

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس علوم التربية والأرطفونيا
عنوان المذكرة

الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

دراسة ميدانية على عينة من مرضى القصور الكلوي بمستشفى العقيد شعباني بولاية المنيعه

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

تحت إشراف:

دكتورة مزاور نسيمه

إعداد الطلبة:

-بجاز مريم.

-باقي فاطنة

لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة	الرتبة	لقب واسم الاستاذ
رئيسا	غرداية	أستاذة التعليم العالي	د. جمعة أولاد حيمودة
مشرفا	غرداية	أستاذة التعليم العالي	د. مزاور نسيمه
مناقشا	غرداية	أستاذ محاضر أ	د. تشعبت ياسمينه

الموسم الجامعي: 2022 / 2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا ونبينا وشعينا مُحَمَّد رسول الله
وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد.

الحمد لله الذي رزقنا العقل ووهبنا التفكير وحسن التوكل عليه، ورزقنا من العلم
ما لم نكن نعلم، والذي سهل لنا السبيل لإنجاز هذا العمل التواضع.

نتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى:

الأستاذة الدكتورة مزاور نسيمة لقبولها الاشراف على هذه الدراسة والتي لم
تبخل علينا في تقديم النصيحة والتوجيه في طيلة اجراءها من خلال ارشاداتها
القيمة وتوجيهاتها في كل خطوات هذه الدراسة.

كما نتقدم بالشكر إلى كل أساتذة علم النفس عامة وعلم النفس العيادي
خاصة، وكل عمال مصلحة تصفية الدم بمستشفى العقيد مُحَمَّد شعباني بولاية
المنبجة خاصة الأخصائيين النفسانيين العاملين بالمصلحة، ونتقدم أيضا بالشكر
الجزيل الى كل مرضى القصور الكلوي بالمصلحة لتعاونهم معنا متمنين لهم
الشفاء العاجل وفي الأخير نشكر كل من ساعدنا ومد لنا يد العون من قريب
أو بعيد.

مريم وفاقنة

إهداء

الحمد لله وكفى والصلاة على الحبيب لمصطفى واهله اما بعد الحمد لله الذي
وقفنا لثمين هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه ثمرة الجهد والنجاح

بفضله تعالى

الى من تدخر نفسا في تربيتي أُمي الحنونة

الى من تشقت يداه في سبيل رعايتي ابي الصبور الغالي

اطال الله في اعمارهم

اتقدم بكل الشكر الى عائلتي الكريمة التي ساندتني لا تزال من اخوتي واخواتي

وزوجات اخوتي وابناء اخوتي كان لي حافز خلال هذه الفترة لكم كل شكرا

الجزيل الى كل هؤلاء اهدي هذا البحث المتواضع.

مريم

إهداء

الحمد لله السميع العليم ذي العزة والفضل العظيم اشكر الله العالي القدير

الذي أنار لي درب العلم والمعرفة واعانني على اتمام هذا العمل

الى أغلي ما املك في هذه لدنيا الى من كان سبب لوجودي على هذه الارض

الى من وضعت الجنة تحت اقدامها الى التي ارجو قد نلت رضاها امي الغالية

"خديجة" اطال الله عمرها.

الى من ساندي وكان شمعة تحترق لتضيء طريقي لي من أكن له مشاعر

التقدير والاحترام والعرفان ابي "عبد القادر" اطال الله في عمره.

الى سندي ومسندي وقوتي واتكائي اخوتي عادل وهشام وسليم والى كل

عائتي واصدقاء بدون استثناء والى امي الثانية "ام دعاء" لها كل شكر والى كل

الأساتذة الذين قدموا لنا يد المساعدة والى كل هؤلاء اهدي هذا العمل

المتواضع واسأل الله عز وجل ان يوفقنا لما فيه الخير لنا ولي وطننا انه نعم المولى

ونعم النصير.

فاطنة

ملخص الدراسة:

تناولت هذه الدراسة موضوع الألم النفسي وعلاقته بآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد شعباني بولاية المنبعا، فهدفت الى معرفة العلاقة بين الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، و هل يعاني المرضى من الألم النفسي وآليات المواجهة الأكثر استخداما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالمستشفى وأخيرا معرفة الفروق ذات الدلالة الاحصائية في آليات المواجهة تعزى لمتغير الجنس، ولتحقيق ذلك اتبعنا في دراستنا المنهج الوصفي وطبقنا فيها مقياس الألم النفسي DASS21 ومقياس آلية المواجهة لفولكمان ولازاروس على عينة قدرها (30) مريض، ولحساب فرضيات الدراسة استخدمنا الأساليب الإحصائية المتمثلة في معامل الارتباط بيرسون واختبار T لعينتين مستقلتين والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري وذلك عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية SPSS وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

-لا توجد علاقة بين الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجد شعباني بولاية المنبعا.

-لا يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجد شعباني بولاية المنبعا من الألم النفسي.

- تتمثل آلية المواجهة الأكثر استخداما عند مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجد شعباني بولاية المنبعا في آلية إعادة التقييم الإيجابي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لآليات (استراتيجيات) المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجد شعباني بولاية المنبعا تعزى لمتغير الجنس.

الكلمات المفتاحية: الألم النفسي، آليات المواجهة، مرضى القصور الكلوي المزمن.

Abstract:

This study dealt with the subject of psychological pain and its relationship to the coping mechanisms of chronic renal insufficiency patients at Colonel Chaabani Hospital in the state of Al-Manea, so it aimed to know the relationship between psychological pain and coping mechanisms in patients with chronic renal insufficiency, and to know whether patients suffer from psychological pain and also to know the most used coping mechanism in patients with chronic renal insufficiency in the hospital and finally to know the statistically significant differences in the coping mechanisms attributed to the gender variable, and to achieve this we followed in our study the descriptive approach and applied the pain scale Psychological DASS21 and the scale of the coping mechanism of Volkman and Lazarus on a sample of (30) patients, and to calculate the hypotheses of the study we used statistical methods represented in the Pearson correlation coefficient and T test for two independent samples and the arithmetic mean and standard deviation through the statistical package program SPSS and the results of the study reached the following:

- There is no relationship between psychological pain and coping mechanisms in patients with chronic renal insufficiency at Colonel Mohammed chabani Hospital in the Wilaya of Al-Manea.
- Patients with chronic renal insufficiency at Colonel Mohammed chabani Hospital in the state of Al-Manea do not suffer from psychological pain .
- The most commonly used coping mechanism for patients with chronic renal insufficiency at Colonel Mohammed chabani Hospital in the Wilaya of Al-Manea is the mechanism of positive re-evaluation .
- There were no statistically significant differences in coping mechanisms (strategies) among patients with chronic renal insufficiency at Colonel Mohammed chabani Hospital in the Wilaya of Al-Manea due to the gender variable.

Keywords: psychological pain, coping mechanisms, patients with chronic renal insufficiency.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	شكر وعرفان.
ب	إهداء.
د	ملخص الدراسة.
01	مقدمة.
03	الفصل الأول: مدخل عام للدراسة.
04	الإشكالية.
08	1-التساؤلات.
08	2-الفرضيات.
08	3-أهداف الدراسة.
09	4-أهمية الدراسة.
09	5-التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة.
10	6-الدراسات السابقة.
14	7-التعقيب على الدراسات السابقة.
16	الفصل الثاني: الألم النفسي
17	تمهيد.
17	1-تعريف الألم النفسي.
18	2-مكونات الألم النفسي.
18	3-أصناف الألم النفسي.
18	3-1-الضغط النفسي.
23	3-2-الاكتئاب.
29	3-3-القلق.
35	خلاصة الفصل.
37	الفصل الثالث: آليات المواجهة.

37	تمهيد.
37	1- تطور التاريخي لمفهوم لآليات المواجهة.
38	2- تعريف آليات المواجهة.
38	3- أبعاد آليات المواجهة.
42	4- مميزات آليات المواجهة.
42	الفصل الثالث. آليات المواجهة
43	5- التفسيرات النظرية لآليات المواجهة.
45	6- وظائف آليات المواجهة.
46	7- محددات آليات المواجهة.
47	8- فاعلية آليات المواجهة.
48	خلاصة الفصل.
49	الفصل الرابع: القصور الكلوي المزمن.
50	تمهيد.
50	1- تعريف الكلية.
50	2- تركيب الكلية.
51	3- وظائف الكلية.
52	4- تعريف القصور الكلوي المزمن.
53	5- أنواع القصور الكلوي.
53	6- أسباب القصور الكلوي المزمن.
54	7- أعراض الفشل الكلوي.
55	8- الآثار السلبية للقصور الكلوي المزمن.
56	9- تشخيص القصور الكلوي المزمن.
57	10- طرق علاج القصور الكلوي المزمن.
59	خلاصة الفصل.

60	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية
61	تمهيد.
61	1-منهج الدراسة.
62	2-حدود الدراسة.
62	3-الدراسة استطلاعية.
63	4-مجتمع الدراسة.
63	5-عينة الدراسة.
63	6-خصائص عينة الدراسة.
64	7-أداة الدراسة.
67	8-الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
70	9-الأساليب الإحصائية المستعملة في هذه الدراسة.
71	خلاصة الفصل.
72	الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة
73	تمهيد.
73	1-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
75	2-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
76	3-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.
78	4-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
80	5-الاستنتاج العام.
81	6-المقترحات والتوصيات.

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول
71	جدول رقم (01) يوضح وصف العينة الأساسية حسب متغير الجنس
71	جدول رقم (02) يوضح وصف العينة الأساسية حسب متغير السن
73	الجدول رقم (03) يمثل بدائل مقياس استراتيجيات المواجهة ودرجاتها
75	جدول رقم (04) صدق الاتساق الداخلي بين الأبعاد والدرجة الكلية للاستبيان
75	جدول رقم (05) يمثل صدق المقارنة الطرفية لاستبيان الألم النفسي
76	جدول رقم (06) صدق الاتساق الداخلي بين الأبعاد والدرجة الكلية للاستبيان
76	جدول رقم (07) يمثل صدق المقارنة الطرفية لاستبيان استراتيجيات المواجهة
77	الجدول رقم (08): قيم معامل ثبات استبيان الألم النفسي
78	الجدول رقم (09): قيم معامل ثبات آليات المواجهة
81	جدول رقم (10) يوضح نتيجة معامل الارتباط بين الألم النفسي وآليات المواجهة
82	جدول رقم (11): نتائج المتوسطات لاستجابات العينة على أبعاد الألم النفسي
84	جدول رقم (12): نتائج المتوسطات لاستجابات العينة على أبعاد آليات المواجهة
86	جدول رقم (13) يمثل نتيجة اختبارات للفروق في آليات المواجهة وفق متغير الجنس

فهرس الأشكال.

الصفحة	عنوان الشكل
58	شكل رقم (01) يوضح مقطع طولي للكلية

فهرس الملاحق.

الصفحة	عنوان الملحق
100	الملحق رقم (01): مقياس DASS21 للألم النفسي
102	الملحق رقم (02): مقياس آليات المواجهة
105	الملحق رقم (03): مخزجات البرنامج الاحصائي SPSS

مقدمة

مقدمة:

إن حياة الإنسان تتعرض في كثير من الأحيان إلى تهديدات من المحيط، فيصبح الفرد في تفاعل دائم مع هذه الظروف التي يمكن أن تؤثر على حياته الصحية، الجسمية وكذلك النفسية فرغم التقدم الحاصل خاصة في مجال الطب والصحة عموماً إلا أن الفرد لا يزال مهدداً بالأمراض العضوية خاصة الخطيرة منها والمزمنة ومن بين هذه الأمراض نجد القصور الكلوي الذي يمثل مشكلة صحية عالمية بسبب تأثيره على حياة وصحة العديد من الأفراد، فمرض القصور الكلوي المزمن يحتل مشكلة صحية عالمية بسبب تأثيره على صحة الأفراد، فهو مرض قاتل ومعجز، يعمل على التخفيض من القدرات الوظيفية للأفراد، يتطور مع الوقت، تتنوع أعراضه، تزداد خطورته وهذا ما تم تأكيده في منظمة الصحة العالمية والتي أقرت بأن معظم الأمراض المزمنة كالقلب، القصور الكلوي، السكري فهو يؤثر على وظيفتها ويسبب آلاماً نفسية للمصاب، كالضغط النفسي القلق والاكتئاب. (أعبيزي، نسرين، 2022، ص01)، وبدوره يعتبر الألم النفسي على أنه شعور بألم وضيق يمكن أن يكون ناجم عن سبب عضوي، فهو يحدث أيضاً جراء المرور بخسارة أو حدث مؤلم، أو التعرض لسلوك مسيء من الآخرين، وقد ينجم الألم النفسي عن الإصابة باضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب، وقد يكون الألم النفسي شديداً كالألم الجسدي في بعض الحالات إلى درجة تؤثر على حياة الفرد اليومية، بل يمكن أن يؤثر على صحته النفسية والجسدية أيضاً وفي الغالب يؤدي الألم النفسي الشديد إلى حدوث أعراض جسدية في بعض الحالات، وقد يصل الأمر إلى حد التأثير على حياة الفرد اليومية وقدرته على أداء عمله ومهامه؛ مما يشير إلى احتمالية إصابته باضطراب الأعراض الجسدية مثل القصور الكلوي المزمن والذي هو موضوع دراستنا، وبالتالي قد يدفع الألم النفسي صاحبه إلى الانجراف في سلوكيات خطيرة في محاولة للهروب من الشعور بالألم والتقليل من وقعه على النفس، وهنا يمكن أن يستعمل الشخص المصاب بعض الآليات أو استراتيجيات لمواجهة هذا الألم النفسي، والجدير بالذكر أن أي إنسان عندما يحاول مواجهة بعض الأحداث الضاغطة بأساليب متنوعة فإن ذلك يعتمد على خصائصه النفسية، وطبيعة الأحداث ذاتها، فمن الأفراد من يستطيع التعامل الحدث امع بمرونة وروية، ويتحمل الضغط ويتكيف معه، ويحسن إدارته، ومنهم من يتعامل معه على نحو متصلب وسلبي، ويدركه كأنه تهديد وخطر، وهو ما يزيد حدة شعورهم بالضغط النفسي، وقد أكدت دراسات الطب للأمراض المزمنة أن إدراك الفرد لإصابته بمرض مزمن يتطلب إجراء مواءمات نفسية عميقة، وهنا تعد استراتيجيات المواجهة أكثر تأثيراً من غيرها، ومن المعروف أن الاستراتيجيات المرتكزة على المشكلة ترتبط إحصائياً بحالات الإحباط والقلق على نحو من مثيلاتها المرتكزة على المشاعر. (غريب، نزمين، 2014، ص308).

ومن هذا المنطلق تبرز أهمية البحث لدراسة موضوع خاص في علم النفس العيادي هو الألم النفسي وآليات مواجهة الضغوط النفسية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم، ومن خلال ما تطرقنا اليه جاءت دراستنا لتتناول موضوع الألم النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مقسمة الى شقين:

الشق الأول فتضمن الجانب النظري والذي بدوره انقسم الى فصلين، الفصل الأول يتناول مشكلة الدراسة واعتباراتها فتطرقنا الى التساؤلات والفرضيات وأهمية الدراسة وأهدافها مروراً بالتعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة وأخير الدراسات السابقة والتعقيب عليها، أما الفصل الثاني فتضمن متغير الألم النفسي فتطرقنا الى تمهيد ثم تعريف الألم النفسي ومكوناته وأصنافه ثم تطرقنا الى الضغط النفسي ثم الإكتئاب وأخيراً القلق النفسي ثم خلاصة للفصل، أما الفصل الثالث فتضمن متغير آليات المواجهة تطرقنا فيه الى تمهيد التطور التاريخي لمفهوم آليات المواجهة ثم تعريفها وأبعادها وميزاتها ثم تناولنا وظائف آليات المواجهة وأخيراً محدداتها ثم خلاصة للفصل، وثم تطرقنا الى الفصل الرابع والذي تضمن تمهيد ثم تعريف الكلية وتركيبها ووظائفها، ثم تطرقنا الى تعريف القصور الكلوي المزمن ثم انواعه وأسبابه واعراضه ثم تطرقنا الى الآثار السلبية للقصور الكلوي ثم تشخيصه وطرق علاجه وأخيراً خلاصة للفصل.

أما الشق الثاني فتضمن الجانب الميداني، وانقسم بدوره الى فصلين، فصل خامس خاص بإجراءات الدراسة الميدانية تطرقنا فيه الى تمهيد ثم تعريف منهج الدراسة ثم حدود الدراسة والدراسة الاستطلاعية مروراً بمجتمع الدراسة ثم عينة الدراسة وأخيراً التعريف بأداة الدراسة والخصائص السكومترية والأساليب المستعملة في هذه الدراسة وأخيراً خلاصة للفصل، أما الفصل السادس والأخير فتضمن تمهيد ثم عرض ومناقشة نتائج الدراسة واستنتاج عام ومقترحات وقائمة المصادر والمراجع والملاحق، كما احتوت المذكرة على مقدمة للدراسة.

الفصل الأول: مدخل عام للدراسة

1-الإشكالية

2-التساؤلات.

3-الفرضيات.

4-أهمية الدراسة.

5-أهداف الدراسة.

6-التحديد الاجرائي لمصطلحات الدراسة.

7-الدراسات السابقة.

8-التعقيب على الدراسات السابقة.

الإشكالية:

تكاد تقوم معظم الدراسات المعاصرة التي تناولت الضغوط النفسية على فكرة مفادها أن الضغط يسبب المرض وأن ظاهرة تفشي بعض الأمراض في المجتمعات المعاصرة التي تعرف نسبة عالية من الضغوط هو دليل على هذا الترابط فنسبة الذين يراجعون الأطباء بسبب المعاناة الصحية الناتجة عن الضغط تمثل 50 % من كل المرضى، كما تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية في تقاريرها السنوية حول الوضع الصحي في العالم أن الاضطرابات الصحية التي لها صلة بالضغط والظروف البيئية السلبية الأخرى تمثل ما بين 50-80% من كل الأمراض المعروفة (بخلف، 2001، ص15)

غير أن مختلف تلك النتائج النفسية لا تحدث إلا إذا فشل الفرد في التكيف مع المواقف الحياتية التي يواجهها أو استنفاده لكل طاقات التكيف لديه ، أي أن يكون غير قادر على المعالجة الذهنية للأزمات التي يواجهها والتي تكون نتيجة لوضعية خارجية قد تطول أو تقصر أو لحدث خارجي يهدد التنظيم العقلي للفرد ، فالاضطرابات السيكوسوماتية يحدث نتيجة خلل في إدراك الفرد ومعالجته لمختلف عوامل الضغط مما يسبب ضعف المقاومة لديه وعدم قدرته على التحكم في مصدر الضغط ، وعملية الاستمرار في مواجهة المواقف الخطرة ومن بينها المرض تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد فقد لا يكون المرض بالضرورة المسؤول الوحيد عن تلك النتائج إنما تلعب متغيرات أخرى في حياة الفرد دورا في ظهورها. (ساعد، 2019، ص18)

ويشهد عالمنا في الآونة الأخيرة الكثير من التغييرات في الخريطة الصحية للإنسان، فالكثير من الأمراض المزمنة تعصف بالإنسان والتي تجعله عرضة للكثير من الضغوطات النفسية، كالقلق والتوتر، والتي تؤثر بدورها على حياة الإنسان بشكل عام، فليس هناك شيء مزعج ومحبط أكثر من معرفة أنك مريض بمرض من مزمّن كالسكري والسرطان وأمراض القلب والقصور الكلوي. (عباس، 2011، ص10)، فالمصاب بالقصور الكلوي المزمن مثلا يمر بعدد من المراحل النفسية ويمكن إيجازها في الإنكار والعزلة، وتليها مرحلة الغضب والقلق، ويدخل بعدها في مرحلة الاكتئاب أو الاستجابة الاكتئابية، وهي عبارة عن ردة فعل واستجابة لظروف عنيفة ومؤثرة وغالبا ما تكون نتيجة الشدائد المروعة أو المرض، ويظهر الاكتئاب بصفة عابرة حيث لا يدوم طويلا ويزول بزوال الظروف المسببة له إلا في بعض الحالات ولقد بين "فريدلاندر" وآخرون (1992) في دراسة أجروها على المصابين بأمراض جسدية أن الاكتئاب أكثر انتشارا لدى هؤلاء مقارنة بالمجتمع. (Schneider, 2022,p193)

فالتأثير الفردي لهذا المرض له عواقب وخيمة فقد أكدت العديد من الدراسات أن مرض القصور الكلوي المزمن يحدث ألم نفسي لدى المريض، "فعندما يواجه المريض الألم بالتفاؤل والامل في الشفاء تزداد المتانة النفسية ويقوى على تحمل الألم ويضعف الإحساس به. كما وجدت دراسة (رقيق، 2017)، التي هدفت إلى التعرف على الضغط النفسي ونوع استراتيجيات المواجهة أن (71.93%) من المرضى يعانون من ضغط نفسي مرتفع هذا ما يظهر أن مرضى القصور الكلوي المزمن يتميزون بمشاشة نفسية تجعل لديهم القابلية للألم النفسي، وحسب (عواد، 2011) فإن مستويات الضغط يمكن أن يكون لها أعراض يخلفها على المريض من مختلف الجوانب سواء الأعراض الجسدية أو تغيرات في القدرات المعرفية أو حتى العاطفية، مثل فقدان الدافعية، وعدم التركيز، إضافة إلى سرعة الغضب. (البكوش، 2014، ص 33).

ويعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتفها الغموض، فهو في الأساس خبرة سيكولوجية تعتمد درجة الاحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسير ويتميز الألم بدلالاته الجسمية والنفسية، فعند سؤال المريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلق بالمرض والعلاج غالباً ما تكون إجابته الألم كما أن خوفه من عدم التحقق من معاناته يشير لديه شعوراً بالقلق وربما أكثر مما تنبئه الجراحة أو فقدان أحد الأطراف أو حتى الموت. (غالي، عائشة، 2021، ص 04)، ويرى سايبير (2004) بأن الألم هو ظاهرة معقدة، تشير إلى خبرة حسية وانفعالية غير سارة مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن، والألم هو خبرة ذاتية أين تكون المكونات الحسية مرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الانفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية (مرازقة، 2009، ص 24)

ومن هذا كله يعرف الألم النفسي على أنه ظاهرة عصبية نفسية معقدة ذات وجوه متعددة الأبعاد (حسية، عاطفية، معرفية، سلوكية) وقابل لتغيير بواسطة عوامل عديدة منها ماهو متعلق بالفرد عوامل عصبية، فيزيولوجية، نفسانية ومنها ما هو مرتبط بالمحيط عوامل اجتماعية (دورون وبارو، 1996، ص 35)، ولقد تصدى البشر للألم النفسي من خلال الأدوية ولكن مع تزايد أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الاحساس بالألم ومعالجته، أصبح لهذه الأخيرة مكانة مهمة في تدبير الألم النفسي والقدرة على التعامل معه وهي ما يعرف باسم المواجهة coping وقد تكون الاستراتيجيات والآليات المستخدمة للمواجهة فعالة، إذ يتغلب بها الفرد على ما يسببه المرض والألم من صراعات واحباطات، كما قد تحقق هذه الآليات وهو ما يؤدي إلى تفاقم المرتبات السلبية للمرض التي تواجه الفرد. (غالي، عائشة، 2021، ص 04)، فيما اهتم عدد كبير من الدراسات بالعلاقة بين الأمراض السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط النفسية وبعض متغيرات ومصدر الضبط واستراتيجيات المواجهة، ومن أمثلة هذه الدراسات دراسة

رانكور. وساندرمان (1991) ودراسة سلوبر وآخرين (1991) التي أكدت على وجود ارتباط بين ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية واستعمال استراتيجيات مواجهة غير فعالة إزاء المواقف الضاغطة، فمواقف الحياة المختلفة تحمل في طياتها عديد الاستجابات الفردية تتراوح بين الايجابية والسلبية وفق متغيرات عديد تمس شخصية الفرد وأبعاد الموقف، وأساليب المواجهة تندرج ضمن إدراك الفرد لحدود الوضعية المعاشة من جهة ولحدود إمكاناته وقدراته من جهة ثانية، وهو ما يدفع للتساؤل عن مدى تأثير خصائص كل من هذين المكونين على أنماط تعامل المريض في المجتمع المحلي مع مختلف مواقف الحياة، فعادة ما يواجه المصاب بمرض مزمن مثل القصور الكلوي تحديا هاما يتمثل في الاضطرار إلى تغيير تصوره الذاتي وإدماج مفهوم المرض في حياته وإيجاد معنى في مرضه. لذلك فإن الذين يجدون معنا إيجابيا في أمراضهم ويتقبلون التغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية التي تحدث مع المرض المزمن يكونون أكثر توافقا مع مرضهم من غيرهم. (DeLongis et Puterman, 2007, p56)

ففي حالة المرض الجسدي يجب على المريض أن يتعامل مع مختلف مصادر الضغوط المعاشة (الألم والعجز وشروط الاستشفاء والعلاج... الخ)، وفي نفس الوقت عليه أن يحافظ على توازنه الوجداني وصورة مقبولة عن ذاته، مع السهر على عدم فقدان مصادره المالية والحفاظ على علاقات حسنة مع العائلة والبيئة الاجتماعية وهو ما يتطلب آليات مواجهة متنوعة جدا إضافة إلى ذلك فإن نفس الشخص في وضعيات مختلفة يمكنه تبني آليات التكيف المعرفي للحد من التوتر وفي حالات أخرى الاستراتيجيات السلوكية لحل المشكلة ووفقا لدراسة بيرلين وشولر (1987) فإن الآليات المعرفية تكون أكثر تكيفا في الحالات التي يكون فيها الحدث أو الموقف أمرا لا مفر منه المرض الخطير، في حين تكون الاستراتيجيات السلوكية أكثر فعالية خاصة عندما يمكن أن يؤدي مجهود ما إلى تغيير في الوضع فاختيار استراتيجيات المواجهة يعتمد بشكل كبير على خصائص الموقف والموارد الاجتماعية. (شفيق، ساعد، 2019، ص19)

