



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

معهد التربية البدنية و الرياضية

قسم: النشاط الحركي المكيف



بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في النشاط الرياضي المكيف

تحت عنوان:

أثر النشاط البدني المكيف على بعض الجوانب النفسية (القلق و الاكتئاب) لمرضى القصور الكلوي.

دراسة ميدانية أجريت بمصلحتي تصفية الدم بـمازونة و واد رهيو.

إشراف:

د/بن زيدان حسين

إعداد الطالبان:

* بن خدومة عز الدين.

* بوزيدي لخضر.

السنة الجامعية 2016/2017

شكر و تقدير

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الدكتور المشرف "بن زيدان حسين" على حرصه الشديد لإتمام و إتقان هذا العمل و الذي بذل جهدا من أجل مساعدتنا و إرشادنا بفضل نصائحه القيمة.

ونشكر أساتذة لجنة التحكيم على تقبلهم مناقشة ثمرة مجهودنا المتواضع. و كل أساتذة معهد التربية البدنية و الرياضية و بالأخص قسم النشاط الحركي المكيف.

و نتوجه بالشكر الجزيل إلى رئيس مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بمارونة و كذلك رئيس مصلحة الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بواد رهيو الذي استقبلنا من أجل إتمام الدراسة الميدانية، والذي ساعدنا كثيرا. و إلى كل من نصحنا من قريب أو من بعيد.

اهداء

مع كل نسمة من نسמת فجر الحرية أهدي تحية إلى كل ذرة من تراب بلدي
الجزائر المعبدة بدماء الشهداء

ومع خيوط الشمس الذهبية المحملة بالحب والأمل أهدي هذا العمل إلى الروح
الطاهرة التي أشتاق إليها حتى وهي ترقد في السماء وأدعو الله الرحيم رب
العرش العظيم أن يجمعنا بها في الجنة العلياء روح أمي الحبيبة
إلى منبع الحب والحنان ومن لا يحصي فضله علي إنسان أبي أطل الله من عمره
إلى زهور الياسمين وعبق الرياحين أختاي نوال و فتيحة حفظهما الله و رعاهما
إلى زوجة أبي و إلى روح قلبي عائشة

إلى خالتي و إلى أحمد نور الدين كمال دليلة فاطمة أمينة سيد أحمد مليكة
عمتي فاطمة و أولادها

إلى كل أصدقائي: عبد الرزاق , عميرو , أمين , خالد , إسماعيل , عزا لدين , فريد ,
ياسين

إلى صديقتي حسيبة , منال , فاطمة , إكرام , ليلي و الكتاكيت هناء لينة مليكة
إسلام...

إلى أخي و صديقي و زميلي كمال بوعلام وفقه الله في عمله و أشكره على كل ما
قدمه لنا.

إلى كل مرضى القصور الكلوي الذين صبروا معي حتى إتمام الجانب التطبيقي
الذين أتمنى لهم الشفاء و مزيدا من الأمل و الإيمان و التفاؤل

اهداء

مع كل نسمة من نسيمات فجر الحرية أهدي تحية إلى كل ذرة من تراب بلدي الجزائر المعبدة

بدماء الشهداء

ومع خيوط الشمس الذهبية المحملة بالحب والأمل أهدي هذا العمل إلى الروح الطاهرة التي

أشتاق إليها حتى وهي ترقد في السماء وأدعو الله الرحيم رب العرش العظيم أن يجمعنا به

في الجنة العلياء روح أبي الحبيبة

إلى منبع الحب والحنان ومن لا يحصي فضله علي إنسان أمي أطل الله من عمرها

إلى زهور الياسمين وعبق الرياحين إخوتي محمد صالح أحمد حفظهم الله و رعاهم

إلى أخوالي محمد و عبد الله و أبناء عمي محمد ,الميلود ,امحمد ,ابو بكر

إلى كل أصدقائي: بن جلول محمد ,بلعباسي فتحي ,بن حميد فتحي ,بن حميد هواري, عروش

صفيان ...

إلى صديقي كمال بوعلام وفقه الله في عمله و أشكره على كل ما قدمه لنا.

إلى كل مرضى القصور الكلوي الذين صبروا معي حتى إتمام الجانب التطبيقي الذين أتمنى لهم

الشفاء و مزيدا من الأمل و الإيمان و التفاؤل

وإلى كل من ساندني بصدق خلال رحلتي البحثية و كل قارئ رصين

المحتويات

أ-التشكر

ب-الإهداء

ج- قائمة الجداول

د- قائمة الأشكال

1-المقدمة.....9

2-الإشكالية.....10

3-أهداف البحث.....11

4-الفرضيات.....11

5- مصطلحات البحث.....12

6-- أهمية البحث.....13

7-الدراسات السابقة.....13

الباب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول: القصور الكلوي و خصائص القصور الكلوي

تمهيد

1-القصور الكلوي

1-1 تعريف القصور الكلوي.....16

1-2 تشخيص القصور الكلوي.....16

1-3 أسباب القصور الكلوي.....17

- 17..... 4-1 أنواع القصور الكلوي..... 17
- 17..... 1-4-1 القصور الكلوي العضوي..... 17
- 18..... 2-4-1 القصور الكلوي الوظيفي..... 18
- 18..... 3-4-1 قصور كلوي حاد..... 18
- 18..... 1-3-4-1 تعريف القصور الكلوي الحاد..... 18
- 18..... 2-3-4-1 أسباب القصور الكلوي الحاد..... 18
- 19..... 3-3-4-1 أعراض القصور الكلوي الحاد..... 19
- 19..... 4-3-4-1 أنواع القصور الكلوي الحاد..... 19
- 19..... 5-3-4-1 علاج القصور الكلوي الحاد..... 19
- 20..... 4-4-1 القصور الكلوي المزمن..... 20
- 20..... 1-4-4-1 تعريف القصور الكلوي المزمن..... 20
- 21..... 2-4-4-1 أسباب القصور الكلوي المزمن..... 21
- 22..... 3-4-4-1 أعراض القصور الكلوي المزمن..... 22
- 23..... 4-4-4-1 أنواع القصور الكلوي المزمن..... 23
- 24..... 5-4-4-1 علاج القصور الكلوي المزمن..... 24
- 27..... 5-الوقاية من مضاعفة القصور الكلوي..... 27
- 27..... 6-الآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي..... 27
- 28..... 7-احتياجات القاصر كلويا..... 28
- 29..... 8-الكفالة النفسية للقاصر كلويا..... 29

2- خصائص المصابين بالقصور الكلوي

1-2 الخصائص النفسية

1-1-2 القلق

29.....1-1-1-2 تعريف القلق

31.....2-1-1-2 الخوف و القلق

31.....3-1-1-2 القلق كحالة و كسمة

32.....4-1-1-2 أنواع القلق

33.....5-1-1-2 مصادر القلق و أسبابه

34.....6-1-1-2 أعراض القلق

35.....7-1-1-2 النظريات المفسرة للقلق

36.....8-1-1-2 استراتيجية علاج القلق عن طريق اللعب و الممارسة الرياضية

2-1-2 الاكتئاب

37.....1-2-1-2 نظرة عامة لأسباب الاكتئاب

37.....أ- العوامل الوراثية و الفيزيولوجية

37.....ب- العوامل الاجتماعية

38.....ج- العوامل النفسية

38.....2-2-1-2 أنواع الاكتئاب

2-2 الخصائص البدنية

40.....1-2-2 التعب

40.....1-1-2-2 تجربة التعب عند مرضى غسيل الكلى

- 41.....2-1-2-2 مساهمة التعب في الداء الكلوي في مراحله الأخيرة.
- 41.....3-1-2-2 التعب و الالتهابات.
- 42.....4-1-2-2 التعب و الديليزة.
- 42.....5-1-2-2 التعب و النوم.
- 43.....6-1-2-2 التعب و الاكتئاب.
- 43.....2-2-2 الحمل.
- 44.....3-2-2 التورم في الجسم.
- 44.....4-2-2 آلام الظهر الغير مبررة.
- 44.....5-2-2 الدوخة.
- 44.....6-2-2 شحوب الجلد و الحكمة.
- 45.....7-2-2 الغثيان و التقيؤ.
- 45.....8-2-2 الشعور بالبرد أكثر من مرة.
- 45.....9-2-2 ضيق في التنفس.
- 45.....10-2-2 التشنج العضلي.
- 45.....11-10-2-2 أسباب تشنجات العضلات في غسيل الكلى.
- 3-2 الخصائص الاجتماعية
- 46.....1-3-2 المشكلات الأسرية.
- 46.....2-3-2 مشكلة التنشئة الاجتماعية للأطفال.
- 46.....3-3-2 المشكلات الاقتصادية.
- 47.....4-3-2 النفسية و التوافق مع الأسرة.

47	.....5-3-2 النفسية و سوء التوافق مع المجتمع
47	.....خلاصة

الفصل الثاني : النشاط البدني المكيف

49	.....تمهيد
49	.....1-تعريف النشاط البدني الرياضي المكيف
49	.....2- أنواع النشاط البدني الرياضي المكيف
51	.....3- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف
54	.....4- العوامل المؤثرة في النشاط البدني الرياضي المكيف
56	.....خلاصة

الباب الثاني الجانب التطبيقي

الفصل الأول : منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

59	.....تمهيد
59	.....1-منهج البحث
59	.....2-مجتمع البحث
59	.....3-عينة البحث
60	.....4-متغيرات البحث
60	.....5-مجالات البحث
61	.....6-أدوات البحث
62	.....7-الدراسة الاستطلاعية
64	.....8-الشروط العلمية للأداة

66.....	9- التجربة الأساسية.....
66.....	10- الأدوات الإحصائية.....
66.....	خلاصة.....

الفصل الثاني : عرض و تحليل و مناقشة النتائج

68.....	تمهيد.....
68.....	1- عرض و تحليل و مناقشة نتائج القلق والاكتئاب.....
68.....	1-1 عرض و تحليل نتائج درجة القلق للممارسين.....
69.....	1-2 عرض و تحليل نتائج درجة القلق للغير ممارسين.....
69.....	1-3 عرض و تحليل نتائج درجة الاكتئاب للممارسين.....
70.....	1-4 عرض و تحليل نتائج درجة الاكتئاب للغير ممارسين.....
71.....	1-5 عرض و تحليل نتائج فروق مقياس القلق.....
72.....	1-6 عرض و تحليل نتائج فروق مقياس الاكتئاب.....
74.....	1-7 عرض و تحليل نتائج فروق تأثير الأنشطة الجماعية و الفردية(القلق).....
75.....	1-8 عرض و تحليل نتائج فروق تأثير الأنشطة الجماعية و الفردية(الاكتئاب).....
76.....	2- الاستنتاجات.....
76.....	3- مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتحصل عليها.....
77.....	4- الاقتراحات و التوصيات.....
78.....	الخاتمة العامة.....

المراجع

الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم
60	عينة البحث.	01
61	مفتاح تصحيح مقياس القلق.	02
62	تحديد مستويات القلق.	03
62	تحديد مستويات مقياس الاكتئاب.	04
63	عينة الدراسة الاستطلاعية.	05
65	نتائج الدراسة الاستطلاعية.	06
68	درجة القلق لدى مرضى القصور الكلوي الممارسين للنشاط الرياضي.	07
69	درجة القلق لدى مرضى القصور الكلوي الغير ممارسين للنشاط الرياضي.	08
69	درجة الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي الممارسين للنشاط الرياضي.	09
70	درجة الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي للغير ممارسين للنشاط الرياضي.	10
71	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني المكيف و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص القلق .	11
72	يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني المكيف و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص الاكتئاب.	12
73	يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص القلق.	13

75	يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص الاكتئاب.	14
----	---	----

قائمة الأشكال

رقم	العنوان	الصفحة
01	عينة الدراسة الاستطلاعية .	64
02	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني المكيف للقلق .	72
03	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني المكيف للاكتئاب .	73
04	يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية للقلق.	74
05	يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية للاكتئاب.	75

1- مقدمة

تعرف الصحة على أنها حالة من اللياقة الجسمية و النفسية و العقلية و الاجتماعية التامة و هي المحدد الأساسي للقدرة على قيام الفرد بدوره في العائلة و العمل و المجتمع، و حدوث أي عجز في هذه الأدوار دليل على حدوث خلل في هذه اللياقة ووراء هذا الخلل حتما وجود إصابة معينة تسمى المرض.

يستخدم مصطلح المرض على أنه الجانب السلبي للصحة و يستخدم ليشير إلى وجود اضطراب فسيولوجي أو عقلي من شأنه إعاقة الفرد عن القيام بوظائفه المعتادة بسبب انخفاض كفاءة الأجهزة الجسمية كالجهاز العصبي و الجهاز الدوري و الجهاز المناعي و تناقص عمل الكبد و الكليتين. (حياة السودان ابراهيم عثمان ، 2009، صفحة 96) يزداد احتمال الإصابة بالأمراض بتدخل عدة عوامل منها انتشار الملوثات و المواد الكيميائية و الكائنات المهجرية الممرضة و يصاب الأشخاص في كل المراحل العمرية و يزداد خاصة عند التقدم في السن.

يكون عمل أعضاء الجسم متناسقا و متكاملا و اختلال عمل أي عضو قد يؤدي إلى فقدان هذا التنسيق الوظيفي للعضوية و بالتالي يمكن استنتاج مدى أهمية كل عضو و لكن رغم ذلك فإن درجة أهمية الأعضاء في الجسم يكون متفاوتا فإصابة القلب مثلا أو الكليتين ليس كإصابة الرجلين أو الأذنين فيمكن العيش مشلولا مدى العمر نظرا لتوقف حركة الرجلين لكن توقف حركة القلب أو توقف عمل الكليتين يؤدي مباشرة إلى الموت.

و إذا نظرنا إلى أكثر الأعضاء عرضة للإصابة بالأمراض فنجد أنها الأعضاء ذات الدرجة العالية من الأهمية مثل القلب و الكليتين و المعدة و الأمعاء و الكبد. و من بين الأمراض الأكثر انتشارا في العالم نجد الضغط الدموي المرتفع و مرض القلب و القولون و داء السكري و القصور الكلوي... الخ بحيث يكون هذا الأخير وجهتنا في هذا البحث. (عبد الرحمان محمد العيسوي ، 2004، صفحة 117)

و يعتبر القصور الكلوي من إحدى الأمراض التي تستنزف العضوية نظرا للدور العظيم الذي تؤديه الكلية في إحداث الاتزان الداخلي و الطبيعي للجسم.

إن الإصابة بهذا المرض يترتب عنه تغيرات في نفسية و شخصية المصاب كإنخفاض الرضا عن الحياة و الاستمتاع بها و كذا قلة الطموح و الإرادة و السيطرة و كذا انخفاض الإنجاز و القدرة على مواجهة الصعاب و بالتالي لوم الذات و انخفاض تقديرها و سرعة الانفعال و الانطواء و انخفاض المزاج و كذا اليأس و القلق و التفكير المستمر و فقدان الشهية و عدم الرغبة في الكلام و إقامة علاقات مع الغير. (محمد فتحي الشنيطي، 1971، صفحة 81)

فالشخص المصاب يفكر دوما أنه في أي وقت كان يمكن أن يفقد قدرته على الاستمرار بتوقف عمل كليته. إذ أن القلق و الاكتئاب يعتبران من المظاهر السلبية التي لها دور هام في التأثير على مستوى صحة مريض الكلى، وذلك بصورة سلبية فيكون قوة دافعة سلبية تسهم في التقليل من الثقة بالنفس، مما يؤدي ذلك إلى مضاعفات قد تسبب الموت.

يعتبر النشاط البدني الرياضي من المواضيع الحديثة التي نالت قسطا من الاهتمام و الدراسة في شتى الميادين و قد أحدث ثورة أعطت نتائج في منتهى الأهمية لجميع الفئات كبارا و صغارا أسوياء أو ذو عاهات ما دفع بالأمم إلى إعطاء عناية و أهمية كبيرة لهذا النشاط إلى أن أصبح يقاس فيها تقدما و تأخرها بمدى اهتمامها بالرياضة و الترويح إن النشاط البدني المكيف موجه خصوصا لذوي الاحتياجات الخاصة يستمد مبادئه و أسسه من النشاط البدني الرياضي الذي يمارسها العاديين لكنه يكيف حسب نوع و درجة الإعاقة و طبيعة الفرد المعاق من حيث القوانين و الوسائل المستعملة فالنشاط البدني الرياضي المكيف يعتبر وسيلة تربية علاجية ووقائية إذا تم استغلاله بصفة منتظمة و مستمرة كما أنه له دور في تكوين شخصية الفرد من جميع الجوانب النفسية و الاجتماعية و البدنية (مروان عبد المجيد ابراهيم، 1997، صفحة 220)

فالقلق و الاكتئاب اللذان أصبحا مشكل يريق المجتمع و خاصة مرضى القصور الكلوي منهم فهم يحتاجون إلى اهتمام نفسي يصاحبه اهتمام بدني ترويجي لتخطي هذه الضغوطات و التي أساسها القلق من خلال ممارسة بعض الأنشطة الرياضية و الترويحية بمختلف أنواعها على الأقل للتخفيف منها، حتى توصل المختصون في هذا المجال إلى ما يعرف بالنشاط البدني المكيف للتحفيز من شدة معاناة هذه الفئة.

ومن المعلومات السابقة الذكر يريد الطالبان معرفة أهمية ممارسة النشاطات البدنية المكيفة في الحد أو التقليل من بعض المشكلات النفسية أو بالأحرى بعض جوانب الصحة النفسية لدى المصابين بحالة القصور الكلوي.

2-الإشكالية :

كثيرا ما ينظر إلى الإنسان على انه نظام حي وفعال من المكونات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كما انه وحدة متكاملة إذا اختل منها جانب تأثرت الجوانب الأخرى. و تختل هذه الوحدة جراء الإصابة بالأمراض.

أصبحت حاليا الأمراض تشكل أهم الأسباب الرئيسية للعجز والوفيات في العالم لاسيما الدول الصناعية و من بين هذه الأمراض نجد القصور الكلوي الذي يحدث عجزا في الكليتين سواء كان عجزا مؤقتا و هو ما يعرف بالقصور الكلوي الحاد أو عجزا مستمرا و هو ما يعرف بالقصور الكلوي المزمن إذ يعتبر هذا الأخير الأكثر خطورة على صحة و نفسية و بالتالي حياة المريض حيث يتعرض إلى عدة أزمات و اضطرابات نفسية تقف حاجزا و سدا منيعا أمام تلبية رغباته و تحقيق طموحه، و هذا ما يؤثر سلبا على نفسيته و يزرع الشك في قدراته. (سعيد كامل أحمد، 1999، صفحة 121)

و هذا هو الأمر الذي جلب اهتمام الكثير من العلوم، كعلم النفس، ودفع الكثير من العلماء و الفلاسفة إلى التطرق إليها و محاولة دراستها كدراسة اليازدي عزالدين(2015) التي أثبتت الدور الذي يلعبه النشاط البدني في خفض

القلق لدى الأطفال المعاقين حركيا و أيضا دراسة العطية (2002) و هي الأخرى التي أثبتت أن للممارسة الرياضية دور هام في خفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال بمرحلة المتأخرة في دولة قطر.

ومما ذكرته المصادر والمراجع عن أهمية الممارسة في المحافظة على الصحة والحد من بعض المشكلات النفسية كالقلق، الاكتئاب وغيرها من المشكلات

زيادة على الزيارة الميدانية لبعض المصالح الاستشفائية والاتصال ببعض المرضى الذين بينوا أنهم يعيشون حالة القلق والخوف والاكتئاب وما يتبعها من مشكلات أخرى ، وعليه جاء هذا البحث لمعرفة أهمية ممارسة النشاط البدني المكيف في معالجة بعض جوانب الصحة النفسية قيد البحث (القلق والاكتئاب لدى المصابين بالقصور الكلوي وذلك من خلال إجراء مقارنة بين ممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف. إضافة إلى دراسة ذلك حسب متغير نوع النشاط البدني الرياضي الممارس (الفردى، الجماعى).

، وعلى ضوء ذلك تم طرح التساؤل العام التالي:

-هل للنشاط البدني المكيف أثر في التخفيض من القلق و الاكتئاب لمرضى القصور الكلوي؟

التساؤلات الفرعية التالية :

1- هل هناك فرق في درجة القلق و الاكتئاب عند مرضى القصور الكلوي بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف؟

2- هل هناك تأثير للأشطة الجماعية عند الممارسين على حساب الأنشطة الفردية؟

3- أهداف البحث:

- تحديد درجة القلق و الاكتئاب لدى مريض القصور الكلوي الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف لصالح الممارسين.

- تحديد الفروق في درجة القلق و الاكتئاب بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني لدى عينة البحث لصالح الممارسين

- تأكيد أهمية ممارسة الأنشطة البدنية وانعكاساتها الايجابية على مرضى القصور الكلوي.

4- الفرضيات:

1) - للنشاط البدني المكيف دور في تخفيف القلق و الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي لصالح الممارسين

2) - هناك فرق في درجة القلق و الاكتئاب عند مرضى القصور الكلوي بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف لصالح الممارسين.

3) - هناك تأثير للأنشطة الجماعية عند الممارسين على القلق والاكتئاب لدى المصابين بالقصور الكلوي .

5- مصطلحات البحث

تعريف النشاط البدني المكيف: هو كل الحركات والتمارين وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية والنفسية والعقلية وذلك بسبب أو بفعل تلف أو إصابة من بعض الوظائف.

التعريف الاصطلاحي للقلق :

يعرفه فخري الدباغ (1983-ص96) هو شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر , دون إدراك مصدر الخوف , ويكون مصحوب بأحاسيس جسمية تتكرر بين الحين والآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو التسرع في نبضات القلب (فخري الدباغ، 1983، صفحة 96)

التعريف الإجرائي للقلق: هو حالة الاستثارة التي يستعد بها الفرد للدفاع عن نفسه و المحافظة عليها .

