفقري "الفقرات القطنية" ،لونها أبيض مصفر، يصل طولها إلى نحو 10 سم أما وزنها فيتراوح بين 150 ، 160 غ والحافة الخارجية للكلية محدبة، أما حافتها الداخلية فيها تقعر ويعرف بالسرة ويدخل عن طريق هذه السرة إلى داخل الكلية الأوعية الدموية و الأعصاب و تخرج منها قناة الحالب، وإذا أجرينا مقطع طولي نلاحظ أنها تتركب من ثلاثة أجزاء:

- **غشاء ليفي خارجي:** رقيق ومتمين و ملتصق تمام الالتصاق بالكلية ويتغطى عادة بالدهن يطلق على الغشاء إسم المحفظة .
- **القشرة:** هي منطقة جيبيه تلي المحفظة من الداخل .

(عبد العزيز محمود ، 1962، ص 388 ، 389)

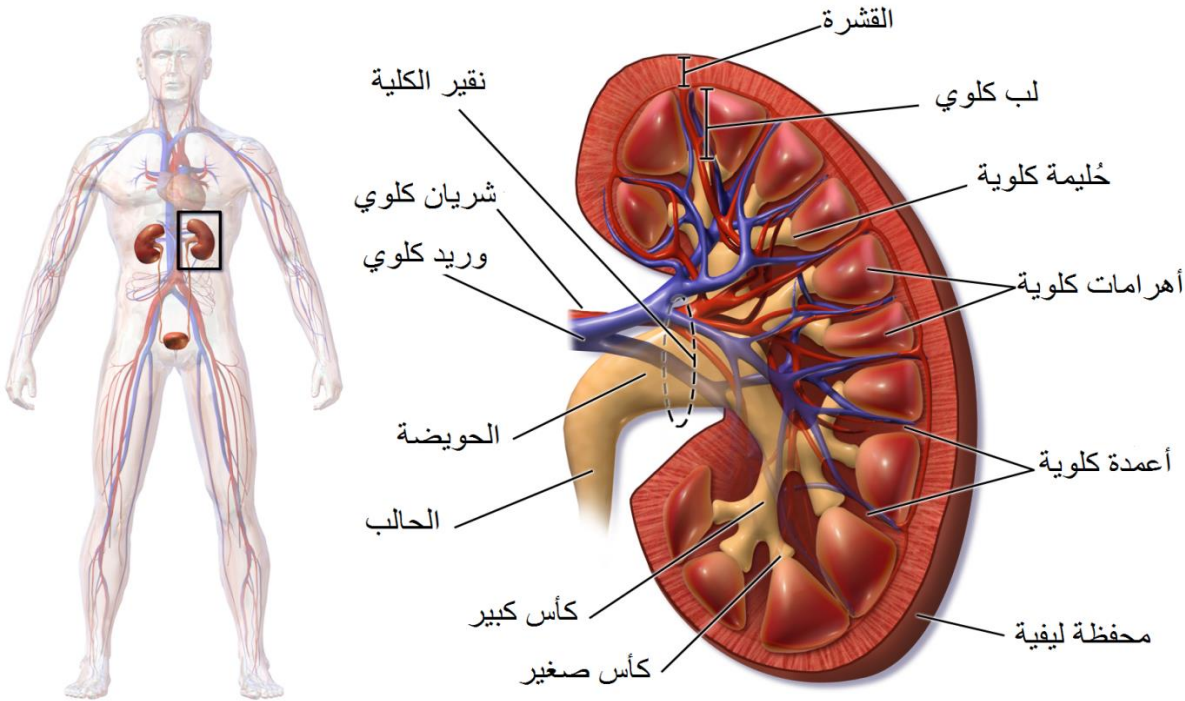
1-2) **تشريح الكلية:** تحاط الكلية من الخارج بالمحفظة وهي غشاء ليفي رقيق، ولو أخذنا مقطعا طوليا فسنلاحظ ما يلي:

- **القشرة :** طبقة بها عدد كبير من أجسام Molpigi وهي أجسام كروية الشكل مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي وبعد ذلك تتجمع لتشكل فروع تخرج من جسم Molpigi ثم تتفرع إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي من الأنبوبة البولية التي تخرج بدورها من جسم Molpigi وهكذا تسير الأنابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات هرمية الشكل.
- **النخاع:** عبارة عن طبقة واسعة توجد بها أهرامات Molpigi وهي تجمعات الأنابيب البولية حيث تتفتح هذه الأنابيب في قمم الأهرامات.
- **حوض الكلية:** عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر ويعتبر جزءا من الحالب وتصب فيه الأنابيب البولية.

- **الحالبان:** عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 15 سم، ويخرج كل حالب من سرّة الكلية ويمتد إلى الأسفل حتى يصل إلى المثانة ويفتح فيها بفتحة ضيقة مائلة تسمح للبول بالمرور إلى المثانة وتمنعه من الرجوع إلى الحالب عند إمتلاء المثانة.
- **إعادة الإمتصاص:** عندما يمر السائل الراشح عبر الأنابيب البولية يحدث فيها إمتصاص الماء خاصة في عروة هنلي، ولولا ذلك لتعرض الجسم إلى نقص شديد في الماء وبالتالي تعرض الفرد إلى الجفاف، ولكن بعملية إعادة الإمتصاص يحافظ الجسم على نسبة ماء ثابتة، ويكون الإمتصاص نتيجة القوة الاسموزية، كما يجري إمتصاص إنتقائي للمواد ومنها الأملاح المعدنية، والأحماض الدهنية، الغليسيرين، الهرمونات الفيتامينات والسكريات وإمتصاص يحتاج إلى طاقة لأنها عمل نقل نشط، ثم تعاد أخيرا إلى الدورة الدموية في الجسم. (محمد علي البار، 1992، ص38)
- **الإفراز:** بالإضافة إلى إمتصاص الماء والمواد اللازمة فإن جدران الأنابيب الملتوية البعيدة القدرة على إستخلاص بعض المواد العضوية الغريبة أو بعض مخلفات التمثيل الغذائي كمادة الكرياتين أو بعض السموم أو العقاقير الأخرى في الدم، وتضاف هذه المواد إلى البول الذي يتجمع في حوض الكلية ومنه ينتقل عبر الحالب إلى المثانة حيث يتجمع البول هناك حتى يتخلص منه. (محمد علي البار، 1992، ص39)
- **وظائف هرمونية:** تعتبر الكلية من الغدد الصماء الموجودة بالجسم لأنها تقوم بإفراز بعض الهرمونات وتصبها مباشرة في الدم مثل هرمون (Rénine) الذي يفرز على مستوى الكبيبة الكلوية، ويقوم هذا الهرمون بالعديد من الوظائف من بينها إنقباض الأوعية الدموية مما يسبب رفع الضغط الشرياني، تحريض قشرة الكظر على إفراز هرمون الألدوستيرون (Aldostérone) كما تفرز الكلى هرمون البروستاغلاندين (prostaglandine) الذي يلعب دورا أساسيا في جريان الدم في

النيفرونات، وكذلك تقوم الكلية بإفراز بعض المواد التي تساعد في تنشيط إمتصاص الكالسيوم في الأمعاء، وتحافظ على ثبات الضغط الأسموزي وتوازن الحموضة داخل الجسم، كما تفرز خمائر معينة تعمل على إبطال مفعول بعض العناصر المنشطة، كإبطال مفعول الهيستامين بخميرة الهيستاميناز. (محمد عبد البار، 1992، ص40)

- **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.
- **قناة مجرى البول**: هي قناة تتصل بالمثانة وتفتح الى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى وبفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر. (زهير الكرمي، 1988، ص، 76،77)



تشريح الكلية

3-1 وظائف الكلية:

تقوم الكلية بتصفية الدم من السموم الناتجة عن رواسب الإستقلاب، 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 لترا في اليوم) والكلية لا تصف البول كما هو في حالته النهائية بل تصفي أجزائه على إنفراد ثم تقوم بمرج هذه الأجزاء بعضها ببعض، ويمكن إيجاز عمل الكلية في ما يلي:

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

• **الترشيح:** يقوم القلب بدفع الدم تحت ضغط معين من إنقباض وإنبساط، ونظرا لإختلاف السمك بين الشريان الوارد والشعيرات الدموية الكبيبة فإنه يتكون ضغط عال قد يصل إلى 70 ملم زنبقي وينتج عنه ترشح الجزء السافل من الدم خارج الشعيرات لينفذ تجويف محفظة بومان ويسمي بالرشح ويحتوي هذا الأخير على ماء البلازما ومكوناتها البروتينية، ويكون بمعدل (125سم³ الدقيقة أي ما يعادل 20 لترا يوميا، أما الكريات الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية والبروتينات وكل المواد المرتبطة بها مثل الأحماض الدهنية وبعض الأدوية فلا يمكنها النفاذ من خلال جدار محفظة بومان وهذا لكبر حجمها. (محمد علي البار، 1992، 38)

ثانيا: القصور الكلوي المزمن.

1-تعريف القصور الكلوي المزمن:

يعرف بأنه تدهور تدريجي لا رجعة فيه في وظيفة الكلية ،حيث لا يستطيع الجسم من التخلص من عملية الأيض، وغير قادرة على المحافظة على توازن الماء والأحماض والمواد الكيميائية في المعدل الطبيعي وبالتالي تزيد من مستوى اليوريا والنيتروجين والكرياتين في الدم. (غالب رضوان، ذياب مقداد، 2015، ص83)

ويعتبر القصور الكلوي المزمن هو النهاية المحتومة لكل أمراض الكلى التي لا تبرا وأعراضه وعلاماته تحدث بغض النظر عن السبب الذي سبب فشل الكلى ،وتختلف الأعراض من مريض لأخر وتتذبذب خلال مراحل المرض

(محمد صادق صبورة، 1994، ص17)

2) أسباب القصور الكلوي المزمن:

بالرغم من عدم وضوح العوامل المسببة لمرض القصور الكلوي المزمن فإن هناك بعض العوامل المهيأة للإصابة فتزيد هذه العوامل عند تزايدها من إستهداف الفرد للإصابة بالمرض وتنحصر هذه العوامل في فئتين:

1-العوامل الوراثية: وهي تؤدي دورا في الإصابة بمرض الفشل الكلوي وإن لم يكن القدر نفسه الذي تسهم به العوامل الأخرى حيث يشيع المرض بين أفراد الأسرة الواحدة وبين مجموعات محددة مما يدل على وجود عنصر وراثي له دور في الإصابة بالمرض ،ومن أهم الأسباب الوراثية لمرضى القصور الكلوي نجد:

- مرضى الكلى متعدد الأكياس: وهو مرض وراثي ينتج عنه تكوين أكياس غير طبيعية داخل الكلى وتتسبب هذه الأكياس تلف وعطب الكبيبات الكلوية مما يترتب عليه إعاقة الكلى عن القيام بوظائفها وتظهر إحتمال الإصابة بهذا المرض عند

الأبناء صغار السن بحوالي 50 % عند إصابة أحد الوالدين، أما الأبناء كبار السن فتصل إلى حوالي 100 %.

• **زملة البورت:** تسبب هذه الزملة إلتهابات داخل الكلى وعادة ما يظهر في مرحلة الطفولة وتنتشر هذه الإلتهابات لتشمل جميع الوحدات الكلوية داخل الكلى مما يترتب عليه ظهور دم والزلازل في البول وتتطور هذه الأعراض لتصل إلى الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن.

وهناك بعض العوامل الوراثية الأخرى التي تصيب وظائف النيبات الكلوية وتضعف من قدرتها على التعامل مع مكونات الترشيح الكلوية مما يسبب إضطراب في حموضة الدم الذي يتطور إلى الإصابة بمرض القصور الكلوي .

(الشويخ، 2009، ص،ص،44،43)

• ومن الأسباب أيضا:

- تلف الأنسجة الكلية.

- إصابة الكلية بالتهاب حاد ومزمن.

- التعود على عادات غذائية يكون فيها الغذاء غيرمتوازن. (القاسم، 2010، ص26)

2-العوامل النفسية:تتعدد العوامل المكتسبة التي تساهم في تطور الإصابة بمرض القصور

الكلوي المزمن ومن هذه العوامل نجد:

• **الداء السكري:** هو من أكثر الأسباب المؤدية للإصابة بالقصور الكلوي المزمن ،حيث

يؤدي مرض السكر إلى إضطراب نظام الترشيح الكلوي الناتج عن تلف الأوعية داخل

الكلى ،وتبدأ إصابة بعد حوالي 20،15 سنة من الإصابة بمرض السكر لدى المرضى

المعتمدين على الأنسولين ،بحيث يكاد ينعدم إحتمال حدوثها مع مرور السنين ،كما يكاد

- ينعدم إذا لم تحدث بعد 35 سنة أما المرضى الغير معتمدين على الأنسولين ،فتبدأ إصابتهم بأمراض الكلى بعد حوالي 5، 10 سنوات من بداية ظهور مرضى السكري .
- **إرتفاع ضغط الدم:** يمثل العامل الثاني المؤدي للإصابة بمرض القصور الكلوي لدى 15-20%
- من مرضى القصور الكلوي المزمن، ويعرف إرتفاع ضغط الدم عندما يزداد $14^{\circ} - 9^{\circ}$ من زئبق ،حيث يؤدي إرتفاع ضغط الدم المتكرر إلى حدوث ضيق في الشريين المؤدية للكلى وبالتالي تظهر منطقة القشرة في الكلى ،مما يؤدي للإصابة بالقصور الكلوي المزمن.
- **إرتفاع الكبيبات:** يترتب على إضطراب جهاز المناعة في الجسم ،زيادة نشاط الخلايا للمفاوية المنتجة للإجسام المضادة في الدم ويتسبب في مرور هذه الأجسام في الأوعية الدموية في الكلى في حدوث عدوى تصيب الكلية بالتهاب مزمن مما يترتب عليه خلل في القيام بوظيفتها.
 - **إتهاب حوض الكلى:** يحدث في بعض الأحيان رجوع البول من الحالب إلى حوض الكلى نتيجة لوجود عيب خلقي أو لتضخيم البروستات وفي حالة رجوع البول عدة مرات ولفترات طويلة يسبب إتهابات بكتيرية ،تؤدي إلى تلف أنسجة حوض الكلى والنخاع ،والإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن ،ومن أشهر هذه الميكروبات بكتيريا السبحية.
 - **حصوات الكلى:** تتكون الحصوات من مواد متبلورة مثل الكالسيوم وعندما تتكون داخل الكلى مما تتسبب إنسداد في المجاري البولية مما يحث عدوى وإتهابات.
 - **إستخدام المفرط لبعض الأدوية:** يؤدي هذا الإستخدام لبعض الأدوية لفترات طويلة وبجرعات عالية إلى تلف نخاع الكلى، وإذا التفت يمتد إلى حوض الكلى أيضا والعقاير المسكنة مثل البراسيتامول، والأسبيرين، وعقاير الروماتيزم مثل الفينو بروفين

والأندوميتاسيين، وبعض عقاقير المضادات الحيوية مثل: مشتقات الأمينوجلايكوزايد وبعض العقاقير المضادة للأورام.

- ومن الأسباب كذلك تلف الأنسجة الكلية.
- إصابة الكلية بالتهاب حاد ومزمن.
- التعود على عادات غذائية غير مرغوب فيها ويكون الغذاء غير متوازن من حيث الكم والنوع . (رضوان المقداد، 2015، ص08)

3) أعراض القصور الكلوي المزمن:

- الخمول والإضطرابات والهيجان العصبي والعضلي، وهي تطور تدريجيا وقد تزيد فجأة حدتها بتواجد كمية من البولينا في الدم، بالإضافة إلى إرتفاع التوتر الشرياني كما تتغير رائحة الفم إلى رائحة البولينا والطعم المعدني بالفم وأيضا إنتهابات المعدة والقيء المستمر (لبيب، 2014، ص34)

4) تشخيص القصور الكلوي المزمن:

عند التشخيص لابد من معرفة التاريخ الطبي الكامل للمريض، لذا نسأل المريض عن صحته العامة وعن العوامل التي يحتمل أن تكون وراء الإصابة بالمرض مثل: الداء السكري وإرتفاع ضغط الدم أو الإلتهابات الكلوية، ومن ثما يوجه المريض لإجراء مجموعة من الفحوصات التي تساعد الطبيب على التأكد من وجود مرض أم لا، وتحديد حجمه ومرحلته ومن بين هذه الفحوصات نجد:

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 ترشيحها إلى البول ولكن في حالة حدوث إضطرابات في الكلى، فهي لا تستطيع القيام بهذه المهمة، مما يؤدي إلى زيادة نسبة هذه المادة في الدم، ويأخذ هذا الإختبار عينتين: أحدهما عينة من الدم والأخرى عينة 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- مستوى البولينا النيتروجين في الدم (Bun):

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

3- تحليل البول: في هذا الإختبار يتم قياس كمية البروتين المجمع في البول خلال 24

ساعة، حيث أنه من المتوقع أن تقوم الكلية بإعادة إمتصاص البروتين لأنه من المواد المفيدة لبناء أنسجة الجيم، وبالتالي إذا وجد إرتفاع في نسبة تركيز مادة البروتين في البول، فيعد ذلك مؤشرا على وجود قصور في وظيفة الكلية.