ووفق دراسات عديدة لا سيما ما جاء به لازاروس وفولكمان (1984) فإن الأشخاص الذين ينسبون ما يحدث لهم لأسباب داخلية يمكن السيطرة عليها هم أكثر ميلا لاستخدام آليات المواجهة المركزة على المشكلة مقارنة بالذين ينسبون ما يحدث لهم أسباب خارجية لا يمكنهم السيطرة عليها حيث تتأثر استجابة المريض بعدد من العوامل النفسية والاجتماعية تتمثل أساسا في تصوره للمرض ومقدار التهديد الذي يشكله لحياته ونمط معيشته السابق وفهمه لطبيعة العلاج المناسب لحالته فبالنسبة لمن يصاب بمرض يهدد الحياة فإن سلوكيات التكيف مع المرض والعجز وحل المشكلات وجمع المعلومات ومحاولة تعديل نمط الحياة عبر الالتزام ببرنامج علاجي هي أمثلة للمواجهة التكيفية في

مقابل سلوكيات الانسحاب والاستسلام للمرض والاعتمادية المفرطة وسلوكيات التدمير الذاتي كإدمان الكحول أو الانتحار قد تؤدي إلى شكل من أشكال العجز النفسي الذي يعيق قدرة المريض على العيش لما تبقى من حياته، وقد سعى بعض الباحثين إلى تحديد آليات المواجهة المرتبطة ببعض الأمراض كالقصور الكلوي ومرض القلب والأوعية الدموية والسكري والتهاب المفاصل ونقص المناعة وغيرها. (شفيق، ساعد، 2019، ص19)

تهدف آليات المواجهة إلى الحد من التوتر وحل المشاكل، فعندما يواجه الفرد وضعا مرهقا تحدد تلك المخططات استراتيجيات المواجهة التي ينبغي استخدامها، ويستند اختيار استراتيجيات ما إلى تراكم الخبرات حول خصائص الموقف والاستجابات المتاحة ومدى فعاليتها لمختلف المواقف لذلك فبمجرد تفعيل مخطط مواجهة سيتم تحديد الاستراتيجيات الأكثر تمثيلا للمخطط أو الأكثر فعالية، لذلك فإن اعتقاد المريض بالسيطرة النفسية من المرجح أن يؤدي به إلى مواجهة مشكلات الحياة بشكل مباشر ومحاولة حلها بدل تجنبها، فاستجابات المريض لمختلف المواقف الضاغطة تتداخل فيها اعتقاداته وأفكاره مع خصائص ومطالب الموقف قصد اختيار أسلوب المواجهة الأمثل والأكثر فعالية وهذا التقدير يتأثر بدوره بجملة المعتقدات الشخصية التي تلعب دورا أساسيا في تحديد استجابة الفرد. (شفيق، ساعد، 2019، ص20)، ومع تزايد أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الإحساس بالألم ومعالجته أصبح لاستراتيجيات وآليات التعامل أو إدارة الألم مكانة مهمة التي تسمح لتسيير وتدبير الألم والقدرة على التعامل معه، ومفهوم إدارة الألم أو مركز الضبط هو من المفاهيم الأساسية التي ظهرت حديثا والتي تلعب دورا بارزا في شخصية الفرد وتعزيز سلوكه نحو المثبرات الموجودة في البيئة. ويعد روتر أول من أبرز هذا المفهوم من خلال نظرية التعلم الاجتماعي في منتصف الخمسينات. ويرى أنه إذا أدرك الفرد أن التعزيز الذي يحصل عليه يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة نسبيا فإنه يكون ذا تحكم داخلي أما إذا أدرك الفرد أن التعزيز لا يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة ولكنه يعتمد على بعض العوامل الخارجية كالحظ أو الفرص أو القدر فإنه ذا تحكم خارجي إلى البحث في الارتباطات، وهدفت دراسة تومي وآخرون الإجراءات العلاجية وعزو ضبط الألم، وقد سجل مرضى عيادات الألم نتائج منخفضة في مركز الضبط الداخلي، وكذلك بعد ذوي النفوذ من مركز الضبط مقارنة بالمجموعتين الأخرتين كما كان لمرضى عيادات الألم نتائج مرتفعة لبعدها الحظ من مركز الضبط مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون الألم، ولكن أقل من نتائج مرضى العيادة الطبية والذين يعانون الألم، وقد خلص الباحثون إلى أن عزو التحكم في الألم يتفاوت عبر الإجراءات العلاجية (مرازقة، وليدة، 2009، ص15)، وفي سنة (2009) قامت مرازقة وليدة بدراسة عن العلاقة بين مركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى المرضى المصابين بالسرطان، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين مرضى السرطان في متوسطات أبعاد مركز ضبط وإدارة الألم واستراتيجيات المواجهة تعزي لمتغير

الجنس السن، والحالة الاجتماعية، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية جزئية بين استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال وكل من البعد الداخلي وبعد الحظ لمركز ضبط الألم. (خيرية، عبد الله بكوش 2014، ص 139).

ومن هنا نطرح التساؤلات التالية:

1-التساؤلات:

-هل هناك علاقة بين الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجَّد شعباني بولاية المنيعه؟

-هل يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجَّد شعباني بولاية المنيعه من الألم النفسي؟

-ماهي آليات المواجهة الأكثر استخداما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجَّد شعباني بولاية المنيعه؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجَّد شعباني بولاية المنيعه تعزى لمتغير الجنس؟

2-الفرضيات:

-توجد علاقة بين الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجَّد شعباني بولاية المنيعه.

- يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجَّد شعباني بولاية المنيعه من الألم النفسي.

- تتمثل آليات المواجهة الأكثر استخداما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجَّد شعباني بولاية المنيعه في آلية الهروب والتجنب.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد مُجَّد شعباني بولاية المنيعه تعزى لمتغير الجنس.

3-أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- الكشف عن العلاقة بين الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعبان بولاية المنبعا.

- الكشف عن هل ما إذا يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن الألم ل نفسي.

-الكشف عن آليات المواجهة الأكثر استخداما لدى المريض بالقصور الكلوي المزمن.

-التعرف على مفهوم الألم النفسي وتأثيره في ظهور الأمراض السيكوسوماتية.

4-أهمية الدراسة:

4-1-الأهمية العلمية للدراسة:

تكمّن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في معرفة أهم آليات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى القصور الكلوي واهم ما يمكن القيام به لأجل سلامة هؤلاء المرضى ولأجل تحقيقهم للتكيف مع وضعيتهم، وتكمّن أهمية الدراسة أيضا في تكثيف المتابعة النفسية من طرف الاخصائيين لمرضى القصور الكلوي الذي يعانون من الألم النفسي ومساعدتهم على التخلص من هذه الآلام.

4-2-الأهمية التطبيقية:

تكمّن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في لفت انتباه المختصين في مجال علم النفس العيادي والمختصين في الرعاية الصحية إلى أهمية دراسة الألم النفسي لدى فئة المصابين بالقصور الكلوي المزمن وذلك لإعداد برامج تعزز استخدام آليات المواجهة لديهم وذلك لضمان تكيف فعال ونشط تجاه مرضهم، وتبرز أيضا الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في أن هذه الشريحة تعاني من ضغوطات نفسية كبيرة لما للمرض من مضاعفات تجعلهم يتبنون آليات مختلفة لمواجهة هذه الضغوط.

5-التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

5-1-الألم النفسي: يعرف إجرائيا أنه حالة انفعالية غير مريحة تظهر في شكل ضغط، قلق واكتئاب، ومستوى الألم النفسي هو الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة على مقياس (DASS 21).

5-2-آليات (استراتيجيات المواجهة): تعرف إجرائيا بأنها جميع النشاطات والآليات الميكانيزمات التي يستعملها مرضى القصور الكلوي المزمن للتكيف مع الوضعيات الضاغطة ويعبر عنها من خلال الدرجة التي يتحصلون عليها في مقياس استراتيجيات المواجهة ل لازاروس وفولكمان.

6-الدراسات السابقة:

6-1-الدراسات السابقة حول متغير الألم النفسي:

الدراسة الأولى: دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشاللق (2016)، بعنوان الألم النفسي لدى مرضى السرطان، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان ومعرفة الفروق في مستوياته وفقا لمتغير الجنس والسن ونوع العلاج، وتم استخدام المنهج الوصفي وتطبيق مقياس الاكتئاب، القلق، الضغط (DASS21). واشتملت العينة على (230) مريضا من الجنسين (60) ذكرا و(170) انثى تراوحت أعمارهم ما بين (18-80) سنة تم اختيار العينة بطريقة قصدية، حيث توصلت الدراسة:

- إلى أن وجود الاكتئاب والقلق منخفض والضغط متوسط لديهم، وأن هناك فروقا في مستوى الاكتئاب، القلق، الضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الاناث مقارنة بالذكور، ووجودها في مستوى الضغط بالنسبة للذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن. (جهاد، نادية، 2016، ص309)

الدراسة الثانية: دراسة جهاد براهيمية (2018) تحت عنوان الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان، دراسة ميدانية ببعض مراكز مكافحة السرطان بالجزائر، هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن العلاقة بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى المرضى المراجعين لمؤسسات مكافحة السرطان، ومعرفة الفروق في مستوى الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس السن نوع العلاج ومدة الإصابة وعمما إذا كان مناخ الرعاية يختلف وفقا لمتغير مؤسسة العلاج والمستوى التعليمي للمرضى، من أجل تحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي وتطبيق مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21) واستبيان مناخ الرعاية الصحية مرفق بتقنية الملاحظة والمقابلة على عينة مكون من (230) مريض ومريضة بمركز مكافحة السرطان لكل من ولاية ورقلة وعنابة. وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

-عدم وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى مرضى السرطان، مع وجود فروق دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور. كما اتضح وجودها أيضا في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي. (براهيمية، جهاد 2018، ص 04)

الدراسة الثالثة: دراسة أعبيزي نسرين وآخرون (2022) تحت عنوان الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى

القصور الكلوي المزمن، دراسة ميدانية بمستشفى قالمه، هدفت هذه الدراسة التعرف على مستوى الألم النفسي مرضى القصور الكلوي عن طريق استعمال مقياس الألم النفسي، وكذا مظاهر الألم النفسي في اسقاطات مرضى القصور الكلوي على اختبار تفهم الموضوع TAT، وكذا الانفعالات السلبية التي تظهر لدى هؤلاء المرضى، وذلك في المصلحة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة، اين طبقت الدراسة على (3) حالات ذكرين واثني مصابين بالقصور الكلوي منذ أكثر من سنة ولا تتجاوز مدة اصابتهم 5 سنوات، حيث توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- مرضى القصور الكلوي يعانون من ألم نفسي واضح وهذا يظهر في مقياس الألم النفسي، -تظهر العديد من الانفعالات السلبية لدى مرضى القصور الكلوي في اسقاطاتهم على اختبار TAT (القلق، العدوانية، الحزن، السوداوية) (أعبيزي، وآخرون، 2022، ص 121)

الدراسة الرابعة: دراسة خولة حمادي ونسيمة مزاور (2022) بعنوان الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب

مرض السكري، دراسة عيادية لحالتين بمستشفى آفلو ولاية الاغواط، هدفت الدراسة الى معرفة إن كان يعاني مبتوري الاطراف بسبب السكري من الألم النفسي والمتمثل في الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)، حيث شملت العينة حالتين من مبتوري الاطراف السفلية، وبالاعتماد على المقابلة العيادية النصف الموجهة ومقياس الألم النفسي الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي(DASS21) وبعد تطبيق المقياس اظهرت النتائج الى أن:

-يعاني مبتوري الاطراف بسبب السكري من الألم النفسي.

-يعاني مبتوري الاطراف بسبب السكري من الاكتئاب.

-يعاني مبتوري الاطراف بسبب السكري من القلق.

-يعاني مبتوري الاطراف بسبب السكري من الضغط النفسي. (حمادي، خولة، مزاور، نسيمة، 2022، ص556)

6-2-الدارسات السابقة حول متغير آليات (استراتيجيات) المواجهة:

الدراسة الاولى: دراسة عبد الله بن حميد السهلي (2010) بعنوان أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المتزدين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى. على عينة من (210) فردا موزعين إلى مجموعتين: المجموعة الأولى من المرضى وعددهم (140) فردا، المجموعة الثانية من غير المرضى وعددهم (70) فردا واستخدم الباحث الأساليب الإحصائية اختبار ت " للفروق والمتوسط والانحراف المعياري والتكرارات لمعرفة أكثر الأساليب استخداما وهدفت الدراسة إلى التعرف على أساليب مواجهة الضغوط لدى مرضى الاكتئاب ومرضى القلق بمستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث في أساليب مواجهة الضغوط وللكشف عن ذلك قام باستخدام مقياس أساليب مواجهة الضغوط، وكانت النتائج كالتالي:

-أظهرت الدراسة أن هناك فروقا بين المجموعتين عند المستوى (0.05) وأظهرت أن المرضى أكثر ميلا لاستخدام أساليب السلبية عند مواجهة ضغوطهم مع فروق ذات دلالة بين مجموعة الذكور والإناث في الاستجابة لمواجهة الضغوط لصالح مجموعة الإناث، كما أظهرت أيضا وجود فروق بين مرضى القلق ومرضى الاكتئاب فيما يتعلق بالاستجابة للضغوط لصالح مرضى القلق وأن أسلوب التدين كان في مقدمة أساليب المواجهة التي يعتمد عليها المرضى وغير المرضى. (ساعد، شفيق، 2019، ص27)

الدراسة الثانية: دراسة نزمين غريب (2014) بعنوان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري والتعرف إلى استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعاً للنمط وتبعاً لجنس المريض، أجريت على عينة قوامها (345) مريض سكري منهم (95) مريض سكري نمط أول و (250) مريض سكري نمط ثاني، وقد استخدمت الباحثة لهذا الغرض استبانة للضغوط النفسية (من إعداد الباحثة)، واستبانة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، وقد أظهرت النتائج:

- أن المصابون بالسكري يتعرضون لضغوط متعلقة بالعلاج بالمرتبة الأولى، ثم الضغوط الجسدية، يليه الضغوط النفسية، وثم المالية، ويليه الضغوط الأسرية، وأخيراً الضغوط الاجتماعية، كما وجد أن الاستراتيجيات المستخدمة من قبل مرضى السكري من النمط الأول هي الاستراتيجيات السلبية، بينما استخدم مرضى السكري من النمط الثاني الاستراتيجيات الإيجابية في مواجهة الضغوط النفسية. (غريب، نزمين، 2014، ص305)

الدراسة الثالثة: دراسة أمل سليمان تركي العنزي (2014) بعنوان أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفس جسمية "السيكوسوماتية"، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن نوعية ضغوط الحياة لدى المصابات السيكوسوماتية مقارنة بالصحيحات الكشف عن أساليب مواجهة الضغوط لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بالصحيحات، وكانت الدراسة على عينة مكونة من (120) امرأة أعمارهن بين (20) و (45) سنة مقسمات إلى مجموعتين: المجموعة الأولى (60) امرأة من المصابات بالاضطرابات سيكوسوماتية وتم تشخيصهن بأنهن يعانين من اضطرابات سيكوسوماتية من قبل الأطباء ووفقاً للمحكات الشخصية DSMIV .

المجموعة الثانية مكونة من (60) امرأة من الصحيحات وقد تم اختيارهن بطريقة مكافئة للمجموعة الأولى وقد تم تطبيق مقياس أساليب مواجهة الضغوط واستبيان ضغوط الحياة ومقياس الطمأنينة النفسية ومن ثم تم التحقق من صدق وثبات الأدوات على أفراد عينة الدراسة وكذا اختبار "ت" لمعالجة فروق الدراسة والكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين، وجاءت النتائج كما يلي:

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والصحيحات الدرجة الكلية لاستبيان ضغوط أحداث الحياة، ووجود فروق بين متوسط درجات المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية ومتوسط درجات الصحيحات في المصادر التالية الصحية المنزلية والحياة الأسرية والزواج والأحداث الشخصية لصالح المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية في حين لم تظهر فروق بين المجموعتين في المصادر التالية العمل، الدراسة والناحية المالية والوالدية. لم تظهر فروق بين المصابات والصحيحات في الدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط. (شفيق، ساعد، 2019، ص28)

الدراسة الرابعة: دراسة شفيق ساعد (2019) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية، دراسة على أربع مجموعات من المرضى المترددین على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة، هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المترددین على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة من المصابين بأمراض سيكوسوماتية ، ثم بحث العلاقة الارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومختلف استراتيجيات المواجهة والكشف عن وجود فروق في كلا المتغيرين تعزى إلى نوع ومدة المرض والجنس والسن، وقد تكونت عينة الدراسة من (200) مريض مقسمين بواقع (50) مريضا على أربعة مجموعات مرضية هي القلب والأوعية الدموية ، السكري القرحة المعدية والهضمية والربو، استند البحث على دراسة استطلاعية هدفت إلى تمييز خصوصيات المرضى المراجعين للمؤسسات الاستشفائية وطبيعة

الشكاوى السيكوسوماتية التي يديها هؤلاء ، وذلك من خلال مقياس إدراك الضغط للفنستين وآخرين وقائمة كورنيل للنواحي السيكوسوماتية فيما تمثلت أدوات الدراسة الأساسية في مقياسي مواجهة المشكلات المعاشة (COPE) الذي أعده كارفر، شايرووينتروب (1989) ومصدر الضبط الصحي (MHLC) إعداد بربرا وكينيث والستون، وكشفت النتائج عن:

- استخدام المرضى بدرجات متفاوتة لمجموعة متنوعة من استراتيجيات مواجهة الضغوط تمثلت بدرجة أولى في الانسحاب السلوكي ثم التقبل وفي مستوى ثان استراتيجيات التكيف الروحاني وضبط النفس والبحث عن الدعم الاجتماعي الوسيلى، بالنسبة للفروق بين مجموعتي الذكور والاناث فلم تكن دالة إحصائيا في كل استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي. (شفيق، ساعد، 2019، ص02)

7-التعقيب على الدراسات السابقة:

7-1- من حيث الموضوع: اختلفت جل الدراسات من حيث مواضيعها، فانقسمت الى قسمين على حسب متغيرات الدراسة، فبالنسبة لمتغير الألم النفسي جاءت دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشللق (2016)، بعنوان الألم النفسي لدى مرضى السرطان ودراسة جهاد براهيمية (2018) تحت عنوان الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان ودراسة أعبيزي نسرين واخرون (2022) تحت عنوان الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، ودراسة خولة حمادي ونسيمة مزاور (2022) بعنوان الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب مرض السكري، وبالنسبة لمتغير آليات (استراتيجيات) المواجهة مثل دراسة عبد الله بن حميد السهلي (2010) بعنوان أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى، ودراسة نزمين غريب (2014) بعنوان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري ودراسة أمل سليمان تركي العنزي (2014) بعنوان أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفس جسمية "السيكوسوماتية ودراسة شفيق ساعد (2019) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية.

أما دراستنا الحالية فكانت تحت عنوان الألم النفسي وعلاقته بآليات (استراتيجيات) المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنية.

7-2- من حيث الهدف: اختلفت جل الدراسات من حيث هدفها، فانقسمت الى قسمين على حسب متغيرات الدراسة، فبالنسبة لمتغير الألم النفسي فهذفت دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشاللق (2016) إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان ومعرفة الفروق في مستوياته وفقاً لمتغير الجنس والسن، وهدفت دراسة جهاد براهيمية (2018) إلى البحث عن العلاقة بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى المرضى المراجعين لمؤسسات مكافحة السرطان، وهدفت دراسة أعبيزي نسرین واخرون (2022) الى التعرف على مستوى الألم النفسي مرضى القصور الكلوي، وهدفت دراسة الى معرفة إن كان يعاني مبتوري الاطراف بسبب السكري من الألم النفسي والمتمثل في الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)، وبالنسبة لمتغير آليات (استراتيجيات) المواجهة فهذفت دراسة عبد الله بن حميد السهلي (2010) إلى التعرف على أساليب مواجهة الضغوط لدى مرضى الاكتئاب ومرضى القلق بمستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث في أساليب مواجهة الضغوط وللكشف، وهدفت دراسة نزمين غريب (2014) إلى الكشف عن مجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري والتعرف إلى استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعاً للنمط وتبعاً لجنس المريض، وهدفت دراسة أمل سليمان تركي العنزي (2014) إلى الكشف عن نوعية ضغوط الحياة لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بالصحيحات والكشف عن أساليب مواجهة الضغوط لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بالصحيحات، وهدفت دراسة شفيق ساعد (2019) الى الكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المترددین على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة من المصابين بأمراض سيكوسوماتية.

أما دراستنا الحالية فهذفت الى معرفة العلاقة بين الألم النفسي وآليات (استراتيجيات) المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ومعرفة الفروق الفردية في الألم النفسي وآليات (استراتيجيات) المواجهة حسب متغيرات السن والجنس.

7-3- من حيث العينة: اختلفت الدراسات السابقة من حيث اختيار العينة، فكانت عينتهم من فئة مرضى القصور الكلوي المزمن مثل دراسة أعبيزي نسرین واخرون (2022) و: دراسة شفيق ساعد (2019) ودراسة أمل سليمان تركي العنزي (2014) أما عينة مرضى السرطان كدراسة دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشاللق (2016)، ودراسة جهاد براهيمية (2018) وبالنسبة لعينة مرضى السكري مثل دراسة خولة حمادي ونسيمة مزاور (2022) ودراسة عبد الله بن حميد السهلي (2010) ودراسة نزمين غريب (2014).

أما دراستنا الحالية فكانت عينتها مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنية.

7-4- من حيث أدوات ومنهج الدراسة: اختلفت كل الدراسات في اتباع نفس المنهج فمنهم من تبعت المنهج الوصفي مثل دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشاللق (2016)، و: دراسة جهاد براهيمية (2018) ودراسة عبد الله بن

حميد السهلي (2010) ودراسة نرمين غريب (2014) ودراسة أمل سليمان تركي العنزي (2014) ودراسة شفيق ساعد (2019)، وبالنسبة للمنهج العيادي مثل دراسة أعبيزي نسرين واخرون (2022) ودراسة خولة حمادي ونسيمة مزاور (2022).

أما دراستنا الحالية فاتبعت المنهج الوصفي، واستعملنا أيضا الاستبيان للبحث عن العلاقة بين الألم النفسي وآليات (استراتيجيات) المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنبعا.

الفصل الثاني: الألم النفسي

تمهيد:

1- تعريف الألم النفسي.

2- مكونات الألم النفسي.

3- أصناف الألم النفسي.

3-1- الضغط النفسي.

3-2- الاكتئاب.

3-3- القلق.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعتبر الألم النفسي من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض، فهو في الأساس خبرة سيكولوجية تعتمد درجة الاحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسير ويتميز الألم بدلالاته الجسمية والنفسية، فعند سؤال المريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلق بالمرض والعلاج غالبا ما تكون إجابته الألم كما أن خوفه من عدم التحقق من معاناته يشير لديه شعورا بالقلق وربما أكثر مما تنبئه الجراحة أو فقدان أحد الأطراف أو حتى الموت، ويتضمن هذا الفصل تعريف الألم النفسي ومكوناته واصنافه وطرق علاجه.

1-تعريف الألم النفسي:

هناك عدة تعريفات نذكر منها:

الألم النفسي حسب الجمعية العالمية لدراسة الألم هو خبرة مزعجة من الاحساس والمشاعر ترتبط بتضرر فعلي أو ممكن للأنسجة أو يتم وصفه بمفاهيم مثل هذا التضرر. (رضوان، 2016، ص411)

يرى صادق (1984): على أنه هو خبرة نفسية وتجربة سيكولوجية تشتمل على الاحساس بالمعاناة وترتبط بمتاعب الجسد وعذابه. (صادق، 1984، ص29)

ويرى (اندرسون 1999) الألم النفسي على أنه ظاهرة بشرية بالغة التعقيد، لا تخلو الحياة منها، ومع ذلك تبقى لغزا محيرا في حقل التعامل مع الأحياء من العلماء.

ويمكن تعريف الألم النفسي على أنه مجموعة من الأحاسيس التي تنعكس سلبا على الفرد موضع الألم في المجالات النفسية والفيولوجية والاجتماعية. (محمود وآخرون، ب س، ص06)

يعرف الألم النفسي على أنه ظاهرة عصبية نفسية معقدة ذات وجوه متعددة الأبعاد (حسية، عاطفية، معرفية، سلوكية) وقابل لتغيير بواسطة عوامل عديدة منها ماهو متعلق بالفرد عوامل عصبية، فيزيولوجية، نفسانية " ومنها ما هو مرتبط بالمحيط عوامل اجتماعية (دورون وبارو، 1996، ص35)

ويرى سايبير (2004) بأن الألم هو ظاهرة معقدة، تشير إلى خبرة حسية وانفعالية غير سارة مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن، والألم هو خبرة ذاتية أين تكون المكونات الحسية مرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الانفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية (مرازقة، 2009، ص24)،

في حين يعرفه ميرسكي 1986 بأنه خبرة مرتبطة بإصابة جسدية يعبر عنها بأسلوب نفسي (مثل الإحساس بالضيق، البؤس، الحزن، عدم الارتياح والتعاسة فالألم شعور فردي يختلف كثيرا من شخص لأخر، إذ تتداخل فيه عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية فتحدد مستوى وردة الفعل عليه، فهو لم يعد مجرد عرض لمرض بل مرض في حد ذاته (حدان، 2014، ص ص 49-50).