التعريف الاصطلاحي للاكتئاب

تعني الكتابة في اللغة سوء الحال والانكسار و الحزن وتغير النفس من شدة الهم والاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة تعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذلك. (اسيا بنت راجح و عادل عبد الله النعمي ، 2000، الصفحات 120-121)

التعريف الإجرائي للاكتئاب

هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد التي تقع بين 60 - 70 فأكثر في مقياس الاكتئاب المستخدم والمبينة في الجداول التي توضح الدرجات التائية والدرجات المقابلة لها بحسب فئات العمر الزمني.

التعريف الاصطلاحي للقصور الكلوي

القصور هو مصطلح يشير إلى تخلف الفرد عن أقرانه ممن هم في مثل عمره و معاناته من نقص في عمليات إنمائية أساسية معينة و هو انحراف عضوي(جسمي) أو نفسي أو عصبي في هيئة الفرد أو بنيته و هذا العجز قد يشكل إعاقة للفرد أو لا يشكلها اعتمادا على مدى توافق الفرد . (معجم الطب النفسي والعقلي، 2006)

و القصور الكلوي هو مصطلح يشير إلى عجز الكلية أو الكليتين معا في أداء وظيفتها في الجسم .

التعريف الإجرائي للقصور الكلوي

القصور الكلوي هو تناقص و تراجع في عمل الكليتين بعدما كانت وظيفيتين مما يسبب اختلالا في التوازن الداخلي للجسم بسبب غياب وظيفة تصفية الدم و تنقيته من السموم و طرحها خارج الجسم و هذا التراجع يكون متفاوت الدرجات من الحاد إلى المزمن إلى النهائي.

6-أهمية البحث:

- تعتبر هذه الدراسة مهمة لأنها تهتم أكثر بالجوانب النفسية للمريض بالقصور الكلوي و كيفية تعايشه مع المرض.
- شد انتباه المتخصصين في علاج مرض القصور الكلوي إلى أهمية العوامل النفسية و ما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكيات الصحية التي ترفع من مستوى تحديدهم للمرض و تقبلهم للعلاج.
- يساعد الطلبة للبحث في كافة الجوانب النفسية لمرضى القصور الكلوي و أخذ متغيرات أخرى متعلقة بهذه الفئة كمواضيع لدراسات أخرى.

7-الدراسات السابقة:

دراسة اليازيدي عز الدين(2015): تحت عنوان ' دور النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى الأطفال المعاقين حركيا' وتمحورت مشكلتها في هل للنشاط البدني المكيف أهمية في تخفيف القلق لدى المعاقين حركيا ؟ و تهدف هذه الدراسة إلى تحديد مستوى تأثير النشاط البدني المكيف على القلق لدى المعاقين حركيا و كانت أهميتها هذه الدراسة حول المعاقين حركيا الذين يتميزون بالتغيرات الفسيولوجية التي غالبا ما يصاحبها عض المشكلات النفسية كالإحباط والقلق وصعوبات التكيف. وكان البحث وصفي أجريت الدراسة على عينة من 40 معاق حركيا ممارسين و غير ممارسين للأنشطة البدنية, حيث أسفرت النتائج على أن: النشاط البدني المكيف له أهمية بالغة في تقليل وتخفيض الضغط والقلق لدي المعاقين بصفة عامة والمعاقين حركيا بصفة خاصة.

دراسة العطية (2002) دور النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى الأطفال بالمرحلة المتأخرة في دولة قطر تهدف إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال بمرحلة المتأخرة في دولة قطر، و تكونت عينة الدراسة من 746 طفلة من بعض المدارس الابتدائية للبنات ممن تتراوح أعمارهن ما بين (9-12 سنة) استخدمت فيها الباحثة برنامج إرشادي معرفي سلوكي من إعدادها، و أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياس أبعدي مقارنة بين متوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس أبعدي مقارنة بمتوسط دراجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق بينما لم يتضح

وجود فرق بين متوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس أبعدي مقارنة بمتوسط دراجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق. في ما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياس أبعدي على مقياس اضطرابات القلق. أما بالنسبة لنتائج الدراسة الاكلينيكية فقد اتضح أن العوامل النفسية التي تكمن وراء استمرار مستوى القلق لدى الحالتين الأعلى في مستوى اضطرابات القلق بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي هي الضغوط و المشكلات الأسرية.

دراسة عبد الحميد صابر (2005) موضوعها " دور الممارسة الرياضية في خفض الشعور بالاكتئاب للمسنين المرحلة العمرية (55-65). حيث كانت عينة الدراسة على 200 مسن بدار العجزة -الرحمة- بالجزائر العاصمة و أسفرت النتائج على أن للأنشطة الرياضية دور في خفض الاكتئاب لهذه الفئة.

-التعليق على الدراسات:

جاءت الدراسات والبحوث السابقة التي تم التطرق إليها تهدف دراسة متغير القلق و الاكتئاب ببعض المتغيرات الأخرى،. ودراسات تطرقت إلى ممارسة النشاط البدني والرياضي وأهميته في إحساس الفرد بالقلق و الاكتئاب أثناء الاشتراك في البرامج والنجاح في أداء المهام المطلوبة منه، أما البحث الحالي

يهدف إلى معرفة مستوى القلق و الاكتئاب لمرضى القصور الكلوي من خلال ممارسة النشاط الرياضي.

تمهيد:

سوف نحاول من خلال هذا الفصل أن نركز على عضو مهم في الجسم و الذي يتمثل في الكلية و من أجل ذلك سنتطرق أولاً بالتفصيل سوف نتطرق للقصور الكلوي بأنواعه مع توضيح أسباب نشوئه و كيفية تشخيصه و ما هي أعراضه و العلاج المقترح له و في الأخير سوف نتعرف على المعاش النفسي للمريض بالقصور الكلوي و كذا الخصائص النفسية و الاجتماعية و البدنية لمرضى القصور الكلوي.

1- القصور الكلوي

يعتبر مرض القصور الكلوي من الأمراض الشائعة والمنتشرة التي تستحوذ على اهتمامات الصحة العمومية نظراً لما يخلفه هذا المرض من أضرار صحية، نفسية، اجتماعية و، اقتصادية.

1-1 تعريف القصور الكلوي

يعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية و طرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي (بورقة آمال، 2008، صفحة 6) فالقصور الكلوي حاداً كان أم مزمناً ليس مرضاً في حد ذاته بل ناتج عن أمراض تصيب الكلى والتي تتميز بانخفاض في عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم وإنتاج البول (محمد الصادق عبد الصبور، 1989، صفحة 80)

1-2 تشخيص القصور الكلوي

يتم تشخيص هذا المرض من خلال الفحوصات الإكلينيكية والفحوصات المخبرية.

● **الفحوصات الإكلينيكية**

وتتمثل فيما يلي:

- البحث عن وجود بعض الأعراض كشحوب الجلد ونزيف في الأغشية المخاطية كالأنف والبلعوم والفم.
- فحص شامل لبحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان التهاب الكلية ناتج عن التهاب عام.
- فحص القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم.

● **الفحوصات البيولوجية**

وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم ونذكر من بينها:

- نسبة البوليوان تتجاوز 1 غ/ل والتي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلى مازالت محتفظة بخمسين بالمائة من وظائفها.
- فحص نسبة الكرياتين في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100 مل / الدقيقة. والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 1 مغ لكل 100 ملل، وإصابة الكلية تفقدها

قدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى 25 ملل/ الدقيقة قبل أن يتضاعف الكرياتين في الدم إلى 2 مغ /ملل من الدم (محمد علي لبار، 1992، صفحة 14)

- فحص البول وفيه يبحث عن نسبة البروتين و زيادة الماء ونقص البوتاسيوم.
- انخفاض PH (اضطرابات في توازن الفسفور والكالسيوم) (جودت علي، 2000، صفحة 142)

1-3 أسباب القصور الكلوي

من بين أكثر الأسباب المؤدية للقصور الكلوي نجد:

- أمراض النيفرون الدموية بنسبة 20 إلى 25% من المصابين
 - مرض الكبيب المزمن (حوالي 20%)
 - مرض النيفرون الوراثية (10%)
 - الأسباب الغير المعروفة: (أكثر من 10%)
 - و تزداد نسبة إمكانية الإصابة عند بعض الأشخاص:
 - الذين يتميزون بارتفاع ضغط الدم
 - المصابين بداء السكري
 - المسنين
 - المصابين بالتهابات جرثومية للمجاري البولية أو انسداد في القنوات الإفرازية
 - الأشخاص الذين يعانون من انخفاض مردود عمل النيفرون (منذ الولادة أو مكتسب)
 - الأشخاص المعرضين لتسمم النيفرون (بالأدوية مثلا)
 - وجود سوابق عائلية للأمراض الكلوية
 - الأشخاص الذين يعانون مرض مناعي (Moulin Bruno، 2007، صفحة 19)
- سنقوم بعرض الأسباب بالتفصيل مع كل نوع من أنواع القصور الكلوي :

1-4 أنواع القصور الكلوي

يعرف القصور الكلوي على انه حدوث قصور في عمل الكلى (الإفراز والإطراح وإعادة الامتصاص) بصفة مؤقتة أو نهائية مما يؤدي إلى اختلال عام في الجسم وظهور الأعراض المتعلقة بعدم قدرة الكلية على أن تلعب دورها كما يجب كغدة وليس كمصفاة و من أشكال.

1-4-1 القصور الكلوي العضوي (Insuffisance rénale organique)

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

يتميز القصور الكلوي العضوي بالحذف المفاجئ لوظائف الكلية الإفرازية (عدم إفراز البول) وتكون الكلية عاجزة عن التحكم الثابت في الوسط الداخلي الخاضع للتأثير الثلاثي و هو عملية الأيض الوسطي، إفرازات الكلية الخارجية والعوامل الداخلية .

يمكن للقصور الكلوي العضوي الحاد أن يتلاشى وتعود الكلية إلى طبيعتها إذا ما تم العلاج الفوري وتم حذف مسببات هذا العجز المفاجئ ، فمثلا في حالة الإصابة بمرض الكلية المتعلق بالنسيج والأنابيب الذي يمكن أن يزول بعد العلاج وتعود الكلية إلى حالتها الطبيعية.

أما القصور الكلوي العضوي المزمن فهو يتميز بنقصان في المد الدموي للكلية ويشير هذا الاضطراب إلى إصابة وظائف ترشيح الكبيبة filtration glomérulaire و الأنابيب وكذلك عجز وظائف الأيض في الكلية، والتطور نحو القصور الكلوي المزمن النهائي يكون بالتدريج وباستمرار واسترجاع الوظيفة الكلوية نادر جدا.

1-4-2 القصور الكلوي الوظيفي (Insuffisance rénale fonctionnelle)

في الكلية وإنما يعود إلى عجز وظيفي في الكليتين بسبب وجود اضطراب في عضو آخر كالقلب مثلا، أو جفاف الخلايا .والقصور الكلوي الوظيفي يمكن أن يكون:

1-4-3 قصور كلوي حاد (Insuffisance rénale aigue)

1-3-4-1- تعريف القصور الكلوي الحاد

ويعرف هذا القصور على انه التوقف المفاجئ والمؤقت (من بضع ساعات إلى أيام) للوظيفة الإطراحية للكلية مع انخفاض شديد أو توقف كلي للتصفية الكبيبية، ويكون نقص إفراز البول في نصف الحالات. و يمثل القصور الكلوي الحاد ارتفاعا سريعا لليوريا في البلازما و الكيرياتينين مؤقتا و يعتبر حادا إذا كانت وظيفة الكلية عادية من قبل و كذلك عندما يكون حجمها عادي أو كبير. و انخفاض الكالسيوم مع غياب فقر الدم يعطي إشارة مسبقة للخاصية الحادة (بورقة آمال، 2008، صفحة 104)

1-3-4-2- أسباب القصور الكلوي الحاد

يظهر هذا القصور بسرعة نتيجة أسباب قد لا تكون للكلية علاقة بها وهي أسباب متعددة منها:

- النزيف الداخلي أو الخارجي الحاد (hémorragie intérieur ou extérieur aigue)
- جفاف شديد (Hydratation)
- فشل في عضلة القلب (défaillance cardiaque)
- تسمم (intoxication) و تقيئ كثير (vomissement)
- إسهال مستمر (diarrhée persistante intense)
- انسداد مجرى البول بسبب وجود حصاة أو ورم أو تضخم البروستات.

سرطان البروستات و سرطان عنق الرحم. (Masson Elsevier، 2005، صفحة 179)

1-3-3-4-3-أعراض القصور الكلوي الحاد

هناك عدة أعراض و يمكن تصنيفها في مجموعات كالتالي:

- أعراض هضمية مثل القيء والإغماء
- أعراض تنفسية مثل صعوبة التنفس
- أعراض قلبية وعائية مثل ارتفاع ضغط الدم الشرياني
- أعراض عصبية مثل الصدمات التشنجية. (بورقية آمال، 2008، صفحة 110)

1-4-3-4-1-أنواع القصور الكلوي الحاد:

● قصور كلوي حاد برانشيمي **parenchymateuse Insuffisance rénale aiguë**

يكون نتيجة لتشوهات تشريحية لمختلف مكونات الكلية و الأكثر انتشارا هي *Nécrose tubulaire aiguë* و يمكن لهذا المرض أن يتضاعف إلى أمراض الكلية الكبيبية أو الشريانية الحادة. (E.Masson، 2005، صفحة 181)

● القصور الكلوي الحاد الإنسدادي **Insuffisance rénale aiguë obstructive**

يكون نتيجة انسداد في القناة المفرزة أو في القنوات الداخل كلوية. يمكن أن يكون المعيق غير كامل أي ليس دائما يكون مصحوب باحتباس البول و على العكس يمكن ملاحظة افراز التبول عند المريض بداء السكر. يمكن أيضا أن يكون نتيجة ارتفاع ضغط الدم داخل القنوات البولية و هو الشيء الذي يؤدي إلى توقيف الترشيح الكبيبي و تغير توزيع الدم الكلوي و أيضا تؤدي منع تشكل التدرج الأسموزي بين القشرة و النخاع اللازم لكي يؤدي هرمون ADH دوره.

● القصور الكلوي الحاد الوظيفي **Insuffisance rénale fonctionnel**

يكون نتيجة تناقص التدفق الدموي الكلوي مما يؤدي إلى تناقص الترشيح الكبيبي مما يترتب تركيب و افراز هرمون *Rénine* من طرف القناة قرب الكيب *Tubule juxta glomérulaire* و بالتالي تكون هرمون *angiotensine II* و افراز الألدوسترون و هرمون ال *ADH* و كذلك تنبيه النظام السمبتاوي المحيطي. فتكون النتائج على الكلية كالتالي:

- على مستوى الكبيبات

تقلص الشعيرات الدموية الصادرة عن الكيب بهدف الحفاظ على ضغط الترشيح رغم تناقص التدفق الدموي الكلوي. و إلى حد معين يصبح التكيف مع العضوية غير ممكن فيتناقص ضغط الترشيح و يؤدي ذلك لظهور القصور الكلوي الوظيفي.

- على مستوى الأنابيب

■ إعادة الامتصاص في الأنبوب الملتيوي القريب مرتبط بانخفاض الضغط الهيدروستاتيكي في الشرايين القرب أنبوبية capillaire pré-tubulaire

■ إعادة الامتصاص في الأنبوب الملتيوي البعيد يكون أعظمي للصدويوم تحت تأثير الألدوستيرون

■ إعادة امتصاص الماء تحت تأثير هرمون ال ADH

■ البول المطروح يكون بكميات ضئيلة و فقير من حيث الصدويوم و غني بالبوتاسيوم، حامضي و تركيزه الأسمولي كبير

إعادة امتصاص الماء من طرف الأنابيب الجامعة يرافقه إعادة امتصاص اليوريا بظاهرة الميز ما يؤدي لارتفاع تركيزها في الدم (Moulin Bruno، 2007، صفحة 19)

1-4-3-5- علاج القصور الكلوي الحاد

يهدف العلاج إلى ضبط توازن السوائل والشوارد والحفاظ على حالة التغذية بالشكل المناسب وضبط الاضطرابات الكيميائية الحيوية وحماية المريض من التسمم:

- بعد الإنعاش الأولي بالسوائل لا بد من إعطاء المزيد من الطاقة عن طريق التغذية عبر الأنبوب الأنفي المعدي، وقد يتحسن وضع المريض على نظام التغذية الوريدية.
- يجب استخدام الأدوية بحذر شديد. قد يحتاج المريض إلى المعالجة عن طريق التصفية الدموية للكلية (الدياليز) والتي تشمل الترشيح الدموي العالي الحجم والترشيح الدموي المستمر أو الترشيح الشرياني الوريدي.
- أما الشفاء من القصور الكلوي الحاد، فيستدل عليه عادة بالعودة التدريجية للإطراح البولي، وبالتالي حدوث تحسن مطرد في القيم المخبرية باتجاه المجال الطبيعي. في خلال أيام يعود حجم البول للمجال الطبيعي حالما تستعيد الكليتان قدرتهما على الامتصاص الأنبوبي.
- وإذا طبق العلاج الصحيح بشكل باكر فإن القصور الحاد عادة ما يزول بسرعة، ويغلب أن لا تبقى أي أذية كلوية ولكن أحيانا يكون العلاج غير فعال ويغدو القصور الكلوي مستمرا.
- في القصور الكلوي الحاد غير المختلط كالناجم عن النزف البسيط أو الأدوية تكون نسبة الوفيات منخفضة حتى عندما يتم اللجوء للمعالجة بالتصفية إذ تبلغ من 50 إلى 70 في المائة عند المصابين بالقصور الكلوي الحاد المترافق مع تسمم خطير أو مع قصور الأعضاء المتعددة.

1-4-4-1 Insuffisance rénale chronique المزمن القصور الكلوي المزمن

1-4-4-1-1 تعريف القصور الكلوي المزمن:

يعرف القصور الكلوي المزمن على أنه خلل مزمن لوظائف الكلية والذي يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص كمية البول المفزة في وقت محدد. ومن الناحية الفسيولوجية فان هذا المرض هو عبارة عن إصابة

الوحدات الوظيفية في الكلية (النيفرونات) وبالتالي يؤدي إلى النقص في القدرة على التحكم في تركيز الأملاح في البول. (Bergery Bernard، 1994، صفحة 158)

يقدر القصور الكلوي المزمن في الولايات المتحدة ب 11% من السكان. القصور الكلوي النهائي يقدر ب 120 شخص من مليون من السكان في فرنسا كل سنة و 300 من المليون كل سنة في الولايات المتحدة و اليابان و يكون منتشرًا عند الرجال من 2 إلى 3 مرات الضعف عند النساء (Moulin Bruno، 2007، صفحة 29)

1-4-2- أسباب القصور الكلوي المزمن:

تتعدد أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولكننا يمكن أن نصنفها حسب نوعها إلى أسباب تكوينية وأخرى مكتسبة

✓ الأسباب التكوينية: وتتمثل في ما يلي

- تشوه الكلى أو المجاري البولية
- مرض وراثي في الكلية
- كلية متعددة الأكياس

■ التهاب المصفيات المزمن (متلازمة البورت)

اضطراب الأيض كداء النقرس وهو احد الاضطرابات التي تمس الأيض حيث يتراكم حمض البولييك الناتج عن التمثيل الغذائي للبروتينات التي وجب أن يتخلص منها الجسم بإخراجها بواسطة الكليتين، فإذا أنتج الجسم كميات تفوق قدرة الكليتين على معالجتها يحتل التوازن وقد يؤدي ذلك إلى القصور الكلوي (Bergery Bernard، 1994، صفحة 193)

■ انسداد المجاري البولية لعدة أسباب منها وجود حصيات أو تضخم البروستات أو وجود ضيق في مجرى البول ولا يعرف السبب الحقيقي لتكون الحصى ولكن هناك من الأشخاص ممن لديهم الاستعداد لتبلور المواد مثل اكسلات البوتاسيوم وحمض البولييك فتتكون النواة الحصوية ثم يزداد الترسيب على هذه النواة (meyrie Alain، 1994، صفحة 64)

✓ الأسباب المكتسبة: وتتمثل في ما يلي

■ التهاب كبيبات الكلى المزمن

وهي إصابة الكلى على مستوى الكبيبات واضطراب وظيفتها في تصفية الدم، ويبقى سبب هذا الالتهاب غير معروف، إلا أن إصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي للجسم لتتكون مولدات الضد ومنه يقوم الجسم بتكوين الأجسام المضادة ليرسب الناتج في أغشية الكبيبات الكلوية (meyrie Alain، 1994، صفحة 66)

■ التهاب حوض الكلية المزمن

هو احد أهم الأسباب في الإصابة بالمرض ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، أين يظهر عيب خلقي في الحالب مما يؤدي إلى ارتجاع البول من المثانة إلى الحالب. (محمد علي لبار، 1992، صفحة 17)

■ الضغط الدموي المرتفع ومرض السكري

يؤدي ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري لدى بعض المرضى إلى الإصابة بالعجز الكلوي لأن إصابة الفرد بارتفاع ضغط الدم أو السكري تؤدي مع مرور الوقت إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية وبالتالي يحصل ضمور في منطقة القشرة وهو ما يؤدي إلى العجز الكلوي.

■ الاستخدام المفرط لبعض الأدوية

إن الإفراط في استخدام الأدوية وخاصة المسكنات ومضادات الالتهاب لفترة طويلة وبجرعات كبيرة من أهم الأسباب المؤدية للقصور الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية وحوضها وتؤدي إلى تلفها ومن بين هذه الأدوية نذكر:

■ الأدوية المسكنة مثل البراسيتامول والأسبرين Paracétamol , Aspirine

■ أدوية الروماتيزم مثل الفيتوبروفين و الاندوميتاسين Phytoprophine ; Andomitacine

■ بعض المضادات الحيوية وأهمها مشتقات الامينوجليكوزيد Aminoglycoside

■ الأدوية المستخدمة في علاج السرطان

■ الأدوية المستخدمة في التخدير (محمد علي لبار، 1992، صفحة 19)

1-4-4-3- أعراض القصور الكلوي المزمن

تضطرب بسبب القصور الكلوي المزمن معظم أجهزة الجسم الداخلية وينتج عن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض هي كالتالي:

✓ أعراض قلبية وعائية

■ ارتفاع ضغط الدم الشرياني

■ قصور قلبي يساري (أي تناقص عمل الجهة اليسرى للقلب) أو كلي نتيجة لارتفاع ضغط الدم

■ اضطراب نبضات القلب (لتناقص بعض الأيونات كالصوديوم و البوتاسيوم و المغنيزيوم...)

