جامعة يحي فارس المدية

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

قلق الموت وعلاقته بمعنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي

دراسة ميدانية على عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي (حاد، مزمن) بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف وعيادة تصفية الكلى وسط المدية بولاية المدية

مذكـرة تخرج لنيل شهادة ماستر

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

عقيبي كريمة

تحت إشراف الاستاذة:

موفق ديهية

السنة الجامعية

2017-2016

الإهداء

إلى أحلى ما في الوجود ... إلى أحن صدر..... أجأ إليه..... إلى التي جعل الله الجنة تحت أقدامها...

إلى أمي الحنونة..... إلى الذي علمني الوقار و الشموخ ..... إذا ما مشيت ذكرته استقام المسار.....

وإذا ما أخطئت أدركني قبل أن يكون المدار.....إليك أبي.

إلى أعظم نعمة من الله علينا في هذه الحياة أختي بشيرة و أخواي محمد و سفيان أطال الله أعمارهم.

إلى خطيبي " فاروق" حفظه الله و أدام نعمه عليه وكل عائلته.

إلى رفيقتي دربي صديقتي وأختي "خولة" رعاها الله ووفقها و أنار دربها وأمها عبلة.

إلى حبيبتي ورفيقتي "راضية" وفقها الله و حفظها وكل صغرها.

إلى كل من أحبه قلبي و لم يذكره لساني إلى كل من علمني حرفا و قدم لي عونا ووقف معي و لو بكلمة أهدي ثمرة جهدي.

كريمة

كلمة الشكر

الحمد لله مسير النعم و الذي بنعمته تتم الصالحات و الحمد لله الذي أوردنا حوض العلم فاغترفنا منه خيرا، أحمده و أشكره شكرا يليق بعظمته وجوده الذي وفقني في إنجاز هذا العمل.

أتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذتي المشرفة " سوفق وهيبة" التي حفزتني على مواصلة مسار البحث و بذل الجهود اللازمة لإنجاز هذه المذكرة من خلال توجيهاتها المنهجية و ملاحظتها العلمية و التي أكن لها كل الاحترام و الامتنان و التقدير لمساهمتها الفعالة في التكوين العلمي و الأكاديمي و التربوي فلها مني كل الاحترام و التقدير.

و لا أنسى في هذا المقام أن أشكر كذلك كل من ساهم في تقديم يد المساعدة لي في هذا البحث من أخصائيين عياديين و أطباء مختصين في أمراض الكلى وغيرهم، كما لا يفوتني تقديم الشكر لكل أساتذة علم النفس بجميع تخصصاته.

تحية خالصة لرفاق الدرب العلمي طلبة ماستر علم النفس العيادي، طلبة ماستر تخصص علوم التربية الإرشاد و التوجيه، وكل طلبة علم النفس بجامعة الدكتور يحيى فارس بالمدية.

فهرس المحتويات

كلمة الشكر

الإهداء

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

ملخص الدراسة

مقدمة ..... أ

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: الخلفية النظرية لمشكلة الدراسة

1- الإشكالية 15

2- الفرضيات 18

3- تحديد مفاهيم الدراسة 18

4- أهمية الدراسة 19

5- أهداف الدراسة 20

6- الدراسات السابقة 20

7- التعقيب على الدراسات السابقة.....25

الفصل الثاني: قلق الموت

تمهيد.....29

1- القلق.....29

1-1: تعريف القلق.....32

1-2: نظريات القلق.....33

1-3: مصادر القلق.....33

1-4: أنواع القلق.....33

1-5: مستويات القلق.....33

1-6: الفرق بين الخوف و القلق.....34

2- قلق الموت.....34

2-1: نبذة تاريخية عن قلق الموت.....34

2-2: تعريف الموت.....35
3- تعريف قلق الموت.....35
4- النظريات المفسرة لقلق الموت.....36
5- مكونات قلق الموت.....38
6- أعراض قلق الموت.....39
7- أسباب قلق الموت.....39
8- أنواع قلق الموت.....44
9- قلق الموت كحالة أو سمة.....44
10- علاج قلق الموت.....44
خلاصة.....46

الفصل الثالث: معنى الحياة

تمهيد.....48
1- مفهوم معنى الحياة.....48
2- تعريف معنى الحياة.....49
3- النظريات المفسرة لمعنى الحياة.....51
4- الرؤية الإسلامية و معنى الحياة.....53
5- تشكيل معنى الحياة.....54
6- مكونات معنى الحياة.....57
7- أبعاد معنى الحياة.....58
8- المصادر السلبية لمعنى الحياة.....60
9- نموذج "فان سميث" لمعنى الحياة.....60
10- تحسين معنى الحياة لدى الأفراد.....61
11- العلاقة بين قلق الموت و معنى الحياة.....62
خلاصة.....63

الفصل الرابع: القصور الكلوي

تمهيد.....65
1- تعريف الجهاز البولي.....65
2- مكونات الجهاز البولي.....65
3- تعريف الكلية.....66
4- فيزيولوجية الكلية.....66

5- التركيب المجهري للكلية.....67
6- وظائف الكلية.....68
7- تعريف القصور الكلوي.....69
8- أنواع القصور الكلوي.....70
8-1: القصور الكلوي الحاد.....70
8-1: القصور الكلوي المزمن.....71
9- الكفالة النفسية.....76
خلاصة.....77

الباب الثاني: الجانب الميداني للدراسة.

الفصل الخامس: منهجية إجراء الدراسة

تمهيد.....80
1- المنهج المستخدم في الدراسة.....80
2- الدراسةالاستطلاعية.....80
3- مجال الدراسة.....81
4- عينة الدراسة و خصائصها.....82
5- أدوات الدراسة.....83
6- الأدوات الإحصائية المستعملة في الدراسة.....90

الفصل السادس: عرض و مناقشة نتائج الفرضيات

تمهيد.....92
1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة.....92
2- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى..... 94
3- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية..... 96
4- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.....98
5- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.....100
6- الاستنتاج العام.....102
- الاقتراحات.....102
- خاتمة.....105
- قائمة المراجع.....107
الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	الجداول	الصفحة
01	نموذج فان سميث لمعنى الحياة	61
02	خصائص العينة حسب نوع الإصابة بالقصور الكلوي	82
03	خصائص العينة حسب المراحل العمرية و الجنس	83
04	قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابين لعينة الذكور	87
05	قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابين لعينة الإناث	88
06	معاملات الارتباط بين مقياس معنى الحياة وكل من استبيان الثقة بالنفس والأمل	88
07	معاملات الارتباط بيم مقياس معنى الحياة وكل من متغيري التشاؤم و اليأس	89
08	معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق و طريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ	89
09	بيانات وصفية عن العينة	92
10	دلالة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تعزى لدرجة الإصابة (حاد،مزمن)	94
11	دلالة الفروق في معنى الحياة تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن)	96
12	دلالة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لمتغير الجنس	98
13	دلالة الفروق في معنى الحياة تبعا لمتغير الجنس	100

جدول الأشكال

الرقم	عنوان الأشكال	الصفحة
01	التحديد المفاهيمي لقلق الموت	36
02	التحديد المفاهيمي لمعنى الحياة	50
03	التركيب الفيزيولوجي للكلية	68

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين قلق الموت و علاقته بمعنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي بنوعيه الحاد و المزمن بدائرة المدية، وقد شملت عينة الدراسة (64) مصابا ومصابة بقصور كلوي، (32) منهم مصابا ومصابة بقصور كلوي حاد و(32) مصابا ومصابة بقصور كلوي مزمن، وقمنا بتطبيق مقياس قلق الموت و مقياس معنى الحياة للكشف عن أهم المشكلات التي تعاني منها هذه الفئة و المتعلقة بالمتغيرين السابق ذكرهما، بعدما تم اختيار المقاييس من طرف الباحثة بعد التحقق من خصائصهما السيكومترية، وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين قلق الموت ومعنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن).
- توجد فروق دالة إحصائيا في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن).
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

الكلمات المفتاحية:

* قلق الموت
* معنى الحياة
* المرضى المصابين بقصور كلوي

مقدمة

مقدمة:

يولي البحث العلمي أهمية لمختلف النظريات في المجال الطبي التي تهتم بالمشاكل النفسية المرتبطة بمرض ثقيل كالقصور الكلوي بغرض توفير راحة هؤلاء المرضى، على اعتبار أن علم النفس لا يخص فقط النفسانيين و إنما كذلك الأطباء العضويين.

و قد جاء الاهتمام بالقصور الكلوي في الدراسة الحالية نظرا لانتشاره في المجتمع الجزائري بصورة مذهلة، فالقصور الكلوي يؤدي إلى صعوبات نفسية كثيرة، فهو يضع المريض على حافة الموت، كما أن القصور الكلوي عبارة عن فقدان لوظيفة حيوية تفتح المجال للحزن على فقدان الصحة مما يؤدي إلى قلق الموت، و هذه الإصابة تؤدي به من الانتقال من الحالة المستقرة إلى الحالة الغير متزنة و اللاتوافق النفسي، و هذه المعاناة و المآسي النفسية و الجسدية تغير مجرى حياة المريض على كلا الصعيدين النفسي و العضوي، و في حالة العجز كهذه يشعر المريض بالحاجة إلى للاعتناء و الكفالة من طرف أفراد العائلة و الأصدقاء و أعضاء الفريق الطبي المشرف على العلاج، لما يجلبه من فرح وسعادة للمرضى، فالتكيف مع الوضعية الجديدة مرهون بالاستفادة من المساعدة و الدعم الاجتماعي من أجل التغلب على الصعوبات و الضغوطات النفسية التي خلفها القصور الكلوي للمريض، فالدعم الاجتماعي يبقى الإستراتيجية الوحيدة للتخفيف من قلق الموت عند مواجهة تهديد خطير.

فلا شك أن القصور الكلوي معاناة فرضت على شخص لم يخترها لنفسه، و بالتالي هو أمام قدر لا يمكن تغييره، وتلك المعاناة هي إحدى الوسائل التي تمكن المريض من الوصول إلى معنى حياته.

فوجود معان إيجابية في حياة المريض المصاب بالقصور الكلوي تولد لديه توجها إيجابيا نحو الحياة و تجعل لديه دافعية عالية لتحقيق تلك المعاني، و تجعل لديه القدرة على التغلب على الضغوط و العقبات التي تواجهه مما يساعده على تحقيق الرفاهية النفسية لديه.

و لذا فإن الدراسة الحالية تتناول موضوع قلق الموت و علاقته بمعنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي.

و لقد تم تقسيم البحث كما يلي:

* الجانب النظري: تناولنا فيه أربعة فصول من الناحية النظرية و هو كالتالي:

الفصل الأول: تحديد الخلفية النظرية لمشكلة البحث الذي يتضمن صياغة إشكالية البحث، فرضيات البحث كإجابات مؤقتة للتساؤلات المطروحة، ثم تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا، أهداف البحث، أهمية البحث، و في نهاية الفصل عرض بعض الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع.

الفصل الثاني: و قد تطرقنا فيه إلى القلق العام، أما قلق الموت فيتضمن نبذة تاريخية عنه، تعريف الموت، تعريف قلق الموت، النظريات المفسرة لقلق الموت، مكونات قلق الموت، أعراض قلق الموت، أسباب قلق الموت، أنواع قلق الموت، قلق الموت كحالة أو سمة، علاج قلق الموت.

الفصل الثالث: و قد خصص لمعنى الحياة، و الذي يتضمن مفهوم معنى الحياة، تعريف معنى الحياة، النظريات المفسرة لمعنى الحياة، الرؤية الإسلامية و معنى الحياة، تشكيل معنى الحياة، مكونات معنى الحياة، المصادر السلبية لمعنى الحياة، نموذج "فان سميث" لمعنى الحياة، تحسين معنى الحياة لدى الأفراد، العلاقة بين قلق الموت و معنى الحياة.

الفصل الرابع: قد خصص للقصور الكلوي ويتضمن الجهاز البولي مع مكوناته، وظائف الكلى، تعريف القصور الكلوي، أنواع القصور الكلوي، الكفالة النفسية.

* الجانب التطبيقي: وهو يتضمن فصلين:

الفصل الخامس: يتمثل في منهجية البحث حيث تم إدراج عناصرها بالترتيب بدءا من منهج البحث، الدراسة الاستطلاعية، مجال الدراسة، عينة الدراسة وخصائصها، أدوات الدراسة، الأدوات الإحصائية المستعملة في الدراسة.

الفصل السادس: وهو الفصل الأخير في الجانب التطبيقي تم فيه عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها و في الأخير الاستنتاج العام و وضع الاقتراحات والخاتمة مع ذكر المراجع و الملاحق.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول:

الخلفية النظرية لمشكلة الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

إن زيادة نمط الحياة الحديثة وتعقدها وزيادة حدة المنافسة و الصراع زاد من تفشي الأمراض العضوية وأصبحت من أمراض العصر، كأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم و القصور الكلوي، فالأمراض العضوية تنتج ردود أفعال سيكولوجية مختلفة، وبالتالي تغير مجرى حياة المريض على الصعيد النفسي و العضوي.

إذ يعد القصور الكلوي من أكثرالأمراض انتشارا في عصرنا الراهن، فيصل عدد المرضى المصابين به في العالم إلى حوالي 300.000 ألف حالة، بينما أكثر من 2 مليون مريض يعانون من القصور الكلوي يتلقون العلاج حاليا، وتعاني الجزائر كغيرها من دول العالم من هذا المرض، فإن الإحصائيات التي تنشرها مجلة الصحة و التي تصدرها وزارة الصحة والسكان تثبت ذلك حيث وصل عدد المرضى المصابين بالقصور الكلوي في نهاية سنة 2004 إلى 2000 مريض ووصل عدد مرضى القصور الكلوي سنة 2005 إلى 8200 مريض، وأحصت الجزائر 22 ألف حالة إصابة بالقصور الكلوي في 2017/03/09.**(مديرية الصحة و السكان بالمدية)**

ونظرا لهذه الأرقام المخيفة وفي غياب سياسة وقائية لهذه الإصابة، تسخر الجزائر من 2 إلى 3٪ من ميزانيتها لعلاج القصور الكلوي. **(Rayan,2005,p5)**

إذ يعتبر مرضى الفشل الكلوي من المرضى الأكثر تعرضا لتغييرات في حياتهم الصحية و النفسية و الاجتماعية نتيجة لوضعهم الصحي و معاناتهم المستمرة مع أجهزة التقنية الدموية، ومن أهم المشاكل التي تعاني منهاهذه الفئة ما يلي:

- **مشاكل صحية:**

الشعور المستمر بالتعب، الإرهاق، عدم القدرة على الحركة بشكل طبيعي، غثيان، وإغماءات متكررة وغيرها.

- **مشاكل نفسية:**

كثرة التفكير، الخوف من المرض، سرعة الانفعال، الشعور بالعجز، الانعزال عن المقربين وغيرها.

- **مشاكل اجتماعية:**

تأثر في العلاقة الزوجية، طلاق، إهمال، تأثر الحياة العملية، انقطاع الدخل بسبب ترك العمل، وأحيانا الفصل من العمل، وغير ذلك من المشاكل.

وعلى هذا الأساس يؤكد"**Weinman et Horne**" (1999) ببريطانيا أنالأمراض الجسدية المزمنة يمكن أنتعجل بظهور تدهورات على مستوى الصحة الجسمية و النفسية ويكون لها أثر عميق على التوافق النفسي مع المرض المتمثل في رفض المرض وعدم قبول العلاج، وعدم

الالتزام بالحمية، ورفض تناول الدواء والقيام بالفحوصات الدورية والعلاج المنتظم. **(weinman et Horne,1999,pp,564,565)**

ويثبت في نفس الصدد"**مونتي وآخرون**" نقلا عن "**شولتسوهيلهامر**" من خلال دراستهم أن هؤلاء المرضى يشتكون من خطر الموت الدائم ومشكلات القيمة الذاتية الواضحة و معنى حياتهم بالإضافةإلى ذلك ارهاقات متعلقة بالمعالجة (الخوف من انسداد الناسور الشرياني الوريدي، و المخاوف الناجمة عن عدم إتباع تعليمات المعالجة).**(سامية ياحي، 2008،ص8)**

إذ أن الأفرادالذين يعانون من مرض القصور الكلوي يشعرون بمجموعة مختلطة من الانفعالات منها، الشعور بالاشمئزاز من أجسامهم، وزيادة القلق في المواقف الاجتماعية، كما أنهم يعانون من الاكتئاب و الإحباط، وفي السياق ذاته لا يمكن عزل صورة جسمهم عن الحالة النفسية و الانفعالية التي يعايشونها، حيث أن معظم الاضطرابات تحوي أعراضا بما في ذلك اضطراب قلق الموت و نقص التقدير الذاتي أي التقليل من قيمة إعطاء معنى للحياة التي يعيشونها.

وتكمن خطورة مرض القصور الكلوي في كونه مرض شبه ميئوس من شفائهوهذا ما يكون عند المريض المصاب بالفشل الكلوي اضطرابات نفسية متعددة أبرزها الخوف الشديد من الموت، كما أن المعاناة التي تصاحبه قد تؤدي إلى تغيير سلوكه اتجاه الآخرين سواء من ناحية الشفقة أو انه غير متوافق مع المجتمع، ثم تأتي بعد ذلك مرحلة تضييق الحال و الهياج الشديد الذي قد ينطوي على الانهماك في التأثر بالمرض و الموت والقلق.

وهذا ما أكدته دلال الدوسري على أن قلق الموت هو الشعور الذي يجعل الفرد يفكر دائما بالموت وانه يقترب منه أكثر من الآخرين.**(الخالدي،2002،ص14)**

ومن هنا تعد ظاهرة قلق الموت ظاهرة معقدة، وهناك الكثير من المتغيرات النفسية و الاجتماعية المتشابكة ذات الصلة بها، فطبيعة البشر تجعلهم يخافون من الموت وهم في كامل صحتهم فكيف لو أصابهم المرض، ولاسيما إن كان خطيرا مما يسبب لهم الضغوط النفسية ويجعلهم دائمي التفكير به.

ونجد أيضا أبحاث "**ماكريتقوستوMarcreaetcosto**" عام (1985) بينت وجود ارتباطات ايجابية بين المشكلات الصحية وقلق الموت حيث يفقد المريض القدرة على التحكم في نشاطاته وأعماله بفعل المرض الذي يعاني منه، مما يحدث خللا في تقدير الذات و يسهم في تفجير قلق الموت لديه الذي عرفه " **سيجموند فرويد S.Freud** ": بأنه رد فعل لخطر خارجي معروف يتملك الإنسان ويسبب له الكثير من التوتر والضيق والألم والانزعاج. **(فاروق السيد عثمان،2001،ص18)** فالحياة السابقة للمريض يعتبرها بمثابة جنة مفقودة على المستوى الهوامي، أما حياته الراهنة فهي عبارة عن تمسك بالبقاء، يقوم من خلالها إعطاء معنى لحياته أو البحث عن ذلك المعنى.

إذأن حضور المريض المصاب بالقصور الكلوي إلى المستشفى ليس للشفاء و القضاء على المرض ولكن ليقدم الطبيب له تقنية علاجية تساعده للبقاء على قيد الحياة وهو يعيش هذه الحالة على أساس انتقال من حياة لها نمط معين على قطيعة من الحياة السابقة، وبالتالي اختلال سلم القيم عنده.

ومنه فان معنى الحياة هو الشيء الأساسي الذي يساعد الإنسان على البقاء حتى في أسوأ الظروف، كما يساعده على تجاوز ذاته و التوجه بايجابية في الحياة والتوجه نحو المستقبل بتفاؤل من خلال اكتشافه للجوانب الايجابية و القدرات و الإمكانيات التي بداخله بدلا من تركيزه على الجوانب السلبية في شخصيته.

فالشخص الذي يعاني من قصور كلوي إذا لم يتمكن من تقبل المرض وتحديه لجميع الأزمات و الضغوط التي تواجهه لا يستطيع بالتالي السعي لتحقيق أهدافه و الوصول لتحقيق صحة نفسية سوية و بالتالي يفقد معنى الحياة التي يعيشها.

فقد أشار " **فرانكل**" **و** "**سليجمان**" **و**" **تايلور**" في دراستهم إلىأن رؤية الفرد وإبداعه معنى الحياة في فترة الأزمات و الضغوط التي تواجهه، وهذا الإبداعفي حد ذاته يساعده على البقاء على صحته النفسية بشكل سوي. **(Taylor et al,2000,p168)**

كما أكد بعض علماء الإرشاد النفسي على أن معنى الحياة يرتبط ايجابيا بالشخصية السوية، و الصحة النفسية، و أن معنى الحياة من أهم المتغيرات المرتبطة بالسعادة و النمو الشخصي. **(Lent etal,2004,p15)**

و لعل متابعة الباحثة من خلال عملها بالمستشفى و احتكاكها بالمرضى الذين يعانون من قصور كلوي عن قرب و افتراضها أن قلق الموت له علاقة بمعنى الحياة لدى هذه الفئة كان هو الباعث و المحرك الأول وراء إجراء هذه الدراسة.

لذا جاءت الدراسة الحالية لمحاولة البحث عن العلاقة وإن وجدت بين قلق الموت ومعنى الحياة لدى المرضى الذين يعانون من قصور كلوي، وقامت الباحثة بتحديد إشكالية الدراسة في مجموعة من التساؤلات التالية:

أ- التساؤل العام:

- هل توجد علاقةارتباطيهبين قلق الموت ومعنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور كلوي؟

ب- التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي تعزىلنوعالإصابة (حاد، مزمن) ؟

- هل توجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى المرضى المصابينبقصور كلوي تعزى لنوع الإصابة (حاد، مزمن) ؟

– هل توجد فروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بالقصور الكلويتبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث)؟

– هل توجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث)؟

2- فرضيات الدراسة:

لمعالجة التساؤلات تم صياغة الفرضيات التالية:

أ- الفرضية العامة:

– توجد علاقةارتباطيه بين قلق الموت ومعنى الحياة لدى المرضى المصابينبالقصور الكلوي.

ب- الفرضيات الجزئية:

– توجد فروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تعزى لنوع الإصابة (حاد، مزمن).

– توجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى المرضى المصابينبقصور كلوي تعزىلنوع الإصابة (حاد، مزمن).

– توجد فروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بالقصور الكلويتبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

– توجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس (ذكور،إناث).

3- تحديد مفاهيم الدراسة:

3-1: قلق الموت:

- **اصطلاحا:**

انه شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حينما كان وأينما اتجه، في يقظته و منامه، في حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله حزينا محصورا متوجسا، من مجرد العيش على النحو الطبيعي. **(بشيرمعمرية،2001،ص71)**

- **إجرائيا:**

هي درجة الشعور التي يتحصل عليها الفرد في مقياس قلق الموت لبشير معمرية 2005، والذي يتكون من 34 بندا و التي يجاب عنها ضمن أربعة بدائل هي: لا، نادرا، أحيانا، غالبا.

3-2: معنى الحياة:

- **اصطلاحا:**

يعرف معنى الحياة بأنه حالة يسعى الإنسان للوصول اليها لتضفي على حياته قيمة ومعنى يستحق العيش من اجله، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى. **(فكتور فرانكل،1982،ص131)**

- **إجرائيا:**

هي الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس معنى الحياة لهارون توفيق الرشيدي 1996 و الذي يحمل خصائص سيكومترية للبيئة الجزائرية من طرف بشير معمرية 2010، و الذي يتكون من 39 بندا، و يجاب عنها ضمن أربعة بدائل هي: لا، قليلا، متوسطا، كثيرا.

3-3: القصور الكلوي:

- **اصطلاحا:**

التدهور التدريجي في وظيفة الكلى، أي التحطيم النهائي و غير القابل إلى رجوع النفرونات ويقاس بقيمة الكرياتنين، إذ يتطور القصور الكلوي إلى المزمن من خلال شهر أو أعوام، وعندما يصل إلى المرحلة النهائية يصبح مهلكا ما لم يلجـــأ إلى الغسيل الكلوي بانتظام و المتمثل في غسيل دموي أو تجرى للمريض عملية زرع الكلى. **(Noble et al,2001,p370)**

- **إجرائيا:**

انخفاض قدرة كلية المريض من عينة الدراسة على مراقبة توازن الجسم من حيث الماء و الأملاح المعدنية و تنظيم الدورة الدموية، و إتباعه لحمية غذائية معينة أو ذهابه أسبوعيا و مرتين حتى ثلاث مرات في الأسبوع إلى المستشفى أو إحدى العيادات الخاصة بتصفية الكلى للقيام بعملية التصفية عن طريق الديباليز.

4- أهمية الدراسة:

تمكن أهمية هذه الدراسة في موضوع أصبح هاجس الكثير من الناس، وكذلك نظرا لما يسببه من عذاب كبير للمرضى و الأفراد المحيطين به و ذلك نتيجة للآلام النفسية و الجسدية التي ترافقه.

ويمكن ذكر الدوافع التي أدت بي إلى اختيار هذا الموضوع وهي كالتالي:

- انتشار مرض القصور الكلوي.
- المعاناة النفسية و الجسدية للمرضى الذين يعانون من قصور كلوي.
- سوء علاقة المريض بالمحيط و الأسرة.
- رفض المريض لفكرة العلاج لما يصاحبه من تأثيرات سلبية.

- التدريب على العلاج النفسي.
- توفير أساليبأكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات النفسية.
- الكشف عن أهمية التقنيات النفسية العلاجية.

5- أهداف الدراسة:

تكمن أهداف الدراسة فيما يلي:

- الهدف الرئيسي في هذه الدراسة هو معرفة إن كانت هناك علاقة ارتباطيه بين قلق الموت و معنى الحياة لدى المرضى الذين يعانون من قصور كلوي.
- معرفة إن كانت توجد فروق في درجة الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي حسب نوع الإصابة (حاد، مزمن).
- معرفة إن كانت توجد فروق في درجة الشعور بقلق الموتلدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي حسبتبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).
- معرفة إن كانت توجد فروق في مستوى الشعور بمعنى الحياة لدى المرضى المصابينبالقصور الكلوي حسب نوع الإصابة (حاد، مزمن).
- معرفة إن كانت توجد فروق في مستوى الشعور بمعنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).
- دراسة تمهيدية لدراسة تجريبية.

6- الدراسات السابقة:

6-1: الدراسات السابقة التي تناولت قلق الموت:

أ- الدراسات العربية:

- دراسة محمد أحمد عبد الخالق (1987):

أجريت هذه الدراسة في ثلاثة أقطار عربية هي مصر ، المملكة السعودية و لبنان ، بهدف بيان الفروق و التشابهات بين مستوى قلق الموت لدى عينات من هذه الأقطار الثلاثة ، وقد استخدم الباحث مقياس تمبلر (المعرب) ، إذ قام بتطبيق مقياس قلق الموت على عينة من الطلبة المصريين في جلسات جمعية منهم (673) ذكور و (776) إناث ، وقد واصل الباحث دراسته حول قلق الموت على عينة سعودية من الذكور فقط قوامها (90) فردا ، وتابع دراسته السابقة بدراسة قلق الموت لدى اللبنانيين عام (1986) على عينة قوامها (334) ذكور و(339) إناث ، وقد كان من ابرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة مايلي :

بالنسبة لقلق الموت لدى طلبة الجامعة الذكور حصل اللبنانيون على اقل متوسط ، وحصل المصريون على أعلى متوسط ، بينما حصل السعوديون على مركز وسيط بين المصريين واللبنانيين .

بالنسبة للطلبات فقد حصلت اللبنانيات و المصريات على المتوسط نفسه .

بالنسبة للفروق الجنسية فان الإناث حصلت على متوسط درجات أعلى من الذكور في مقياس قلق الموت. **(عبد العباس الحجامي ،2004،ص16)**

- دراسة ليلى كايد (1995):

تهدف الدراسة إلى بحث العلاقة بين قلق الموت و القيم الدينية لدى المسنين في الأردن ، وأجريت على عينة قومها (60) مسنا ، وقد أظهرت النتائج المتوصل إليها على أن هناك درجة متوسطة لقلق الموت تعزى لمتغير الجنس و العمر و المستوى التعليمي .**(ليلى شافع عبد العزيز الكايد ،1995،ص4)**

- دراسة ماجدة احمد وإيمان محمود (2000):

أجريت الدراسة لمعرفة علاقة التوافق النفسي بكل من الوعي الديني وقلق الموت لدى المسنين ، وتكونت العينة من (115) مسنا ومسنة ، منهم (50) مسنة و(65) مسنا تتراوح أعمارهم بين (60-85) سنة ، وطبق عليهم جميعا مقياس للوعي الديني ، ومقياس ضبط التوافق ومقياس قلق الموت ، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين التوافق وكل من قلق الموت و الوعي الديني لدى المسنين .

- دراسة ضحى عادل محمود (2010):

أجريت الدراسة لمعرفة العلاقة بين قلق الموت و الرضا عن أهداف الحياة و النزعة الاستهلاكية، لدى عينة من المسنين تضمنت (307) متقاعدا و متقاعدة تم اختيارهم بطريقة عشوائية، و قام الباحث بإعداد فقرات مقياس قلق الموت و مقياس الرضا عن أهداف الحياة و مقياس النزعة الاستهلاكية للمتقاعدين و المتقاعدات، و أظهرت نتائج الدراسة بعد استخدام الوسائل الإحصائية ما يلي:

تبين أن معامل الارتباط بلغ 0.34 و هو دال عند مستوى دلالة 0.05، أي هناك علاقة ذات قيمة إحصائية بين متغيرات البحث الثلاثة.

ب- الدراسات الأجنبية:

- دراسة ديفز و آخرون (1983):

دراسة هدفت إلى التعرف عن العلاقة قوة الأنا و تقدير الذات و قلق الموت لدى عينة من طلبة الجامعة، تكونت (79) طالب و طالبة منهم (20) يمثلون الذكور و (59) من الإناث، طبق عليهم

مقياس قلق الموت و مقياس قوة الأنا و مقياس تقدير الذات، و بعد تحليل النتائج إحصائيا توصل الباحثون إلى وجود علاقة موجبة بين قلق الموت و قوة الأنا و تقدير الذات.

- دراسة تمبلر (1971):

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد الارتباط بين الكآبة من قائمة ميتيسوتا و قلق الموت لدى عينة من المسنين ، وأخرى من الأفراد ممن كانوا في المرحلة المتأخرة من أوسط العمر .

وقد أظهرت النتائج وجود علاقة جوهرية موجبة بين الاكتئاب وقلق الموت ، مما جعل من تمبلر يفترض أن قلق الموت هو جزء من الاكتئاب لدى المتقدمين في العمر .

- دراسة ثورسون و بيكنز:

قام الباحثان بهذه الدراسة لمعرفة العلاقة ما بين قلق الموت و العمر و الجنس و المستوى التعليمي، على عينة من كبار السن قوامها (655) فردا ، وقد كشفت النتائج أن الأفراد الأكبر سنا هم الأقل قلقا من الموت مقارنة مع من هم اصغر منهم سنا ، وقد حصر الذكور على مستوى منخفض في قلق الموت مقارنة بالإناث ، كما انه لا توجد فروق في مستوى القلق من الموت يعزى لمتغير المستوى التعليمي .

