وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

الضغط النفسي وإستراتيجيات مواجهته لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن

دراسة ميدانية على عينة من المصابين بالقصور الكلوي المزمن الذين يقومون بتصفية الدم بولاية المدية

مذكّرة مقدّمة لنيل شهادة الماستر تخصص علوم التربية *إرشاد وتوجيه*

إعداد الطالبة:
فاطمة الزهـراء ضيفي

إشـراف الأستاذة:
أمينة بلحاج

السنة الجامعية: 2015/2014م


بسم الله الرحمن الرحيم
١٤٢٠
١٤٨٠

شكر وعرفان

الحمد لله، حمدَ عبد عرف فشكَر والصلاة والسلام على خير البشر محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وأصحابه وعلى من اقتضى الأثر.

شكري كفعلك فأنظر في عواقبه تعرف بفعلك ماعندي من الشكر

إلى الذين أوقدوا قافية البهاء في ظلمة الهباء فأنبت البياض رقائق الأقاحي من الألف إلى الياء..إلى والدي حفظهما الله سبحانه وتعالى وأطال في عمرهما.

إلى إخوتي اللذين ساعدوني كثيرا..أتمنى لهم النجاح في حياتهم.

إلى التي أدركتِ البحث فكرة فرَكته وقوَّمته ووجهت مساره..إلى الأستاذة المشرفة

"أمينة بلحاج".

إلى كل أساتذة قسم علم النفس بجامعة يحي فارس بالمدية..أتقدم لهم بجزيل الشكر.

إلى الأخصائية النفسانية حفيظة بسكري بمستشفى محمد بوضياف..أشكرها جزيل الشكر على جهدها الذي بذلته معي في انجاز هذا العمل وأتمنى لها النجاح في حياتها المهنية.

إلى كل الأخصائيين النفسانيين الذين ساعدوني كثيرا في انجاز هذا العمل المتواضع وأتمنى لهم النجاح في حياتهم اليومية والمهنية.

إلى كل الممرضين والأطباء في مصلحة تصفية الدم الذين ساعدوني كثيرا في هذا العمل.

إلى كل المرضى الذين صبروا معنا وتكبدوا الألم في سبيل إثراء البحث العلمي وتوعية الأفراد حول طبيعة هذا المرض وما ينجر عنه من انعكاسات سلبية على الجانب الجسدي والنفسي للمريض..أتمنى لهم الشفاء العاجل.

دون أن ننسى تقديم الشكر إلى كل من ساهم في إنجاح هذا العمل من قريب أو من بعيد.

فاطمة الزهراء

إهـــداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بذكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك..الله جلّ جلاله.

إلى من بلّغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة..إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

إلى من منحتني شبابها وعمرها، إلى من سأظل باسمها أجود، إلى من أعطتني الحب بلا حدود، إلى من لا أحد لها مثيل في هذا الوجود، إلى من فتحت في طريقي كل باب مسدود، إلى من غمرتني بدعائها..إليك أنت وحدك أمي الحنون.

إلى من اختار النجاح رفيقا لي والعلم سلاحي في الدهر وأنيسا لي في وحدتي، إلى من وهبني كل ما يملك في سبيل أن يراني في أعلى مستوى، إلى من تعجز الكلمات عن وصفه ويعجز اللّسان عن شكره، إلى من لا أطمع إلا في رضاه ودعواته..إليك وحدك أبي العزيز.

إلى من علموني أن الدنيا أماني، والأماني طريق لكسب المعاني، إلى الشموع التي تنير ظلمة حياتي، إلى من بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها، إلى من عرفت معهم معنى الحياة..إلى إخوتي "نجم الدين..ياسر..أكرم".

إلى ملاكي في الحياة، إلى بسمة الحياة وسر الوجود، إلى من كان دعاؤها سر نجاحي.. إلى جدتي الغالية أطال الله في عمرها.

إلى أستاذتي المشرفة "أمينة بلحاج" حفظها الله..أهديك شيئا من غرس يديك لعل الله أن يتقبلها مني..ويثيبك خيرا عني.

إلى الأخوات اللاتي لم تلدهم أمي..إلى من تحلّوا بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء إلى بنات خالاتي وبنات خالي حفظهم الله.

إلى كل زميلاتي وزملائي في قسم علم النفس..أتمنى لهم النجاح في حياتهم.

إلى كل من سكن قلبي ولم يكتبه قلمي، إلى كل من حملته ذاكرتي ولم تحمله مذكرتي..إليكم جميعا أهدي هذا العمل المتواضع.

فاطمة الزهراء

فهرس المحتويات

الموضـــــــوع	الرقم
كلمة شكر	~
الإهــداء	~
فهرس المحتويات	~
فهرس الأشكال والجداول	~
قائمة الملاحق	~
ملخص الدراسة	~
مقدمـــة	أ.ب
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: الفصل التمهيدي للدراسة	
1- إشكالية الدراسة.....	03
1-1- التساؤلات.....	06
1-2- الفرضيات.....	06
2- أسباب ودواعي اختيار الموضوع.....	07
3- أهداف الدراسة.....	08
4- أهمية الدراسة.....	08
5- تحديد المصطلحات.....	09
6- الدراسات السابقة.....	10
6-1- تعقيب على الدراسات السابقة.....	11
الفصل الثاني: الضغط النفسي	
تمهيد.....	13
1- تعريف الضغط النفسي.....	14
2- أشكال الضغط النفسي.....	14
3- الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية.....	15

4- مصادر الضغط النفسي.....	17
5- العلاقة بين الضغوط النفسية والأمراض المزمنة.....	19
6- النظريات المفسرة للضغط النفسي.....	19
7- مواجهة الضغوط النفسية.....	25
خلاصة الفصل.....	26
الفصل الثالث: إستراتيجيات المواجهة	
تمهيد.....	28
1- تعريف إستراتيجيات مواجهة الضغوط.....	29
2- محددات مواجهة الضغط.....	29
3- خصائص إستراتيجيات المواجهة.....	30
4- آليات الدفاع وأساليب المواجهة.....	31
5- تصنيف إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.....	32
6- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة Coping.....	36
7- فاعلية إستراتيجيات المواجهة على الصحة الجسدية.....	39
خلاصة الفصل.....	40
الفصل الرابع: القصور الكلوي المزمن	
تمهيد.....	42
1- الجانب الفيزيولوجي للكلية.....	43
2- تعريف القصور الكلوي.....	44
3- أنواع القصور الكلوي.....	44
4- التشخيص الفارقي بين القصور الكلوي المزمن والحاد.....	46
5- مراحل الكشف عن القصور الكلوي المزمن.....	46
6- أسباب القصور الكلوي المزمن.....	48
7- أعراض القصور الكلوي المزمن.....	49
8- علاج القصور الكلوي المزمن.....	50
9- سيكولوجية المريض بالقصور الكلوي المزمن.....	52
خلاصة الفصل.....	54

الباب الثاني: الجانب الميداني للدراسة

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد.....	57
1- منهج الدراسة.....	58
2- خطوات إجراء البحث.....	58
2-1- الدراسة الاستطلاعية.....	58
2-2- الدراسة الأساسية.....	60
2-2-1- حدود الدراسة.....	60
2-2-2- عينة الدراسة وكيفية اختيارها.....	60
2-2-3- أدوات الدراسة.....	61
2-2-3-1- دراسة الحالة.....	61
2-2-3-2- الملاحظة.....	62
2-2-3-3- المقابلة.....	66
2-2-3-4- مقياس الضغط النفسي.....	68
2-2-3-5- مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.....	72
2-2-4- الأساليب الإحصائية.....	76

الفصل السادس: عرض وتفسير وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

تمهيد.....	78
1-عرض النتائج.....	78
1-1- عرض نتائج الفرض الرئيسي الأول.....	78
1-2- عرض نتائج الفرض الرئيسي الثاني.....	79
2- تفسير وتحليل النتائج.....	81
3- الاستنتاج العام.....	87
الخاتمة.....	89
الاقتراحات.....	~
قائمة المراجع.....	~
الملاحق.....	~

فهرس الأشكال والجداول

* فهرس الأشكال:

الرقم	عنوان الشكـل	الصفحة
01	مخطط آلية حدوث الضغط النفسي حسب نظرية سيلي Sely.....	20
02	العوامل النفسية والبيولوجية في المرض العضوي.....	22
03	النموذج المعد للعجز المكتسب عند سيليغمان Seligmane (1987).....	24
04	نموذج التقييم المعرفي لمواجهة الضغوط.....	37
05	مقطعين طوليين للأنابيب البولية(النفرون) والكلية.....	43

* فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجـدول	الصفحة
01	الفرق بين القصور الكلوي الحاد والمزمن.....	46
02	أعراض القصور الكلوي المزمن.....	49
03	خصائص توزيع العينة حسب الجنس والسن.....	61
04	خصائص توزيع العينة حسب مدة الإصابة.....	61
05	التنقيط على أساس بدائل إجابة مقياس الضغط النفسي.....	70
06	تصحيح الاستجابة الكلية لمقياس الضغط النفسي.....	70
07	قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية ودرجة كل بند لمقياس ضغط النفسي.....	71
08	التنقيط على أساس بدائل إجابة مقياس إستراتيجيات المواجهة.....	74
09	تصحيح الاستجابة الكلية لمقياس إستراتيجيات المواجهة.....	74
10	قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية ودرجة كل بعد لمقياس إستراتيجيات المواجهة.....	75
11	قيم مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.....	78
12	دلالة الفروق في إستراتيجية المشكل تبعا لعامل الجنس.....	79
13	دلالة الفروق في إستراتيجية الانفعال تبعا لعامل الجنس.....	80
14	العلاقة الارتباطية بين مدة الإصابة ونوع إستراتيجيات المواجهة.....	81

* **قائمة المـلاحق**

الرقم	عنوان الملحق
01	مقياس إستراتيجيات المواجهة.
02	مقياس الضغط النفسي.
03	دليل المقابلة نصف الموجهة.
04	صورة من ميدان البحث في مصلحة تصفية الدم بالمدية { آلة تصفية الدم موصولة بالمريض }.
05	بطاقة تقييم وتحكيم المقاييس.
06	إحصائيات حول مصالح غسل الكلى وعدد المرضى المتكفل بهم على مستوى ولاية المدية.
07	قائمة الأساتذة المحكمين لمقياسي الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة.
08	طلب تسهيل مهمة التربص وإجراء البحث (مصلحة تصفية الدم حي بزيوش).
09	طلب تسهيل مهمة التربص وإجراء البحث (مصلحة تصفية الدم حي عين الذهب).

الملخص:

يلعب الجسد الدور الأول والأساسي في نجاح حياة الفرد، فكل عنصر من جسدنا يؤدي دوره المنسوب إليه ووظيفته في المحافظة على الاتصال المستمر بين عالمنا الداخلي والعالم الخارجي، وعليه فإذا أُلحق ضرر بعضو ما فإن هذا سيؤثر حتما على الجانب الجسدي بشكل عام والجانب النفسي بشكل خاص.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطر الأمراض المزمنة التي أصبحت تشكل أهم الأسباب الرئيسية للعجز والوفيات في العالم لاسيما في الدول الصناعية، ومن بين هذه الأمراض نجد القصور الكلوي الذي يُحدث عجزا في الكليتين سواء كان عجزا مؤقتا وهو ما يعرف بالقصور الكلوي الحاد أو عجزا مستمرا وهو ما يعرف بالقصور الكلوي المزمن الذي هو عبارة عن تحطم معظم الخلايا النفرونية ليتوقف عمل الكلى كليا وينتج عنه ارتفاع البولة في الدم "**Urémie**".

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه المصابون بالقصور الكلوي المزمن مع التعرف على نوعية الإستراتيجيات التي يستخدمها المرضى لمواجهة الضغط النفسي عند كلا الجنسين، والتأكد من إمكانية وجود علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف المريض.

وللإجابة على هذه التساؤلات تم إجراء الدراسة على ثلاثين **(30)** فردا من المصابين بالقصور الكلوي المزمن مقسمين بالتساوي **15** إناثا و**15** ذكورا اختيروا بطريقة قصدية، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي واستعملت الأدوات التالية لجمع البيانات: دراسة الحالة، الملاحظة، المقابلة بأنواعها وبالتركيز على النصف موجهة منها، ومقياسي الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة اللذين تم إعدادهما من طرف الباحثة بالتنسيق مع الأستاذة المشرفة في إطار الدراسة الحالية.

وقد توصلت الدراسة بعد التطبيق إلى النتائج التالية:

- ✓ يعاني المرضى المصابون بالقصور الكلوي المزمن من مستوى متوسط من الضغط النفسي بسبب المرض؛
- ✓ عدم وجود فروق في نوعية إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير الجنس؛
- ✓ عدم وجود علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف المرضى.

مقدمة

المقدمة:

تُعرَّف الصحة على أنها حالة من اللياقة الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية التامة وهي المحدد الأساسي للقدرة على قيام الفرد بدوره في العائلة والعمل والمجتمع، وحدوث أي عجز في هذه الأدوار دليل على حدوث خلل في هذه اللياقة ووراء هذا الخلل حتما وجود إصابة معينة تسمى المرض، ويستخدم هذا المصطلح ليدل على الجانب السلبي للصحة فيشير بذلك إلى وجود اضطراب فسيولوجي أو عقلي من شأنه إعاقة الفرد عن القيام بوظائفه المعتادة بسبب انخفاض كفاءة الأجهزة الجسمية كالجهاز العصبي والجهاز الدوري والجهاز المناعي وتناقص عمل الكبد والكليتين.

وعادة ما يكون عمل أعضاء الجسم متناسقا ومتكاملا لذا فأي اختلال في عمل أي عضو منها قد يؤدي إلى فقدان هذا التنسيق الوظيفي للعضوية وبالتالي يمكن استنتاج مدى أهمية كل عضو، إلا أن درجة أهمية الأعضاء في الجسم يكون متفاوتا فإصابة القلب مثلا أو الكليتين ليس كإصابة الرجلين، فيمكن العيش مشلولا مدى العمر نظرا لتوقف حركة الرجلين لكن توقف حركة القلب أو توقف عمل الكليتين يؤدي مباشرة إلى الموت.

وإذا نظرنا إلى أكثر الأعضاء عرضة للإصابة بالأمراض فسنجد أنها الأعضاء ذات الدرجة العالية من الأهمية مثل القلب والكبد والمعدة والأمعاء والكليتين، وفي المقابل فمن بين الأمراض الأكثر انتشارا في العالم سنجد الضغط الدموي المرتفع ومرض القلب والداء السكري والقصور الكلوي...إلخ، وهذا الأخير سيمثل وجهتنا في هذا البحث.

ولأن القصور الكلوي المزمن من بين الأمراض التي تستنزف العضوية نظرا للدور العظيم الذي تؤديه الكلية في إحداث الاتزان الداخلي والطبيعي للجسم، يلجأ المصاب إلى عملية التصفية بالكلية الاصطناعية وذلك لكي يحدث نوعا من الاتزان الذي فقده بمجرد إصابة الكليتين وتوقفهما عن أداء وظيفتهما، كما تعتبر عملية تصفية الدم الحل المؤقت لمرضى القصور الكلوي المزمن، غير أن هذه العملية لا تشفي من هذا الداء لكنها تخفف من آثاره وتسمح للمريض بالحفاظ على حياته والعيش قدر الإمكان بشكل طبيعي نسبيا، لكنها تذكره بإصابته بهذا المرض في كل مرة يقوم فيها بالتصفية، هذا فضلا عما تخلقه من مضاعفات وتعقيدات كثيرة، كل هذا جعل معظم العلماء اليوم يُجمِعون بأن المصابين بهذا المرض يعيشون تحت ضغوط مستمرة تعود أساسا إلى الصعوبة البالغة التي يلقونها في معايشة هذا المرض، كأن يجد هؤلاء أنفسهم مجبرين على تخصيص **40** ساعة تقريبا كل شهر من أجل الخضوع لتصفية الدم "**Hémodialyse**" بواسطة الكلية الصناعية.

وتتم عملية التوافق السيكولوجي مع المرض تبعا لنوع الاستجابة التي يبديها الفرد في تعامله مع الضغط الناجم عن المرض وتدعى هذه الاستجابات حسب علماء النفس المعرفيين بالمواجهة "**Coping**" وإن هؤلاء المرضى يستعملون إستراتيجيات متنوعة لمواجهة تلك الضغوط كل حسب شخصيته، وقد أثبتت دراسات كدراسة **ياه Yeh و شوه Chou (2007) بطيوان** أن اختيار مرضى القصور الكلوي المزمن الملازمين للكلية الاصطناعية لإستراتيجيات مقاومة حل

المشكل والتجنب عند مواجهة ضغط عضوي وتبعية طبية ومشاكل نفسية لا يخفف من الأعراض المرضية، لتبقى المقاومة القائمة على البحث عن الدعم لدى الأخصائيين الأكثر نجاحا في تخفيف الضغط من أجل الاسترخاء وعدم تفاقم اضطراب الصحة النفسية. **(هرمز جميلة، 2012، ص. 20)**

والملاحظ أن أغلب الدراسات التي اهتمت بموضوع القصور الكلوي المزمن في العالم تناولته من الناحية الطبية أما الجانب النفسي فإن الخوض فيه لم يكن بالقدر الكافي، ورغم أهمية هذا الداء وخطورته في الجزائر إلا أنه لم يحظى بالبحث في المجال النفسي إلا في حدود ضيقة، لذلك يأتي هذا البحث كمحاولة لدراسة علمية خاصة في علم النفس عن إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

ولكي نلم بجميع جوانب الموضوع قمنا بتقسيم الدراسة إلى قسمين رئيسيين: **جانب نظري** و**آخر تطبيقي** ويتناول **الجانب النظري** أربعة فصول أولها **تمهيدي** يتناول مقدمة عامة للدراسة، إشكالية البحث وتساؤلاته الجزئية، الفروض المقترحة، المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها الدراسة، دواعي اختيار موضوع الدراسة وأهدافه وأهميته ثم انطلقنا من الدراسات السابقة حول الموضوع لتبيان أصالة البحث، وثانيها يتناول **الضغط النفسي** من تحديد مفهومه وتعداد أشكاله ومصادره والآثار الناجمة عنه حتى أهم النظريات المفسرة له وكيفية مواجهته، أما الفصل الثالث الذي يتناول **إستراتيجيات المواجهة** فقد تضمن تحديد مفهومها وخصائصها وتصنيفها مع تمييزها عن آليات الدفاع النفسي، مرورا بأهم التنظيرات المؤسِّسة لها مع تحديد فعاليتها على الصحة الجسدية للفرد، وأخيرا الفصل الرابع حول **القصور الكلوي المزمن** والذي تناول تقديم الجانب الفزيولوجي للكلية وأهمية وظائفها مع تعريف القصور الكلوي والتمييز بين مختلف أنواعه وتحديد معايير تشخيص القصور الكلوي المزمن، مرورا بتعداد أسبابه وأعراضه وعلاجه، وصولا إلى تقديم سيكولوجية المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن لتبيان خصوصية معيشه النفسي.

أما الجانب التطبيقي من الدراسة فقد احتوى على فصلين، خُصص الأول منهما لعرض **الإجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية** من المنهج المتبع وأدوات الدراسة الاستطلاعية والأساسية، تقديم عينة الدراسة وخصائصها وأهم الأساليب الإحصائية الموظفة، أما الثاني فقد خُصص **لعرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة** في ضوء فرضياتها لتخلص هذه الدراسة بالاستنتاج العام ثم الخاتمة التي ألحقناها بجملة من الاقتراحات المثمنة للدراسة.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول
الفصل التمهيدي للدراسة

1- إشكالية الدراسة.

1-1- التساؤلات.

1-2- الفرضيات.

2- أسباب ودواعي اختيار الموضوع.

3- أهداف الدراسة.

4- أهمية الدراسة.

5- تحديد المصطلحات.

6- الدراسات السابقة.

6-1- تعقيب على الدراسات السابقة.

1- الإشكالية:

يلعب الجسد الدور الأول والأساسي في استقرار حياة الفرد، فكل عنصر من جسدنا يؤدي دوره المنسوب إليه ووظيفته المحافظة على الاتصال المستمر بين عالمنا الداخلي والعالم الخارجي، وعليه فإذا أُلحق ضرر بعضو ما فإن هذا سيؤثر حتما على الجانب الجسدي بشكل عام والجانب النفسي بشكل خاص.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطر الإصابة بالأمراض المزمنة التي أصبحت تشكل أهم الأسباب الرئيسية للعجز والوفيات في العالم، ومن بين هذه الأمراض نجد القصور الكلوي الذي يحدث عجزا في الكليتين سواء كان عجزا مؤقتا وهو ما يعرف بالقصور الكلوي الحاد أو عجزا مستمرا دائما وهو ما يعرف بالقصور الكلوي المزمن، الذي هو عبارة عن تحطم معظم الخلايا النفرونية ليتوقف عمل الكلى كليا وينتج عنه ارتفاع البولة في الدم " **Urémie** ".

فالمصاب بالقصور الكلوي المزمن معرض إلى التوقف التام لعمل الكليتين مما يؤدي به إلى أن يصبح أسيرا لآلة تصفية الدم (آلة الغسيل الكلوي) مدى الحياة، فهو مجبر على القيام بحصص الغسيل بمعدل ثلاث مرات في الأسبوع ومدة كل حصة تكون بين ثلاث إلى أربع ساعات، كما أن المريض لابد له من اتباع حمية غذائية خاصة يحددها الطبيب مع ضرورة الانقاص من شرب الماء وباقي السوائل، والانتظام في تناول الأدوية باستمرار وتجنب الأنشطة البدنية التي تسبب الإجهاد، وهذا تجنبا للمضاعفات الخطيرة خاصة على القلب لأن عجز الكلية على القيام بوظيفتها يؤدي إلى تراكم السموم والفضلات في الجسم ويعرض المريض لخطر الموت، وهو الأمر الذي يجعله في حالة ضغط لأنه حتى هذا العلاج المتمثل في التصفية هو علاج لا يشفي ولا يخفف عنه الآلام بل فقط يساعده على التعايش مع المرض ويذكره بالفقدان النهائي للكلية.

وهذا ما شد انتباه المختصين والقائمين بالرعاية الصحية لهذه الفئة من المرضى، فعدد المصابين به في العالم يزداد يوما بعد يوم وهذا نتيجة لأمراض المسالك البولية أو لمضاعفات مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم، فحسب إحصائيات الجمعية الدولية لأمراض الكلى سنة **2008** فهناك حوالي **50 إلى 60** شخصا من كل مليون شخص في العالم يشكو من الفشل الكلوي المزمن الذي يحتاج إلى عملية الغسيل الكلوي. **(أبشيش حورية، 2013، ص. 15)**

وفي الجزائر تشير الإحصائيات إلى تسجيل **3500** حالة جديدة كل سنة ومليون و**500** حالة مصابة تقوم منها **13000** حالة بعملية التصفية، ونجد في ولاية المدية **502** حالة تقوم بعملية التصفية، من بينهم **349** حالة في المستشفيات العامة و**153** حالة في المصالح الخاصة ممن يقومون بعملية التصفية التي تعد معاناة حقيقية يعيشها المريض باستمرار.

وبالتالي فإن غسيل الكلى يمثل للفرد المصاب بالقصور الكلوي المزمن نموذج حياة جديد ودائم لكنه شاق ومحبط يتطلب مشاركة فعالة من طرف المريض، كما يتميز بضغوطات مستمرة بدنية ونفسية إذ أن ارتباط المصاب بآلة

التصفية كل مرة يترتب عنه مضاعفات متفاوتة تتمثل في الصداع والتقيؤ والإنهاك وانخفاض ضغط الدم، وكذا المضاعفات الناتجة عن استهلاك الأدوية الكثيرة، هذا وكما تتطلب عملية الغسيل الدموي إجراء عملية جراحية للمريض من أجل خلق الناسور(الوصلة الشريانية الوريدية) حتى يتم إيصاله بالآلة، وكذلك التزامه بعدة تعليمات طبية مرهقة كالحمية الغذائية الشديدة والتقليص من شرب الماء غير المحتمل من طرف أغلبية المرضى، كل هذه الأحداث المتفاوتة تعيق حياة المريض المهنية وكذلك حياته الجنسية حيث يعاني كل هؤلاء المرضى من انخفاض متفاوت في الليبيدو قد يصل إلى عجز جنسي تام عند الرجل والعقم عند المرأة نتيجة انعدام الطمث مما يسبب اضطراب حياتهم الزوجية، وقد أكد **ليجندر Légendre (1998)** أن الاصابة بالقصور الكلوي المزمن تمثل وضعية ضاغطة بالنسبة للمرضى بسبب عدد وطول ومدة جلسات الغسيل الدموي وكذا ضرورة التزامهم بالحمية الغذائية الشديدة، مع ضرورة الانقاص من شرب الماء وباقي السوائل والانتظام في تناول الأدوية باستمرار.

ويُحدث القصور الكلوي المزمن مضاعفات وتعقيدات خطيرة للمريض كالأنيميا المزمنة وارتفاع البوتاسيوم وتضخم مائي ملحي وكذا نقص مادة الإيريتروبتين وليونة العظام، بالإضافة إلى إصابته بالإنتانات كالالتهاب الفيروسي **(B)** والالتهاب الفيروسي **(C)**.

وكل هذا قد يؤدي إلى اختلال توازن المصاب وعدم توافقه، حيث تعاش هذه الوضعية الضاغطة التي تعرف بأنها " الاستجابة غير المحددة للجسم اتجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك سواء كانت سببا أو نتيجة لظروف مؤلمة أو غير سارة " حسب ما تؤكده الدراسات كدراسة **لازاروس Lazarus وفولكمان Folkmen (1984)** بطريقة مختلفة من طرف المرضى، فهناك من يتعايش مع وضعية المرض ويواجهها وهناك من يرفضها، وبهذا يتحدد التوافق السيكولوجي مع المرض إلى حد كبير بنوع الاستجابة التي يبديها الفرد في تعامله مع الضغوطات الناجمة عن المرض.

(سامية ياحي، 2008، ص. 09)

فالضغط النفسي الذي تفرضه الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن يدفع المريض إلى اللجوء إلى استعمال إستراتيجيّات مواجهة تمكنه من التعايش مع الإصابة بغض النظر عن نوع الإستراتيجيّة المتبعة، والتي تُعرَّف على أنها:" استجابات يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة وقد تكون ذات طبيعة معرفية أو انفعالية ".

(وليدة مرازقة، 2009، ص ص.62، 63)

فإستراتيجيّات مواجهة الضغوط النفسية تعتبر عوامل الاستقرار التي تُعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي الاجتماعي في مواجهة الأحداث الضاغطة في حياته، فإتباع هذه الإستراتيجيّة من شأنه أن يساعد على التعامل اليومي مع الضغوط النفسية والتقليل من آثارها السلبية قدر الامكان. **(عبد الله الضريبي، 2010، ص. 680)**

ويميز **لازاروس Lazarus وفولكمان Folkmen (1984)** بين نوعين من الإستراتيجيّات منها المركزة حول الانفعال وتتمثل في المجهودات التي يبذلها الفرد من أجل ضبط حالته الانفعالية الناجمة عن الأحداث الضاغطة، وإستراتيجيّات المواجهة المركزة حول المشكل أو المهام والتي تتضمن حلا حاسما للمشكلة مع وضع خطة لحلها أو السعي لالتماس النصيحة والمساعدة من الآخرين، وهي أفضل في حالة المواقف التي يمكن تغييرها نسبيا.

(عبد المنعم عبد الله حسيب، 2005، ص. 154)

واستنادا إلى النموذج النظري للضغط والمواجهة **للازاروس وفولكمان (1984)** فإن المصابين بالمرض المزمن على العموم والقصور الكلوي المزمن على وجه الخصوص والذين يتوصلون إلى مواجهة أو مقاومة المرض يتميزون بتوافق انفعالي سلوكي ملحوظ. **(سامية ياحي، 2008، ص. 10)**

وقد أثبتت الدراسات أيضا فيما يخص إستراتيجيّات المواجهة المركزة على حل المشكل أن الرجال أكثر استعمالا لها بخلاف النساء اللاّتي هن أكثر استعمالا لإستراتيجيّات المواجهة المركزة على الانفعال لأنهن أكثر تعبيرا انفعاليا كما أن التعبير الانفعالي يعطي فرصة للمساندة الاجتماعية أن تقدم دعمها للفرد، فتخفف من وطأة الضغط وتساعده على التكيف. **(أحمد نايل الغرير، 2009، ص. 126)**

في حين نجد أن دراسة **غولدستين (1980)** على المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن تؤكد أن هؤلاء المرضى يستعملون إستراتيجيّة التجنب لمواجهة المرض من خلال محاولتهم لتجنب التأثيرات والأعراض المخيفة للمرض وذلك بعدم اتباع الحمية مثلا أو عدم الامتثال للتعليمات الطبية لأنها تشكل تهديدا بالنسبة لهم.

(أبشيش حورية، 2013، ص. 18)

ويشير في نفس السياق **لازاروس وفولكمان (1984)** إلى أن سوء التكيف مع الاصابة المزمنة غالبا ما يرتبط باستعمال إستراتيجيّات مركزة على الانفعال إضافة إلى إستراتيجيّات مركزة على التجنب، ويرجع التوافق مع المرض إلى الإستراتيجيّات المركزة على حل المشكل والتي تهدف إلى التأثير في مصدر الضغط.

وتضيف دراسة كل من **شولر Shooler وبرلن Pearlin** أن الإستراتيجيّات المعرفية تكون متبناة أكثر في حالة ما إذا كان الحدث غير متحكم فيه (مرض خطير مثلا)، في حين أن الإستراتيجيّات السلوكية تكون في حالات يمكن للجهد أن يغير من الموقف (حالة فقدان منصب عمل مثلا)، ومن خلال هذه النتائج يتبين أنه من الصعب تصور المواجهة من وجهة نظر السلوكية فهي تتضمن الاستعدادات الفردية والأنماط السلوكية الموظفة في مختلف مواقف الضغط. **(عزوز اسمهان، 2009، ص. 38)**

وبهذا لا يمكن التنبؤ بنوع الإستراتيجيّات التي تستعملها فئة معينة من المرضى إلا أنا نستطيع تصنيفها مبدئيا تبعا لنوع المرض إذا كان مزمنا أو غير مزمن وليس حسب الأفراد في حد ذاتهم لأن الانسان كثيرا ما يفاجئنا بردود أفعال وسلوكات تخرج عن منطق هذه التنظيرات العلمية، وهذا ما تقوم عليه الدراسات النفسية التي تأخذ بعين الاعتبار طبيعة الظاهرة النفسية، وعليه حاولنا الكشف عن نوعية إستراتيجيّات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن منطلقين من التساؤلين الرئيسيين التاليين:

1-1-التساؤلات:

1-1-1- التساؤلات الرئيسية:

- ماهو مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.
- ما هي نوعية إستراتيجيّات المواجهة التي يوظفها المرضى المصابون بالقصور الكلوي المزمن في مواجهة الضغط النفسي؟

1-1-2- التساؤلات الجزئية:

- **التساؤل الجزئي الأول:**

هل يختلف الذكور والإناث المصابون بالقصور الكلوي المزمن في نوعية إستراتيجيّات المواجهة التي يوظفونها في مواجهة الضغط النفسي؟

- **التساؤل الجزئي الثاني:**

هل ترتبط نوعية إستراتيجيّات المواجهة الموظفة في مواجهة الضغط النفسي من طرف المصابين بالقصور الكلوي بمدة الإصابة بالمرض؟

1-2-الفرضيات:

1-2-1- الفرضيات الرئيسية:

- يعاني المرضى المصابون بالقصور الكلوي المزمن من مستوى مرتفع من الضغط النفسي بسبب المرض.
- يستعمل المرضى المصابون بالقصور الكلوي الإستراتيجيّات المركزة على الانفعال من أجل مواجهة الضغط النفسي.

1-2-2- الفرضيات الجزئية العامة:

1-2-2-1- الفرضية الجزئية العامة الأولى:

توجد فروق ذات دلالة احصائية في نوعية إستراتيجيّات مواجهة الضغط النفسي التي يستخدمها المصابون بالقصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير الجنس.

- **الفرضيات الجزئية:**

- يستعمل المصابون بالقصور الكلوي المزمن (**ذكور**) إستراتيجيّات حل المشكل لمواجهة الضغط النفسي.
- تستعمل المصابات بالقصور الكلوي المزمن (**إناث**) إستراتيجيّات الانفعال لمواجهة الضغط النفسي.

1-2-2-2- الفرضية الجزئية العامة الثانية:

توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيّات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف المرضى.

- **الفرضيات الجزئية:**

- كلما زادت مدة الإصابة بالمرض وظف المرضى إستراتيجيّة المواجهة المركزة على الانفعال.
- كلما كانت الإصابة بالمرض حديثة كلما وظف المرضى إستراتيجيّة المواجهة المركزة على حل المشكل.

2- أسباب ودواعي اختيار الموضوع:

تُحدد دوافع الدراسة عادة الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها على مسار البحث لذلك يمكننا إدراجها فيما يلي:

✓ ارتفاع نسبة المصابين بالأمراض المزمنة مؤخرا مثل مرض السرطان ومرض القصور الكلوي جعلنا نركز اهتمامنا البحثي على هذه الفئات من الأفراد؛

✓ الفضول العلمي حول ما يحمله مفهوم معايشة الألم الجسدي والنفسي المزمن من تأثيرات على حياة الأفراد وتصوراتهم جعلنا نختار فئة الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزن لأن استمرارية حياتهم تبقى مرتبطة بإيصالهم بآلة التصفية أو إمكانية حصولهم على كلية سليمة، وبالتالي فلا فقدانهم للحياة مؤكد ولا استمراريتهم فيها مؤكدة؛

✓ الآفاق الفكرية المستحدثة للمعرفيين والباحثين في علم النفس الايجابي فيما يتعلق بالرؤى الايجابية حول بعض المفاهيم كالسند النفسي والاجتماعي، التفاؤل والصلابة النفسية كقدرات إنسانية دفينة كان وراء اختيارنا لمجال البحث(الأفراد المصابون بالقصور الكلوي المزمن) الذي فعلا يُختبر فيه مدى امتلاك الفرد لمثل هذه القدرات في ظل ما يعايشه من ألم؛

✓ الملاحظات الاستطلاعية التي قمنا بها ضمن الدراسة الاستطلاعية الأولية حول كيفية معايشة المرضى لمختلف ظروف مرضهم، وتباين استجاباتهم الانفعالية والسلوكية على الضغوط التي يمرون بها، غالبا ما جعلنا نتساءل عن السبب وهذا ما كان وراء تحديدنا لمتغير الدراسة الأساسي المتمثل في **إستراتيجيّات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من قبل كل مريض.**

3- أهداف الدراسة: تتمثل فيما يلي:

✓ تقديم رؤية وصفية تحليلية للمعاناة اليومية التي يعيشها الأفراد المصابون بالقصور الكلوي المزمن خاصة مع ارتباطهم الدائم بآلة التصفية؛

✓ التعرف على طبيعة المعيش النفسي لهؤلاء المرضى وما يختبرونه جراء إصابتهم بالمرض؛

✓ التعرف على مستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه الأفراد نتيجة إصابتهم بالقصور الكلوي المزمن ونتيجة تبعات هذا المرض؛

✓ التعرف على نوع إستراتيجيّات المواجهة الموظفة من طرف المصابين بالقصور الكلوي المزمن لمواجهة الضغط النفسي عند كلا الجنسين؛

✓ التأكد من وجود علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيّات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف المرضى؛

✓ التأكد من وجود علاقة بين إستراتيجيّات المواجهة ومستوى الضغط النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

4- أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية العوامل والمتغيرات التي تناولتها وهي:

✓ تكمن الأهمية الأولى لهذه الدراسة في كونها من بين الدراسات القليلة في الجزائر التي تناولت إستراتيجيّات مواجهة الضغط النفسي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي تحديدا؛

✓ إضافة إلى تناولها للجوانب الجسدية والعضوية لمرض القصور الكلوي فإن الدراسة الحالية تهتم أكثر بالجوانب النفسية للمريض وكيفية مواجهته للمرض؛

✓ تساهم في شد انتباه المتخصصين في علاج مرض القصور الكلوي حول أهمية العوامل النفسية وما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكات الصحية التي ترفع من مستوى تحدي المرضى للمرض وتقبلهم للعلاج؛

✓ تتيح هذه الدراسة الفرصة للطلاب في ميدان العلوم الاجتماعية للبحث في كافة الجوانب النفسية لمرضى القصور الكلوي وأخذ متغيرات أخرى متعلقة بهذه الفئة كمواضيع لدراسات أخرى؛

✓ تساهم الدراسة الحالية في توعية المجتمع بضرورة التكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي.