4- إختبارات أيونات الأملاح في الدم ونسبة الحموضة: تعمل الكلية على تنظيم أيونات

الأملاح في الدم، مثل البوتاسيوم، الصوديوم، الفوسفات والكالسيوم والمغنيزيوم، كما أنها تحافظ على كون الدم متعادلا بين الحموضة والقلوية، وعند حدوث إضطرابات في الكلية يحدث إختلال في نسبة تركيز هذه الأيونات في الدم، وفي توازن الحمض، والقلوية في الدم، لذا يعتمد هذا الإختبار على قياس نسبة تركيز هذه المواد في الدم.

5- إستئصال عينة من نسيج الكلية: تستأصل عينة من نسيج الكلية عن طريق إبرة، ويتم

فحصها بشكل دقيق تحت المجهر لتحديد نسبة الفشل الكلوي المزمن .

6- تحليل الدم: يعد تحليل الدم من أكثر الإختبارات شيوعا في تشخيص مرض القصور

الكلوي المزمن، حيث تفحص الخلايا المكونة للدم، فالدم يتكون من ثلاث خلايا وهي:

- خلايا الدم الحمراء: وهي مختصة بتوصيل الأوكسجين 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 الإختبار على تقدير نسبة خلايا الدم الثلاثة .
 - 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.
 - 8-الأساليب التصويرية: وتعد هذه الأساليب التصويرية من الوسائل الفعالة في تشخيص مرض القصور الكلوي المزمن ومنها تكتيك الموجات فوق الصوتية على الكلى،والمسح الذري على الكلى،والأشعة العادلة،وهذه الأساليب تساعد على توضيح حجم الكلى وإظهار التكتبات والأورام أو الحصوات أو أي إنسداد في المجاري البولية ،بالإضافة إلى تدفق الدم بالكلى.
 - هذه أهم الإختبارات والفحوصات المستخدمة في تشخيص وفحص مرض الفشل الكلوي ،والتي يعتمد عليها الطبيب لتأكيد التشخيص وتحديد مرحلة المرض، وإختيار أنسب علاج لحالة المريض.
 - وتظهر أهمية تقدير مستوى القصور الكلوي عند تقديم العلاج المناسب لحالة المريض والذي يختلف من حالة لأخرى حسب نسبة الإضطراب الكلوي وعمر المريض وجنسه.
- (الشويخ، 2009، ص، 49-52)

5- علاج القصور الكلوي المزمن:

لا يوجد علاج نهائي لمرض القصور الكلوي

1- الحماية والتغذية المناسبة: والهدف الرئيسي من ذلك تقليد العدد الوظيفي للكلية التالفة، والمحافظة على الوزن المثالي للجسم، مع تزويده بالطاقة الكافية لنشاطه المعتاد.

2- الغسيل الدموي " التقنية الدموية".

3- الغسيل البروتيني " التقنية البروتينية".

4- زراعة الكلية الإستباقي. (غالب رضوان، ذياب مقداد، 2015، ص86)

5-1- آلة التحال الدموية: الكلية الصناعية: هي جهاز خارج الجسم يوصل بالدورة

الدموية يمر فيه الدم ليقوم بعمل توازن أملاح الدم والمواد في الماء ويعيدها إلى مستواها الأصلي الطبيعي، وهذا الجهاز مزود بألية تسمح بالترشيح المنسق لخروج الماء من الجسم ومن أهم مكونات الدورة سائل الغسيل الذي تجعله متناسقا على الدوام في تركيزه ودرجة حرارته مع وجود مقياس دقيق لسرعة مرور السائل وضغطه وتركيزه وألية لوقوف مرور السائل إذ إختلف أي من هذه المقاييس والجزء الأساسي في جهاز الكلية الصناعية هي المرشح الذي ينبغي حساب قدرته الترشحية بدقة قبل الإستعمال، يمر الدم من الجسم المريض بخروجه من الشريان يوصل بالمرشح ويعود إلى جسم الإنسان في وريد بعد رشحه ويدفع الدم داخل المرشح بمضخة الدم. (باشا نوال، 2009، ص68)

5-2- التصفية الصافية: هي تقنية تسمح بتصفية الدم بترشيحه عبر الغلاف الحشوي

الماء بالشعيرات الدموية باستعمال سائل يشبه تركيبة السائل العادي الموجود خارج الجسم، ويتم عبر الشعيرات الدموية التبادل بين الدم والمحلول، إن هذه التقنيات:

- "العلاج بألة التحاليل الدموية" و"تصفية الصافية" قد ساعدت المرضى في مواجهة

وعلاج المرض ويحافظ على بقاء الفرد حيا لمدة، إلا أن هناك علاج آخر أفضل من

الطريقتين وأقل تكلفة مادية ويقضي نهائيا على مرض القصور الكلوي وهو زراعة الكلى
(باشا نوال، 2009، ص68-69)

3-5- زراعة الكلى: إن عمليات زرع الأعضاء البشرية ومن بينها زراعة الكلى لم تكن معروفة في القدم وهي عبارة عن عمليات مستحدثة نتيجة التطور المعرفي الهائل في العلوم الطبية حيث شهد النصف الثاني من القرن العشرين أهم الإنجازات العلمية والطبية في تاريخ البشرية مما جعل الوصول إلى القيام بعمليات زرع الأعضاء ومن بينها زرع الكلى وإنقاذ حياة الأفراد كان سألها الموت، وإعادتهم كأعضاء فعالين في المجتمع.
(باشا نوال، 2009، ص69)

6) المضاعفات المصاحبة لمرض القصور الكلوي المزمن:

تكون حسب مراحل الإصابة ففي المراحل الأولى يؤدي القصور الكلوي المزمن إلى ارتفاع ضغط الدم وهذا بدوره يجهد عضلة القلب ويساهم في تصلب الشرايين، كما أن المصاب لن يحس بأية أعراض إلا في حالة الإلتهابات الكلوية البكتيرية أو الحصى، ولهذا فإن تدهور وظائف الكلى تؤدي إلى مضاعفات عديدة منها:

- **ارتفاع ضغط الدم:** نظرا للضعف الكلوي فإن كثير من الأملاح والسوائل تتجمع في الجسم كذلك يظطرب إفراز الكلية للهرمونات مما يؤدي إلى رفع ضغط الدم لدى كثير من مرضى القصور الكلوي، وحتى بعد الغسيل البريتوني فإن كثيرا من المرضى بحاجة إلى الإستمرار في أخذ الأدوية الخافضة لضغط الدم .
- **تجمع السوائل في الجسم:** تتخلص الكلية الطبيعية من السوائل الزائدة لذلك عندما تصاب الكلية بالفشل فإن كميات البول تقل بسبب ضعف الكلية مما يؤدي إلى تجمع السوائل في الجسم، لذلك قد يصاب المريض بتورم في الأرجل أو صعوبة التنفس في المراحل المتقدمة.
(عبد الكريم السويداء، 2010، ص35)

- **نقص الدم:** تفرز الكلية الهرمون المنشط لتكوين الدم وعند حدوث الفشل فإن غياب هذا الهرمون يؤدي إلى نفس مستوى الهيموغلوبين في الدم مما يؤدي إلى إحساس المريض بالخمول والكسل ،لذلك يعطي المريض هذا الهرمون على شكل حقن عن طريق الوريد أو تحت الجلد لمساعدة خلايا الدم الحمراء على التكون .
- **ارتفاع ملح البوتاسيوم:** يعتبر ملح البوتاسيوم من أهم المعادن في الجسم لأنه ينظم الكثير من وظائف الجسم،وعندما يرتفع عن المستوى الطبيعي يؤدي إلى عدم إنتظام ضربات القلب أو حتى توقفه.
- **أمراض العظام:** تحتاج العظام إلى ملح الكالسيوم الذي يعطي العظام صلابتها وتتحكم الكلية في مستوى الكالسيوم والفوسفات في الدم عن طريق تنشيط فيتامين(د) عند حدوث الفشل الكلوي فإن مستوى الفيتامين (د) ينخفض مما يؤدي إلى إنخفاض الكالسيوم بينما يرتفع معدل ملح الفوسفات.
- **إلتهاب الأعصاب:** يؤثر تجمع السموم في الدم على أعصاب الجلد , لذلك قد يعاني المريض من ضعف الإحساس و التتميل في اليدين و القدمين ،و هذه الأمراض تتحسن بشكل كبير مع الغسيل أو زراعة الكلى.
- **تغيرات الجلد:** تصاب بشرة المريض بعدة تغيرات منها تغيرات البشرة إلى اللون الداكن بسبب زيادة هرمون الميلانين ،كذلك يشكو الكثير من المرضى من الحكة التي يسببها إفراز الجسم للأملاح والسموم الزائدة عن طريق العرق ،ويساعد الغسيل الدموي على التخفيف من الحكة . (عبد الكريم السويداء ،2010 ،ص36)
- **الضعف الجنسي وضعف القدرة على الإنجاب:** تتوقف الدورة الشهرية عند النساء بعد الإصابة بمرض القصور الكلوي بسبب إضطرابات الهرمونات، كذلك قد يعاني المريض من نقص الرغبة في المعاشرة الزوجية ،ويمكن معالجة هذه الأعراض عن طريق إستخدام

العقاقير ،كذلك تضعف خصوبة كل من الرجل والمرأة ،ولكن تتحسن هذه الوظائف بشكل أكبر بعد عملية زرع الكلى . (عبد الكريم السويداء ، 2010 ،ص37)

الوقاية من مرض القصور الكلوي المزمن:

وللوقاية من مرض القصور الكلوي المزمن يجب أن نتبع ما يلي:

- إجراء الفحص الدوري لوظائف الكلى، لأن كثيرا من أمراض الكلى تتميز بأنها خفية.
- علاج مريض السكري علاجاً منتظماً للحفاظ على مستوى السكر في الدم ضمن حدود الأرقام الطبيعية وبصفة دائمة.
- المحافظة على مستوى ضغط الدم عند المصابين بإرتفاع ضغط الدم بالإلتزام بالأدوية وتقليل الملح في الطعام وممارسة الرياضة بانتظام مع متابعة الطبيب باستمرار.
- الإبتعاد عن التدخين الذي يؤدي إلى نقص كمية الدم المتدفقة للكلى ،ويزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الكلى، ويرفع ضغط الدم. (أديب محمد الخالدي، 2009 ،ص475)
- علاج المرضى الذين يعانون من إلتهابات متكررة مثل: صديد الكلى والحصى علاجاً سليماً حتى مع الرعاية الطبية الدورية ولو لم يكن هناك شكوى من مرض معين.
- تجنب أخذ الأدوية المسكنة والمضادات الحيوية بدون إستشارة الطبيب، وكذلك الأدوية الشعبية التي تحتوي على مواد سامة ،وضارة بالكلى. (رؤيا البهكلي، 2010 ،ص17)

خلاصة:

من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل نستنتج أن مرض القصور الكلوي المزمن يكون في العديد من الأحيان ناجم عن أمراض أخرى كارتفاع الضغط الدموي ومرض السكري، وله العديد من الآثار الناجمة عنه ومضاعفات مرضية مصاحبة له، والعلاج الشفاء هو بزراعة كلية فقط لأن عملية التصفية الدموية تساعد المريض على التعايش مع مرضه. لهذا فإن الفحوصات المبكرة وإتباع طرق الوقاية من أمراض الكلى مهمة لأن هذا يفيد كثيرا في علاج المرض في بداية ظهوره وتجنب مضاعفاته.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد.

(1) الدراسة الإستطلاعية.

(2-1) نتائج الدراسة الإستطلاعية.

(2) الدراسة الأساسية.

(2-1) منهج الدراسة.

(2-2) مكان وزمان إجراء الدراسة.

(2-3) العينة وخصائصها.

(2-4) أدوات الدراسة.

(3) الأساليب الإحصائية.

(4) طريقة إجراء الدراسة.

(5) صعوبات الدراسة.

تمهيد:

بعد التطرق للجانب النظري الذي يعتبر أساس الدراسة العلمية، سوف يتم التحدث في هذا الفصل عن الإجراءات المنهجية لدراسة إنطلاقاً من الدراسة الإستطلاعية، ثم الدراسة الأساسية وما يحتوى عليه من خطوات منها منهج الدراسة، مكان وزمان إجراء الدراسة، العينة، وأدوات الدراسة، ثم تطرقنا للأساليب الإحصائية المعتمدة، وأخيراً طريقة إجراء الدراسة وصعوباتها.

1) الدراسة الإستطلاعية:

بعد حصولنا على ترخيص من قسم علم النفس بجامعة تيزي وزو، توجهنا إلى المؤسسة العمومية الإستشفائية "العقيد أوعمران" ببرج منايل وبالضبط مصلحة تصفية الدم، وكانت أولى خطوة لنا هي الإتصال بالمختصة النفسانية التي قامت بتهيئة الظروف للقيام بتطبيق أدوات البحث، وذلك بتقديم الحالات التي تهم الدراسة وهم مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث طبقت أدوات الدراسة على حالتين لتتأكد من سلامة، ووضوح عبارات دليل المقابلة وكذلك مقياس الألم النفسي ومقياس إستراتيجيات المواجهة.

• تملت الحالة الأولى في الحالة (ف) التي تبلغ من العمر (65) سنة، أرملة، وهي أم لثلاثة أبناء، لديها مستوى تعليمي ابتدائي، مأكثة في البيت، مع مستوى معيشي متوسط، وهي مريضة منذ 27 سنة، ذلك نتيجة إصابتها بضغط الدم ما أدى إلى إصابتها بالقصور الكلوي المزمن.

• وبعد الإنتهاء من تطبيق دليل المقابلة تم تطبيق مقياس الألم النفسي الذي تحصلت فيه المفحوصة على الدرجة (20)، تبين أن هذه الحالة لا تعاني من الإكتئاب حيث تحصلت على 5 درجات، ولا تعاني من القلق حيث تحصلت على 6 درجات، ولا تعاني من الضغط حيث تحصلت على 9 درجات أما فيما يخص مقياس إستراتيجيات المواجهة تبين أن أكثر الإستراتيجيات المواجهة إستخداما لدى الحالة هي إستراتيجيات المركزة حول المساندة الإجتماعية بنسبة 68 %، ثم تليه إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال بنسبة 55 %، وأخيرا إستراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 40 % .

• تملت الحالة الثانية في الحالة (ب) الذي يبلغ من العمر (35) سنة، متزوج بدون أبناء، لديه مستوى تعليمي ابتدائي، تاجر مع مستوى معيشي متوسط، وهو مريض منذ 12 سنة، ذلك عند إصابته من ألم في ظهره والذي كان سببه الإصابة بالقصور الكلوي المزمن، وعند

تطبيق أدوات الدراسة على الحالة تحصل المفحوص على الدرجة (23) على مقياس الألم النفسي، تبين أن هذه الحالة لا يعاني من الألم النفسي، كما يتضح أن الحالة لا يعاني من الإكتئاب حيث تحصل على 5 درجات ويعاني من القلق حيث تحصل على 12 درجة، ولا يعاني من الضغط حيث تحصل على 6 درجات .

• تبين أن الأكثر الاستراتيجيات إستخداما هي إستراتيجية المركزة حول المشكل بنسبة 52 %، ثم تليه إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال بنسبة 36 % ، وأخيرا إستراتيجيات المركزة حول المساندة الإجتماعية بنسبة 28 % .

1-2) نتائج الدراسة الإستطلاعية:

من خلال تطبيق أدوات الدراسة على الحالتين، إتضح أن أسئلة دليل المقابلة كانت واضحة كما لم توجد أي صعوبات تذكر في تطبيق المقاييس.

2) الدراسة الأساسية:

1-2) منهج الدراسة:

إن إختبار المنهج المستخدم لدراسة أمر تحدده طبيعة مشكلة الدراسة التي نريد دراستها والمنهج عبارة عن أسلوب أو تنظيم أو إستراتيجية أو خطة عامة تعتمد على مجموعة من الأسس والقواعد والخطوات يستفاد منها في تحقيق أهداف البحث أو العمل العلمي.

(قاسي كايسة، 2013، ص67)

نظرا لطبيعة الموضوع الذي قمنا بدراسته، إعتدنا على المنهج العيادي الذي نعرفه "عبد الباسط حسن" على أنه منهج يقوم على أساس التعمق في دراسة مرحلة معينة من التاريخ الوحدة، أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها، وذلك قصد الوصول إلى تعميقات متعلقة بالوحدة المدروسة.