- دراسة ساندر وآخرين (1980):

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الارتباط بين الاتجاه الإبداعي و التقدم في العمر و الاتجاه نحو الموت، لدى عينة من المسنين قوامها (25) شخصا، تراوحت أعمارهم ما بين (69-93) عاما، وأظهرت نتائج الدراسة انه كلما كانت شخصية المسن مبدعة كانت مواجهته للشيخوخة أفضل وإنكاره للموت اقل .

- دراسة تريبليت و آخرين (1995):

أقيمت الدراسة على عينة قوامها (280) طالبا تتراوح أعمارهم من (17-23) عاما، أسفرت النتائج على وجود ارتباطا بين قلق الموت من ناحية و القلق العام و الخوف من الموت والتدين بدرجة اقل من ناحية أخرى.

- دراسة مالتباي (1999) :

قام ببناء مقياس حول تسلط فكرة الموت على عينة مكونة من (269) من طلبة الجامعات الانجليزية، بالاعتماد على مقياس عبد الخالق (1997) حول وسواس الموت، وبعد القيام بإجراء بعض التعديلات على فقرات مقياس الدراسة كي تتناسب مع الأهداف، توصل الباحث بعد تطبيق الدراسة على الطلبة و البالغين، إلى أن هناك علاقة دالة ايجابية بين المقياس وكل من قلق الموت و كآبة الموت.**(أبو صاع،2003،ص4)**

6-2: الدراسات السابقة التي تناولت معنى الحياة:

أ- دراسات عربية:

- دراسة الوائلي (2012):

معنى الحياة وعلاقتها بنمط الشخصية (A,B) لدى طلبة جامعة بغداد.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى معنى الحياة لدى طلبة جامعة بغداد على مقياس معنى الحياة و التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية في مستوى معنى الحياة تبعا لمتغيرات الجنس و التخصص (علمي، ادبي) و التعرف على مستوى نمط الشخصية (A ,B) و العلاقة بين معنى الحياة ونمط الشخصية (A ,B)، استخدمت الباحثة مقياس معنى الحياة المعرب على البيئة العراقية من قبل الأعرجي (2007)، وقامت الباحثة بتعريب مقياس الشخصية (A,B)، أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائيةلصالح الذكور في مستوى معنى الحياة و لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس معنى الحياة تبعا لمتغير التخصص.

- دراسة حسين وحسن (1998):

دراسة تحليلية لمعنى الحياة في علاقته بكل من الصلابة النفسية و التحصيل الأكاديمي لدى طلاب الجامعة.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة و الصلابة النفسية و التحصيل الدراسي، و معرفة اثر الجنس و المستوى التعليمي على معنى الحياة و اشتملت عينة الدراسة على (260) طالبا وطالبة و استخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس معنى الحياة من ترجمة و إعداد "هارون الرشيدي"، ومقياس الصلابة النفسية من إعداد الباحثين، و أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطيهموجبة و دالة إحصائيا بين معنى الحياة و الصلابة النفسية لدى طلاب التعليم الابتدائي و العام من الجنسين، و أن الطلاب مرتفعي التحصيل أكثرإحساسا بمعنى الحياة من طلاب التعليم الابتدائي، و أن إدراك معنى الحياة يتزايد مع التقدم بالعمر ولا توجد فروق بين الجنسين في معنى الحياة.

- دراسة رحال (1995):

المعنى الوجودي و علاقته ببعض المتغيرات الشخصية " دراسة ميدانية على عينة من الشباب الجامعي.

يهدف البحث إلى التعرف على طبيعة المعنى الوجودي و استكشاف علاقته ببعض المتغيرات الشخصية لدى طلاب الجامعة، وكذلك تهدف إلى القيام بدراسة اكيلنيكية متعمقة لبعض الحالات المتطرفة في اختبار الهدف من الحياة لرسم صورة شمولية عن علاقة المعنى الوجودي بالبناء النفسي للفرد.

عينة البحث: تكونت عينة البحث من (108) طالبا جامعيا (48 ذكرا، 60 أنثى)، وقد تراوحت أعمارهم بين (19-22سنة) و أحذو من كليات وأقسام مختلفة وكانت نتائج البحث كالتالي: وجد ارتباط سلبي ذو دلالة بين درجات اختبار الهدف من الحياة و بين درجات اختبار التوافق لرويتر عند مستوى دلالة 0.01، كما وجد ارتباط ايجابي ذو دلالة بين درجات اختبار الهدف من الحياة وبين درجات اختبار القدرة على تحمل المعاناة عند مستوى دلالة 0.01، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و بين الإناثفي متوسط درجات اختبار الهدف من الحياة ولم يوجد اي تأثير للجنس على درجات اختبار الهدف من الحياة.

ب- دراسات اجنبية:

- Van Ranst, Nancy and Marcoen, Alfons:

Meaning in life of young and ElderlyAdlts

معنى الحياة لدى عينة من الشباب و المسنين:

هدفت الدراسة إلى معرفة دليل النظرة إلى الحياة، ومعرفة الفروق المحتملة بين عينة من الشباب و عينة من المسنين في معنى الحياة، ثم استخدم النظرة إلى الحياة هي مقياس الورقة و القلم من إعداد "درويش" حيث تكونت العينة من (206) شابا بمتوسط عمري (17.8) سنة و (373) من المسنين بمتوسط عمري قدره (60.90) سنة.

وأوضحت نتائج الدراسة انه في كلا المجموعتين العمريتين كانت بنود دليل النظرة إلى الحياة موزعة على بعدين مميزين لمعنى الحياة هما إطالة النظرة إلى الحياة و تحقيق المعنى فيها، فكان تشبعات البعد الخاص بإطار النظرة إلى الحياة متباينا فقط في إجابات المفحوصين ووجد أن الراشدين الشباب اقل خبرة و أقل تحقيقا لمعنى الحياة من المسنين الكبار.

- دراسة مولاسو (2006):

الدراسة استكشاف للعلاقة بين أفعال طلبة الكلية ونشاطاتهم مه هدفهم في الحياة، و العينة تكونت من (1000) طالبا وطالبة من جامعة ميدسين، واستخدم مقياس "**كرومبو**" و "**ماهولك**" لقياس المعنى في الحياة (الهدف في الحياة) المستند إلى نظرية فرانكل لقياس إحساس الأشخاص بالمعنى، وكانت النتائج وجود علاقة قوية بين نشاطات الطالب في الكلية و إحساسه بمعنى الحياة أو لغرض منها، ولا يوجد اثر لمكان حالة تمكن الطالب في مفهومه لمعنى الحياة.

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

7-1: التعقيب على الدراسات السابقة التي تناولت قلق الموت:

أ- من حيث الأهداف:

تنوعت الأهداف التي سعت الدراسات السابقة إلى تحقيقها و تمحورت في الأهداف التي بحثت في مستوى قلق الموت لدى عينات من بعض الأقطار العربية، كما هدفت إلى البحث عن العلاقة الارتباطية بين قلق الموت و متغيرات أخرى مثل: القيم الدينية (ليلى كايد1995)، التوافق النفسي و الوعي الديني (ماجدة أحمد وإيمان 2000)، الرضا عن أهداف الحياة و النزعة الاستهلاكية(ضحى عادل محمود 2010)، الكآبة من قائمة مينيسونا (تمبلر1971)، العمر و الجنس و المستوى التعليمي (ثورسون و بيكنز)،الاتجاه الإبداعي و التقدم في العمر و الاتجاه (ساندر و آخرين 1980)، القلق العام و التدين (تريبليت و آخرين 1995)،أما الدراسة الحالية فقد هدفت إلى التعرف على قلق الموت و علاقته بمعنى الحياة لدى المرضى الذين يعانون من قصور كلوي (حاد، مزمن)، نظرا لقلة الدراسات التي تناولت قلق الموت و علاقته بمعنى الحياة.

ب- من حيث المنهج:

طغت على الدراسات السابقة استعمال المنهج الوصفي بين الدراسات السببية المقارنة و الارتباطية. و من خلال المناهج المطبقة في الدراسات السابقة تعلقا مباشرا بمشكلة البحث فبإمكاننا تطبيق المنهج الوصفي.

ج- من حيث العينة:

تباينت معظم الدراسات السابقة في قلق الموت في حجم عينة تراوحت حول 2212 لثلاث أقطار عربية (مصر، لبنان، السعودية) كأكبر عينة في دراسة "**أحمد محمد عبد الخالق**"(1987)، و 25 عينة من المسنين في دراسة "**ثورسون و بيكنز**" كأصغر عينة، أما نوع العينات فقد اتخذت الدراسات السابقة عيناتها التي كانت اغلبها من المسنين التي تراوحت أعمارهم من 69 إلى 93 عاما كدراسة " **ليلي كايد**"(1995)، "**ضحى عادل محمود**"(2010)، و دراسة "**ساند و اخرون** " 1980، ما عدا دراسة "**تريبلت و اخرين**"(1995) التي كانت دراسة عينة قوامها 280 طالبا، و دراسة "**مالتباي**" (1999) على عينة متكونة م 269 طالبة و طالبا من الجامعات الانجليزية البالغين، و دراسة "**ديفز و آخرون**" (1983) على عينة متكونة من 79 طالبا و طالبة من الجامعة. أما الدراسة الحالية فقد تم اختيار عينتها بطريقة قصدية و التي تكونت من 64 مصابا و مصابة يعانون من القصور الكلوي (الحاد، المزمن).

د- من حيث الأدوات المستخدمة:

يتبين بإعداد الدراسات السابقة في هذا المحور أن عدد من الباحثين قام بإعداد مقاييس قلق الموت مثل تمبلر (1971)، إنما بعض الدراسات السابقة استخدمت مقاييس جاهزة مثل: "أحمد محمد عبد الخالق" (1987) الذي استخدم مقياس تمبلر المعرب، و "**ماجدة أحمد و إيمان محمود**" (2000) التي استخدمتا مقياس قلق الموت لتمبلر المعرب، ودراسة "**مالتباي**" (1999) التي استخدمت مقياس عبد الخالق (1997) حول وسواس الموت، و دراسة "**ضحى عادل محمود**" (2010) التي قام الباحث بإعداد مقياس قلق الموت للمسنين و المتكون من 67 فقرة.

أما بالنسبة للدراسة الحالية فقد استخدمنا مقياسيين أحدهما"**البشيرمعمرية**"2005 لقلق الموت و الذي يتناسب بدرجة كبيرة مع دراستنا.

7-2: التعقيب على الدراسات التي تناولت معنى الحياة:

أ- من حيث الأهداف:

تباينت الدراسات السابقة من حيث أهدافها، فقد هدفت دراسة "**الوائلي**" (2012) إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة و نمط الشخصية (A ,B)، أما دراسة "**حسين وحسن**" (1998) فهي دراسة تحليلية لمعنى الحياة هدفها معرفة العلاقة بين معنى الحياة و الصلابة النفسية و التحصيل الدراسي، أما دراسة "**رحال**" (1995) تمثلت في دراسة المعنى الوجودي و علاقته ببعض المتغيرات الشخصية، أما دراسة "**Van Rnst**" فهدفت إلى معرفة دليل النظرة إلى الحياة لدى عينة من الشباب و المسنين، و دراسة "**مولاسو**" (2006) فهي دراسة استكشاف للعلاقة بين أفعال طلبة الكلية و نشاطاتهم و هدفهم من الحياة.

ب- من حيث المنهج:

طغت على الدراسات السابقة استعمال المنهج الوصفي بين الدراسات السببية المقارنة و الارتباطية.

و من خلال المناهج المطبقة في الدراسات السابقة تعلقا مباشرا بمشكلة البحث فبإمكاننا تطبيق المنهج الوصفي.

ج- من حيث العينة:

لقد اختلفت الدراسات السابقة فيما بينها في حجم العينات، حيث بلغت أصغر عينة في هذه الدراسات 108 طالبا جامعيا في دراسة "رحال" (1995)، أما بالنسبة لأكبر عينة فتمثلت في 1000 طالب و طالبة من جامعة ميدسين في دراسة "**مولاسو**" (2006)، وفي دراسة "**الوائلي**" (2006) فكانت العينة 300 طالبا وطالبة من الجامعة العراقية، و دراسة "**حسين و حسن**" (1998) فتناولت 260 طالبا وطالبة، و دراسة " **Van Ranst**" تكونت العينة من 206 شابا بمتوسط عمري 17.8 سنة، و 373 مسنا بمتوسط عمري قدره 60.90 سنة.

د- من حيث الأدوات المستخدمة:

اعتمدت الدراسات السابقة على اختبارات و مقاييس مختلفة، فدراسة "**الوائلي**" اعتمدت على مقياس معنى الحياة المعرب في البيئة العراقية من قبل "**الأعرجي**" (2007)، وفي دراسة "حسين وحسن" استخدما مقياس معنى الحياة من ترجمة و إعداد "هارون توفيق الرشيدي" و مقياس الصلابة النفسية من إعداد الباحثين، أما دراسة "الرحال" فاعتمدت مقياس الهدف من الحياة و اختبار التوافق "**لروتير**"، و في دراسة "**Van Ranst**" استخدم فيها مقياس الورقة والقلم من إعداد "درويش"، و في دراسة "**مولاسو**" استخدم فيها مقياس "**كرومبو و ماهولك**" لقياس معنى الحياة (الهدف من الحياة).

أما في الدراسة الحالية فقد استخدمنا مقياس معنى الحياة من ترجمة " **هارون توفيق الرشيدي**" والذي كيف على البيئة الجزائرية من قبل "**بشير معمرية**" (2005).

* و من خلال الدراسات السابقة التي تناولت قلق الموت و معنى الحياة استطعنا تكوين فكرة عن الفرضيات و المنهج و الأدوات التي يمكننا استعمالها في دراستنا هته.

الفصل الثاني:
قلق الموت

تمهيد :

يعد القلق السمة الغالبة في العصر الحديث، و ذلك لما يشهده من تسارع في الأحداث و تلاحق في مجريات الأمور بشكل مبالغ فيه، لذلك أصبح جميع الأفراد معرضين للقلق، لدرجة أن العلماء يطلقون عليه لعنة العصر.

إلىأنالقلق، الخوفأو التوتر أو الضيق ينبع من (APA)حيثإشارة الجمعية الأمريكية السيكولوجية توقع خطر ما، يكون مصدره مجهولا إلى درجة كبيرة، أو غير واضح المصدر، ويصاحب كلا من القلق و الخوف متغيرات تسهم في تنمية الإحساس و الشعور بالخطر.

من أشد مثيرات القلق للإنسان هو توقع الموت وخاصة العصر الذي نعيش فيه، عصر السرعة والحروب و الصراعات، مع ازدياد التشبث في الحياة .

فالموت أمر مخيف يثير مخاوف كل إنسان ويجعله يتساءل عن مصيره بعد موته وعن المكان الذي يتجه إليه، وهل الموت نهاية لحياته، أو بداية لحياة أخرى سيحياها من جديد في مكان مجهول، من هذا المكان الرهيب، وهل حياته الجديدة ستكون مطمئنة هانئة، أم شقية معذبة .

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى تعاريف القلق ثم احد أنواعه ألا وهو قلق الموت.

1- القلق

1-1: تعريف القلق :

تطرق العديد من الباحثين إلى تعريف القلق، لكن اختلفت هذه التعريفات منها المتشابهة وأخرى غير متشابهة، وعليه انتقينا بعض التعاريف للقلق وهي :

أ- لغة :

- القلق في معجم الوسيط :

لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال و اضطرب وانزعج فهو قلق .**(عبد الكريم أبو الخير،2002،ص103)**

بأنه الانزعاج يقال بان قلقا و أقلقه غيره، ويقال اقلقوا السيوف في الغمد أي حركوها في أغمادها.

ب-القلق في كتاب الأفعال :

فقد ورد القلق (باعتباره فعلا ثلاثيا) قلق قلقا لم يستقر فهو قلق ومقلاق .

أما الفعل الرباعي (قلقل) فيقال قلقت الشيء ولقلقته مقلوب إذا حركته تقلقل إذا اضطرب .**(عادل شكري،2005،ص ص102،103)**

جاء في المنجد في اللغة و الإعلام (1986)إن القلق من الناحية اللغوية هو :قلق،قلقا، اضطرب وانزعج فهو قلق ومقلق وهي قلقة ومقلاقة وأقلقه أزعجه .

وفي مختار الصحاح (1978) :إن القلق هو الانزعاج و قد قلق من باب طرب، فهو قلق يقال بان فلان قلقا وأقلقه غيره .

جاء في منجد (البعليكي 1973) القلق من كلمة قلق قلقا، أي اضطرب و انزعج فهو قلق و مقلاق، كلمة اقلق أي أزعج.**(يوسف مصطفى سلامة عوض الله، 2008،ص 31)**

يقال قلق قلقا :اضطرب انزعج فهو قلق و مقلاق، أقلقه أي أزعجه تعادل كلمة في اللاتينية و بمعنى بالفرنسية و تعني ممر ضيق أو صعيب . (ANGOISSE) وضعية محرجة

وهي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إراديا، (Angutai)تأتي كلمة القلق في أصلها نتيجة عدم قدرة البدن على الحصول على مقادير كافية من الأكسجين، ويلاحظ أن الشخص ينطوي على نفسه و تنكمش علاقاته مع المحيط، ومعنى هذا انه سيعيش غي عزلة و ضيق، و هو إجراء اضطراري ليحمي نفسه من العالم المعادي، وهذا يشبه إلى حد كبير ضيق القفص الصدري لدى الشخص القلق، و شعوره أحيانا بالاختناق، فالشخص الذي يضيق تنفسه يبدو و كأنه يرفض أن يفتح نفسه للهواء،الأتي من العالم الخارجي، وهذا ما يزيد في تركيز مشاعره حول نفسه و رفضه للمحيط الخارجي، وكأنه يعيش داخل قوقعة مجازا وحقيقة، فبقدر ما تزيد درجة شعور المرء بالقلق، يزيد انطوائه على نفسه و تصبح قوقعته هي عالمة بحدوده الضيقة.**(الأزرق بن علو، د ت ،ص ص82،81)**

ب-اصطلاحا :

هو حالة انفعالية غير سارة، يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف، أو تهدي من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديدا واضحا، وغالبا تصاحب هذه الحالة بعض التغييرات الفسيولوجية، كازدياد عدد ضربات القلب و ارتفاع ضغط الدم و الغثيان وفقدان الشهية و ازدياد معدل التنفس و الشعور بالاختناق وعدم القدرة على النوم العميق، وقد يصاحب القلق بتوتر عضلي وازدياد في النشاط الحركي وإحساس بتعب عضلي، بجانب شعور عام بعدم القدرة غلى التفكير و التنظيم، وفقدان القدرة على السيطرة على ما يقوم به الفرد من عمل.**(دنيا الشيؤون،2011،ص ص767،766).**

هو حالة عاطفية مؤلمة أو شعور مؤلم من توقعات خطر غامض، و يرتبط بأعراض جسدية، مثل خفقان القلب، احمرار الوجه التعرق .....الخ، كما قد يكون طبيعي و قد يكون مرضي . **(PhilippeNubukpo, 2006, p34)**

هو حالة عاطفية تتميز بخفقان القلب، التعرق ,جفاف الفم، الدوخة، توتر العضلات، وأعراض أخرى غير سارة، و يتكون من ثلاثة أجزاء وهي الشعور الجسدي (مثل خفقان القلب)، أفكار (مثل اعتقد انك لن تعمل جيدا)، سلوكات .**(Chiristopher A, Kearney TumothyJ.Trull, 2010, p103)**

هو شعور غامض غير سار بالتوجس و الخوف والتحفز، والتوتر المصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، خاصة في زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد .

(عبد الله بن أحمد الوابلي،2003،ص17)

هو حالة خوف من شيء خطر أو مخيف، مع محاولة إيجاد حل لهذا القلق.(Comer, 2009,p118)
هو حالة من الذعر و الفزع والخوف،من خطر أو سوء حظ مستقبلا، مصحوبة بأعراض جسدية.
(Bizouard, 2008, p4).

تعريف "**مجدي احمد عبد الله** "(2006) : القلق هو شعور مبهم غير سار، بالتوقع و الخوف والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، مثل الشعور بالضيق في التنفس أو الصراع أو كثرة الحركة ....الخ ,ويأتي في نوبات متكررة في نفس الفرد.(**مجدي احمد عبد الله،2006،ص149**)

تعريف" **أديب محمد الخالدي** "(2006) : القلق حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد، تؤثر في مستوى أدائه وعلاقاته الاجتماعية، ومدى شعوره بالطمأنينة، نتيجة تعرضه لمواقف نفسية ضاغطة، خلال حياته سواء كانت هذه المواقف واضحة لديه أم غامضة، مما يؤدي إلى إحداث تغيرات داخلية يحس بها الفرد، وأخرى خارجية تظهر على ملامحه .(**أديب محمد الخالدي، 2000، ص197**)

تعريف "**الدباغ**"(1983): القلق المرضي هو شعور عام مبهم يكتنفه الخوف و التوجس والتوت، دون إدراك لمصدر الخوف، ويكون مصحوب بأحاسيس جسمية تتكرر بين الحين والأخ، في شكل ضيق في الصدر أو التنفس أو فراغ في المعدة،أو تسارع في نبضات القلب.(**عبد الرحمان سي موسى وآخرون ،د ت،ص ص101،102**)

حيث أن الخوف من الموت موجود في جميع الثقافات، وليس الخوف بالضرورة من عملية الموت ذاتها، وإنما هو انتهاء جميع الفرص التي لدى الناس لتحقيق أهدافهم، ولمواصلة التمتع بملذاتهم.
(**ايزاك م ماركس،1987،ص78**)

إن الموت والخوف منه كان ومازال من البواعث الأساسية والرئيسية للإنسان، على العمل والتفكير لمواجهته والتصدي له، فالإنسان القديم حينما بدا يؤمن حياته مما يقتات عليه، ويحمي نفسه من الوحوش الضارية، ويتأقلم مع البيئة القاسية ويطوعها لخدمته، والبحث عما يؤمن احتياجاته الضرورية الأولية، من ملبس و مسكن ,كلها كانت بدافع غريزي، هو حب البقاء أو حب الحياة، وتحدي شبح الموت من أن يأخذه إلى عالم المجهول.(**إبراهيم عبد الله وآخرون،2009،ص2**)

وعلى الرغم من أن كل إنسان يخاف من الموت، إلا أن هناك عوامل كثيرة تؤثر في مدى هذا الخوف منها: العمر،الجنس، درجة التدين، الاضطراب النفسي، المرض، الحروب، الاضطرابات السياسية، و الاجتماعية، والاقتصادية ....الخ

ومدمنا لسنا متساويين في خصائصنا، أي بيننا فروق فردية، فان القلق من الموت يندرج تحت هذا المبدأ، فالقلق من الموت يتراوح بين درجة منخفضة أو عادية عند بعض الأفراد، وهذا مقبول إلى درجة، ومرتفعة عند أفراد آخرين،أي القلق الشديد، وهذه الحالة مرضية تدل على اضطراب شديد .

فالموت هو حقيقة لا مفر منها ولا يمكن تفاديها، وهي تعتبر مصدر لقلق الإنسان، مما يسبب له أمراض نفسية.(**Robert Firestone et Joyce Catlette,2009,p57**)

ج-القلق من وجهة نظر علماء النفس :

يرى" **سيغموند فرويد**" بأنه : رد فعل لخطر غريزي يشعر أمامه الإنسان بالعجز أو الخوف من العقاب، ويكون مصحوبا بأحاسيس جسمية تتكرر بين حين وآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو ألام في المعدة أو زيادة في ضربات القلب.**(عبد الكريم قاسم أبو الخير،2005،ص103)**

ويعرفه " **وولمان**"بأنه : عصاب يتميز بالهم المرتفع الممتد إلى مشاعر الألم والمرتبط دائما بأعراض جسمية.**(عادل شكري محمد كريم،2005، ص104)**

و يري "**ادلر**" : إن القلق شانه شان بقية الأمراض النفسية والعقلية ينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص ومحاولة الحصول على الشعور بالتوفق .**(حسن فايد،2001،ص45)**

1-2: نظريات القلق:

أ: نظرية التحليل النفسي :

يعد " **فرويد** " من الأوائل الذين حللوا القلق، و قد رأى أن في القلق إشارة للأنا لكي يقوم بعمل لازم ضد ما يهددها كثيرا ما يكون المهدد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور و هنا ما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعد في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها، وإما أن يتدخل القلق حتى يقع الأنا فريسة المرض النفسي.**(حنان عبد الحميد العناني،2000،ص ص117،116)**

ب: النظرية السلوكية :

تنظر إلى القلق على انه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي والسلبي، ويحصرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي حيث يرتبط المثير الأصلي، وهذا يعني المثير الجديد يرتبط بالمثير الآلي ويصبح المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعني أن المثير محايدا يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف رغم أن طبيعته الأصلية لا تثير هذا الشعور، وعند ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم به بدور المثير الشرطي. (**اشرط محمد عبد الغاني، أميمة محمود،2003،ص94)**

ج: المذهب الإنساني :

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يحمله هذا الأخير من الأحداث قد تهدد مسار وجود حياة الفرد .

فالقلق في نظرهم منشأ توقعات الفرد لما سيحدث له مستقبلا، وليس ناتجا عن ماضيه فالإنسان يدرك بان نهايته حتمية بالموت، وتوقع هته الأخيرة هو المثير الأساسي في تواجد القلق عند الإنسان ومما سبق نرى أن المذهب الإنساني يحصر على انه ينتج عن الخوف من الغد وكذلك من المستقبل ووجوده كانسان .**(محمد قاسم عبد الله،2001،ص119)**

وفي ضوء ما سبق ترى الباحثة أن تعريف القلق هو شعور عام غامض و حالة من الترقب مشوب بالتوجس و الخوف و التوتر، مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية كضيق التنفس و زيادة نبضات القلب و التعرق، كثرة الحركة، الصداع، أو الأعراض النفسية تتمثل في عدة أعراض منها فقدان القدرة التركيز أو الشعور.

1-3: مصادر القلق:

يجمع الباحثون في موضوع القلق على انه يظهر استجابة لخطر مدرك ذاتيا ومحسوس بدرجة ما، ويؤكد "**ماورر**" على المخاطر التي يسببها الألم والجروح التي يمكن أن تصيب الجنين .

في حين يؤكد " **فرويد** " فيشير إلى أن مصدر القلق يمكن توقع الحيرة الذاتية وقد صاغ وجهة نظره سنة 1926 في مقالته " الكبت و القلق " يتساءل فرويد قائلا : ما هو جوهر و أهمية موقف الخطر ؟. **(سامر جميل رضوان،2002،ص232)**

1-4: أنواعالقلق :

• قلق عادي أوموضوعي :

وهذا النوع من القلق اقرب إلىالخوف، وهو قلق واقعي ..... خارجي المصدر و موجود بالفعل ويحدث لدى الأسوياء والعاديين مثلا في مواقف انتظار عملية جراحية.

• قلق مرض عصابي :

وهذا هو النوع الذي نقصده كمرض نفسي حيث انه داخلي المصدر لا يمكن أو تجنب مصدره، فأسبابه لاشعورية، دوافعه مكبوتة غير معروفة وهو نتاج الصراع القائم المكبوتة في (الهو) وبين قوى الكبت في (الأنا) .**(محمد فوزي جبل،2000،ص129)**

كما أن هناك أنواع أخرى للقلق مثل قلق الموت، قلق الانفصال، قلق المستقبل وغيرها .....

1-5: مستويات القلق :

هناك على الأقل ثلاث مستويات :

1 : المستوى المنخفض للقلق :

يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية، كما تزداد درجة استعداده وتأهبه لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها، ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه علامة إنذار لخطر ويشك الوقوع .

2 : المستوى المتوسط للقلق :

يصبح الفرد اقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المقدرة .

3: المستوى العالي للقلق :

يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة و غير الضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز و الانتباه وسرعة التهيج و السلوك العشوائي. **(عبد الحميد محمد الشاذلي،2001،ص ص114،115)**

1-6: الفرق بين الخوف و القلق :

يعتبر القلق والخوف كذلك انفعالان سلبيان ,يضطرب لهما الفرد كله جسما ونفسا وعقلا، ويمكن وصف كل منها بأنه حالة وجدانية يصاحبها اضطراب يشمل شخصية الفرد كلها، غير أن القلق يختلف عن الخوف في أمرين .

الأول إن القلق خوف من خطر محتمل، كالقلق من شيء مجهول أو غريب أو خفي، و يكون غير مرغوب فيه، أما الخوف فيكون من حدث يدركه الفرد، ويحدده ويتعرف عليه .

والثاني إن القلق خوف مقيد في مجراه الطبيعي، فلا يستطيع الفرد أن يستجيب له بالهرب أو التجنب أو الاختفاء، فهو انفعال مزعج، نشعر بتهديده لنا في حين نكون مقدمين في أن نفعل شيئا إزاءه .

وإذا كان الموت يتضمن جوانب كثيرة مجهولة و غامضة، فانه من المعقول أن يدرج تحت مفهوم القلق هو خوف من المجهول، وتعد فكرة الموت ذات أهمية مركزية لمختلف أفراد الجنس البشري، منذ نشأة الحياة البشرية، فحياة الأفراد على هذا الكوكب لا تدوم إلى الأبد فلابد لها من النهاية، ويعي كل إنسان هذه الحقيقة ويلاحظها تنطبق على غيره قبل أن يدركها في نفسه و بنفسه .

إن الخوف من الموت والقلق منه شائع عند الناس، فالموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى ولأسباب متعددة سواء كانت هذه الأسباب بيئية خارجية كموت شخص قريب منا، أو نفسية داخلية كمرض يصيبنا، وقلق الموت هو نوع من القلق الذي يرتكز على موضوعات تتصل بالموت و الاحتضار لدى الشخص أو ذويه فالموت مفهوم مجرد، لكنه مرتبط بحقيقة مادية وفعل واقعي مثله في ذلك مثل الخوف من الوحدة، ومن التقدم في العمر وغيره.**(بشير معمرية،2007،ص78)**

2-قلق الموت:

2-1:نبذة تاريخية عن قلق الموت:

لقد أولت النواميس و الشرائع الدينية أهمية بالغة لمسألة الموت لاسيما الأنساق الفكرية و الفلسفية أين شبهت النوم بالموت الصغرى، في حين صور اليونان بأنه أخ توأم للموت، أما في السنة اليهودية فكانوا يشكرون الله على إعادتهم للحياة بعد استيقاظهم من النوم، بيدا أن الدين الإسلامي السمح أكد بأنه الوفاة الأولىللإنسان المؤقتة الأمر الذي أكدته (الآية 06، سورة الأنعام) { هو الذي يتوفاكم بالليل و النهار ويعلم ما جرحتم بالنهار ثم يبعثكم فيه ليقضي اجل مسمى}.

تأكد إسنادا لما سبق بأن الوعي بالموت له تاريخ طويل يسبق محاولة السقراطية قبل تجرعت السم، قبله ملحمة جلجاميش السومارية، وحتى حضارة الفراعنة القدامى. **(احمد محمد عبد الخالق،1998،ص39)**

2-2:تعريف الموت:

- **التعريف اللغوي :**الموت من مات، يموت موتا أي احل به الموت وفارقت جسده .

الموت الأبيض قديما بمعنى الموت الطبيعي أو موت فجأة .

