



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945-قالمة-
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس

عنوان المذكرة

الألم النفسي وجودة الحياة عند مرضى القصور الكلوي المزمن
دراسة ميدانية بمستشفى ابن زهر – قالمة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إشراف:

د. بورصاص فطيمة الزهرة

إعداد:

اعبيزي نسرين
جبار وئام

لجنة المناقشة

الصفة	مؤسسة الانتماء	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيساً	جامعة 8 ماي 1945	أستاذ محاضراً	دشاش نادية
مشرفاً، مقرراً	جامعة 8 ماي 1945	أستاذ محاضر	بورصاص فطيمة الزهرة
عضواً مناقشاً	جامعة 8 ماي 1945	أستاذ محاضر	عربي سعيدة

السنة الجامعية 2021/2022

شكر وتقدير

قال الله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم:

"رب اوزعني أن اشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك

الصالحين 19 "

النمل الآية 19

الحمد لله الذي علم بالقلم، علم الانسان ما لم يعلم. الحمد لله أولا وأخرا، الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه الذي سدّد خطانا وألهمنا المثابرة على إتمام هذا العمل.

والصلاة والسلام على سيد الخلق خير الأنام محمد خاتم الأنبياء والمرسلين.

لا يسعنا فخرا في التعبير الخالص للجهد الكبير الذي بذلته معنا الأستاذة الدكتورة " بورصاص فاطمة الزهراء" لقبولها وبكل صدر رحب الإشراف على هذا العمل ومساعدتنا على اتمامه بتوجيهاتها القيمة ونصائحها وكفاءتها العلمية فلم تبخل علينا وكانت مصدرا للتشجيع

لكي منا أستاذة كل عبارات الشكر والتقدير والإحترام على مجهودك

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار...إلى من علمني العطاء دون انتظار...إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... أرجو من الله أن يحفظك لي وأن يرزقك زيارة بيته الحرام ورؤية وجهه الكريم ... وستبقى كلماتك نجوما اهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد ...

والدي العزيز.

إلى ملاكي في الحياة...إلى معنى الحب..و إلى معنى الحنان و التفاني...إلى بسمه الحياة و سر الوجود...

إلى كل من كان دعائها سرنجاحي و حنانها بلسم جراحي... إلى أعلى الحبايب

أمي الحبيبة.

الى أيوب الشخص الذي لن أنسى مساعدته لي في اخرا ليلة لتسليم المذكرة الذي سهر معي الليل من اجل أن

أكمل المذكرة اسأل الله ان يرزقه الفردوس الأعلى

إلى كوكبة الأساتذة الذين درسونا على مر خمس سنوات

إلى أعضاء لجنة المناقشة

إلى قسم علم الاجتماع، وقسم علم النفس خاصة

إلى كل من ساهم في هذا العمل من قريب أو من بعيد

إلى كل من نسيه القلم وحفظه القلب

جزاكم الله عنا خير الجزاء.

"نسرين، وثام"

الفهرس

فهرس العناوین

الشكر والتقدير

فهرس العناوین

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

العناوین

الصفحة

1..... مقدمة

الجانب النظري

الفصل التمهيدي: الإطار المفاهيمي للدراسة

5.....1-الإشكالية.....

5.....2-الفرضيات.....

5.....3-أهمية الدراسة.....

5.....4-أهداف الدراسة.....

6.....5-المفاهيم الإجرائية.....

7.....6-الدراسات السابقة.....

11.....7-التعقيب على الدراسات السابقة.....

الفصل الأول: الألم النفسي

15.....تمهيد.....

15.....1-تعريف الألم.....

16.....2-مكونات الألم.....

16.....3-تعريف الألم النفسي.....

17.....4-تعريف الضغط النفسي.....

25.....5-أعراض الضغط النفسي.....

18.....6-أنواع الضغط النفسي.....

7-النظريات المفسرة للضغط

27.....النفسي.....

23.....8-تعريف القلق.....

26.....9-أسباب القلق.....

27.....	10-النظريات المفسرة للقلق.....
30.....	11-علاج القلق.....
31.....	12-تعريف الاكتئاب.....
32.....	13-أعراض الاكتئاب.....
33.....	14 أسباب الاكتئاب.....
33.....	النظريات المفسرة للاكتئاب.....
36.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الثاني: جودة الحياة

41.....	تمهيد.....
41.....	1-تعريف جودة الحياة.....
42.....	2-مصطلحات لها علاقة بجود الحياة.....
44.....	3-لمحة تاريخية عن جود الحياة.....
45.....	4-أبعاد جودة الحياة.....
46.....	5-مجالات جودة الحياة.....
47.....	6-الاتجاهات النظرية لجودة الحياة.....
49.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث: القصور الكلوي المزمن

52.....	تمهيد.....
52.....	1-تعريف الكلية.....
54.....	2-وظائف الكلية.....
55.....	3-تعريف القصور الكلوي.....
56.....	4-أعراض القصور الكلوي المزمن.....
57.....	5-أنواع الفشل الكلوي.....
57.....	6-أسباب القصور الكلوي المزمن.....
58.....	7-الأثار السلبية للقصور الكلوي المزمن.....
60.....	8-علاج القصور الكلوي.....
61.....	خلاصة الفصل.....

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

64.....	تمهيد.....
---------	------------

1-منهج

65.....	الدراسة.....
65.....	2-مجالات الدراسة.....
65.....	3-عينة الدراسة.....
66.....	4-أدوات الدراسة.....
72.....	5-الأساليب الإحصائية.....

الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتفسير النتائج

75.....	1-عرض نتائج الدراسة.....
83	1-1-عرض نتائج المقياسين
83	1-2-1-عرض نتائج الفرضيات
84.....	1-2-1-عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
84.....	1-2-2-عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
85.....	1-3-2-عرض نتائج الفرضية العامة.....
86.....	2-مناقشة وتفسير النتائج.....
87.....	2-1-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
87.....	2-2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
88.....	2-3-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة.....
89.....	استنتاج عام.....
91.....	خاتمة.....

قائمة المراجع

الملاحق

ملخص الدراسة

فهرس الجداول

فهرس الجداول

عنوان الجدول

الصفحة

جدول رقم (1): يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.....64

جدول رقم (2): يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.....65

جدول رقم (3): يوضح أبعاد وبنود مقياس DASS2.....67

جدول رقم (4): قيمة معامل Cronbach's Alpha لمقياس الألم النفسي.....68

جدول رقم (5): عرض نتائج مقياس الألم النفسي.....73

جدول رقم (6): عرض نتائج مقياس جودة الحياة.....74

جدول رقم (7): يبين اتجاه العينة

.....83

جدول رقم (8): يوضح نتائج اختبار T-Test للفرضية الجزئية الأولى
.....84

جدول رقم (9): يوضح نتائج اختبار T-Test للفرضية الجزئية الثانية.....84

جدول رقم (10): يوضح العلاقة الارتباطية بين الألم النفسي وجودة الحياة.....85

فهرس الأشكال

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل
22.....	شكل رقم (1): يوضح نظرية التقدير المعرفي للضغوط.....
52.....	شكل رقم (2): يوضح عرض تخطيطي للكلية.....
53.....	شكل رقم (3): رسم توضيحي للجهاز البولي.....
64.....	شكل رقم (4): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....
65.....	شكل رقم (5): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.....

مقدمة

مقدمة:

مما لا شك فيه أن حياة الإنسان مهددة بمشاكل و ضغوطات ناتجة عن اصابته بعدة أمراض تؤثر على صحته النفسية و الجسدية كذلك، خاصة إذا ما تعلق الأمر بمرض معقد و مربك للحياة الاعتيادية كمرض القصور الكلوي المزمن، هذا المرض يعيق حياة الإنسان و يسبب له ألماً نفسياً و جسدياً، كالضغط النفسي، القلق والاكتئاب، هذه الإصابة قد تجعل المريض يصاب بصدمة عنيفة منذ معرفته لمرضه، و يمتلكه الإحساس بالعجز، الذعر و الفزع و الإنكار اللاشعوري كألية من أليات الدفاع النفسي مما ينعكس بشكل سلبي على مصير حياته فيصبح فريسة سهلة للاضطرابات النفسية، فمرض القصور الكلوي المزمن يحتل مشكلة صحية عالمية بسبب تأثيره على صحة الأفراد، فهو مرض قاتل ومعجز، يعمل على التخفيض من القدرات الوظيفية للأفراد، يتطور مع الوقت، تتنوع أعراضه، تزداد خطورته و هذا ما تم تأكيده في منظمة الصحة العالمية و التي أقرت بأن معظم الأمراض المزمنة كالقلب، القصور الكلوي، السكري... حالياً تعتبر من أبرز أسباب وفاة الأشخاص في العالم و ذلك من حيث خطورتها، و إنهاكها لصحة الفرد و جسمه، فهذا المرض الفتاك يعتبر من أخطر الأمراض التي تصيب الكلى. يؤثر على وظيفتها و يسبب ألماً نفسية و جسدية للمصاب، فهو عبارة عن توقف عمل الكلى و التدهور التدريجي لوظيفتها، ومع الوقت سوف يتحطم عمل الكلى نهائياً مما يؤدي إلى انخفاض في النفرونات، و التي تؤدي إلى فشل تام في وظائف الكليتين، هذا التعطيل يستلزم علاجاً وحيداً ألا و هو تصفية الدم اصطناعياً، بواسطة آلة التصفية، فهنا يصبح المريض كأنه عبداً للآلة يتطلب منه أن يكون مربوطاً بها لساعات طويلة، بحيث لا يستطيع أن يتحكم بها بل العكس هي التي تتحكم به، لكن عملية التصفية تعتبر حلاً مؤقتاً لمرضى الفشل الكلوي المزمن لكن لا تعتبر شفاء تاماً لهذا المرض إلا أنها تسمح له بالاستمرار في حياته، على شرط أن يكون على دراية ببرنامج التصفية أو بمدة الغسيل التي لا ينبغي أن تتجاوز مدة عدم التصفية أكثر من يومين بين حصة علاجية و أخرى. هذا الذي يولد للمريض الإحساس بالإرهاق والتعب والعجز وأن الآلة تستنزف قوته. كل هذا سوف يؤثر على حياة المريض و يخفض جودة الحياة لديه، فمثل هؤلاء الأفراد يشعرون بجودة الحياة وأهميتها و يسعون إلى كيفية تحسينها والسعي إلى الاستمرار في الحياة وتطوير حياتهم الشخصية و المهنية من أجل راحتهم النفسية، حتى وإن كانوا على دراية بأنه لا شفاء من هذا المرض بدلاً من حالات القلق و الضغط التي يمرون بها، لأن ذلك لن يغير شيء في حياتهم إلا أنه سوف يزيد من حالتهم سوءاً. وجودة الحياة هي مدى تمتع الشخص بالإمكانيات المهمة في حياته، "فهي تقييم ذاتي شامل لمستويات الحياة المختلفة والاستغلال الفعلي لها" (نازي وفاضلي، 2021، ص 140). لأنها تعبير عن مدى إدراك الفرد العادي أو المصاب أنه يعيش حياة جيدة من وجهة نظره، خالية من الأفكار اللاعقلانية، الانفعالات السلبية و الاضطرابات السلوكية، يستمتع فيها الفرد بوجوده الإنساني، يشعر بالرضا والسعادة، يستثمر فيها كافة قدراته و إمكانياته بما يتيح له تحقيق ذاته. فمرضى القصور الكلوي المزمن فئة تحتاج إلى رعاية خاصة، لأن جودة الحياة بمثابة مؤشر هام يمكننا من معرفة مدى جودة الخدمات المقدمة لهم. فحسب المرضى فإن الاهتمام بالحياة لديهم هو تعبير عن اهتمام المجتمع بهم و عدم إحساسهم بالتمييز و نبذهم من طرف أفراد محيطهم. وهذا ما دفعنا إلى دراسة العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حيث انطلقت

هذه الدراسة من مجموعة فرضيات، وللتأكد من صحتها وللإجابة على ذلك قسمت الدراسة إلى جانبين، جانب نظري والذي تناول أربعة فصول.

تم تخصيص الفصل التمهيدي للإطار العام للدراسة الذي ضم إشكالية الدراسة، الفرضيات، الأهمية، الأهداف، المفاهيم الإجرائية، والدراسات السابقة للدراسة والتعقيب عليها، أما الفصل الأول فقد احتوى على الألم النفسي الذي تطرقنا فيه إلى تعريف الألم وتصنيفاته (الضغط، القلق والاكتئاب). وفي الفصل الثاني تطرقنا إلى جودة الحياة من حيث تعريفها، وبعض المفاهيم المتعلقة بها، لمحة تاريخية، مجالاتها وأهم الاتجاهات المفسرة لها. والفصل الثالث تضمن القصور الكلوي المزمن بمختلف عناوينه. وأخيرا الجانب الميداني للدراسة الذي يحتوي على فصلين: الفصل الرابع خاص بالإجراءات المنهجية، والفصل الخامس تم تخصيصه لعرض ومناقشة نتائج الدراسة، دون أن ننسى مقدمة الدراسة وخاتمتها، لنختتمها بمجموعة من التوصيات والاقتراحات. ثم قائمة المراجع والملاحق.

الفصل التمهيدي: الإطار العام

للدراصة

الفصل التمهيدي

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية
2. الفرضيات
3. الأهمية
4. الأهداف
5. التعريفات الإجرائية
6. الدراسات السابقة
7. التعقيب على الدراسات السابقة

1-الإشكالية:

يعد مرض القصور الكلوي من أكبر التحديات التي تواجه منظومات الرعاية الصحية في العالم نظرا للتكاليف الباهظة التي تتطلبها الآلات الخاصة لتصفية الدم، كل هذا يعكس جزءا كبيرا من حجم الميزانيات الضخمة التي تسخرها المؤسسات الاستشفائية لذلك، إذ أن نسبة انتشار هذا المرض في الجزائر زادت. فحسب السجل الوطني بتصفية الكلى تم إحصاء (23.527) حالة غسيل كلى، (22.667) متعلقة بتصفية الدم سنة (2018) على مستوى حوالي (380) مركز عمومي بالجزائر، تحصي (860) مريض يعاني من قصور كلوي مزمن، في حين بلغ عدد الأطفال 1.500 حالة. (2019، <https://www.aps.dz>). فقصور الكلى مرض خطير قد يؤثر على صحة المريض الجسدية والنفسية، وحتى الأفراد المحيطين به خاصة العائلة، وتشخيص الإصابة به يسبب ضيقا واجهدا يدخل المريض في دوامة من الأسئلة التي تتعلق بالمرض وكيفية الشفاء أو بالأحرى التخلص منه، أو هل سيفقده المرض حياته نهائيا، بحيث يصبح المريض غير قادر على مواصلة حياته كما كانت، في السابق بسبب ظهور عدة مشاكل في جميع الجوانب الشخصية والعائلية وحتى الاجتماعية والعملية، "لأن كل ألم في الجسد يصاحبه ألم في النفس وقد يحدث ألم النفس دون ألم في الجسد، وقد يؤدي ألم النفس إلى ألم في الجسد" (صادق، 2005، ص 26).

فالتأثير الفردي لهذا المرض له عواقب وخيمة فقد أكدت العديد من الدراسات أن مرض القصور الكلوي المزمن يحدث ألم نفسي لدى المريض، "فعندما يواجه المريض الألم بالتفاوت والامل في الشفاء تزداد المتانة النفسية ويقوى على تحمل الألم ويضعف الإحساس به". (البكوش، 2014، ص 133-134). كما وجدت دراسة (رقيق، 2017)، التي هدفت إلى التعرف على الضغط النفسي ونوع استراتيجيات المواجهة أن (71.93%) من المرضى يعانون من ضغط نفسي مرتفع، هذا ما يظهر أن مرضى القصور الكلوي المزمن يتميزون بهشاشة نفسية تجعل لديهم القابلية للألم النفسي، وحسب (عواد، 2011) فإن مستويات الضغط يمكن أن يكون لها أعراض يخلفها على المريض من مختلف الجوانب سواء الأعراض الجسدية أو تغيرات في القدرات المعرفية أو حتى العاطفية، مثل فقدان الدافعية، وعدم التركيز، إضافة إلى سرعة الغضب. ومن أبرز الأعراض وأكثرها شيوعا لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الاستجابة الاكتئابية، لأن معظم المرضى يشعرون بالاكتئاب والقلق عند تلقي التشخيص والعلاج. وحسب دراسة (زواوي وآخرون، 2016) حول جودة الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي توصلت إلى أن هناك تدهور في جودة الحياة لدى (90 بالمائة) من المرضى نتيجة لعدة عوامل مختلفة يعيشها المرضى المصابين، وبالتالي هذا ما قد يؤدي بنا إلى احتمال أنه كلما كانت جودة الحياة مرتفعة، وتلبية حاجات المرضى متوفرة أحدث ذلك تحسن في الحالة النفسية لديهم وعدم الوصول إلى حالة الاكتئاب والقلق النفسي الذي يسبب مضاعفات فيزيولوجية ونفسية. وكل هذه النتائج أدت بنا إلى طرح التساؤلات التالية:

التساؤل العام:

هل توجد علاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر-قالمة؟

التساؤلات الجزئية:

1-ما مستوى الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر-قالمة؟

2-ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر-قالمة-؟

2-الفرضيات:

1-2- الفرضية العامة:

-توجد علاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر-قالمة-.

2-2- الفرضيات الجزئية:

-مستوى الألم النفسي مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر-قالمة-.

-مستوى جودة الحياة منخفض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر-قالمة-.

3-الأهمية:

- تبرز أهمية الدراسة في أهمية الفئة التي تناولتها بالدراسة وهي فئة مرضى القصور الكلوي المزمن وما تعانيه هذه الفئة من مشكلات صحية جسدية ونفسية، مع قلة البحوث والدراسات حول الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن على حسب علم الطالبتين.

-كما تحاول هذه الدراسة ابراز العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى ابن زهر، ومستوى الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، للفت الانتباه أكثر لهذه الفئة.

4-الأهداف:

-معرفة مستوى الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

-معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

-معرفة العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

5-المفاهيم الإجرائية:

1-5-الألم النفسي:

هو حالة انفعالية غير مريحة تظهر في شكل ضغط، قلق واكتئاب، ومستوى الألم النفسي هو الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة على مقياس (DASS 21).

2-5-جودة الحياة:

هي شعور الفرد بالرضا والسعادة وبالقدرة على تلبية مختلف الحاجات الضرورية في كل بعد من أبعادها، ومستوى جودة الحياة هو الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة على مقياس جودة الحياة SF-36.

3-5-3- مرضى القصور الكلوي المزمن:

هم المرضى المتواجدون بمستشفى ابن زهر والذين يعانون من تدهور تدريجي في وظيفة الكلى، أي التحطيم النهائي، الذي يتطور خلال أشهر وأعوام وحينما يصل الى المرحلة النهائية يتم اللجوء إلى الغسيل الكلوي بانتظام وبشكل مستمر ودائم.

4-5-4- تصفية الدم:

اجراء يساعد على تنقية الدم وإزالة كل الفضلات والسموم نتيجة توقف الكلى عن العمل، وهو أحد الطرق الناجعة لاستمرار حياة المريض المصاب بالقصور الكلوي.

6-الدراسات السابقة:

تمثل الدراسات السابقة مصدر رئيسي لبداية دراسة جديدة والتوسع فيها، وتحديد موقعها من الإنتاج الفكري النفسي، فكان الاهتمام في الدراسة الحالية منصبا على عرض الدراسات السابقة لاستخلاص فروض الدراسة، وتحديد أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة. هذا ما يدفعنا إلى استعراض أهم الدراسات المتعلقة بمشكلة الدراسة، سواء من حيث متغيرات الدراسة أو العينة التي تتطلب الدراسة، وهنا سيتم عرض أهم الدراسات التي تناولت متغير الألم النفسي (الضغط، القلق والاكتئاب)، ومتغير جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وهي كالآتي:

6-1-الدراسات التي تناولت متغير الألم النفسي:

6-1-1-الدراسات المحلية

الدراسة الأولى:

دراسة سعادة إبراهيم محمد سلامة (2011) بعنوان: أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على أعراض القلق والاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي، تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدام الاستبيان لجمع البيانات، تطبيق مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس أساليب التكيف مع أحداث الحياة الضاغطة، واشتملت العينة على 258 مصابا من كلا الجنسين حسب متغيرات (وقت تعبئة الاستبيان، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري).

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 كلية مستقبلا كانوا أكثر قلقا من الذين لا يوجد لديهم أمل، أما بالنسبة للاكتئاب فقد جاءت لصالح المرضى الذين قاموا بتعبئة الإستبانة قبل بدء جلسة الغسيل الكلوي، وكذلك لصالح المرضى "الأميين" حيث كانوا أكثر اكتئابا 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 النتائج دالة احصائيا على مستوى التفاعل الإيجابي لصالح كل من دخلهم الشهري اقل من (2501)، ويعانون من أكثر من مرض والذين تم تعبئة الاستمارة معهم قبل جلسة الغسيل الكلوي، إضافة إلى من يقومون بالغسيل الكلوي مرتين أسبوعيا يستخدمون أساليب إيجابية في التعامل مع المرض.

الدراسة الثانية:

دراسة بوزار يوسف (2015) بعنوان نوعية الحياة والإستجابة للاكتئابية 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 الاستجابة الاكتئابية، تم استخدام المنهج العيادي وتطبيق المقابلة العيادية النصف موجهة، ومقياس بيك للاكتئاب وسلم نوعية الحياة الذاتية.

من الجنسين (3 ذكور، و4 اناث)، تم اختيار. اشتملت العينة (07) حالات تتراوح أعمارهم ما بين (40 الى 50 سنة) (PDVS)

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

الدراسة الثالثة:

دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشاللق (2016)، بعنوان الألم النفسي لدى مرضى السرطان، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان ومعرفة الفروق في مستوياته وفقا لمتغير الجنس والسن ونوع العلاج، وتم استخدام المنهج الوصفي وتطبيق مقياس الاكتئاب، القلق، الضغط (DASS 21).

واشتملت العينة على 230 مريضا من الجنسين (60 ذكرا، و170 انثى) تراوحت أعمارهم ما بين (18-80) سنة تم اختيار العينة بطريقة قصدية بمراكز مكافحة السرطان بكل من ولاية عنابة وورقلة-الجزائر-، حيث توصلت الدراسة إلى أن وجود الاكتئاب والقلق منخفض والضغط متوسط لديهم، وأن هناك فروقا في مستوى الاكتئاب، القلق، الضغط

وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الاناث مقارنة بالذكور، ووجودها في مستوى الضغط بالنسبة للذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن.

الدراسة الرابعة:

دراسة رقيق برة علي (2017) بعنوان التدين وعلاقته بالضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

هدفت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة الموجودة بين التدين والضغط النفسي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن، تم استخدام المنهج الوصفي، وتطبيق مقياس التدين واستبيان الضغط النفسي للفنستين، اشتملت العينة (60) فرد (30) راشد مصاب بالقصور الكلوي المزمن و (30) راشدين عاديين وفقا (للسن، الجنس، المستوى التعليمي)، تم اختيار العينة بطريقة عمدية قصدية. بمستشفى أسعد حساني ببني مسوس- بالعاصمة- حيث توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لدرجات التدين بين المصابين والعاديين، وكذا وجود فروق دالة إحصائية لدرجات الضغط النفسي حيث بلغ المتوسط الحسابي (71،93) بالنسبة للراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن، و (65،53) بالنسبة للراشدين العاديين، كما أنه توجد فروق في استعمال استراتيجيات المواجهة لدى كلتا العينتين.

2-6-الدراسات التي تناولت متغير جودة الحياة:

1-2-6-الدراسات المحلية:

الدراسة الأولى:

دراسة فوزية بن كمشي (2013) بعنوان مقارنة استراتيجية المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

حيث هدفت الدراسة للتعرف على الفروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، تم استخدام المنهج الوصفي المقارن، وتطبيق استبيان استراتيجيات المواجهة واستبيان جودة الحياة (THE Ways of coping checklist).

واشتملت العينة على (32) مصابا من الجنسين (21 رجلا، و 11 امرأة) تم اختيار العينة بطريقة (MOSS SF_36)

قصدية بمصلحة الكلى كل من المستشفى الجامعي بن فليس التهامي بباتنة والقطاع الصحي بعين توتة، حيث توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق بين الذكور والاناث في استراتيجيات المواجهة وأن الاستراتيجية السائدة لدى كلا الجنسين

هي المتمركزة حول الانفعال، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة وجاءت كل أبعاد جودة الحياة منخفضة لدى أفراد العينة.

الدراسة الثانية:

دراسة الصالح ابركان (دون سنة) العزو السببي للمرض وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والخاضعين للغسيل الكلوي: حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين عزو مرض القصور الكلوي المزمن وجودة الحياة المرتبطة بالصحة.

تم استخدام المنهج الوصفي الإرتباطي، والاستعانة بأداتين للقياس هما: (مقياس إدراك المرض المعدل، ومقياس SF36 v2)، اشتملت العينة على (100) مصابا حسب متغيرات (العمر الذي يتراوح ما بين 19 الى 50 سنة، ومدة المرض) حيث توصلت الدراسة الى وجود علاقة بين عزو القصور الكلوي المزمن وجودة الحياة لدى أفراد العينة، كما يوجد تأثير العزو لأسباب طبية على الوظيفة البدنية، بالإضافة لتأثير العزو لأسباب خارجية على كل من المستوى الاقتصادي للمريض، مستوى الصحة النفسية له، وكذا على الدور البدني، ووجود تأثير مدة الإصابة بالمرض على الوظيفة الاجتماعية للمريض.