2- مكونات الألم النفسي:

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

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

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

2-4- السلوكية: مجموعة من المظاهر اللفظية وغير اللفظية الجسدية والبنائية العصبية والنفسية الحركية التي يمكن ملاحظتها كرد فعل للألم. يوفر التواصل مع من حولهم التعلم المسبق، اعتمادا على الأسرة والبيئة العرقية الثقافية من المرجح أو تؤدي المعايير الاجتماعية المتعلقة بالعمر والجنس إلى تعديل سلوك الفرد، مثل أي نظام اتصال، تتدخل ردود أفعال المحيط مع سلوك المريض المؤلم وتساهم في صيانتته (جيار، 2021، ص 17)

3- أصناف الألم النفسي:

3-1- الضغط النفسي:

3-1-1- تعريف الضغط النفسي:

يعرف الضغط النفسي بأنه استجابة تكيفية تحدثها الفروق الفردية بين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها، لهذا فهي تنتج عن أي حدث بيئي أو موقف أو حادثة، وتحتاج إلى مزيد من الجهد النفسي والجسدي الفيزيائي للفرد، أن هذا التعريف يركز على دور الظروف البيئية كسبب في أحداث الضغط، وهذه الظروف هي ما يطلق عليه الضغوط (عبيد، 2008، ص 20).

إنه مجموع المصادر الداخلية والخارجية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف قدرته على أحداث الاستجابة المناسبة للموقف، فهو يعتبر نتيجة لتفاعل الفرد بالبيئة حيث ينشأ عندما يقدر الفرد الوضعية بأنها مهددة، وتتجاوز موارده الشخصية وامكانياته، وأنه لا يملك استجابة مواجهة ملائمة وفاعلة مباشرة عندها يختبر تغيرات فيزيولوجية وانفعالات وتغيرات في الأنماط السلوكية التي تهدد صحته. (واكلي، 2014، ص 293).

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

إن أي موقف أو حالة وجدانية تتدخل في الأمن والسلامة مثل: الإحباط -القلق -الخوف - الغضب... تمثل شكلا من أشكال الضغط النفسي، التي يجب أن يواجهها الفرد ويتعامل معها. وتعلم مواجهة هذه المواقف هي خطوات هامة نحو التكيف الشخصي. (الميلادي، 2014، ص 168)

3-1-2- أعراض الضغط النفسي:

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

-الأعراض الجسدية: في ردة فعل الضغط العادية يخفق القلب بقوة وبسرعة، تشنج العضلات، تزداد سرعة التنفس ويحف الحلق، تصيب العرق والاحساس باضطراب في المعدة. تغيرات في القدرات المعرفية مثل فقدان الدافعية وعدم التركيز، والاختفاق في انجاز المهام المطلوبة، والسبب أن العقل يستخدم العديد من الموارد، للتعامل مع موقف الضغط، ولا يبقى الكثير للأنشطة اليومية، وهناك سوء الفهم، والتشويش بالعمليات المعرفية مثل التنظيم والتخطيط والتفكير بشكل موضوعي، وضعف + حل المشكلات، خصوصا في الأزمات والاشفاق على الذات، وفقدان الأمل، وتقييم ذات منخفض، والتهرب من المثيرات أو الحالات المسببة للضغط. (عواد، 2011، ص 19)

-الأعراض العاطفية: من الشائع أن يشعر من يتعرض لضغوط بالعصبية، القلق، التوتر، سرعة الغضب، الانفعال، عدم الراحة أو الإثارة ومن جهة أخرى قد يجد بعض الأفراد متباطئين محبطين، حزينين أو كئيبين. الأعراض السلوكية عند شعور الفرد بالضغط فانه يحول التخلص منه القيام بسلوكيات مثل هز الركبة فضم الاظافر، الإكراه على الأكل التدخين التكلم بصوت عال القاء الملامة على الغير وغيرها. (الجويعي، 2017، ص 256).

3-1-3- أنواع الضغوط النفسية:

لقد تنوعت الضغوط النفسية وتعددت بتعدد تصنيفاتها وهي كما يلي:

-**الضغوط الإيجابية:** وهذا النوع من الضغوط يدفع للإنجاز، وينمي الثقة بالنفس، ويدفع الأفراد إلى سرعة إنجاز الأعمال، ويكونون متارين عقليا وجسميا.

-**الضغوط السلبية:** ويقصد بها الضغوط التي تنطوي على أحداث سلبية مهددة ومؤذية للفرد.

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

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

3-1-4- الاتجاهات النظرية في تفسير الضغط النفسي:

3-1-4-1- نظرية والتر كانون:

أو ما يسمى بنظرية المواجهة والهروب: 1871-1945 تعد هذه النظريات من أوائل النظريات التي اعتمدت على النواحي الفسيولوجية في تفسير الضغوط النفسية، وذلك من خلال دراسة الكيفية التي يستجيب بها كل من الإنسان والحيوان للتهديدات الخارجية. (سلطان، ابتسام، 2009، ص83)

فقد ركز هذا العالم في أبحاثه على الاستجابة الفسيولوجية للعضوية إزاء مثير ضاغط، وعرفه برد فعل في حالة الطوارئ، حيث قام بتحليل الأعراض الجسدية التي تظهر أثناء المواجهة أو التصدي للخطر. (J, Suvendsen, 2004,P 19)

ويلح "كانون" على العلاقة المتبادلة بين متغير فسيولوجي وثابتة نفسية، ومن أجل تخطي الموقف الضغط وحصر ردة فعل الفرد في موقفين إما:

-الهروب وبالتالي إنتكاس النشاط السمبثاوي "الودي".

-المواجهة: تهيج نظير السمبثاوي "الغير ودي". (Jean Benjamin Stora, 1993,P80)

وفي كلتا الحالتين تظهر نظير الغدة النخامية Hypophysis الكورتيكوتروبين ويجعل بهذا محيط الكظر يقوم بطرح الستيرويدات القشرية والإيبينفرين" والتي يطلق عليها هرمونات الضغط، وتنشط آلية تخثر الدم، وتتسارع ضربات القلب ويرتفع ضغط الدم ويطرح الكبد السكر من أجل الإمداد بالطاقة، وبهذا يتحول الجسم إلى حالة من التأهب من أجل التعامل، مع الخطر. (سامر، جميل، 2002، ص 146)

ويرى كانون أن استجابة الكر والفر من الناحية المبدئية في استجابة تكيفية لأنها تجعل العضوية قادرة على تقديم استجابة سريعة عند تعرضها للتهديد، ومن جهة أخرى اكتشف أن الضغط النفسي قد يسبب الأذى للعضوية، لأنه يعطل الوظائف الإنفعالية والسيكولوجية وهذا ما يمهد لظهور اضطرابات سيكوسوماتية. (شيلي، تايلور، 2008، ص 345)

3-1-4-2- نظرية التحليل النفسي:

لقد اهتم المحللون النفسانيون بالاضطرابات السيكولوجية وقدموا نظريتهم في التحليل النفسي التي ركزت على مراحل النمو لتقدم تغيرات لكل اضطراب من الاضطرابات السيكوسوماتية وقدم سنة 1950 عدة بحوث في هذا المجال ويرى بأن التوترات والشدائد في نظام واحد لها نتائج وعواقب مرضية تعود إلى النظم والأجهزة الأخرى في الجسم.

وحسب اكسندر فإن القلق والخوف اللذين يحدثان نتيجة صراعات حادة في حياة الإنسان يمكن أن يعبر عنها ليس فقط عن طريق مشاعر ذاتية، بل عن طريق تعبيرات في العمليات الفيزيولوجية وعندما تكون استجابة الجسم لمصادر توالد الضغط غير مناسبة فيمكن قد تظهر كل العمليات التي يمكنها أن تشمل عن عدد الكريات الحمراء داخل الجسم وزيادة إفراز الأدرينالين وكذلك زيادة نسبة السكر في الدم. (كشروود، عمار، 1995، ص 314)

3-1-4-3- النظرية السلوكية:

تقوم على منهج أو طريقة التعلم وفق المنهج السلوكي، بحيث لكل استجابة مشير، والعلاقة بين السلوك والمثير، إما إيجابية أو سلبية. (الغري، أحمد نايل، 1992، ص 68)

وترى أن الاضطراب السيكوسوماتي هو نتيجة لارتباط سابق بين الموقف الانفعالي الضاغط، واستجابة عضو خاص، وإذ تكرر هذا الموقف الضاغط بدرجة شديدة، يظهر الخلل الوظيفي المرتبط بالاستجابة التي لها علاقة

بالموقف الضاغط، وفي أواخر الستينيات صارت هذه النظرية تؤمن بإمكانية التحكم في استجابات الجهاز العصبي المستقل بواسطة وسائل الإشارات الفعالة، وهكذا أخذ أصحاب هذه النظرية في استخدام مبدأ التدعيم، والتغذية الرجعية في عملية تفسير تأثير العوامل السيكولوجية على الاضطرابات الجسمية. (لوكيا، الهاشمي، 2006 ص 47)

3-1-4-4- نظرية تناذر التكيف:

ويعتبر الطبيب الكندي هانز سيلي " أول من تكلم عن تناذر التكيف، وقد شرح في كتابه ضغوط الحياة، الذي ألفه سنة 1956 والذي تحدث فيه عن جملة من الأعراض للتكيف وهي مجموعة من الاعراض والتغيرات التي تحدث عندما يتعرض الكائن الحي إلى ضغوط شديدة، من أجل تحقيق نوع من التوافق بين الكائن والبيئة الضاغطة. (العسيري، عبد الرحمان، 1992، ص 31)

3-1-5-1- علاج الضغط النفسي: توجد عدة علاجات نذكر منها:

3-1-5-1- الاسترخاء: كلمة الاسترخاء تعني حسب "جوزيف" كينيدي " استعمال التنا الإنسانية للوصول بكفاءتنا ومهارتنا إلى أقصى الحدود، ويتمثل دور الاسترخاء في إيقاف كل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر للوصول بالفرد إلى حالة من الهدوء وتطوير الصحة النفسية. (الحجار، حمدي، 2005، ص 105)

ولقد بينت "هيربيرت بيشون" طريقة الاسترخاء وذلك باتباع الخطوات الآتية:

- استرخ، واجلس في محيط هادئ بعيون مغلقة وبوضعية مريحة. - قم بإرخاء كل عضلاتك بصورة صعودية، حيث تبدأ بقدميك منتهيا بالجبين.

- تنفس بشكل طبيعي، ودون جهد من الأنف وكرر عند الزفير المقطع. - ركز على إيقاع نفسك والتكرار الصامت.

- استمر بين 10 إلى 20 دقيقة. (سامر، جميل رضوان، 2002، ص 155)

3-1-5-2- الدعم الاجتماعي: أو ما يعرف بالمساندة الاجتماعية" وهي الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين شعر الفرد نحوهم بالحب والاهتمام والاحترام، ويمتلكون جزء من دائرة علاقاته الاجتماعية ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة، مثل: الوالدين، الأقرباء، أو الذين يرتبط معهم بعلاقات اجتماعية. (شيلي، تايلور، 2008، ص 200)

وتكون هذه المساندة الاجتماعية على شكل:

- مساعدة مادية: تقديم خدمات هدايا.

- مساعدة عاطفية: معرفة شخص نثق به نتقاسم معه همومنا في جو من التفاهم. ويذهب " كيتروناوراسيل 1990 إلى أن المساندة الاجتماعية أتاحت علاقات اجتماعية مرضية، تتميز بالحب والود والثقة، وتعمل كمصدات ضد التأثير بضغطات الحياة على الصحة النفسية والجسمية. (فايد، حسين علي، 2005، ص 221)

3-2-الاكتئاب:

3-2-1-تعريف الاكتئاب:

يعرف الاكتئاب على أنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبّر عن شيء مفقود، وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (السامرائي، 2007، ص 83).

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

وقد عرف حسب الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) بأنه حالة عاطفية سلبية تتراوح ما بين التعاسة ودرجة شديدة من الشعور بالحزن والسوداوية التي تعيق الفرد عن أداء وظائفه اليومية، قد ترافقها تغيرات جسدية، معرفية، اجتماعية منها مشكلات في عادات الأكل والنوم أو الدافعية، صعوبات التركيز واتخاذ القرار 2015 (APA). كما عرف أبو حامد الغزالي الاكتئاب بأنه حالة من الألم النفسي تؤدي إلى الإحساس بالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير الذات والتحسر على الماضي والتفكير فيه والبحث في الفعل والأسباب.

وأشار زيور، (1985) بأنه حالة من الألم نفسي يصل إلى الميلانخوليا مصحوباً بالإحساس بالذنب شعورياً، وانخفاضاً ملحوظاً في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط الإنفعالي والحركي والحسي. (الشمالي، 2015، ص 69).

3-2-2-أسباب الاكتئاب:

3-2-2-1-1-أسباب البيولوجية: أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في المثبرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيروتونين) هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي. (عكاشة، 2008، ص 413).

3-2-2-2-2-أسباب الوراثة: الجينات الوراثة: كشفت الدراسات الأسرية، ودراسات التوائم التي أجراها كلا من "هلجين وويتبون" (1993) وجود عامل جيني له دور هام في نقل الاضطرابات الوجدانية، وإستنتج من ذلك أهمية الأصول الجينية في حدوث الاضطرابات الوجدانية، وافترض أنه جين أحادي سائد، أو أنه متعدد الأساس الجيني، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنتوي، وذلك لشيوع هذه الاضطرابات أكثر بين النساء.

3-2-2-2-3-أسباب الإجتماعية: التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين والخلافات الأسرية الشديدة واضطراب المناخ الأسري، كذلك فقدان التدعيم الإيجابي الإجتماعي أي غياب مساعدة الفرد على التخلي عن الأفكار السلبية المتشائمة. (أبوزيد، 2001، ص 85).

3-2-2-3-أسباب النفسية: عادة ما يكون الإكتئاب استجابة للعديد من المشاكل التي تصادف الفرد في حياته اليومية، فإما أن يخلص منها أو يتجاوزها أو عدم قدرته وفشله في تحقيق ذلك، وهذا يؤدي إلى ظهور المشاكل النفسية المسببة للاكتئاب ونجد منها:

- الصراعات الأسرية المتكررة والشديدة قد تؤدي إلى مشاعر الإكتئاب لدى الأشخاص وتقليل الإيجابيات.
- الوحدة والعبوسة أكثر الناس تعرضا للإكتئاب هم أصحاب الشخصيات الجامدة المتزنة التي تتطلب الكمال، وهم أصحاب الضمير المتشدد والميول الإجتماعية الضيقة والذين في وحدة ومن العقود ولا يجدون من يرعاهم ويهتم بهم.
- وجود بعض طرق التفكير الخاطئة، والتي تؤدي إلى الإحباط المتكرر مثل تضخيم الأخطاء وتقليل الإيجابيات. (مثقال، 2000، ص 159).

3-2-3-النظريات المفسرة للاكتئاب:

3-2-3-1-نظرية التحليل النفسي:

تعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وتقرر نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل

الانفصال عن أحد الوالدين أو فقدته قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب. أي أن النظرية التحليلية تفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء فقدان حقيقي أو رمزي وينتج عن هذا فقدان غضب يوجه للذات ويهددها ويشكل هذا التهديد خبرة حزينة اكتئابية ويتطور موضوع الإحساس بالفقد فينتج عنه نوع من معاقبة الذات مصحوبا بخبرة اكتئابية تكون غالبا لاشعورية وسبها الرغبة في استعادة الحب والتأييد والدعم الأبوي المفقود. وبالتحديد ترجع إلى المرحلة الفمية، حيث تم استدخال صورته للعالم من خلال التذوق الفمي أو الاشباع الفمي، وتكون الأم هي المحور الأساسي الذي تتمركز عليه اشباعات الطفل، ويحدث أن تقدم الأم اشباعا ناقصة أو تتوقف أو لا تقدم أي اشباع فيشعر الطفل بالحرمان والفقد وتكون مشكلته أنه فقد الاشباع البيولوجي والنفسي فيشعر بالغضب ويوجه هذا الغضب للذات فتروي بذلك أو نبته الاكتئابية التي قد تظهر عند حدوث أي أحداث مؤلمة أو ضغوط فينكص الفرد إلى المرحلة الفمية بما تحتويه من مشاعر الفقد وهنا يذكر فرويد أن الاكتئاب يتضمن تقديرا منخفضا للذات وإدانة للذات ورغبة في عقابها، (بقري، 2008، ص161).

3-2-3-2- النظرية المعرفية:

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

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

3-2-3-3- النظرية السلوكية:

يرى المنظرون السلوكيون أن الاكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك أخروهم يفسرونه بمصطلحات المثير والاستجابة، فالمكتئبون يتسمون بانخفاض لعدة أنواع من النشاطات خاصة السارة منها وتعويضها بالهروب والتجنب،

ويؤكد السلوكيون على أن السبب الرئيسي للاكتئاب هو فقدان التعزيز، إذ أن الحمول أو ضعف الفعالية والشعور بالحزن لدى المكتئب هو نتيجة انخفاض مستوى التعزيز الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات غير السارة. ويمكن علاج مرضى الاكتئاب بزيادة التعزيز الإيجابي وإزالة الخبرات غير السارة، وهناك الكثير من الأحداث تؤدي إلى الاكتئاب كموت شخص عزيز أو فقدان العمل وذلك حينما يجري أضعاف التعزيز المتعود عليه، فضلا عن ذلك فإن الأشخاص الذين يحملون استعدادات للاكتئاب قد يفتقرون إلى القدرة على التعامل الأحداث المؤلمة، كما أن قلة التفاعل الاجتماعي يؤدي بالفرد إلى فقدان مصدر رئيسي للتعزيز كان يحصل عليه الأصدقاء والآخرين، إذ أن سلوك المكتئب عادة ما يميل إلى الانعزال حتى عن أقرب الأفراد إليه، وهذا الانعزال قد يؤدي إلى حدوث سلوكيات غير توافقية مثل البكاء ونقد الذات والتكلم عن الانتحار (بيجاوي، 2014، ص254).

فيري سليجمان (1978) حيا ل تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية. بينما يرى ريم (1977) أن الاكتئاب يعود إلى التقدير السلبي للذات والمعدل المرتفع من معاقبة الذات. ويعتقد اليس (1977) أن الأهمية الأولى للاعتقادات اللاعقلانية في استخدام الاكتئاب. (بوخيار، 2020، ص41).

3-2-4- أعراض الإكتئاب:

نجد أن للاكتئاب النفسي أعراضا واضحة تمس عدة جوانب في الشخص ومن أهمها الجانب الإنفعالي والمعرفي والجانب الحسي الحركي والجسمي وهي كالتالي:

3-2-4-1- الجانب الانفعالي:

-الحزن والبكاء.

-البؤس والأسى وهبوط الروح المعنوية.

-إنحراف المزاج وتقلبه والإنطفاء النرجسي على الذات.

-عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص والقلق والتوتر.

-الشعور بخيبة الأمل. (سنا، 2008، ص131).

3-2-4-2- الجانب المعرفي:

-شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.

-فقدان الإستبصار.

-ضآلة في الحكم على الأمور.

-وجود قدر كبير من الأفكار الإنتحارية.

-إضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر اليأس، ومشاعر دونية والشعور بالذنب وكذلك وجود فقر وضحالة في محتوى التفكير.

-تشنت الانتباه وصعوبة التركيز. (غانم، 2006، ص 109).

3-2-4-3- الجانب الحسي الحركي:

-إضطراب الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته.

-إضطراب النوم حيث يجد صعوبة في الدخول إلى النوم مع أرق أو زيادة النوم إلى حد الإفراط في انحصار الطاقة الجنسية. (عبد الستار، 1999، ص 89).

3-2-4-4- الجانب الجسمي:

-ضعف عام والشعور بالدوار والغثيان والقيء.

-تأخر موعد الطمث.

-إضطرابات هضمية.

-إضطرابات معدل ضغط الدم.

-تنميل الأطراف وجفاف الفم.

-إنتشار الألم في الرقبة والأطراف والمفاصل.

-ضيق التنفس وقلة الحيوية. (مدحت، 2001، ص 43).

3-2-5- علاج الاكتئاب:

لقد تعددت طرق ووسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات التي اهتمت به فنجد الاتجاه الطبي يركز على استخدام الادوية لعلاج الاكتئاب أما الاتجاه أو التيار التحليلي فيسعى للبحث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالاكتئاب وازالتها، والتيار السلوكي يعمل على تدعيم السلوك الايجابي وتعديل السلوك السلبي المسبب للعجز، أما المعرفي فيركز في علاجه على تعديل الأفكار الخاطئة وتغيير التصورات السلبية وفيما يلي عرض لأهم العلاجات المستخدمة في التخلص من الاكتئاب.

3-2-5-1-العلاج الدوائي:

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

مجموعة المركبات ثلاثية الحلقات (Tricyclic) والتي تشتمل على عدد من الأدوية منها:

Chomipramine Imipramine و Amitriptyline والتي تتميز بفاعليتها ضد أشكال الاكتئاب المختلفة وتمثل وظيفتها الأساسية في تعزيز قوة بصيلات المخ المزاجية في مواضع الاتصال بين الأعصاب. مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية والتي تتضمن كل من Flovaxamine Paroxetine Fluoxetine والتي تفيد في علاج العديد من حالات الاكتئاب وبالذات التي تتميز بالخمول وبوجود الأعراض الوسواسية (سرحان وآخرون، 2008، ص68)، أما عن العلاجات النفسية المستخدمة في علاج الاكتئاب فنجد:

3-2-5-2-العلاج النفسي التحليلي:

ويركز على الأسباب المؤدية للاكتئاب والتي غالبا يتم إرجاعها إلى خبرات الطفولة والصدمات المبكرة، حيث يهدف إلى حل الصراعات وتقوية دفاعات الأنا وإعادة التنظيم الانفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعيا لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج. (الشمالى، 2015، ص93).

3-2-5-2-2-العلاج السلوكي:

وعادة يكون من خلال تقديم مهمات تنشيطية، وتمارين الثقة بالنفس والتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية التي تساعدهم على التعامل مع الاكتئاب والتغلب عليه كما يمكن أن يتم تعليمه الأساليب الجديدة

كالاسترخاء الذي يمكنه من ضبط مشاعره والتحكم في انفعالاته السلبية التي تعيقه عن ممارسة نشاطاته المعتادة. (الشاملي، 2015، ص94).

3-2-5-3-العلاج المعرفي:

وذلك يتم عن طريق مساعدته على اكتشاف الأفكار العقلانية التي عززت لديه التفكير الاكتئابي، وتنمية التفكير العقلاني الايجابي من خلال اعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير الذات والعالم وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة لضغوط الحياة وحل المشكلات بدلا من التعامل معها بالتجنب أو الانفعال (فايد، 2001، ص125).

3-3-القلق:

يعاني الكثير من المصابين بالسرطان من أعراض القلق، فالتشخيص بمرض مهدد للحياة قد يثير مشاعر الخوف من العلاج أو الآثار الجانبية المتعلقة بالعلاج الخوف من عودة السرطان أو انتشاره، حالة عدم اليقين، القلق من وجود تغير في العلاقات والخوف من الموت، فالتعرف على القلق وإدارته هما جزءان مهمان في علاج السرطان.

3-3-1-تعريف القلق:

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

أما كفاي (1990) فيرى أن القلق "خبرة انفعالية مكدره أو غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد".

أما عكاشة (2003) فهو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر، مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسدية وخاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ في المعدة أو ضيق التنفس أو الشعور بنبضات القلب، الصداع أو كثرة الحركة. (حماد، 2012، ص23)

3-3-2-أسباب القلق: لقد اختلف العلماء في تحديد القلق ومسبباته، فمنهم من يعتقد أن القلق ينتج عن عوامل داخلية، ومنهم من يعتقد أنه راجع لعوامل خارجية ومنهم من يرى غير ذلك، وقد حدد جيروم وإرنست خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي:

- الأذى أو الضرر الجسدي فالعديد من الناس يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيذاء الجسدي كالإصابة بمرض خطير مثل السرطان. (حماد، 2012، ص 28).

-الرفض أو النبذ: فالخوف من رفض الآخر لنا، ومن أنه لا يبادلنا مشاعر المودة والحب، يجعلنا غير مطمئنين في المواقف الاجتماعية.

-عدم الثقة: حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في أنفسنا أم في غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدراً للقلق لاسيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع منا أن نفعله (حماد، 2012، ص 28).

3-3-3-أعراض القلق:

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

- القلق الحاد: ويأخذ ثلاثة أشكال

حالة الخوف أو الهلع.

حالة الرعب الحاد.

إعياء القلق الحاد.

-القلق المزمن ويأخذ ثلاثة أشكال أيضاً:

-أعراض جسدية.

-أعراض نفسية.

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

3-3-4- النظرية المفسرة للقلق:

3-3-4-1- النظرية الفسيولوجية:

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

3-3-4-2- نظرية التحليل النفسي:

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

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

3-3-4-3- النظرية السلوكية:

حسب المنظور السلوكي، يتعلم الإنسان القلق كما يتعلم أي سلوك آخر حيث يرى بأن القلق عبارة عن سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي و من وجهة نظر متباينة للتحليلية، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون وجود الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات ثلاث "الهو" "الأنا" و "الأنا الأعلى" كما جاء به التحليليون بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي.