الموت الأحمر يدل على الموت قتلا .

الموت الأسود يدل على الموت خنقا.**(عبد المنعم حنفي،بدون سنة،ص ص88،89)**

-التعريف النفسي:

الموت هو نهاية الحياة الدنيا التي لا يمكن أن يستعيدها الإنسان كما كانت أو شبيهة بها .فالموت في علم النفس هو الكف التام و الدائم للوعي و الشعور وتوقف المخ عن أداء دور القائد بالنسبة للعمليات الحركية والحسية الدنيا و الوظائف العقلية العليا.**(احمد محمد عبد الخالق،1988،ص15)**

3:تعريف قلق الموت:

عرفه " **تلمبر** " على انه حالة انفعالية غير سارة يستعجل بها تأمل الفرد في وفاته.

ويرى " **هوتلر** " انه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانشغال المعتمد على تأملأو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.**(بشير معمرية،2007،ص ص،213،212)**

و يضيف " **ديكستاين** " هو التأمل الشعوري في حقيقة الموت و التقدير السلبي لهذه الحقيقة.**(احمد محمدعبد الخالق ،1987،ص38)**

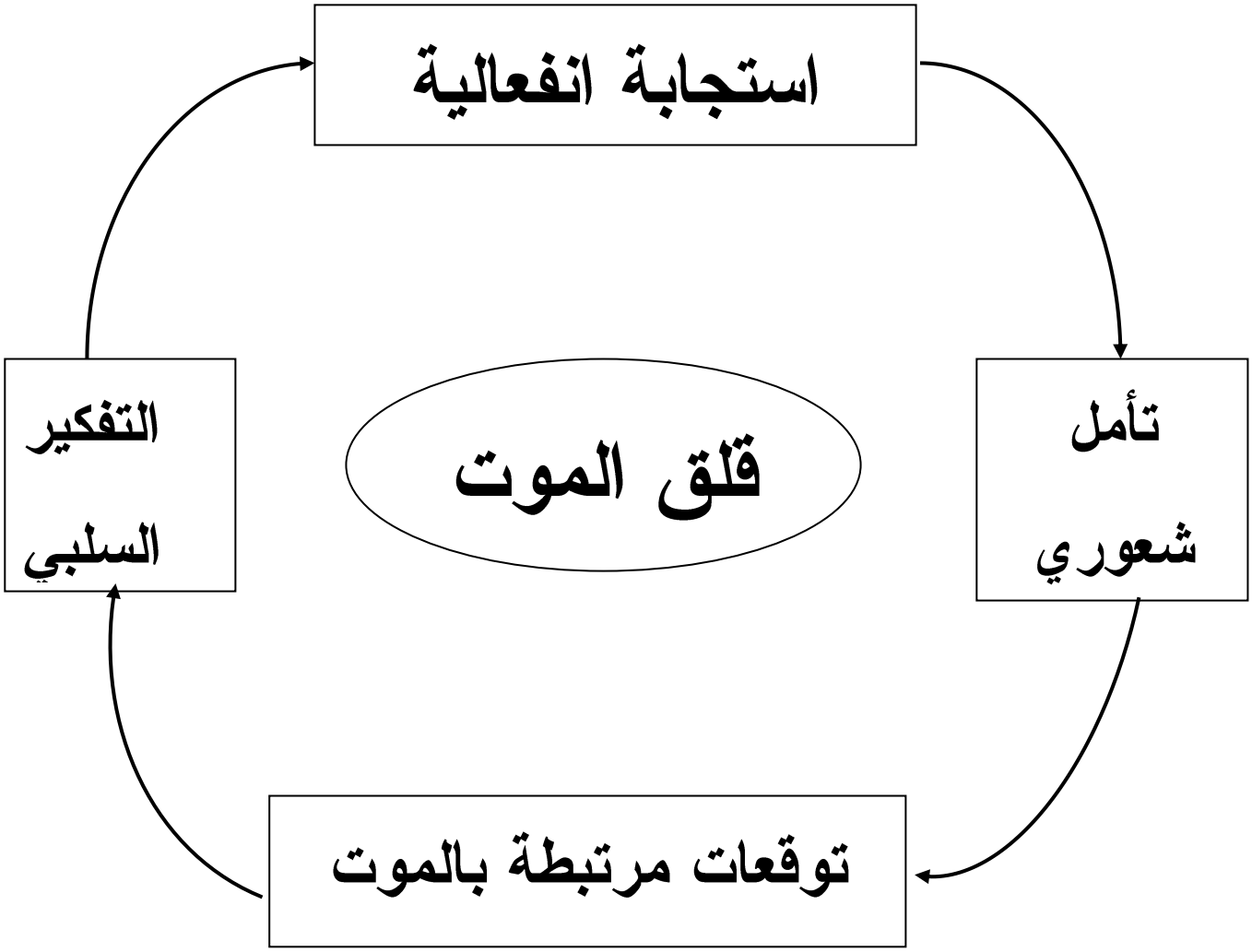
ويرى " **ارنست بيكر** " أن مشكلات التكيف و الاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها , يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت.**(فاروق السيد عثمان ،2001،ص74)**

ويعرفه " **احمد محمد عبد الخالق** " انه نوع خاص من القلق العام ، يشير إلى حالة انفعالية مكدرة ، ومشاعر شك وعجز وخوف ، تتركز حول كل ما يتصل بالموت و الاحتضار ، لدى الشخص نفسه أو ذويه ، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة ، هذه الحالة الانفعالية غير السارة ، وترفع من درجتها.

(احمد عبد الخالق وآخرون ،1999،ص178)

ويعرفه " **محمد عبده** " بأنه شعور يهيمن على الفرد ، بان الموت يتربص به حينما كان وأينما اتجه ، في يقظته و منامه ، في حركته و سكونه ، الأمر الذي يجعله حزينا محصورا متوجسا ، من مجرد العيش على نحو طبيعي .**(بشير معمريه ،2001،ص74)**

وفي ضوء التعريفات السابقة لقلق الموت ترى الباحثة أن قلق الموت هو حالة انفعالية مشوبة بالخوف والتوتر تسيطر على الفرد بسبب أفكاره اللاعقلانية و الخاطئة في كل ما يتعلق بالموت و التفكير فيه، ويسبب اضطرابات نفسية وسلوكية ظهر بأشكال مختلفة.



الشكل (1): التحديد المفاهيمي لقلق الموت

4: النظريات المفسرة لقلق الموت :

أ: نظرية التحليل النفسي :

قلق الموت هنا يكون بمثابة حالة يكون فيها الأنا غير قادر على تقبل الذات و إذا استندنا إلى ما جاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصابي وقلق الموت ، فانه أشار إلى أن القلق قد يشكل دوما صعوبة بالنسبة إلى التحليل النفسي ، ورغم ذلك توصل إلى الميكانيزم الأساسي للموت ، من المحتمل أن يجعله قائما بين الأنا و الأنا الأعلى. **(boutaunier ,1986,p144)**

– " **ميلاني كلاين** " : إن الموت و انبهامه يخيف الإنسان و يهدد حياته ، وتعتقد أن الخوف من الموت هو أصل كل القلق الذي يصيب الإنسان في حياته أساس كل الأفكار و التصرفات العدائية وحلول هذا المعنى.

يقول " **تشيكل** " : إن الخوف بمعانيه متشعب من الخوف من الموت. **(محمد نبيل ، 1995،ص 165)**

ب: نظرية الذات :

" **كارل روجرز** ": على ضوء مفهوم الشخص المحقق لوظائفه يرى أن الوعي بالاقتراب من الموت يهدد هؤلاء الأشخاص الذين يحمون أنفسهم ضده مع ذلك فان فكرة روجرز عن الانفتاح الكامل للخبرة عند الأشخاص المثاليين تغير من موقع الموت بوصفه تهديدا أساسيا .

كما يوافقه" **ماسلو** " في قوله : أن الشخص الذي يحقق ذاته من بين أن لديه خوفا منخفضا من الموت.**(احمد محمد عبد الخالق ، 1998،ص12)**

ج: النظرية الوجودية :

" **بيكر** ، **هايدجر** ، **فرانكل** ": يرى بأن القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية و من الواضح أنها مسالة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر ، و قد ركزت هذه الأخيرة على أهمية الموت وسلموا بان الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت ونهايته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته هو .

افتراض " **ماي و منكوفسكي** ": إن الوجود يكتسب حيويته و تلقائيته من الحقيقة مواجهة الموت او عدم الوجود .

يرى "**مارتن و هايدجر** " في كتابه " الوجودية و الزمن " : أن الموت تهديد بعدم الوجود و من ناحية أخرى فإن التحقيق من عدم الوجود في المستقبل يعد شرطا مسبقا لفهمها الكامل لحياتنا ، كما يعتبر شرطا مسبقا لتحرير أنفسنا من القلق ثم يعد الموت أساس حرية الفرد. **(احمد محمد عبد الخالق ،1998، ص11)**

د: النظرية السلوكية :

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من الم أو عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث ، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف و الألم و توقع الشر ، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد ، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي ، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده ولا ينطلق في سلوك سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفا .

كذلك الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فان التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذ تكرر الانفعال و أصبحت الحالة الانفعالية مزمنة ، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال .(**راجح احمد عزت ،1994 ،ص ص25،26)**

و: النظرية المعرفية :

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن أفكار التي يكونها الفرد حول نفسه ، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض ، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبيا وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.**(fantaine ,1984 ,p108)**

ي: النظرية المعرفية السلوكية :

أمثال " **اليس** " يعتبرون الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب و القلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غبر العقلانية ، حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية استنادا لتعلم خاطئ و غير منطقي فيسرد طريقته في التفكير و يتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت .
(spellger ,1983,p14)

5: مكونات قلق الموت :

تعددت مكونات قلق الموت من باحث لأخر ،

فقد حدد الفيلسوف " **جاك شورون** " من خلال ثلاث مكونات هي كالتالي :

- الخوف من الاحتضار .
- الخوف مما سيحدث بعد الموت .
- الخوف من توقف الحياة .

أما " **ليستر** " فميز أربعة جوانب من مكوناته وهي :

الموت /الاحتضار /الذات /الآخرين ، وتكون على الشكل التالي :

- الخوف من موت الذات .
- الخوف من موت الآخرين .
- الخوف من احتضار الآخرين .

في حين ميز " **هولتر** "بين عدة أبعاد للقلق من الموت والتي ضمنها في مقياس لقلق الموت وهي :

- الخوف من عملية احتضار الميت .
- التحطيم بعد الموت مباشرة .
- موت الآخرين اللذين لهم أهمية في حياة الفرد .
- موت شعور الجسد بعد الموت .
- الموت قبل الأوان .

أما " **تلمبلر** " فقد ميز أبعاد قلق الموت ضمن مقياسه كما يلي :

- الخوف من عملية الاحتضار .
- الموت بوصفه حقيقة نهائية .
- الجثث و الدفن .(**احمد محمد عبد الخالق ،1987،ص46**)

6: اعرض قلق الموت :

- الإصابة بضيق التنفس .
- كثرة البكاء .
- سيطرة التشاؤم و النظرة القائمة للحياة .
- سيطرة الانفعالات السلبية ومنها البكاء .
- الإصابة بالأرق وتعذر النوم .
- الانطواء .
- الإصابة بالكآبة الشديدة .
- الإصابة بالصداع أو الآلام الجسدية .
- الهروب من المواقف التي تتعلق بالموت ، مهما كانت قرابة المصاب للميت .
- كثرة الشكوى من الأمراض المختلفة التي لا وجود لها واقعيا .
- التحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت. **(نفس المرجع السابق)**

7:أسباب قلق الموت:

يعد الموت أعظم غموض و اكبر سر واجه الإنسان ، ويدهي أن يصيب الإنسان القلق اتجاهه ، ولهذا القلق أسباب شتى ، و قد وضح هذه الأسباب الفلاسفة و علماء النفس ، كما أجريت دراسات امبريقية في هذا الصدد .

أ: أسباب دينية:

- رأيمسوكية :

ذكر الفيلسوف الإسلاميمسوكية ، أن الخوف من الموت ليس يعرض إلا لمن لا يدري ما الموت على الحقيقة ، أولأنه يضن أن بدنه إذا انحل ، وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته ، وبطلت نفسه بطلان عدم و دثور و أن العالم سيبقى موجود و ليس هو بموجود فيه ، كما يظنه من يجهل بقاء النفس و كيفية المعاد ، أولأنه يظن أن الموت ألما عظيما غير الم الأمراض التي ربما تقدمه ، و أدتإليه و كانت بسبب حلوله ، ولأنهيأسف على ما يخلفه من مال و الفنيات.

و هذه كلها ظنون باطلة لا حقيقة لها ، أما من جهل الموت و لم يدري ما هو على الحقيقة ، فإننا نبين له أن الموت ليس بشيء ، أكثر من ترك النفس استعمال آلاتها ، وهي الأعضاء التي يسمى مجموعها

بدنا ، كما يترك الصانع استعمال آلاته ، وان النفس جوهر جسماني و ليست عرضا ، وإنها غير قابلة للفساد.(**احمد محمد عبد الخالق ، 1987، ص191)**

ب: أسباب سيكولوجية :

الخوف من الموت كما يرى " **فيفل** " هو خوف من الإبادةأو المحق التام ، وفقد الذاتية ، و لكن حالة الموت كما أشارة" **ماسرمان** " لا أساس لها في الخبرة الشخصية، و من ثم في ابعد من الخيال و التصور ، و ليس في مقدور أي شخص أن يتخيل فعلا ما الذي يمكن أن يكون عليه عدم الوجود التام، وان يفقد الوعي الفريد، وهو الذات أوأن يحدث انعدام الشعور إلىالأبد .

و من ثم فان التعبير الحرفي، عن الخوف من الموت لا يتكرر حدوثه، فان الشخص لا يعرف تماما ما الذي يخاف منه، و إن الرعب من الناتج عن فقد الذات (أو الذي لا يمكن تخيله)، يمكن أن يعبر عنه في صورة قلق ، تسببه الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى الموت، كالمرض و الحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها، وما ذلك إلا المظهر الخادع .

و لقد قدم كل من " **ريجودري و روتمان** "إن خوف الشخص من الموت يرجع إلى خوفه من انتهاء فرصته في السعي نحو الأهداف المهمة بالنسبة لتوفير ذاته و تقديرها .....**(احمد محمد عبد الخالق،1987،ص192)**

كما أورد"**شرلتز**"أيضاالأسباب التالية :

- الخوف من المعاناة البدنية و الآلام عند الاحتضار .
- *الخوف من الإذلال نتيجة للألم الجسمي .*
- توقف السعي نحو الأهداف ، إذ تقاس الحياة دائما حققه الإنسان ، وليس بالعمر الذي قضاه فيها و يصف ذلك على الاكاديميينبوجه خاص ، فعندما يطلب من احدهم تحديد المدة التي يتمنى أن يعيشها ، فان أستاذا جامعيا يمكن أن يقول : حتى اكتب كتابيين أخريين .
- تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته و خاصة صغار الأطفال .
- الخوف من العقاب الأهلي (وخاصة لدى المتدينين) .
- الخوف من العدم.**(احمد محمد عبد الخالق ،1987،صص،193،192).**

ج: أسباب حسب بيئات عربية:

وذلك لثلاث بلدان عربية (مصر ،المملكة العربية السعودية ،لبنان) وقد وردت الأسباب كالتالي :

• لدى العينة المصرية :

- الخوف من الحساب و العقاب .
- الخوف على الأولاد .
- الخوف من نهاية الحياة .

- الخوف من طقوس الموت .
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت .
- عدم تحقيق الأهداف قبل الموت .
- لان الحياة تحمل عند بعض الناس معاني جميلة .
- الخوف من ترك ملذات الحياة .
- الخوف منمفارقة الناس .
- الخوف من الانتقال إلى الحياة الأخرى .
- الخوف من الوحدة .
- الخوف من قلة الأعمال الصالحة .
- لارتباط الموت عند الناس بعوامل نفسية .
- موت احد الأقاربأوالأقران في سن صغيرة .
- الخوف من المجهول بعد الموت.
- الخوف من ملاقاة الله سبحانه وتعالى ، وعدم الاستعداد للقاء .
- الخوف من الموت قتلا .
- الخوف من الموت بعد مرض عضال .
- الخوف من مفارقة الروح للجسد .
- الخوف من أن يموت الإنسان قبل أن يؤدي العبادات وواجبات الله .
- الخوف من مشاهدة الآخرين لاحتضار الشخص ذاته .
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة مفاجأة .
- خوف الموت حرقا .
- الخوف من الموت لضعف الإيمان .
- الخوف أن يحزن الأحياء على من يموت .
- لان الموت وحش ، يخيف من حولي .
- الخوف من مقابلة ملايين البشر منذ ادم و حتى قيام الساعة .
- التشاؤم عموما من الموت وما يسببه من حالة انقباض لنفس الفرد .
- الخوف نتيجة عدم التقديم السليم للخير والشر .
- الخوف من الموت لأنه يتسم بطابع حزين و هذه عادة اجتماعية.
- الخوف من الموت نتيجة عدم الفهم الواعي لمعنى الموت.(**احمد محمد عبد الخالق ،1987،صص،194،193**)

• لدى العينة السعودية :

- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية .
- الرغبة في تحقيق الآمال قبل الموت .
- الخوف من مفارقته الأهل و الأحباب و الأسرة.
- حب البقاء و التمسك بالدنيا .
- عدم الإيمان بالله و ضعف الوازع الديني .
- التقصير في النواحي الدينية .
- الخوف على الأولادأوالأسرة و هو العائل الوحيد .
- الرغبة في التمتع أكثربالدنيا .
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه .
- الموت الهادم اللذات ومفرق الجماعات .
- هذا الخوف غريزة لدى الإنسان .
- عدم معرفة آخر يوم في حياته .
- يصاحب خروج الروح من الجسد الم شديد .
- الخوف من المجهول .
- كثرة الذنوب .
- الخوف من النار ومن يوم القيامة.(**احمد محمد عبد الخالق ،1987،ص195)**

• لدى العينة اللبنانية :

- الحرب الأهلية .
- ما يحدث بعد الموت .
- الحساب و العقاب .
- عذاب القبر .
- الخوف من الإحساسبالألم .
- يوم القيامة .
- عدم الفهم .
- الخوف من فقدان السعادة .
- يخاف اللبناني الموت نظرا للظروف التعيسة التي يمر بها .
- قلة الإيمان .

- لان الموت شيء مجهول بالنسبة للإنسان .
- الخوف من طريقة الموت فجأة كالسكتة القلبية ،أوأي صورة مؤلمة نتيجة مرض معين ، أوبتأثير جراحة .
- يتمسك الإنسانبالبقاء ، لذا يشعر بالخوف عند تهديد ذلك البقاء .
- لان الحرب أثرت على نفسية الناس .
- يزعج بعض الناس كلمة الموت لأنها مجرد موت .
- تعلق الناس بالحياة و انقطاع صلتهم بالخالق عز وجل .
- استمرار الحرب اللبنانية عشر سنوات وليست هناك بادرة تشير الى قرب انتهائها .
- المأساة التي يعيشها اللبناني ، والتهديد المستمر لحياة كل فرد فيه .
- سماع القصف يوميا وكذلك رؤية الجثث.
- توقع الموت في كل لحظة.(**احمد محمد عبد الخالق ،1987,ص ص،197،196**)

د- أسباب حسب البيئة الجزائرية:

ومن خلال بحثنا هذا ومن خلال إجراء المقابلات على المرضى الذين يعنون من قصور كلوي من طرف الباحثة استخلصنا أسباب قلق الموت في البيئة الجزائرية وهي كالتالي:

- الخوف من ملاقاة الله عز وجل.
- الخوف من مفارقة الأهل و الأبناء.
- الخوف من الحساب والعقاب.
- الخوف من ما سوف يحدث بعد الموت.
- الخوف من موت الفجأة.
- الخوف من حزن الأبناء والأقارب بعد الموت.
- الخوف من الموت قتلا أو حرقا أو الموت في حوادث أو كوارث.
- الخوف من المعاناة الجسدية والوصول إلى حالة مزرية قبل الموت.
- الخوف من الاحتضار وسكرات الموت.
- الخوف من قلة الأعمال الصالحة.
- الخوف من الموت بسبب قلة الإيمان.
- الموت في المستشفى أو في مكان خارج المنزل.

هذه بعض الأسباب التي استخلصتها الباحثة من العينة التي هي بصدد دراسة قلق الموت وعلاقته بها في البيئة الجزائرية.

8: أنواع قلق الموت :

لقلق الموت نوعان ، حيث يعتمد في التمييز بينهما على أساس :

- حدة الموت
- شدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص ، وهما :

8-1 : قلق الموت المزمن :

هو قلق الموت الذي طالت مدته و ازدادت معاناة المريض به .

8-2 : قلق الموت الحاد :

هو القلق الذي يظهر في جملة من أعراض ، تكون عنيفة ملحة وفي زمن قصير وترتبط بخبرات الحياة ، كموت قريب أو مرض شديد.**(احمد محمد عبد الخالق ،1987،ص191)**

9- قلق الموت كحالة أو سمة:

إن قلق الموت من أنواع القلق العام فهل ينطبق عليه مبدأ التصنيف إلى حالة وسمة ؟ و الإجابة عن هذا التساؤل فإننا نقول قد أجريت تجربة تضمنت عديدا من الفحوص المعملية والتجريبية واستخدمت فيها أربعةأنواع من العلاج، ويستنتج"**بنتجرو و داوسون**" منها أن قلق الموت يمكن أن يعد سمة في مقابل اعتباره ظاهرة "حالة" و من الممكن أن نفترض نتيجة لذلك حساسية قلق الموت للمواقف و الحوادث البيئية المرتبطة بالموت أو تذكر به حين تعتبر " سمة قلق الموت" بعدا او جانبا أكثر ثبات وأقل قابلية للتغيير و التعديل.

* و لكن ما هي العلاقة بين مقاييس قلق الموت وكل من حالة القلق و سمة القلق ؟

لقد ظهر أن الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس قلق الموت الذي وضعه " **تمبلر**" ترتبط بسمة القلق أكثر من ارتباطها بحالة القلق ويؤكد ذلك دراسة أجريت على عينات أمريكية وعلى عينات مصرية وعلى الرغم من وجود ارتباط موجب بين مقاييس قلق الموت وكل من حالة القلق و سمة القلق، فان مفهوم الحالة و السمة لا ينطبق كثيرا على قلق الموت، ذلك أن حالة القلق على عكس قلق الموت تختلف من لحظة إلى أخرى و من موقف إلىآخر باستثناء مواقف الموت الفعلية في الغالب الأعم. **(احمد محمد عبد الخالق،1998،ص49)**

10- علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت احد أنواع القلق، ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه، حيث انه يحقق أعلى نسب شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة.

إذا كان قلق الموت مرتفع عرضا مستقلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا، إضافة لخبرات سيئة فانه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي.

و قد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية و التدريب على الاسترخاء، مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية و الاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تتلق أي علاج. **(احمد محمد عبد الخالق،1987،ص228)**

وقد أجريت عدة دراسات في هذا الميدان، حيث كان العلاج جماعيا فمثلا اعتمد " **تمبلر**" على نظرية العاملين في قلق الموت، يعني أن درجة قلق الموت تحدد عن طريق عاملين:

- الصحة النفسية بشكل عام
- تجارب الحياة المتصلة بموضوع قلق الموت

حيث يرى انه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحبا أولا لحالة مرضية أوأكثر شمولا كالاكتئاب، عصاب القلق أو الوسواس القهري، فان هذه الاضطرابات يجب أن تعالج بالعلاج السلوكي أو المواد الكيماوية باستخدام المسكنات و المهدئات والعقاقير المضادة للقلق التي تخفض نسبة القلق و التوتر و التهيج أو استخدام العلاج بالتخليج الكهربائي.

*** الاسترخاء:**

و هو حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أي جهد جسدي شاق، فقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم أو يكون إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحا ويتصور حالات باعثة على الهدوء ا يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. **(حسينفايد،2001،ص57)**

خلاصة:

إن قلق الموت موضوع اهتمام كبير لدى علماء النفس و غيرهم من مختلف الأجناس و الديانات، وهذا لما له من تأثير فعال على الوظائف النفسية و الجسمية، وهذا ما لاحظناه في بحثنا هذا من خلال التطرق لأسبابه و أعراضه و مكوناته و النظريات المفسرة له بمختلف أبعاده ومظاهره وعلاجه.

الفصل الثالث :

معنى الحياة

تمهيد :

يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهومًا شائعًا ومتعدد الاستجابات، يصف خبرات حياة لها مغزى وقيمة وهدف،

ويتفق العلماء على أهمية وجود معنى لحياة الإنسان، فبالمعنى يشعر الإنسان بقيمته وبإنسانيته، ويقبل على الحياة يتفاعل معها ويتجاوب معها، ويحقق التميز والتفرد والسعي نحو تحقيق أهدافه، وبافتقاد المعنى صار الإنسان مضطربا مليئا بكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية، بل ربما تراوده أفكار الانتحار والتخلص من الحياة، ويختلف العلماء في طريقة تحقيق الإنسان للمعنى في حياته باختلاف انتماءاتهم الفكرية، ومذاهبهم الفلسفية.

1:مفهوم معنى الحياة :

يعد المعنى الوجودي للحياة من المفاهيم التي حظيت باهتمام العديد من علماء النفس ومن ضمنهم "**فرانكل**" إذ كانت خبرته المؤلمة بسبب اعتقاله سجين في المعتقلات النازية دافعاً أساسيا للعديد من أبحاثه في هذا المفهوم وقد اتضح ذلك من خلال نظريته المعروفة باسم (العلاج بالمعنى) والتي اشتق منها أسلوبا علاجياً للاضطرابات النفسية، فيما بعد حيث أصبح العلاج بالمعنى المدرسة العلاجية الثالثة في علم النفس في مجال (التحليل النفسي) ما بعد فرويد وعلم النفس الفرويدي إلا انه اختلف عنهم في كونه اهتم بالتركيز على (إرادة المعنى) على العكس من مبدأ فرويد الذي استند على (إرادة اللذة) ومبدأ"**آدلر**" الذي استند على (إرادة القوة). **(حافظ سلام هاشم،2006،ص 20)**.

وتتجلى إرادة المعنى أو الإحساس بالمعنى الوجودي لدى الكثير من اجله، ذلك إن ابتعاد الأفراد عن الالتزام بالقيم والمعاني قد يؤدي بهم إلى الانتحار وهو أقوى رد فعل لعدم وجود القدرة على إيجاد معنى للحياة. **(فيكتور فرانكل،1982،ص141)**

ويعد موضوع معنى الحياة من بين الاهتمامات الوجودية للإنسان إذ يرى بعض الباحثين أنها تبدأ بشكل خاص في مرحلة المراهقة، من ذلك ما توصل إليه "**آدمسون**" و"**لايكسل**"من أن معظم أسئلة عينة بحثهما ممن هم في عمر (18–20) سنة كانت عن المستقبل، الموت، الدين، وفلسفة الحياة، وتوصلا كذلك إلى انه حتى أولئك المراهقين الذين لا يعانون من مشكلات الوحدة النفسية كانوا يحدثون البالغين في موضوعات وجودية وأفكار على صلة بمعنى الحياة.**(Adamson &Lyxell,1996,p18)**.