5- تحديد المصطلحات:

5-1- الضغط النفسي:

* **لغة:** يقصد به الشدة **(Strain)** وتعني الإجهاد أو التوتر.

وتعني باللاتينية التعرض للضغوط (**أحمد نايل الغرير، 2010، ص. 21)** وقد اشتق من الكلمة الفرنسية القديمة **(Déstresse)**، وقد تحولت في الإنجليزية إلى **(Stress)** والتي تشير إلى الشيء غير المحبب أو غير المرغوب به ويمكن القول إن المصطلح في الأصل قد استخدم للتعبير عن معاناة وضيق واضطهاد، وهي حالة يعاني فيها الفرد من الاحساس بظلم ما. وقد وردت في اللغة الانجليزية ثلاثة مصطلحات هي الضواغط **(Stressor)**، الضغط **(Stress)** والانضغاط **(Strain)** **(محمد مفتاح عبد العزيز، 2010، ص. 88)**. ويشير أيضا إلى (الإجهاد **Strain** والضغط **Press** والعبء **Load)**. **(أحمد نايل الغرير، 2010، ص. 22)**

* **اصطلاحا:** هو الحالة التي يدركها الكائن الذي يتعرض لأحداث أو ظروف معينة بأنها غير مريحة أو مزعجة أو على الأقل تحتاج إلى نوع من التكيف أو إعادة التكيف، وإن استمرارها قد يؤدي إلى آثار سلبية كالمرض والاضطراب وسوء التوافق. **(جمعة سيد يوسف، 2007، ص. 13)**

وملخص لهذه التعاريف يكمن في التعريف الذي قدمه **فولكمان Folkman (1984)** على أن الضغوط النفسية هي مصطلح يشتمل على العلاقة بين الفرد والأحداث البيئية والتفاعل بينهما، وينتج عن ذلك مظاهر جسمية وفسيولوجية ونفسية، أي أن الضغوط النفسية عبارة عن علاقة الفرد بالبيئة المحيطة والتي يقيمها على أنها هامة لسلامته ولكن تفوق قدرته على المواجهة. **(إبراهيم السمادوني، 2007، ص. 252)**

* **إجرائيا:** نقصد به الدرجة الكلية التي يحصل عليها المصاب بالقصور الكلوي المزمن بعد الإجابة على مقياس الضغوط النفسية الخاص بالمصابين بالقصور الكلوي المزمن والمعد من طرف الطالبة في إطار الدراسة الحالية.

5-2- إستراتيجيّات المواجهة:

* **لغة:** حسب **ريبكا أكسفورد R. Oxford (1996)** هي مشتقة من الكلمة اليونانية **Stratgic** والتي تعني القيادة العسكرية أو فن الحرب، أي أنها تتضمن أفضل قيادة للفصائل أو السفن. **(نادية بوضياف بن زعموش، 2014، ص.101)**

* **اصطلاحا:** تعرف إستراتيجيّات المواجهة بأنها الطريقة أو الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم ووظيفتها هي خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه المهدد له.

(جمال أبو الدلو، 2009، ص. 194)

* **إجرائيا:** هي مجموعة من الأساليب السلوكية أو المعرفية التي يستعملها مرضى القصور الكلوي المزمن، الهادفة إلى تخفيف حدة الضغط الناتج عن الوضعية المرضية.

أو هي الدرجات التي يحصل عليها المريض من خلال إجابته على سلم إستراتيجيّات المواجهة المعد من طرف الطالبة في إطار الدراسة الحالية من أجل تحديد نوع الإستراتيجيّة التي يعتمد عليها.

5-3- القصور الكلوي المزمن:

* **لغة:** القصور هو العجز والنقص، جاء من الفعل قَصُرَ، مثلا قَصُرَ الرجل عن أمر أي انتهى وكف عن شيء وتركه مع العجز أو النقص. والقصور الكلوي هو قصور أو نقص أو عجز في عمل الكلية المتمثل في الترشيح وإفراز البول. **(قاموس المعتمد، 2012، ص. 537)**

* **اصطلاحا:** يعرف القصور الكلوي بأنه انخفاض قدرة الكلى على تأمين الرشح وإقصاء نفايات الدم وكذا مراقبة توازن الجسم من حيث الماء والأملاح وتنظيم الدورة الدموية. **(Larousse Médicale, 2002, p. 368)**

ويعرف كذلك القصور الكلوي المزمن طبيا بكونه التدهور في وظيفة الكلى وصولا إلى التحطيم النهائي، ويتطور القصور الكلوي المزمن خلال أشهر وأعوام، وحينما يصل إلى المرحلة النهائية يصبح مهلكا ما لم يلجأ المريض إلى غسيل كلى بانتظام. **(Binocle et Déraillant, 2001,p. 370)**

* **إجرائيا:** نعني بالقصور الكلوي المزمن العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول، إذ نجد الشخص المصاب بهذا المرض المزمن يعيش باقي حياته عن طريق حصص تصفية الدم **(Hémodialyse)**.

6- الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة من أهم ركائز البحث لكونها تساعد الباحث على معرفة ما توصل إليه الباحثون قبله من نتائج حول موضوع الدراسة أو أحد متغيراته، وما لمسناه من خلال هذا البحث عن الدراسات السابقة أنه لا توجد دراسات كثيرة تناولت إستراتيجيّات مواجهة الضغط النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، وهذه الحالات من المرضى كان تناولها قليلا مقارنة بالأمراض الأخرى، وقد قمنا بتلخيصها كما يلي:

- **دراسة بيك Beck (1977)**: قام هذا الخبير السيكولوجي بدراسة ميدانية على مرضى القصور الكلوي الحاد ووجد أن معظمهم يظهرون الاكتئاب وفي نفس الوقت التجنب؛
- **دراسة غولدستين Goldstein (1980)**: تم اجراء هذه الدراسة على عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي، وقد وجد أن هؤلاء المرضى يستعملون إستراتيجيّات التجنب لمواجهة المرض وذلك بعدم اتباع الحمية أو عدم الامتثال للتعليمات الطبية لأنها تشكل تهديدا بالنسبة لهم؛

- **دراسة مينتي وآخرون Mintey et al (1987):** أثبتت أن مرضى القصور الكلوي يستخدمون كثيرا ميكانيزمات الإنكار ويشتكون من خطر الموت الدائم وتضرر العلاقات الزوجية وكذلك الخوف من انسداد الناسور الذي ينقل الدم مثلا والمخاوف الناجمة عن عدم اتباع الحمية والأدوية بطريقة مثلى. **(أبشيش حورية، 2013، ص ص. 18، 19)**
- **دراسة ياه Yeh وشوو Chou (2007) بطيوان:** أكدت أن اختيار مرضى القصور الكلوي المزمن الملازمين للكلية الاصطناعية لإستراتيجيّات مقاومة حل المشكل والتجنب عند مواجهة ضغط عضوي وتبعية طبية ومشاكل نفسية لا يخفف من الأعراض المرضية، لتبقى مقاومة البحث عن الدعم لدى الأخصائيين الأكثر نجاحا من أجل الاسترخاء وعدم الاضطراب بالصحة النفسية. **(هرمز جميلة، 2012، ص. 20)**

6-1- تعقيب على الدراسات السابقة: من عرضنا للدراسات السابقة نستخلص ما يلي:

- التركيز على الدراسات التي تناولت مرض القصور الكلوي المزمن خلافا عن الأمراض المزمنة الأخرى كدراسة "**بيك**" **Beck (1977)**، ودراسة "**غولدستين**" **Goldstein (1980)**، ودراسة "**مينتي**" **وآخرون Mintey et al (1987)** ودراسة "**ياه وشوا**" **Chou وYeh (2007)**؛
- قلة الدراسات التي تجمع بين كل متغيرات الدراسة حسب علم الباحثة إلا في بعض الدراسات منها: دراسة "**غولدستين**" **Goldstein (1980)** ودراسة **ياه Yeh وشوا Chou (2007)**؛
- تعدد واختلاف المتغيرات النفسية التي تناولتها بعض الدراسات التي ظهرت كنتيجة للإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن والتي تتمثل في الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وكذلك الخوف المتعلق بالعلاج، ومنها **دراسة "بيك" Beck (1977)** و ودراسة "**مينتي**" **Mintey (1987)**؛
- قلة الدراسات العربية التي تناولت مرض القصور الكلوي المزمن مقارنة بنظيرتها الأجنبية؛
- هناك بعض الدراسات التي استعملت بعض ميكانيزمات الدفاع كالإنكار بدلا من إستراتيجيّات المواجهة كدراسة "**مينتي**" **وآخرون Mintey et al 1992)** ؛
- ركزت أغلب الدراسات على استراتيجيتين للمواجهة منها إستراتيجيّة حل المشكل وإستراتيجيّة التجنب لمواجهة المرض، ومنها بينها دراسة "**بيك**" ودراسة "**غولدستين**" ودراسة "**ياه وشوا**".

والجدير ذكره أن الباحثة استفادت من الدراسات السابقة في إعداد بنود المقياسين، مقياس إستراتيجيّات المواجهة ومقياس الضغوط النفسية وفي جمع البيانات حول الموضوع.

الفصل الثاني
الضغط النفسي

تمهيد.

1- تعريف الضغط النفسي.

2- أشكال الضغط النفسي.

3- الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية.

4- مصادر الضغط النفسي.

5- العلاقة بين الضغوط النفسية والأمراض المزمنة.

6- النظريات المفسرة للضغط النفسي.

7- مواجهة الضغوط النفسية.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يميل الإنسان بطبعه إلى تجنب الألم ومسبباته ولكن لا تخلو حياة أي إنسان منا من المشاكل والمواقف الضاغطة التي تسبب له الكثير من الألم والحزن والقلق كما تؤثر على صحته الجسدية والنفسية.

ولذلك سنتحدث في هذا الفصل عن الضغط النفسي، وبإمكان كل واحد منا أن يتصور التأثير والضغط الحاد والمستمر الذي تشكله الإصابة بمرض مزمن كالقصور الكلوي المزمن، إذ أن حدة الضغط مع كل المضايقات التي يحملها إطاره العلاجي كارتباط المريض بآلة التصفية أربع ساعات في اليوم وثلاثة أيام في الأسبوع، وكذلك التزامه بعدة تعليمات طبية مرهقة كالحمية الغذائية الشديدة والإنقاص من شرب الماء وباقي السوائل غير المحتملة من طرف أغلبية المرضى، ومن أجل الإلمام بمتغير الضغط النفسي تعرضنا في هذا الفصل لمفهوم الضغط أشكاله، الآثار الناجمة عنه ومصادره، مرورا بالعلاقة بين الضغط النفسي والأمراض المزمنة وكذلك النظريات المفسرة له، وصولا إلى كيفية مواجهة الضغوط النفسية والتغلب عليها.

1- تعريف الضغط النفسي:

1-1- لغة: الضَغطة بالفتح: الاضطرار والضيق والقهر، والضُغطة بالضم: الزحمة والضيق والإكراه على الشيء والمشقة، فنقول انضغط: قُهر، أضغط عليه: تَشَدَّدَ عليه في عزم ونحوه.

(محمد مفتاح عبد العزيز، 2010، ص.87)

ويقال أيضا أنه القوة التي تقع على الجسم مما يُحدث تغييرا في شكله كأثر لهذه القوة، كما تشير اللفظة أيضا إلى القوة المضادة التي يواجه بها الفرد ما يقع على جسمه من ضغط وإجهاد من قوى خارجية.

1-2- اصطلاحا:

* عرفه **لازاروس Lazarus** بأنه مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد بالإضافة إلى الاستجابة المترتبة عليها، وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف. **(عبد الرحمان بن سليمان الطريري، 1994، ص ص.8، 10)**

* يعرفه **هانز سيلي H. Sely** الذي اشتهر بدراسته للضغط النفسي بأنه: "حالة من التوتر النفسي الشديد يحدث بسبب عوامل خارجية تضغط على الفرد وتخلق عنده حالة من اختلال التوازن واضطراب في السلوك".

(محمد قاسم عبد الله، 2008، ص.115)

ويعرفه أيضا بأنه: "الاستجابة غير المحددة للجسم اتجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك سواء كانت سببا أو نتيجة لظروف مؤلمة أو غير سارة. **(أحمد نايل الغرير، 2010، ص.23)**

* يعرفه **سي موسي** بأنه: رد فعل بيولوجي، فيزيولوجي ونفسي منذر عن خطر ومُعَرَضٌ للتعبئة والدفاع اتجاه عدوان أو تهديد، ومن هنا فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له آثاره الفيزيولوجية (كرفع ضغط الدم وارتفاع خفقان القلب...الخ) التي تجعل الجسم في غاية الاستعداد للفعل، حيث يرفع الشخص تحت الضغط من مستوى فطنته ونباهته، ويزيح من فكره كل الأفكار والأحلام ويركز كل اهتمامه وانتباهه حول الوضعية الراهنة، كما أن قدراته العقلية يتم توجيهها نحو تقييم الخطر وتقويمه وتسخير الإمكانيات لمواجهته.

(عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، 2002، ص ص. 81، 82)

2- أشكال الضغط النفسي:

يمكن تقسيم الضغط النفسي إلى عدة أنواع حسب المعيار الذي نستخدمه للتصنيف، وفيما يلي عرض لتصنيفات الضغط النفسي:

2-1- الضغط النفسي حسب المصدر:

❋ **الضغوط الخارجية:** والتي تعني الاحداث الخارجية والمواقف المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة إلى الحادة؛

❋ **الضغوط الداخلية (الشخصية):** والتي تعني الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي والنابع من فكر وذات الفرد. **(أحمد نايل الغرير وأحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2009، ص.29)**

2-2- الضغط النفسي حسب طبيعته:

❋ **الضغط النفسي الإيجابي:** ويسمى كذلك بالضغط النفسي الجيد وهذا يؤدي إلى إعادة التكيف مع الذات أو البيئة المحيطة كولادة طفل جديد أو سفر في عمل أو بعثة دراسية؛

❋ **الضغط النفسي السلبي:** وهذا يزيد من حجم المتطلبات على الفرد ويسمى كذلك الألم مثل فقدان عمل أو فقدان عزيز. **(أحمد نايل الغرير، 2010، ص.41)**

2-3- الضغط النفسي حسب الحدة:

❋ **ضغوط غير حادة:** وينتج عنها استجابات طفيفة مع مجموعة علامات الضغط وأعراضه التي من السهولة ملاحظتها؛

❋ **ضغوط حادة:** وينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة، وتختلف هذه الاستجابات من شخص إلى آخر ولا يشير بالضرورة إلى وجود أمراض عقلية أو جسمية، وإنما هي استجابات عادية تشير إلى ضرورة التدخل؛

❋ **ضغوط متأخرة:** وهي لا تظهر دائما أثناء وقوع الحدث إنما تظهر بعد فترة؛

❋ **ضغوط بعد الصدمة:** وهي ناتجة عن حوادث عنيفة وشديدة وعالية وتترك أثارها على الكائن الحي بشكل طويل المدى. **(أحمد نايل الغرير وأحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2009، ص. 28)**

ويعاني المصاب بالقصور الكلوي المزمن من نوعين من الضغوط التي ذكرناها وهي الضغوط الحادة وضغوط ما بعد الصدمة لأن هذه الضغوط تكون نتيجة إصابة الفرد بهذا المرض المزمن.

3- الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية:

3-1- الآثار النفسية: وتتضمن التعب، الإرهاق، التشتت، الغضب، الخوف، الحزن والغياب المتكرر عن العمل. **(محمد حمزة الزيودي، 2007، ص.195)**

وكذلك يمكن أن تؤدي إلى: اضطراب النمو، عدم الثقة في النفس، تشتت الانتباه، وترتبط بشكل أدق باضطراب الأداء وضعفه، تشوش السمع، الإفراط الحركي، كراهية موجهة نحو الذات، ضعف الأنا وتصدع الهوية الميل للاغتراب والشكوى من المرض والرغبة في النعاس. **(جمال أبو دلو، 2009، ص.177)**

وتظهر مختلف هذه الأعراض لدى المصاب بالقصور الكلوي المزمن آليا بسبب طبيعية المرض أولا وبسبب إزمانه ثانيا، ويكون ذلك بشكل متفاوت من ناحية التكرارية والشدة حسب كل حالة، لكن غالبا ما تلاحظ لديهم الأعراض التالية: اضطراب النوم، عدم الثقة في النفس واضطراب الأداء وضعفه.

3-2- الآثار الفيزيولوجية: وتتمثل هذه الآثار في اضطراب الجهاز الهضمي، الإسهال، الإمساك المزمن اضطراب الجهاز التنفسي، ارتفاع ضغط الدم، الصداع النفسي، انتشار الأمراض الجلدية، تضخم الغدة الدرقية البول السكري، التشنج العضلي، التهاب المفاصل الروماتزمي، فقدان الشهية أو الشره والبدانة والميل للتقيؤ والغثيان. **(جمال أبو الدلو، 2009، ص.177)**

وتظهر مختلف هذه الأعراض لدى المصاب بالقصور الكلوي المزمن آليا بسبب طبيعة المرض أولا وبسبب إزمانه ثانيا، ويكون ذلك بشكل متفاوت من ناحية التكرارية والشدة حسب كل حالة، لكن غالبا ما تلاحظ لديهم الأعراض التالية: اضطراب الجهاز الهضمي وارتفاع أو انخفاض ضغط الدم والغثيان ويكون خاصة في الساعات الأخيرة من انتهاء عملية التصفية.

3-3- الآثار الاجتماعية: وتشمل إنهاء العلاقات، العزلة والانسحاب، انعدام القدرة على قبول وتحمل المسؤولية والفشل في أداء الواجبات اليومية المعتادة.

ويميل المصاب بالقصور الكلوي المزمن إلى العزلة والانسحاب وذلك لشعوره بالنقص وعدم القدرة على تحمل المسؤولية والشعور بالعجز، وبهذا فأكثر ما يحتاج إليه في هذه الفترة هو المساندة الاجتماعية.

3-4- الآثار السلوكية: وتشمل ما أشار إليه **لازاروس Lazarus (1966)** كالارتجاف وزيادة التقلصات العضلية واللعثمة في الكلام وتغيرات في تعبيرات الوجه، الإقدام والإحجام وكذلك اضطراب عادات النوم ونقص الميول والحماس والشك في الزملاء. **(أحمد نايل الغرير، 2010، ص.39)**

وتظهر مثل هذه الأعراض لدى المصاب بالقصور الكلوي المزمن خاصة بعد انتهاء عملية التصفية مباشرة أو عندما يكون لدى المصاب مدة طويلة وهو يقوم بعملية التصفية أي تفوق **10** سنوات.

3-5- الآثار المعرفية: وتشمل زيادة تشتت الانتباه ونقص التركيز، زيادة اضطراب القدرة العقلية، تدهور الذاكرة قصيرة وطويلة المدى، صعوبة التنبؤ بسرعة الاستجابة، زيادة معدل الأخطاء، تدهور قوى التنظيم والتخطيط طويلة الأمد وتزداد الاضطرابات الفكرية والوهم.

وغالبا ما تجتمع هذه الأعراض لدى المصاب بالقصور الكلوي المزمن في الساعة الأخيرة من عملية التصفية أو بعدها مباشرة وذلك نتيجة للتعب الذي يشعر به المصاب في هذه الفترة.

3-6- الآثار الانفعالية: وتشمل زيادة التوتر النفسي والفسيولوجي، زيادة معدل الوساوس، تقلبات في سمات الشخصية، زيادة المشكلات الشخصية، ضعف القيود الأخلاقية والانفعالية، يظهر الاكتئاب وينخفض الإحساس بتأكيد الذات بشكل حاد حيث ينمو الإحساس بالعجز واللاكفاءة وينمو الشعور بعدم القيمة. **(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص ص. 190، 191)**

حيث أن الحالة الصحية التي يجد مريض الكلى نفسه فيها تجعله متوترا، كئيبا بسبب إحساسه بالعجز وعدم قدرته على تأكيد ذاته على جميع المستويات، مما يزيد من مشاكله ويخفِّض من تقديره لذاته.

4- مصادر الضغط النفسي:

4-1- المصادر الداخلية للضغط النفسي:

4-1-1- نمط الشخصية: ترتبط هذه الضغوط بشخصية الفرد وسماته ووضعه العقلي والجسمي، فالأشخاص الذين يتصفون بالشدة مثلا والعدوانية والحدة التنافسية يكونون أكثر تعرضا للإصابة بأمراض القلب أكثر بخمس مرات من الأشخاص الذين يتصفون بالاسترخاء والهدوء، حيث أن هناك فروقا بين الأفراد في درجة تأثرهم بالمواقف الضاغطة التي يمرون بها في عملهم، ولهذا فقد تناولت بحوث عديدة متغيرات الشخصية في ضوء ارتباطها بالضغوط، وقد صنف **فريدمان Friedman و روزنمان Rosenman (1969)** الشخصية إلى نمطين: نمط (أ) ونمط (ب) ويتصف أصحاب النمط (أ) بزيادة العدوانية، العجلة والتسرع والتنافس، وتعد هذه المظاهر للكفاح في سبيل التغلب على الموانع والحواجز الموجودة في البيئة، كما أن شخصياتهم من النوع الانطوائي، أما ذووا النمط السلوكي (ب) فهم يُظهرون النوع المخالف في أنماط السلوك والمتمثل في الاسترخاء، التأني، التسامح، الرضا والقناعة، كما أن شخصياتهم من النمط الانبساطي، وأصحاب هذا النمط يحققون نفس النجاح الذي يصل إليه أفراد النمط السلوكي (أ) ولكنهم أكثر هدوءا وأمنا ويظهرون سلوكا غير متعجل، ولديهم القدرة على الاسترخاء دون الشعور بالذنب. **(مفتاح محمد عبد العزيز، 2009، ص.178)**

نمط الشخصية (ب) يسمح لمريض القصور الكلوي المزمن باختيار إستراتيجيات أكثر فعالية لمواجهة الضغط النفسي المرافق للمرض، وكذلك يحدد شكل إدراكه للمرض في حد ذاته وللألم المعاش ومختلف الوضعيات الضاغطة المرافقة للمرض.

4-1-2- المشكلات الصحية: تنشط الغدد وتتضخم الغدة الأدرينالينية بشكل خاص ويتزايد إطلاق الأدرينالين منها عندما نواجه ضغوطا أو مشكلات صحية، ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يُمِد الجسم بطاقة لتجعله في حالة تأهب دائم، وهو شيء يحدث لنا جميعا في المواقف الانفعالية، وقد أثبت **سيلي Sely** أن استمرار تعرض حيواناته للضغوط الصحية يفقدها القدرة على المقاومة طويلا فالمرض يمثل بالنسبة لها في البداية مشقة تتطلب منها مزيدا من حشد الطاقة، تليها فترة مواءمة واعتياد كمحاولة للتكيف مع مصادر الضغط ومقاومتها ولكن ذلك قد يستمر لفترة تُشعِر الحيوانات بعدها بالإجهاد والإرهاق ثم أخيرا تنفق وتموت، كذلك تبين أيضا أن ظهور الأمراض النفسية يرتبط بأنماط الضغوط النفسية التي يعاني منها الفرد. **(أحمد نايل الغرير، 2010، ص.29)**

وهكذا يتبين من الأدلة السابقة أن المرض مصدر أساسي للضغط النفسي ويعتبر أيضا نتيجة منطقية للشعور بتزايد الضغوط مما يفسر تزايد نسبة تعرضنا للأمراض الخفيفة أو الشديدة في أوقات الأزمات.

4-2- المصادر الخارجية للضغط النفسي:

4-2-1- الضغوط البيئية: يتسم العصر الذي نعيش فيه بالضغوط الكثيرة نتيجة للتغير المتسارع والتقدم العلمي والتكنولوجي والتطور الاجتماعي، فكل ذلك زاد في تعقد حياة الأفراد، ونجم عنه ظهور الكثير من التوترات النفسية لديهم، وينتج عن هذه التغيرات ضغوط نفسية مختلفة، فالتغيرات التي تحدث في حياة الفرد وخاصة التي لا يستطيع الفرد التحكم بها هي مصادر لضغوط مختلفة الشدة، وأحداث الحياة التي تسبب الضغوط كثيرة ومتنوعة منها وفاة الزوج أو الزوجة، الطرد من العمل، النزاعات الأسرية والتغير في مستويات العمل، كذلك يمكن أن ينشأ الضغط من عوامل جسمية مثل تلف في أعضاء الجسم، أو ينشأ من عوامل عقلية أو انفعالية مثل: الخوف والقلق.

(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص.179)

4-2-2- ضغوط نفسية اجتماعية: إن القليل من الأبحاث قد تناولت دور الإجهاد المزمن على الصحة النفسية والجسمية، وقد أجريت في هذا المجال دراسة لـ **شولر Scholer وبرلين Pearlin (1978)** إذ وجد أن الأفراد الذين أقروا بأنهم يعانون من الضغط المزمن المرتبط بالعلاقات الزوجية وما يؤدون من واجبات منزلية كانوا أكثر عرضة للمعاناة النفسية، كما وجد **براون G.W.Broun وهاريس Harris (1978)** أن الإجهاد المزمن الذي يستمر لأكثر من سنتين يؤدي إلى تطور الكآبة، وهناك من وجد بأن الضغوطات التي يصعب ضبطها قد تقوم بدور خطير جدا في تطور الأمراض. **(تايلر شيلي، 2008، ص.392)**

4-2-3- ضغوط اقتصادية: وتتمثل في عدم كفاية الراتب أو الدخل مما يسمح بتوفير الأشياء الضرورية في الحياة، أو فقدان هذا الدخل سواء كان ذلك بسبب الفصل أو العجز عن العمل.

(سامي محسن الختاتنة، 2011، ص.104)

وتتمثل كذلك في انخفاض الدخل الوظيفي والبطالة بالإضافة إلى الفقر والتفاوت الطبقي، كلها تعتبر من مصادر الضغط النفسي التي تلقي العبء على رب الأسرة خاصة وأفراد الأسرة بشكل عام.

(زرماني وداد، 2012، ص.100)

4-2-4- ضغوط مهنية: يرى **فونتانا (1993)** أن مصادر الضغوط في مجال العمل تتلخص في غموض الدور صراع الدور، التوقعات المرتفعة للذات، انعدام سلطة اتخاذ القرارات، الافتقار إلى التأييد والدعم الاجتماعي، عدم كفاية التدريب على مهارات الوظيفة وعدم القدرة على إنجاز العمل الوظيفي.

(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص.176)

ويزيد الضغط على المصاب بالقصور الكلوي المزمن بسبب التغيب المستمر عن العمل وذلك لإجراء عملية التصفية وكذلك لا يمكنه أن يعمل في مهنة تتطلب منه جهدا كبيرا، هذا بالإضافة إلى المشكلات الشخصية والمنزلية والاجتماعية والمالية والتي تسهم بدورها في حدوث الضغوط النفسية.

أي مجمل هذه الضغوط قد تكون سببا في الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن أو عاملا يزيد من الألم النفسي والجسدي المعاش من طرف المريض مما يصعب عليه إمكانية المقاومة والتحمل.

5- العلاقة بين الضغوط النفسية والأمراض المزمنة:

لعل الجانب الأكبر من البحوث عبر السنوات التي ظهرت فيها العناية بالضغوط النفسية تم توجيهه إلى تأثير الضغوط على الصحة الجسمية، وقد أوضحت البحوث أن الضغوط المزمنة تقلل من القدرة على مقاومة الأمراض وتزيد من تأثيراتها، ويعتمد تأثير الضغوط على شدة وبقاء الضغوط في حد ذاتها واحتمال التعرض لها(الاستهداف)، كما أن الضغوط المستمرة يمكن أن تؤدي غالبا إلى استجابة بدنية معينة معتمدة على نقطة الضعف أو يمكن أن نطلق عليه الحلقة الأضعف، والمقصود بها هنا هو ذلك الجهاز الجسمي (المعدة، الكلية الجهاز التنفسي...إلخ) الذي يكون أكثر تأثرا بالضغط من غيره وتظهر عليه العلامات والأعراض المرضية وذلك طبقا لاستعداد وتهيؤ الفرد، كما تشير الدراسات إلى أنه من المحتمل وجود علاقة بين الضغوط والسرطان، غير أنه من المهم أن ننبه إلى أنه ليست كل الأمراض مرتبطة بالضغوط، فهناك عوامل أخرى يمكن أن تساهم في حدوث الأمراض من قبيل الظروف البيئية، الحالة الصحية العامة للفرد، الوراثة والتاريخ الطبي.

(جمعة سيد يوسف، 2007، ص.34)

6- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

6-1- النظريات الفيزيولوجية:

6-1-1- نظرية سيلي Seley للضغط النفسي: أطلق **سيلي** على الأعراض التي تظهر على العضوية أثناء ذلك اسم "**زملة تناذر أعراض التكيف العام**" "**General Adaptation Syndrome**"هذه الزملة تحدث من خلال ثلاث مراحل:

أ. استجابة الإنذار: حيث يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فتحدث نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن مهيأ لها مجموعة من التغيرات العضوية والكيميائية، فترتفع نسبة السكر في الدم ويتسارع النبض، ويرتفع الضغط الشرياني، فيكون الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد. **(محمد قاسم عبد الله، 2008، ص.116)**

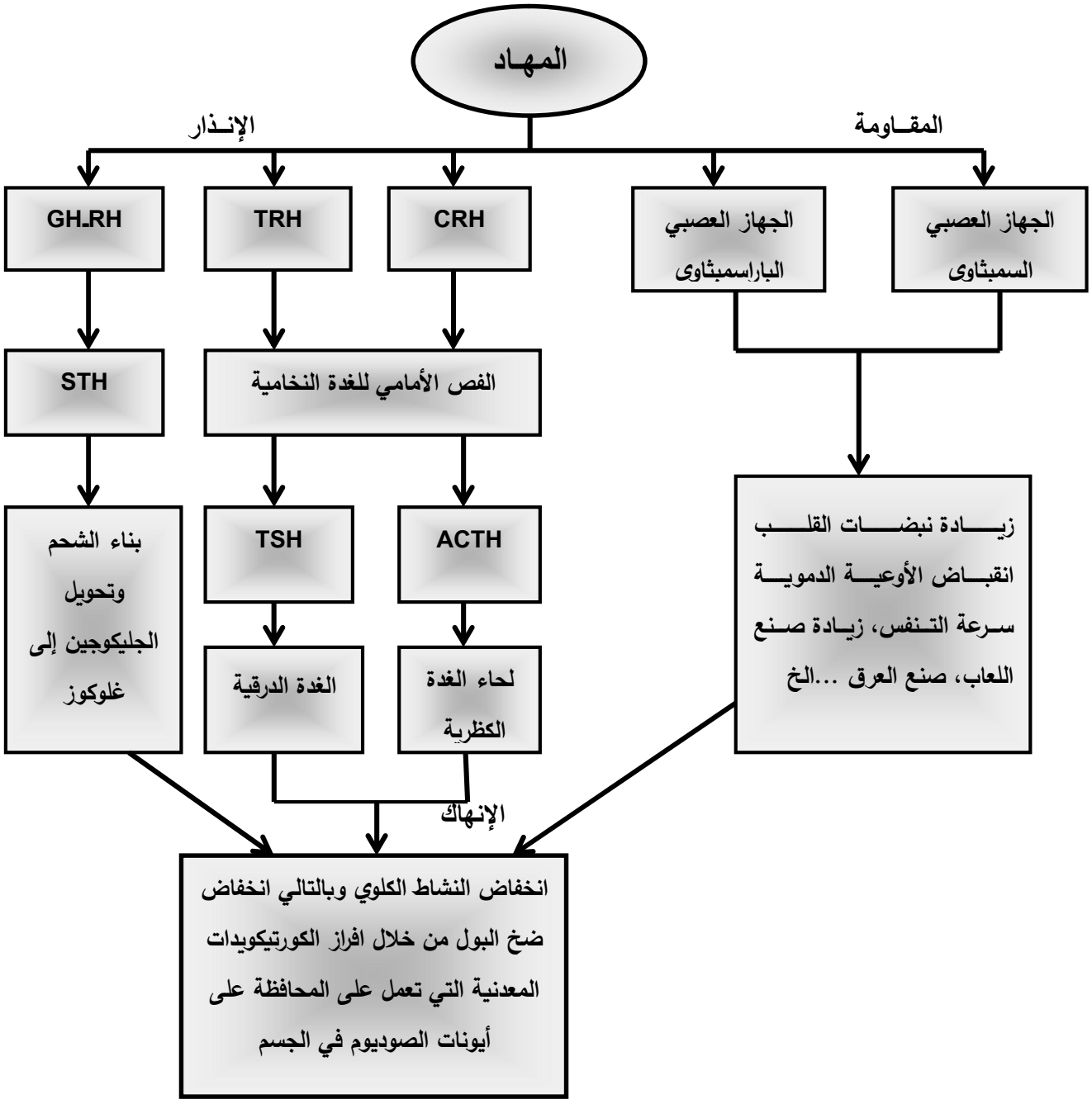
ب.مرحلة المقاومة: إذا استمر الموقف الضاغط فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى هي مرحلة المقاومة وتشكل رد فعل طويل المدى على عكس رد فعل الإنذار قصير المدى، حيث يقوم الهيبوتلاموس بإفراز هرمونات **CRH** و **GH.RH** اللذان يحرضان الفص الأمامي للغدة النخامية **Adénohypophyse** ليزيد من إفراز **ACTH**، هذا الأخير الذي يقوم بتنبه قشرة الغدة الكظرية لتفرز هرموناتها بكمية أكبر، وخلال هذه المرحلة تسمح للجسم بمواصلة مواجهة العامل الضاغط لمدة أطول فهي ترفع سرعة العمليات الحيوية وتشكل الطاقة والبروتينات الناشطة والتغيرات الدورانية الضرورية من أجل مجابهة الأزمات العاطفية لإكمال نشاط التفريغ.

وجميع الأفراد يعيشون مرحلة المقاومة هذه كقاعدة عامة، لأنها خطوة تساعد الفرد على عبور الوضعية الضاغطة بنجاح والعضوية أيضا تعود إلى الحالة الطبيعية، لكن في بعض الحالات إذا استمر الضغط لمدة طويلة وبنفس الشدة فإن الفرد لا ينجح في هزم الضغط ويصبح جسمه منهكا ومجهدا فتضعف مقاومته ويدخل الفرد في المرحلة الثالثة.

ج.مرحلة الإنهاك أو الإعياء: وتظهر هذه المرحلة فجأة وبشكل غير متوقع، بحيث يحدث انخفاض النشاط الكلوي وبالتالي انخفاض ضخ البول من خلال إفراز الكورتيكويدات المعدنية التي تعمل على المحافظة على أيونات الصوديوم في الجسم، بهذا تكون الطاقة اللازمة للتكيف قد استنفذت فيحدث انهيار العضوية.