وقد أشار (ميلر) إلى أن اضطراب السلوك عامة واضطراب القلق خاصة يرجع إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيش فيها الفرد وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها. (بكار، 2013، ص 63-64)

3-3-4-4- النظرية المعرفية:

جاء المعرفيون بنقلة جديدة في ميدان العلاج النفسي على عكس المدارس العلاجية الأخرى، حيث أن أصحاب الآلات المعرفية لا يختلفون كثيرا فيما بينهم، بل يمكن ببساطة استنتاج الجهود كل منهم جاءت مكتملة للأخرى والنموذج الأبرز في المدرسة المعرفية هما:

أ- النموذج المعرفي للقلق عند أرون بيك: ركز "أرون بيك أعماله على الاكتئاب، إلا أنه طبق مفاهيمه المعرفية عن الأفكار التلقائية والتحريرات المعرفية والتخطيطات المعرفية في تفسير الاضطرابات الانفعالية الأخرى ومنها القلق. ويرى أرون بيك أن الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة أساسا عن اضطراب في تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد وما يعتقد، وكيف يفسر الأحداث من حوله كلها عوامل هامة في الاضطراب الإنفعالي. (أعبيزي، جبار، 2022، ص29)

يؤكد (بيك) في أعماله أن توقع الفرد للأخطار والشور هي المكونات الأساسية التي تميز مرضى القلق، فالقلق لديه يتوقف أساسا على كيفية إدراكه لتلك المخاطر وتقديره لها، فالفرد في حالة القلق يكون مهموما أولا باحتمال تعرضه للخطر أو الأذى.

فالفكرة الأساسية التي تهيمن عليه هي وجود خطر دائم يهدد صحته أسرته، ممتلكاته مركزه المهني أو الاجتماعي وغيرها من أنواع التهديدات، ويرى "بيك" أيضا أن انتباه المريض يكون مركزا على المؤثرات المرتبطة بالخطر عاجزا عن الانتقال بأفكاره إلى موضوعات أخرى بسبب المبالغة في توقع الخطر.

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

- تكرار التفكير المتصل بالخطر.

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

- تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يجعل أي مثير أو موقف قد يدرك على أنه مهدد. (أعبيزي، جبار، 2022، ص30)

ب- النموذج المعرفي للقلق عند لازاروس: يميز "لازاروس" بين عمليتين أساسيتين هما:

التقويم الأول: ويعني به تقدير الفرد لمدى تهديد الموقف (تحديد الموقف وتقدير مدى احتمالية الضرر ومدى اقترابه وشدته) ويتأثر التقويم بنوعين من العوامل: عوامل متعلقة بشخصية الفرد وتشمل اعتقاداته وافتراضاته، وعوامل متعلقة بالموقف وتشمل طبيعة الحدث أو التهديد المتوقع واحتمالات حدوثه.

التقويم الثانوي: ذو يعني به تقدير الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتعامل مع المواقف (تقييم القدرة الدفاعية على إبطال الخطر واحتوائه، ويتأثر التقويم الثانوي بقدرات الفرد وإمكاناته التالية:

القدرات النفسية تقديره لذاته والروح المعنوية التي لديه.

القدرات الجسمية صحة الفرد وقدرته على التحمل.

القدرات الاجتماعية (شبكة العلاقات وحجم المساندة والدعم المقدم له).

القدرات المادية (بكار، 2013، ص66).

3-3-4-5- النظرية الانسانية:

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

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

ولعل من أهم من يمثل هذا الفكر كل من ماسلو وروجرز حيث يعتقد ما سلوان الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلا من عملها على تجنب الإحباطات أو إعادة التوازن وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى القلق، كما يرى روجرز أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين امكانياته وطموحاته أو بين الذات الواقعية وبين الذات المثالية. (سعادة، 2011، ص ص17-18).

3-3-5- علاج القلق:

يختلف القلق من فرد لآخر حسب شدته ووسائل العلاج المتاحة فعادة ما يستخدم العلاج النفسي مرفق بالعلاج الدوائي خاصة في حالات القلق الشديدة حيث تعتبر مجموعة البنزوديازيبين حالياً المجموعة المفضلة في علاج القلق، كما تستخدم المهدئات العظمي بجرعات صغيرة في علاجه، وإن للعلاج النفسي دور هام حيث يحاول من خلاله الكشف عن الأسباب والعمل على حلها ويستخدم العلاج السلوكي في حالات القلق أين يتم تدريب المريض على حالات الاسترخاء من خلال تمارين عضلية وتنفسية ثم يتم تعريضه لمنبهات تزداد شدتها تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهتها، كما يستخدم العلاج العقلائي الانفعالي الذي يعتمد على مناقشة الأفكار الغير منطقية لدى المريض والمسببة للقلق وإحلال الأفكار المنطقية بدلا منها، ومن ثم تتغير انفعالات المريض وهذا بدوره يؤدي لتغيير سلوكه المرضي، كما ولا بد أن تراعى في خطة العلاج الموجه لمرضى السرطان المصابون بالقلق توفير الأمل والتقليل من حالة عدم اليقين خاصة بعد تعرضهم لخسارة كتشوه في صورة الجسد، فقدان الدور المهني والاجتماعي وقدراتهم. (الحجاوي، 2004، ص 293).

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا للجانب النظري للألم النفسي تبين لنا الألم النفسي في الحقيقة لا يقل أهمية عن الأنواع الأخرى للألم الجسدي ولكنه لم يحصل على الاهتمام الكافي، والمشكلة الرئيسية هي عدم التوصل الى اتفاق حول سماته ومميزاته ووضع تعريف واضح له. فقد استخدمت العديد من التسميات للإشارة إلى الألم النفسي كالألم العاطفي، الألم العقلي، الكرب العاطفي والنفسي المعاناة النفسية والعاطفية، كما ان مفهوم الألم النفسي له أهمية بالغة في حياة الفرد، وأنه حالة نفسية انفعالية فردية، يضم عدة أصناف منها الضغط النفسي، القلق والاكتئاب، ولكل صنف أسبابه وأعراضه، ونظريات تفسره وعلاج له، خاصة عند مرضى القصور الكلوي لمزمن.

الفصل الثالث: آليات المواجهة.

1-تمهيد.

1-التطور التاريخي لمفهوم لآليات المواجهة.

2-تعريف آليات المواجهة.

3-أبعاد آليات المواجهة.

4-مميزات آليات المواجهة.

5-التفسيرات النظرية لآليات المواجهة.

6-وظائف آليات المواجهة.

7-محددات آليات المواجهة.

8-فاعلية آليات المواجهة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يواجه الفرد الكثير من المواقف والأحداث الضاغطة في حياته بصفة عامة مما يجعله يحس بحالة من الضيق والتوتر، هذا ما يدفع به إلى البحث عن آليات وأساليب للتعامل مع هذه المواقف للتخفيف من حدتها أو مواجهتها، وتعرف هذه الآليات باستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي، وتكون هذه الاستراتيجيات مركزة حول المشكل أو مركزة حول الانفعال. فكل فرد منا يستعمل استراتيجيات يختارها لمواجهة الضغوط، ويتناول هذا الفصل مفهوم المواجهة من خلال تتبع مراحل تطوره ومختلف تعريفاته وأبعاده ومميزاته ووظائف آليات المواجهة مروراً بمحدداتها وأخيراً فاعليتها.

1- تطور التاريخي لمفهوم لآليات المواجهة:

بدأ الاهتمام بدراسة موضوع مواجهة الضغوط النفسية منذ العقود الأربعة الأخيرة من القرن العشرين ويتفق أغلب الباحثين أن البداية الحقيقية لاستخدام مصطلح (Coping) كانت مع أبحاث لازاروس بداية من كتابه (Psychological stress and Coping process) عام 1966، وظل هذا المصطلح يستخدم في سياق متصل مع مصطلحين آخرين هما ميكانيزمات التكيف والدفاع حيث استعملت كلمتا (Coping) و (Defense) بالتوازي حتى أعوام 1960-1970. (Bourgeois, 1995, p11)، ويذكر لازاروس أن دراسة مورفي (1962) تعد من بين أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح المواجهة أو التعامل للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد أمام المواقف المهدة بهدف السيطرة عليها. (Lazarus, 1991, p14)

فمنذ ستينات القرن العشرين استخدم مصطلح المواجهة في دراسات الضغط للإشارة إلى الاستجابات الايجابية نحو الضغوط، حيث لم تكن الأبحاث في هذا المجال قد بدأت قبل هذا الوقت بشكل واضح، وفي الفترة ما بين الستينيات والسبعينيات كانت البحوث المرتبطة باستراتيجيات مواجهة الضغوط تركز أساساً على المواقف مثل تهديدات الحياة والأحداث الصدمية التي تتطلب مواجهتها، ثم في ثمانينات القرن المنصرم ومع تطور الدراسات حول الضغط انتقل اهتمام الباحثين من التركيز على مفهوم المواجهة إلى دراسة خصائصها واستجاباتها بمعنى كل ما يضعه الفرد في مواجهة تغيرات ومشاكل الحياة ودراسة المواجهة، وذلك من خلال الأعمال والأبحاث التي قام بها لازاروس وفولكمان (1984-1987) التي حددت نوعين من الاستراتيجيات بوصفهما مفاهيم مركزية في إدارة الضغوط هما المواجهة المركزة على المشكلة والمواجهة المركزة على الانفعال وتدرجياً ظهرت استراتيجيات المواجهة الإقدامية في مقابل استراتيجيات المواجهة الإحجامية نتيجة جهود الكثير من الباحثين والعلماء، لتأتي فيما بعد العديد من الدراسات التي أجريت حول الفروق الفردية بين الأفراد ودورها في مواجهة للضغوط. (ساعد، 2019، ص145)

2-تعريف آليات المواجهة:

عرفها لازاروس وفولكمان (1984) على أنها: مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للسيطرة أو التقليل، أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية، التي تهدد أو تتعدى موارد الفرد. (Lazarus et folkman, 1984, p129)

كما أشار إليها لازاروس (2000) ووصفها بأنها: الجهود التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث، سواء كانت هذه الجهود موجهة نحو المشكل، أو موجهة نحو الانفعال. (Lazarus, 2000, p665)

أما مارقوت (2005) تعتبر بأنها: «سيرورة نفسية موجهة للقلق والضغط، وتعتبر وسيطة بين الفرد ومحيطه حين يدرك الفرد أن الوضعية التي يمر بها يمكن أن تهدد أمنه وصحته. (Margot, 2005, p60)

يرى أسعد الأمانة أن المواجهة هي: «المحاولة التي يبذلها الفرد لإعادة اتزانه النفسي، والتكيف للأحداث الـ أدرك تقديراتها الآنية والمستقبلية. (أبو دلو، جمال، 2009، ص195)

من جهتها تعرفها هناء شويخ (2009) أنها: كل أنماط الاستجابات المتبناة من قبل الفرد سواء كانت مضمرة أو ظاهرة للتصدي للموقف الضاغط، وهذه الاستجابات إما أن تكون محاولات للتخلص من المطالب الخاصة لموقف الضغط، أو تكون محاولات للتخفيف من المشاعر السلبية الناتجة عن الموقف الضاغط. (شويخ، هناء، 2009، ص72، 73)

من جهة أخرى يرى كل من جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي: «أن المواجهة هي أسلوب لمواجهة المشكلات والتغلب على المصاعب، وأن سلوك المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح، في المواقف والخيرات الضاغطة.» (عبد المعطي، حسن، 2006، ص98)

تعريف أيضا استراتيجيات المواجهة في قاموس ويبستر على أنها القدرة على التعامل مع المشكل والصعوبات والمتاعب. (أنهيتي، وآخرون، 2015، ص45)

3-أبعاد آليات المواجهة:

3-1-أبعاد المواجهة وفق لازاروس وفولكمان:

من خلال أبحاث لازاروس وزملائه (1978) - (1986) تم تحديد وظيفتين أساسيتين للمواجهة: الأولى تسمح بتعديل الموقف الضاغط فيما تعمل الثانية على تعديل الاستجابات المعرفية والانفعالية الناتجة عنه، وبالتالي

فهي تتخذ أشكالاً مختلفة فكرية أو انفعالية أو سلوكية. وهو ما ذهب إليه شورل وبارلين من خلال تحديد ثلاثة أنواع من أساليب المواجهة:

-أساليب تهدف إلى تعديل الوضعية الضاغطة (المواجهة النشطة).

-أساليب تهدف إلى تغيير المعنى الذاتي للوضعية قصد جعلها أقل تهديداً.

-أساليب تهدف إلى التخفيف من التوتر وتعديل الضيق من خلال التحكم في الانفعال.

(Schooler et Pearlin, 1978, p6)

أ- المواجهة المركزة على المشكل: يعمل هذا النوع من على تعديل الوضعية وتغيير مباشر لأسباب الضغط من خلال المواجهة والتخطيط، ويحدث ذلك عند تقييم الفرد لإمكانية التحكم في الموقف خلال تفاعله مع المحيط مما يسمح له بالتعرف على المشكل وعلى مختلف الحلول الممكنة تجاهه ومن ثم اختيار أحدها، مما يجعل من المواجهة أكثر تعقيداً من الاستجابات السلوكية البسيطة وميكانيزمات الدفاع اللاشعورية ويرى دانتشف (1989) أن هذا النوع من المواجهة يعمل على تغيير الأسباب المباشرة للوضعية التي يعيشها الفرد مما يؤدي بطريقة غير مباشرة إلى تعديل الحالة الانفعالية المرتبطة بها، ويمكننا من خلال ما سبق أن نميز مجموعتين من أساليب المواجهة: الأولى تعمل على تعديل طبيعة العوامل الخارجية المهددة من خلال البحث عن المعلومات حول طبيعة التهديد أو العائق وخصائصه وتحديد الإمكانيات والوسائل اللازمة (جمع المعلومات حول الموقف من خلال طلب النصيحة والمساعدة وإيجاد السند الاجتماعي) مع إعداد الخطط اللازمة لمواجهة الوضعية المهددة. أما الثانية فهي موجهة نحو الذات بحيث تعمل على تعديل مستوى الطموح الشخصي والبحث عن مصادر جديدة للإشباع وتحقيق الرضا (تطوير العلاقات الاجتماعية ومهارات الاتصال أو تنمية الاستقلالية الذاتية وهناك قليل من الاستراتيجيات المركزة على المشكلة التي يمكن استعمالها في جميع المواقف.

(Lazarus et Folkman, 1984, p153).

ب- المواجهة المركزة على الانفعال: يحتوي هذا النوع على مجموعة من الأساليب المعرفية الهادفة إلى خفض التوتر والضيق الانفعالي ويعرف لازاروس وفولكمان هذا النوع بأنه مجموع الجهود التي تعدل الحالة الانفعالية المصاحبة للحدث الضاغطة. هذه الاستراتيجيات تؤثر على الانفعال بطرق مختلفة فنجد مثلاً أساليب التجنب أو الهروب التي يسعى من

خلالها الفرد إلى التقليل من أهمية الحدث الضاغط وتغيير الانتباه تؤثر على الانفعال وتؤدي إلى الارتياح وتخفيف درجة التوتر، لكن تأثيرها يبقى مؤقتا نظرا لأنها لم تتخلص نهائيا من مصدر الإزعاج.

وهو ما جعل لازاروس (1991) يصنفها على أنها ميكانيزمات ذات تأثير مرحلي أو انتقالي أي أنها أقل فعالية في مواجهة العوامل الضاغطة الحقيقية. وهناك طريقة أخرى تؤثر بها المواجهة المركزة على الانفعال من خلال نشاطات معرفية تعمل على إعادة تقييم الوضعية عبر تغيير المعنى الشخصي للتجربة كالانسحاب وإعادة التقييم والتركيز على النقاط الإيجابية وتحويل الموقف إلى تحد، إن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال قد تكون فعالة في تقليص التوتر والأثر الانفعالي إلا أن هذه الفعالية ترتبط إلى حد ما بدرجة الضغط، حيث أنه لا يمكنها تحقيق فوائد كبيرة في وضعيات تحدد حياة الفرد مثلا، وبالتالي فإنها تكون عاجزة عن تحقيق التكيف وهو ما يستلزم اللجوء إلى أساليب المواجهة المركزة على المشكل. ونظرا للتداخل بين الأساليب المركزة حول الانفعال والمركزة حول المشكل فإنه يصعب الفصل بينهما خلال دراسة مختلف المواقف، فالنوعان يتفاعلان فيما بينهما ويحدثان بصفة متزامنة وهو ما يجعلنا نهتم بدراسة العلاقة بينهما. (Lazarus et Folkman, 1984, p150)

ج-العلاقة بين نوعي المواجهة:

أثبتت عدة دراسات الارتباط الكبير بين نوعي التعامل الموجه نحو المشكل والموجه نحو الانفعال فالعلاقة التبادلية بينهما تلعب دورا هاما في التكيف النفسي، فحسب لازاروس وفولكمان (1984) يميل الأفراد إلى استخدام كلا النوعين معا وفي وقت واحد وذلك تبعا للموقف الذي يواجهونه. السبب إلى مرونة وإمكانية استعمال أساليب من نوع التقرب وأخرى من نوع التجنب بفعالية ويرجع في مواجه التهديد. (Solomon, 1988, p283)

كما أكدت دراسات شولر وبييرلين (1978) ولزاروس وفولكمان (1984, 1985) على وجود قدرة فعالة من خلال استعمال الأسلوبين معا حيث أن أساليب التقرب تسمح للفرد بالتعامل المباشر مع الوضعية في حين تعمل أساليب التجنب على توفير الراحة الانفعالية وتخفيف التوتر لمدة تسمح بجمع الإمكانيات والمعلومات الكافية ودراسة مختلف الحلول الممكنة للصراع. (Paulhan, 1994, p670)

3-2- نموذج كوهين(1994): لاحظ كل من روث وكوهين(1986) من خلال تحليلهما لاستجابات الضغط وملاحظتهما حول نوعي المواجهة التجنبية والتقريبية أن استخدامنا للمواجهة التعريبية يهدف إلى الشعور بالتحكم فيما يجري والوصول لفهم أكبر لطبيعة العامل الضاغط فيما تسعى المواجهة التجنبية للتحكم في التهديد الذي تسببه تلك

المواقف الضاغطة على نمط حياتنا، وانطلاقاً من تلك الملاحظات قدم كوهين (1994) مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة ضغوط الحياة شملت مايلي:

التفكير العقلاني:

يلجأ فيه الفرد إلى التفكير المنطقي بحثاً عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط.

التخيل:

يتجه فيها الفرد إلى التفكير في المستقبل.

الإنكار:

عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار مصادر القلق بالتجاهل وكأنها لم تحدث على الإطلاق. حل المشكلة: نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى إستخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط. (Zautra, 2003, p53)

3-3- نموذج كارفر وزملائه: يعتبر كارفر وشاير (1998) أن الأفراد يحتاجون إلى أن يتخذوا أهدافاً في الحياة وإلى أن تبقى تلك الأهداف مرتبطة بهم، فاعتماد الهدف والمثابرة عليه يعتمد على عاملين أساسيين: الأول هو قيمة الهدف، حيث لا يمكننا التركيز على الأهداف التي لا تشكل أهمية بالنسبة لنا وإذا فعلنا فإننا لن نستمر في متابعتها عندما تصبح الأمور أكثر صعوبة. أما العامل الثاني فيتمثل في إمكانية التحقيق، فإذا كان الهدف يبدو بعيد المنال منذ البداية لن نحاول على الإطلاق وإذا فشلنا باستمرار في تحقيق أهداف التزمنا بها تفقد حياتنا معناها. في المقابل يرتبط الأمل بقيمة الأهداف وما تعود به عملية التغذية الراجعة كمحاولة للمضي قدماً، وقد اقترح كارفر. وزملاؤه (1989) ثلاثة عشر استراتيجية تم تجميعها في خمسة فئات تمثل أبعاداً جديدة لمواجهة الضغوط وهي:

-التكيف الفعال: وذلك باتخاذ خطوات فعالة ومباشرة لإزالة مصدر الضغط أو على الأقل الحد من تأثيره، ويشمل هذا النوع المبادرة بالإجراء المباشر وزيادة محاولات الفرد بصورة تدريجية للتصدي للموقف وهو ما يشبه ما أطلق عليه لازاروس وفولكمان المواجهة المركزة على المشكل.

-التخطيط: ويشمل الخروج باستراتيجيات عمل والتفكير بماهية الخطوات الواجب اتخاذها وجدوى معالجة المشكلة.

-تقليص مدى المجال الظاهري: بإهمال كل شيء عدا المشكلة بغية التركيز تماما على التهديد القائم بوضع الأمور الحياتية جانبا لتجنب التشتت بأحداث أخرى قصد التعامل المباشر مع مصدر الضغط. (Carvar et al. 1989, p266)

-البحث عن الدعم الاجتماعي: قد يبحث الأفراد عن الدعم لسببين الأول هو البحث عن المشورة المعلوماتية، وهذا تعامل مركز على المشكلة أما الثاني فيتمثل في البحث عن الدعم المعنوي والعاطفي وهو تعامل مركز على العاطفة، وفي هذه الحالة فإن المواجهة ليست أسلوبا تكيفيا بمعنى الكلمة لأنها لا تمثل مواجهة حقيقية للمشكلة بقدر ما هي تنفيس عن المشاعر الذاتية. التحرر السلوكي يقصد به الأهداف التي يتداخل فيها تقليل جهد الفرد للتعامل مع مصدر الضغط.

(Carvar et al. 1989, p267)

4-مميزات آليات المواجهة:

للمواجهة عدة مميزات والتي توجزها هنا أحمد شويخ (2007) في النقاط التالية:

-استراتيجيات المواجهة يتبناها الفرد ذاته.

-تخضع هذه الاستراتيجية للتحكم من قبل الفرد، أي أنها قابلة للتغيير والتعديل.

-تتميز بأنها سلوك مقصود وموجه غالبا لتحقيق عدد من الأهداف، والتي تؤدي في النهاية الى خفض شدة المعاناة. (شويخ، أحمد، 2007، ص58)

وتضيف إليها آيت حمودة حكيمة (2006): هي عملية معقدة ويستعمل الأفراد أغلب الاستراتيجيات المواجهة الأساسية اتجاه الضاغطة.

- ترتبط المواجهة بتقدير وتقييم كل ما يمكن القيام به لتغيير الموقف، فإذا بين التقييم بأن هناك شيء يمكن القيام به تسيطر المواجهة المركزة على الانفعال.

- عندما يكون الموقف الضاغط من النوع الثابت كالعامل والصحة أو العائلة، يظهر للنساء والرجال أساليب مواجهة تتشابه كثيرا.

- تعتبر سلوكيات المواجهة كوسيط قوي للنتائج الانفعالية حيث ترتبط باستراتيجية المواجهة بنتائج ايجابية، في حين ترتبط استراتيجيات أخرى بنتائج سلبية.

إن فائدة أي نوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط، ونمط القضية المعرضة (الصحة الجسدية، الوظيفة الاجتماعية الوجود الذات). (آيت حمودة، حكيمة، 2006، ص185)

كما يرى لازاروس (1986) أن هناك مجموعة أساليب المواجهة تبدو أكثر ثباتا واستقرارا من الاستراتيجيات الأخرى أثناء التعرض لمختلف المواقف الضاغطة، بينما ترتبط الاستراتيجيات الأخرى بمواقف ضاغطة خاصة مثل: التفكير الإيجابي اتجاه الموقف.

هي ثابتة نسبيا وترتبط كثيرا بالشخصية، في حين استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي فهي غير ثابتة وترتبط كثيرا بالسياق الاجتماعي. (Lazarus , 1986, p09)

5-التفسيرات النظرية لآليات المواجهة:

5-1-النظرية التحليل النفسي لفرويد:

إن مفهوم فرويد للمواجهة ارتبط بمفهوم الدفاع الذي عرفه كما يلي: هو نشاط الأنا الموجه من أجل حماية الفرد من المثبرات النزوية فاعتبر أن الفرد يستخدم آليات دفاعية لمواجهة الصراع النفسي بين بناءات الشخصية " الهو، الأنا والأنا الأعلى " ودينامية التفاعل بينهما، فينتج عن ذلك قلق قد يكون عصابي متولد عن الخوف من عدم القدرة على ضبط الرغبات، أو أخلاقي ناجم عن شعور الفرد بالذنب اتجاه التصرفات الغريزية، أو قلق واقعي ناتج عن الخوف من أخطار العالم الخارجي، ومن أجل خفض شدة الألم المتولد عن الضغط يلجأ الفرد إلى استخدام الآليات الدفاعية العاملة على مواجهة الصراعات الداخلية ومهددات البيئة الخارجية، ومن بين أساليب الدفاع التي يستخدمها الفرد لتحقيق التوافق بين مكونات الشخصية الكبت الذي ينظر إليه وايت على أنه محاولة نسيان الذكريات المؤلمة أو المهذدة، الإنكار والذي يقصد به رفض إدراك الواقع الإسقاط والذي يشير إلى توجيه القلق المسيطر على الفرد نحو شخص آخر، التثبيت الذي يستخدمه الفرد على مرحلة من مراحل النمو من أجل خفض توتر المرحلة الموالية النكوص الذي يقصد به الرجوع إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو عند التعرض إلى خبرات صدمية السمو الذي يهدف إلى توجيه الطاقة نحو موضوع غير مرغوب إلى موضوع مقبول اجتماعيا أما عن التبرير فقد يستخدمه الفرد من أجل تعليل رد فعل معين، ناهيك عن آليات أخرى يستخدمها الفرد من منظور التحليل النفسي من أجل مواجهة

الضغوط الداخلية والخارجية المصدر، أما عن أنا فرويد فقد جزأت ميكانيزمات الدفاع إلى أساليب سوية تساعد الفرد على مواجهة المشكلة و مجابتهها، و أخرى غير سوية تؤدي في أغلب الأحيان إلى ظهور مشاكل و أمراض نفسية (سلامة، طه، 2006، ص 85)

5-2- النظرية المعرفية:

إن العملية المعرفية تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية، وعملية إدراك الفرد للموقف وتقييمه هيا الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة شريف مرشدي، (2007، ص54) وانطلق أصحاب هذا التناول من فكرة أساسية تمحورت حولها أعمال لازاروس و "فولكمان" وهي أن وجود الفرد تحت ضواغط معينة (Stressors) يقوده حتما إلى محاولة إعادة التوازن لعضويته بشكل أساسي من أجل تحقيق حالة التكيف التي يرغب فيها، لذلك تعتبر الضواغط.