وافترض "**لانجل**" (1999) أن مسألة المعنى الوجودي تعد أحد الدوافع الأساسية عند الإنسان الذي غالباً ما يطرح على نفسه سؤال: أنا هنا ولكن لأي غرض ولأي مصلحة؟ ومن المؤكد أن الإجابات ستختلف باختلاف الأطر الثقافية التي ينطلق منها الأفراد ويعيشون ضمنها، وهو ما يمثل حقيقة التنوع الإنساني في الخبرات التي تعد مصادراً لمعنى الحياة لديهم، إلا أن بعضهم قد يفشل في الحصول على

إجابات مقنعة لأسئلته الوجودية، أو أن خبراته الحياتية ومرجعياته الفكرية وطبيعة القيم الفاعلة في الحضارة المعاصرة.(**حافظ سلام هاشم،2006،ص55**)

وأما أصحاب الفلسفة الظاهرية ومنهم " **هوسرل**" و"**ماكس شيلر**" فقد أعطوا أهمية للخبرة التي يعيشها ويكونها الأفراد؛ لأن لها دورا مهما في تكوين المعنى والإرادة، في حين ارتبط مفهوم معنى الحياة لدى علماء النفس بمفاهيم متنوعة مثل: تحقيق الذات لدى "**ماسلو**"، المسئولية لدى " **يالوم**"، التسامي بالذات لدى " **فرانكل**"، القيم لدى " **ماي**"، التكامل والاتصال لدى " **بوهلر**"، إضافة إلى استخدامه تحت مسميات أخرى مثل: الهدف في الحياة، المعنى الشخصي، مهمات الحياة، أهداف الحياة، وبالرغم من الاختلاف الدائر بين أصحاب هذه النظريات إلا أنهم اتفقوا على أهمية وجود معنى لحياة الإنسان، وأن الإحساس بالامتلاء بالمعنى يكون ضروريا كي يتمتع الفرد بصحة نفسية جيدة، وأن عملية اكتشاف وإحراز المعنى تكون أكثر أهمية من تحديد محتوى المعنى ذاته. (**Muzio,2006,p 265**)

2- تعريف معنى الحياة :

تعريف" **فرانكل** " : يعرف معنى الحياة بأنه حالة يسعى الإنسان للوصول إليها، لتضفي على حياته قيمة ومعنى يستحق العيش من اجله، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى .(**فيكتور فرانكل،1982،ص131**)

تعريف " **الأبيض** " :انه مجموع استجابات الفرد التي تعكس استجاباته الايجابية أو السلبية نحو الحياة بأبعادها المختلفة والأهداف والالتزامات التي يلتزم فيها الفرد في حياته بكافة مجالاتها، ومدى إحساسه بأهميتها وقيمتها، ودافعتيه للتحرك بايجابية نحو تحقيقها، وقدرته على تحمل المسؤولية، والتسامي بذاته نحو الآخرين، وتقبله لذاته ورضاه عن حياته بشكل عام. (**محمد حسن الأبيض،2010،ص803**)

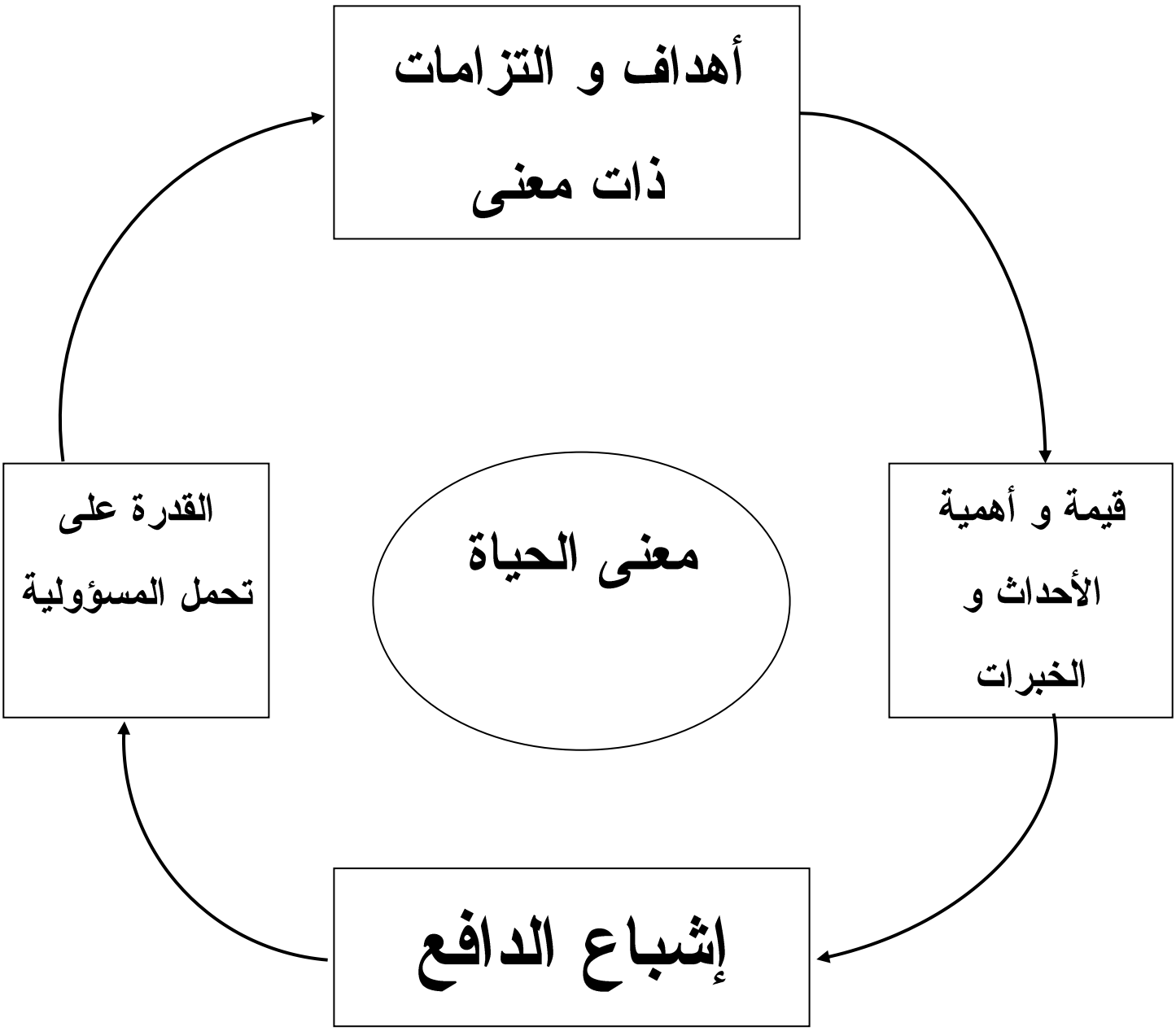
تعريف " **أبو غزالة** " :بأنه تفسير أحداث الحياة التي تتعلق بشيء ما، أو حدث ما، أو خبرة ما أولا أي انه يشير إلى كل ذي دلالة وأهمية، ثانيا تفسير لحياة الفرد ودوافعه وأهدافه.(**أبوغزالة سميرة،2007 ، ص161**)

تعريف " حميدي وآخرون " : انه شعور الأفراد بقيمة الحياة، وتوقعاتهم الايجابية نحوها.
(**Hamidi et al,2009,p9**)

تعريف" **ليث** " :هو الفهم الواضح للغرض المنشود من الحياة، والشعور بالهدفية والقصدية بما يعطي الحياة مغزى ومعنى.(**Leath, 1999, P,4**)

تعريف " **حافظ** ": القدرة على اكتشاف المعنى أو منحه للمواقف والمصادر الحياتية المختلفة والإيمان بان للحياة معان وأهداف ومقاصد جديرة بالانجاز بروح المسؤولية العالية. (**حافظ سلام هاشم، 2006، ص22**)

في ضوء التعريفات السابقة ترى الباحثة أن تعريف معنى الحياة هو: قدرة الفرد على إعطاء معاني الحياة من خلال سعيه في تحقيق أهدافه وانجاز مشاريعه وتقبل ذاته وتكوين علاقات مع الآخرين.
إذن معنى الحياة هو مجموعة الاتجاهات السلبية أو الايجابية للفرد نحو حياته، وشعوره بمغزى الحياة الذي يدفعه إلى إدراك وتحقيق الأهداف ذات القيمة مع شعوره بالسعادة.



الشكل (2): التحديد المفاهيمي لمعنى الحياة

3- النظريات المفسرة لمعنى الحياة :

3-1: فيكتور فرانكل :

يعد " **فيكتور فرانكل** "هو أول من أشار إلى هذا المفهوم باعتباره الدافع الأساسي والجوهري لدى الإنسان، حتى عده المفهوم المحوري في نظريته عن الشخصية الإنسانية، وقد تبلورت أفكاره عن هذا المفهوم إلى ابتكار أسلوب فعال وجديد في العلاج النفسي أسماه العلاج بالمعنى، ولقد تأثر " **فرانكل** " في بادئ الأمر بالتحليل الفرويدي عند تفسيره للسلوك البشري، لكنه سرعان ما تحول إلى المفاهيم الوجودية، إيمانا منه بعدم كمال التحليل النفسي فالإنسان من وجهة نظره أكثر من مجرد جهاز نفسي محكوم بغرائزه الشهوية المكبوتة. **(الوائلي جميلة،2012،ص616)**

ففي كثير من الأحيان لا يستجيب الإنسان لنزواته الغريزية مع تمكنه منها وإنما يستجيب بصورة أقوى لما يتحسس من قيم في عالمه، ولما يدرك من معان كامنة في حياته، ويري " **فرانكل** "أن كثيرا من الأعمال التي يقوم بها الإنسان وكثيرا من القرارات التي يصدرها، ما هي في الواقع إلا تعبير حقيقي عن عملية البحث عن القيم والمعاني، أكد"**فرانكل** "أهمية القيم والمعاني في حياة الإنسان، وعدها البعد الروحي المسئول والمهم في تكوين شخصيته، فهو يرى أن الكثير من الناس يستجيبون ويتصرفون ويسلكون وفقا لهذا البعد، وما عملية البحث عن المعنى والعدالة والحرية والمسؤولية والحقيقة إلا تعبير حقيقي عن أهمية هذا البعد، فعلى سبيل المثال لا الحصر، قد يختار الإنسان الموت على الحياة، إذا وجد في الموت معنى لوجوده وتلك هي أسمى حالات المعنى التي أطلق عليه "**فرانكل** " السمو الذاتي. **(Stegar et al,2006,pp,80,81)**

ولقد قامت نظرية " **فرانكل**" على أساس انتقاداته التي وجهها لكل من التحليل النفسي الفرويدي، وعلم النفس الأدلري، حيث يرى " فرانكل " أن مبدأ اللذة الفرويدي ودافع المكانة الأدلري غير كافيين لتفسير السلوك الإنساني، وفي هذا الصدد يقرر " فرانكل " أنه وضع ما أسماه مبدأ إرادة المعنى ليعارض به كلا من مبدأ اللذة الفرويدي، ومبدأ إرادة القوة في علم النفس الأدلري، فالسعي إلى تحقيق اللذة أو الوصول إلى المكانة المهيمنة للحصول على القوة والنفوذ، لا يمكن أن يفسر كل صور النشاط الإنساني، في حين أن معنى الحياة لدى كل إنسان هو الذي يمكن أن يجعل من السعي الدءوب وتحمل المعاناة شيئا يرفع من قيمة الحياة ويجعلها تستحق أن تعاش **(سليمان عبد الرحمن، وإيمان فوزي،1999،ص1034)**

ويرى" **فرانكل**" أن معنى الحياة يختلف من شخص لآخر، وعند الشخص نفسه من يوم إلى يوم، ومن ساعة إلى أخرى؛ لذا يجب ألا نبحث عن معنى مجرد للحياة، فلكل فرد مهمته الخاصة أو رسالته الخاصة في الحياة، التي تفرض عليه مهاما محدودة، عليه أن يقوم بتحقيقها، ولا يمكن أن يحل شخص محل شخص آخر، كما أن حياته لا يمكن أن تتكرر، ومن ثم تعتبر مهمة أي شخص في الحياة مهمة فريدة مثلما تعتبر فرصته الخاصة في تحقيقها فريدة كذلك. **(فيكتور فرانكل، 1982،ص 145)**

وتتلخص نظرية المعنى في الحياة لدى " **فرانكل** " في ثلاث ركائز أساسية هي:

أ- **حرية الإرادة :** وتعني أن الإنسان على الرغم من الحدود التي تحكمه مثل الوراثة والبيئة إلا أنه يمتلك حرية اتخاذ قراراته التي يواجه بها المواقف المختلفة التي يتعرض لها، ومن ثم فإن الحرية هنا تعني القدرة على الاختيار، وهي متغيرة من فرد لآخر ومن موقف لآخر.

ب- إرادة المعنى : وهي الركيزة الثانية للعلاج بالمعنى عند فرانكل، وتعني سعي الفرد للتوصل إلى معنى محسوس وملموس في الوجود الشخصي – أي إرادة المعنى- ولذا فإن على الإنسان أن يسعى ويجتهد في سبيل هدف يستحق أن يعيش من أجله؛ لأن هذا يساعده على البقاء بفاعلية حتى في أسوأ الظروف.

جـ – معنى الحياة : وهي الركيزة الثالثة للعلاج بالمعنى وتنص على أن الحياة ذات معنى تام وغير مشروط في كافة الأحوال والشروط، ويتحقق معنى الحياة لدى الأفراد من خلال ابتكاراتهم، أو ما يكتسبونه من خبرات من العالم المحيط، أو من خلال مرورهم بمواقف مصيرية تمت مواجهتها.**(Mauser et al, 2004,pp,1, 3)**

والبحث عن معنى الحياة ظاهرة وجودية مصاحبة للإنسان طوال مراحل حياته، بغض النظر عن العمر والجنس، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وهذا المعنى وحيد ومتفرد ونوعي يختلف من إنسان لآخر، ويختلف داخل الشخص الواحد من وقت إلى آخر، ويؤدي تحقيق الإنسان لمعنى الحياة إلى تحقيق وجوده الأصيل، أما عجزه عن تحقيق معنى لحياته فيؤدي إلى شعوره بحالة تعرف باسم الفراغ الوجودي أو الخواء المعنوي.**(أشرف عبد الحليم،2010،ص329)**

3-2:ماسلو :

اختلف " **ماسلو** " عن " **فرانكل** " في نظرته لمعنى الحياة، حيث يرى أن معنى الحياة أساسي أو جوهري، ويعتبر سمة أو خاصية إنسانية، فهو ليس وليد الظروف أو المحددات الاجتماعية، فهو يتشكل ضمن الحاجات الأولية التي يسعى الإنسان لإشباعها، كما أن معنى الحياة يحتل جزءا ضئيلا كدافع إنساني، بل إنه يعد بنية أولية تقوم عليها الدوافع عموما، ولقد رفض " **ماسلو** " الفكر الفرويدي والمبادئ الفرويدوية التي آمن بها في بداية حياته في سبيل إقرار مبدأ التسامي في التحقق الحياتي. **(Hamidi et al, 2010,p12)**

3-3: وجهة نظر يالوم:

تناولت نظرية "**يالوم** " معنى الحياة باعتباره ظاهرة وجودية، فهي نقطة أساسية في تحدي الإنسان ومواجهته لقضايا وعناصر وجودية هي: الحرية- الاغتراب- الموت- خواء المعنى، ويعتبر العلاج النفسي معنى الحياة بمثابة وسيلة دفاعية ضد المغجز وخواء المعنى، ويعد استجابة إبداعية في مواجهة الضغوط، فهو اختيار إنساني حر، فالفرد يبدع معنى الحياة، ذلك المفهوم الغير محدد بغرض، ويعتبر

عاما وليس فرديا، وخاصة معنى يرتبط بقوة المعتقدات وقيم التسامي كالإخلاص والسعادة (Eagleton,2007,p140).

3-4: باتيستا وألموند:

استمدا نظريتهما من خلال مراجعة النظريات السابقة عن معنى الحياة، وانتهيا إلى أن هناك اختلافا لمعنى الحياة طبقا لقضايا الوجودية التي يواجهها الفرد، ورغم ذلك اتفقت هذه النظريات على عدد من العناصر تتمثل في: الإيجابية، والإطار المرجعي للفرد، ورؤية الذات، والقدرة على إدراك الرضا.**(حنان خوج، 2011،ص16)**

4- الرؤية الإسلامية ومعنى الحياة:

الرؤية الإسلامية للإنسان بخصائصها المتميزة تضع أساسا مناسبا لفهم الإنسان في سوائه واضطرابه، إنها رؤية تملك الإجابة على الأسئلة الفلسفية الرئيسية في الوجود الإنساني، ومنها تنطلق التصورات الفرعية والثانوية، وفق منظومة متسقة بين مبادئ ومفاهيم و مرتكزات، وتفسيرات لظواهر جزئية وفرعية، تخص مسالة ومشكلة ما. **(العبادسة أنور،2011،ص30)**.

لقد أكد الله عز وجل في القران الكريم أن الإنسان خلق لغاية في هذا الكون وقد استنكر الله عز وجل على العبثيين بقوله :{ افحسبتم أنما خلقناكم عبثا وأنكم إلينا لا ترجعون }. (المؤمنون:115)، ويقرر عز وجل تلك الحكمة والغاية بقوله : { وما خلقت الإنس و الجن إلا ليعبدون }. (الذريات:56).

وقد ذكر قطب (1985) في معرض تفسيره لهذه الآية أنها تحتوي على حقيقة هائلة من أضخم الحقائق الكونية التي لا تستقيم حياة البشر بدون إدراكها واستيقانها سواء كانت حياة فرد أو جماعة و في كل الأوقات و العصور، و من مدلولات هذه الحقيقة مايلي:

1- أن هناك غاية من وجود الإنسان من أداها فقد حقق غاية وجوده ومن قصر عنها فقد أبطل غاية وجوده و أصبحت حياته فارغة من القصد، خاوية من المعنى، و لعل هذا ما قصده " فرانكل " حينما وصف ما سماه " الفراغ الوجودي " ضمن طريقته العلاجية المعروفة بالعلاج بإحياء المعنى أو العلاج بإحياء الروح، إذن هذه الغاية و الوظيفة حسب الآية هي العبودية أي أن تستقيم الحياة على أن هناك عبد يتعبد واله معبود.

2- انه لابد أن تكون معنى العبادة أوسع واشمل من مجرد أداء المشاعر التعبدية فليس مطلوبا أن يقضي الإنس و الجن حياتهم في محاريب صلواتهم، ولكن الله كلفهم ألوانا من النشاط تستغرق حياتهم ومن ثم تصبح الحياة و الكون محراب صلاة حينما يؤدي كل إنسان ما عليه من واجب ابتغاء مرضاة الله، ومن ذلك قوله تعالى : { وإذ قال ربك للملائكة إني جاعل في الأرض خليفة قالوا أتجعل فيها من يفسد فيها ويسفك الدماء ونحن نسبح بحمدك ونقدس لك قال أني اعلم ما لا تعلمون }.(البقرة:30)، فخلافة الله في الأرض عمل هذا الكائن الإنساني وهي تقتضي ألوانا من النشاط الحيوي في عمارة الأرض لتحقيق إرادة الله في استخدامها وتنميتها، { والى ثمود أخاهم صالحا قال يا قوم اعبدوا الله ما

لكم من اله غيره هو أنشاكم من الأرض و استعمركم فيها فاستغفروه ثم توبوا إليه إن ربي قريب مجيب }. (هود:61)، أي كلفهم بتعميرها كما تقتضي الخلافة القيام على شريعة الله في الأرض لتحقيق المنهج اللاهي الذي يتناسق مع الأصل الكوني العام. **(العبادسة أنور،2011،ص ص،6،7)**

ومنه نستخلص أن الدين هو شعور الفرد بالطمأنينة في علاقته مع الله، وإيمانه بان للحياة هدف لابد من السعي في تحقيقه في ما يرضي الله، ليحضى الفرد بالنشاط والصحة، والاعتقاد في البعث والحساب و الاستعداد للحياة الآخرة.

5- تشكيل معنى الحياة :

مراحل حياة الإنسان تأتي متتابعة، وكل مرحلة تعتمد على سابقتها استكمالا لما مضى وليست منفصلة بذاتها، ولا مستقلة بأحداثها نتيجة لما يكتسبه الإنسان من خبرات، وما يمر به من تجارب متنوعة، وكلما كانت تلك المراحل مليئة بالأحداث وتحديات متنوعة أمكن للإنسان مواجهة الحياة بكل صلابة وقوة وبخبرات مستفادة منها.

وهناك العديد من المتغيرات التي تؤثر في تشكيل معنى الحياة وهي كالتالي :

5-1 : معنى الحياة والتفكير :

سلوك الفرد تحكمه إلى حد بعيد عوامل معرفية فكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة فضلا عن الاتجاهات والمعتقدات التي يحملها عن الأشياء والعالم. **(إبراهيم وعسكر،2009،ص299)**

فالمكونات المعرفية للفرد هي المحور الرئيسي للشخصية، وهي التي تؤثر على مشاعره وسلوكه فإذا بمقدورنا أن نغير من معارف الفرد فإننا سنؤثر بالضرورة على مشاعره وسلوكه. **(العقادعصام،2001،ص30)**

ويرى "**فرانكل** "أن الحديث عن معنى الحياة يشير إلى مفهومين يجب التفرقة بينهما بداية، يرتبط المفهوم الأول بمعنى الحياة في عمومها، حياة البشر وعلاقتها بسائر الموجودات في العالم، انه إجابة عن السؤال: ما هو معنى الحياة ؟، أما السؤال الثاني ما هو معنى حياتي ؟. فهذا هو المعنى الذي يرتبط به، أما المفهوم الثاني هو التصور الشخصي والفردي لمعنى الحياة، انه طرح السؤال بين الإنسان ونفسه : لماذا أعيش؟ ومن اجل ماذا؟ ولمن؟. **(فيكتور فرانكل،1998،ص40)**

ويشير" **ادلر** "أن الخبرات التي تشكل مرحلة الطفولة لها دور كبير في معنى الحياة حيث يبدأ الطفل مبكرا في محاولة إدراك معنى الحياة، فهم يسعون بشدة إلى التحقق من قوتهم ونصيبهم من الأشياء التي تحيط بهم، وفي حوالي نهاية العام الخامس من حياة الطفل يصبح واضحا أن هناك نمطا واضحا ومحددا للسلوك قد تجسم وتبلور، حتى انه يمكننا أن نميز وجود طريقة مستقلة لمعالجة المشاكل والمواقف التي تواجه ذلك الطفل، وهذه الطريقة تعرف بأسلوب الحياة منها يبدأ الطفل يشكل كل مفاهيمه وتعريفاته عن ما يتوقع منه، وعن ما يتوقع من العالم، وأي خطأ في الفهم يقع في هذه المرحلة للخبرات ينعكس على نظام التعامل مع الحياة مستقبلا. **(الفرد ادلر،2005،ص32)**

ومن هنا فان للوالدين والأسرة دور في معالجة المعلومات وتمثيلها عند الطفل بمخطوطة معرفية خاصة تجعله من خلالها يتخذ نمطا من التفكير يفهم الخبرات ويفسرها من خلالها.

5-2 : معنى الحياة والهوية :

يرتبط معنى الحياة لدى الإنسان بقيمة حياته ورضاه عن ذاته وتقديره للمعنى الذي تنطوي عليه حياته والدور الذي يرى انه أهل لأدائه في هذه الحياة، ومن اقرب المفاهيم وأشدها ارتباطا بمفهوم المعنى هو مفهوم الهوية.

ويشير " **ليث** " انه تبدأ الحاجة إلى تكوين المعنى منذ مراحل الطفولة المبكرة حيث يبدأ الأطفال في تكوين 1منظومة من المعاني الشخصية الخاصة بهم مثل قولهم :أريد أن أصبح طبيبا، أو فنانا، ...الخ، ومع دخولهم في مرحلة المراهقة يصبح تكوين منظومة للمعنى ضرورة ملحة خاصة عندما يتحتم على المراهق اتخاذ قرارات مستقلة سوف تؤثر في وجوده. **(leath,1999,p23)**

وفضلا عن هذا فان فترة المراهقة في المرحلة التي تبدأ فيها القدرات المعرفية التي تمكنهم تأمل حياتهم السابقة و اللاحقة واختيار أكثر السلوكيات ملائمة لحياتهم**(Marcia,1980,p160)**.

ويرى " **اريكسون** "أن مفهوم الهوية يتكون في مرحلة المراهقة لأنها فترة تحدث فيها متغيرات كبرى في الذات حيث يمر المراهق بخبرة الصراع النفسي ممثلة في تشكيل الهوية مقابل تميع الدور، ويتضمن البحث عن الهوية محاولات المراهق تفهم بعض الأسئلة والإجابة عليها، مثل من هو؟، ماذا يفعل؟، وما قيمة وجوده؟. **(Erikson,1997,p34)**

ويتوقف نجاح المراهق في تحديد هويته على ما يقوم به من استكشاف للبدائل والخيارات وعلى ما يحققه من التزام بالقيم والمعايير السائدة في مجتمعه، وبناءا على ما يحققه المراهق من نجاح أو فشل في حل أزمة الهوية يتجه إلى قطبي الأزمة فإما أن يتجه إلى الجانب الايجابي منها فتحدد هويته ويعرف نفسه بوضوح ودوره في المجتمع، وهو ما يعرف بانجاز الهوية، وإما أن يتجه إلى الجانب السلبي ويظل يعاني من عدم وضوح هويته، وعدم معرفته بنفسه في الوقت الحاضر، وماذا سيكون في المستقبل وهو ما يعرف بتشتت الهوية. **(عبد الرحمان محمد،2001،ص188)**

5-3 : معنى الحياة والتعليم :

يقول " **فرانكل** " : إن الهدف الأساسي من التعليم في عصر كعصرنا هذا، ليس فقط مجرد نقل للتقاليد والمعارف، ولكنه يتضمن أيضا عملية الارتقاء بالقدرات التي تسمح للإنسان باكتشاف المعاني الفريدة لوجوده. **(فيكتور فرانكل،1998،ص84)**

ويرى " **مارشيا** "أن عملية اختيار التخصص الدراسي أو المستقبل المهني تمثل أهم الاختيارات التي يواجهها المراهق حيث يوجه أزمة اتخاذ القرار وتحديد أهداف والتزامات لحياته الخاصة بالمستقبل

المهني، وهذه الفترة التي يبدأ فيها الفرد ولأول مرة في حياته امتلاك قدرات معرفية تمكنه من تأمل فترة حياته السابقة واللاحقة واتخاذ السلوك المناسب حيالها.(Marcia,1980,p160)

وحتى العالم الكبير " **بياجي** " اكتشف في آخر حياته أن التركيز على التفكير المنطقي وتطوره ليس كافيا، وإنما وجد في أنظمة المعنى التي يتبناها الأفراد هي الأكثر أهمية في تشكيل طريقة تفكيرهم، وبذلك فمن المتوقع أن يتأثر اختيار الفرد لمستقبله المهني واتجاهاته نحو دراسته وكذلك دافعيته بالمعنى الشخصي الذي يتبناه. **(يوسف داليا،2008،ص4)**

ومنه إن معنى الحياة والتعليم والعمل يشتركان في أن المحيط الاجتماعي عملية هامة جدا في تشكيل معتقدات الفرد وحاجاته، وكذلك يعملان معا في اكتشاف المراهق للمعنى من خلال اختيار التخصص والمهنة، وتحديد أهمية الذي يمثله ذلك، فان اختيار تخصص دراسي محدد هو خطوة مؤهلة للقيام بدور ما من خلال المهنة التي سوف يعمل بها الفرد، وإذا لم يحظ ذلك الدور أو تلك المهنة بدرجة كافية من الأهمية التي تسمح بتحقيق نوع من الإشباع لذلك الفرد وتتسق مع القيم الخاصة به، يصبح ذلك الفرد عرضة للإصابة بالإحباط.

5-4 : معنى الحياة والصحة النفسية :

تمثل الصحة النفسية حسب التعريف الايجابي الأساس اللازم لضمان العافية للفرد وتمكين المجتمع من تأدية وظائفه بشكل فعال، فالمنظور الايجابي للصحة النفسية يرتكز على السلوك الإنساني السوي، ومدى فاعلية الفرد ومفهومه لذاته، وسر وجوده في الحياة، ويمثل هذا الاتجاه أنصار الاتجاه الوجودي. وينظر هذا الاتجاه إلى الصحة النفسية التي تنطوي عليها الشخصية، وان الصحة النفسية الكاملة " مثل أعلى نسعى كلنا نحوه، و قلما نصل إليه في كل ساعات حياتنا ". **(أحمد محمد عبد الخالق،1993،ص26)**

ويؤكد " ليث " أن المعنى الشخصي هو ذلك التركيب المعرفي الذي يعيه الناس ويستخدمونه في انجاز الخبرات الداعمة، فالمعنى الشخصي يكون ناجحا في موقف ما، وعلى العكس من ذلك، فان المعنى الشخصي يكون فاشلا إذا ما أدى بصاحبه إلى الشعور باليأس والاكتئاب وأدى به إلى الانتحار أو التفكير فيه بعد المرور بتجربة ما، وتعتمد درجة السهولة في تطوير معنى شخصي ناجح على بيئة الفرد الفيزيائية والبيولوجية والاجتماعية فضلا عن خبراته الماضية.(Leath,1999,p20)

ويعرف بعض الباحثين حالة اللامعنى لدى الإنسان بأنها حالة ذاتية من السأم و اللامبالاة والفراغ، حيث يشعر الفرد بالتشاؤم، والشك في الدوافع البشرية، والتساؤل عن قيمة معظم أنشطة الحياة، والإحساس بعدم القيمة في الحياة. **(معوض محمد،1998،ص329)**

وأوضح" **فرانكل** "أنا لإنسان قد يستطيع تحمل تأجيل الإشباع أو الحرمان النفسي أو الاجتماعي والاقتصادي، ولكنه لا يستطيع أن يتمتع حلو الحياة من الهدف والمعنى، وعندما يكتشف الإنسان معنى حياته فانه يصبح مستعد لتحمل المعاناة وتقديم التضحيات حتى لحياته نفسها من اجل الحفاظ على هذا

المعنى، وعلى العكس من ذلك، عندما تفقد الحياة معناها فقط يضطر الإنسان للانتحار حتى لو بدت كل احتياجاته الأخرى مشبعة. **(فيكتور فرانكل،1998،ص20)**

الشكوى من الشعور المؤلم بالافتقار إلى الهدف في الحياة، أو الشعور بان الحياة مجرد عبث لا طائل من ورائه، إنها شكوى الافتقار إلى معنى الحياة، ومع ذلك فان هذا النوع من المعاناة عندما ننظر إليه من حيث هو دافع يدفع الإنسان إلى البحث عن معنى لحياته يمكن اعتباره دليلا على الصحة النفسية والايجابية في الحياة، فهو دليل على تمسك الإنسان بؤن تكون لحياته قيمة تتجاوز مجرد التواجد المشبع، إلى الحضور الإنساني الايجابي الفعال، وفي هذا يقول " **فرانكل** " : إن البحث عن معنى الحياة اصدق تعبير عن الوجود الإنساني، هو العلامة الأكثر جوهرية في الطبيعة الإنسانية. **(فيكتور فرانكل، 1982، ص26)**

إذن الصحة النفسية تبدو في عدة مظاهر أهمها وجود فلسفة الحياة ووجود أهداف مستقبلية تتعلق بذات الفرد وبعلاقاته مع محيطه الاجتماعي، وان وجود معنى شخصي لدى الإنسان يساعده على الاحتفاظ بصحته النفسية والقدرة على التفاؤل، كما انه يمكنه أيضا من التعامل مع مواقف المعاناة والآلام التي يواجهها في حياته، كما تتفاوت المعاني الشخصية من الفرد لآخر في درجة تعقيدها وأهميتها حسب درجة ثقافته وخلفيته الاجتماعية وطموحاته في الحياة.

5-5- معنى الحياة والصحة الجسدية:

إن معنى الحياة ينظر إليه على انه مفهوم ايجابي، ينبغي أن يمتلكه الأفراد وهو دافع فطري لإيجاد معنى لحياتهم، وان الفشل لإيجاد في تحقيق معنى الحياة تنتج عنه مشكلات نفسية ما تجعلهم يشعرون بالفراغ الوجودي الذي يتطور بدوره ليصبح أمراضا جسمية كالقلق، و الوساوس وأمراض بسيكوسوماتية أخرى كالسرطان والقصور الكلوي و داء السكري وأمراض المعدة و القولون. **(فوفية محمد راضي ،2007،صص431،430)**

6- مكونات معنى الحياة :

يتضمن معنى الحياة ثلاث مكونات رئيسية هي :

5-1 : المكون المعرفي:

يرتبط بادراك الفرد لمعنى حياته، والخبرات التي تثري المعنى.

5-2 : المكون السلوكي:

والذي يرتبط بما يقوم به الفرد من سلوك يترجم هدف حياته المدرك بشكل واقعي في حياته.

5-3 : المكون الوجداني:

والذي يرتبط بإحساس الفرد بان حياته لها قيمة، وضاه عنها من خلال ما حققه من أهداف.**(سميرة أبو غزالة ،2007،ص267)**

7- أبعاد معنى الحياة :

تشير" **سميرة أبو غزالة** "إلى أن أبعاد المعنى في الحياة هي :

- أهداف الحياة : ويقصد به إدراك الفرد للهدف من حياته، ورسالته التي يعيش من أجلها، ويضحي في سبيل تحقيقها، وإحساسه بأهميته وقيمته من خلال تحقيقه لمعنى حياته.

- الدافعية في الحياة :وتعني مدى سعي الفرد في الحياة بإيجابية، وكفاحه لتحقيق أهداف ومعاني حياته، ورغبته في التمسك بالحياة والاستمرار فيها، والاستمتاع بها مما يؤدي إلى تفاؤله في الحياة.

- تحمل المسئولية : ويقصد بها مدى تحمل الفرد للمسئولية تجاه نفسه، واهتمامه بالجماعة التي ينتمي إليها، والتسامي بذاته نحو الآخرين، كي يكون له دور مؤثر في الحياة الاجتماعية.

- الرضا عن الحياة : ويقصد بها مدى رضا الفرد عن وجوده في الحياة، وتقبله لذاته، واقتناعه بقدراته، وتفاؤله تجاه المستقبل، وتوافقه مع أسرته ومجتمعه، وشعوره بأنه فرد له قيمة تجاه الآخرين، والرضا عن علاقاته الاجتماعية بشكل عام.(**سميرة أبو غزالة،2007،ص ص290،289)**

في حين يشير" **استيجار وآخرون**" إلى أن هناك أربعة أبعاد رئيسة لمعنى الحياة هي: التدين، والرضا عن الحياة، والثقة بالنفس، والتفاؤل.**(Stegaret al, 2006,pp,80,81)**.

ويشير " **يوسف داليا** "أن أبعاد معنى الحياة خمسة أبعاد وهي :

- دافعية الانجاز : وهي القدرة على وضع أهداف ذات قيمة، ومحاولة تحقيقها والعمل على استغلال قدراته على الوجه الأكمل، والشعور بالحماس، وعدم اليأس أو الاستسلام في مواجهة العقبات.