وعليه فإن استمرار الاستجابات الدفاعية يؤدي إلى اضطراب أجهزة الجسم ووظائفها سواء العضوية أو النفسية أو العقلية وهذا الخلل إن استمر طويلا قد يؤدي إلى الوفاة. **(جبالي صباح، 2012، ص ص.58 59)**

الشكل رقم "01" يمثل مخطط آلية حدوث الضغط النفسي حسب نظرية سيلي Sely.



6-1-2- نظرية وولتر كانون Walter Canon:

وصف **وولتر كانون Walter Canon (1932)** ما أسماه استجابة "**الكر و الفر**" وقد افترض **كانون** أنه عندما يدرك الكائن أن هناك تهديدا فإن الجسم يُستثار بسرعة وتسري الدافعية في الجهاز العصبي السمبثاوي وجهاز الغدد الصماء للتعامل مع هذا التهديد، وتعمل هذه الاستجابة الفسيولوجية على حمل الكائن لمواجهة مصدر التهديد أو الهروب، ومن ثم أطلق عليها استجابة **الكر والفر**.

وقد اعتبر **كانون** أن استجابة **الكر والفر** هذه استجابة تكيفية أو توافقية لأنها تمكن الكائن من الاستجابة السريعة للتهديد، ومن ناحية أخرى خَلُصَ **كانون** إلى أن الضغوط يمكن أن تكون ضارة بالكائن إذا ما أدت إلى الإخلال بأدائه الانفعالي والفسيولوجي وسببت مشكلات صحية مع مرور الوقت، وبخاصة إذا لم يكن الكائن قادرا على مواجهة التهديد أو الهروب منه واستمر في التعرض للضغوط، واستمرت الاستثارة الفسيولوجية في التصاعد ممهدة الطريق أمام المشكلات الصحية المختلفة. **(جمعة سيد يوسف، 2007، ص.8)**

ومن خلال هذه النظرية نخلص إلى أن مرض القصور الكلوي المزمن كان نتيجة لضغط حاد سبب له الإصابة بهذا المرض وإما أن يكون ناتجا عن ضغوط في العمل أو ناتجا عن ضغوط حياتية.

6-2- نظرية التحليل النفسي:

يرى **فرويد S.Freud** بأن الأنا يعمل على حفظ الذات من العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية المهددة لها إما بالعزول عنها أو الهروب منها أو التكيف معها، فالزيادة في الضغط النفسي تولد الإحساس بالألم، وانخفاضه يؤدي إلى الإحساس باللذة والأنا بطبيعته يسعى دائما لتحقيق اللذة وتجنب الألم.

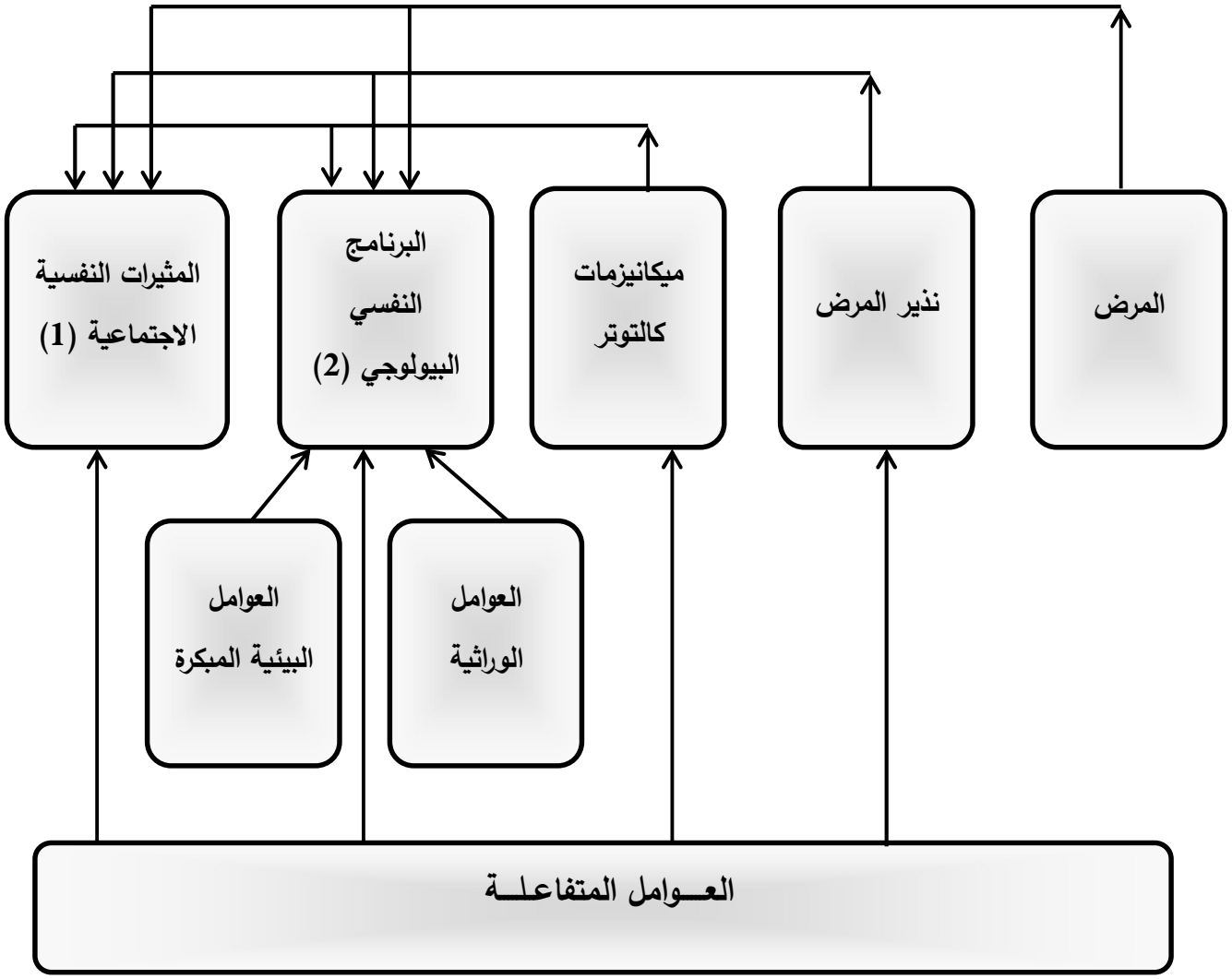
لذلك ينظر التحليل النفسي للضغط من منظور نفسي داخلي، حيث يتم التأكيد على أهمية ودور العمليات اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع في تحديد السلوك السوي واللاسوي للفرد، فالصراع بين مكونات الجهاز النفسي الثلاث "الهو، الأنا والأنا الأعلى" وعدم القدرة على تحقيق التوازن بين متطلبات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي ينتج عنها الضغط النفسي ويتأثر إدراك الفرد للموقف الضاغط بتجاربه الداخلية. **(دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013، ص.39)**

6-3- النظرية البيئية ليفي Levi (1974):

يقدم **ليفي** نموذجا نظريا عن العلاقة بين البيئة والمرض، وهو ينطلق في أبحاثه التجريبية من البيئة الاجتماعية النفسية، ويعتبر أن أي تغيرات نفسية اجتماعية يمكن أن تعمل كمصدر للتوتر أو كمثيرات لاستجابات بيولوجية غير محددة، التي تشير إلى نزوع الفرد وميله للاستجابة العصبية الهرمونية، ويعتمد هذا النموذج أيضا على العلاقة بين المنبهات النفسية والاجتماعية ومستويات الضغوط، ويصور "**ليفي**" شكل هذه العلاقة بالحرف **(U)**، حيث أن الضغوط المنخفضة تمثل الإثارة الزائدة، بينما الضغوط العالية التي تتواجد عند أطراف **(U)** تمثل

الإثارة المستمرة التي تهيء الكائن العضوي للاستجابة لبعض أنماط النشاط الجسمي **كالكر أو الفر** أي المواجهة أو الهرب في المواقف المختلفة، كما افترض " **ليفي**" أن وجود العوامل المتداخلة سواء كانت جوهرية أو عرضية يمكن أن تيسر أو تعسر ظهور المرض. **(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص ص. 208- 210)**

وفيما يلي شكل يوضح ذلك:



الشكل رقم "02" يوضح العوامل النفسية والبيولوجية في المرض العضوي

6-4- النظريات المعرفية:

6-4-1- نظرية العجز المكتسب لسيليغمان Seligman (1975):

ينطلق من كون الضغط النفسي نتاج للشعور بالعجز المتعلم، ويرى أن هناك ثلاثة أبعاد للتفسير المعرفي الذي يساعد في فهم درجة عمق وتناقض وطول مدة الشعور بالعجز مما يساعد في التنبؤ بإمكانية حدوثه وفهمه وهذه الأبعاد هي:

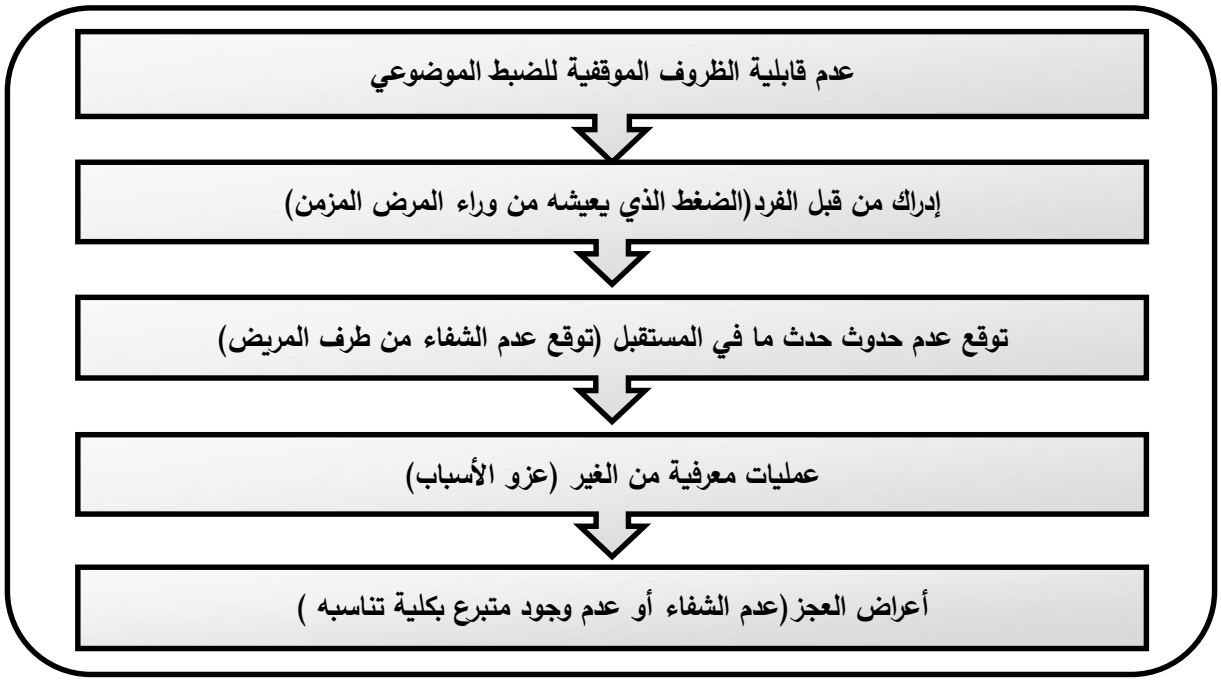
أولا: عزو الفشل لأسباب داخلية **(العزو الداخلي)** أو خارجية **(العزو الخارجي)**؛

ثانيا: اتسام العزو لدى الفرد بالثبات، أي أن مسببات الأمور سوف تبقى هي في كل الأحوال، والعزو في مثل عينة البحث هو مرض القصور الكلوي المزمن في حد ذاته، فهو ثابت ولا يمكن تغييره مما ينتج عنه ضغط نفسي كبير؛

ثالثا: مدى انطباق التفسير على مجال واحد في الحياة أو شموليته في عدة مجالات، وقد أكدت أبحاث **سيليجمان** أن التفسيرات الداخلية والثابتة والشمولية هي التي تقود إلى التراجع في الدافعية والمعرفة والتكيف الانفعالي، وتكون النتيجة شعور الفرد بالاكتئاب بشكل أكثر تكرارا وأشد عمقا وأطول مدة.

ويرى **سيليغمان Seligman وميلر Mille (1975)** أن الفرد إذا عزا النقص في قدراته إلى عوامل ثابتة (كمرض القصور الكلوي المزمن مثلا) يصعب تغييرها فإنه سوف يعتقد أن جهده الشخصي لن يعدِّل الموقف، ولذا فإن مصادره الذاتية ستكون غير كافية لمجابهة الضغط النفسي المرافق للمرض، مما يولد لديه مزيدا من الشعور الذاتي بالضغط النفسي. **(أحمد نايل الغرير، 2010، ص ص. 50، 51)**

وفيما يلي إسقاط لنموذج العجز المكتسب حسب **Seligman** على مرضى القصور الكلوي كما تقترحه الباحثة.



الشكل رقم "03" يمثل النموذج المعد للعجز المكتسب عند سيليغمان Seligmane (1987)

(سامر جميل رضوان، 2002، ص.95)

6-4-2- نظرية إدراك الضغط ل سبيلبرجر Spielberger (1979):

تعتبر نظرية "**سبيلبرجر**" في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، وقد ميز بين نوعين من القلق قلق السمة الذي يدخل ضمن سمات شخصية الفرد وقلق الحالة الذي هو قلق موضوعي يعتمد على الظروف الضاغطة. **(فاروق السيد عثمان، 2001، ص.99)**

كما عَمِل **سبيلبرجر Spielberger** على وضع تفسير للضغوط النفسية معتمدا على نظرية الدوافع، إذ يرى أن الضغوط تلعب دورا في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها، ويحدد ثلاثة **(03)** أبعاد رئيسية: الضغط**Stress**، القلق**Anxiety** والتعليم **Teaching**. **(أحمد نايل الغرير وأحمد عبد اللطيف، 2009، ص.46)**

وقد عرض "**سبيلبرجر**" تمييزا بين كل من القلق والضغوط والتهديد:

- ✓ **القلق:** هو عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط؛
- ✓ **الضغوط:** يشير المصطلح إلى الاختلافات في الأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي؛
- ✓ **التهديد:** يشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص.

ويؤكد **سبيلبرجر (1976)** على أهمية العلاقة بين الضغط والقلق، ويقترح تعريفا مهما حيث يعرف الضغط كمفهوم ذو خصائص موضوعية لوضعية معينة، أما القلق فيعتبره إدراكا لوضعية الخطر، ففي غالب الحالات تكون

الوضعيات الضاغطة موضوعية (مرض مزمن، فقدان عزيز... وغيرها) يمكن إدراكها على أنها مُقلقة، ولكن يمكن أن يحدث العكس بالنسبة لشخص غير مقدر للخطر، أو أنه يملك المهارات اللازمة والخبرة لمواجهتها لذلك حدد **سبيلبرجر** مجموعة من العوامل التي تحدد إذا كانت وضعية ما يمكن أن تُدرَك على أنها خطرة أم لا وهي:

- ✓ مزاج الشخص؛
- ✓ الخصائص الموضوعية للوضعية؛
- ✓ الخبرات السابقة للشخص والتي تشبه أو تعتبر قريبة من الوضعية الحالية؛
- ✓ مصادر إستراتيجيات التعامل مع الضغط.

وقد حدد "**سبيلبرجر**" مفهوم الضغط في ثلاث مراحل هي: مصدر الضغط؛ إدراكه ورد الفعل المناسب ومن هنا ترتبط شدة رد الفعل بشدة المثير ومدى إدراك الفرد له . **(مزلوق وفاء، 2014، ص ص.97، 98)**

وعليه فإن ردود أفعال المرضى واستجاباتهم ومختلف الإستراتيجيات التي يستعملونها في التعامل مع الموقف الضاغط الأساسي (المرض)، وكذلك مع مختلف الضغوطات المصاحبة له تتوقف على إدراك الفرد لهذا الموقف الضاغط أولا وإدراكه لمختلف الضغوطات المصاحبة له ومدى تحديدها لتكامل عضويته ومدى شدتها، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى على شدة المرض ومدى إزمانه في الواقع، وكذلك على خلفية المريض الصحية وإمكانية معايشته لوضعيات مرضية مماثلة، وحتى الحالة النفسية المزاجية الحالية للفرد، والأهم من ذلك هو مدى توفر مصادر متنوعة لإستراتيجيات التعامل مع هذا الموقف الضاغط (المرض) والمواقف الضاغطة المصاحبة(تكلفة العلاج، التنقل...الخ) والتي قد تحتاج إلى إستراتيجيات تعتمد على المساندة أكثر من إستراتيجيات أخرى.

7- مواجهة الضغوط النفسية:

تتحرك آلياتنا في المواجهة بمجرد أن نحاول التلاؤم مع حدث ضاغط، أي السيطرة على الضغط أو تحمله أو التخلص منه أو تقييده عند حده الأدنى، إن الذي يحدد فيما إذا كان تأثير الضغط سيكون كبيرا أم صغيرا وفيما إذا كان الشخص سيعتبر الضغط سلبيا أم إيجابيا هو **أسلوبنا في الاستجابة** للضغوط أكثر من مسبب الضغط نفسه.

والمواجهة الناقصة يمكن أن تعني أن الخطوات المتخذة لا تمس مسببات الضغط بل وحتى تزيده سوءا، كما هو الأمر عندما يحاول شخص ما إلهاء نفسه عن مصدر الإرهاق المباشر وإنكار الضغوطات من خلال التعاطي أو تناول الكحول أو الإفراط في الأكل.

وفي بعض الأحيان تتحول الطرق نفسها المستخدمة للتغلب على المواقف الضاغطة إلى أعراض مرضية نفسية، وعليه قد يتغلب الشخص على هذه المواقف من خلال تجنبها، أما آليات المواجهة الجيدة بالمقابل فهي تلك التي تمكن الإنسان من مواجهة مقتضيات المواقف الضاغطة بصورة فاعلة وتنمي في الوقت نفسه الصحة الجسدية والنفسية للفرد. **(سامر جميل رضوان، 2002، ص.189)**

خلاصة الفصل:

اتجه تركيزنا في هذا الفصل إلى التطرق لمختلف التناولات النظرية لمفهوم الضغط، وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم الضغط قد أخذ اهتماما بالغا من قبل العديد من العلماء والباحثين في مختلف المجالات البيولوجية والفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية.

ومع التطور التاريخي لهذا المفهوم، لم يعد النظر إليه كاستجابة بيولوجية محضة مشكِّلة خطرا مهددا لعضوية الإنسان، وإنما انتقل النظر إليه في العقد الأخير من هذا القرن إلى التركيز على التبادل العلائقي أو التفاعل الديناميكي القائم بين الفرد ومحيطه وهذا ما بينته النظرية المعرفية، إذ تتحدد خطورة التهديد الذي يعترض الإنسان حسب طبيعة إدراكه ونوعية تقييمه المعرفي له، وذلك بتدخل عوامل أخرى تترجم بأنواع إستراتيجيات المواجهة التي يوظفها كالتقدير المعرفي وسمات الشخصية وخاصة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل التالي بالتفصيل.

الفصل الثالث

إستراتيجيات المواجهة

تمهيد.

1- تعريف إستراتيجيات مواجهة الضغوط.

2- محددات مواجهة الضغط.

3- خصائص إستراتيجيات المواجهة.

4- آليات الدفاع وأساليب المواجهة.

5- تصنيف إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

6- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة Coping.

7- فاعلية إستراتيجيات المواجهة على الصحة الجسدية.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يساير الفرد باستمرار ضغوط الحياة، إذ يتعرض إلى سلسلة من الأحداث تتفاوت حدتها بين البساطة والتعقيد كميلاد طفل جديد أو تغيير منصب شغل أو الإصابة بمرض حاد أو مزمن كالقصور الكلوي المزمن مثلا...الخ.

وقد أضحى الاهتمام بكيفية حل المشاكل وفك الصراعات والتعامل مع الأزمات الحياتية وفهمها من أهم مواضيع البحوث العلمية حاليا، وفي هذا السياق تعتبر إستراتيجيات المواجهة من العوامل الوسيطية بين آثار الضغوط وتكيف الفرد مع محيطه الداخلي والخارجي وذلك لما لها من فاعلية في خفض التوتر، لذلك سنعرض أهم ما يتعلق بهذا المصطلح من خلال تحديده مفهومها، محدداتها، خصائصها، تصنيفاتها والنظريات المفسرة لها.

1- تعريف إستراتيجيات مواجهة الضغوط:

يعرف **لازاروس Lazarus** المواجهة **Coping** بأنها عبارة عن الجهود السلوكية أو البين نفسية التي يقوم بها الفرد من أجل مواجهة المتطلبات الداخلية والخارجية، والصراعات بين هذه المتطلبات التي ترهق أو تتجاوز مصادر الطاقة عند الفرد، أي هي كل الجهود المبذولة التي تهدف إما إلى السيطرة على الضغوط أو إلى تحملها (مجالدتها) أو خفضها أو تقليلها إلى حدها الأدنى. **(سامر جميل رضوان، 2002، ص. 179)**

ويعرفها **سبيلبرجر Spelberger** بأنها: "عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له ".

أما **ستيبتو Steptoe (1991)** فيعرف إستراتيجيات المواجهة على أنها استجابات يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة، وقد تكون ذات طبيعة معرفية أو انفعالية (مثلا: اعتبار ورم سرطاني كدمل بسيط **Kyste**) أو تحويل وضعية خطيرة في الخيال إلى منفعة شخصية، كما يمكن أن تأخذ أشكالا سلوكية مباشرة أكثر كالمواجهة الصريحة للمشكل، تبني سلوك التجنب أو البحث عن المساندة الاجتماعية.

وعليه فإستراتيجيات المواجهة يمكن اعتبارها مجموعة من الأساليب التي تعمل على تحقيق الراحة النفسية والجسدية للفرد من خلال تخفيف حدة الحدث الضاغط أو القضاء عليه، وبالتالي خفض التوتر والإثارة إلى درجتها الدنيا أو إلى ما يستطيع المتعضي تحمله وفق المبادئ التي تتحكم في السيرورات النفسية، وتختلف هذه الأساليب فقد تكون سلوكية أو معرفية كما تتسم هذه الأساليب بالتغير وعدم الثبات.

2- محددات مواجهة الضغط:

2-1- صلابة الفرد أو القدرة على الاحتمال (المجالدة):

يعبر هذا المفهوم عن قدرة التحمل التي تعكس نمطا معرفيا وانفعاليا وسلوكيا من المقاومة للإرهاقات، ويقصد بالمقاومة مجموعة من القناعات حول الذات والمحيط، أما القدرة على التحمل بصفتها بنية شخصية أو سمة من سمات الشخصية فيمكن عزوها إلى ثلاث مركبات:

- **الضبط:** والمقصود هنا قناعات الضبط الداخلية للإنسان، أي خبرة الإنسان بأنه يمتلك تأثيرا محددا أو واضحا على أحداث حياته (ضبط الواقع)؛
- **الارتباط أو الالتزام:** والمقصود به الالتزام الشديد لفرد ما بمواقف حياتية مختلفة والمشاركة الفاعلة والاندماج في العلاقات الاجتماعية؛
- **التحدي:** أي أن ينظر لمتطلبات الحياة وإرهاقاتها على أنها تحديات وليست تهديدات وتقود إلى دوافع للتصرف ودوافع للتعديل؛

2-2- التفاؤلية:

تعتبر التفاؤلية إحدى متغيرات الشخصية المهمة، والتفاؤلية بناء نفسي حديث صاغه **كارفر Carver وشايير Scheier** والمقصود بالتفاؤلية هي التوقعات الإيجابية للعلاقات المدركة بين التصرف ونتيجته.

2-3- قناعات الضبط الداخلية والخارجية:

تتوفر **قناعات الضبط الخارجية** عندما يدرك الإنسان المعززات والأحداث التي تعقب تصرفاته بأنها غير ناجمة عن سلوكه أو ليست من صفاته هو، وإنما هي نتيجة للحظ أو الصدفة أو القدر أو بأنها ناجمة عن تسبب أشخاص أقوياء، أو يدركها كنتيجة غير متوقعة بناء على التعقيد الشديد لقوى المحيط، أما **قناعات الضبط الداخلية** فتصف توقعات الفرد في تحقيق أو تسبب تعزيزات إيجابية من خلال أنماط معينة يمتلكها من السلوك أو منع عواقب سلبية من الحدوث.

2-4- الوعي أو الإحساس بالتسامك:

يعبر التماسك أو الترابط عن التوجه العام الذي يعبر عن مدى امتلاك شخص ما للشعور الديناميكي بالثقة بحيث ينظم أو يصمم الأحداث في محيطه الداخلي والخارجي في مجرى حياته، وتكون هذه الأحداث قابلة للتنبؤ والتفسير كلما كانت الموارد متوفرة لديه من أجل مواكبة المتطلبات الناجمة عن هذه الأحداث، وكلما كانت هذه المتطلبات مثيرة للتحدي وتستحق البذل والالتزام، وهناك ثلاث مركبات للوعي بالتماسك هي:

- **القابلية للفهم أو الإستيعاب:** وهي العمليات الحياتية المبنية بشكل موضوعي؛
- **القابلية للتأثير:** أي أن الفرد قادر مبدئيا على ضبط أحداث الحياة والسيطرة عليها؛
- **الإمتلاء بالمعنى (المعنوية):** أي أن المتطلبات الواجب مواجهتها تستحق ذلك وتقدم للفرد معنى شخصيا.

(سامر جميل رضوان، 2002، ص ص. 180، 181)

3- خصائص إستراتيجيات المواجهة: من خلال ما ورد لدى **لازاروس و فولكمان (1994)**، تتميز إستراتيجيات المواجهة بمجموعة من الخصائص هي:

- ✓أن المواجهة عملية وليست سمة فالعلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة وديناميكية فكل منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به، وبذلك يصبح للتفاعل المتبادل بين الفرد والبيئة دور مهم في تحديد السلوك اللازم للمواجهة (بمعنى أن كل فرد يمتلك مصادره الخاصة للمواجهة)؛
- ✓المواجهة عبارة عن نتيجة لتقييم الفرد للموقف أو الحدث الضاغط نتيجة لتفسير ودرجة إحساس الفرد بالخطر والمعنى الذي يحمله الموقف ودرجة أهميته بالنسبة لحياته؛
- ✓تتحدد فاعلية عملية المواجهة بناء على نتائجها؛
- ✓يختلف سلوك المواجهة عن السلوك التوافقي التلقائي، فالأفعال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء موقف ظرفي لا يطلق عليها مواجهة، فمثلا مواجهة موقف خوف لا نقول أنه استخدم إستراتيجية لمواجهة الخوف وإنما هي كانت ردة فعل على حسب الموقف الذي عاشه الفرد آنذاك؛
- ✓عملية المواجهة نوعية وموقفيه وليست عامة؛

✓مكونات المواجهة هي الأفعال والأفكار لدى الفرد عن كيفية إدارة الموقف الضاغط؛

✓ لا تقتصر المواجهة على الجهود الناجحة فقط بل تتضمن كذلك كل المحاولات الهادفة التي يقوم بها الفرد لإدارة الضغوط بصرف النظر عن فعاليته (مثل المصاب بالقصور الكلوي المزمن الذي إذا تغيب عن حصة من حصص التصفية ليس معناها أنه لم يواجه المرض، وإنما هي عبارة عن مواجهة مركزة حول التجنب، أي لا يقتصر التعامل مع المرض على المواجهة التي ترتكز على حل المشكل فقط).

(نادية بوضياف بن زعموش، 2014، ص. 102)

4- آليات الدفاع وأساليب المواجهة:

سنحاول المقارنة بين آليات الدفاع النفسية وأساليب المواجهة من حيث الاختلاف والتشابه بينهما ومن خلال بعض الرؤى النظرية التي منها:

لقد تم التطرق لأساليب المواجهة باعتبارها في بعض الأحيان آليات الدفاع **Mécanismes de Défenses**، إذ يستطيع الفرد الاستجابة لعامل الضغط النفسي بطرق متنوعة كثيرة كالمقارنة الاجتماعية، الإبداع في حل المشكلة الإنكار العاطفي والاعتقاد الديني" وكل ذلك يستعمل لضبط الضغط النفسي، ولذلك تعتبر هذه الأساليب آليات مواجهة"، وهذا ما ورد في النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي (**DSM4**) حيث قُدمت قائمة من الطرق الشائعة التي يستخدمها الفرد للتعامل مع عوامل الضغط النفسي الداخلية والخارجية، وتتضمن هذه القائمة الطرق الأفضل والأسوأ في توظيف المواجهة.

إلا أن آليات الدفاع غير واعية، والهدف منها هو تخفيض القلق الذي يعاني منه الفرد في محاولاته لحل الصراعات الداخلية، بينما المواجهة فتتطلب أساليب واعية في جزء منها خاصة فيما يتعلق بأسلوب حل المشكلة بشكله المعرفي والسلوكي، كما أن الدفاع وما يرتبط به من علاقات عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات التي تتكون من مطالب وطموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي أو من تهديدات المحيط، ويفترض هنا أن القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الآليات.

وترى **آنا فرويد Anna Freud** أن جميع عمليات الدفاع تتميز بسمتين مشتركتين:

- أنها تنكر وتزوّر وتحرّف الواقع؛
- أنها تعمل لا شعوريا بحيث لا يفطن الشخص إلى ما يحدث معه.

وترى **هان Haan(1977)** أن الدفاع والمواجهة عبارة عن بنائين مختلفين وظيفيا، وتنطلق في منظومتها النظرية حول الشخصية من عشر عمليات أساسية للأنا تتحقق من خلال أساليب ثلاثة هي:

- أسلوب المواجهة **Coping** ويكون قائما على الواقع ومتناسبا معه ومرنا ويتم وفق المنطق والأسلوب؛
- الدفاع **Défense** الجامد والمشوه للواقع؛
- أسلوب التشتيت أو التفتيت **Fragmentation** وهو أسلوب مرضي.

وتعتبر "**هان**" بوصفها من المحللين النفسيين الجدد أن تشويه الواقع هو المعيار الفاصل الذي يمكن من خلاله تمييز الدفاع عن أشكال المواجهة التلاؤمية، وتنطلق في تصوراتها النظرية من تصنيف هرمي لأشكال المواجهة تتسلسل فيه حسب فائدتها، وتحتل المواجهة بالنسبة لها قمة الهرم حيث تقول: "يواجه الشخص إذا استطاع ذلك ويدافع إذا كان مضطرا ويتشتت(يمرض) إذا كان مجبرا على المرض". فالدفاع إذا عبارة عن شكل ناقص من مواجهة الإرهاق والضغط، ففي مجموعة من الدراسات أمكن برهان أن عمليات الدفاع تكون فاعلة في بعض المواقف وهي الإمكانية الوحيدة المتوفرة للفرد، كما هو الحال على سبيل المثال في حالة مواجهة الفرد لمرض جسدي خطير.

ويصنف كل من **لازاروس وفولكمان (1984)** وسائل الدفاع ضمن المفهوم العام للمواجهة، حيث يريان أن آليات الدفاع عبارة عن مجموعة فرعية من أشكال المواجهة البين نفسية **Intrapsychique** التي يتم توجيهها نحو تعديل عمليات التقويم الذاتية للفرد، وعليه فإن تقييم كفاءة أو فاعلية الدفاع لا تتم بشكل مسبق أو افتراضي وإنما من خلال مقتضيات الموقف ذات العلاقة.

وقد حاول كل من **ستيفنز Steffens وكيشله Keachle (1988)** دمج كلا التصورين، باعتبار أن كلاهما يكمل الآخر غير أن هذا لا يستبعد خيارات أخرى، وبالتالي فهما يقترحان تصنيف تلك الأنماط السلوكية التي تفيد في المواجهة تحت آليات المواجهة، ومن هنا فهما يميزان بين المواجهة والدفاع من حيث المثير، كلاهما ينطلقان معا من أجل تحقيق التكيف الأمثل، أما هدف الدفاع فيكون منع إعادة إيقاد نار الموقف الصادم الماضي والحفاظ على الأنا عاملا إلى الدرجة التي يتمكن فيها من إيجاد الإستراتيجية الملائمة لمواجهة الموقف الراهن، ومن ناحية أخرى يشير كل من **ستيفنز** و **كيشله** إلى أن عمليات الدفاع يمكن أن تفيد من حيث المبدأ في المواجهة الراهنة أيضا كما هو الحال في الإنكار على سبيل المثال، غير أن الأمر الفاصل هنا هو أن يتم استخدام وسائل الدفاع بشكل وظيفي وتحسين المواجهة مع مواقف الخطر. **(سامر جميل رضوان، 2002، ص ص. 253-256)**

ومن هنا يمكن القول أن استخدام المواجهة في أساليبها الواعية يسمح بتمييزها كأساليب مواجهة أما عند استخدام أساليبها غير الواعية فإنها تتطابق مع آليات الدفاع ويمكن تسميتها بآليات المواجهة، كما أن أساليب المواجهة تستخدم غالبا عند الحديث عن الضغط النفسي أما آليات الدفاع فقد استخدمت في كل المواقف التي يواجهها الفرد وكجزء هام من بنيته النفسية ونمط شخصيته.

5- تصنيف إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي:

اهتمت عدة دراسات بإستراتيجيات المواجهة وتمثلت منهجيتها في تطبيق مقابلات واستبيانات بهدف حصر مختلف الطرق التي من خلالها يستجيب الأفراد لمختلف المواقف الحياتية بما فيها العائلية والاجتماعية والمهنية...الخ، ولقد تم التحقق من وجود تنوع كبير لإستراتيجيات المواجهة منها الفردية وأخرى البين فردية أي

المرتبطة بالعلاقة بين الأفراد(**Inter et Intra–Individuelle**)، وباستعمال التحليل العاملي لنتائج الدراسات التي أجريت على عينات كبيرة تم اقتراح عدة تصنيفات لإستراتيجيات المواجهة، وسنعرض أهمها فيما يلي:

5-1- تصنيف بيلنجس Billings وموس Moos (1981): لقد حددا ثلاثة أنواع لإستراتيجيات المواجهة وهي:

أ. الإستراتيجيات السلوكية الفعالة: وتشمل مختلف المحاولات والمجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مع المشكل؛

ب. الإستراتيجيات المعرفية الفعالة: وتتمثل في المجهودات المعرفية الموجهة لتقدير الحدث بأنه ضاغط؛

ج. الإستراتيجيات التجنبية: وتضم المجهودات والمحاولات لتجنب وتفادي مواجهة المشكل أو محاولة مواجهة المشكل بصفة غير مباشرة وتقليص التوتر من خلال سلوكات مثل الأكل والتدخين بإفراط.

5-2- تصنيف سولس Suls و فيلتشر Fletcher (1985): توصلت أعمالهما إلى تصنيفين أساسيين للمواجهة وهما:

أ. مواجهة تجنبية (Le Coping évitant): وهي إستراتيجيات سلبية واستسلامية مثل التجنب، التهرب، النفي والتقبل الطوعي؛

ب. المواجهة اليقظة (Le Coping vigilant): وهي إستراتيجيات نشطة منها البحث عن المعلومات ومخططات حل المشكل والدعم الاجتماعي.

5-3- تصنيف لازاروس Lazarus وفولكمان Folkman (1984): حدد كل من "**فولكمان Folkmen**" و"**لازاروس Lazarus**" **(1984)** تصنيفين عريضين لمواجهة الضغط النفسي هما: المواجهة التي تركز على المشكل والمواجهة التي تركز على الانفعال، وهذا بالاستناد إلى وظيفتين رئيسيتين لإستراتيجيات الاستجابة للضغط، وهي ضبط التوتر والضيق الانفعالي أو تغيير المشكل الذي يسبب الانزعاج والضيق ويتضمن هذين الخيارين أغلب أساليب المواجهة التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه للموقف الضاغط، وسنعرضهما فيما يلي بمزيد من التفصيل لأنها تخدم البحث الحالي.