استنادا إلى هذا التناول مجموعة مصفاة تلعب دور تغيير الحدث الضاغط ومنه تضخيم أو تشخيص استجابة الضغط، وتعمل هذه المصفاة المتنوعة كوسيط في العلاقة (الحدث الضاغط-ضيق انفعالي) وتعد هذه المواجهة كواحدة من هذه المصفاة.

يرى كل من "لازاروس" و "فولكمان" (1984) أن هذه المصفاة تعتبر كمعدلات للعلاقة (حدث ضاغط - ضيق انفعالي وأشار كل منهما أنه يمكن أن نميز سياقات لهذه العلاقة: التقدير المعرفي والمواجهة. (شمال، صافية، 2007، ص40)

ويحتل التفكير والعمليات المعرفية مركزا أساسيا في النظريات المعرفية، والتي ترى أن البنية المعرفية هي المحددة لبنية تفكيرنا، ويعرف "ميشنباوم" البنية المعرفية بأنه "الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدو أنه ينظم ويوجه إستراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة الشغل التنفيذي بمسك بمخطط التفكير، ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة". (طبي، سهام، 2004، ص89)

5-3- النظرية الاجتماعية:

يعتبر كل موقف سلوكي بالنسبة للإنسان هو موقف اجتماعي في حقيقته، سواء كان هذا فردا أو جماعة من الناس، إذ أن تواجد الإنسان مع شخص آخر يكون له تأثيرا على كيفية سلوكه واستجاباته، وتحديد الوظائف

السيكولوجية إزاء المواقف الاجتماعية، فهي تؤثر في ما نتعلمه وكيف نتعلمه، كيف ندرك ونحكم على البيئة والأحداث، وأكثر تحديدا في كيفية تصورنا للأحداث، وفي الكيفية التي نصفها بها ، وفي دوافعنا والطريقة التي بها نتوافق ومطالب الحياة وفي اللغة التي بها نعبر عن مشاعرنا اتجاه الآخرين والطريقة التي نخر بها الاستجابات الانفعالية ونعبر عنها. ومن جهة أخرى تطرق ممثلو هذا الاتجاه إلى تحديد هذه الميكانيزمات بصفة مغايرة، ولو أنها تبقى دائما ذات تأثير اجتماعي على أسلوب مواجهة الفرد لمواقف الحياة بطريقة أو بأخرى:

- **الأول:** يتصل باحتمال عدم الموافقة أو الرفض من جانب الجماعة، الأمر الذي يشكل قوة على الفرد بموجب حاجاته إلى الانتماء، وبسبب تحكم الجماعة وسيطرتها على موارده الخاصة. (مزلق، وفاء، 2014، ص165)

- **الثاني:** يتصل بحاجة الفرد على تأكيد الآخرين لأحكامه.

- **الثالث:** فيركز على الاستعدادات الشخصية لإقامة الدفاعات واستخدامها في المواقف التي يلمس فيها الفرد تهديدا بينه وبين الجماعة. (مزلق، وفاء، 2014، ص166)

6-وظائف آليات المواجهة:

6-1-وظائف آليات المواجهة حسب ميكانيك (1974): يرى أن الأساليب المواجهة ثلاث وظائف هي:

-التعامل مع المتطلبات الاجتماعية والبيئية.

-خلق الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات.

-الاحتفاظ بحالة من التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود والمهارات نحو المتطلبات الخارجية.

6-2-وظائف آليات المواجهة حسب كل من سكولر وبيارلين (1978): يرى أن للمواجهة وظيفة وقائية تتمثل

في المظاهر التالية:

- تغيير أو إزالة الظروف التي تثير المشكل.

- ضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة.

- ضبط الضغط في حد ذاته بعد حدوثه. (آيت حمودة، 2006، ص84)

6-3-وظائف آليات المواجهة حسب كل من لازاروس وفولكمان (1984) أنها: يرى أنه سلوك موجه لتحقيق وظيفتين:

-توجيه الموارد الفردية نحو حل المشكل المولد للضغط.

-تقليل التوتر الناتج عن التهديد وخفض الضيق الانفعالي.

وعليه فالمواجهة تمثل عامل استقرار بإمكانها مساعدة الأفراد للحفاظ على توافقهم النفسي والاجتماعي خلال فترات الضغط. (Lazarus et Folkman, 1984, p60)

6-4-وظائف آليات المواجهة حسب بارلي وشولر(1978): يرى كل من هذين الباحثين أن وظائف المواجهة: تنحصر في التالي:

-إحداث تغيير في الوضعية التي تكثر فيها التجارب الباعثة على التوتر الشديد.

-تحديد التجارب المولدة للضغط الشديد.

-معالجة الضغط. (جمعون، ياسين، 2013، ص 74).

7-محددات آليات المواجهة:

7-1-الخصائص الشخصية:

- **المعتقدات:** ذكرت إيمان محمود القماح (2002) أن: للمعتقدات دورها في تشكيل فهم الضغوط، كالمعتقدات الدينية، وأيضا معتقدات الفرد حول قدرته على التحكم في الأحداث والتي أطلق عليها روتر اسم مركز الضبط الداخلي، حيث نجد أن الأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي يستعملون استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكلة بكثرة. (القماح، محمود إيمان، 2022، ص 152)

- **التحمل الشديد:** يشير دانتزر وشويتز (2003) إلى أن: السيطرة الشخصية للأحداث الضاغطة في الحياة، والأشخاص الذين يتسمون بالتحمل الشديد (الصلابة) يعتقدون أن بإمكانهم التأثير أو معالجة المشكلات بدلا من الإحساس بالعجز أمامها، كما أنهم يدركون الأحداث المختلفة كفرصة للتطور الشخصي ولديهم القدرة على تحمل الضغوط السيكو اجتماعية أكثر من الغير.

- **القلق كسمة:** هي مركب ثابت في الشخصية، وهي ميل للقلق أي ميل عام لإدراك الوضعيات الضاغطة كوضعيات مهددة، فالأشخاص الذين لديهم سمة القلق ضعيفة يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أقل تهديداً، ولديهم تنبؤ كبير بالتحكم مقارنة بالأشخاص ذوي سمة قلق عالية. (Dantzer et sehweitze, 2003, p108)

7-2- الخصائص المحيطية:

- **مميزات الوضعية:** والتي يمكن إيجازها حسب السيد عبد الرحمان (2000) في: طبيعة الضرر أو التهديد إذا كان الحدث الذي يعترض له الشخص مألوفاً أو جديداً عليه، وماهي احتمالات حدوثه والوقت المتوقع فيه، وإلى أي درجة من الوضوح والغموض تبدو النتيجة متوقعة.

- **الموارد الاجتماعية:** يطلق عليها المساندة وهي توفير المحيط العائلي والعملي والأصدقاء أمام الصعوبات التي يصادفها الفرد وقد دلت الأعمال على أن مستوى مرتفع من المساندة في حياة الفرد هو عامل النجاح في حين أن مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية يرفع من التحكم المدرك ويقلل من آثار الضغط ويجعل الفرد قادراً على المواجهة. (عبد الرحمان، 2000، ص 109)

8-فاعلية آليات المواجهة:

يؤكد انتونوفسكي (1982) أن: ضغوط الحياة توجد وجوداً فعلياً في حياة كل إنسان. يستجيب لها بحالة توتر، غير أنه يمكن أن يكون لهذه الحالة نتائج مرضية أو محايدة أو صحية، ويتوقف نوع النتائج على مدى لياقة وفعالية مواجهة الحدث الضاغط، وتؤدي المواجهة الضعيفة مع الضغوط إلى ظهور الإجهاد والتحرك نحو الإصابة بالمرض في حالة استمرار التوتر، ويؤدي حسن المواجهة من الضغط إلى الشعور بالصحة. وإذا كان الناس يشعرون بضغوط الحياة وصعوبات الأحداث التي يمرون بها في حياتهم العادية فإن الفرد القوي يستطيع أن يواجه المواقف ويتغلب عليها ومن ثم يختفي الموقف المثير للانفعال. (عبد المعطي، حسن، 2003، ص 65)

والجددير بالذكر أنه لا توجد استراتيجية مواجهة واحدة تكون فعالة في كل المواقف الضاغطة ويستخدمها الأفراد في التغلب على كل حدث ضاغط يواجههم في الحياة، غير أن بعض البحوث تشير إلى أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة في مواجهة الضغوط تكون أكثر فعالية عن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، وهناك دراسات أخرى أوضحت أن فعالية كل من هذين النوعين من الاستراتيجيات لا يعتمد فقط على نوعها بل أيضاً على سياق الموقف والمصادر الشخصية المتاحة لدى الفرد.

حيث إن كلا من التقييم المعرفي واستراتيجيات المواجهة يتوسط العلاقة بين الضغط وعملية المواجهة طبقاً لنموذج لازاروس وفولكمان من الضغوط.

وفي هذه النقطة يشير لازاروس وفولكمان إلى أن: استراتيجيات المواجهة التي تركز حول المشكلة والتي تستهدف تغيير الموقف تستخدم بشكل ملائم عندما يستطيع الفرد السيطرة والتحكم في الموقف أو عندما يستطيع إدارة المشكلة في البيئة. (عبد العظيم، طه وآخرون، 2006، ص41)

كما أشار يوسف جمعة (2000) إلى: وجود دراسات دلت على ارتباط بين استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال والتسوية السيئة للضغط وسوء الصحة النفسية والجسدية وهذا بسبب إخفاق هذه المجهودات في مجابهة الحدث.

وأن هناك علاقة بين الميل إلى استخدام أساليب المواجهة المركزة على الانفعال والاضطراب النفسي، وتبين أن مثل هذه المواجهة ترتبط بالتوافق السيئ مع المشكلات كما ترتبط بالضغوط النفسية والاضطراب النفسي. (جمعة، يوسف، 2000، ص41)

خلاصة ما يمكن قوله فيما يخص فعالية استراتيجيات المواجهة هو ما يؤكد لازاروس وفولكمان (1984) بأن: الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل لا تظهر فعالة إلا إذا كان الحدث تحت تحكم الفرد، وفي حالة حدث غير مرتقب وغير متحكم فيه فإن الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال تكون أكثر تكيفاً.

حيث يؤكد أيضاً ياجير (1989) أنه كلما كان رصيد سلوكيات استراتيجيات المواجهة أكثر تفتحاً ومرونة كلما وجد الفرد نجاحاً أكبر على التكيف وأقل عرضة للاضطرابات العقلية. (عبد المعطي، حسن، 2003، ص43)

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا لفصل آليات (استراتيجيات) المواجهة وأهم ما يتعلق بها توصلنا إلى أن الفرد يلجأ إلى استخدام هذه الآليات من أجل إعادة التوازن والتوافق النفسي والجسمي. ويكون عن طريق استعماله إما لآليات مركزة حول المشكل أو آليات مركزة حول الانفعال، ويرجع هذا إلى كيفية فهم وإدراك كل فرد للموقف الضاغط وبالتالي يختلف الأفراد في استعمالهم لآليات المواجهة حسب طبيعتهم وشخصيتهم وكذا نوع وخصائص الموقف الذي يعترضهم فهناك من يواجه المشكل ويتصدى له وهناك من يتجنبه ويتعد عنه ومهما كان نوع الآلية المستخدمة يبقى الهدف منها التخفيف من الضيق والمعاناة التي تواجهه وكذا التقليل من حدة التوتر الانفعالي.

الفصل الرابع: القصور الكلوي المزمن

تمهيد

- 1- تعريف الكلية.
 - 2- تركيب الكلية.
 - 3- وظائف الكلية.
 - 4- تعريف القصور الكلوي.
 - 5- أنواع القصور الكلوي.
 - 6- أسباب القصور الكلوي المزمن.
 - 7- أعراض الفشل الكلوي.
 - 8- الآثار السلبية للقصور الكلوي المزمن.
 - 9- تشخيص القصور الكلوي المزمن.
 - 10- طرق علاج القصور الكلوي المزمن.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

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

1-تعريف الكلية:

عرفها زهير وآخرون بـ غدتان لونهما أحمر قائم توجدتن في التجويف البطني على جانبي العمود الفقري مقابل الفقرة القطنية الأولى تقريبا، وتحيط بهما كتل ذهنية تحفظهما في مكانهما، والكلية اليسرى أعلى قليلا من الكلية اليمنى في الوضع، وتشبه كل كلية حبة الفاصوليا، إذ أن سطحها الخارجي محدب والسطح الداخلي مقعر ويعرف بالصرة، يدخل إليها الشريان الكلوي الذي يحمل الدم المؤكسد لتغذية الكلية، والذي يتفرع منه الشريان الورطي، ويخرج منها الوريد الكلوي الذي يجمع الدم غير المؤكسد من الكلية ويصب في الوريد الأجوف السفلي، كما يخرج منها الحالب، ويوجد أعلى كل كلية غدة هي الغدة الكظرية. (لونيس، زهير وآخرون، 1988، ص 77)

ويعرفها حكمت بقوله: يوجد في جسم الإنسان كليتان يمينى ويسرى، تقع كل كلية خلف الثرب في التجويف الظهري على جانبي العمود الفقري بمحاذاة الفقرات الظهرية الحادي عشر والثاني عشر والفقرات القطنية الأولى والثانية والثالثة، وهي على شكل حبة الفاصولياء لونها أحمر راكم ذات ملمس صلب يبلغ حجمها (12×36 سم)، وزنها عند الرجل 140 غ وعند المرأة 125 غ. (فريجات، حكمت، 2000، ص 266)

2-تركيب الكلية:

تحاط الكلية من الخارج بالمحفظة وهي غشاء ليفي رقيق وإذا عملنا مقطعا طوليا في الكلية يشقها نصفين متساويين وجدنا الطبقات التالية مرتبة من الخارج إلى الداخل:

1-2-القشرة: طبقة ضيقة بها عدد كبير من أجسام ملبيجي وهو كروي الشكل مزدوج الجدارين يحيط بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي ثم لا تلبث أن تتجمع ثانية مكونة فرعا آخر يخرج من جسم ملبيجي ويتفرع مرة أخرى إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي كثير الالتواء من الأنبوبة البولية لتي تخرج بدورها

من جسم ملبيجي وتسير الأنابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات هرمية الشكل.

2-2-النخاع: طبقة متسعة يوجد بها أهرامات ملبيجي وهي تجمعات الأنابيب البولية وتفتح في قمم أهرامات ملبيجي وهذه القمم تبرز في حوض الكلية.

2-3-حوض الكلية: تجويف يوجد داخل الكلية جهة سطحها المقعر يعتبر جزءا من الحالب وتصب فيه الانابيب البولية. (لونيس، زهير وآخرون، 1988، ص77)

3-وظائف الكلية:

تقوم الكلية بتصفية الجسم من السموم الناتجة عن رواسب الاستقلاب وهذه السموم والرواسب يجمعها الدم من كل خلية وأي تي بها إلى الكلية لتقوم بتصفيتها والدم الذي يجتاز كل كلية في الدقيقة الواحدة يبلغ لترا واحدا، وهذا يعني أن كمية الدم التي تصب في الكلية تبلغ من (1500 إلى 1700 لتر في اليوم). والكلية لا تصفي البول كما هو في حالته النهائية بل تصفي أجزاءه على انفراد ثم تقوم بمزج هذه الأجزاء ببعضها البعض، ويمكن إيجاز عمل الكلية فيما يلي:

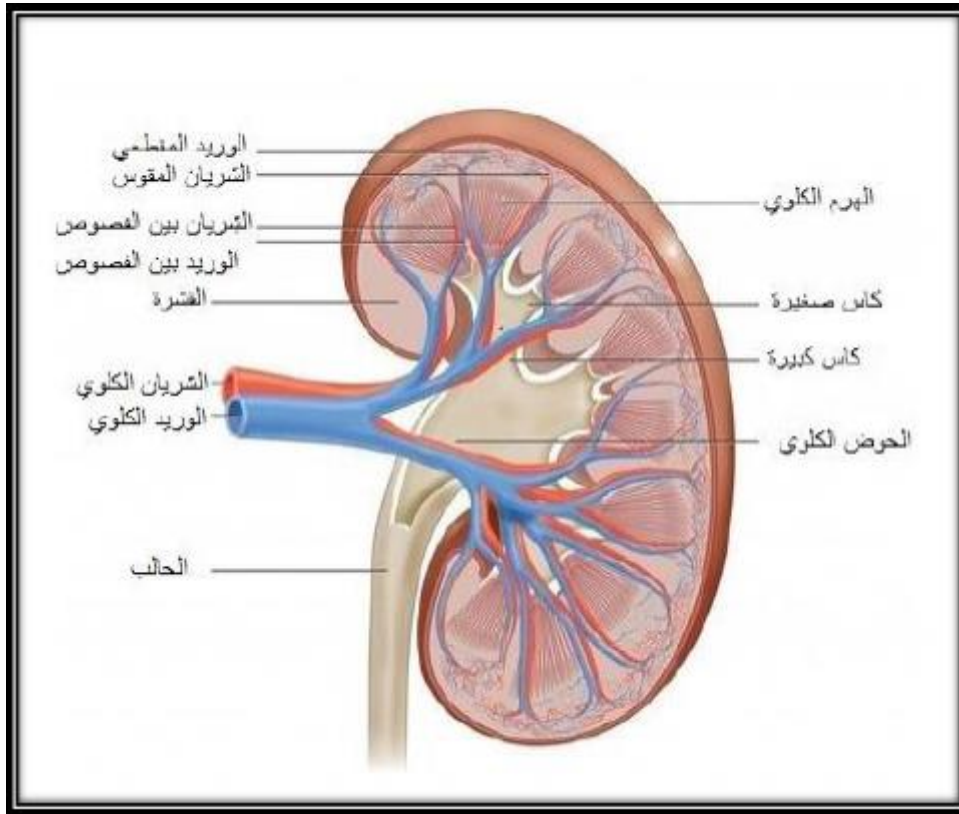
- إنتاج وطرح: وتمر عملية إنتاج وطرح البول بثلاث مراحل هي:

-الترشيح.

-إعادة الامتصاص.

-الإفراز.

-وظائف هرمونية: تعتبر الكلية من الغدد الصماء الموجودة بالجسم لأنها تقوم بإفراز بعض الهرمونات وتصبها مباشرة في الدم. (على البار، 1992، ص38).



شكل رقم (01) يوضح مقطع طولي للكلى

4-تعريف القصور الكلوي المزمن:

هو تعطل وظائف الكلى خلال أشهر إلى سنوات وتفقد الكلى وظائفها الداخلية والخارجية بشكل دائم، وتظهر خصوصا من خلال تناقض التصفية مع زيادة في مواد "الكرياتينين واليوريا" وهذا ما يؤدي إلى العجز الكلوي المزمن (المرحلة النهائية) مما يحتم ضرورة إيجاد الطريق التعويضية. (عبد الكريم، 2010، ص90).

القصور الكلوي المزمن هو تدمير مستمر لا رجعة فيه لنفرونات الكليتين وعملية حدوث المرض متطورة ومستمرة حتى يتم تدمير معظم نفرونات الكلى وتستبدل بأنسجة متليفة، وقد يحدث الفشل الكلوي المزمن ببطء عند المرضى المصابين بأمراض عامة أو أمراض تحوصل الكلى أو قد ينتج نتيجة إصابة أنابيب الكلى الحاد أو إلتهاب خلايا الكلى أو الإلتهاب لنفرونات الكلى أو نتيجة إرتفاع مركبات نيتروجينات الدم نتيجة أمراض أخرى، والفشل الكلوي المزمن غالبا ما يحدث ببطء تفقد فيه الكلى على مدى شهور أو سنوات وغالبا ما يحدث مصاحبا للأمراض المزمنة ويصبح لا رجعة فيه لأسباب غير واضحة. (Kelly,1996,p96)

يعرف الفشل الكلوي بأنه تدهور تدريجي لا رجعة فيه في وظيفة الكلية حيث لا يستطيع الجسم التخلص من مخلفات عمليات الأيض وغير قادر على المحافظة على توازن الماء والأحماض والمواد الكيميائية في المعدل الطبيعي، وبالتالي تزيد من مستوى (اليوريا والنيتروجين والكرياتينين) في الدم. (Smeltzer et al, 2000, p1151)، فالقصور الكلوي حادا كان أم مزمنًا ليس مرضا في حد ذاته بل ناتج عن أمراض تصيب الكلى والتي تتميز بانخفاض عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم أو إنتاج البول. (رزقي، 2011، ص86)

5-أنواع القصور الكلوي:

القصور الكلوي يمكن أن يكون حادا أو مزمنًا، فالفشل الكلوي الحاد غالبا يحدث بطريقة سريعة على العكس الفشل الكلوي المزمن عادة في تطور مستمر ببطئ ويتطلب بدء الغسيل الدموي أو زرع الكلية لإعطاء فترة إعاشة أطول ويمكن تعريف النوعين كما يلي:

5-1-القصور الكلوي الحاد: وهو فقد الوظيفة الكلوية المفاجئ والذي يكون عكوسا في العادة وهو يتطور على مدى عدة أيام أو أسابيع، وارتفاع تركيز الكرياتينين عن 200 ميكرومول / لتر عادة يحدث شح بول ولكن ليس دائما.

5-2-القصور الكلوي: المزمن يعرف بأنه تدهور في الوظيفة الكلوية يتطور تدريجيا على مدى سنوات في البداية يظهر فقط كاضطراب كيميائي حيوي، لاحقا يسبب فقد الوظائف الاطراحية والإستقلابية والغدية الصماوية للكلى، تطور الأعراض والعلامات السريرية. (دريسي، توفيق، 2014، ص69)

6-أسباب القصور الكلوي المزمن:

يمكن أن يكون مرض الفشل الكلوي بمراحله الأخيرة ناتجا عن مجموعة واسعة من الأمراض؛ ذكر الباحثان ايسكوت وماهان (2008) أن 90% من المرضى الذين يصلون إلى الداء الكلوي بمراحله الأخيرة لديهم أمراض مزمنة مثل: داء السكري، ارتفاع ضغط الدم، أو الالتهاب الكلوي المزمن (الالتهاب الكلوي لكبيبي) وينتج عن هذا الفشل الكلوي عدد كبير من المشاكل الحيوية بسبب عدم قدرة الكلى على إخراج مخلفات الأيض، وفضلها في الحفاظ على توازن السوائل والمعادن، وأيضا. عدم قدرة الكلى على إنتاج الهرمونات. وعندما يتقدم الفشل الكلوي، يتزايد مستوى الفضلات الأيضية في الدم ويؤدي إلى حالة تسمى اليوريميا-ارتفاع نسبة. وفي المراحل المتقدمة من الفشل الكلوي

وللتخلص من اليوريا (مخلفات عملية الأيض للبروتينات في الدم. يخضع المرضى للغسيل الكلوي لمدة طويل، أو إجراء عمليات زراعة الكلية.

- الالتهاب الكبدي المزمن.

-التهاب الكلى الميكروبي.

-أمراض ايضية وعامة.

-عيوب خلقية بالكلى.

مرض انسدادى بالمسالك. (صبور، 1994، ص 21)

7-أعراض الفشل الكلوي:

تظهر مظاهر الفشل الكلوي في كل عضو من أعضاء الجسم وفي كل جهاز من أجهزته:

7-1- في الجهاز الهضمي: تبدأ الأعراض بفقدان الشهية ثم القيء وتكون للنفس رائحة كريهة ثم تظهر أعراض التهاب المعدة والأمعاء، وقد يكون القيء سببا لظهور قرح بالمعدة والإثني عشر، وقد يصاب المريض بإسهال قد يكون شديدا.

7-2- في الجهاز الدوري: كثيرا ما يكون المريض مصابا بارتفاع بضغط الدم من مرض الكلى الأصلي الذي سبب له الفشل الكلوي وكثيرا ما يعاني المريض من ضيق التنفس إضافة إلى أعراض تصلب شرايين القلب، آلام الصدر والحكة يسمعها الطبيب بالمسمع عند التنصت على دقات القلب وكثيرا ما تصاب عضلة القلب بالضعف والوهن.

7-3- في الجهازين العصبي والحركي: يشكو المريض من التعب والإعياء، ويحدث له اضطراب بالنوم يظهر عادة بشكل سبات بالنهار وأرق بالليل والناس نيام. ويعاني المرضى عادة من الصداع ويشكو من تقلص العضلات والرجفة والكسل والبلادة والنعاس والتشنج العصبي والغيوبة. (صبور، 1994، ص 19)

7-4- ويشكو المريض من الام برجليه: وضعف الاحساس في قدميه جراء التهاب الاعصاب الطرفية، ويشكو من ضعف بالعضلات ونادرا ما يحدث الشلل، وقد يصاب المريض بالنقرس الثانوي جراء ارتفاع نسبة حمض البوليك فيتورم مفصل إبهام القدم ويلتهب ويحمر وترتفع درجة الحرارة ويشكو مريض الفشل الكلوي من العطش المستمر وجفاف الحلق واللسان والجلد، في حين تكون قدماه متورمتين ووجهه منتفخا في معظم الأحيان.