■ ضيق التنفس عند أي مجهود) محمد علي هاشم(1989, p. 78 ,

■ أعراض هضمية

■ فقدان الشهية

■ حروق معدية والأم هضمية (لتغير PH الوسط الداخلي)

■ غثيان و تقيؤ (بسبب تراكم السموم و الشوائب داخل الجسم)

- إسهال مصحوب بدم
 - ✓ أعراض دورية
 - فقر الدم (لأن تجديد الكريات الدموية يكون بطيء و لعدم إعادة امتصاص المواد من الدم)
 - اضطرابات تخثر الدم (نقص أكسالات الكالسيوم التي تساعد على تخثر الدم)
 - نقص المناعة (لتنقص البروتينات المناعية من الجسم)
 - اضطرابات هرمونية تسبب هبوط الرغبة الجنسية واضطرابات العادة الشهرية عند الإناث.
 - ✓ أعراض بولية
 - شحوب البول وقلة كميته وتركيزه
 - عدم استقرار ال PH (بسبب تغير تركيبة الدم و البول من حيث المواد الحامضية)
 - ارتفاع البوتاسيوم وانخفاض الكالسيوم في البول والدم
 - وجود الدم في البول (نتيجة نزيف داخل الكلية بسبب إتلاف النيفرونات)
 - تغير في تركيب البول (ظهور مواد جديدة كالبروتينات)) محمد علي هاشم(1989 ,
 - ✓ أعراض عصبية
 - حوادث وعائية دماغية خاصة في حالة ارتفاع الضغط الدموي (جلطات دماغية)
 - حوادث عصبية نفسية لها علاقة بالتسمم الدوائي (بسبب تأثير الخلايا و النواقل العصبية)
 - رعشة الأطراف و تشنجات عضلية (تناقص البوتاسيوم و الصوديوم يؤدي إلى تركز العضلات العشوائي)
 - اضطرابات الوعي وتظهر في المراحل الأخيرة من المرض وتتجلى في هذيان وفقدان الوعي ونوبات تشنج وصرع.
 - ✓ أعراض عظمية
 - هشاشة العظام عند الراشد وكساح عند الأطفال (نتيجة تناقص العناصر المعدنية من الجسم بسبب عدم إعادة امتصاصها من طرف الكلية)
 - التهاب ألياف العظام (لنقص الكالسيوم من الجسم)
 - إضافة إلى هذه الأعراض يمكن أيضا ظهور هزال و انخفاض حرارة الجسم عن الحرارة العادية (محمد علي هاشم، 1989، صفحة 78)
- 1-4-4-4 أنواع القصور الكلوي المزمن**
- هناك عدة أنواع من القصور الكلوي المزمن نذكر منها

- ✓ التهاب مزمن يرفقه ضغط دموي مرتفع
- ✓ التهاب مزمن لا يرفقه ضغط دموي مرتفع: وفيه تبرز مجموعة أعراض كلوية يرافقها استسقاء في الجسم، أي خروج سوائل من الأوعية الدموية.
- ✓ التهاب الأنسجة البينية المزمن: وينتمي إليه التهاب الكلية المزمن وحوضها والذي ينتج عن التعفن أو ركود المواد المفترزة في القنوات.
- ✓ التهاب كبيبات الكلى: وهو مجموعة التهابات كلوية تتسم بإصابة انتقائية للكبيبات مما يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي فتتكون مولدات الأجسام المضادة ونتيجة لذلك يقوم الجسم بتكوين
- ✓ مضادات الأجسام ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات.
- الأمراض الوعائية في الكلية : حيث يمكن أن يتسبب ارتفاع بسيط في الضغط الشرياني في حدوث إصابات للأوعية الشعرية، وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع الضغط الشرياني يعد احد مسببات القصور الكلوي المزمن وكثيرا ما يكون هو في حد ذاته احد آثار هذا المرض.
- ✓ التهاب حوض الكلية المزمن: ويحدث عادة نتيجة ارتفاع البول إلى الحالب نتيجة عيب خلقي يمكن علاجه جراحيا وإذا تم حبس البول عدة مرات لمدة طويلة يؤدي ذلك إلى تكرار الالتهابات الميكروبية التي بدورها تقوم بتحطيم نسيج حوض الكلية ونخاعها وينتهي الأمر بالفشل الكلوي. (بورقة آمال، 2008، صفحة 118)

1-4-4-5- علاج القصور الكلوي المزمن

- لا يوجد علاج نهائي لمرض القصور الكلوي لذلك نجد كل الجهود منصبة لتحقيق هدفين هما:
- إبطاء تطور المرض وتمكين المريض من تفادي الخضوع لعملية التصفية لمدة أطول.
- علاج آثار وانعكاسات القصور الكلوي المزمن في مرحلته النهائية بالاعتماد على برنامج مكثف يشمل على ما يلي:

➤ الحماية

تقدم للمريض مجموعة من الإرشادات والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لان هذا المرض يؤثر على مختلف الأجهزة في الجسم، كما أن عملية تصفية الدم لا تكون فعالة إلا بإتباع حمية مدروسة وخاضعة لشروط صحية وهي كما يلي:

- التقليل من المواد البروتينية ويمكن فقط اخذ كمية تقدر ب 0.8 غ يوميا
- الإنقاص من المواد الغذائية التي تحتوي على كميات معتبرة من البوتاسيوم مثل الفواكه والشوكولاتة.
- اخذ كميات من الماء والصوديوم تتناسب مع نوع القصور الكلوي وأسبابه ومرحلته (محمد الصادق عبد الصبور، 1989، صفحة 85)

➤ الأدوية

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

- في المراحل الأولى من المرض إضافة إلى فيتامين D يأخذ أدوية لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفسفور
-أدوية خافضة للضغط الدموي Hypotenseurs

➤ تصفية الدم

ظهرت تقنية تصفية الدم سنة 1942 في هولندا، وتطورت سنة 1960 على يد الباحثين **B.Scribner** و **W.Quinton** و يتمثل في أنبوبة يتم تركيبها بين الشريان والوريد في الساعد ويتم استعمالها بوصلها بجهاز الكلية الاصطناعية.

وقد توصل الباحث **سيمينو Cimino** من جامعة نيويورك إلى طريقة لإيصال الدم إلى الأنابيب الموجودة في الآلة عن طريق الناصور *Fistule artério-veineuse* ويتم ذلك عن طريق عملية جراحية يجريها الطبيب المختص على مستوى الساعد بين الوريد والشريان، وبعد حوالي ثلاثة أسابيع تتضخم أوردة الساعد لتسمح باختراقها بإبرة هي التي تنقل الدم إلى جهاز الكلية الاصطناعية.

-تعريف عملية تصفية الدم **hémodialyse**

تدعى أيضا بالغسل الكلوي أو الدياليز و هي كلمة تتكون من جزئين *dialyse* وتعني التصفية و *hémo* تعني الدم وهي تقنية تستخدم من اجل علاج مرضى القصور الكلوي الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية وفيها يعمل جهاز التصفية وفق نظام توازن الأملاح في الدم والمواد الذائبة في الماء ويعيدها إلى مستواها الطبيعي، وهذا الجهاز مزود بألية تسمح بالترشيح وخروج الماء من الدم. (محمد الصادق عبد الصبور، 1989، صفحة 105)

يعرفها **P. Jungers** أنها عملية تبادل بين دم المريض وآلة التصفية التي تحتوي على مركبات كهربائية *composition électrique* تعوض البلازما وتسمح بتشكيل غشاء نفوذ والتي هي طريقة لتطهير وتنقية أو تحليل كيميائي مبني على خاصية أن بعض الأجسام تحترق أو تنفذ بسهولة أكثر من أجسام أخرى داخل الأغشية الحساسة. (P. Jungers , 1988, p. 136)

وعملية التنقية هذه من الناحية العلاجية هي طريقة لمساعدة الكلى العاجزة للتغلب على القصور الكلوي المزمن، حيث أن دم المريض يحتوي على فضلات لا تستطيع الكلية المريضة التخلص منها فتأتي عملية التصفية التي تعتمد على التبادلات بين دم المريض ومحلول التصفية وهو محلول ذو تركيب مشابه لمحلول البلازما مما يسمح بالتصفية. السن المتوسط الذي يتم فيه الدياليز يقدر ب 55 سنة في 1987 و 61 سنة في 1998

-مكونات جهاز تصفية الدم الحوض **bain de dialyse**

وهو جهاز يسمح بالحفاظ على درجة حرارة الحوض ونقائه والحفاظ على التدفق المستمر المنتظم والحفاظ على الضغط، أي يسمح بان يكون الوسط مثل الدم من حيث درجة الحرارة 38° والضغط وتركيبه.

▪ محلول الحوض dialysat

والذي يسمح بالتصفية ويكون خاليا من الفضلات ويتكون من ماء معالج خال من شوارد H^+ , K^+ , Na^+ ويحتوي على القليل من المعادن (الألمنيوم والكالسيوم).

▪ الغشاء نصف النفاذ membrane dialysant

يتكون من آلاف الأنبيبات الرقيقة جدا. يسمح بمرور الفضلات لكنه غير نفوذ للبروتينات وكريات الدم الحمراء و البيضاء و H^+ , K^+ , Na^+ والبولة وغيرها.

▪ مقر التصفية dialyseur

ويحتوي على وسطين (الدم ومحلول الحوض) منفصلين بواسطة غشاء نفوذ حيث يتم خروج شوارد H^+ , K^+ , Na^+ من الدم، حتى يصبح تركيزها متساويا وعاديا مع تركيز ماء الحوض عن طريق ظاهرة الانتشار الاسموزي لتخرج الفضلات من الدم إلى الحوض. (meyrie Alain، 1994)

-الانعكاسات الناجمة عن استعمال الجهاز

يمكن أن يؤدي الاستخدام المستمر لجهاز التصفية الدموية إلى آثار سلبية على صحة و نفسية المريض، و فيم يلي بعض من هذه الانعكاسات:

- مشاكل قلبية وعائية (كتصلب الشرايين و الجلطات الدموية)
- مشاكل الضغط الشرياني (ارتفاع الضغط الدموي)
- تحثر الدم في أنابيب التصفية (مما يؤدي إلى إمكانية انسداد الناصور)
- النزيف الدموي
- مغص و تشنجات
- الخوف الشديد من التوقف المفاجئ للجهاز
- قلق التبعية و عدم الاستقلالية.

➤ زرع الكلية

بفضل التقدم في ميدان الزرع الكلوي و نسبة النجاح التي يتم تحقيقها فإنه يعتبر أحسن علاج للفشل الكلوي، و إن كان يمثل أحسن الحظوظ لاستئناف المرضى حياتهم العادية و أملهم الوحيد في الشفاء إلا أنه لا يناسب كل المرضى. و حسب الفدرالية الوطنية لأمراض الكلى (2004) فهذه العملية تحوي مقاييس و معايير تحدد قابلية المريض للزرع الكلوي و هي:

-السن: جسم المريض المسن أقل قابلية للزرع

- سوابق أمراض الدورة الدموية: فالقاصر كلويا و المصاب بأمراض القلب أو الضغط الدموي المرتفع تكون نسبة نجاح عملية الزرع ضئيلة جدا
- الإصابة بالسرطانات: هذا يعيق عملية زرع الكلية
- القرباة: المتبرعون الأكثر ملائمة هم أعضاء الأسرة الأقرب من المريض و التوأم و قد يكون المتبرع الزوج أو أي فرد قريب أو بعيد وراثيا لكن في هذا الشأن يتخذ الأطباء سلسلة من الفحوصات لمعرفة مدى حضور النجاح و كذا التأكد من صحة المتبرع. و الزرع الكلوي نوعان زرع الكلية من معطي حي و زرع الكلية من شخص ميت (الزرع الجثي). (l 'Fédération nationale de insistance rénale, agrément ministériel ، 2004)

5-الوقاية من مضاعفة القصور الكلوي

- لإبطاء تطور القصور الكلوي نحو الأسوأ ينصح بما يلي:
- مراقبة ضغط الدم باستمرار
- معالجة الأمراض المزمنة كالسكري وارتفاع الضغط الدموي
- الامتناع عن التدخين
- معالجة ارتفاع الكولسترول
- عدم الإسراف في تناول الأدوية
- معالجة إنتانات (التهابات) ومشاكل الجهاز البولي بأسرع ما يمكن
- خفض الوزن الزائد
- عدم التعرض للمواد السامة والكيميائية.

6-الآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي

للإصابة بهذا المرض آثار نفسية واجتماعية واقتصادية تعوق أداء المريض لوظائف في حياته اليومية.

■ الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب

يعيش المصاب بالقصور الكلوي حالة نفسية صعبة و خاصة عند المرضى في المرحلة الأخيرة أين يضطرون لملازمة آلة التنفية التي تعوض عضوا من أعضاء جسمه فقد فعاليته، وهو بذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف الذي ينتج من الإحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلفت (اقبال ابراهيم مخلوف، 2008، صفحة 42)

■ الآثار الصحية

بسبب عدم تمكن الكلية من سحب الفائض من السوائل من الجسم (نقص البول) فإن ذلك يزيد من وزن الجسم بسرعة، كما يسبب الانتفاخ، نقص في عدد الكريات الحمراء حتى 15% مقارنة بالنسبة العادية التي تشغل 45% من حجم الدم.

وعند كل المصابين بهذا المرض نجد عندهم فقر الدم بسبب توقف إنتاج هرمون الإريثروبويتين

Erythropoïétine

إن المرضى بالقصور الكلوي يفقدون الكثير من قدراتهم الجسمية والقدرة الجنسية إحداهما، حيث لوحظ أن المريض بالقصور الكلوي المزمن والذي يخضع لعملية التصفية تنقص قدرته الجنسية تدريجيا وهذا ما يؤثر على حياته الزوجية إن كان متزوجا (حنفي عبد المنعم، 1992، صفحة 71)

■ 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 . (اقبال ابراهيم مخلوف، 2008، صفحة 51)

■ الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع

يعاني مريض القصور الكلوي من سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية فيلجأ بذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين، وسوء التكيف هذا ناتج عن الصعوبات والمشاكل التي يعانها المريض مع مجتمعه والتي نذكر من بينها:

-عدم القدرة على العمل: مريض القصور الكلوي لا يستطيع العمل في مهنة تتطلب جهدا كبيرا مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى بقاءه دون عمل.

-العزلة: نظرا لأن المريض لا يتقاسم نفس الاهتمامات مع الآخرين نتيجة انشغاله الدائم بوضعه الصحي، كما انه يشعر أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عبئا عليه، وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف مع الوضع يفضل المريض العزلة. (عادل حلواني و آخرون، 2000، صفحة 144)

7- احتياجات القاصر كلويا.

■ احتياجات بيولوجية وطبية

وتتمثل في دليل خاص بالغذاء يحتوي على توضيحات تمكن مرضى القصور الكلوي من الحفاظ على سلوك غذائي صحي يمنع المضاعفات، كما تتمثل أيضا في الأدوية وآلات التصفية

● احتياجات نفسية

إن الاهتمام بالعوامل النفسية عند المصاب بالقصور الكلوي من شأنه أن يخلص المريض من الشعور بالقلق والإحباط الناتجان عن عدم الشعور بالأمن والخوف من الموت، لذلك نجد مريض القصور الكلوي بحاجة إلى الرعاية النفسية التي تمكنه من التكيف مع مرضه. (عادل حلواني و آخرون، 2000، صفحة 147)

8-الكفالة النفسية لدى المصاب بالقصور الكلوي:

نظرا للظروف النفسية الصعبة التي يعيشها المريض بالقصور الكلوي، ابتداء من الصدمة المتلقاة نتيجة الإصابة بالمرض و معاناته التي تظهر من خلال قلقه و انشغاله المستمرين و كذا تطور الشعور بالنقص لديه و عدم الثقة بنفسه إلى حد الوصول إلى الاكتئاب و فقدان الاحتكاك بالناس لذلك يجب التكفل نفسيا بهذه الفئة و الكفالة النفسية تعني حسب **Frussel** مجموعة التقنيات العلاجية و مجموعة الحيل الذهنية و المواقف العلاجية التي يستعملها الفاحص من أجل علاج أي اضطراب نفسي بالابتعاد قدر الإمكان من استعمال الأدوية معتمدا في ذلك على الاختبارات النفسية و دراسة تاريخ الحالة المرضية و من أهدافها:

- مساعدة المريض بالقصور الكلوي للتخلص من الصراعات
- ترميم الشخصية و إعادة بنائها
- إعادة الاتزان النفسي و التكيف مع المحيط،
- الرفع من الفعالية الذاتية و إعادة بناء السلوكات المعرفية
- وقاية المريض من الانتحار
- تدعيم قدرات الأنا لجعله قادرا على التحكم (Brussel، 1987، صفحة 50)

2-الخصائص النفسية**2-1-1-القلق**

ولعل أبرز هذه الانفعالات و الأكثر شيوعا و انتشارا انفعال القلق، لذا فقد سمي عصرنا الحالي بعصر القلق لأنه أصبح السمة أو الخاصية ذات الطابع المميز في أي مجتمع كان حيث لم يشمل الكبار فقط بل لحق بالصغار و المراهقين.

و القلق أمر عادي و هو جزء من حياتنا اليومية وله عدة أسبابه و أعراضه و كذلك نتطرق إلى قلق الامتحان بالنسبة للمراهقين و نتكلم عن بعض النظريات التي تناولت موضوع القلق.

2-1-1-1-تعريف القلق:

-لغة:

يشير معجم الوسيط إلى أن قلق - قلقت - لم يستقر في مكان واحد، وقلق لم يستمر على حال، و قلق اضطراب وانزعاج فهو قلق، وقلق المهم فلان: أزعجه - المقلق شديد القلق. (حسين فايد، 1994، صفحة 44)

-اصطلاحا:

يرى فرويد أن الخبرة التي تتمثل في الصعوبات الفسيولوجية و الإحساسات البدنية المصاحبة لعملية الميلاد، نموذج تنشأ عن نفسه حالات القلق بعد ذلك. (أحمد محمد حسن صالح وآخرون، صفحة 37)

يرجع فريد القلق إلى صدمة الميلاد وما يصاحبها من مشاكل فسيولوجية وإحساسات بدنية، وأهم عامل الوراثة و التأثيرات البيئية. كما يرى هلجريد أن القلق يشبه في ذلك الخوف يعتبر قوة دافعة، و يرى أن لفظ القلق هو عبارة من العبارات اللغوية العامة، يشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر و الاهتمام الزائد و عدم الراحة أو عدم الاستقرار ، أو عدم سهولة الحياة الداخلية للفرد. (عبد الرحمن عسوي، صفحة 5،6)

إن هلجريد يخلط بين القلق و الخوف، إذ أنها توجد هناك نقاط كثيرة يختلف فيها الخوف والقلق سوف نوضحها لاحقا، كما انه لا فرق بين القلق كمفهوم و بين الأعراض المصاحب له.

القلق حالة انفعالية تجذب تعبيرها في الظواهر الفيزيولوجية من جهة، و أحاسيس ومشاعر نفسية من جهة أخرى، ولكل منا خبرة في القلق، وتعرف مظاهرها الفيزيولوجية من خلال ضربات القلب المتتابة، جفاف الفم، العرق البارد (opcit jeam.jean marie, 1975, p. 26)

لقد ركز على مظاهر القلق ولم يوضح لنا ما هو القلق أصلا حيث اكتفى بوصفه حالة انفعالية فقط.

يعرف حامد زهران 1977 القلق بأنه حالة توتر شامل ومستقر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية جسدية. (أحمد محمد حسن صالح وآخرون، صفحة 36)

لم يركز على تعريف القلق بصفة عامة، إذ نجده و كأنه يعرف لنا نوع من أنواع القلق إلا وهو القلق الموضوعي.

ويعرف احمد عكاشة 1998 كذلك القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس و الخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسدية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي الإداري ويأتي في نوبات متكرر مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداع أو كثرة الحركة. (أحمد محمد حسن صالح وآخرون، صفحة 46)

إن احمد عكاشة ابرز لنا الإحساسات الجسدية المصاحبة للقلق و لم يحدد لنا معنى القلق بدقة لكي يكون أكثر وضوحا وفهما.

القلق حالة انفعالية تنشأ من الخوف من المجهول وتمثل بأنها نوع من الراحة الذهنية والقلق حالة أكثر شيوعا عند المراهقين حيث تزداد مخاوف المراهقين الوهمية المتوقعة في المستقبل كما يحدث عندما يرتعب الطالب أثناء الامتحان الذي يؤديه عندما يكتشف بأنه لم يبق من مدة الامتحان المقررة على ورقة الامتحان إلا فترة قصيرة، وعندما يذهب الطالب لاستلم النتيجة. (محمد جاسم محمد، 2004، صفحة 133)

نلاحظ هنا احمد عكاشة يركز على نوع من أنواع القلق آل وهو القلق الموضوعي العادي الذي يصيب الفرد واهتم بالقلق الذي يصيب الطالب أثناء أدائه الامتحان، وهذا ما سوف نتطرق إليه لاحقا لمعرفة ما هي الأسباب التي من شأنها أن تؤدي إلى قلق الطلب لامتحان البكالوريا باعتبارها مرحلة هامة جدا وحساسة، وما هي الحلول الممكنة. وفي الأخير توصلنا إلى تعريف يتمثل في: القلق حالة من الخوف الغامض الذي يمتلك الإنسان، وهو عبارة عن ألم داخلي أو أصبح داخلي بسبب الشعور بالضيق و الألم و الانزعاج، ويعتبر توتر شامل ومستمر نتيجة توقع الشر أو الخطر الذي قد يحدث.

التعريف الإجرائي للقلق: هو حالة الاستثارة التي يستعد بها الفرد للدفاع عن نفسه و المحافظة عليها.