2-2-6-الدراسات العربية:

الدراسة الأولى:

دراسة كل من لبنى زواري، سناء عمري، سحر تركي، منال معلج، ندى الشرفي، جيهان بن ثابت، هشام محفوظ، جميل حشيشة، محمد معلج (2016) بعنوان: جودة الحياة في مرضى الفشل الكلوي المزمن عند غسيل الكلى. حيث هدفت الدراسة إلى تقييم جودة حياة مرضى غسيل الكلى المزمن وتحديد العوامل المرتبطة بجودة الحياة المتغيرة لديهم، أجريت دراسة مقطعية على عينة (71) مريضا خضعوا لغسيل الكلى المزمن في قسم أمراض الكلى في المركز الجامعي في صفاقس-تونس-. تم استخدام استبيان جودة الحياة لأمراض الكلى (KDQOL-SFT tmM) لقياس جودة لدى هؤلاء المرضى. تجمع هذه الأداة بين المسح الصحي القصير (SF – 36) ووحدة تتكيف مع أمراض الكلى، حيث توصلت الدراسة بأن هناك تدهور في جودة الحياة في (90) بالمئة من مرضى غسيل الكلى أظهر تحليل درجات الأبعاد الثمانية لمقياس SF – 36 أن جميع أبعاد هذا المقياس قد تغيرت بعد التحليل بواسطة الانحدار الخطي المتعدد الافتقار إلى الاستقلالية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض والعيشة الريفية.

الدراسة الثانية:

دراسة ليلى وسايح (2018) بعنوان: جودة حياة مرضى تصفية الكلى المزمن.

حيث هدفت إلى دراسة حياة المرضى باستعمال سلم جودة حياة مرضى الكلى المزمن وتحديد العوامل المؤثرة في هذه الجودة، واشتملت العينة (100) مريض بالقصور الكلوي المزمن بمراكش، حيث تم جمع المعلومات السريرية والسوسيوديمغرافية من خلال ملفات المرضى. استخدم استمارة الاستبيان الخاصة بمرض الكلى (جودة حياة الكلى – النسخة المختصرة 36)، حيث توصلت الدراسة في التحليل احادي المتغير الى أن هناك علاقة إحصائية بين الحالة العقلية والعمر، والمستوى الدراسي، جودة غسيل الكلى، وفي التحليل المتعدد المتغيرات وجود أمراض القلب والشرايين ضاعف خطورة جودة حياة أقل على مستوى الأعراض، مضاعفات مرض الكلى والعمر فوق (60) سنة ضاعف خطورة جودة حياة أقل على العكس التوفر على العمل هو عامل جودة حياة أحسن على المستوى النفسي وقدم غسيل الكلى أكثر من 5 سنوات أثرا إيجابيا على جودة حياة المرضى جسديا.

6-2-3-الدراسات الأجنبية:

دراسة ديفي بيوجروستيفاني جنتيلي (2014) بعنوان: تطور جودة حياة المرضى المصابين بالفشل الكلوي.

حيث هدفت الدراسة إلى المقارنة بين دراستان مقطعتان لتقدير مستوى جودة الحياة لدى مرضى الداء الكلوي بمراحله الأخيرة في عام (2005) (مسح غسيل الكلى) و(2007) (مسح زرع الكلى) وتكررت في عام (2011) وتحليل الاتجاهات في نوعية الحياة من الداء الكلوي بمراحله الأخيرة بين هذين المسحين، تم اجراء جمع البيانات عن طريق ارسالها بالبريد الى منازل المرضى، من خلال استبيان عام QOL.

واثنين من الاستبيانات المحددة، النسخة القصيرة (جودة امراض الكلى من الحياة) لمرضى غسيل الكلى و MOSSF36 تمثيلية من الأشخاص الذين يبلغون من العمر (18) عاما أو أكثر لمرضى الزرع، على عينة (ReTansQol V2(RTQ V2) حسب العمر والمنطقة، حيث توصلت الدراسة إلى تدهور جودة الحياة لدى مرضى غسيل الكلى أو مرضى الزراعة بشكل طفيف بين عامي (2005-2007) و(2011) ولا يمكن اعتبار هذا الانخفاض مهما من الناحية الاكلينيكية.

7-التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة نلاحظ أن هناك من الدراسات من تشابهت مع دراستنا وهناك من اختلفت معها وفيما يلي توضيح لذلك:

من حيث الهدف:

تختلف أهداف كل دراسة فهناك بعض الدراسات التي اهتمت بدراسة الألم النفسي وأهم تصنيفاته (الضغط، القلق والاكتئاب) وعلاقتها ببعض المتغيرات: كالجنس، المستوى التعليمي، كدراسة سعادة إبراهيم محمد سلامة (2011)، بوزار يوسف (2015)، جهاد براهيمية ونادية بوشللق (2016)، رقيق برة علي (2017)، التي تهدف الى الكشف عن الألم النفسي أو أحد أصنافه، أو دراسة متغير جودة الحياة كدراسة ليلى والسايح (2018) التي هدفت الى دراسة جودة حياة

مرضى تصفية الكلى المزمن، ولم تتشابه الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية لأنها هدفت الى معرفة مستوى كل من الألم النفسي، وجودة الحياة، والعلاقة بينهما.

من حيث المنهج:

نلاحظ من خلال الدراسات السابقة أن هناك اختلاف في استخدام المنهج الخاص بكل دراسة كما هو الحال في دراسة: سعادة إبراهيم محمد سلامة (2011)، والصالح ابركان (دون سنة) استخدموا المنهج الوصفي الارتباطي، بوزار يوسف (2015) استخدم المنهج العيادي، فوزية بن كمشي (2013)، وتشابهت دراستنا مع دراسة: جهاد براهيمية ونادية بوشللق (2016)، رقيق برة (2017)، في استخدام المنهج الوصفي للكشف عن العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

من حيث العينة:

اختلفت عينات الدراسات السابقة وتباينت من حيث الحجم والنوع كما هو الحال في دراسة: جهاد براهيمية ونادية بوشللق (2017) التي تناولت أفراد عينة مرضى السرطان واختلفت دراستنا عن باقي كل الدراسات في حجم أفراد العينة، وتشابهت دراستنا مع دراسة بوزار يوسف (2015)، فوزية بن كمشي (2013)، وجهد براهيمية ونادية بوشللق (2017)، التي تم اختيار أفراد العينة فيها بطريقة قصدية،

من حيث الأدوات المستخدمة:

لكل دراسة أهدافها ما جعل الدراسة السابقة تختلف، وتتنوع في استخدام المقاييس وهذا ما نجده في كل من دراسة: سعادة إبراهيم محمد سلامة (2011) التي طبق فيها مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس أساليب التكيف مع احداث الحياة الضاغطة، واستخدام استبيان لجمع المعلومات، ودراسة بوزار يوسف (2015) التي طبق فيها مقياس بيك للاكتئاب وسلم نوعية الحياة الذاتية، مع تطبيق المقابلة العيادية (النصف موجهة)، ودراسة رقيق برة (2015) التي طبقت مقياس التدين واستبيان الضغط النفسي للفنستين، وتشابهت مع دراسة: جهاد براهيمية ونادية بوشللق (2016) في استخدام مقياس الألم النفسي، واختيار العينة بطريقة قصدية، ودراسة فوزية بن كمشي (2013) في استخدام استبيان جودة الحياة SF-36، دراسة صالح ابركان (دون سنة) الذي استخدم مقياس SF-36، ودراسة زوازي واخرون (2016) في استخدام استبيان جودة الحياة SF-36، ودراسة ليلى والسايح (2018) التي استخدمت مقياس جودة حياة الكلى-النسخة المختصرة 36، ودراسة ديفي بيوجر وستيفاني جنتيلي (2014) التي استخدمت فيها اجراء جمع البيانات من خلال استبيان عام، النسخة القصيرة (جودة امراض الكلى من الحياة) لمرضى غسيل الكلى.

وهذا يمكن القول أن كل هاته الدراسات السابقة كان لها فائدة من حيث: إعطاء بداية حول دراسة الألم النفسي الذي يضم كل من (الضغط، القلق والاكتئاب)، أيضا المحاولة في التوسع حول هذا المتغير، الى جانب متغير جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، والمنهج الأنسب للدراسة، والإطلاع على المقاييس الملائمة لها.

حيث تميزت الدراسة الحالية: بدراسة متغير الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باعتبار هذا المتغير ليس له دراسات سابقة بأصنافه الثلاثة (الضغط، القلق والاكتئاب)، ومعرفة نسبة ارتفاع الألم النفسي وجودة الحياة لهته

الفترة، والعلاقة بينهما كون أن هذان المتغيران ليس لهما دراسات سابقة ومراجع كثيرة، وكيفية اختار وتحديد الأدوات، إضافة إلى المنهج المناسب لهذه الدراسة.

الفصل الأول: الألم النفسي

الفصل الأول: الألم النفسي

تمهيد

- 1- تعريف الألم.
- 2- مكونات الألم.
- 3- تعريف الألم النفسي.
- 4- تعريف الضغط النفسي.
- 5- أعراض الضغط النفسي.
- 6- أنواع الضغط النفسي.
- 7- النظريات المفسرة للضغط النفسي
- 8- تعريف القلق.
- 9- أسباب القلق.
- 10- النظريات المفسرة للقلق.
- 11- علاج القلق.
- 12- تعريف الاكتئاب.
- 13- أعراض الاكتئاب.
- 14- أسباب الاكتئاب.
- 15- النظريات المفسرة للاكتئاب.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعيش الانسان حياته بين أفراد مجتمعه مما يؤثر فيهم ويتأثر بهم اما سلبا أو إيجابا، وإذا كان هذا التأثير سلبيا فإنه يترك ألما نفسيا أو جسديا عليه. لأن الألم يدخل في تركيب العلاقة مع الذات ومع الآخرين ومع المحيط، ومنه سوف نوضح في هذا الفصل تعريف الألم والألم النفسي والى أهم أصنافه المتمثلة في الضغط النفسي، القلق والاكتئاب من خلال أهم التعريفات والنظريات المفسرة لكل واحد وأسباب كل صنف.

1-تعريف الألم:

تختلف وتتعدد التعريفات التي تناولت الألم النفسي باختلاف وجهات النظر حسب كل باحث والبيئة التي يعيش فيها، ومن هذه التعريفات نذكر ما يلي:

عرف (1984): الألم هو إحساس تصاحبه باستجابات غير مستحبة. وأي استجابة تحدث بفعل مؤثر. وهذان هما شقا أي إحساس: مؤثرواستجابة. المؤثر هو المنبه أو الباعث أو الحافز أو السبب. والاستجابة هي الخبرة التي يعيشها الإنسان. وما يعني الإنسان هو الخبرة التي يعيشها. وخبرة الألم هي خبرة معاناة. والمعاناة هي حالة نفسية، إذن الألم هو خبرة نفسية. (صادق، 1984، ص15).

وعرف (2006): بأنه ذلك الشعور الحسي والنفسي غير المستحب، الذي يصاحب انسجة الجسم، أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض. (البكوش، 2014، ص136).

كما عرف (2007): على أنه حالة سلبية تعني امتناع الراحة واللذة. فنكون في هذه الحالة كمن يعرف الشيء بنقيضه، لكن الألم بصفة عامة هو إحساس بالتأذي أو خبرة غير سارة، وهو عادة ما يرتبط بحدوث خلل أو تلف في أنسجة الجسم نتيجة لمؤثر ضار...ويكون الألم في الكثير من الأحيان هو التعبير عن خلل عضوي أصاب الانسان، كما يرتبط إحساس الألم في الاذهان بحالة المرض التي تهدد صحة الفرد وحياته. (الشربيني، 2007، ص 191- 192).

حسب شيلي تايلور (2007): يؤدي الألم عادة إلى تدني مستوى نشاط الفرد وإلى تراجع في قدرته الحركية، ويشكل هذا التحول عنصرا هاما في خبرة الألم، كما تميل ردود الأفعال الانفعالية لمن يعانون من الآلام المزمنة إلى القلق والاكتئاب، وهي ردود فعل تعتبر جزءا لا يتجزأ من خبرة الألم(تايلور، 2008، ص179).

وتم تعريف الألم في من قبل الرابطة الدولية لدراسة الألم (IASP)، على أنه "تجربة حسية وعاطفية غير سارة مرتبطة بتلف الانسجة الفعلي او المحتمل، أو يتم وصفها من حيث هذا الضرر، وبأنه أمر ذاتي، إنه بلا شك إحساس في جزء أو أجزاء من الجسم، لكنه دائما ما يكون مزعجا وبالتالي تجربة عاطفية أيضا(Gorczyk. Filip, 2013, p23).

وحسب كل ما سبق يمكن اعتبار الألم، أنه خبرة غير سارة أو مؤلمة، وهو احساس أو شعور بالأذى أو بعدم الراحة وهو يحتوي على ردود أفعال نتيجة خلل عضوي ظاهري، بحيث يمكن أن يؤدي بصاحبه إلى الاكتئاب أو القلق، أي أنه تجربة عاطفية ذاتية بوجود مثير.

2-مكونات الألم:

2-1-إحساسي-تمييزي:يقابل فك تشفير الألم من حيث (الشدة الجدول الزمني، الإيقاع الخ)، المدة، الموقع.

2-2-عاطفي-عاطفي: مما يجعله خصوصية الإدراك غير السار للتجربة المؤلمة، والتي يمكن تعديلها من خلال الحالات العاطفية (القلق، الاكتئاب، الخ)

2-3-الادراك: تتضمن عمليات عقلية من المحتمل أن تعطي معنى لإدراك وسلوك الموضوع (الانتباه وتحويل الانتباه، التفسير، القيم المخصصة، التوقع، الإشارة إلى الألم السابق، قرار السلوك الذي يجب تنبيهه.

2-4-السلوكية: مجموعة من المظاهر اللفظية وغير اللفظية (الجسدية والبنائية العصبية والنفسية الحركية) التي يمكن ملاحظتها كرد فعل للألم. يوفر التواصل مع من حولهم. التعلم المسبق، اعتمادا على الأسرة والبيئة العرقية الثقافية، من المرجح أو تؤدي المعايير الاجتماعية المتعلقة بالعمر والجنس إلى تعديل سلوك الفرد، مثل أي نظام اتصال، تتدخل ردود أفعال المحيط مع سلوك المريض المؤلم وتساهم في صيانتته. (SFETD, 2017, p 31-32).

3-تعريف الألم النفسي:

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. (براهمية، نفس المرجع السابق، ص46).

ويعتبر الألم النفسي أحد أنواع الألم غير المرتبط بأي سبب فيزيائي، إذ قد ينتج الألم النفسي لدى الإنسان بسبب خذلان من الآخرين، وشعور الندم، والفقد، والخسارة، أو قد يكون ناتج بسبب مشكلة نفسية، مثل: الاكتئاب، والقلق.

بغض النظر عن الأسباب وراء الألم النفسي، فإن الألم يمكن أن يؤثر على الإنسان وحياته بشكل سلبي وقد يمتد لأيام طويلة (الملكاوي، 2022).

عرف شنايدمان الألم النفسي (1993-1996): بأنه ينشأ عندما يحتاج الفرد إلى أن يكون محبوبا، وللحفاظ على صورته الذاتية، وعدم الشعور بالحرج، والشعور بالأمان، والفهم، تسبب هذه الحاجات التي تم منعها مشاعر سلبية مثل الإحباط، والشعور بالذنب، والهزيمة، والاذلال، والحزن، واليأس، والغضب، وهكذا يحدث ألم نفسي لا يطاق.

(Demirkol, 2019, p207).

أما ساندلر "Sandier" فعرفته على أنه حالة انفعالية ناتجة عن عدم توافق بين الصورة المثالية والفعلية للذات وأشارت أيضا الى ان الألم هو المعاناة. (براهمية، 2018، ص46).

وبعد استعراض التعريفات السابقة يمكن القول بأنها تتفق كلها في تعريف الألم النفسي على أنه: "شعور داخلي يسبب معاناة نفسية غير فيزيائية، وهذا الشعور ناتج عن التفسير السلبي ونقص الحاجات التي يحتاجها الفرد كالأمان من أجل الحفاظ على صورة الذات".

ويندرج ضمن الألم النفسي عدة اضطرابات نفسية هي الضغط النفسي، القلق والاكتئاب، وسوف نقدم هذه الاضطرابات فيما يلي:

3-1-1-3-1- الضغوط النفسية:

3-1-1-3-1-3- تعريف الضغوط النفسية:

وعرف الضغوط النفسية بأنه استجابة تكيفية تحدثها الفروق الفردية بين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها، لهذا فهي تنتج عن أي حدث بيئي أو موقف أو حادثة، وتحتاج إلى مزيد من الجهد النفسي والجسدي الفيزيائي للفرد، أن هذا التعريف يركز على دور الظروف البيئية كسبب في أحداث الضغوط، وهذه الظروف هي ما يطلق عليه الضغوط (عبيد، 2008، ص20).

إنه مجموع المصادر الداخلية والخارجية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف قدرته على أحداث الاستجابة المناسبة للموقف، فهو يعتبر نتيجة لتفاعل الفرد بالبيئة حيث ينشأ عندما يقدر الفرد الوضعية بأنها مهددة، وتتجاوز موارده الشخصية وامكانياته، وأنه لا يملك استجابة مواجهة ملائمة وفاعلة مباشرة عندها يختبر تغيرات فيزيولوجية وانفعالات وتغيرات في الأنماط السلوكية التي تهدد صحته. (واكلي، 2014، ص293).

يمكن تعريف الضغوط النفسية بأنه (حالة من التوتر النفسي والعضوي ناتجة عن التهديد الذي يتعرض له الفرد من البيئة المحيطة به) وبعبارة أخرى يمكن وصف الضغوط النفسية بأنه (أي موقف يضطر فيه الفرد إلى المواجهة).

إن أي موقف او حالة وجدانية تتدخل في الأمن والسلامة مثل: الإحباط – القلق – الخوف – الغضب... تمثل شكلا من أشكال الضغوط النفسي، التي يجب أن يواجهها الفرد ويتعامل معها. وتعلم مواجهة هذه المواقف هي خطوات هامة نحو التكيف الشخصي. (الميلادي، 2014، ص168).

استجابة طبيعية لتحديد بدني أو عاطفي، ويحدث عند فقدان التوازن بين المطالب وموارد التكيف، ففي احدى كفتي الميزان يمثل الضغوط النفسي التحديات التي تثيرنا، وتجعلنا متأهبين، بينما نجد في الكفة الأخرى أن الضغوط النفسي يمثل الأوضاع التي يصبح فيها الأفراد غير قادرين على تلبية المطالب المفروضة عليهم، وفي آخر المطاف يعانون انهيارا بدنيا ونفسيا. (غازي، 2014، ص9).

أما لازاروس وفولكمان: هو تفاعل خاص بين الفرد والوضعية التي يدركها على أنها شاقة وتتجاوز موارده وقدراته وتضع راحته في خطر. (بولقرون، مناني، 2021، ص473).

يختلف تعريف الضغط النفسي باختلاف كل باحث، لكن جل هذه التعريفات تجمع على أن الضغط النفسي: هو نتيجة العلاقة بين الفرد والبيئة التي تفوق قدرته وتتجاوز كفاءته على مواجهة مختلف تحديات المواقف الضاغطة، لتسبب له الدخول في حالة من القلق والخوف وعدم احداث الاستجابة المناسبة لكل موقف ومتطلباته.

3-1-2- أعراض الضغط النفسي:

يرى بعض علماء النفس أن للضغوط النفسية بعض المؤشرات التي يمكن ايجازها على النحو التالي:

- الأعراض الجسدية: في ردة فعل الضغط العادية، يخفق القلب بقوة وبسرعة، تشنج العضلات، تزداد سرعة التنفس ويجف الحلق، تصيب العرق، والاحساس باضطراب في المعدة.
- تغيرات في القدرات المعرفية: مثل فقدان الدافعية، وعدم التركيز، والاحفاق في انجاز المهام المطلوبة، والسبب أن العقل يستخدم العديد من الموارد، للتعامل مع موقف الضغط، ولا يبقى الكثير للأنشطة اليومية، وهناك سوء الفهم، والتشويش بالعمليات المعرفية، مثل: التنظيم، والتخطيط، والتفكير بشكل موضوعي، وضعف +حل المشكلات، خصوصا في الأزمات، والاشفاق على الذات، وفقدان الأمل، وتقييم ذات منخفض، والتهرب من المثيرات أو الحالات المسببة للضغط. (عواد، 2011، ص 18-19).
- الأعراض العاطفية: من الشائع أن يشعر من يتعرض لضغوط بالعصبية، القلق، التوتر، سرعة الغضب، الانفعال، عدم الراحة أو الإثارة ومن جهة أخرى قد يجد بعض الأفراد متباطئين محبطين، حزينين أو كئيبين.
- الأعراض السلوكية: عند شعور الفرد بالضغط فانه يحول التخلص منه القيام بسلوكيات: مثل هز الركبة، قضم الاظافر، الإكراه على الأكل، التدخين، التكلم بصوت عال، القاء الملامة على الغير وغيرها. (الجويجي، 2017، ص256).

عند إصابة الفرد بالضغط النفسي تظهر عليه مجموعة من الأعراض سواء الجسدية التي تظهر دون أن يصرح بها الفرد كالتعرق، أو على مستوى القدرات المعرفية التي تجعله غير قادر على أداء مهامه في العمل وعدم التركيز، وتقييم المواقف بشكل إيجابي. أو ظهور أعراض عاطفية كالشعور بالقلق واستحواذ الاكتئاب عليهم الذي يؤدي الى فقدان الرغبة في مواصلة تحقيق الأهداف، أو ظهور أعراض سلوكية خارجة عن ارادته يرتكها لتخفيف القلق والتوتر، أو التملص من المسؤولية. كل هذه الأعراض تظهر نتيجة لتلك الضغوطات التي تسبب له تقييما خاطئا وسلبيا لمختلف الأحداث والمواقف المتعلقة بالبيئة التي ينتمي اليها.

3-1-3- أنواع الضغوط النفسية: لقد تنوعت الضغوط النفسية وتعددت بتعدد تصنيفاتها وهي كما يلي:

حيث نجد سيلبي (1993) حددها في أربعة أنواع هي:

3-1-3-1- الضغوط الإيجابية: وهذا النوع من الضغوط يدفع للإنجاز، وينمي الثقة بالنفس، ويدفع الأفراد إلى سرعة انجاز الأعمال، ويكونون مثارين عقليا وجسميا.

3-2-3-1- الضغوط السلبية: ويقصد بها الضغوط التي تنطوي على أحداث سلبية مهددة ومؤذية للفرد.

3-3-3-1- الضغط المرتفع: ويقصد به الضغط الناتج عن تراكم الأحداث المسببة للضغط والتي مرت بالفرد وفشل في التوافق معها.

3-4-3-1- الضغط المنخفض: ويقصد به حالة الملل والضجر التي يعيشها الفرد وانعدام الإثارة والتحدي حيث أن الفرد لا يمارس فيها أي أنشطة أو أعمال، وعندما يعاني الفرد من تدني الشعور بتحقيق الذات، ما يؤدي إلى حالة من الضغط. (السميران و المساعيد، 2014، ص18).

ويذكر إبراهيم أمثلة على أنواع الضغوط وهي كما يلي:

1- الضغوط الانفعالية والنفسية (القلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية).

2- الضغوط الأسرية بما فيها الصراعات الأسرية والانفصال، والطلاق وتربية الأطفال.. الخ).

3- الضغوط الاجتماعية كالتفاعل مع الآخرين، وكثرة اللقاءات أو قلمها، والاسراف في التزاور مع الحفلات.. الخ.

4- ضغوطات العمل: كالصراعات مع الرؤساء، وضغوط الانتقال كالسفر، والهجرة، والإساءة في استخدام العقاقير والكحول... الخ. (عبيد، 2008، ص 24-25).

وقد ميز لازاروس وكوهن (1977) بين نوعين من الضغوط:

1- الضغوط الخارجية: والتي تعني الأحداث الخارجية والمواقف المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة إلى البسيطة إلى الحادة.

2- الضغوط الداخلية (الشخصية): والتي تعني الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي والنابع من فكر وذات الفرد. (بومجان، 2016، ص75).

بعد الإشارة إلى أنواع الضغط النفسي فإنها تختلف باختلاف توجه كل عالم وباحث، فمثلا حسب "سيلي" فإن الضغوط النفسية تنقسم إلى ضغوط نفسية إيجابية وسلبية فهذه الضغوط حسبه يمكن أن تدفع الفرد إما إلى تحقيق ما يريد أو عدمه، وكذلك يمكن أن تكون هذه الضغوط مرتفعة أو منخفضة ناتجة إما عن تراكم الأحداث أو عدم وجود مؤثرات اطلاقا.

أما "إبراهيم" فيرجع أنواع الضغط النفسي حسب البيئة التي ينتمي إليها الفرد أو ناتجة عن نفسيته، على غرار "لازاروس" الذي ذكر أن الضغط النفسي له نوعان أما خارجة عن إرادة الفرد أو داخلية شخصية نتيجة لكيفية ادراكه للعالم الخارجي.

ومن هنا يمكن القول بأن كل نوع من أنواع الضغط النفسي له دور في أحداث التوافق أو عدم أحداثه، وهو أيضا له علاقة بالبيئة المحيطة بالفرد الذي ينتمي إليها.

3-1-4-4-النظريات المفسرة للضغوط النفسية:

3-1-4-1-نظرية كانون:

يعتبر كانون أحد الرواد الأوائل في بحوث الضغط، وعرف الضغط بأنه ردود فعل الجسم في حالة الطوارئ، وأشار إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب، التي قد يسلكها الفرد حيال تعرضه للمواقف المؤلمة في البيئة وتعتبر هذه الاستجابة تكيفية لأنها تمكن الفرد من الاستجابة بسرعة للتهديد، غير أنها قد تكون ضارة للكائن لأنها تزيد من مستوى أدائه الانفعالي والفيسيولوجي عندما يتعرض لضغوط مستمرة ولا يستطيع المواجهة أو الهروب، ويحدث تنشيط للجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز الغددي مما يؤدي إلى الهروب، ويرى كانون أن جسم الإنسان مزود بميكانيزم يساهم في الاحتفاظ بحالة من الاتزان، أي قدرة الجسم على مواجهة التغيرات التي تحدث وكذلك ميله إلى العودة إلى الوضع الفسيولوجي الذي كان عليه قبل الضغط، وبالتالي فإن أي متطلب بيئي إذا فشل الجسم في التعامل معه فإنه يخل بهذا الاتزان، ومن ثم ينتج المرض.(حماد، 2012، ص43).

