



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -



كلية العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

مذكرة تكميلية لنيل شهادة ماستر تخصص: علم العيادي والصحة العقلية

القلق والإكتئاب لدى لمرضى القصور الكلوي

الخاضعين لعملية تصفية الدم (الدياليز)

دراسة ميدانية بمستشفى تجديت مستغانم (مصلحة تصفية الدم)

إعداد الطالبتين :

- عيشوني خيرة

- بن لزرق خديجة

- لجنة المناقشة:

رئيساً: أ شرقي حورية

مؤطراً أ حمزاوي زهية

مناقشاً أ بوريشة جميلة

الموسم الجامعي : 2015-2016 .

يتمثل المجتمع الاصلى فى الدراسة الحالية الحالات المصابة بالقصور الكلوى الخاضعين لعملية التصفية الدياليز بالمؤسسة الاستشفائية تجديت - بمستغانم- حيث يبلغ عددهم 148 حالة .

اختيار العينة :

تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة ، يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها (عبيدات وآخرون ، 1999 ، ص84).

وقد تم اختيار العينة أو الحالات المراد دراستها من مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الاستشفائية -تجديت- بطريقة قصدية أي عمدية ، حيث أن العينة تلائم أغراض البحث وذلك بناء على ملفاتهم واستنادا إلى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم وقد احتوت العينة على ستة حالات 3 ذكور 3 إناث حتى يتسنى لنا الوصول الى نتائج .

خصائص العينة :

تتصف عينة الدراسة الحالية بمجموعة من الخصائص كما هو موضح فى الجدول رقم (01) التالى:

2-2

مناقشة الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على

"

مستوى القلقمر تفعلد بالمرض بالمصابين بالقصور الكلوي فقالمتغير الجنس".

من خلال النتائج المتحصلة عليها فيدراسة الحالة ومقاييس الدراسة توصلنا الى انهمستوى القلقمر تفعلد بالمرض بالمصابين بالقصور الكلوي فقالمتغير الجنس، وهذا ما دعمها اختلافتنا في قياسات يولور للقلق عند الاناث الذكور، والاعراض الملاحظة على الحالات المتمثلة بعدم تقبل المرض والخوف من اعادة التحاليل الدموية بالإضافة الى الشعور بفقدان الاهتمام والامبالاة صاحبها الشعور بالفشل وفقدان الشهية والارهاق مع الشعور بالدوخة والاعياء مع صعوبة التنفس سرعة ضربات القلب مع احساس بقدرتنا التوازن، كما اثبتت دراسة الباحث "سلطان بن موسى (2004) حول "مستوى القلق والاكتئاب لدى الطلبة المغتربين في المغرب بين حديثي التطرف فيدراسة استهالتعريف القلق والاكتئاب في مجموعتنا من الطلبة المغتربين في المغرب بين فيضو عن متغير الجنس.

تحققنا الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على "توجد فروق في مستوى القلق فقالمتغير الجنس"

3-2 مناقشة الفرضية الجزئية الثانية : التي تنص على "مستوى الاكتئابمر تفعلد بالمرض فقالمتغير الجنس".

أناهما لانعكاسات الآثار النفسية التي يمكن ان تخلفها الإصابة بالقصور الكلوي الخضوع لعملية تصفية الدم كالمناخ و فوالقلق والاكتئاب، مما سبق تبين ان كلا الحالتين تعاني من اكتئاب متفاوت درجاته، حيث تتمثل أعراضه في شعور الحالتين بالاضيق الحزن كما صرح معظمها بالاتباق لها "نحس بالضيق فيصديري"

بالإضافة الى فقدان الشهية وعدم الرغبة في أيشي، ولذلك فالمرض بالمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للدياليز تقلل انتاجيتهم كما يفكرون أن الحياة لا تساوي شيئاً حيث أنهم مرتبطين بألة التحاليل الدموية كما يعانون من اضطرابات النوم وانخفاض الوزن، فمعظمها لا يتعاونون منا كنا كنا بشديد وذلك جراء إصابتهم بالمرض وعدم تقبلهم لها بالإضافة الى انخفاضها الجبار للدياليز بعد اصابتهم به.

الفصل الاول: تقديم الدراسة

1-التعريف بمشكلة الدراسة

2-أسئلة الدراسة

3-فرضيات الدراسة

4-دوافع اختيار الموضوع

5-أهمية الدراسة

6-أهداف الدراسة

7-المصطلحات الاجرائية

1 - مشكل الدراسة :

يعتبر مرض القصور الكلوي ضمن الأمراض المزمنة الخطيرة التي بدأت بغزو المجتمع الجزائري خلال السنوات الأخيرة، فهي من الأمراض التي تصيب جسم الإنسان حيث تصبح الكليتان عاجزتان عن أداء وظيفتها المتمثلة في تصفية الدم، حيث يضطر المصاب بمرض القصور الكلوي للجوء الى العيادات والمستشفيات الخاصة بتصفية الدم وفقا لمواعيد مبرمجة لهم حيث وصل عدد المستفيدين من تصفية الدم داخل المراكز الصحية الى (15232) شخص في الجزائر وان هذا العدد يتفاقم الى 20 الف مصاب بهذا المرض في السنوات الخمس الحالية، ويمس مرض القصور الكلوي كل من الذكور و الاناث من مختلف الاعمار حيث تولد آثار سلبية على حياة المصابين سواء نفسية او جسدية أو اجتماعية مهنية .

ففي ظل الاحداث التي يمر بها المرضى المصابين بالقصور الكلوي من معاناة وألام باختلاف جنس المريض وسنه و مدة اصابته كلها عوامل تؤدي الى اضطرابات نفسية

من خلال الدراسات السابقة كدراسة زاوي سليمان بجامعة البويرة حول "القلق و الاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين للدياليز" حيث تطرق الى القلق والاكتئاب عند الراشدين المصابين بالقصور الكلوي و الخاضعين للهموديااليز حيث ركز الباحث في دراسته على عامل السن كمتغير وذلك باختباره لعينة المتكونة من 8 حالات .بالإضافة الى دراسة الباحث "سلطان بن موسى (2004) حول "مستوى القلق و الاكتئاب لدى الطلبة المغتربين والغير المغتربين حيث تطرق في دراسته التعرف على القلق والاكتئاب لدى مجموعة من الطلبة المغتربين والغير المغتربين في ضوء متغيرات مستوى الدراسة و الجنسية و الكلية و الجنس ، وقد تكون مجتمع الدراسة من 184 طالب ، بالإضافة الى دراسة رضوان دياب حول قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي "التي بغزة .حيث تطرق الى الفروق الجوهرية لدى مرضى القصور الكلوي من حالة اجتماعية ووظيفية عمر ومدة المرض وعدد مرات الغسيل

الكلوي و ذلك لمعرفة العلاقة الارتباطية بين هذه العوامل و قلق المستقبل مركزا على المساندة الاجتماعية بكل ابعادها (الأسرة و الأصدقاء و الطاقم الطبي).

مما سبق ارتأينا أن تتمحور دراستنا حول معرفة المعاش النفسي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية تصفية الدم (الدياليز)، و تحديد الفروق في درجتي القلق و الاكتئاب وفقا لمتغير الجنس، و مدة التصفية. وبالاعتماد على الدراسات السابقة وماتوصل اليه الباحثين نطرح التساؤل التالي :

هل يعاني مرضى القصور الكلوي من القلق والاكتئاب ؟

و يتفرع عنه الاسئلة التالية:

- ما هو مستوى القلق عند مرضي القصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس؟
- ما هو مستوى الاكتئاب عند مرضي القصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس ؟
- ما هو مستوى القلق عند مرضي القصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية ؟
- ما هو مستوى الاكتئاب عند مرضي القصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية ؟

2- الفرضيات:

2-1- الفرضية العامة:

- يعاني المصاب بالقصور الكلوي من قلق واكتئاب .

2-2- الفرضية الجزئية الاولى:

- مستوى القلق مرتفع لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس .

3-2 - الفرضية الجزئية الثانية :

- مستوى الاكتئاب مرتفع لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس .

4-2 - الفرضية الجزئية الثالثة:

- مستو بالفقمرتفع لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية .

5-2 - الفرضية الجزئية الرابعة:

- مستوى الاكتئابمرتفع لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية .

3- دوافع اختيار الموضوع :

3-1- دوافع موضوعية :

- معرفة الواقع النفسي للمرضى المصابين بالقصور الكلوي .
- معرفة مدى تأثير عملية التصفية على نفسية المرضى المصابين بالقصور الكلوي.
- محاولة معرفة اسباب الإصابة بالقصور الكلوي واكتساب ثقافة صحية ومعرفية حول هذا المرض .

3-2- دوافع ذاتية :

- اصابة زميلتي بالقصور الكلوي وخضوعها لعملية التصفية بطريقة مفاجئة .

4- اهمية الدراسة:

تكمن اهمية هذه الدراسة في

- _ اعطاء صورة عامة عن مرض القصور الكلوي وتأثيراته علي نفسية المصابين وذلك .

- لمحاولة التعرف و اعطاء رؤية عن الواقع المعاش لهذه الشريحة و توضيح جوانبها المختلفة.
- محاولة التقرب من مرضى القصور الكلوي للتخفيف من معاناتهم النفسية .
- النقص الملحوظ في الاهتمام بالجانب النفسي فيما يخص هذا المرض و النظر اليه .

5- أهداف البحث :

- التعرف على المعاش النفسي لمرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية التصفية
- التعرف على الفروق في مستوى القلق لدى عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية تصفية الدم في ضوء متغير الجنس ومدة التصفية .
- التعرف على الفروق في مستوى الاكتئاب لدى عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية تصفية الدم في ضوء متغير الجنس ومدة التصفية .
- معرفة المعاناة اليومية التي يعيشها المرضى المرتبطين بألة التصفية .

6- المصطلحات الإجرائية :

- 6-1- القصور الكلوي :** هو عجز الكلى عن التخلص من كميات كافية من البول والذي يؤدي الى تراكم الفضلات المختلفة عن العمليات الأيضية والمواد الفائضة من الأملاح المختلفة الغير العضوية وبالتالي يتعرض لعملية تصفية الدم (الهيموداياليز) بجهاز إلتحال الدموي ثلاث مرات خلال الأسبوع
- 6-2- القلق:** هو من الاضطرابات النفسية التي تظهر على المرضى المصابين بالقصور الكلوي،و يحدد مستوى القلق إجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس القلق " تايلور" .

3-6 الاكتئاب: حالة من الالم النفسي مصحوب بالحزن بالاحساس بالذنب والفشل والنظرة التشاؤمية، و يحدد مستوى الاكتئاب إجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس للاكتئاب " بيك " .

الفصل الثاني: القلق

تمهيد

1- تعريف القلق

2- النظرات المفسرة للقلق

3- تصنيف القلق حسب DSM4

4- أسباب القلق

5- اعراض القلق

6- انواع القلق

7- علاج القلق

خلاصة

تمهيد :

ينظر إلى الاكتئاب عبر التاريخ غالباً على أنه من أكثر الاضطرابات أو الأمراض النفسية شيوعاً في كل الحضارات وتشير التقديرات إلى أنه في المجتمع الأمريكي واحد من كل خمس عشرة نسمة يعاني حالة اكتئاب كما دلت دراسات مسحية أجرتها منظمة الصحة العالمية على وجود أكثر من مليون فرد يعانون الاكتئاب .

1-لمحة تاريخية:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ ، ذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء و الاغريق و البابليين و عند العرب. و في العصر الإغريقي و الروماني ميز أبوقراط "Hypocrate" ما لا يقل عن ستة أنواع من مرض الاكتئاب غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاه لبعض هذه الأنواع يمكن إن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهاب الاضطهاد و ذهاب الفصام و العصاب (محمد جاسم محمد، 2004، 382).

و في التراث العربي الإسلامي عرف لنا " ابن سينا " الاكتئاب انه انحراف عن المجرى

الطبيعي إلى الحالة الشاذة، مليء بالخوف و رداءة المزاج و إذا صاحبه ضجر سمي هوساً و من الأسباب القوية في توليد الاكتئاب إفراط الغم أو الخوف و هذا

في رأي" ابن سينا "يتعرض له الرجال و النساء و يكثر لدى الشيوخ و يقل في الشتاء، و يكثر في الصيف الخريف ، لقد أوضح لنا " ابن سينا " مجموعة من أعراض الاكتئاب كالصنف الرديء الخوف بلا سبب، سرعة الغضب و سوء الظن و الفراغ، الوحشية، الهيدان، تخيل أشياء غير موجودة (مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001، ص 25- 29).

و في القرن الأول الميلادي وصف" اريثاينوس "هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب المعروف حاليا، و قد استمر الخلط حول طبيعته و أسبابه و علاجه على مر العصور، أما الآن فيستخدم هذا المصطلح لخبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية و انفعالية و التي قد تكون عرض دالا على اضطراب جسدي أو عقلي أو اجتماعي و جملة مركبة من أعراض معرفية و سلوكية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية و قد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعا و خاصة في الطب النفسي، من خلال ما سبق قوله إن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق ابعده من ، انتشاره كمفهوم مرض ليصبح بذلك اضطرابا في الشخصية (محمد جاسم محمد، 2004، ص 383).

2- تعريف الاكتئاب :

لقد تعددت و تنوعت التعاريف المقدمة للاكتئاب و ذلك لاتساع مجالات البحث فيه واختلاف في الاتجاهات النظرية و من بين هذه التعريفات نجد: تعريف عبد الخالف (1999) للاكتئاب بأنه "حالة انفعالية عابرة أو دائمة تتصف بمشاعر الانقباض والحزن والضيق وتشيع فيها مشاعر كالهـم والغم والشؤم والقنوط والحزن واليأس والعجز وتتوافق هذه الحالة مع أعراض تمس الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية والجسمية تتمثل في نقص الدافعية وعدم القدرة على الاستمتاع وفقدان الوزن وضعف التركيز وضعف التركيز ونقص الكفاءة و الافكار الانتحارية".

ويعرف زهران (1987) الاكتئاب بأنه "حالة من الحزن حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شئ مفقود وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لأعراضه او حالته" .