- التسامي بالذات : وهي القدرة على البحث عن القيم وغايات سامية تتجاوز المصالح والاهتمامات الشخصية وقدرة الفرد على الشعور بأنه جزء من ذلك العالم الكبير الذي يعيش فيه، و أن وجدوه في العالم يكون وجوده مؤثر بقدر ما يقدمه من عطاء لذلك العالم.

- تقبل الذات : هو الشعور بالسلام الداخلي مع النفس وتقبل أوجه القصور في الإمكانيات الشخصية و القدرة على تقبل كل ما يمكن للإنسان تغييره، وان يتعايش مع المعاناة و يتعلم أفضل ما فيها، وإنها جزء ضمني من الحياة.

- القبول و الرضا : هو القدرة على تقبل أقدار الحياة، والشعور بالبهجة و الرضا و الامتنان و تحويل النظرة السلبية لأحداث الحياة إلى نظرة ايجابية، والبحث عن الجوانب المشرقة فيها، والإيمان بان الحياة لا تزال تحمل معنى رغم كل الظروف.**(يوسف داليا،2008،ص ص،167،166)**

ويرى " **الرشيدي** "أن هناك ستة أبعاد رئيسية لمعنى الحياة هي :

- أهداف الحياة : هو أن الحياة تكتسب في معناها لدى الأفراد من الأهداف التي يحددها الإنسان لنفسه، و أن هذا المعنى يكون واضحا لديه باستمرار في مراحل النمو المختلفة.

– التعلق الايجابي بالحياة المتجددة : إذا كان المعنى لدى الإنسان واضحا و مرتفعا فانه يتعلق ايجابيا بالحياة، فيشعر أن الفرص متجددة دائما و أيضا شخصيته جديدة، ويلازمه الشعور بالحياة الخصبة و أن الأعمال التي يقوم بها لها قيمة في حياته وغير مألوفة بالنسبة للآخرين.

– التحقق الوجودي : التحقق الوجودي للإنسان يبدو في مسالة الحرية والمسؤولية والتجديد وقضية الموت، أو يمكن معنى الحياة في أن يحقق الفرد ذاته في حرية الاختيار ومسؤوليته المقامة على هذا الاختيار، وان الحياة تكون لا معنى لها عندما يختفي منها الجديد و الانجازات.

– نوعية الحياة : يعتمد على نوعية الحياة التي يرغب الإنسان في أن يحققها، فان كان معنى الحياة واضحا ومرتفعا لديه فان الحياة تبدو له مثيرة جدا، و أن كل يوم يكون جديد تماما و يلازمه شعور انه ما ظل يبحث عنه طيلة حياته.

– الثراء الوجودي : الشعور بالثراء الوجودي مقابل الفراغ الوجودي .

– الرضا الوجودي : هو الرغبة في الحياة أو العزوف عنها، فالإنسان في مناخ الرغبة في الحياة يكون دائم التفكير في حياته و يكتشف العبرة من وجوده وان الانتحار لم يرد على فكرة إطلاقا، وقدرته على إيجاد معنى أو هدف أو رسالة توجد بصورة ثرية جدا وتكون الأعمال اليومية مصدر سرور ورضا. **(توفيق الرشيدي، 1996،ص14)**

و يرى " **الأبيض** "أن هناك أربعة أبعاد رئيسية لمعنى الحياة هي :

القبول والرضا، الهدف من الحياة، المسؤولية، التسامي بالذات.**(الأبيض محمد حسن، 2010،ص804)**

من خلال أراء العلماء عن أبعاد معنى الحياة، استخلصها كباحثة في خمسة أبعاد هي :

– الرضا الوجودي : هو رضا الفرد عن وجوده في هذه الحياة، و عن قدرته على الاختيار، وقدرته على تحمل مسؤولية الحياة لأنها ذات قيمة تستحق أن تعاش.

– الثراء الوجودي :أي امتلاء الحياة بالحيوية و الأحداث ذات القيمة، البعيدة عن الملل و الاستعداد لخوض التجارب والخبرات والعطاء التي يشعر الفرد من خلالها بالإشباع النفسي.

– القلق الوجودي :أي بحث الشخص الدائم و المستمر عن معنى لحياته وقلقه وخوفه من مصيره أو الموت.

– أهداف الحياة : إدراك الفرد مدى وضوح الهدف والمعنى لحياته و رسالته التي يعيش ويضحي في سبيلها.

المعاناة والألم : أيأن الشخص يواجه مواقف صعبة ومؤلمة التي تبعث فيه روح المواجهة و النشاط مما يؤدي إلى نضجه و نموه.**(نفس المرجع السابق)**

8- المصادر السلبية لمعنى الحياة :

إن مرور الإنسان ببعض الأحداث التي قد تؤدي إلى تغيير حياته، ويطلق على مثل هذه الأحداث في علم النفس الأحداث الفارقة والتي يقول عنها " **هاكر** "أنها تلك الأحداث التي يؤدي وقوعها إلى تغييرات كبرى في الحياة يمكن أن تؤثر بشكل سلبي على معنى الحياة وعلى مفهوم الإنسان على نفسه.

وعند مرور الإنسان بالأحداث فارقة في حياته يواجه درجة كبيرة من الشعور بالخوف أو الرعب مثل ما يحدث من الخوف الذي ينتاب الإنسان عندما يصاب بمرض أو حادث مؤلم وعدم القدرة على اتخاذ قرار مصيري أو الإصابة باليأس و انعدام المعنى أو الانعزال عن المجتمع، وهذه الهموم أو المخاوف الوجودية تتسبب في خلق نوع من القلق أو الصراع في المعنى لدى الإنسان فضلا عن أحداث تغيرات أخرى من خصائصه الشخصية.

و يرى " **يالوم** "أن اللحظة التي تبدأ فيها أحداث الحياة الفارقة يمكن أن تكون لحظات يكتنفها الغموض و القتامة خاصة فيما يتعلق بالقيم و المعاني الشخصية لدى الفرد، إلا أنها يمكن أن تتسبب في خلق عملية جديدة عن معان جديدة و عن أشياء أكثر أهمية في الحياة، وتدعم هذه الفكرة وجهة نظر " **ماسلو** "أن جهاد الإنسان لتحقيق شيء ينقصه يخلق لديه شعور بأن الحياة ذات معنى.

ويرى " **وونج** "أن المعنى الشخصي قد يتعرض للتغيير فور مرور الفرد لحادث فارق من أحداث الحياة.**(يوسف داليا،2008،ص44)**

9- نموذج " فان سميث " لمعنى الحياة :

تقسم" **سميث** " أنواع المعنى في الحياة وفقا للمستويات الأربعة للخبرة إلى أغراض أساسية تتحقق من خلال أهداف وسيطة، ثم تعرض لما تسميه " الاهتمام النهائي" الذي يشكل تهديدا لتحقيق المعنى على كل مستوى للخبرة، فعلى كل مستوى نجد أن الغرض الأساسي يتناقض مع الاهتمام النهائي، فالأول يمثل القيمة المثالية التي يسعى إليها الإنسان عن وعي أو عن غير وعي، أما الثاني فيحتل الجانب الخفي والمنطقي والذي لا يمكن تفاديه في صورة تهديد لتحقيق الإنسان المثال، وبذلك يصبح تحقيق المعنى هو النجاح في التحدي والتغلب على مهددات المعنى المتمثلة في الاهتمامات النهائية، ويوضح الشكل الآتي هذا التصور:

أبعاد الخبرة Dimensions of Experience	الغرض الأساسي Basic Purpose	الأهداف الوسيطة Intermediate Goal	الإهتمام النهائي Ultimate Concern
العالم الطبيعي Natural World	اللذة ـ الحيوية ـ القوة	الصحة ـ الراحة ـ الثروة ـ الحظ	المرض ـ الضعف ـ البؤس ـ الموت
العالم العام Public World	النجاح ـ النفوذ ـ المجد	التقدير ـ الشهرة ـ التأثير ـ الإحترام	الفشل ـ الهزيمة ـ العجز ـ العزلة
العالم الخاص Private World	التمامية Integrity ـ الذاتية ـ الأصالة	التفردية ـ الحرية ـ الخصوصية ـ القرابة أو التماثل Kinship	التفسخ ـ الخلط ـ تحلل الذات
العالم المثالي Ideal World	الحق ـ الحقيقة المطلقة ـ الحكمة	المعنى ـ الفهم ـ المعرفة ـ الإيمان	اللامعقولية ـ الخواء Void ـ اللاتبريرية Groundlessness

جدول رقم (1) يوضح نموذج سميث لمعنى الحياة

ومن خلال هذا النموذج يتضح أنه على المستوى الحسي في العالم الطبيعي يكون المطمح أو الغرض الأساسي هو اللذة والحيوية والقوة، وهو ما يمكن تحقيقه من خلال الصحة والراحة والثروة والحظ، ولكن لتحقيق المعنى على هذا المستوى لابد من مواجهة مهددات هذا المعنى وهي: المرض والضعف والبؤس والموت، وهكذا يكون الأمر على باقي مستويات الخبرة الإنسانية.

(عبد الرحمن سليمان، وإيمان فوزي،1991،ص1072)

10- تحسين معنى الحياة لدى الأفراد :

أكد "**فرانكل**" في كتابه " الإنسان يبحث عن معنى: مقدمة في العلاج بالمعنى والتسامي "، فقد كان يوجه في بعض الأحيان إلى مرضاه ممن يعانون من عديد ألوان العذاب القاسية أو الضئيلة، السؤال التالي "لماذا لم انتحر". ومن إجاباتهم كان يستطيع غالبا أن يجد الخط الذي يهديه إلى علاجهم النفسي، ففي حياة البعض كان هذا الخط هو الحب الذي يربط الشخص بأبنائه، وتتمثل محاولة المعالج في أن ينسج من هذه الخيوط الواهية لحياة محطمة، نموذجا محكما من المعنى و المسؤولية. وهذه هي غاية العلاج بالمعنى وتحدياته. **(فيكتور فرانكل،1982،ص14)**

و ذكر "**معمرية** "أن العلاج بالمعنى يساعد عندما يحدث إحباط وجودي يحول دون الفهم الحقيقي لبواطن الأمور، مما يؤدي إلى الفشل في التوصل إلى معنى واضح لوجود الفرد الشخصي، أي إرادة المعنى. والتدخل العلاجي بهذا الأسلوب يساعد الفرد على أن يتعرف على المعنى الذي ينبغي أن

يسعى من اجله في الحياة، ويعتمد العلاج النفسي بالمعنى على مخاطبة العقل، على اعتبار أن العقل قوة بشرية توضع في مقابل الانفعال و العاطفة، ويقوم العلاج النفسي بالخطوات التالية:

1- تبصير المريض بمجموعة من المعاني التي يفتقر إليها، وكانت سببا في اضطرابه.

2- تعويد المريض على تحمل المعنى وتقبله.

3- توظيف الإرادة وتحمل المسؤولية.

4- اتخاذ القرار و المشاركة فيه. **(بشير معمرية،2012،ص96)**

و أضاف" **محمد** "أن هناك العديد من التقنيات التي يمكن أن يستخدمها الأخصائي النفسي من خلال عملية العلاج والتي يمكن إجمالها على النحو التالي:

1- إيقاف الإمعان الفكري: يستخدم هذا الأسلوب مع حالات الاضطراب التي ترتب على ملاحظة الذات بصورة مفرطة، فقد تسبب عمليات الإمعان الفكري المفرطة، بالإضافة إلى المبالغة في الأهداف في ظهور المشاكل النفسية واسعة النطاق، ويتم توعية العميل بتجاهل الأعراض ويوجه إمكانياته إلى الموضوعات الايجابية.

2- تعديل الاتجاهات: يستهدف هذا الأسلوب إلى التخفيف من حدة الشعور بالحزن واليأس، مؤديا إلى توسيع نطاق المعاني وتعزيزها و المساعدة على اكتشاف إمكانيات جديدة وتوجيه العملاء ليصبحوا بالغين يتسمون بالنضج و الإحساس بالمسؤولية في إطار بيئتهم الاجتماعية.

3- الحوار السقراطي: يعد منهج سقراط الخاص بإظهار الحقائق و اكتشاف المعاني بمثابة الأداة الأساسية للعلاج بالمعنى.

4- تحسين الذات التعويضي: هو أسلوب علاجي يساعد الفرد من خلاله على الاستفادة من قدراته لتخفيف من شعوره بالألم.

5- تحليل المعنى: أسلوب علاجي يساعد على توضيح معنى الحياة لدى العميل من خلال اتساع الوعي الشعوري للعميل، والاستفادة من قدراته الابتكارية أثناء ممارسته الأنشطة الاجتماعية.

6- إعادة البناء الموقفي: أسلوب يهدف على مساعدة العميل على استفادة السيطرة على الموقف الإشكالي خاصة المواقف وأحداث الحياة الضاغطة.**(محمد رأفت،2010،ص ص،281،280)**

11- العلاقة بين معنى الحياة و قلق الموت:

إن الحياة يمكن أن تحقق أقصى درجة من المعنى، ليس فقط من خلال التضحية بها ولكن أيضا من خلال مواجهة الموت والتخلص من قلق الموت، فالمشاكل و الآلام تحفظ الشخص من الفتور والملل وتبعث على النشاط، وبالتالي تودي إلى النمو و النضج، وهناك مواقف يستطيع الإنسان أن يحقق فيها معنى لحياته بالمعاناة الحقيقية، وليس بأي طريقة أخرى. **(باسترسون،1986،ص ص،474،475)**

القلق الوجودي هو الخوف من الموت وفي نفس الوقت الخوف من الحياة ككل. **(إيمان فوزي، 1995، ص ص 283، 284)**

خلاصة :

إن إعطاء معنى للحياة يمد الإنسان القدرة على العطاء و التسامي، وتصبح حياته ذات قيمة تستحق أن تعاش بتحقيقه لأهدافه وأمانيه و إدراكه لأموره و تحديدها، وبالتالي يكتسب مشاعر ايجابية تمنحه الشعور بالامتلاء و الطاقة و روح الحيوية يقوى بها على الابتكار و الانجاز، وتحدي كل الإعاقات و الحواجز وإبدال كل معاناة و آلام بخبرات حياتية وإبداعات.

وفي النهاية فان قيمة الحياة ترتفع كلما تمسك الإنسان بهذا المعنى الخاص الذي أصبح يهيئ له اقوي الدوافع للحياة على مستوى إنساني ايجابي وفعال.

الفصل الرابع :

القصور الكلوي

تمهيد :

تعد وظيفة الأعضاء وظيفة متماسكة و متلاحمة مع بعضها البعض، لا يمكن تصور كل عضو على حدى، فهي تمثل وحدة كلية لا يمكن تجزئتها فإذا اختل أي عضو في أداء وظيفته أدى إلى فقدان توازن الجسم، ومن بين هذه الأعضاء لدينا الجهاز البولي و بالتحديد الكليتين، نظرا للعمل الدائم والمتواصل لها يؤدي ذلك إلى إصابتها بأمراض خطيرة من بينها القصور الكلوي المزمن، وحتى نتوصل إلى فهم شامل لما سبق ذكره حول هذا المرض، سنعمل على توضيح مكونات الجهاز البولي و بالأخص الكلية لكونها محتوات فيه، وهذا ما سيتناوله في هذا الفصل.

الجهاز البولي L'appareil urinaire

1- تعريف الجهاز البولي: L'appareil urinaire

هو الجهاز المسئول عن تكوين البول،من حيث استخلاص مكوناته من الجسم وإفرازه خارج الجسم، متعاونا بذلك مع الجهاز الدوري، الذي تصله نواتج الاستقلاب من الخلايا فيوصلها بدوره إلى الكلية. **(رمزي الناجي،2005،ص139).**

2- مكونات الجهاز البولي:

2-1: الكليتان: Les reins

في جسم الإنسان كليتين يمنى ويسرى، تقعان على جانبي العمود الفقري، بمحاذاة الفقرتين الصدريتين (11 و 12). **(رمزي الناجي،2005،ص139).**

2-2: الحالبان: Les uretères

هما قناتان تخرجان من الكليتين من مستوى سرة الكلية، تنزلان على جانبي العمود الفقري، وتصبان في كيس المثانة. **(زينب منصور،2003،ص45).**

2-3: الاحليل: Urètre

أو ما يسمى بمجرى البول، وهو عبارة عن قناة عضلية ملساء، فهي عند المرأة خاصة بالبول فقط و تكون موازية للجدار الأمامي للمهبل، بينما عند الرجال يبلغ حوالي 16سم. **(زينب منصور،2003، ص45).**

2-4: المثانة:La vessie

هي عبارة عن كيس عضلي أملس مطاطي، بمثابة خزان بول، شكلها وهي فارغة مثلث منبسط، أما وهي ممتلئة فبيضاوية الشكل، عرضها 6 سم ومن الخلف للأمام 6-5سم، سعتها القصوى 2-3لتر ولكن عندما يتواجد فيها 250-300مللتر بول، يتم تحريضها وتح
دث عملية البول.**(رمزي ناجي،2005،ص139).**

3- تعريف الكلية:

الكلية هي عضو الإفراغ بشبه شكله حبة الفاصوليا وحجمه قبضة اليد، وتقع الكليتين خلف الغشاء البريتوني في مقابل الفقرة الظهرية الثانية عشر والفقرات القطنية الثلاث العليا، ومستوى الكلية اليسرى أعلى قليلا من الكلية اليمنى وهذا نظرا لوجود الكبد من الجهة اليمنى، ويبلغ طول الكلية 13سم، وعرضها نصف طولها 7.5سم وسمكها نصف 3.75سم، وفي كل كلية تقعر من الناحية الإنسية حيث تتصل بالأوعية الدموية والحالب والأوعية اللمفاوية والأعصاب وتغطيها محفظة ليفية وبعدها لفافة من الشحم ووزنها ما بين 130-170 غرام. **(علي البار،1992،ص13)**.

هي العضو المسئول عن تنظيم التوازن الذاتي للوسط الداخلي للجسم، وعن إفراز البول الذي من خلاله تطرح المواد غير الضرورية الناتجة عن عملية الايض. **(هرمز جميلة،25،2012)**.

4- فيزيولوجية الكلية:

تحاط الكلية بثلاثة أغشية من اجل حمايتها ومنعها من النزول إلى الأسفل، وهذه الأغشية هي:

المحفظة الكلوية la capsule rénal، المحفظة الشحمية la capsule adipeuse، اللمفافة الكلوية la capsule fibreuse. **(رمزي الناجي،2005،ص140)**.

تشارك أوعية الكلية و الأعضاء المجاورة بتثبيت الكلية في مكانها وعلى طرفها العلوي توجد غدة صغيرة تدعى غدة الكظر أو فوق الكلية. **(Mil et Lepresell,2004,p973)**

عند الدراسة التشريحية لمقطع نسيجي للكلية تبين وجود غشاء ليفي شديد الالتصاق بالنسيج الكلوي يسمى بمحفظة الكلية، كما أن النسيج الكلوي يتكون من:

4-1: القشرة: la corticale rénale

هي الطبقة الخارجية الواقعة بين المحفظة وقواعد الاهرمات الكلوية، لونها احمر وتحتوي على مجموعة من الأنابيب الكلوية (الأنبوب القريب، الأنبوب البعيد، وجزء من القناة الجامعة).

4-2: اللب: la médullaire rénale

الطبقة الداخلية حمراء، بنية، وتحتوي على مجموعة من الأهرامات الكلوية (أهرامات مالبيجي) والأنابيب الكلوية (عروة هنلي، وجزء من القناة الجامعة)، وفي اللب تنتهي القنوات الكلوية المتفرعة، بما يسمى الحالمان الكلوية تحاط بغمد غشائي يشكل الكؤوس الصغيرة.

4-3: الحويضة: le bassinet

عبارة عن أنبوب مسطح على شكل حوض يتصل بالحالب إلى خارج الكلية، أما إلى الداخل فهو يمتد إلى اثنان أو ثلاثة كؤوس. **(رمزي الناجي، 2005، ص140)**.

5- التركيب المجهري للكلية:

بعمل مقطع طولي للكلية ودراسته بالمجهر، يمكن مشاهدة الوحدة الوظيفية التركيبية للكلية و هو النيفرون، وتحتوي الكلية الواحدة على ما يقارب 1.25 مليون نفرون، ويبلغ عدد النفرونات في الكلتين مليونين وأربعة مئة ألف 2.400.000 نفرون، يتركب من قسمين هما:

5-1: محفظة مالبيجي: le corpuscule de Maipighi

هو عبارة عن عضوية تصفية الدم، الرشح البلازمي، ويتكون من قسمين:

- **محفظة بورمان: capsule de Bormen**

هي بداية النفرون واسعة ومتصلة بداخل الأنبوب الكلوي، تصل إلى الأنبوب القريب تتكون من نسيج طلائي، يتركز على غشاء قاعدي و تشكل الفلتر الذي يقوم بتصفية الدم.

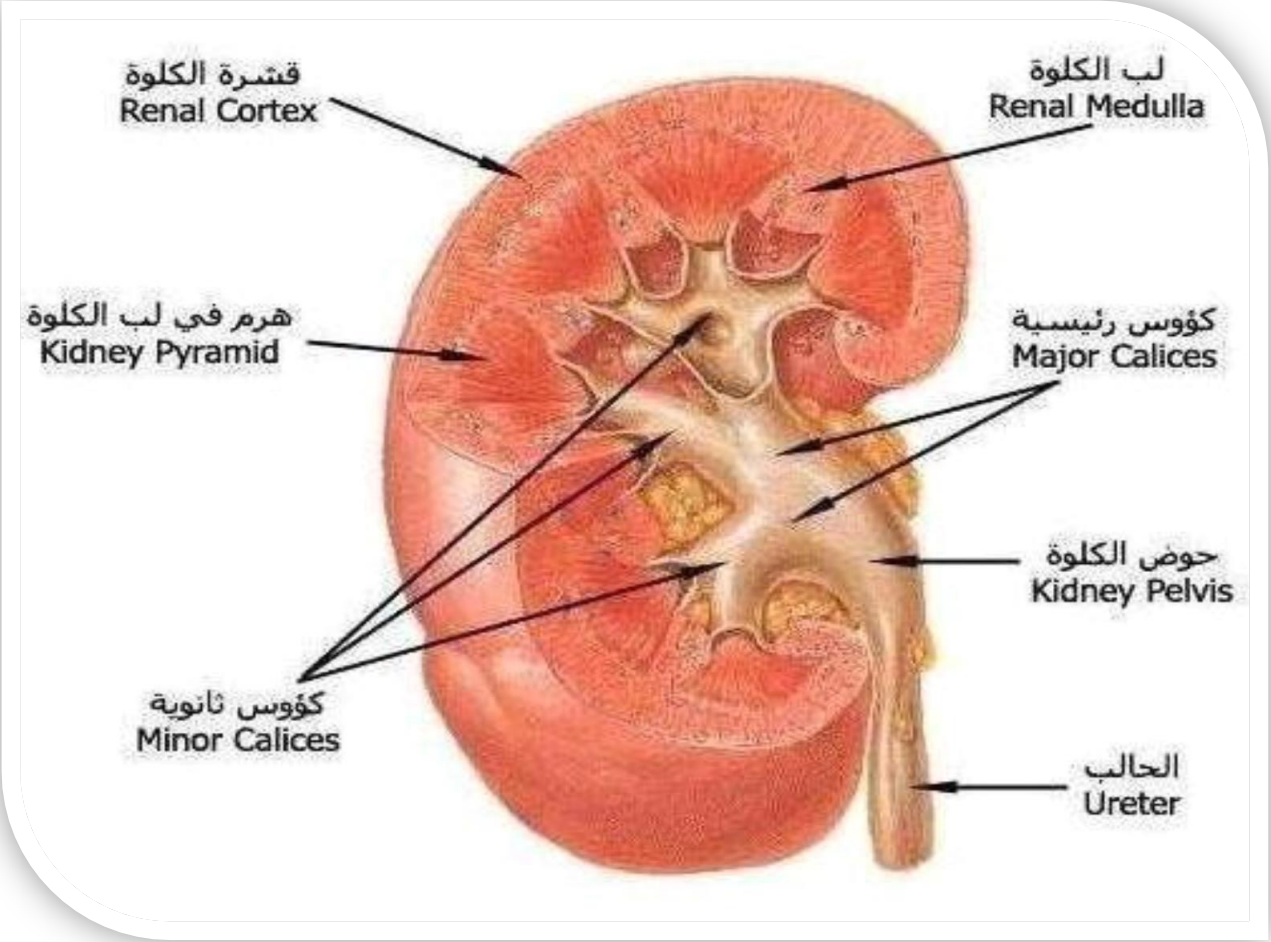
- **الكبة الكلوية: Glomérule**

عبارة عن مجموعة كبيرة من الشعيرات الدموية داخل محفظة بورمان، يصلها الدم عن طريق شريان وارد ويخرج منها الدم بواسطة الشريان صادر.

5-2: الأنبوب الكلوي: tube

هو جزء من النفرون الذي يستقبل البول الأولي، يقوم بثلاثة وظائف هي إعادة الامتصاص و الإفراز و الإخراج يتألف من:

- **الأنبوب المعوج القريب le tube contourné proximal:** يوجد في القشرة يتصل بمحفظة بومان يعتبر بداية الأنبوب الكلوي.
- **الأنبوب المعوج البعيد le tube contourné distal:** أنبوب ملتوي يقع في قشرة الكلية.
- **عروة هنلي anse de Henlé:** هو أنبوب رفيع جدا على شكل (U)، يتألف من أنبوبين، أنبوب نازل وأنبوب صاعد، الأول يصل حتى اللب و الثاني يصعد باتجاه القشرة. **(حكمت عبد الكريم،1992،ص287).**
- **القناة الجامعة tube collecteur:** أنبوب واسع يقع جزء منه في القشرة و الجزء الأخر في اللب، يصب فيه مجموعة من النفرونات، يفرغ محتوياتها في الكؤوس الصغيرة التي تشكل مجموعة كؤوس كبيرة، يبلغ عددها ثلاثة، تشكل مع بعضها الحويضة التي يخرج منها الحالب. **(رمزي الناجي،2005،ص145).**



الشكل (03): يوضح التركيب الفيزيولوجي للكلية

6- وظائف الكلية:

للكلية وظائف ثمينة متعددة وهي ما يلي:

- تنقية الدم من الشوائب بواسطة إفراز البول للتخلص منها. **(Sobotta,2000,p223)**.
- التحكم في ضغط الدم عن طريق إفراز هرمون الرنين. **(Christine Broo,2000,p227)**.
- تنظيم إنتاج كريات الدم الحمراء من خلال هرمون " الايثروبوتيين " الذي ينشط خلايا نخاع العظم لإنتاج مزيد من خلايا الدم الحمراء. **(هناء احمد محمد الشويخ،2009،ص40)**.
- ضبط PH الهيدروجيني في الدم حيث تحافظ الكلى على توازن الحمض في الجسم لمنع اضطرابات الدم مثل حموضة الدم او قلوية الجسم. **(Hervé Guémord,2001,p330)**.
- تنشيط فيتامين (D) من خامل إلى فعال فهو المسئول عن تنظيم امتصاص الكالسيوم من الأمعاء وترسيبه إلى العظام. **(Moulin et al,2003,p7)**.

- تنظيم تركيز الأملاح و المعادن في الوسط الداخلي ثم إفرازها عن طريق مواد سامة وفضلات الناتجة عن هضم المواد البروتينية. (Sobotta,2003,p223).

- تنظيم كمية الماء في الجسم. (حسني الرودي،2001،ص120).

- تحليل وفك بعض الأدوية المتناولة تعمل على إبطال مفعول بعض العناصر النشيطة بواسطة إنزيمات معينة، فمثلا مفعول الهيستامين، بانزيم الهيستاميناز. (Sobotta,2000,p223).

هذا عن وصف الكلى ووظائفها، الذي يوضح دورها و وظيفتها الرئيسية التي تقوم بها، فهي كمجمعة للنفايات الموجودة في الجسم التي تطرح عن طريق البول، لكن إذا فشلت الكلية في أداء وظيفتها فان السموم تتراكم في الجسم وتؤدي إلى الوفاة.

7- تعريف القصور الكلوي:

- التعريف اللغوي:

قصر، يقصر، قصورا، عجز وكف عنه. (إبراهيم قلاتي،بدون سنة،ص430).

- التعريف الاصطلاحي:

هو التدهور التدريجي في وظيفة الكلى أي التحطيم النهائي و غير القابل إلى الرجوع للنفرونات ويقاس بقيمة الكرياتينين، إذ يتطور القصور الكلوي المزمن خلال فترة شهر أو أعوام، وعندما يصل إلى المرحلة النهائية يصبح مهلكا ما لم يلجأ إلى غسيل الكلى بانتظام متمثل في غسيل دموي أو تجرى للمريض عملية زرع الكلى. (Noble et al,2001,p370)

- التعريف الطبي:

يعرف القاموس الطبي القصور الكلوي بأنه : انخفاض قدرة الكلى على تأمين الرشح وإفضاء نفايات الدم، كذا مراقبة توازن الجسم من حيث الماء و الأملاح و تنظيم الضغط الدموي.
(Larous medical,2005,p360).

كما يعرفه ليجندر بأنه: الانخفاض العنيف و السريع لرشح الكبيبي الذي يعد المسئول عن تناذر تبول الدم الحاد، هو قابل للرجوع تلقائيا تحت تأثير العلاج، غير أن التنبؤ فيه يبقى غامضا
(legendre,1999,p106).

فالقصور الكلوي لا يعتبر مرضا في حد ذاته لكنه ينتج عن إصابات الكلى، المتمثلة في انخفاض عدد النفرونات، ذلك ما أكده " كينفر " بان القصور الكلوي هو عبارة عن التوقف الفجائي للوظيفة الإخراجية للكلية. (Kenfer,2001,p29).

كل هذه التعريفات ترمي إلى تفسير واحد لمرض القصور الكلوي وهو عجز الكلية عن التخلص م الشوائب و النفايات التي تهدد سلامة الجسم و بالتالي هو العجز الكلي للكلية في القيام بالوظائف البيولوجية.