7-5-الجلد: هو شحوبه المطرد وسمرته الزائدة والحكة والنزف بالجلد وقد تظهر الكدمات التلقائية، وتكثر خاصة مكان الحقن.

7-6-الجهاز الغدي: تتأثر الغدد الصماء فينقطع الطمث عند النساء ويصبن بقلة فرصة الحمل أو بالعقم، وتتأثر الرغبة الجنسية لدى الجنسين وتضعف القوة الجنسية لدى الرجال ويصابون بضعف الإخصاب أو بالعقم.

7-7-الجهاز الغدي: تتأثر الغدد الصماء فينقطع الطمث عند النساء ويصبن بقلة فرصة الحمل أو بالعقم، وتتأثر الرغبة الجنسية لدى الجنسين وتضعف القوة الجنسية لدى الرجال ويصابون بضعف الإخصاب أو بالعقم. (صبور، 1994، ص20)

8-الآثار السلبية للقصور الكلوي المزمن:

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

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

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

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

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

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

-العوامل الاجتماعية والاقتصادية: إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل كلها عوامل تؤثر على الانضباط الصحي فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في انضباطه الصحي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة، وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي، ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية، أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج، ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم الكفاية على تغطية التأمينات الطبية مما يجعل مستوى الانضباط الصحي منخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع في التعليم وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحديا أكبر في تحقيق الانضباط الصحي الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع. (رزقي، 2011، ص66)

9-تشخيص القصور الكلوي المزمن:

يعتمد التشخيص على الفحص السريري والعلامات والأعراض السابق ذكرها وتشمل:

9-1-الفحوصات الإكلينيكية: وتتم من خلال:

- المراقبة والبحث عن وجود شحوب في الجلد والأغشية المخاطية مما يشير إلى أنيميا، إنتفاخات قد تكون خفيفة، نزيف الجلد والأغشية المخاطية (الأنف، الأذن، الفم، البلعوم).

-جس البطن لإدراك وجود غاز في البطن أو إنتفاخ في الكلى يمكن أن يدل على وجود كلية متعددة الأكياس.

-جس القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم.

-دراسة ردود أفعال الألياف للقوة العضلية.

- إختبار (فحص) شامل يقوم على بحث إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان إلتهاب الكلية يدخل في إطار إلتهاب عام.

9-2-الفحوص البيولوجية والشبه الإكلينيكية:

- فحص كيمياء الدم مثل فحص اليوريا، الكرياتينين، والفحص الوظيفي للكلى، وذلك لمعرفة نسبة البولة في الدم إذا ما تجاوزت 1مغ / ل يكون لها معنى تشخيصي ونسبة الكرياتينين في البلازما إذا ما تجاوزت 0.015 مغ / ل.

-فحص البول بالبحث عن نسبة البروتين فيه.

- إرتفاع الصوديوم في البول: زيادة أو نقص البوتاسيوم (فجائي أو نتيجة الأدوية).

-إنخفاض ph في الدم.

-إنخفاض نسبة البروتينات في المصل، إرتفاع نسبة السكر قليلا عن العادي، زيادة نسبة المغنيزيوم.

-فحص الدم للتأكد من وجود أنيميا.

9-3-الفحوص الشبه إكلينيكية:

-إيكوغرافي لمعرفة حجم الكلى وحالة المسالك الإفرازية البولية.

- تصوير الحويضة والحالب لتحديد نوعية العوائق في المسالك البولية.

- تصوير الهيكل العظمي، الخلل العظمي، ونقص الكالسيوم.

- تصوير الجهاز الهضمي في حالة الآلام البطنية. (بن سلمان، 2011، ص32).

10-طرق علاج القصور الكلوي المزمن:

10-1-الحمية والتغذية المناسبة: والهدف الرئيسي من ذلك تقليل العبء الوظيفي للكلى التالفة والمحافظة على

الوزن المثالي للجسم مع تزويده بالطاقة الكافية لنشاطه المعتادة، كما تقدم للمريض مجموعة من الإرشادات والتوجيهات

المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لأن هذا المرض يؤثر على مختلف الأجهزة في الجسم، وفيما يلي معلومات عن بعض العناصر المؤثرة في الحمية الغذائية لمرضى الكلى:

- البروتين.

- البوتاسيوم.

- الفسفور.

- السوائل.

- الصوديوم. (فادي، 2010، ص31).

10-2-الأدوية: يتناول المريض بالقصور الكلوي المزمن مجموعة من الأدوية لتصحيح بعض الإضطرابات والإنعكاسات الناتجة عن المرض وكدعم للعلاج الأساسي (تصفية الدم) والتي من بينها:

- أدوية (الكالسيوم، أو الرينيغات) في المراحل الأولى من المرض إضافة إلى فيتامين D لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفسفور.

-أدوية خافضة للضغط الدموي من أجل خفض زيادة اليوري يصفها الطبيب للتجاوزات التي يقوم بها المريض في حميته. (الصبور، 1994، ص89).

10-3-الغسيل البريتوني: تتم هذه العملية عن طريق حقن لتر أو لترين من محلول الإستصفاء البريتوني داخل تجويف البطن (الغشاء البريتوني) عن طريق إدخال أنبوب لين في تجويف البريتون تحت مخدر موضعي ويبقى طرفه الآخر خارج البطن مع وجود عدة ثقوب في طرف الأنبوبة داخل البطن ليدخل ويخرج منها المحلول المستخدم في الغسيل، ويمكن إجراء هذه العملية في المستشفى أو في المنزل بعد تدريب المريض أو أحد أفراد العائلة على الخطوات الصحيحة التي تضمن عدم دخول الميكروبات في تجويف البطن. (أبو زيد، 2006، ص33).

10-4-غسيل الدموي: هي عملية تنقية الدم من السوائل الزائدة والسموم بواسطة جهاز الغسيل الدموي، وتتم هذه العملية في مراكز الغسيل الدموي حوالي ثلاث مرات أسبوعياً وتستغرق هذه العملية نحو أربع ساعات في كل مرة وهذه الطريقة تعتبر الأكثر شيوعاً وإستخداماً، ولإجراء عملية الغسيل الدموي يتطلب وجود توصيلة وعائية لتسهيل إنتقال الدم من المريض إلى جهاز غسيل الدم والعكس وهناك ثلاثة أنواع رئيسة للتوصيلات الوعائية وهي:

10-5-وصيلة وعائية طبيعية: وهي الأفضل والأكثر شيوعاً واستخداماً، وهي عبارة عن إيصال الشريان بالوريد في الذراع، حيث يمكن إستخدامها مدة شهرين إلى ثلاثة أشهر من تاريخ إنشائها بحيث يتدفق الدم من خلال هذه التوصيلة بكميات كبيرة ويمكن أن تتحمل وضع إبر الغسيل الكبيرة نسبياً بسهولة.

-توصيلة وعائية صناعية: وهي عبارة عن وضع أنبوب صناعي تحت الجلد لتوصيل الشريان بالوريد ومن ثم يتدفق الدم بكميات كبيرة خلال هذه الوصلة، ويمكن وضع إبر الغسيل في هذا الأنبوب الصناعي عند إجراء عملية الغسيل من 10 إلى 14 يوم من تاريخ وضع الأنبوب.

10-6-القسطرة الوريدية: عبارة عن أنبوب يوضع في أحد الأوردة الرئيسية الكبيرة في الجسم وفي الغالب في منطقة العنق لتسهيل عملية نقل الدم من المريض إلى جهاز الغسيل.

10-7-زراعة الكلى الإستباقي: يلجأ المريض لإجراء عملية زراعة الكلى من شخص متوفى دماغياً أو من شخص حي كما هو الحال في معظم الأوقات قبل اللجوء لعملية الغسيل الدموي أو البروتيني، وتعتبر هذه الطريقة هي الطريقة الفضلى. (السنيدي، 2010، ص 19 - 18).

خلاصة الفصل:

من خلال عرض كل ما يخص القصور الكلوي المزمن الذي يعد من الأمراض الأكثر خطورة وانتشاراً في العالم، فإن هذا المرض المزمن تعاني منه مختلف الفئات العمرية ومن مختلف الأجناس، وأنه يهدد حياة الأفراد المصابين به نتيجة الآثار السلبية التي يخلفها، فتوجد الكثير من الأسباب المحتملة لحدوث الفشل الكلوي، حيث يؤدي بعضها إلى حدوث تراجع سريع في وظائف الكلى (إصابة الكلية الحادة والتي تُسمى أيضاً الفشل الكلوي الحاد). بينما يؤدي البعض الآخر إلى حدوث تراجع تدريجي في وظائف الكلى، إلا أنه لا يمكن أن نترك المصاب في تلك الحالة لأنه لكل مرض علاج حتى يتمسك بالحياة ومواصلتها بشكل طبيعي يحقق فيها الأهداف التي يطمح لها، مع المرافقة والرعاية الدائمة.

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية

تمهيد

1- منهج الدراسة.

2- حدود الدراسة.

3- مجتمع الدراسة.

4- الدراسة استطلاعية.

5- عينة الدراسة.

6- أداة الدراسة.

8- الأساليب الإحصائية المستعملة في هذه الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

بعد التعرض إلى الجانب النظري والتفصيل فيه، سنتطرق الآن إلى الجانب الميداني الذي يحتوي على صدق نتائج الدراسة وقيمتها العلمية، وإتباع إجراءات منهجية علمية منظمة مضبوطة ابتداء من توظيف المنهج المناسب، وسلامة اختيار العينة الممثلة للمجتمع الأصلي وملائمة الطرق أو الأساليب الإحصائية التي يستدل بها للإجابة على تساؤلات الدراسة. وهذا ما حاولنا إتباعه من خلال حرصنا على بناء إجراءات منهجية منظمة سيتم عرضها من خلال هذا الفصل.

1-منهج الدراسة:

تختلف مناهج البحث العلمي باختلاف موضوع الدراسة، ولكل منهج يتبعه الباحث جملة من الخصائص، ومهما تنوع المنهج فهو يقصد به الطريقة التي يتابعها الباحث لدراسة المشكلة موضوع الدراسة، فالمنهج الوصفي أكثر ملاءمة لطبيعة هذه الدراسة حيث يهتم باستقصاء ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصر أو بين ظواهر أخرى، فهو منهج يحلل ويفسر ويقارن ويقيم بقصد الوصول إلى تقييم ذا معنى. (العزاوي، 2008، ص 09)

إن المنهج هو عبارة عن مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة العلمية، أي أنها الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة، ويعرف بأنه فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة عندما نجهلها، وإما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين، والمناهج أو طرق الدراسة تختلف باختلاف طبيعة المواضيع، ولهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية. (بوحوش، 1995، ص 43)

وإن اختيار المنهج في أي دراسة علمي مرتبط بطبيعة المشكلة محل الدراسة فهي التي تفرض على الباحث ذلك، وبما إن موضوع يتناول دراسة علاقة فرط الحركة بدافعية التعلم لدي أطفال الروضة فإن المنهج الوصفي هو المنهج المناسب لدراسة هذا الموضوع، حيث يركز على استخدام الطرق الارتباطية التي تهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات البيانات بمعنى إلى أي حد ترتبط المتغيرات والي أي حد تطابق المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو جزئيا موجبا كان أو سالبا. (دويدار، 2007 ص 83)

2- حدود الدراسة:

2-1- الحدود المكانية: لقد تم إجراء البحث الميداني على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية " العقيد محمد شعبان" الواقع بالمنية وتشمل المصالح الاستشفائية التالية:

-الإدارة -مصلحة الإستعجالات-مصلحة الطب الداخلي-مصلحة الجراحة العامة-مصلحة التحاليل والأشعة-مصلحة تصفية الكلى - مصلحة التوظيف الحركي-مصلحة التشريح الباطني-مصلحة الإنعاش-مصلحة الصيدلية.

وقد تم إجراء الدراسة الأساسية بمصلحة تصفية الكلى التي تتكون من قاعة الانتظار (رجال-نساء) ومكتب الطبيب العام، قاعة المرضى، مكتب السكرتيرة وقاعة التصفية وقاعة تصفية الماء المستعمل في عملية الغسيل، ومكتب الأطباء المختصين في أمراض الكلى، و5 قاعات لتصفية الدم، وتوجد بالمصلحة 22 آلة للغسيل ويقدر عدد المرضى حوالي 62 مريض، يقوم المريض بعملية التصفية ثلاث مرات فالأسبوع وتدوم كل حصة أربع ساعات هؤلاء المرضى موزعين على فوجين كما يلي:

-فوج "أ": من الساعة الثامنة صباحاً إلى الثانية عشر منتصف النهار.

-فوج "ب": من الساعة الواحدة زوالاً إلى الخامسة مساءً.

2-2- الحدود الزمانية: تمت هذه الدراسة خلال الموسم الدراسي 2023/2022 وذلك ابتداء من شهر أفريل 2023 إلى غاية شهر ماي 2023.

3- الدراسة استطلاعية:

تعد الدراسة الإستطلاعية "الخطوة الأولى التي تسبق الاستقرار النهائي على خطة الدراسة، ويفضل القيام بهذه الدراسة الإستطلاعية على عدد محدود من الأفراد" (رجاء أبو علام، 2014، ص 87). فهي تعد من الناحية المنهجية مرحلة تمهيدية قبل التطرق للدراسة الأساسية لأي بحث علمي، ويلجأ إليها للكشف عن الجو العام داخل مجتمع البحث، وتعتبر مرحلة تجريبية بقصد اختبار مدى صدق وثبات الأدوات المستخدمة في البحث وصلاحيتها لقياس ما وضعت من أجل قياسه.

وفي دراستنا الحالية قمنا بإجراء دراسة استطلاعية على عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن، طبق فيها مقياس الألم النفسي ومقياس آليات المواجهة، على عينة استطلاعية مكونة من (20) مريض بالقصور الكلوي المزمن، تم اختيارهم بشكل عشوائي، وذلك لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة.

4-مجتمع الدراسة:

أجريت الدراسة على عينة تكونت من (30) حالة من كلا الجنسين (ذكور واثاث) كلهم خاضعين للإستصفاء الدموي.

5-عينة الدراسة:

تم اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة فكان عدد عينة الدراسة (30) مريض ومريضة، حيث تُعرف العينة العشوائية بأنها عينة مختارة بدون ترتيب أو نظام مقصود فكل أفراد المجتمع الذي اخترنا منه كان لهم فرص متساوية في الاختيار ولم يكن هناك تحيز عند الاختيار. (عوض، عباس مُجّد، 1999، ص 88).

6-خصائص عينة الدراسة.

6-1-وصف عينة الدراسة حسب متغير الجنس.

النسبة	التكرار	الجنس
63,3%	19	ذكر
36,7%	11	أنثى
100%	30	المجموع

جدول رقم (01) يوضح وصف العينة الأساسية حسب متغير الجنس.

التعليق على الجدول:

يوضح الجدول رقم (01) وصف العينة الأساسية حسب متغير الجنس فكان عدد الذكور (19) مريض بنسبة (63,3%) أما عدد الإناث فبلغ عددهم (11) مريضة وذلك بنسبة (36,7%).

6-2- وصف عينة الدراسة حسب متغير السن:

النسبة	التكرار	السن
20%	06	من 20 إلى 30 سنة
16,7%	05	من 31 إلى 40 سنة
26,7%	08	من 41 إلى 50 سنة
36,7%	11	51 سنة فأكثر
100%	30	المجموع

جدول رقم (02) يوضح وصف العينة الأساسية حسب متغير السن.

التعليق على الجدول:

يوضح الجدول رقم (02) وصف العينة الأساسية حسب متغير السن فكان عدد المرضى الذين سنهم من 20 الى 30 سنة هم (06) بنسبة (20%) أما المرضى الذين سنهم من 31 الى 40 سنة هم (05) بنسبة (16,7%) أما عدد المرضى الذين سنهم 41 الى 50 سنة هم (08) بنسبة (26,7%) أما المرضى الذين سنهم 51 سنة فأكثر (11) بنسبة (36,7%)

7-أداة الدراسة:

7-1- وصف مقياس الألم النفسي:

وصف DASS لأول مرة من قبل Lovibond سنة (1980)، وفي وقت لاحق صدر دليل DASS من قبل (Lovibond P.F & Lovibond S.H1993) والذي يحتوي على عرض مفصل لبنوده ومكوناته الرئيسية، ونشر في مقال لهما سنة 1995 بمجلة Elsevier Science فهو كأداة تستخدم على نطاق واسع لفحص وتقييم أعراض الاكتئاب، القلق والضغط لدى الأصحاء والمرضى البالغين، ويعرف بقدرته وصلاحيته التمييزية بين هذه المتلازمات أو البنيات الثلاث. حيث تكونت النسخة الأولى والمطولة للمقياس من (42) بند. وبعدها تم إصدار نسخة مختصرة قصيرة مكونة من (21) بند وذلك لغرض تقليل الوقت المستغرق في تطبيقه. ويتألف DASS21 من ثلاثة مقاييس فرعية، يتكون كل واحد فيها من 7 بنود، حيث مقياس الاكتئاب الفرعي يقيس اليأس، وانخفاض تقدير الذات والحوافز، ومقياس القلق يقيم الاستشارة اللاإرادية، وأعراض العضلات والهيكلي العظمي... الخ ومقياس الضغط يقيس التوتر، والإثارة، والتأثير السلبي، وقد استخدم على نطاق واسع في عينات غير سريرية وسريرية لمعرفة الحالات العاطفية السلبية وللكشف عن الأعراض وكذا المستويات مختلفة من الاكتئاب والقلق والضغط، وطبق المقياس على

البالغين والكبار ما بين 18-64 سنة والكبار المسنين ابتداءً من 65 سنة فما فوق، وقد تم ترجمتها والتحقق من صحتها في العديد من اللغات بما في ذلك الصينية، الماليزية الإيطالية، الإسبانية والأسترالية... الخ. (براهمية، جهاد، 2018، ص90)

7-2-1- طريقة تصحيح مقياس الألم النفسي:

ويتم التقييم في DASS21 باستخدام مقياس ليكرت من 4 نقاط، تتراوح من 0 إلى 3، حيث تكون الإجابة عليه وفق 4 بدائل هي لا ينطبق على إطلاقاً، تنطبق علي إلى حد ما، تنطبق على بدرجة كبيرة، تنطبق على تماماً. وتتراوح الدرجات على هذه البدائل من 0 إلى 3 درجات حيث تقدر أدنى درجة على هذا المقياس بـ 0 وأقصاها بـ 63.

7-2-2- صدق وثبات مقياس الألم النفسي:

وقد قام تران وزملاؤه بحساب الموثوقية ومعامل الاتساق الداخلي للمقياس حيث بلغ 0.88، أما أوبي وزملاؤه وجدوا أن معاملات ألفا كرونباخ كانت مقبولة لجميع الأبعاد حيث وصل في الاكتتاب إلى (0.86 a)، أما القلق فكان (0.81 a)، والضغط (0.70 a) كما قدرت قيمة ألفا على DASS21 ككل بـ (0.91 a) وهي قيم تشير إلى موثوقية داخلية جيدة للمقياس. (براهمية، جهاد، 2018، ص91)

7-3-3- وصف مقياس آليات المواجهة:

وضع هذا المقياس كل من لازاروس وفولكمان (1980) وتم تطويره عدة مرات من طرفهما، يحتوي هذا المقياس على سبعة وستون (67) بنداً، يهتم هذا المقياس بتقدير الأفكار والسلوكيات التي يستخدمها الأفراد اتجاه الضغط الذي يواجهونه خلال حياتهم اليومية.

7-3-1- طريقة تصحيح مقياس آليات المواجهة:

يجيب الأفراد على هذا المقياس حسب أربع درجات ويكون التصحيح على النحو التالي:

الدرجة	البدائل
0	اطلاقاً
1	إلى حد ما
2	كثيراً
3	كثيراً جداً

الجدول رقم (03) يمثل بدائل مقياس آليات المواجهة ودرجاتها.

7-3-1-1-المقاييس التحتية للقائمة: هناك ثمانية سلام تحتية، يحتوي كل واحد على عدد معين من البنود وهي:

-التخطيط لحل المشكل بما في ذلك البحث عن المعلومات، مثل: ركزت فقط على ما سأفعله لاحقاً.

-روح المواجهة مثل: قمت بشيء لم أكن اعتقد أنه يصلح، ولكنني قمت به على الأقل.

- أخذ المسافة مثل تصرفت وكان شيئاً لم يحدث.

- إعادة التقييم الإيجابي: مثل: خرجت من المشكلة بشكل أحسن مما دخلت به فيها.

- تأنيب الذات مثل: أدركت أنني المتسبب في المشكل.

- الهروب / التجنب مثل: نمت أزيد من العادة.

- البحث عن السند الاجتماعي: مثل: قبلت عطف وتفهم شخص ما.

- التحكم في الذات مثل: حاولت أن أحتفظ بمشاعري بنفسي". ويشير السلمين التحتيين الأولين إلى المقاومة المركزة

حول المشكل، أما الست الباقية تشير إلى المقاومة المركزة حول الانفعال (مزاور، نسيمه، 2006، ص 67)

7-3-1-2-البنود:

-التخطيط لحل المشكل: 1، 2، 26، 39، 49، 52، 62، 63.

-المواجهة: 5، 6، 7، 17، 28، 34، 46، 48، 61، 67.

-أخذ المسافات: 4، 12، 13، 24، 32، 41، 44.

-إعادة التقييم الإيجابي: 15، 20، 23، 27، 30، 36، 38، 60.

-التحكم في الذات: 10، 14، 35، 37، 43، 51، 54، 56، 65.

-الهروب / التجنب: 3، 11، 16، 19، 21، 33، 40، 47، 50، 55، 57، 58، 59، 66.

-تأنيب الذات: 9، 25، 29، 53.

البحث عن السند الاجتماعي: 8، 18، 22، 31، 42، 45، 64. (مزاور، نسيمه، 2006، ص 67)

8-الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة

8-1-تعريف الصدق:

يقصد بالصدق "صلاحية الأسلوب أو الأداة لقياس ما هو مراد قياسه، أو بمعنى آخر صلاحية أداة البحث في تحقيق أهداف الدراسة وبالتالي ارتفاع مستوى الثقة فيما توصل إليه الباحث من نتائج بحيث يمكن الانتقال منها إلى التعميم. (المشهداني، 2019، ص 167).

والصدق أيضا يعني صلاحية الأداة لقياس ما وضعت من أجل قياسه وصدقها في قياس السمة أو السمات التي يريد الباحث قياسها فعندما يكون الغرض قياس التحصيل في مادة معينة فإن صدق الأداة يعني أن الأداة صالحة لقياس التحصيل في تلك المادة وتوفير البيانات اللازمة عن التحصيل، فالصدق يعني أن يكون المقياس صالحا لقياس الظاهرة أو السمة التي يراد قياسها". (عطية، 2009، ص 108).

8-1-1-صدق الاتساق الداخلي لمقياس الألم النفسي:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي لأبعاد الاستبيان حيث يبين مدى ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وعليه تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل محور مع الدرجة الكلية للاستبيان وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (04) صدق الاتساق الداخلي بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية للألم النفسي		
الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاكتئاب	0,755**	00.00
القلق	0,788**	00.00
الضغط	0,792**	00.00
الارتباط دال عند (0.01)		* الارتباط دال عند (0.05)

التعليق على الجدول:

الجدول رقم (04) يوضح معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس الألم النفسي حيث نلاحظ أن كل معاملات الارتباط بيرسون دالة عند (0.01) وذات إشارة موجبة، مما يعني وجود علاقة

ارتباط طردية بين أبعاد مقياس الأمل النفسي والدرجة الكلية للمقياس نفسه، مما يعني أن المقياس صادق متنسق ويقاس ما أعد لقياسه.

8-1-2-الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) لمقياس الأمل النفسي:

جدول رقم (05) يمثل صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأمل النفسي:

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	المتوسط الحسابي	العينة	النسبة %	المجموعة	
0.000	21	-8,1144	30,571	7	%33	الدنيا	الدرجة
			53,571	7	%33	العليا	الكلية

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة ت بين المجموعة الدنيا والعليا قدرت ب (-8,1144) بمستوى دلالة (0.000) أي أنه أقل من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الدنيا والعليا لمقياس الأمل النفسي، أي ان المقياس صادق لما أعد له ويمكن استخدامه في الدراسة الأساسية.

8-1-3-صدق الاتساق الداخلي لمقياس آليات المواجهة:

جدول رقم (06) صدق الاتساق الداخلي بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية لآليات المواجهة		
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الأبعاد
00.00	861**0,	التخطيط لحل المشكلة
00.00	909**0,	المواجهة
00.00	852**0,	أخذ المسافات
00.00	836**0,	إعادة التقييم الايجابي
00.00	923**0,	التحكم في الذات
00.00	960**0,	الهروب/التجنب
00.00	824**0,	تأنيب الذات
00.00	821**0,	البحث عن السند الاجتماعي
* الارتباط دال عند (0.05)		الارتباط دال عند (0.01)

التعليق على الجدول:

الجدول رقم (06) يوضح معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس آليات المواجهة حيث نلاحظ أن كل معاملات الارتباط بيرسون دالة عند (0.01) وذات إشارة موجبة، مما يعني وجود علاقة ارتباط طردية بين أبعاد مقياس آليات المواجهة والدرجة الكلية للمقياس نفسه، مما يعني أن المقياس صادق متسق ويقاس ما أعد لقياسه.

8-1-4-الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) لمقياس آليات المواجهة:

جدول رقم (07) يمثل صدق المقارنة الطرفية لمقياس آليات المواجهة:

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	المتوسط الحسابي	العينة	النسبة %	المجموعة	
0.000	21	-7,231	62,285	7	%33	الدنيا	الدرجة
			132,285	7	%33	العليا	الكلية

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة ت بين المجموعة الدنيا والعليا قدرت ب(-7,231) بمستوى دلالة (0.000) أي أنه أقل من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الدنيا والعليا لمقياس آليات المواجهة، أي ان المقياس صادق لما أعد له ويمكن استخدامه في الدراسة الأساسية.