3-1-4-2-نظرية التحليل النفسي:

لقد ميز علماء النفس التحليليون وعلى رأسهم فرويد الضغوط النفسية التي سببها الصراعات اللاشعورية داخل الفرد خاصة لدى أولئك الذين يعانون من المشكلات والاهتمامات الجنسية والعدوانية والعديد من الرغبات. فقد ذكر علماء مدرسة التحليل النفسي أن الضغوط التي يعاني منها الفرد في كل موقف أو سلوك، هي تعبير عن صراع ما بين نزاعات متعارضة أو متباينة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أم داخل الفرد نفسه(...)، وطبقا للنظرية النفسية التحليلية فإن معظم الأفراد لديهم صراعات لاشعورية وهذه الصراعات تكون لدى البعض أكثر حدة وعددا. فهؤلاء الناس يرون ظروف وأحداث حياتهم مسببات للضغوط النفسية وأن أساليب مواجهة هذه الضغوط يكون عن طريق الكبت الذي اعتبره فرويد ميكانيكية الدفاع تجاه الضغط. (النوايسة، 2013، ص18).

3-1-4-3-النظرية السلوكية:

تعود النظرية السلوكية إلى المدرسة السلوكية التي أسسها واسطن سنة (1912) ميلادية، وهي مدرسة تنظر الكائن الحي نظرتها إلى آلة ميكانيكية معقدة، لا تحركه دوافع موجهة إلى غاية، بل مثيرات فيزيقية تصدر عنها استجابات عضلية وغدية مختلفة. وترى النظرية السلوكية أن الضغوط النفسية هي نتيجة لعوامل مصدرها البيئة، وهذه العوامل

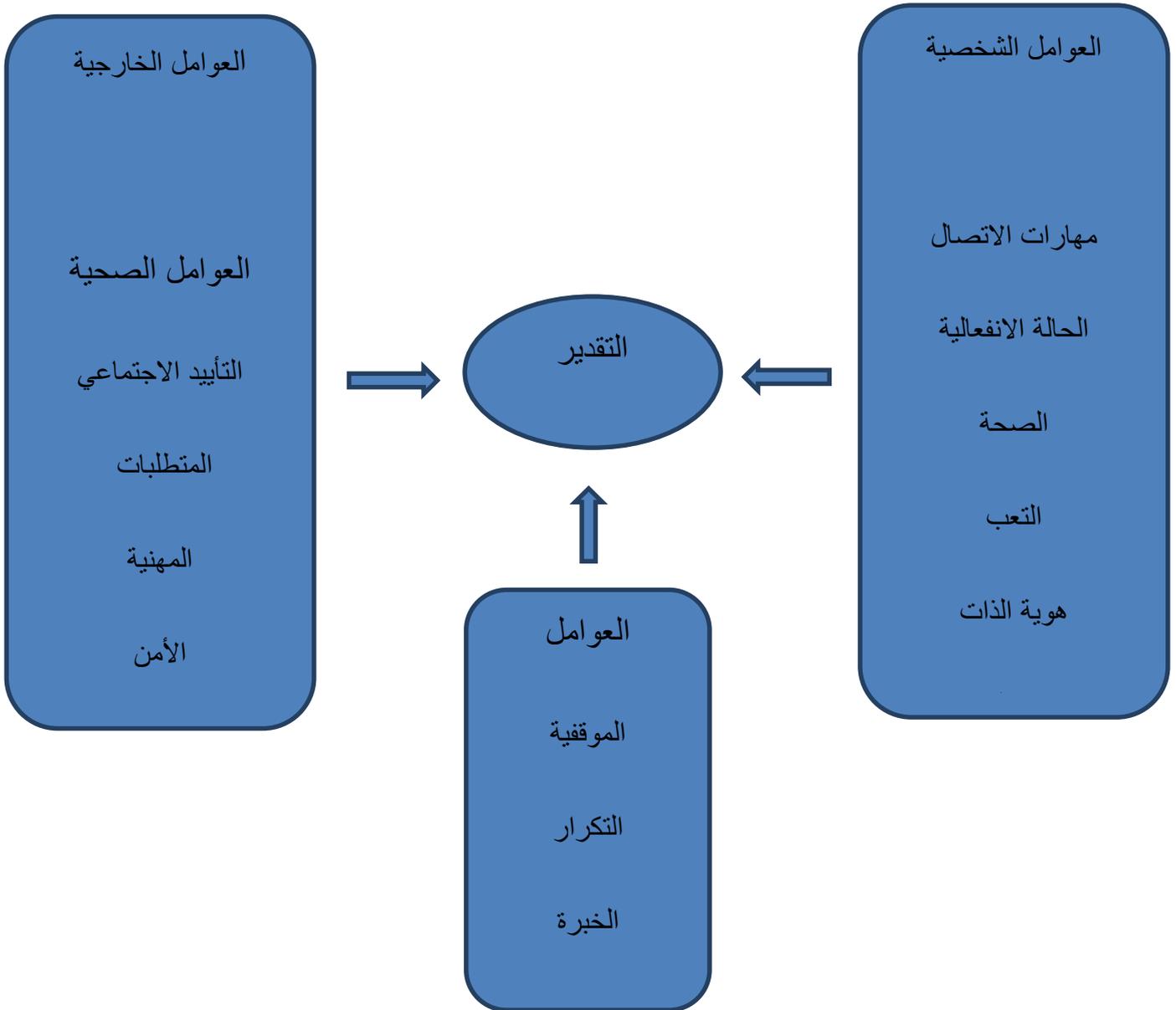
يمكن التحكم بها أو لا يمكن التحكم بها، والسبب الرئيسي يعود إلى البيئة. وتذهب النظرية السلوكية إلى أن بعض الأفراد يتأثرون أكثر من غيرهم بضغوط البيئة. ولهذا، فإن هذه الضغوط تظهر أثارا مختلفة من حيث شدتها وحدتها. وتؤكد المدرسة السلوكية على اختلاف مراحلها (القديمة والحديثة) على الجانب البيئي في الضغوط النفسية. بالإضافة إلى ذلك، فهي ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق متعلمة من خلال الخبرات التي يتعرض لها الفرد. وقد اعتقد كل من واطسن وسكينر أن عملية التوافق الشخصي لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، ولكن تتشكل بطريقة آلية عن طريق تلميحات البيئة أو اثباتها. وقد اختلف واسطن عن سكينر، حيث ألغى واسطن دور الانسان اذ يقول: أن التوافق يتشكل بطريقة ميكانيكية، بينما رفض باندورا كل تغير للسلوك الإنساني بطريقة الية ميكانيكية، وأوضح "توكمين" أنه عندما يجد الأفراد أن علاقاتهم مع الآخرين غير مثابة فإنهم ينسلخون عن الآخرين، وبدون اهتمام أقل فيما يتعلق بالتلميحات الاجتماعية، وينتج عن هذا أن يأخذ السلوك شكلا شادا أو غير متوافق (ايبو، 2019، ص 98-99).

3-1-4-4- نظرية التقدير المعرفي (1970):

اهتم لازا روس في هذه النظرية بالتقدير المعرفي وهو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد حيث يرتبط بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف حيث يعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها العوامل الشخصية والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة. ذلك أن أساس هذه النظرية هو عملية الإدراك والعلاج الحس الإدراكي، وتنظر هذه النظرية إلى الضغوط أنها تنشأ عندما يكون هناك تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين:

-معرفة الأحداث التي تسبب الضغوط.

-تحديد الطرق التي تلائم التغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف.



شكل (01): يوضح نظرية التقدير المعرفي للضغوط (عباسة، 2018، ص49).

3-1-4-5- نظرية العجز المكتسب:

استخدم سلجمان مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب من خلال تجاربه في التسعينات، ويشير هذا المفهوم إلى تكرار تعرض الفرد للضغوط إذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها، فإن هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بالعجز، وعدم القيمة أو الاستحقاق، وأن هذا الشعور بالعجز يجعله يبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها، ويشعر بالتهديد فيها وفي نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على مواجهتها، مما يجعله يتوقع الفشل بشكل مستمر ويدرك أن ما يتعرض له من فشل وعدم القدرة على مواجهة في الماضي والحاضر سوف تستمر معه في المستقبل، ومن ثم يشعر باليأس أو يترتب على ذلك الشعور بالسلبية والبالدة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب. (بخوش، 2019، ص108).

اختلفت نظريات الضغط النفسي في تفسير أو سبب نشوء الضغوط النفسية حيث ترجع نظرية "كانون" سبب المرض إلى فشل الجسم في المواجهة والهروب نتيجة التهديد وعدم التعامل مع متطلبات البيئة الخارجية، أي لكل موقف استجابة خاصة به. في حين ترى نظرية التحليل النفسي أن سبب الضغط النفسي راجع إلى صراعات لاشعورية خاصة بالميول والمشاكل الجنسية، وبالتالي أحداث صراع بين رغبات الفرد والمحيط الخارجي أو داخل الفرد نفسه. أما النظرية السلوكية فترجع الضغط النفسي نتيجة لعوامل بيئية إما يكون الفرد قادر على التحكم بها أو لا، حيث تظهر أثاراً من حيث شدتها وحدتها، وعلى اختلاف مراحلها القديمة والحديثة، تؤدي إلى ظهور سلوكيات غير متوافقة. في حين تنظر نظرية التقدير المعرفي "للازاروس" أن نشوء الضغط النفسي راجع إلى تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد والبيئة المحيطة، أيضاً إلى الخبرات وتقييم الفرد للمواقف عن طريق عملية الإدراك والعلاج الحس الإدراكي. وأخيراً نظرية العجز المكتسب هنا ينظر "سلجمان" إلى أن تكرار تعرض الفرد للضغوط، وأن ما يتعرض له من فشل في الماضي والحاضر سوف يستمر معه في المستقبل.

ومن هنا يمكن القول أن اختلاف النظريات في تفسير أسباب الضغط النفسي راجع بنسبة كبيرة إلى دراسة الانسان كل حسب توجهه من حيث (الاستجابة، اللاشعور والرغبات، الإدراك، تقييم المواقف، تقدير الذات).

4-القلق:

4-1-تعريف القلق:

لغة: ورد في لسان العرب لابن منظور الإفريقي: (القلق، انزعاج، يقال بات قلقاً، وقلقته غيره، أي ازعجه، اقلق الشيء من مكانه وقلقته حركه، والقلق: أن لا يستقر في مكان واحد، وقد اقلقه فقلق وفي حديث لعلي: اقلقوا السيوف في الغمد، أي حركوها في اغمادها قبل ان تحتاجوا الى سلهها)، وأن نظرة متفحصة لما رُود في المعاجم العربية في معاني كلمة القلق ومجالات استعمالها تبين كلها وتشير إلى صفات معينة من مثل: عدم الاستقرار، الحركة الانتقال من مكان إلى آخر، عدم الثبات على حال واحد، وهي نفسها المعاني والصفات المصاحبة للشخص القلق في سماته السلوكية الظاهرية، وهو ما يدل على أن المعنى الاصطلاحي للقلق غير بعيد عن معناه المعنوي.

اصطلاحاً: يرجع رسوخ استعمال مفهوم القلق في علم النفس إلى سيغموند فرويد (1894) حين فصل عصاب القلق عن مجموعة أمراض الوهن العصابي، واعتبر القلق أساس كل الأمراض العصبية وهو في نظره الظاهرة الأساسية والمشكلة الرئيسية في العصاب، ويعرفه على أنه (هو حالة الغامض الشديد الذي يمتلك الفرد ويسبب له الكثير من الانقباض والضيق والألم)، أي أن القلق سببه مجهول يؤثر على الفرد فيسبب له حالة من التشتت وعدم الاطمئنان.

ويعرفه فخري الدباغ (1983) بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، دون إدراك لمصدر الخوف، ويكون مصحوب بأحاسيس جسمية تتكرر بين الحين والأخر يشكل في الصدر أو التنفس أو تسرع في نبضات القلب). (زعر، 2010، ص1).

أما بالنسبة إلى الرفاعي (2003) فإن القلق استجابة لخطر يخشى من وقوعه ويكون موجهاً للمكونات الشخصية والاستجابة هذه تحمل معنى داخلياً يتصل بالشخص ويضيفه على العالم الخارجي. (شلهوب، 2016، ص33).

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

أما (كفافي، 1990) فيرى أن القلق "خبرة انفعالية مكدره أو غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد". (براهمية، نفس المرجع السابق، ص53).

يعرف جالديرون جرينبيرغ (1999 Calderon and Greenberg) القلق بأنه، وجدان، والمقصود بالوجدان حالة انفعالية أو شعورية كالسعادة، أو الابتهاج، أو الاكتئاب، وهو حالة وجدانية خاصة تنتج عن صراع الحاجات الغريزية بالمجتمع الذي لا يود اشباع هذه الحاجات أو يعجز دونها. (ابوفودة، 2011، ص6).

أما معجم علم النفس والطب النفسي فيعرف القلق بأنه: شعور بالفزع من كارثة توشك ان تحدث والقلق استجابة لتهديد غير محدد وكثيراً ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر عدم الأمن والنزاعات الغريزية وفي الحالتين يستعد الشخص لمواجهة التهديد فتتوتر العضلات ويتسارع النفس ونبضات القلب. (بكر، 2014، ص10).

القلق عبارة عن رد فعل لخطر فقدان الموضوع (فرويد، 1926، ص 151).

ترى هورني Horney أن القلق استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، وتعتقد أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم في نشأة القلق لما بها من تعقيدات وتناقضات، بينما ينجم القلق عند أدلر Adler في محاولة الفرد التحرر من الشعور بالنقص ومحاولته الحصول على التفوق. (الشبؤون والأحمد، 2011، ص769).

يمكن في الأخير تعريف القلق على أنه شعور غامض، وحالة انفعالية يحس بها الفرد نتيجة شعوره بخوف أو تهديد من مثير غير محدد، قد يكون هذا الشعور داخلياً (صراع بين الحاجات الغريزية اللاشعورية) أو خارجياً (كمثير معين).

2-4- أعراض القلق:

أما (عكاشة) فيعطي تفصيلا أعم وأشمل للأعراض الإكلينيكية للقلق فيصنف القلق إلى صنفين: القلق الحاد والقلق المزمن.

أولا: القلق الحاد: ويأخذ ثلاثة أشكال:

- حالة الخوف أو الهلع.
- حالة الرعب الحاد.
- إعياء القلق الحاد.

ثانيا: القلق المزمن: ويأخذ ثلاثة أشكال أيضا:

1- أعراض جسدية.

2- أعراض نفسية.

3- أعراض سيكوسوماتية (نفسجسمية). (عوض الله، 2008، ص 39-40).

صنفت أعراض القلق إلى نوعان هما:

الأول: الأعراض البدنية: وتضم: ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب، نوبات من الدوخة والإغماء، تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين، غثيان أو اضطراب المعدة، الشعور بألم في الصدر، فقد السيطرة على الذات، نوبات العرق التي لا تتعلق بالحرارة أو الرياضة البدنية، سرعة النبض أثناء الراحة، الأحلام المزعجة، والتوتر الزائد.

الثاني: الأعراض النفسية: وتتمثل في: نوبة من الهلع التلقائي، الاكتئاب وضعف الأعصاب، الانفعال الزائد، عدم القدرة على الإدراك والتمييز، نسيان الأشياء، اختلاط التفكير، وزيادة الميل إلى العدوان. (حماد، 2012، ص 28).

تختلف أعراض القلق حسب البيئة التي يعيش فيها الباحث حيث أن عكاشة قدم تفصيلا عن أعراض القلق حيث حدد نوعين أساسيين أولهما القلق الحاد يتمثل في الرعب الحاد، الهلع أما بالنسبة للنوع الثاني ألا وهو القلق المزمن يتمثل في الأعراض الجسمية، النفسية والسيكوسوماتية أيضا سرعة دقات القلب، الإغماء، الدوخة والغثيان. نوبات الهلع، الاكتئاب، ضعف الأعصاب.

4-3-أسباب القلق:

هناك اختلاف في تفسير أسباب القلق وفيما يلي ذكر لأهمها:

4-3-1-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، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمن. كما أظهرت دراسة على بعض الأسر إلى أن 25٪ من أبناء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض .

4-3-2-أسباب نفسية: تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي 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 يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة. فقد أرجع فرويد القلق إلى صراعات داخلية الشعورية 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 ومحاولته التفوق، وبالنسبة لاريك فروم فيشير إلى أن القلق ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للتفرد والاستقلال من جانب الوالدين، ويذهب، أتورنك إلى أن القلق يرجع إلى صدمة الميلاد. (براهمية، نفس المرجع السابق، ص55).

4-3-3-العوامل الاجتماعية: تعتبر العوامل الاجتماعية وفقاً لغالبية نظريات علم النفس من المثيرات الأساسية للقلق، وتشتمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والوحدة وعدم الأمن. (بكار، 2013، ص69).

أول من حاول دراسة هذا الموضوع هو فرويد الذي بين في نظرية التحليل النفسي أن القلق تتسبب فيه عدد من المخاطر:

- 1- الخطر الغرائزي المرتبط بالصراعات النفسية الذي عندما يقوى يؤدي إلى اضطرابات نفسية.
- 2- الخطر الناجم عن الوسط الخارجي والبيئة وهو ما يحدث غالباً في الرياضة.
- 3- يضاف لهذا القلق ارتباطه بإدراك الفرد للمواقف على أنها خطيرة والتي هي في الواقع غير خطيرة. (قمرأوي، 2009، ص118).
- 4- الخوف من المجهول.
- 5- الشعور بالكراهية والعدوان ضد الآخرين.
- 6- الإحساس بالعجز عن مواجهة المشاكل.
- 7- الإحساس بالعجز عن إشباع الحاجيات.
- 8- الخوف من العقاب والشعور بالذنب. (أل حجاب وعبد العزيز، ص11).

وفي الأخير يظهر أن للقلق عدة أسباب وراء حدوثه والتي يمكن تلخيصها فيما يلي: النفسية، الاجتماعية والوراثية من خلال الدراسة التي أجريت على التوائم أكدت أن هناك تشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي وتشابه في الاستجابات يؤدي الى ظهور القلق، أيضا الضعف النفسي العام، الشعور بالتهديد (داخلي/خارجي)، صراعات داخلية، الشعور بالنقص ومحاولة التفوق. كل هذا نتيجة خطر ناجم عن الوسط الخارجي، الخوف من المجهول، الاحساس بالعجز عن اشباع الحاجات، الشعور بالذنب.

3-4-نظريات القلق:

1-3-4-النظرية الفسيولوجية:

يفسر أتباع هذا الاتجاه القلق على أنه ناتج من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة نسبة الأدرينالين في الدم، حيث ينشط الكبد إفراز السكر في الدم، وتنبيه الجهاز العصبي السمبثاوي الذي يؤدي إلى رفع ضغط الدم وتسارع ضربات القلب وجحوظ العينين وشحوب الجلد وجفاف الحلق وتصيب العرق وعمق التنفس وسرعته وارتجاف الأطراف، أما أعراض الجهاز الباراسمبثاوي فهي كثرة التبول والإسهال ووقوف الشعر واضطراب الأمعاء والنوم وفقدان الشهية للطعام. إن المسؤول عن تنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيبيوثلاموس الذي يقع في المنطقة المتوسطة من الدماغ وهو مركز التعبير عن الانفعالات، وهو على اتصال دائم بالمخ الحشوي لتلقي التعليمات حول طبيعة المثيرات من أجل القيام بعملية التكيف اللازمة، وهكذا تدور الدائرة العصبية المستمرة بين قشرة الدماغ والهيبيوثلاموس والمخ الحشوي ومن خلالها نحس بانفعالاتنا، وهذه الدائرة تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية وهناك هرمونات عصبية مسؤوله عن ذلك هي السيروتونين والنورادرينالين والدوبامين بالإضافة إلى هرمون الاستايلكولين في قشرة الدماغ، وأن أسباب الاضطرابات النفسية والعقلية تعود إلى اضطراب في هذه الهرمونات، الأمر الذي يجعلنا قادرين على التحكم فيها ومن ثم السيطرة على القلق والمخاوف المرضية عن طريق خلق حالة من التوازن في وجودها.(سلامة، 2011، ص14).

2-3-4-نظرية التحليل النفسي:

يعد نموذج التحليل النفسي واحدا من أقدم النماذج المفسرة للقلق وأكثرها تأثيرا، وقد كان لهذا النموذج تأثير هائل على الفكر الغربي والحضارة الحديثة، مساهما في كل من المصطلحات الاكلينيكية والممارسات العلاجية. ولقد كان سيغموند فرويد، مؤسس التحليل النفسي، أول من لفت الانتباه إلى الدور المحوري للقلق في ديناميات الشخصية والنظريات الارتقائية. وفي حقيقة الأمر، فإن فرويد يعتبر القلق احدي الدعائم الأساسية في نظرية التحليل النفسي، وقد نظر إلى هذا الانفعال على أنه العرض الأساسي في الممارسة العلاجية. ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أن فرويد توصل إلى هذه النتيجة من خلال خبراته الخاصة، نظرا إلى أنه عانى بصفة شخصية من نوبات القلق والرهاب (الخوف من القطارات) والاكتئاب، كما أنه اعتاد أيضا تناول الكوكايين لتهدئة ما يعاينه من استثارة وتوتر.

ويرى فرويد أن القلق شعور ينشأ تلقائياً كلما طغى على النفس وأقل من المثبرات الشديدة التي لا يمكن السيطرة عليها أو التخلص منها. والقلق شعور غير مريح قد يعاني منه شخص ما، قد يدفعه إلى السعي إلى الحد من هذا الشعور أو القضاء عليه، مثلما يقوم أحد الأشخاص بمحاولة لتقليل الشعور بالدوافع المماثلة مثل الجوع، أو العطش، أو الألم. وفي إطار هذا السياق يعتقد فرويد أن القلق يمكن التعامل معه إذا ما كان الانزعاج الذي يتزامن معه من شأنه استثارة دافعية الأشخاص لتعلم طرق جديدة لمواجهة تحديات الحياة. ومع ذلك فإن الشعور بالقلق الشديد والمزمن في ظل عدم وجود مصدر واضح للتهديد أو الخطر أو الضرر في البيئة، يعتبر أمراً غير طبيعي بصفة عامة. وقد اشار فرويد (1949)، في محاضراته التمهيدية في التحليل النفسي، إلى أنه يمكن فقط تقييم مصادر القلق من خلال تعامل الشخص معه، والتي تمثل نقاط قوة له مقارنة بحجم التهديد، يمكن للشخص أن يقرر في ضوءها ما إذا كان الهروب أو الدفاع أو حتى الهجوم هو أفضل وسيلة للتعامل مع القلق. وفي هذه المفاهيم تماثل بوضوح نموذج لازاروس المعرفي (1966) للضغوطات والانفعالات، والذي يرى في ضوءه أن التعامل مع القلق يعد نوعاً من التفاعل الدقيق بين عمليات التقييم الأولية (درجة التهديد) والثانوية (توافر مصادر التعامل). (زيدنروماثيوس، 2016، ص 111-112).

4-3-3-3 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 وجهة نظر متباينة للتحليلية، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون وجود الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات ثلاث "الهو" "الأنا" و "الأنا الأعلى" كما جاء به التحليليون، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي.

وقد اشار " ميلر (Miller) إلى أن اضطراب السلوك عامة واضطراب القلق خاصة يرجع إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيش فيها الفرد وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها. (بكار، 2012، ص، 63-64).

نستنتج من خلال ما أتت به هذه النظرية أنها قد أهملت اللاشعور وركزت اهتمامها على دراسة السلوك الانساني الظاهر أو الخارجي واعتمدت على المثير والاستجابة وركزت على عملية التعلم في تفسيرها للقلق ورأت أن القلق هو سلوك مكتسب ومتعلم.

4-3-3-4 النظرية المعرفية:

جاء المعرفيون بنقلة جديدة في ميدان العلاج النفسي على عكس المدارس العلاجية الأخرى، حيث أن أصحاب الاتجاه المعرفي لا يختلفون كثيراً فيما بينهم، بل يمكن ببساطة استنتاج أن جهود كل منهم جاءت مكتملة للأخرى. والنموذجان الأبرز في المدرسة المعرفية هما:

1- النموذج المعرفي للقلق عند أرون بيك A. Beck:

ركز "أرون بيك A. Beck" أعماله على الاكتئاب، إلا أنه طبق مفاهيمه المعرفية عن الأفكار التلقائية،

والتحريفات المعرفية والتخطيطات المعرفية في تفسير الاضطرابات الانفعالية الأخرى ومنها القلق.

ويرى أرون بيك أن الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة أساساً عن اضطراب في تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد وما يعتقده، وكيف يفسر الأحداث من حوله كلها عوامل هامة في الاضطراب الإنفعالي.

يؤكد "بيك" في أعماله أن توقع الفرد للأخطار والشروحي المكونات الأساسية التي تتميز مرضى القلق، فالقلق لديه يتوقف أساساً على كيفية إدراكه لتلك المخاطر وتقديره لها، فالفرد في حالة القلق يكون مهموماً أولاً باحتمال تعرضه للخطر أو الأذى.

فالفكرة الأساسية التي تهيمن عليه هي وجود خطر دائم يهدد صحته، أسرته، ممتلكاته، مركزه المهني أو الاجتماعي وغيرها من أنواع التهديدات.

ويرى "بيك" أيضاً أن انتباه المريض يكون مركزاً على المؤثرات المرتبطة بالخطر عاجزاً عن الانتقال بأفكاره إلى موضوعات أخرى بسبب المبالغة في توقع الخطر.

فالمخاوف المرتبطة بالقلق تبدو معقولة للمريض الذي يسود تفكيره موضوعات الخطر والتي تعبر عن نفسها فيما يلي:

- تكرار التفكير المتصل بالخطر.

- انخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعقل في الأفكار المخيفة وتقويمها بموضوعية.

- تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يجعل أي مثير أو موقف قد يدرك على أنهم يهددون.