اما بيك (1976) فيعرف الاكتئاب بأنه "اضطراب في التفكير لدى المكتئب تمثلات سلبية عن العالم تكون مسؤولة عن انفعالات غير مرغوبة واضطرابات سلوكية .

كما يعرف الاكتئاب على انه تراجع مستدام للمزاج ، مترافق في اغلب الاحيان بألم معنوي ، بتباطئ نفسي حركي ، بقلق ذي شدة مختلفة وباضطرابات جسدية

متنوعة (أرق ، ألام ، هزال ، اضطرابات جنسية....) (ميشيل غودفريد ، 2010، ص19).

3- النظريات المفسرة للاكتئاب :

3-1 - الاتجاه السيكودينامي :

من الافكار الرئيسة والمحورية التي يتفق عليها علماء التحليل النفسي بالرغم من الاختلافات بينهم : هي ان السلوك الظاهري بما فيه الاعراض المرضية محكومة بشكل حتمي بالاشعور ومدفوع بما يسمى بالدوافع الداخلية الدفينة وهذه الدوافع أصبحت لاشعورية لأنها كتبت منذ الصغر .

الاكتئاب لدى النظرية التحليلية ما هو إلا خنق وغضب بسبب الاحباط و خيبة الامل في اشباع الحاجة للحب ،والغضب يتحول بسبب اليات دفاعية اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها ونجد فرويد في بحثه الموسوم «الحداد و الملانكوليا» ليكشف عن كثير من اوجه الشبه بين الحزن العادي عند فقدان موضوع الحب والاكتئاب المرضي، فالالاكتئاب عادة ما يحدث ويشتد إثر وفاة موضوعات حينا او عند فقدانها بالهجر والخسارة وهذه النوبات من الاكتئاب التي تنفجر وتشتد بعد وفاة او فقدان موضوعات ، هي من وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة أساسية للأحاسيس وللشعور بالذنب الشديد وكأن كراهيتنا

اللاشعورية هي التي تتسبب في الوفاة والفقدان مما يضاعف بدوره مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي واتهام الذات. وبالرغم من ان علماء التحليل النفسي يتفوقون بشكل عام في نظرتهم للاكتئاب بأنه غضب موجه للذات فإنهم يختلفون في تحديد نوع الدوافع المحيطة والمثيرة للغضب حيث يراها "إبراهيم" مرتبطة بالحاجة للإرضاء (بالأحرى الفشل في الإرضاء) الجنسي والحصول على الحق ويرى رادو أن الاكتئاب ما هو إلا صدفة بحث عن الحب).

ويصف "فينيكييل" المكتب بأنه انسان مدمن للحب اما "بيير بييرينج" فإنه ينظر للموضوع نظرة أشمل فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات والطموحات (عبد الستار ابراهيم ، علم المعرفة ،ص85-86).

2-3 التفسير البيولوجي :

الواقع أننا نشهد في الفترة الحالية مرحلة من التطور الطبي في علاج الاكتئاب ولذلك بفضل توافر عدد لا بأس به من الأدوية الطبية لعلاج المسماة بمضادات الاكتئاب والحقيقة ان التطور المذهل في العقاقير الطبية في علاج المزاج ،الاكتئاب يقوم على تفسير الاكتئاب تفسيراً عضوياً وهي حقيقة أثارت انتباه العلماء والأطباء منذ القدم ولهذا نجد ابن سينا ينصح بالنوم الجيد والغذاء الطيب

فكثير من حالات الاكتئاب يستدل عليها من خلال وجود مؤثرات بدنية فهناك عدد كبير من الاعراض الاكتئابية تظهر في شكل اعراض بدنية وهي بذلك تؤيد الفكرة العضوية القائلة

ان هناك عوامل و تغيرات عضوية الاستشارة العصبية كالإفراط او الارق او صعوبات النوم و اضطرابات الاكل (بما فيها افراط او فقدان الشهية) فضلا عن بعض الاضطرابات و الاعراض العضوية الاخرى كالإمساك و فقدان الرغبة الجنسية (نفس المرجع السابق ، ص 103).

3-3 الضغوطات النفسية وأحداث الحياة:

إن بداية ظهور وتطور الأمراض النفسية التي ظهرت إثر التعرض للتغيرات الحياتية كالفشل الدراسي أو وفاة أحد الأقارب أو توقع الانفصال عن الأسرة أو تغير الدخل المفاجئ نتيجة للفصل عن العمل وينطبق هذا على الأمراض النفسية الخفية كالقلق والاكتئاب ، والأمراض العقلية الشديدة كالانتحار والفصام .

فالضغوط النفسية وأحداث الحياة تقوم بدور مهم في تفجير النوبة الاكتئابية بعبارة أخرى فالاستجابة الاكتئابية دائما ما تكون مسبقة بوجود احداث وكوارث وخسائر مادية وبشرية (نفس المرجع ، ص 112).

4-3 - النظرية السلوكية من وجهة نظر "لونسون " للاكتئاب :

عرف لونسون الاكتئاب بأنه زملة سلوكيات ثم التعرف عليها من الدراسات الوصفية والتحليلية للأفراد والتي تتضمن :

- انخفاض في معدل السلوك.
- عبارات لفظية تعبر عن القلق أو عدم الارتياح.
- التقليل من قيمة الذات - مشاعر الذنب-الملل المادي والاجهاد.
- الشكاوى مثل عدم النوم وفقدان الشهية والصداع.

ويمكن تلخيص وجهة نظر "لونسون" وزملائه في الاكتئاب بالقول أنهم عرضوا الاكتئاب من خلا نظرية التعلم أنهم يرون أن انخفاض معدل الاستجابات المؤدية للتدعيم ويرى "لونسون" وزملائه أنها ليست فقط احداث بيئية بل سمات وحالات، أو عضوية (مثل نقص في المهارات الاجتماعية).

يمكن أن تؤدي إلى انخفاض في معدل التدعيمات الايجابية بالإضافة إلى ذلك فقد ركزوا على دور التدعيمات البيئية مثل: التعاطف الاهتمام في الابناء على السلوكية الاكتئاب. (غريب عبد الفتاح غريب، 2007، 06)

4- المحكات التشخيصية للاكتئاب حسب DSM4:

4-1- وجود خمسة او اكثر من الاعراض الاتية خلال أسبوعين الذين حدثت فيها
النوبة الاكتئابية وعلى الاقل فان واحد من الاعراض يكون إما مزاج اكتئابي او فقد
المتعة والسرور

- مزاج مكتئب معظم اليوم وتقريبا كل يوم مثل الشعور بالحزن او البكاء .

- انخفاض او نقص واضح في المتعة والسرور في معظم الانشطة او كلها يوميا

- نقص او فقد واضح في الوزن او زيادة في الشهية كل يوم تقريبا .

- الارق او الوخم (كثرة النوم) كل يوم تقريبا .

- التهيج او التأخر النفس حركي .

- التعب وفقدان الطاقة

- الشعور بعدم القيمة والمبالغة في ذلك

- نقص القدرة على التفكير والتركيز او التردد في القرار

4-2- اختلاف الاعراض عن محكات النوبة المختلطة

4-3- تسبب الاعراض معاناة واضحة من الناحية الاكلينيكية

4-4- لا تحدث الاعراض عند فقد شخص عزيز بسبب الموت

4-5- لا ترجع الاعراض الى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة او عقار او لحالة طبية عامة (عمارة تواتي كريم، 2006، 70).

5- اسباب الاكتئاب :

هناك عدة اسباب تتداخل معا لظهور أعراض الاكتئاب :

5-1- اسباب عضوية :اهمها تغيرات في بعض كيمائيات المخ ومن اهمها مادة السيروتونين ومادة النورادرينالين ومن المعتقد ان لهما دورا هاما في حدوث الاكتئاب النفسي عند نقصها

5-2- اسباب جينية :وجد انه هناك عوامل وراثية لظهور الاكتئاب في بعض العائلات حيث ان الدراسات التي اجريت على التوائم احادي البويضة وجدت ان اصابة احد التوائم بالاكتئاب يرتفع حدوث الاكتئاب في التوأم الاخر.

وهناك بعض الاشخاص ممن لهم سمات تؤهلهم عن غيرهم للإصابة بالاكتئاب ومنها الروح الانهزامية ,الاعتمادية على الغير المتأثرون بالمتغيرات الخارجية والشخصيات التي لها دائما نظرة تشاؤمية للأمور.

5-3- عوامل بيئية: مثل كثرة التعرض للعنف و الاعداد النفسي والجسدي كذلك كثرة الضغوط الخارجية على الانسان دون وجود متنفس لها تدعو إلى الشعور بعدم جدوى الحياة وهي أهم المؤديات للاكتئاب .

6- اعراض الاكتئاب:

يتفق الكثير من الباحثين على ان الاكتئاب هو خبرة وجدانية ذاتية تتميز بأعراض متعددة كالحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل والرغبة في إيذاء الذات وفقدان الشهية والإرهاق ومشاعر الذنب واحتقار الذات وبطئ الاستجابة وعدم القدرة على بذل اي جهد .

ويرى اخرون ان الاكتئاب تعبير عن عجز الفرد في تكوين علاقات اجتماعية ونتيجة للشعور بالعزلة يلجأ الفرد في انطوائية لعملية التفيس الذاتي اما بالبكاء المستمر والانطواء

وفقدان الشهية وعدم الاهتمام والاستمتاع بما حوله حيث تمثل هذه الامور في مجملها اعراض الاكتئاب .

-الشعور بالإحباط والملل .

-عدم الاستمتاع بمباهج الحياة .

-اضطرابات النوم وتكون اما في صعوبة النوم او كثر النوم

- فقدان الشهية للأكل او الافراط في الاكل

- سرعة التعب من اي مجهود

- صعوبة في التركيز والتذكر واتخاذ القرارات.

- نظرة تشاؤمية للماضي والحاضر والمستقبل
- التفكير في إيذاء النفس والمحيطين كالانتحار أو القتل.
- الشعور بالذنب الدائم أو العصبية الدائمة (الطفي الشربيني، 2001، ص103) .

7-انواع الاكتئاب:

توجد انواع متعددة من حالات الاكتئاب يمكن وضعها تبعا للتصنيفات الحديثة للاضطرابات النفسية وهي كالتالي :

7-1-اكتئاب اولي (Primary)

احادي القطب

-اكتئاب مع القلق

-نوبة اكتئابية .

-اضطراب اكتئاب متكرر.

-عسر الميراج .

- دورية المزاج.

أخرى - الاضطرابات الوجدانية الموسمية¹

-اكتئاب وجيز متكرر

7-3 -اكتئاب ثانوي :

- اضطراب وجداني مع هوس.

وتتراوح نوبات الاكتئاب بين متوسط وحاد مع وجود اعراض جسدية او ذهنية .

8-علاج الاكتئاب:

ان علاج الاكتئاب النفسي في العيادات النفسية يتم عن طريق عدة وسائل يمكن استخدامها بعضها معا او اختيار المناسب منها لكل حالة من الحالات وهذه الوسائل هي :

8-1 العلاج النفسي :يتضمن جلسات علاجية فردية او اجتماعية ويضم عدة اساليب منها استخدام الايحاء والمساندة والتدعيم ،اسلوب التحليل النفسي والعلاج السلوكي ولكل هذه الاساليب تقنيات دقيقة يقوم بها المعالجون لقد تعددت الطرق العلاجية المستعملة في علاج الاكتئاب من طرف العلماء النفسانيين فمن بينها نجد:

8-1-1 العلاج النفسي التحليلي " هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد

على نظريات

التحليل النفسي و بالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المنسبة و المكتوبة في

الطفولة

المبكرة حيث يعتبر تحليل هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض

العصابية

و بإتباع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية ، و بالتالي

يكشف عن نظرتة للعام (عطوف محمد ياسين ، 1981 ص 120-121).

كما يتضمن العلاج النفسي التحليلي جلسات علاجية فردية او جماعية و يضم

عدة أساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون (لطفى الشريبي 2010 ، ص

249).

"العلاج النفسي يفيد في كل أنواع الاكتئاب خاصة التفاعلي من الطبيعي أن يلجأ

الطبيب إلى مساندة المريض و طمأننته و إظهار الاهتمام بحالته و إعطائه

النصيحة" (محمد جاسم محمد، ص388).

في التحليل النفسي يبحث عن إزالة عوامل الضغط و تخليص المريض من الشعور

بالذنب و الغضب المكبوت و البحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض و تنمية

روح التفاؤل لديه) (عطوف محمد ياسين، 1981 ، ص 120،121) فهنا تكون

الفرصة للمريض في إتاحة فرص التنفس و التفريغ الانفعالي و إشاعة روع التفاؤل و الأمل لديه، حيث قدم " واتكنز "طريقة اسماها قلم السم و فيها يكتب المريض خطايا صاحبة يعرضها على المعالج (عبد الحميد الشاذلي، 2001 ، ص 138 .)

8-1-2- العلاج السلوكي :

ظهر في الو.م.أ دراسات كثيرة تؤكد نجاعة نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب ، حيث اخذ بها الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي ، أن التعزيز الايجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية ، هي جوهر هذا النوع من العلاج ، كما أن التغيرات في نوعية و تكرار و نموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه ، و التدريب الميداني هي العوامل الهامة في تعليم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة لاضطراب الاكتئاب و السيطرة عليه (محمد حمدي الحجاز، 1989 ، ص 93) .

8-1-3- العلاج السلوكي المعرفي :

يقوم على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض و جعله يفكر بشكل أكثر منطقية و عقلانية ، هذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان و سلوك المريض كما يجب تعلم المريض كيفية تؤكد ذاته في المواقف و الأنشطة الاجتماعية المختلفة، و تدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط

الحياة بدل من التعامل مع الضغوط بالتجنب او الانفعال كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات (حسين قايد ، 2001 ، ص108) كما يفترض النموذج المعرفي أن " المعرفة و السلوك جميعها مكونات مهمة في السلوك الاكتئابي فالعلاج المعرفي يعلم المريض الاكتئابي كيف يظهر أفكاره الآلية و مخططات سوء توافقه و عندئذ توضح هذه المعارف موضع الاختيار من خلال فحص الدلائل ، و تصميم مواقف تجريبية حية، و موازنة المزايا مقابل العيوب و القيام بمهام متدرجة، واستخدام استراتيجيات من خلال هذه الإجراءات يبدأ المريض في النظر إلى نفسه و إلى مشكلاته بواقعية أكثر. و يشعر بالتحسن، و يغير نمط سلوكه الغير توافقي، و يقوم بحل كل صعوبات الحياة الفعلية و تأتي هذه التغيرات بوصفها نتائج مباشرة بتكيفات بواجبات منزلية جيدة، التخطيط و معاونة الذات، و يواصل المعالج على امتداد العلاج بتحالفه المشتركة مع المريض (ديفيد بالو، 2002 ، ص 645-653).