5-3-1- إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل:

تشمل مجهودات المواجهة المنشَّطة للتعامل مع المشكل مجموعة من الأساليب منها البحث عن المعلومات ومخططات حل المشكل والتصدي، وسنعرضها فيما يلي بشيء من التفصيل:

أ. إستراتيجيات البحث عن المعلومات: يتوجه هذا الأسلوب من استجابات المواجهة إلى السعي للحصول على معلومات متعلقة بالحدث الضاغط وعواقبه، وإلى البحث عن أساليب بديلة للعمل واستبصار نتائجها المحتملة، وقد يبحث الفرد عن القواعد والإجراءات التي ينبغي اتخاذها والعمل بها، وقد يعمد البعض الآخر إلى أسلوب عقلي يتمثل في التحليل المنطقي لمجريات الأحداث كي يستعيدوا إحساسهم بالضبط عن طريق تعلمهم المطالب التي ينبغي أن يقوموا بها (مثل سؤال الأطباء والممرضين من أجل الاطلاع على طبيعة المرض)؛

ب.إستراتيجيات التصدي: تشير إلى المجهودات العدوانية لتغيير الوضعية، لذلك فهي تتضمن العدوانية والمجازفة كما تتضمن إستراتيجيات عدوانية اتجاه الأشخاص المسؤولين عن المشكل(مثل النقمة على المرض)؛

ج.إستراتيجيات مخططات حل المشكل: تشير إلى مجهودات مدروسة تركز على المشكل بهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل، وتتعلق بإستراتيجيات البحث عن حلول، ويُتقبل الحل الأفضل وفقا لما يريده مع مواجهة أكبر واكتشاف ما هو مهم في الحياة (مثل محاولة تقبل المرض والتحكم فيه، وكذلك البحث عن أدوات متطورة لتصفية الدم).

ويمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط، وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة.

ويضيف كل من **وودسايد** "**Woodside**" و **ميكلام** "**Mcclam**" بأن حل المشكلة عملية عقلية معقدة ومركبة تتم على مراحل، وتتضمن فهم المشكلة ووضع الخطة وتنفيذها ثم فحص وتقويم الحلول وبهذا تؤثر الخبرات الماضية في الحلول التالية للمشكلات.

أما **نيزو** "**Nezu**"(**1987**) فهو يعتبر أن أسلوب حل المشكلات عملية معرفية سلوكية يحدد الفرد بواسطتها إستراتيجيات وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة.

5-3-2- إستراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال: إن جهود المواجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها الوضعية الضاغطة قد تأخذ عدة أشكال منها مجموعة من أساليب المواجهة الموجهة نحو تقليص الضيق الانفعالي كالتجنب، التهرب، اتخاذ مسافة، تغيير المعنى المعرفي للحدث، تحمل المسؤولية، ضبط الذات والدعم الاجتماعي، وسنعرضها فيما يلي بشيء من التفصيل:

أ. إستراتيجية التهرب – التجنب: تشير هذه الإستراتيجية للتفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه، وتتضمن هذه الأساليب إستراتيجيات تجنب الوضعية الضاغطة، فالفرد يتخيل نفسه في عالم أفضل أو مكان آخر ويتمنى إمكانية تغيير ما يحدث ويرجو أن تنتهي المواجهة الضاغطة سريعا، كما تتضمن إستراتيجيات التهرب من خلال النوم، الأكل، تناول الكحول والأدوية والمخدرات، فالتهرب والتجنب يسمح للفرد بالخروج من التفاعل الضاغط دون تغييره؛

ب.إستراتيجية اتخاذ مسافة: تشير للمجهودات المعرفية من أجل تحرير الذات وذلك من خلال تصغير وتقليل معنى الوضعية الضاغطة وأهميتها (مثلا يؤكد المصاب لنفسه أن هناك أمراض أخطر من مرضه وهذا بالمقارنة مع مرضى آخرين)؛

ج.إستراتيجية ضبط الذات: تشير لمجهودات الضبط الذاتي للانفعالات والتصرفات، فهي ترتكز على التنظيم الوجداني والجهود التي يبذلها الفرد لضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة وذلك من خلال تحمل الغموض والتناقض وتحكم الفرد في مشاعره؛

د. إستراتيجية تحمل المسؤولية: تتضمن إستراتيجيات الوعي بالمسؤولية الشخصية في المشكل ومحاولات للاستدراك، أي اعتراف الفرد بدوره في المشكلة وما يصاحب ذلك من محاولات من طرفه لجعل الأشياء صحيحة (مثلا العمل السابق أدى به للمرض)؛

هـ.إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي: تشير للمجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى إيجابي(مثلا يعتبر المرض كشكل من أشكال التطهير النفسي)؛

و. إستراتيجية الدعم والمساندة الاجتماعية: يعرف **ساراسون** "**Sarason**" المساندة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة، وتلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما في خفض المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة وتتوسط العلاقة بين ضغوط الحياة والانهيار الصحي أو النفسي. **(واكلي بديعة، 2013، ص ص. 160-168)**

وللمساندة الاجتماعية أنواع مختلفة صنفها **كوهين Cohen وويلز Wills (1985)** في أربع فئات هي:

- **مساندة التقدير:** وتكون في شكل إمداد الفرد بمعلومات تدل على أنه مقدّر ومقبول لقيمته الذاتية؛
- **مساندة بالمعلومات:** وهي تساعد الفرد في تحديد وفهم الأحداث الضاغطة وكيفية التعامل معها؛
- **الصحبة الاجتماعية:** وتشمل صحبة الآخرين في أنشطة الفراغ والترويح والتواصل مع الآخرين للانشغال عن المشكلات الضاغطة؛
- **المساندة الإجرائية:** كتقديم العون المادي والخدمات التي تخفف الضغط من خلال الحل المباشر للمشكلات أو الاسترخاء والراحة في مواجهة المواقف الضاغطة.

وبهذا تلعب المساندة الاجتماعية دورا وقائيا ومخفضا لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث تبعا لتوفر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كما ونوعا، كما أن المرء يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل مشقة عندما يشعر أن الدعم والمساعدة متوفران ومن ثم سيتمكن من مواجهة المشكلة، وفي حالة العلاقات المستقرة طويلة المدى، يتوقع أن هذه الفوائد يمكن الاعتماد عليها وأنها ستظل متاحة. **(عبد المعطي حسن مصطفى، 2006، ص ص. 61، 62)**

يتضح مما تقدم أن لمختلف إستراتيجيات المواجهة دور هام عند تعرض الفرد للمواقف والوضعيات الضاغطة فهي قد تتعامل مع المشكل بحد ذاته أو تتخذ أساليب أخرى تتعامل فيها مع الضيق الانفعالي الناتج عن هذه المواقف، كما أنها قد تأخذ شكل مجهودات سلوكية أو معرفية أو انفعالية.

6- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة Coping:

6-1- النموذج المعرفي:

قام **لازاروس Lazarus (1966) وفولكمان Folkman (1980، 1983)** باختبار الطريقة التي يتعرض لها الفرد لأحداث المواقف الضاغطة والمؤدية للتوتر وإدراكه لها وتقييمه المعرفي الذاتي الذي يؤثر على شعوره الذاتي ويهدد سلامته، فبمجرد حدوث التقييم يشكل صلة بين الفرد والبيئة، أي أن التقييم المعرفي كما قدمه **لازاروس** يشير إلى العملية العقلية التي يحدد الفرد عن طريقها مطالب البيئة أثناء تفاعله معها، وما إذا كانت هذه المطالب تمثل تهديدا له وما إذا كان سيستمر في تفاعله مع البيئة، وما إذا كانت طاقاته وإمكانياته تعطيه إمكانية التحدي وحرية الاختيار وتكون مناسبة لمواجهة هذه المطالب. **(إبراهيم السمادوني، 2007، ص. 255)**

ويوضح **لازاروس** أن التقييم المعرفي يمر بمرحلتين هما:

أ. **التقييم الأولي:** والذي عن طريقه يقيم الشخص دلالة وأهمية الإجراء الخاص فيما يتعلق بسعادته عندما يواجه الفرد أحداثا أو ظروفا جديدة، حيث يحدد درجة التهديد الناتج عن المنبه الخارجي.

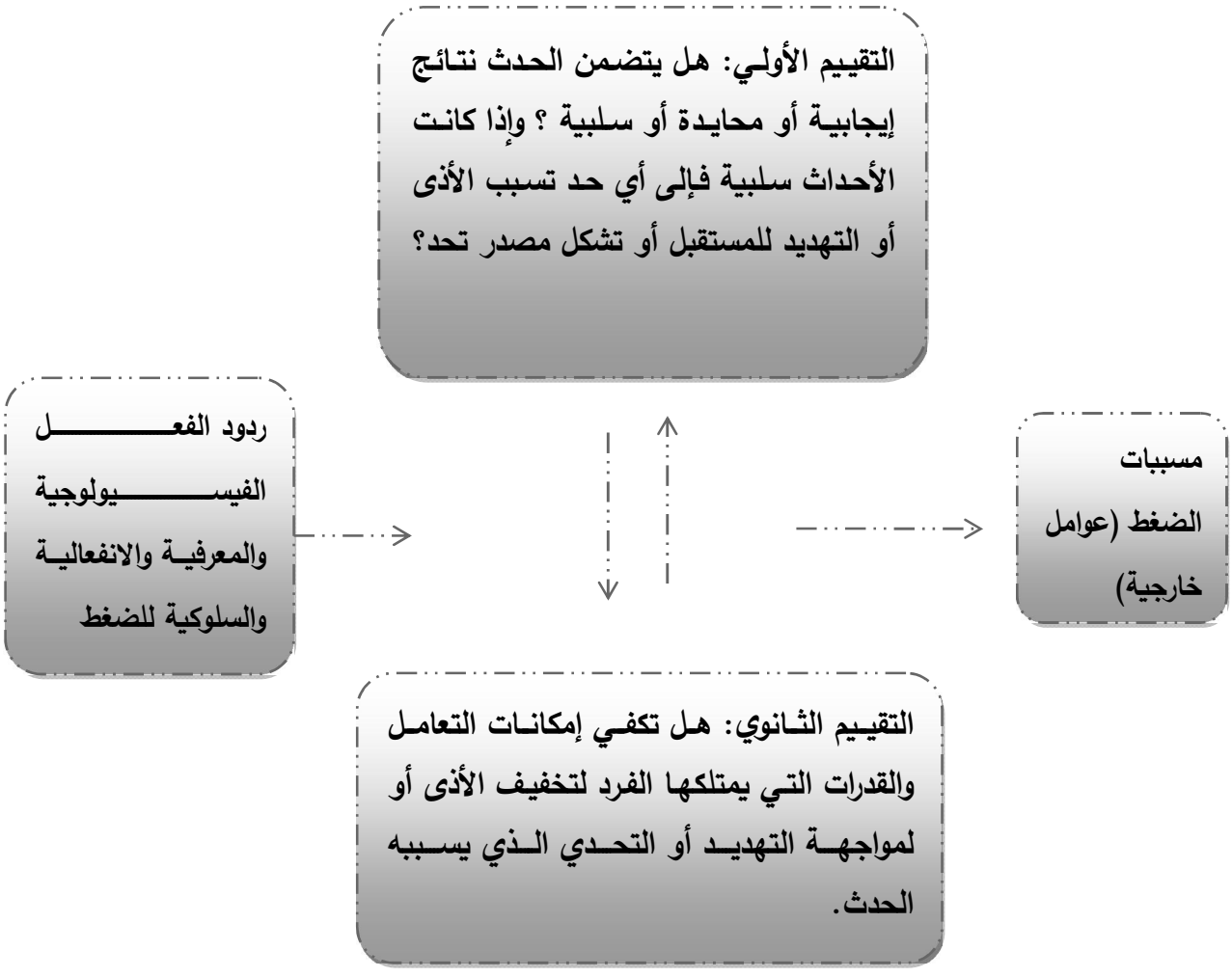
(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص ص. 201، 202)

فقد تدرَك الأحداث بأنها تقود إلى نتائج إيجابية أو محايدة أو سلبية ويتم تقييمها بأنها سيئة، أو يمكن أن تكون سيئة بناء على ما يمكن أن تسببه من أذى أو تهديد أو تحد، ويختص **الأذى** بتقييم للأضرار التي سببها الحدث فقد يدرك الشخص الذي فقد وظيفة كليته وقوع الأذى بسبب ما يشعر به من فقدان وكذلك يشعر بالنقص بسبب ارتباطه بآلة التصفية، أما **التهديد** فهو تقييم لما يمكن حدوثه من أضرار في المستقبل بسبب الحدث، وبذلك فإن الشخص الذي يقوم بتصفية الدم يتوقع المشاكل التي يمكن أن تحدث له ولأسرته في المستقبل بسبب فقدان عمله وذلك لأنه طرد منه بسبب الغيابات المتكررة نتيجة ساعات تصفية الدم، وأخيرا فقد تُقيم الأحداث من منطلق ما تسببه من **تحد** ومن منطلق ما يمتلكه الفرد من إمكانات للتخفيف من المشكلة أو حتى الاستفادة من الحدث، فقد يدرك الشخص الذي يقوم بالتصفية على سبيل المثال وجود قدر معين من الأذى أو التهديد، ولكنه قد يرى أيضا أنه يستطيع أن يغتنم فرصة اليوم الذي لا يقوم فيه بالتصفية ويقوم فيه بقضاء حاجياته دون اتكاله على الغير أو شعوره بالنقص بسبب عدم تحقيق حاجياته. **(شيلي تايلر، 2008، ص. 350)**

ويشير في هذا إلى العمليات العقلية التي تتعلق بإدراك الشخص ومعرفته للأحداث التي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط وهي تتعلق بالإجابة عن السؤال التالي:

* هل سأكون بخير أو سوف أواجه المتاعب ؟؛
* إجابة غير مناسبة أو غير متعلقة بالأمر؟؛
* إجابة مناسبة أي سلامة العاقبة ؟؛
* إجابة تشير إلى شعوره بالضغوط. **(إبراهيم السمادوني، 2007، ص. 255)**

ب. التقييم الثانوي: عملية التقييم الثانوي للموقف في الوقت الذي يتم فيه التقييم الأولي للأحداث الضاغطة وتتضمن عملية **التقييم الثانوي** إجراء تقييم للإمكانات والمصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحدث، وما إذا كانت كافية لمواجهة الأذى والتهديد والتحدي الذي ينشأ عن الحدث، وتتشكل في نهاية الأمر الخبرة الذاتية للضغط نتيجة التوازن ما بين التقييم الأولي والثانوي، فعندما يكون الأذى أو التهديد كبيرا وتكون إمكانات التعامل مع المواقف متدنية فإن الفرد يشعر بتهديد كبير، أما عندما تكون إمكانات التعامل مع الموقف عالية فإن الضغط يكون أقل ما يمكن، وتتعدد الاستجابات التي يمكن القيام بها لمواجهة الضغط وتتضمن تدخل الجوانب الفيسيولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية، وتكون بعض هذه الاستجابات لا إرادية في حين يحدث بعضها الآخر بشكل إرادي، وتوجه الجهود شعوريا للتعامل مع الموقف المسبب للضغط. **(شيلي تايلر، 2008، ص. 350، 351)**



شكل رقم "04" يمثل:

نموذج التقييم المعرفي لمواجهة الضغوط

6-2- النموذج التحليلي السيكو دينامي:

تم التطرق إلى مفهوم المواجهة في هذا النموذج استنادا إلى نظريتين، الأولى تتعلق بدفاعات الأنا والثانية ترتبط بسمات الشخصية:

6-2-1- اتجاه سيكولوجية الأنا:

عمل التحليل النفسي منذ نشأته على تحديد وفهم أشكال المواجهة وبشكل خاص الأشكال اللاشعورية منها وسميت وسائل الدفاع الأولية، وقد أدخل فرويد مفهوم الدفاع للمرة الأولى في عام **1894** وعرفه لاحقا بأنه: " تسمية عامة لكل التقنيات التي يستخدمها الأنا في مواجهة الصراعات التي من المحتمل أن تؤدي للعصاب ".

وتتلخص الأفكار الأساسية لدراسات المواجهة من وجهة النظر التحليلية النفسية في كون الدفاع وما يرتبط به من علاقات هي آليات تحمي الأنا من الصراعات، ويمكن لهذا الصراع أن يتكون من مطالب وطموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي أو من تهديدات المحيط، ويفترض هنا أن القلق هو المثير الذي يسبب هذه الآليات؛ فالأنا يكامل ويولّف بين المادة الشعورية والأفكار والخبرات المنطقية والذخيرة اللاشعورية والحدسية في تقنيات المواجهة المثلى لمشكلة ما، حيث تقول آنا فرويد: " يبقى الأنا منتصرا عندما تمكِّنه إجراءات دفاعه من منع نشوء الألم والقلق، وتحويل الدوافع بحيث تحقق مقدارا معينا من الإشباع حتى ضمن الظروف الصعبة ". **(سامر جميل رضوان، 2002، ص ص. 201 ـ 256)**

6-2-2- سمات الشخصية:

وهو تصور آخر يعتبر المواجهة كسمة من سمات الشخصية، إذ أن سمات الشخصية تؤثر في نشوء وتطور الاضطرابات النفسية والأمراض الجسدية، كما تؤثر في التغلب على هذه الأمراض ومواجهتها، بالإضافة إلى ذلك فإن الأمراض والاضطرابات والأزمات التي يمر بها الإنسان تؤثر على شخصيته، وتفيد معرفة نماذج الشخصية في إعداد برامج التدريب والإرشاد والعلاج وإعادة التأهيل والتعليم والتدريب من أجل تسيير وتحقيق الأهداف المعنية وكيفية التعامل مع هذه الحالات، فيصبح مرضى الديناليزة الذين يخضعون لعمليات غسيل الدم وبمرور الزمن أكثر اكتئابا وانطوائية وأكثر كفا في التعبير عن عدوانيتهم، وبالتالي فإن معرفة ذلك يقود إلى فهم ردود أفعالهم والتعامل معها بشكل مسبق من أجل منع تفاقمها. **(سامر جميل رضوان، 2002، ص. 149)**

لكن هناك العديد من الدراسات التي بينت أن مقاييس سمات الشخصية ضعيفة لتحديد إستراتيجيات المواجهة المستخدمة وهذا للأسباب التالية:

✓ **الطبيعة متعددة الأبعاد للسيرورة الحالية للمواجهة:** فالشخص المصاب بالقصور الكلوي المزمن مثلا عليه أن يواجه مصادر مختلفة من الضغط (ارتباطه بآلة التصفية أربع ساعات في اليوم الواحد وثلاث مرات في الأسبوع وكذلك الحمية الغذائية القاسية التي يجب عليه أن يلتزم بها، بالإضافة إلى الواجبات التي عليه القيام بها اتجاه نفسه أو اتجاه أفراد عائلته ...الخ)، كل هذه الاهتمامات تستوجب وجود إستراتيجيات مواجهة مختلفة عن بعضها، والتي لا يمكن التنبؤ بها بمقياس أحادي البعد مثل السمة؛

✓ **الطابع المتحرك والمتغير لسيرورة المواجهة:** حيث يؤكد كل من **لازاروس Lazarus** و**فولكمان Folkman** أن إستراتيجيات المواجهة تتأثر تأثيرا بليغا بسياق الوضعيات، وقد تبين من خلال العديد من الدراسات بأن نفس الشخص بإمكانه أن يوظف في بعض الوضعيات إستراتيجيات معرفية للمواجهة تهدف إلى خفض أو التقليل من الضغط، وفي وضعيات أخرى إستراتيجيات سلوكية ترمي لحل المشكل؛

وتؤكد دراسة **شولر Shooler وبرلن Pearlin** أن الإستراتيجيات المعرفية تكون متبناة أكثر في حالة ما إذا كان الحدث غير متحكم فيه (مرض خطير مثلا)، في حين أن الإستراتيجيات السلوكية تكون في حالات يمكن للجهد أن يغير من الموقف (حالة فقدان منصب عمل)، ومن خلال هذه النتائج يتبين أنه من الصعب تصور المواجهة من وجهة نظر السلوكية فهي تتضمن الاستعدادات الفردية والأنماط السلوكية الموظفة في مختلف مواقف الضغط. **(عزوز اسمهان، 2009، ص. 38)**

وهناك دراسات تبحث في العلاقة بين سمات الشخصية والأمراض، وتركز في ذلك على السلوك الصحي وإستراتيجيات المواجهة **Strategy Coping** بوصفها متغيرات وسيطة. **(سامر جميل رضوان، 2002، ص. 178)**

7- فاعلية إستراتيجيات المواجهة على الصحة الجسدية:

إن فعالية المواجهة تبدو صعبة التقييم في الحالات الصحية أو المرضية، ولكنها تستطيع أن تأثر على الصحة الجسدية بطريقتين متميزتين، فكل من **لازاروس .Lazarus و فولكمان Folkman (1984)** أثبتا أن المواجهة تستطيع التأثير على الصحة الجسدية بتأثيرها على **تواتر (Fréquence)** و**شدة (L'intensité)** **ومدة ردود الأفعال الفيزيوعصبية** المرتبطة بحالة الضغط وهذا في المواقف التالية:

✓ عندما يجد الشخص نفسه في مواجهة حدث ضاغط غير متحكم فيه ولا يستطيع التصرف نحوه، أو أن مواجهته غير ملائمة أو غير وافية بالغرض؛

✓ عندما يكون لدى الفرد أسلوب حياة مرتبط بسلوكات خطر، وأحسن مثال على ذلك هو النمط **(A)** الذي يوجد في مضمونه جملة الصفات التالية: عدم الصبر، المنافسة وإدراك الأحداث الضاغطة كتحديات وهي تزيد من خطر الإصابة القلبية وارتفاع ضغط الدم؛

✓ يمكن لأشكال المواجهة المركزة على الانفعال أن تهدد الصحة الجسمية حين تعيق اتخاذ السلوكيات التكيفية، فقد تجعل الفرد لا يدرك الأعراض كما لا يحترم مواعيد العلاج؛

✓ يمكن أن تؤثر مباشرة وسلبيا على الصحة كتزايد مخاطر الوفاة أو المرض وهذا بالاستعمال المفرط للمواد الضارة كالكحول أوالتبغ أو المخدرات...الخ، أو عندما تدفع الفرد إلى أعمال ذات مخاطر كبيرة (كاستعمال السرعة في السياقة). **(عزوز اسمهان، 2009، ص ص. 47، 48)**

وبهذا نستطيع القول بأن فعالية إستراتيجيات المواجهة لا تملك أي ميزة تلقائية، فلا بد أن تكون محددة للعمل بالمحكات التي تجعلها وظيفية وفعالة في وضعية ما وغير فعالة في وضعية أخرى أو العكس، ومنه فالمواجهة تسمح للشخص بتخفيض الوضعية الضاغطة وتأثيراتها على راحته الجسدية والنفسية ولا يمكننا القول بأنها مواجهة جيدة أو ضعيفة.

خلاصة الفصل:

يعيش الفرد على الدوام في مجابهة الوضعيات والأحداث التي تسبب له مختلف الانفعالات المزعجة كالغضب، القلق والحزن...الخ، هذه الوضعيات يمكن إدراجها ضمن أحداث الحياة اليومية كالصراعات العائلية أعباء العمل والمشاكل المالية...الخ أو في وضعيات جادة ودقيقة كالإصابة بمرض مزمن كالقصور الكلوي أو وفاة شخص عزيز...الخ، حيث أن مختلف هذه الخبرات تدرك من الفرد كتهديد لتكامله الجسدي والنفسي، لذلك تعددت وجهات نظر العلماء في تناولهم لإستراتيجيات مواجهة الضغوط، فمنهم من يؤكد على دور العوامل المتعلقة بالشخصية وسماتها في تحديد نوعية إستراتيجيات المواجهة المستخدمة، ومنهم من يرى بأن العوامل الموقفية هي التي تقوم بدور حاسم في التنبؤ باستخدام إستراتيجية المواجهة التي يوظفها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة.

والمصابون بالقصور الكلوي المزمن معرضون لضغط نفسي شديد نتيجة إصابتهم بهذا المرض لما ينجر عنه من تعقيدات وخاصة شعور الفرد بأنه مرتبط بآلة التصفية طول حياته، إلا إذا تمكن المصاب من إدارة الضغط النفسي أو مواجهته مواجهة إيجابية وصحية، وفي الفصل الموالي سنقوم بعرض مفصل لمرض القصور الكلوي المزمن وما ينتج عنه من ضغوط نفسية تعكر حياة الفرد.

الفصل الرابع
القصور الكلوي المزمن

تمهيد.

1- الجانب الفيزيولوجي للكلية.

2- تعريف القصور الكلوي.

3- أنواع القصور الكلوي.

4- التشخيص الفارقي بين القصور الكلوي المزمن والحاد.

5- مراحل الكشف عن القصور الكلوي المزمن.

6- أسباب القصور الكلوي المزمن.

7- أعراض القصور الكلوي المزمن.

8- علاج القصور الكلوي المزمن.

9- سيكولوجية المريض بالقصور الكلوي المزمن.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعتبر القصور الكلوي المزمن من الأمراض الخطيرة التي تصيب جسم الإنسان باختلاف أعماره وجنسه ومستواه الثقافي والاجتماعي، وتكمن درجة خطورته في الموت المحتم إذا لم يسرع الفرد المصاب في طلب المساعدة الطبية.

كما أن عدد المصابين بهذا المرض في تزايد مستمر ولهذا أردنا في هذا الفصل أن نعطي صورة طبية شاملة نوضح من خلالها معنى القصور الكلوي المزمن بدءا بتقديم الكلية وتشريحها، كذلك وظائفها وأهم أسباب التي قد تؤدي إلى بداية تدهور عمل الكلية، ثم سنأتي إلى تحديد أنواع القصور الكلوي مع تمييز معنى الفشل الكلوي المزمن، كذلك تعداد أسبابه ومضاعفاته، لنصل إلى طرق علاجه والمتمثلة في التصفية عن طريق الكلية الاصطناعية (آلة تصفية الدم) **Hémodialyse**، والتصفية الصفاقية **La Dialyse Péritonéal** وأخيرا العلاج عن طريق الجراحة و زرع الكلى.

1- الجانب الفيزيولوجي للكلية:

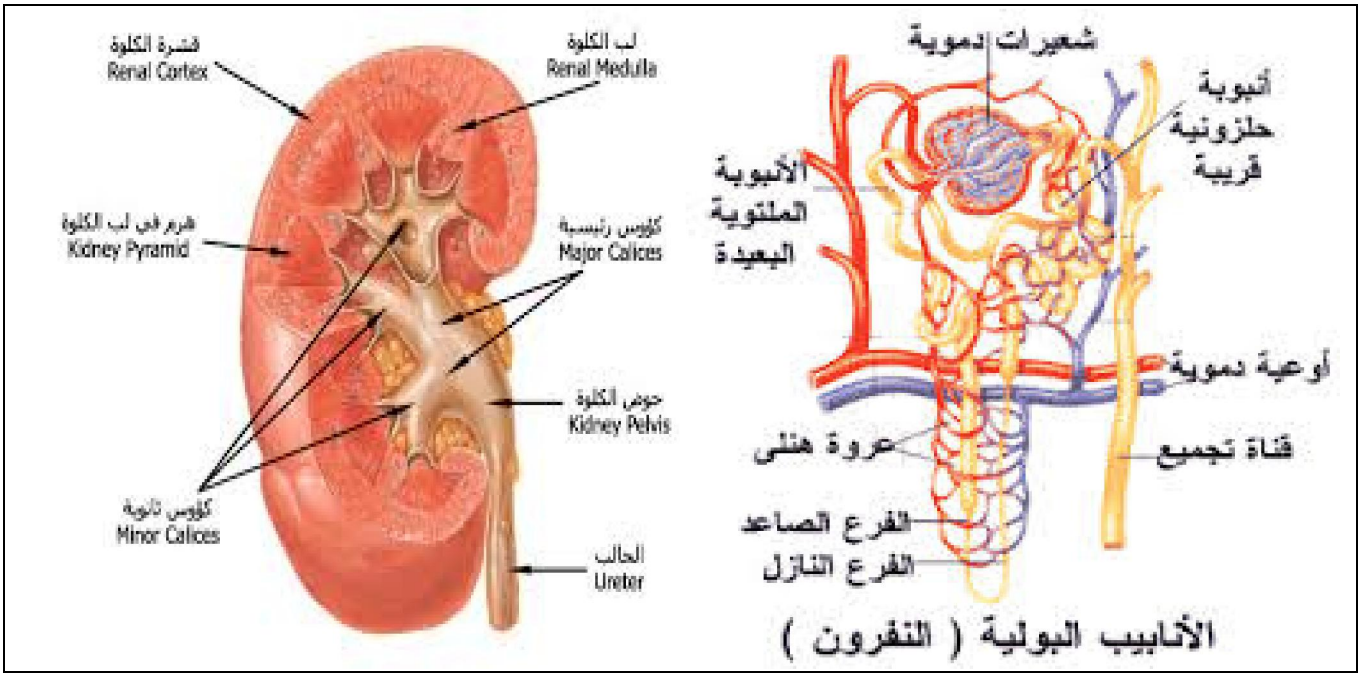
1-1- تعريف الكلية وتشريحها:

للإنسان كليتان يمنى ويسرى، هما عضوان لونهما أحمر قاتم، يقعان خلف الغشاء البيريتوان "**Péritoine**"، في أعلى التجويف البطني من الخلف لتمتد على جانبي العمود الفقري، تتميز الكلية اليمنى بحركية أكبر داخل غشائها مقارنة باليسرى وذلك لتأثرها بالنشاطات الخاصة بالتنفس، وتتكون الكلية من جزئين رئيسيين هما: القِشْرْ واللُبْ.
القشر: غني بالأوعية الدموية (**04 مل** / الدقيقة لكل غرام واحد من الأنسجة)؛
واللُبْ: فقير بالأوعية نسبيا (**0.2 مل** / الدقيقة لكل غرام واحد من الانسجة).
يبلغ وزن الكلية **0.4%** من وزن الجسم، وزنها عند الرجل **140غ** وعند المرأة **152غ**.

(M. A. Boubchire, 2002, p. 21)

ويعتبر النفرون الوحدة الوظيفية للكلية، وتحوي كل كلية مليون نفرون تقريبا، طول كل نفرون هو **50 ملم** وعرضه **بين 20-50** مكرون، ويقدر مجموع طول النفرونات في الكليتين بمئة كيلو متر تقريبا، يتكون النفرون من كبة وأنبوب داني وعروة هنلي (النازل والصاعدة) وأنبوب قاصي ينتهي بالأنابيب الجامعة وتقع الكبب والأنابيب الدانية والقاصية في القشرة، كما تقع عرى هنلي والأنابيب الجامعة في اللب.

(يوسف صائغ، 1979، ص.7)



الشكل رقم "05" يمثل: مقطعان طوليان للأنابيب البولية (النفرون)

1-2- وظيفة الكلية في الحفاظ على التوازن الداخلي:

تعتبر الكلية عضو تصفية الدم وتنقيته من السموم والشوائب وخاصة البول وكذلك لها دور في التوازن الصحي، وتقوم الكلية بطرح حوالي (**75%**) من الماء الداخل إلى الجسم في شكل بول والباقي يذهب في شكل عرق أو غاز مثل غاز ثاني أكسيد الكربون (**CO^2**) و"يصل الماء إلى الجسم عبر الخضر والفواكه واللحم والخبز وليس على شكل سائل فقط، لذلك فإن الكلية تطرح كمية تعادل تقريبا كمية السائل المشروب". حيث يطرح الإنسان خلال **24** ساعة من (**01 إلى 1.5 لتر**) من البول، وهذه الكمية تختلف حسب عدة شروط فيزيولوجية، كما أنها تخضع لكمية الماء الممتص، ويمكننا تمييز ثلاث حالات من عمل الكلية:

- **حالة المواد البروتينية:** لا تسمح الكلية السليمة بمرور البروتينات إلى البول بتاتا أما إذا وُجدت في البول فهذا دليل على إصابة الكلية وعدم قيامها بعملها بشكل سليم؛
- **حالة المواد السكرية:** يتسرب بعض السكر مع البول حتى وإن لم تكن الأنابيب البولية مريضة وذلك بعد وجبة غنية بالسكريات، حيث يكون الدم غنيا بالسكر وتزيد نسبته عن النسبة العادية الثابتة التي تعادل لتصل (**01غ/ لتر**) إلى (**1.80غ/ لتر**)، وتسمى هذه النسبة بالعتبة الكلوية لطرح السكر، فعمل الكلية في هذه الحالة هو تنظيم السكر في الدم أو إعادة غلوكوز الدم إلى مستواه الطبيعي؛
- **حالة البولة وحامض البول:** توجد البولة وحامض البول بكمية كبيرة في البول بينما تكون قليلة جدا في الدم وتقوم الكلية بسحبها من الدم وطرحها في البول، كما أنها "تضخ حوالي (**189 لتر**) من الدم عبر(**225 كلم**) من القنوات وملايين من المرشحات النيفرونية (مصفيات)". **(M. A. Boubchire, 2004, p. 22)**

2- تعريف القصور الكلوي:

يعرف القاموس الطبي القصور الكلوي بأنه: " انخفاض قدرة الكلى على تأمين الرشح وإقصاء نفايات الدم وكذا مراقبة توازن الجسم من حيث الماء والأملاح وتنظيم الشدة الدموية". **(Larousse médical, 2002, p. 360)**

3- أنواع القصور الكلوي:

يعرف القصور الكلوي على أنه حدوث قصور في عمل الكلى(الإفراز و الإطراح وإعادة الامتصاص) بصفة مؤقتة أو نهائية، مما يؤدي إلى اختلال عام في الجسم وظهور الأعراض المتعلقة بعدم قدرة الكلية أن تلعب دورها كما يجب كغدة وليس كمصفاة ومن أشكاله:

3-1- القصور الكلوي العضوي:

يمكن أن يكون ناتجا عن خلل عضوي أو تشريحي على مستوى الجهاز البولي وبالتحديد في الكلية، وتكون الإصابة في غالب الأحيان عامة وشاملة فتصبح مختلف وظائف الكلية مضطربة بدرجات متفاوتة مثل درجة عزل الفضلات الآزوتية، دورها في بناء التوازن المائي والجزيئات ودورها في بناء التوازن الحيوي.

ويتميز القصور الكلوي العضوي بالحذف المفاجئ لوظائف الكلية الإفرازية (عدم إفراز البول) وتكون الكلية عاجزة عن التحكم الثابت في الوسط الداخلي الخاضع للتأثير الثلاثي وهو عملية الأيض الوسطى، إفرازات الكلية الخارجية والعوامل الداخلية، ونميز ضمنه:

3-1-1- القصور الكلوي العضوي الحاد: يمكن أن يتلاشى وتعود الكلية إلى طبيعتها إذا ما تم العلاج الفوري وتم حذف مسببات هذا العجز المفاجئ، ومثال ذلك في حالة الإصابة بمرض الكلية المتعلق بالنسيج والأنابيب الذي يمكن أن يزول بعد العلاج فتعود الكلية إلى حالتها الطبيعية؛

3-1-2- القصور الكلوي العضوي المزمن: فهو يتميز بنقصان في المد الدموي للكلية ويشير هذا الاضطراب إلى إصابة وظائف الترشيح الكبيبة والأنابيب وكذلك عجز وظائف الأيض في الكلية، والتطور نحو القصور الكلوي المزمن النهائي يكون بالتدرج وباستمرار واسترجاع الوظيفة الكلوية نادر جدا في مثل هذه الحالة؛

3-2- القصور الكلوي الوظيفي: يعود إلى عجز وظيفي في الكليتين بسبب وجود اضطراب في عضو آخر كالقلب أو جفاف الخلايا، والقصور الكلوي الوظيفي ينقسم إلى نوعين هما:

* القصور الكلوي الحاد **(IRA)**؛
* القصور الكلوي المزمن **(IRC)**: وسنركز في بحثنا هذا على القصور الكلوي المزمن لأنه موضوع دراستنا.