2- النموذج المعرفي للقلق عند لازاروس Lazarus:

يميز "لازاروس Lazarus" بين عمليتين أساسيتين هما:

التقويم الأول:

ويعني به تقدير الفرد لمدى تهديد الموقف (تحديد الموقف وتقدير مدى احتمالية الضرر ومدى اقترابه وشدته) ويتأثر

التقويم بنوعين من العوامل:-

عوامل متعلقة بشخصية الفرد وتشمل اعتقاداته وافترضاته.

-عوامل متعلقة بالموقف وتشمل طبيعة الحدث أو التهديد المتوقع و احتمالات حدوثه.

-التقويم الثانوي:

ذويعني به تقدير الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتعامل مع المواقف (تقييم القدرة الدفاعية على إبطال الخطر واحتوائه).

- ويتأثر التقويم الثانوي بقدرات الفرد وإمكاناته التالية:

-القدرات النفسية (تقديره لذاته والروح المعنوية التي لديه).

-القدرات الجسمية (صحة الفرد وقدرته على التحمل).

-القدرات الاجتماعية (شبكة العلاقات وحجم المساندة و الدعم المقدم له).

-القدرات المادية. (بكار، نفس المرجع السابق، ص 63-66).

4-3-5- النظرية الانسانية:

يرى أصحاب هذه النظرية بأن القلق عبارة عن الخوف من المستقبل وما يحمله من مواقف وأحداث قد تهدد الإنسان وتهدد حياته وربما إنسانيته، بمعنى أن القلق لا ينشأ من الماضي وأن الإنسان هو الوحيد الذي يدرك نهايته، لذلك فهم يرون بأن الفرد معرض للموت في أي وقت وبأي لحظة، لذا فإن توقع الموت فجأة يعتبر الخطر الحقيقي الذي يثير القلق لدى الإنسان.

فأصحاب هذه المدرسة يعتقدون بأن القلق ينشأ عندما يدرك الانسان حتمية نهايته وأن المستقبل قد يجلب معه المواقف والأحداث التي تهدد وجود الفرد، مثل الفشل الذي يعتبر محتمل الحدوث أو التعرض لمرض أو الإصابة بعاهة مستديمة تعيقه عن تحقيق ذاته.

ولعل من أهم من يمثل هذا الفكر كل من ماسلو وروجرز حيث يعتقد ما سلوأن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلا من عملها على تجنب الإحباطات أو إعادة التوازن وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات، إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى القلق، كما يرى روجرز أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين امكاناته وطموحاته أو بين الذات الواقعية وبين الذات المثالية (سلامة، نفس المرجع السابق، ص 17-18).

اختلف علماء النفس في تفسيرهم لمفهوم القلق تبعا لاتجاهاتهم النظرية، فحسب نظرية التحليل النفسي قد ارجعت القلق إلى أنه ناتج عن الخبرات المكبوتة والصراع بين عناصر الشخصية (الهو، الأنا والأنا الأعلى)، في حين أن النظرية الفيزيولوجية أكدت على أن القلق ينشأ نتيجة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه (السمبثاوي والباراسمبثاوي). أما بالنسبة للمدرسة السلوكية ركزت على عملية التعلم وتعميمه، أما عند المدرسة المعرفية فركزت على البنية المعرفية للأشخاص وأخيرا المدرسة الإنسانية أكدت على أن القلق يولد نتيجة عدم تحقيق الذات.

4-4- علاج القلق:

هناك عدة طرق يمكن من خلالها التخلص من القلق كما يلي:

4-4-1-العلاج الدوائي: حيث تعتبر مضادات السيروتونين الحديثة العلاج الأساسي للقلق الاجتماعي وهي تعطى بجرعات خفيفة أولا ثم ترفع الجرعة وفقا للطبيب المعالج.

العلاج السلوكي ويضم:

- 1- أسلوب النمذجة: ملاحظة المميزين في العلاقات الاجتماعية ومحاولة تقليدهم.
- 2- الكف بالنقيض: التعرض تدريجياً لما يثير الخوف وفي الوقت نفسه تقدم استجابة محببة للنفس.
- 3- التحصين التدريجي التخيلي: عن طريق وضع مدرج للمنهمات المهددة وبعد التدريب على الاسترخاء يقوم المريض بتخيل أنه يمر بخبرة أولية كبيرة التهديد لكن غير ضارة حتى يعتاد عليها ثم يستمر للذي يليه ويستمر هذا التدريب حتى يصل إلى أكثر المواقف تهديداً له حيث يتم هذا في عدة جلسات.

4-4-2-العلاج المعرفي يضم:

- 1- زيادة الثراء اللغوي والثقافي.
- 2- تعلم السلوكيات المتعلقة بالمواقف الاجتماعية المختلفة التي يهابها.
- 3- التحرر من الخبرات الاجتماعية المؤلمة المتعلقة بالماضي.
- 4- اثاره أهداف واقعية والبعد عن أحلام اليقظة.
- 5- الحذر من الايحاءات السلبية (إن طاقتي محدودة-صعب علي تغيير الواقع) (الحبايب، 2010، ص15-16).

هناك عدة طرق لعلاج القلق تختلف باختلاف الحالة الفردية، والأسباب والأهداف والتي تتمثل في العلاج الدوائي: استخدام مضادات خاصة لمعالجة القلق، والعلاج السلوكي يتضمن أسلوب النمذجة، الكف بالنقيض، التحصين التدريجي التخيلي، أما العلاج المعرفي فيكون بزيادة القراءة واثراء اللغة، الحذر من الايحاءات، البعد عن أحلام اليقظة ...

5-1 تعريف الاكتئاب:

حسب لطفي الشربيني 2001: فالإكتئاب قد يكون أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف نصادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية، وقد يكون الإكتئاب أحياناً مصاحباً للإصابة بأي مرض آخر (...). وعلى سبيل المثال هناك قول بأن "كل مريض مكتئب"، وهذا الكلام له نصيب كبير من الصحة لأن الإصابة بأي مرض هي شيء يدعو إلى شعور الإكتئاب.

الإكتئاب مرض ذو أعراض خاصة ومميزة، تحدث تغيرات في الطريقة التي تحس بها بذاتك، أو بعالمك، أو بحياتك. ولتحديد أنها إكتئاب، فإن تلك الأعراض لا بد أن تكون مستمرة لأسبوعين على الأقل (بريس، ترجمة، العدل، 2010، ص11).

الإكتئاب شكل واضطراب أو معاناة نفسية لدى الفرد تتسم بمجموعة أعراض منها تراجع النشاط والحيوية وتقلبات المزاج، الأفكار السوداوية والأمراض النفس-جسدية، فقدان الشهية، واضطراب النوم. (سعدي وقنيفة، د س، ص21).

حسب المنظمة العالمية للصحة 2019: الاكتئاب مرض يميزه الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي يتمتع فيها الشخص عادة وهو يقترن بالعجز في أداء الأنشطة اليومية لمدة أسبوعين على الأقل. (عبوين، 2021، ص157).

يعرفه بيك 1987 بأنه "أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد، وفقدان الحب وكراهية الذات، والشعور بالتعاسة، وفقدان الأمل، وعدم القيمة، ونقص النشاط، والاضطراب المعرفي متمثلاً في النظرة السلبية للذات، وانخفاض تقديرها وتشويه المدركات وتحريف الذاكرة وتوقع الفشل في كل محاولة، ونقص الفعالية العقلية. (واكلي، 2014، ص293).

بعد استعراض العديد من تعريفات الاكتئاب حسب كل عالم إلا أنها تتفق في نقاط عديدة ألا وهي أن الاكتئاب: اضطراب وجداني يتميز بالحزن والاهتمام، وعدم الرغبة في أداء الأنشطة اليومية والنظرة السلبية للذات وانخفاض تقديرها، وأن كل هذا يظهر في شكل أعراض تستمر لمدة أسبوعين.

5-2- أعراض الاكتئاب:

وتقسم أعراض الاكتئاب على العموم الى أربع فئات أساسية:

-الأعراض المزاجية: وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم، تقريباً كل يوم لمدة أسبوع على الأقل.

-الأعراض الدافعية: وتتمثل في الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف فالأفراد المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.

-الأعراض البدنية، وتسير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغييرات في الأنماط النوم والشهية، والاهتمام الجنسي.

-الأعراض المعرفية: وتشير إلى عدم قدرة الأفراد على التركيز دائماً، واتخاذ القرارات، وكيفية تقويمهم لأنفسهم. (يحياوي، 2014، ص213).

-يعاني بعض مرضى الاكتئاب من حالات الهلع.

-حالة من القنوط وتعاسة ظاهرة.

-هبوط من المعنويات النفسية.

-فقد وتفكك الشخصية. (بوخيوار وراحيس، 2020، ص39).

يمكن القول أن أعراض الاكتئاب كثيرا ما تظهر في أعراض مزاجية التي تتمثل في الحزن، وأعراض دافعية التي تخص الجانب السلوكي أين تكون التوجهات الهادفة منعدمة، إلى جانب الأعراض البدنية المرتبطة بتغيرات النوم والشهية، وأعراض معرفية ترتبط بالناحية الإدراكية للفرد.

3-5-أسباب الاكتئاب:

للاكتئاب عدة عوامل مهيئة لظهوره، وتتمثل في عوامل وراثية وعضوية ونفسية وهي:

3-5-1-أسباب وراثية: العامل الوراثي هو أحد مسببات الاكتئاب ويلعب دورا هاما في الاستعداد لدى البعض للإصابة بالاكتئاب، ومن الممكن أن يكون أب أو أم يحمل جينات الاكتئاب ولكن المرض لم يظهر بعد وظهر في أبنائه.

3-5-2-أسباب عضوية: حسب النظرية العضوية أن نشوء الاكتئاب هو نتيجة إصابة أو اضطراب في الوظائف الفسيولوجية والكيميائية للدماغ أهمها السيروتونين والنور أدرينالين ويمكن ملاحظة الاكتئاب في حالات الطمث لدى المرأة وانقطاعه وتزداد نسبة المرض بين سن البلوغ وسن الياس إضافة إلى اضطرابات هرمونية خاصة في الغدد الدرقية.

3-5-3-أسباب نفسية: ومن الأسباب النفسية للاكتئاب نجد:

-الإحباط والفشل المتكرر والقلق.

-الصراع اللاشعوري.

-التوتر الانفعالي والخبرات المؤلمة.

-الحرمان كفقير عزيز أو ثروة أو صحة.

-تدهور الكفاية الجنسية والمعاناة من الوحدة والإهمال في السن الحرجة (القعود).

-ضعف الأنا الأعلى والشعور بالذنب واتهام الذات. (بوخيوار وراحيس، 2020، ص39).

بعد استعراض أسباب الاكتئاب نجد بأن أسبابه متعددة سواء الأسباب الوراثية التي تجعل الفرد حاملا لاستعداد الإصابة بالاكتئاب، إضافة إلى الأسباب العضوية التي تتدخل فيها هرمونات وكثيرا ما نجدها عند المرأة، وأسباب نفسية متعددة تجعل الفرد منغلق بعيد عن الحياة الاجتماعية، وأيضا ضعف الأنا الأعلى.

4-5-نظريات الاكتئاب:

4-5-1-نظرية التحليل النفسي:

تعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وتقرر نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن أحد الوالدين أو فقدته قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب. أي أن النظرية التحليلية تفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء فقدان حقيقي أو رمزي وينتج عن هذا فقدان غضب يوجه للذات ويهددها ويشكل هذا التهديد خبرة حزينة اكتئابية، ويتطور موضوع الإحساس بالفقد فينتج عنه نوع من معاقبة الذات مصحوبا بخبرة اكتئابية تكون غالبا لاشعورية وسببها الرغبة في استعادة الحب والتأييد والدعم الأبوي المفقود. وبالتحديد ترجع إلى المرحلة الفمية، حيث تم استدخال صورته للعالم من خلال التذوق الفمي أو الأشباع الفمي، وتكون الأم هي المحور الأساسي الذي تتمركز عليه اشباعات الطفل، ويحدث أن تقدم الأم اشباعا ناقصة أو تتوقف أو لا تقدم أي اشباعا فيشعر الطفل بالحرمان والفقد وتكون مشكلته أنه فقد الأشباع البيولوجي والنفسي فيشعر بالغضب ويوجه هذا الغضب للذات فتروي بذلك أو نبته الاكتئابية التي قد تظهر عند حدوث أي أحداث مؤلمة أو ضغوط فينكس الفرد إلى المرحلة الفمية بما تحتويه من مشاعر الفقد. وهنا يذكر فرويد أن الاكتئاب يتضمن تقديرا منخفضا للذات وإدانة للذات ورغبة في عقابها. (بقري، 1430هـ، ص 160-161).

2-4-5- النظرية المعرفية:

يعتبر تناول المعرفي للتطور الحاصل في ميدان علم النفس العيادي، حيث كانت مساهمته معتبرة في تفسير مختلف السلوكيات المرضية، بما فيه الاكتئاب كتكملة لما جاءت به المدرسة السلوكية. إذ يرى المعرفيون أن المرض النفسي اضطراب معرفي يتناول ويتعامل أساسا مع الأفكار، ويهدف إلى دراسة السلوك البشري بصفته المعقدة. ويرى هذا تناول أن المشكلات العصبية تعكس أخطاء نسبية في الحكم، بينما تعكس الاضطرابات الذهانية اضطرابات عميقة في الوظيفة والتقييم.

ويؤكد بيك على المظاهر المعرفية، عكس الاتجاه العام الذي يصف الاكتئاب بأنه اضطراب وجداني، ولم يضع في الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب. وقد أكد بيك أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة والانفعال عند الأسوياء والمكتئبين على السواء، ويطلق عليه الثالث السلبي الذي كلما كان أكثر سيطرة كان الفرد أكثر اكتئابا. (عيسى، 2016، ص 97-98).

3-4-5- النظرية السلوكية:

يرى المنظرون السلوكيون أن الاكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك آخر وهم يفسرونه بمصطلحات المثيروالاستجابة، فالمكتئبون يتسمون بانخفاض لعدة أنواع من النشاطات خاصة السارة منها وتعويضها بالهروب والتجنب.

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

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

فيري سليجمان (1978) حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية. بينما يرى ريم (1977) أن الاكتئاب يعود إلى التقدير السلبي للذات والمعدل المرتفع من معاقبة الذات.

ويعتقد اليس (1977) أن الأهمية الأولى للاعتقادات اللاعقلانية في استخدام الاكتئاب. (بوخيار وراحيس، 2020، ص41).

5-3-4- نظرية اكتئاب اليأس:

تنطلق النظرية من افتراض مفاده أن الاكتئاب لا يعتمد على الاعتقاد بأن هناك نقصا في السيطرة على الأحداث فحسب، وإنما الاعتقاد بأن الأحداث السلبية سوف تستمر أو تعود مرة أخرى.

فالتوقعات السلبية التي تميز المكتئبين تنشأ لديهم من أساليب العزو والاستنتاجات عندما يتعاملون مع أحداث الحياة الضاغطة المدركة، وطبقا لهذه النظرية فإن اليأس يظهر عند تفاعل نوعين من الأسباب بطريقة تتابعية وهي: "الأسباب البعيدة Distal causes" وهي أسباب تعمل مبكرا في التتابع المنطقي لحدوث أعراض اليأس، وأسباب قريبة proximal وهي أسباب تعمل متأخرة في المسار السببي، وقد تحدث قبل أو أثناء حدوث أعراض اضطراب اليأس".

كما يعد النموذج المعدل للعجز المتعلم المدرك والاكتئاب مرحلة تمهيدية لليأس حيث أن نموذج العجز المتعلم المدرك يؤكد على أن العزو الذي يعزو به الفرد الأحداث السلبية يعد من أهم العوامل التي تنبئ بحدوث الاكتئاب، وذلك أن اعتماد الفرد في تفسيره للأحداث السلبية وعزوها إلى أسباب ثابتة وشاملة من شأنه أن يعمم تأثيرها على باقي المواقف الأخرى، وهذا يجعل الشعور بالعجز المتعلم المدرك المصحوب بانخفاض في تقدير الذات والنظرة السلبية والتشاؤمية للواقع والمستقبل والتي تتشكل منها أعراض النوبة الاكتئابية التي تجعل المكتئب يشعر باليأس وينسحب من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية، ويتجنب مواجهة المواقف الصعبة أو البحث لها عن حلول، أي أن المكتئب يقيم ذاته ويتوقع حدوث نتائج سلبية باستمرار تؤكد التغذية الراجعة التي يحصل عليها بفعل المعالجة المعرفية المنحرفة والمشوهة والسلبية. (بن دهنون، 2017، ص88-89).

تختلف تفسيرات الاكتئاب من نظرية لأخرى، وبعد استعراض كل ما جاءت به كل نظرية يمكن اجاز أهم الأفكار الخاصة بكل نظرية: إذ أن نظرية التحليل النفسي التي جاء بها فرويد فإنها تفسر سبب الاكتئاب إلفقدان موضوع الحب سواء اكان حقيقي أو رمزي، ينتج عنه غضب موجه نحو الذات رغبة في استعادة الحب، وهذا يخص المرحلة الفمية. على غرار النظرية المعرفية التي تفسر الاكتئاب على أنه راجع إلى أخطاء نسبية في الحكم فينتج عنها سلوكيات

مرضية. أما النظرية السلوكية التي تفسر السلوكيات المرضية على أنها مكتسبة أي وجود مثير واستجابة، نتيجة فقدان التعزيز الإيجابي الذي يسبب انخفاض الأنشطة، أيضا إلى فقدان القدرة على التعامل مع الأحداث المؤلمة، وقلة التفاعل الاجتماعي. في حين ترى نظرية اكتئاب اليأس أن سببه راجع إلى الأفكار السلبية التي يعتقد الفرد المكتئب أنها سوف تستمر وتعود، نتيجة العزو والاستنتاجات الخاطئة مع أحداث الحياة الضاغطة.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم التطرق إليه في الفصل الأول اتضح أن الألم النفسي هو حالة نفسية انفعالية فردية، يضم عدة أصناف منها (الضغط النفسي، القلق والاكتئاب)، ولكل صنف أسبابه وأعراضه الخاصة والتي تختلف من فرد لآخر وبدرجات مختلفة عادة ما تكون ناجمة من عدة عوامل نفسية وجسدية كالقصور الكلوي. كل هذه تصبح في تأثير متبادل، تجعل الفرد غير قادر على مواصلة حياته بشكل طبيعي، حيث يمكننا أن نشخص على أنه يعاني من أحد الأصناف إذا توفرت المدة اللازمة. وأن كل صنف من الألم النفسي له تأثير كبير على جودة الحياة التي سوف نتعرض لها في الفصل الموالي من خلال جل التعريفات وأهم الأبعاد التي تحتوي على الصحة النفسية والجسدية كي يتمتع الفرد بجودة حياة عالية.

الفصل الثاني: جودة الحياة

الفصل الثاني: جودة الحياة.

تمهيد:

- 1-تعريف جودة الحياة.
- 2-مصطلحات لها علاقة بجودة الحياة.
- 3-لمحة تاريخية عن جودة الحياة.
- 4-أبعاد جودة الحياة.
- 5-مجالات جودة الحياة.
- 6-الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

سنتناول في هذا الفصل جودة الحياة التي تختلف مميزاتا من فرد لأخر حسب البيئة، والعوامل المحددة لها، أيضا حسب العوامل الثقافية، فعند تعريفها لابد من وجود اشباع لمختلف الحاجات الضرورية حتى نستطيع الحكم بأن الفرد يتمتع بجودة حياة عالية من خلال الأبعاد، وكيف فسركل اتجاه جودة الحياة، إضافة الى مجالاتها التي تضم كل ما يخص الفرد.

1- تعريف جودة الحياة:

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

التعريف الاصطلاحي: هي جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه النفسي والجسدي والمعرفي ودرجة توقعاته مع ذاته ومع الآخرين وتكوينه الاجتماعي والأخلاقي. (حني، 2015، ص 19).

2-تعريف منظمة الصحة العالمية: تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها" إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه. (حوحو وغرايسة، 2020، ص 75).

يوضح(العارف باللهالغندور)أن جودة الحياة ناتج لكل من العوامل الاجتماعية (دخل وخدمات وصحة ومسكن وتعليم)، والعوامل النفسية التي تتبلور في نوعية ادراك الفرد لمدى مناسبة هذه العوامل الاجتماعية له، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد، وبالتالي فان مفهوم جودة الحياة هو ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة، التي تهدف الى اشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الاشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية. (أحمد، 2016، ص 19).

ويرى " تايلور TAYLOR «وبوجدان BOGDAN»: سنة 1996 أن جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى إلا من خلال إدراك الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية. (بن غضبان، 2015، ص 53).

تعريف كارول رايف: هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدره وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلالته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين والإستمرار فيها. كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية. (بلقاسمي ومسعودي، 2021، ص 249-250).

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

2-مصطلحات لها علاقة بجودة الحياة:

1-2-تعريف نوعية الحياة:

أما طه (2009) فيعرف نوعية الحياة بأنها " مفهوم مفضفاض يهتم بدراسته تخصصات علمية مختلفة مثل (الاقتصاد، وعلم الاجتماع، والأنثروبولوجيا، والحضارة، وعلم النفس) ويركز كل منهم على الظواهر والحالات التي ترتبط بمجال دراسته واهتماماته-بل- نجد أن التخصص الواحد يختلف فيه تعريف شخص لنوعية الحياة عن تعريف زميله، وفي علم النفس يغلب أن يقصد بنوعية الحياة الملامحوالخصائص الأساسية لحياة الفرد من حيث (الضغوط الواقعة عليه، ومدى الثراء الذي يعيش فيه، أو الضنك المادي الذي يعانيه، وأسلوب حياته وظروفها، وظروفه الأسرية وعلاقتها الاجتماعية، وحياته المهنية، وحالته الصحية، وبيئتها الاجتماعية ومستواه الثقافي، وترتيب القيم والاهتمامات لديه). (بن غذفة، 2021، ص 26).

أثارت منظمه الصحة العالمية عام (1984) ثوره في مفهوم الصحة بتعريفها الجديد الذي يرى أنها: "حاله من المعافاة الجسدية والنفسية والاجتماعية وليست بغياب المرض أو العجز فقط" ثم أصبح مفهوم العافية أو حسن الحال Wellness شائعاً في الخمسينيات على يد الطبيب Halbert Dum أدخلت المنظمة (1993، 1995) في تعريفها لنوعية الحياة في مجال الصحة، رؤية الشخص لمركزه في سياق النظم الثقافية والتقويمية التي يحياها، وفي علاقاتها مع أهدافهم ، ومع ذلك فقد استمرت المنظمة في تطوير قياس لنوعية الحياة باستخدام مقاييس تركيبية.(دايدي، 2016، ص 7).

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم نوعيه الحياة بحسب الأبعاد و المحددات التي تفسر المفهوم وقد تبني الباحث في دراسته تعريف منظمه الصحة العالمية Health organisation Quality OF Life (WHOQOL) world نوعية الحياة وهو إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة في سياق الثقافة ونسق القيم الذي يعيشون فيه ، وفي علاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم مستوياتهم واهتماماتهم وهو مفهوم واسع، ويتأثر بطريقه معقدة بصحة الفرد الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله، وعلاقته الاجتماعية وعلاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها. (الثويني، 2013، ص 35).

من خلال التعريفات التي سبق ذكرها نجد أن مفهوم نوعية الحياة مرتبط بمركز الفرد في السياقات الثقافية والتقويمية التي يعيش فيها وعلاقاتها الاجتماعية المرتبطة بالبيئة التي ينتهي إليها.

2-2-تعريف الرفاهية:

ويقصد بالرفاهية الذاتية Subjective well – being تقييمات الأفراد الوجدانية والمعرفية لحياتهم وما إذا كانت حياة كريمة وسعيدة أو مكدرية وكئيبة. (إسماعيل السيد رضوان، 2018، ص7).

الرفاهية النفسية: عرفت " بأنها تمتع الفرد بالصحة النفسية الجيدة والايجابية والقدرة على متابعة الأهداف ذات المغزى وإقامة روابط مع الآخرين". (الزهواني و الكشكي، 2020، ص 221).

مفهوم الرفاهية في القرآن: طريقتنا أن نأخذ باللفظ أو مرادفه وهو الرغد الذي ورد ثلاث مرات، وهو بمعنى رفعه هي أو العيش الطيبة، كما سيأتي. كما نعتبر الأحوال السلبية تتعلق بالمخمصة.

نبدأ بالمفهوم الأول وهو لفظ رغد: وتعني عيشة رغد بوزن فُلْس ورَغْد بوزن فَرَس، أي واسعة طيبة. عيش رَغْد ورَغيد: طيب واسع. وفُسر الرغد في الآيات بالعيش الواسعة الهنيء. (بابيكر، 2014، ص 14).

الرفاهية الاقتصادية: أما مفهوم الرفاهية الاقتصادية في الاصطلاح فله معاني كثيرة يمكن إجمالها في الأتي:
أ- عرفت الرفاهية الاقتصادية بأنها: (ذلك الجزء من الرفاهية الاجتماعية التي يتناولها المقياس النقدي بصوره مباشرة أو غير مباشرة). من هذا التعريف جانبان اثنان:

- الأول: إن الرفاهية أقتصادية جزء من الرفاهية الاجتماعية.
- الثاني: إمكان قياسها نقديا بصورة مباشرة أو غير مباشرة.
- إن هذا تعريف افتراض قياس مستوى الرفاهية عن طريق النقود، وهذا الافتراض لا يمكن تسليم به، لعدم إمكان قياس الرفاهية أو تقدير مستواها بالنقود.

ب- الرفاهية الاقتصادية: تعني الوفرة في (السلع، والخدمات) التي يعتاد الناس مبادلتها بالنقود.

وان ازدياد الرفاهية الاقتصادية في مجتمع ما يعني ازدياد الرفاهية العامة فيها.