(عبد الباسط حسن، 1963، ص29)

يرى الباحث د. لاقاش (D.Lagache) أن المنهجية العيادية هي الطريقة المناسبة التي من خلالها يتم فهم العلمي للسير النفسي للفرد، وأن المنهج العيادي هو دراسة السلوك في إطاره

الحقيقي والذي يتم من خلاله إستخراج بكل أمانة طريقة عيش وتصرف الكائن البشري في موقف معين ،والعمل على إقامة العلاقات بينها في المعني والبنية والتكوين والكشف على الصراعات التي تعمل بها. (قاسي كايسة،2013، ص67)

يعتمد المنهج العيادي على دراسة حالة، التي تستعمل في البحوث، لأنها تمكن من فهم الفرد وذلك من خلال فهم العلاقات بين ما فيه وحاضره في إطار بيئته ووسطه الإجتماعي، فهي تهدف إلى إستخراج المنطق المتعلق بتاريخ شخصية معينة في التضارب مع وضعيات معقدة ومختلفة والتي تتطلب قراءات على مستويات مختلفة، كما تعتبر دراسة حالة وسيلة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات على موضوع الدراسة وقد تكون الحالة فرد أو جماعة.

وبذلك تعرف دراسة حالة بأنها الإطار الذي ينظم ويفهم فيه الأخصائي العيادي المعلومات والنتائج التي يتحصل عليها من الفرد، وذلك عن طريق الملاحظة، المقابلة، تاريخ الاجتماعي، السيرة الشخصية، اختبارات السيكولوجية، والفحوص الطبية... الخ.

(قاسي كايسة،2013، ص68)

2-2) مكان وزمان إجراء الدراسة:

• مكان إجراء الدراسة:

تم إختيار عينة الدراسة من المؤسسة العمومية الإستشفائية "العقيد أوعمران" ببرج منايل، وذلك في مصلحة تصفية الدم، ويشرف على هذه المصلحة فرقة متعددة التخصصات، مكونة من رئيس المصلحة، ممرضين، طلبة الشبه الطبي، أطباء، أطباء مختصين، وأيضاً مختصة نفسية تقوم بتكفل بالجانب النفسي لمرضى القصور الكلوي المزمن.

• زمان إجراء الدراسة:

يمتد زمان إجراء الدراسة الميدانية من 27 فيفري 2024 إلى غاية 27 مارس 2024، حيث إستمرت لمدة شهر.

2-3) العينة وخصائصها:

- تعريف العينة:

تكونت عينة الدراسة من (8) مرضى (6) نساء ورجلين ،تتراوح أعمارهم بين (29-47) سنة، وذلك بمصلحة تصفية الدم "العقيد أو عمران" ببرج منايل والذين تم إختيارهم بطريقة قصدية .

- خصائص العينة:

جدول رقم (1) يمثل خصائص العينة:

الحالات	السن	الجنس	مستوى تعليمي	مستوى إقتصادي	الحالة المدنية	مدة المرض
(1)	45	أنثى	ثالثة متوسط	متوسط	متزوجة	5 سنوات
(2)	39	أنثى	ثالثة متوسط	متوسط	عزباء	21 سنة
(3)	33	ذكر	أولى متوسط	متوسط	متزوج	عام و9 أشهر
(4)	41	أنثى	أولى متوسط	متوسط	عزباء	17 سنة
(5)	29	أنثى	خامسة إبتدائي	متوسط	عزباء	18 سنة
(6)	46	أنثى	خامسة إبتدائي	متوسط	مطلقة	16 سنة
(7)	47	أنثى	ثانية إبتدائي	متوسط	مطلقة	20 سنة
(8)	32	ذكر	ثالثة متوسط	متوسط	أعزب	عامين ونصف

2-4) أدوات الدراسة:

• المقابلة العيادية نصف موجهة:

إعتمدنا في دراستنا على أدوات تتناسب مع مضمون وأهداف الدراسة وإستخدمنا المقابلة العيادية نصف موجهة لكونها الأفضل والأنسب لبحثنا ،وهي حسب "محمد خليفة بركات" هي

تلك التي تعتمد على دليل المقابلة والتي تكتب مسبقا بالتفصيل والتوضيح، ولها تعليمة محددة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة العيادية، وفيها تحدد الأسئلة وصياغتها، وترتيب توجيهها وطريقة إلقائها بحيث يكون في ذلك بعض المرونة بعيدا عن أي تكليف .

(محمد خليفة بركات، 1994، ص126)

أما شيلاند (chiland ,c) ترى أن المقابلة العيادية النصف موجهة ليست بمقابلة حرة ولا مقيدة ،بل تقع بين الإثنين ،حيث يكون فيها دور الفاحص هو الإستماع إلى المفحوص والتدخل بغرض توجيهه فيما يخدم المقابلة ،وهذا النوع من الوسيلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل إرتياح وطلاقة وتشجعه على الكلام.

(قاسمي كايسة، 2013، ص70)

لقد تم صياغة عدد من الأسئلة كدليل للمقابلة الذي تضم عدد من المحاور وهي:

المحور الأول: يتضمن البيانات الشخصية للمفحوصين، السن، الحالة المدنية، عدد الأبناء، عدد الإخوة، المستوى التعليمي، الحالة الإقتصادية، نوع المرض ،مدة المرض، عدد الدورات العلاج.

المحور الثاني: الحالة الصحية والجسمية تتمثل في 11 سؤال، والهدف منها ،كيف إكتشف المرض والأعراض التي ظهرت قبل تشخيص وهل تعرضت لأمراض سابقة ،وعدة أسئلة أخرى.

المحور الثالث: الحياة العائلية والأسرية وتتضمن 5 أسئلة الهدف منها معرفة علاقة المريض بأسرته قبل وبعد المرض، وهل تغيرت معاملته وكيف كانت رد فعل عائلته بعد تلقي خبر المرض ... إلخ

المحور الرابع : الحالة النفسية تتضمن 7 أسئلة، كيف شعر المريض عند تلقي خبر المرض لأول مرة، وهل تقبل المرض وتعايش معه، وكيف أصبحت حالته نفسية بعد المرض ... إلخ

المحور الخامس: يتضمن 10 أسئلة حول الألم النفسي، وصف حالته، هل يراوده بعض الأفكار السلبية، هل شعر بالتعب النفسي أثناء القيام بعملية التصفية....إلخ

المحور السادس: يتضمن 9 أسئلة الهدف منها تعرف على إستراتيجيات المواجهة، ماذا تفعل عندما تواجهه مشكلة، هل ينفعل ويغضب عندما تواجهه مشكلة، هل صبر عندما يتلقى مشكلة... إلخ

المحور السابع: يتضمن 4 أسئلة حول طموحات المستقبلية وهل لديهم الرغبة الكافية لتحقيقها، وهل هناك تغييرات في طموحاتهم بعد المرض.

• المقاييس:

• مقياس الألم النفسي:

• وصف مقياس الإكتئاب، القلق، والضغط (DASS 21): فهو أداة تستخدم على نطاق واسع لفحص وتقييم أعراض الإكتئاب، القلق، والضغط لدى الأصحاء والمرضى البالغين، ويعرف بقدرته وصلاحيته التمييزية بين المتلازمات أو البنيات الثلاث، حيث تكونت النسخة الأولى والمطولة للمقياس من 42 بند (GLOSTER ET ALE, 2008) وبعدها تم إصدار نسخة مختصرة قصيرة مكونة من 21 بند وذلك لغرض تقليل الوقت المستغرق في تطبيقه، ويتألف DASS21 من ثلاثة مقاييس فرعية، يتكون كل واحد فيها من 7 بنود، حيث مقياس الإكتئاب الفرعي يقيس اليأس، وإنخفاض تقدير الذات، والحوافز ومقياس القلق يقيس الإستشارة اللاإرادية، وأعراض العضلات والهيكل العظمي.... إلخ ومقياس الضغط يقيس التوتر، والتأثير السلبي، وقد إستخدم على نطاق واسع في عينات غير سريرية لمعرفة الحالات العاطفية السلبية والكشف عن الأعراض وكذا مستويات مختلفة من إكتئاب والقلق والضغط.

(براهيمية، 2018، ص90)

طريقة تصحيح مقياس الألم النفسي:

ويتم التقييم في (DASS) باستخدام مقياس ليكرت من 4 نقاط تتراوح من 0 إلى 3 حيث تكون الإجابة عليه وفق 4 بدائل هي: لا ينطبق علي 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 ب0 و أقصاها ب 63.

(براهمية، 2017، ص 90-91).

جدول رقم 02 يوضح أبعاد وبنود مقياس (DASS21):

(براهمية، نفس المرجع السابق، ص91).

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

• الخصائص السيكومترية لمقياس الألم النفسي:

أ- الصدق:

- الصدق التلازمي: قامت الباحثة براهمية جهاد (2018) بحساب معامل الارتباط بين مقياس الإكتئاب، القلق والضغط (DASS21) ومقياس القلق حالة وذلك لمعرفة صدقه

ومدى صلاحيته لقياس ما وضع لأجله ،حيث وصل معامل الارتباط بين المقياس الأول والثاني لـ **0.763** وهو دال عند مستوى الدلالة **0.01** مما يدل على الصدق التلازمي للمقياس.

- **صدق الإنساق الداخلي:** قامت الباحثة براهمية جهاد (2018) بحساب الإنساق الداخلي لبنود المقياس بعد تطبيقه على عينة الدراسة الإستطلاعية وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبعد التابعة له بحيث أن الإنساق الداخلي للبنود بعد الإكتتاب كان أقل من مستوى الدلالة **0.01**، **0.05** في جميع بنود البعد، أما الإنساق الداخلي لبعد القلق كان أقل من مستوى دلالة **0.05**، **0.01** في جميع بنود البعد في حين الأنساق الداخلي لبعد الضغط كان أقل مستوى الدلالة **0.01**، **0.05** في جميع فقرات البعد. (براهمية،2018، ص90)

ب- الثبات:

- **طريقة التجزئة النصفية:** قامت الباحثة براهمية جهاد (2018) بحساب معامل ثبات مقياس DASS21 بطريقة التجزئة النصفية وقد بلغت قيمة **0.79** وهذا يدل على صلاحية الإستخدام .

- **طريقة ألفا كرومباخ:** قامت الباحثة براهمية جهاد (2018) بالتحقيق من ثبات مقياس DASS21 وعن طريق حساب معامل α , crombachs الموضح في الجدول الموالي والذي نلاحظ من خلاله أن قيمة معامل ألفا تساوي **0.9** وهي تشير إلى ثبات المقياس.

جدول رقم (3) يمثل قيمة معامل alphacrombachs لمقياس الألم النفسي

(براهمية،2018، ص90)

مقاييس إكتئاب، القلق، الضغط (DASS21)	عدد البنود	معامل alphacrombachs
1- الإكتئاب	07	0.786
2- القلق	07	0.709
3- الضغط	07	0.591
	21	0.904

• مقياس إستراتيجيات المواجهة coping:

وضع لازاروس وفولكمان سنة 1980 مقياس إستراتيجيات المواجهة الذي تم تطويره عدة مرات من قبل مصمميها، يحتوي على 67 بنداً، تعمل على تقرير سلوكيات وأفكار الأفراد المستخدمة أما الضغط الذي يواجهونه في الحياة اليومية.

ولقد تم تعديل هذا المقياس من قبل فيتالينو vitalino سنة 1985، حيث قام بتقليص عدد البنود ليصبح 42 بنداً. (وليدة مرزاقه، 2009، 2008، ص106)

• ترجمة المقياس: قامت الباحثة أسهان عزوز سنة 2009 بالترجمة الأولية لبنود

المقياس من الفرنسية إلى العربية وقد عرضت الترجمة على مجموعة من أساتذة علم النفس الذي يتحكمون في اللغة الفرنسية من جامعة باتنة، وبعد إبداء ملاحظاتهم على الترجمة قامت الباحثة بتعديل صياغة العبارات التي يجب تغييرها وأعيدت صياغة العبارات مرة أخرى.

(عزوز، 2009، ص175)

- وتدور بنود الإستبيان على محور عام من 3 أبعاد:
 - المواجهة المركزة على المشكل: وتضم 10 بنود وهي:
1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 27 .
 - المواجهة المركزة على الإنفعال: وتضم 9 بنود وهي:
2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26 .
 - المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية: و تضم 8 بنود وهي:
3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24 .
 - طريقة التصحيح:
 - ويتم الإجابة على بنود الإستبيان وفق إختيارات 4:
من 1 إلى 4 نقاط ما عدا البند 15 يتم تقييمه بالعكس.
 - 4 نقاط إذا كانت الإجابة كثيرا جدا.
 - 3 نقاط إذا كانت الإجابة كثيرا.
 - 2 نقاط إذا كانت الإجابة إلى حد ما.
 - 1 نقطة إذا كانت الإجابة بإطلاقا.
 - الخصائص السيكومترية للإستبيان:
 - حساب الصدق: تم حساب الصدق بطريقتين صدق التكوين والصدق التمييزي.
 - صدق التكوين: تم حسابه من خلال حساب معامل الإرتباط الخطي لكارل بيرسون بين كل بند والدرجة الكلية لكل بعد.
 - الصدق التمييزي: تم حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الفئة العليا ومتوسطات مجموعة الفئة الذاتية باستخدام إختبارات لدلالة الفروق بين المتوسطات.
- (عزوز، 2009، ص176)

-الثبات: إعتد على طريقتين في حساب ثبات مقياس إستراتيجيات المواجهة وهما: تطبيق معادلة Xكرومباخ وطريقة التجزئة النصفية. (وليدة مرزاقه،2009،2008، ص109)

- (3) الأساليب الإحصائية:

- - النسبة المئوية:

- تعرف النسبة المئوية بأنها عملية إسناد أي رقم إلى مئة، ويمكن تحويل أي رقم إلى نسبة مئوية من خلال التعبير عن أحد الأعداد كجزء أو حصة من مجموعة من الأعداد،ويمكن حسابها باستخدام الصيغة العامة أو القانون الآتي:

النسبة المئوية: (القيمة/ القيمة الكلية) x 100% أو (الجزء/الكل) × 100%، وعليه يمكن حساب النسبة المئوية لنظام ما من خلال تقسيم عدد الأفراد أو الحاجات المراد معرفة نسبتها على العدد الكلي للمجتمع أو الحاجيات المشمولة في هذه الدراسة وضرب النتائج النهائية بالعدد 100.

- هي العدد المطلوب حساب نسبته على العدد الكلي ضرب 100.

$x/n \times 100$ (<https://www.Scribed.com>)

4) طريقة إجراء الدراسة:

تم إجراء المقابلة العيادية نصف الموجهة على كل حالة بمفردها وقد إستغرق تطبيق أدوات الدراسة حصتين مع كل حالة ،في حصة الأولى يتم فيها تطبيق دليل المقابلة العيادية أما في الحصة الثانية نطبق "مقياس الألم النفسي" ثم "مقياس إستراتيجيات المواجهة" ومكان إجراء المقابلة كان في مصلحة وهذا أثناء قيامهم بتصفية الدم.

5) صعوبات الدراسة:

كان دراسة علمية يقوم بها أي باحث لها عراقيل وصعوبات، ومن الصعوبات التي تلقيناها في بحثنا هذا نذكر ما يلي:

- رفض بعض الحالات تعاون معنا.
- صعوبة تطبيق إختبارات والقيام بالمقابلات العيادية مع المرضى خاصة خلال فترة تصفية الدم لأنهم يعانون من إرهاق جسدي.

الفصل السادس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد.

- عرض وتحليل نتائج الحالات.
- الحالة الأولى.
- الحالة الثانية.
- الحالة الثالثة.
- الحالة الرابعة.
- الحالة الخامسة.
- الحالة السادسة.
- الحالة السابعة.
- الحالة الثامنة.
- الاستنتاج العام.
- مناقشة الفرضيات.
- الاقتراحات.
- الخاتمة.

تمهيد:

بعدها تناولها في الفصل السابق الإجراءات المنهجية للدراسة و بعد القيام بجمع المعلومات والتعرف عن خصائص حالات الدراسة عن طريق الأداة المختارة، سنقوم بعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها وتقديم الاقتراحات.

- عرض وتحليل نتائج الحالات:

- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

1-1-تقديم الحالة:

تبلغ السيدة(س) من العمر 45 سنة، متزوجة وأم ل لستة أبناء، ذات مستوى تعليمي 3 متوسط، وهي ماکثة في البيت، وحالتها المادية متوسطة، كانت تعاني من كيس مائي في الكلية وهو وراثي، وهي مريضة منذ 3 سنوات، وهذا ما أدى إلى إصابتها بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما استوجب عليها القيام بتصفية الدم.

1-1-عرض وتحليل مضمون المقابلة النصف الموجهة:

وافقت السيدة(س) على إجراء المقابلة بعدما فهمت الهدف منها وكانت البداية مع الحالة الصحية والجسمية، كانت تعاني من ضغط الدم، قامت بزيارة طبيب وبعد ذلك قام بإرسالها لقيام بتحليل طبية، وإتضح أنها تعاني من كيس مائي في كليتها، حيث أعطى لها الطبيب الدواء وحمية لمدة 6 أشهر وبدأت عملية تصفية الدم.