3-2-1- قصور كلوي حاد "Insuffisance Rénal Aigue": يرى كل من **كنفر "Kanfer" وكوريلسكي "Kourilsky" و برالد "Peraldi"** أن القصور الكلوي الحاد هو توقف فجائي للوظيفة الإخراجية للكلية، وذلك لبضع ساعات أو بضع أيام بسبب الانخفاض الكبير أو الانقطاع الكلي للترشيح الكبيبي **(FG)**، وتكون كمية البول خلال **24** ساعة في نصف الحالات المصابة بالقصور الكلوي الحاد أقل أو تساوي **400 ملل/د.**

(A. Kanfer et al, 2001, p. 177)

3-2-2- القصور الكلوي المزمن "Insuffisance Rénal Chronique": هو نقص أو تراجع في قدرات الكلية على تأمين التصفية وطرح مخلفات الدم، وهو ينتج عن الأمراض التي تصيب الكلية والتي تتميز بنقص عدد من النفرونات، هذه الوحدات الوظيفية هي وحدات أساسية للوظيفة الكبيبية أين تتم التصفية.

(Petite Larousse de La Médecine, 2007, p. 506)

ويعرف القصور الكلوي المزمن بتراجع في التصفية الكبيبية عائدة إلى نقص مستمر ونهائي في عدد النفرونات الوظيفية، هذا ما يميزه عن القصور الكلوي الحاد باعتباره اضمحلال النفرون **(Réduction Néphrotique)** نسبيا بشكل بطيء التطور، لذلك هناك تكيف إلى حد معين للنفرونات المتبقية وهذا من أجل المحافظة على التوازن الحيوي.

وهو أيضا تخريب متزايد لوظيفة الإفراز الخارجي والإفراز الباطني للنسيج الكلوي، ينتج عن ذلك إصابة عضوية مزمنة (غير قابلة للتحديد) وبسبب الفارق في التقييم الفيسيولوجي لتصفية الكبيبية يعرف القصور الكلوي المزمن إجماعا باختيار قيمة محدودة أقل من القيمة العادية، أخذ بالفارق في القيم **16% (FG)** من الأفراد العاديين عندهم التصفية الكبيبية أقل من **110ملل /د في 1.73 متر** مربع، و**25%**عندهم من التصفية الكبيبية **(FG)90 ملل/د في 1.73 متر** مربع. **(M. A. Boubchire, 2004, p. 22)**

4- التشخيص الفارقي: يمكن تمييز القصور الكلوي الحاد عن المزمن من خلال النقاط التالية:

	القصور الكلوي الحاد	القصور الكلوي المزمن
القصة المرضية	* القصة المرضية والأعراض والعلامات شديدة وعاصفة.	* قصة مزمنة مع تعب ووهن لمدة طويلة أعراض مزمنة وعلامات بولية وكذلك تبوال ليلي.
الفحص السريري	* الوذمات أقل شيوعا؛ * فقر الدم أقل شيوعا؛ * لا توجد تصبغات؛ * الأظافر طبيعية؛ * غالبا ما لا توجد نفخة قلبية؛ * لا يوجد احتكاك تاموري.	* الوذمات شائعة؛ * فقر الدم دائما موجود؛ * كثيرا ما توجد تصبغات؛ * الأظافر بيضاء معتمة؛ * كثيرا ما توجد نفخة قلبية بسبب فقر الدم؛ * غالبا ما يوجد احتكاك تاموري.
مخبريا	* التغيرات الكيميائية شديدة وتختلف من يوم لآخر.	* التغيرات الكيميائية ثابتة أو إذا تغيرت فإنها تتغير ببطء.
شعاعيا	* لا توجد تغيرات عظمية.	* غالبا ما يكون هناك حثل عظمي.

الجدول رقم "01" يمثل: الفرق بين القصور الكلوي الحاد والمزمن

5- مراحل الكشف عن القصور الكلوي المزمن:

5-1- تشخيص المرض: تتعدد ظروف اكتشاف القصور الكلوي المزمن ففيها ما يتعلق بمرض كلى معروف، إذ في هذه الحالة يجب خضوع المريض إلى مراقبة بيولوجية دورية ومنتظمة والتي تسمح بالتعرف على التطور التدريجي للإصابة الكلوية، أما في حالة ما إذا كان المرض غير معروف فحينئذ يمكن اكتشاف القصور الكلوي المزمن في الحالات التالية:

- ✓أثناء فحص عادي؛
- ✓في حالة وجود أعراض توحي بمرض كلى كوجود بروتين في البول أو وجود تبول الدم وكذا وجود تورمات؛
- ✓وجود أعراض إعاشية (**Vexera**) وغدد(**Endocriniens**) وكذا ارتفاع ضغط الدم وأنيميا الكالسيوم في العظام والضعف النفسي؛
- ✓السوابق الشخصية والعائلية على وجود القصور الكلوي عند المريض؛
- ✓انخفاض حجم الكلى (ما عدا في حالة تعدد الأكياس الكلوية حيث يتضخم حجم الكلى).

5-2- البحث عن مضاعفات المرض: وتكون حسب مراحل الإصابة ففي المراحل الأولى يؤدي القصور الكلوي المزمن إلى ارتفاع الضغط، وهذا بدوره يجهد عضلة القلب ويساهم في تصلب الشرايين ويؤدي إلى تسارع القصور الكلوي إذا أُهْمِلَ، كما أن المصاب لن يحس بأي أعراض في حالة الالتهابات الكلوية البكتيرية أو الحصى.

5-2-1- المراحل المتقدمة: حيث تقل نسبة وظائف الكلى عن **06%** وتبدأ المشاكل التالية:

- ✓ ارتفاع نسبة البوتاسيوم، والذي يؤدي ارتفاعه الحاد والمفاجئ نتيجة لعدم الالتزام بالنصائح الغذائية بالإضافة إلى تأثير بعض الأدوية (كمسكنات الآلام مثلا) إلى بطء نبض القلب والإحساس بالضعف التام؛
- ✓ لاحقا تعجز الكلى عن إفراز هرمون الإيبو الذي ينشِّط إنتاج الدم الأحمر مما يؤدي إلى الإصابة بفقر الدم وهذا ما يساهم في تسارع فقدان وظائف الكلى؛
- ✓ ويلي ذلك مشاكل ارتفاع نسبة الفوسفور في الدم لعدم قدرة الكلى على التخلص منه وارتفاعه المزمن الذي يؤدي إلى تصلب الشرايين، وفي محاولة التخلص من الفوسفور الزائد وتحسين نسبة الكالسيوم يزداد نشاط الغدة الدرقية الموجودة في العنق ولكن النشاط الزائد المزمن قد يؤدي إلى إجهاد عضلة القلب ووهن العظام والآلام الشديدة؛
- ✓ تبدأ درجة حموضة الدم في الانخفاض مما يؤدي إلى مزيد من الوهن وضعف العظام وخمول العضلات مما يؤدي إلى إرهاق عضلة القلب بسبب ازدياد حموضة الدم وتسببه في ضيق التنفس.

5-2-2- المراحل النهائية: يبدأ المريض بالشعور بالغثيان وفقدان الشهية وضعف وقصور التنفس، وكلاهما نتيجة لنقص الدم وارتفاع ضغط الدم، وتجمع السوائل في الرئتين وازدياد درجة حموضة الدم وتورم الساقين نتيجة لتراكم السوائل، كذلك قلة التركيز وحكة الجلد ونقص عضلة الساقين، كما قد يصاب المريض بالسكري وبنوبات هبوط متكررة نتيجة لازدياد استجابة الجسم للأنسولين.

5-2-3- تحديد مدى تطور القصور الكلوي: هذه الطريقة أساسية لتحديد المدة التي يتم اللجوء فيها إما للعلاج الإستعاضي والمتمثل في الغسيل الدموي (هيموديااليز)أو الزرع الكلوي، أو تقييم تأثير العلاج والمستوى التصوري للقصور الكلوي المزمن نحو القصور الكلوي المزمن النهائي. **(بالطيب عبد الله وعلالو فؤاد، 2013، ص ص.38 ـ 40)**

6- أسباب القصور الكلوي المزمن:

تختلف أسباب هذا المرض باختلاف أنواعه إذ نجد:

6-1- قصور كلوي ناتج عن القلوميريلونفريت "La Glomérulonéphrite": وهي إصابة مصفيات الكلى التي تفصل البول عن الدم، والسبب في ذلك يعود إلى عجز الجهاز المناعي عن الدفاع الذاتي، حيث عندما يخطأ هذا الجهاز في الدفاع عن الجسم يؤدي ذلك إلى الإضرار بمرشحات الكلى، وهذا العجز المناعي يمكن أن يؤثر في كثير من أعضاء الجسم حيث يؤذي في أغلب الأحيان المفاصل والجلد، وغالبا ما يظهر هذا النوع من الإصابة ما بين **(20 و30 سنة)** ويستهدف النساء أكثر من الرجال، وهذا الداء إن لم يعالج فإن مرشحات **(الفيلتر)** تتدهور ببطء وتصبح غير قادرة على تطهير الدم.

6-2- قصور كلوي ناتج عن داء السكري "Le Diabète Sucré": يعتبر هرمون الأنسولين رسولا وسيطا مهما يتمثل دوره هو ضبط السكر في الدم، والجسم في حاجة إلى الأنسولين ليشتغل لكن حقنه لمدة طويلة يلحق أضرارا بشرايين الجسم، وقد يصاب المصاب في قرنية العين فيصبح أعمى كما قد تصاب شرايين مرشحات الكلى بالأضرار، ففي المرحلة الأولية تتكشف هذه الأضرار في شكل بروتينات في البول، وفيما بعد يمكن أن يضيع كثير من بروتينات الدم حتى يصبح الماء المحتوى في الدم يتسرب في نسيج الجسم وبعد سنوات تصبح مرشحات الكلى مصابة بأضرار السكري حتى تصبح تدريجيا عاجزة عن أداء وظيفتها.

6-3- قصور كلوي ناتج عن الكلى متعددة الأكياس "Poly Kystiques": تعدد الأكياس في الكلى يعتبر السبب الوراثي الشائع في حدوث القصور الكلوي وهو يصيب حوالي **(50%)** من أبناء المصابين، والكلى متعددة الأكياس تصبح غليظة بسطح ومساحة غير متساوية لأنها تحتوي على أكياس مليئة بالسوائل، والضغط الذي تسببه هذه الأكياس بتضخمها يؤدي تدريجيا إلى الإضرار بنسيج الكلى وينتهي إلى القصور النهائي، وكثيرا ما يحدث ذلك في سن العشرين من العمر، ويحدث هذا النوع من القصور الكلوي نتيجة قصر ذراع الكروموزوم **16.** **(M.A.Boubchire, 2004, p. 24)**

6-4- قصور كلوي ناتج عن تعفن الكلى بالميكروبات "La Pyélonéphrite": يكون هذا التعفن مسببا للمرض في حالة ما إذا تسبب في انسداد المجاري البولية.

6-5- قصور كلوي ناتج عن انسداد المجاري البولية: ومن أسبابه نجد ضيق قنوات صرف البول إلى المثانة الناتج عن تشوهات خلقية، كما يمكن أن يحدث قصور كلوي عند الأطفال، وكذلك وجود حصاة كلوية والدمامل "**Tumeurs**" أو البروستاتا المصابة بالهزال التي يمكن أن تؤدي إلى قصور كلوي حاد عند الكبار.

6-6- قصور كلوي ناتج عن تناول الأدوية بطريقة فوضوية: كالمهدئات والأدوية المخفضة لداء المفاصل والتي يتم شراؤها بدون وصفة طبية أو يتم تناولها بجرعات تفوق الكمية المحددة.

6-7- قصور كلوي ناتج عن ارتفاع ضغط الدم: إن ارتفاع ضغط الدم غير المعالج والذي استدام طويلا أو ارتفاعه إلى درجة حادة يخفض كثيرا من وصول الدم إلى مرشحات الكلى مما ينتج عنه في آخر المطاف قصور كلوي. **(باجي نعيمة، 2008، ص ص. 16-17)**

7- أعراض القصور الكلوي المزمن:

ويمكن توضيحها من خلال الجدول التالي: **(سيد الحديدي، 1990، ص ص.45 ـ 46)**

	أعـراض	علامــات
الجلد	* الحكة.	* جفاف الجلد وتصبغات؛ * الأظافر معتمة وعليها خطوط بيضاء.
العين	* عيون ملتهبة؛ * قصور الرؤيا.	* احمرار الملتحمة (أحيانا تكلس الملتحمة)؛ * تكلس القرنية؛ * اعتلال الشبكية وأحيانا انفصالها.
المسالك البولية	* تبول ليلي؛ * عطش.	* بيلة بروتينية غالبا؛ * موجودات غير طبيعية بفحص البول.
الجهاز الهضمي	* فقد الشهية؛ * غثيان وإقياء؛ * قُوافْ(**HICCUP**)؛ * أحيانا إسهال.	* تقرحات فمية؛ * رائحة فم كريهة؛ * طبقة بيضاء ثلجية على اللسان؛ * أحيانا التهاب غدة نكفية.
جهاز الدوران	* تعب؛ * وزلة اضطجاعيه؛ * آلام صدرية؛ * وذمات.	* ارتفاع الضغط؛ * التهاب التامور؛ * انصباب التامور؛ * استنزاف حجم الدم.
الدم	* تعب؛ * كدمات؛ * رعاف.	* فقر دم سوي الصباغ، سوي الحجمح * علامات فقر الدم .
الجهاز الحركي العصبي	* مَعَصْ(**Crampe**)؛ * ضعف ودوخة؛ * هلوسة؛ * ذهول قد ينتهي بغيبوبة.	* رعاش؛ * زيادة منعكسات؛ * قد ينتهي بفقد النفضة الوترية؛ * كما يفقد حس الاهتزاز.
الهيكل العظمي	* آلام عظمية.	* تشوهات؛ ولدى الأطفال قد يصابون بكساح.

جدول رقم "02" يمثل: أعراض القصور الكلوي المزمن.

8- علاج القصور الكلوي المزمن:

8-1- علاج القصور الكلوي المزمن قبل المرحلة النهائية:

يجب أن يكون علاج القصور الكلوي المزمن وقائيا قبل المرحلة النهائية من المرض وذلك بالقضاء على العوامل المسببة له وكذا التعرف المبكر على الأمراض الكلوية من أجل علاج أسبابها، أما في حالة إثبات الإصابة بالقصور الكلوي المزمن فإنه يجب تعطيل تطور القصور الكلوي المزمن قبل الوصول إلى المرحلة النهائية أي العلاج بواسطة الغسيل الدموي "**Hémodialyse**"، ويتم تعطيل الوصول إلى الطور الأخير من المرض بواسطة مايلي:

8-1-1- العلاج بالحمية الخاصة بالتغذية:

- **المساهمات البروتينية:** تفرض على المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن حمية منقوصة من البروتينات بمقدار **0.8غ / كلغ** في اليوم؛
- **المساهمات الملحية:** تحدد المساهمات الملحية في المتوسط ب **40غ في** اليوم، قد تكون نسبة هذه الكمية أحيانا أقل وهذا في حالة معاناة المريض المصاب بالقصور الكلوي من أودمات "**Œdèmes**" وارتفاع ضغط الدم الشديد كما قد تحدد هذه النسبة بكميات أكبر وذلك في حالة الإصابة ببعض الأمراض كمرض تعدد الأكياس الكلوي أو أمراض الكلى المزمن؛
- **المساهمات المائية:** يجب أن تكون المساهمات المائية كافية في بداية القصور الكلوي المزمن وذلك لتعويض كثرة التبول، لكن حينما يصل المريض إلى المرحلة النهائية من المرض فإنه يفرض عليه تقليص الماء وذلك بسبب انخفاض الصوديوم في الدم "**Hyponatrémie**"؛
- **مساهمات البوتاسيوم:** تقلص كمية البوتاسيوم في المرحلة الأخيرة من المرض وذلك بتجنب تناول بعض المواد مثل الفواكه الجافة، الموز، الكرز، الخضر والشوكولاطة...الخ)، بالإضافة إلى تجنب تناول بعض الأدوية كمضادات الألدوسترون. **(سامية ياحي، 2008، ص ص. 32 ـ 33)**

8-1-2- العلاج عن طريق الأدوية:

يتناول المريض بالقصور الكلوي المزمن مجموعة من الأدوية لتصحيح بعض الاضطرابات والانعكاسات الناتجة عن المرض وكدعم للعلاج الأساسي (تصفية الدم) والتي من بينها:

- ✓ في المراحل الأولى من المرض إضافة إلى فيتامين **D** يأخذ أدوية لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفوسفور؛
- ✓ أدوية خافضة للضغط الدموي مثل مضادات إنزيم التحول(**IEC**). **(أبشيش حورية، 2013، ص.83)**
- ✓ علاج فقر الدم "**Anémie**" بواسطة تزويدهم بمادة الإيريتروبويتين المخلق "**Erythropoïétine Recombinante**" ولا يستعمل هذا العلاج قبل التصفية إلا في حالة الأنيميا الحادة، كما يجب البحث عن الأسباب الأخرى كالنزيف الهضمي أو التناسلي أو التناذر الالتهابي ...الخ، ويلجأ إلى القيام بنقل الدم في الحالات الخطيرة؛

✓كذلك يجب تلقيح المصابين بالقصور الكلوي المزمن مبكرا ضد التهاب الكبد الفيروسي (ب) "**B Hépatite**". **(سامية ياحي، 2008، ص ص.33، 34)**

8-2- العلاج في المرحلة النهائية من المرض:

ويكون بطرق التصفية الخارجية وتكمن هذه الطرق في التصفية الاصطناعية للدم عبر غشاء شبه نفوذ للماء وللمركبات المنحلة كهربائيا دون البروتينات والجزيئات الكبيرة، في المقابل سائل اصطناعي مركباته المنحلة إلكترونيا شبيهة بتلك الموجودة في مصل الدم العادي لكنها لا تحتوي على المواد العضوية وفقيرة من البوتاسيوم، أو عن طريق الزرع الكلوي، كما يتعلق هذا القرار أيضا بالحالة الصحية العامة للمريض.**(هرمز جميلة، 2012، ص.43)**

ويستلزم على الطبيب المعالج أن يحضر المريض وذلك بالتكلم معه عن عملية غسيل الكلى "**Hémodialyse**" وكيفية تحقيقها وكذا طرقها آخذا بعين الاعتبار شخصية كل مريض. **(سامية ياحي، 2008، ص. 34)**

8-2-1- غسيل الكلى البيريتوني "Dialyse Péritonéale":

يعتبر غسيل الكلى البيريتوني تقنية قديمة مثل غسيل الكلى الدموي، لكن استعماله في علاج القصور الكلوي المزمن أحدث ويرجع تاريخه إلى عشرين سنة تقريبا، وتعد هذه الطريقة أسهل طريقة من غسل الكلى الدموي ويمكن للمريض القيام بها في البيت.

تستعمل هذه الطريقة غشاء شبه نفاذ، الصفاق أو البريتوان وفيه يتم صب كمية من محلول الديالتير من خلال أنبوبة خاصة تسمى القسطرة "**Cathéter**" وتوضع بصفة دائمة، وأثناء وجود المحلول داخل الجسم تأخذ النواتج الضارة الموجودة في الدم في العبور من الدم إلى المحلول.

8-2-2- غسيل الكلى الدموي "Hémodialyse":

يعتبر غسيل الكلى الدموي الطريقة الأكثر انتشارا، ويهدف إلى إعادة توازن الوسط الداخلي بفضل علاج متقطع (عموما ثلاث حصص في الأسبوع تتراوح مدة كل حصة من أربع إلى خمس ساعات) ويتم في مركز استشفائي أو عيادة وقد يجرى في مؤسسات عادية (تصفية ذاتية أو تصفية في البيت) وذلك حسب الحالة العامة للمريض.

ويتم في كل جلسة ضخ الدم بصفة مستمرة من المريض لجهاز الكلية الاصطناعية في طريق خارجي عن الجسم أين يتم تصفيته لكن قبل بدأ هذه العملية يجب خلق ناسور أو وصلة شريانية ووريدية **Fistule Artériole veineuse**" وذلك بوصل شريان بوريد في الذراع وعادة ما تجرى في المعصم، ومن المعتاد أن تجرى في الذراع اليسرى حتى تصبح الذراع اليمنى حرة، وإذا كانت الأوعية الدموية صغيرة تتم وصلة صناعية بين الشرايين والوريد من أجل الحصول على ضغط دموي كاف، ولا يتم الوخز فيها إلا بعد أسبوعين أو ثلاثة من الإلصاق الجراحي وتوضع إبرتين في الناسور إحداهما لحمل الدم من المريض إلى جهاز الدياليز لتصفيته وذلك بواسطة أنبوبة

بلاستيك (طريق خارجي عن الجسم)، ويكون ذلك عن طريق عكس سائل الديناليز من أجل تسهيل التبادلات بواسطة تدرج التركيز، وتتم هذه الأخيرة في جهاز الديناليز الذي له شكل الإناء وينقسم إلى حجرتين يفصل بينهما غشاء نفاذ مما يسهل حدوث التبادلات، ثم يرجع الدم إلى المريض من خلال الإبرة الثانية عبر مسلك أو طريق يحتوي على ضخ الفقاعات والهدف منه هو الوقاية من خطر الحوادث بسبب السدة الغازية.

8-2-3- العلاج عن طريق الزرع الكلوي:

هو عبارة عن عملية جراحية يتم فيها نقل كلية سليمة من شخص متبرع حي أو من شخص ميت إلى جسم المصاب بالقصور الكلوي المزمن وهذا عند توفر شروط التلاؤم العضوي والمناعي، فزرع الكلية ليس في متناول جميع المرضى وإنما لفئة نسبية منهم فقط، وهذا بسبب موانع عضوية مختلفة منها السن وعدم التلاؤم المناعي واضطرابات القلب الوعائية وأمراض أخرى، ويعد الزرع الكلوي علاجا فعالا فهو الأمل الوحيد من أجل وهب هؤلاء المرضى حياة عادية نسبيا. **(بالطيب عبد الله وعلالو فؤاد، 2013، ص ص. 44، 45)**

9- سيكولوجية المريض بالقصور الكلوي المزمن:

إن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة يمرون من الناحية النفسية عبر أربع مراحل هي:

9-1- الصدمة أو الإنكار "**Choc-Dénégation**": كقول المريض مثلا هذا التشخيص غير ممكن، فأنا لست مريضا بهذا المرض؟ فردة فعله عنيفة وهذا ليحمي نفسه من القلق الناتج عن المرض؛

9-2- مرحلة تمرد أو عصيان "**Révolte**": اتهام المرض بحد ذاته وإلقاء مسؤولية مرضه على الآخرين، أين يبحث عن كبش فداء **Bouc-émissaire**؛

9-3- التأمل "**Réflexion**": أين يبدو انعكاس جديد في سياق التقبل فالمريض أكثر هدوءا وتعاونا ويبحث عن معلومات عن العلاج؛

9-4- التقبل "**Acceptation**": وهو النتيجة النهائية للسياق النفسي المتعب والصعب.

إلا أن معاناة مريض القصور الكلوي المزمن ربما أكثر حدة من الأمراض المزمنة الأخرى، لأن مرضه لا يحتاج إلى دواء يتناوله عن طريق الفم أو حقنة يستعملها، لكنه يحتاج إلى ملازمة الآلة مما يخلق لديه نوعا من التوتر والقلق، فتناول الأطعمة مقيد بتعليمات الطبيب بأن لا يتجاوز كميات معينة بالإضافة إلى السوائل ومحدودية حركته فلا يستطيع التنقل أو السفر، كل هذه المشاكل تخلق لديه غضبا وخوفا من الموت فيحدث لديه صراع، فمن ناحية هو مجبر على حضور حصص التصفية الدموية وتقبل العلاج ومن جهة أخرى تقبل استقلاليته ومشاركته في إدارة الآلة لمرضه في الوقت نفسه مما يخلق لديه صعوبات في التقبل.

فالمريض يجد نفسه بين أمور متعارضة فمن جهة وجوب الخضوع لمتطلبات العلاج باستسلام وبالمقابل تحمل حياة شخصية مستقلة كيفما أمكن ذلك، فالمريض يتبنى نمط حياة مبالغ وسلبي ومستسلم أو يلجأ إلى عصيان وتمرد على العلاج مع الأخطار الحيوية التي قد تنجم عن ذلك.

كما تهتز صورة الجسم حيث توصلت اختبارات ومقابلات نفسية إلى مشاعر هجوم، ومحدودية الجسم مع مشاكل الحاجات ومتطلبات داخلية وخارجية للجسم، فيحس وكأنه مسلوب الشخصية لأن الداخل من المفروض شيء عزيز وسري ولكنه يظهر باستمرار بدوران الدم خارج الجسم، فيظهر كل اضطراب يؤدي إلى قلق وعدوانية تتعلق بالمحيطين بالمريض من أفراد العائلة أو الطاقم الطبي.

وقد وجد **موتني Mothny** والعديد من العلماء في دراساتهم أن هؤلاء المرضى كانوا مرهقين بسبب خطر الموت الدائم نتيجة الفشل الكلوي، ومشكلات القيمة الذاتية الواضحة وتضرر العلاقات الزوجية، إضافة إلى إرهاقات متنوعة متعلقة بالعلاج (الخوف من الإصابة) والمخاوف الناجمة عن عدم اتباع تعليمات العلاج.

ويذكر **بلاك Black** أن مرضى القصور الكلوي المزمن الذين يخضعون للديناليز يشعرون بالتهديد، التهديد الكامن بالموت والمشكلات الجنسية والأسرية والاكتئاب والقلق والسلوك الانتحاري والخوف من المضاعفات، فيصبح المرضى الذين يخضعون لعمليات الغسيل الكلوي بمرور الزمن أكثر انطوائية وأكثر كفا في التعبير عن عدوانيتهم.

كما بينت المظاهر النفسية والجسدية لهؤلاء المرضى اكتئابا، أين يعبر بدرجات متفاوتة في المرحلة الأولى حتى تصبح لدى الكثيرين منهم نمطا للحياة، فالشخص يعلن الحداد لقدراته ويتجاوز إصابته النرجسية التي تمثلها بانخفاض النشاط الجسدي، كما تسيطر عليه الأفكار الانتحارية بشكل كبير إلى حد المرور للفعل بحد ذاته.

(عزوز اسمهان، 2009، ص ص. 55 ـ 56)

خلاصة الفصل:

تقوم الكلية بتخليص الجسم من المواد السامة وذلك بعد عدة عمليات كيميوحيوية، ولكن سرعان ما يتوقف عمل هذا العضو، وقد يكون ذلك فجائيا كما قد يكون بعد عدة مراحل ولسبب من الأسباب المرضية، فيصبح الفرد نتيجة لذلك بعيدا عن الراحة النفسية والجسدية.

والقصور الكلوي المزمن من بين الأمراض التي تصيب الكلية فتفقد وظيفتها الحيوية حيث ينخفض عدد النيفرونات الوظيفية الكلوية وهو ما يعرف أيضا بموت الكلية، وإذا ماتت الكلية يموت الفرد كنتيجة حتمية بسبب امتلاء الجسم بالماء مما يمنع تشبعه بالأكسجين، وللقضاء على هذه المشكلة صنع الإنسان آلة سميت بالكلية الاصطناعية أو آلة التصفية الدموية وهو ما يعرف بالهيموديالز"**Hémodialyse**" وذلك من أجل مد نفس جديد للمصاب لمواصلة حياته بشكل شبه طبيعي، إلاَّ أن الأمل الجديد يدفع المريض ثمنه آلاما جسدية ومعاناة نفسية غير محتملة كل مرة يقوم فيها بعملية التصفية، وكل يتعامل مع هذا الألم حسب شخصيته وحسب قدرته على التحمل وعلى البقاء.

الباب الثاني

الجانب الميداني للدراسة

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهج الدراسة.

2- خطوات إجراء البحث.

2-1- الدراسة الاستطلاعية.

2-2- الدراسة الأساسية.

2-2-1- حدود الدراسة.

2-2-2- عينة الدراسة وكيفية اختيارها.

2-2-3- أدوات الدراسة.

2-2-3-1- دراسة الحالة.

2-2-3-2- الملاحظة.

2-2-3-3- المقابلة.

2-2-3-4- مقياس الضغط النفسي.

2-2-3-5- مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

2-2-4- الأساليب الإحصائية.

تمهيد:

لا تخلو أي دراسة ميدانية من الجانب النظري باعتباره أساسا قاعديا لها، يُتبع بجانب تطبيقي الذي من خلاله تُستثمر المعلومات المقدمة في الجانب النظري، ويُعد ضبط الإطار المنهجي ضمن الجانب التطبيقي من المراحل الأساسية التي تخضع لها الدراسة العلمية، حيث أن قيمة كل بحث تكمن في التحكم السليم بالمنهجية المتبعة، لذلك فالتساؤلات التي تطرح في العلوم لا يمكن لها أن تكون بصفة عشوائية لكن يجب أن تكون وفق منهجية منسقة ومنظمة.

وعليه تناولنا في هذا الفصل المُعنون بالإطار المنهجي للدراسة مختلف إجراءات الدراسة الميدانية من المنهج المتبع وحدود الدراسة والعينة المستخدمة وخصائصها، كما تناولنا عرضا لمختلف أدوات البحث المستخدمة في جمع البيانات وكذلك المقاييس التي تم بناؤها في إطار الدراسة الحالية مع تحديد خصائصها السيكومترية، وأخيرا الأساليب الإحصائية الموظفة للحصول على النتائج المرجوة وبالتالي تأكيد أو نفي فرضيات البحث.

1- منهج الدراسة:

إن اختلاف المناهج يعود أساسا إلى اختلاف المواضيع المتناولة قصد الدراسة، فلكل موضوع منهج خاص به ولكل منهج وظيفته وخصائصه التي يستند إليها، والمقصود بالمنهج هو الأسلوب أو الطريقة ويعرَّف على أنه " الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة ". **(صالح بن حمد العسّاف، 2006، ص. 90)**

والمنهج الذي اختير والذي يتناسب مع طبيعة الدراسة المقدمة هو **المنهج الوصفي** المتمثل في" أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة " .

كما يعرَّف أيضا بأنه " مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا، لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث ". **(مساعد بن عبد الله النوح، 2004، ص ص. 121-128)**

2- خطوات إجراء البحث:

2-1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الهامة والضرورية التي تساعدنا للتعرف على الميدان الذي يجرى فيه البحث ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة التي تتدخل في سيره، بالإضافة إلى استشارة ذوي الخبرة والمهتمين بالموضوع للتعرف على آرائهم وأفكارهم التي قد تساعدنا في إجراء البحث، حيث تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى جمع المعلومات الأولية التي تمكن الباحث من التأكد من وجود الإشكالية المطروحة في الميدان، حيث تعتبر هذه المرحلة مرحلة تجريب الدراسة بقصد اختيار سلامة الأدوات المستخدمة في البحث ومدى صلاحيتها، ويمكن اعتبارها صورة مصغرة للبحث وهي تهدف إلى اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه أمام الباحث قبل أن يبدأ في التطبيق الكامل للخطوات التنفيذية. **(محمد خليفة بركات، 1984، ص. 73)**

2-1-1- خطوات إجراء الدراسة الاستطلاعية:

انطلقت الدراسة الاستطلاعية في إطار التربص الخاص بشهادة الليسانس الذي قامت به الباحثة، وفيه تم التعرف على فئة المصابين بالقصور الكلوي المزمن من خلال تقرب الباحثة من هؤلاء المرضى، حيث لاحظت أشكال الضغوط النفسية التي يعيشونها والتي يشترك معظمهم فيها إلا أنها لاحظت كذلك أن هناك اختلافا بين المرضى في شكل استجابتهم على هذه الضغوط وخاصة بالنسبة لارتباطهم بآلة تصفية الدم، ومن خلال إجراء مقابلات أولية مع المرضى لاحظت الباحثة أن هناك اختلافا في نوع الإستراتيجيات التي ينتهجونها لمواجهة

مختلف الضغوط النفسية الناتجة عن إصابتهم بهذا المرض، وقد استعملت الباحثة في البداية دراسة الحالة كأداة والمقابلة نصف الموجهة من أجل الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات حول المرضى، وقد تمت الدراسة في أكثر من مصلحة لتصفية الدم من بينها مصلحة تصفية الدم بالمستشفى بالإضافة إلى مصلحتين خاصتين بولاية المدية وذلك من أجل التعرف على أكبر عدد ممكن من المرضى يُنتقى من بينهم أفراد عينة البحث.

2-1-2-الهدف من إجراء الدراسة الاستطلاعية: كان لابد من الاستعداد للدراسة الأساسية من خلال الدراسة الاستطلاعية بغرض تحقيق الأهداف التالية:

- ✓ تحديد خصائص العينة؛
- ✓ ضبط أسئلة استمارة المقابلة نصف الموجهة؛
- ✓ تصميم مقياس الضغط النفسي؛
- ✓ تصميم مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

2-1-3-حدود الدراسة الاستطلاعية:

2-1-3-1- الحدود المكانية: تمت الدراسة الاستطلاعية في مصالح تصفية الدم (في المستشفى ومصلحتين خاصتين) بولاية المدية.

2-1-3-2- الحدود الزمنية: امتدت فترة الدراسة الاستطلاعية حوالي **06** أشهر تقريبا، من **20** نوفمبر **2014** إلى غاية نهاية شهر أفريل **2015**.

2-1-4- خصائص العينة الاستطلاعية: تتكون من **21** مصابا ومصابة بالقصور الكلوي المزمن (ذكور وإناث) وهي من ضمن عينة الدراسة.

2-1-5- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

أعدت الباحثة استمارة مفتوحة تتضمن مجموعة من الأسئلة يقوم المصاب أو المصابة بالإجابة عنها شفويا في شكل مقابلات نصف موجهة، وتمت هذه المقابلات في جلسات فردية مع كل مصاب على حدى قبل عملية تصفية الدم، وقد تم تسجيل هذه الاستجابات في ملف خاص وتم الاستفادة منها في تصميم أدوات البحث الحالي، وقد قمنا بتطبيقها على العينة الاستطلاعية وذلك من أجل حساب الخصائص السيكومترية لكل مقياس وهي مذكورة بالتفصيل في أدوات البحث.

وقد استفادت الباحثة من الدراسة الاستطلاعية من خلال الاحتكاك عن قرب بعينة البحث ومعرفة أهم الإستراتيجيات التي يلجأ لها المصابون في مواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن مرض مزمن كمرض القصور الكلوي المزمن، وهذا بعد تكوين تصور واضح حول تلك الضغوط.