8- أنواع القصور الكلوي:

هناك نوعان من الفشل الكلوي:

- **القصور الكلوي الحاد Insuffisance Rénal aigué**
- **القصور الكلوي المزمن Insuffisance Rénal chronique**

8-1: القصور الكلوي الحاد:

8-1-1: تعريف القصور الكلوي الحاد: Insuffisance Rénal aigué

يعرف القصور الكلوي الحاد بأنه حالة من القصور في وظيفة الكلى، تكون فيه الكليتين غير قادرتين على تحقيق التوازن الداخلي للعضوية، حيث أن الجزء الوظيفي في الكلية توقف عن أداء وظيفته بشكل فجائي بسبب ما، و يمكن للكلى أن تستعيد وظيفتها بالعلاج لان النفرونات غير مصابة. **(Rayane,2002,p21).**

كما يعرفه انه الفقدان المفاجئ لوظائف الكلى، مما يؤدي إلى انخفاض في المصفات الكلوية، يظهر هذا الفشل نتيجة لأسباب عدة قد لا تكون للكلية علاقة بها. **(Bruno et al,2003,p103)**

8-1-2: أسباب القصور الكلوي الحاد:

وتنقسم إلى ثلاثة أقسام هي:

أسباب ما قبل الكلية: les causes pré rénales

تكون الكلية في هذه الحالة سليمة، لكن يحدث القصور بسبب:

- نقص كمية الدم أو البلازما أو السوائل نتيجة النزيف الحاد الذي يحدث خلال العمليات الجراحية الدقيقة، أو بسبب الحروق الشديدة التي يمكن أن تحدث صدمة للمريض تؤدي إلى انخفاض ضغط الدم.
- إصابة الفرد خاصة الأطفال بالإسهال و القيء الشديدين و المستمرين، الذي يؤدي إلى قلة السوائل Déshydratation في الجسم، مما يسبب انخفاض ضغط الدم. **(Bruno et al,2003,p103).**

أسباب ما بعد الكلية: les causes poste rénales

تكون الكلية في هذه الحالة أيضا سليمة لكن الإصابة عن انسداد في مجرى البول (المثانة أو الاحليبين معا أو في الإحليل)، هذا الانسداد ناتج عن تكون حصوة في مجرى البول أو وجود ورم سرطاني أو تضخم في البروستانة. **(Man et al,2003,p103).**

أسباب متعلقة بإصابة الكلية نفسها: les causes Rénales

في هذه الحالة تتعرض الكلية إلى التهاب شديد ثم حدوث قصور حاد يسبب:

- قلة التروية الدموية مما يؤدي إلى موت النفرونات.

بعض الأدوية التي لها تأثير سام على الكلية مثل بعض المضادات الحيوية مثل Aminoglycosides ،بعض الأدوية المساعدة على النوم مثل Morphine Diazepine،بعض الأسمدة الملوثة كالزئبق أو الرصاص. (Morin.Y,2003,p290)

8-1-3: أعراضه:

إن أكثر الأعراض ظهورا في حالة القصور الكلوي الحاد هي:

- احتباس البول une anurie
- نقص في كمية البول عن الكمية العادية une oligurie
- وجود الدم في البول Hématurie
- ارتفاع نسبة البوتاسيوم في البول
- ارتفاع ضغط الدم الشرياني Hypertension Artérielle
- فقر الدم une anémie
- غثيان Des Nausées .(Morin.y,2003,p290)

8-1-4: تشخيصه:

الفحص الإكلينيكي الذي يكون بإجراء الفحوصات البيوكيميائية للدم والبول لأجل معرفة التركيب الكيميائي وتركيز هذه المركبات فيها. (Jean Hamburger et al,1997,p275)

في حالة القصور الكلوي الناتج عن مانع في المسالك البولية نلجأ إلى استعمال أشعة الكلية rénal Echographie، Scanner rénal. (Meyrier et al,1994,p135)

8-1-5: علاجه:

يجب أن يعالج القصور الكلوي الحاد مبكرا لأنه يمكن أن يتطور و يصبح قصورا كلويا مزمنا، بالتالي لابد على المريض الالتزام بشرب الأدوية التي يصفها الطبيب له وإذا لم تثبت الأدوية فعاليتها تجرى للمريض عملية جراحية لنزع الورم أو الحصى التي تسد المجاري البولية أو المثانة، أحيانا يستوجب الأمر العلاج بتقنية تصفية الدم الاصطناعية. (Morin.Y ,2003,p290,p291)

8-2: القصور الكلوي المزمن

8-2-1:تعريف القصور الكلوي المزمن Insuffisance Rénal chronique

يعرف القصور الكلوي المزمن بالتناقص المستمر لعملية التصفية الكلوية على مستوى الكلية، تختلف آلية القصور الكلوي المزمن عن القصور الكلوي الحاد، فان كان هذا الأخير ناتج عن توقف مفاجئ للكلية عن أداء وظيفتها ويزول بزوال السبب المحدث له، فان القصور الكلوي المزمن ناتج عن التناقص المستمر و المتزايد في عدد النفرونات النشطة في الكلية التي تشكل الوحدات.(Boubchier ,2004,p22)

حيث لا يكفي عدد النفرونات الكلوية السليمة للكلى للقيام بوظيفتها من جديد.
(هناء احمد محمد الشيخ،2009،ص43).

يصل القصور الكلوي المزمن إلى المرحلة النهائية حينما يتحطم أكثر من90 بالمائة من النفرونات، هنا يتطلب اللجوء إلى العلاج، ذلك بتقنية غسيل الكلى أو زرع الكلى.

كما يعرف أيضا انه تدهور مرتقي ومستمر في وظائف الكلية ناتج عن إصابة النسيج الكلوي فيتطور تدريجيا إلى المراحل النهائية خلال فترة زمنية تتراوح من شهر إلى سنوات حسب السبب الذي أدى إليه وحسب مرحلة البدء بالمعالجة. **(Mechel Vanbourolle,2007,p555)**

8-2-2: أسبابه

تختلف أسباب هذا المرض باختلاف أنواعه إذ نجد أسباب تعود إلى عوامل وراثية وأسباب تعود إلى عوامل مكتسبة.

أ- العوامل الوراثية: نجد منها ما يلي:

قصور كلوي ناتج عن إصابة مصفيات الكلية La glomérulonéphrite: هي إصابة مصفيات الكلى التي تفصل البول عن الدم، السبب يعود إلى عجز الجهاز المناعي، حيث عندما يخطئ هذا الجهاز

في الدفاع عن الجسم يؤدي ذلك إلى الإفراز بمرشحات الكلى، هذا الجهاز المناعي يمكن أن يؤثر في كثير من أعضاء الجسم حيث يؤذي في اغلب الأحيان المفاصل و الجلد وفي العادة يظهر هذا النوع من الإصابة بين 20 و 30 سنة ويستهدف النساء أكثر من الرجال، هذا الداء إذا لم يعالج فان مرشحات الفيلتر تتدهور ببطء وتصبح غير قادرة عن تطهير الدم. **(Boubchier,2004,p24)**

قصور كلوي ناتج عن تعدد الأكياس Poly kystiques: هو مرض وراثي ينتج عنه تكوين أكياس غير طبيعية داخل الكلى، تسبب هذه الأكياس تلف في الكبيبات الكلوية، مما يترتب عنه إعاقة الكلى على القيام بوظيفتها. **(هناء احمد محمد الشيخ،2009،ص43).**

زملة البورت Le syndrome D'alport: تسبب هذه المرحلة التهابات مزمنة داخل الكلى، عادة ما تظهر في مرحلة الطفولة، تنتشر هذه الالتهابات لتشمل جميع الوحدات الكلوية داخل الكلى، مما يترتب عنه ظهور الدم و الزلال في البول، تتطور هذه الأعراض إلى الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.
(هناء احمد محمد الشيخ،2009،ص45).

ب- العوامل المكتسبة :

- ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري Hypertension et Diabètes: قليل من حالات ضغط الدم ومرض السكري تنتهي بإصابة الكلى تؤدي إلى الفشل الكلوي، لكن إصابة الإنسان بارتفاع ضغط الدم

أو السكري تؤدي مع مرور الزمن إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية، وبالتالي يحصل ضمور في منطقة القشرة للكلية، مما يؤدي إلى إصابة الكليتين بالفشل الكلوي المزمن.

- **تصور كلوي ناتج عن تعفن الكلى بالمكروبات La pyélonéphrite:** يكون هذا التعفن مسببا للمرض في حالة ما إذا رجع البول من الحالب إلى حوض الكلى نتيجة لوجود بسبب خلقي أو لتضخم البروستاتة، وفي حالة رجوع البول عدة مرات ولفترات طويلة يسبب التهابات حنجرية تؤدي إلى تلف أنسجة حوض الكلى والنخاع و الإصابة بمرض القصور الكلوي ومن أشهر الميكروبات بكتيريا السبحية.

- **التهابات الكبيبات:** يترتب عن اضطراب المناعة في الجسم، زيادة نشاط الخلايا اللمفاوية المنتجة للأجسام المضادة في الدم، تسبب مرور هذه الأجسام في الأوعية الدموية في الكلى في حدوث عدوى تصيب الكبيبات الكلوية بالتهاب مزمن، مما يترتب عنه خلل في القيام بوظائفها.**(هناء احمد محمد الشيخ،2009،ص45).**

- **القصور الكلوي الناتج عن انسداد المجاري البولية:** من أسبابه ضيق في قنوات صرف البول إلى المثانة، الناتج عن تشوهات خلقية كما يمكن أن يحدث قصور كلوي عند الأطفال، كذلك وجود حصاة كلوية أو أورام او البروتينات المصابة بالهزل يمكن أن تؤدي إلى قصور كلوي حاد عند الكبار.

- **الاستخدام المفرط لبعض الأدوية:** إن الإفراط في استخدام بعض الأدوية و المسكنات بالذات (استخدامها لفترة طويلة وبجرعات عالية) من أهم الأسباب المؤدية إلى الفشل الكلوي، حيث إنها تصيب نخاع الكلية الذي يمتد إلى حوض الكلية مما يؤدي إلى موتها، مثل استخدام بعض الأدوية المسكنة كالأسبرين و البراسيتامول، وأدوية الروماتيزم كالفينوبروفين، بالإضافة إلى بعض المضادات الحيوية أهمها مشتقات الامينوجلاكوزايد. **(هناء احمد محمد الشيخ،2009،ص44،ص46).**

8-2-3: أعراضه:

- ارتفاع ضغط الدم قد يصاحب ذلك هبوط بالقلب ما يتبع ذلك من ضيق التنفس وتورم الساقين، كما يحدث الم شديد بالصدر نتيجة التهاب غشاء التامور المحيط بالقلب.
- فقدان الشهية و الرغبة في القيء وأحيانا قيئ أحيانا متكرر مع احتمال حدوث نزيف دموي بالجهاز الهضمي.
- فقر الدم أو الأنيميا.
- اضطرابات تخثر الدم Plaquette. **(Kanfer,2001,p226).**
- حكة جلدية شديدة.
- تذبذب الوزن سواء بالنقصان أو الزيادة.
- الشعور بالإرهاق سواء الجسدي أو الذهني. **(هناء احمد محمد الشيخ،2009،ص38).**
- صداع.

- اضطرابات الوعي.
- انخفاض المناعة.
- العقم أو اضطرابات جنسية. **(Boubchier,2004,p32).**
- اضطرابات الطمث عند الإناث.
- احتباس البول.
- تراكم السوائل في الرئتين وصعوبة التنفس.
- وجود الدم في البول. **(Morin.Y,2002,p489).**

8-2-5: تشخيصه:

إذا توفرت بعض الأعراض التي سبق ذكرها، فان ذلك يقودنا إلى التفكير في احتمال وجود المرض، في هذه الحالة يتم التشخيص بواسطة إجراء فحص مخبري للدم والبول، كذلك فحص بالأشعة فوق الصوتية (Echographie) على الكلى، أما إذا كان المرض معروف مسبقا فيتطلب هذا فحص دوري مقنن مع قياس كمية الكرياتنين (Créatinine) و اليوريا (Uréa) كل ثلاثة أيام، إضافة لهذا لابد من تأكد وجود نقص في تصفية الدم على مستوى الكلية، ذلك بالتأكيد وجود ارتفاع نسبة الكرياتنين و ارتفاع كمية البروتينات في الدم، بالإضافة إلى وجود حمض البول فيه، يتم ذلك بواسطة الفحوصات البيوكيميائية للدم.

يتم كذلك التشخيص عن طريق اخذ عينة من كلية المريض لفحصها ذلك ليقرر ما إذا كان المريض وصل الى مرحلة متقدمة وهل تحتاج إلى عملية الغسل الكلوي (La Dialyse)، أو تصفية الدم بالكلية الاصطناعية(L'hémodialyse)، أو بزرع الكلى (Greffe rénale). **(Pierre et al,2004,p725)**

8-2-5 علاجه:

الهدف من علاجه الفشل الكلوي هو إعاشة المريض في أفضل صورة صحية متاحة وبتمكينه من تحمل مسؤولياته اتجاه الأسرة والمجتمع بحياة اقرب ما تكون إلى الطبيعة لأطول فترة ممكنة بتمركز العلاج على مرحلتين هما :

أ-العلاج قبل المرحلة النهائية :

- **العلاج بحمية غذائية خاصة:** نظام غذائي يقوم على تخفيض نسبة البروتينات التي يتناولها المريض في الوجبات، وخفض كمية الملح في الطعام وتعويضه بالتشويهات والسكريات، التقليل من الأغذية التي تحتوي على البوتاسيوم والصديوم، تحديد كمية السوائل التي يمكن للمريض تناولها يوميا. **(Boubchier,2004,p192).**
- **العلاج بالأدوية:** تعطى الأدوية التالية فتساعده على التخلص من أعراض القصور الكلوي المزمن هذه الأدوية هي:

- مضادات الضغط الدموي les antihypertenseurs
- مشتقات الفيتامين 'D' الفعال Dérivé de vitamine D
- أدوية لحفظ الفوسفور ph و البوتاسيوم k في الدم
- يجب تلقيح المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن مبكرا ضد التهاب الكبد الفيروسي "ب"
- استخدام حقن Erythropoïétine لعلاج فقر الدم L'anémie
- أدوية غنية بالكالسيوم و الحديد
- معالجة قرحة المعدة إن كانت موجودة. **(Boubchier,2004,p192)**

ب-العلاج في المرحلة النهائية :

- الفشل البيرتوني la dialyse péritonéale:

هي طريقة لتصفية الدم يحدث داخل الجسم intra corporelle حيث يسمح بالتنقل و العمل و التخلص من المكوث لمدة ساعات أمام جهاز تصفية الدم هي اقل تكلفة من التصفية عن طريق الجهاز.

تخضع هذه الطريقة لنفس مبادئ استعمال جهاز تصفية الدم الصناعية لكن الاختلاف يمكن في أن الغشاء نصف نفوذ و هو غشاء الثرب le péritoine يحيط بالأعضاء الداخلية كالأمعاء و المعدة والكبد، هو غني بالأوعية الدموية يغرس في أسفل البطن حتى السرة فوق العانة أنبوب صغير طوله 35سم وقطره0.5سم يسمى La cathéter ذلك بعد التخدير الموضعي، ثم يتم تسريب سائل la dialyse من خلال ذلك الأنبوب تقدر كميته بحوالي 1لتر إلى 2لتر إلى جوف البطن يترك لبعض ساعات ما بين 4الى 5ساعات، يتم استبدال ذلك السائل أربع مرات في اليوم. **(Molin.B et al,2003,p203,204)**

- التصفية بالكلية الاصطناعية l'hémodialyse:

Hémodialyse كلمة يونانية، Hémo تعني الدم و dialyse تعني تصفية بمعنى جهاز هو جهاز تصفية الدم، هي تقنية تستخدم من اجل علاج مرضى العجز الكلوي المزمن الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية، هو جهاز يطهر الدم من الشوائب كاليوريا l'urée، و الكرياتينين la créatinine تسمح بالتوازن الشاردي في الدم وذلك بطرد الفائض منها من الجسم كالصوديوم و البوتاسيوم و الكالسيوم، كذلك تعديل درجة حموضة الدم ph. **(Boubchier,2004,p192)**

يعمل جهاز تصفية الدم الكلوية بطريقة أوتوماتيكية إذ يتم خلق دورة دموية خارج الجسم التي تنقل الدم من الذراع عن طريق إيصال الوريد بالشريان la fistule لزيادة ضخ الدم في الأنبوب، مما يسمح بنقل الدم من الجسم إلى الجهاز، هو يتكون من غشاء نصف نفوذ يسمح بالتبادلات بين الدم و السائل و الديالیز، حيث يستقبل الشوائب و الشوارد الزائدة، تمر عبر الغشاء النصف النفوذ إلى الدم ليحتفظ به الجسم،يعوض سائل الديالیز البول بعد الانتهاء من حصة التصفية الاصطناعية للدم التي تتم في 3

حصص في الأسبوع لمدة 4ساعات في كل حصة، أثناء عملية تصفية الدم يضاف إلى دم المريض ماد تسمى l'héparine لمنع تخثر الدم. **(Molin.B et all,2004,p16)**

9- الكفالة النفسية:

إن الحالة الصحية للمرضى تتوقف بشكل كبير على حالتهم النفسية فكلما كانوا أكثر راحة نفسية كلما كانوا أكثر قوة لمواجهة مرضهم، ووجود المختص النفسي في مراكز تصفية الدم شيء لابد منه بالنسبة لصحة المريض، فالمشاكل النفسية التي يعاني منها المريض سواء جراء المرض أو من الضغوطات التي يفرضها عليه العلاج التي تجعل المريض في حاجة إلى المساعدة لتحمل المرض، كما يحتاج إلى العناية الطبية من اجل توازن جسمه. **(Alidjara.S et all,2004,p25).**

إن الاهتمام بالعوامل النفسية عند المصاب بالقصور الكلوي من شانه تخليص المريض من الشعور بالقلق و الإحباط الناجمين من عدم الشعور بالأمن و الخوف من الموت، لذلك نجد المريض بحاجة إلى الرعاية النفسية التي تمكنه من التكيف مع مرضه. **(عادل حلواني وآخرون،2000،ص60).**

خلاصة:

نستخلص مما سبق أن القصور الكلوي المزمن هو توقف الكليتين عن أداء وظيفتهما بشكل طبيعي، قد تستغرق هذه الإصابة عدة أشهر أو عدة سنوات بعد ظهورها ذلك لأسباب خلقية، وراثية، أو مكتسبة، مع ظهور عدة أعراض تلازم المريض وتعيقه في أداء مهامه، لتشخيص هذا المرض لابد من القيام بالفحوص المجهرية. أما فيما يخص العلاج فهناك مرحلتين: العلاج قبل المرحلة النهائية و العلاج أثناء المرحلة النهائية التي تشمل عدة طرق منها: الدياليز، الزرع الكلوي و الهيموديااليز التي تعتبر أكثر الطرق استعمالا لأنها تساعد المريض على مواصلة حياته بطرق شبه عيادية، إلا انه يتعرض لعدة ضغوطات نفسية ناتجة عن المرض نفسه و عن القواعد الصحية التي يفرضها العلاج.

الباب الثاني :
الجانب الميداني للدراسة

الفصل الخامس:

منهجية إجراء الدراسة

تمهيد:

بعد التطرق في الجانب النظري إلى تحديد إشكالية الدراسة، و ما يتعلق بها من متغيرات خصص جزء من الدراسة للجانب التطبيقي الذي يحتوي على الجانب المنهجي الذي يبرز أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات المتحصل عليها و على جانب خاص بعرض نتائج الدراسة و تفسيرها و مناقشتها على ضوء الفرضيات المقدمة و أخيرا تقديم الاستنتاج العام.

1- المنهج المستخدم في الدراسة:

المنهج هو الخطوات التي يتبعها الباحث في دراسته أو بحثه بأفكار منظمة و اختيار الطريقة المناسبة لدراسة المشكلة لاكتشاف الحقيقة أو إثبات ما يريد إثباته.

و يعرف" **محمد عساف** " منهج البحث بأنه: الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة، تهيمن على تسيير العقل و تحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة المعلومة.**(صالح محمد عساف،2002،ص90)**

و المنهج في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الذي يسعى الباحث من خلاله إلى تحديد الوضع الحالي للظاهرة محل الدراسة كما في الواقع، ووصفها وصفا دقيقا، و ذلك من خلال جمع الحقائق و المعلومات و تصنيفها و تحليلها للوصول إلى حقائق علمية دقيقة، و هذا ما تؤكده فاطمة عوض و آخرون على أن المنهج الوصفي لا يتم على جمع البيانات و الحقائق و تصنيفها وتبويبها، بالإضافة إلى تحليلها التحليل الكافي الدقيق المتعمق بل أيضا قدرا من التفسير لهذه النتائج لذلك كثيرا ما يقترن الوصف بالمقارنة بالإضافة إلى استخدام أساليب القياس و التصنيف و التفسير بهدف استخراج استنتاجات ذات الدلالة و الوصول إلى تعميمات بشأن الظاهرة الخاصة بموضوع الدراسة. **(فاطمة عوض صابر، 2002،ص87)**

و تندرج الدراسة ضمن دراسات العلاقات المتبادلة و التي تدرس العلاقات بين الظواهر و تحليلها و التعمق فيها، قصد معرفة الارتباطات الخارجية بينها و بين الظواهر الأخرى، وهو يمثل مستوى متقدم من الدراسات الوصفية و تتخذ عدة أشكال منها دراسة حالة و الدراسة الارتباطية و الدراسات العلية المقارنة. **(صالح محمد عساف،2002،ص90)**

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من أهم خطوات البحث العلمي نظرا لما توفره للباحث من معلومات عن الموضوع محل الدراسة فهي تسمح باستطلاع الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث، كما أنها تساعد الباحث في مرحلة لاحقة من صياغة مشكلة البحث، ووضع الفروض التي سيتم اختيارها و ضبط عينة البحث و الأدوات المناسبة الواجب استخدامها، و كل هذا تماشيا مع الأهداف المسطرة للدراسة.

و من أهم أهداف الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

- التعرف على ميدان الدراسة و صعوبته.
- اختيار العينة للدراسة الأساسية بصفة عامة.
- فحص الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة و مدى صلاحيتها.
- محاولة ضبط الفرضيات قبل الشروع في الدراسة الأساسية. **(فاطمة عوض صابر و آخرون،2002، ص87)**

و يمكن ذكر إجراءات الدراسة الاستطلاعية المتعلقة بالدراسة الحالية:

أ: المعاينة:

الهدف في هذه المرحلة هو تحديد مجتمع الدراسة و الذي يشمل فئة المرضى الذين يعانون من قصور كلوي، حيث تم زيارة المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف بمصلحة أمراض الكلى و بعض مؤسسات الصحة الخاصة بتصفية الكلى بولاية المدية و هي مناطق حضارية وتمثلت في العيادة تصفية الكلى في وسط المدية الواقعة بحي ثنية الحجر، و عيادة الهناء الواقعة بحي بزيوش، وعيادة المغرب بتصفية الكلى الواقعة بحي عين ذهب، و ذلك لأجل اختيار أفراد العينة الخاصة بالدراسة الأساسية، و في نهاية تم قبوليلإجراء هذه الدراسة في:

- المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف
- العيادة تصفية الكلى في وسط المدية الواقعة بحي ثنية الحجر

حيث تم التعرف على المرضى الذين يعانون من قصور كلوي مزمن عن طريق الأخصائية النفسية بالمستشفى و الطبيبة أخصائية أمراض الكلى بالعيادة.

و من جهة أخرى تم تطبيق مقياس قلق الموت لبشير معمرية و مقياس معنى الحياة لهارون توفيق الرشيدي والذي طبقت عليه الخصائص السيكومترية في البيئة الجزائرية من طرف الباحث بشير معمرية.

ب: البحث عن أداة الدراسة و التحقق منها:

بعد الاطلاع على الدراسات التي تصب في الموضوع تم اختيار مقياس قلق الموت لبشيرمعمرية والذي يحتوي على 34 بند، و مقياس معنى الحياة لهارون الرشيدي و الذي طبقت عليه خصائص سيكومترية في البيئة الجزائرية من طرف مكيفه بشير معمرية و الذي يحتوي على 39 بندا.

3- مجال الدراسة:

- المكاني:

ينتمي مجتمع الدراسة إلى القطاع الصحي بولاية المدية و تحديدا المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بمصلحة أمراض الكلى (الايموديااليز) و عيادة تصفية الكلى في وسط المدية الواقعة بحي ثنية الحجر.

- **الزمني:**

تم تطبيق أدوات الدراسة في الفترة ما بين 01 جانفي 2017 إلى 15 أفريل 2017

4: عينة الدراسة و خصائصها:

العينة هي مجموعة من أفراد مجتمع البحث، و تكون ممثلة له، حيث تم اختيارها بطريقة مناسبة وإجراء الدراسة عليها و تعميم نتائجها على كافة المجتمع الأصلي.

حيث تم اختيار العينة الخاصة بالدراسة الحالية بالاعتماد على الطريقة القصدية الملائمة مع الدراسة (قلق الموت و علاقته بمعنى الحياة)

تتكون العينة من 64 مريض و مريضة يعانون من قصور كلوي بنوعيه الحاد و المزمن، أي منهم 32مصابا ومصابة يتلقون العلاج بالحمية الغذائية و هذا قصور كلوي حاد و منهم 32 مصابا و مصابة يتلقون العلاج عن طريق تقنية تصفية الكلى بالهيموديااليز و هذا قصور كلوي مزمن و تراوحت أعمارهم من 20 إلى 50سنة.

و الجدولين التاليين يوضحان ما يلي:

الجنس / درجة الإصابة	إناث	ذكور	المجموع	النسب المئوية
حاد	**16**	**16**	**32**	**٪50**
مزمن	**16**	**16**	**32**	**٪50**
المجموع	**32**	**32**	**64**	**٪100**

جدول(1) يوضح خصائص العينة حسب نوع الإصابة بالقصور الكلوي

يظهر من الجدول رقم (1) أن خصائص العينة حسب نوع الإصابة بالقصور الكلوي قد اختيرت بطريقة قصدية فالعينة متجانسة من حيث العدد و النسب المئوية و التي تمثلت في مجموعها ب 32 مصابا و مصابة بالقصور الكلوي الحاد وبنسبة مئوية 50٪، بالإضافة إلى 32 مصابة ومصابة بالقصور الكلوي المزمن و بنسبة مئوية 50٪ و كان مجموع العينة حسب نوع كل إصابة 64 مصابة ومصابة بنسبة 100٪.

الجنس / العمر	ذكور	إناث	المجموع	النسب المئوية
30 – 20	10	16	26	٪40.63
40 -31	12	11	23	٪35.93
50 -41	10	05	15	٪23.44
المجموع	32	32	64	٪100

جدول (02) يوضح خصائص العينة حسب العمر و الجنس

يتبين من الجدول رقم(2) أن توزيع العينة حسب الجنس كان بطريقة قصدية و متجانسة من حيث الجنس و تمثلت في 32 مصابا و32 مصابة بالقصور الكلوي بمجموع 64 مصابا و مصابة و بنسبة 100٪، أما توزيع العينة حسب العمر كانت بطريقة غير متجانسة فقد كان اختلاف في التوزيع حسب العمر.

5- أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على أداتين هما:

1- مقياس قلق الموت:

- **وصف مقياس قلق الموت لبشير معمرية:**

يتكون المقياس في نسخته النهائية على 34 بندا، تمت صياغتها بأسلوب التقدير الذاتي، و يجاب عنها ضمن أربعة بدائل أساسية هي: لا، نادرا، أحيانا، غالبا، و لإعداده مر بالخطوات التالية:

- **الخطوة الاولى:** قام مصمم المقياس بالاطلاع على عدد من الدراسات، و الاستبيانات في المراجع التي تناولت قلق الموت، وبعدها قام بإعداد 53 بندا لقياس قلق الموت.

- **الخطوة الثانية:** قام مصمم المقياس بعرض البنود على 157 طالبا و طالبة، من قسم علم النفس بجامعة باتنة من أجل التعرف على مدى وضوح التعليمات و البنود من الناحية اللغوية، فقام وفقا لذلك بأخذ ملاحظات الطلبة، التي زودته بتغذية راجعة مفيدة، فقام بتعديل في التعليمات وفي بعض البنود التي أبدوا فيها عدم فهمهم لمضمونها و إدماج بعض البنود، فأسفرت العملية عن ذهاب 4 بنود فصار الاختبار يتكون من 49 بندا.

- **الخطوة الثالثة:** قام بعرض بنود المقياس على عدد من الأساتذة و الباحثين، في علم النفس بالجامعات الجزائرية، و ناقش معهم البنود ومضامينها و صياغتها، و مدى قدرتها على قياس قلق الموت، وطريقة الإجابة عنها، فأسفرت هذه العملية عن إعادة صياغة بعض البنود منها، إما لأنها لا تقيس قلق الموت، أو لأنها مكررة، فأصبح المقياس يتكون من 40 بندا.

- عينة التقنين:

تكونت عينة التقنين من 1127 فردا، منهم 446 من الذكور، و681 من الإناث، و تتكون كل عينة من الجنسين من عينتين فرعيتين حسب العمر.

• **العينة الأولى:** بلغ عدد أفرادها 683 فردا، منهم 241 من الذكور و 420 من الإناث تراوحت أعمارهم بين 18 إلى 25 سنة، بلغ متوسط أعمار الذكور 20.72 سنة، بانحراف معياري قدره 1.640، أما متوسط عمر الإناث فبلغ 20.31 سنة، و انحراف معياري قدره 1.76، وتم جمع أفرادها من جامعات الحاج لخضر بباتنة و جامعة باجي مختار بعنابة، و جامعة ورقلة و من التعليم الثانوي و التكوين المهني و الإداريون و المهنيين.

• **العينة الثانية:** بلغ عدد أفرادها 442 فردا، منهم 203 من الذكور و 239 من الإناث، تراوحت أعمارهم بين 26 إلى 37 سنة، بمتوسط حسابي قدره 30.24 سنة، وانحراف معياري قدره 2.26، أما متوسط عمر الإناث 29.18 سنة، و انحراف معياري قدره 2.26، وتم جمع أفرادها من طلاب المرحلة الجامعية الأولى و طلاب الدراسات العليا بجامعة الحاج لخضر بباتنة، ومن الإداريين و المهنيين بمدينة باتنة.

استغرق تطبيق الاستبيان على العينات السابقة، لجمع المعلومات منها حول قلق الموت، ابتداءا من شهر فيفري 2004 إلى جوان 2005.

- الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت:

تم حساب معاملات الصدق و الثبات للعينة كما يلي:

أ- الصدق:

• الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند و الدرجة الكلية للمقياس كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، إلا أن هناك 6 بنود انخفضت معاملات ارتباطها إلى أقل من 0.03، مع الدرجة الكلية مما يخل بمستوى التناسق بين بنود المقياس فتم حذفها، وبقي 34 بندا، و هي التي تكون بنود ا المقياس في صورته النهائية، مما يعني أن المقياس يتمتع باتساق داخلي معقول، مما يدل على أنه يقيس متغيرا واحدا متناسقا، وهذا مؤشر واضح على صدق المقياس عند عينة الذكور و عينة الإناث.

• صدق المحك بأسلوب التلازم:

تبين أثناء عرض البحث للخلفية النظرية، أن قلق الموت هو قلق معمم طليق، و لذا قام بحساب معاملات الارتباط بينه و بين كل من قلق الحالة و قلق السمة، فقام بتطبيق قائمة سبيلبرجرو اخرون لقياس قلق الحالة و قلق السمة، وهي من تعريف احمد محمد عبد الخالق، حسب معاملات الارتباط بطرقة (كارل بيرسون) لدرجة الخام بين المتغيرات الثلاثة.

و تبين أن معاملات الارتباط بين كل من قلق الموت، وقلق الحالة و قلق السمة، دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، لدى عينة الذكور و عينة الإناث، مما يشير إلى صدق مقياس قلق الموت للراشدين، و لأنه يلازم في ظهور كل من قلق الحالة و قلق السمة، كما أشار الإطار النظري للدراسة.

• الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية:

حيث تم سحب 27٪ من طرفي التوزيع للدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في مقياس قلق الموت للراشدين بعد ترتيبها من أدنى درجة إلى أعلاها.