8-1-4 العلاج البيئي: ونعني به ايجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ويتم ذلك بانتقال المريض الى وسط علاجي او في مكان للاستشفاء ومن وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد الى عودته للحياة مرة اخرى .

8-2 العلاج بالأدوية: ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت اشراف الأطباء النفسيين يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته .

خلاصة :

لقد أسفر التقدم العلمي على بعض الأمل في التغلب على مشكلة الاكتئاب لكن رغم ذلك نقول أن الطريق لازال طويلا للوصول إلى حل حاسم لهذه المشكلة ولا تزال مسيرة العلم مستمرة دون توقف لتحقيق تقدم في المعركة مع الاضطرابات النفسية التي تصيب الانسان وتؤثر على حياته وهذه المعركة ، كما رأينا قديمة قدم الانسانية ولا تزال مستمرة إلى يومنا هذا .

الفصل الثالث: الاكتئاب

تمهيد

1- تعريف الاكتئاب

2- النظرات المفسرة للاكتئاب

3- تصنيف الاكتئاب حسب DSM4

4- أسباب الاكتئاب

5- اعراض الاكتئاب

6- انواع الاكتئاب

7- علاج الاكتئاب

خلاصة

تمهيد :

لعل ايقاع الحياة الصاخب وكثرة الضغوط التي تحاصر الانسان وغيرها من العوامل التي جعلت مرض القلق يأتي في مقدمة الاضطرابات التي اضحت تصيب انسان العصر الحاضر لدرجة ان العديد من المؤرخين يذكرون ان هذا العصر هو عصر القلق حيث يعد هذا الاخير البطل الذي يتوارى خلف ستارة العنف و الادمان و الامراض النفسية و الامراض العقلية وانحرافات السلوك والانتحار حيث يعتبر العنصر الاساسي المفجر لهذه الانحرافات و الامراض .

1- تعريف القلق :

1-1 **التعريف اللغوي:** القلق هو الانزعاج يقال بات قلقته وأقلقه غيره وأقلق الشيء من مكانه والقلق ألا يستقر في مكان واحد (احمد الشهيركامل، 2000، ص70)

1-2 **التعريف الاصطلاحي:** القلق هو حالة توتر شامل ومستمر توقع تمهيد خطر فعلي او رمزي قد يحدث ،ويصحبها خوف غامض و اعراض نفس جسمية (احمد الشهيركامل ، 2000، 70) .

كما يعرف على أنه عدم الارتياح والاستقرار الذهني والفرع الغامض والتوتر الزائد وهو كثير الحدود في حياتنا اليومية ،فحياة الانسان لا تخلو من القلق ،ومن الملاحظ ايضا ان القلق آثار اهتمام علماء النفس لما له من تأثير فعال على اضطراب الوظائف النفسية والجسمية

فهو عبارة عن مشاعر نفسية مضطربة ،تنتج في الغالب أثار سلبية مثل: التوتر ، الانقباض ، الخوف ،عدم الطمأنينة ، الكآبة .

ويعرف القلق في قاموس مصطلحات علم النفس ماك دوتالد أنه ضيق يتميز بالأحاسيس بالخوف يكون مصحوبا بالاختناق ،الضيق المؤلم ،خفقان القلب اختلاجات وأنواع عديدة من الاضطرابات الفزيولوجية .

اذن القلق خبرة وجدانية غير سارة ينشأ عن منبه او إشارة خطر ينذر بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة ويؤدي لسلوك يهدي الى اعادة التوازن (شهير كامل احمد، 2000، 78)

كما ان هناك تعريف آخر للقلق :هو حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات ،الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف القلق هو علامة ظاهرة لصراع مستمر في اعماق اللاشعور ،وهو حالة نفسية غير سارة من التوتر العصبي ،تدل على ان المريض يتوقع خطر في اللاوعي (محمد محمد نعيمة،2010، 61)

وفي ما يلي تعاريف القلق لبعض العلماء :

- **فرويد :** القلق ناتج صراعات قوية في نفس قوة الغرائز التي تعبّر عنها بالهو والقوة

المقابلة لها هي المعايير الاخلاقية التي تعتبر قوة معاقبة

- **كارل يونغ :**القلق عبارة رد فعل يقوم به الفرد فيما تغرز عقله قوى وخيالات غير

معقولة.

- كارل هوني: القلق ينتج عن صراع بين الحاجة للتقرب من الوالدان والاستقلال.

2- النظريات المفسرة للقلق :

2-1- مدرسة التحليل النفسي :

2-1-1 فرويد: يقول فرويد أن القلق يظهر في الأصل كرد فعل لحالة الخطر معناه وجود الطفل مستقلا عن أمه جسدياً يبدأ مع عملية خاصة تنقطع فجأة الصلة التي كانت موجودة من قبل على شكل معين بين الطفل وأمه، إن عملية الميلاد هي خط يهدد حياته لذلك فإن رد فعل صدمة الميلاد هو قلق الاول التي تعمل فيه العناصر الفيزيولوجية عاملا رئيسيا، أما في الكبر فإن استثارة الطاقة الجنسية وعدم اشباعها بسبب تصادمها مع قيم المجتمع وتقاليده فهي المنبع المتجدد للقلق .

2-1-2 هورني: تري أن هناك ثلاثة عوامل اساسية في حالة القلق وهي :

- الشعور بالعجز .

- الشعور بالعدوانية .

- الشعور بالإنفراد أو العزلة .

وتأكد على أن واقع الحياة التي يعيشها الطفل يساعد على تكوين القلق بصفة تدريجية، وكانت هورني أكثر تأطيد على أهمية القيم والمعايير الإجتماعية وأثرها في تكوين

الشخصية ،وتأكد على أنواع الصراع الذي يرتبط بالقيم والمعايير الإجتماعية ، فيجد الفرد صعوبة في التوافق مما يزيد من مشاعر القلق لديه .

2-1-3- أثورانك : يرجع القلق الى تجارب وخبرات الانفصال المتتالية التي يعيشها الانسان منذ الميلاد الى الموت ، اذ أن صدمة الميلاد والانفصال عن الأم والصدمات التي يعيشها الفرد تسبب له الم وقلق وتبقى مستمرة طيلة حياة ويرجع " أثورانك" جميع حالات القلق الى ما سماه قلق الميلاد وهو عبارة عن تفرغ للقلق الأول والذي حسبه أن القلق يأتي من صورتين هما :

-**الخوف من الحياة :** وهو القلق من التقدم واستغلال الفرد .

- **الخوف من الموت :** هو القلق الناجم عن فقد الاستقلالية الفردية ويعود الى حالة الاعتماد على الغير .

- كما نجد الكثير من العلماء اهتموا بهذا الموضوع مثال أدلر ، كارل يونغ ، إريك فروموغيرهم .

2-2- المدرسة السلوكية :

يرى اصحاب هذه المدرسة من بينهم "شافر ودروكس" أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف او مواقف معينة كالمواقف التي ليس فيها اشباع فقد

يتعرض الطفل منذ الطفولة لمواقف تحدث فيها خوف أو تهديد الذي يصاحبه عدم الإرتياح الإنفعالي وعدم الإستقرار والمواقف التي فيها إفراط في الحماية فقد يتعرض الطفل للشعور بالخطر عندما يتعرض للمواقف الخارجية .

2-3- المذهب الإنساني :

في نظرهم القلق هو الخوف من المستقبل وما يعمله من الاحداث قد تهدد وجود الانسان وبيبين اصحاب هذا المذهب ان الانسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث في أية لحظة وأن توقع الموت هو المثير الاساسي للقلق عند الإنسان (مصطفى فهمي، 1989، 206)

3- أسباب القلق :

هناك مجموعة من العوامل تساعد على القلق من بينها :

3-1- العامل الوراثي :

في دراسة قام بها كل من "سليتر" و "شلدر" (1962-1966) وجد ان نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل الى 50 و 05 يعانون من سمات القلق ، في حين وجد ان نسبة التوائم غير المتشابهة وصلت الى 04 فقط بينما سمات القلق بلغت 13 من مجموع الحالات فللوراثة دور هام في الاستعداد المرضي حيث أن نسبة الأعراض تزيد لأسباب بيولوجية ، فالعامل الوراثي يعتبر من أهم العوامل التي تساعد على ظهور الأمراض العصبية مثل

عصاب القلق إضافة الى المخاوف الشديدة من الطفولة المبكرة من جراء مرض أو اختناق أو فقدان الأم ، القسوة في المعاملة أو تلهف الوالدين وقلقهم الزائد على الطفل وكذلك حرمان الطفل من العطف أكثر شيء يفقده الشعور بالأمان ويبعث في نفسه الخوف .

3-2- عامل السن : يزداد القلق مع نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ظهوره عند المسنين ، فنجد أن القلق يظهر عند الأطفال بأعراض تختلف عن الأعراض التي تظهر بها عند الناضجين ، فالطفل يخاف من الظلام والمكان المنعزل والخوف من الغرباء والحيوانات ، لكن هاته المخاوف لا تكفي وحدها لخلق عصاب القلق عند الكبار خاصة إذا بادرننا بعلاجها وأشبعنا الأمن في حياة الطفل ، أما إذا دعمتها في الكبر مخاوف اخرى موضوعية زاد احتمال الإصابة بهذا العصاب مثلا عند المراهق نجد الشعور بعدم الإستقرار والجرح الإجتماعي ، وخاصة عند مقابلة الجنس الأخر ومحاسبة النفس والناس معا ، أما عند الكبار فنجدهم يقلقون لأبسط الأشياء ، ومن خلال هذا تبين لنا أن الإنسان يولد مزودا باستعداد وراثي في جهازه العصبي .

3-3- العوامل الجسمية والنفسية :

إن المرض والتقلب والتعب وخصوصا الإعاقة الجسمية من أهم العوامل التي تساعد على القلق ، ويتجلى خصوصا عند الفرد الذي يعيش الصراع في حياته اليومية بسبب الخوف الكبت والخجل حيث يخلق لنفسه أوهام لاواقعية ويزيد في تضخيمها بدون ان يكون لها مصدر حقيقي لبحث هذا الوهم القاتل والمستمر للأعصاب ، ويعتبر هذه العوامل المذكورة

من أهم الاسباب الرئيسية التي تلعب دورا في نشأة القلق (مصطفى غالب، 1984، ص108)

- أعراض القلق :

تكون هذه الاعراض إما جسدية أو نفسية أو عقلية أو إنفعالية كما سنوضح ذلك فيما يلي:

4-1- الاعراض الجسدية : وتتعكس في أي جهاز من أجهزة الجسم وتكون كالتالي:

- خفقان القلب وسرعة ضرباته .
- الصداع والنهجان .
- الاحساس بالإختناق والضيق في الصدر .
- فقدان الشهية وبالتالي فقدان الوزن .
- الشعور بالغثيان والرغبة في القيء .
- الامساك والاسهال .
- كثرة التبول .
- القذف السريع أو العته عند الرجال .
- انقطاع الطمث عند النساء أو عدم انتظامه .

4-2- الأعراض النفسية : وتأخذ المظاهر التالية :

- الشعور بالتوتر العام .
- المخاوف العامة الغير محددة .
- خفض القدرة على العمل والأنتاج .
- عدم الأستقرار .
- الأرق واضطراب النوم الذي يتخلله الأحلام المزعجة والكوابيس .
- ضعف القدرة على التركيز .
- خفض القدرة على العمل وبالتالي على الانتاج
- العصبية .
- صعوبة كثرة التبول .
- الأحساس بالسخونة والبرودة (محمد حسن

5- أنواع القلق :

5-1- القلق العام : هو القلق الغير المرتبط بعامل محدد .

5-2- القلق المرتبط بمخاوف محددة:

كأن يقلق الفرد حين يواجه موقفاً معيناً ومع تكرار حضور هذا الموقف يتكرر القلق والذي يصل إلى درجة الهلع .

5-3- القلق الوجودي :

وهو قلق لا يتعلق بمشكلة التكيف وإنما بطبيعة الوجود نفسه وهنا يندمج الفرد في عدة تساؤلات فلسفية كونية من قبيل : من أنا ولماذا أعيش؟ وما مصيري؟ وما الهدف أصلاً من الوجود.... الخ

5-4- القلق الثانوي :

وهو الذي يصاحب الأمراض النفسية والعقلية الأخرى ومن جهة أخرى اهتم عالم النفس فرويد بدراسة ظاهرة القلق وحاول ان يعرف سبب نشأته عند الفرد حيث ميز القلق إلى عدة أنواع :

5-4-1- القلق الموضوعي :

هنا حينما يدرك الفرد أن مصدر القلق خارجي نقول أن الفرد يعاني قلقاً موضوعياً ، ويعرف فرويد القلق الموضوعي بأنه رد فعل لخطر خارجي معروف ولقد اطلق فرويد على القلق الموضوعي هذه التسميات :

- القلق الواقعي

- القلق الحقيقي

- القلق السوي

وهذا النوع من القلق اقرب من الخوف لأن مصدره يكون واضح المعالم لدى الفرد ، فالقلق من جهة هو توقع صدمة ، ومن جهة اخرى تكرر للصدمة في صورة مخففة (احمد عكاشة، 1995، 65)

5-4-2- القلق العصابي :

يمكن تعريف القلق العصابي على أنه خوف غامض غير مفهوم لا يستطيع الشخص أن يشعر به أو يعرف سببه فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي ، ميز فرويد ثلاثة أنواع من القلق العصابي وهي :

5-4-2-1- القلق الهائم الطليق : وهو قلق يتعلق بأنه فكرة مناسبة أو أي شيء خارجي ، والأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائما أسوء النتائج ، ويفسرون كل ما يحدث لهم أنه نذير سوء .