2-2- الدراسة الأساسية:

2-2-1- حدود الدراسة:

2-2-1-1- حدود الدراسة المكانية: طبقت الدراسة الأساسية بمصالح تصفية الدم بولاية المدية والمتمثلة في:

- **مصلحة تصفية الدم بمستشفى محمد بوضياف بالمدية:** يقع المبنى الخاص بمصلحة تصفية الدم لمرضى القصور الكلوي أسفل جناح العمليات، وتتكون هذه المصلحة من **04** مكاتب وهي: مكتب للأطباء العامين، مكتب للمراقب الطبي، مكتب للأخصائية النفسانية ومكتب الكاتبة وقاعة للفريق الشبه طبي، ويوجد به **04** طبيبات "طب عام" و**10** ممرضين، حيث تستوعب هذه المصلحة حوالي **15** سريرا و**15** جهازا لتصفية الدم.
- **مصلحة تصفية الدم "الهناء" بحي بزيوش بالمدية:** وهي مصلحة خاصة فتحت أبوابها في **17** نوفمبر **2013**، تتكون من مكتبين متمثلين في مكتب للطبيب العام ومكتب للطبيب المختص في أمراض الكلى ويوجد كذلك **04** ممرضين وسكرتيرة و**02** عاملتان في النظافة وسائق لسيارة الإسعاف وذلك من أجل ايصال المرضى إلى المصلحة وكذلك إرجاعهم إلى بيوتهم عند نهاية وقت التصفية، وتستوعب هذه المصلحة حوالي **15** سريرا و**15** جهازا لتصفية الدم و**14** مريضا مصابا بالقصور الكلوي المزمن.
- **مصلحة تصفية الدم "المغرب" بحي عين الذهب بالمدية:** هي مصلحة خاصة فتحت أبوابها سنة **2009** وتتكون من مكتبين متمثلين في مكتب للطبيب العام ومكتب للطبيب المختص في أمراض الكلى ويوجد كذلك **08** ممرضين يعملون بالتناوب وسكرتيرة وعمال للصيانة و**05** عاملات في النظافة و**04** سائقين لسيارات الإسعاف وذلك من أجل ايصال المرضى إلى المصلحة وكذلك إرجاعهم إلى بيوتهم عند نهاية وقت تصفية الدم، وتستوعب هذه المصلحة **15** سريرا و**15** جهازا لتصفية الدم و**82** مريضا مصابا بالقصور الكلوي المزمن يقومون بالتصفية على ثلاثة أفواج في اليوم الواحد ويقومون بالتصفية يوما بيوم أي **03** مرات في الأسبوع.

2-2-1-2- حدود الدراسة الزمنية: طبقت الدراسة من بداية شهر نوفمبر **2014** إلى غاية أواخر شهر ماي **2015**.

2-2-2- عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

2-2-2-1- مجتمع البحث: يتكون مجتمع البحث الكلي من **150** مصابا ومصابة بالقصور الكلوي المزمن.

2-2-2-2- وصف عينة البحث: تم اختيار العينة بطريقة قصدية أو عمدية والتي يقصد بها الاختيار بالخبرة وهي تعني أن أساس الاختيار خبرة الباحث ومعرفته بأن هذه المفردة أو تلك تمثل مجتمع البحث. **(صالح بن حمد العساف، 2006، ص. 99)**

2-2-2-3- خصائص العينة:

2-2-2-3-1- خصائص توزيع العينة حسب الجنس والسن:

الجنس / السن	من 20-29 سنة	من 30-39 سنة	من 40-50 سنة	المجموع
ذكـور	07	03	05	15
إنـاث	03	06	06	15
المجموع	10	09	11	30

جدول رقم (03) يمثل خصائص توزيع العينة حسب الجنس والسن

يمثل الجدول عدد أفراد العينة المتكونة من **30** فردا وكانت مقسمة إلى **03** فئات عمرية، وتتكون من الجنسين (ذكر وأنثى) بأعداد متساوية.

2-2-2-3-2- خصائص توزيع العينة حسب مدة الإصابة:

الجنس / المدة	من شهرين إلى سنة	من سنة إلى 4 سنوات	من 5 سنوات إلى 15 سنة	من 15 سنة فما فوق	المجموع
ذكـور	01	07	04	03	15
إنـاث	03	02	09	01	15
المجموع	04	09	13	04	30

جدول رقم (04) يمثل خصائص توزيع العينة حسب مدة الإصابة

يمثل الجدول عدد أفراد العينة على حسب مدة الإصابة التي هي مقسمة إلى **04** فئات وهي على فترات متفاوتة من ذكور وإناث.

2-2-3- أدوات الدراسة:

تعتبر أدوات البحث بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات، وقد تمت الاستعانة بالأدوات التي تخدم موضوع الدراسة والمتمثلة في دراسة الحالة والملاحظة والمقابلة والمقاييس المتمثلة في مقياس الضغوط النفسية ومقياس إستراتيجيات المواجهة.

2-2-3-1- دراسة الحالة:

تقوم على أسلوب جمع بيانات ومعلومات كثيرة وشاملة عن حالة فردية واحدة أو عدد محدود من الحالات وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من ظواهر، حيث تُجمع البيانات عن الوضع

الحالي للحالة المدروسة وكذلك عن ماضيها وعلاقاتها من أجل فهم أعمق وأفضل للمجتمع الذي تمثله.
(ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم، 2000، ص. 46)

2-2-3-2- الملاحظة:

هي حالة من المشاهدة والرصد للظواهر أو المشاكل بهدف اكتشاف أسبابها وتفسير علاقاتها ومعرفة قوانينها ومحاولة علمية للتعرف على الأسباب والدوافع الكامنة في تلك المشكلة أو الظاهرة، وهي أيضا إحدى وسائل جمع المعلومات المتعلقة بسلوكات الفرد الفعلية ومواقفه واتجاهاته ومشاعره.

كما تعرف الملاحظة بأنها عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته.

2-2-3-2-1- أنواع الملاحظة:

- الملاحظة العرضية العفوية والملاحظة غير المنظمة والملاحظة المنظمة **(حسب التخطيط لها)**؛
- الملاحظة المباشرة والملاحظة غير المباشرة **(حسب ما يتطلبه البحث)**؛
- الملاحظة المحددة والملاحظة غير المحددة **(حسب الهدف)**؛
- الملاحظة بالمشاركة والملاحظة بغير المشاركة **(حسب دور الباحث)**؛
- الملاحظة المقصودة والملاحظة غير المقصودة **(حسب الإعداد لها)**؛
- الملاحظة الفردية والملاحظة الجماعية **(حسب القائمين بها وعدد من يلاحظهم الباحث)**؛
- الملاحظة الطبيعية والملاحظة في المخبر والملاحظة العيادية **(حسب ميدان الملاحظة)**.

(بلحاج أمينة، 2010، ص ص. 150-152)

وسنلتزم بعرض ما قد صادف أو قُصِد استعماله بما يتناسب مع طبيعة ومقتضيات البحث، وارتأينا إلى إدراجها حسب:

أولا- من حيث التخطيط لها:

- الملاحظة العرضية العفوية:

وهي مشاهدة بعض جوانب السلوك بصورة غير قصدية ودون تحديد مسبق، هي بسيطة ولا تخضع للضبط العلمي وقد تتم من خلال المشاركة أو بدونها، وقد لا تكون لها قيمة علمية كبيرة لكنها تعتبر بداية للملاحظة العلمية، تُنبَّه الفكر وتستثير تساؤلات تحتاج إلى بحث وتدقيق من خلال ما تطرحه من فرضيات؛

(بلحاج أمينة، 2010، ص. 150)

❋ **الملاحظة الاستطلاعية (بسيطة وغير منظمة):**

وتكون في الدراسات الاستطلاعية أو الاستكشافية حيث يلاحظ الباحث ظاهرة أو حالة دون أن يكون لديه مخطط مسبق لنوعية المعلومات أو الأهداف أو السلوك الذي سيخضعه للملاحظة.

(ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم، 2000، ص ص. 112 ـ 114)

وينكب من خلالها الفاحص على تسجيل ملاحظاته حول سلوك المفحوص بكل أمانة ودقة، وهي غير منظَّمة لأن الفاحص لم يحضَّر لها من خلال شبكة ملاحظة مسبقة؛

❋ **الملاحظة المنظَّمة المحضَّرة:**

هي الملاحظة العلمية بالمعنى الدقيق، مقصودة ومضبوطة تُوجهها فرضية محدَّدة وتتم حينما يحدد الباحث نوع النشاط الذي يريد أن يجمع عنه بيانات ليدرسه ويتوقع حدوثه نتيجة مؤثرات معينة، وبالتالي الوصول إلى نتائج تثبت أو تنفي فرضيات البحث. **(بلحاج أمينة، 2010، ص ص. 150، 151)**

وقد تراوحت ملاحظاتنا بين **عفوية غير مقصودة** خاصة ضمن الدراسة الاستطلاعية التي سمحت لنا بتجميع العديد من البيانات النفسية بشكل عرضي من خلال المقابلات التي تم إجراؤها مع مرضى القصور الكلوي، والتي سمحت لنا بالتمييز بين أنواع القصور الكلوي المختلفة، وكذلك بتكوين رؤية مبدئية عن طبيعة المعيش النفسي الذي يمر به هؤلاء، فحاولنا من خلالها رصد كل سلوك نلاحظه عليهم وهذا ما سمح لنا فيما بعد بملاحظة اختلاف استجاباتهم خاصة في جلسات تصفية الدم، فمنهم من يبتلع الألم صامتا ومنهم من يعبر عنه بشكل مختلف؛

وأيضا وظفنا **الملاحظة الاستطلاعية** ضمن الدراسة ككل وخاصة الدراسة الاستطلاعية، ففي البدء كان مجال البحث محددا في فئة مرضى القصور الكلوي وبالتحديد فئة القصور الكلوي المزمن لدوافع مختلفة أولها ذاتي شخصي وثانيها نظرا لازدياد نسبة الأفراد الذين يعانون من هذا المرض، لكن متغير الدراسة لم يكن محددا بَعدُ مما دفعنا إلى القيام بدراسة استطلاعية حاولنا من خلالها التقرب أكثر من هذه الفئة وحشد أكبر قدر ممكن من البيانات عنها للتعرف أكثر على طبيعة المعيش النفسي الذي يمرون به، مدى تقبلهم للمرض وكيف يعايشون مختلف جلسات تصفية الدم التي لا يستطيعون رفض القيام بها، كذلك للتعرف أكثر على الجانب الطبي للمرض وتطوره وطبيعة العلاقات الانسانية التي تجمع المريض بالطاقم الطبي وشبه الطبي والتي هو في أوج الحاجة لسندها، هذا ما جعلنا نلجأ لدراسة الحالة كأداة ضمن الدراسة من أجل تناول جميع هذه الجوانب، لذلك لم نترك صغيرة أو كبيرة إلا وقمنا بتسجيلها فقادتنا هذه الملاحظات الاستطلاعية إلى التساؤل عن سبب الاختلاف الذي قمنا بملاحظته في تعامل المرضى مع مرضهم، كيف أن الشكوى لا تفارق ألسنة بعضهم في حين نجد البعض الآخر يتناول جميع مواضيع الدنيا إلا حالته الصحية، كيف أن بعضهم يخرج من الحجرة مبتسما وكأن حياة جديدة كتبت له بعد قيامه بتصفية الدم في حين نجد الكثير منهم مستسلما وتتملكه نظرة الرعب وكأنه كان بين يدي جلاد؟ جميعها تساؤلات

انطلقت من ملاحظات استطلاعية تتمحور حول الأساليب التي يستخدمها هؤلاء في التعامل مع مرضهم وهذا ما قادنا إلى اختيار مفهوم إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي كمتغير أساسي في الدراسة باعتباره الأمثل للتعبير عن مختلف تساؤلاتنا؛

كذلك استعملنا **الملاحظة المنظمة والمحضَّرة** من خلال تحديد مظاهر السلوك المُراد ملاحظتها ضمن فهرس ملاحظة قمنا بتصميمه بناء على القراءات النظرية التي قمنا بها حول الضغط النفسي، إستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي ومرض القصور الكلوي، والذي طُبق- أي فهرس الملاحظة- أثناء المقابلات التي تمت مع المرضى سواء الحرة منها برصد ردود أفعالهم على بعض الأسئلة المعمَّقة حول ما يعايشونه من آلام وصعوبات بسبب التأثيرات السلبية للمرض، كذلك حول مدى تقديرهم لقدرتهم على مقاومة المرض وتحمل آلامه، أو خلال المقابلات نصف الموجهة والموجهة التي تم خلالها تطبيق المقياسين كتركيزهم في الاستجابة على بعض الأبعاد دون الأخرى ضمن المقياس وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على مدى معايشتهم لفحوى بنودها، وغيرها من السلوكات والانفعالات **المسطرة مسبقا** قُبيل كل مقابلة خاصة الموجهة منها ونصف الموجهة لجمع أكبر قدر ممكن من البيانات التي تسمح لنا بالوقوف على واقع المعيش النفسي للمرضى دون أن نأخذ من وقتهم الكثير ولا نثقل عليهم إضافة إلى ثقل معاناتهم.

ثانيا- من حيث دور الباحث فيها:

❋ ملاحظة بدون مشاركة:

يقوم الباحث فيها بدور المتفرج أو المراقب دون مشاركة، تستلزم مسافة من خلالها يتمكن الباحث من الملاحظة الإجمالية لسلوك العميل دون الخوض في تفاعل معه. **(بلحاج أمينة، 2010، ص. 151)**

وقد وظفنا الملاحظة بدون مشاركة لسلوكات وانفعالات المرضى أثناء زيارتنا للمستشفى والعيادات الطبية ملتزمين بهذا بحيادية المتلقي، كذلك قمنا بها أثناء حضورنا لجلسات التصفية بإذن من المرضى ومن الأطباء وأيضا من خلال ملاحظتنا لسلوك الطاقم الطبي وطريقة تعاملهم مع المرضى واحتوائهم لمعاناتهم، وقد تعاطفنا كثيرا معهم لأننا عايشنا بأم أعيننا ألمهم المتحمّل أثناء كل جلسة تصفية دم، **أفليس التفاعل كذلك مشاركة ؟**

ثالثا- حسب ما يتطلبه البحث:

❋ الملاحظة المباشرة (الملاحظة الميدانية):

وتُستخدم عندما تقتضي الدراسة الاتصال والحضور لملاحظة الظاهرة مباشرة، أين يشاهد الباحث ويسمع ويسجل المعطيات التي يتحصل عليها بطريقة مباشرة؛

❋ **الملاحظة غير المبـاشرة:**

والتي يستعان بها في حالة الاطلاع على المعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة الموجودة في التقارير والسجلات والوثائق الرسمية، تهتم بالتسجيل الصوتي والصوري مما يساعد الفاحص في الإلمام بجميع جوانب السلوك المراد دراسته. **(بلحاج أمينة، 2010، ص. 152)**

وتمت **الملاحظة المباشرة** من خلال التواجد مباشرة في االمستشفيات والعيادات الطبية التي تمت فيها متابعة المرضى مما سمح لنا بملاحظتهم مباشرة ضمن الحيز الذي تتناقض ضمنه العواطف، فهو حيز الأمان الضامن لحياتهم وفي ذات الوقت هو الحيز الذي يعيشون ضمنه أكبر ألم، مما سمح لنا برصد مختلف سلوكاتهم ومعايشة لحظاتهم الخاصة؛ أما من خلال البيانات النفسية والمعلومات التي تحصلنا عليها سواء من المسؤولين على المستشفيات والعيادات الطبية أو من خلال الطاقم الشبه طبي المشرف على متابعة المرضى وعلى عملية تصفية الدم فقد سمحت لنا بشكل **غير مباشر** من تكوين رؤية معمقة عما يعايشه هؤلاء المرضى يوميا، حول ما يواجهونه يوميا من تحديات من أجل البقاء والاستمرار.

رابعا– من حيث عدد الملاحِظين والملاحَظين:

وهي أن تكون ملاحظة **فردية أو جماعية**، ولكل منهما مقتضيات تفرضها طبيعة ومتطلبات البحث ووضعيات دراستنا استلزمت أحيانا **ملاحظة فردية** قامت بها الباحثة **منفردة** مع كل مريض **منفردا** وهذا نظرا لخصوصية الحالات التي نتعامل معها، كذلك قامت بها أثناء مقابلات تطبيق المقياسين على كل مريض منفردا أو **جماعية** قامت بها الباحثة للأطباء والممرضين مع المرضى أثناء جلسات تصفية الدم، من أجل ملاحظة مدى تقبل المرضى لهذه العملية وأيضا كيفية تنفيذها من طرف الأطباء وأيضا مدى مراعاتهم للجانب النفسي في العملية.

خامسا– من حيث ميدان الملاحظة:

❋ **ملاحظة طبيعية:** وتشتمل على ملاحظة سلوك المفحوص في مختلف مواقفه الحياتية، حيث يقوم الملاحِظ بذلك بحذر واختصار الرموز، حتى لا يحس الملاحَظ أنه مراقب، فيحمله إلى تغيير سلوكه أو تعديله (بيئة العمل)؛

❋ **ملاحظة في العيادة:** وتكون مقنَّنة بشكل أكبر، ترتبط بسير عملية الفحص وهي ملاحظة دقيقة للوضع الحالي للعميل. **(بلحاج أمينة، 2010، ص. 152)**

ويشترك الميدان بالنسبة لحالات دراستنا في كونه تمثل في المستشفيات والعيادات التي تتم على مستواها عملية التصفية وأين تم في البدء الحصول على الحالات، وفي كونه البيئة الطبيعية بالنسبة لهؤلاء المرضى أين هم ملزمين بالعودة كل مرة من أجل إجراء عملية التصفية التي بدونها ستتوقف كلاهم نهائيا عن العمل وبهذا يصبح هذا المستشفى أو هذه العيادة أقرب للفرد من بيته الخاص، فهو الممثل لنمط الحياة الجديدة التي عليه تعودها والحرص عليها.

2-2-3-3- المقابلة:

تعتبر المقابلة أداة بارزة من أدوات البحث العلمي، يتم بموجبها جمع المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة على تساؤلات البحث أو اختبار فروضه، وتعتمد على مقابلة الباحث للمبحوث وجها لوجه بغرض طرح عدد من الأسئلة من قبل الباحث والإجابة عليها من قبل المبحوث. **(صالح بن حمد العسّاف، 2006، ص. 388)**

ويرى **D. Lagache** أن المقابلة هي تفاعل أساسي لفظي بين شخصين في اتصال مباشر مع هدف محدد مسبقا، وهدف المقابلة هو كذلك متغير أثناء المقابلة، فيمكنه أن يتطور ويتغير على مر الطريق لأنه يتموضع ضمن العلاقة في حد ذاتها. **(بلحاج أمينة، 2010، ص. 162)**

وإن طبيعة العينة التي نتعامل معها تستدعي الاعتماد أكثر على المقابلة النصف موجهة، فهي ليست مفتوحة تماما بحيث تحدد للمفحوص مجال السؤال وتعطيه نوعا من الحرية في التعبير في حدود السؤال المطروح، وبهذا فلن نثقل كثيرا على المرضى إضافة إلى ثقل معاناتهم.

ويعرف **محمد حسن غانم** المقابلة النصف موجهة بأنها سلسلة من الأسئلة التي يأمل منها الباحث الحصول على إجابة من المفحوص دون أن يتخذ شكل تحقيق، وإنما تدخل فيه الموضوعات الضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدرا كبيرا من حرية التصرف، ويحرص الباحث ألا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة. **(حسن غانم، 2004، ص. 171)**

2-2-3-3-1- زمن المقابلـة:

يتراوح زمن المقابلة في معظم الحالات من **30** إلى **45** دقيقة، مع الاحتفاظ بالقدر الكافي من المرونة طبقا لمطالب الموقف المعين، فمن غير المفيد أن تنتهي المقابلة لمجرد انتهاء وقتها وعند نقطة غير محددة.

(بلحاج أمينة، 2010، ص. 153)

وفي الدراسة الحالية لم يتحدد زمن المقابلات حسب تقدير الباحة له بل تحدد بالحالة الصحية للمرضى، لكنها عموما لم تتجاوز 45 دقيقة نظرا لخصوصية الحالات وأن الكثير من المقابلات قد تمت أثناء الأيام المخصصة لجلسات تصفية الدم.

2-2-3-3-2- أنواع المقابلة:

أولا- من حيث عدد أفراد العينة: وهي:

- **المقابلة الفردية:** تمت مع كل مريض منفردا؛

❋ **المقابلة الجماعية:** تمت مع الطاقم الشبه طبي والطبي مجتمعا من أحل استقصاء بعض المعلومات حول طبيعة المرض وسيرورة التكفل بالمرضى.

ثانيا- من حيث التقنين:

❋ **المقابلة المقننة:** وهي المقابلة الموجهة، تقترب إلى حد كبير من الاختبار النفسي؛

❋ **المقابلة نصف المقننة:** أو نصف الموجهة، تكون أسئلة محددة وأخرى مفتوحة؛

❋ **المقابلة غير المقننة:** وهي المقابلة الحرة المفتوحة والتي تسمح بالحصول على البيانات مع أقل توجيه ممكن وبأكبر قدر من التلقائية والحرية.

ثالثا- من حيث الهدف:

❋ **المقابلة الشخصية:** تهدف إلى تشخيص المشكلة أو الحالة التي يعاني منها العميل؛

❋ **المقابلة العلاجية:** يتم من خلالها تقديم التوجيهات العلاجية ومتابعتها عن طريق جلسات متتالية؛

❋ **المقابلة البحثية** : من أهم وأصدق أدوات البحث نتيجة. **(بلحاج أمينة، 2010، ص ص. 154، 155)**

وتقوم دراستنا الحالية على المقابلات البحثية الهادفة إلى جمع أكبر قدر ممكن من البيانات حول الظاهرة مع اختبار صحة الفروض المقترحة أو نفيها، كذلك الوقوف على نوعية إستراتيجيات المواجهة الموظفة من طرف المرضى مع تبيان اختلافها، وهذا ما قادنا من خلال دراسة الحالة كأداة وكم المعلومات التي تم جمعها إلى التعرف على خصوصية المعيش النفسي للمرضى ومنه الوقوف على العديد من الاضطرابات التي يعانون منها، كما أنه بالنتائج المحصل عليها من خلال تطبيق مقياس الضغط النفسي تمّ تبيان مدى معاناة المرضى منه إضافة إلى شدته، وبالتالي فهي **بحثية تشخيصة،** كذلك تراوحت بين **المقابلة نصف الموجهة والمقابلة الحرة** بهدف جمع المعلومات عن المرضى وتاريخ مرضهم ومراحل تطوره لتكون **حرة** يعبر من خلالها المرضى عما يعايشونه وما يعانون منه، فكان لها أثر تنفيسي عليهم، **وموجهة** أثناء مقابلات تطبيق مقياس الاحتراق النفسي والاستمارات، لكن غَلب على المقابلات الطابع **نصف الموجه** نظرا لتقيد الدراسة بأهداف محددة ومنهج يجب اتباعه وفروض لابد من الالتزام بها، وفيما يلي نموذج لمحاور المقابلة نصف الموجهة التي تم اعتمادها:

لإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعة من الأسئلة وضعناها في صورة دليل المقابلة نصف الموجهة (الملحق رقم **03**) الذي يحتوي على محاور بحيث كل محور يضم مجموعة من الأسئلة وذلك لجمع أكبر قدر من المعلومات حول المصاب بالقصور الكلوي المزمن وعن حالته النفسية وعلاقته مع أفراد العائلة وحتى في مكان العلاج وهذه المحاور هي:

- Ψ : **المحور الأول:** معلومات عامة عن المصاب بالقصور الكلوي المزمن؛
- Ψ : **المحور الثاني:** العلاقات الشخصية؛
- Ψ : **المحور الثالث:** تاريخ المرض؛
- Ψ : **المحور الرابع:** التعايش مع المرض؛
- Ψ : **المحور الخامس:** العلاقات الاجتماعية؛
- Ψ : **المحور السادس:** النظرة المستقبلية.

2-2-3-4- مقياس الضغط النفسي:

2-2-3-4-1- خطوات بناء المقياس:

أ. الاطلاع على الإطار النظري: قامت الباحثة بالإطلاع على الإطار النظري والدراسات التي تناولت الضغوط النفسية بصفة عامة والبحوث السابقة التي تناولت الضغوط النفسية لدى المصابين بالأمراض المزمنة وخاصة مرضى القصور الكلوي المزمن، وكذلك من استجابات المرضى على استمارة المقابلة النصف موجهة التي ساعدت كثيرا في إعداد البنود، ومن أهم المقاييس التي اقتبست الباحثة منها بعض الأبعاد والبنود نجد:

- ✓ مقياس فحص مستوى الضغوط النفسية؛
- ✓ مقياس إدراك الضغط النفسي **(PSQ)** للفنستاين **Levenstein.**

ب. صياغة البنود: قامت الباحثة بصياغة البنود التي جمعت من الإجراءات السابقة الذكر، مع مراعاة السهولة والوضوح في صياغتها، وأيضا احتواء كل بند على فكرة واحدة فقط والابتعاد عن البنود المركبة والتي تحمل أكثر من معنى، وبهذا فلن تحتاج الاستجابة لكل بند إلى تأويل، كما تم اقتباس بعض البنود من المقاييس السابقة الذكر بعد إجراء بعض التعديلات بما يتناسب مع موضوع وعينة البحث الحالي.

ج. التعليمة: تم إعداد التعليمة المتعلقة بالإجابة على بنود المقياس بحيث راعت فيها الباحثة الوضوح ومدى قدرتها على إيصال الفكرة الأساسية التي صمم من أجلها المقياس، وكانت التعليمة كالتالي:

عزيزي القارئ (ة) أمامك مجموعة من العبارات التي تعبر عن الأسباب المؤدية إلى شعورك بالضيق والانزعاج منذ فترة إصابتك بالمرض، إذا أمكن إقرأ كل عبارة بتأني وحدد مدى انطباقها عليك وذلك بوضع علامة (×) تحت كلمة **أبدا** أو **قليلا** أو **غالبا** أو **دائما.**

ونرجو منك أن تجيب على جميع العبارات بكل صدق دون ترك أي عبارة وإلا أعتبر المقياس ملغى، كما نؤكد لك أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك بصدق، علما أن المعلومات التي ستدلي بها ستكون سرية ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة والبحث العلمي.

د. تحكيم المقياس: بعد الانتهاء من صياغة البنود قامت الباحثة بإنجاز مقدمة للمقياس تتضمن تساؤلات البحث والفرضيات والتعريف الإجرائي لمتغيرات البحث، وتم عرض المقياس على **10** محكمين من الأساتذة المختصين في علم النفس في جامعة المدية (راجع الملحق رقم **07**) وذلك لتحديد مايلي:

- ✓مدى وضوح الأبعاد وملاءمتها لقياس ما أعدت لأجله؛
- ✓مدى وضوح البنود وملاءمتها لقياس ما أعدت لأجله؛
- ✓مدى تعلق البند بالبعد الذي يمثله؛
- ✓اقتراح حذف أو نقل أو إعادة صياغة البنود.

وقد استخدمت الباحثة بطاقة تقييم وتحكيم المقياس (راجع الملحق رقم **05**)، وكانت نقطة تحكيم الأساتذة تنقط على العدد **07**، وقد أسفرت آراء المحكمين على ملاءمة المقياس للبحث الحالي مع إبداء ملاحظاتهم وتوصياتهم من خلال:

- ✓ إعادة صياغة بعض البنود المركبة والتي تحمل أكثر من معنى؛
- ✓ نقل بعض البنود من بعد إلى بعد آخر.

وقد استفادت الباحثة من آراء وملاحظات المحكمين بإجراء التعديلات المناسبة إلى أن أصبح المقياس يقيس الأبعاد التي صمم من أجلها.

2-2-3-4-2- وصف مقياس الضغط النفسي: ويضم هذا المقياس **46** بندا، موزعة على أربعة أبعاد وهي موضحة كالآتي:

- ❋ **البعد الجسمي:** ويقصد به الأعراض الجسمية الناشئة عن الإصابة بالمرض، ويضم **11** بندا وهي البنود رقم: **01-02-07-14-22-27-28-32-35-42-46**؛
- ❋ **البعد النفسي:** ويقصد به مجموع الأعراض النفسية التي يعاني منها مرضى القصور الكلوي المزمن ويضم **13** بندا وهي البنود رقم: **04-05-06-11-16-17-20-24-26-34-40-41-43**؛
- ❋ **البعد الاجتماعي والاقتصادي:** ويقصد به ظهور اضطرابات في العلاقات الاجتماعية، إضافة للصعوبات المالية التي يعاني منها هؤلاء المرضى جراء الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ويضم **11** بندا وهي البنود رقم: **08-12-13-18-25-29-30-36-38-39-45**؛
- ❋ **البعد المرتبط بالعلاج:** ويقصد به مجموع الأعراض التي يعاني منها مرضى القصور الكلوي المزمن وخاصة أثناء ارتباطهم بآلة تصفية الدم والمضاعفات التي تنتج عنها ويضم **11** بندا وهي البنود رقم: **03-09-10-15-19-21-23-31-33-37-44**.

2-2-3-4-3- التنقيط على أساس البدائل: وتتم الاجابة بوضع علامة (×) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس رباعي التدرج (**أبدا، قليلا، غالبا، دائما**) وقد وزعت بدائل الاجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

الإجابة ـ . البدائل	أبدا	قليلا	غالبا	دائما
وزن البند	**01**	**02**	**03**	**04**
الدرجة الكلية	**46**	**92**	**138**	**184**

جدول رقم (05) يمثل التنقيط على أساس بدائل إجابة مقياس الضغط النفسي.

2-2-3-4-4- تصحيح المقياس:

الدرجة الكلية المتحصل عليها	مستوى الضغوط النفسية
من **46** إلى **69**	ضغط نفسي منخفض
من **69** إلى **115**	ضغط نفسي متوسط
من **115** إلى **138**	ضغط نفسي مرتفع

جدول رقم (06) يمثل تصحيح الاستجابة الكلية لمقياس الضغط النفسي

وعليه فإن أعلى درجة محتملة للمقياس هي **138** وأقل درجة محتملة هي **46**، ويشير ارتفاع الدرجات التي يحصل عليها المصاب بالقصور الكلوي المزمن (من **115** إلى **138**) على أنه يعاني من ضغوط نفسية مرتفعة والعكس إذا تحصل على درجات منخفضة (من **46** إلى **69**) فهو لا يعاني من الضغوط النفسية أو أنه يعاني منها ولكن بنسبة منخفضة، أما إذا تحصل على درجات (من **69** إلى **115**) فإن المصاب في هذه الحالة يعاني من ضغوط نفسية متوسطة.

2-2-3-4-5- طريقة تطبيق المقياس:

يتم تطبيق هذا المقياس فرديا في إطار المقابلة نصف الموجهة، حيث يطلب من المصاب أن يقرأ التعليمة بتمعن وبعدها يقوم باختيار أحد البدائل التي تنطبق عليه، أو تقوم الباحثة بقراءة البنود للمصاب وهو يختار البديل الذي ينطبق عليه ويخبرها وهي تقوم بوضع علامة على ذلك البديل مراعاة لحالته الصحية.

2-2-3-4-6- الخصائص السيكومترية لمقياس الضغط النفسي:

قبل تطبيق هذا المقياس عمدت الباحثة إلى التأكد من صلاحيته لعينة الدراسة، وذلك بالتعرف على مدى توفره على الشروط السيكومترية الضرورية لأي أداة قياس (الصدق والثبات).

❋ **صدق مقياس الضغط النفسي:**

رقم البند	الارتباط مع الدرجة الكلية	مستوى الدلالة	رقم البند	الارتباط مع الدرجة الكلية	مستوى الدلالة	رقم البند	الارتباط مع الدرجة الكلية	مستوى الدلالة	رقم البند	الارتباط مع الدرجة الكلية	مستوى الدلالة
1	0.822**	0.01	13	0.409*	0.05	25	0.590**	0.01	37	0.722**	0.01
2	0.549**	0.01	14	0.649**	0.01	26	0.830**	0.01	38	0.689**	0.01
3	0.075		15	0.491*	0.05	27	0.508**	0.01	39	0.867**	0.01
4	0.325		16	0.527**	0.01	28	0.619**	0.01	40	0.802**	0.01
5	0.944**	0.01	17	0.877**	0.01	29	0.794**	0.01	41	0.497**	0.01
6	0.802**	0.01	18	0.530**	0.01	30	0.644**	0.01	42	0.582**	0.01
7	-0.072		19	0.717**	0.01	31	0.700**	0.01	43	0.668**	0.01
8	0.633**	0.01	20	0.834**	0.01	32	0.247		44	0.462*	0.05
9	0.525**	0.01	21	0.756**	0.01	33	0.641**	0.01	45	0.421*	0.05
10	0.692**	0.01	22	0.653**	0.01	34	0.775**	0.01	46	0.506**	0.01
11	0.696**	0.01	23	0.376*	0.05	35	0.616**	0.01			
12	0.381*	0.05	24	0.697**	0.01	36	0.792**	0.01			

جدول رقم (07) يمثل قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية ودرجة كل بند لمقياس الضغط النفسي.

وقد قامت الباحثة بحذف البنود الأربعة غير الصادقة وأكملت تطبيق المقياس على أفراد العينة وذلك لضيق الوقت وصعوبة توفر العينة.

❁ **ثبات مقياس الضغط النفسي:**

طريقة معامل ألفا كرونباخ: نعتمد في حساب ذلك على معامل ألفا كرونباخ لأنه يعتبر من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، حيث يرتبط ثبات الاختبار بثبات بنوده. **(بشير معمرية، 2007، ص. 184)**

وقد جاءت نتائج قيمة ألفا كرونباخ لمقياس الضغط النفسي كالتالي **(0.96)**، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ومن هنا يمكن اعتماد نتائجه بكل ثقة.

طريقة التجزئة النصفية: وفيها تم تجزئة المقياس إلى جزئين متساويين وبعدها قمنا بحساب ألفا كرونباخ لكل جزء على حدى وكانت نتيجة الجزء الأول **(0.91)** ونتيجة الجزء الثاني **(0.93)**، وكذلك تم حساب معامل **Spearman Brown** وكانت **(0.96)**، وأيضا حساب **Guttman Split-Half** وكانت النتيجة **(0.96)**، لبيانات **21** مصابا ومصابة لمقياس الضغط النفسي، وهي درجة عالية تجعل نتائج المقياس موثوق بها.

2-2-3-5- مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي:

2-2-3-5-1- خطوات بناء المقياس:

أ. الاطلاع على الإطار النظري: قامت الباحثة بالإطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت إستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالأمراض المزمنة وخاصة مرضى القصور الكلوي المزمن، وكذلك من استجابات المرضى على استمارة المقابلة نصف الموجهة التي ساعدت كثيرا في إعداد البنود ومن أهم المقاييس التي اقتبست الباحثة منها بعض الأبعاد والبنود نجد:

- ✓ قائمة التهيؤ لمواجهة الضغوط لجابر محمد عبد الله؛
- ✓ مقياس أساليب المواجهة لكارفر وشايير **Carver & Scheier (1989)** الذي قام بتعريبه وترجمته زيزي السيد مصطفى؛
- ✓ مقياس إستراتيجيات المواجهة لبولهان **Paulhan.**

ب.صياغة البنود: قامت الباحثة بصياغة البنود التي جمعت الاجراءات السابقة الذكر، بحيث تم مراعاة السهولة والوضوح في صياغتها واحتواء كل بند على فكرة واحدة فقط مع الابتعاد عن البنود المركبة والتي تحمل أكثر من معنى، وبهذا لن تحتاج الاستجابة لكل بند إلى تأويل، كما تم اقتباس بعض البنود من المقاييس السابقة الذكر بعد إجراء بعض التعديلات بما يتناسب مع موضوع وعينة البحث الحالي.

ج.التعليمة: تم إعداد التعليمة المتعلقة بالإجابة على بنود المقياس بحيث راعت فيها الباحثة الوضوح ومدى قدرتها على إيصال ما وضعت لأجله، وكانت التعليمة كالتالي:

عزيزي القارئ **(ة)** يتضمن المقياس الذي بين يديك مجموعة من البنود، نرجو أن تقرأ كلا منها بعناية وتضع (ي) علامة (×) أمام الاختيار الذي يناسبكَ (كِ) بحيث يعبر عن وجهة نظركَ (كِ)، ويعكس بدقة وصفكَ (كِ) لنفسك.

ونرجو أن تجيب(ي) على جميع البنود وإلاّ أعتبر المقياس ملغى، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة بالنسبة لنا هي التي تعبر عن رأيك بكل صدق، كما أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

د. تحكيم المقياس: بعد الانتهاء من صياغة البنود قامت الباحثة بإنجاز مقدمة للمقياس تتضمن تساؤلات البحث وفرضياته والتعريف الاجرائي لأبعاد إستراتيجيات المواجهة المراد قياسها مع تحديد طريقة الاجابة على البنود وكيفية تصحيح المقياس.