8-2-حساب الثبات:

8-2-1-تعريف الثبات:

إن كلمة الثبات قد تعني الاستقرار بمعنى أنه لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت درجته شيئاً من الاستقرار كما أن الثبات قد يعني الموضوعية، بمعنى أن الفرد يحصل على نفس الدرجة مهما اختلف الباحث الذي يطبق الاختبار أو الذي يصححه وفي هذه الحالة يكون الاختبار الثابت اختبار يقدر الفرد تقديراً لا يختلف في حسابه اثنان. (المشهداني 2019، ص169)

8-2-2-حساب الثبات لمقياس الألم النفسي:

تم حساب الثبات بالتجزئة النصفية للاستبيان وذلك عن طريق تقسيم المقياس إلى جزأين الجزء الأول العبارات الفردية من المقياس والجزء الثاني العبارات الزوجية من المقياس، وتم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ ومعامل الثبات سبيرمان براون، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): قيم معامل ثبات مقياس الألم النفسي:

ألفا كرونباخ	معامل سبيرمان براون	معامل ثبات نصف المقياس (التجزئة النصفية)	فقرات المقياس
0.803	0.811	0.810	استبيان الألم النفسي

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل ثبات نصف مقياس الألم النفسي قدر ب (0.810)، في حين كانت قيمة معامل سبيرمان براون تشير إلى (0.811)، وقيمة ألفا كرونباخ قدرت ب (0.803)، وكلها قيم مرتفعة تتجاوز النسبة المعيارية المقبولة، وهذا يدل على ثبات أداة الدراسة وصلاحيتها.

8-2-3- حساب الثبات لمقياس آليات المواجهة:

تم حساب الثبات بالتجزئة النصفية للاستبيان وذلك عن طريق تقسيم المقياس إلى جزأين الجزء الأول العبارات الفردية من المقياس والجزء الثاني العبارات الزوجية من المقياس، وتم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ ومعامل الثبات سبيرمان براون، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (09): قيم معامل ثبات مقياس آليات المواجهة:

ألفا كرونباخ	معامل سبيرمان براون	معامل ثبات نصف المقياس (التجزئة النصفية)	فقرات المقياس
0.953	0.956	0.954	استبيان استراتيجيات المواجهة

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل ثبات نصف استبيان آليات المواجهة قدر ب (0.954)، في حين كانت قيمة معامل سبيرمان براون تشير إلى (0.956)، وقيمة ألفا كرونباخ قدرت ب (0.953)، وكلها قيم مرتفعة تتجاوز النسبة المعيارية المقبولة، وهذا يدل على ثبات أداة الدراسة وصلاحيتها.

9- الأساليب الإحصائية المستعملة في هذه الدراسة:

تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية في إطار هذا البحث، وتمثلت في:

— النسب المئوية.

— معامل الارتباط بيرسون.

— اختبارات لعينتين مستقلتين.

— معامل الثبات ألفا كرونباخ، سبيرمان براون، التجزئة النصفية.

— المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

خلاصة الفصل.

تطرقنا في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للدراسة، فقمنا باستخدام المنهج الوصفي وتطرقنا إلى عينة الدراسة والدراسة الاستطلاعية وأدوات الدراسة المستعملة وهي الاستبيان الخاص بالألم النفسي ومقياس استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وفي الأخير تطرقنا إلى الخصائص السيكومترية والأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

- 1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى.
- 2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية.
- 3- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة.
- 4- عرض ومناقشة الفرضية الرابعة.
- 5- الاستنتاج العام.
- 6- المقترحات والتوصيات.

تمهيد:

بعد تطرقنا في الفصل السابق الى الإجراءات المنهجية المتبعة في هذه الدراسة من تعريف لمنهج الدراسة وتعريف العينة الاستطلاعية للدراسة وكذلك المقاييس المعتمدة في هذه الدراسة وخصائصها السيكمومترية فسوف نتطرق في هذا الفصل الى عرض لنتائج الدراسة وتحليلها وتفسيرها لمعرفة مدى تحقق فرضيات الدراسة، ثم نختتم هذا الفصل باستنتاج عام ومقترحات وتوصيات لهذه الدراسة.

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الاولى:

تنص الفرضية الأولى على هناك علاقة بين الألم النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنية، وللتحقق من تحقق هذه الفرضية من عدمه تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين استجابات أفراد العينة على استبيان الألم النفسي وأبعاده مع استجابات أفراد العينة على استبيان استراتيجيات المواجهة وأبعاده، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (10) يوضح نتيجة معامل الارتباط بين الألم النفسي وآليات المواجهة

معامل الارتباط				
الألم النفسي ككل	الضغط	القلق	الاكتئاب	الأبعاد
0,014	0,259	-0,038	-0,169	التخطيط لحل المشكلة
0,344	0,373*	0,185	0,313	المواجهة
0,217	0,214	0,224	0,113	أخذ المسافات
0,104	0,226	-0,014	0,056	إعادة التقييم الايجابي
0,029	0,041	-0,045	0,078	التحكم في الذات
0,235	0,235	0,102	0,254	الهروب/التجنب
0,167	0,021	0,055	0,334	تأنيب الذات
0,326	0,502**	0,217	0,117	البحث عن السند الاجتماعي
0,222	0,297	0,107	0,162	استراتيجيات المواجهة ككل
* الارتباط دال عند (0.05)				الارتباط دال عند (0.01)

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد آليات المواجهة والألم النفسي والدرجة الكلية لآليات المواجهة والألم النفسي ككل غير دالة احصائيا عند (0.05) مما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بينهم، ما عدا بعد المواجهة مع بعد الضغط فقد كانت دالة احصائيا عند (0.05) حيث بلغ معامل الارتباط بينهما (0.373) وهي موجبة مما يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية (كلما زاد الأول زاد الثاني) إلا أنها ضعيفة، إضافة إلى العلاقة بين بعد البحث عن السند الاجتماعي والضغط فقد انت دالة عند (0.05) بقيمة (0.502) مما يدل على وجود علاقة ارتباطية طردية متوسطة بينهما، أي أن الفرضية الأولى التي تنص على وجود علاقة بين الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنيع لم تتحقق في كل الأبعاد والدرجة الكلية، ما عدا بعد المواجهة مع بعد الضغط فقد كانت ضعيفة وبعد البحث عن السند الاجتماعي والضغط فقد كانت متوسطة.

1-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

توصلت نتيجة الفرضية الأولى الى عدم وجود علاقة ارتباطية بين الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ويمكن أن نفسر هذه النتيجة أنه قد يكون راجعا إلى كون المريض الذي لديه ألم نفسي يعتمد في مواجهة هذه الضغوط على آلية المواجهة نشطة ولا يبقى خاملا بل يبذل كل الجهود المعرفية والانفعالية والنفسحركية والبيئشخصية التي يسعى من خلالها إلى التصدي للمواقف الضاغطة للتخلص منها، أو لتجنب آثارها السلبية (مادية ومعنوية) أو التقليل منها بهدف المحافظة قدر الإمكان على توازنه الانفعالي، وتكيفه النفسي والاجتماعي.

وجاءت نتيجة دراستنا مختلفة مع دراسة النبال وعبد الله (1997) تحت عنوان العلاقة بين أساليب مواجهة الضغوط النفسية مع بعض الاضطرابات النفسية والتي جاءت نتيجتها على انه توجد علاقة بين آليات المواجهة مع الاضطرابات النفسية لدى عينة الدراسة، دراسة واكلي بديعة (2011) بعنوان علاقة استراتيجيات مواجهة الضغط بدرجة الاكتئاب عند المكتئبين وكانت نتيجة دراستها وجود علاقة بين الاكتئاب وآليات المواجهة لدى المرضى، (واكلي، بديعة، 2014، ص01) ودراسة الهلي مصباح (2020) تحت عنوان الضغوط النفسية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى الأساتذة والتي كانت نتيجتها توجد علاقة بين الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى الأساتذة. (الهلي، مصباح، 2020، ص82)

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: يعاني مرضى القصور الكلوي بمستشفى العقيد مُجد شعباني بولاية المنية من الألم النفسي، وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد العينة على استبيان الألم النفسي وأبعاده، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (11): نتائج المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد العينة على أبعاد الألم النفسي

والاستبيان ككل

الأبعاد	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	المستوى	الرتبة
الاكتئاب	13,933	17.5	منخفض	2
القلق	13,566	17.5	منخفض	3
الضغط	14,466	17.5	منخفض	1
الألم النفسي ككل	41,966	52.5	منخفض	—

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة على بعد الاكتئاب قدر ب(13,933) وهو أقل من المتوسط الفرضي المقدر ب (17.5) مما يدل على مستوى منخفض، كما جاءت نتيجة المتوسط الحسابي لبعده القلق (13,566) وهي أقل من المتوسط الفرضي (17.5) مما يدل على مستوى منخفض، في حين كانت قيمة المتوسط الحسابي لبعده الضغط مقدرة ب (14,466) وهي أقل من المتوسط الفرضي (17.5) مما يدل على مستوى منخفض، كما يشير إلى أن المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة على استبيان الألم النفسي ككل قدر ب (41,966) وهو أيضا أقل من المتوسط الفرضي (52.5) مما يدل على مستوى منخفض، كما نلاحظ أن بعد الضغط احتل المرتبة الأولى، يليه بعد الاكتئاب في المرتبة الثانية، وفي الأخير بعد القلق، أي أن الفرضية الثانية التي تنص على أنه يعاني مرضى القصور الكلوي بمستشفى العقيد مُجد شعباني بولاية المنية من الألم النفسي لم تتحقق.

2-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

توصلت نتيجة الفرضية الثانية على أن مرضى القصور الكلوي المزمن لا يعانون من الألم النفسي وعليه يمكن ان نفسر هذه النتيجة على ان مرضى القصور الكلوي المزمن يتمتعون بصلاية نفسية جيدة ويرجع ذلك لحضوعهم للتكفل النفسي الجيد من طرف أخصائيين المصلحة، ويمكن أن نفسر هذه النتيجة على مرضى القصور الكلوي المزمن

يستخدمون آليات المواجهة والتي تتمثل في التخطيط لحل المشكلة والتحكم في الذات والبحث عن السند الاجتماعي وبالتالي يساعدهم على حل المشكلات النفسية والتي تتمثل في الاكتئاب والضغط النفسي والقلق على حسب مقياس DASS21 المطبق في هذه الدراسة.

وتشابهت هذه النتيجة مع دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشللق (2016)، بعنوان الألم النفسي لدى مرضى السرطان والتي كانت نتيجتها ان عينة الدراسة لديها مستوى منخفض من الألم النفسي، (جهاد، نادية، 2016، ص309)، واختلفت نتيجة دراستنا مع دراسة أعبيزي نسرين وآخرون (2022) تحت عنوان الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والتي كانت نتيجتها على وجود ألم نفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. (أعبيزي، وآخرون، 2022، ص 121) واختلفت أيضا مع دراسة دراسة خولة حمادي ونسيمة مزاور (2022) بعنوان الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب مرض السكري والتي كانت نتيجتها أن مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي. (حمادي، خولة، مزاور، نسيمة، 2022، ص556)

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أن: آلية المواجهة الأكثر استخداما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنية هي استراتيجية الهروب والتجنب، وللتأكد من تحقق هذه الفرضية من عدمه قمنا بحساب المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد العينة على استبيان استراتيجيات المواجهة وأبعاده، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (12): نتائج المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد العينة على أبعاد آليات المواجهة

والاستبيان ككل

الأبعاد	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	المستوى	الرتبة
التخطيط لحل المشكلة	10,566	12	منخفض	7
المواجهة	11,70	13,5	منخفض	5
أخذ المسافات	10,43	10,5	متوسط	3
إعادة التقييم الايجابي	13,83	12	مرتفع	1
التحكم في الذات	14,03	13,5	مرتفع	2
الهروب/التجنب	20,20	21	منخفض	5
تأنيب الذات	5,86	6	متوسط	4
البحث عن السند الاجتماعي	9,43	10,5	منخفض	6

استراتيجيات المواجهة ككل	96,76	100,5	منخفض	—
--------------------------	-------	-------	-------	---

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة على بعد التخطيط لحل المشكلة قدر ب (10,566) وهو أقل من المتوسط الفرضي (12) مما يدل على مستوى منخفض لهذه الآلية، كما يشير المتوسط الحسابي لبعدها المواجهة إلى (11,70) وهو أقل من المتوسط الفرضي (13,5) مما يدل على مستوى منخفض لهذه الآلية وقد جاء متوسط استجابات أفراد العينة على بعد أخذ المسافات (10,43) وهو قريب جدا من المتوسط الفرضي (10,5) مما يدل على مستوى متوسط، في حين جاء المتوسط الحسابي لبعدها إعادة التقييم الإيجابي (13,83) وهو أكبر من المتوسط الفرضي (12) مما يدل على مستوى مرتفع، كما أشارت قيمة المتوسط الحسابي لبعدها التحكم في الذات (14,03) وهو أكبر من المتوسط الفرضي (13,5) مما يدل على مستوى مرتفع، كما أشارت نتيجة المتوسط الحسابي لبعدها الهروب/التجنب إلى (20,20) وهو أقل من المتوسط الفرضي (21) مما يدل على مستوى منخفض، كما أشارت قيمة المتوسط الحسابي لبعدها تأنيب الذات إلى (5,86) وهو قريب جدا من المتوسط الفرضي (6) مما يدل على مستوى متوسط لهذه الآلية، والأخير قدر المتوسط الحسابي لبعدها البحث عن السند الاجتماعي ب (9,43) وهو أقل من المتوسط الفرضي (10,5) مما يدل على مستوى منخفض.

كما أشارت نتيجة المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة على استبيان آلية المواجهة ككل إلى متوسط قدره (96,76) وهو أقل من المتوسط الفرضي (100,5) مما يدل على انخفاض مستوى استخدام أفراد عينة البحث لآلية المواجهة

كما نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن بعد إعادة التقييم الإيجابي جاء في المرتبة الأولى يليه بعد التحكم في الذات في المرتبة الثانية بمستوى مرتفع، وفي المرتبة الثالثة نجد بعد أخذ المسافات وفي المرتبة الرابعة بعد تأنيب الذات بمستوى متوسط، أما بعد المواجهة والهروب/التجنب فقد احتلوا مع المرتبة الخامسة وبعدها بعد البحث عن السند الاجتماعي في المرتبة السادسة وفي المرتبة السابعة والأخيرة جاء بعد التخطيط لحل المشكلة وكلها بمستوى منخفض.

أي أن الفرضية الثالثة التي تنص على: أن: آلية المواجهة الأكثر استخداما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنيرة هي آلية الهروب والتجنب لم تتحقق، بل آلية المواجهة الأكثر استخداما لدى أفراد عينة البحث هي آلية إعادة التقييم الإيجابي.

3-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

توصلت نتيجة الفرضية الثالثة على أن الآلية الأكثر استخداما عند مرضى القصور الكلوي المزمن هي آلية إعادة التقييم الإيجابي ويمكن أن نفسر هذه النتيجة على آلية التقييم الإيجابي تعد جزءا أساسيا من آليات المواجهة التي يستعملها الفرد لمواجهة الضغوط النفسية، إذ تساهم هذه الآلية في تحسين في الحالة النفسية للمريض، وتساعده على تحقيق ارتياح نفسي جيد، وتمثل هذه الآلية في المريض يتعامل مع المواقف المزعجة بطريقة أكثر إيجابية وإنتاجية وبالتالي تساعده على تخطي المشاكل النفسية التي تواجهه، ويمكن أن نفسر هذه النتيجة أيضا على أن اعتقادات ورغبات الأفراد في إعادة التقييم الإيجابي يتمثل في التحكم بالمشكل وحله أكثر من الاستسلام. فشعور الفرد بأن الألم موقف ضاغط وعليه تقبله كحدث مفروض يهدد حياته فيجعله يحاول تحليله وإعادة تقييمه مما تساعده على حل وتعديل الضغوط المرتبطة بالمرض والألم.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة نزمين غريب (2014) بعنوان بعنوان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري والتي كانت نتيجتها أن الاستراتيجيات المستخدمة من قبل مرضى السكري من النمط الأول هي الاستراتيجيات السلبية، بينما استخدم مرضى السكري من النمط الثاني الاستراتيجيات الايجابية في مواجهة الضغوط النفسية. (غريب، نزمين، 2014، ص305) واختلفت أيضا نتيجة دراستنا مع دراسة شفيق ساعد (2019) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية وكانت نتيجتها استخدام المرضى بدرجات متفاوتة لمجموعة متنوعة من استراتيجيات مواجهة الضغوط تمثلت بدرجة أولى في الانسحاب السلوكي ثم التقبل وفي مستوى ثان استراتيجيات التكيف الروحاني وضبط النفس والبحث عن الدعم الاجتماعي الواسع.

4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في آلية المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنية تعزى لمتغير الجنس، وللتأكد من تحقق الفرضية من عدمه تم حساب اختبار T لعينتين مستقلتين لاستجابات أفراد العينة على استبيان مواجهة الضغوط وعلى أبعاده الفرعية والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (13) يمثل نتيجة اختبارات للفروق في آليات المواجهة وفق متغير الجنس:

الأبعاد	المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التخطيط لحل المشكلة	ذكر	19	10,68	0,214	28	0.832
	انثى	11	10,36			
المواجهة	ذكر	19	12,10	0,535		0,597
	انثى	11	11,00			
أخذ المسافات	ذكر	19	9,89	_1,153		0.258
	انثى	11	11,36			
إعادة التقييم الايجابي	ذكر	19	13,31	_0,973		0,3391
	انثى	11	14,72			
التحكم في الذات	ذكر	19	14,73	1,240		0,225
	انثى	11	12,81			
الهروب/التجنب	ذكر	19	20,52	0,327		0,746
	انثى	11	19,63			
تأنيب الذات	ذكر	19	6,05	0,520		0,607
	انثى	11	5,54			
البحث عن السند الاجتماعي	ذكر	19	9,57	0,245		0,809
	انثى	11	9,18			
استراتيجيات المواجهة ككل	ذكر	19	97,42	0,157		0,877
	انثى	11	95,63			

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن مستوى الدلالة لقيمة ت الناتجة للفروق بين الجنسين في آليات المواجهة ككل وبين الأبعاد كلها غير دالة عند (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في آليات المواجهة ككل وبين الأبعاد.

أي أن الفرضية الرابعة التي تنص على وجود فروق ذات دلالة احصائية في آليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنيعه تعزى لمتغير الجنس لم تتحقق.

4-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

توصلت نتيجة الفرضية الرابعة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في آليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنيعه تعزى لمتغير الجنس، فيمكن تفسير هذه النتيجة من خلال تأثير الخصائص المرتبطة بالمرض والمعتقدات السائدة حوله في الوسط العائلي والاجتماعي، بالإضافة إلى تشابه الموقف الذي الأفراد هم بصدد مواجهته كما يمكن أن تفسر على أن الفروق تعود إلى القدرات الشخصية، والمميزات الإدراكية والمعرفية للفرد، أكثر من اعتبار نوع الفرد مؤشرا لكيفية استخدامه لاستراتيجيات المواجهة. فالمرض لا يفرق بين أنثى وذكر وخاصة إذا ما تعرضوا لنفس الشروط الضاغطة.

وتشابهت نتيجة دراستنا مع دراسة شفيق ساعد (2019) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية والتي كانت نتيجة دراستها لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس. (شفيق، ساعد، 2019، ص02)

5- الاستنتاج العام:

من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها والمتمثلة في دراسة الألم النفسي وعلاقته بآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، واعتبارا لما يشكله هذا المرض من تهديد سواء من الناحية الجسدية، التي تمس عضو داخلي وهو الكلى هنا العلاج الفعال والوحيد هو أن يتم الالتزام بالتصنيفية، هذه الأخيرة تجعل الجسد في حالة ارهاق ونقص في الجهد إلا أنها تقنية تسمح للمريض بمواصلة حياته، أو من الناحية النفسية التي تعتبر مؤشرا ودليلا على أن العلاج أثر عليه مما أدى الى زيادة في الألم النفسي لدى المريض، وبالتالي تظهر جملة من الاضطرابات الخاصة (الضغط النفسي، القلق والاكتئاب) الناتج عن التجربة المرضية التي يعيشها المريض مع وعيه بخطورة المرض وعدم جدوى العلاج حيث أن الضغط النفسي يعيشه المصاب تحت ضغط الألم الجسدي الذي ينتج عن إصابة ناتجة أو محصلة للإصابة الجسدية، وتختلف فعالية المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بتعدد إستراتيجيات المواجهة المستعملة، وذلك حسب الخصائص الشخصية للفرد من حيث قدرته على التحكم في الوضعية الضاغطة، التي هي الأخرى تختلف من حيث الشدة والمدة. كما تكون إستراتيجيات مواجهة فعالة من خلال التقدير والتقييم المعرفي الدقيق للموقف الضاغط واختيار الإستراتيجية الملائمة له.

ومن ثم التطرق في هذه الدراسة للبحث عن الألم النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنبعا، وكذا الكشف عن وجود الألم النفسي لدى عينة الدراسة، ومعرفة أكثر آليات المواجهة استخداما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ومعرفة الفروق في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس، ولتحقيق هذا الهدف قمنا بتطبيق مقياس الألم النفسي DASS 21 ومقياس آليات المواجهة لازاروس وفولكمان (1980) على عينة قوامها (30) مريض بإتباع المنهج الوصفي والاستعانة بجملة من الأساليب الإحصائية وبعد تحليل البيانات توصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- لا توجد علاقة بين الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنبعا.

- لا يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنبعا من الألم النفسي.

- تتمثل آلية المواجهة الأكثر استخداما عند مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنبعا في آلية إعادة التقييم الإيجابي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لآليات (استراتيجيات) المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى العقيد محمد شعباني بولاية المنبعا تعزى لمتغير الجنس.

6-المقترحات والتوصيات:

بناء على هذا الدراسة استخلصنا بعض التوصيات والمقترحات نذكر منها:

-الاهتمام بمرضى القصور الكلوي المزمن من الناحية النفسية والطبية بتوفير أخصائيين نفسانيين في جميع مراكز تصفية الدم، من أجل توعية هذه الفئة بالمرض، وتخفيف المعاناة عنهم، ومساعدتهم لتجاوز الضغوطات اليومية.

-وضع برنامج للتكفل التام بفئة الأمراض المزمنة وخاصة فئة القصور الكلوي المزمن.

- العمل على التخفيف من حدة المرض بواسطة الدعم الاجتماعي والأسري المقدم من طرف الأقارب والأصدقاء.

-تشجيع البحث في ميدان علم النفس خصوصا في مجال الألم النفسي وآليات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- الاهتمام بتكوين النفسانيين خصوصا في علم النفس العيادي بالتكفل بهاته الفئة كونها تحتاج إلى تكفل خاص من قبل طاقم الرعاية الصحية.

-مواصلة البحث في هذا الموضوع وذلك بإكثار عينة الدراسة وإضافة بعض المتغيرات.

قائمة المراجع

أولاً: قائمة المراجع باللغة العربية:

الكتب:

1. أبو علام، رجاء (2014) مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات، جامعة القاهرة، مصر.
2. أبوزيد، مُجدد عبد الحميد (2001) الإكتئاب ودراسة سكوباتولوجية، دار المعرفة للنشر، الإسكندرية، مصر.
3. أبوزيد، مُجدد عبد الحميد (2006) الفشل الكلوي الوقاية والعلاج، دار المعارف، القاهرة، مصر.
4. البار، مُجدد علي (1992) الفشل الكلوي: أسبابها وطريقة الوقاية منها وعلاجها، دار القلم، بيروت، لبنان.
5. بن سلمان، فهد (2011) الكشف المبكر والوقاية والعلاج المحافظ عند مرضى الكلى المزمنين، دار كلانا، المملكة العربية السعودية.
6. بوحوش، عمار (1995)، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
7. بوخيار، ربيع، راحيس، إبراهيم (2020) الاكتئاب وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية لدى المراهقين المتمدرسين، الجزائر.
8. أبو دلو، جمال (2009)، الصحة النفسية، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
9. جميل، سامر رضوان (2016) التشخيص النفسي الاكلينيكي، جزء 1، دار الكتاب الجامعي، القاهرة، مصر.
10. الحجاوي، عبد الكريم (2004) موسوعة الطب النفسي، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.
11. حسن، مصطفى عبد المعطي (2006) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط2، مكتبة زهراء، القاهرة، مصر.
12. دورون، رولان، بارو، فرونسواز (1996) موسوعة علم النفس، المجلد 02، ط01، عويدات للنشر والطباعة، بيروت، لبنان.
13. دويدار، عبد الفتاح (1993) سيكولوجية النمو والارتقاء، ط01، دار النهضة، بيروت، لبنان.
14. زيدنر، موشي، ماثيوس، جيرالد، (2016) القلق، ترجمة س عبد الله واخرون، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

15. سامر، جميل رضوان (2002) الصحة النفسية، ط1، دار المسيرة عمان.
16. السلطان، ابتسام مُجَّد سلطان (2009) المساندة الاجتماعية واحداث الحياة الضاغطة، ط1، دار الصفاء، عمان.
17. سناء، مُجَّد سليمان (2008) الأمراض النفسية والأمراض العقلية، ط1، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
18. السويداء، عبد الكريم (2010) المرشد الشامل لمرض الفشل الكلوي، ط1، وهج الحياة للنشر، المملكة العربية السعودية.
19. الشاذلي، محمود خليل واخرون (2011) طب المجتمع، أكاديمية إنترناشيونال بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية، لبنان.
20. شيلي، تيلور (2008) علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر داوود، دار حامد، عمان.
21. صادق، عادل (1984) الألم النفسي والعضوي، كلية الطب، عين الشمس، القاهرة.
22. صبور، مُجَّد صادق (1994) أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها، دار الشروق، القاهرة، مصر.
23. طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم حسين (2006) العلاج النفسي المعرفي، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، والإسكندرية، مصر.
24. عبد الرحمان، مُجَّد السيد (2000) علم الامراض النفسية والعقلية، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
25. العزاوي، رحيم يونس (2008) مقدمة في منهج البحث العلمي، ط1، دار دجلة، عمان.
26. العسيري، عبد الرحمان (1992) الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
27. عطية، محسن علي (2009) البحث العلمي في التربية مناهجه وأدواته ووسائله الإحصائية، دار المناهج، عمان.
28. عكاشة، أحمد (2008) الطب النفسي الحديث، الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
29. عوض، عباس محمود (1998) القياس النفسي بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.