5-4-2-1- قلق المخاوف المرضية : هو عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة ولا تستطيع المريض ان يفسر معناها وهذا النوع من القلق يتعلق بشيء خارجي معبر ، فهو ليس خوفا معقولا ، كما اننا لا نجد ما عادة ما يبرره وهو ليس خوفا شائعا بين جميع الناس.

5-4-2-3- قلق الهستيريا : يرى فرويد أن القلق يبدو واضحا في بعض الأحيان وغير واضح في احيان أخرى ومن بين اعراضه الرعشة ، الإغماء .صعوبة التنفس فإنها تحل محل القلق ، وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح غير واضح .

5-4-3- القلق الذاتي :

يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص وليس العلم الخارجي اي أنه ناتج من ضمير الشخص وخوفه منه ، والقلق الخلقى كامنا داخل تركيبة الشخص ، وعادة يظهر هذا النوع من القلق أعقاب حالات الإحباط المرتبطة بالأنا الأعلى لدى الفرد (فاروق السيد عثمان، 2001، 21)

6- تصنيف القلق حسب الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والاحصائي للامراض النفسية والعقلية DSM4 : ونذكر من بينها :

ا- القلق الزائد و الخوف هو الترقب و التوجس لعدد من الاحداث و الانشطة و يحدث ذلك لعدة ايام و لمدة لا تقل عن ستة اشهر .

ب- يجد الفرد صعوبة في السيطرة على خوفه وقلقه .

ج- يصاحب الخوف و القلق ثلاثة اعراض او اكثر من الاعراض الستة الاتية على ان تظهر بعض الاعراض في معظم الايام خلال الاشهر الستة الماضية .

- الشعور بعدم الراحة أو التقييد .

- سرعة التعب

- صعوبة التركيز

- الاستثارة الوجدانية و الحساسية المفرطة

- التوتر العضلي

- مشكلات النوم

هـ- القلق و الخوف اعراض جسمية كلها تسبب ضيقا ملحوظا او خلا و ظيفيا او

اجتماعيا

و- لا تكون هذه الاعراض نتيجة لتاثير مباشر لحالة نفسية او مرضية جسمانية عامة و لا

تحدث في اثناء اضطراب المزاج او اضطراب ذهاني او اضطراب النمو (الدليل التشخيصي

للاضطرابات النفسية DSM4)

7-علاج القلق :

يعود بنا ذكر العلاج الى ذكر السبب، فعلى اعتبار ان البعد عن منهج الله القويم هو السبب

في حدوث اضطراب القلق، فان العودة الي الله عز وجل واتباع شرعة مصدر مهم من

مصادر العلاج الناجحة ، ولا يعني هذا عدم الاستعانة بالاسباب الدنيوية و التي من الممكن

ذكرها مثلما جاء في كتاب الطب النفسي المعاصر للدكتور احمد عكاشة(1991) ، حيث يرى ان العلاج يختلف باختلاف الفرد و شدة القلق و الوسائل الناتجة ، و من الاسس الهامة للعلاج مايلي :

- العلاج النفسي يقصد به الجلسات النفسية و التشجيع و الايحاء و التوجيه
 - العلاج البيئي و الاجتماعي و ذلك بابعاد المريض عن المجالات التي تسبب له الصراع النفسي

- العلاج الكيميائي وذلك حيث لا تحقق الوسائل السابقة فائدة تذكر ، ويمكن اعطاء المريض بعض المنومات و المهدئات و في حال اشتداد القلق ياجا المعالج الي وصف عقاقير خاصة تقلل من التوتثر العصبي

- العلاج السلوكي و يوجه للفئة ذات القلق المرتبط بالخوف المرضي من الناس و الحيوانات و الاماكن العامة و الضيقة.

- العلاج الدوائي: يوصف للاشخاص الذين يعانون من نوبات الهلع بدرجة كبيرة يلجا المعالج الي اعطاء المريض عقاقير تحاول التحكم في المشكل مثل

-عقاقير babilurate و مشتقاتها و هي منومات

-العقاقير المنومة المصنعةsynthic مثل الدوريدين

- مشتقات benzodiazepenes .

- مهدئات .tranzquilon.

لكن قد تكون المشكلة نوبات الهلع سوف تعود بمجرد وقف الدواء و لذا فقد يقرر المعالج اعطاء دواء اخر او تخفيف الجرعة مع اخذ في الاعتبار عدم الاسراف في تلك الادوية ، وان يتم تعاطيها بهدف معين حتي لا تؤدي الي ادمان

و بالاضافة الى العلاج بالاسترخاء (محمد حسن غانم، 2010، ص 53).

خلاصة:

ان القلق مرض يحتاج الي علاج فهو شائع و يؤدي الي معاناة و الام نفسية و جسدية و الى عدم الاستمتاع بالحياة اليومية، كما انه يستهلك طاقة الانسان النفسية الداخلية ، ولا بد من تضافر الجهود الطبية و التربوية و الاجتماعية و لدراسته و بحثه و تسليط الاضواء عليه ، و العمل على ايجاد افضل الطرق العلاجية و الوقائية بما يخدم مجتمعاتنا و صحتنا النفسية.

الفصل الرابع : القصور الكلوي

تمهيد

1-تعريف القصور الكلوي

2-السياق التاريخي للقصور الكلوي

3-اسباب القصور الكلوي

4-أعرض القصور الكلوي

5-انواع القصور الكلوي

6-علاج القصور الكلوي

خلاصة

تمهيد

تبدأ الكليتين عملهما والانسان في بطن أمه إذ تكاد تكتمل وظائفهما في الساعة الاولى للولادة والملاحظ ان هناك فروق اساسية بين عمل كلية الطفل وعمل كلية البالغين حيث ان نسبة استخلاص الكليتين في الساعات الاولى للولادة تبلغ حوالي 20 ملل/د ، وبعد ثلاثة ايام يرتفع الى حوالي 50 ملل/د ، وبعد ثلاثة اشهر يرتفع الى حوالي 70 ملل/د ولا يصل الى رقم البالغين الا بعد سنة حيث يكون الافراز منخفضا جدا بعد الولادة ولا يرتفع الى معدل الاشخاص البالغين الا بعد اسابيع ، اذ لا يستطيع الطفل تخفيف تركيز البول ، لذا يجب الحرص على تزويده بكميات كثيرة من الماء ، وعدم تعريضه للعطش لانه لا يستطيع افراز الأحماض في البول (صادق صبورة محمد ، 1998 ، ص28)

1- التعريف الطبي للكلى :

توجد على يمين ويسار العمود الفقري "الفقرات القطنية" لونها ابيض مصفر ، يصل طولها الى نحو 10 سم اما وزنها فيتراوح بين 150-160 غ ، والحافة الخارجية للكلى محدبة ، اما حافتها الداخلية فيها تقعر ويعرف بالسرة ويدخل عن طريق هذه السرة الى داخل الكلية الأوعية الدموية والأعصاب وتخرج منها قناة الحالب ، اذا أجرينا مقطع طولي نلاحظ انها تتركب من ثلاثة اجزاء :

غشاء ليفي خارجي : رقيق ومتين وملصق تمام الالتصاق بالكلية ويتغذى عادة

بالدهن يطلق على هذا الغشاء اسم المحفظة

القشرة : هي منطقة حبيبية تلي المحفظة من الداخل

يلي القشرة ومنطقة النخاع اكثر احمرارا واكثر صلابة من القشرة ، ويتكون النخاع

اساسا من انايب صغيرة تقوم بجمع البول وهي انايب ميكروسكوبية كثيرة تتوزع

داخل النخاع مكونة حزما هرمية الشكل تعرق ب "أهرامات مالبيجي" والتي تتجه

بقواعدها نحو القشرة ، اما قمته فتتجه نحو مركز الكلية ، ويوجد بكل كلية من 10

الى 15 هرما ينقل البول ليصل الى قمة احد الاهرامات في الانابيب البولية وتخرج

منها في القمة الواحدة .

ويخرج البول من هذه الفتحات على هيئة قطرات وبصفة مستمرة وتسقط في الفراغ

داخل الكلية يعرف بحوض الكلية ومن الحوض يصل البول الى المثانة عن طريق

قناة خاصة هي الحالب الذي يخرج من سرّة الكلية (عبد العزيز محمود، 1962،

ص 388-389)

1- السياق التاريخي للقصور الكلوي :

لقد ظهرت الامراض المزمنة ومن بينها مرض السكري وضغط الدم والسرطان

والقصور الكلوي المزمن بعد الحرب العلمية الثانية نتيجة التطور الصناعي الهائل

الذي شهده العالم ، مما أدى الى تدهور صحة الافراد ونتج عنه الامراض سالفه الذكر .

يتم ل القصور الكلوي المزمن شكلا من اشكال الأمراض المزمنة التي كانت ومازالت تهدد حياة الفرد لتصل درجة خطورتها الى الموت خاصة إذا تهاون الفرد المصاب في طلب المساعدة الطبية ، علما أن هذا المرض قد يصيب مختلف الفئات بمختلف جنسهم واعمارهم ومستواهم الثقافي والإقتصادي والإجتماعي والتعليمي ، مما أدى بالباحثين الى إيجاد وسائل علاجية وإن لم تقضي على هذا المرض نهائيا فهي تخفف عن المصابين وتسمح للفرد بالبقاء لمدة زمنية معينة

من بين العلماء الذين استخدموا اولي عمليات التصفية لعلاج القصور الكلوي نجد الباحثين الأمريكيان " لوف " و "براك " ،حيث قاما هذان العلمان باستصفاء الدم سنة 1942 على الفرد الهولندي ، كما استخدمه العالم السويدي "الفال" عام 1947 كعملية اساسية لإنقاذ حياة المرضى المصابين بالفشل الكلوي الحاد او مكان يعرف انذاك بالبولة الدموية ، ولم يعهد هذه العملية الى علاج القصور الكلوي المزمن الا مع بداية الستينات ، بحيث سمحتا كل من الكلية الصناعية والتصفية الدموية الحشوية " La dialyse péritonéal "

بإبعاد الخطر القاتل الذي تسببه البولة الدموية الدموية والتي تزامنت بالغاء العمل الفجائي للكلية الصناعية في حين أنها سليمة وهذا ما حدث عند 75 بالمائة الى 80 بالمائة من حالات القصور الكلوي .

ثم قام العالم الأمريكي "سكرتير" 1960 العلاج بالكلية الصناعية وادخل عليها تعديلات حيث اكتشف انبوب يتم تركيبها بين الشرايين والوريد الموجود على مستوى الساعدين يمكن استعمالهما لوصلهما بجهاز الكلية الصناعية لمئات المرات ، وبعد هذا ابتكر الجراح الأمريكي "سيمو" عملية جراحية يوصل بها الشريان والوريد الموجودين على مستوى الساعد ، بحيث يتضخم اوردة الساعد بد ثلاثة اسابيع مما يسمح اختراق الابرة التي تنقل الدم من جهاز الكلية الصناعية وبالتالي يسهل الوصول الى الوصلة الشريانية الوريدية لآلاف المرات، من هنا يمكن استخدام الدياليز لعلاج الفشل الكلوي المزمن والى جانب استخدام آلات التصفية ، برع الجراحون في عمليات زرع الأعضاء باختلاف اصنافها مما سمح بإنشاء بنك للأعضاء حتى يتوفر للمصابين بالقصور الكلوي المزمن التخلي عن الدياليز والحصول على كلية شخص متوفى إن لم يكن له نصيب في التبرع العائلي.

اما في المجتمع الجزائري لقد ظهر مرض القصور الكلوي المزمن الى جانب الأمراض المعدية الحادة ، حيث كان عدد المصابين بالمدن في نهاية الستينات يمثل 20مصاب بهذا المرض ويمثل عدد مراكز التصفية 2 مراكز متواجدان في

كل من ولاية الجزائر العاصمة وولاية قسنطينة ليصل سنة 2008 الى اكثر من

13 ألف مصاب (Gabriel Richel ,1988,p11)

2- تعريف القصور الكلوي

هو نقص الوظائف الكلى تدريجيا على مدى السنوات ، بينما القصور الكلوي الحاد يحدث خلال فترة قصيرة تتراوح بين ساعات وايام ، ففي حالة القصور الكلوي الحاد قد تستعيد الكلى وظائفها بعد المعالجة ، بينما القصور الكلوي المزمن تفقد الكلى وظائفها بشكل تام ويعرف على انه مرض غير مرئي والذي يحدث بدون سابق انذار ويعرف بأنه تراجع مستمر في وظائف الكلى يمكن أن تسبب في انسداد البول في الكلى وعدم تسليمها الى الدم او المواد السامة ، نظرا لانخفاض معدل تشریح الدم عن طريق الكلى او كنتيجة لاضطرابات في مستوى وظائف الكلى الطبيعية المتمثلة في التخلص من النفايات المنتجة في السائل والمخزنة في الانسجة وبصفة عامة هو عجز الكلية جزئيا أو كليا عن تصفية الدم من السموم اي فقدانها لقدراتها على افراز بول مكثف كامل العناصر بنسبها العادية وهو نوعان حاد ومزمن .

2-1- تعريف القصور الكلوي المزمن :

هو نقص لوظائف الكلى تدريجيا على مدى السنوات ، بينما القصور الكلوي الحاد يحدث خلال فترة قصيرة تتراوح بين ساعات وأيام ، ففي القصور الكلوي

الحاد قد تستعيد الكلى وظائفها بعد المعالجة ، بينما القصور الكلوي المزمن تفقد الكلى وظائفها بشكل دائم .