ج- تعرف بأنها: ذلك الجزء من الرفاهية الاجتماعية التي تحكمه وتؤثر به العوامل الاقتصادية في ضوء الإمكانيات الاقتصادية، من خلال الاستغلال الأمثل الموارد الاقتصادية المتاحة، بغرض تحقيق أقصى إشباع ممكن من السلع والخدمات كافة لعموم أفراد المجتمع). (حمد، 2019، ص 589).

ويقصد بالرفاهية الذاتية Subjective well – being تقييمات الأفراد الوجدانية والمعرفية لحياتهم وما إذا كانت حياة كريمة وسعيدة أو مكدرية وكئيبة) (اسماعيل، 2018، ص 7).

ومنه فالإنسان لكي يعيش حياته من مختلف جوانبها يجب أن تكون الرفاهية شاملة للجوانب الثلاثة (نفسية، اقتصادية ودينية) حتى يتحقق المفهوم الكامل للرفاهية.

2-3-تعريف نوعية الحياة:

أما طه (2009) فيعرف نوعية الحياة بأنها " مفهوم مفضفاض يهتم بدراسته تخصصات علمية مختلفة مثل (الاقتصاد، وعلم الاجتماع، والانثروبولوجيا، والحضارة، وعلم النفس) ويركز كل منهم على الظواهر والحالات التي ترتبط بمجال دراسته واهتماماته-بل- نجد أن التخصص الواحد يختلف فيه تعريف شخص لنوعية الحياة عن تعريف زميله، وفي علم النفس يغلب أن يقصد بنوعية الحياة الملامح والخصائص الأساسية لحياة الفرد من حيث (الضغوط الواقعة عليه، ومدى الثراء الذي يعيش فيه، أو الضنك المادي الذي يعانيه، وأسلوب حياته وظروفها، وظروفه الأسرية وعلاقاتها الاجتماعية، وحياته المهنية، وحالته الصحية، وبيئتها الاجتماعية ومستواه الثقافي، وترتيب القيم والاهتمامات لديه). (بن غدفة، 2021، ص 26).

أثارت منظمه الصحة العالمية عام (1984) ثوره في مفهوم الصحة بتعريفها الجديد الذي يرى أنها: "حاله من المعافاة الجسدية والنفسية والاجتماعية وليست بغياب المرض أو العجز فقط" ثم أصبح مفهوم العافية أو حسن الحال Wellness شائعاً في الخمسينيات على يد الطبيب Halbert Dum أدخلت المنظمة (1993، 1995) في تعريفها لنوعية الحياة في مجال الصحة، رؤية الشخص لمركزه في سياق النظم الثقافية والتقويمية التي يحياها، وفي علاقاتها مع أهدافهم، ومع ذلك فقد استمرت المنظمة في تطوير قياس لنوعية الحياة باستخدام مقاييس تركيبية. (دايدي، 2016، ص 7).

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم نوعيه الحياة بحسب الأبعاد والمحددات التي تفسر المفهوم وقد تبني الباحث في دراسته تعريف منظمه الصحة العالمية Health Organisation Quality Of Life (WHOQOL) world نوعية الحياة وهو إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة في سياق الثقافة ونسق القيم الذي يعيشون فيه، وفي علاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم مستوياتهم واهتماماتهم وهو مفهوم واسع، ويتأثر بطريقه معقدة بصحة الفرد الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله، وعلاقته الاجتماعية وعلاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها. (الثويني، 2013، ص 35).

من خلال التعريفات التي سبق ذكرها نجد أن مفهوم نوعية الحياة مرتبط بمركز الفرد في السياقات الثقافية والتقويمية التي يعيش فيها وعلاقاته الاجتماعية المرتبطة بالبيئة التي ينتمي إليها.

3-لمحة تاريخية عن جودة الحياة:

يعد كتاب الأخلاق لأرسطو (322-384 ق.م) أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لتعريف جودة الحياة حيث قال: أن كلا من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء ولكن مكونات السعادة عليها خلاف إذ يقول بعض الناس شيئاً ما في حين يقول آخرون غيره ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيراً ويرى السعادة في الغنى ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة Well-being تعني حالة شعورية، ونوعاً من النشاط وما ذلك بالتعبير الحديث سوى الحياة.

وأصبحت نوعية الحياة من الأولويات المهمة لدى المجتمعات الغربية بعد الحرب العالمية الثانية، وأدخل المفهوم إلى معجم المفردات، واستخدم للتعبير عن الحياة الهائنة والتي تتشكل من عدة مكونات منها: العمل والسكن، والبيئة، والصحة.

ومع بداية فترة الثمانينات وما تلاها في التسعينات والظهور السريع لثورة الجودة وتأكيدا لجودة المنتجات وجودة المخرجات، ودخول معايير الجودة وتطبيقها في العديد من المجالات: الصناعة، الزراعة، الاقتصاد، الطب، والسياسة، والاجتماع والدراسات النفسية، كان أحد نواتج تلك الثورة هي زيادة الاهتمام البحثي بدراسة مفهوم وجودة الحياة في المجالات السابقة. (مسعودي، 2015، ص 204).

حسب أرسطو فإن جودة الحياة هي عبارة عن شعور من السعادة التي يتمتع بها الفرد، لأن هذه الأخيرة تحتوي على مختلف الحاجات التي يتطلبها منذ أزل بعيد، حيث أعد هذا المصطلح معيارا للسعادة بعد الحرب العالمية الثانية. لأنه يشتمل على عدة مجالات يحتاجها الفرد في حياته اليومية (كالصحة، السكن، العمل ... وما إلى ذلك). كل هذا يعتبر جودة للحياة الجيدة، وإذا لم يتوفر أي من هذه الحاجات يعتبر الفرد نفسه أنه لا يتمتع بجودة حياة عالية كالآخرين.

4-أبعاد جودة الحياة:

-الاستقلالية: يشير إلى اعتماد الطفل على نفسه في بعض أمور حياته اليومية، وشعوره بالمسؤولية تجاهها، مع قدراته على اتخاذ القرار.

-التحكم/التفوق البيئي: يشير إلى تمتع الطفل بالمرونة المتمثلة في قدراته على تقبل فكرة الفشل، مع إمكانية الاستفادة من البيئة المحيطة عن طريق تنظيمها وإعادة استخدام بعض الأدوات، حتى تتناسب مع ما يريده الطفل، مع الوعي بالفرص المناسبة لكل موقف يمر به عن طريق اختيار الطفل أنسب الحلول للموقف.

-التنمية والتطور الشخصي: يشير إلى شعور الطفل بالتفاؤل، عن طريق توقع الطفل الجانب الأفضل للأحداث التي يمر بها، مع قدراته على تنظيم الوقت، والتغير في التفكير بناءً على المعلومات والمعرفة المتوفرة لديه.

-الهدف من الحياة (الحياة الهادفة): يشير إلى قدرة الطفل على تجديد أهدافه مع القدرة على تحقيقها، ويكون ذلك في هذه المرحلة العمرية عن طريق استخدام الطفل تفكيره في التخطيط للأشياء التي يريد فعلها، مع قدرته على تنفيذها، وذلك يؤهله في مرحلة عمرية لاحقة إلى وضع هدفه وتحقيقه.

-قبول الذات: يشير إلى الإتجاه الإيجابي للطفل نحو ذاته. (مصطفى، 2018، ص 5).

أما الزروق (2015) فحددت أبعاد جودة الحياة في ستة أبعاد وهي:

الصحة الجسدية: وتحدد وفق مؤشرات الصحة والمرض...

الصحة النفسية: وتحدد من خلال مؤشرات الرضا عن الصورة الجسدية والرضا عن الحياة وغياب المشاعر السلبية والقدرة على التحكم في الانفعالات والتقدير الذاتي والتمتع بالقدرة الذهنية.

الاستقلالية الذاتية: تحدد وفق مؤشرات بذل الجهد والاهتمام بتحسين الأداء والقدرة الفردية على معالجة المشاكل التي تظهر أثناء الأداء.

العلاقات الاجتماعية والزوجية: الصداقات والدعم الأسري والعلاقات الزوجية.

البيئة والمحيط: مدى الانزعاج من التغيرات التي تشهدها البيئة المناخية، التعامل مع الصخب والازدحام ومع وسائل التنقل.

الجانب الروحي والتوجه نحو الحياة: المعتقدات الممارسة الدينية التفاؤل والتشاؤم. (فاطيمة وبوداود، 2018، ص 145).

عند الإشارة إلى جودة الحياة لابد من ذكر أبعادها التي تشير إلى مختلف الأبعاد الخاصة بالفرد من حيث استقلاليته وتمتعه بالمرونة الكافية في تقبل الأفكار الفاشلة، وتحديد أهداف الحياة وتحقيقها، أي أن الأبعاد ترتكز على كل مكونات الفرد سواء النفسية، الاجتماعية، العملية، الثقافية، الصحية، كل هذه المعايير ترتكز على البعد الذاتي لكل فرد على حدا، حيث أشار الزروق إلى الأبعاد التي تحدد جودة الحياة كالصحة والاستقلالية الذاتية كذلك أهمية العلاقات الاجتماعية التي من خلالها يثبت الفرد ذاتيته مع الآخرين.

5-مجالات جودة الحياة:

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

5-1-المجال النفسي لجودة الحياة:

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

5-2-المجال الفيزيائي لجودة الحياة:

لقد قام الكتاب في هذا المجال بتصنيف مختلف جوانب الصحة البدنية والقدرة الوظيفية. حيث تتمثل الصحة البدنية في الطاقة، الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الألم، والمؤشرات البيولوجية، وتتمثل القدرات الوظيفية في: المكانة الوظيفية، النشاط الفاعل، النشاطات اليومية.

5-3-المجال الاجتماعي لجودة الحياة:

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

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

نستخلص في الأخير أن مجالات جودة الحياة تضم المجال النفسي والاجتماعي وحتى الفيزيائي، لأن كل مجال له خصائصه وأهميته التي تركز على مختلف الجوانب الإنسانية. وفي ظل توفيرهاته المجالات نستطيع الحكم على أن الانسان يعيش ضمن بيئة اجتماعية، يؤثر ويتأثر بها وينتهي بها.

6-1- اتجاهات النظرية لجودة الحياة:

6-1-1- الاتجاه النفسي: ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى اشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية " وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الاشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا" أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع" نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة. (مسعودي، نفس المرجع السابق، ص 206).

6-2- التوجه المعرفي: يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الاتيتين:

الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة.

الثانية: وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فان العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة.

ووفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

2-1- نظرية "لاوتن" (Lawton theory 1997)

طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة، ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الاتي:

أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

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

الظرف الزمني: أن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته. (شيخي، 2014، ص 84).

3-6-الإتجاه الطبي: يؤكد علم النفس الإيجابي أن القدرة على التصدي والتغلب على الانفعالات السلبية لها قيمة حاسمة لدى المرضى الميؤوس من شفائهم، ليس فقط لأنها تساعدهم على تحقيق حياة أفضل، وانما لأنها قد تطيل الحياة نفسها.

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

واستنادا إلى تدرج الحاجات الإنسانية من الفسيولوجية إلى النفسية والاجتماعية والمعرفية وغيرها، يمكن القول بأن جودة الحياة الصحية الجيدة لدى الفرد هي القاعدة الأساسية التي إذا ما تحققت لدى الفرد بالمستوى المطلوب بما يضمن له المحافظة على صحته وجودتها فانه عندها يستطيع أن يصل إلى مقومات لجودة حياته النفسية والاجتماعية بكفاءة. (جمال، 2016، ص15).

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

خلاصة الفصل:

مما سبق يمكن استخلاص أن جودة الحياة لها مفاهيم متعددة تختلف من شخص لأخر على حسب طريقة التفكير والعيش وظروف الحياة، وأن توفر مختلف الحاجات تزيد من تحقيق الأهداف والقدرات الذاتية حتى يتمتع الفرد

بجودة حياة عالية. خاصة لدى المرضى المصابين بمرض مزمن ومنهم مرضى قصور الكلى المزمن، نظرا للرعاية اللازمة التي يجب أن توفر لهم بشكل خاص. ومما لا شك فيه أن لكل شيء إيجابي يؤثر عليه، ومن هنا يمكن القول، أنه يوجد ما يؤثر على جودة الحياة لدى الفرد من الناحية سواء من الناحية النفسية، أو الجسدية كقصور الكلى المزمن. وهذا ما سنتطرق الى معرفته عن هذا المرض الذي يعتبر تهديدا على حياة الفرد من جميع النواحي.

الفصل الثالث: القصور

الكلوي المزمن

الفصل الثالث: القصور الكلوي المزمن

تمهيد:

1-تعريف الكلية.

2-وظائف الكلية.

3-تعريف القصور الكلوي المزمن.

4-أعراض القصور الكلوي المزمن.

5-أنواع الفشل الكلوي.

6-أسباب القصور الكلوي المزمن.

7-الأثار السلبية للقصور الكلوي المزمن.

8-علاج القصور الكلوي المزمن.

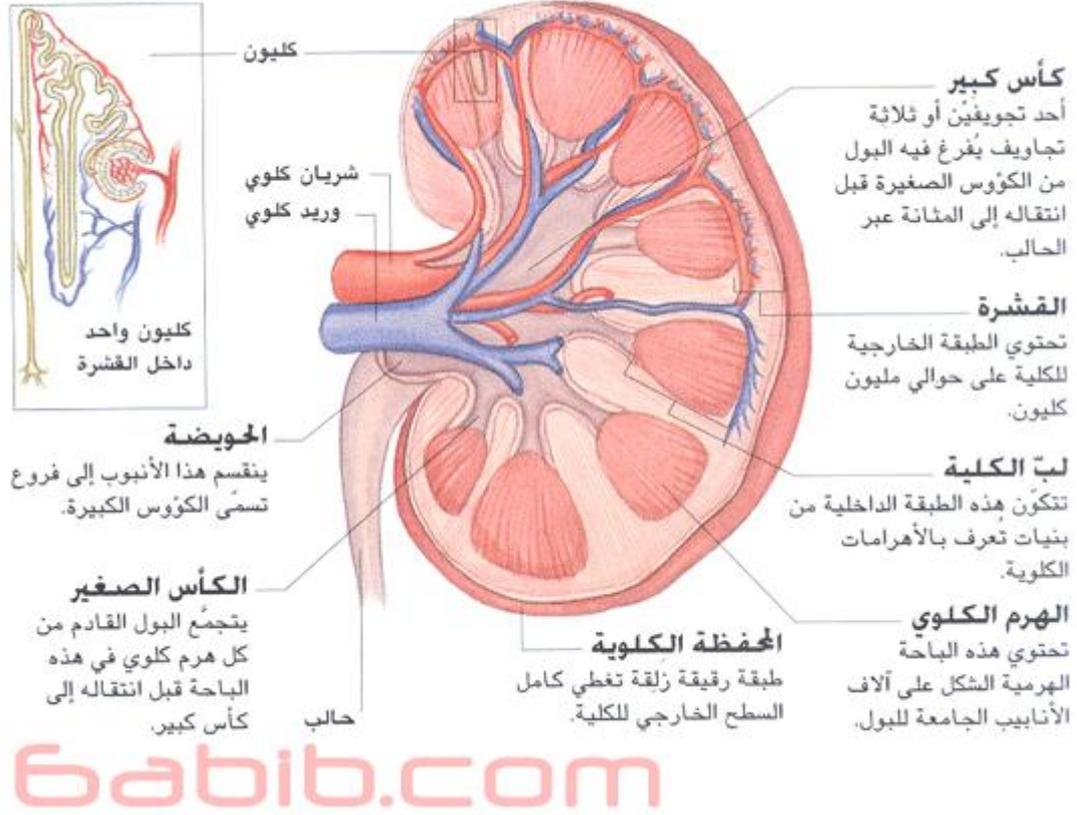
خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر امراض الكلى من أخطر الامراض في هذا العصر حيث انتشر في أواخر السنوات مرض القصور الكلوي المزمن الذي يصيب الكبار والصغار، ويعتبر هذا الأخير مرض شاق ومؤثر على صحة الفرد وحياته النفسية والاجتماعية والعملية، فهو كغيره من الأمراض التي تتطلب تكاليف باهضة واعتناء كبير بالمريض، وفي هذا الفصل سنتعرف على القصور الكلوي المزمن، واهم الأسباب التي تؤدي الى توقف الكلى عن أداء وظيفتها بشكل طبيعي، وعن أهم أنواع الفشل الكلوي والأعراض المصاحبة له، والعلاج المناسب للقصور الكلوي المزمن.

1-تعريف الكلية:

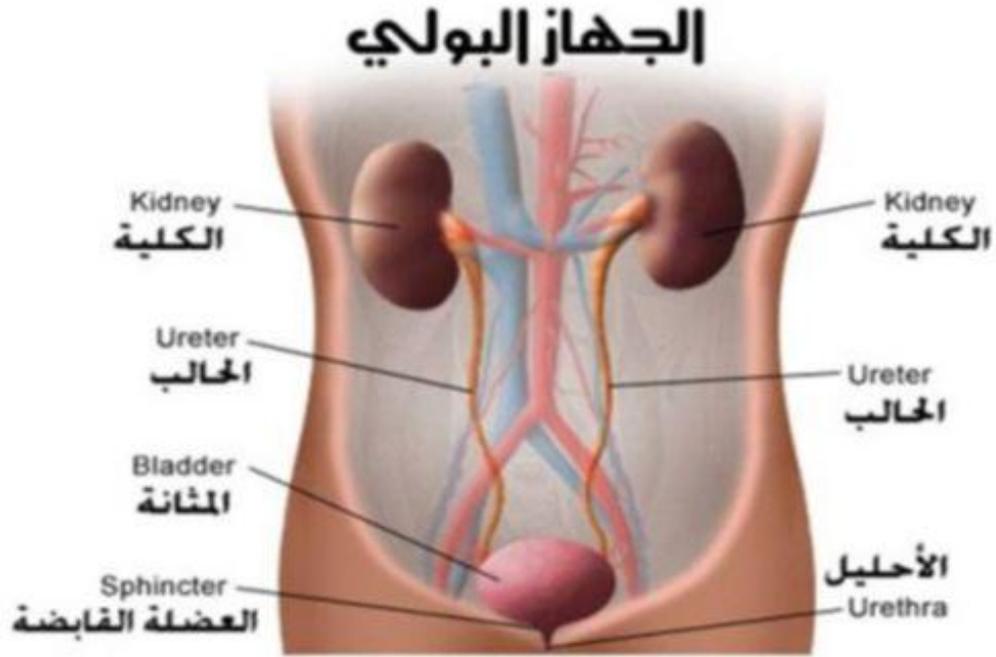
تعد الكلية من الأعضاء الهامة في جسم الإنسان، لدورها الفعال في تخليص الجسم من بقايا التحولات الغذائية والمواد السامة والرواسب إضافة لسيطرتها على توازن الماء في الجسم. يذكر *Medical Surgical Nursing* , (2000) أن الكليتان تقعان داخل تجويف البطن البروتوني على جانبي العمود الفقري، حيث أن الكلية اليمنى منخفضة قليلاً عن اليسرى لوجود الكبد أعلى الكلية اليمنى، ويبلغ طولها في الإنسان البالغ حوالي 11سم، ويقرب وزنها إلى 135غ-150غ (Smeltzer,S&Bare,B,2000 , 1085-). يأخذ الجزء الداخلي من الكلية , شكل مائل يسمى الهيل (Le hile) ليسمح بمرور الوريد والشريان الكلوي إلى حويضة الكلية (Le bassin) يحتوي نسيج الكلية على طبقتين، إحداهما مركزية وتدعى بالطبقة النخاعية (La médullaire)، تتكون هذه الأخيرة من أهرامات ملبيعي (Pyramides de Malpighi) تتخللها أعمدة تدعى بيرتن (Les colonnes de Bertin) وتتشكل أهرامات ملبيعي من تجاويف جامعة للبول، ويحدد كل هرم من الأهرامات حلمة صغيرة، (Papille) أما الطبقة الثانية فهي خارجية وتدعى بالطبقة القشرية (la corticale) يصب البول من الحلماة في كؤوس الكلية الصغيرة، أين يتم تصريفه إلى كؤوس الكلية الكبيرة والتي تجتمع بدورها مكونة حويضة الكلية والتي تتقلص على شكل قمع وتستمر مع (Delmas&Benoit-18001 C10,12-198 et) الحالب.(ياحي وفلاحي،2019،ص14).



الشكل رقم: (2) يوضح عرض تخطيطي للكلية.

غدتان لونهما احمر قاتم توجدان في التجويف البطني على جانبي العمود الفقري مقابل الفقرة القطنية الاولى تقريبا وتحيط بهما كتل دهنية تحفظهما في مكانهما. والكلية اليسرى اعلى قليلا من الكلية اليمنى في الوضع، وتشبه كل كلية حبة الفاصوليا، اذ ان سطحها الخارجي محدب والسطح الداخلي مقعر يعرف بالسرة. ويدخل من السرة الشريان الكلوي المتفرع عن الاورطي ويخرج منها الوريد الكلوي الذي يصب في الوريد الاجوف السفلي كما يخرج منها الحالب. ويوجد اعلى كل كلية غدة لا قنوية تسمى الغدة فوق الكلية او الغدة الكظرية. (الكرمي، ص76).

بعد ذكر التعاريف التي تخص الكلية يمكن القول بأنها عضو هام من أعضاء جسم الإنسان، فهي تعتبر العضو المسؤول عن تنقية وتصفية الدم من السموم الناتجة عن التمثيل الغذائي. فهي المسؤولة عن التحكم في حجم السوائل في الجسم وعن ترتيب كمية العناصر الموجودة في الجسم مثل الأيونات والأملاح...



الشكل(3): رسم توضيحي للجهاز البولي(العبادي ابو شريعة، 2020).

2-وظائف الكلية:

للكلية وظائف متعددة أهمها ما يلي:

التخلص من المواد السامة: مثل البولينا والتي تنتج من عملية هضم وتمثيل المواد الغذائية. ويؤدي تراكم هذه المواد إلى تسمم الجسم. ولذا تقوم الكلية بإفراز هذه المواد مذابة في البول.

البيسطة على توازن الماء والأملاح والشوارد (الكهارل): (Electrolytes) في الجسم. وهذه الكميات موجودة في الجسم والدم بصورة دقيقة ومتوازنة فإن زاد أحدها عن الحد المعين له حدث المرض، بل حدث الموت، وأن نقص كذلك. فلا بد من حفظ هذا الميزان الدقيق الذي جعله الله سبحانه وتعالى موجودا في كل شيء. قال تعالى: "إنا خلقنا كل شيء بقدر" وقال تعالى: " والسما رفعها ووضع الميزان الا تطغوا في الميزان. واقيموا الوزن بالقسط ولا تخسروا الميزان" (الرحمن 6-8). (البار، 1992، ص18).

تنظيم تركيز ايون H^+ في الدم: يعبر عن تركيز ايون H^+ بالأس ال هيدروجيني pH ; هو حوالي 7.4 كما ذكرنا بالنسبة للدم. وعند ارتفاعه عن هذا الحد تسمى قاعدية الدم alkalaemia وعند انخفاضه تسمى بالحموضة الدموية Acidaemia.

يتم هذا التنظيم بطرق عديدة منها طرح أيونات H^+ او طرح وامتصاص HCO_3^- .

المحافظة على الحجم الكلي للسوائل الجسمية: عند زيادة حجم السوائل الجسمية تطرح الكليتان كمية من البول المخفف (Hypotonic urine).

أما عند جفاف الجسم فإن حجم البول ينخفض ويصبح عالي التركيز أي أن تركيز البول يكون أعلى من تركيز مصل الدم.

ويتراوح الضغط الأوزموزي للبول المطروح بين 6/1 إلى أربعة أضعاف الضغط الأوزموزي لمصل الدم. أي بين 1200-50 ملي اوزمول / لتر للبول و3000 ملي اوزمول / لمصل الدم.

تنظيم تراكيز المواد المذابة: ليس المهم ان يكون الضغط الأوزموزي للسوائل الجسمية ثابتا فقط وانما يجب أن تبقى تراكيز المواد المختلفة ثابتة لا تتغير الا قليلا. فمثلا توجد ايونات الصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم والبيكربونات في الدم بتراكيز مختلفة. وعند ارتفاع تراكيز أحد هذه الايونات تقوم الكلية بطرح الزائد منه الى الخارج وبالعكس عند انخفاض تراكيز هذه المواد تقل سرعة طرحه عن طريق الكليتين. (العلوي، 2014، ص266).

لكل عضو في جسم الانسان دور واهمية كالكلية التي تعتبر العضو الذي يمر عليه الدم، أو هي المجرى الرئيس المسؤول عن تنقية الدم من السموم والمواد الزائدة عن احتياج الجسم مثل: مادة البولينا، كما تقوم بإفراز البول الذي يتكون من ماء و مواد ذائبة فيه، هذه المواد تتغير من ساعة الى أخرى حسب حاجة الجسم وظروفه وقت اخراج البول. ومنه تنظم حجم وتركيب سوائل وتفاعل الدم.

3- تعريف القصور الكلوي: هو حدوث قصور في عمل الكلية ووظائفها مما يؤدي الى اخلال عام في الجسم في معظم حالات الفشل الكلوي المزمن، كيفما كانت الاصابة فهي ناتجة عن تحطيم كبير في النفرون (وحدة عمل الكلية) والباقي لا يفي لقيام الكلية بعملها. (البوني، 2021، ص7).

يعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والاملاح وتعديل الضغط الدموي. (رزقي، 2018، ص21).

عرف سملتزير وبيير (2000) الفشل الكلوي المزمن بأنه تدهور تدريجي لا رجعة فيه في وظيفة الكلية، حيث لا يستطيع الجسم التخلص من مخلفات عمليات الأيض، وغير قادر على المحافظة على توازن الماء والأحماض والمواد الكيميائية ضمن المعدل الطبيعي، وبالتالي تزيد نسبة البوريا والنيروجين والكريتينين في الدم.

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

وهو النهاية الممكنة لمعظم الامراض الكلوية-الوراثية والخلقية والمسالكية والتعفنوية والتقرحية... التي تمس الكليتين، ويفسر بالانحطاط الكلوي للوظيفة الكلوية، ولا يمكن علاجه إلا عن طريق التصفية الاصطناعية الصفاقية او عن طريق تصفية الدم خارج الجسم بواسطة الكلية الاصطناعية. (بوزار، 2015، ص374).