2-1-1-2 الخوف والقلق:

هناك العديد من الأعراض يتشابه فيها القلق مع انفعال الخوف، إلا أنه توجد نقاط كثيرة يختلف فيها عن الخوف لكن كثيرا ما نجد بعض الناس لا يفرقون بين القلق و الخوف إلا أننا سوف نحاول أن نبرز بعض الفروق بينهما في النقاط التالية:

- 1- يكون مصدر التهديد في الخوف خارجيا وواضحا، أما في القلق يكون مصدره داخليا
- 2- يمكننا إبراز وتحديد مصدر الخوف، لكن يصعب علينا ذلك في القلق نتيجة لغموض مصدره.
- 3- تتناسب شدة الخوف مع درجة خطورة مصدره، أما في القلق فتتفاوت شدة خطورته مع موضوعه أو مصدره إذا كان معروفا.
- 4- الخوف يزول بزوال المصدر المثير له، بينما في القلق يتميز بالاستمرار لغموض مصدره ولعدم تحديده. (عبد المطلب أمين الفريطي، 2001، صفحة 122)

2-1-1-3 القلق كحالة و كسمة:

كشفة دراسات كاتل وشير عن وجود عاملين للقلق هما قلق الحالة وقلق السمة، وقد عزز سييلبيرجر 1966 ما توصلنا إليه عندما صاغ نظريته عن القلق كحالة وكسمة وميز فيها بين هذين المظهرين على أساس أن:

- حالة القلق:

هي حالة انفعالية ذاتية مؤقتة تزول بزوال المصدر المثير لها، وهي تشبه في ذلك في حالة الخوف الطبيعي، يشعر بها الفرد أثناء التهديد، وهذا يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل لمواجهة هذا التهديد، إلا أن شدتها تختلف من شخص لآخر حسب درجة خطورة الموقف.

- سمة القلق:

هي استعداد سلوكي مكتسب وفي بعض الأحيان يستمد من خبرات طفولية مبكرة مؤلمة وهي استعداد ثابت نسبيا ومخزن في شخصية الفرد ولصيق بها أكثر من كونه مرتبط ببحم التهديد في المواقف أو الموضوعات التي يستجيب لها بالتوتر و القلق. عن الشخص ذا الاستعداد من ناحية القلق يكون شعوره بالخطر أكثر ويفقد

استقراره كما نجد كذلك يتوقع الشر من موضوعات أو موقف لا تتلاءم مع هذا الخطر. (عبد المطلب أمين الفريطي، 2001، صفحة 133)

ويفسر بعض علماء النفس القلق كخاصية محددة تكوينا (وراثيا) للمزاج. (حسين مصطفى عبد المعطي، 2000، صفحة 245)

2-1-1-4 أنواع القلق:

بما أن القلق من المشاكل النفسية الحادة التي تواجه الفرد إلا أنه يختلف من شخص إلى آخر تبعاً لأسس مختلفة منها:

- أ- مدى وعي الفرد به: يمكن التمييز في هذا الصنف إلى نوعين من القلق:
 - قلق شعوري: حيث يدرك الفرد أسبابه ومن ثمة إيجاد الحلول لمواجهته والتصدي له، ويزول بزوال المصدر المثير له.
 - قلق لا شعوري: لا يدرك الفرد فيه دوافع ومبرراته رغم المحاولات والجهود المبذولة للسيطرة على ذلك السلوك.
- ب- من حيث درجة الشدة: يقسم إلى قلق بسيط وقلق حاد وقلق مزمن.
- ت- من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه: هناك قسمين من القلق الذي قد يؤثر على أداء الفرد: قلق حافز ومنشط للأداء، وقلق يعد كعامل مثبط أو مضعف للأداء. (إشراف محمد عبد الغني شريت محمد السيد حلاوة، 2002، صفحة 98)
- ث- من حيث تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية: يصنف إلى قلق عادي موضوعي، قلق عصبي، قلق خلقي.

وفيما يلي سوف نعرض أنواع القلق الأكثر شيوعاً وتداولاً بين العلماء:

- قلق عادي موضوعي:

هو قلق ناتج عن مثير أو مصدر محدد يعي الفرد أسبابه ودوافعه ويظهر على صورة خوف فمثلاً خوف شخص أصيب بمرض خطير استعصى فيه العلاج فهو قلق على حاله يتربص الموت بين حين وآخر، وقلق طالب من الامتحان يتوقع من جرائه الفشل والرسوب. (خليل مخائيل معوض، 2000، صفحة 279)

إن القلق الطبيعي أو الموضوعي هو نتاج فعل يتناسب مع كم وكيف التهديد، فيبلغ الإنسان جهداً ليجد سبلاً لمواجهة التهديد بضرر أقل. (سعيد كامل أحمد، 1999، صفحة 80، 81)

يتضح لنا مما سبق أن منبع الخطر في القلق الموضوعي يكون في العالم الخارجي بمعنى أنه يوجد هناك مثير واقعي في البيئة، ومن ثم يكون للفرد مواجهة الخطر الفعلي الذي يهدده باستعمال أساليب دفاعية معينة.

-القلق العصبي:

هو بمثابة نوع من القلق الهائم الذي لا يعي الفرد دواعيه وأسبابه، فهو غير محدد بموضوع معين وهو بهذا خوفاً مبهم المصدر لا يدركه المصاب، ومن ثمة يبدو لنا هذا النوع من القلق على هيئة مخاوف مرضية لا تتلاءم مع طبيعة الموقف أو المثير، فمثلاً قد يخاف الشخص من الموت دون وجود مبرر يدعو إلى ذلك. (خليل مخائيل معوض، 2000، صفحة 279)

القلق العصبي يعود إلى عامل داخلي لا يدرك الفرد أسبابه ودوافعه ولهذا فهو يتسم بالغموض وعدم الوضوح والتحديد.

2-1-1-5 مصادر القلق وأسبابه:**- مصادر القلق:**

حدد جيروم وانست خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي:

أ- الأذى أو الضرر الجسدي: فالإنسان يمتلكه الشعور بالقلق في العديد من المواقف حيث نجد منها بعض الأفراد في مواقف معينة تتغلب عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض أو الموت أثناء الحرب.

ب- الرفض أو النبذ: إن الإنسان اجتماعي بطبعه، إلا أنه في بعض الأحيان قد لا يستطيع التفاعل مع غيره نتيجة خوفه وإحساسه بالكره أو النبذ من طرف الآخرين، هذا ما يجعله غير مطمئن أو مستريح في بعض المواقف الاجتماعية.

ت- عدم الثقة: قد يكون نقص الثقة أو فقدانها في أنفسنا مصدر للقلق، وذلك من جراء خوض التجارب والمواقف الجديدة، خاصة إذا كان الطرف الآخر في هذه غير واضح فيما يتوقع منا رد الفعل.

ث- التنافر المعرفي: إن تناقض الجوانب المعرفية كالأدراكات والأفكار والمعلومات مع بعضها البعض، أو عدم ملاءمتها للمعايير الاجتماعية يؤدي إلى القلق والشعور بعدم الارتياح.

ج- الإحباط والصراع: إن التوتر والقلق يعدان نتيجة طبيعية لفشلنا سواء في إشباعنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا أو في بعض المواقف الصراعية. (عبد المطلب أمين الفريطي، 2001، صفحة 123، 124)

- أسباب القلق:

لقد اختلف الباحثون والعلماء في تحديد الأسباب الرئيسة لحدوث القلق كما تعددت النظريات المفسرة له وفيما يلي سوف نعرض بعض الأسباب الممكنة لحدوث القلق:

أ- الاستعداد الوراثي: يمكن أن يكون للوراثة دور كبير في اضطرابات القلق، مثلاً كأن نجد شخصاً يعاني القلق نفسه الذي يعانيه والده أو أحد أقربائه.

ب- الاستعداد النفسي: الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي نتيجة لبعض ظروف البيئة

ت- المواقف الحادة والضغوط الثقافية والبيئية والحضارية.

- ث - عدم التطابق بين الذات والواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.
- ج- التعرض للخبرات (عاطفياً، تربوياً، اقتصادياً) الخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة. (محمد جاسم محمد، 2004، صفحة 135)
- بالإضافة إلى ما سبق يمكن القول أن العوامل الاجتماعية كذلك دور في حدوث القلق مثلاً كالضغوط الأسرية أو نظرة المجتمع لفرد.

2-1-1-6 أعراض القلق:

- الأعراض النفسية:

- توجد هناك العديد من الأعراض النفسية التي تترتب عن القلق ونجد من بينها:
- عدم الاستقرار
 - عدم الشعور بالأمن والراحة
 - الاكتئاب والضيق
 - توهم المرض
 - الحساسية المفرطة وسرعة الإثارة الخوف حيث يشعر الفرد بالخوف دون مبرر حقيقي، وتوقعه حدوث شيء ما دون أن يعرف ما هو هذا الشيء.

- الأعراض الجسمية:

- يرى أحمد عكاشة 1992 أن الأعراض الجسمية هي أكثر أعراض القلق شيوعاً، ويبين أن الشخص يكتب انفعالاته، ولا يظهر سوى الأعراض العضوية ومن بينها:
- فقدان الشهية، عسر الهضم، صعوبات البلع
 - آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر، ارتفاع ضغط الدم
 - السرعة في دقات القلب والنبض
 - ضيق الصدر، عدم المقدرة على استنشاق الهواء، سرعة التنفس ونهجان
 - الرعشة وارتجاف الصوت وتقطعه، الآلام العضلية المرتبطة بالساق والذراعين
 - كثرة التبول، احتباس البول، البرود الجنسي عند المرأة
- أعراض النفس الجسمية:
- وهي ما يطلق عليها بالأعراض السيكوسوماتية وهي من الأعراض العضوية التي يكون سببها القلق أو له دور كبير في نشأتها أو في زيادة أعراضها، ومن بين أعراضها: الربو الشعبي، روماتيزم المفاصل، قرحة المعدة، الصداع، فقدان الشهية العصبي. (محمد جاسم محمد، 2004، صفحة 135، 136)

يمكن أن تكون هناك أعراض اجتماعية كذلك للقلق تتمثل في:

- عدم القدرة على الاتصال الاجتماعي
- عدم احترام الآخرين واحترام آرائهم
- عدم التكيف مع المواقف الاجتماعية
- عدم تقبل النقد من طرف الآخرين
- الإحساس بالنبذ والرفض من طرف الآخرين
- عدم القدرة على تكوين العلاقات مع الآخرين

2-1-1-7 النظريات المفسرة للقلق:

هناك عدة نظريات فسرت القلق كونه من الاضطرابات النفسية ومن بين هاته النظريات نذكر: يقول فرويد أن الأنا هو الموطن الحقيقي للقلق فحينما يشعر الأنا بتهديد من جهات ثلاث فيبدأ بتعلم الهرب كرد فعل منعكس، ويفعل ذلك بحسب شحنته النفسية من إدراك الشيء الذي يهدده أو العملية المخفية التي تجري في اللهو ويفعل ذلك بحسب شحنته النفسية في صورة لقلق ويبدأ رد الفعل الفطري

هذا فيما بعد ويحل محله شحنتان نفسية وقائية (حيلة المخاوف المرضية) وهنا يميز فرويد بين القلق الموضوعي والقلق العصبي، فالأول هو الخوف الطبيعي الذي يحدث كرد فعل بتوقع خطر حقيقي خارجي أما الثاني فهو خوف من خطر غريزي داخلي. (سقموند فرويد، ترجمة محمد عثمان تيجاني ، 1982، صفحة 91، 92)

أما المدرسة المعرفية فنذكر منها رأي كل من:

بيك (BECK) الذي يقول أن القلق حالة انفعالية متوترة تتسم بالعصبية و الارتعاد وهو متصل بمتد عبر أحد طرفيه من التوتر الخفيف حتى الرعب عند الطرف الأخير، ويفسر سبب حدوثه كاضطراب انفعالي في ضوء الاعتقادات السلبية التي يكنها المريض عن نفسه و العالم والمستقبل.

أما هاري سوليفان 1966 فيرى أن القلق حالة مؤلمة تنجم عن المعاناة من عدم استحسان في العلاقات البيئية الشخصية للفرد وهذه العلاقات هي أساس بناء الشخصية و القلق يرتبط وهو بنائي وهدمي فقليل من القلق بمد الفرد بالحيوية لكن القلق التام يؤدي إلى فقد الحيوية وفقدان الأداء المنتج أو الانسحاب من الموقف كلية. (سلامة وآخرون، 1999، صفحة 144)

أما المدرسة الإنسانية:

وهي الاتجاه الثالث الرئيسي في علم النفس تؤكد على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية ولذا تركز دراستها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية مثل الإدارة والحرية و المسؤولية والابتكار و القيم وتراه متميز عن الكائنات الأخرى وكفرد يختلف عن بقية الأفراد وعلى كل إنسان أن يسعى لتحقيق هذا الوجود لأن هذا الهدف النهائي الذي يجب أن يواجهه ويمكن أن يشر قلقه وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل

بعكس التحليل النفسي و السلوكي التي تعزو أسباب القلق إلى الماضي. (صبرة محمد علي، اشرف عبد الغني شريت، 2004، صفحة 95)

2-1-1-8 إستراتيجية علاج القلق عن طريق اللعب و الممارسة الرياضية:

يشير كل من "شيلر" و "سبنسر" إلى أن اللعب مهمته الأصلية هي التخلص منت الطاقة الزائدة حيث يحتاج كل فرد إلى ممارسة مجموعة من أنشطة اللعب حتى يستطيع تقليل الطاقة، لأن طاقة الإنسان تستجمع عن طريق ضروب من التفاعلات الاجتماعية والوظائفي المهنية، وهي في تصاعد مستمر، حتى إذا تجمعت في داخله وتعدت أحس بنوع من الضيق و الحرج في صدره ويعبر عن ذلك بالشعور بالقلق غير المفهوم وأصبح في حاجة إلى تفريغ ما بداخله واللعب في هاته الحالة يعتبر بمثابة المسرب الذي تخرج منه هذه الطاقة، واللعب شكل من أشكال المشاركة الاجتماعية، ويمكن استخدامه في كسب روح الصداقة مع الآخرين، باعتبار أن الإنسان لا يمكنه العيش بمفرده منزويا مجترا مشاكله ولكنه يسعى دائما أن يكون له صديق يشاركه أفراحه وأحزانه، ولاشك أن الصداقة الحقيقية تعتبر متنفسا حقيقيا عن القلق النفسي، لأن من فوائدها:

- المساندة والتشجيع ودعم الثقة بالنفس والتقويم الإيجابي للذات.
- التحقق من صحة الأفكار والآراء الشخصية بعد تهيئة الظروف المسيرة للإفصاح عنها.
- النفع المباشر بتسخير الوقت و الموارد الشخصية لخدمة الصديق وتلبية حاجاته. (محسن علي الدلفي،

2001، صفحة 38)

فقد أوضح كل من ميللر وليلان وسميث أن للعب دور هام في التقليل من المشكلات الانفعالية كالقلق والتوتر. . في حين أشار كل من باروش وأندريولا إلى دور الألعاب في تحقيق التوافق الانفعالي لدى المراهقين على أن يتعامل مع الأدوات و الألعاب على المستوى اللاشعوري ليرتاح من التوتر والقلق المصاحب. لذلك فاللعب والمشاركة الاجتماعية والوجدانية تدفع بالمراهقين الذين يعانون من القلق إلى الشعور بالرضا، والإشباع، وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات، والشعور بالبهجة، و الاستمتاع.

2-1-2 الاكتئاب

هو شعور بالإحباط و الحزن و التعاسة و تزداد نسبته و مدته لدى الشخص المكتئب عن الفترة المعتادة ، و لو أن فردا سويا تعرض لمثل هذه الواقعة لاستجاب لها بدرجة اخف من الانفعال . و الاكتئاب يعد من الأمراض تحت تصنيف الطب النفسي ، و من أنواع الاكتئاب ، مرض الاكتئاب الرئيسي و مرض ذي القطبين من حيث شعور بالاكتئاب أحيانا و بالنشاط الزائد أحيانا أخرى و الاكتئاب البسيط هو الذي يكون فيه المصاب حزينا و يصحب معه الأمراض المذكورة سلفا و يشعر بالفشل و التأنيب و اليأس و الخمول . و إذا زاد في حدته سمي بالاكتئاب الحاد و هو الذي يفرط فيه المصاب بالمنقوت و اليأس الشديد و العزلة و اتهام الذات بأبشع الجرائم و الآثام و الذنوب و النكبات .

و يقول عادل صادق أن الشخص المكتئب هو إنسان يميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن و هبوط المعنويات و افتقاد الرغبة و الحماسة للكثير من الأشياء التي تثير اهتمام الناس. (مدحت أبوالنصر، 2005، صفحة 171)

الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشارا ، و نستطيع القول أن أي واحد قد يمتلكه في وقت من الأوقات شعور حزن أو الضيق ، أو أننا نشعر أحيانا باضطراب يمنعا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة كالعمل و يتناول الطعام و النوم و زيارة الأصدقاء ... كل هذه العلامات هي في الغالب دلالة على الاكتئاب النفسي ، غير أن هناك خطأ شائع نقع فيه جميعا حين نتوقع أن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب لا بد أن تبدو عليه علامات الحزن بصورة واضحة لجميع ، و إذا لم يكن الأمر كذلك فإن عامة الناس لا يدركون أن الشخص يعاني من الاكتئاب ، و هذا الكلام ينطبق على الأطباء أيضا ، لان الجميع يتوقع أن يكون المريض المكتئب في حالة من الحزن الواضح ، لكن هذا المرض في كل الأحيان ، لكن الاكتئاب له مظاهر و علامات أخرى (سلطان عبد المحسن عبد المقصود، 2005 ، صفحة 13).

إن مرضى القصور الكلوي ، اللذين لا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم اعتمادا كاملا بل يكونون في حاجة إلى المساعدة من الغير غالبا تيسير أمور حياتهم العادية اليومية إلى أن يتم تأهيلهم و تكييفهم مع البيئة التي يعيشون فيها ، فمنهم من يظل في اعتماد على الغير طوال حياته ، مما يعوقهم عن ممارسة الحياة بالطريقة الطبيعية ، التي يجيها الأفراد العاديين. (مدحت أبوالنصر، 2005، صفحة 171)

فحياة هؤلاء المرضى مشوبة بالبؤس و الإحباط ، نتيجة ما يعانونه من قصور ، فهم لا يستطيعون التعبير عما في هذه الحياة بصورة كاملة ... أو عما بداخلهم أو التمتع بما يتمتع به إخوانهم الأصحاء . من نعم الله الكثيرة . (سلطان عبد المحسن عبد المقصود، 2005 ، صفحة 15)

من هنا نستنتج أن مرضى القصور الكلوي نظرا لظروفهم الصحية التي تؤثر على نفسياتهم هم أكثر الناس عرضة للاكتئاب و سوف نتناول بالدراسة موضوع الاكتئاب

2-1-2-1 نظرة عامة لأسباب الاكتئاب:

هناك اختلاف في تفسير أسباب الاكتئاب تبعاً للخلفيات النظرية للمنظرين والباحثين، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب بصفة عامة بالاعتماد على النظريات السابقة

ونائج الأبحاث العلمية. (تونسي، عديلة حسن طاهر، 2002، الصفحات 35-54)

أ-العوامل الوراثية والفسولوجية :

تشير الكثير من الدراسات إلى أهمية الوراثة في إحداث الاكتئاب . كما يشير البعض إلى ارتباط الاكتئاب بالاضطراب البايوكيميائي للدماغ ولدعم هذه الأفكار والذي يرتبط بدوره بالعوامل الوراثية الجينية

قام البعض بدراسة الفروق في درجة انتشار الاكتئاب بين الأقارب والمجتمع بصفة عامة، وقد تبين أن الارتباط بين درجة التعرض للاكتئاب بين الأقارب يمكن أن يصل إلى عشرة أضعاف مقارنة بالمجتمع عامة، بمعنى أن الاكتئاب عندما يظهر في فرد فان احتمالات وجوده في العائلة أكبر مما يعني احتمال وجود ارتباط بين الاكتئاب والعوامل الوراثية .

كما نصح آخرون نهجاً آخر وذلك من خلال المقارنة بين التوائم المتطابقة والمتأخية، وقد وجد أن احتمالات ترابط درجة الاكتئاب بين التوائم المتطابقة أعلى منه بين التوائم المتأخية مما يعني أيضاً دعم فكرة مساهمة العوامل البيولوجية في إحداث الاكتئاب (

ب- العوامل الاجتماعية

:تبين من الدراسات أن الظروف الضاغطة وخاصة في الطفولة، كفقدان أحد الوالدين، أو القسوة في معاملة الوالدين، أسلوب الاعتمادية يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الاكتئاب.