ويعرف على أنه مرض مرض غير مرئي والذي يحدث دون انذار ويعرف بأنه تراجع مستمر في وظائف الكلى يمكن أن يتسبب في انسداد البول في الكلى وعدم تسليمها الى الدم أو المواد السامة نظرا لإنخفاض معدل تشريح الدم عن طريق الكلى أو كنتيجة لاضطرابات في مستوى وظائف الكلى الطبيعية المتمثلة في التخلص من النفايات المنتجة في السائل والمخزنة في الأنسجة وبصفة عامة هو عجز الكلية جزئيا او كليا عن تصفية الدم من السموم اي فقدانها لقدراتها على افراز بول مكثف كامل العناصر بنسبها العادية وهو نوعان مزمن وحاد (J.Hamburger,1988,p7)

3- اعراض القصور الكلوي :

تظهر اعراض هذا المرض حسب مراحل الإصابة ، ففي المراحل الولى يؤدي القصور الكلوي المزمن الى ارتفاع ضغط الدم وهذا بدوره يجهد عضلة القلب ويساهم في تصلب شرايين ويؤدي الى تسارع القصور الكلوي ان اهمل ، كما أن المصاب لن يحس بأية اعراض إلا في حالة التهابات الكلى البكتيرية او الحصى .

3-1- المرحلة المتقدمة:

حيث تقل نسبة وظائف الكلى عن 6 وتبدأ المشاكل التالية:

- ارتفاع نسبة البوتاسيوم والذي تؤدي ارتفاعه الحاد والمفاجئ نتيجة عدم الالتزام بالنصائح الغذائية بالإضافة الى تأثير بعض الأدوية (كمسكنات الآلام) على ببطء نبضه القلب والإحساس بالضعف التام .

- لاحقاً تعجز الكلى عن افراز هرمون الإيبو والذي ينشط انتاج الدم ، الأمر الذي يؤدي الى فقر الدم يساهم في تسارع فقدان وظائف الكلى

- يلي ذلك مشاكل نسبة الفسفور في الدم لعدم قدرة الكلى على التخلص منه وارتفاعه المزمن الى تصلب الشرايين وفي محاولة للتخلص من الفسفور الزائد وتحسين نسبة الكالسيوم يزداد نشاط الغدد الدرقية الموجودة في العنق ولكن النشاط الزائد المزمن قد يؤدي الى اجهاد القلب ووهن العظام وآلامه الشديدة .

- تبدأ درجة حموضة الدم من الانخفاض مما يؤدي الى مزيد من وهن وضعف العظام وضعف في العضلات مما يؤدي الى ارهاق عضلة القلب بسبب ازدياد حموضة الدم وتسبب في ضيق التنفس .

3-2- المرحلة النهائية :

تبدأ المريض بالشعور بالغثيان ، فقدان الشهية ، الضعف وقصر التنفس اي ضيق في التنفس وكلاهما نتيجة لنقص الدم وارتفاع ضغط الدم وتجمع السوائل في الرئتين وازدياد درجة حموضة الدم وتورم الساقين نتيجة لتراكم السوائل وقلة التركيز وحكة في الجلد وتقلص عضلة الساقين ، كما قد يصاب مريض السكري بنوبات هبوط متكرر نتيجة لإزدياد استجابة الجسم للانسولين ، (Hamburger , 1988, p10).

4- اسباب القصور الكلوي : تخلف اسباب القصور الكلوي على حسب نوع

هذا الاخير وتكمن في مايلي :

4-1 اسباب القصور الكلوي المزمن :

-التهاب الكلى .

-انسداد المجاري البولية كوجود الحصوة في الحالب أو المثانة أو الإحليل

وكتضخم البروستاتة .

- ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري .

- الإستخدام المفرط لبعض الأدوية والمسكنات ولفترة طويلة وبجرعات

عالية .

- التهاب حوض الكلية المزمن وإرتفاع البول في الحالب مما يؤدي الى تكرار الإلتهابات المكروبية التي بدورها تقوم بتحطيم نسيج حوض الكلية ونخاعها وينتهي الأمر بالفشل الكلوي .
- اسباب وراثية أو خلقية .

4-2- اسباب القصور الكلوي الحاد :

- هبوط في ضغط الدم بسبب عدوى حادة او فقد للدم او نوبة قلبية .
- اضطرابات حادة للكلية .
- عقاقير سامة للكليتين .
- بعد الجراحات المعقدة اثناء العملية الجراحية والنزيف الزائد .
- انسداد في الاوعية الدموية المتجهة للكلية أو إعاقة خروج البول من الكليتين ، وهذا يمكن ان يحدث في حالات تضخم البروستات أو أورام المثانة ، أو عن الأمراض التي تبدأ في الكلى مثل الإلتهاب الكلوي .
- صدمات أو حروق أو جروح حادة أو الجفاف الشديد .
- بعض الأدوية التي تسبب الإلتهاب الكلوي البيني .
- فشل القلب او الكبد .

- ضربة الشمس .

- تسمم الحمل أو الاصابة بنزيف خلال عنلية الإجهاض .

- إختلال توازن الأملاح والسوائل في الجسم (محمد صادق صابور، 1994 ،

ص32).

5- أنواع القصور الكلوي :

إن امراض الكلى على اختلافها في حالة اهمالها وعدم علاجها فإن ذلك يؤدي حتما الى فشل كلوي مزمن ومن بين انواعه نذكر :

5-1 قصور كلوي نتيجة انحلال عضلي :

يشكل القصور الكلوي الناجم عن انحلال العضلات بنسب ضئيلة ومعروفة وهو ناتج عن حالات هدم في السقوط والازدحام الشديد وغالبا يتم علاجه عن طريق الغسيل الدموي أو الدياليز (تصفية الدم) ، وقد يحدث انحلال العضلي لأسباب متعددة نذكر منها الحالات الكحولية ، عدم التحرك لمدة طويلة ،التعرض للبرد الشديد وكذلك الحروق .

5-2 القصور الكلوي الوظيفي:

يمثل الفشل الكلوي الوظيفي فشل كلوي حاد،وتعود الاضطرابات الوظيفية إلى :

- احتقان استمساك المواد الأزوتية التي تترجم وظيفتها البيولوجية الأكثر بساطة في ارتفاع البولين الدموي ،وامساك المواد الازوتية لا يسمح للحصول على التكامل الوظيفي للكلى وينتج عنها ضرورة تطبيق تجارب وظيفية كلوية وكذلك النسبة البروتينية الناتجة عن عدوى كلوية خطيرة أو نقص في التزود بالكلوريدات فمثلا اثناء الحمية الناقصة من حيث البروتينات ،فإن الكرياتين يعطي الصورة الصحيحة في حالة الترشيح اما الكرياتين او الأزوتية تزدادان وتتكاثران بصفة متوازنة اذا احدثت ضرر أماكن الكلية ، فيحدد الانخفاض في قدرة التمركز وتحليل البول يتم بتحديد القدرة القسوى لتمركز خطورة التسمم من خلال الماء ويمكن ان ترتفع الخطورة من جراء الحمية بدون ملح والاضطرابات الهضمية وقيء واسهال وتكيف الكلى بصفة ملحوظة بشكل مطول مع الاضطرابات الوظيفية .

- القصور الكلوي المزمن :

هو نقص لوظائف الكلى تدريجيا على مدى السنوات ، بينما القصور الكلوي الحاد يحدث خلال فترة قصيرة تتراوح بين ساعات وأيام ، ففي القصور الكلوي الحاد قد تستعيد الكلى وظائفها بعد المعالجة ، بينما القصور الكلوي المزمن تفقد الكلى وظائفها بشكل دائم .

ويعرف على أنه مرض مرض غير مرئي والذي يحدث دون انذار ويعرف بأنه تراجع مستمر في وظائف الكلى يمكن أن يتسبب في انسداد البول في الكلى وعدم تسليمها الى الدم أو المواد السامة نظرا لإنخفاض معدل تشريح الدم عن طريق الكلى أو كنتيجة لاضطرابات في مستوى وظائف الكلى الطبيعية المتمثلة في التخلص من النفايات المنتجة في السائل والمخزنة في الأنسجة وبصفة عامة هو عجز الكلية جزئيا او كليا عن تصفية الدم من السموم اي فقدانها لقدراتها على افراز بول مكثف كامل العناصرنسبها العادية وهو نوعان مزمن وحاد (J.Hamburger,1988,p7).

6- طرق علاج القصور الكلوي :

للأسف لا يوجد علاج تام للقصور الكلوي المزمن غير الجراحة المتمثلة في زراعة الكلية ولكن في انتظار ذلك يبقى المريض خاضعا لعملية التصفية الدموية خارج الجسم بنوعيتها الصفاقية او الارتباط بآلة التحال الدموي .

6-1-آلة التحال الدموي (الكلية الصناعية):

هي جهاز خارج الجسم يوصل بالدورة الدموية يمر فيه الدم ليقوم بعمل توازن املاح الدم والمواد الذائبة في الماء ويعيدها على مستواها الاصلي الطبيعي .وهذا الجهاز مزود بآلة تسمح بالترشيح المنسق لخروج الماء من الجسم ومن اهم

مكونات الدورة سائل الغسيل الذي تجعله متناسقا على الدوام في تركيزه ودرجة حرارته مع وجود مقياس دقيق لسرعة مرور السائل وضغطه وتركيزه وآلية الصناعية هي المرشح الذي ينبغي حساب قدرته التشريرية بدقة قبل الاستعمال يمر الدم من جسم المريض بخروجه من الشريان يوصل بالترشيح ويعود الى الانسان في وريد بعد رشحه ويدفع الدم داخل المرشح بمضخة الدم.

6-2- التصفية الصفاقية :

هي تقنية تسمح بتصفية الدم بترشيحه عبر الغلاف الحشوي المليء بالشعيرات الدموية باستعمال سائل يشبه تركيبة السائل العادي الموجود خارج الجسم ، ويتم عبر الشعيرات الدموية التبادل بين الدم والمحلول ، الى هذه التقنيات العلاج بآلة التحال الدموي "التصفية" قد ساعدت المرضى في مواجهة وعلاج المرضى ويحافظ على بقاء الفرد حي لمدة إلا ان هناك علاج اخر افضل من الطريقتين وأقل تكلفة مادية ويقضي نهائيا على مرض القصور الكلوي المزمن وهو :

6-3- زراعة الكلى:

ان عمليات زرع الأعضاء البشرية ومن بينها زراعة الكلى لم تكن معروفة من القدم وهي عبارة عن عمليات مستحدثة نتيجة التصور المعرفي الهائل في العلوم الطبية حيث شهد النصف الثاني من القرن العشرين أهم الانجازات العلمية والطبية في

تاريخ البشرية مما جعل الوصول الى القيام بعمليات زرع الاعضاء ومن بينها زرع الكلى وانقراض حياة الافراد كان مآلها الموت واعادتهم كأعضاء فاعلين في المجتمع (Hamburger , 1988, p10)

خاتمة:

إن مرض القصور الكلوي المزمن من الامراض التي تصيب جسم الانسان كالداء السكري و السرطان وضغط الدم ،حيث تصبح الكليتان عاجزات عن أداء وظيفتها المتمثلة في تصفية الدم داخل جسم الانسان من الفضلات السامة ،يتميز هذا المرض عن باقي الامراض بطبيعة علاجه التي تتمثل في التصفية خارج الجسم مما يجعل الافراد المصابين مرتبطين بمواعيد التصفية الثابتة والتي قد يدوم مدى الحياة ان لم يتسنى للفرد المصاب الحصول على زرع كلى ،ومن هنا نختلف من فرد الى آخر.

الفصل الخامس :اجراءات

الدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

1-1 هدفها

2-1 اجراءاتها

2-الدراسة الاساسية

1-2 منهج الدراسة

2-3 الادوات المستخدمة في الدراسة

1-2-3 الملاحظة

2-2-3 المقابلة

3-2-3 مقياس تايلور

4-2-3 مقياس بيك

4- عرض الحالات

تمهيد:

خُصص هذا الفصل لتحليل النتائج ومناقشة الفرضيات، هذا لكونه مرحلة هامة وجد ضرورية، حيث تضمن هذا الفصل تحليل مضمون المقابلات العيادية التي تم إجراؤها مع الحالات، وعرض نتائج المقاييس (تايلور للقلق الصريح ، مقياس بيك للاكتئاب)، التي تم تطبيقها في البحث مع الحالات وتفسيرها و مناقشتها في ضوء فرضيات الدراسة.

1- عرض النتائج:**1-1 عرض نتائج المقابلات و الملاحظات:**

سنقوم أولاً بعرض نتائج المقابلات و الملاحظات حسب كل حالة كالتالي:

1-1-1 الحالة الأولى :

من خلال المقابلات والملاحظات التي أُجريت مع الحالة الأولى توصلنا الى النتائج التالية :
يبدو على الحالة قلقها و اكتئابها خاصة بعد اصابتها المفاجئة بالمرض حيث كان مستوى
القلق الذي تعاني منه هو قلق شديد حيث تحصلنا علي النتائج التي تتطابق مع ذلك

بالاضافة الى الاعراض التالية:

- صدمة عند ادراك المرض.

-رفض المرض و عدم تقبله.

-الحزن ، القلق ، فقدان الشهية.

- اضطرابات النوم.

- اكتئاب وذلك من خلال الافكار التشاؤمية والنظرة التشاؤمية للمستقبل.

1-1-2- الحالة الثانية:

- صدمة عند ادراك المرض.

- رفض المرض و عدم تقبله.

-اضطراب النوم: الارق.

-اضطراب المزاج : الحزن.

- اضطراب الاكل: فقدان الشهية.

- النظرة التشاؤمية للمستقبل.

1-1-3 الحالة الثالثة:

- صدمة عند ادراك المرض.

- رفض المرض و عدم تقبله.

- ارق -فقدان الشهية- حزن.

- اضطرابات النوم.

1-1-4 الحالة الرابعة:

- صدمة عند ادراك المرض.

- رفض المرض و عدم تقبله

-الارهاق شعور بالتعب

-اضطراب النوم الارق

-انسحاب الاجتماعي

- التشائم و الحزن

1-1-4 الحالة الخامسة:

- صدمة عند ادراك المرض

-رفض المرض و عدم تقبله

-اكتئاب و القلق

- حزن تشائم شعور بالضيق و الخوف من المستقبل

- اضطراب المزاج

1-1-6 الحالة السادسة:

- صدمة عند ادراك المرض

-رفض المرض و عدم تقبله

-اكتئاب ، قلق ، حزن ، خوف ، مصاحب لاعراض جسمية

- نظرة تشاؤمية للمستقبل حيث ان الحالة تفقد الامل في الزواج جراء اصابتها بالمرض .