بالنسبة لعينة الذكور كانت 65 فردا من كل درجة، و بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعينتي الطرفين كل على حدا حسب قيمة " ت " لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين.

يتبين من قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات، أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يشير إلى أن المقياس له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين، مما يدل على صدقه لدى عينة الذكور.

أما بالنسبة لعينة الإناث فكانت النسبة تساوي 119 فرد من كل طرف، و بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعينتي الطرفين كل على حدى حسب قيمة " ت " لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين.

يتبين من قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات، أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يشير إلى أن المقياس له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين، مما يدل على صدقه لدى عينة الإناث.

(بشير معمرية ،2007، ص ص 220، 229)

ب- الثبات:

تم حسابه بثلاث طرق:

• حساب معامل الاتساق عبر الزمن بأسلوب تطبيق و إعادة تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس ثم أعيد تطبيقه على عينة 111 من الذكور و 123 من الإناث و كان الفاصل الزمني بين التطبيقين يتراوح بين 20 يوما و ثلاثة شهور، فجاء معامل الارتباط بين التطبيقين كما يلي:

عينة الذكور 0.612 دال إحصائيا عند مستوى 0.01، عينة الإناث 0.54 دال إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يشير إلى أن المقياس يتميز بثبات مقبول.

• بطريقة التجزئة النصفية بأسلوب فردي و زوجي:

قام معد المقياس بتصحيح إجابات أفراد العينة بطرقة استخراج درجتين لكل فرد، أحدها على البنود الفردية، و الثانية على البنود الزوجية، فصار لكل فرد درجتان، ثم قام بحساب معامل الارتباط بين الدرجتين لعينة الذكور ن = 214، و عينة الإناث ن = 442، فجاءمعامل الارتباط كما يلي:

عينة الذكور 0.824، وارتفع بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان – براون إلى 0.903
عينة الإناث فكان 0.853، و ارتفع بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان – براون إلى 0.922، مما يشير إلى أن المقياس يتميز بمستوى عال من الاتساق بين البنود داخليا.

• حساب معامل الفا لكرونباخ:

جاء معامله يساوي 0.914، و هو معامل مرتفع.

ج- طريقة تطبيق و تصحيح و تقدير الدرجة لمقياس قلق الموت:

يطبق المقياس أساسا بطريقة جماعية، أي يجب أن يجيب عنه عدة أفراد في نفس الجلسة، كما يمكن تطبيقه بطريقة فردية.

يجاب عن المقياس حسب التوضيح الوارد في التعليمات، بأن يضع المفحوصين علامة (×) أمام واحدة من الاختيارات الأربعة التالية: لا، نادرا، أحيانا، غالبا.

و عند التصحيح يمنح المفحوص درجة صفر (0) إذا أجاب ب: لا، درجة (1) إذا أجاب ب: نادرا، درجة (2) إذا أجاب ب: أحيانا، درجة (3)إذا أجاب غالبا، و التصحيح يكون في اتجاه واحد.

و تتراوح الدرجة النظرية التي يحصل عليها الفرد على المقياس، من (0) إلى (102) درجة،ويشيرارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مشاعر قلق الموت. **(بشير معمرية ،2007 ، ص ص220، 229)**

2- مقياس معنى الحياة:

أعد هذا المقياس السيكولوجي هارون توفيق الرشيدي سنة 1996، يتكون هذا المقياس من 39 بندا يقيس معنى الحياة يجاب عنها بأسلوب تقديري ضمن أربعة بدائل: لا، قليلا، متوسطا، كثيرا.

- الخصائص السيكومترية لمقياس معنى الحياة:

*** الصدق و الثبات على العينة المصرية:**

بالنسبة للصدق تم حساب الصدق التمييزي على عينتين إحداهما عادية من طلاب الجامعة عدد عينتها 30فردا، وعينة من طلاب الجامعة الذين أودعوا في مستشفى الأمراض النفسية و تكونت العينة من 30 فردا، فبلغت قيمة " ت" 13.81 وهي دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، و استخرجت كذلك معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان و الدرجة عن كل بند (صدق البنود) فتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.996- 0.998. **(هارون توفيق الرشيدي، 1996، ص ص 1034، 1055)**

أما الثبات فتم حسابه بطريقة التطبيق و إعادة التطبيق، بعد مرور 15 يوم على 85 طالبا جامعيا، فبلغ معامل الارتباط 0.986. **(هارون توفيق الرشيدي، 1996، ص1033)**

- تقنين مقياس معنى الحياة على البيئة الجزائرية من طرف بشير معمرية:

- عينة التقنين:

تكونت عينة التقنين من 414 فردا، منهم 203 ذكرا و 211 أنثى، تراوحت أعمار عينة الذكور بين 15- 50 سنة، بمتوسط حسابي قدره 20.59 و انحراف معياري قدره 41.48، و تراوحت أعمار عينة الإناث بين 15-42 سنة بمتوسط حسابي قدره 19.52 و انحراف معياري قدره 3.53 و تم سحب العينتين(الذكور و الإناث) من تلاميذ و تلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، ومن كليات الحاج لخضر – باتنة-، وشملت الطلبة و الموظفين و الأساتذة، و من مراكز التكوين المهني و التكوين شبه الطبي، و استغرقت عملية التطبيق من 11 أكتوبر 2009 إلى 16 فيفري 2010.

- الخصائص السيكومترية لمقياس معنى الحياة على البيئة الجزائرية:

أ- الصدق:

تم حساب الصدق بثلاث طرق:

- **الصدق التمييزي:**

- عينة الذكور:

لحساب هذا النوع من الصدق تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، فتمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور، حجم كل عينة يساوي 36 مفحوص بواقع سحب 27٪ من العينة الكلية (ن= 132).

الجدول رقم (3) يبين قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور

العينة / المتغير	العينة العليا (ن=36)		العينة الدنيا (ن= 36)		قيمة "ت"
	م	م	م	م	
مقياس معنى الحياة	89.94	7.63	60.97	5.77	17.88

قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0.01

يتبين من قيمة " ت" في الجدول رقم (2) أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين و المنخفضين في معنى الحياة، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور.

- عينة الإناث:

تمت المقارنة كذلك بين طرفي الدرجات لعينة الإناث، حجم كل عينة يساوي 26 مفحوصة بواقع 27٪ من العينة الكلية (ن=98)

الجدول رقم (4) يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث

العينة / المتغير	العينة العليا (ن=26)		العينة الدنيا (ن=26)		قيمة " ت"
	م	م	م	م	
مقياس معنى الحياة	69.61	3.48	65.31	6.17	17.11

قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0.01

يتبين من قيمة "ت" في الجدول (3) أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين و المنخفضين في معنى الحياة، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الإناث.

- **الصدق الإتفاقي:**

لحساب هذا النوع من الصدق، تم تطبيق مقياس معنى الحياة مع استبيان الثقة بالنفس لفريح العنزي 1999، و استبيان الأمل لأحمد محمد عبد الخالق 2004

و يبين الجدول رقم (5) معاملات الارتباط بين مقياس معنى الحياة و كل من استبيان الثقة بالنفس و استبيان الأمل.

المتغيرات		جنس العينات	حجم العينات	معاملات الصدق
معنى الحياة	الأمل	ذكور	132	0.430
		إناث	98	0.262
		ذكور و إناث	230	0.396
	الثقة بالنفس	ذكور	132	0.319
		أناث	98	0.337
		ذكور و إناث	230	0.325

دال إحصائيا عند مستوى 0.01

يتبين من معاملات الصدق الإتفاقي في الجدول (4) أن مقياس معنى الحياة يتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

- **الصدق التعارضي أو التناقضي:**

و لحساب هذا الصدق تم تطبيق مقياس معنى الحياة مع استبيان التشاؤم لأحمد محمد عبد الخالق 2000، و قائمة اليأس لبيك (مترجمه بدر محمد الأنصاري 2001)

يبين الجدول (6) معاملات الارتباط بين مقياس معنى الحياة و متغيري التشاؤم و اليأس

المتغيرات		جنس العينات	حجم العينات	معاملات الصدق
معنى الحياة	التشاؤم	ذكور	83	0.462
		إناث	86	0.371
		ذكور وإناث	163	0.397
	اليأس	ذكور	83	0.477
		إناث	86	0.495
		ذكور و إناث	169	0.481

دال إحصائيا عند مستوى 0.01

يتبن من معاملات الصدق التعارضي في الجدول (5) أن مقياس معنى الحياة يتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

ب- الثبات:

1) طريقة إعادة تطبيق المقياس

2) معامل الفا لكرونباخ:

يتبين الجدول رقم (7) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق و طريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ

نوع معامل الثبات	جنس العينات	حجم العينات	معاملات الثبات
طريقة إعادة تطبيق (بعد 18يوم)	ذكور	36	0.741
	إناث	41	0.762
	ذكور وإناث	77	0.764
معامل ألفا لكرونباخ	ذكور	85	0.952
	إناث	93	0.912
	ذكور و إناث	178	0.923

يتبين من معاملات الصدق و الثبات التي تم الحصول عليها، أن مقياس معنى الحياة يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

- طريقة تطبيق و تصحيح مقياس معنى الحياة:

تم تطبيق مقياس معنى الحياة في الحصص الدراسية، سواء لطلاب الجامعة أم لطلاب التكوين المهني، أما بالنسبة للموظفين فقد أجابوا على الاستبيانات في مكاتبهم، وكان عدد المفحوصين في كل تطبيق يتراوح بين 12 و 32 فردا، مما جعل الباحث يتحكم في العملية من حيث مراقبته لفهم أفراد العينة

لتعليمات المقياس و طريقة الإجابةعن بنودها، و كان يطلب منهم أن يسجلوا إجاباتهم بكل اهتمام و جدية، لأن ذلك سيفيد في صدق و موضوعية هذه الدراسة، وكان الوقت المستغرق في كل جلسة للإجابة على مقياس معنى الحياة يتراوح بين 12- 25 دقيقة.

و تنص التعليمات على أنه عند الإجابة على المقياس، يطلب من المفحوص أن يضع علامة × تحت واحد من الاختيارات الأربعة السابقة و ذلك حسب انطباق مضمون العبارة عليه.

أما بالنسبة لطريقة تصحيح المقياس، فقد سبقت الإشارة إلى أنها تتكون من 39 بندا يجاب عنها ضمن أربعة بدائل و اختيارات هي: لا و تنال (0) صفرا، قليلا و تنال درجة واحدة(1)، متوسطا و تنال درجتان (2)، كثيرا و تنال ثلاث درجات (3).

و بالتالي تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين صفر (لا وجود لمعنى الحياة)، 117 (ارتفاع معنى الحياة). أما الدرجة الفعلية فقد تراوحت عند عينة الذكور بين 37- 102 درجة، و تراوحت عند الإناث بين 49- 98 درجة.

6- الأدوات الإحصائية المستعملة في الدراسة:

لا يمكن لأي باحث أن يستغني عن الأدوات و الأساليب الإحصائية مهما كان نوع الدراسة و البحث الذي يقوم به، لأن هذه الوسيلة تمكنه من معرفة ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطيه بين متغيرين، و كذلك ما إذا كانت هناك فروق بين متوسطات مجموعات موضوع البحث أم لا، حيث تم معالجة البيانات في هذه الدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الإنسانية و الاجتماعية " spss "، بهدف الإجابة عن أسئلة الدراسة و هذا بالاعتماد على التقنيات أو الأساليب الإحصائية التالية:

1- الأسلوب الإحصائي الوصفي.

2- الأسلوبالاستدلالي " المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري، متوسط الخطأ المعياري " للكشف عن مستويات المتغيرات.

3- معاملالارتباط " Eta" للكشف عن العلاقة بين المتغيرات.

5- اختبار "ت" (t test) للفروق لعينتين مستقلتين.

الفصل السادس :

عرض ومناقشة نتائج الفرضيات

تمهيد:

تناولنا في هذا الفصل تحديد نتائج الدراسة الميدانية، وذلك من خلال عرض ومناقشة استجابة أفراد العينة ومعالجتها إحصائيا باستخدام مفاهيم الإحصاء الوصفي و الاستدلالي وصولا إلى النتائج وتحليلها وتفسيرها على ضوء الدراسات السابقة و الأطر النظرية للدراسة و المتعلقة بقلق الموت ومعنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي.

1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة:

" وجود علاقة ارتباطيه بين قلق الموت و معنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي".

لتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط "Eta " كبديل إحصائي لمعامل الارتباط بيرسون (علاقة بيرسون ضعيفة) و هذا ما توضحه سحابة البيانات في الملحق رقم (3) لعدم وجود علاقة خطية، و يبين الجدول الآتي ذلك:

المتغيرين	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الملاحظة
قلق الموت	64	48.54	19.59	0.74	0.001	دالة
معنى الحياة	64	78.87	18.18			

الجدول رقم (8): يبين بيانات وصفية عن العينة

يمثل الجدول رقم (08) نتائج اختبار الفرضية الأولىالمذكورة أعلاه و قد كان عدد أفراد العينة 64 مصابا و مصابة، إذ بلغ المتوسط الحسابي لقلق الموت 48.54 بانحراف معياري قدره 19.59، أما معنى الحياة تحصل أفراد العينة فيه على المتوسط الحسابي 78.87 بانحراف معياري قدره 18.18.

بالنسبة لمعامل الارتباط Eta، فقدرت قيمة معامل الارتباط بين قلق الموت و معنى الحياة ب 0.74 بمستوى دلالة 0.001 و هي قيمة أقل من القيمة المعنوية 0.05، أي أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين المتغيرين و بالتالي فإن الفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين قلق الموت و معنى الحياة قد تحققت.

و من الدراسات التي تتفق مع الدراسة الحالية الدراسة التي أجراها " **ديفز و آخرون**" (1983)، و التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين قلق الموت و قوة الأنا وتقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعة، و بعد تحليل للبيانات إحصائيا توصل الباحثون إلى وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين قلق الموت و قوة الأنا و تقدير الذات.

كما تتفق نتيجة دراستنا مع ما أشارت إليه دراسة " **ضحى عادل محمود**"**(2010)**، و التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين قلق الموت و الرضا عن أهداف الحياة لدى المسنين، وتوصلت النتائج إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الثلاثة.

و ترى الباحثة أنه يمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية إلى أن المرضى المصابين بقصور كلوي تسيطر عليهم أفكار لا عقلانية و خاطئة في كل ما يتعلق بمرضهم و في كل ما يتعلق بالموت و التفكير به، مما يسبب لهم اضطرابات نفسية و سلوكية تظهر عندهم بأشكال مختلفة.

و القلق من الموت عند هذه الفئة خاصية إنسانية أساسية و من الواضح أنها حساسة، و رغم هذا كله يبقى هناك دافع قوي أساسي وجوهري لدى المريض يحركه لإتمام مسيرته في الحياة ألا وهو أهمية القيم و المعاني التي يحيا من أجلها، فدائما يسعى إلى تحقيق الوصول إلى مكانة مهيمنة للحصول على القوة لتحمل المعاناة للرفع من قيمة حياته و يجعلها تستحق أن تعاش و هذا هو معنى الحياة.

بالإضافة إلى أن الباحثة قد افترضت أن قلق الموت متغير رئيسي يؤثر في معنى الحياة عند المرضى المصابين بقصور كلوي (حاد، مزمن)، ولمساندة هذا الافتراض وجدت الدراسة أن إدراك المرضى لمعنى الحياة يرتبط بجانب مهم و هو التخلص تدريجيا من قلق الموت و التخطيط لحياة بأهداف أفضل.

2- عرض و مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

"توجد فروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن)".

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمنا اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين، و الجدول التالي يوضح ذلك:

	درجة الإصابة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الخطأ المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	الملاحظة
قلق الموت	قصور كلوي حاد	32	46.81	20.69	3.65	-0.705	62	0.483	غير دال
	قصور كلوي مزمن	32	50.28	18.59	3.28		61.05		

الجدول رقم (9): يبين دلالة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن)

يبين الجدول رقم (9) أعلاه أن عدد المرضى المصابين بالقصور الكلوي الحاد قدر ب32 مصابا و مصابة، إذ تحصلوا متوسط حسابي قيمته 46.81 و انحراف معياري قدره 20.69 بمتوسط الخطأ المعياري 3.65 و بدرجة حرية قيمتها 62 درجة، أما عدد المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن فقدر ب32 مصابا و مصابة، و تحصلوا على متوسط حسابي قيمته 50.28 بانحراف معياري قدره 18.59 و بمتوسط الخطأ المعياري قدره 3.28 و درجة حرية قيمتها 61.05 درجة.

أما بالنسبة لدلالة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لدرجة الإصابة (حاد، مزمن)، استخدمنا اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين إذ تحصلنا على قيمة 0.705-و مستوى الدلالة الإحصائية 0.483 وهو أكبر من القيمة المعنوية 0.05، ومنه لا توجد فروق في مستوى الشعور بقلق الموت دالة إحصائيا تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن) في مستوى الشعور بقلق الموت.

ويمكن إرجاع سبب عدم وجود فروق دالة إحصائيا في هذه الفرضية إلى تشابه أعراض القصور الكلوي بنوعيه الحاد و المزمن و المتمثلة في:

- انخفاض في المصفات الكلوية.
- توقف الجزء الوظيفي في الكلية.
- عدم قدرة الكلية على تحقيق التوازن الداخلي للعضوية.

و ترى الباحثة أنه يمكن تفسير هذه النتيجة بأن المريض المصاب بقصور كلوي في حالة دائمة التفكير في مآله و مصيره المجهول و هذا ما يزيد من شدة قلقه و خوفه من الموت، فجلوس المريض لمدة 3 إلى 4 ساعات أمام آلة التصفية إضافة إلى رؤيته لخروج الدم عبر الأنابيب الشفافة من جسمه إلى الآلة يعتبر مبعث للشعور بخطر كبير يهدده، فأي خلل كتعطل الآلة أو تخثر الدم هو بمثابة موت محقق، و من خلال ملاحظاتنا ظهر لنا خوفهم من خلال ما يلي:

- تفقد المريض المتسمر لآلة التصفية خوفا من توقفها المفاجئ.
- عدم تقبل تغيير الممرضين القدامى بحجة أن الممرضين الجدد لا يحسنون غرز إبر التصفية.
- الترقب الدائم لليد التي بها أنابيب التصفية خوفا من التوقف المفاجئ للعملية.

و مما يزيد من تعزيز الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بقصور كلوي سواء حاد كان أم مزمن وفاة أحد المرضى الذي كان يجاورهم في التصفية، و بالتالي يبدون تأثر بالغ عند حديثهم عنه. بالإضافة إلى أن الحالة الصحية للمرضى المصابين بالقصور الكلوي بنوعية الحاد و المزمن تتوقف بشكل كبير على حالتهم النفسية فكلما كانوا أكثر راحة نفسيا كلما كانوا أكثر قوة لمواجهة مرضهم

من خلال ملاحظاتنا خلال احتكاكنا مع هذه الفئة لاحظنا أن وجود المختص النفسي و عمله مع هؤلاء أمر لابد منه بالنسبة لصحة المريض لمساعدته على تقبل المرض و التكيف مع الوضع الحالي بأهداف و بنظرة إيجابية و مساعدته أيضا على رؤية إيجابيات العلاج و توفره و تمكنه من تلقيه و هذا لتفاعله مع المرض و مع حالته تدريجيا بطريقة سليمة، كما يعمل المختص النفسي على تقوية الدعم الاجتماعي للمريض و تقديم إرشادات للأفراد المحيطين به، فالمشاكل النفسية التي يعاني منها المريض سواء جراء المرض أو من الضغوطات التي يفرضها عليه العلاج و التي تجعله في حاجة إلى المساعدة لتحمل المرض، كما يحتاج إلى العناية الطبية من أجل توازن جسمه.

3- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

توجد فروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن)". للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين و الجدول التالي يبين ذلك:

	درجة الإصابة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الخطأ المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	الملاحظة
معنى الحياة	قصور كلوي حاد	32	72.06	19.26	3.40	-0.321	62	0.002	دال
	قصور كلوي مزمن	32	85.68	14.32	2.53		57.2		

الجدول رقم (10): يبين دلالة الفروق في معنى الحياة تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن)

يمثل الجدول رقم (11) دلالة الفروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن) باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين، وقد كانت عينة المرضى المصابين بالقصور الكلوي الحاد 32 مصابا و مصابة و التي قدر متوسطهم الحسابي ب 72.06 بانحراف معياري 19.29 ومتوسط الخطأ المعياري 3.40 و بدرجة حرية 62 درجة، أما عينة المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن فبلغ عددهم 32 مصابا و مصابة بمتوسط حسابي قيمته 85.68 و انحراف معياري 14.32 وبمتوسط الخطأ المعياري 2.53 و بدرجة حرية 57.26 درجة.

و باستخدام اختبار "ت" تحصلنا على قيمة 0.321- و مستوى الدلالة الإحصائية بقيمة 0.002 و هي أصغر من القيمة المعنوية 0.05، و منه توجد فروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن).

و بما أن المتوسط الحسابي لدرجة القصور الكلوي المزمن أكبر من المتوسط الحسابي لدرجة القصور الكلوي الحاد فإن الفروق في معنى الحياة يكون لصالح القصور الكلوي المزمن، و منه نستنتج أن الفرضية تحققت.

و ترجع الباحثة إلى أنه يمكن تفسير هذه النتيجة بسبب أن القصور الكلوي الحاد له أمل في عودة توازن الكلى من خلال تحكم المريض بالأكل و الالتزام بنظام غذائي معين سوف يؤدي به حتما إلى

العلاج إذا توفق بأدائه، أما فالقصور الكلوي المزمن فيعرف تدهور مستمر ومرتقي في وظائف الكلى فيتطور إلى المراحل النهائية حينما يتحطم أكثر من 90٪ من النفرونات هنا يتطلب اللجوء إلى العلاج بتقنية غسيل الكلى أو زرع الكلى، وهنا يشعر المريض المصاب بهذا القصور الكلوي المزمن أنه في موقف لا مفر منه و يجب عليه أن يواجه شيئا مقدرا لا يمكن تغييره، و عندئذ فقط يكون أمامه فرصة أخيرة لتحقيق القيمة العليا لتحقيق المعنى الأعمق لحياته، كما أن إحباط الرغبة في الوجود أو الإحباط الوجودي لدى بعض المرضى المصابين بقصور كلوي المزمن يعوض لديهم أحيانا و بصورة غير مباشرة الرغبة في القوة من خلال تعويض الإحباط الوجودي إلى تعويض مادي و يظهر ذلك من خلال استمتاعهم بالأكل أو المقتنيات المادية اللافتة للانتباه مثل ارتداء ملابس باهظة الثمن أو ساعات يدوية ثمينة و غيرها..... وهذا ما لوحظ في العينة خلال فترة تطبيق المقياس.

إن رؤية المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن بإيجابية لحياته و إبداعه لمعنى حياته في فترة الأزمات و الضغوط التي يواجهها تساعده على البقاء بصحة نفسية سوية يسودها التفاؤل و الضبط النفسي، فالمعنى للحياة يجعل للمريض هدفا و يوفر قيما ومعايير تعطيه القدرة على التحكم في الحياة إضافة إلى ما تمنح المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن الشعور بالقيمة الذاتية.

4- عرض و مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بالقصور كلوي تبعا لنوع الجنس (ذكور، إناث)".

لتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا اختبار "ت" للعينتين مستقلتين متجانستين، و الجدول الموالي يبين ذلك:

قلق الموت	الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الخطأ المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	الملاحظة
	ذكور	32	43.00	22.08	3.90	-0.234	62	0.02	دال
	إناث	32	54.09	15.13	2.67		54.86		

الجدول رقم (11): يبين دلالة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعالمتغير الجنس (ذكور، إناث)

من الجدول رقم (10) كانت النتائج كما يلي: حيث تحصل أفراد العينة الذكور و الذي يبلغ عددهم 32 مصابا على متوسط حسابي بقيمة 43 بانحراف معياري قدره 22.08 و متوسط الخطأ المعياري 3.90 و بدرجة حرية 62 درجة، أما بالنسبة لعينة الإناث و التي بلغ عددها 32 مصابة فتحصلت على متوسط حسابي بقيمة 54.09 و بانحراف معياري 15.13 و بمتوسط الخطأ المعياري 2.67 و درجة حرية 54.86 درجة.

أما بالنسبة لدلالة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)، استخدمنا اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين تحصلنا على قيمة 0.234- بمستوى الدلالة الإحصائية 0.02 و هي أصغر من القيمة المعنوية 0.05، ومنه توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بقصور كلويتبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

و بما أن المتوسط الحسابي للإناث أكبر من المتوسط الحسابي للذكور فإن الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت يكون لصالح الإناث، ومنه نستدل على هذه الفرضية أنها تحققت.

و تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل إليه "محمد أحمد عبد الخالق،(1987) " في دراسته حول قلق الموت لدى عينات في ثلاث أقطار عربية (مصر، لبنان، السعودية)، بهدف الكشف عن الفروق بين مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الجنس، و توصلت نتائج هذه الدراسة بالنسبة لعينة الذكور اللبنانيون على أقل متوسط و حصل المصريون على أعلى متوسط، بينما السعوديون على مركز وسيط

بين المصريين و اللبنانيين، أما بالنسبة للطالبات فقد حصلت اللبنانيات و المصريات على المتوسط نفسه.

أما بالنسبة للفروق الجنسية فالإناث حصلن على درجات متوسط أعلى من الذكور في مقياس قلق الموت.

و استنادا إلى ما تم الوصول إليه من خلال تطبيقنا لمقياس قلق الموت و مع ما سجلناه من ملاحظات و ما جمع من تصريحات خلال المقابلات المجرات مع النساء المصابات بالقصور الكلوي من مختلف الفئات العمرية فقد ظهر لدى بعضهن الشعور بقلق الموت الذي تبين ذلك من خلال درجة المتوسط الحسابي و كذلك من خلال العوامل الانفعالية و التي ظهرت على شكل غضب، كبت العواطف، التعرض للإحباط، و القلق و الصراع، و هذا ما أكدته"**هورني**" بأنه هته الانفعالات نابعة من شعور الفرد بالعجز و الضعف و الحرمان الذي ينمو تدريجيا من خلال تأثير المحيط. **(حنان عبد الحميدعناني،2000،ص177).**

بالإضافة إلى الظروف الأسرية و الاجتماعية السيئة حيث لاحظنا أن معظم الحالات تعاني الإحباط كونهن متزوجات و أمهات أطفال جعل حدة القلق تزداد لخوفهن على مستقبلهن و نهايتهن بالموت بقول

بعضهن: " الموت ماهيش بعيدة، و بقوله تعالى: { قل لن يصيبنا إلى ما كتب الله لنا }، فهذه الحالات تعيش الإحباط الذي يعد من العوامل النفسية التي تؤثر على الفرد، فهو حالة من الشعور بالخيبة و الانزعاج، و بدا واضحا من خلال ملاحظتنا لكثرة استخدامهن للآليات الدفاعية و التي تعتبر الوسيلة التي يلجأ إليها الفرد فهي بمثانة أسلحة دفاع نفسي تستخدمها الذات ضد الإحباط و الصراع و التوتر و القلق من خلال التعويض فهو يساعد الفرد على الهروب من المواقف المثيرة لقلق، ومنهن من يتمسك بالوازع الديني من خلال الرقية الشرعية لذا نجد البعض منهن يشعرن بنوع من القبول لمرضهن رغم مرارته.

و يمكن تبرير الفروق الجنسية التي كانت لصالح الإناث في مستوى الشعور بقلق الموت إلى حساسية المرأة و خوفها الشديد من فقدانها لحياتها و تخليها على عائلتها و أبنائها و ما سوف يلقونه بعدها و هذا ما لاحظناه أثناء فترة التطبيق .

5- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

" توجد فروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث)".

للتحقق من هذه الفرضية استخدمنا اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين و الجدول الموالي يوضح ذلك:

	الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الخطأ المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	الملاحظة
معنى الحياة	ذكور	32	78.21	19.26	2.66	-0.287	62	0.775	غير دال
	إناث	32	79.53	14.32	3.37		56.08		

الجدول رقم (12): يبين دلالة الفروق في معنى الحياة تبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث)

يبين الجدول رقم (12) دلالة الفروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، إناث)، و لقد كانت النتائج كما يلي:

حيث تحصل أفراد العينة الذكور و الذي يبلغ عددهم 32 مصابا على متوسط حسابي بقيمة 78.21 و انحراف معياري قدره 19.26 و بمتوسط الخطأ المعياري 2.66 و درجة حرية 62 درجة، أما أفراد العينة الإناث و البالغ عددهن 32 مصابة فتحصلن على متوسط حسابي بقيمة 79.53 بانحراف معياري 14.32 ومتوسط الخطأ المعياري 3.37 و درجة حرية 56.08.

و اتضح أن قيمة "ت" تساوي 0.287- و قيمة الدلالة الإحصائية 0.77 و هي أكبر من القيمة المعنوية 0.05 و منه فالفروق في معنى الحياة غير دال إحصائيا، وبذلك لم تتحقق الفرضية التي مفادها وجود فروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس.

و تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "**رحال ماريو (1995)**"، في دراسته المعنى الوجودي و علاقته ببعض المتغيرات الشخصية، بهدف التعرف على طبيعة المعنى الوجودي و استكشاف علاقته ببعض المتغيرات الشخصية لدى عينة من طلاب الجامعة متكونة من 48 طالبا و 60 طالبة، و توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث في متوسط درجات اختبار الهدف من الحياة و لم يوجد أي تأثير للجنس على درجات اختبار الهدف من الحياة.

و من خلال ما سبق ترى الباحثة أنه يمكن تفسير هذه الفرضية حسب البناء النفسي للفرد سواء كان الفرد ذكرا أم أنثى، فكلا الجنسين لهما دليل النظرة إلى الحياة، و كلا الجنسين يطمحان بحياة أفضل و

حياة ذات معنى، فحياة المرضى المصابين بقصور كلوي من كلا الجنسين ورغم الظروف المرضية و الضغوطات النفسية التي يعيشونها فهي تتضمن أشياء قوية كالمثل و القيم و الطموحات التي يعيش الإنسان من أجلها، و هذا ما يزيد لديهم الثقة في النفس و وجود أمل في المستقبل، و الصبر و الحماس لديهم في تلقي العلاج.

الإستنتاج العام:

استنادا على ما سبق ذكره في الجانبين النظري و التطبيقي نستنتج الأهمية الكبيرة لمتغيرات الدراسة في الصحة النفسية خاصة المتغيرات المتمثلة في قلق الموت و معنى الحياة، و التي أكدت النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة على أنها ترتبطا ارتباطا وثيقا وقويا حيث تحققت فرضيات الدراسة و التي أشارت إلى:

وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 لكل من قلق الموت و معنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي.

أما الفرضيات الخاصة بالبحث عن الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت و معنى الحياة فيما يخص درجات الإصابة (حاد، مزمن).

الفرضية الثانية لم تتحقق و التي أشارت إلى وجود فروق في مستوى الشعور بقلق الموت تعزى لدرجة الإصابة(حاد، مزمن)،

أما الفرضية الثالثة فتحققت و التي أشارت إلى وجود فروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد،مزمن).