ج. العوامل النفسية :

الصراعات والخبرات المؤلمة وعدم القدرة على مواجهة العقبات والتحديات قد تكون سبباً في نشوء مرض الاكتئاب، والبعض يرى أن كل العوامل النفسية نتيجة للمرض وليست سبباً له، غير أن بعض الدراسات أثبتت العكس مثل دراسة رينيه Ronnie التي أجراها حول أسباب الاكتئاب يرجع أسبابها إلى عوامل نفسية فوجد أن % 80 من بين 208 من مرضى (عكاشة احمد، 2005، صفحة 156)

. كما ذكر (زهران 1997) عدد من العوامل النفسية المسببة للاكتئاب منها التوتر الانفعالي والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو طلاق أو هزيمة، الصراعات اللاشعورية، فقد الحب والحرمان من المساندة العاطفية، الوحدة والعنوسة وسن اليأس وتدهور الكفاية الجنسية والشيوخوخة والتقاعد، ضعف الأنا واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الأمور الجنسية) التربية الخاطئة، التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال، عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي. (مدحت أبوالنصر، 2005، صفحة 117)

2-1-2 أنواع الاكتئاب

بأنه إذا كان هناك مقياس للاكتئاب فإن في بدايته يقع ما يعرف بالآتي ويرى برودي :

- 1- بالاكتئاب الأساسي: ويقترن فيه المزاج بشذوذ كيميائي.
- 2- الاكتئاب المضاعف: وهو مرض مزمن يحدث فيه فترات من الاكتئاب الحاد.
- 3- الاكتئاب المتخفي: ويصيب ٤٠% من مدمني الخمر في الولايات المتحدة) وهناك من يقسم السلوك الاكتئابي من حيث الشدة إلى:

-**الاكتئاب البسيط**: يظهر المصاب فيه عزوفاً عن الحياة و الشعور بالإجهاد و ثبط في العزيمة ، والشعور بعدم لذة الحياة ، وقد ينجح أصدقاء المريض في انتشاله من كربه وقد لا ينجحون ، ويعتبر البعض هذا النوع من الاكتئاب نوعاً من الشعور بالإجهاد والملل

-**الاكتئاب الحاد**: يظهر المصاب أبطأ ذهنياً وحركياً وأوجاعه م توهمه بموجة من الحزن والانقباض ، والرغبة في البكاء ، ويفقد السيطرة على نفسه ، ويصعب عليه كبح موجة الاكتئاب، وتعتره فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ويصبح متبلداً ذهني ويبدو وكأنه يعاني كابوساً بغيضاً ، ويعبر المريض عن شعور بالذنب ويصعب انتشاله من كربه

-**الاكتئاب الذهولي**: لا يتحارب المريض ولا يبدي حراكاً وقد يهلوس، وإذا لم يردعه أحد مات جوعاً ويتحدث علماء الطب العقلي عن أنواع أخرى منها نتيجة مرض أو إصابة :

- 1- الاكتئاب الراجع لعدة جسمانية: ويحدث هذا النوع كما يرى واتس بالمخ ويأتي مصاحباً لمرض
- 2- عصبي معروف باسم باركينسون، ويعقب الإصابة بفيروس مثل الأنفلونزا أو فيروس الكبد الوبائي، ويحدث من التسمم من المعادن الثقيلة مثل الزئبق والرصاص، ويسبب نقص عناصر الغذاء مثل مجموعة فيتامين ب، وقد تصاب به المرأة بعد الولادة ، ويحدث بسبب إدمان المخدرات والخمور (اسيا بنت راجح و عادل عبد الله النفعي، 2000، الصفحات 33-35).

-**الاكتئاب العنيد المقاوم للعلاج**: ويسمى بالاكتئاب الأحادي القطب

- **الاكتئاب الهياجى** لا يستقر المريض في مكان واحد ويتحرك هنا وهناك متهما نفسه معبراً عن العجز والضياع، ويحتاج هؤلاء المرضى للرعاية.

-**اكتئاب سن اليأس**: ويصيب الأفراد غالباً في الأعمار المتوسطة والمتأخرة في الفترة ما بين ٤٠ - 65 سنة عند سن القعود.

-**الاكتئاب الشرطي**: ويرجع مصدره الأصلي إلى خيرة جارحة ويعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه.

-**الاكتئاب المزمن**: وهو دائم وليس في مناسبة فقط

-**الاكتئاب الخلقي**: ميل فطري للاكتئاب يتسم به الشخص، يتصف المصابون به ببلادة التفكير والحركة والتشاؤم، ويشق عليهم اتخاذ قرار بسهولة، وإذا بدؤوا شيئاً لم يكملوه وتعوزهم الثقة بالنفس.

- **الاكتئاب الدوري**: ويتراوح مزاج المريض بين الاكتئاب والانشراح، وقد تأتيه نوبة الاكتئاب مرة كل عدة أسابيع أو شهور أو سنوات يشعر خلالها أنه متعب وبائس، ويتجه باللوم على نفسه وينعزل، وتعتبر فترات الانشراح بمثابة دفاعات ضد الميل القوي والعميق للاكتئاب.

-**الاكتئاب الفجائي**: استجابات انفعالية تظهر فجأة وتختفي بسرعة، وترافق إصابات المخ التي في الفص الصدغي.

-**الاكتئاب النفوري**: المريض به يكره أن يذكر بمرضه ويغض بشدة كل عناية يلقاها بسببه.

-**الاكتئاب بعد النوم**: وهو حالة وقتية تعقب النوم.

- **الاكتئاب الانفصالي**: يعاني منه الأطفال الذين يفصلون عن أمها مدة طويلة حيث تظهر عليهم آلام الفراق، وبعد ثلاثة شهور أو نحو ذلك يكفون عن البكاء ولا يثيرهم إلا مثير أقوى ، ويجلس هؤلاء الأطفال في شروود وقد اتسعت عيونهم وذهلوا عما حوله م، يشق على مخالطهم التخاطب والتبسط معه من 8 أشهر ، ومن أعراضه فقدان الشهية للطعام والإسهال وعدم النوم، - يصاب به الأطفال في السن بين 6 ويصاب به الأطفال الذين ينشئون في الملاجئ والمؤسسات.

-**الدفن**: ويسمى المرض المثقل وهو نمط من الاكتئاب التفاعلي يلزم الطفل المحروم عاطفياً إلى أن يؤدي به حيث يصاب بفقدان الشهية وينطفئ لو أنه ويظل كذلك حتى يموت ومع كثرة هذه التصنيفات تتبنى الباحثة الرأي الذي يعتبر الاكتئاب مرضاً واحداً يتدرج في الشدة ويتنوع بتنوع العوامل والأسباب المؤدية إليه، ويحتاج إلى علاج نفسي دوائي إذا بلغ حد العصبية وما فوق لمساعدة المريض على استعادة توازنه أولاً ومن ثم البحث عن الأسباب والعوامل المؤدية إليه للتخفيف من حدة تأثير الاكتئاب (اسيا بنت راجح و عادل عبد الله النفعي، 2000، الصفحات 41-48).

2-2 الخصائص البدنية

2-2-1 التعب

مرض الكلى المزمن (CKD) في كثير من الأحيان لا يمكن التنبؤ به، والمرضى قد لا يشعرون بالمرض مع تقدمه حتى مرحلته الأخيرة، وهو المرض الذي يؤثر على أكثر من 593,000 شخص في الولايات المتحدة (بيثيسدا، 2012) ويتطلب غسيل الكلى (الديليزة أو الغسيل الروتيني) أو زرع الكلى . نسبة المرضى أصحاب تصفية الدم حوالي 92٪ من مرضى غسيل الكلى الشامل (بيثيسدا، 2012) وتحمل أعراض عالية كما أنها قد تواجه قلق أعراض مثل التعب، وقلة الشهية، صعوبة في التركيز، وتورم في القدمين واليدين، وتشنجات العضلات، (الميراس، 2009) (أديغتون، 2007) والحكة، كل من التي تسبب الضيق اليومية ويؤثر سلباً على نوعية حياتهم. إن المرضى الذين يعانون من مرض الكلى المزمن ، وخاصة مرضى غسيل الكلى، غالباً ما يكون هناك فقدان في العضلات والتعب المفرط. وهذا يؤدي إلى انخفاض في النشاط البدني، والتي يمكن أن يكون لها عواقب وخيمة. وقد أظهرت دراسة على مرضى غسيل الكلى أن دائمي الجلوس و قليلي الحركة لديهم خطر الموت في سنة واحدة، أي أعلى بنسبة 62٪ من أولئك الذين كانوا أكثر نشاطاً.

2-2-1-1 تجربة التعب عند مرضى غسيل الكلى

مرضى غسيل الكلى مميزين نظراً للتوتر والألم، من العلاجات لغسيل الكلى، ودرجة التعطيل الذي تسبب هذه العلاجات. ومن هنا، وصفا لتجربة التعب مهمة لتطوير التدخلات للمساعدة في تخفيف التعب. الدراسات الخمس الوحيدة لمناقشة تجربة التعب عند مرضى غسيل الكلى، وأجريت ثلاثة منها خارج الولايات المتحدة، وتركز

على كيفية تأثير التعب على الأداء البدني والمعرفي. (H., 2006) ارتبط التعب سلباً مع أداء ودور القيود المادية ومستويات النشاط عند مرضى غسيل الكلى. وأشارت دراستان أجريت خارج الولايات المتحدة أيضاً أن التعب يؤثر على الوظائف البدنية والعقلية. أرجع المرضى التعب الجسدي إلى الآثار الجانبية لغسيل الكلى وعدم وجود وظائف الكلى. فيما يبدو أن الإرهاق البدني يكون أسوأ في أيام غسيل الكلى وقدرات المشاركين المتضررين على إدارة حياتهم اليومية والقيام بالأنشطة اليومية. وأشار المشاركون من ذوي الخبرة أن التعب أثر على قدرتهم المعرفية و التذكر والتركيز. (Balakrishnan VS, 2004)

2-1-2-2 مساهمة التعب في الداء الكلوي في مراحله الأخيرة

عند مرضى غسيل الكلى، الفيزيولوجيا، العلاج السلوكي، الخصائص الفردية قد تكون مرتبطة مع التعب وتشمل مسببات الفسيولوجية فقر الدم وسوء التغذية، بولينا، وعدم كفاية غسيل الكلى، فرط، تعايش الأمراض المزمنة، واضطرابات النوم، والاكتئاب، والآثار الجانبية للأدوية. و الحميات الغذائية والسوائل أيضاً قد تلعب دوراً في ذلك. ارتبط الخمول البدني مع المستويات العليا من التعب. العوامل الاجتماعية والديموغرافية بما في ذلك السن والجنس والعرق والتعلم، والوضع المهني قد يلعب دوراً في تجربة التعب عند مرضى غسيل الكلى. وفي دراسة بين المرضى في تاوان، تم الإبلاغ عن مستويات أعلى من التعب من قبل المرضى الإناث، وكبار السن والعاطلين عن العمل. (Pagels A, 2006, pp. 162–166)

2-1-2-3 التعب و الالتهابات

وقد أثبتت الدراسات الإكلينيكية علاقة بين سلوك المرض، و"التي تضم كوكبة من أعراض مثل التعب، والتغيرات في السيتوكينات الموالية للالتهابات الداء الكلوي بمراحله الأخيرة وهي حالة التهابات تتميز بمستويات مرتفعة من السيتوكينات الموالية للالتهابات. على الرغم من أن أسباب السيتوكينات المرتفعة في هؤلاء المرضى لا تكون مفهومة تماماً، فقد قيل أن مرضى الداء الكلوي بمراحله الأخيرة يكون الإفراط في السيتوكينات من الخلايا وحيدة النواة الدموية المحيطية (PBMCs) الثانوية إلى تفعيل المزمدة من خلال التفاعل مع أغشية الغسيل الكلى. وعلاوة على ذلك، في هذه الحالة المرضية المعقدة، يمكن إجراء تعديلات جوهريّة في مسارات الإشارات والعيوب المناعية فهنا لا يمكن استبعادها. بروتين سي التفاعلي (CRP) وعامل نخر الورم (α -TNF) ترتبط بالوفيات، وانخفاض قوة العضلات و "استنفاد الحيوية" في مرضى كبار السن (Y, 1999). يحدد عدداً من الدراسات البشرية التي ربطت السيتوكينات الالتهابية إلى التعب في كل من الشيخوخة و الظروف الصحية مثل السرطان ومتلازمة التعب المزمن. وقد تم ربط المستويات المرتفعة من السيتوكينات الموالية للالتهابات إلى زيادة في استهلاك الطاقة، والوفيات وحالة وظيفية أقل عند المرضى الذين يعانون القصور الكلوي. (Le Meur Y, Lorgeot V, Aldigier JC, Wijdenes J, Leroux-Robert C, Praloran V., 1999, pp. 2420–2426)

2-2-1-4 التعب و الديلزة

غسيل الكلوي بعد التعب شائع، في كثير من الأحيان الأعراض التعجزية يمكن أن تحسن مع العلاج الأكثر تواترا . إذا نظرنا في التعب بعد غسيل الكلوي في 45 موضوعا وجدت وجود علاقة إيجابية بين " وقت الاسترجاع (دقيقة) من المرضى"، والتعب، يميل المرضى مع مرور الوقت للإنعاش وقتا أطول عند المستويات الأعلى من التعب. أيضا، كانت العلاقة بين وقت الانتعاش والتعب أقوى مباشرة بعد غسيل الكلوي وضعفت تدريجيا خلال الفترة ما بين الدورات. في هذه الدراسة، وقت التعافي أظهرت وجود علاقة إيجابية هامة مع مجموع نقاط التواتر عند غسيل الكلوي، والذي يشمل مجموعة من العلامات والأعراض الجسدية التي يمكن أن تنشأ أثناء إجراء الترشيح الفائق، ونشرها، (Sklar A, Newman N, Scott R, Semenyuk L, Schultz J, Fiacco V, 1999, pp. 464-470) اختلال التوازن الاسموزي، كلها قد تجعل تغيرات في ضغط الدم، وتفاعلات غشاء الدم، وارتفاع مستويات عامل نخر الورم، والعوامل النفسية مثل الاكتئاب الذي يتسبب التعب بعد غسيل الكلوي. وقد تبين أن التعب بعد غسيل الكلوي تكون أقل انتشارا في المرضى الذين يعانون الغسيل اليومي. وذكرت أن مرضى الغسيل اليومي يتطلب وقتا أقل بكثير ليعتافي تماما بعد غسيل الكلوي مقارنة بالمجموعة الضابطة (ع >0.001). وفي دراسة أخرى، ودقيقة للتعافي انخفضت من 395 ± 397 في التقليدية الأسبوعية ثلاث مرات HD إلى 44 ± 30 في الغسيل اليومي المعتاد في 18 شهرا من المتابعة. وهذا يشير إلى أن المرضى الذين يعانون وقت الانتعاش الطويل قد يكون على درجة أكبر من التهابات الأساسية، التي يمكن أن تسهم في ارتفاع عدد حالات مرض الشريان التاجي والوفيات. وهناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لتقييم تأثير التقنيات المتكررة والمبتكرة لغسيل الكلوي على التعب بعد غسيل الكلوي. (Aukrust P, Yndestad A, Smith C, Ueland T, Gullestad L, Damas JK, 2007, pp. 748-754.)

2-2-1-5 التعب و النوم

لقد تم افتراض اضطرابات النوم لتترافق مع التعب من خلال آليتين، و يؤدي الاضطراب في النوم إلى النعاس أثناء النهار، والمسارات البيولوجية الأساسية المنفصلة المرتبطة مع مجموعة متنوعة من اضطرابات النوم. مرضى غسيل الكلوي لديهم معدلات عالية من توقف التنفس أثناء النوم، والأرق، ومتلازمة تلمل الساقين والنعاس المفرط النهار. (Merlino G, Piani A, Dolso P, et al, 2006, pp. 184-190) ويرتبط انخفاض النوم، والكفاية مع انخفاض ملحوظ في الحيوية في كل من مرضى القصور الكلوي، ارتبط توقف التنفس أثناء النوم مع انخفاض HRQOL عند المرضى الذين يعانون القصور الكلوي، تلمل الساقين هو أمر شائع عند مرضى غسيل الكلوي وتؤثر على نوعية النوم، ويمكن أيضا أن تؤثر حيويا. في دراسة أجريت على 894 مريض غسيل الكلوي، أن أعراض تلمل الساقين ترتبط بشكل ملحوظ مع انخفاض الرفاهية الجسدية والعقلية، وانخفاض الحيوية،

أم جسدي عالي، وانخفاض نوعية النوم. (Unruh ML, Levey AS, D'Ambrosio C, Fink NE, Powe NR, Meyer KB, 2004, pp. 900–909)

2-2-1-6 التعب و الاكتئاب

التعب والاكتئاب مترابطان بشكل وثيق والاكتئاب قد يظهر مشاعر التعب ونقص الطاقة. كما تبين أن الاكتئاب يرتبط بقوة مع أعباء الأعراض عموماً والشدة بما في ذلك التعب عند مرضى غسيل الكلى.. 7الاكتئاب هو المرض النفسي الأكثر شيوعاً عند المرضى الذين يعانون من الداء الكلوي بمراحله الأخيرة، مع معدلات انتشار تتراوح ما بين 15% إلى 69%. (Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech LA, 2006, pp. 1662–1668) وقد وجد أنها تترافق مع التغيرات في المناعة الخلوية والخلطية بما في ذلك انخفاض تي اللمفاويات وانتشار ونشاط الخلايا القاتلة الطبيعية، وكذلك زيادة إنتاج IL-6، IL-1، والإنترفيرون جاما. المستويات عالية من IL-6، قد ارتبطت بIL-8 و TNF- α مع زيادة انتشار الاكتئاب الشديد لدى كبار السن والنساء الأصحاء. (Suarez EC, 2005) بعض العقاقير المضادة للالتهابات بما في ذلك [إينفلي إكسيمب تخفف أعراض الاكتئاب وتحسين HRQOL. 107 خاص مرضى الداء الكلوي بمراحله الأخيرة، ووجد أن العلاج بمضادات الاكتئاب أدت إلى انخفاض مستويات IL-1 β ، بغض النظر عن الاستجابة للعلاج للمرضى الذين استجابوا للعلاج باستخدام مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية، IL-6 ووجد لتكون أقل بالمقارنة عند المرضى الذين لم يستجيبوا للعلاج. (Lee SK, Lee HS, Lee TB, et al. J Korean Med Sci, 2004, pp. 384–389) تنقصنا والتي تثبت وجود علاقة سببية بين الاكتئاب ومستوى غيرت من السيتوكينات ، قد يساهم الاكتئاب في التعب من خلال مسارات التهابات.

2-2-2 الخمول

الخمول البدني يلزم المرضى الذين يعانون من مرض الكلى المزمن وهناك احتمالات قوية للوفيات في هذه الفئة من المرضى بسبب الخمول البدني. حيث يمكن أن تسهم التمرينات والأحماض الأمينية الأساسية وفيتامين D في تحسين الساكروبينيا وقلّة النشاط البدني عند المرضى الذين يعانون القصور الكلوي (avesani CM, Trolonge S, 2012).

يقول خبراء اللياقة البدنية أن ساعات طويلة من الخمول لدى مرضى الكلى الكثير من الانعكاسات السلبية على الصحة. وعلاوة على ذلك مما يؤدي إلى ضمور العضلات وانخفاض أداء نظام القلب والأوعية الدموية، وزيادة فرص الإصابة بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم، ونوبات طويلة من الخمول تؤدي إلى تطور مرض الكلى. هناك علاقة قوية جداً بين نمط الحياة المستقرة والفشل الكلوي.

نمط الحياة الحديثة مواتية خاصة إلى تطور أمراض الكلى (مما يدل على معدل نمو سنوي 3٪). (Kevin, 2013)

تشير الأبحاث أن تمارين اللياقة البدنية مهمة لعلاج أمراض الكلى. إن حصص منتظمة من الممارسة تساعد الذين يعانون من مرض الكلى الحاد في العيش حياة طويلة وصحية. وتبين بحوث اللياقة البدنية أن الحصص المنتظمة من الممارسة ستسمح للمرضى الذين يعانون من القصور للتمتع نسبيًا بالحياة خالية من الألم. وقد تم بحث على 15368 من البالغين وكان حوالي 6٪ منهم مرض كلوي حاد. وخبراء اللياقة البدنية، والأطباء وفريق من المهنيين الطبيين درب المشاركين على مختلف النظام الغذائي وممارسة التقنيات. في نهاية الفترة التجريبية مدتها 7-9 سنوات تبين أن المشاركين الذين يعانون من أمراض الكلى الحاد عاش حياة أطول وغير مؤلم نسبيًا. ويقول خبراء اللياقة البدنية أن عدم ممارسة الرياضة يجعل ظهور أمراض الكلى أسهل وخصوصًا عندما يقترن النظام الغذائي غير الصحي. وتشير أيضا أبحاث اللياقة البدنية أن ممارسة الرياضة تساعد الأشخاص الذين يعانون بالفعل من أمراض الكلى على التعافي.

2-2-3 تورم في الجسم

وظيفة الكلى إزالة النفايات والسوائل الزائدة من الجسم. عندما لا يحدث هذا، يسبب تراكم السوائل والمياه الزائدة تورم. هذا يمكن أن يكون في اليدين والقدمين والمفاصل في الكاحل والوجه وتحت العينين. كما قد تلاحظ التنقيير في الجلد عند الضغط لوضع ثوان.

2-2-4 آلام الظهر غير المبررة

الأوجاع والآلام غير المبررة في الظهر وكذلك من جانبي البطن يمكن أن يكون من أعراض مرض الكلى أو عدوى الكلى غير المشخصة. عندما لا تعمل الكلى بشكل صحيح، قد تواجه الألم وصلابة وسوائل في المفاصل.

2-2-5 الدوخة

إذا تسبب أمراض الكلى بفقر الدم، فقد يعاني الإنسان من الدوار المتكرر، وهو شعور بالخفة وقوة العزيمة، عدم الثبات أو فقدان التوازن. يحدث هذا بسبب فقر الدم يمكن أن تمنع الدماغ من الحصول على ما يكفي من الأوكسجين. ويمكن أيضا أن يسبب مشاكل في الذاكرة، صعوبة في التركيز وصعوبة في النوم. إذا كنت تعاني من أعراض أمراض الكلى مثل الدوخة المفاجئة، وضعف التركيز، خذ الأمر على محمل الجد واحصل على فحص طبي

2-2-6 شحوب الجلد والحكة

شحوب مفاجئ في الجلد، والطفح الجلدي، والتهيج والحكة المفرطة هي أيضا أعراض بعض أنواع أمراض الكلى. يساهم عمل الكلى غير اللائق في تراكم النفايات والسموم في الجسم، مما يؤدي إلى العديد من المشاكل الجلدية. تأثير آخر من سوء أداء الكلى هو وجود خلل في الكالسيوم والفسفور في الدم، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى الحكة المفرطة. إذا ظهرت فجأة علامات شحوب، والطفح الجلدي والحكة الشديدة.

2-2-7 الغثيان و التقيؤ

الغثيان والقيء وفقدان الشهية وأعراض الجهاز الهضمي شائعة جدا بين الأشخاص الذين يعانون من أمراض الكلى. الغثيان والقيء في أغلب الأحيان يحدث عند الاستيقاظ في الصباح. كما أن الكلى ليست قادرة على تصفية السموم الضارة من الدم، فإنه يؤدي إلى تراكم مفرط واليوريا والنيتروجين في مجرى الدم. هذا يحفز الغشاء المخاطي الهضمي ويسبب الغثيان والقيء. إذا كنت لا تزال تواجه الغثيان والتقيؤ بعد تناول الأدوية والتدابير الوقائية اللازمة، يجب استشارة الطبيب قبل أن تصبح الحالة أسوأ.