وقد تم عرض المقياس على **10** محكمين من الأساتذة المختصين في علم النفس في جامعة المدية (راجع الملحق رقم **07**) وذلك لتحديد مايلي:

- ✓مدى وضوح الأبعاد وملاءمتها لقياس ما أعدت لأجله؛
- ✓مدى وضوح البنود وملاءمتها لقياس ما أعدت لأجله؛
- ✓مدى تعلق البند بالبعد الذي يمثله؛
- ✓اقتراح حذف أو نقل أو إعادة صياغة البنود.

وقد استخدمت الباحثة بطاقة تقييم وتحكيم المقياس(راجع الملحق رقم **05**)، وكانت نقطة تحكيم الأساتذة تنقط على العدد "**07**"، وقد أسفرت آراء المحكمين على ملاءمة المقياس للبحث الحالي مع إبداء ملاحظاتهم وتوصياتهم من خلال:

- ✓ إعادة صياغة بعض البنود المركبة والتي تحمل أكثر من معنى؛
- ✓ نقل بعض البنود من بعد إلى بعد آخر؛
- ✓ حذف بعض البنود التي وجدوا أنها لا تناسب عينة البحث.

وقد استفادت الباحثة من آراء وملاحظات المحكمين بإجراء التعديلات المناسبة إلى أن أصبح المقياس يقيس الأبعاد التي صمم من أجلها.

2-2-3-5-2- وصف مقياس إستراتيجيات المواجهة: ويضم هذا المقياس **44** بندا موزعة على بعدين، وهي موضحة كالتالي:

❋ **الإستراتيجية المركزة حول المشكل:** وتضم البنود التي تتناول إستراتيجية الدعم الاجتماعي وكذلك التي تتناول إستراتيجية حل المشكل، ويحتوي على **22** بند وهي البنود رقم:**1-3-4-7-9-11-13-16-17-21-24-26-27-28-30-31-34-35-39-40-42-44**؛

❋ **الإستراتيجية المركزة حول الانفعال:** وتضم البنود التي تتناول إستراتيجية التجنب وكذلك التي تتناول إستراتيجية الانفعال وتحتوي على **22** بندا وهي البنود رقم: **2-5-6-8-10-12-14-15-18-19-20-22-23-25-29-32-33-36-37-38-41-43**؛

2-2-3-5-3- التنقيط على أساس البدائل: وتتم الاجابة بوضع علامة (×) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس ثلاثي التدرج **(عادة لا أفعل ذلك، أفعل ذلك بقدر متوسط، أفعل ذلك كثيرا)** وقد وزعت بدائل الاجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

الاجابة / البدائل	عادة لا أفعل ذلك	أفعل ذلك بقدر متوسط	أفعل ذلك كثيرا
وزن البند	01	02	03
الدرجة الكلية	44	88	132

جدول رقم(08) يمثل التنقيط على أساس بدائل إجابة مقياس إستراتيجيات المواجهة.

2-2-3-5-4- تصحيح المقياس:

الدرجات	استخدام إستراتيجيات المواجهة
من **44** إلى **66**	استخدام إستراتيجيات المواجهة بشكل منخفض
من **66** إلى **110**	استخدام إستراتيجيات المواجهة بشكل متوسط
من **110** إلى **132**	استخدام إستراتيجيات المواجهة بشكل مرتفع

جدول رقم (09) يمثل تصحيح الاستجابة الكلية لمقياس إستراتيجيات المواجهة

وعليه فإن أعلى درجة محتملة للمقياس هي **132** وأقل درجة محتملة هي **44**، ويشير ارتفاع الدرجات التي يحصل عليها المصاب بالقصور الكلوي المزمن (من **110** إلى **132**) على أنه يستخدم إستراتيجيات المواجهة بشكل مرتفع، والعكس إذا تحصل على درجات منخفضة (من **44** إلى **66**) فهو يستخدم إستراتيجيات المواجهة بشكل

منخفض، أما إذا تحصل على درجات (من **66** إلى **110**) فإن المصاب في هذه الحالة يستخدم إستراتيجيات المواجهة بشكل متوسط.

2-2-3-5-5- طريقة تطبيق المقياس:

يتم تطبيق هذا المقياس فرديا في إطار المقابلة نصف الموجهة، حيث يطلب من المصاب أن يقرأ التعليمة بتمعن وبعدها يقوم باختيار أحد البدائل التي تنطبق عليه، أو تقوم الباحثة بقراءة البنود للمصاب وهو يختار البديل الذي ينطبق عليه ويخبرها وهي تقوم بوضع علامة على ذلك البديل، وقد طبقت الباحثة مقياسي الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة في نفس المقابلة مع بعض الحالات، أما البعض الآخر فقد قمنا بتطبيق المقياسين معهم كل على حدى وفي مقابلات متفرقة مراعاة لحالتهم الصحية.

2-2-3-5-6- الخصائص السيكومترية لمقياس إستراتيجيات المواجهة:

❋ صدق مقياس إستراتيجيات المواجهة:

وقد استخدمنا معامل الارتباط بيرسون لحساب ارتباط البعد مع الدرجة الكلية.

	إستراتيجية حل المشكل	إستراتيجية الانفعال	مجموع
Corrélation de Pearson	1	,018	,600**
Sig. (unilatérale)		,470	,002
N	21	21	21
Corrélation de Pearson	,018	1	,806**
Sig. (unilatérale)	,470		,000
N	21	21	21
Corrélation de Pearson	,600**	,806**	1
Sig. (unilatérale)	,002	,000	
N	21	21	21

****. La corrélation est significative au niveau 0.01 (unilatéral).**

جدول رقم (10) يمثل قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية ودرجة كل بعد لمقياس إستراتيجيات المواجهة.

ومنه يمكن اعتبار هذا المقياس صادقا، ويمكن الاعتماد عليه لقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

❋ **ثبات المقياس إستراتيجيات المواجهة:** للتأكد من ثبات المقياس تم استخدام الطرق الآتية:

- **طريقة معامل ألفا كرونباخ:** تم عرض مقياس إستراتيجيات المواجهة المتكون من **44** بندا على عينة من المصابين بالقصور الكلوي المزمن عددها **21** مصابا ومصابة، وجاءت نتائج قيمة ألفا كرونباخ متمثلة في **(0.79)**، وهي قيمة عالية تعبر على أنه يمكن الثقة في نتائجه.
- **طريقة التجزئة النصفية:** وفيها تم تجزئة المقياس إلى جزئين متساويين وبعدها قمنا بحساب ألفا كرونباخ لكل جزء على حدى وكانت نتيجة الجزء الأول **(0.69)** أما نتيجة الجزء الثاني **(0.63)**، وكذلك تم حساب معامل **Spearman Brown** وكانت النتيجة **(0.76)**، وأيضا حساب **Guttman Split-Half** التي كانت نتيجتها**(0.75)** لبيانات **21** مصابا ومصابة لمقياس إستراتيجيات المواجهة، وهي درجة عالية تجعل نتائج المقياس موثوق بها.

2-2-4- الأساليب الإحصائية:

- ✓ قامت الباحثة بمعالجة البيانات باعتمادها على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **(SPSS)** وذلك لإيجاد التحليلات الإحصائية المستعملة في هذا البحث.
- ✓ معامل ارتباط **بيرسون** و**سبيرمان** و**سبيرمان براون** لحساب الصدق بطريقة التجزئة النصفية، وكذا للكشف عن العلاقة بين مدة الإصابة ونوعية إستراتيجيات المواجهة؛
- ✓ معامل **ألفا كرونباخ** لحساب ثبات أدوات البحث؛
- ✓ اختبار **ت (T test)** للكشف عن دلالة الفروق في نوعية الإستراتيجيات تبعا لمتغير الجنس.

الفصل السادس

عرض وتفسير وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

تمهيد.

1- عرض النتائج.

1-1- عرض نتائج الفرض الرئيسي الأول.

1-2- عرض نتائج الفرض الرئيسي الثاني.

2- تفسير وتحليل النتائج.

3- الاستنتاج العام.

تمهيد:

بعدما اطلعنا في الفصل السابق على مختلف إجراءات البحث الميدانية، سنأتي في هذا الفصل إلى عرض نتائج الفرضيات وتحليلها ومناقشتها، وتعد هذه الخطوة من أهم خطوات ومراحل البحث العلمي لأنها تشكل محصِّلة جميع الخطوات السابقة، وهي مرحلة الإجابة عن التساؤلات وإثبات أو نفي الفرضيات، وبعد إجراء المعالجة الإحصائية للفرضيات تم الحصول على النتائج التالية:

1- عرض النتائج:

1-1-عرض نتائج الفرض الرئيسي الأول:

ينص الفرض الرئيسي الأول على وجود مستوى مرتفع من الضغط النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بسبب المرض، وللتحقق من هذا الفرض قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأفراد العينة فتحصلنا على الجدول التالي:

متغير الجنس	العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياريSd	درجة الحرية df	التفسير
ذكور	15	93.53	24.69	28	مستوى الضغط متوسط
إناث	15	112	32.37		
المجموع	30				

جدول رقم (11) يمثل قيم مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

من خلال الجدول **(11)** والذي يبين نتائج المعالجة الإحصائية للفرض الرئيسي الأول، والتي كشفت عن وجود مستوى متوسط من الضغط النفسي لدى كلا الجنسين من عينة مرضى القصور الكلوي، وذلك من خلال القيم المبيّنة في الجدول، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور **93,53** وبانحراف معياري قدره **24,69**، في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث **112** وبانحراف معياري قيمته **32,37**، وبما أن المتوسط الحسابي للذكور يقارب المتوسط الحسابي للإناث، وبأخذ قيمة هذين المتوسطين ومقارنتهما بجدول مستويات الضغط النفسي، وجدنا أن كلا من الذكور والإناث يعانون من **مستوى متوسط** من الضغط النفسي والذي يتراوح بين **(69-115)** وبالتالي **فالفرض الرئيسي الأول لم يتحقق.**

1-2- عرض نتائج الفرض الرئيسي الثاني:

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية العامة الأولى:

ترمي هذه الفرضية بشطريها إلى محاولة الكشف عن الفروق في استخدام مختلف إستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن وفقا لمتغير الجنس، وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار **t test** لمعرفة الفروق في استخدام مختلف إستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن تبعا لمتغير الجنس فتحصلنا على النتائج التالية في الجدول الموالي:

	العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياريSd	درجة الحرية df	قيمة اختبار (ت)المحسوبة	التفسير
ذكور	15	52.80	4.42	28	0.03	الفرق غير دال إحصائيا
إناث	15	52.73	7.17			
المجموع	30					

جدول رقم (12) يوضح دلالة الفروق في إستراتيجية المشكل تبعا لعامل الجنس.

يظهر من خلال الجدول رقم **(12)** والذي يبين نتائج المعالجة الإحصائية للفرض الجزئي الأول والتي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الذكور والإناث في إستراتيجية حل المشكل، حيث أن المتوسط الحسابي لدى الذكور بلغ **52,80** بانحراف معياري قدره **4,42**، بينما بلغ المتوسط الحسابي لدى الإناث **52،73** بانحراف معياري قدره **7,17**، وبما أن المتوسط الحسابي للذكور قريب من المتوسط الحسابي للإناث وبالنظر إلى قيمة **(ت)** والتي بلغت **0,03** وبدرجة حرية **28** وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **0,05**، وبما أن قيمة **(ت)** أقل من مستوى الدلالة **0,05** فهذا يعني أنه لا توجد فروق جوهرية وذات دلالة إحصائية بين مرضى القصور الكلوي المزمن في استخدام إستراتيجية حل المشكل تعزى إلى متغير الجنس، وبالتالي **فالفرض الجزئي الأول لم يتحقق.**

	العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياريSd	درجة الحرية df	قيمة اختبار (ت)المحسوبة	التفسير
ذكور	15	42.66	6.84	28	1.80	الفرق غير دال إحصائيا
إناث	15	47.73	8.43			
المجموع	30					

جدول رقم (13) يوضح دلالة الفروق في إستراتيجية الانفعال تبعا لعامل الجنس.

يظهر من خلال الجدول رقم (**13**) والذي يبين نتائج المعالجة الإحصائية للفرض الجزئي الثاني والتي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الذكور والإناث في إستراتيجية الانفعال، حيث أن المتوسط الحسابي لدى الذكور بلغ **42.66** بانحراف معياري قدره **6.84**، بينما بلغ المتوسط الحسابي لدى الإناث **47.73** بانحراف معياري قدره **8.43**، وبما أن المتوسط الحسابي للذكور قريب من المتوسط الحسابي للإناث وبالنظر إلى قيمة (**ت**) والتي بلغت **1.80** وبدرجة حرية **28** وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **0,05**، فهذا يعني أنه لا توجد فروق جوهرية وذات دلالة إحصائية بين مرضى القصور الكلوي المزمن في استخدام إستراتيجية الانفعال تعزى إلى متغير الجنس، وبالتالي **فالفرض الجزئي الثاني لم يتحقق.**

وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي (على اختلافها) التي يستخدمها المصابون بالقصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير الجنس، وعليه **لم تتحقق الفرضية الجزئية العامة الأولى.**

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

ترمي هذه الفرضية إلى محاولة الكشف عن العلاقة الارتباطية بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف المرضى، وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار **سبيرمان** لمعرفة ما إذا كان هناك علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف المرضى، فتحصلنا على النتائج التالية في الجدول الموالي:

		المواجهة المركزة على المشكل	المواجهة المركزة على الانفعال
مدة الإصابة	معامل الارتباط سبيرمان	0.49	0.06
	الدلالة الإحصائية	غير دال احصائيا	غير دال احصائيا
	(N)	30	30

جدول رقم (14) يبين العلاقة الارتباطية بين مدة الاصابة ونوع إستراتيجيات المواجهة.

يظهر من خلال الجدول رقم (**14**) والذي يبين نتائج المعالجة الاحصائية للفرض الرئيسي الثاني والتي كشفت عن عدم وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف المرضى، حيث كانت قيمة **معامل سبيرمان 0.06** وهي قيمة غير دالة إحصائيا وبالتالي فلا توجد علاقة ارتباطية موجبة بين من زادت مدة الإصابة بالمرض عندهم وإستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، ومنه **فلم يتحقق الفرض الجزئي الأول.**

وفي المقابل تحصلنا بالنسبة للمصابين حديثا بالمرض على قيمة **معامل سبيرمان 0.49** وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وبالتالي فلا توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بالمرض الحديثة وإستراتيجية المواجهة المركزة على حل المشكل، ومنه **فلم يتحقق الفرض الجزئي الثاني.**

وعليه لا توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوعية إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي (على اختلافها) الموظفة من قبل المرضى، ومنه **لم تتحقق الفرضية الجزئية العامة الثانية.**

2- تفسير وتحليل النتائج:

بعد أن تطرقنا إلى عرض نتائج الفرضيات في الجداول السابقة، سنتعرض إلى تفسير النتائج وتحليلها وفق الدراسات السابقة وضمن الإطار النظري المدرج سابقا.

2-1- مناقشة وتفسير الفرضية الرئيسية الأولى:

ينص الفرض الرئيسي الأول على وجود مستوى مرتفع من الضغط النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بسبب المرض، وبعد المعالجة الإحصائية تبين لنا من خلال النتائج المتحصل عليها أن كلا من الذكور والإناث يعانون من **مستوى متوسط** من الضغط النفسي وبالتالي **فالفرض الرئيسي الأول لم يتحقق،** إلا أننا تأكدنا من خلال ذات النتائج أن المرضى يعانون من مستوى محدد من الضغط النفسي – حتى وإن كان متوسطا- والعائد للمرض في حد

ذاته وليس لأسباب أخرى خارج هذا الإطار، وبناء عليه أمكننا مواصلة الدراسة واختبار بقية الفروض انطلاقا من هذا الأساس، وربما يعود تحصلنا على هذه النتيجة للتباين بين عينة البحث فيما يتعلق بمدة الإصابة بالمرض، أو لتنوع إستراتيجيات المواجهة الموظفة من طرف الذكور والإناث في مواجهة الضغط النفسي مما سمح بالتحكم في مستواه نسبيا من طرف المرضى، وهذا ما سنطلع عليه بشكل مفصل في تفسير الفرض الرئيسي الثاني بفروضه الجزئية.

2-2- مناقشة وتفسير الفرضية الرئيسية الثانية:

2-2-1- مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية العامة الأولى:

ينص **الفرض الجزئي الأول** المنبثق من **الفرض الرئيسي الثاني** على أن الذكور المصابين بالقصور الكلوي المزمن يستعملون إستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل أكثر من النساء المصابات بالقصور الكلوي، وبعد تطبيقنا للمعالجة الإحصائية وبناء على ما أسفرت عليه نتائج اختبار **(ت)**، توصلنا إلى أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص توظيف الإستراتيجية المركزة على المشكل، فلم يكن الفرق دالا إحصائيا.

وتشير الدراسات السابقة إلى ميل الذكور لاستعمال مثل هذه الإستراتيجية أكثر من الإناث، حيث تؤكد دراسات كل من **أستون Stone و نيل Neale سنة (1984)** والتي استهدفت التعرف على أساليب المواجهة التي يستخدمها كلا الجنسين في مواجهة المواقف الضاغطة أن الذكور يقومون بأفعال مباشرة كأسلوب في مواجهة المشاكل، في حين أن الإناث تستخدمن إستراتيجيات سلبية تتضمن التشتت والتنفيس الانفعالي وطلب المساندة الاجتماعية من الآخرين، كما كشفت أيضا نتائج الدراسة التي قام بها **برلين Pearin و سكولر Schooler** أن الذكور يستخدمون إستراتيجيات حل المشكلة في المواقف والأحداث الضاغطة، وأن الإناث تسعى إلى المساندة الاجتماعية عندما تواجهن مشكلات وضغوطات نفسية، وقد توصلت نتائج دراسة كل من **كوتشفيلد Gutchfield وأش Ash سنة (1952)** إلى أن الذكور أكثر استعمالا لحل المشكل مقارنة بالإناث كما أن الإناث أكثر قابلية للخضوع أمام الضغوط الجماعية بالإضافة إلى أنهن أكثر تأثرا من طرف الجماعة، وهذا ما يعكس الفروق الثقافية في أدوار الجنسين حيث يعتقد أن الرجال أكثر كفاءة وتفوقا على النساء في الأداءات المعرفية وخاصة في حل المشكلات، أما فيما يتعلق بالمرض المزمن فدراسة **كيفمان Kvam و ليونس Lyons** سنة **(1991)** على راشدين مرضى بالسكري من النوع الأول أكدت أن الرجال أكثر استعمالا للإستراتيجيات المركزة على المشكل في حين أن النساء يستعملن إستراتيجيات مركزة على الانفعال.

ورغم كل ما سبق ذكره من الأبحاث وآراء الباحثين الذين أجمعوا على أن الذكور يستعملون أكثر الإستراتيجية المركزة على حل المشكل مقارنة بالإناث إلا أننا لم نتوصل إلى نفس النتيجة، فأفراد عينتنا من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن سواء كانوا من الذكور أو الإناث يستخدمون نفس الإستراتيجية والمتمثلة في حل المشكل وتفسيرنا أن هذا قد يعود لكون المرض غير مُسَيْطَرْ عليه من قبل المريض من جهة، ومن جهة أخرى نظرا للصعوبات

الناتجة عنه من تغيير في أسلوب حياتهم بإتباع الحمية الغذائية وكل التعقيدات الصحية المرافقة التي تؤثر في تقييم المريض لمرضه، فحسب النظرية التعاملية فإن كيفية تقدير المريض لمرضه هي التي تحتم اتباع أسلوب المواجهة بشكل إيجابي أو سلبي لتعديل أو تخفيف حدة الألم الناتج عن المرض، وبالتالي غياب الفروق بين الجنسين قد يعود لكون المعيش اليومي لمريض القصور الكلوي من تحضير أغراضه للتصفية وضرورة بقائه في المستشفى لساعات الغسيل الدموي هي ظروف مشتركة بين الجنسين، كما أن التنشئة الاجتماعية في العصر الحالي لا تفرق بين الذكور والإناث وبالتالي فالفتاة لا تشعر بالضعف وانخفاض قيمة الذات لمجرد كونها تعاني من مرض مزمن فهي مثلها مثل الذكر معرضين خلال حياتهم لخوض تجارب المرض والعلاج.

وقد اتفقت كثير من الدراسات مع النتيجة التي توصلت إليها الباحثة مثل نتائج الدراسة التي قام بها **هيدري عادل (1996)** لمعرفة الفروق بين الجنسين في إستراتيجيات التعامل مع المشكلات على عينة مكونة من **235** طالبا وطالبة في المرحلة الجامعية، إلا أنه تم تأكيد عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في أساليب مواجهة الضغوط، كما أشار إلى أن الفروق تعود إلى القدرات الشخصية والمميزات المعرفية للفرد أكثر من اعتبار جنس الفرد مؤشرا لكيفية استخدامه لإستراتيجيات المواجهة، فالمرض لا يفرق بين ذكر وأنثى خاصة إذا ما تعرضوا لنفس الشروط أو الظروف الضاغطة وكذلك لتشابه الموقف الذي هم بصدد مواجهته.

ينص **الفرض الجزئي الثاني** المنبثق من **الفرض الرئيسي الثاني** على أن الإناث المصابات بالقصور الكلوي المزمن يستعملن إستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال أكثر من الرجال المصابين بالقصور الكلوي، وبعد تطبيقنا للمعالجة الإحصائية المناسبة توصلنا إلى أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الإستراتيجية المركزة على الانفعال، فلم يكن الفرق دالا إحصائيا.

وتشير الدراسات السابقة إلى ميل الإناث لاستعمال مثل هذه الإستراتيجية أكثر من الذكور حيث تؤكد دراسات كل من **قرازياني Graziani و سواندسن Sewendensen (2004)** أن الإناث يوصفن بأنهن يستعملن أكثر الإستراتيجيات المركزة على الانفعال في مواجهة الضغوط كما يتميزن بقلة استعمالهن للإستراتيجيات المركزة على المشكل، وكذلك دراسة **جودي Jodie (2004)** التي كشفت أن مرضى السرطان من الإناث لديهن ميل أكبر لاستعمال إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال وذلك بغية كسب فهم أكثر حول الموضوع. **(وليدة مرازقة، 2008، ص.20)**

كما تؤكد أيضا دراسة **رجاء مريم (2007)** أن الفروق التي خلصت إليها دراستها والتي كانت لصالح الإناث في استعمالهن لإستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال تتماشى مع دراسة **دجرو ونوركروس (1990) و أوتتر(1994)** اللتين أوضحتا أن الإناث يملن إلى استخدام إستراتيجيات التنفيس الانفعالي والإستراتيجيات الانفعالية أكثر من الذكور.

ورغم كل ما سبق ذكره من الأبحاث وآراء الباحثين الذين أجمعوا على أن الإناث يستعملن أكثر هذه الإستراتيجية مقارنة بالذكور، إلا أننا لم نتوصل إلى نفس النتيجة وتفسيرنا هو أن أفراد عينتنا من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن يعانون من ضغط نفسي مرتفع جراء إصابتهم بهذا المرض المزمن، فلذلك هم يتميزون باستعمالهم المكثف لإستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال وذلك لأن المرضى الذين يخضعون لعمليات غسيل الكلى يواجهون خطر الموت الدائم ومشكلات تدني القيمة الذاتية وتضرر العلاقات الزوجية وكذلك الخوف المتعلق بالعلاج من انسداد الناسور الذي ينقل الدم والمخاوف الناجمة عن عدم اتباع الحمية والأدوية بطريقة مثلى، كما تهتز صورة الجسم حيث توصلت اختبارات ومقابلات نفسية تم تطبيقها على هؤلاء المرضى أنهم يتميزون بمشاعر هجومية ومحدودية صورة الجسم مع مشاكل الحاجات ومتطلبات داخلية وخارجية للجسم، فيحس كأنه مسلوب الشخصية لأن الداخل من المفروض شيء عزيز وسري ولكنه يظهر باستمرار بدوران الدم خارج الجسم، فيظهر كل اضطراب يؤدي إلى قلق وعدوانية تتعلق بالمحيطين بالمريض من أفراد العائلة أو الطاقم الطبي، وقد اتفقت كثير من الدراسات مع النتيجة التي توصلت إليها الباحثة مثل دراسة **Milousheva (1996)** على مراهقين أثبتت أن الذكور أكثر تكيفا واستعمالا لإستراتيجيات تجنبية (مركزة على الانفعال) والتفكير في أمور أخرى غير المرض والاهتمام بنشاطات أخرى والابتعاد عن التفكير في المرض في حين الإناث يلجأن إلى إستراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية.

ومن خلال نتائج الفرضيتين الجزئيتين توصلت الباحثة إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في نوعية إستراتيجيات المواجهة بين كلا الجنسين، وقد يعود ذلك لصغر حجم العينة أو لكون أفراد عينتنا يعايشون نفس الظروف الضاغطة الناتجة عن مرض القصور الكلوي المزمن أو من جراء ارتباطهم بآلة تصفية الدم، وقد أشار إلى هذه النتائج عدة باحثين في دراساتهم التي قاموا بها ومن بينهم **طامرس Tamers (2002)** حيث أسفرت الدراسة على أن غياب الفرق بين الجنسين في إستراتيجيات المواجهة يعود للمرونة التي تتميز بها النساء في تعاملهن مع الضغوط النفسية، إذ يستعملن مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات (إستراتيجيات مركزة على المشكل والانفعال وكذلك المساندة الاجتماعية) وقد أشارت دراسة **رجب عطية (1995)** إلى أن الاختلاف في إستراتيجيات المواجهة يظهر في الدراسات التي تقيّم النساء فيها المواقف على أنها أكثر ضغطا من الرجال، وما عدا ذلك فلا يكون هناك اختلاف في توظيف إستراتيجيات المواجهة حسب الجنس.

2-2-2- مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية العامة الثانية:

تنص الفرضية على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي الموظفة من طرف المرضى، وبعد تطبيقنا للمعالجة الإحصائية وبناءا على ما أسفرت عليه نتائج اختبار **سبيرمان** توصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي، أي أن الفرضية لم تتحقق.

وتشير الدراسات السابقة كدراسة **ويثنجتون Wethington و كازلر Kesseler (1991)** إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام إستراتيجيات المواجهة في الاستجابة للأحداث الضاغطة، فمن حيث الحدة والمدة التي يستغرقها الحدث الضاغط يمكن القول هنا أن إستراتيجيات المواجهة تتغير لدى مرضى السرطان بمرور الوقت، فهناك من المرضى من يقوى بأسهم لتحمل الشدائد والصعوبات والآلام الناجمة حتى عن العلاج فيطورون إستراتيجيات تتوافق وتتماشى مع ظروفهم، لكن هناك من لا يقوى على المقاومة وتبدأ قواه في الضمور والاضمحلال مما يدفعه للتعامل السلبي مع الضغوط التي يعاني منها أو حتى الدخول في مشاكل واضطرابات نفسية حادة ومزمنة كالاكتئاب، وتكون فعالية إستراتيجيات المواجهة مرتبطة أيضا بخصائص الحدث الضاغط ومدته، إذ أن التجنب يكون فعالا في الآجال القصيرة (من **0 ـ 3** أيام بعد الحدث) في حين أن الإستراتيجيات النشطة هي أكثر فعالية في الآجال الطويلة (أسبوعين فما فوق).

كما أن درجة التهديد والضرر والتحدي التي يدركها الفرد في هذا الموقف تساعده على اختيار نوع المواجهة، فنجد أن بعض المرضى يعيشون مع هذا المرض في بدايته كتهديد أو كضرر واقع عليهم لكنهم يتجاوزونه ليصبح تحد للبقاء، إضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، العمر والمستوى الاقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى بدورها في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء المواقف الضاغطة.

ورغم كل ما سبق ذكره من الأبحاث وآراء الباحثين الذين أجمعوا على أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي إلا أننا لم نتوصل إلى نفس النتيجة وتفسيرنا راجع لكون المصابين بالقصور الكلوي المزمن يتعرضون لنفس الظروف الضاغطة ونفس الخصائص المرتبطة بالمرض والعلاج التي لها تأثير قوي على السياق التقييمي للمريض ولتكيفه والتعايش معه، فحسب **لازاروس Lazarus** فإن تقييم المريض لحالته هي التي تحدد كيفية استجابته ولكون نتائج القصور الكلوي المزمن حتمية ومؤلمة وهذا الشعور خارج عن إرادة المريض الذي لا يستطيع أن يقبل أو أن يرفض طبيعة المرض أو ما يترتب عليها من نتائج فهذا ما يحدد بالفعل كيفية وطريقة تقدير المريض لمرضه، فلو أن المريض انطلق من فكرة أن المرض هو قضاء الله تعالى وقدره وأنه ليس المصاب الوحيد في هذا العالم فإن هذا سيساعده على تقبل مرضه، وبالتالي سيلجأ المريض إلى تطوير إستراتيجية حل المشكل بخلاف لو أنه بالغ في تقديره لشدة إصابته وخطورة مرضه واعتبر أنه مختلف عن الآخرين وأنه يعاني أكثر منهم ولا أحد يعاني مثله واستغرق في شعوره بالإحباط والاكتئاب والتعاسة والمعاناة، وهذا ما سيضاعف لديه حدة انفعاله واستجابته السلبية للضغط وبالتالي سيلجأ إلى استخدام إستراتيجية الانفعال لمواجهة مرضه.

وكما يرى **ميس Maes** ، **ليفنتهال Leventhal ودريدر Deridder** بأن تآزر العوامل السياقية من خصائص المرض والعلاج والخصائص الشخصية تحدد إستراتيجية المواجهة اتجاه المرض المزمن، فكلما زاد الضغط والتهديد الناتج عن المرض فالمريض يلجأ إلى أساليب مواجهة تخفف من شدة التوتر الانفعالي وبالتالي تقليل الخطر المحدق وهنا

المريض قد يستخدم الإستراتيجية المركزة حول الانفعال، وقد بين **سامر جميل رضوان (2002)** أن المرضى المصابون بالفشل الكلوي والذين يخضعون لعمليات غسيل الدم يصبحون بمرور الزمن أكثر اكتئابية وانطوائية وأكثر كفا في التعبير عن عدوانيتهم، وبالتالي فإن معرفة ذلك تقود إلى فهم ردود أفعالهم والتعامل معها بشكل مسبق من أجل منع تفاقمها.

وبما أن معارف المريض ومدركاته حول مرضه تتأثر نتيجة للإخفاقات والنجاحات التي تحدث له طوال مدة المتابعة، والتي قد تؤثر في اعتقاداته حول شروط العلاج الطبي التي تتطلب الإذعان لمقترحات الأطباء، كما أن مشاريع المريض تصبح محدودة لاتصاله بعملية التصفية الدائمة، فكل هذه العوامل تؤثر في استجاباته وفي نوعية الإستراتيجية التي يختارها لمواجهة ضغوط المرض، كما أن مسار المرض يبقى ثابتا لمدة طويلة وقابلية المريض للتنبؤ بفاعليته أمر صعب مما يخلق ضغطا جديدا يستدعي استعانة المريض بالمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية لكي يخفف من المعاناة وبالتالي مساعدته على تقدير الوضعية تقديرا إيجابيا يجعل التكيف مع المرض مقبولا.

فدراسة **هيذرينقتون Hetherington (1986)** ترى بأن الأفراد الذين لديهم امكانية للمساندة الاجتماعية المناسبة تكون لديهم القدرة على المواجهة الفعالة للضغوط النفسية والاجتماعية، كما أن المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية لها دور كبير في التكيف النفسي مع المرض، ولكون مدة المرض تطول فالبحث عن المساندة المعلوماتية سواء من قبل الأطباء أو المساندة العائلية أو الأصدقاء لها الأثر الكبير في نفسية المرضى مهما اختلفت مدة تلقي المرضى للعلاج.

ويرى **ماركس Marx وشوتز Schutz (1991)** أن التحكم المدرك في الموقف يلعب دورا في اختيار إستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل المناسبة للتخفيف من حدة الضغط في المواقف المتحكم فيها، لكن تميل إلى زيادة الضغط إذا كانت الوضعية غير متحكم فيها.

وقد أثبتت الدراسات والبحوث التي قام بها كل من **لازاروس Lazarus وفولكمان Folkmen (1988) وكومبس (1987)** وجود كلتا الإستراتيجيتين بين الأفراد من المراهقين والشباب، وقد افترض **لازاروس Lazarus** أن نفس الشخص قد يستخدم أسلوب المواجهة الذي يرتكز على المشكل في بعض المواقف الضاغطة وقد يستخدم أسلوب المواجهة الذي يرتكز على الانفعال في مواقف أخرى، ولذلك لا يمكن أن ننظر إلى أي من الأسلوبين على أنه ذو فعالية عن الآخر.

وعلى هذا الأساس يتبين أن فاعلية المواجهة ترتبط ارتباطا وثيقا بما يكونه الشخص من مدركات وتصورات حول بيئته التي يعيش فيها والتي قد تكون مصدرا أساسيا من بين المصادر التي تخلق لديه الضغط، وعليه يحاول قدر المستطاع أن يعدل من هذه التصورات التي منشؤها البيئة إما تعديلا حقيقيا وذلك بزرع كلية جديدة، وبهذا يستأصل

السبب الرئيسي للمشكل بصفة نهائية ويعيش في توازن، وإما أن يعدل تعديلا على مستوى الشخص أي ذاتيا ويكون ذلك عن طريق اتباع حمية غذائية واحترام أوقات التصفية.

لذا يمكننا القول أن المواجهة تتأثر بمدة المرض، فإزمان المرض وصعوبته تجعل المريض يبحث عن تخفيف معاناته دون البحث عن الحلول المناسبة لمرضه لأن صحته بالنسبة له مرتبطة بآلة تصفية الدم ومرتبطة بحضور الطبيب والممرضين لأن ذلك هو الحل بالنسبة لهم، ولهذا لا يستعمل إستراتيجية واحدة دون الأخرى فهو يستعمل كل إستراتيجية على حسب الموقف الذي يتعرض فيه للضغوط، لذلك لم نجد علاقة بين نوع الإستراتيجية المستعملة وطول أو قصر مدة الإصابة.

3- الاستنتاج العام:

بعد إجراء دراستنا الحالية المعنونة بالضغط النفسي وإستراتيجيات مواجهته لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن بجانبيها النظري والتطبيقي وانطلاقا من النتائج التي تم التوصل إليها خلصنا في الأخير إلى استنتاج عام مفاده أن مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من الضغط النفسي بمستوى متوسط، وانطلاقا من الفرضية الرئيسية الثانية والتي انبثقت إلى فرضيتين جزئيتين عامتين أولاهما مفادها أنه توجد فروق دالة إحصائيا في نوعية إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المصابون بالقصور الكلوي المزمن لمواجهة الضغط النفسي تبعا لمتغير الجنس قد تبين لنا عدم وجود فروق في نوعية الإستراتيجيات المستخدمة عند كلا الجنسين، وبذلك يمكن القول أن الفرضية الرئيسية الثانية في شطرها الأول لم تتحقق وهذا ما بينته نتائج اختبار **(ت)** فهي غير دالة إحصائيا.

وفيما يخص الفرضية الجزئية العامة الثانية التي تنص على أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي، فقد تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ونوع إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتبناة من طرف المرضى وهو ما بينته نتائج اختبار **سبيرمان**، ومنه نرفض الفرضية الموجبة ونقبل الفرضية السالبة.