1-2 عرض نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح و مقياس بيك للاكتئاب:

سنقوم بعرض نتائج المقياسيين بالترتيب لكل حالة على حدى كما هو موضح في الجدول

رقم (07) التالي: ترقيم مختلف

الجدول رقم (07):الجدول يمثل نتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس تايلور

للقلق للحالة الاولى

الحالة	درجة القلق	نوع القلق	درجة الكتاب	نوع الاكتئاب
الحالة (01)	32	قلق شديد جدا	52	اكتئاب شديد

من خلال الجدول رقم (7) تبين ان الحالة تعاني من قلق واكتئاب شديدين ، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في كل من مقياس تايلور للقلق وبيك للاكتئاب، حيث تحصلت على درجة 32 في مقياس تايلور التي تدل على أن الحالة تعاني من قلق شديد،اضافة الى درجة 52 في مقياس بيك للاكتئاب والتي تدل على انه الحالة تعاني من اكتئاب شديد.

الجدول رقم (08): الجدول يمثل نتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس تايلور

للقلق ومقياس بيك للحالة الثانية.

الحالة	درجة القلق	نوع القلق	درجة الاكتئاب	نوع الاكتئاب
الحالة (02)	24	قلق شديد	43	اكتئاب متوسط

من خلال الجدول رقم (08) تبين ان الحالة تعاني من قلق شديد ، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في كل من مقياس تايلور للقلق حيث تحصلت على درجة 24

،اضافة الى درجة 52 في مقياس بيك للاكتئاب والتي تدل على ان الحالة يعاني من اكتئاب.

الجدول رقم (09) :الجدول يمثل نتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس تايلور

للقلق ومقياس بيك للاكتئاب للحالة الثالثة

الحالة	درجة القلق	نوع القلق	درجة الاكتئاب	نوع الاكتئاب
الحالة (03)	41	قلق شديد جدا	68	اكتئاب شديد

من خلال الجدول رقم (09) تبين ان الحالة تعاني من قلق شديد جدا، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في مقياس تايلور للقلق حيث تحصلت على درجة 41 التي توافق قلق شديد،اضافة الى درجة 68 في مقياس بيك للاكتئاب والتي تدل على ان الحالة يعاني من اكتئاب شديد.

الجدول رقم (10) :الجدول يمثل نتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس تايلور

للقلق ومقياس بيك للاكتئاب للحالة الرابعة

الحالة	درجة القلق	نوع القلق	درجة الاكتئاب	نوع الاكتئاب
الحالة (04)	28	قلق شديد	46	اكتئاب شديد

من خلال الجدول رقم (10) تبين ان الحالة تعاني من قلق شديد ، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في كل من مقياس تايلور للقلق حيث تحصلت على درجة 28

،اضافة الى درجة 46 في مقياس بيك للاكتئاب والتي تدل على ان الحالة يعاني من اكتئاب شديد.

الجدول رقم (11): الجدول يمثل نتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس تايلور

للقلق ومقياس بيك للاكتئاب للحالة الخامسة

الحالة	درجة القلق	نوع القلق	درجة الاكتئاب	نوع الاكتئاب
الحالة (05)	31	قلق شديد جدا	42	اكتئاب متوسط

من خلال الجدول رقم (11) تبين ان الحالة تعاني من قلق شديد جدا، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في كل من مقياس تايلور للقلق حيث تحصلت على درجة 31 ،اضافة الى درجة 52 في مقياس بيك للاكتئاب والتي تدل على ان الحالة يعاني من اكتئاب.

الجدول رقم (12) : الجدول يمثل نتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس تايلور

للقلق ومقياس بيك للاكتئاب للحالة السادسة.

الحالة	درجة القلق	نوع القلق	درجة الاكتئاب	نوع الاكتئاب
الحالة (06)	42	قلق شديد	63	اكتئاب شديد

من خلال الجدول رقم (12) تبين ان الحالة تعاني من قلق شديد جدا، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في كل من مقياس تايلور للقلق حيث تحصلت على درجة 42

،اضافة الى درجة 63 في مقياس بيك للاكتئاب والتي تدل على ان الحالة يعاني من اكتئاب.

من خلال الجداول السابقة تبين ان كل الحالات المرضى المصابين بالقصور الكلوي يعانون من قلق واكتئاب وهذا ماتوصلنا اليه من خلال النتائج المتحصل عليها من تطبيق المقياس القلق الصريح لتايلور. و مقياس بيك للاكتئاب. نلاحظ ان القلق جد منتشر بين الحالات أو المرضى المصابين بالقصور الكلوي والخاضعين لعملية تصفية الدم (الدياليز).

2- مناقشة الفرضيات:

1-2 مناقشة الفرضية العامة: التي تنص "أن المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية التصفية (الدياليز) يعانون من قلق واكتئاب "

من خلال دراسة الحالة توصلنا الى أن مرضى القصور الكلوي الخاضعين لعملية التصفية بالموسسة الاستشفائية -تجديت- يعانون من القلق والاكتئاب وهذا من خلال النتائج المحصل عليها من خلال المقابلات والملاحظات العيادية، وهذا ما دعمه كل من نتائج القلق التي تتراوح ما بين (24-42درجة) والتي تتوافق مع قلق شديد بالاضافة الى نتائج مقياس بيك التي كانت تتراوح ما بين من (42-68) وعليه فان الحالات تعاني من اكتئاب، وذلك من خلال الاعراض المتمثلة في شعور الحالة بالضيق والحزن بالاضافة الى فقدان الشهية وعدم الرغبة في أي شئ ، بحيث أن حياته مرتبطة بألة التحال الدموي كما يعاني

من اضطرابات النوم وانخفاض في الوزن ، حيث تتمثل اعراضه في شعور الحالات بالضيق والحزن كما صرح معظم الحالات بقولها "تحس بالضيق في صدري " بالاضافة الى فقدان الشهية وعدم الرغبة في أي شئ ، ولذلك فالمرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للدياليز نقل انتاجيتهم كما يفكرون أن الحياة لاتساوي شئ بحيث أن حياتهم مرتبطة بألة التحال الدموي كما يعانون من اضطرابات النوم وانخفاض في الوزن ، فمعظم الحالات يعانون من اكتئاب شديد وذلك جراء اصابتهم بالمرض وعدم تقبلهم له بالاضافة الى خضوعهم الاجباري للدياليز بعد اصابتهم هته ، بالاضافة الى اضطرابات نفسية أخرى منها القلق وعليها، كما توضح ذلك من خلال المقابلات العيادية، أي باصابتهم بالمرض وعدم تقبله له بالاضافة الى خضوعه الاجباري للدياليز بعد اصابتهم هته ، مما ولد لدى الحالة نظرة تشاؤمية للمستقبل وعليها .

2-2 مناقشة الفرضية الجزئية الاولى: التي تنص على "توجد فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس" .

وتبين ذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في دراسة الحالة وعن طريق الادوات المستخدمة المقابلات والملاحظات العيادية توصلنا الى انه هناك فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس ، وهذا مادعمه اختلاف نتائج مقياس تايلور للقلق عند الاناث والذكور .

تحققت الفرضية الجزئية الاولى و التي تنص على "توجد فروق في مستوى القلق وفقا لمتغير الجنس".

2-3 مناقشة الفرضية الجزئية الثانية : التي تنص على "توجد فروق في مستوى الاكتئاب وفقا لمتغير الجنس".

أن اهم الانعكاسات والاثار النفسية التي يمكن ان تخلفها الاصابة بالقصور الكلوي والخضوع لعملية تصفية الدم كل من الخوف والقلق والاكتئاب، مما سبق تبين ان كل الحالات تعاني من اكتئاب بتفاوت درجاته ، حيث تتمثل اعراضه في شعور الحالات بالضيق والحزن كما صرح معظم الحالات بقولها "تحس بالضيق في صدري" بالاضافة الى فقدان الشهية وعدم الرغبة في أي شئ ، ولذلك فالمرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للدياليز نقل انتاجيتهم كما يفكرون أن الحياة لاتساوي شئ بحيث أن حياتهم مرتبطة بألة التحال الدموي كما يعانون من اضطرابات النوم وانخفاض في الوزن ، فمعظم الحالات يعانون من اكتئاب شديد وذلك جراء اصابتهم بالمرض وعدم تقبلهم له بالاضافة الى خضوعهم الاجباري للدياليز بعد اصابتهم هته .

تحققت هذه الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على "توجد فروق في مستوى الاكتئاب وفقا لمتغير الجنس" ، ميدانيا على كل الحلات المدروسة وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في دراسة الحالة اي في الادوات المستخدمة المقابلات والملاحظات العيادية توصلنا الى انه

هناك فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير الجنس ، وهذا مادعمه اخلاف نتائج مقياس تايلور للقلق عند الاناث والذكور من خلال المقابلات والملاحظات (دراسة الحالة) ومقياسي تايلور للقلق وبيك للاكتئاب توصلنا الى انه هناك فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية تصفية الدم، وذلك من الاعراض الملاحظة على الحالات والنتائج المتحصل عليها في المقياسين

4-2 مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة: التي تنص "توجد فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية".

من خلال النتائج المتحصل عليها في دراسة الحالة اي في الادوات المستخدمة المقابلات والملاحظات العيادية توصلنا الى انه هناك فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية ، وهذا مادعمه نتائج مقياس تايلور للقلق عند المرضى الخاضعين لعملية التصفية لمدة من عام الى عامين مختلفة عن النتائج الحالات الخاضعين لعملية التصفية لمدة عامين فما فوق حيث ان المرضى الجدد لديهم درجات القلق والاكتئاب اكثر من الخاضعين لعملية التصفية لمدة عامين فما فوق، وذلك من خلال انهم لم يتأقلمو مع الآلة صدمة المرض مازالت تاثيراتها على المرضى على عكس الفئة الاخرى حيث انهم تعيشو مع الآلة والمرض وهذا لايعني انهم لايعيشون قلق واكتئاب، حيث انهم دائما يراودهم الخوف من الآلة بالاضافة الى الاعراض الناجمة عنها.

تحققت الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص "توجد فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية".

2-5 مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة: التي تنص "توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية".

من خلال النتائج المتحصل عليها في دراسة الحالة اي في الادوات المستخدمة المقابلات والملاحظات العيادية توصلنا الى انه هناك فروق في مستوى القلق لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية ، وهذا مادعمه نتائج مقياس بيك للاكتئاب عند المرضى الخاضعين لعملية التصفية لمدة من عام الى عامين مختلفة عن النتائج الحالات الخاضعين لعملية التصفية لمدة عامين فما فوق حيث ان المرضى الجدد لديهم درجات الاكتئاب اكثر من الخاضعين لعملية التصفية لمدة عامين فما فوق، وذلك من خلال انهم لم يتأقلمو مع الآلة صدمة المرض مازالت تاثيراتها على المرضى على عكس الفئة الاخرى حيث انهم تعيشو مع الآلة والمرض وهذا لايعني انهم لايعيشون قلق واكتئاب، حيث انهم دائما يراودهم الخوف من الآلة بالاضافة الى الاعراض الناجمة عنها .

تحققت الفرضية الجزئية الرابعة التي تنص "توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية".

و استنادا على كل ما سبق ذكره من خلال المقابلة العيادية و اختبار القلق و الاكتئاب

يمكننا القول أن الفرضيات تحققت.

من خلال تحليل المقابلات مناقشة الفرضيات توصلنا الى الاصابة بالقصور الكلوي تؤثر على نفسية المريض خاصة بعد خضوعه لعملية تصفية الدم الدياليز جراء الاصابة بالمرض وعدم تقبله ادى بهم الى ظهور اضطرابات نفسية من بينها القلق والاكتئاب بتفاوت درجاتها حسب الجنس ومدة التصفية.

خاتمة:

يعد المعاش النفسي من المواضيع المهمة، حيث يتمثل خصائصه في القلق والخوف واكتئاب وهذا لما قد يتعرض له الانسان من تجارب صعبة كونها تتعلق بغريزتي الحياة والموت، فهي تجعله في صراع لا يقدر وطأته الا الذي عاش التجربة وعليه فإن الصحة النفسية هي الحياة التي يستشعر بها الشخص معاناته من أعراض الحزن والقلق والتوتر، فأرت من خلال هذا دراستنا وخاصة الدراسة التطبيقية التعرف على المعاش النفسي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعلية التصفية وعلى التغيرات التي طرأت على حياتهم، بما في ذلك القلق والاكتئاب الحزن واضطرابات النوم والعزلة، ومحاولة معرفة درجة القلق والاكتئاب لدى هذه الفئة وما إذا كان هناك فوق في درجة القلق والاكتئاب، وهذا اتضح من خلال المقابلات التي أمدتنا بمعلومات عيادية ونفسية أساسية ان المرضى المصابين بالقصور الكلوي يعانون من القلق والاكتئاب، وهذا ما شارته اليه النتائج بحيث يتوزعان بشكل طبيعي عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية التصفية الدياليز، وهذا ما توصلنا اليه جراء تطبيق مقياس تايلور للقلق ومقياس بيك للاكتئاب، من خلال التقنيات المطبقة والنتائج المتحصل عليها تمكنا من التحقق من كل الفرضيات .

و أخيرا يمكننا أن نقول انه لا يمكن تعميم النتائج التي توصلنا إليها على كافة مرضى القصور الكلوي المزمن، بسبب أن مجموعة بحثنا صغيرة و محدودة جدا، و أن ما توصلنا

إليه من خلال هذا البحث المتواضع يعتبر تدعيما و تأكيدا للبحوث السابقة التي درست هذا الجانب ، و ترك المجال للبحوث الأخرى للتوسع فيها.

التوصيات والاقتراحات :

انطلاقا من دراستنا و النتائج المتحصل عليها ارتئينا ان تكون هذه مجموعة من التوصيات و الاقتراحات الهامة و الي ينبغي الاهتمام بها و هي كالتالي :

- اجراء دراسات اخرى تبحث عن العلاقة بين مرضى القصور الكلوي و متغيرات اخرى لم تطرح في هذه الدراسة

- ضرورة استخدام مقاييس و اختبارات جزئية للكشف عن القلق و الاكتئاب لدى مرضي القصور الكلوي

- ضرورة الاهتمام بالفئات المصابة بالقصور الكلوي

- فتح مراكز لتصفية الدم الدياليز نضرا لانتشار المرض و قلة المراكز العلاجية .