2-2-8 الشعور بالبرد أكثر من مرة: هذا عرض آخر من الأعراض التي يمكن أن تسببها أمراض الكلى. قد تشعر بالبرد دون أي سبب معروف، حتى عندما تكون في بيئة دافئة. في بعض الأحيان، قد يكون لديك حتى حمى مع قشعريرة.

2-2-9 ضيق في التنفس: الضيق في التنفس يمكن أيضا أن تكون علامة على مرض في الكلى. عمل الكلى غير اللائق يؤدي إلى تراكم السوائل في الرئتين. ضيق في التنفس يمكن أن يعزى إلى فقر الدم الناجم عن مشاكل في الكلى أيضا. بالإضافة إلى ذلك، تراكم البوتاسيوم في الدم التي لا تخرج عن طريق الكلى قد يسبب عدم انتظام ضربات القلب وهذا هو واحد من أعراض أمراض الكلى الأخرى.

2-2-10 التشنج العضلي العديد من المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي والأرجح يعانون من آلام في العضلات عند بدأ غسيل الكلى. يمكن هذا الشرط يصبح أكثر وضوحا بعد غسيل الكلى. كيف تحدث آلام في العضلات في هذه المعاملة؟

2-10-2-1 أسباب تشنجات العضلات في غسيل الكلى

1- انخفاض ضغط الدم: وترتبط تشنجات العضلات أكثر شيوعا مع انخفاض ضغط الدم أثناء غسيل الكلى، غسيل الكلى نفسها يمكن إزالة النفايات من الجسم، كما يمكن أن تضع بعض دماء جديدة. ونقص الكثير من وزن الجسم خلال جلسات غسيل الكلى كما يمكن أن تزيد الترشيح الفائق ويقلل من تدفق الدم إلى الكلى ويسبب انخفاض ضغط الدم.

2- اضطرابات المنحل بالكهرباء: بسبب اضطرابات الكالسيوم والفسفور وفيتامين D الأيضية، مثل مرضى غسيل الكلى الذين يعانون من ألم في الساق، ومشاكل العظام.

3-العظام الكلوي: يتميز العظام الكلوي بواسطة آلام العظام التي لديها علاقة لا تنفصل مع تشنجات العضلات.

2-3 الخصائص الاجتماعية

قد ترتب على وجود الأمراض المزمنة آثار اقتصادية واجتماعية كثيرة، إذ أن الآثار الاقتصادية تتمثل في صور عديدة منها، عدم قدرة المريض - في كثير من الحالات - على إعالة نفسه وعدم قدرته على تحمل الأعباء العائلية

والاجتماعية المختلفة، وكذلك فإن من الآثار الاقتصادية أيضا اضطراب الدول إلى تخصيص نسبة - لا يستهان بها - من الموازنة العامة للدولة لعلاج مرضي الفشل الكلوي. (اقبال ابراهيم مخلوف، 2008، صفحة 121)

ومما لا شك فيه أن المرض المزمن بصفة عامة ومرض الفشل الكلوي بصفه خاصة يساهم في وجود مجموعة من المشكلات الصحية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية للمريض وأسرته وذلك لان المريض لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة، ومن ثم يعوق ذلك قدرته على إشباع احتياجاته هو وأفراد أسرته ويؤدي ذلك إلى ظهور المشكلات المختلفة خاصة لأفراد الأسرة. (فيصل عباس، 1990، صفحة 92)

ومن المشكلات التي تواجه الإدارة، والفريق الطبي، والمرضى أو أسرهم على سبيل المثال وليس الحصر والتي تتطلب التدخل المهني، عدم الثقة ورفض بعض المرضى للعلاج، وعدم إتباع التعليمات الطبية المقدمة من قبل الفريق الطبي، أو ممارسة المرضى لبعض العادات الغذائية الخاطئة وتناول الأدوية الشعبية دون علم الطبيب والتي تؤثر على سير العلاج، ومعاونة بعض المرضى من عدم اهتمام أسرهم بهم أثناء المرض، وجهل بعض المرضى بالأسباب الحقيقية للمرض والتي قد يكون من بينها أسباب اجتماعية، وحاجتهم إلى التوعية والإرشاد والنصح، وعدم اقتناع بعض المرضى أو أسرهم بأهمية إجراء العملية الجراحية في الوقت المحدد، وعدم التزام بعض المرضى بتناول الأدوية في الوقت المحدد، والخلافات التي قد تنشأ بين المرضى والفريق الطبي، أو المرضى والإدارة، وغيرها من المشكلات. (محسن علي الدلفي، 2001، الصفحات 48-51)

2-3-1 المشكلات الأسرية:

تعتبر العلاقة بين الزوجين واستقرارهما من أهم مقومات الحياة الأسرية لذا فإنه إذا حدث ما يهدد المقومات سواء بمرض الزوج أو الزوجة مع عدم تقبل الطرف الآخر لهذا التغيير الذي حدث في الطرف الآخر. (سعد العجمي ، 2008، صفحة 96)

2-3-2 مشكلات التنشئة الاجتماعية للأطفال:

مرض أحد الوالدين يؤدي إلى عدم القدرة على بذل الجهد البدني إلى جانب الجلسات العلاجية الطويلة التي تحد من كفاءتها وقدرتها على العناية اللازمة بأبنائها مما قد يعرض الأطفال إلى مشكلات نفسية وسلوكية حادة.

2-3-2 المشكلات الاقتصادية

حيث عدم قدرة المريض على الاستمرار في العمل بسبب الإصابة بالفشل الكلوي بالإضافة للوقت الذي تستغرقه جلسات الغسيل التي تستغرق وقت طويل يؤثر على دخل الأسرة وأيضاً على الشعور بالهدف في الحياة هذا بالإضافة إلى مشكلة العون المالي اللازم لمواجهة تكاليف العلاج.

الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفشل الكلوي .. (سعد العجمي ، 2008، صفحة 99)

2-3-4 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 الآتار. (محسن علي الدلفي، 2001، صفحة 81)

2-3-5 النفسية وسوء التوافق مع المجتمع :

يعاني مريض القصور الكلوي من سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية فيلجأ بذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين ، وسوء التكيف هذا ناتج عن الصعوبات والمشاكل التي يعانها المريض مع مجتمعه والتي نذكر من بينها : العمل في مهنة تتطلب جهدا كبيرا مما يؤدي في كثير -من عدم القدرة على العمل : مريض القصور الكلوي لا يستطيع الأحيان إلى بقاءه دون عمل . الآخرين نتيجة انشغاله الدائم بوضعه الصحي ، كما انه -يشعر العزلة : نظرا لأن المريض لا يتقاسم نفس الاهتمامات مع أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عبئا عليه ، وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف مع الوضع يفضل المريض العزلة . (محمد جاسم، 2004، صفحة 103)

خلاصة

يعتبر مرض القصور الكلوي من بين الأمراض التي تستدعي أخذ الاحتياطات الدائم بالنسبة للشخص السوي و الاستعداد النفسي للمواجهة بالنسبة للشخص المصاب، لما يتركه من آثار نفسية و انتهاك للجسم من الجانب الصحي و كذا تغيير نمط الحياة ككل ففي هذا الفصل تطرقنا إلى بعض المفاهيم العامة على مرض القصور الكلوي و بعض الخصائص النفسية و البدنية و الاجتماعية .

تمهيد :

انه لمن المؤكد أن النشاط الرياضي المكيف قطع أشواطاً كبيرة خلال القرنين الأخيرين وشهدت مختلف جوانبه ووسائله تطوراً معتبراً ، خاصة فيما يتعلق بطرق ومناهج التعليم والتدريب . وفي وقتنا الحاضر ما فتئ الخبراء والباحثون في ميدان الرياضة والترويح وغيرهم ، يمدوننا بأحدث الطرق والمناهج التربوية ، مستندين في ذلك إلى جملة من العلوم والأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطاته موضوعاً لها ، وهو ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطوراً مذهلاً في مجال تربية ورعاية المعوقين وبلغت المستويات العالية ، وأصبح الآن يمكننا التعرف على حضارة المجتمعات من خلال التعرف على الأدوات والوسائل التي تستخدمها في هذا المجال . ويعد النشاط الرياضي من الأنشطة البدنية التربوية الأكثر انتشاراً في أوساط الشباب خاصة في المؤسسات والمدارس التربوية والمراكز الطبية البيداغوجية المتكفلة بتربية ورعاية المعوقين ، ومما ساعد على ذلك أن النشاط الرياضي يعد عاملاً من عوامل الراحة الإيجابية النشطة التي تشكل مجالاً هاماً في استثمار وقت الفراغ ، بالإضافة إلى ذلك يعتبر من الأعمال التي تؤدي للارتقاء بالمستوى الصحي و البدني للفرد المعاق، إذ يكسبه القوام الجيد ، ويمنح له الفرح والسرور، ويخلصه من التعب والكره ، وتجعله فرداً قادراً على العمل والإنتاج .

1- تعريف النشاط البدني الرياضي المكيف:

تعريف حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات : يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها التي تلائم حالات الإعاقة وفقاً لنوعها وشدتها، ويتم ذلك وفقاً لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم. (حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات، 1998، صفحة 24)

تعريف ستور (store): نعني به كل الحركات والتمرينات وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية، النفسية، العقلية، وذلك بسبب أو بفعل تلف أو إصابة من بعض الوظائف الجسمية الكبرى. (A.Stor, 1993, p. 10)

تعريف الرابطة الأمريكية للصحة والتربية البدنية: هي البرامج المتنوعة للنمو من خلال الألعاب والأنشطة الرياضية والأنشطة الإيقاعية لتناسب ميول وقدرات وحدود الأطفال الذين لديهم نقص في القدرات أو الاستطاعات ، ليستركوا بنجاح وأمان في أنشطة البرامج العامة للتربية .

2. أنواع النشاط البدني الرياضي المكيف :

لقد تعددت الأنشطة الرياضية وتنوعت أشكالها فمنها التربوية و التنافسية ، ومنها العلاجية والترويحية أو الفردية والجماعية . فقد قسمه أحد الباحثين إلى :

1-2. النشاط الرياضي الترويحي : هو نشاط يقوم به الفرد من تلقائي نفسه بغرض تحقيق السعادة الشخصية التي يشعر بها قبل أثناء أو بعد الممارسة وتلبية حاجاته النفسية والاجتماعية ، وهي سمات في حاجة كبيرة إلى تنميتها وتعزيزها للمعاقين .

يعتبر الترويح الرياضي من الأركان الأساسية في برامج الترويح لما يتميز به من أهمية كبرى في المتعة الشاملة للفرد ، بالإضافة إلى أهميته في التنمية الشاملة الشخصية من النواحي البدنية والعقلية والاجتماعية .

إن مزاوله النشاط البدني سواء كان بغرض استغلال وقت الفراغ أو كان بغرض التدريب للوصول إلى المستويات العالية ، يعتبر طريقا سليما نحو تحقيق الصحة العامة ، حيث أنه خلال مزاوله ذلك النشاط يتحقق للفرد النمو الكامل من النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى تحسين عمل كفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والعضلي والعصبي. (ابراهيم رحمة، 1998، صفحة 9)

يرى رملي عباس أن النشاط البدني الرياضي يخدم عدة وظائف نافعة ، إذ أن النشاط العضلي الحر يمنح الأطفال إشباعا عاطفيا كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس ، والخلق والابتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الإنجاز وتمتد الأغلبية بالترويح الهادف بدنيا وعقلياً... والغرض الأساسي هو تعزيز وظائف الجسم من اجل لياقة مقبولة وشعور بالسعادة والرفاهية. (عباس عبد الفتاح رملي، محمد ابراهيم شحاتة، 1991، صفحة 79)

كما أكد "مروان ع المجيد" أن النشاط البدني الرياضي الترويحي يشكل جانبا هاما في نفس المعاق اذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات والصبر ، الرغبة في اكتساب الخبرة ، التمتع بالحياة ويساهم بدور ايجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق والتغلب على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة ، وتهدف الرياضة الترويحية إلى غرس الاعتماد على النفس والانضباط وروح المنافسة والصدقة لدى الطفل المعوق وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراج المعوق من عزلته التي فرضها على نفسه في المجتمع . (مروان عبد المجيد ابراهيم، 1997، الصفحات 112-111)

ويمكن تقسيم الترويح الرياضي كما يلي :

أ- الألعاب الصغيرة الترويحية : هي عبارة عن مجموعة متعددة من الألعاب الجري ، وألعاب الكرات الصغيرة وألعاب الرشاقة ، وما إلى غير ذلك من الألعاب التي تتميز بطابع السرور والمرح والتنافس مع مرونة قواعدها وقلة أدواتها وسهولة ممارستها .

ب- الألعاب الرياضية الكبيرة : وهي الأنشطة الحركية التي تمارس باستخدام الكرة ويمكن تقسيمها طبقا لوجهات نظر مختلفة ألعاب فردية أو زوجية أو جماعية ، أو بالنسبة لموسم اللعبة ألعاب شتوية أو صيفية أو تمارس طوال العام .

ج- الرياضات المائية : وهي أنشطة ترويحية تمارس في الماء مثل السباحة ، كرة الماء ، أو التجديف، اليخوت والزوارق ، وتعتبر هذه الأنشطة وخاصة السباحة من أحب ألوان الترويح خاصة في بلادنا .

2-2-النشاط الرياضي العلاجي : عرفت الجمعية الأهلية للترويح العلاجي ، بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية التي تستخدم للتدخل الإيجابي في بعض نواحي السلوك البدني أو الانفعالي أو الاجتماعي لإحداث تأثير مطلوب في السلوك ولتنشيط ونمو وتطور الشخصية وله قيمة وقائية وعلاجية لا ينكرها الأطباء .

فالنشاط الرياضي من الناحية العلاجية يساعد مرضى الأمراض النفسية والمعاقين على التخلص من الانقباضات النفسية ، وبالتالي استعادة الثقة بالنفس وتقبل الآخرين له ، ويجعلهم أكثر سعادة وتعاوناً ، ويسهم بمساعدة الوسائل العلاجية الأخرى على تحقيق سرعة الشفاء ، كالمسبحات العلاجية التي تستعمل في علاج بعض الأمراض كالربو وشلل الأطفال وحركات إعادة التأهيل .

كما أصبح النشاط الرياضي يمارس في معظم المستشفيات والمصحات العمومية والخاصة وفي مراكز إعادة التأهيل والمراكز الطبية البيداغوجية وخاصة في الدول المتقدمة ، ويراعى في ذلك نوع النشاط الرياضي ، وطبيعة ونوع الإصابة ، فقد تستخدم حركات موجهة ودقيقة هدفها اكتساب الشخص المعوق تحكم في الحركة واستخدام عضلات أو أطراف مقصودة . (Roi Random, 1993, pp. 5-6)

2-3- النشاط الرياضي التنافسي : ويسمى أيضا بالرياضة النخبة أو رياضة المستويات العالية ، هي النشاطات الرياضية المرتبطة باللياقة والكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبياً ، هدفه الأساسي الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية واسترجاع أقصى حد ممكن للوظائف والعضلات المختلفة للجسم.

3- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف :

قررت الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح في اجتماعها السنوي عام 1978 ، بأن حقوق الإنسان تشمل حقه في الترويح الذي يتضمن الرياضة إلى جانب الأنشطة الترويحية الأخرى ، ومع مرور الوقت بدأت المجتمعات المختلفة في عدة قارات مختلفة تعمل على أن يشمل هذا الحق الخواص ، وقد اجتمع العلماء على مختلف تخصصاتهم في علم البيولوجيا والنفس والاجتماع بأن الأنشطة الرياضية والترويحية هامة عموماً وللخواص بالذات وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجياً ، اجتماعياً ، نفسياً ، تربوياً ، اقتصادياً وسياسياً .

3-1. الأهمية البيولوجية :

إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة حيث اجمع علماء البيولوجيا المتخصصين في دراسة الجسم البشري على أهميتها في الاحتفاظ بسلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص العادي ، أو الشخص الخاص ، برغم اختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فان أهميته البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة . (لطفى بركات أحمد، 1984، صفحة 65)

يؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي ، حيث تزداد نحافة الجسم وثقل سمته دون تغيرات تذكر على وزنه وقد فحص ويلز وزملائه تأثير خمسة شهور من التدريب البدني اليومي على 34 مراهقة وأظهرت النتائج تغيرات واضحة في التركيب الجسمي ، حيث تزداد نمو الأنسجة النشطة ونحافة كتلة الجسم في مقابل تناقص في نمو الأنسجة الدهنية. (أمين أنور الخولي، 1992، صفحة 150)

3-2. الأهمية الاجتماعية :

إن مجال الإعاقة يمكن للنشاط الرياضي أن يشجع على تنمية العلاقة الاجتماعية بين الأفراد ويخفف من العزلة والانغلاق (أو الانطواء) على الذات، ويستطيع أن يحقق انسجاما وتوافقا بين الأفراد، فالجلوس جماعة في مركز أو ملعب أو في نادي أو مع أفراد الأسرة وتبادل الآراء والأحاديث من شأنه أن يقوي العلاقات الجيدة بين الأفراد . ويجعلها أكثر إحوة وتماسكا، ويبدوا هذا جليا في البلدان الأوربية الاشتراكية حيث دعت الحاجة الماسة إلى الدعم الاجتماعي خلال أنشطة أوقات الفراغ لإحداث المساواة المرجوة والمرتبطة بظروف العمل الصناعي .

فقد بين قبلن Veblen في كتاباته عن الترويح في مجتمع القرن التاسع عشر بأوروبا أن ممارسة الرياضة كانت تعبر عن انتماءات الفرد الطبقية، أو بمثابة رمز لطبقة اجتماعية خصوصا للطبقة البورجوازية، إذ يتمتع أفرادها بقدر أوفر من الوقت الحر يستغرقونه في اللهو واللعب منفقون أموالا طائلة وبذخا مسرفا متنافسون على أنهم أكثر لهما وإسرافا. (R.Sue, 2001, p. 63)

وقد استعرض كوكيلي الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة و الترويح فيما يلي : الروح الرياضية التعاون تقبل الآخرين بغض النظر عن الآخرين، التنمية الاجتماعية، المتعة والبهجة، اكتساب المواطنة الصالحة، التعود على القيادة والتبعية، الارتقاء والتكيف الاجتماعي . (لطفى بركات أحمد ، 1989 ، صفحة 65)

كما أكد " محمد عوض بسيوني " أن أهمية النشاط الرياضي تكمن في مساعدة الشخص المعوق على التكيف مع الأفراد والجماعات التي يعيش فيها ، حيث أن هذه الممارسة تسمح له بالتكيف والاتصال بالمجتمع .

وهو ما أكده كذلك "عبد المجيد مروان" من أن الممارسة الرياضية تنمي في الشخص المعوق الثقة بالنفس والتعاون والشجاعة ، فضلا عن شعوره باللذة والسرور، كما أن للبيئة والمجتمع والأصدقاء الأثر الكبير على نفسية الفرد المعاق

3-3- الأهمية النفسية :

بدأ الاهتمام بالدراسات النفسية منذ وقت قصير، ومع ذلك حقق علم النفس نجاحا كبيرا في فهم السلوك الإنساني، وكان التأكيد في بداية الدراسات النفسية على التأثير البيولوجي في السلوك وكان الاتفاق حينذاك أن هناك دافع فطري يؤثر على سلوك الفرد، واختار هـؤلاء لفظ الغريزة على أنها الدافع الأساسي للسلوك البشري، وقد أثبتت التجارب التي أجريت بعد استخدام كلمة الغريزة في تفسير السلوك أن هذا الأخير قابل للتغير، تحت ظروف معينة إذ أن هناك أطفالا لا يلعبون في حالات معينة عند مرضهم عضويا أو عقليا، وقد اتجه الجيل الثاني إلى استخدام الدوافع في تفسير السلوك الإنساني و فرقا بين الدافع والغريزة بان هناك دوافع مكتسبة على خلاف الغرائز الموروثة، لهذا يمكن أن نقول أن هناك مدرستين أساسيتين في الدراسات النفسية ومدرسة التحليل النفسي (سيجموند فرويد)، وتقع أهمية هذه النظرية بالنسبة للرياضة والترويح أنها تؤكد مبدئين هامين :

1. السماح لصغار السن للتعبير عن أنفسهم خصوصا خلال اللعب .

2. أهمية الاتصالات في تطوير السلوك، حيث من الواضح أن الأنشطة الترويجية تعطي فرصا هائلة للاتصالات بين المشترك والرائد، والمشارك الآخر .

أما مدرسة الجشططية حيث تؤكد على أهمية الحواس الخمس : اللمس - الشم - التذوق - النظر - السمع في التنمية البشرية . وتبرز أهمية الترويج في هذه النظرية في أن الأنشطة الترويجية تساهم مساهمة فعالة في اللمس والنظر والسمع إذ وافقنا على أنه هناك أنشطة ترويجية مثل هواية الطبخ، فهناك احتمال لتقوية ما سمي التذوق والشم، لذلك فإن الخبرة الرياضية والترويجية هامة عند تطبيق مبادئ المدرسة الجشططية .