30. غانم، مُجدّ حسن (2006) الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
31. الغرير، أحمد نايل (1992) العلاج النفسي والاجتماعي، دار الشروق، القاهرة، مصر.
32. فريجات، حكمت عبد الكريم (2000) تشریح جسم الإنسان، ط1، دار الشروق، عمان.
33. القاسم، جمال مثقال (2000) الاضطرابات السلوكية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
34. كشرود، عمار (1995) علم النفس الصناعي والتنظيمي الحديث، دار الكتاب الوطنية، بنغازي، ليبيا.
35. لوكيا، الهاشمي (2006) الاجهاد، دار الهدى للطباعة والنشر، الجزائر.
36. مدحت، عبد الحميد (2001) الإكتئاب دراسة في السيكومترية، ط1، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
37. المشهداني، سعد سلمان (2019) منهجية البحث العلمي، ط1، دار أسامة، عمان.
38. هناء، أحمد شويخ (2009) برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية لدى المرضى، دار الوفاء للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
39. يخلف، عثمان (2001) علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، قطر.
- الرسائل العلمية:**
1. أعبيزي، نسرین، جبار، وئام (2022) الألم النفسي وجودة الحياة عند مرضى القصور الكلوي المزمن، مذكرة ماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة قلمة، الجزائر.
2. أحميتي، نورة وآخرون (2015) استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى عمال الصحة المصابين بداء السكري، مذكرة ماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة البويرة، الجزائر.
3. آيت حمودة، حكيمه (2006) دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط والصحة النفسية، رسالة لنيل شهادة دكتوراه، جامعة الجزائر.
4. براهيمية، جهاد (2018) الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس المرضي المؤسساتي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

5. بقي، مي بن محمد (2008) إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتئاب لدى عينة من التلميذات، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية.
6. بكار، سارة (2013) أنماط التفكير لدى طلبة الجامعة وقلق المستقبل المهني، مذكرة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة تلمسان، الجزائر.
7. حدان، ابتسام (2014) فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
8. حماد، سميح مصطفى (2012) القلق وضغوط الحياة لدي زوجات ذوات الإجهاض المتكرر، رسالة ماجستير في الارشاد النفسي، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
9. دويدار، عبد الفتاح محمد (2007) المرجع في مناهج البحث في علم النفس وفنيات كتابة البحث العلمي، ط4، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
10. رزقي، رشيد (2011) بناء وتجريب مدى فاعلية برنامج التكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه غير منشورة علوم في علم نفس. قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا. جامعة باتنة، الجزائر.
11. ساعد، شفيق (2019) مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى لمصابين بالأمراض السيكوسوماتية، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
12. سعادة، إبراهيم محمد سلامة (2011) اعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة القدس، فلسطين.
13. الشمالي، نضال عبد اللطيف (2015) العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي، رسالة ماجستير في التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
14. شمال حماني، صفية (2007) استراتيجيات مقاومة الضغوط المهنية وعلاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.
15. طبي، سهام (2005) أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من المصابين بالحروق، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

16. عباس، وسيلة (2011) الاستجابة الاكتئابية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مذكرة لنيل شهادة ماستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة البويرة، الجزائر.
17. العجوري، وجاد حسين إبراهيم (2007) فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى مهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.
18. عوض الله، سلامة واخرون (2008) التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض متغيرات سمات الشخصية، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
19. غالي، عائشة (2021) الألم النفسي لمرضى السرطان في جائحة كورونا 19، مذكرة ماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم، الجزائر.
20. محمود، كاظم وآخرون (ب س) أثر السلوك التصريحي والاسترخاء في تخفيف الألم النفسي لدى طالبات معهد اعداد المعلمات، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، العراق.
21. مرازقة، وليدة (2009) مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
22. مزلق، وفاء (2014) استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان، مذكرة ماجستير، جامعة سطيف2، الجزائر.
23. يحيوي، وردة (2014) اختبار فاعلية برنامج علاجي انتقائي متعدد الابعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتقدمة، مذكرة دكتوراه علم النفس، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

المجلات والدوريات العلمية:

1. براهيمية، جهاد، بوشلاق، نادية (2016) الألم النفسي لدى مرضى السرطان، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 27، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
2. حمادي، خولة، مزاور، نسيم (2022) الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب مرض السكري، دراسة عيادية لحالتين بمستشفى آفلو ولاية الاغواط، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 16، العدد 01، الجزائر.
3. السنيد، محمد (2010) الفشل الكلوي وكيفية التعامل معه، مجلة بلسم جمعية، العدد 42، الهلال الأحمر الفلسطيني، فلسطين.

4. غريب، نزمين (2014) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد 36، العدد 3، سوريا.
5. القماح محمود ايمان (2002) علاقة مفهوم الذات بأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من الراشدين المصريين والإمارتين، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، م13.
6. لونيس، زهير وآخرون (1988) العقلنة لدى مرضى القصور الكلوي دراسة عيادية لحالتين بالمؤسسة الاستشفائية مرواني عابد بالشطية - الشلف، باستعمال اختبار الروشاخ، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية قسم العلوم الاجتماعية، العدد 20، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، الجزائر.

ثانيا قائمة المراجع بالأجنبية:

1. Schneider, M. B (2002), Psychologie de la santé, Presse universitaire française, Paris, France.
2. Jean Benjamin(1993) Stara Lestresse, 2^{eme} dition, Paris.
3. Joel Swendsen (2004) Le Stress, Nathan, Paris.
4. Zautra A J (2003) Emotions, Stress, and Health. Oxford university press.
5. Bourgeois M & Paulhan I (1995) Stress ET coping. Puf collection.
6. Lazarus S (1991) Emotion and adaptation, Oxford University Press.
7. Carver C S, Scheier M F & Weintraub J K (1989) Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology.
8. Lazarus R S & Folkman S. (1984) Stress, Appraisal and coping. Springer New York.
9. Paulhan I & a l. (1994) La mesure du Coping. Traduction et validation Française de l'échelle de Vitaliano. L'annale Médico psychologique.
10. Schooler C & Pearlin L I (1978) the structure of coping. Journal of Health and Social Behavior,
11. Solomon Z (1988) Coping, locus of control social support and combat related post-traumatic stress disorder A prospective study. Personality and social psychology.
12. Schweitzer & Dantzer R (2003) Introduction à La Psychologie De La Santé, Presse Universitaire De France ,4 éme Ed, Paris.
13. Lazarus .R (1986) Psychological Stress and Coping grow- hill, inc.
14. Kelly.M (1996) Clinical Snapshot, Chronic Renal Failure. Jornal Sociology, London, Vol. 96, 1.

15. Smeltzer. S. Bare.B (2000) **Burnner and Suddarths Text Book Of. Medical** Shurgical Nursing ", 9 th ed.

الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس DASS21 للألم النفسي.

جامعة غرداية

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

ثانية ماستر علم النفس العيادي

بعد التحية والسلام يشرفنا أن نضع بين أيديكم مجموعة من العبارات ونرجو منكم الإجابة عليها بكل صدق وموضوعية. ونحيطك علما بأن إجابتك سوف تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي فقط وشكرا.

ملاحظة:

- قراءة العبارات جيدا قبل الإجابة.

- لا تترك عبارة دون الجواب عليها.

الجنس: السن: الحالة الاجتماعية:

الحالة الاقتصادية: عدد سنوات الإصابة بالمرض:

الرقم	العبارات	لا ينطبق عليا اطلاقا	تنطبق علي الى حد ما	تنطبق علي بدرجة كبيرة	تنطبق عليا تماما
01	وجدت صعوبة في أن أهدأ.				
02	كنت على علم بوجود جفاف في فمي.				
03	يبدو أنني لم أكن قادرا على تجربة أي شعور إيجابي على الإطلاق.				
04	لقد واجهت صعوبة في التنفس (على سبيل المثال، التنفس بشكل سريع، وضيق في التنفس، في غياب مجهود بدني).				
05	وجدت صعوبة في المبادرة بفعل الأشياء.				
06	أميل إلى المبالغة في ردود أفعالي اتجاه المواقف.				
07	أصابني ارتجاف (مثلا في الأيدي).				
08	شعرت بأنني كنت أستخدم الكثير من الطاقة العصبية.				

				09 شعرت بالقلق حول الحالات التي قد أصاب فيها بالذعر، والتي أكون فيها مغفل.
				10 شعرت بأنه ليس لدي ما أتطلع إليه.
				11 وجدت نفسي منفعلا.
				12 وجدت صعوبة في الاسترخاء.
				13 شعرت بالحزن والاكتئاب.
				14 تعصبت من أي شيء يمنعني من فعل ما على القيام به.
				15 شعرت بأنني على وشك الإصابة بالذعر.
				16 عجزت عن التحمس لأي شيء.
				17 شعرت بأنه ليست لي قيمة كبيرة كشخص.
				18 شعرت بأني كنت حساسا نوعا ما.
				19 شعرت بخفقان قلبي في غياب أي جهد بدني (مثلا زيادة في ضربات القلب)
				20 شعرت بالخوف من دون أي مبرر مقبول.
				21 شعرت أن الحياة لا معنى لها.

الملحق رقم (02): مقياس آليات المواجهة.

الرقم	الطرق المستعملة في مواجهة المشاكل	اطلا قا	الى حد ما	كثيرا جدا	كثيرا جدا
01	ركزت فقط على ما سأفعله لاحقا في الخطوة التالية				
02	حاولت تحليل المشكلة لفهمها أكثر				
03	شغلت نفسي بعمل أو نشاط بديل حتى لا أفكر كثيرا				
04	شعرت بأن الوقت كفيل بتغيير الأمور وعليه فما على إلا الانتظار				
05	ناقشت أو بحثت عن حل وسط للاستفادة من الوضعية				
06	قمت بشيء لم أكن اعتقد انه يصلح، ولكنني قمت به على الأقل				
07	حاولت إقناع الشخص المسؤول بغية تغيير رأيه				
08	كلمت شخصا لأتعرف أكثر على الوضعية				
09	انتقدت نفسي أو ويحتها				
10	حاولت أن استعجل الأمور ولكنني تركتها نوعا ما موضع بحث				
11	تمنيت أن تحدث معجزة				
12	سايرت القدر في بعض الأحيان وكان حظي سيئا				
13	تصرفت وكأن شيئا لم يحدث				
14	حاولت أن احتفظ بمشاعري لنفسي				
15	نظرت إلى الجانب المستقطب (ملف للنظر) للمشكلة وحاولت أن أرى الجانب الإيجابي للأشياء				
16	دمت أريد من العادة				
17	أظهرت عضي للشخص (الأشخاص) المتسبب في المشكلة				
18	قبلت عطف وتفهم شخص ما				
19	كلمت نفسي عن أشياء ساعدتني في الشعور بالراحة				
20	أهملت القيام بشيء إبداعي				
21	حاولت نسيان كل شيء				
22	تحصلت على مساعدة مختص				
23	تغيرت أو تطورت بشكل ايجابي				

				انتظرت لأرى ما قد يحدث قبل أن أقوم بأي شيء	24
				اعتذرت وقمت بشيء ما لاستدراك نفسي	25
				وضعت مخطط عملي واتبعته	26
				قبلت بشيء إيجابي آخر غير الشيء الذي كنت أريده	27
				أظهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى	28
				أدركت أنني المتسبب في المشكل	29
				خرجت من المشكلة بشكل أحسن مما دخلت به فيها	30
				كلمت شخصا بإمكانه فعل شيء ملموس اتجاه المشكلة	31
				ابتعدت عن المشكلة لبرهة، وحاولت ان ارتاح أو أن أخذ عطلة	32
				حاولت أن اشعر بتحسن عن طريق الأكل، الشرب التدخين، تعاطي المخدرات، الأدوية... الخ	33
				قمت بمجازفة كبيرة أو شيء خطير جدا	34
				حاولت أنا أتصرف بتهور	35
				وجدت إيمانا جديدا	36
				أبقيت على اعتزازي واحتفظت بصلابتي	37
				اكتشفت من جديد ما هو مهم في الحياة	38
				غيرت أمرا بغرض أن تنقلب الأمور إلى الأفضل.	39
				تجنبت التواجد مع الناس عموما	40
				لم أترك المشكلة تطغى علي رفضت التفكير فيها كثيرا	41
				طلبت النصح من شخص قريب أو صديق أحترمه	42
				لم أترك الآخرين يعلمون أن الأمور كانت سيئة	43
				سلطت الأضواء على الوضعية ورفضت أن أكون جديا بخصوصها	44
				كلمت شخصا عن طبيعة أحاسيسي	45
				ثبت في مكاني من أجل ما كنت أريده	46
				لمت غيري من الناس حول المشكلة	47
				استفدت من تجاربي السابقة إذ كنت في وضعية مماثلة	48
				عرفت ما يجب عمله، فضعمله، فضاغفت جهدي الأمور	49

				رفضت الاعتقاد أن ذلك وقع	50
				تعهدت نفسي أن الأمور سوف تتحسن	51
				خرجت بمجموعة حلول للمشكلة	52
				طالما لم أتمكن من فعل أي شيء فقد قبلت المشكلة	53
				حاولت أن أبعاد مشاعري حتى لا تتداخل كثيرا مع أمور أخرى	54
				تمنيت لو باستطاعتي تغيير ما حدث أو ما شعرت به	55
				غيرت أشياء في نفسي	56
				حلمت أو تخيلت موقفا أو وضعاً أحسن من الذي كنت فيه	57
				تمنيت لو أن الوضعية تنتهي أو بطريقة تجد حلا	58
				لجأت للخيال والتمنيات حول إمكانية انقلاب الأمور	59
				تضرعت إلى الله	60
				حضرت نفسي للأسوأ	61
				شرد تفكيري إلى ما يمكنني أن أقول أو أقوم به	62
				فكرت كيف يمكن لشخص أقدره أن يتعامل بهذه الوضعية، ثم اتخذت ذلك نموذجا.	63
				حاولت أن أرى الأشياء من وجهة نظر شخص آخر	64
				ذكرت نفسي إلى أي حد يمكن للأشياء أن تسوء	65
				عدوت أو تمنيت	66
				جريت شيئا مختلفا تماما عن جميع ما سبق ذكره	67

الملحق رقم (03) مخرجات SPSS.

Correlations

		الألم النفسي ككل	الاكتئاب	القلق	الضغط
الألم النفسي ككل	Pearson Correlation	1	,755**	,788**	,792**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	20	20	20	20
الاكتئاب	Pearson Correlation	,755**	1	,315	,409
	Sig. (2-tailed)	,000		,177	,074
	N	20	20	20	20
القلق	Pearson Correlation	,788**	,315	1	,511*
	Sig. (2-tailed)	,000	,177		,021
	N	20	20	20	20
الضغط	Pearson Correlation	,792**	,409	,511*	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,074	,021	
	N	20	20	20	20

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

		استراتيجيات المواجهة ككل
استراتيجيات المواجهة ككل	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20
التخطيط لحل المشكلة	Pearson Correlation	,861**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
المواجهة	Pearson Correlation	,909**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
أخذ المسافات	Pearson Correlation	,852**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
إعادة التقييم الايجابي	Pearson Correlation	,836**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
التحكم في الذات	Pearson Correlation	,923**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
الهروب التجنب	Pearson Correlation	,960**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
تأنيب الذات	Pearson Correlation	,824**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
البحث عن السند الاجتماعي	Pearson Correlation	,821**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الألم النفسي	الدنيا	7	30,5714	1,81265	,68512
	العليا	7	53,5714	7,27684	2,75039
استراتيجيات الواجهة	الدنيا	7	62,2857	20,67780	7,81547
	العليا	7	132,2857	15,10755	5,71012

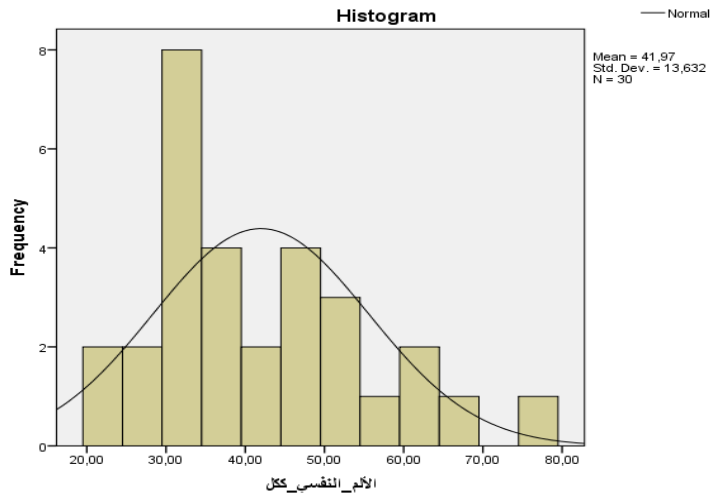
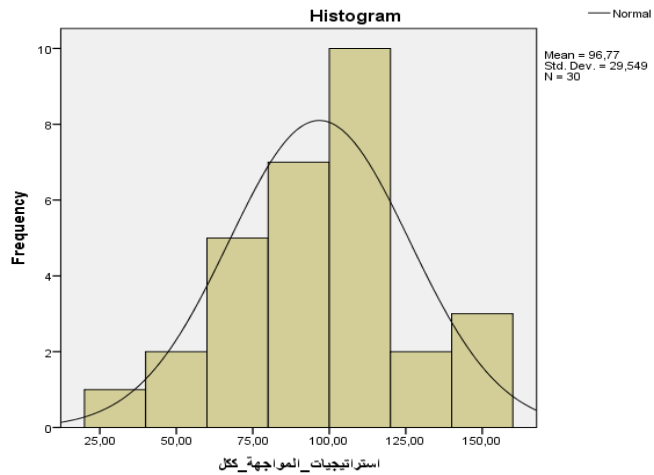
Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,953	67

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
الألم_النفسى_ككل	,176	30	,079	,933	30	,059
استراتيجيات_المواجهة_ككل	,109	30	,200*	,983	30	,889

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction



الجنس

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ذكر	19	63,3	63,3	63,3
انثى	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

السن

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid من 20 إلى 30 سنة	6	20,0	20,0	20,0
من 31 إلى 40 سنة	5	16,7	16,7	36,7
من 41 إلى 50 سنة	8	26,7	26,7	63,3
51 سنة فأكثر	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

الحالة الاجتماعية

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid أعزب	7	23,3	23,3	23,3
متزوج	21	70,0	70,0	93,3
مطلق	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

الحالة الاقتصادية

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid سيئة	6	20,0	20,0	20,0
متوسطة	16	53,3	53,3	73,3
جيدة	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

عدد سنوات الإصابة

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid أقل من 5 سنوات	15	50,0	50,0	50,0
من 6 إلى 10 سنوات	7	23,3	23,3	73,3
من 11 إلى 15 سنة	3	10,0	10,0	83,3
أكثر من 16 سنة	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

		الألم النفسي ككل	الاكتئاب	القلق	الضغط
التخطيط لحل المشكلة	Pearson Correlation	,014	-,169	-,038	,259
	Sig. (2-tailed)	,941	,371	,840	,167
	N	30	30	30	30
المواجهة	Pearson Correlation	,344	,313	,185	,373
	Sig. (2-tailed)	,062	,093	,329	,042
	N	30	30	30	30
أخذ المسافات	Pearson Correlation	,217	,113	,224	,214
	Sig. (2-tailed)	,249	,553	,234	,257
	N	30	30	30	30
إعادة التقييم الإيجابي	Pearson Correlation	,104	,056	-,014	,226
	Sig. (2-tailed)	,585	,769	,943	,230
	N	30	30	30	30
التحكم في الذات	Pearson Correlation	,029	,078	-,045	,041
	Sig. (2-tailed)	,877	,683	,812	,829
	N	30	30	30	30
الهروب التجنب	Pearson Correlation	,235	,254	,102	,235
	Sig. (2-tailed)	,212	,176	,593	,210
	N	30	30	30	30
تأنيب الذات	Pearson Correlation	,167	,334	,055	,021
	Sig. (2-tailed)	,378	,071	,771	,914
	N	30	30	30	30
البحث عن السند الاجتماعي	Pearson Correlation	,326	,117	,217	,502
	Sig. (2-tailed)	,079	,539	,249	,005

	N	30	30	30	30
استراتيجيات_المواجهة_ككل	Pearson Correlation	,222	,162	,107	,297
	Sig. (2-tailed)	,238	,393	,575	,111
	N	30	30	30	30

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
الاكتئاب	30	13,9333	5,59515
القلق	30	13,5667	5,44365
الضغط	30	14,4667	5,19770
الألم_النفسي_ككل	30	41,9667	13,63182
Valid N (listwise)	30		

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
التخطيط_لحل_المشكلة	30	10,5667	3,89237
المواجهة	30	11,7000	5,38933
أخذ_المسافات	30	10,4333	3,38030
اعادة_التقييم_الاجابي	30	13,8333	3,82445
التحكم_في_الذات	30	14,0333	4,12297
الهروب_التجنب	30	20,2000	7,07789
تأنيب_الذات	30	5,8667	2,54251
البحث_عن_السند_الاجتماعي	30	9,4333	4,21560
استراتيجيات_المواجهة_ككل	30	96,7667	29,54912
Valid N (listwise)	30		

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
استراتيجيات_المواجهة_ككل	ذكر	19	97,4211	34,46627	7,90711
	انثى	11	95,6364	19,79026	5,96699
التخطيط_لحل_المشكلة	ذكر	19	10,6842	4,09678	,93987
	انثى	11	10,3636	3,69521	1,11415
المواجهة	ذكر	19	12,1053	6,06350	1,39106
	انثى	11	11,0000	4,14729	1,25045
أخذ_المسافات	ذكر	19	9,8947	3,79905	,87156
	انثى	11	11,3636	2,37793	,71697
اعادة_التقييم_الاجابي	ذكر	19	13,3158	4,24333	,97349
	انثى	11	14,7273	2,93567	,88514
التحكم_في_الذات	ذكر	19	14,7368	4,88583	1,12089
	انثى	11	12,8182	1,94001	,58493
الهروب_التجنب	ذكر	19	20,5263	8,46803	1,94270
	انثى	11	19,6364	3,95658	1,19295
تأنيب_الذات	ذكر	19	6,0526	2,77836	,63740
	انثى	11	5,5455	2,16165	,65176
البحث_عن_السند_الاجتماعي	ذكر	19	9,5789	3,92026	,89937
	انثى	11	9,1818	4,87480	1,46981

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
استراتيجيات_المواجهة_ككل	Equal variances assumed	3,753	,063	,157	28	,877	1,78469	11,38837	-21,54333	25,11271

	Equal variances not assumed			,180	27,996	,858	1,78469	9,90592	-18,50680	22,07618
التخطيط_لحل_المشكلة	Equal variances assumed	,550	,464	,214	28	,832	,32057	1,49957	-2,75116	3,39231
	Equal variances not assumed			,220	22,864	,828	,32057	1,45763	-2,69575	3,33689
المواجهة	Equal variances assumed	2,411	,132	,535	28	,597	1,10526	2,06746	-3,12973	5,34026
	Equal variances not assumed			,591	27,050	,559	1,10526	1,87048	-2,73231	4,94284
أخذ_المسافات	Equal variances assumed	2,144	,154	-1,153	28	,258	1,46890	1,27345	-4,07744	1,13965
	Equal variances not assumed			-1,302	27,739	,204	1,46890	1,12857	-3,78165	,84385
إعادة_التقييم_الإيجابي	Equal variances assumed	2,134	,155	-,973	28	,339	1,41148	1,45028	-4,38225	1,55928
	Equal variances not assumed			-1,073	26,932	,293	1,41148	1,31573	-4,11146	1,28849
التحكم_في_الذات	Equal variances assumed	3,888	,059	1,240	28	,225	1,91866	1,54780	-1,25187	5,08919
	Equal variances not assumed			1,518	25,707	,141	1,91866	1,26433	-,68165	4,51897
الهروب_التجنب	Equal variances assumed	4,269	,048	,327	28	,746	,88995	2,72386	-4,68963	6,46953
	Equal variances not assumed			,390	27,178	,699	,88995	2,27974	-3,78626	5,56616
تأنيب_الذات	Equal variances assumed	,514	,479	,520	28	,607	,50718	,97563	-1,49131	2,50566
	Equal variances not assumed			,556	25,379	,583	,50718	,91163	-1,36894	2,38330
البحث_عن_السند_الاجتماعي	Equal variances assumed	1,414	,244	,245	28	,809	,39713	1,62369	-2,92885	3,72311
	Equal variances not assumed			,230	17,525	,820	,39713	1,72314	-3,23008	4,02434