هو حالة تتميز بفقدان كلي للكليتين عن أداء وظيفتهما الاساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول، مما يدفع المصابين بهذا المرض المزمن الى حتمية الغسيل الكلوي(الهيموداياليز). (زعموشي وبوطالبة، د س، ص14).

يعرف الفشل الكلوي المزمن بأنه زيادة مستمرة ومطردة في فقد وظائف نيفرونات الكلى التي تؤدي إلى فقد الكلى لوظيفتها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم. وفي تعريف اخر للفشل الكلوي المزمن أو عدم كفاءة الكلية بأنه حالة فقد جزئي أو كلي لوظائف الكلى وهذا الفشل لا يحدث الا بعد تدمير حوالي (75%) من النيفرونات العاملة بالكلية. (عوض الله والعتيق، 2008، ص664).

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

4-أعراض القصور الكلوي المزمن:

نقص الوزن.

الغثيان والقيء.

الخمول والهزال.

فقدان الشهية.

الحكة. (السويداء، 2010، ص32).

قد لا يشكو المريض من أعراض ولكن اغلب المرضى يشكون من:

ارتفاع ضغط الدم، عجز القلب، اضطرابات هضمية من قلة الشهية مع الغثيان وإسهال يصاحبه دم، ارتفاع كريات الدم البيضاء، اضطرابات متعلقة بالوعي، اضطرابات عضلية، الحكة والتنمل بسبب تراكم السموم.

يؤثر الفشل الكلوي المزمن على جميع أعضاء الجسم وذلك نتيجة وظائف الكلى بالإضافة إلى وظيفتها الأساسية في تنقية وإخراج البول، والأعراض كثيرا ما تكون مصحوبة بألم الكليتين أو تغير واضح بالبول.

اختلاف في وظائف الغدد يؤدي إلى ضعف العظام نتيجة نقص الفيتامين (د) النشط وزيادة في نشاط الغدة جار الدرقية، وقصور في نمو الجسم، ضعف في نمو الجسم، ضعف جنسي للرجال وانقطاع الطمث لدى النساء.

أعراض عظمية، هشاشة العظام عند الراشد. (عمرو وعباسي، 2011، ص541).

إذن تختلف أعراض القصور الكلوي المزمن لدى الأفراد، فكل واحد تظهر عليه أعراض لا تشبه أعراض الفرد الآخر وهي: فقدان الشهية، الغثيان، الحكمة، ضيق التنفس (سببه تجمع السوائل في الجسم)، الشد العضلي، الخمول والهزال.

5-أنواع الفشل الكلوي:

1-5-القصور الكلوي المزمن:

هو فقدان الحرية الاستقلالية المستخدمة من قبل كلية سليمة، إذ يعتبر النتيجة الالزامية لكل الأمراض الكلوية التي تمس الكلى عن طريق فساد و تلف متقدم في وظيفتها الافرازية. (جبالي، د س، ص 3).

2-5-القصور الكلوي الحاد:

يعرف "روبنسون وآخرون"، 2012، الفشل الكلوي الحاد: بأنه عبارة عن توقف مفاجئ وشبه كلي لوظائف الكلى، وتتميز بارتفاع في مستويات النيتروجين واليوريا الكريتينين في الدم، وعدم مقدرة الكلى على حفظ توازن وتنظيم الماء والاحماض والمواد الكيميائية مثل الصوديوم والبوتاسيوم، ويحدث هذا الفشل المفاجئ خلال عدة ساعات أو أيام، ويختلف عن الفشل المزمن في انه يمكن علاجه إذا ما تم تشخيصه مبكرا ومعرفة أسباب حدوثه، أو يؤدي الى الوفاة إذا تم اهماله. (ذياب مقداد، 2015، ص 81).

بعد التطلع على أنواع القصور الكلوي المزمن نجد بان هناك نوعان، هما القصور الكلوي الحاد أين تفقد الكلى بشكل سريع وظيفتها مما يؤدي الى احتباس الفضلات النيتروجينية، والنوع الآخر هو القصور الكلوي المزمن الذي يتميز بالتلف الكلي للنفرونات وفقدان وظيفتها.

6-أسباب القصور الكلوي المزمن:

يمكن أن يكون مرض الفشل الكلوي بمراحله الأخيرة ناتجا عن مجموعة واسعة من الأمراض؛ ففي عام 2008 ذكر الباحثان Mahan و Escott في كتابهما (process care nutrition the and food' krauses) أن 90٪ من المرضى الذين يصلون إلى الداء الكلوي بمراحله الأخيرة لديهم أمراض مزمنة مثل : داء السكري، ارتفاع ضغط الدم، أو الالتهاب الكلوي المزمن (الالتهاب الكلوي لكبيبي) (glomerulonephritis). وينتج عن هذا الفشل الكلوي عدد كبير من المشاكل الحيوية بسبب عدم قدرة الكلى على إخراج مخلفات الأيض، وفشلها في الحفاظ على توازن السوائل والمعادن، وأيضا عدم قدرة الكلى على إنتاج الهرمونات. وعندما يتقدم الفشل الكلوي، يتزايد مستوى الفضلات الأيضية في الدم ويؤدي إلى حالة تسمى اليوريميا -ارتفاع نسبة. وفي المراحل المتقدمة من الفشل الكلوي وللتخلص من اليوريا (مخلفات عملية الأيض للبروتينات) في الدم. يخضع المرضى للغسيل الكلوي لمدة طويل، أو إجراء عمليات زراعة الكلية. (بدرساوي و التميمي، دس، ص 9).

الالتهاب الكبدي المزمن.

التهاب الكلى الميكروبي.

أمراض ايضية (وعامة).

عيوب خلقية بالكلى.

مرض انسدادى بالمسالك. (صبور، 1994، ص21).

تتعدد أسباب القصور الكلوي المزمن بتعدد الأمراض والاختلالات في وظيفة الكلى حيث نجد اهم الأسباب ضغط الدم، انسداد في مجرى الجهاز البولي، فقدان الكلي لوظيفة الكلية، التهابات، اضطرابات في الاوعية الدموية ...

7-الأثار السلبية للقصور الكلوي المزمن:

الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب بالقصور الكلوي حالة نفسية صعبة ناتجة عن اضطرابه إلى ملازمة آلة التصفية التي تعوض عضوا من أعضاء جسمه فقد فعاليتها، وهو بذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف الذي ينجم من الإحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلفت.

الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة: يمر المريض وأسرته بعد الإصابة بالمرض بعدة مراحل هي مرحلة الصدمة، مرحلة الإنكار، مرحلة الخوف، مرحلة الإحباط، حيث تتضارب المشاعر التي يسودها الشعور بالذنب والخوف من المستقبل.

- سوء تقدير الذات الذي يحدث نتيجة للتغيير في صورة الجمالية بسبب الفشل الكلوي مما يؤدي إلى سوء تقدير الذات لدى المريض.

- يعاني مرضى الفشل الكلوي من الاكتئاب نتيجة للوضعية التي يعيشها المريض حيث يظهر الاكتئاب في علامات دالة عنه منها، ضعف التركيز، اضطرابات الشهية، صعوبات معرفية.

- الأفكار الانتحارية التي تراود المريض بسبب الإصابة بمرض الفشل الكلوي التي تجعل الفرد في مواجهة دائمة مع قلق الموت، لذلك نجد المريض تراوده أفكار انتحارية لمدة معينة لا سيما في اللحظات الأولى من إعلان الإصابة بالفشل الكلوي. (ادم محمد، 2021، ص45).

- كثيرا ما تكون الآثار الجانبية للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبله، وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة، ففي دراسة قام بها Tourette-Turgis سنة 2000 عن الآثار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج شكل عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم. كما أثبتت دراسة leventhal عام 1986 لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان والتقيؤ. -العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل كلها عوامل تؤثر على الانضباط الصحي، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في انضباطه الصحي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية

من طرف العائلة، وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي، ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية، أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج، ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم الكفاية على تغطية التأمينات الطبية مما يجعل مستوى

الانضباط الصحي منخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحدياً أكبر في تحقيق الانضباط الصحي الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع.

-العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب / مريض:

يهتم المريض كثيراً بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب، إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية عادة حول تدني التغذية الراجعة، واستخدامهم مصطلحات علمية مختصة ومعقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة، لكن الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام الصحي وجودته لا تتركز في كثير من الأحيان على مقومات موضوعية وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات، وتأتي تلك الأحكام في الغالب نتيجة عدم دراية المريض بالأمر الطبي ومعايير الكفاءة وبالتالي عدم امتلاكهم ما يكفي من المعلومات أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا. كما أنه من أسباب عدم الانضباط الصحي لدى المرضى ورفضهم للعلاج عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وجد أنه في 23% من الاستشارات لا يستطيع المريض من الانتهاء من طرح أعراضه وبث شكواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، وفي 69% من الحالات بوجه عام بعد اثنتي عشرة ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب وفي تقرير المنظمة العالمية للصحة (OMS 2003) (أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب المعالج والتي من شأنها أن تعزز عملية الامتثال للعلاج عند المريض، وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في العملية العلاجية، ويجب على الطبيب إشراك المريض في الخطة العلاجية، وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمريض، حول اختيار الحمية الغذائية ونظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المريض، وحول اختيار الوسائل العلاجية البديلة.

إذن فالعلاقة طبيب/ مريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى الانضباط الصحي خاصة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء والتفاوض وإشراك المريض في الخطة العلاجية، وشرح المرض وأعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه ومضاعفاته وهذا ما يجعله مدركاً أكثر لحالته الصحية مما يجعل منه فرداً أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول، مما يرفع من درجة الانضباط الصحي لديه. (رزقي، 2011، ص 65-66).

لكل مرض آثار معينة على الفرد حيث تتمثل الآثار السلبية للقصور الكلوي المزمن في:

آثار متعلقة بالفرد المصاب حين تكون حالته النفسية تكون خاصة وأنه مضطرب إلى أن يجلس مع آلة التنقية لساعات طويلة والتي تعرضه عن عضو فقد فعاليته في الجسم.

آثار متعلقة بالأسرة هنا يمر كل من الأسرة والمريض بحالة من الصدمة خصوصاً على المريض، حيث تكون مشاعره مختلطة بين الشعور بالذنب والخوف من المستقبل.

كذلك دون ان ننسى دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية فهي تلعب دورا كبيرا على نفسية المريض من حيث المستوى التعليمي، الدخل الفردي ومدى تقبل المريض للعلاج.

8-علاج القصور الكلوي المزمن:

يمكن معالجة الفشل الكلوي بعدة طرق إذا لم يصل إلى مرحلة الفشل الكلوي النهائي، الذي يصبح من الضرورة إجراء الغسيل الكلوي، أو زراعة كلى وذلك من خلال:

1.تصحيح السوائل وضغط الدم.

2.معالجة فرط دهون الدم.

3.تحديد تعاطي ملح الصوديوم.

4. تحديد تناول البوتاسيوم.

5النشاط الجسبي.

- المعالجة بالغسيل الكلوي Dialysis:

وهي عبارة عن عملية تنقية الدم من المواد السامة بمعاملته مع محلول سائل الإنفاذ Dialysing Fluid يشبه تركيبه تركيب البلازما. (سلامة، 2011، ص 32-33).

لكل مرض علاج خاصة إذا توفرت كل الاحتياجات اللازمة لشفاء المريض، فللعلاج القصور الكلوي المزمن لابد أولاً ومن الضروري اجراء غسيل للكلى او زراعة كلى اصطناعية، تناول البوتاسيوم، معالجة الدهون في الدم، تعديل السوائل وضغط الدم في الجسم.

من خلال عرض كل ما يخص القصور الكلوي المزمن الذي يعد من الأمراض الأكثر خطورة وانتشارا في العالم، فإن هذا المرض المزمن تعاني منه مختلف الفئات العمرية ومن مختلف الأجناس، وأنه يهدد حياة الأفراد المصابين به نتيجة الآثار السلبية التي يخلفها، إلا أنه لا يمكن أن نترك المصاب في تلك الحالة لأنه لكل مرض علاج حتى يتمسك بالحياة ومواصلتها بشكل طبيعي يحقق فيها الأهداف التي يطمح لها، مع المرافقة والرعاية الدائمة.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد

1-منهج الدراسة.

2-مجالات الدراسة.

3-عينة الدراسة.

4-أدوات الدراسة.

5-الأساليب الاحصائية.

تمهيد:

بعد التطرق للجانب النظري الذي يعتبر أساس الدراسة العلمية، سوف يتم التحدث في هذا الفصل عن الإجراءات المنهجية، انطلاقاً من الدراسة الأساسية وما تحتوي عليه من مراحل وخطوات منها وصف المنهج المعتمد، والعينة، والأدوات المناسبة وخصائصها السيكمترية، ثم تطبيق أساليب المعالجة الإحصائية التي تم الاعتماد عليها، وأخيراً تحليل النتائج المتوصل إليها ثم مناقشتها وتفسيرها على ضوء الفرضيات التي تم طرحها في الدراسة الحالية. وأخيراً الاستنتاج العام للدراسة، وإعطاء جملة من التوصيات والاقتراحات لهاته الفئة.

1-منهج الدراسة:

أن أي باحث في دراسته يحتاج إلى منهج معين ومناسب يعتمد عليه، وبما أن الإشكالية المطروحة تدور حول معرفة مستوى كل من متغير الألم النفسي وجودة الحياة والعلاقة بينهما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، فقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي يساعد على تحديد المشكلات الموجودة، والعلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وقد عرف المنهج الوصفي على أنه "محاولة الوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر مشكلة أو ظاهرة قائمة، للوصول إلى فهم أفضل وأدق أو وضع السياسات وإجراءات المستقبلية الخاصة بها" (المحمودي، 2019، ص 46).

2-مجالات الدراسة:

1-2-المجال المكاني:

تم إجراء الدراسة الميدانية بمستشفى ابن زهر بمدينة قلمة، حيث تم الذهاب إلى قسم تصفية الدم من أجل البحث عن المصابين بمرض قصور الكلى المزمن، والخاضعين لعملية التصفية منذ عامين فما أكثر لدى كلا الجنسين.

2-2-المجال الزمني:

انطلقت الدراسة الميدانية من 15 مارس 2022 إلى غاية 30 مارس 2022، حيث استمرت مدة 16 يوم.

2-3-المجال البشري:

يشمل المرضى المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتصفية في المؤسسة الاستشفائية ابن زهر بمدينة قلمة، الذين تتراوح أعمارهم ما بين (17 – 87 سنة).

3- عينة الدراسة:

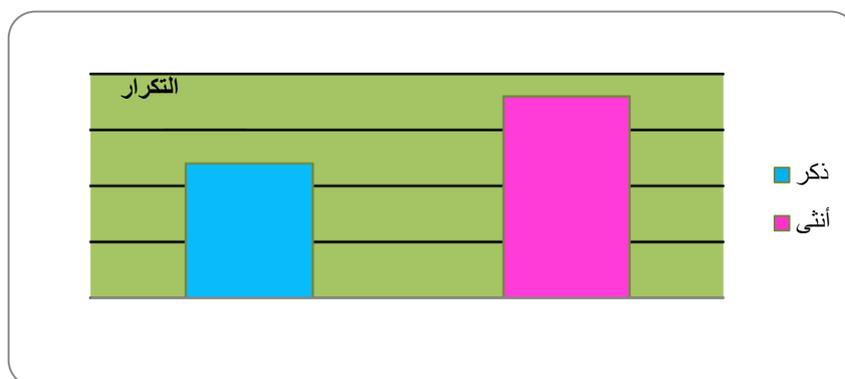
تكونت عينة الدراسة الأساسية من 30 مريض ومريضة المراجعين لمستشفى ابن زهر بمدينة قلمة والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية خلال سنة (2021/2022) كالآتي:

1- خصائص عينة الدراسة:

1-1- عرض خصائص عينة الدراسة حسب الجنس:

جدول رقم (1) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	التكرار النسبي
ذكر	12	40,0
أنثى	18	60,0
المجموع	30	100%



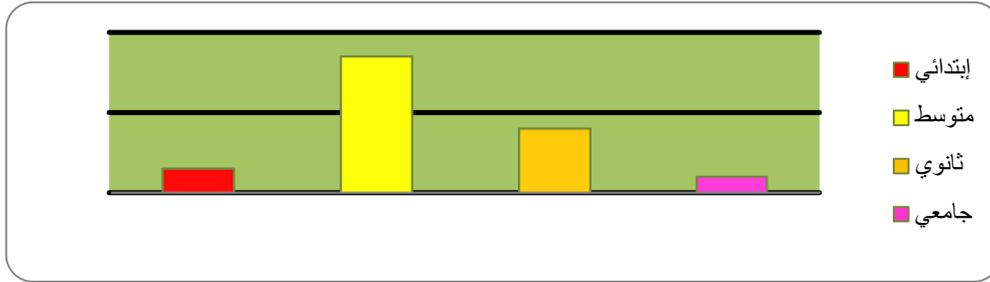
شكل رقم (4): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يتضح من خلال الجدول رقم (1) والشكل رقم (4) فروق نسب التمثيل بين الجنسين، حيث أن عدد الذكور 12 (40,0%) بينما عدد الإناث بلغ 18 (60,0%) مصابة بالقصور الكلوي المزمن.

2-1- عرض خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم (2) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	التكرار النسبي
ابتدائي	3	10,0
متوسط	17	56,7
ثانوي	8	26,7
جامعي	2	6,6
المجموع	30	100%



شكل رقم (5): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

تبين من خلال الجدول (2) والشكل (5) أن المستوى التعليمي بين أفراد العينة غير متماثل حيث بلغت نسبة المستوى الابتدائي 10,0، بينما بلغت نسبة المتوسط 56,7، في حين بلغت نسبة الثانوي 26,7، أما مستوى التعليم الجامعي 6,6، وبهذا نجد أن المستوى المتوسط أكبر نسبة بين أفراد العينة.

4- أدوات الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على اختيار الأدوات المناسبة للوصول إلى الأهداف المطروحة وهي كالآتي:

4-1- الملاحظة:

لقد تم الاعتماد على الملاحظة في هذه الدراسة من أجل تسجيل ملاحظات عامة حول سير الرعاية الصحية من طرف المؤسسة الاستشفائية – ابن زهر- بمدينة قالم، والمتابعة من قبل مقدمي الرعاية للمرضى، أيضا حول عملية الإجابة على المقاييس التي طبقت على المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

4-2-المقابلة:

تم الاعتماد على المقابلة في الدراسة الحالية بغرض جمع المعلومات التي يتعذر على بعض الأدوات أو التقنيات الأخرى الحصول عليها، لأنها تساعد على تطبيق المقاييس كون بعض أفراد العينة لا يعرفون القراءة والكتابة ولديهم تدني في المستوى التعليمي، ووجود صعوبة لدى غالبية أفراد العينة في فهم بنود المقاييس الخاصة بالدراسة والاجابة عليها، والحصول على بعض الإجابات الخاصة بالمرضى مثل مدة الإصابة. وكذا الحصول على معلومات من طرف مقدمي الرعاية حول ما يخص المرضى.

4-3-المقاييس:

3-1-مقياس الألم النفسي:

3-1-1-وصف مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21):

وصف DASS لأول مرة من قبل Lovibond سنة 1980، وفي وقت لاحق صدر دليل DASS من قبل (Lovibond P.F & Lovibond S.H 1993) والذي يحتوي على عرض مفصل لبنوده ومكوناته الرئيسية، ونشر في مقال لهما سنة 1995 بمجلة Elsevier Science (Lovibond P.F & 1995 Lovibond S.H). فهو كأداة تستخدم على نطاق واسع لفحص وتقييم أعراض الاكتئاب، 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 al 2008). وبعدها تم اصدار 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 الاكتئاب الفرعي يقيس اليأس، وانخفاض تقدير الذات، والحوافز، ومقياس القلق يقيس الاستثارة اللاإرادية، وأعراض العضلات والهيكل العظمي... الخ ومقياس الضغط يقيس التوتر، والإثارة، والتأثير السلبي. وقد استخدم على نطاق واسع في عينات غير سريرية لمعرفة الحالات العاطفية السلبية وللكشف عن الأعراض وكذا مستويات مختلفة من الاكتئاب والقلق والضغط. (براهمية، 2018، ص90).

3-1-2-طريقة تصحيح مقياس الألم النفسي:

ويتم التقييم في (DASS) باستخدام مقياس ليكرت من 4 نقاط، تتراوح من 0 الى 3، حيث تكون الإجابة عليه وفق 4 بدائل هي: لا ينطبق علي اطلاقا، تنطبق علي إلى حد ما، تنطبق علي بدرجة كبيرة، تنطبق علي تماما. وتتراوح الدرجات على هذه البدائل من 0 إلى 3 درجات حيث تقدر أدنى درجة على هذا المقياس ب 0 واقصاها ب 63. (براهمية، 2018، ص90-91).

جدول رقم (3): 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

3-1-3- الخصائص السيكومترية لمقياس الألم النفسي:

أ- الصدق:

-**الصدق التلازمي:** قامت الباحثة براهمية جهاد (2018) بحساب معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21) ومقياس القلق حالة وذلك لمعرفة صدقه ومدى صلاحيته لقياس ما وضع لأجله. حيث وصل معامل الارتباط بين المقياس الأول والثاني ل 0.763 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على الصدق التلازمي للمقياس.

-**صدق الاتساق الداخلي:** قامت الباحثة براهمية جهاد (2018) بحساب الاتساق الداخلي لبنود المقياس بعد تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبند التابعة له، بحيث أن الاتساق الداخلي لبنود بعد الاكتئاب كان أقل من مستوى الدلالة 0.01، 0.05 في جميع بنود البعد، أما الاتساق الداخلي لبعد القلق كان أقل من مستوى دلالة 0.05، 0.01 في جميع بنود البعد، في حين الاتساق الداخلي لبعد الضغط كان أقل مستوى الدلالة 0.01، 0.05 في جميع فقرات البعد.(براهمية، نفس المرجع السابق، ص91).

ب- الثبات

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

-**طريقة الفا كرومباخ:** قامت الباحثة براهمية جهاد (2018) بالتحقق من ثبات مقياس DASS21 وعن طريق حساب معامل Cronbach s Alpha الموضح في الجدول الموالي والذي نلاحظ من خلاله أن قيمة معامل الفا تساوي 0.9 وهي تشير إلى ثبات المقياس.

جدول رقم (4): قيمة معامل Cronbach s Alpha لمقياس الألم النفسي. (براهمية، 2018، ص93-94).

معامل Cronbach's Alpha		مقياس الاكتئاب والقلق والضغط (DAAS21)	
عدد البنود	القيمة		
7	0.786	الاكتئاب	1
7	0.709	القلق	2
7	0.591	الضغط	3
21	0.904	جميع بنود مقياس الاكتئاب والقلق والضغط	

2-3-2- مقياس جودة الحياة:

1-2-3-1- وصف مقياس جودة الحياة SF – 36:

يتكون الاستبيان في نسخته الحالية من 36 سؤالاً مجتمعة في 8 محاور هي: (الوظيفة الجسمية-تحديدات مرتبطة بمشاكل جسمية-مشاكل انفعالية-العلاقات الاجتماعية-الصحة العقلية-الطاقة والحيوية-الألم وإدراك الوضعية الصعبة والجوانب الاجتماعية). وقد استخدم في البيئة الجزائرية بعدما تمت ترجمته من طرف الباحث لخضر عمران وذلك في رسالته المقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة وهو يتمتع بصدق وثبات عالي. (بن كمشي، 2013، ص 618).

مجموعة أسئلة السلم موزعة عبر البنود بالشكل التالي:

- 1- النشاط الجسي PF ويضم السؤال الثالث (a,b,c,d,F,G,H,I,J) أي 09 أسئلة.
- 2- تحديدات بسبب الحالة الجسمية RP ويضم السؤال 4 (a,b,c,d) أي 4 أسئلة.
- 3- الألم الجسي BP ويضم 7 و 8 أي اثنين.
- 4- الحياة والعلاقات مع الآخرين SF ويضم السؤالين 6 و 10.
- 5- الصحة النفسية MH، يضم السؤال 9، بنود (b,c,d,f,h) وعددها أربعة.
- 6- تحديدات بسبب الصحة النفسية RF ويضم السؤال خمسة بنوده a,b,c وعددها ثلاثة

7- نشاط الحيوي VT ويضم أبعاد السؤال a,c,e,i 9 وعددها أربعة.

8- الصحة المدركة ويضم الأسئلة 1، 33، 34، 38، 36 وعددها خمسة. (عمران، 2008، ص 93-94).

3-2-2- طريقة تصحيح مقياس جودة الحياة:

يتم التقدير بوضع درجة أولى حسب التسلسل من 1، 3 أو من 1 إلى 5، أو من 1 إلى 6 حسب الاحتمالات الخاصة بكل سؤال، تقدير جودة الحياة يكون جيدا كلما كانت الدرجة الكلية مرتفعة، تقديرات المبحوث يتم حسابها حسب جدول محدد يتراوح من 0 إلى 100، حسب التقسيم التالي:

البنود 1، 2، 6، 8، 9، (a,d,e,h)، (cb) 11 من 25، 50، 75، 100، (0 إلى 100).

البنود 4، (a,b,c,d)، 5، (a,b,c)، 9، (b,c,f,g,i)، 10، 11 (a,d) من 75، 50، 25، 0، إلى 100.

البنود 3 (a;b,c,d,e,f,g,h,i,j) من 0، 50، إلى 100.

البند 7 من 0، 20، 40، 60، 80، 100.

الدرجات المتحصل عليها، تجمع كمجموع درجات أسئلة البعد، ثم يتقسم القيمة الإجمالية على عدد الأسئلة للحصول على درجة البند.