أما نظرية ماسلو تقوم على أساس إشباع الحاجات النفسية ، كالحاجة إلى الأمن والسلامة ، وإشباع الحاجة إلى الانتماء وتحقيق الذات وإثباتها، والمقصود بإثبات الذات أن يصل الشخص إلى مستوى عال من الرضا النفسي والشعور بالأمن والانتماء ، ومما لاشك فيه أن الأنشطة الترويجية تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته من خلاله . (حزام محمد رضا القزوني، 1978، الصفحات 31-32)

3-4- الأهمية التربوية :

بالرغم من أن الرياضة والترويج يشعلان الأنشطة التلقائية فقد اجمع العلماء على أن هناك فوائد تربوية تعود على المشترك، فمن بينها ما يلي :

- تعلم مهارات وسلوك جديدين : هناك مهارات جديدة يكتسبها الأفراد من خلال الأنشطة الرياضية على سبيل المثال مداعبة الكرة كنشاط ترويجي تكسب الشخص مهارة لغوية ونحوية، يمكن استخدامها في المحادثة والمكاتبة مستقبلا .
- تقوية الذاكرة : هناك نقاط معينة يتعلمها الشخص أثناء نشاطه الرياضي والترويجي يكون لها اثر فعال على الذاكرة، على سبيل المثال إذا اشترك الشخص في ألعاب تمثيلية فان حفظ الدور يساعد كثيرا على تقوية الذاكرة حيث أن الكثير من المعلومات التي ترداد أثناء الإلقاء تجد مكانا في « مخازن » المخ ويتم استرجاع المعلومة من « مخازنها » في المخ عند الحاجة إليها عند الانتهاء من الدور التمثيلي وأثناء مسار الحياة العادية .
- تعلم حقائق المعلومات : هناك معلومات حقيقية يحتاج الشخص إلى التمكن منها، مثلا المسافة بين نقطتين أثناء رحلة ما، وإذا اشتمل البرنامج الترويجي رحلة بالطريق الصحراوي من القاهرة إلى الإسكندرية فان المعلومة تتعلم هنا هي الوقت الذي تستغرقه هذه الرحلة .
- اكتساب القيم : إن اكتساب معلومات وخبرات عن طريق الرياضة والترويج يساعد الشخص على اكتساب قيم جديدة ايجابية، مثلا تساعد رحلة على اكتساب معلومات عن هذا النهر، وهنا اكتساب لقيمة هذا النهر في الحياة اليومية، القيمة الاقتصادية، القيمة الاجتماعية كذا القيمة السياسية. (حزام محمد رضا القزوني، 1978، صفحة 118)

3-5- الأهمية العلاجية :

يرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن الرياضة الترويحية يكاد يكون المجال الوحيد الذي تتم فيه عملية "التوازن النفسي" حينما تستخدم أوقات فراغنا استخداما جيدا في الترويح : (تلفزيون، موسيقى، سينمان رياضة، سياحة) شريطة ألا يكون الهدف منها تضييع وقت الفراغ، كل هذا من شأنه أن يجعل الإنسان أكثر توافقا مع البيئة وقادرا على الخلق والإبداع .

وقد تعيد الألعاب الرياضية والحركات الحرة توازن الجسم، فهي تخلصه من التوترات العصبية ومن العمل الآلي، وتجعله كائنا أكثر مرحا وارتياحا فالبيئة الصناعية وتعقد الحياة قد يؤديان إلى انحرافات كثيرة، كالإفراط في شرب الكحول والعنف، وفي هذه الحالة يكون اللجوء إلى ممارسة الرياضة و البيئة الخضراء والهواء الطلق والحمامات المعدنية وسيلة هامة للتخلص من هذه الأمراض العصبية، وربما تكون خير وسيلة لعلاج بعض الاضطرابات العصبية. (A . Domart & al, 1986, p. 589)

4-العوامل المؤثرة في النشاط البدني الرياضي المكيف :

ثمة عوامل اجتماعية واقتصادية مؤثرة في النشاط الرياضي للمعوقين، فهو نتاج مجتمع يتأثر ويؤثر في الظروف الاجتماعية وتكفي الملاحظة العلمية للحياة اليومية من أن تكشف عن متغيراته السوسولوجية والنفسية والبيولوجية والاقتصادية.(Marie – Chorlotte Busch, 1975, p. 93)

وتشير كل الدراسات التي جرت في بعض الدول الأوروبية لتقدير الوقت الذي يقضيه الأفراد في العديد من نشاطات الرياضة الترويحية إلا أن كل من حجم الوقت والترويح ونشاطاته يتأثر بالعديد من المتغيرات أهمها :

4-1- الوسط الاجتماعي :

إن العادات والتقاليد تعتبر عاملا في انتشار كثير من نشاطات اللهو والتسلية واللعب، وقد تكون حاجزا أمام بعض العوامل الأخرى .

يرى "دومازودين" أن كثير من سكان المناطق الريفية لا يشاهدون السينما إلا قليلا، لان عادات هؤلاء الريفيين تمقت السينما(J.Dumazadier , 1982, p. 26)

وقد جاء في استقصاء جزائري ، أن شباب المدينة أكثر ممارسة للأنشطة الرياضية من شباب الأرياف، وتزيد الفروق أكثر من ناحية الجنس، ومن أسباب ذلك أن تقاليد الريف لا تشجع على هذا النشاط وخاصة عند الفتيات. (Ministère de la jeunesse et des sport)

وتختلف أشكال اللهو واللعب في ممارسة الأفراد لهذا النوع من التسلية أو كرههم لها، بحسب ثقافة المجتمع ونظمه المؤثرة، فقد بين لوسشن "Luschen" في دراسته للنشاط الرياضي وعلاقته بالنظام الديني، في دراسته على عينة بلغت 1880 شخص في ألمانيا الغربية تمارس ديانات مختلفة، إلى أن النشاط الترويحي يتأثر بعوامل ثقافية ودينية والوسط الاجتماعي عموما. (sillamy, 1978, p. 168)

4-2- المستوى الاقتصادي :

تعالج هذه النقطة من حيث استطاعة دخل العمال لإشباع حاجاتهم الترويحية في حياة اجتماعية يسيطر عليها الإنتاج المتنامي لوسائل الراحة والتسلية والترفيه .

يبدوا من خلال كثير من الدراسات أن دخل العامل يحدد بدرجة كبيرة استهلاكه للسلع واختياراته لكيفية قضاء وقت الفراغ عند الموظفين أو التجار أو الإطارات السامية. (J.Dumazadier , 1982) كما لاحظ " سوتش " أن هناك بعض الأنواع من الترويح ترتبط بكمية الدخل فكلما ارتفعت زادت المصاريف الخاصة بالترويح ، كالخروج إلى المطاعم ومصروفات العطل والسياحية، أو تزايد الطلب على الحاجات الترويحية .

وجاء في دراسة مصرية أن نسبة كبيرة من العمال يفضلون قضاء وقت فراغهم في بيوتهم على الذهاب إلى السينما وذلك لتفادي مصاريف لا طائل منها في نظر العمال. (حسن الساعاتي ، 1980) والذي يمكن استنتاجه من خلال ما سبق أن اختيار الفرد لكيفية قضاء أوقاته الحرة أو أسلوب نشاطه الترويحي ونمطه يتأثر بمستوى مداخل الأفراد وقدرتهم المادية لذلك .

4-3. السن :

تشير الدراسات العلمية إلى أن ألعاب الأطفال تختلف عن ألعاب الكبار وأن الطفل كلما نمت وكبر في السن قل نشاطه في اللعب.

يشير سولينجر " Sullenger " إلى أن الأطفال في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية مرحلة المراهقة تأخذ نشاطاتهم أشكالاً أخرى غير التي كانوا يمارسونها من قبل ، وذلك كالقيام بمشاهدة التلفزيون والاستماع للموسيقى والقراءة وممارسة النشاط الرياضي .

إن كل مرحلة عمرية يمر بها الإنسان و سلوكياته الترويحية الخاصة ، فالطفل يرحل والشيخ يرتاح ، في حين أن الشباب يتعاطون أنشطة حسب أذواقهم، ففي دراسة بفرنسا " 1967 " وجد أن مزاوله الرياضة تقل تدريجياً مع التقدم في العمر حتى تكاد تنعدم في عمر 60 عاماً. (Roymond . Tomas , 1983, pp. 71 – 72)

4-4. الجنس :

تشير الدراسات العلمية إلى أن أوجه النشاط التي يمارسها الذكور تختلف عن تلك التي تمارسها البنات فالبنات في مرحلة الطفولة تفضل اللعب بالدمى والألعاب المرتبطة بالتدبير المنزلي ، بينما يفضل البنين اللعب باللعب المتحركة وباللعب الآلية وألعاب المطاردة.

ولقد أوضحت دراسات هونزيك " Honzik " أن البنين يميلون إلى اللعب العنيف أكثر من البنات وان الفروق بين الجنسين تبدو واضحة فيما يرتبط بالقراءة والاستماع إلى برامج الإذاعة ومشاهدة برامج التلفزيون

كما أوضحت دراسة اليزايث تشايلد " E . Child " إن البنات والبنين في مرحلة الطفولة من سن 3 - 12 سنة يميلون إلى النشاطات البدنية والإبداعية والتخيلية .

إلا أن ترتيب تلك النشاطات لدى البنين تختلف حيث تأتي ممارسة النشاطات البدنية لدى البنات في الترتيب الأخير .
(د/كمال درويش ، محمد الحماحمي ، 1997 ، صفحة 63)

4-5- درجة التعلم :

لقد أكدت كثير من الدراسات الاجتماعية إن مستوى التعليم يؤثر على أذواق الأفراد نحو تسليةهم وهواياتهم ، منها ما جاء بها "دوما زودي" إذ بين أن التربية والتعليم توجه نشاط الفرد عموما في اختياره لترويجه ... ، خاصة وأن إنسان اليوم يتلقى كثيرا من التدريبات في مجال الترويح أثناء حياته الدراسية ، مما قد يربي أذواقا معينة لهوايات ربما قد تبقى مدى الحياة.

كما أوضحت دراسة بلجيكية إن اختيار الأفراد لأنواع البرامج الإذاعية المقدمة تتنوع حسب المستوى التعليمي (ابتدائي ، ثانوي ، جامعي ...) .

وان الجامعيون يفضلون الموسيقى والحصص العلمية والأدبية بينما ذوي المستوى الابتدائي أكثر ولعا بالمنوعات الغنائية والألعاب المختلفة. (J – Cozcheuve , 1980 , p. 87)

والذي يمكن استنتاجه من خلال نتائج الدراسات أن هناك اختلاف واضح في كفاءات قضاء الوقت الحر وممارسة الترويح بحسب مستوى تعليم الأفراد .

4-6- الجانب التشريعي :

بمعنى أن معظم المجتمعات ليس لديها تشريعات كافية في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة والتكفل بهم خاصة منها الحق في ممارسة الأنشطة الرياضية بمختلف ألوانها خصوصا في الدول العربية وتوفير الخدمات الرياضية والترويحية للحواس ، مما يشكل عائقا في تقديم الخدمات الضرورية لهذه الفئة.

خلاصة:

إن النشاط البدني المكيف أصبح غاية ضرورة لا نستطيع الاستغناء عنه وهو الذي يوضع في تكيف مختلف أنشطته الرياضية حتى يستطيع مريض القصور الكلوي ممارستها بارتياح وبعيدا عن الخطر، وأصبح النشاط البدني المكيف حتمي لا مفر منه . وهذا لفوائده النفسية والترويحية وتنمية عضلات الجسم والتناسق في الحركات والاهم أيضا هو اندماج هذه الفئة في المجتمع بهذه النشاطات ، لأن هذا الأخير يكسبه القوة والعزيمة وحب الانتصار والرغبة في الفوز .

تمهيد

وستتطرق في هذا الفصل إلى التعريف بمنهج البحث، الدراسة الاستطلاعية ونتائجها، عرض مجتمع البحث وعينته وحدود الدراسة، مع تحديد متغيرات الدراسة وفي الأخير عرض الأساليب الإحصائية المستعملة في البحث.

1-منهج البحث:

وفقا لطبيعة الموضوع المقترح، اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج الوصفي ، والذي يعتبر من أكثر مناهج البحث استخداما، وخاصة في البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية والرياضية، ويهتم البحث الوصفي بجمع أوصاف علمية دقيقة للظواهر المدروسة، ووصف الوضع الراهن و تفسيره، وكذلك تحديد الممارسات الشائعة والتعرف على الآراء والمعتقدات والاتجاهات عند الأفراد، وطرائقها في النمو والتطور، كما يهدف إلى دراسة العلاقات القائمة بين الظواهر المختلفة. (إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي ، ، 2000، صفحة 84)

استنادا لما سبق كان اعتمادنا للمنهج الوصفي المسحي للقيام بدراسة أثر النشاط البدني المكيف على بعض جوانب الصحة النفسية لمرضى القصور الكلوي .

2- مجتمع البحث:

كان مجتمع بحثنا مرضى القصور الكلوي و يقدر عددهم ب : 40 مريض ، 20 مريض منهم ممارسين للنشاط البدني والرياضي و 20 منهم غير ممارسين للنشاط البدني والرياضي مأخوذة من مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بوازو ومصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بوازو رهيو .

3- عينة البحث:

تم اختيار العينة عشوائيا لأنها تعطي الفرص المتكافئة لجميع أفراد المجتمع.إن مجتمع البحث يتكون من مرضى القصور الكلوي مأخوذة من مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بوازو ومصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بوازو رهيو. و قد بلغ عدد الاستمارات الموزعة 40 استمارة .

جدول رقم 01: يمثل عينة البحث

العدد	العينة
20	الممارسون
20	غير الممارسين
40	المجموع

4-متغيرات البحث:**4-1 المتغير المستقل:**

في بحثنا هذا تمثل المتغير المستقل في:

*النشاط البدني المكيف.

4-2 المتغير التابع:

تمثل المتغير التابع في بحثنا هذا في:

*جوانب الصحة النفسية (القلق و الاكتئاب).

5-مجالات البحث:**5-1-المجال الزمني**

قمنا بإجراء البحث الميداني انطلاقا من تحديدنا لموضوع البحث والمشكلة المراد دراستها إذ تم ذلك ابتداء من بداية شهر نوفمبر 2016، وذلك بعد الحصول على موافقة الإشراف من طرف الأستاذ المشرف وقبوله للخطة الأولية المرسومة للعمل وقد تم تكوين الإطار النظري للدراسة في حدود أواخر شهر جانفي 2017، أما فيما يخص الجانب التطبيقي أو الميداني فقد تم الانطلاق فيه بداية شهر فيفري 2017، وهذا بموافقة الأستاذ المشرف على المقياسين المطبق على أفراد العينة أي مقياس تايلور للقلق الصريح و مقياس بيك للاكتئاب والتأكد من صدق وثبات الأداة، بعد إعادة جمع نتائج المقياس المطبق على العينة، قمنا بفرز النتائج ووضعها في جداول من اجل تحليلها وعرض نتائجها والانتهاؤ بمرحلة مناقشتها وقد امتدت المرحلة الأخيرة من بحثنا إلى غاية نهاية شهر مارس 2017.

5-2- المجال المكاني :

قمنا بالبحث الميداني حيث استعملنا 40 استمارة موزعة على مرضى القصور الكلوي من مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بمازونة ومصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بواد رهيو.

5-3المجال البشري :مرضى القصور الكلوي الممارسين و الغير ممارسين.**6-أدوات البحث:**

إن اختيار الباحث لأدوات جمع البيانات يتوقف على العديد من المعايير، فطبيعة المشكلة والفروض تتحكمان في عملية اختيار الأدوات ولغرض جمع المعطيات من الميدان عن موضوع الدراسة، على الباحث انتقاء الأداة المناسبة لذلك ومن المتفق عليه أن أداة البحث تساعد الباحث على تحقيق هدفين هما:

-تساعد على جمع المعلومات والحقائق المتعلقة بموضوع لبحث.

-تجعل الباحث يتقيد بموضوع بحثه وعدم الخروج عن أطره العريضة.

ومنه فأداة البحث هي الوسيلة الوحيدة التي يتمكن بواسطتها الباحث حل المشكلة وقد استخدمنا في بحثنا استمارة مقياس.

المقياس :

وفي بحثنا هذا استخدمنا مقياسين هما مقياس تايلور للقلق الصريح و مقياس بيك للاكتئاب
6-1- مقياس تايلور للقلق الصريح: مقياس القلق الصريح قامت بتصميمه جانيت تايلور و قام بإعداده صورته
العربية محمد حسن علاوي. و قد صمم المقياس أصلا للاستخدام في دراسات التعلم للتعرف على الفروق الفردية
في الاستجابة الانفعالية المرتبطة بمستوى الحافز و في الوقت الحالي يستخدم هذا المقياس للتعرف على سمة القلق .
(محمد حسن علاوي ، 1998، الصفحات 308-310).

يتكون المقياس من 50 عبارة 38 عبارة ايجابية في اتجاه القلق و 12 عبارة سلبية (عكس اتجاه القلق) و يراعى
عدم كتابة اسم المقياس في صفحة التعليمات أو صفحة عبارات المقياس و يكتب بدلا منه عبارة " استمارة تحليل
الذات".

-تستخدم هذه الاستمارة لمحاولة الفرد القيام بتحليل ذاته.

-تتكون الاستمارة من 50 عبارة تتناول بعض الصعوبات التي يشعر بها معظم الناس منحين لأخر و تستطيع تحليل
ذاته إذا قمت بالإجابة على كل عبارة بحيث تصف بعض الصعوبات التي قد تشعر و تحس بها. (محمد حسن
علاوي ، 1998، الصفحات 308-310)

طريقة تصحيح المقياس:

جدول رقم 02 يوضح مفتاح تصحيح مقياس القلق

البيانات	نعم	لا
الدرجات	01	00

جدول رقم 03 يوضح تحديد مستويات القلق

البيانات	لا يوجد قلق	قلق بسيط	قلق متوسط	قلق شديد	قلق حاد (شديد جداً)
المدى	16-0	20-17	26-21	29-27	50-30

6-2- مقياس بيك للاكتئاب:

هو وسيلة لتقدير الاكتئاب وتحديد نوعه وشدته، ويمثل مقياس بيك محاولة مبكرة وناجحة لقياس درجة الاكتئاب في
الشخصية ونوعية هذا الاكتئاب. وصاحب هذا المقياس هو العالم و الطبيب النفسي الأميركي المعروف (Aaron
Beck)، الأستاذ بجامعة بنسلفانيا الأمريكية، وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب
وغيره من الأمراض النفسية.

وقام الدكتور عبد الستار إبراهيم الأستاذ بكلية الطب في جامعة الملك فيصل بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ونشره. ويتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة، وكل مجموعة تصف أحد الأعراض السريرية للاكتئاب، ويطلب من الشخص الذي يريد معرفة مدى اكتنابه أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة، وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه وتصف حالته ومشاعره ثم وضع دائرة حول رقم العبارة في الإصدار الحالي تم تصميم استبيان للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 13 وأكثر، ويتكون من البنود المتعلقة أعراض الاكتئاب مثل اليأس والتهيح، والإدراك مثل الشعور بالذنب أو الشعور بالعقوبة، وكذلك أعراض جسدية مثل التعب، و فقدان الوزن، وقلة الاهتمام بالجنس. (Beck AT, 1972)

-أوزان العبارات كما يلي:

نضع علامة أو دائرة للجواب حول الجواب الذي اخترته، وكل رقم أمام العبارات الموجودة باختبار بيك تعبر عن الدرجة مثلا صفر يأخذ صفر وواحد درجته واحد أي تحسب واحد نقطة وهكذا.
مستويات المقياس:

جدول رقم (04) يوضح تحديد مستويات مقياس الاكتئاب

البيانات	لا يوجد اكتئاب	اكتئاب بسيط	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد	اكتئاب حاد (شديد جداً)
المدى	9-0	15-10	23-16	36-24	37- فأكثر

7- الدراسة الاستطلاعية:

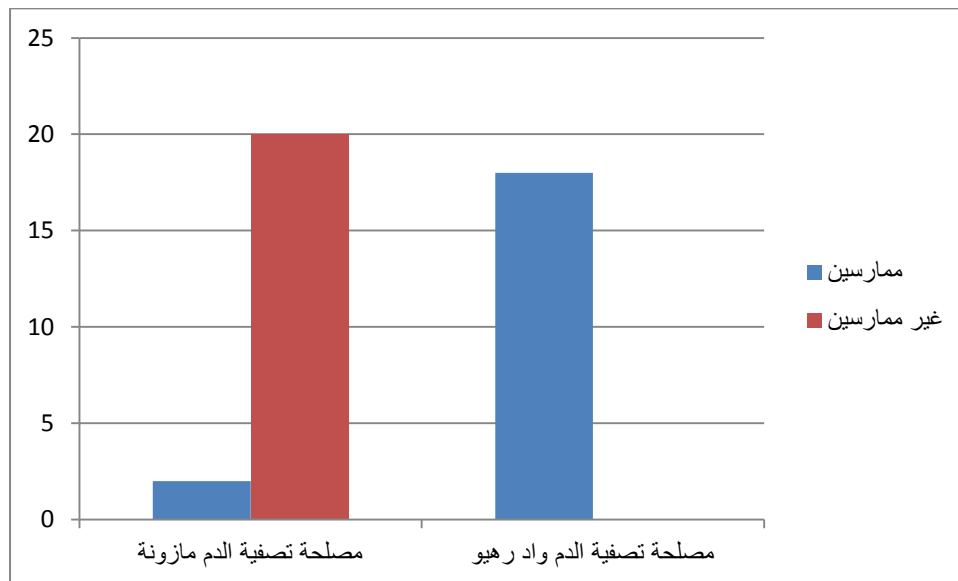
في هذه المرحلة قمنا بجمع المعلومات و الإطلاع على البحوث السابقة و المذكرات التي لها صلة بموضوع البحث و الاتصال بالمختصين في هذا الميدان من أجل توفير المعطيات الكافية و الإلمام بالموضوع من جميع النواحي حتى يتسنى لنا تكوين فكرة شاملة و كاملة و بالتالي إعداد الإطار النظري لهذا الموضوع و قبل توزيع الاستمارات المتعلقة بالبحث قمنا بإجراء دراسة استطلاعية على الممارسة الميدانية لمرضى القصور الكلوي و جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات التي يمكن من خلالها معالجة الإشكال المطروح .

وقد شرعنا في هذا العمل بداية 23 نوفمبر 2016 إلى غاية مارس 2017، حيث استطعنا خلال هذه المدة الاتصال بالمجموعة التي تمثل عينة البحث مأخوذة من مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بموازنة ومصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بواد رهيو .