كما صرحت المفحوصة أن ردت فعلها عند التشخيص لم تكن عادية حسب قولها: «ماقبلت هذا المرض عل جال شفت ياما والميزرية تاع المرض». لم أنقبل هذا المرض لأنني رأيت أمي والمعاناة المرض" حيث صرحت أن أول عملية تصفية لها كانت خائفة لكن بعد تعودها أصبحت عادية، وتستطيع أن توفق بين المرض والتصفية وحياتها الشخصية وذلك بتنظيم وقتها،وهي تتلقى العلاج 3 مرات في الأسبوع ومدة كل جلسة 4 ساعات، والتغيرات التي لاحظتها المفحوصة على صحتها الجسدية إسوداد البشرة.

كما صرحت أنها تعودت على الألم الجسدي عند قيامها بعملية التصفية وتعاني فقط من ألم عند دخول إبرة الفيستول.

وفيما يخص الحياة العلاجية والأسرية، كانت علاقتها عادية قبل وبعد المرض لم تتغير، كما أن عائلتها بعد تلقي خبر مرضها طلبوا منها الصبر وتقبل مثل امها التي كانت تعاني من

نفس المرض، كما صرحت أنها تشعر بالوحدة خاصة عند الغضب والضيق، وأن هناك أوقات تفضل البقاء وحدها خاصة عندما تفكر في مرضها وآلة التصفية.

وفيما يخص الحالة النفسية، فقد صرحت المفحوصة أنها لم تتقبل مرضها وكان صدمة بنسبة لها حيث كانت تفكر أنها ستعاني مثل أمها، وبعد مرور الوقت تقبلت وتعايشت معه وذلك خوف من أن تصاب بأمراض أخرى بسبب تفكيرها في المرض، وحالتها النفسية بعد المرض أصبحت تعاني من الضغط والضيق، وهي تعاني من اضطرابات النوم، وأن نظرتها لنفسها تغيرت بعد المرض حيث أصبحت تشعر بالنقص، إلا أنها تشعر براحة نفسية عندما تأتي إلى مصلحة تصفية الدم.

كما أنها تراودها بعض الأفكار السلبية وذلك بسبب خوفها أن يصاب أولادها بهذا المرض كونه وراثي، وتشعر بالقلق خاصة في دقائق الأخيرة قبل انتهاء من التصفية، فهي في بعض الأحيان تشعر بالحزن والاكتئاب لأنها لا تستطيع القيام بكل ما تريد، و لم تجد صعوبات في تأقلم مع المرض، لأنها تدرك مدى صعوبته، والعيش معه مدى الحياة وهذا أمر مرهق، تشعر بالفراغ والملل عندما تكون بمفردها في المنزل، وتتكلم عن مرضها بأنه نقص فيها كونها تختلف عن الشخص العادي، وتعاني من الضغط عندما تواجهها مشكلة تبكي وتسكت، وتغضب قليلا، وأنها تصبر عند تلقي مشكلة وتخفف عن نفسها عند الخروج الى جيرانها وتحكي لهم وأنها تعاني من الضيق واليأس حول مشكلتها.

كما أنها تحب مشاركة مشاعرها مع جيرانها، وتحاول إقناع الناس عندما يكون رأيها على صواب، وتطلب المساعدة من الأخصائي النفسي عند مواجهها مشكلة.

أما بالنسبة لطموحاتها المستقبلية تأمل تأدية العمرة.

1-2- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى على مقياس الألم النفسي:

بعد الانتهاء من تطبيق المقابلة العيادية تم تطبيق مقياس الألم النفسي والذي حصلت فيه

المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

- جدول رقم 4 نتائج الحالة الأولى على مقياس الألم النفسي:

البعد	الدرجة	دلالة الدرجة
الاكتئاب	12	تعاني من الاكتئاب
القلق	8	لا تعاني من القلق
الضغط	13	تعاني من الضغط
الألم النفسي	33	تعاني من الألم النفسي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول تحصلت الحالة على الدرجة (33) وتبين أن هذه الحالة تعاني من الألم النفسي التي تمثل في وجود أعراض الاكتئاب حيث تحصلت على (12) درجة وذلك ظهر من خلال استجابتها تنطبق علي تماما على البنود (13) و(16) "شعرت بالحزن و الاكتئاب" وعجزت على التحمل لأي شيء" وهي كذلك تشعر بالضغط حيث تحصلت على الدرجة (13) وتأكد ذلك من خلال استجابات على البنود (01) و(12) بأقصى درجة (03) تطبق على تماما فهي تجد صعوبة في ان تهدأ وكذلك تجد صعوبة في الاسترخاء، وهي لا يشعر بالقلق حيث تحصلت على درجة(08) التي تشير الى عدم وجود أعراض القلق.

1-3- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى على مقياس استراتيجيات المواجهة:

بعد الإنتهاء من تطبيق مقياس الألم النفسي تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة الذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم(05) نتائج الحالة الأولى على مقياس استراتيجيات المواجهة:

النسبة المئوية	النتيجة	الإستراتيجية
$\frac{29 \times 100}{40} = 72\%$	29من40	المواجهة المركزة حول المشكل
$\frac{25 \times 100}{36} = 69\%$	25من36	المواجهة المركزة حول الانفعال
$\frac{25 \times 100}{32} = 78\%$	25من32	المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن أكثر الاستراتيجيات استخداما هي الاستراتيجيات المركزة حول المساندة الاجتماعية بنسبة 78%، حيث تحصلت على أقصى درجة (04) كثيرا جدا على معظم البنود منها البند رقم(03) و(09) وغيرها «حدثت شخص عما أحسست به» " وطلبت نصائح من شخص جدير الاحترام واتبعته". ثم تليها استراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 72% وأخيرا استراتيجيات المركزة حول الانفعال بنسبة 69%.

خلاصة العامة للحالة الاولى:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة، وما توصلنا اليه أيضا خلال نتائج مقياس الألم النفسي ان الحالة تعاني من الألم النفسي بدرجة (33) وهذا ما يتوافق مع المقابلة العيادية من خلال قولها إنها تشعر بالحزن والإكتئاب لأنها لا تستطيع القيام بكل ما تريد. أما فيما يخص استراتيجيات المواجهة نجد الحالة تعتمد على إستراتيجية المواجهة المركزة حول المساندة الاجتماعية بنسبة 78% وهو ما ظهر كذلك أثناء المقابلة العيادية من خلال قولها إنها تحب مشاركة مشاعرها مع جيرانها وتطلب المساعدة من الأخصائي النفسي عندما تواجهها مشكلة.

عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

2- تقديم الحالة:

تبلغ السيدة (ح) من العمر 39 سنة، عزباء ، تعيش مع أسرتها المتكونة من الأم والأب و 8 إخوة، وهي الرتبة الثالثة في إخوانها، لديها مستوى تعليمي متوسط، وهي خياطة ماکثة في البيت، وحالتها المادية متوسطة، وتعاني من إنتفاخ الكلية ،وهي مريضة منذ 21 سنة، وذلك نتيجة إصابتها بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما إستوجب عليها القيام بتصفية الدم.

2-1- عرض وتحليل مضمون المقابلة نصف الموجهة:

وافقت السيدة (ح) على إجراء المقابلة بعدما فهمت الهدف منها وكانت البداية مع الحالة الصحية والجسمية، فهي كانت تعاني من إنتفاخ الكلية وهذا راجع إلى الصدمة بسبب الزلزال، وهذا ما سبب لها نزيف داخلي، وأدى إلى دخولها المستشفى وإتباع العلاج لمدة 6 سنوات حول القصور الكلوي المزمن، ثم بدأت عملية تصفية الدم ،حيث قبل تشخيص المرض كانت تعاني من ألآم في رأس ،غثيان، إرتفاع في ضغط الدم، كما صرحت المفحوصة أن ردة فعلها عند التشخيص كانت مصدومة وتبكي لأنها لم تكن تنتظر المرض ،وأول عملية تصفية لها

كانت خائفة خاصة من الحقن، وهي تتلقى العلاج 3 مرات في الأسبوع ومدة كل جلسة 3 ساعات ونصف، والتغيرات التي لاحظتها المفحوصة على صحتها الجسدية التعب، إسوداد البشرة، إنتفاخ اليد بسبب الفستول.

كما صرحت أنها تشعر بألام جسدي عند عملية تصفية وفيما يخص الحياة العلائقية والأسرية، أن علاقتها بأسرتها عادية ولم تتغير حيث لكنها بعد المرض أصبحت مميزة أكثر، حيث أن عائلتها لم تتقبل خبر مرضها خاصة أمها، كما تشعر أحيانا أنها وحيدة، ولكنها لا تفضل بقاء لوحدها كونها إجتماعية.

وفيما يخص الحالة النفسية فقد صرحت المفحوصة أنها لم تتقبل مرضها لكن بعد مرور سنوات تقبلته وتعاشيت معه، وبعد المرض حياتها نفسية أصبحت صعبة حيث تعاني من الإكتئاب والقلق، وهي تحس بالإنفعال والغضب خاصة في أونة الأخيرة، وتعاني من إضطرابات النوم، كما أن نظرتها لنفسها تغيرت بعد المرض حيث تلوم نفسها، لولا المرض تكونت أسرة ومستقبل، والأوقات التي تشعر براحة نفسية عندما تقوم بطبخ والخياطة فقد صرحت المفحوصة عند وصفها لحالتها النفسية أنها متعبة وتراودها أفكار السلبية وفي الكثير من أحيان تتمنى إنعزال عن العالم، ولا تشعر بألم نفسي أثناء قيام بعملية تصفية بل تشعر براحة، كما صرحت المفحوصة تحس بالقلق لأنها لا تستطيع تجاوز هذه الوضعية ورغم تقبلها لكنها تحسه عبئ عليها، وتعاني من الملل والفراغ، كما صرحت المفحوصة أنها تشعر بنقص كونها مريضة لكن لا تتكلم لناس عن هذا وأن هذا المرض سبب لها الضغط خاصة في سنتين الأخيرتين.

أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة عندما تواجهها مشكلة تقوم بالبكاء، وأنها تتفعل وتغضب، وأحيان تصبر وطريقة التي تخفف عن نفسها عند مواجهة مشكل هو بكاء وتشعر بضيق، كما أنها تشعر باليأس عندما تقشل في حل المشكل، أما عند نجاحها تشعر أنها ملكت كل دنيا.

كما تحب مشاركة مشاعرها مع آخرين وتطلب المساعدة من الأخصائي النفسي عندما تواجهها مشكلة.

أما بالنسبة لطموحاتها المستقبلية، لم يعد لها طموحات بسبب مرضه.

2-2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية على مقياس الألم النفسي:

بعد الإنتهاء من تطبيق المقابلة العيادية تم تطبيق مقياس الألم النفسي والذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

• جدول رقم (06) نتائج الحالة الثانية على مقياس الألم النفسي:

البعد	الدرجة	دلالة الدرجة
الإكتئاب	11	تعاني من الإكتئاب
القلق	12	تعاني من القلق
الضغط	12	تعاني من الضغط
الألم النفسي	35	تعاني من الألم النفسي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول تحصلت الحالة على الدرجة (35) وتبين أن هذه الحالة تعاني من الألم النفسي، الذي تمثل في وجود أعراض الإكتئاب حيث تحصلت على (11) درجة، بوزن ذلك ظهر من خلال إستجابتها تنطبق علي تماما على البند (13) "شعرت بالحزن والإكتئاب " وهي كذلك تشعر بالقلق حيث تحصلت على الدرجة (12) وتؤكد ذلك من خلال إستجابات على عدد من البنود (09) و(20) بأقصى درجة تنطبق علي تماما "شعرت بالقلق حول الحالات التي قد أصاب فيها بالذعر والتي أكون فيها مغفل" و"شعرت بالخوف

دون أي مبرر مقبول " وتشعر أيضا بالضغط حيث تحصلت على (12) درجة وذلك ظهر من خلال إستجابتها تنطبق علي تماما على عدد من البنود منها (11) "وجدت نفسي مغفلا".

2-3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

بعد الإنتهاء من تطبيق مقياس الألم النفسي تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة والذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (07) نتائج الحالة الثانية على مقياس استراتيجيات المواجهة:

النسبة المئوية	النتيجة	الإستراتيجية
$\frac{23 \times 100}{40} = 57\%$	23 من 40	المواجهة المركزة حول المشكل
$\frac{22 \times 100}{36} = 61\%$	22 من 36	المواجهة المركزة حول الإنفعال
$\frac{19 \times 100}{32} = 59\%$	19 من 32	المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن الأكثر الإستراتيجيات إستخداما هي إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال بنسبة 61% ،حيث تحصلت على أقصى درجة (04) كثيرا جدا على عدد البنود منها البند رقم (02) و(08) "تمنيت لو أن الوضعية إختفت وإنتهت " و "تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة " ثم " تليه إستراتيجيات المركزة حول المساندة الإجتماعية بنسبة 59% وأخيرا إستراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 57% .

خلاصة العامة للحالة الثانية:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة ،وما توصلنا إليه أيضا من خلال نتائج مقياس الألم النفسي أن الحالة تعاني من الألم النفسي بدرجة (35) ،وهذا ما يتوافق مع المقابلة العيادية من خلال قولها : "أن حياتها النفسية بعد المرض أصبحت صعبة حيث تعاني من الإكتئاب والقلق ،أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة نجد الحالة تعتمد على إستراتيجية المواجهة المركزة حول الإنفعال بنسبة %61 ،وهو ما ظهر كذلك أثناء المقابلة العيادية من خلال قولها: عندما تواجهها مشكلة تنفعل وتغضب.

عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:

3- تقديم الحالة:

يبلغ السيد (ع) 33 سنة، متزوج وأب لطفلين، لديه مستوى تعليمي متوسط ، وهو تاجر الخضر، حالته المادية متوسطة، يعاني من ضغط الدم وهو مريض منذ عام و 9 أشهر، وذلك نتيجة إصابته بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما إستوجب عليه القيام بتصفية الدم.

3-1) عرض وتحليل مضمون المقابلة النصف الموجهة:

وافق السيد (ع) على إجراء المقابلة بعدما فهم الهدف منها وكانت البداية مع الحالة الصحية والجسمية ،فهو كان يعاني من الصدمة النفسية لأن أخته ماتت أمامه وهذا ما تسبب ضغط الدم ، وبعدها قام بتحاليل الطبية إتضح أنه مصاب بالقصور الكلوي المزمن وتم إرساله إلى الإستعجالات وبعد 19 يوم بدأ تصفية الدم ،كما صرح المفحوص أن رد فعله كانت عادية عند تأكده من المرض حيث أنه لا يعرفه أصلا ،وأول عملية تصفية قام بها بنسبة له كانت عادية لأنها لم تؤلمه ،كما صرح أنه يوفق بين حياته المرضية وشخصية وحسبه لم يتغير شيء ،وهو يتلقى العلاج 3 مرات في الأسبوع ومدة كل جلسة 4 ساعات ،وأنه لم يلاحظ أي تغيرات في صحته الجسدية، كما صرح أنه يشعر بألم جسدي عند عملية تصفية خاصة الإرهاق.

وفيما يخص الحياة العلائقية والأسرية، علاقته مع أسرته لم تتغير حتى أنهم لا يظهرو له أنه مريض خاصة أمه وزوجته، ورد فعل عائلته بعد تلقي خبر مرضه كان رد فعل هستيري خاصة زوجته لم تتقبل مرضه، حيث أنها كانت في مرحلة ما بعد الولادة أي النفوس، كما صرح أنه لا يشعر بالوحدة، فهو يحب في بعض أوقات البقاء لوحده وهذا كان أيضا قبل مرضه .

وفيما يخص الحالة النفسية فإن شعوره كان عادي ولم يتزعزع منه شيء عند تلقي خبر مرضه ،حيث أنه تقبل مرضه وتعايش معه ،وحالته نفسية لم تتغير بعد المرض، كما صرح أنه إنسان هادئ وقليل الغضب، وهو لا يعاني من اضطرابات النوم ولا الشهية. ونظرته لنفسه لم تتغير، والأوقات التي يشعر بها براحة هو عندما يخرج في نزهة.

وأحيانا تراوده أفكار سلبية، وأنه لا يشعر بتعب نفسي أثناء القيام بعملية التصفية ولم يحس بالقلق لأنه لا يستطيع تجاوز هذه الوضعية، لأن حسب قوله كل عائلته أرادوا إعطائه كلية لكنه لم يقبل، وأنه يشعر بالحزن وإكتئاب أحيانا من آلة التصفية ،كما أنه تأقلم من اليوم الأول ولم يجد صعوبة ،حيث أنه لا يشعر بالفراغ والملل لأن برنامجه الأسبوعي يكون مكثف في علاج والعمل ولا يعتبر مرضه أنه نقص فيه ولم يسبب له الضغط.

أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة عندما يواجهه مشكل رد فعله يختلف حسب نوع المشكل ،فهو لا ينفعل ولا يغضب عندما تواجهه مشكلة حيث يحاول حلها بهدوء ويصبر ،حيث يخفف عن نفسه بالخروج بالسيارة ويشعر بضيق واليأس عند تواجهه مشكلة، كما صرح أن مشاعره يشاركها فقط مع صديقه وهو لا يطلب المساعدة من الأخصائي النفسي لحل مشكلته.

أما بالنسبة لطموحاته المستقبلية، أنه يريد فتح مشروع تربية الأسماك ومشروع زراعة البرتقال واليغون لديه رغبة كبيرة في ذلك وصديقه يدعمه.

3-2) عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة على مقياس الألم النفسي:

بعد الإنتهاء من تطبيق المقابلة العيادية تم تطبيق مقياس الألم النفسي والذي تحصلت فيه المفحوص على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (08) نتائج الحالة الثالثة على مقياس الألم النفسي:

البعد	الدرجة	دلالة الدرجة
الإكتئاب	5	لا يعاني من الإكتئاب
القلق	3	لا يعاني من القلق
الضغط	8	لا يعاني من الضغط
الألم النفسي	16	لا يعاني من الألم النفسي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول تحصل الحالة على الدرجة (16) وتبين أن الحالة لا يعاني من الألم النفسي، والذي يتمثل في عدم وجود أعراض الإكتئاب حيث تحصل على درجة (05)، وهو كذلك لا يشعر بالقلق حيث تحصل على درجة (03)، والتي يشير إلى عدم وجود أعراض القلق، وهو لا يشعر بالضغط حيث تحصل على درجة (08) ويشير إلى عدم وجود أعراض الضغط.

3-3) عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

بعد الإنتهاء تطبيق مقياس الألم النفسي تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة والذي تحصل فيه المفحوص على النتائج المبينة في الجدول التالي:

- جدول رقم (9) نتائج الحالة على مقياس استراتيجيات المواجهة:

النسبة المئوية	النتيجة	الإستراتيجية
$\frac{29 \times 100}{40} = 72\%$	29 من 40	المواجهة المركزة حول المشكل
$\frac{25 \times 100}{36} = 69\%$	25 من 36	المواجهة المركزة حول الإنفعال
$\frac{20 \times 100}{32} = 62\%$	20 من 32	المركزة حول المساندة الإجتماعية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن الأكثر الإستراتيجيات إستخداما هي إستراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 72%، حيث تحصل على أقصى درجة (04) كثيرا جدا على البند رقم (01) و(07) "وضعت خطة عمل وإتبعتها" و"تغيرت بشكل إيجابي (إلى الأحسن)" ثم تليه إستراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال بنسبة 69%، وأخيرا إستراتيجيات المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية بنسبة 62% .

خلاصة العامة للحالة الثالثة:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة، وما توصلنا إليه أيضا خلال نتائج مقياس الألم النفسي أن الحالة لا يعاني من الألم النفسي بدرجة (16)، وهذا ما يتوافق مع المقابلة العيادية من خلال قوله، أنه لا يحس بالقلق لأنه لا يستطيع تجاوز هذه الوضعية وأنه لا يشعر بالفراغ والملل أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة نجد الحالة يعتمد على إستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل بنسبة 72% وهذا ما ظهر كذلك أثناء المقابلة العيادية من قوله "أنه عندما تواجهه مشكلة لا ينفعل ولا يغضب ويحاول حلها بهدوء وبصبر".

4- عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة:

(4)- تقديم الحالة:

تبلغ السيدة (ب) 41 سنة عزباء، تعيش مع والديها وأخوتها 9 وهي الصغيرة في إختها، لديها مستوى تعليمي متوسط، وهي مأكثة في البيت، وحالتها المادية عادية، وتعاني من توقف الكلى فهو مرض وراثي، وهي مريضة منذ 17 سنة، وذلك نتيجة إصابتها بالقصور الكلوي المزمن، وهذا إستوجب عليها القيام بتصفية الدم.

4-1) عرض وتحليل مضمون المقابلة النصف الموجهة:

وافقت السيدة (ب) على إجراء المقابلة بعدما فهمت الهدف منها، وكانت البداية مع الحالة الصحية والجسمية فهي كانت تعاني من ألم وغثيان، بعد القيام بتحليل إتضح أنها تعاني من توقف الكلى، وهذا أدى إلى دخولها المستشفى وبداية العلاج وكان رد فعلها عند تأكد من وكان المرض عادي لأنها تعرف المرض، أول عملية تصفية قامت بها كانت صعبة بنسبة لها حيث ظهرت آثار السلبية عليها، صعوبة المشي، الحمى، حساسية، وهي تتلقى العلاج 3 مرات في الأسبوع ومدة كل جلسة 4 ساعات، والتغيرات التي لاحظتها المفحوصة على صحتها الجسدية، إسوداد البشرة، آثار الفاستول في اليد وهذا ما أدى إلى إنتفاخها، ومع زيادة الوزن.

كما صرحت أنها تشعر بالألم جسدي خاصة في الآونة الأخيرة ذلك بسبب آلة تصفية.

وفيما يخص الحياة العلائقية والأسرية، علاقتها بأسرتها جيدة قبل وبعض المرض، ورد فعل عائلتها بعد تلقي المرض كان البكاء و الحسرة عليها، كما صرحت أن حالتها النفسية تغيرت بعد المرض حيث أصبحت قلقة، وتشعر بالإنفعال والغضب إذ كان سبب، كما أن المفحوصة تعاني من إضطرابات النوم، وأن نظرتها لنفسها تغيرت بعد المرض، والأوقات التي تشعر براحة.

عندما تحكي ما يؤلمها لصديقتها المقربة.

وتراودها أحيانا بعض الأفكار السلبية ولكن تتغلب عليها، وأنها تشعر بتعب نفسي خاصة عندما تكون متعبة من آلة تصفية وأنها تشعر بالحزن و الاكتئاب، كما فرحت أيضا أنها تأقلمت مع المرض رغم الألم و المعاناة، كما تشعر بالخوف من ألم قبل بداية العلاج، وهي تشعر بالفراغ و الملل كونها مأكثة في البيت، وهي لا تنظر مرضها كأنه نقص فيها، لكن هذا المرض سبب لها قليل من الضغط.

أما فيما يخص استراتيجيات المواجهة عندما تواجهها مشكلة تحاول حلها بهدوء، لكنها تتفعل و تغضب، وأنها تصبر عندما تتلقى مشكلة، وتشعر بالضيق و اليأس، كما أنها لا تحب مشاركة مشاعرها مع الغرباء كما أن المفحوصة تطلب المساعدة عندما تواجهها مشكلة من أخصائي نفسي.

أما بالنسبة لطموحاتها المستقبلية، ليس لديها أي طموح.

4-2) عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة على مقياس الألم النفسي:

بعد الإنتهاء من تطبيق المقابلة العيادية تم تطبيق مقياس الألم النفسي والذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

- جدول رقم (10) نتائج الحالة الرابعة على مقياس الألم النفسي.

البعد	الدرجة	دلالة الدرجة
الإكتئاب	12	تعاني من الإكتئاب
القلق	10	تعاني من القلق
الضغط	10	تعاني من الضغط
الألم النفسي	32	تعاني من الألم النفسي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول تحصلت الحالة على الدرجة (32) وتبين أن الحالة تعاني من الألم النفسي، الذي تمثل في وجود أعراض الإكتئاب حيث تحصلت على (12) درجة، وذلك ظهر من خلال إستجابتها تنطبق على تماما على البند (05) "وجدت صعوبة في المبادرة بفعل الأشياء، وهي كذلك تشعر بالقلق حيث تحصلت على الدرجة (10) وتؤكد ذلك من خلال إستجابتها على البند (07) بأقصى درجة تنطبق علي تماما "أصابني إرتجاف (مثلا في الأيدي)، وتشعر أيضا بالضغط حيث تحصلت على (10) درجة وذلك ظهر من خلال إستجابتها تنطبق علي بدرجة كبيرة على البند (06) و(14) "أميل إلى المبالغة في ردود أفعالي إتجاه المواقف و"وجدت نفسي مغفلا".

3-4) عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

بعد الإنتهاء من تطبيق مقياس الألم النفسي تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة الذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

• جدول رقم (11) نتائج الحالة الرابعة على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

النسبة المئوية	النتيجة	إستراتيجية
$\frac{23 \times 100}{40} = 57\%$	23 من 40	المواجهة المركزة حول المشكل
$\frac{23 \times 100}{36} = 63\%$	23 من 36	المواجهة المركزة حول الإنفعال
$\frac{21 \times 100}{32} = 65\%$	21 من 32	المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن الأكثر الإستراتيجيات إستخداما هي إستراتيجيات المركزة حول المساندة الإجتماعية بنسبة 65%، حيث حصلت على أقصى درجة (03) كثيرا، على البند رقم (03) و(06) "حدثت شخصا عما أحسست به" و"ألمست مساعدة إختصاصي وقيمت بما نصحني به"، ثم تليه إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال بنسبة 63%، وأخيرا إستراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 57% .

خلاصة عامة للحالة الرابعة:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة، وما توصلنا إليه خلال نتائج مقياس الألم النفسي أن الحالة تعاني من الألم النفسي بدرجة (32) وهذا ما يتوافق مع المقابلة العيادية من خلال قولها "أنها تشعر بالحزن والإكتئاب".

أما فيما يخص مقياس إستراتيجيات المواجهة نجد الحالة تعتمد على إستراتيجية المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية وهذا لم يظهر أثناء المقابلة العيادية من قولها أنها لا تحب مشاركة مشاعرها مع الغرباء.

- عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة:

5- تقديم الحالة:

تبلغ السيدة (ص) من العمر 29 سنة، مخطوبة تعيش مع أسرتها المتكونة من الأم والأب و 9 إخوة، وهي الرتبة الخامسة في إختها، لديها مستوى تعليمي ابتدائي، وهي مأكثة في البيت، وحالتها المادية متوسطة، وتعاني من فقر الدم، وهي مريضة منذ 18 سنة، وذلك نتيجة إصابتها بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما إستوجب عليها القيام بتصفية الدم.

5-1) عرض وتحليل مضمون المقابلة النصف الموجهة:

وافقت السيدة (ص) على إجراء المقابلة بعدما فهمت الهدف منها وكانت البداية مع الحالة الصحية والجسمية فهي كانت تعاني من فقر الدم، وتلقت العلاج لمدة 4 سنوات ما أدى إلى إصابتها بالقصور الكلوي المزمن الذي شخصت به بعد قيامها بالتحاليل تم إرسالها مباشرة إلى مستشفى وبقيت لمدة شهرين ونصف، وعند خروجها بدأت بتلقي العلاج الذي يتمثل في تصفية الدم، كما صرحت المفحوصة أن ردة فعلها عند التشخيص كانت عادية لأنها كانت صغيرة لا تعرف شيئاً عن المرض وكانت أولى عملية تصفية لها عادية حسب قولها: (كنت صغيرة منعرفش ومحسيتش بوالو) "كنت صغيرة ولا أعرف ولم أشعر بشيء" وهي تتلقى العلاج 3مرات في الأسبوع ومدة كل جلسة 3 ساعات ونصف، والتغيرات التي لاحظتها المفحوصة على صحتها الجسدية إساداد الوجه، التعب، القلق.

كما صرحت أنها تشعر بآلام جسدي عند قيامها بعملية التصفية حسب قولها: "راسي يوجعني وعندي حمة ويجيني لقايا" بمعنى "راسي يؤلمني، الحمى، والغثيان".

وفيما يخص الحياة العلائقية والأسرية كانت علاقتها بأسرتها عادية ولكن بعد المرض أصبحوا يخافون عليها كثيرا، كما كانت ردة فعل عائلتها بعد تلقي خبر مرضها بالقلق والخوف من موتها، كما صرحت أنها لا تشعر أنها وحيدة، وأنها لا تفضل البقاء لوحدها.

وفيما يخص الحالة النفسية فقد صرحت المفحوصة أنها تقبلت مرضها وتعايشت معه لأنها كبرت معه، وحالتها النفسية أصبحت عادية بعد المرض، وهي تحس غالبا بالإنفعال والغضب لكنها تخرجه، وهي تعاني أيضا من تقلبات في الشهية، وأن نظرتها لنفسها لم تتغير قبل وبعد المرض، كما صرحت المفحوصة أنها تشعر براحة نفسية عند تصفية الدم.

فلقد صرحت المفحوصة عند وصفها لحالتها النفسية أنها جيدة ولا تشعر بالتوتر ولا تراودها أفكار سلبية، وتشعر أحيانا بالتعب النفسي أثناء القيام بعملية التصفية، وهي لا تشعر بالحزن ولا تعاني من الإكتئاب ولا الضغط، كما صرحت أيضا أنها لم تجد صعوبات لتأقلم مع مرضها، إلا أنها أحيانا تشعر بالفراغ، وأنها لا تتحدث عن مرضها أنه نقص فيها.

أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة عندما تواجهها مشكلة تعاني من التفكير الزائد والقلق، ولكنها لا تتفعل ولا تغضب وتكون صبورة ولا تشعر بالضيق واليأس، كما أنها تشعر بالقلق عندما تفشل في حل مشكلتها وراحة عندما تنجح في حلها، كما أنها تحب مشاركة مشاعرها مع الآخرين وتحاول إقناع الناس عندما يكون رأيها على صواب، وتطلب المساعدة من الأخصائي النفسي عندما تواجهها مشكلة.

أما بالنسبة لطموحاتها المستقبلية تتلخص في العيش في صحة والهناء مع زوجها المستقبلي وتكوين أسرة.

5-2) عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة على مقياس الألم النفسي:

بعد الإنتهاء من تطبيق المقابلة العيادية تم تطبيق مقياس الألم النفسي والذي تحصلت فيه المفحوصة على نتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (12) نتائج الحالة الخامسة على مقياس الألم النفسي:

البعد	الدرجة	دلالة الدرجة
الإكتئاب	1	عدم وجود الإكتئاب
القلق	4	لا تعاني من القلق
الضغط	3	لا تعاني من الضغط
الألم النفسي	8	لا تعاني من الألم النفسي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول تحصلت الحالة على الدرجة (08) وتبين أن هذه الحالة لا تعاني من الألم النفسي الذي تمثل في عدم وجود أعراض الإكتئاب حيث تحصلت على درجة واحدة، وهي كذلك لا تشعر بالقلق حيث تحصلت على الدرجة (04) والتي تشير إلى عدم وجود أعراض القلق، وهي لا تشعر بالضغط حيث تحصلت على درجة (03) التي تشير إلى عدم وجود أعراض الضغط.

5-3) عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

بعد الإنتهاء من تطبيق مقياس الألم النفسي تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة الذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (13) نتائج الحالة الخامسة على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

النسبة المئوية	النتيجة	إستراتيجية
$\frac{30 \times 100}{40} = 75\%$	30 من 40	المواجهة المركزة حول المشكل
$\frac{15 \times 100}{36} = 41\%$	15 من 36	المواجهة المركزة حول الإنفعال
$\frac{21 \times 100}{32} = 65\%$	21 من 32	المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن أكثر الإستراتيجيات إستخداما هي إستراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 75%، حيث تحصلت على أقصى درجة (04) كثيرا جدا على معظم البنود، منها البند رقم (01) و(16) وغيرها، "وضعت خطة عمل واتبعتها" وخرجت أقوى من هذه الوضعية" ثم تليه إستراتيجيات المركزة حول المساندة الإجتماعية بنسبة 65%، وأخيرا إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال بنسبة 41% .

• خلاصة العامة للحالة الخامسة:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة، وما توصلنا إليه أيضا خلال نتائج مقياس الألم النفسي أن الحالة لا تعاني من الألم النفسي بدرجة منخفضة (08) وهذا ما يتوافق مع المقابلة العيادية من خلال قولها أنها لا تشعر بالحزن ولا تعاني من الإكتئاب ولا الضغط، أما فيما يخص مقياس إستراتيجيات المواجهة نجد الحالة تعتمد على إستراتيجية مواجهة المركزة حول المشكل بنسبة 75% وهو ما ظهر كذلك أثناء المقابلة العيادية من خلال قولها أنها عندما تواجهها مشكلة تكون صبورة ولا تشعر بالضيق واليأس.

• عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة:

6- تقديم الحالة:

تبلغ السيدة (ت) من العمر 46 سنة، مطلقة، تعيش مع أسرتها المتكونة من الأب والأم و 6 إخوة، وهي الرتبة الثالثة في إخوانها، لديها مستوى تعليمي ابتدائي، مأكثة في البيت، وحالتها المادية متوسطة، وتعاني من الغثيان والقيء، وهي مريضة منذ 16 سنة، وذلك نتيجة إصابتها بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما إستوجب عليها القيام بتصفية الدم.