أما تقدير درجة جودة الحياة، فيتم بجمع كل درجات البنود، ويقسم على 8 للحصول على الدرجة النهائية والتي تكون جيدة كلما كانت مرتفعة وسيئة كلما انخفضت لأن التقدير المتحصل عليه مقدر على 100. (بن كمشي، 2013، ص 625-628).

3-2-3- الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

أ- الصدق: وقد اعتمد الطالب على اضعف أنواع الصدق، وهو الصدق الظاهري لعدم توفر عامل الوقت ولحدود خبرة الطالب، وذلك بعرض السلم على مجموعة من المحكمين وعددهم 8، من تخصصات مختلفة، بعد عرض أهداف، وفروض البحث، وتمثل السؤال في: هل تقيس العبارة ما أعدت لقياسه أم لا؟

ملاحظات المحكمين لم تركز على البنود لكنها ركزت على الأمثلة التي طرحها المقياس، لعدم تناسبها مع البيئة الجزائرية، وكمثال على ذلك استبدال المكنسة الكهربائية بالكنس ورياضة الكرة الحديدية برياضة أخرى.

تم قياس صدق المحكمين بواسطة معادله لوشين:

$$ص م = ن و - ن / ن^2 \quad \text{والتي تشترط أن تكون } ن و \leq 0.5 \text{ حيث أن:}$$

$$ن / ن^2$$

ن و: هي عدد المحكمين الذين اعتبروا العبارة تقيس

ن: هو عدد المحكمين الكلي

بعد تطبيق المعادلة تم تقدير النسبة المئوية ب 91.52% وهي ذات دلالة على نسبة صدق كبيرة للسلم.

ب-الثبات: للتحقق من ثبات الوسيلة، لجأ الطالب إلى طريقة التطبيق وإعادة التطبيق للسلم، أي تطبيقه مرتين بفارق أسبوع بين تطبيق الأول والثاني على نفس العينة. بعد تفرغ النتائج تم حساب الثبات بواسطة معامل الارتباط بيرسون، الذي يساوي 0.75 وهو معامل يقترب من 1، وهو دال عند القيمة 0.05 ومنه فالسلم يتمتع بنسبة كبيرة من الثبات. (عمران، 2008، ص 105-106).

4-الأساليب الإحصائية:

يعد(SPSS) من البرامج الإحصائية الأكثر استعمالاً في البحوث الاجتماعية، حيث يوفر مجالاً واسعاً لتحليلات واعداد المخططات البيانية. وقد تم استخدامه في حساب:
المتوسط الحسابي.
الانحراف المعياري.
معامل الارتباط بيرسون.
اختبار "ت" (T. Test).
النسب المئوية.
التكرارات.

الفصل الخامس: عرض
ومناقشة وتفسير نتائج
الدراسة

الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1- عرض نتائج المقياسين.

1-2- عرض نتائج الفرضيات:

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الأولى.

1-2-2- عرض نتائج الفرضية الثانية.

1-2-3- عرض نتائج الفرضية العامة.

2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات.

2-1- مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الأولى.

2-2- مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثانية.

2-3- مناقشة وتفسير الفرضية العامة.

الاستنتاج العام

تمهيد:

بعد التطرق في الفصل السابق للإجراءات المنهجية الخاصة بالدراسة الأساسية، سيتم في هذا الفصل عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة والتراث النظري، ثم الخروج باستنتاج عام للدراسة.

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1- عرض نتائج المقياسين:

1-1-1- عرض نتائج مقياس الألم النفسي:

جدول (5): عرض نتائج مقياس الألم النفسي:

التقدير		لا تنطبق علي تماما		تنطبق علي حد ما		تنطبق علي برجة كبيرة		تنطبق علي تماما	
رقم البند	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار
1	14	46.7%	8	26.7	7	23.3%	1	3.3%	
2	12	40.0%	9	30.0%	7	23.3%	2	6.7%	
3	11	36.7%	7	23.3%	9	30.0%	3	10.0%	
4	15	50.0%	11	36.7	2	6.7%	2	6.7%	
5	14	46.7	6	20.0%	5	16.7%	5	16.7%	
6	17	56.7%	6	20.0%	6	20.0%	1	3.3%	
7	14	46.7%	12	40.0%	2	6.7%	2	6.7%	
8	14	46.7%	9	30.0%	6	20.0%	1	3.3%	
9	14	46.7%	8	26.7%	6	20.0%	2	6.7%	
10	4	13.3%	5	16.7%	16	53.3%	5	16.7%	
11	10	33.3%	11	36.7%	7	23.3%	2	6.7%	

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

6.7%	2	16.7%	5	40%	12	36.7%	11	12
3.3%	1	46.7%	14	23.3%	7	26.7%	8	13
16.7%	5	20.0%	6	26.7%	8	36.7%	11	14
6.7	2	16.7%	5	10%	3	66.7%	20	15
3.3%	1	20%	6	33.3%	10	43.3%	13	16
3.3%	1	33.3%	10	30%	9	33.3%	10	17
00%	00	63.3%	19	20%	6	16.7%	5	18
00%	00	33.3%	10	56.7%	17	33.3%	10	19
3.3%	1	6.7%	2	30%	9	60%	18	20
10%	3	33.3%	10	20%	6	36.7%	11	21

نلاحظ من خلال الجدول رقم (5) أن البند رقم (15) نال أكبر قدر من الاستجابات ب لا تنطبق علي تماما ب (66.7%) وبنفس هذه الاستجابة نالها البند رقم (10) بنسبة (13.3%)، وفي المقابل نجد العبارة رقم (18) و(19) كانت اجابات أفراد العينة عليهما بتنطبق تماما بنسبة (00%) وأعلى نسبة هي (16.7%) بالاجابة تنطبق تماما كانت للعبارات رقم (5)، (10) و(14)، في حين كانت الاجابة بنسبة (53.3%) بتنطبق بدرجة كبيرة على العبارة رقم (10).

1-1-2- عرض نتائج مقياس جودة الحياة:

جدول (6): عرض نتائج مقياس جودة الحياة

البند	التقدير	التكرار	التكرار النسبي
1- تقول عن صحتك بشكل عام أنها:	ضعيفة	4	13,3%
	متوسطة	14	46,7%
	جيدة	3	10,0%
	جيدة جدا	2	6,7%

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

23,3%	7	ممتازة	
3,3%	1	اسوء بكثير من السنة الماضية	2- كيف ترى صحتك الآن مقارنة بها في السنة الماضية:
83,3%	25	أسوء بقليل من السنة الماضية	
3,3%	1	أحسن من السنة الماضية	
10,0%	3	أحسن بكثير من السنة الماضية	

المحور الثاني:

				الأسئلة التالية متعلقة بنشاطاتكم اليومية: إلى أي مدى تؤثر صحتك الحالية على النشاطات التالية:
26,7%	8	لا تؤثر إطلاقا	أ- النشاطات المرهقة (الجري، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة)	
33,3%	10	تؤثر قليلا		
40,0%	12	تؤثر كثيرا		
33,3%	10	لا تؤثر إطلاقا	ب- النشاطات المتعددة والخفيفة (تحريك طاولة، القيام بكنس وتنظيف)	
56,7%	17	تؤثر قليلا		
10,0%	3	تؤثر كثيرا		
33,3%	10	لا تؤثر إطلاقا	ج- رفع أو حمل علب	
56,7%	17	تؤثر قليلا		
10,0%	3	تؤثر كثيرا		
26,7%	8	لا تؤثر إطلاقا	د- صعود طوابق عدة عبر حلقات من سلالم (دروج) على التوالي	
46,7%	14	تؤثر قليلا		
26,7%	8	تؤثر كثيرا		
23,3%	7	لا تؤثر إطلاقا	1-الانثناء، الجلوس على الكعيبين (تقعمن) الانحناء	
43,3%	13	تؤثر قليلا		

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

33,3%	10	تؤثر كثيرا	- المشي أكثر من كيلومترات ونصف
10,0%	3	لا تؤثر إطلاقا	
50,0%	15	تؤثر قليلا	
40,0%	12	تؤثر كثيرا	- المشي لبعض مئات الأمتار
26,7%	8	لا تؤثر إطلاقا	
56,7%	17	تؤثر قليلا	
16,7%	5	تؤثر كثيرا	- المشي مئة متر
33,3%	10	لا تؤثر إطلاقا	
50,0%	15	تؤثر قليلا	
16,7%	5	تؤثر كثيرا	- أخذ حمام
43,3%	13	لا تؤثر إطلاقا	
40,0%	12	تؤثر قليلا	
16,7%	5	تؤثر كثيرا	

المحور الثالث:

				<p>خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية، نتيجة لصحةك الجسمية؟</p>
33,3%	10	ابدا	التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى	
36,7%	11	نادرا		
20,0%	6	أحيانا		
3,3%	1	غالبا		
6,7%	2	دائما		
33,3%	10	ابدا	انجاز أقل مما كنت تريد	

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

23,3%	7	نادرا	كانت (المشاكل) مرتبطة بنوع العمل أو النشاط
16,7%	5	احيانا	
10,0%	3	غالبا	
16,7%	5	دائما	
10,0%	3	ابدا	
3,3%	1	نادرا	
30,0%	9	احيانا	
23,3%	7	غالبا	
33,3%	10	دائما	
%00	00	ابدا	
23,3%	7	نادرا	
43,3%	13	أحيانا	
10,0%	3	غالبا	
23,3%	7	دائما	

المحور الرابع:

			التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى	خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية، نتيجة لصحتك النفسية) مثل أن تكون قلنا أو مكتئبا؟
16,7%	5	ابدا		
13,3%	4	نادرا		
33,3%	10	احيانا		
20,0%	6	غالبا		
16,7%	5	دائما		

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

10,0%	3	ابدا	انجاز أقل مما كنت تريد
6,7%	2	نادرا	
36,7%	11	احيانا	
33,3%	10	غالبا	
13,3%	4	دائما	
3,3%	1	ابدا	انجاز عملي أو نشاطات أخرى بدقة أقل من المعتاد
6,7%	2	نادرا	
53,3%	16	أحيانا	
13,3%	4	غالبا	
23,3%	7	في كل وقت	

المحور الخامس:

			<u>خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أثرت صحتك الجسمية و/أو النفسية في علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع الأيوين، الجيران، الجماعات؟</u>
10,0%	3	لم تؤثر	
13,3%	4	أثرت بشكل خفيف	
10,0%	3	أثرت باعتدال	
33,3%	10	أثرت كثيرا	
33,3%	10	أثرت بشدة	

المحور السادس:

3,3%	1	لم يحدث	
23,3%	7	حدث قليلا	

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

20,0%	6	حدث باعتدال	ما هو مستوى الألم الجسدي الذي عايشته خلال الأربعة أسابيع الماضية؟
16,7%	5	حدث كثيرا	
36,7%	11	حدث بشدة	

المحور السابع:

6,7%	2	لم يؤثر	خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أثر الألم في علاقتك بعملك اليومي (عملك داخل المنزل وخارج المنزل؟)
13,3%	4	أثر قليلا جدا	
10,0%	3	أثر قليلا	
26,7%	8	أثر بشكل متوسط	
36,7%	11	أثر كثيرا	
6,7%	2	أثر كثيرا جدا	

المحور الثامن:

00%	00	ابدا	هل كنت حيويا؟	الأسئلة التي تتعلق بكيفية إحساسك وكيفية متلاشي الأحداث خلال الأربعة أسابيع الماضية، أجب على الاختيار الأقرب من إحساسك
16,7%	5	نادرا		
50,0%	15	أحيانا		
13,3%	4	غالبا		
20,0%	6	في كل وقت	هل كنت عصبيا؟	
3,3%	1	ابدا		
13,3%	4	نادرا		
30,0%	9	أحيانا		

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

20,0%	6	غالباً	هل أحسست بانخفاض الهممة لدرجة لم يستطع أحدا أن يواسيك؟
33,3%	10	في كل وقت	
26,7%	8	ابدا	
16,7%	5	نادراً	
26,7%	8	أحياناً	
10,0%	3	غالباً	
20,0%	6	في كل وقت	
13,3%	4	ابدا	هل كنت هادئ وساكن؟
13,3%	4	نادراً	
33,3%	10	أحياناً	
13,3%	4	غالباً	
26,7%	8	في كل وقت	
13,3%	4	ابدا	هل كنت ممتلئاً بالطاقة (نشطاً)؟
10,0%	3	نادراً	
36,7%	11	أحياناً	
16,7%	5	غالباً	
23,3%	7	في كل وقت	
6,7%	2	ابدا	هل كنت حزينا أو مكتئباً؟
26,7%	8	نادراً	
26,7%	8	أحياناً	
23,3%	7	غالباً	

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

16,7%	5	في كل وقت	هل كنت منهكا؟
10,0%	3	ابدا	
20,0%	6	نادرا	
16,7%	5	أحيانا	
23,3%	7	غالبا	
30,0%	9	في كل وقت	
10,0%	3	ابدا	هل كنت سعيدا؟
23,3%	7	نادرا	
40,0%	12	أحيانا	
16,7%	5	غالبا	
10,0%	3	في كل وقت	هل كنت متعبا؟
16,7%	5	ابدا	
6,19%	6	نادرا	
26,7%	8	أحيانا	
23,3%	7	غالبا	
13,3%	4	في كل وقت	

المحور التاسع:

13,3%	4	ابدا	خلال الأربعة أسابيع الأخيرة هل أثرت صحتك الجسمية أو النفسية
16,7%	5	نادرا	
33,3%	10	أحيانا	

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

20,0%	6	غالبا	على علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع الأبوبين، الجيران، الجماعات؟
16,6%	5	كل الوقت	

المحور العاشر:

				قيم العبارات التالية مقارنة مع وضعيتك الحالية
20,0%	6	غير صحيح	يبدو أنني أقع مريضا بسهولة أكثر من الآخرين	
6,7%	2	خطأ نوعا ما		
36,7%	11	لا أدري		
30,0%	9	صحيح نوعا ما		
6,7%	2	صحيح جدا		
10,0%	3	غير صحيح	أنا أيضا بصحة وأفضل من أي أحد	
13,3%	4	خطأ نوعا ما		
13,3%	4	لا أدري		
36,7%	11	صحيح نوعا ما		
26,7%	8	صحيح جدا		
10,0%	3	غير صحيح	أتوقع أن تتقهقر صحي	
6,7%	2	خطأ نوعا ما		
36,7%	11	لا أدري		
23,3%	7	صحيح نوعا ما		
20,0%	6	صحيح جدا		
6,7%	2	غير صحيح	صحتي ممتازة	

الفصل الخامس، عرض ومناقشة وتفسير النتائج

23,3%	7	خطأ نوعا ما		
20,0%	6	لا أدري		
30,0%	9	صحيح نوعا ما		
20,0%	6	صحيح جدا		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (6) أن نسبة (83.3%) من أفراد العينة يرون صحتهم الآن أسوأ بقليل مقارنة بالسنة الماضية، وأن نسبة (56.7%) يرون أن بعض الأنشطة اليومية تؤثر قليلا على صحتهم الحالية، وأن نسبة (43.3%) يرون أن هناك بعض المشاكل واجهتهم أثناء أداء بعض النشاطات اليومية نتيجة لصحتهم الجسمية خلال الاربعة أسابيع الماضية، ونسبة (53.3%) واجهتهم أحيانا بعض المشاكل أثناء أداء بعض النشاطات اليومية نتيجة لصحتهم النفسية خلال الاربعة أسابيع الماضية، ونسبة (66.6%) يرون أن صحتهم الجسمية أو النفسية أثرت كثيرا على علاقاتهم المعتادة مع الابوين، الجيران والجماعات، ونسبة (53.4%) عايشوا الالم النفسي بين كثيرا وبشدة خلال الاربعة أسابيع الماضية، ونسبة (43.4%) منهم أثر كثيرا الالم النفسي على علاقاتهم بعملهم اليومي داخل وخارج البيت، وأن نسبة (50%) كانوا يحسون بالحيوية أحيانا ونسبة (36.7%) من أفراد العينة يرون أن صحتهم أيضا أفضل من أي أحد.

1-2-1- عرض نتائج الفرضيات:

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

التي تمثلت في: مستوى الألم النفسي مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر قالملة.

❖ تحديد اتجاه العينة = أكبر درجة - أقل درجة / أعلى درجة

$$0.75=4/1-4$$

في كل مرة نضيف قيمة 0.75 كي نحدد اتجاه العينة كمايلي:

جدول رقم (7) يبين اتجاه العينة

الاتجاه	تنطبق تماما	تنطبق كثيرا	تنطبق إلى حد ما	لا تنطبق
الفئة	3.25-4	2.50 -3.25	1.75-2.50	1 – 1.75

جدول رقم (8): يوضح نتائج اختبار T test للفرضية الأولى.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية
الألم النفسي	1,96	0,39772	29	0.0001	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم(8) أن قيمة المتوسط الحسابي هي (1,96) وهي تقع في مجال تنطبق إلى حد ما (1.75-2.50) لكن لمعرفة صحة النتيجة تم استخدام الأسلوب الاحصائي الأنسب المتمثل في T test للعينة المستقلة الواحدة وتحصلنا على (0.0001) قيمة اختبار (ت) وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بمعنى أن مستوى الألم النفسي مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر بمدينة قالمة. وعليه الفرضية الأولى محققة.

1-2-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

التي تمثلت في: مستوى جودة الحياة منخفض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر-قالمة -.

جدول رقم (9) يوضح نتائج اختبار T test للفرضية الثانية

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية
جودة الحياة	2,8941	0,32575	29	0.0001	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم(9) أن قيمة T test للعينة المستقلة الواحدة تساوي (0.0001) قيمة اختبار (ت) وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بمعنى أن مستوى جودة الحياة منخفض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مستشفى ابن زهر قالمة. وعليه الفرضية الثانية محققة.

1-2-3- عرض نتائج الفرضية العامة:

تمثلت في: توجد علاقة ارتباطية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

جدول رقم (10): يوضح العلاقة الارتباطية بين الألم النفسي وجودة الحياة

جودة الحياة	Pearson Correlations	
-0,136*	معامل الارتباط بيرسون	الألم النفسي
0,015	مستوى المعنوية	
30	عدد الأفراد	
المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS		

// غير دالة

*دالة عند 0,05

**دالة عند 0,01

من الجدول رقم (10) يتضح أن قيمة معامل الارتباط بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تساوي (-0,136*) بمستوى معنوية 0.015 دال إحصائياً وهي أقل من 0.05 مما يعني أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، أي كلما ارتفع مستوى الألم النفسي انخفض مستوى جودة الحياة، وعليه الفرضية العامة محققة.

2-مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

2-1-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

توصلت نتائج المعالجة الإحصائية والموضحة في الجدول رقم (8) إلى وجود ألم نفسي (الضغط النفسي، القلق، الاكتئاب) مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي وذلك راجع إلى حالة المعاناة التي تميز هذه الفئة من المرضى، فقد كانوا أفراداً أصحاء يتمتعون بالحياة، يقومون بكل الأنشطة بمفردهم ولكن المرض أقعدهم وأصبحوا تابعين لآلة تصفية الدم وهي التي تتحكم في حياتهم بحيث لا يمكنهم أن يستغنوا عن خدماتها، كما أن مستقبلهم أصبح مهدداً، فهم لا يعلمون إن كانوا سوف يشفون أم أن نهاية حياتهم اقتربت، لهذا فهم يعيشون تحت الضغط والقلق والاكتئاب .

وقد اختلفت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (براهمية وبوشالاق، 2016) التي بينت أن مرضى السرطان يعانون من مستوى اكتئاب وقلق منخفض، بينما الضغط متوسط لديهم.

ولكنها اتفقت مع نتيجة دراسة رقيق برة علي (2017) التي بينت ارتفاع الضغط النفسي لدى المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن.

وعلى هذا يمكن القول أنه كلما كان المرضى يعانون من حالة اكتئاب وقلق وضغط نفسي كلما كان الألم النفسي لديهم مرتفع .

2-2-مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثانية:

يتضح من خلال الجدول رقم (9) والمعالجة الإحصائية لبيانات الفرضية الثانية وجود انخفاض في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، فهؤلاء المرضى يعانون من ألم نفسي مرتفع وهذه المعاناة تنعكس على حياتهم، فهم لا يتمتعون بحياتهم فهم يعيشون مرتبطين بألة تصفية الدم وكذلك لا يستطيعون القيام ببعض الأنشطة اليومية أو البدنية التي يمكن أن تكون قريبة تجلب لهم المتعة والاستجمام .

وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (بن كمشي، 2013) التي بينت أن كل أبعاد جودة الحياة منخفضة لدى أفراد العينة، وكذلك مع دراسة زواوي وآخرون (2016)، التي بينت أن هناك تدهور في جودة الحياة ل (90 %) من مرضى غسيل الكلى أما دراسة ليلي وسايح (2018) فبينت أن هناك عدة عوامل تنعكس على جودة الحياة سلباً منها وجود أمراض أخرى إلى جانب مرض الكلى وكذلك عمر المريض الذي يفوق ستون سنة أما توفر المريض على العمل فينعكس إيجاباً على جودة الحياة لديه. كما أن دراسة بيوجروجنجلي (2014) التي بينت تدهور جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي بين عامي (2005 و 2007) و(2011) إلا أنهم لم يعتبروا ذلك الانخفاض في جودة الحياة مهماً إكلينيكياً.

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

ويفسر أيضا من خلال الدراسة الحالية أن السبب وراء نسبة انخفاض جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن راجع لعدة عوامل منها (النفسية، الدينية، الاجتماعية والاقتصادية).

إضافة إلى أن البعد الخاص بالصحة الجسدية هو أكثر الأبعاد انخفاضا في جودة الحياة لدى عينة الدراسة مقارنة مع غيره من الأبعاد، فحسب دراسة (ابركان، دون سنة) أن تأثير العزو لأسباب خارجية على كل من المستوى الاقتصادي للمريض، مستوى الصحة النفسية له، وكذا على الدور البدني، ووجود تأثير مدة الإصابة بالمرض يؤثر على الوظيفة الاجتماعية للمريض، وهذا ما توصلنا إليه في دراستنا الحالية إلى أن عينة الدراسة تعاني من انخفاض جودة الحياة في بعدها الاجتماعي، وهو ما يعكس ضعف العلاقات الاجتماعية للمرضى، وعدم رغبتهم في ممارسة مختلف النشاطات الاجتماعية وهو ما أظهرته نتائج المحور الخامس والتاسع لمقياس جودة الحياة.

3- مناقشة وتفسير الفرضية العامة:

توصلت نتائج المعالجة الإحصائية والموضحة في الجدول رقم (10) إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة احصائيا بين الألم النفسي (الضغط، القلق والاكتئاب) وجودة الحياة، أي كلما يزيد الألم النفسي تنخفض جودة الحياة وهذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية. في الحقيقة لا توجد دراسات ربطت بين المتغيرين، لكن من خلال الدراسة الحالية تبين أن هناك علاقة فكلمما كان الألم النفسي مرتفع لدى المرضى أثر ذلك سلبا على جودة الحياة والعكس صحيح أي إذا انخفض مستوى جودة الحياة ارتفع مستوى الألم النفسي لدى المرضى، ولأن غالبية المرضى كان لديهم ألم نفسي مرتفع جعل البعض منهم غير متقبل للحالة الصحية وهذا ما نلاحظه في البعد الخاص بجودة الحياة المرتبط بالصحة النفسية والجسدية وتأثيرهما على النشاطات اليومية لمرضى القصور الكلوي المزمن. إضافة إلى أن الظروف الأسرية التي يعيشها المرضى لها دور كبير في انخفاض أو ارتفاع الألم النفسي، فمعظم المرضى كان لديهم شعور بالنقص العاطفي وأن أي حديث قد يسبب لهم ضغط ويدخلهم في حالة من الاكتئاب، إن لم تراع مشاعرهم. كل هذا يجعل منهم فئة حساسة على غرار الآخرين، وفي أغلب الأحيان يشعرون بالعجز نظرا للطاقة التي تستنزفها منهم الألة في كل مرة سواء النفسية أو الجسدية. لذا فإن العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة هي علاقة ارتباطية عكسية.

استنتاج عام:

إن الهدف من هذه الدراسة هو معرفة مستوى الألم النفسي وجودة الحياة والعلاقة الموجودة بينهما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، بعد عرض نتائج الدراسة الحالية ومناقشتها كان مجمل ما توصلنا اليه كالتالي:

- 1- مستوى الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع.
- 2- مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض.
- 3- توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة احصائيا بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

خاتمة

من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها والمتمثلة في دراسة الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. واعتبارا لما يشكله هذا المرض من تهديد سوءا من الناحية الجسدية، التي تمس عضو داخلي وهو الكلى هنا العلاج الفعال والوحيد هو أن يتم الالتزام بالتصفية، هذه الأخيرة تجعل الجسد في حالة إرهاق ونقص في الجهد إلا أنها تقنية تسمح للمريض بمواصلة حياته. أو من الناحية النفسية التي تعتبر مؤشرا ودليلا على أن العلاج أثر عليه مما أدى الى زيادة في الألم النفسي لدى المريض، وبالتالي تظهر جملة من الاضطرابات الخاصة (الضغط النفسي، القلق والاكتئاب) الناتج عن التجربة المرضية التي يعيشها المريض مع وعيه بخطورة المرض وعدم جدوى العلاج حيث أن الضغط النفسي يعيشه المصاب تحت ضغط الألم الجسدي الذي ينتج عن إصابة ناتجة أو محصلة للإصابة الجسدية.