وعليه لم تتحقق جميع الفرضيات التي انطلقنا منها سواء الرئيسية الأولى أو الثانية أو الجزئية العامة المتضمنة في الفرض الرئيسي الثاني بفرضياتها الجزئية المتضمنة فيها هي الأخرى، سواء المتعلقة باختلاف نوع الإستراتيجيات المتبناة حسب الجنس بين المتمركزة حول المشكل والملحقة بالذكور أو المتمركزة حول الانفعال والملحقة بالإناث، أو الفرضية المتعلقة بارتباط نوع الإستراتيجية الموظفة بمدة الإصابة بالمرض، وعليه توصلنا إلى نفي الفروض التي انطلقنا منها لكن هذه النتائج تبقى متعلقة بخصوصية العينة التي تم تناولها وتطبيق المقياسين عليها ولا يمكن تعميمها إلا على عينات مماثلة من حيث الخصائص.

خاتمة

الخاتمـة:

يعتبر مرض القصور الكلوي من بين الأمراض الأكثر انتشارا والذي يصيب كلا الجنسين وكل الفئات العمرية وهو من بين المواضيع التي استقطبت اهتمامنا وزرعت فينا الفضول العلمي ونزعة البحث، خاصة عندما تعلق الأمر بالجانب النفسي لهذه الشريحة، لذا فكرنا في دراسة إستراتيجيات المواجهة التي تعتبر وسائل يستخدمها المريض من أجل مواجهة الضغوطات الناتجة عن المرض.

وقد كانت لدينا تصورات حول الإستراتيجيات التي يستخدمها هؤلاء المرضى، وذلك من خلال الدراسات التي صادفناها في مشوارنا البحثي وأيضا من خلال ملاحظاتنا للمرضى عن كثب خاصة في جلسات تصفية الدم، فقمنا بجمعها وبصياغتها على شكل فرضيات نقيم عليها دراستنا، وقد انطلقنا من كون مرضى القصور الكلوي الإناث يستخدمن الإستراتيجيات المركزة على الانفعال والتي تقوم على تجنب الموقف أو التذمر من المرض، في حين يستخدم المرضى الذكور الإستراتيجيات المركزة على حل المشكل أكثر، إضافة إلى اقتراح وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإصابة بالمرض ونوعية إستراتيجيات المواجهة الموظفة من طرف المرضى، وقد قمنا بالتحقق من صحة ذلك بواسطة استخدام **استمارة المقابلة نصف الموجهة** ومقياسي **الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة** اللذان كانا من إعداد الباحثة.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج المتعلقة بالفرضيات الموضوعة بغرض تبيان مستوى الضغط النفسي لدى مرض القصور الكلوي المزمن، والفروق في نوعية إستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن تبعا لمتغير الجنس، وكذلك العلاقة بين مدة الإصابة ونوعية إستراتيجيات المواجهة الموظفة، إذ بينت النتائج أن مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من مستوى متوسط من الضغط النفسي، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين نوعية إستراتيجيات المواجهة لدى هؤلاء المرضى تبعا لمتغير الجنس، كما بينت أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة ونوعية إستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

وبهذا خلصت الدراسة إلى نفي الفرضيات التي انطلقت منها والتي سطرت مسار هذا البحث العلمي، إلا أن النتائج المتحصل عليها تبقى مرتبطة بخصوصية العينة التي طبقت عليها، ولا يمكن تعميمها إلا على عينات تحمل نفس الخصائص وتتوفر على نفس الشروط.

الاقتراحات

الاقتراحات:

بعد أن أتممنا مشروع دراستنا وانطلاقا مما توصلنا إليه من نتائج، وبعد أن لمسنا أكثر واقع المعاناة التي يكابدها مرضى القصور الكلوي المزمن والحياة الصعبة التي يعيشونها والألم النفسي والجسدي الذي يقاسون مرارته، ارتأينا إلى أن ندرج جملة من الاقتراحات والتوصيات والتي نرى بأنها قد تكون منفذا للتخفيف من الضغط والمعاناة لدى هؤلاء المرضى ومنحهم بصيصا من الأمل إذا ما أخذت بعين الاعتبار، وهي كالتالي:

- ضرورة توفر كل مصلحة من مصالح أمراض الكلى على مختص نفساني يقوم بالكفالة النفسية لهؤلاء المرضى ويرافقهم خاصة في الفترات الأولى من تعرضهم للصدمة بعد معرفتهم بمرضهم؛
- العلاقة بين الطبيب والمريض لا تتوقف على الفحص والعلاج فقط، بل لابد أن يكون هناك تواصل يسمح للمعالِجْ أن يفسر للمعالَجْ طبيعة المرض وإعطائه معلومات بمصطلحات بسيطة تساعده على إدراك طبيعة واقعه الجديد والإجابة على الأسئلة التي يطرحها المريض، وألا يتهرب من الإجابة لأن هذا سيزيد من شعوره باليأس والخوف، كأن يسأله مثلا عن مدة العلاج وخطواته ومدى فعاليته وكذلك عن شروط الحمية الغذائية، أيضا على احتمال القيام بعملية الزرع الكلوي؛
- بالإضافة إلى العلاج الطبي والدوائي يجب توفير العلاج الإسنادي والمتابعة النفسية لمساعدة المرضى على التخفيف من حدة الصراعات الداخلية وتقبل مرضهم والتكيف مع وضعهم الصحي؛
- توعية أفراد العائلة حول عدم المبالغة في إفراط حماية مرضاهم أو إهمالهم، لأن معظمهم يعيشون مشاعر الانزعاج وعدم الاستقلالية وهذا ما يكوِّن لديهم صعوبة التأقلم في الوسط الاجتماعي فهم بحاجة إلى التفهم والتوجيه أكثر؛
- ضرورة تدعيم استخدام العلاج المعرفي والسلوكي من طرف الأخصائيين النفسانيين وذلك باستخدام إستراتيجيات العلاج المتنوعة لمساعدة المفحوصين على تجاوز الصراعات والرفع من تقدير ذواتهم وتوعيتهم بأن التفكير السلبي الدائم يزيد من شدة القلق والإحباط.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

I. الكتب:

1. إبراهيم السمادوني، (2007): **الذكاء الوجداني، أسسه، تطبيقاته، تنميته**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
2. أحمد نايل الغرير وأحمد عبد اللطيف أبو أسعد، (2009): **التعامل مع الضغوط النفسية**، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن.
3. أحمد نايل الغرير، (2010): **برنامج إرشاد نفسي (نموذج في التربية الخاصة)**، دار الشروق للنشر، الأردن.
4. بشير معمرية، (2007): **القياس النفسي (تصميم أدواته)**، الطبعة الأولى، منشورات الحبر، الجزائر.
5. تايلر شيلي، (2008): **علم النفس الصحي**، ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاكر طعمية داود، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
6. جمال أبو الدلو، (2009): **الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن.
7. جمعة السيد يوسف، (2001): **النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية**، مراجعة نقدية، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة.
8. جمعة السيد يوسف، (2007): **إدارة الضغوط**، الطبعة الأولى، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية للنشر، كلية الهندسة، جامعة القاهرة.
9. حسن مصطفى عبد المعطي، (2006): **ضغوط الحياة وإستراتيجيات مواجهتها**، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
10. خضير كاظم حمود وموسى سلامة اللوزي، (2008): **منهجية البحث العلمي**، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
11. سامر جميل رضوان، (2010): **الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
12. سامي محسن الختاتنة، (2011): **علم النفس الإداري**، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر، الأردن.
13. سيد الحديدي ورياض جودت، (1990): **أمراض الكلية وجراحتها**، الطبعة الثانية، دار الطلاس للنشر، دمشق، سوريا.

14. صالح بن حمد العساف، (2006): **مدخل إلى البحث في العلوم السلوكية**، الطبعة الرابعة، مكتبة العبيكان للنشر، الرياض.

15. عبد الرحمان بن سليمان الطريري، (1994): **الضغط النفسي، مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته**، الطبعة الأولى، السعودية.

16. عبد الرحمان سي موسي ورضوان زقار، (2002): **الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، نظرة الاختبارات الإسقاطية**، جمعية علم النفس، الجزائر.

17. فاروق السيد عثمان، (2001): **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، القاهرة.

18. فاطمة عوض صابر وميرفت علي خفاجة، (2002): **أسس ومبادئ البحث العلمي**، الطبعة الأولى، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، الاسكندرية، مصر.

19. محمد خليفة بركات، (1984): **مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس**، الطبعة الثانية، دار القلم، الكويت.

20. محمد قاسم عبد الله، (2008): **مدخل إلى الصحة النفسية**، الطبعة الرابعة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

21. مساعد بن عبد الله النوح، (2004): **مبادئ البحث التربوي**، الطبعة الأولى، كلية المعلمين، الرياض، السعودية.

22. مصطفى عليان ربحي وعثمان محمد غنيم، (2000): **مناهج وأساليب البحث العلمي (النظرية والتطبيق)**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

23. مفتاح محمد عبد العزيز، (2010): **مقدمة في علم النفس الصحة**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

24. يوسف صائغ، (1979): **أمراض الكلية**، الطبعة الثالثة، مطبعة دار الكتاب، دمشق.

II. المذكرات:

25. إسمهان عزوز، (2009): **مصدر الضبط الصحي وعلاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، جامعة الحاج لخضر بباتنة، الجزائر.

26. آمال بن عبد الرحمان، (2010): **الأساليب الدفاعية عند الأفراد المصدومين إثر الإصابة بالقصور الكلوي وغير المصابين بأي مرض عضوي مزمن**، دراسة عيادية مقارنة لـ20 حالة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة بوزريعة، الجزائر.

27. أمينة بلحاج، (2010): **مساهمة في دراسة الصورة اللاّشعورية للجسم لدى طفل ضحية الاستغلال الجنسي من طرف مراهق أو راشد** (دراسة سيكوديناميةٍ)، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة سطيف، الجزائر.

28. جبالي صباح، (2012): **الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، دراسة ميدانية بالمركز الطبي البيداغوجي صنف-03- وصنف -05- باتنة**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة سطيف، الجزائر.

29. جميلة هرمز، (2012): **الدعم الاجتماعي وتأثيره على القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الملازمين للكلية الاصطناعية**، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

30. حورية أبشيش، (2013): **الميكانيزمات الدفاعية لدى مرضى القصور الكلوي**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

31. سامية ياحي، (2008): **الاكتئاب وإستراتيجيات المواجهة عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي**، دراسة مقارنة، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

32. سميرة دعو ونورة شنوفي، (2013): **الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي، دراسة عيادية لخمس حالات**، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

33. عبد الرحمان قلاب، (2011): **الفوارق الاجتماعية الصحية والاستفادة من العلاج (دراسة حالة التكفل بمرضى القصور الكلوي المزمن لولاية الجزائر لسنة 2010**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص دراسات سياسية مقارنة، جامعة الجزائر.

34. عبد الله بالطيب وفؤاد علالو، (2013): **التوظيف النفسي لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي الخاضع للتصفية الدموية(Hémodialyse)**، دراسة ميدانية إسقاطية لخمسة حالات من خلال اختبار تفهم الموضوع T.A.T، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

35. نعيمة باجي، (2008): **التعلق الوالدي وإدراك الحدود الجسدية عند مرضى القصور الكلوي الخاضعين لعملية غسل الكلى، دراسة حالات**، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الصدمي، جامعة الجزائر.

36. واكلي بديعة، (2013): **إستراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين**، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة سطيف، الجزائر.

37. نوارة مصاري، (2003): **إستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالداء السكري الخاضع للأنسولين، دراسة مقارنة**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

38. وداد زرماني، (2012): **أثر خبرات الإساءة الوالدية في مرحلة الطفولة على ظهور الضغط النفسي في مرحلة المراهقة**، دراسة ميدانية على عينة من المراهقين والمراهقات بمدينة سطيف، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة سطيف، الجزائر.

39. وفاء مزلوق، (2014): **إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة سطيف، الجزائر.

40. وليدة مرازقة، (2009): **مركز ضبط الألم وعلاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم نفس الصحة، جامعة باتنة، الجزائر.

III. المجلات:

41. عبد الله الضريبي، (2010): **أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات: دراسة ميدانية على عينة من العاملين بمصنع زجاج القدم بدمشق**، المجلد 26، العدد الرابع، جامعة دمشق، سوريا.

42. فتيحة بن زروال، (2010): **الإجهاد على مستوى المنظمة: المصادر والتأثيرات وإستراتيجيات المواجهة**، عدد04، دراسات نفسية وتربوية، جامعة أم البواقي، الجزائر.

43. محمد حمزة الزيودي، (2007): **مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات**، المجلد 23، العدد02، جامعة دمشق.

44. نادية بوضياف بن زعموش، (2014): **الأمراض المزمنة وإدارة ضغوط قلق الامتحان: دراسة ميدانية على عينة من التلاميذ المتمدرسين المصابين بأمراض مزمنة**، مخبر تطوير الدراسات النفسية والتربوية، جامعة ورقلة، الجزائر.

IV. القواميس:

45. قاموس المعتمد، (2012)، الطبعة السابعة، دار الصادر، بيروت.

مراجع باللغة الفرنسية:

V. كتب باللغة الفرنسية:

46. Canfer.A.Konrils Py, Opealdi, (2001): **Néphrologie et troubles hydro électrolytiques**, édition Masson, Paris.

47. M.A.Boubchir, (2004): **Monographie sur L'insuffisance Rénale Chronique**, édition :03, Office des Publications Universitaires, Alger.

48. M.A.Boubchir, L.Allouache, A.H.Haned, (2005): **Maladies Rénales**, Office des Publications Universitaires, 1place centrale de ben – aknoun, Alges.

49. M.Legrain, (1981): **Abrégé De Néphrologie**, édition: 02, Masson, paris.

VI. القواميس باللغة الفرنسية:

50. Petit Larousse de la Médecine, (2007), 4500 Articles, ISBN, pour la présente édition.

51. Yves Morin, (2002), petit Larousse de la Médecine, Paris.

الملاحق

الملحق رقم (01):



الاسم (اختياري):..... / **السن:**.....

الجنس: ذكر ( ) أنثى ( ) / مدة الإصابة بالمرض:.....

التعليمـة:

عزيزي القارئ (ة) يتضمن المقياس الذي بين يديك مجموعة من البنود، نرجو أن تقرأ كلا منها بعناية وتضع(ي) علامة (×) أمام الاختيار الذي يناسبكَ (كِ) بحيث يعبِّر عن وجهة نظركَ (كِ) ويعكس بدقة وصفكَ (كِ) لنفسك.

ونرجو أن تجيب(ي) على جميع البنود وإلاّ أُعتبر المقياس ملغى، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة بالنسبة لنا هي التي تعبر عن رأيك بكل صدق، كما أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

وشكرا جزيلا على تعاونك معنا.

رقم العبارة	العبـــــارة	عادة لا أفعل ذلك	أفعل ذلك بقدر متوسط	أفعل ذلك كثيرا
01	أبذل مزيدا من الجهد للتخلص من الوزن الزائد.			
02	أتكلم مع شخص تعجبني أفكاره ومعتقداته.			
03	أفكر في كيفية التعامل مع المرض.			
04	أضع ثقتي في الله.			
05	أتمنى تغيير ما حدث لي.			
06	ألوم نفسي بأنني كنت جد حساس(ة) وانفعالي (ة) في مواجهة المرض.			
07	أقوم بالتحدث مع الآخرين من أجل معرفة وجهة نظر أخرى في المشكلة.			
08	أشاهد التلفاز لأقلل من تفكيري في المرض.			
09	أركز على مرضي وأحاول إيجاد حلول له.			
10	أشعر بالقلق الدائم إزاء مرضي.			
11	أستطيع أن أختار الناس الذين يمكنهم مساعدتي في حل مشكلاتي.			
12	أقول لنفسي أن ما أعانيه ليس حقيقة.			
13	أحلل المشاكل المتعلقة بالمرض التي تواجهني.			
14	أتناول أحد الأطباق والأكلات المفضلة لدي.			
15	ينتابني شعور باليأس إذا واجهتني مشكلات تتعلق بالمرض.			
16	أنظم وقتي بشكل أفضل حسب جلسات تصفية الدم.			
17	أطلب المساعدة من الله بالدعاء.			
18	أجد نفسي منفعلا اتجاه إصابتي بالمرض إلى درجة تعيق قدرتي على التفكير.			
19	أتناول الأدوية النفسية لأنسى أنني مريض(ة).			
20	أدرك أن مرضي لا علاج له لذلك لا أحاول ايجاد حلول أخرى.			
21	أنظر إلى المرض كشيء طبيعي في حياة الإنسان.			
22	ينتابني شعور بالغضب والعصبية عندما أجد محاولاتي للتحكم في المرض كانت فاشلة.			

23	أعبر عن مشاعري المتعلقة بمرضي دون تردد ودون مراعاة لمشاعر المحيطين بي.			
24	أتقبل إصابتي بالمرض وأحاول التعايش معها.			
25	أذهب في نزهة للتخفيف عن نفسي.			
26	ثقتي بمشاعر الآخرين تجعلني أكوِّن صداقات وأحتفظ بعلاقات طيبة معهم.			
27	أصلي أكثر من المعتاد.			
28	أفكر في سبب مرضي وأحاول الاستفادة من أخطائي.			
29	أتخيل أشياء جميلة عشتها أو أريد تحقيقها لمحاولة تخفيف الألم.			
30	أحتاج إلى مساندة الآخرين لي في مرضي.			
31	أسأل الناس الذين لديهم خبرات مشابهة لخبرتي.			
32	ألوم نفسي على تقصيري في الاهتمام بصحتي.			
33	عندما أبدأ التفكير في مرضي أفضل الاستسلام للنوم.			
34	أسأل كثيرا الأطباء على معلومات جديدة عن علاج هذا المرض.			
35	أقارن بين مرضي وأمراض أخطر منه.			
36	أقول لنفسي أنني لن أصاب أبدا بمثل هذا المرض.			
37	أشعر بكثير من مشاعر الضيق وأجد نفسي أعبر عنها كثيرا.			
38	أتوقف عن التفكير في الشفاء.			
39	مساعدة الآخرين لي تشعرني باهتمامهم بي.			
40	أحاول أن أنظم أكلي وشربي حتى أسيطر على الوزن الزائد.			
41	أقوم بلوم أشخاص آخرين على ما يحدث معي.			
42	أفكر بجدية في الخطوات التي يجب أن أتخذها لزرع الكلى.			
43	أتجه إلى العمل أو أنشطة أخرى بديلة لأبعد ذهني عن التفكير في المرض.			
44	المعلومات التي أحصل عليها من الآخرين تساعدني في مواجهة مشكلاتي.			

الملحق رقم(02):

مقياس الضغط النفسي

الاسم (اختياري):..... / **السن:**.....

الجنس: ذكر( ) أنثى( ) / **مدة الإصابة بالمرض:**.....

التعليمــة:

عزيزي القارئ(ة) أمامك مجموعة من العبارات التي تعبر عن الأسباب المؤدية إلى شعورك بالضيق والانزعاج منذ فترة إصابتك بالمرض، إذا أمكن اقرأ كل عبارة بتأني وحدد مدى انطباقها عليك وذلك بوضع علامة (×) تحت كلمة **أبدا** أو **قليلا** أو **غالبا** أو **دائما**.

ونرجو منك أن تجيب على كل العبارات بكل صدق، دون ترك أي عبارة وإلا أعتبر المقياس ملغى، كما نؤكد لك أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك بصدق، علما أن المعلومات التي ستدلي بها ستكون سرية ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة والبحث العلمي.

شكرا جزيلا على حسن تعاونك

ونسأل الله أن يجازيك خيرا

ويخفف عنك آلامك.

الرقم	العبـــــارة	أبـدا	قليلا	غالبا	دائما
01	أشكو من التعب و قلة النشاط.				
02	أشعر بصداع وألم في الرأس.				
03	ترهقني الفحوصات الطبية المستمرة.				
04	أشعر بأني لست قادرا على القيام بما أريد.				
05	أشعر بفقدان الأمان والاستقرار النفسي.				
06	أنا غير راضي(ة) عن نفسي.				
07	أعاني من تنميل في الأطراف.				
08	أعاني من مشاكل مادية بسبب تكاليف العلاج.				
09	أشعر بألم شديد عند ايصالي بالآلة أو فصلي عنها أثناء العلاج.				
10	أنزعج من إنقاص الوزن.				
11	أنفعل بسرعة لأتفه الأسباب.				
12	أشعر أن الله يعاقبني على أخطائي.				
13	أتضايق من اعتمادي على الآخرين.				
14	أعاني من آلام في المعدة.				
15	أضطرب عندما تكون هناك زيادة كبيرة عن الوزن القاعدي.				
16	أعاني من الأرق واضطراب في النوم.				
17	أشعر بفقدان الأمل بالبقاء على قيد الحياة.				
18	تضايقني نظرة الآخرين إلي على أنني ضعيف.				
19	أنزعج من ارتباطي بآلة تصفية الدم.				
20	أشعر أن ذاكرتي أصبحت ضعيفة بعد إصابتي بالمرض.				
21	أخاف من حدوث أي خلل في الآلة مما قد يتسبب في عرقلة عملية التصفية.				
22	أشعر بآلام في المفاصل.				
23	يرهقني نظام الحمية الغذائية.				
24	فقدت الثقة بنفسي بعد إصابتي بالمرض.				

25	أقلق من مصاريف العمليات الجراحية التي قد أضطر للخضوع لها.				
26	أشعر أن حياتي قد تحطمت بسبب المرض.				
27	أشعر بالارتجاف.				
28	أعاني من آلام في صدري.				
29	أشعر بالوحدة والانعزال عن الآخرين بعد إصابتي بالمرض.				
30	أشعر أن الناس يراقبونني بعد اصابتي بالمرض.				
31	أنزعج كثيرا عند حدوث أي مضاعفات أثناء عملية التصفية.				
32	أشعر بالغثيان.				
33	أشعر بخوف دائم من توقف الوصلة الشريانية الوريدية عن العمل.				
34	أشعر بالخوف من المستقبل.				
35	أعاني من اضطرابات في الهضم.				
36	أشعر بالعجز عن أداء واجبي المهني.				
37	أنزعج من تأثير العلاج على مظهري.				
38	أخاف أن أفقد دعم أسرتي لي.				
39	أرى نفسي أقل فاعلية من الآخرين.				
40	أشعر بالحزن والاكتئاب.				
41	تأتيني مخاوف غريبة لا أعرف لها سببا.				
42	أشعر بضيق في التنفس.				
43	تأتيني نوبات من التهيج والعصبية.				
44	أنزعج كثيرا عند غياب الطبيب أو الممرضين.				
45	أشعر بأنني أشكل عبء مادي على عائلتي.				
46	أشعر بأن قلبي يخفق بسرعة.				

الملحق رقم (03):



❖ **معلومات عامة عن الفرد:**

الاسم:..... **السن:**.....

الجنس: ذكر( ) أنثى( )

المهنة:..... **الهواية:**.....

الحالة الاجتماعية: أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( ).

المستوى الاقتصادي: جيد ( ) متوسط ( ) ضعيف ( ).

المستوى التعليمي: أمي ( ) ابتدائي ( ) متوسط ( ) ثانوي ( ) جامعي ( ).

مدة الإصابة بالمرض:.....

❖ **العلاقات الشخصية:**

Ψ : كيف هي علاقتك مع أفراد عائلتك؟

Ψ : كيف يتعامل الناس معك وكيف تتعامل معهم؟

Ψ : هل علاقتك جيدة مع الأطباء والممرضين؟

Ψ : كيف هي علاقتك مع المرضى الآخرين؟

Ψ : هل تحب التواصل مع الناس وتكوين علاقات جديدة؟

Ψ : هل يعيقك المرض في ذلك؟

Ψ : هل تغيرت نظرة الناس إليك بعد المرض؟

❖ **تاريخ المرض:**

Ψ : متى أصبت بهذا المرض؟

Ψ : ماهي الأمراض التي أصبت بها في الصغر؟

Ψ : ماهي الأسباب التي أدت إلى إصابتك بهذا المرض؟

Ψ : ماهي الأعراض التي ظهرت عليك أو أحسست بها عند ظهور المرض؟

Ψ : هل طلبت الخدمة الطبية على إثرها أم حتى زادت حالتك سوءا، ولماذا؟

Ψ : ماهي آخر مرة زرت فيها الطبيب قبل الإصابة بهذا المرض؟

Ψ : ماهي مختلف التدخلات الجراحية التي تعرضت لها قبل الإصابة بالمرض؟

- Ψ : كيف أتيت إلى المستشفى؟
- Ψ : ماهي الفحوصات التي خضعت لها عندما أتيت إلى المستشفى؟
- Ψ : بماذا شعرت وأنت تنظر لنتائج الفحص (تحاليل الدم وصور الأشعة)؟
- Ψ : كيف كانت ردة فعلك عندما رأيت آلة الديباليز لأول مرة؟
- Ψ : كيف كانت حالة جسمك قبل عملية التصفية؟
- Ψ : كيف تكون حالة جسمك بعد عملية التصفية؟
- Ψ : كيف تعرف أنك قمت بعملية تصفية جيدة أم رديئة ؟ وإلى ماذا يعود ذلك؟
- Ψ : منذ بداية المرض والعلاج، ماهي الأمراض الأخرى التي أصبحت تعاني منها؟
- Ψ : وهل تعاني من أمراض أخرى مزمنة؟
- Ψ : هل هناك من يعاني من نفس الإصابة في عائلتك؟
- Ψ : هل أنت خاضع لحمية غذائية معينة يجب أن تتبعها؟ وهل أنت مواظب عليها؟
- Ψ : وبالنسبة للماء كيف هي معدلاته؟
- Ψ : هل يوجد لديك متبرع، من هو؟
- Ψ : ولماذا ما زلت تخضع لعملية التصفية؟
- Ψ : هل تقبل كلية شخص متوفى؟

❖ **التعايش مع المرض:**

- Ψ : هل يوجد من يرافقك إلى المستشفى؟
- Ψ : هل تتلقى المساندة من المحيطين بك؟
- Ψ : هل أثر مرضك على حياتك الاجتماعية والمهنية؟
- Ψ : هل حدثت تغيرات في نمط حياتك بعد الإصابة بالمرض؟
- Ψ : كيف تمكنت من تقبل المرض والتعايش معه؟
- Ψ : كيف هي نظرتك لنفسك قبل الإصابة بالمرض وبعد الإصابة به؟
- Ψ : كيف تتوقع نظرة المحيطين بك أو الأشخاص الآخرين إليك؟

❖ **العلاقات الاجتماعية:**

- Ψ : منذ بداية المرض والعلاج هل استطعت الاستمرار بنشاطك الاجتماعي؟
- Ψ : كيف هي علاقتك بالزوج منذ إصابتك بالمرض؟ هل تغيرت معاملته؟ (بالنسبة للزوجة).
- Ψ : كيف هي علاقتك بزوجتك منذ إصابتك بالمرض؟ كيف هي معاملتها؟ (بالنسبة للزوج).
- Ψ : هل هي من تقوم بإعالة أسرتك بعد توقفك عن نشاطك الاجتماعي؟
- Ψ : كيف كانت علاقتك بأسرة زوجك (تك) وكيف أصبحت الآن؟
- Ψ : هل أنت مرتبط بعلاقة زواج؟ (بالنسبة للعزاب).

❖ **النظرة المستقبلية:**

Ψ : هل لديك مشاريع مستقبلية؟

Ψ : هل لديك طموحات في المستقبل؟

Ψ : ماذا تتمنى أن تحققه؟

Ψ : ماهي خصوصيات حياتك الحلمية والعلائقية؟

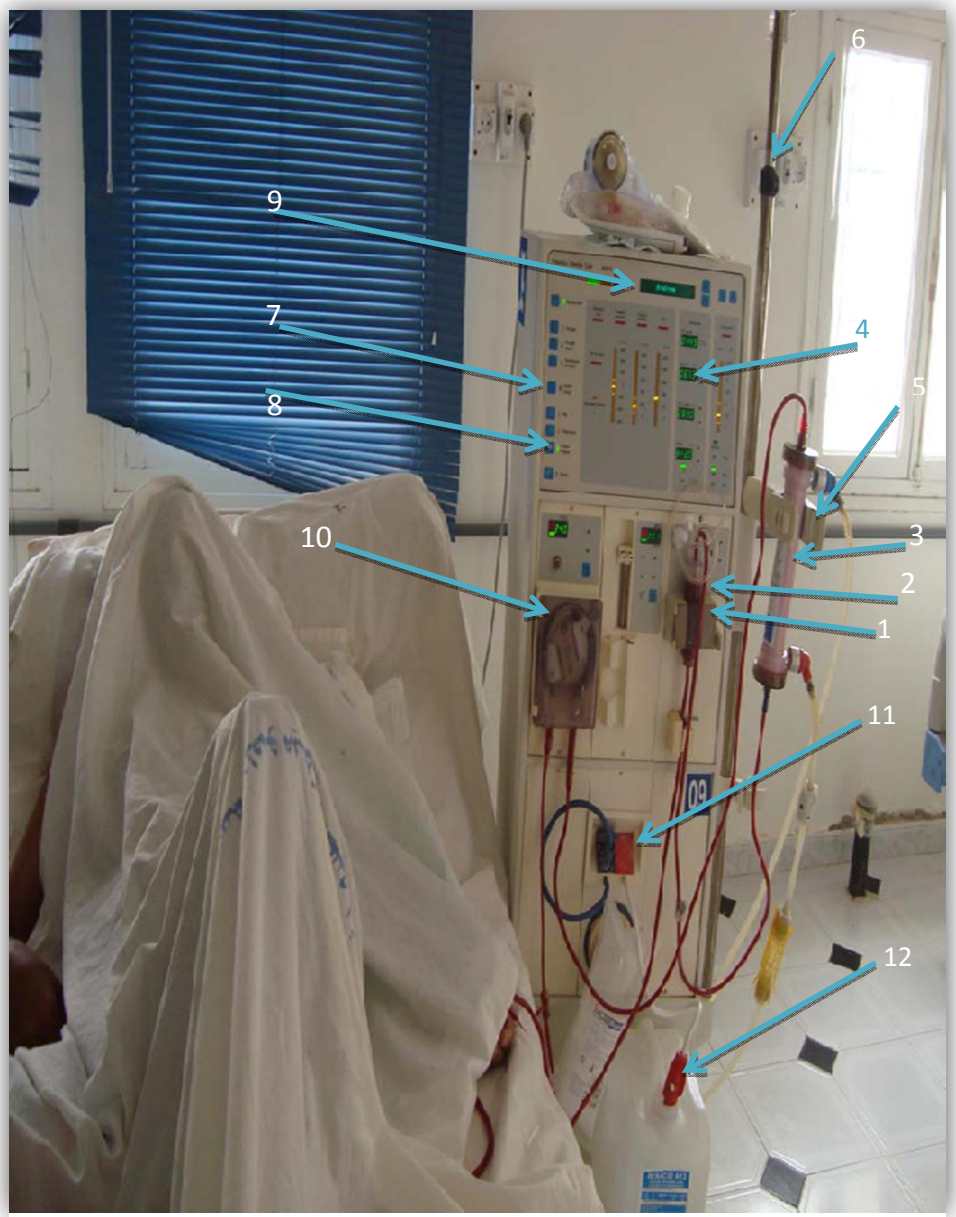
Ψ : كيف ترى المستقبل؟

Ψ : هل تستطيع أن تذكر لنا بعضا من ذكرياتك المفرحة ؟ وكذلك السيئة؟

Ψ : كيف تتصور فقدان الوظيفة الكلوية؟

Ψ : كيف ترى المستقبل؟.

الملحق رقم (04):



صورة من ميدان البحث في مصلحة تصفية الدم بالمدية

آلة تصفية الدم (générateur) موصولة بالمريض

مكونات جهاز تصفية الدم:

1 ـ حامل لطريق الوريدي.
2 ـ مضخة الدم.
3 ـ واصل لديالیزة.
4 ـ الشدة بملل/د.
5 ـ حامل الجهاز.
6 ـ حامل قارورات المصل.
7 ـ أزرار الجهاز.
8 ـ منبه ضوئي.
9 ـ شاشة إعلان المحددات.
10 ـ حامل الطريق الشرياني.
11 ـ واصل(غسل وتعقيم).
12 ـ حامل واصل اتصال.

الملحق رقم (05):



الرقم	خصائص المقياس	النقطة
01	وضوح التعليمة.	
02	وضوح العبارات.	
03	عبارة غير مزدوجة.	
04	العبارات في مستوى المجيب.	
05	استثارة واضحة للسؤال.	
06	مدى علاقة المقياس بالموضوع الذي يقيسه.	
07	بساطة العبارات.	
08	العبارات غير منفية.	
09	مفرداته غير متحيزة.	
10	الوقت المخصص لإجراء المقياس.	
11	سهولة التنقيط والتصحيح.	

الملحق رقم (06):

ETAT DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'HEMODIALYSES DU SECTEUR PUBLIC
ET DES CENTRES DE DIALYSE DU SECTEUR PRIVE
AU NIVEAU DE LA WILAYA DE MEDEA

Centre de dialyse	Nombre de generateur	Nombre de patient pris en charge	Professinnels de santé en activités		
			Médécin spécialiste	Médecin généraliste	Paramédiicaux
Secteur public	96	349	05	17	54
Secteur privé	56	153	04	04	14
Total wilaya	152	502	09	21	68

الملحق رقم (07):

موضوع الدراسة: استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

إسم المؤسسة: كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية جامعة المدية .

إسم الطالبة: فاطمة الزهراء ضيفي.

قائمة الأساتذة المحكمين لمقياسي الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة.

إسم الأستاذ(ة)	الرتبة العلمية	إسم الجامعة	إمضاء الأستاذ(ة)
حمد أوباجي	أ. مساعد رتبة أ	يحي فارس قسم العلوم الاجتماعية	
الطاع زبيدة	أ. محاضر أ	//	
صالحة تلمساني	أ. مساعد أ	//	
سميرة عرداس	أ. مساعدة أ	يحي فارس المدية	
د/ بلبي سعاد	أ. محاضرة (أ)	يحي فارس المدية	
شامي حفيظة	م. مساعدة	يحي فارس المدية	
أ/ باجي سعاد	أ. مساعدة أ	يحي فارس المدية	
سمير بن لكحل	أ. محاضر أ	//	
محمد بن قطاف	أ. محاضر أ	//	
رضا ميرتي	أ. محاضر أ	//	

الملحق رقم (08):

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة العليم العالي و البحث العلمي

جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Docteur Yahia Farès de Médéa

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

رقم:1383/ق ع إ/2014

التاريخ: 2014/12/09

إلى السيد : مدير مصلحة تصفية الدم بحي بزيوش – المدية -

الموضوع : طلب تسهيل مهمة

يشرفني أن أطلب من سيادتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أسمها أسفله والمسجلة بقسم العلوم الاجتماعية ، السنة الثانية ماستر: تخصص علوم التربية إرشاد و توجيه في إطار **بحث ميداني** .

تقبلوا مني سيدي، فائق الشكر والاحترام.

الطالبة المعنية :

1- فاطمة الزهراء ضيفي

رئيس القسم

جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية * كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية * قسم العلوم الاجتماعية

رئيس قسم العلوم الاجتماعية

أ. شتوي الأخضر

الملحق رقم (09):

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Docteur Yahia Farès de Médéa

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

رقم 182..../ق ع ! !/2014

التاريخ: 2014/11/20

إلى السيد : مدير وحدة تصفية الدم عين الذهب - المدية-

الموضوع : طلب تسهيل مهمة

يشرفني أن أطلب من سيادتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكور إسمها أسفله

والمسجلة بقسم العلوم الإجتماعية ، السنة الثانية ماستر - علوم التربية - تخصص: إرشاد و توجيه

وذلك في إطار **بحث ميداني** .

نقبلوا مني سيدي ، فائق الشكر والاحترام .

الطالبة المعنية :

1-ضيفي فاطمة الزهراء

رئيس القسم

رئيس قسم العلوم الاجتماعية

أ . شتوي الأخ