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

1- عرض النتائج

1-1 عرض نتائج المقابلات

2-1 عرض نتائج مقياس تايلور القلق الصريح

3-1 عرض نتائج مقياس بيك للاكتئاب

2-مناقشة الفرضيات

1-2 مناقشة الفرضية العامة

2-2 مناقشة الفرضية الجزئية الاولى

3-2 مناقشة الفرضية الجزئية الثانية

4-2 مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة

5-2 مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة

خاتمة

المخلص:

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن المعاش النفسي عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية التصفية (الدياليز)، و معرفة الفروق بين الحالات المصابة بالقصور الكلوي وفقاً لمتغير الجنس و مدة التصفية. وللتأكد من صحة فرضياتنا قمنا بتطبيق المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة وذلك من خلال مجموعة من الأدوات المتمثلة في المقابلة، الملاحظة، بالإضافة الى تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح، ومقياس بيك للاكتئاب، على عينة الدراسة المتكونة من ست حالات، ثلاثة ذكور وثلاث إناث مصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية تصفية الدم (الدياليز)، بالمؤسسة الاستشفائية "تجديت، مستغانم" ، تتراوح اعمارهم ما بين (24-58) سنة، وتوصلنا الى النتائج التالية:

- أن المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية تصفية الدم (الدياليز) يعانون من قلق واكتئاب

- مستوى القلق مرتفع عند المصابين بالقصور الكلوي حسب مدة التصفية

- مستوى القلق مرتفع عند المصابين بالقصور الكلوي حسب الجنس

- مستوى الاكتئاب مرتفع عند المصابين بالقصور الكلوي حسب مدة التصفية

- مستوى الاكتئاب مرتفع عند المصابين بالقصور الكلوي حسب الجنس

فهرس المحتويات:

الصفحة	الموضوع
أ	الاهداء
ب	شكر و تقدير
ت	الملخص
ح	فهرس المحتويات
ز	فهرس الجداول
01	مقدمة

أولاً: فهرس الموضوعات

الصفحة	الفصل الأول: تقديم الدراسة
03	1-التعريف بمشكلة الدراسة
05	2-أسئلة الدراسة
06	3-فرضيات الدراسة
06	4-دوافع اختيار الموضوع
07	5-أهمية الدراسة
07	6-أهداف الدراسة
08	7-المصطلحات الاجرائية
	الفصل الثاني: القلق
10	تمهيد
10	1-تعريف القلق
12	2-النظرات المفسرة للقلق
14	3-تصنيف القلق حسب DSM4
15	4-أسباب القلق

17	5- اعراض القلق
19	6- انواع القلق
21	7- علاج القلق
	خلاصة
	الفصل الثالث : الاكتئاب
	تمهيد
24	1-لمحة تاريخية
26	2-تعريف الاكتئاب
27	3-النظرات المفسرة للاكتئاب
31	4-تصنيف الاكتئاب حسب DSM4
32	5- أسباب الاكتئاب
33	6- اعراض الاكتئاب
34	7- انواع الاكتئاب
35	8- علاج الاكتئاب
	خلاصة
	الفصل الرابع : القصور الكلوي
	تمهيد
41	1-تعريف الكلية
42	2- السياق التاريخي للقصور الكلوي
45	3- تعريف القصور الكلوي
46	4-اسباب القصور الكلوي
48	5-أعرض القصور الكلوي
50	6-انواع القصور الكلوي
53	7-علاج القصور الكلوي
	خلاصة

	الفصل الخامس: اجراءات الدراسة الميدانية
41	تمهيد
41	1-الدراسة الاستطلاعية
44	2-الدراسة الاساسية
48	2-3 ادوات الدراسة
48	2-3-1 الملاحظة
48	2-3-2 المقابلة
49	2-3-3 مقياس تايلور للقلق الصريح
50	2-3-4 مقياس بيك للاكتئاب
	خلاصة
	الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات
	1- عرض النتائج
53	3-1 الحالة الاولى
58	3-2 الحالة الثانية
63	3-3 الحالة الثالثة
68	3-4 الحالة الرابعة
72	3-5 الحالة الخامسة
76	3-6 الحالة السادسة
86	2-مناقشة الفرضيات
86	2-1 مناقشة الفرضية العامة
87	2-2 مناقشة الفرضية الجزئية الاولى
88	2-3 مناقشة الفرضية الجزئية الثانية
89	2-4 مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة
90	2-5 مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة
	استنتاج عام

92	خاتمة
93	اقتراحات و لتوصيات
	قائمة المراجع
	الملاحق

2-5 مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة: التي تنص "مستوى الاكتئاب مرتفع لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية".

من خلال النتائج المتحصل عليها في دراسة الحالة اي في الادوات المستخدمة المقابلات والملاحظات العيادية توصلنا الى انه هناك فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية ، وهذا مادعمه نتائج مقياس بيك للاكتئاب عند المرضى الخاضعين لعملية التصفية لمدة من عام الى عامين مختلفة عن النتائج الحالات الخاضعين لعملية التصفية لمدة عامين فما فوق حيث ان المرضى الجدد لديهم درجات الاكتئاب اكثر من الخاضعين لعملية التصفية لمدة عامين فما فوق حيث ظهر ذلك لديهم من خلال التمثلات السلبية عن العالم مصاحبا الى الحزن و التشائم و فقدان الاهتمام و الا مبالاة ، و من خلال انهم لم يتأقلمو مع الآلة صدمة المرض مازالت تاثيراتها على المرضى على عكس الفئة الاخرى حيث انهم تعايشو مع الآلة والمرض وهذا لايعني انهم لايعيشون قلق واكتئاب، حيث انهم دائما يراودهم الخوف من الآلة بالاضافة الى الاعراض الناجمة عنها .كما اثبتت دراسة زاوي سليمان "القلق والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين للهيموديايز" ان المرضى المصابين بالقصور الكلوي يعانون من قلق واكتئاب.

تحققت الفرضية الجزئية الرابعة التي تنصان مستوى الاكتئاب مرتفع لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي وفقا لمتغير مدة التصفية".

تمهيد:

بعد إكمال الجانب النظري الذي اعطانا لمحة عامة عن الموضوع " القلق و الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية التصفية (الدياليز)، نتناول في هذا الفصل الجانب التطبيقي الذي يعتبر فصل مهم للكشف عن القلق والإكتئاب لدى عينة الدراسة، وهذا لنجيب عن الإشكالية والتساؤلات المطروحة ولتأكيد أو نفي الفرضيات المطروحة في الجانب النظري .

1-الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة لبداية أي اجراء تطبيقي .

2.1. هدفها:

- التعرف على المصلحة والحالات المتواجدة فيها المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لعملية الدياليز ومحاولة معرفة المعاش النفسي لدى هذه الفئة .
- تحديد مجتمع الدراسة من أجل ضبط عينة البحث.

-1-1- اجراءاتها :

- المكان: اجريت الدراسة الإستطلاعية بالمؤسسة الإستشفائية والاستعجالات الطبية - تجديد - مستغانم

- المدة: من 02 فيفري الى غاية 30 أفريل 2016.

1.3.1. التعريف بالمؤسسة : المؤسسة الإستشفائية والاستعجالات الطبية - تجديد - مستغانم .

تم إجراء البحث في مستشفى "شي قيفارا" بمدينة مستغانم ، الذي تم تأسيسه في الحقبة الاستعمارية حيث كان مستشفى عسكري لخدمة المصلحة العامة السياسية والعسكرية لفرنسا ، فكانت فكرة لمجموعة من الضباط والقادة العسكريين والفرنسيين هم من اسهمو ببناء الإدارات والمركز الطبي لكن بعد الاستعمار مباشرة سميت بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ، وفي (1970) تغير الإسم الى "مستشفى شي قيفارا " أثناء زيارة الوفد الكوبي -الجزائر . وتحديدًا بمصلحة تصفية الدم التي تم تأسيسها سنة (1997) لتحول المصلحة سنة (2000) من المستشفى إلى "تجديد - خروبة " لتصبح مستقلة عن المستشفى لكن تابعة لها اداريا ، حيث نجد شكلها العمراني على شكل دائري ، وتتوفر داخل المصلحة مايلي :

. مكتب الاستقبال : نجد به ثلاثة حراس خاصة بحراسة المصلحة وإدخال الأدوية .دورة المياه : في هذه المصلحة نجد دورتين للمياه الأولى خاصة بالطاقم الطبي أما الثانية خاصة بالمرضى وأسرههم ، فالأولى نجدها مرتبة ونظيفة ، أما الثانية تتعدم فيها شروط النظافة .

. مصلى : متوسك الحجم بالنسبة للغرف العلاجية .

قاعة معالجة المياه : نجد هذه القاعة تتوسك القاعات العلاج بالدياليز حيث تحتوي على مجموعة من الآلات لمعالجة المياه .

. **المطبخ** : يحتوي على ثلاجة وتلفاز ، أما من ناحية النظافة نظيف ، أما من ناحية الغذاء فوجدت أن المنظفات هن اللواتي تقمن بتوزيعه على المرضى تأخر في تقديم الوجبات الغذائية .

. **قاعات العلاج** : (قاعات العلاج تصفية الدم "الدياليز")

نجد هذه المصلحة 7 سبع قاعات للعلاج بالدياليز وكل قاعة بها اربع آلات واربعة مرضى يخضعون لتصفية الدم ، ووجدت المرضى غير منفصلين بل متواجدين ذكور وإناث والكل يعالج في غرفة واحدة ، وبلغ عددهم 149 مريض (81 ذكر و68 مريضة) حيث يقومون بالعملية العلاجية أي تصفية الدم "الدياليز" ثلاثة حصص في الأسبوع وكل حصة تدوم اربعة ساعات .

. **جناح خاص بالطاقم الطبي** : هذا الجناح له مدخل واحد ويحتوي على ثلاثة قاعات

القاعة الأولى خاصة برئيسة المصلحة تحتوي على ثلاثة مكاتب مكتب خاص بهذه الاخيرة ومكتبين خاصين بالمرضات ، كما تحتوي هذه القاعة على أرشيف المؤسسة ، أما القاعة الثانية خاصة بالطبيب يحتوي على مكتبين مكتب هذا الاخير ومكتب خاص بالأخصائي النفساني ، أما القاعة الثالثة خاصة بالصيدلية تحتوي على مكتبين وصيدليتين .

2. الدراسة الأساسية :

2-1 منهج الدراسة :

يُعرف المنهج بأنه مجموعة من القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها ، ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته (فيصل عباس ، 1983،ص14)

بما أن موضوع بحثنا " القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لتصفية الدم "الدياليز"فان المنهج الذي تم اعتماده في بحثنا المنهج العيادي. الذي يستخدم في العيادات النفسية للتشخيص والعلاج لأن تفسير المظهر السلوكي لا يكون بعزل هذا المظهر عن غيره من المظاهر بل الرجوع إلى الشخصية ككل وكافة الإستجابات التي تصدر عن الشخص ، والآن المنهج الإكلينيكي يدرس المريض كحالة ووحدة كلية (حسين البسيويني ، 1985 ، ص85) .

كما أنه يعرف على أنه دراسة عميقة لسلوك معين سواء كان سوي او غي سوي (علي زيغود ، 1980، ص 375) .

تعتبر دراسة الحالة طريقة عيادية استطلاعية في منهجها ، تركز على دراسة الفرد وتهدف التوصل إلى الفروض أنما الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي ويقيم كل المعلومات والنتائج التي تحصل عليها من العميل ، وذلك من خلال الملاحظة بنوعيتها ، والمقابلة بشتى انواعها ، بالإضافة الى التاريخ الإجتماعي والفحوصات الطبية والإختبارات السيكلوجية ، فدراسة

الحالة تسمح بوصف ظواهر سوية وغير سوية ، مألوفة أو نادرة ووضع فرضيات لأجل دراسة الشخصية ، البحث في السببية المرضية أو علاج الإضطرابات النفسية .

لعله في الميدان الإكلينيكي تشابك المتغيرات والعلاقات الى درجة تصبح فيها المعالجة التجريبية أمرا عسيرا ، وبالتالي تدور دراسة الحالة أساسا حول الفرد الإنساني في تفرد .

أخذ علماء النفس الإكلينيكي مصطلح "دراسة الحالة " عن الطب النفسي والعقلي ، ثم انتشر استخدامه رغم الاعتراضات من طرف البعض عن استخدام كلمة " الحالة " تحت إثر كائن إنساني يعاني من اضطراب بدني وانفعالي ، بدخول الأخصائي النفسي إلى العيادة أصبح المصطلح يستخدم للإشارة إلى عملية جمع البيانات وإلى البيانات نفسها وإلى استخدامها إكلينيكيًا .

تستعمل دراسة الحالة في علم النفس العيادي بهدف وضع فرضيات ثم السعي الى نفيها بواسطة ايجاد قضايا مناقضة لها ، وفي مقابل هذا ، إذا أراد الباحث التحقق من الفرضيات فهي قليلة الاستعمال عكس ما يضعه الكثير من الممارسين .

بالرغم من أن هذه التقنية موجودة في ميادين متعددة مثل دراسة النمو والتغير الإجتماعي وعلم الإجرام وغيرها ، إلا أن الإهتمام الرئيسي للأخصائي النفسي الإكلينيكي منصب حول استخدامها في فهم السببية المرضية سواء العقلية أو النفسية .

2-1- مجتمع البحث :

يتمثل المجتمع الاصلي في الدراسة الحالية كل الحالات الخاضعة لعملية التصفية الدياليز حيث يبلغ عددهم 148 حالة .

تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة ، يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها (عبيدات وآخرون ، 1999 ، ص84).

وقد تم اختيار العينة أو الحالات المراد دراستها من مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الاستشفائية -تجديت- بطريقة قصدية أي عمدية ، حيث أن العينة تلائم أغراض البحث وذلك بناء على ملفاتهم واستنادا إلى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم وقد احتوت العينة على ستة حالات 3ذكور 3إناث حتى يتسنى لنا الوصول الى نتائج .