هذا المرض يؤثر على حياة المريض الاجتماعية والمهنية وعلاقته الشخصية، فتتأثر جودة حياته سلبا والتي كانت بارزة في الدراسة الحالية على أنها منخفضة، لأنها تعود إلى جملة العوامل خاصة عدم وجود صورة واضحة واختبارات خاصة بالمرض. وباعتبار أن القصور الكلوي المزمن مشكلة صحية عويصة لما لها من تأثيرات على الحالة النفسية والجسدية للمصاب، ومن خلال هاته الدراسة يمكننا الإسهام ببعض التوصيات والاقتراحات لصالح هؤلاء المرضى، التي نوجزها في بعض النقاط التالية:

- الاهتمام بالمرضى من الناحية النفسية والطبية، بتوفير أخصائيين نفسانيين في جميع مراكز تصفية الدم، من أجل توعية هذه الفئة بالمرض، وتخفيف المعاناة عنهم، ومساعدتهم لتجاوز الضغوطات اليومية.
- وضع برنامج للتكفل التام بفئة الأمراض المزمنة وخاصة فئة القصور الكلوي المزمن.
- العمل على التخفيف من حدة المرض بواسطة الدعم الاجتماعي والأسري المقدم من طرف الأقارب والأصدقاء.
- اصدار نشرات توعية للمرضى حول المرض وما يتصل به من تغذية خاصة وأنماط يجب اتباعها في حياتهم اليومية.
- تشجيع البحث في ميدان علم النفس خصوصا في مجال جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- الاهتمام بتكوين النفسانيين خصوصا في علم النفس العيادي بالتكفل بهاته الفئة كونها تحتاج إلى تكفل خاص من قبل طاقم الرعاية الصحية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- ابراهيم عوض الله، هالة؛ العتيق، احمد مصطفى؛ الحمادي، محمد مصطفى؛ على كامل، ماجدة. (2008).
La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, vol. 14, N 03.
- إبراهيمي، كوثر. (2013). أثر ضغوط جماعة الأقران على مستوى امتثال الطفل (4-8) سنوات. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
- أبركان. الصالح. (دون سنة). العوز السببي للمرض وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والخاضعين للغسيل الكلوي. الجزائر: 1-13.
- أبو الحبايب، بهيج محمد. (2010). مستوى القلق العام وعلاقته بالجنس والتحصيل الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانوية في قضاء حيفا. رسالة الماجستير غير منشورة. جامعة عمان العربية.
- احمد عبد الله أبو فودة، حنان. (2011). العلاقة بين قلق الاختبار والتحصيل الدراسي لدى الطلبة. قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير غير منشورة. قسم علم النفس والإرشاد والتربية الخاصة. جامعة عمان العربية.
- أحمد، جمال شفيق. (2016). دور الأخصائي النفسي في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الهيئة العامة لقصور الثقافة.
- اسراء، ملكاوي. (3 كاون الثاني 2022). الألم النفسي. تم استرجاعه في تاريخ (15 مارس 2022) على الرابط.
(<https://www.webteb.com>).
- الإمام الأسماء حمد، بله طيب. (2019). الرفاهية الاقتصادية بين تنظير الاقتصاد الوضعي ومبادئ الاقتصاد الإسلامي. جامعة وادي النيل. السودان.
- أيبو، نائف علي. (2019). الضغوط النفسية. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- بابيكر، محمد احمد عمر. (2014). نظرية الرفاهية الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي ودور الزكاة في الرفاه الاجتماعي. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الوادي. العدد 08.
- البار، محمد علي. (1992). الفشل الكلوي وزرع الأعضاء. دمشق. بيروت. دار القلم. الدار الشامية.
- بخوش، معزي أميمة. (2019). استراتيجيات مواجهة الزوجة العاملة لمواقف الحياة الضاغطة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
- بدرساوي، منال؛ التميمي، محمد؛ نمر، بيان، عبد الكريم، صفاء. دليل مرضى غسيل الكلى التغذوي. جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين.
- براهيمية، جهاد. (2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.

- براهيمية، جهاد. بوشاللق، نادية. (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية. الجزائر: مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. 27. 309-317.
- بريس، كارين. ترجمة. العدل، بدرمحمد. (2010). الاكتئاب. السعودية. مكتبة الشقري.
- بقزي، مي بت كمل بن محمد. (1430هـ). إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتئاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى. السعودية.
- بكار، سارة. (2013). أنماط التفكير لدى طلبة الجامعة وقلق المستقبل المهني. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير غير منشورة. قسم العلوم الاجتماعية. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان-الجزائر.
- البكوش، خيرية عبد الله. (2014). العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان. المجلة الجامعة. 16. 133-152.
- بلقاسي، بو عبد الله. مسعودي أمحمد. (2021). جودة الحياة لدى أساتذة التعليم الابتدائي في ظل تأثير جائحة كوفيد 19. الجزائر: مجلة دراسات نفسية وتربوية. 2. 246-266.
- بلول، أحمد. عيشة، علة. (دون سنة). أبعاد جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الجلفة. الجزائر: مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية. 2. 167-188.
- بن دهنون، سامية شرين. (2017). بعض الخصائص النفسية (الاكتئاب، الوحدة النفسية) وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس والمستوى التعليمي. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس والأرطوفونية. جامعة وهران-2-محمد بن أحمد. الجزائر.
- بن غذفة، شريفة. (2021). نوعية الحياة لدى الطلبة الجامعيين: دراسة وصفية. جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2. مجلد 18. عدد 02.
- بن غضبان، فؤاد. (2015). جودة الحياة بالتجمعات الحضرية تشخيص مؤشرات التقييم. عمان: الدار المنهجية للنشر والتوزيع.
- بن كمشي، فوزية. (2013). مقارنة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن. الجزائر: مجلة العلوم القانونية والاجتماعية. 9. 614-628.
- بوخيار، ربيع. راحيس، براهيم. (2020). الاكتئاب وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية لدى المراهقين المتمدرسين. الجزائر: 1. 34-49.
- بورزق، كمال. شلال، لخضر. (دون سنة). جودة الحياة لدى المراهقين الأيتام. الجزائر: مجلة العلوم القانونية والاجتماعية. 4. 77-112.
- بوزار، يوسف. (2015). نوعية الحياة والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمّن الخاضعين لعملية غسل الكلى. مجلة المواقف للبحوث والدراسات في المجتمع والتاريخ. قسم علم النفس. جامعة الجزائر. العدد رقم 10.

- بولقرون، حنان. مناني، نبيل. (2021). الضغط النفسي واستراتيجيات مواجهة لدى القابلة. الجزائر: 4. 494-465.
- بومجان، نادية. (2016). بناء برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس ارشادي وتوجيه. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
- البوني، عبد الرزاق عبد الله. (2021). فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل. مجلة العلوم التربوية. (2) vol.22.
- تغزة نوال. (2014). الاكتئاب عند المرأة المطلقة حديثا وعلاجها. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس.
- الثويني، عثمان يعقوب. الجاسم، فاطمة أحمد. بن الفقيه، العربي. (2013). تقييم نوعية الحياة لدى الطلاب الموهوبين في المرحلة الثانوية. الخليج العربي: مجلة الطفولة. 67 . 53-27.
- جبالي، نور الدين. (دون سنة). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن
- جمال، نغمسليم. (2016). جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الارشادية لدى طلبة المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم الارشاد النفسي. جامعة دمشق. سوريا.
- الجويهي، منيرة صالح. (2017). الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طلاب وطالبات مسعود بمدينة الرياض: المجلة العلمية لكلية التربية النوعية.
- حوحو، ريان. غرايسة، عمار. (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية من منظور علم النفس الفردي (مسائل الحياة أنموذجا). الجزائر: أعمال الملتقى الوطني الأول. 83-4.75.
- دايدي، مريم. (2016). مفهوم نوعية الحياة من خلال علم النفس الايجابي. جامعة تطوير العلوم الاجتماعية – المدينة-. المجلد الأول. العدد الخامس عشر.
- دايدي، مريم. (2016). مفهوم نوعية الحياة من خلال علم النفس الإيجابي. الجزائر: مجلة تطوير العلوم الاجتماعية. 5. 100-87.
- الدكتور العبادي أبو الشريعة، منصور. (الخميس يناير 2020). تم استرجاعه في تاريخ (20 ماي 2022) على الرابط Quran-m.com.
- ذياب مقداد، غالب رضوان، (2015). قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة الماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. الجامعة الإسلامية – غزة-.
- رزقي، رشيد. (2019). بناء وتجريب مدى فاعلية برنامج التكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه غير منشورة علوم في علم النفس. قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا. جامعة باتنة 01.

- رقيق، برة علي. (2017). التدين وعلاقته بالضغط النفسي واستراتيجيات مواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن. الجزائر: مجلة أبحاث نفسية وتربوية. 10 . 519-551.
- زعتر، نور الدين. (2010). القلق. سلسلة الأمراض النفسية: (01).
- زعموشي، رضوان; بوطالبة، غنية; عيسى، ياسمينه. (د س ن). علاقة مركز ضبط الألم بنوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم. جامعة البليدة 2.
- زيدنر، موشي. ماثيوس، جيرالد. ترجمة سيد عبدا لله، معتز. الحسين، محمد عبد المنعم. (2016). القلق. الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- سعادة، إبراهيم محمد سلامة. (2011). أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة القدس. فلسطين.
- سعدي، روفية. قنيفة، نواره. (2020). الاكتئاب والاقدام على الانتحار لدى المراهقين. الجزائر: مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف. 2 . 14-34.
- سعيد، محمد. (2016). مستويات الاكتئاب وفقا لنوع الزمرة الدموي. الجزائر: مجلة أفكار وأفاق. 8 . 93-119.
- سلامة عوض الله، مصطفى يوسف. (2008). التدخين وعلاقته بمستوى القلق، وبعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة. قسم علم النفس. الجامعة الإسلامية – غزة.
- سميح مصطفى حماد، منيا. (2012). القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاض المتكرر. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. الجامعة الإسلامية – غزة.
- السميزان، تامر حسين علي. المساعيد، عبد الكريم عبد الله. (2014). سيكولوجية الضغوط النفسية وأساليب التعامل معها. عمان: دار مكتبة الحامد للنشر والتوزيع.
- السويداء، عبد الكريم عمر. (2010). المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي. المملكة العربية السعودية الرياض. وهج الحياة للنشر.
- الشبؤون، دانيا. الأحمد، أمل. (2011). القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين. مجلة جامعة دمشق. المجلد 27-العدد الثالث + الرابع.
- الشربيني، لطفي. (2001). الاكتئاب المرض والعلاج. الإسكندرية. منشأة المعارف.
- شلهوب، دعاء جهاد. (2016). قلق المستقبل وعلاقته بالصلاية النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم النفس. جامعة دمشق.
- شيخي، مريم. (2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. الجزائر.

- شيلي، تايلور. ترجمة. درويش، بريك وسام. طعيمه، داود فوزي شاكرا. (2008). علم النفس الصحي. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- صادق، عادل. (1984). الألم النفسي والعضوي. القاهرة: توزيع الأهرام.
- صبور، محمد صادق. (1994). أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها. القاهرة. دار الشروق.
- عباسة، أمينة. (2018). الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة وهران 2. الجزائر.
- عبد الرحمن محمد السيد بكر، نيفين. (2014). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض قلق الاختبار وأثره في تحسين بعض مهارات الاستذكار والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب مرحلة الثانوية العامة بأسبوط. لنيل درجة الدكتوراه غير منشورة في الفلسفة في التربية تخصص (علم نفس تعليمي). جامعة أسبوط.
- عبد العزيز يوسف، محمود. آل حجاب، أبو المعاطي. (دون سنة). القلق النفسي أنواعه، وأسبابه، وعلاجه.
- عبوين، سميرة. (2021). الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي. الجزائر: الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. 1. 153-165.
- عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد. (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد. (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. عمان. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- العلوي، صباح ناصر. (2014). علم وظائف الأعضاء. عمان. دار الفكر.
- علي احمد الزهواني، أحلام. السيد علي الكشكي، مجدة. (2020). الرفاهية النفسية وعلاقتها بإدارة الذات لدى عينة من الطالبات ذوات الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز. قسم علم النفس. مجلة جامعة الملك عبد العزيز: الآداب والعلوم الإنسانية. م 28 ع 14.
- علي إسماعيل السيد رضوان، إيناس. (2018). فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالواقع لتحسين الرفاهية الذاتية الاستغراق الوظيفي لدى عينة من المعلمات. رسالة الماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة السادات.
- عمرو، منتصر ; عباسي، ماعة. (2022). الرجوعية النفسية لدى كبار السن المصابين بالقصور الكلوي في ظل انتشار فيروس كورونا. جامعة باجي مختار. عنابة. المجلد 11. العدد 01.
- عواد، أحمد. (2011). مستوى الضغوط النفسية لدى طلبة الدراسات العليا في الجامعات. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس. جامعة عمان العربية. عمان.

- غازي، العبد الله فايضة. (2014). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية عند اليافعين في مدارس مدينة دمشق الثانوية. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم الإرشاد النفسي. جامعة دمشق. سوريا.
- فاطيمة، حمزة. بوداود، حسين. (2018). تقنين جودة الحياة المختصرة الصادر عن منظمة الصحة العلمية (WHOQOL-BREF) على عينات من البيئة الجزائرية. الجزائر: مجلة العلوم الاجتماعية. 31 . 157-139.
- فرويد، سيجمند. ترجمة الدكتور نجاتي، محمد عثمان. (1989). الكف والعرض والقلق. دار الشروق.
- فواطمية، محمد. (2018). الاتصال التنظيمي وتأثيره على جودة الحياة لدى معلمي التعليم الابتدائي. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم. الجزائر.
- فواطمية، محمد. (دون سنة). التوجهات النظرية لجودة الحياة. الجزائر. 1-12.
- قمرأوي، محمد. (2009). المحددات النفسية وعلاقتها بالنجاح الرياضي. رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العام. قسم علم النفس وعلوم التربية. جامعة وهران السانوية.
- الكرمي، زهير. صباريني، محمد سعيد. (دون سنة). الأطلس العلمي. فيزيولوجيا الإنسان. بيروت. دار الكتاب اللبناني.
- لخضر، عمران. (2009). الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة الحاج لخضر-باتنة. الجزائر.
- مسعودي، أمحمد. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. الجزائر: مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. 20. 220-203.
- مسيلي، رشيد. فاضلي، أحمد. (2013). الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية. الجزائر: 13. 331-305.
- مصطفى، الزهراء مصطفى محمد. (2018). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والتوافق الأسري لدى طفل ما قبل المدرسة. مجلة البحث العلمي في التربية. 19 . 182-159.
- موسى حسن، ادم محمد، (2021). السلوك الصحي وعلاقته بالاكنتاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمركز غسيل الكلى مستشفى الصلاح الطبي. رسالة الماجستير غير منشورة، قسم علم النفس. جامعة النيلين.
- الميلادي، عبد المنعم. (2014). مشاكل الطفل النفسية والاجتماعية (الكذب، السرقة، الاكنتاب). الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- نبال، محمد الحاج. (2018). القلق العام والتشاءم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن. مجلة الطفولة العربية. الجامعة اللبنانية -لبنان. العدد الواحد والثمانون.
- النوايسة، فاطمة عبد الرحمان. (2013). الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

- واكلي، بديعة. (2014). علاقة استراتيجيات مواجهة الضغط بدرجة الاكتئاب. الجزائر: 11. 287-320.
- والسايح، ليلي. (2018). جودة مرضى تصفية الكلى المزمن. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم الطب والصيدلة. جامعة القاضي. مراكش.
- وكالة الأنباء الجزائرية. (1 ديسمبر 2019). السجل الوطني الخاص بتصفية الكلى. الجزائر، تم استرجاعه في تاريخ (30 جانفي 2022) على الرابط. (<https://wwasp.asp.dz>)
- ياحي، سامية، فلاح، هدى وهيبة. (2019). علاقة الارتجاعية واستراتيجيات المواجهة بالصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة. قسم علم النفس. جامعة الجزائر-2.
- يحيواوي، وردة. (2014). اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتقدمة (نموذج أرنولد لازاروس). أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
- المراجع الاجنبية:
- ATTAL, NADINE ; AUBRUN, Nicolas. (2017). **Livre blanc de la douleur**. Editions Med-line.
- Beauger, Davy et Gentils, Stéphanie. (2014). **EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE TERMINALE ENTRE 2005-2007 ET 2011**. FRANCE. LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE. BEH 37-38.
- Demirkol, Mehmet Emin ; Namli, Zeynep ; Tamam, Lut. (2019). **Psychological Pain**. Current Approaches in Psychiatry 2019 ; 11(2) :205-213.
- Gorczyca, Rafal; Filip, Rafal; Walczak, Ewa. (2013). **Psychological Aspects of Pain**. Ann Agric Environ. 2013; Special Issue 1:23-27.
- Zouari, Lobna ; Omri, Sana ; Turki, Sahar ; Maàlej, Manel ; Charfi, Nada ; Ben Thabet, Jihéne ; Jamil, Hichem Mahfoudh. (2016). **Qualité de vie des insuffisants rénaux chronique hémodialysés**. Sfax. LA TUNISIE MEDICALE/VOL 94 (1).

قائمة الملحق

ملحق رقم (01): مقياس الألم النفسي DASS21

الرقم	العبارات باللغة العربية	لا ينطبق علي اطلاقا	تنطبق علي الى حد ما	تنطبق علي بدرجة كبيرة	تنطبق علي تماما
1	وجدت صعوبة في ان اهدا.				
2	كنت على علم بوجود جفاف في فمي.				
3	يبدو انني لم أكن قادرا على تجربة أي شعور إيجابي على الاطلاق				
4	لقد واجهت صعوبة في التنفس (على سبيل المثال، التنفس بشكل سريع، وضيق في التنفس، في غياب مجهود بدني).				
5	وجدت صعوبة في المبادرة بفعل الأشياء				
6	اميل الى المبالغة في ردود افعالي تجاه المواقف.				
7	اصابني ارتجاف (مثلا في الايدي).				
8	شعرت بأنني كنت استخدم الكثير من الطاقة العصبية.				
9	شعرت بالقلق حول الحالات التي قد أصاب فيها بالذعر، والتي أكون فيها مغفل.				
10	شعرت بانه ليس لدي ما اتطلع اليه.				

				وجدت نفسي منفعلا.	11
				وجدت صعوبة في الاسترخاء.	12
				شعرت بالحزن والاكتئاب.	13
				تعصبت من أي شيء يمنعي 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 (مثلا زيادة في ضربات القلب).	19
				شعرت بالخوف من دون أي مبرر مقبول.	20
				شعرت ان الحياة لا معنى لها.	21

الملحق رقم (2): مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF-36

السن: الجنس:

المستوى التعليمي:

تعليمات: من فضلك اجب على كل الأسئلة. بعض الأسئلة يمكن ان تكون متشابهة فيما بينها الا انها مختلفة عن بعضها البعض. من فضلك خذ الوقت الكافي للقراءة والإجابة عن كل سؤال بحذر. اختر الجواب الأقرب لحالتك.

الأسئلة:

1- تقول عن صحتك بشكل عام أنها:

ممتازة () جيدة جدا () جيدة () متوسطة () ضعيفة () .

2- كيف ترى صحتك الآن مقارنة بها في السنة الماضية:

() أحسن بكثير من السنة الماضية () أحسن بقليل من السنة الماضية

() بالتقريب مثل السنة الماضية () أسوأ بقليل من السنة الماضية

() أسوأ بكثير من السنة الماضية

3- الأسئلة التالية متعلقة حول نشاطاتكم اليومية: إلى أي مدى تؤثر صحتك الحالية على النشاطات

التالية:

• النشاطات المرهقة (الجري، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة)

() تؤثر كثيرا () تؤثر قليلا () لا تؤثر إطلاقا

• النشاطات المتعددة والخفيفة (تحريك طاولة، القيام بكنس وتنظيف)

() تۇثر كئيرا () تۇثر قليلا () لا تۇثر إطلاقا

ج- رفع أو حمل علب

() تۇثر كئيرا () تۇثر قليلا () لا تۇثر إطلاقا

د- صعود طوابق عدة عبر حلقات من سلالم (دروج) على التوالي

() تۇثر كئيرا () تۇثر قليلا () لا تۇثر إطلاقا

و- الانثناء، الجلوس على الكعبين (تقعمنز) الانحناء

() تۇثر كئيرا () تۇثر قليلا () لا تۇثر إطلاقا

ي- المشي أكثر من كيلومترات ونصف

() تۇثر كئيرا () تۇثر قليلا () لا تۇثر إطلاقا

م- المشي لبعض مئات الأمتار

() تۇثر كئيرا () تۇثر قليلا () لا تۇثر إطلاقا

ن- المشي مئة متر

() تۇثر كئيرا () تۇثر قليلا () لا تۇثر إطلاقا

ع- أخذ حمام

() تۇثر كئيرا () تۇثر قليلا () لا تۇثر إطلاقا

4- خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية، نتيجة لصحتك الجسمية؟

أ- التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى

() دائما () غالبا () أحيانا () نادرا () أبدا

ب- انجاز أقل مما كنت تريد

() دائما () غالبا () أحيانا () نادرا () أبدا

ج- كانت (المشاكل) مرتبطة بنوع العمل أو النشاط

() دائما () غالبا () أحيانا () نادرا () أبدا

د- تواجه صعوبات في انجاز العمل أو النشاطات الأخرى (مثل: القيام جهد أكبر لنشاط معتاد)

() دائما () غالبا () أحيانا () نادرا () أبدا

5- خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية، نتيجة لصحتك النفسية) مثل أن تكون قلقا أو مكتئبا؟

أ- التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى

() دائما () غالبا () أحيانا () نادرا () أبدا

ب- انجاز أقل مما كنت تريد

() دائما () غالبا () أحيانا () نادرا () أبدا

ج- انجاز عملي أو نشاطات أخرى بدقة أقل من المعتاد

() دائما () غالبا () أحيانا () نادرا () أبدا

6- خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أثرت صحتك الجسمية و/أو النفسية في علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع الأبوبين، الجيران، الجماعات؟

() لم تؤثر () أثرت بشكل خفيف () أثرت باعتدال () أثرت كثيرا () أثرت بشدة

7- ما هو مستوى الألم الجسسي الذي عايشته خلال الأربعة أسابيع الماضية ؟

لم يحدث () حدثقليلًا () حدث باعتدال () حدث كثيرًا () حدث بشدة
8- خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أثر الألم في علاقتك بعملك اليومي (عملك داخل المنزل وخارج المنزل؟)

() لم يؤثر () أثرقليلًا جدا () أثرقليلًا () أثربشكل متوسط () أثر كثيرًا () أثر كثيرًا جدا
9- الأسئلة التالية تتعلق بكيفية إحساسك وكيفية متلاشي الأحداث خلال الأربعة أسابيع الماضية، أجب على الاختيار الأقرب من إحساسك
أ- هل كنت حيويًا؟

() كل الوقت () غالبًا () أحيانًا () نادرًا () أبدا

ب- هل كنت عصبيًا؟

() كل الوقت () غالبًا () أحيانًا () نادرًا () أبدا

ج- هل أحسست بانخفاض الهمة لدرجة لم يستطع أحدا أن يواسيك؟

() كل الوقت () غالبًا () أحيانًا () نادرًا () أبدا

د- هل كنت هادئ وساكن؟

() كل الوقت () غالبًا () أحيانًا () نادرًا () أبدا

ه- هل كنت ممتلئًا بالطاقة (نشطًا)؟

() كل الوقت () غالبًا () أحيانًا () نادرًا () أبدا

و- هل كنت حزينا أو مكتئبًا؟

() كل الوقت () غالبًا () أحيانًا () نادرًا () أبدا

ي-هل كنت منهكاً؟

() كل الوقت () غالباً () أحياناً () نادراً () أبداً

م-هل كنت سعيداً؟

() كل الوقت () غالباً () أحياناً () نادراً () أبداً

ن-هل كنت متعباً؟

() كل الوقت () غالباً () أحياناً () نادراً () أبداً

10- خلال الأربعة أسابيع الأخيرة هل أثرت صحتك الجسمية أو النفسية على علاقاتك الاجتماعية المعتادة

مع الأيوين، الجيران، الجماعات؟

() كل الوقت () غالباً () أحياناً () نادراً () أبداً

11- قيم العبارات التالية مقارنة مع وضعيتك الحالية

أ- يبدو أين أقع مريضاً بسهولة أكثر من الآخرين

() صحيح جداً () صحيح نوعاً ما () لا أدري () خطأ نوعاً ما () غير صحيح تماماً

ب- أنا أيضاً بصحة وأفضل من أي أحد

() صحيح جداً () صحيح نوعاً ما () لا أدري () خطأ نوعاً ما () غير صحيح تماماً

ج-أتوقع أن تتقهر صحتي

() صحيح جداً () صحيح نوعاً ما () لا أدري () خطأ نوعاً ما () غير صحيح تماماً

د-صحتي ممتازة () صحيح جداً () صحيح نوعاً ما () لا أدري () خطأ نوعاً ما () غير صحيح تماماً

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن مستوى الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، على مستوى مستشفى ابن زهر-قائمة -، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، طبقت الدراسة على عينة مكونة من (30) فردا تم اختيارهم بطريقة قصدية، ولقد تم الاعتماد على الأدوات التالية:

-مقياس الألم النفسي DASS21.

- مقياس جودة الحياة SF-36.

حيث تمت معالجة بيانات الدراسة باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية وبرنامج SPSS لحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري معامل بيرسون.

وقد أسفرت نتائج الدراسة على:

- مستوى الألم النفسي مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- مستوى جودة الحياة منخفض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

-توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

الكلمات المفتاحية: الألم النفسي، جودة الحياة، القصور الكلوي المزمن، تصفية الدم.

Abstract

The present study aims to reveal the level of psychological pain and the quality of life in patients with chronic kidney failure in the sample of study personnel at the level of Ibn ZahirGuelma Hospital.

To achieve the study's objectives, the descriptive method was used, on a Sample of 30 individuals who were selected in a purposeful manner. The following tools were used:

-Psychotic pain scale-DAS21.

- Quality of life measure- SF-36.

The study data were processed using the statistical package the SPSS program, the arithmetic average, the Pearson coefficient standard deviation and. The results of the study resulted in:

-High level of psychological pain in chronic renal deficiency patients.

-Low quality of life in chronic renal deficiency patients.

There is an inverse correlation between psychological pain and lifelessness in chronic renal deficiency patients.

Keywords: Quality of life psychological pain, chronic renal insufficiency, blood filtering.