و عن الفرضيات الخاصة بالبحث عن الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت و معنى الحياة فيما يخص الجنس (ذكور، إناث).

فقد تحققت الفرضية الرابعة و التي أشارت إلى وجود فروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس،

الفرضية الخامسة لم تتحقق و التي أشارت إلى وجود فروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس.

و يمكن القول كذلك أن أغلب نتائج الدراسة الحالية تتفق مع أغلب الدراسات السابقة .

الاقتراحات:

و في الختام يقترح من خلال هذه الدراسة مجموعة من الاقتراحات التي يمكن أن تضاف في دراسات لاحقة و التي تتمثل فيما يلي:

- الاهتمام بالمختص النفسي و دوره في مصلحة أمراض الكلى.
- تنمية الثقة بين المريض و الفريق الطبي الذي يقدم بدوره التطمينات و جدوى المعالجات و خياراتها و يرفع همة المريض على مواجهة الوضع و إتباع التعليمات الطبية بدقة.

- بناء و تصميم برامج علاجية مناسبة لزيادة التخفيف من سيطرة فكرة الموت لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي.

- إجراء دراسات نفسية و علمية أخرى على عينات من المرضى المصابين بالقصور الكلوي في ظل متغيرات المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، السكن، نوع الأسرة، عدد الأولاد....إلخ، باستعمال أدوات و مناهج أخرى و مقارنتها بنتائج الدراسة الحالة.

- إنشاء برامج إرشادية لتعديل سلوكات المرضى المصابين بقصور كلوي و تعريفهم بأهمية العلاج.

- الانخراط في برامج الدعم و المساندة و البرامج التعليمية لمرضى القصور الكلوي.

- ترجمة الأعمال الأجنبيةللعربية في هذه المواضيع لتسهيل سبل البحث فيه.

- زيادة الوازع الديني لدى المرضى المصابين بقصور كلوي.

خاتمة

خاتمة:

إن المرضى المصابين بالقصور الكلوي يعانون من اضطرابات و ضغوطات نفسية كالقلق أو التوتر و الانفعال أو بعض المخاوف الأخرى التي يجب التعامل معها و عدم تركها تتفاقم في درجتها خلال هذه المواقف المختلفة.

و للتخفيف من هذه الآثار يستحسن اللجوء إلى العلاج النفسي، فهو يهدف إلى خلق الثقة بالنفس حيث يتضمن الدعم العاطفي و النفسي و هذا بمساعدة الأخصائي النفسي من خلال العمل على جعل الحالات أكثر تقبلا للمرض و الرغبة في الشفاء من خلال العلاج المقدم لهم، وتنمية الثقة بالذات فضلا عن جعلهم يتواصلون مع الآخرين بسهولة و بأفكار واضحة، كذلك المساعدة بالتوجيه و الإرشاد فيما يخص حالاتهم و الاهتمام المبكر بهم.

إضافة إلى الاهتمام بالثقافة الصحية و النفسية في كل ما يتعلق بمرض القصور الكلوي للوقاية من الاضطرابات المصاحبة له، و هذا الأمر لا يتم إلا بإتباع مجموعة من التوصيات يهدف تقليل المتاعب الجسمية و النفسية، و يتم ذلك من خلال التعاون مع أطباء مرضى القصور الكلوي بالمستشفيات و العيادات، كذلك من خلال تكثيف برامج التوعية عن طريق وسائل الإعلام المرئية، السمعية و المقروءة، لتوعية المرضى المصابين بالقصور الكلوي بضرورة الاهتمام بأنفسهم، إضافة إلى توعية المحطين بهم قصد دعمهم النفسي.

و هذا كله بهدف التخلص تدريجيا من الاضطرابات النفسية التي يصعب على المريض المصاب بالقصور الكلوي تجاوزها، و التي من بينها قلق الموت الناتج عن التجربة المرضية التي يعيشها، و إعادة بعث روح الأمل و التفاؤل و تصحيح نظرته التشاؤمية و إعادة إحياء جانب مهم في حياته ألا و هو معنى الحياة.

قائمة المصادر
والمراجع

قائمة المراجع:

- القرآن الكريم.

القواميس:

1- عبد المنعم حنفي (1997): موسوعة الطب النفسي، الطبعة الأولى، مكتبة مدبولي، القاهرة.

-الكتب:

2- أحمد محمد عبد الخالق (1987): قلق الموت، د ط، عالم المعرفة، الكويت.

3- أديب محمد الخالدي (2006): مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص و العلاج، الطبعة1، دار النشر، عمان.

4-الأزرق بن علو (د ت): كيف تتغلب على القلق و تنعم بالحياة، د ط، دار الفكر للنشر والتوزيع، لبنان.

5-ألفرد أدلر (2005): معنى الحياة، الطبعة الأولى، حقوق الترجمة و النشر العربية للمجلس الأعلى للثقافة، الجزيرة، القاهرة.

6-إيزاك ماركس (1978): التعايش مع الخوف، دار النشر، الكويت.

7-بشير معمرية (2009): دراسات نفسية في الذكاء الوجداني – الاكتئاب- اليأس- قلق الموت- السلوك العدواني- الانتحار- قسم علم النفس، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.

8-حامد عبد السلام زهران (2005): التوجيه و الإرشاد النفسي، الطبعة4، عالم الكتب، القاهرة.

9-حسين فايد (2001): الاضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها)،الطبعة1، دار طيبة للنشر و التوزيع، القاهرة.

10-حسين فايد (2001): المشكلات النفسية الاجتماعية، الطبعة الأولى، دار طيبة للنشر و التوزيع، القاهرة.

11-حنان عبد الحميد العناني (2000): الطفل و الأسرة و المجتمع، الطبعة1، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

12-راجح أحمد عزت (1994): أصول علم النفس، المكتب المصري الحديث، بدون طبعة، الإسكندرية.

13-سامر جميل رضوان (2002): الصحة النفسية الطبعة1، للنشر و التوزيع و الطباعة.

14-سيجموند فرويد (2004): الكف و العرض و القلق، الطبعة1، دار الشروق للنشر و التوزيع، القاهرة.

15-عادل شكري محمد كريم (2005): المخاوف المرضية (قياسها و تصنيفها و تشخيصها)، بدون طبعة، دار المعرفية الجامعية.

16-عبد الحميد الشاذلي (2001): الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، دون طبعة، المكتب العلمي للنشر و التوزيع، الإسكندرية.

17-عبد الكريم قاسم أبو الخير (2002): التمريض النفسي مفهوم الرعاية التمريضية، دون طبعة، وائل للطباعة و النشر، رام الله، عمان.

18-علي البار (1992): الفشل الكلوي و زرع الأعضاء- الأسباب و الأعراض و طرق التشخيص و العلاج، الطبعة1، دار القلم للطباعة و النشر، دمشق.

19-فاروق السيد عثمان (2001): القلق و إدارة الضغوط النفسية، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

20-فيكتور فرانكل (1982): الإنسان يبحث عن المعنى، مقدمة في العلاج بالمعنى و التسامي بالنفس، ترجمة طلعت منصور، دار القلم، الكويت.

21-محمد فوزي جبل (2000): الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، دون طبعة، الإزراطية الإسكندرية.

الرسائل الجامعية:

22- إبراهيم بن محمد بليكاني (2008): تقدير الذات و علاقته بقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة أوسلو في النرويج، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك.

23- أشرف عبد الرحيم (2010): قلق المستقبل و علاقته بمعنى الحياة و الضغوط النفسية لدى عينة من الشباب، المؤتمر السنوي الخامس عشر، جامعة عينة الشمس.

24- جعفر أبو صاع (2010): قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيمياوية الإسرائيلية في محافظة طولكوم ز كلايم وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير (غير منشورة)، مكتب محافظة طولكوم، فلسطين.

25-حافظ سلام الهاشم (2006): معنى الحياة و علاقته بقلق المستقبل و الحاجة للتجاوز لدى طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه منشورة، كلية الأداب، جامعة بغداد.

26- رحال ماريو (1995): المعنى الوجودي و علاقته ببعض المتغيرات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين الشمس، مصر.

27-رحال ماريو (1998): مدى فعالية العلاج بالمعنى في خفض العصاب و الفراغ الوجودي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين الشمس، مصر.

28-سميرة أبو غزالة (2007): فعالية الإرشاد بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية و تحسين المعنى الإيجابي للحياة لدى طلاب الجامعة، المؤتمر السنوي الرابع عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين الشمس، مصر.

29- عبد الرحمان سليمان و إيمان فوزي (1991): معنى الحياة و علاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من المسنين العاملين و غير العاملين، المؤتمر الدولي السادس " جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي و العشرين"، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين الشمس، مصر.

30- عبد الرحمن سي موسى و آخرون (دت): الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق (نظرة الاختبارات الاسقاطية)، جمعية علم النفس الجزائر العاصمة، الجزائر.

31- فقيري يونس (2015): علاقة سلوك (1) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

32- فوقية حسن رضوان (2005): علم النفس التطبيقي و جودة الحياة، المؤتمر العلمي الثالث الإنماء النفسي و التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

33- ليلى نافع عبد العزيز الكايد (1995): قلق الموت و القيم الدينية لدى المسنين في دور الرعاية في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

34- يوسف مصطفى سلامة عوض الله (2008): التدين و علاقته بمستوى القلق و بعض السمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

المجلات:

35- أحمد محمد عبد الخالق (1998): قلق الموت قبل العدوان العراقي و بعده، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد 64.

36- جميلة رحيم الوالي (2012): المعنى في الحياة و علاقته بنمط الشخصية (A B) لدى طلبة جامعة بغداد، مجلة الأساتذة العدد 201.

37- حسن خيري و علام حسن، (1998): دراسة تحليلية لمعنى الحياة في بكل من الصلابة النفسية و التحصيل الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، المجلة التربوية بسوهاج، العدد 13.

38- خوج حنان (2010): معنى الحياة و علاقته بالرضا عنها لدى طالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية، مجلة جامعة أم القرى لعلوم التربية و النفسية، المجلد 3، العدد 2.

39- دانيا الشيؤون (2011): القلق و علاقته بالاكتئاب عند المراهقين، مجلة جامعة دمشق، العدد 3+4.

40- عبد الفتاح غريب (2007): الاضطرابات الإكلينيكية، المجلة المصرية لعلم النفس، المجلد17، العدد 56.

41- محمد حسن الأبيض (2010): مقياس معنى الحياة لدى الشباب، مجلة كلية التربية، جامعة عين الشمس، الطبعة3، المجلد 34، العدد 799- 820.

42- محمد نبيل عبد الحميد (1995): قلق الموت و علاقته بدافعية الانجاز و نوعية التعليم، عينة من طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، العدد 35.

43 - حنان بنت أسعد خوج (2011): معنى الحياة و علاقته بالرضا عنها لدى طالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية، مجلة جامعة أم القرى، العدد4.

44- إبراهيم رجب الله و آخرون (2009): الموت و الخوف منه عند الفلاسفة، كلية العلوم الإسلامية الرمادي، مجلة جامعة الانبار، المجلد1، العدد 4.

المراجع الأجنبية:

Les dictionnaires :

45 - Larousse médical (2002) : Edition françaises, L,N,C.

46 - Morin.Y (2003) : le petit Larousse de la médical, Larousse 3eme édition, paris.

Les livres :

47- Christophe A et Kearney Timothy J.Trull (2010) : Abnormalpsychology and life, Columbia.

48- Colette Bizouard (2008) : Vivre la communication, chronique sociale, Lyon.

51- Philippe Nubukpo (2006) : Guide pratique de psycho gériatrie, Masson, Paris.

49- Romald J. comer (2009) : Abnormal psychology, eigth edition, New york.

50- Spellger (1983) : ContenparrnyBehavionanthérapy, my life, publishing, company.

51- Leath.C (1999) : the Expérience of meaning in life frome a psychological perspective.

52- Boubchier. M (2005) : monographies sur l'insuffisance rénale chronique, O ,P ,U, Alger.

53- Rayan.T (2002) :La néphrologie dans tout ses états.

54- Sobotta (2000) : Atlas d'anatomie humaine émietter, 4eme édition, paris.

55- Christine Booker (2000) :le corps humain, étude, structure et fonction, adboeck.

Les Journaux :

56- HamidiS,Yatkin.Y (2011) : The meaning of life , Heagth Disease and the naturopathy, jornal of psychology and counselling.

57-Di Musio,G (2006) : Theism and the meaning of life, jornal of disutandi.

الملاحق

ملحق رقم (01): مقياس قلق الموت

السن:

الحالة الاجتماعية:

الجنس:

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات اقرأ كل عبارة لوحدها، ثم أجب عنها بوضع علامة (×) تحت كلمة لا، نادرا، أحيانا، غالبا، و ذلك حسب انطباق الإجابة عليك.

لا توجد إجابة و أخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

العبارات	لا	نادرا	أحيانا	غالبا
1- أقلق من الموت				
2- أقلق حين يتحدث الناس عن الموت				
3- يفزعني أنه مهما طال عمري أني سوف أموت				
4- أشعر بالقلق عند موت أحد أقاربي				
5- يقلقني أن أموت في حادث				
6- يقلقني ما ينتظرني بعد الموت				
7- يقلقني أن أموت فجأة				
8- أخشى أن أموت بطريقة مأساوية				
9- يقلقني أن أموت حينما يحين أجلي				
10- أخاف أن تجرى لي عملية				
11- يقلقني أن أموت في كارثة طبيعية (زلزال، فيضان)				
12- أتجنب زيارة مريض بمرض خطير				
13- يفزعني أن يقلقني شخص ما				
14- أصاب بالقلق عندما أجد نفسي أمام شخص يحتضر				
15- أخشى أن أموت مقتولا				
16- أتجنب القيام بالأعمال الصعبة تجنبا لخطر ما				
17- أخاف أن أموت بسكتة قلبية				

18- عندما أصاب بمرض أخشى أن أموت بسببه				
19- أشعر بالقلق عندما أتذكر الموت				
20- أتجنب السفر خوفا من الموت في حادث				
21- أشعر بالقلق عند موت أحد جيراني				
22- أخاف أن أموت بمرض خطير				
23- أخشى أن تقوم حرب مدمرة فأموت فيها				
24- أقلق من سماعي خبر موت شخص				
25- يفزعني أن تنتقل لي عدوى مرض قاتل				
26- أتجنب التواجد وحدي في غرفة مات فيها شخص				
27- أخشى أن أموت أثناء النوم				
28- يقلقني أني سأموت في أي وقت				
29- أخشى أن أموت بسكتة قلبية				
30- يفزعني أن أموت حرقا بالنار				
31- أتجنب زيارة القبور				
32- أصاب بالرعب عندما أشاهد شخصا ميتا				
33- أقلق عندما أشاهد الموت في صفحات الجرائد				
34- أخشى أن أموت بتسمم غذائي				

ملحق رقم (2): مقياس معنى الحياة

السن:

الحالة الاجتماعية:

الجنس:

التعليمات:

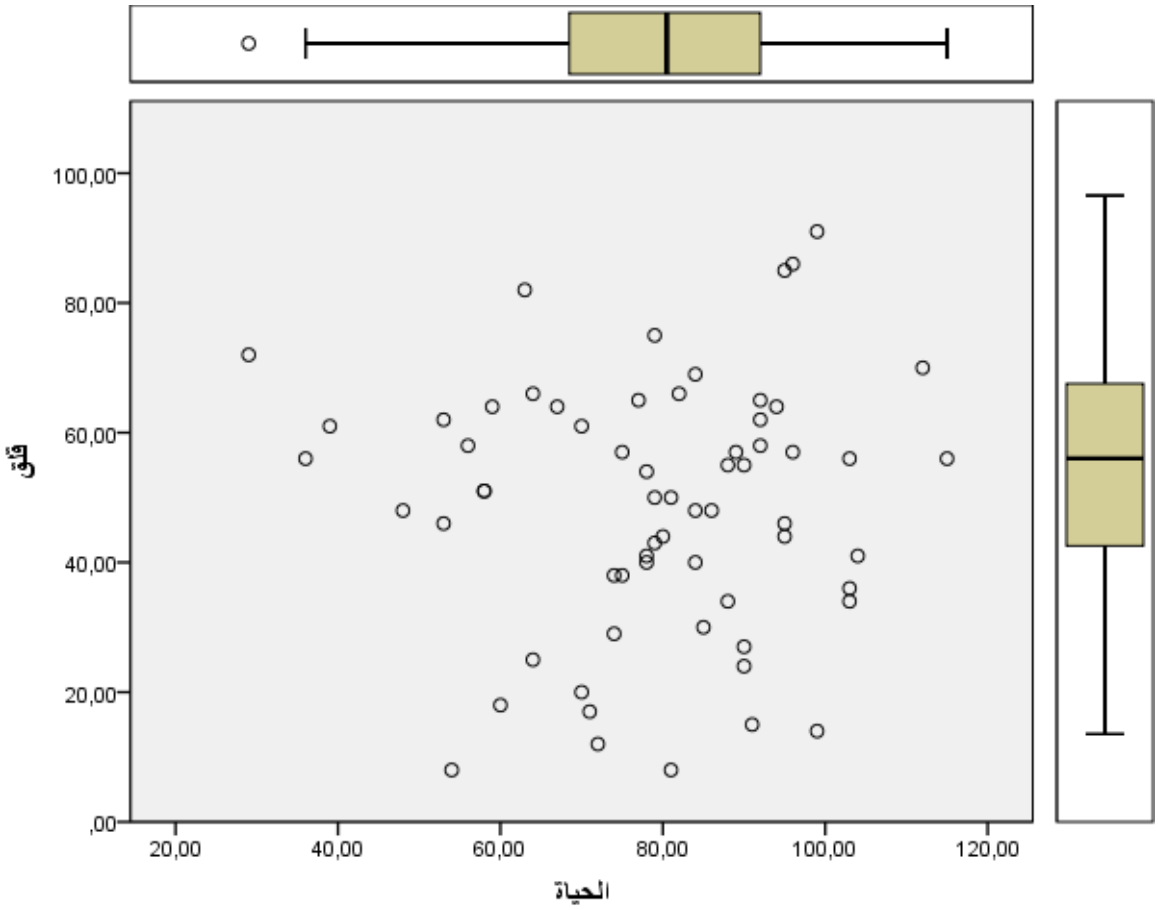
فيما يلي مجموعة من العبارات تصف نظرتك إلى الحياة في الحاضر و المستقبل، اقرأ كل عبارة لوحدها ثم أجب عنها بوضع العلامة (×) تحت كلمة لا، قليلا، متوسطا، كثيرا. و ذلك حسب انطباق الإجابة عليك.

لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1- أفكر في معنى الحياة باستمرار				
2- استطيع تحقيق الأمور المهمة في حياتي				
3- أبحث عن النشاطات و الاهتمامات الجديدة و أجد فيها متعة				
4- أستطيع تحديد الأمور التي افتقدتها في تحديدا دقيقا				
5- أنا شخص مستقر باستمرار				
6- أتوقع أن حياتي الخصبة الجميلة سوف تأتي في المستقبل				
7- عندي أمل بأن المستقبل سوف يأتيني بأشياء مهمة و سارة				
8- أحلم بأن أجد نفسي في مكان جديد و بشخصية جديدة				
9- أحلم بأن أحقق شيئا جديد: و مختلف عما هو مألوف				
10- أسعى إلى تغيير الهدف الرئيسي لحياتي				
11- أفكر باستمرار في سر الحياة				
12- أفكر في أن أجد فرصا جديدة للحياة				
13- قبل أن أحقق هدفا حددته من قبل، أبدا في التفكير في هدف آخر				
14- أشعر بأني في حاجة مغامرة و اكتساب عالم جديد				
15- يلازمني الشعور بأني أحقق ذاتي				
16- أشعر أني قد وجدت ما افتقدته و قررت أن أبحث عنه طيلة حياتي				

17- أدرك أني استنفذت كل قوتي في الهدف الذي وجهت إليه حياتي				
18- يوجد لدي اعتقاد بأنه ينبغي أن أفعل شيئا له قيمة في حياتي				
19- يوجد لدي شعور بأنه يجب أن أعمل شيئا غير عادي و يكون له هدف				
20- أنا أشعر عادة بالحيوية و الحماس				
21- تبدو الحياة بالنسبة لي ممتعة ومشوقة و مثيرة للاهتمام				
22- أعيش حياتي بأهداف واضحة تماما				
23- طبيعة شخصيتي مليئة بالمعاني و المثل				
24- كل يوم بالنسبة لي هو يوم جديد				
25- إذا استطعت أن تختار فإني أختار أن أعيش هذه الحياة أكثر من مرة				
26- بعد وصولي إلى سن التقاعد أعمل أعمالا مهمة كنت أرغب بها				
27- في حالة تحقيق أهداف حياتي فإني أتقدم بمنتهى الحيوية حتى أتمها				
28- أشعر أن حياتي مليئة بالأشياء الجميلة				
29- إذا قدر لي أن أموت اليوم أشعر أن حياتي تستحق أن أعيشها				
30- أثناء التفكير في حياتي اكتشف الهدف و العبرة من وجودي				
31- عندما أتأمل علاقتي بالعالم المحيط بي أكتشف أنها تتناسب مع معنى الحياة بالنسبة لي				
32- أنا إنسان أتحمل مسؤوليتي في الحياة تماما				
33- فيما يتعلق بحرية الاختيار، أرى أن الإنسان له الحرية الكاملة في الاختيار				
34- فيما يتعلق بالموت أكون مستعد و غير خائف				
35- فيما يتعلق بالانتحار، أتجنب التفكير فيه نهائيا				
36- لدي قدرة قوية على إيجاد معنى و هدف أو رسالة للحياة				
37- حياتي في يدي و أتحكم فيها تماما				
38- إن القيام بالأعمال اليومية يكون مصدر سروري و راحتي				
39- اكتشف أن للحياة أهدافا واضحة و مفيدة				

الملحق رقم (3): سحابة البيانات وهي تبيين توضح العلاقة الخطية بين المتغيرين قلق الموت و معنى الحياة



الملحق رقم (4): يبين الارتباط بين قلق الموت و معنى الحياة

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
قلق	48,5469	19,59586	64
الحياة	78,8750	18,18555	64

Corrélations

		قلق	الحياة
قلق	Corrélation de Pearson	1	,019
	Sig. (bilatérale)		,884
	Somme des carrés et produits croisés	24191,859	419,375
	Covariance :	383,998	6,657
	N	64	64
الحياة	Corrélation de Pearson	,019	1
	Sig. (bilatérale)	,884	
	Somme des carrés et produits croisés	419,375	20835,000
	Covariance :	6,657	330,714
	N	64	64

اختبار العلاقة بين المتغيرين في حالة عدم وجود علاقة خطية

Récapitulatif de traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquant		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage

قلق * الحياة	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%

Tableau croisé قلق * الحياة

Effectif

		الحياة								
		29,00	36,00	39,00	48,00	53,00	54,00	56,00	58,00	59,00
قلق	8,00	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	12,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	14,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	15,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	17,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	24,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	25,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	27,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	29,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	30,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	34,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	36,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	38,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	40,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	41,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	43,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	44,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	46,00	0	0	0	0	1	0	0	0	0

	48,00	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	50,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	51,00	0	0	0	0	0	0	0	2	0
	54,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	55,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	56,00	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	57,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	58,00	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	61,00	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	62,00	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	64,00	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	65,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	66,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	69,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	70,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	72,00	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	75,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	82,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	85,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	86,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	91,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		1	1	1	1	2	1	1	2	1

Tableau croisé قلق * الحياة

Effectif

	الحياة								
	60,00	63,00	64,00	67,00	70,00	71,00	72,00	74,00	75,00

قلق	8,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	12,00	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	14,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	15,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	17,00	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	18,00	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	20,00	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	24,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	25,00	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	27,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	29,00	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	30,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	34,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	36,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	38,00	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	40,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	41,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	43,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	44,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	46,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	48,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	50,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	51,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	54,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	55,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	56,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	57,00	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	58,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	61,00	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	62,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	64,00	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	65,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	66,00	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	69,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	70,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	72,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	75,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	82,00	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	85,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	86,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	91,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		1	1	2	1	2	1	1	2	2

قلق * الحياة Tableau croisé

Effectif

		الحياة								
		77,00	78,00	79,00	80,00	81,00	82,00	84,00	85,00	86,00
قلق	8,00	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	12,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	14,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	15,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	17,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0

18,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30,00	0	0	0	0	0	0	0	1	0
34,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40,00	0	1	0	0	0	0	1	0	0
41,00	0	1	0	0	0	0	0	0	0
43,00	0	0	1	0	0	0	0	0	0
44,00	0	0	0	1	0	0	0	0	0
46,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48,00	0	0	0	0	0	0	1	0	1
50,00	0	0	1	0	1	0	0	0	0
51,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54,00	0	1	0	0	0	0	0	0	0
55,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
58,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
62,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
64,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	65,00	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	66,00	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	69,00	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	70,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	72,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	75,00	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	82,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	85,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	86,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	91,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		1	3	3	1	2	1	3	1	1

Tableau croisé قلق * الحياة

Effectif

		الحياة								
		88,00	89,00	90,00	91,00	92,00	94,00	95,00	96,00	99,00
قلق	8,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	12,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	14,00	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	15,00	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	17,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	24,00	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	25,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	27,00	0	0	1	0	0	0	0	0	0

29,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34,00	1	0	0	0	0	0	0	0	0
36,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
43,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
44,00	0	0	0	0	0	0	1	0	0
46,00	0	0	0	0	0	0	1	0	0
48,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55,00	1	0	1	0	0	0	0	0	0
56,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57,00	0	1	0	0	0	0	0	1	0
58,00	0	0	0	0	1	0	0	0	0
61,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
62,00	0	0	0	0	1	0	0	0	0
64,00	0	0	0	0	0	1	0	0	0
65,00	0	0	0	0	1	0	0	0	0
66,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	75,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	82,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	85,00	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	86,00	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	91,00	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		2	1	3	1	3	1	3	2	2

Tableau croisé قلق * الحياة

Effectif

		الحياة				
		103,00	104,00	112,00	115,00	
قلق	8,00	0	0	0	0	2
	12,00	0	0	0	0	1
	14,00	0	0	0	0	1
	15,00	0	0	0	0	1
	17,00	0	0	0	0	1
	18,00	0	0	0	0	1
	20,00	0	0	0	0	1
	24,00	0	0	0	0	1
	25,00	0	0	0	0	1
	27,00	0	0	0	0	1
	29,00	0	0	0	0	1
	30,00	0	0	0	0	1
	34,00	1	0	0	0	2
	36,00	1	0	0	0	1
	38,00	0	0	0	0	2

40,00	0	0	0	0	2
41,00	0	1	0	0	2
43,00	0	0	0	0	1
44,00	0	0	0	0	2
46,00	0	0	0	0	2
48,00	0	0	0	0	3
50,00	0	0	0	0	2
51,00	0	0	0	0	2
54,00	0	0	0	0	1
55,00	0	0	0	0	2
56,00	1	0	0	1	3
57,00	0	0	0	0	3
58,00	0	0	0	0	2
61,00	0	0	0	0	2
62,00	0	0	0	0	2
64,00	0	0	0	0	3
65,00	0	0	0	0	2
66,00	0	0	0	0	2
69,00	0	0	0	0	1
70,00	0	0	1	0	1
72,00	0	0	0	0	1
75,00	0	0	0	0	1
82,00	0	0	0	0	1
85,00	0	0	0	0	1
86,00	0	0	0	0	1
91,00	0	0	0	0	1

Total	3	1	1	1	64

Mesures directionnelles

			Valeur
Données nominales / intervalle	Eta	Dépendant de قلق	,776
		Dépendant de الحياة	,740

الملحق رقم (5): يبين درجة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن)

```
FREQUENCIES VARIABLES=قلق

T-TEST GROUPS=الدرجة(1 2)

 /MISSING=ANALYSIS

 /VARIABLES=قلق

 /CRITERIA=CI(.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الدرجة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
قلق	1,00	32	46,8125	20,69664	3,65868
	2,00	32	50,2813	18,59628	3,28739

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
قلق	Hypothèse de variances égales	,205	,652	-,705	62
	Hypothèse de variances inégales			-,705	61,303

Test des échantillons indépendants

	Test t pour égalité des moyennes

		Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
					Inférieur
قلق	Hypothèse de variances égales	,483	-3,46875	4,91863	-13,30094
	Hypothèse de variances inégales	,483	-3,46875	4,91863	-13,30317

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes
		Intervalle de confiance de la différence à 95 %
		Supérieur
قلق	Hypothèse de variances égales	6,36344
	Hypothèse de variances inégales	6,36567

الملحق رقم (6): يبين درجة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لمتغير الجنس

```
T-TEST GROUPS=الجنس(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=قلق
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
قلق	1,00	32	43,0000	22,08488	3,90409
	2,00	32	54,0938	15,13671	2,67582

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	Ddl
قلق	Hypothèse de variances égales	7,125	,010	-2,344	62
	Hypothèse de variances inégales			-2,344	54,860

Test des échantillons indépendants

	Test t pour égalité des moyennes			
	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %

					Inférieur
قلق	Hypothèse de variances égales	,022	-11,09375	4,73307	-20,55502
	Hypothèse de variances inégales	,023	-11,09375	4,73307	-20,57958

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes
		Intervalle de confiance de la différence à 95 %
		Supérieur
قلق	Hypothèse de variances égales	-1,63248
	Hypothèse de variances inégales	-1,60792

الملحق رقم (07): يبين درجة الفروق في معنى الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي تعزى لدرجة الإصابة (حاد، مزمن).

```
T-TEST GROUPS=الدرجة(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=الحياة
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الدرجة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الحياة	1,00	32	72,0625	19,26042	3,40479
	2,00	32	85,6875	14,32894	2,53302

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	Ddl
الحياة	Hypothèse de variances égales	2,662	,108	-3,211	62
	Hypothèse de variances inégales			-3,211	57,268

Test des échantillons indépendants

	Test t pour égalité des moyennes			
	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
				Inférieur

الحياة	Hypothèse de variances égales	,002	-13,62500	4,24368	-22,10800
	Hypothèse de variances inégales	,002	-13,62500	4,24368	-22,12196

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes
		Intervalle de confiance de la différence à 95 %
		Supérieur
الحياة	Hypothèse de variances égales	-5,14200
	Hypothèse de variances inégales	-5,12804

الملحق رقم(8): بين درجة الفروق في مستوى معنى الحياة لدى المرضى المصابين بقصور كلوي تبعا لمتغير الجنس

```
T-TEST GROUPS=الجنس(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=الحياة
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الحياة	1,00	32	78,2188	15,05417	2,66123
	2,00	32	79,5313	21,08506	3,72735

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	Ddl
الحياة	Hypothèse de variances égales	3,339	,072	-,287	62
	Hypothèse de variances inégales			-,287	56,086

Test des échantillons indépendants

	Test t pour égalité des moyennes			
	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %

					Inférieur
الحياة	Hypothèse de variances égales	,775	-1,31250	4,57987	-10,46754
	Hypothèse de variances inégales	,775	-1,31250	4,57987	-10,48678

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes
		Intervalle de confiance de la différence à 95 %
		Supérieur
الحياة	Hypothèse de variances égales	7,84254
	Hypothèse de variances inégales	7,86178