6-1 عرض وتحليل مضمون المقابلة النصف الموجهة:

وافقت السيدة (ت) على إجراء المقابلة بعدما فهمت الهدف منها فكانت البداية مع الحالة الصحية والجسمية فهي كانت تعاني من غثيان وقيء بسبب إصابتها بالقصور الكلوي المزمن الذي شخصت به بعد قيامها بالتحاليل ثم إرسالها مباشرة إلى مستشفى وبدأت مباشرة بتلقي العلاج الذي يتمثل في تصفية الدم، كما صرحت المفحوصة أن ردة فعلها عند التشخيص بالبكاء وعدم القبول وكانت أولا عملية تصفية لها صعبة حسب قولها: (في الأول جامي أتقبلت وكنت نبكي بزاف ونخاف أنموت وكانت أولى عملية تصفية ليا صعبة بزاف) "في البداية لم أتقبل وكنت أبكي كثيرا وأخاف أن أموت وكانت أولى عملية تصفية صعبة كثيرا"، وهي تتلقى العلاج 3 مرات في الأسبوع ومدة كل جلسة 3 ساعات ونصف، والتغيرات التي لاحظتها المفحوصة على صحتها الجسدية ظهور بقع سوداء على جسمها، وسقوط شعرها كما صرحت أنها تشعر بالآلام جسدي عند قيامها بعملية التصفية.

وفيما يخص الحياة العلائقية والأسرية كانت علاقتها بأسرتها عادية ولم تتغير بعد المرض، كما كانت ردة فعل عائلتها بعد تلقي خبر مرضها الخوف عليها، كما صرحت أنها تشعر دائما أنها وحيدة حسب قولها: (أشعر دائما أننا وحيدة رغم وجودهم كلهم معي) " أشعر بالوحدة رغم وجودهم معي" وأنها تفضل البقاء لوحدها.

وفيما يخص الحالة النفسية فقد صرحت المفحوصة أنها تقبلت مرضها وتعايشت معه حسب قولها: (في الأولى متقبلتش جاتني صعوبة من بعد مرور الوقت تقبلت وتعايشت مع المرض حمد لله) "في البداية لم أتقبل جأتني صعوبة لكن بعد مرور الوقت تقبلت وتعايشت مع المرض حمد لله " وحالتها النفسية متدهورة وهي تحس غالبا بالإنفعال والغضب، وهي تعاني أيضا من اضطرابات في النوم وأن نظرتها لنفسها تغيرت بعد المرض، كما صرحت المفحوصة أنها تشعر براحة نفسية عندما تخرج لتتسبح في الجبال.

فقد صرحت المفحوصة عند وصفها لحالتها النفسية أنها متدهورة وأنها تراودها بعض الأفكار السلبية، وتشعر بالتعب النفسي وأثناء القيام بعملية التصفية، وهي تشعر بالحزن وتعاني من الإكتئاب والضغط ، كما صرحت أيضا أنها وجدت صعوبات لتأقلم مع مرضها وأنها أحيانا تشعر بالفراغ والملل وأنها تتحدث عن مرضها للناس أنه نقص فيها.

أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة عندما تواجهها مشكلة تعاني من العزلة، ترغب في الجلوس لوحدها، وتتفعل وتغضب وأحيانا تكون صبورة وأحيانا لا ،وهي تشعر بالضيق واليأس، كما أنها تشعر بخيبة أمل وفقدان الأمل عندما تفشل في حل مشكلتها وراحة عندما تتجح في حلها، كما أنها لا تحب مشاركة مشاعرها مع الآخرين ولا تطلب المساعدة من الأخصائي النفسي عندما تواجهها مشكلة.

أما بالنسبة لطموحاتها المستقبلية تتمثل في الشفاء.

6-2) عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة على مقياس الألم النفسي:

بعد الإنتهاء من تطبيق المقابلة العيادية تم تطبيق مقياس الألم النفسي والذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول:

جدول رقم (14) نتائج الحالة السادسة على مقياس الألم النفسي:

البعد	الدرجة	دلالة الدرجة
الإكتئاب	17	يعاني من الإكتئاب
القلق	6	لا تعاني من القلق
الضغط	16	تعاني من الضغط
الألم النفسي	39	تعاني من الألم النفسي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول تحصلت الحالة على الدرجة (39) وتبين أن هذه الحالة تعاني من الألم النفسي الذي تمثل في وجود أعراض الإكتئاب حيث تحصلت على الدرجة (17) ذلك ظهر من خلال إستجابتها تنطبق علي تماما على البنود (03) و(10) "يبدو أنني لم أكن قادرا على تجربة أي شعور ايجابي على الاطلاق" وشعرت بانه ليس لديا ما اطلع عليه"،وهي كذلك تشعر بالضغط حيث تحصلت على الدرجة (16) وتؤكد ذلك من خلال إستجابات على البنود (01) و(12) بأقصى درجة (03) تنطبق علي تماما فهي تجد صعوبة في أن تهدأ وكذلك تجد صعوبة في الإسترخاء ،وهي لا تشعر بالقلق حيث تحصلت على درجة (06) التي تشير إلى عدم وجود أعراض القلق.

6-3) عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

بعد الإنتهاء من تطبيق مقياس الألم النفسي تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة الذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

- جدول رقم (15) نتائج الحالة السادسة على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

النسبة المئوية	النتيجة	إستراتيجية
$\frac{16 \times 100}{40} = 40\%$	16 من 40	المواجهة المركزة حول المشكل
$\frac{27 \times 100}{36} = 75\%$	27 من 36	المواجهة المركزة حول الإنفعال
$\frac{12 \times 100}{32} = 37\%$	12 من 32	المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن أكثر الإستراتيجيات إستخداما هي إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال بدرجة 75%، حيث حصلت على أقصى درجة (04) كثيرا جدا، على معظم البنود منها البند رقم (02) و(05) وغيرها "تمنيت لو أن الوضعية إختفت وإنتهت" و "تمنيت لو إستطعت تغيير ما حدث" ثم تليه إستراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 40% و أخيرا إستراتيجيات المركزة حول المساندة الإجتماعية بنسبة 37% .

خلاصة العامة للحالة السادسة:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة ،وما توصلنا إليه خلال نتائج مقياس الألم النفسي أن الحالة تعاني من الألم النفسي بدرجة متوسطة (39) وهذا ما يتوافق مع المقابلة العيادية من خلال قولها أنها تراودها بعض الأفكار السلبية وتشعر بالحزن وتعاني من الإكتئاب والضغط .

أما فيما يخص مقياس إستراتيجيات المواجهة نجد الحالة تعتمد على إستراتيجية المواجهة المركزة حول الإنفعال بنسبة 75% وهو ما ظهر كذلك أثناء المقابلة العيادية من خلال قولها أنها عندما تواجهها مشكلة تنفعل وتغضب وأنها تشعر بخيبة أمل وفقدان الأمل عندما تفشل في حل مشكلتها.

عرض وتحليل نتائج الحالة السابعة:

7- تقديم الحالة:

تبلغ السيدة (ف) من العمر 47 سنة، مطلقة، أم لطفل، تعيش مع أسرتها المتكونة من الأب و الأم و 9 إخوة، وهي الرتبة الأولى في إخوانها، لديها مستوى تعليمي ابتدائي، مأكثة في البيت وحالتها المادية متوسطة، وتعاني من الإرهاق و فقدان الشهية، وهي مريضة منذ 20 سنة، وذلك نتيجة إصابتها بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما استوعب عليها القيام بتصفية الدم.

عرض و تحليل مضمون المقابلة النصف الموجهة:

وافقت السيدة (ف) على إجراء المقابلة بعدما فهمت الهدف منها فكانت البداية مع الحالة الصحية و الجسمية فهي كانت تعاني من الإرهاق وفقدان الشهية و هذا ما أدى بإصابتها بالقصور الكلوي المزمن الذي شخصت به بعد قيامها بالتحاليل ثم إرسالها مباشرة إلى المستشفى و بدلت بتلقي العلاج الذي يتمثل في تصفية الدم، كما صرحت المفحوصة إن ردة فعلها عند التشخيص عادية لأنها لاتعرف شيئاً عن المرض حسب قولها: (جاتني عادي لان لم أكن أعرف المرض) "كانت لي عادية لأنني لم أكن أعرف شيئاً عن المرض" وكانت أولى عملية تصفية لها عادية وهي تتلقى العلاج 3 مرات في الأسبوع ومدة ما جلسة 3 ساعات ونصف، ولم تلاحظ أي تغيرات على صحتها الجسدية.

وفيما يخص الحياة العلائقية والأسرية كانت علاقتها بأسرتها عادية ولم تتغير بعد المرض، كما كانت ردة فعل عائلتها بعد تلقي خبر مرضها الخوف لأنهم لا يعرفون المرض، كما صرحت أنها لاتشعر أنها وحيدة، وأنها تفضل البقاء وحدها.

وفيما يخص الحياة النفسية صرحت المفحوصة أنها تقبلت مرضها وتعايشت معه، وحالتها النفسية أصبحت عادية بعد المرض، ولاتحسن بالانفعال والغضب، وهي تعاني من اضطرابات في الشهية والنوم، وأن نظرتها لم تتغير قبل وبعد المرض، وأنها تشعر براحة نفسية عندما تقوم بأشغال البيت.

صرحت المفحوصة عند وصفها لحالتها النفسية أنها عادية ولا تراودها أفكار سلبية وتشعر أحيانا بالتعب النفسي، ولا تشعر بالحزن ولا تعاني من الاكتئاب و الضغط، كما صرحت أنها لم تجد صعوبات لتأقلم مع مرضها، و أنها تشعر أحيانا بالفراغ والملل، وأنها لا تتحدث عن مرضها أمام الناس.

أما فيما يخص استراتيجيات المواجهة عندما تواجهها مشكلة تعاني من القلق والبحث عن حل مشكلتها ولا تتفعل ولا تغضب وتكون صبورة ولا تشعر بالضيق واليأس، كما أنها تشعر بالقلق عندما تفشل في حل مشكلتها وسعادة عندما تنجح في حلها، كما أنها لا تحب مشاركة مشاعرها مع الآخرين، ولا تحاول إقناع الناس عندما يكون رأيها على صواب، ولا تطلب المساعدة من الأخصائي النفسي عندما تواجهها مشكلة.

أما بالنسبة لطموحاتها المستقبلية تتلخص في العيش في صحة وهناء، و يكبر ابنها ويتزوج.

7-2- عرض و تحليل نتائج الحالة السابعة على مقياس الألم النفسي:

بعد الانتهاء من تطبيق المقابلة العيادية تم تطبيق مقياس الألم النفسي و الذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (16) نتائج الحالة السابعة على مقياس الألم النفسي:

البعد	الدرجة	دلالة الدرجة
الاكتئاب	6	لا تعاني من الاكتئاب
القلق	5	لا تعاني من القلق
الضغط	1	لا تعاني من الضغط
الألم النفسي	12	لا تعاني من الألم النفسي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول تحصلت الحالة على الدرجة (12) وتبين أن الحالة لا تعاني من الألم النفسي.

الذي تمثل في عدم وجود أعراض الاكتئاب حيث تحصلت على الدرجة (06)، وهي كذلك لا تشعر بالقلق حيث تحصلت على الدرجة (05) و التي تشير إلى عدم وجود أعراض القلق، وهي كذلك لا تشعر بالضغط حيث تحصلت على درجة واحدة و التي تشير إلى عدم وجود أعراض الضغط.

7-3- عرض وتحليل نتائج الحالة السابعة على مقياس استراتيجيات المواجهة:

بعد الانتهاء من تطبيق مقياس الألم النفسي تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة الذي تحصلت فيه المفحوصة على النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم(17) نتائج الحالة السابعة على مقياس استراتيجيات المواجهة:

الإستراتيجية	النتيجة	النسبة المئوية
المواجهة المركزة حول المشكل	23من40	$\frac{23 \times 100}{40} = 57\%$
المواجهة المركزة حول الانفعال	17من36	$\frac{17 \times 100}{36} = 47\%$
المواجهة المركزة حول المساندة الاجتماعية	10من32	$\frac{10 \times 100}{32} = 31\%$

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن أكثر الاستراتيجيات استخداما في الاستراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 57% حيث تحصلت على أقصى درجة (03) كثيرا على معظم البنود منها البند رقم (07) و (10) وغيرها " تغيرت بشكل ايجابي إلى الأحسن" و "عالجت الأمور واحدة بواحدة" ثم تليه استراتيجيات المركزة حول الانفعال بنسبة 47% وأخيرا استراتيجيات المركزة حول المساندة الاجتماعية بنسبة 31%.

خلاصة العامة للحالة السابعة:

من خلال المقابلة العيادية النصف المواجهة و ما توصلنا إليه أيضا خلال نتائج مقياس الألم النفسي أن الحالة لاتعاني من الألم النفسي بدرجة (12) وهذا ما يتوافق مع المقابلة العيادية من خلال قولها أنها لا تراودها أفكار سلبية ولا تشعر بالحزن ولا تعاني من الاكتئاب ولا الضغط أما فيما يخص مقياس استراتيجيات المواجهة نجد الحالة تعتمد على إستراتيجية مواجهة المركزة حول المشكل بنسبة 57% وهذا ما ظهر أثناء المقابلة العيادية من خلال قولها أنها عندما تواجهها مشكلة لا تتفعل ولا تشعر بالغضب وتكون صبورة.

عرض وتحليل نتائج الحالة الثامنة:

8- تقديم الحالة:

يبلغ السيد (م) من العمر 32 سنة، أعزب، يعيش مع أسرته المتكونة من الأم والأب و 3 إخوة، وهو في الرتبة الثانية بين إخواته لديه مستوى تعليمي متوسط، تاجر، وحالته المادية متوسطة، ويعاني من ألم في رأسه وحمى، وهو مريض منذ عامين ونصف، وذلك نتيجة إصابته بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما إستوجب عليه القيام بتصفية الدم.

8-1) عرض وتحليل مضمون المقابلة النصف المواجهة:

وافق السيد (م) على إجراء المقابلة بعدما فهم الهدف منها و كانت البداية مع الحالة الصحية والجسمية، فهو يعاني من وجع في رأسه وحمى، ما أدى به إلى إصابته بالقصور الكلوي المزمن الذي شخص به بعد قيامه بالتحاليل تم إرساله إلى مستشفى وبقي لمدة شهر وعند خروجه بدأ بتلقي العلاج الذي يتمثل في تصفية الدم، كما صرح المفحوص أن ردة فعله عند التشخيص كانت عادية لأنه لا يعرف شيئاً عن المرض حسب قوله: (جاتني عادية باسكو منعرفش هذا المرض) "جاني عادي لأن لا أعرف هذا المرض" وكانت أول عملية تصفية له صعبة وذلك لأنه كان يشعر بالألم أثناء قيامه بعملية التصفية حسب قوله: (كانت صعبة وكان عندي السطر) "كانت صعبة وكان لدي ألم " وهو يتلقى العلاج 3 مرات في الأسبوع ومدة كل جلسة 3 ساعات ونصف وأنه لم يلاحظ أي تغيرات على صحته الجسدية، كما صرح أيضا أنه يشعر بألم جسدي عند قيامه بعملية التصفية.

وفيما يخص الحياة العلائقية والأسرية كانت علاقته بأسرته جيدة لكن بعد المرض أصبحوا يخافون عليه كثيرا كما كانت ردة فعل عائلته بعد تلقي خبر مرضه بصدمة كبيرة لأنهم كانوا يعرفون المرض، كما صرح أنه لا يشعر أنه وحيد، وأنه يفضل البقاء لوحده.

وفيما يخص الحالة النفسية فقد صرح المفحوص أنه تقبل المرض وتعايش معه حسب قوله: "حمد لله تقبلت المرض وراني نتعايش معه نورمال " " الحمد لله تقبلت المرض وتعايش معه " وحالته النفسية أصبحت عادية بعد المرض، وهو لا يحس بالإنفعال والغضب، ويعاني من اضطرابات في النوم، وأن نظرتة لنفسه تغيرت، وأنه يشعر براحة نفسية عندما يذهب للتنزه مع أصدقائه.

وحالته النفسية عادية ولا تراوده أفكار سلبية، ويشعر أحيانا بالتعب النفسي أثناء قيامه بعملية التصفية، وهو لا يشعر بالحزن ولا يعاني من الإكتئاب ولا الضغط، كما صرح أنه في بداية المرض وجد صعوبات للتأقلم مع المرض لكن بعد مرور الوقت تأقلم مع مرضه وأنه يشعر بالفراغ والملل عندما يكون لوحده، وأنه لا يتحدث عن مرضه أمام الناس.

أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة عندما تواجهه مشكلة يعاني من الغضب والإنفعال، ولا يكون صبور عندما تواجهه مشكلة، ويشعر بالضيق واليأس، كما أنه يشعر بالقلق عندما يفشل في حل مشكلته وراحة عندما ينجح في حلها، كما أنه يحب مشاركة مشاعره مع الآخرين ولا يطلب المساعدة من الأخصائي النفسي عندما تواجهه مشكلة.

أما بالنسبة لطموحاته المستقبلية تتلخص في الشفاء والذهاب إلى فرنسا.