خصائص العينة :

تتصف عينة الدراسة الحالية بمجموعة من الخصائص كما هو موضح في الجدول رقم (01) التالي:

الجدول رقم (01) : يمثل خصائص عينة البحث

المتغيرات / الحالات	السن	الجنس	مدة التصفية
الحالة (1)	39 سنة	انثى	عامين
الحالة (2)	58 سنة	ذكر	تسع سنوات
الحالة (3)	50 سنة	ذكر	سبع سنوات
الحالة (4)	34 سنة	ذكر	ثلاث سنوات
الحالة (5)	24 سنة	أنثى	عام
الحالة (6)	30 سنة	أنثى	أربع سنوات

يتضح من الجدول السابق رقم (01) أن عينة الدراسة الحالية كان اختيارها لأفراد من كلا الجنسين . حرصنا على أن تكون مجموعة بحثنا من الراشدين الذين تتراوح أعمارهم من (24 - 58) سنة . حيث أن كل افراد المجموعة البحثية مصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية تصفية الدم (الدياليز) لمدة تتراوح ما بين عام وتسع سنوات .

2.2. أدوات الدراسة :

لقد اخترنا في دراستنا الحالة تقنيات تتماشى مع الدراسة والفرضيات وهي الملاحظة والمقابلة ومقياس تايلور للقلق الصريح ومقياس بيك للاكتئاب.

1.2.2. الملاحظة :

هي مشاهدة السلوك كما يحدث في الواقع وتناول جوانب متعددة من الشخصية منها المظهر الجسماني ، الملبس ، اسلوب الحوار ، الاستجابات الحركية والانفعالية .

2.2.2.المقابلة :

إن المقابلة العيادية هي وسيلة أساسية في علم النفس الإكلينيكي وهي قبل كل شئ نوع من المحادثة تتم بين المعالج والمريض وجها لوجه وذلك بهدف الحصول على معلومات وافية عن شخصية المريض والعمل على حل مشكلاته التي يواجهها ، فالمقابلة وسيلة هامة تهيء فرصة لعملية التفاعل الدينامي بين طرفي العلاقة حيث يكون فيها المعالج مشاركا وملاحظا ، كما أنها تمكن المريض من أن ينطلق في التعبير عن مشكلاته وخاصة إذا وضع ثقته في الأخصائي حيث تسمح للمعالج ان يلاحظ سلوك المريض وطريقة حديثه وتعبيره ، وكذلك تعبيراته الانفعالية ، وتدوم المقابلة العيادية (من 30 إلى 45 دقيقة) ، فالمقابلة العيادية هي متعددة الأشكال إما أن تكون فردية أي بين الأخصائي والحالة أو جماعية أو تكون مقيدة أو غير مقيدة وطبقا للهدف المرجو منها فقد تكون تشخيصية أو تشخيصية علاجية أو إرشادية. وعليه سوف نعتمد على نوعين من المقابلة ألا وهي :

المقابلة الموجهة : وذلك من أجل أن نتعرف على الحالات أي حياتهن النفسية عند قيامهم بعملية التصفية (الدياليز) ،ومحاولة تحديد الاضطرابات النفسية التي ظهرت على المرضى المصابين بالقصور الكلوي إثرخضوعهم لعملية التصفية (للدياليز) .

- **المقابلة الحرة :** وهي إعطاء الحرية في الحديث والتعبير بصراحة عن المعاش النفسي الذي تعيشه كل حالة .

3.2.2. مقياس تايلور للقلق الصريح:

يعتبر مقياس سيكومتريا للتقدير الذاتي ويقيس الفروق الفردية وبالأحرى الفروق بين الأفراد والقلق يثار في ظروف خاصة هي مواقف التقويم كموقف تظهر فيها سمات الشخصية ، أعدته باللغة العربية "ليلة عبد الحميد بن الحافظ " قد أخذته من الإختبار الذي اعده في الاصل spell berg بالاشتراك مع - joinzalz - alazazy anton - westpri - hoss
taylor واقتبسة تايلور لذا يطلق عليه اختبار تايلور .

كيفية تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح :

تقدم للحالة استمارة القلق الصريح ونطلب منه الاجابة بنعم أو لا على كل سؤال ثم نعطي درجة (1) عن كل إجابة بنعم وبعد ذلك ندرس مستوى القلق والجدول التالي يبين مستويات القلق وعلى ضوءها يمكن معرفة مستوى القلق الذي يعانيه المفحوص بشكل واضح :

جدول رقم (02) : يمثل درجة ومستوى القلق حسب مقياس تايلور .

المستوى	الدرجة
خالي من القلق	الدرجة ما بين (00 - 16)
قلق بسيط	الدرجة ما بين (17 - 20)
قلق نوع ما	الدرجة ما بين (21 - 26)
قلق شديد	الدرجة ما بين (27 - 29)
قلق شديد جدا	الدرجة ما بين (30 - 50)

إن اختبار تايلور له طابع كمي تقريبي من تأكيد النتائج وبالتالي القدرة على التحليل والمقارنة .

2-2-4- مقياس بيك للاكتئاب :

وضع "بيك" وزملائه الصيغة الأولى من قائمة بيك للاكتئاب عام (1961) والتي تكونت من 21 بنداً ، اعتماداً على الملاحظات المباشرة وعلى الأعراض التي يصفها المرضى المصابون بالاكتئاب في مجال الطب النفسي ، بالإضافة إلى الملاحظات والأوصاف التي يعطيها المرضى الغير المكتئبين بشكل متكرر .

إندمجت الملاحظات الإكلينيكية والأوصاف بشكل منسق في واحد وعشرون عرضاً تتمثل في : الحزن والتشاؤم ، الشعور بالفشل ، عدم الرضا ، الشعور بالذنب ، العقاب ، كره الذات

،إتهام الذات ، أفكار انتحارية ، البكاء ، التهيج ، الإنسحاب الإجتماعي ، عدم الحسم ، تغيير صورة الجسم ، صعوبة العمل ، الانشغال بالجسم ، فقد الليبدو ،الأرق ، سرعة التعب ، فقدان الشهية ، ويمكن تقديرها على أساس مقياس من اربع نقاط من 00 إلى 03 على أساس الشدة .

بدأ بيك ومعاونوه عام (1971) في مركز العلاج المعرفي باستخدام صيغة معدّلة من قائمة بيك للإكتئاب حيث حذفت الصياغات البديلة للأعراض ذاتها وألغي النفي المزدوج ، وخفض عدد الإستجابات لكل بند إلى ثلاثة بدائل لكل عرض فضلا عن درجة الصفر ، وتغيرت الصياغة الفعلية لخمسة عشر بندا وبقيت ستة بنودها كما هي : التهيج ، البكاء ، سرعة التعب ، فقدان الوزن ، فقدان الشهية .

لقد ظهرت صيغة مختصرة لقائمة بيك عام (1971)، وهي تبلغ ثلاثة عشر بندا مستخرجة من عينات أمريكية ، ثم ترجمتها على اللغة العربية .

ظل معظم الإكلينيكيون غير واعين نسبيا بوجود نسختين ، حتى قارن "بين شير " بين الخصائص القياسية لقائمة بيك للأكتئاب الأصلية والمعدّلة ، ووصفهما انما تقبلان المقارنة لدى المرضى في مجال الطب النفسي ، وأخيرا ظهرت الصيغة المعدّلة عام (1993) ،والتي تحتوي على 21 بندا وكل بند يتكون من اربع عبارات تقدّر من 00 إلى 03 ، حيث يتراوح زمن التطبيق من 05 إلى 10 دقائق تقريبا تقيس الصيغة المعدّلة سمة الإكتئاب ، ويمكن

تقسيم الدرجة التي تحصل عليها إلى اربع مستويات من الاكثئاب كما هو موضح في الجدول رقم (03) كالتالي :

الجدول (03) : يمثل درجة ومستوى الاكثئاب حسب مقياس بيك .

الدرجة	المستوى
الدرجة ما بين (21 - 29)	عدم وجود إكتئاب
الدرجة ما بين (30 - 35)	وجود مستوى خفيف من الإكتئاب
الدرجة ما بين (36 - 43)	وجود مستوى متوسط من الاكثئاب
الدرجة أعلى من (44)	وجود إكتئاب شديد

الخلاصة :

بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية وضبط مجتمع الدراسة وتحديد عينة الدراسة ومجمل الادوات المناسبة لموضوع البحث سوف نتطرق في الفصل الموالي الى عرض الحالات والنتائج ومناقشة الفرضيات

كما اكدت دراسة الباحث غالير وضو ان مقدار قلق المستقبل للدمر ضدا لمصابين بالقصور الكلوي وعلاقتها ببعض المتغيرات حيث تظر قفيدر استهالمعرفه مستو بقلقالموت تدمر ضدا لشلالكوي، وتوصلنا لانه في هفر وقفيمستو بقلقالمستقبل

تحققته هالفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على "مستو بالاكنتابمرفعوقالمتغير الجنس"

4-2 مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة: التيننص "مستو بالقلقمر تفع

لدا لمر ضدا لمصابين بالقصور الكلوي بقلقالمتغير مدة التصفية "

من خلال النتائج المتحصلة عليها توصلنا لانه هنا كفر وقفيمستو بالاكنتابلدا لمر ضدا لمصابين بالقصور الكلوي بقلق متغير مدة التصفية، وهاماد عمهتائج مقياس تاي لور للقلق عند المرضيا لخاصة بعملية التصفية لمدة منعاملعامي نمختلفة عن النتائج الحالية الخاصة بعملية التصفية لمدة عامين فمافوق حيث انالمر ضدا لجدد لدهمدر جاتالقلقوالاكتئاباكثر منالخاصة بعملية التصفية لمدة عامين فمافوق، وذلك انالمر ضدا لجدد كانوا اتحتالصدمة بحيث لميعايشوم عالية التحال الدموي بلعكسالفئة الاخر حيث انهم تعايشوا معالالتو المرضو هذا ليعني انهم لايعيشون بقلقواكتئاب، حيث انهم دائميرون او دهمال خوفمنالالتةبالإضافة لبالاعراض الناجمة عنها، وهامأكدته دراسة الباحث يممحموداً بوفايدهول"

فاعلية بمر نامجار شاديمقتر حلتخفيفحدة الاكنتابلدا لمر ضدا لقصور الكلوي "حيث توصلنا لمعرفه العوامال لتيتوثر فيمستو بالاكنتابلدا لمر ضدا لمرضو معرفه مستو بهذا الأخير.

تحققنا الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص "مستو بالقلقمر تفع

لدا لمر ضدا لمصابين بالقصور الكلوي بقلقالمتغير مدة التصفية "

التوصيات والاقتراحات :

انطلاقا من دراستنا و النتائج المتحصل عليها ارتئينا ان تكون هذه مجموعة من التوصيات و الاقتراحات الهامة و الي ينبغي الاهتمام بها و هي كالتالي :

-اجراء دراسات اخرى تبحث عن العلاقة بين مرضى القصور الكلوي و متغيرات اخرى لم تطرح في هذه الدراسة

- ضرورة استخدام مقاييس و اختبارات جزئية للكشف عن القلق و الاكتئاب لدى مرضي القصور الكلوي

- ضرورة الاهتمام بالفئات المصابة بالقصور الكلوي

- فتح مراكز لتصفية الدم الدياليز نضرا لانتشار المرض و قلة المراكز العلاجية .

قائمة المراجع :

- 1- بطرس حافظ بطرس ،(2008- 2010)،- تالمشكلات النفسية وعلاجها ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ط 1-2 .
- 2 - فاضل عبد القادر ، (2005)، كيف تتغلب على القلق والاكتئاب ، دار اسامة للنشر والتوزيع ، الاردن - عمان .
- 3- وليد سرحان ،(2003)، الاكتئاب ، دار مجداوي للنشر والتوزيع ، عمان ، ط 1 .
- 4- عبد اللطيف حسين فرج ، الاضطرابات النفسية (الخوف القلق التوبر الانفصام الامراض النفسية للاطفال)، (2008) ، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان -الاردن، ط 1 .
- 5- لطفي الشربيني ،(2010)، المرجع الشامل في علاج الاكتئاب ، دار النهضة العربية،بيروت .
- 6- حسين عبد العزيز البسويني، (1985) مدخل في علم النفس ،دار الفكر العربي ،القاهرة ،ط 2 .
- 7- ماجدة بهاء السيد عبيد ،(2008)، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، ط 1 .
- 8- عبد الكريم عمر السويداء، (2010) ، المرشد الشامل لمرض القشل الكلوي ، الرياض ، وهج الحياة للنشر والتوزيع ، ط 1 .

- 9- محمد صادق صبورة ، (1994)، أمراض الكلى اسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها ، ط1، دار الشرق ، لبنان ، .
- 10- شبيتر فال ، (2010)، إجراء المقابلات ، المركز القومي للترجمة ، القاهرة .
- 11- محمد عبيدات ، (1999)، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات ، دار وائل للنشر ، عمان ، ط2 .
- 12- نوال باشا ، (2008)، تسيير المرضى لمرض القصور الكلوي المزمن ، رسالة ماجستير ، جامعة الجزائر معهد علم الاجتماع .
- 13- لطفي الشريبي (2001)، موسوعة شرح المصطلحات النفسية، (ط1)، دار النهضة و الطباعة النشر، بيروت.
- 14- مصطفى غالب، (1984)، التغلب على القلق، مكتبة الهلال، بيروت .
- 15- مصطفى الفهمي، (1989)، المصلحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، ط1، الاسكندرية .
- 16- ياسر متولي، الاكتئاب النفسي، صحيفة طبية، كلية الطب جامعة عين شمس، مصر.
- 17- سيقموند فرويد، (1983)، الضغط النفسي، ط3، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان .

مجالات :

1-المجلة المصرية للدراسات النفسية، 2007، العدد 66 المجلد السابع عشر.

رسائل التخرج :

1-رسالة لنيل شهادة ليسانس، الالم وعلاقته بظهور القلق عند المصابين بمرض السرطان

2- المعاش النفسي عند المكفوف بصريا الاكتئاب نموذجا، تواتي كريم، (2005)