8-2) عرض وتحليل نتائج الحالة الثامنة على مقياس الألم النفسي:

بعد الإنتهاء من تطبيق المقابلة العيادية تم تطبيق مقياس الألم النفسي والذي تحصل

فيه المفحوص على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (18) نتائج الحالة الثامنة على مقياس الألم النفسي:

البعد	الدرجة	دلالة الدرجة
الاكتئاب	7	لايعاني من الاكتئاب
القلق	8	لايعاني من القلق
الضغط	7	لايعاني من الضغط
الألم النفسي	22	لايعاني من الألم النفسي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول تحصل الحالة على الدرجة (22) وتبين أن الحالة لايعاني من الألم النفسي الذي يمثل في عدم وجود أعراض الاكتئاب حيث تحصل على الدرجة (7)، وهو كذلك لايشعر بالقلق حيث تحصل على درجة (08) والتي تشير الى عدم وجود أعراض القلق، وهو كذلك لايشعر بالضغط حيث تحصل على الدرجة (07) والتي تشير الى عدم وجود أعراض الضغط.

3-8) عرض وتحليل نتائج الحالة الثامنة على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

بعد الإنتهاء من تطبيق مقياس الألم النفسي تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة الذي تحصل فيه المفحوص النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (19) نتائج الحالة الثامنة على مقياس استراتيجيات المواجهة:

النسبة المؤوية	النتيجة	الاستراتيجية
$\frac{20 \times 100}{40} = 50\%$	20 من 40	المواجهة المركزة حول المشكل
$\frac{22 \times 100}{36} = 61\%$	22 من 36	المواجهة المركزة حول الانفعال
$\frac{9 \times 100}{32} = 28\%$	9 من 32	المواجهة المركزة حول المساندة الاجتماعية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن أكثر الاستراتيجيات استخداما هي استراتيجيات المركزة حول الانفعال بنسبة 61%، حيث تحصل على أقصى درجة (04) كثيرا جدا على معظم البنود منها البند رقم (02) و (05) وغيرها.

" تمنيت لو أن الوضعية اختفت أو انتهت" و " تمنيت لو استطعت تغير ما حدث" ثم تليه استراتيجيات المركزة حول المشكل بنسبة 50%، و أخيرا استراتيجيات المركزة حول المساندة الاجتماعية بنسبة 28%

خلاصة العامة للحالة الثامنة:

من خلال المقابلة النصف الموجهة، وما توصلنا إليه أيضا خلال نتائج مقياس الألم النفسي أن الحالة لا تعاني من الألم النفسي بدرجة (22) وهذا ما يتوافق مع المقابلة العيادية من خلال قوله أنه لا يشعر بالحزن ولا يعاني من الاكتئاب ولا الضغط.

أما فيما يخص مقياس إستراتيجيات المواجهة نجد الحالة يعتمد على الإستراتيجية المواجهة المركزة حول الإنفعال بنسبة 61% وهو ما ظهر كذلك أثناء المقابلة العيادية من خلال قوله أنه عندما تواجهه مشكلة ينفعل ويغضب ولا يكون صبور .

الإستنتاج العام:

بعد جمع نتائج الحالات على مقياس الألم النفسي ومقياس إستراتيجيات المواجهة تحصلنا على النتائج التالية:

الاستنتاج العام

نتائج الحالات على مقياس الألم النفسي:

جدول رقم (20) نتائج الحالات على مقياس الألم النفسي:

الحالات	الألم النفسي الدرجة الكلية	دلالة الدرجة	الإكتئاب	دلالة الدرجة	القلق	دلالة الدرجة	الضغط	دلالة الدرجة
01	33	تعاني من الألم النفسي	12	تعاني من الإكتئاب	08	لا تعاني من القلق	13	تعاني من الضغط
02	35	تعاني من الألم النفسي	11	تعاني من الإكتئاب	12	تعاني من القلق	12	تعاني من الضغط
03	16	لا تعاني من الألم النفسي	05	لا تعاني من الإكتئاب	03	لا تعاني من القلق	08	لا تعاني من الضغط
04	32	تعاني من الألم النفسي	12	تعاني من الإكتئاب	10	تعاني من القلق	10	تعاني من الضغط
05	8	لا تعاني من الألم النفسي	01	لا تعاني من الإكتئاب	04	لا تعاني من القلق	03	لا تعاني من الضغط
06	39	تعاني من الألم النفسي	17	تعاني من الإكتئاب	06	لا تعاني من القلق	16	تعاني من الضغط
07	12	لا تعاني من الألم النفسي	06	لا تعاني من الإكتئاب	05	لا تعاني من القلق	01	لا تعاني من الضغط
08	22	لا تعاني من الألم النفسي	07	لا تعاني من الإكتئاب	08	لا تعاني من القلق	07	لا تعاني من الضغط
		4 حالات تعاني من الألم النفسي		4 حالات تعاني من الإكتئاب		حالتين تعاني من القلق		4 حالات تعاني من الضغط

من خلال الجدول تبين أن 4 حالات تعاني من الألم النفسي والتي تراوحت الدرجات بين 32 و 39 درجة، وهي كذلك تعاني من الإكتئاب (11-17) والضغط (10-16) أما القلق فهناك حالتين تعاني من القلق وهما الحالة الأولى والسادسة.

أما الحالات المتبقية فهي لا تعاني من الألم النفسي وتراوحت الدرجات بين (8-22) وكلها لا تعاني من القلق و الضغط.

• بعد جمع نتائج الحالات على مقياس إستراتيجيات المواجهة تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول التالي:

- نتائج الحالات على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

- جدول رقم (21) نتائج الحالات على مقياس إستراتيجيات المواجهة:

الحالات	الإستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل	الإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال	الإستراتيجيات المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية
01	72%	69%	78%
02	57%	61%	59%
03	72%	69%	62%
04	57%	63%	65%
05	75%	41%	65%
06	40%	75%	37%
07	57%	47%	31%
08	50%	61%	28%

من خلال الجدول تبين أن 3 حالات تعتمد على إستراتيجيات المركزة حول المشكل بكثرة مقارنة بالإستراتيجيات الأخرى الإنفعال والمساندة الإجتماعية. وهناك 3 حالات تعتمد بكثرة على إستراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال مقارنة بالإستراتيجيات المتبقية.

وحالتين تستخدم بكثرة إستراتيجيات المواجهة المركزة حول المساندة الإجتماعية. وخلاصة القول فإن الحالات تعتمد على إستراتيجيات متنوعة أهمها الإستراتيجيات المركزة حول المشكل والمركزة حول الإنفعال ومن الملاحظ أن الحالات التي تعاني من الألم النفسي تلجأ إلى إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال (حالتين 2 و6)، والمساندة الإجتماعية (حالتين 1 و4)، الأمر الذي يشير إلى عدم فعالية هاتين الإستراتيجيتين في تخفيف الألم النفسي.

أما الحالات التي لا تعاني من الألم النفسي فهي تلجأ إلى إستخدام الإستراتيجيات المركزة حول المشكل (الحالات 1، 5، 7) بإستثناء الحالة الثامنة وذلك يظهر أن هذه الإستراتيجية أكثر فعالية في تخفيف الألم النفسي.

• مناقشة الفرضيات:

هدفت الدراسة الحالية كشف الألم النفسي ونوع الإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وقد تمت صياغة الفرضيات التالية:

- **الفرضية الأولى:** يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من الألم النفسي وقد تم توصل إلى أن 4 حالات تعاني من الألم النفسي وإتضح أن الحالة الثانية والرابعة تعاني من الإكتئاب، القلق، الضغط أما الحالة الأولى والسادسة تعاني فقط من الإكتئاب والضغط أي لا تعاني من القلق ... أما بقية الحالات فهي لا تعاني من الألم النفسي (الحالة الثالثة، الخامسة، السابعة، الثامنة)، مما يشير إلى تحقيق الفرضية جزئياً، وقد إتفقت

هذه النتائج مع ما ذكرت البكوش، 2014 "التي أكدت أن العديد من الدراسات توصلت أي أن مرضى القصور الكلوي المزمن، يعانون من ألم جسدي ونفسي"

(البكوش، 2014، ص 133، 134)

وما ذهبت إليه دراسة رقيق، 2017 "أن مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من الضغط النفسي"

(رقيق، 2017)

وأيضاً دراسة LEVEBRE و OLIE (1983) "أكدت وجود إكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"

(LEVEBRE ET OLIE ,1983)

وأيضاً ما توصلت دراسة مقدار، 2015 "فكل شخص يعاني من القصور الكلوي المزمن مصاب بالقلق على حياته ومستقبله."

(مقداد، 2015، ص 63)

الفرضية الثانية: "أكثر الإستراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن من إستراتيجيات المركزة حول المشكل"، حيث أن 3 حالات من 8 حالات تعتمد على إستراتيجيات المركزة حول المشكل، و3 حالات تعتمد على إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال، وحالتين تعتمد على إستراتيجيات المركزة حول المساندة الإجتماعية، مما يشير إلى عدم تحقق الفرضية الثانية، وقد تعارضت هذه النتائج مع العديد من الدراسات منها دراسة "فوزية بن كمشي (2013)" توصلت أن عدم وجود فروق بين الجنسين في إستراتيجيات المواجهة وأن الإستراتيجية السائدة لدى كلا الجنسين هي المتمركزة حول الإنفعال لدى أفراد العينة .

(فوزية بن كمشي، 2013، ص 614)

الإقتراحات:

- بناء على نتائج الدراسة التي قمنا بها يمكن الإشارة إلى الإقتراحات التالية من أجل التكفل بفئة مرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن:
- التركيز على عملية التوعية والوقاية من المخاطر الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.
 - الإهتمام بالرعاية الصحية الأولية وتفاعلها من أجل التعرف على المرض مبكرا وبالتالي سهولة معالجته.
 - توعية الأسرة بدورها الكبير في التكافل بمرضى القصور الكلوي المزمن.
 - تشجيع البحث العلمي في مجال الأبعاد النفسية للأمراض المزمنة خاصة القصور الكلوي المزمن.
 - عمل دورات خاصة للأخصائيين النفسيين لتدريبهم على التعامل مع المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.
 - إتخاذ تدابير من أجل التخفيف من الألم النفسي لدى المرضى.

خاتمة:

يتمحور هدف من هذه الدراسة، تعرف على مدى معاناة مرضى القصور الكلوي المزمن من الألم النفسي، و إستراتيجيات المواجهة الأكثر إستخداما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن و قد توصلنا إلى نتائج التالية:

- أن 4 حالات تعاني من الألم النفسي.
 - أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل تلجأ لها 3 حالات.
- وقد ترجع هذه النتائج المتوصل إليها إلى عدة عوامل (مثلا: إجابات مختصرة بسبب التعب) التي حالت بعدم تحقق كل فرضيات الدراسة وهذا يفتح المجال للمزيد من الاهتمام و الدراسات المرتبطة بهذا، الموضوع، حيث تمثل هذه الدراسة إنطلاقة للعديد من دراسات التي تولد الجانب النفسي من المرض المزمن، و ذلك لأنه قد لا تكون نتائج كل دراسات متشابهة. وعليه فإن موضوع الألم النفسي و إستراتيجيات المواجهة، موضوع غاية في الأهمية خاصة عند هذه الفئة من المصابين.
- و في الأخير نأمل أن تفتح هذه الدراسة المجال لتناول دراسات أخرى مكملة ومعقدة لهذا الموضوع.

- أكلي، بديعة، (2014). علاقة استراتيجيات مواجهة الضغط بدرجة الاكتئاب. مجلة علوم الاجتماع والمجتمع، العدد 11. ص 293.
- ابراهيم، سعاد. وسلامة. محمد، (2011). أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية. [أطروحة ماجستر، غير منشورة]. جامعة القدس. فلسطين.
- ابو حبيب، نبيلة احمد، (2011)، الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظات غزة [أطروحة ماجستر. جامعة الازهر]. شبكة المعلومات العربية التربوية.
- <https://search.shaman.org>
- أديب، محمد الخادي. (2009). المرجع في الصحة النفسية. (ب.ط). دار روائل للنشر.
- أرون، بيك. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (عادل مصطفى، ترجمة. ط.1). دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- الأعظمي، حمدي، وبشير، غسان. (2013). الكآبة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن والمهجر - دراسة مقارنة. (ط،1). دار الدجلة.
- أمل، سليمان، وتركي، العتري، (2004). أساليب مواجهة الضغوط عند الصحبيات والمصابات بالاضطرابات. النفس جسمية "السيكوسوماتية" دراسة مقارنة [أطروحة ماجستر، جامعة الملك سعود]. جامعة الملك سعود
- <https://www.asjp.cerist.dz>

- باشا، نوال، (2009). تسيير مرضى القصور الكلوي المزمن واثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين] أطروحة ماجستر، جامعة الجزائر 1]. جامعة الجزائر
<https://biblio.univ-alger.dz.1>
- براهيمية، جهاد، (2018)، الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان [رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح]. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
<https://despace.univ.ouargla.dz>
- براهيمية، جهاد. وبوشلاق، نادية، (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. ص 309-317.
- برة علي، رفيق. (2017). التدين وعلاقته بالضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن. مجلة الأبحاث النفسية والتربوية. ص 519-551.
- بكار، سارة، (2013)، انماط التفكير لدى طلبة الجامعة وقلق المستقبل المهني [أطروحة ماجستر غير منشورة]. جامعة ابي بكر بلقايد.
- بن كمشي، فوزية. (2013). مقارنة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. دراسة ميدانية. بولاية باتنة. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية جامعة زيان عاشور. العدد 9.
- البهلاكي، رؤيا. (2010). الفشل الكلوي وخيارات العلاج، مستشفى الملك فيصل و مركز الأبحاث. قسم خدمات التوقيف الصحي. المملكة العربية السعودية.
- بوخيار، ربيع. وراحيس. براهيم، (2020). الاكتئاب وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية لدى المراهقين المتمدرسين. القياس الدراسات النفسية. ص 39.

- بوزاد، يوسف. (2015). نوعية الحياة والاستجابة والاكنتابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى. مجلة المواقف للبحوث والدراسات في المجتمع و التاريخ. العدد 10.

- بوغازي، أمينة، وماجلدي، مروة. (2011)، الإكتئاب عند مرض القصور الكلوي [مذكرة ماستر. جامعة 8 ماي 1945]. جامعة 8 ماي 1945 قالمة.

<https://d'espace.univ-guelma.dz>

- بولاق، رمل. وكررتيش النيل. (2000)، الهيئة المصرية العامة للكتاب. مجلة علم النفس.

- جبران بن مداوي جبران، الضلافيح. (2016). قلق المستقبل و علاقته بالاكنتاب لدى مرضى الفشل الكلوي. [أطروحة ماجستر، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية]. بوابة

<https://état.kfni.gov.sa> الأفق للمعلومات.

- حدان، ابتسا. (2014). فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة [أطروحة ماجستر، جامعة

<https://d'espace> قاصدي مرباح]. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

- حسن عبد الباسط، (1963). أصول البحث العلمي، مطبعة لبنان.

- حسين، قايد. (2001). الاضطرابات السلوكية. تشخيصها، اسبابها، علاجها.

(ب.ط). دار طيبة للنشر و التوزيع.

- حماد، منيا، وسميح، مصطفى. (2012). القلق و الضغوط الحياة لدى الزوجات لدى الاجهاض المتكرر [أطروحة ماجستر، الجامعة الاسلامية].

<https://www.scribd.com>

- دعو، سميرة، وشنوفي، نورة.(2013). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى ام الطفل التوحدي دراسة عيادة لخمس حالات [مذكرة ماستر. جامعة أكلي محند أولحج]. جامعة بوييرة.<https://www.univ--bouira.dz>
- دورون.رولان. وفرانسوان بارف. (1996)،موسوعة علم النفس. (ط.1) المجلد 02. عويدات للنشر و الطباعة.
- رزقي، رشيد.(2019). بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن] رسالة دكتوراه، جامعة باتنة].جامعة باتنة 1.
<https://depace.univ.batna.dz>
- رزقي، رشيد، (2019). بناء و تجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن [رسالة دكتوراه، جامعة غرداية]. جامعة غرداية
<https://depace.univ.ghardaia.dz>
- رملي،جهاد.(2019). الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. [مذكرة ماستر، جامعة بسكرة].جامعة بسكرة.
<https://archives.univ.biskra.dz>
- ريحانة، سليمان، ووطوس عادل. (2012)، العلاقة بين اساليب الحياة وكل من القلق و الاكتئاب. المجلة الاردنية في العلوم التربوية. ص 183.
- الزغبى، محمد احمد.(1997). مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صغاء. مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر. العدد 12.
- زكرياء، ادم محمد، وصالح مكي. (2012). الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي [أطروحة ماجستر غير منشورة]. جامعة الخرطوم.

- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية و العلاج النفسي. (ط.2)، عالم الكتب.
- سرحان، وليد، و الخطيب، جمال، والحياشنة، محمد. (2008). الاكتئاب. (ب. ط). دار مجدلاوي للنشر و التوزيع.
- سليمان، مهند، و محمد، رفعت رمضان. (2014). فاعلية برنامج سلوكي للتحقيق من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة [أطروحة ماجستير. الجامعة الإسلامية غزة]. <https://journal.vod.ac>
- سليمان، وردة. (2017). استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضع لتصفية الدم دراسة عيادية لأربع حالات بمستشفى بشير بن ناصر بسكرة] مذكرة ماستر، جامعة محمد خيضر]. جامعة بسكرة. <https://archives.universit .biskra.dz>
- السويداء، عبد الكريم. (2010). المرشد الشامل لمرضى القصور الكلوي. (ط.1). وهج الحياة للنشر و التوزيع.
- سيغmond، فرويد. (1989)، الكف. الغرض. القلق. محمد عثمان نجاتي. ترجمة، (ب.ط). ديوان المطبوعات الجامعية. (ب.ص).
- شارف خوجة، مليكة. (2011)، مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين دراسة مقارنة في المراحل التعليمية الثلاث (ابتدائي، متوسط، ثانوي). [أطروحة ماجستير غير منشورة]. جامعة مولود معمري.
- الشربيني، لطفي. (2001). موسوعة شرح المصطلحات النفسية. (ط.1). دار النهضة والطباعة للنشر.

- الشمالي، نضال عبد اللطيف.(2015). *العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكئاب لدى المرضى المترشحين على مركز عزة المجتمعي*. برنامج غزة للصحة النفسية[أطروحة ماجستير في التربية،الجامعة الاسلامية].<https://journaliste.ekb.eg>.<article-24...>
- شيلي، تايلور. (2008)، *علم النفس الصحة*. (وسام درويش. وفوزي شاكر. ترجمة (ط.1). دار حامد للنشر.
- صادق، صبور. محمد. (1994). *أمراض الكلى*. (ب.ط) دار الشروق.
- طه، عبد العظيم حسين، (2006). *استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية و التربوية*. (ط.1). دار الفكر.
- عبد الستار ابراهيم.(1998). *الاكتئاب، سلسلة عالم المعرفة*. الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.
- عبد اللطيف حسين، فرح.(2009). *الاضطرابات النفسية. الخوف. القلق والتوتر. الانفصام. الأمراض النفسية للاطفال*. (ط.1). دار الحامد.
- عبد الله البكوش، خيرية. (2014). *العلاقة بين الامل و الشعور بالألم النفسي لدى عينة السرطان*. المجلة الجامعية 16. ص 133-134.
- عبيد، ماجدة، بهاء الدين السيد. (2008). *الضغط النفسي ومشكلاته و أثره على الصحة النفسية*، (ط- 1). دار الالصفاء للنشر و التوزيع.
- عثمان، فاروق.(2001). *القلق وإدارة الضغوط النفسية*. (ط.1).دار الفكر العربي.
- العجوري، وجاد حسين ابراهيم،(2007). *فاعلية ارشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الاطفال المصابين بمرض سوء التغذية*. [أطروحة ماجستير في علم

النفس، الجامعة الإسلامية غزة]. دار المنظومة،

<https://search.mondumal.com>

- عزوز، أسمهان.(2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة و الكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي [رسالة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر].

[جامعة لخضر باتنة](https://theses.univ-batna.dz)

- عقون، اسيا، (2012) الضغط النفسي والمهني وعلاقته بالإستجابة القلق لدى معلمي التربية الخاصة. [أطروحة ماجستير، جامعة فرحات عباس]. جامعة سطيف.

<https://cbc.univ.setif2.dz>

- عمرانى، سمراء، وبشير صوفية.(2016/2017). الضغط النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم الهيموديايز [مذكرة ماستر، جامعة

اكلي محند اولحاج] جامعة اكلي محند اولحاج.البويرة.

<https://dspace.univ-bouira.dz>

- عواد، احمد، (2011). مستوى الضغوط النفسية لدى طلبة الدراسات العليا في الجامعات. [أطروحة ماجستير غير منشورة]. جامعة عمان العربية.

- عيشوني،خيرة، وبن زروق، خديجة.(2016/2015). القلق و اكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين لعملية تصفية الدم [مذكرة ماستر، جامعة عبد الحميد بن

باديس]. جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم.

<https://e-biblio-univ-mostad>

- غانم، محمد حسن. (2009). مقدمة في علم الصحة النفسية "تأميل نظرية ودراسة ميدانية.(ط.1)، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

- قاسمي، كايسة. (2013). تقدير الذات لدى المرأة المستاصلة الرحم جراء سرطان. وكيفية إدراكها لنسق اسرتها [مذكرة الليسانس، غير منشورة] جامعة مولود معمري تيزي وزو.
- محمد قاسم، عبد الله. (2010). مدخل إلى الصحة النفسية. (ب.ط)، دار الفكر للنشر.
- نايل العزيز، أحمد. وأحمد، عبد اللطيف أبو سعد. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية. (ط.1ئ). دار الفكر.

قائمة المراجع

- قريشي، فيصل. (2011). التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. [أطروحة ماجستير، جامعة الحاج لخضر]. جامعة الحاج لخضر باتنة. <https://theses.univ-batna.dz>
- الكردي، فوزية ابراهيم، (2012). الاستناد الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية [أطروحة ماجستير في علم النفس]، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك. <https://ao-academy.org> <2012/03>
- الكردي، زهير. (1988). الأطلس العلمي. فيزيولوجيا الانسان. (ب،ط). دار الكتاب اللبناني.
- الكفافي، علاء الدين. (1990). الصحة النفسية، (ط.1). دارمجرة للطباعة والنشر والتوزيع والاعلان.

- مجدي عبد الكريم.حبيب.(1991). القلق العام و الخاص دراسة عاملية لاختبارات القلق. الجمعية المصرية للدراسة النفسية. بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية. ص162.
- محذب، رزيقة.(2011). الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس و علاقته بظهور القلق (حالة.سمة) دراسة ميدانية بولاية تيزي وزو [أطروحة ماجستير، جامعة مولود معمري]. جامعة مولود معمري تيزي وزو. <https://recture.ummo.dz>.
- محمد، علي الباز. (1992). الفشل الكلوي واسبابها وطريقة الوقاية منها وعلاجها. (ب.ط)، دار القلم.
- محمود شقير، زينب. (1998)، مقياس مواقف الحياة الضاغطة. (ط.1). دار الكتاب الحديث.
- مرزاق، وليدة. (2009). مركز الضبط الألم وعلاقاته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان [أطروحة ماجستير، جامعة الحاج لخضر] جامعة الحاج لخضر باتنة. <https://theses.univ-batna.dz>
- مزلق، وفاء. (2014). استراتيجية مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان دراسة عيادية بالعيادة متعددة الخدمات قماش احمد بسطيف. [أطروحة ماجستير، جامعة الهضاب(2)]. جامعة الهضاب(2) سطيف. <https://dspace.univ-Setif2.dz>
- مقداد، غالب، وذياب، رضوان. (2015). قلق المستقبل لدى مرضى القصور الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات. [أطروحة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة].المبارة للاستشارات الأكاديمية. <https://lib.mamaraa.com>

- والي، وداد. (2015). استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المراهقين الجانحين نكور وانات دراسة ميدانية بمراكز إعادة التربية لكلمة ولاية (وهران، سيدي بلعباس، معسكر). [أطروحة ماجستير. جامعة وهران 2]. جامعة وهران 2. <https://www.univ-oran2.dz>

- يحيوي، وردة. (2014). اختبار فعالية برنامج علاج انتقائي متعدد الابعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج ارنولد لازاروس) [رسالة دكتوراه، غير منشورة]. جامعة محمد خيضر بسكرة.

المراجع الاجنبية:

1. Fischer, Gustave Nicolas, Tarquiro, cyril.(2006), concepts fondamentaux de la psychologie de la santé DUNOD,paris
2. Gellman,M,D,Turner,J.R,(2013),Encyclopédi of behovioral médecine,New–York,N'y springer.
3. Lazarus,etfolikman N,(1984), psychologue and health Brain, Belovior and immunity volume.p141.
4. Palozzolo,J(2007),Dépression et anxiété.parisEbservier Masson.p18.
5. Paulhanl I,(1992), Le concepts de coping.l'année psychologique Vol 92,N°4.

6. Schweitzer.M.B et Dantyer.Robert(2003).introduction à la psychologie de la santé.presse universitaires de France 4ème ed. paris.
7. Sarafino,E.P, & Smith,T,W,(2011), Health psychology Biopsycholosocial Interaction United states of America.
8. Taylor,S,(2015),Health psychology, (9th ed) United States,MCGraw, Hill Éducation.
9. Tossani,E,(2013),Thé concept of Mental pain, psychother psychosome,82(2),67-73 DOI- 10, 1159/ 00034 3003
Watson,M, f kissane,D,W,(Eds),(2011). Handbook of psychotherapy in cancer care, john wiley of sans
10. Wsserman,D,(2001) Dépression,NewYork,Ox ford université press.

المواقع الإلكترونية:

- وكالة الأنباء الجزائرية (1 ديسمبر 2019). السجل الوطني الخاص بتصفية. الجزائر
تم استرجاعه في التاريخ (2023-11-14) على الرابط (<http://www.aps.dz>)

- (<https://www.dcribd.com>)

الملحق رقم (1) : دليل المقابلة العيادية

المحور الأول :بيانات الشخصية (معلومات حول المفحوص)

اللقب: السن: الجنس:

الحالة المدنية: عدد الأبناء:

عدد الإخوة: رتبة في الإخوة:

المستوى التعليمي: الحالة الإقتصادية:

مهنة: مكان إقامة:

نوع المرض: مدة المرض:

العلاج المتلقي: عدد دورات العلاج:

سوابق المرضية في العائلة:

المحور الثاني: الحالة الصحية والجسمية:

- منذ متى وأنت مريض؟ كيف إكتشفت المرض؟
- ماهي الأعراض التي ظهرت عليك قبل تشخيص المرض؟
- هل تعرضت سابقا لأمراض معينة وكيف كان تأثيرها عليك؟
- ماهي ردة فعلك عندما تأكدت بأنك مريض؟
- كيف كانت أول عملية تصفية فمت بها؟ وبما أحسست حينه؟
- كيف توفق بين مرضك وعمليات تصفية وحياتك الشخصية؟
- حدثني عن عدد مرات تصفية الدم ومدة الجلسات؟
- ماهي التغيرات التي لاحظتها في صحتك الجسدية؟
- هل تظهر على جسمك أعراض المرض؟
- هل تشعر بالام جسدي عند عملية تصفية؟

المحور الثالث : الحياة العلائقية والأسرية:

- كيف هي علاقتك بأسرتك قبل وبعد المرض؟
- هل تغيرت معاملة أسرتك بك بعد المرض؟
- كيف كانت ردة فعل عائلتك بعد تلقي المرض؟
- هل تشعر أنك وحيد رغم وجود أفراد العائلة والأصدقاء؟
- هل توجد أوقات تفضل البقاء لوحدك أو مع الآخرين؟

المحور الرابع : الحالة النفسية:

- كيف شعرت عند تلقي خبر المرض لأول مرة؟
- هل تقبلت مرضك وتعايشت معه؟
- كيف أصبحت حالتك نفسية بعد المرض؟

- هل تحس غالبا بالإنفعال والغضب؟
- هل تعاني من اضطرابات في النوم والشهية؟
- كيف هي نظرتك لمرضك ولنفسك قبل وبعد المرض؟
- ماهي الأوقات التي تشعر براحة نفسية؟

المحور الخامس: الألم النفسي:

- صف لي حالتك نفسية؟
- هل تراودك بعض الأفكار السلبية؟
- هل تشعر بالتعب النفسي أثناء القيام بعملية التصفية؟
- هل تحس بالقلق لأنك لا تستطيع تجاوز هذه الوضعية؟
- هل تشعر بالحزن والإكتئاب في بعض الأحيان؟
- هل تلقيت صعوبات للتأقلم مع هذا المرض؟
- هل تشعر بالخوف قبل بداية العلاج؟
- هل يراودك شعور بالفراغ أو الملل؟
- هل تتكلم على مرضك على أنه نقص فيك؟
- هل سبب لك هذا المرض الضغط؟

المحور السادس: إستراتيجيات المواجهة.

- ماذا تفعل عندما تواجهك مشكلة؟
- هل تتفعل و تغضب عندما تواجهك مشكلة؟
- هل تصبر عندما تتلقى مشكلة؟
- ما هي الطريقة التي تحقق بها عن نفسك عندما تواجهك مشكلة؟
- هل تشعر بالضييق و اليأس عندما تواجهك مشكلة؟

- ما هو شعورك عندما تفشل في حل مشكلتك؟ وعندما تنجح في حل مشكلة؟
- هل تحب أن تشارك مشاعرك مع الآخرين؟
- هل تحاول أن تقنع الناس أن رأيك صحيح عندما تواجه مشكلة؟
- هل تطلب المساعدة من أخصائي النفسي عندما تواجه مشكلة؟

المحور السابع: الطموحات المستقبلية

- ماهي طموحاتك المستقبلية ؟ وهل لديك الرغبة الكافية في تحقيقها؟
- هل هناك تغيير في طموحاتك بعد الإصابة بالمرض؟
- هل لديك مشاريع مستقبلية؟

الملحق رقم 02: "مقياس الألم النفسي" DASS21

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

الإسم: السن: الجنس:

المهنة: المستوى الدراسي:

الحالة العائلية:

الرقم	العبارات	لا تنطبق علي إطلاقاً	تنطبق علي إلى حد ما	تنطبق علي بدرجة كبيرة	تنطبق علي تماماً
1	وجدت صعوبة في أن أهدأ				
2	كنت على علم بوجود جفاف في فمي				
3	يبدو أنني لم أكن قادراً على تجربة أي شعور إيجابي على الإطلاق				
4	لقد واجهت صعوبة في التنفس (على سبيل المثال تنفس بشكل سريع، وضيق في تنفس في غياب مجهود بدني)				
5	وجدت صعوبة في المبادرة بفعل الأشياء				
6	أميل إلى المبالغة في ردود أفعال إتجاه المواقف				
7	أصابني إرتجاف (مثلا في الأيدي)				
8	شعرت أنني كنت أستخدم الكثير من الطاقة العصبية				
9	شعرت بالقلق حول الحالات التي قد أصيب فيها بالذعر والتي أكون فيها مغفل				
10	شعرت بأنه ليس لدي ما أتطلع عليه				
11	وجدت نفسي منفعلاً				

				وجدت صعوبة في الإسترخاء	12
				شعرت بالحزن والإكتئاب	13
				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 بأنني كنت حساسا نوعا ما	18
				شعرت بخفقان قلبي في غياب أي جهد بدني (مثل زيادة في ضربات القلب))	19
				شعرت بالخوف من دون أي مبرر مقبول	20
				شعرت أن الحياة لا معنى لها	21

الملحق رقم 03 مقياس إستراتيجيات المواجهة

السن:

الإسم:

الحالة الإجتماعية:

المستوى التعليمي:

حدد شدة التوتر التي سببتها الوضعية: منخفض () ،متوسط () ،مرتفع () .

التعليمة.

من بين هذه الإستراتيجيات بين أي إستراتيجية مواجهة لجأت إليها المواجهة المشكلة ،ضع علامة × في المكان المختار:

إطلاقا	إلى حد ما	كثيرا جدا	كثيرا	العبارات	
				وضعت خطة عمل واتبعتها	1
				تمنيت لو أن الوضعية إختفت أو إنتهت	2
				حدثت شخص عما أحسست به	3
				كافحت للحصول على ما أريد	4
				تمنيت لو إستطعت تغيير ما حدث	5
				ألست مساعدة إختصاصي وقمت بمانصحتني به	6
				تغيرت بشكل إيجابي (إلى الأحسن)	7
				تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة	8
				طلبت نصائح من شخص جدير بالإحترام واتبعتها	9

				عالجت الأمور واحدة بواحدة	10
				تمنيت لو أن معجزة تحدث	11
				تكلمت مع شخص لأستعلم أكثر عن الموضوع	12
				ركزت على جانب إيجابي قديظهر فيما بعد	13
				شعرت بالذنب	14
				إحتفضت بمشاعري لنفسي	15
				خرجت أقوى من هذه الوضعية	16
				فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أشعر بتحسن	17
				تكلمت مع أحديستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة	18
				غيرت أمورا لتكون النهاية حسنة	19
				حاولت نسيان كل شيء	20
				حاولت أن لا أنعزل	21
				حاولت عدم لتصرف بطريقة متسرعة وأن أتابع الفكرة الأولى	22
				تمنيت لو أستطيع تغير موقفي	23
				لقد تقبلت تعاطف أحدهم وتفهمه	24
				وجدت حلا أو إثنين للمشكلة	25
				وبخت و إنتقدت نفسي	26
				عرفت ما ينبغي القيام به لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك	27