وبعد الانتهاء من جمع كل المعلومات والمعطيات التي نحتاجها تم اختيار عينة عشوائية مقدرة بـ 83.33% من عدد العينة الأصلية المقدرة بـ 45 مريض قصور كلوي قصد إخضاعها للتجربة الاستطلاعية وقد كان ذلك على النحو التالي:

جدول رقم (05): يبين عينة الدراسة الاستطلاعية.

المؤسسة	الممارسون	غير الممارسين
مصلحة تصفية الدم بـمازونة	2	20
مصلحة تصفية الدم بـواد رهيو	18	0
المجموع	20	20
	40	



شكل رقم (01): يبين عينة الدراسة الاستطلاعية

حيث قمنا بتوزيع مقياس مقياس تايلور للقلق الصريح من إعداد أسامة جانيت تيلور و قام بإعداده صورته العربية محمد حسن علاوي و مقياس بيك للاكتئاب من إعداد العالم و الطبيب النفسي الأميركي المعروف أرون بيك و قام الدكتور عبد الستار إبراهيم الأستاذ بكلية الطب في جامعة الملك فيصل بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ونشره

على عينة الدراسة الاستطلاعية مع شرح طريقة ملئ الاستمارات و الإجابة على تساؤلاتهم حتى يتسنى لهم الإجابة على كل بنود استمارات البحث بسهولة ثم قمنا باسترجاع الاستمارات ومعالجتها إحصائياً.

7-1 نتائج الدراسة الاستطلاعية :

أثبتت نتائج الدراسة الاستطلاعية بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي وجود تطابق كبير بين النتائج وعلاقة ارتباطيه بين الاختبار القبلي و البعدي ووجدناه 0.76 بالنسبة لجميع أبعاد المقياس وذلك وفقاً لقانون معامل بيرسون الذي يكون محصور بين 1 و -1 وبالتالي فالمقياس ثابت وصادق فيما اعد لقياسه.

8- الشروط العلمية للأداة:

8-1 الصدق:

تعتبر درجة الصدق هي العامل الأكثر أهمية بالنسبة للمقاييس والاختبارات وهو يتعلق أساساً بنتائج الاختبار (محمد حسن علاوي، 1998، صفحة 315)

كما يشير "تايلر": أن الصدق يعتبر أهم اعتبار يجب توافره في الاختبار يحدد "كيورتن" الصدق باعتباره تقدير للارتباط بين الدرجات الخام للاختبار والحقيقة الثابتة ثباتاً تاماً (مروان عبد المجيد ابراهيم ، 1999 ، صفحة 123) وقد تم تحقيق صدق المقياس عن طريق استطلاع رأي المحكمين على أسئلة المقياس والمتمثلين في مجموعة من الأساتذة المختصين في المجال الرياضي.

ويمكن حساب الصدق أي أداة القياس بعدة طرق من بينها استخراج الصدق من ثبات وهو الأمر الذي خرجنا إليه وذلك لوجود ارتباط قوي بين صدق الاختبار وثباته. صدق الاختبار = الجذر التربيعي للثبات

8-2 الثبات:

يعني الثبات أن الاختبار يحقق نفس النتائج تقريباً إذا أعيد تطبيقه على نفس الأفراد تحت نفس الظروف أكثر من مرة، ويتم التعرف على ثبات الاختبار باستخدام أساليب إحصائية عديدة، أهمها هي طريقة إعادة الاختبار، وقد تم التحقيق من الثبات عن طريق إعادة الاختبار.

8-3 الموضوعية:

الاختبار الموضوعي يقل فيه التقدير الذاتي للمحكمين، فموضوعية الاختبار تعني قلة أو عدم وجود اختلاف في طريقة تقييم أداء المختبرين مهما اختلف المحكمون، فكلما قل التباين بين المحكمين دل ذلك على أن الاختبار موضوعي.

يجب أن تكون تعليمات الاختبار ومحتويات الاستبيان واضحة ومفهومة، وكلما تحقق الثبات تحققت الموضوعية.

تم اختيار 10 أشخاص بطريقة عشوائية ثم قمنا بتوزيع المقياسين على هذه المجموعة و بعدها جمعنا الاستثمارات و بعدها لمدة أسبوع قمنا بتوزيع المقياسين لنفس العينة و في نفس الظروف البيئية و جمعنا أيضا الاستثمارات و بعد ذلك قمنا بالمعالجة الإحصائية باستخدام معامل الارتباط "بيرسون".

جدول رقم 06: يوضح نتائج الدراسة الاستطلاعية.

المقياس	عدد أفراد العينة	معامل الثبات	معامل الصدق	R الجدولية
مقياس القلق الصريح	10	0.91	0.95	0.76
مقياس بيك للاكتئاب	10	0.87	0.93	

مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية (2-ن) = 08

من الجدول رقم (06) نلاحظ أن قيمة R المحسوبة التي تمثل معامل الثبات تساوي 0.91 و 0.87 بالنسبة لمقياس القلق الصريح و لمقياس بيك للاكتئاب وهي أكبر من R الجدولية المقدرة بـ 0.76 عند مستوى الدلالة 1 ودرجة الحرية 08 هذا يبين أن المقياسين يتمتعان بدرجة عالية من الثبات. أما بالنسبة لمعامل الصدق تم حسابه بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات فجاءت قيمة مقياس القلق تساوي 0.95 و قيمة مقياس الاكتئاب 0.93 وهي أكبر من R الجدولية 0.76 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 08 وهذا يبين أن المقياس يتمتع بدرجة صدق عالية .

خطوات التجربة الأساسية:

قمنا بتوزيع مقياس القلق الصريح لتاييلور و مقياس بيك للاكتئاب على العينة المكونة من 40 مريض قصور كلوي, 20 منهم ممارسين النشط البدني, و 20 غير ممارسين للنشاط البدني, حيث وزعنا استمارات المقياسين على العينة الممارسة أولا و التي تتواجد أغلبيتها بمصلحة تصفية الدم بواد رهيو و قمنا باسترجاعها في نفس اليوم الذي و زعنا فيه المقياسين, و بعدها قمنا بتوزيع المقياسين على العينة الغير ممارسة المتواجدة أغلبيتها بمصلحة تصفية الدم بموازنة واسترجعنا المقياسين في نفس اليوم أيضا ثم انتقلنا إلى المعالجة الإحصائية.

9- الأدوات الإحصائية:

لغرض الخروج بنتائج موثوق بها علميا استخدمنا طريقة الإحصائية لبحثنا لكون الإحصاء هو الوسيلة و الأداة الحقيقية التي نعالج بها النتائج على أساس فعلي يستند عليها في البحث و الاستقصاء وعلى ضوء ذلك استخدمنا ما يلي:

-النسبة المئوية

-المتوسط الحسابي

-الانحراف المعياري

-معامل ارتباط بيرسون

- ت - ستودنت.

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل نكون قد أوضحنا أهم الإجراءات الميدانية التي قمنا بها من أجل التحقق من صدق الفروض ومدى تحققها على أرض الواقع ونكون بذلك قد أزلنا اللبس أو الغموض عند بعض العناصر والتي وردت في هذا الفصل، كما تأكدنا من شروط صحة المقياسين المتمثلة في الصدق والثبات التي كانت درجة عالية تسمح لنا بالوثوق في النتائج التي نتوصل إليها.

تمهيد

نسعى من خلال هذا الفصل إلى مناقشة النتائج المتحصل عليها للوصول إلى مدى صحة الفروض قيد الدراسة وكذا مقارنة تلك النتائج بمدى موافقتها أو مخالفتها للنتائج المشار إليها في الدراسات السابقة التي تطرقت لمثل هذا الموضوع،

1- عرض و تحليل و مناقشة نتائج القلق والاكتئاب

1-1 عرض وتحليل نتائج درجة القلق للممارسين للنشاط البدني المكيف:

الجدول (07) يوضح درجة القلق لدى مرضى القصور الكلوي الممارسين.

المتوسط الحسابي	المستويات					المقياس
	لا يوجد قلق	قلق بسيط	قلق متوسط	قلق شديد	قلق حاد (شديد جداً)	
20.55	0-16	17-20	21-26	27-29	30-50	درجات مقياس القلق

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) بالنسبة لنتائج مقياس القلق لدى مرضى القصور الكلوي الممارسين للنشاط الرياضي حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 20.55 وهذه القيمة تنتمي إلى المستوى (17-20) الذي يمثل مستوى قلق متوسط.

وبما أن النشاط البدني والرياضي من الوسائل الفعالة والايجابية في تغيير الحالة النفسية والاجتماعية للفرد، يمكننا القول أن عينة الممارسين للنشاط الرياضي كان لديهم مستوى القلق بسيط، وعليه نوصي أفراد المجتمع كبارا وصغارا، رجالا ونساء بممارسة النشاط البدني والرياضي لما له من فوائد صحية (صحة بدنية، صحة نفسية، صحة عقلية) على حياة الفرد.

مثلما أثبتت دراسة اليازيدي عزلدين (2015) أن الممارسين للنشاط البدني كان مستوى القلق لديهم بسيط مقارنة بالغير ممارسين للنشاط البدني و هذا يدل أن للنشاط البدني دور في خفض القلق لدى المعاقين حركيا. وكذلك دراسة العطية (2002) أن الأطفال بمرحلتهم الأخيرة الممارسين للنشاط البدني درجة القلق لديهم أقل من الغير الممارسين للنشاط البدني.

1-2 عرض و تحليل نتائج درجة القلق لغير الممارسين للنشاط البدني المكيف:

الجدول (08) يوضح درجة القلق لدى مرضى القصور الكلوي لغير الممارسين.

المتوسط الحسابي	المستويات					المقياس
	لا يوجد قلق	قلق بسيط	قلق متوسط	قلق شديد	قلق حاد (شديد جداً)	
29.2	0-16	17-20	21-26	27-29	30-50	درجات مقياس القلق

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) بالنسبة لنتائج مقياس القلق لدى مرضى القصور الكلوي الغير ممارسين للنشاط الرياضي حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 29.2 وهذه القيمة تنتمي إلى المستوى (27-29) الذي يمثل مستوى قلق شديد.

ويرجع الطالبان ذلك على أن عينة مرضى القصور الكلوي غير الممارسين للنشاط الرياضي لديهم درجة القلق شديدة وذلك من خلال تأثر المرضى بالوسط الأسري الذي لا يوفر كل الظروف والإمكانات حتى يسمح للفرد المريض أن يعيش في جو يغلب عليه الحب والطمأنينة وبالتالي الإحساس بالقلق، ضف إلى ذلك الوسط البيئي وما يوفره المجتمع من حاجيات وبرامج ترفيهية دون ممارسة الأنشطة الرياضية لمرضى القصور الكلوي، وهذا يجعله لا يشعر بالقلق. وهذا ما يتفق مع بعض الدراسات مثل دراسة اليازدي عزالدين (2015). التي أشارت إلى تغير في مستوى القلق نحو الإيجاب لدى الفرد مرتبط بمتغيرات أخرى مثل توفر الجانب الاقتصادي والجانب الصحي. إضافة إلى الدعم الاجتماعي والنفسي.

1-3 عرض و تحليل نتائج درجة الاكتئاب للممارسين للنشاط البدني المكيف:

الجدول (09) يوضح درجة الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي الممارسين

المتوسط الحسابي	المستويات					المقياس
	لا يوجد اكتئاب	اكتئاب بسيط	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد	اكتئاب شديد جداً	
17.55	0-9	10-15	16-23	24-36	37- فأكثر	درجات مقياس بيك للاكتئاب

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) بالنسبة لنتائج مقياس الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي الممارسين للنشاط الرياضي حيث قدر المتوسط الحسابي بـ **17.55** وهذه القيمة تنتمي إلى المستوى (16-23) الذي يمثل مستوى اكتئاب متوسط .

و يرى الطالبان على أن مرضى القصور الكلوي الممارسين للنشاط البدني لديهم درجة متوسطة من الاكتئاب وذلك من أن للنشاط الرياضي يمكن أن يلعب دور كبير في إبعاد الاكتئاب و كذلك الأفكار السلبية التي تراود المرضى وأيضاً تمتص التوتر، وتُحسن من احتراق بعض المواد الضارة بالجسم، وهذا بالطبع يؤدي إلى فائدة على الصحة النفسية و تساعد في النوم السليم. ومثل ما بينت دراسة عبد الحميد صابر (2005) أن درجة الاكتئاب للممارسين للنشاط البدني الرياضي عند المسنين المرحلة العمرية (55-65) أقل مقارنة بالغير الممارسين.

1-4 عرض وتحليل نتائج درجة الاكتئاب لغير الممارسين للنشاط البدني المكيف:

الجدول (10) يوضح درجة الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي لغير الممارسين

المتوسط الحسابي	المستويات					المقياس
	لا يوجد اكتئاب	اكتئاب بسيط	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد	اكتئاب شديد جداً	
27.05	0-9	10-15	16-23	24-36	37- فأكثر	درجات مقياس بيك للاكتئاب

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) بالنسبة لنتائج مقياس الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي الغير ممارسين للنشاط الرياضي حيث قدر المتوسط الحسابي بـ **27.05** وهذه القيمة تنتمي إلى المستوى (24-36) الذي يمثل مستوى اكتئاب شديد .

يرى الطالبان أن مرضى القصور الكلوي غير الممارسين للأنشطة الرياضية لديهم اكتئاب شديد وذلك بسبب عزلتهم و انطوائهم و ابتعادهم عن كل الأنشطة الرياضية التي تساعد على النهوض بصحة مريض القصور الكلوي.

5-1 عرض و تحليل نتائج فروق مقياس القلق:

الجدول رقم (11) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص القلق .

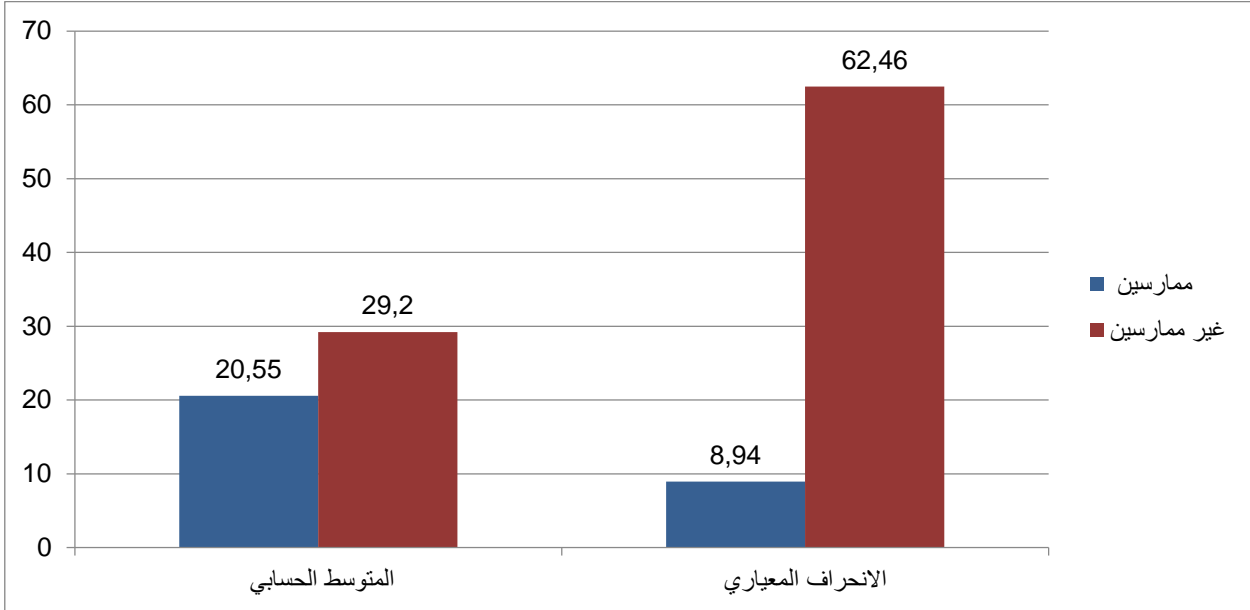
العينة	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	ت المحسوبة	ت الجدولية	الدلالة الإحصائية
ممارسين	20.55	8.94	20	4.46	1.68	دالة إحصائية
غير ممارسين	29.2	62.46	20			

نستنتج من الجدول رقم (11) أن قيمة T المحسوبة 4.46 اكبر من قيمة T الجدولية المقدره ب 1.68 عند مستوى الدلالة 0.05 ، ودرجة الحرية 38 ، ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي وهي لصالح عينة الممارسين من مرضى القصور الكلوي.

و يفسر الطالبان هذه النتائج أن ممارسة النشاط الرياضي تساهم في خفض مستوى القلق للفرد، فهي تعتبر وسيلة وآلية لتفريغ الدوافع المكبوتة و تخفيف مشاعر المعاناة و التوتر التي يستشعرها الفرد المريض بالقصور الكلوي، حيال الآثار السلبية المترتبة عن المرض و كذا ضغوط الحياة الاجتماعية المختلفة، لهذا تزيل الممارسة الرياضية فترات التوتر والقلق التي تنتاب أو تعمل على توفير فرص التحرر من الضغوط أو ما يعرف بالطاقة الزائدة فيتخلص منها ويشعر الفرد بالراحة النفسية مما ينعكس ايجابيا على مستوى هدهوده.ومما تساهم في تنمية بعض الحاصل الحميدة كالتواضع، التعاون، المواطنة، حب الآخرين، حب التعلم، البراعة والإبداع.

كما اتفقت نتائج البحث مع نتائج بعض الدراسات السابقة رغم اختلاف عينات البحث مثل دراسة اليازيدي عز الدين 2015 حيث أسفرت النتائج على أن النشاط البدني المكيف له أهمية بالغة في تقليل وتخفيض الضغط والقلق لدي المعاقين بصفة عامة والمعاقين حركيا بصفة خاصة .و دراسة (العطية 2002) التي أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياس أبعدي مقارنة بين متوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس أبعدي مقارنة بمتوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق بينما لم يتضح وجود فارق بين متوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس أبعدي مقارنة بمتوسط درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق.في ما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياس أبعدي على مقياس اضطرابات القلق.أما بالنسبة لنتائج الدراسة الاكلينيكية فقد

اتضح أن العوامل النفسية التي تكمن وراء استمرار مستوى القلق لدى الحالتين الأعلى في مستوى اضطرابات القلق بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي هي الضغوط و المشكلات الأسرية.



شكل رقم 02 يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني للقلق.

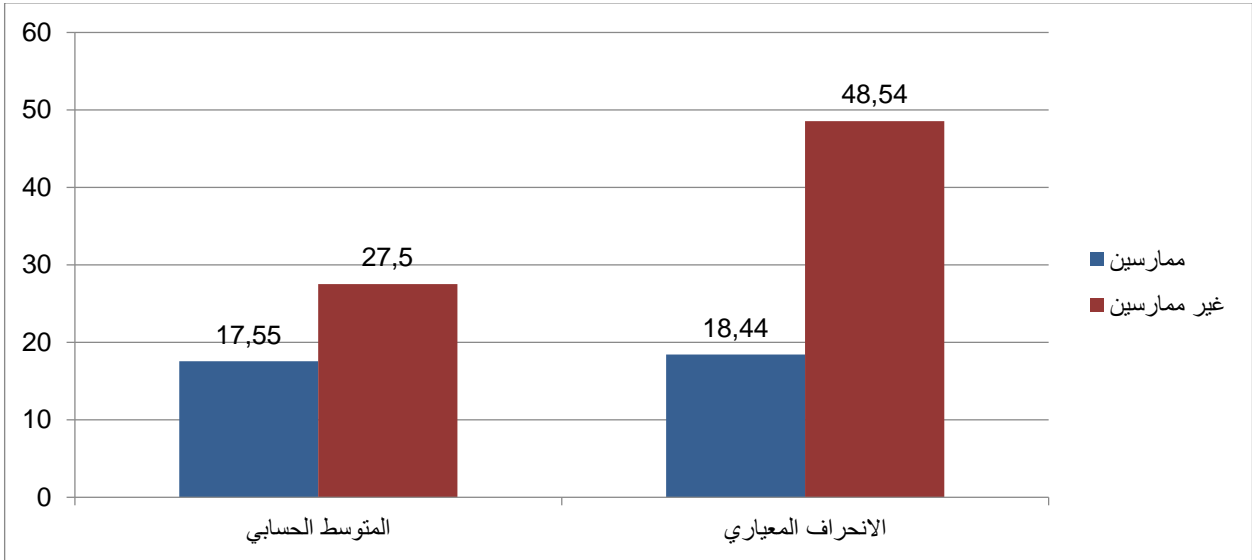
6-1 عرض و تحليل نتائج فروق مقياس الاكتئاب:

الجدول رقم (12) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص الاكتئاب .

العينة	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	ت المحسوبة	ت الجدولية	الدلالة الإحصائية
ممارسين	17.55	18.44	20	5.05	1.68	دالة إحصائية
غير ممارسين	27.05	48.54	20			

نستنتج من الجدول رقم (12) أن قيمة T المحسوبة 5.05 أكبر من قيمة ت الجدولية المقدره بـ 1.68 عند مستوى الدلالة 0.05 ، ودرجة الحرية 38 ، ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين و غير الممارسين للنشاط الرياضي وهي لصالح عينة الممارسين من مرضى القصور الكلوي. و يبرر الطالبان هذه النتائج أن ممارسة النشاط الرياضي تساهم في خفض مستوى الاكتئاب للمرضى القصور الكلوي، و تبين أن لهذه الأنشطة دور في تقليص الإحساس و الشعور بالاكتئاب لهذه الفئة.

كما اتفقت نتائج البحث مع نتائج بعض الدراسات السابقة رغم اختلاف عينات البحث مثل دراسة عبد الحميد صابر (2005) تحت عنوان " دور الممارسة الرياضية في خفض الشعور بالاكتئاب للمسنين المرحلة العمرية (55-65). حيث كانت عينة الدراسة على 200 مسن بدار العجزة -الرحمة- بالجزائر العاصمة و أسفرت النتائج على أن للأنشطة الرياضية دور في خفض الاكتئاب لهذه الفئة.



شكل رقم (03) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني للاكتئاب.

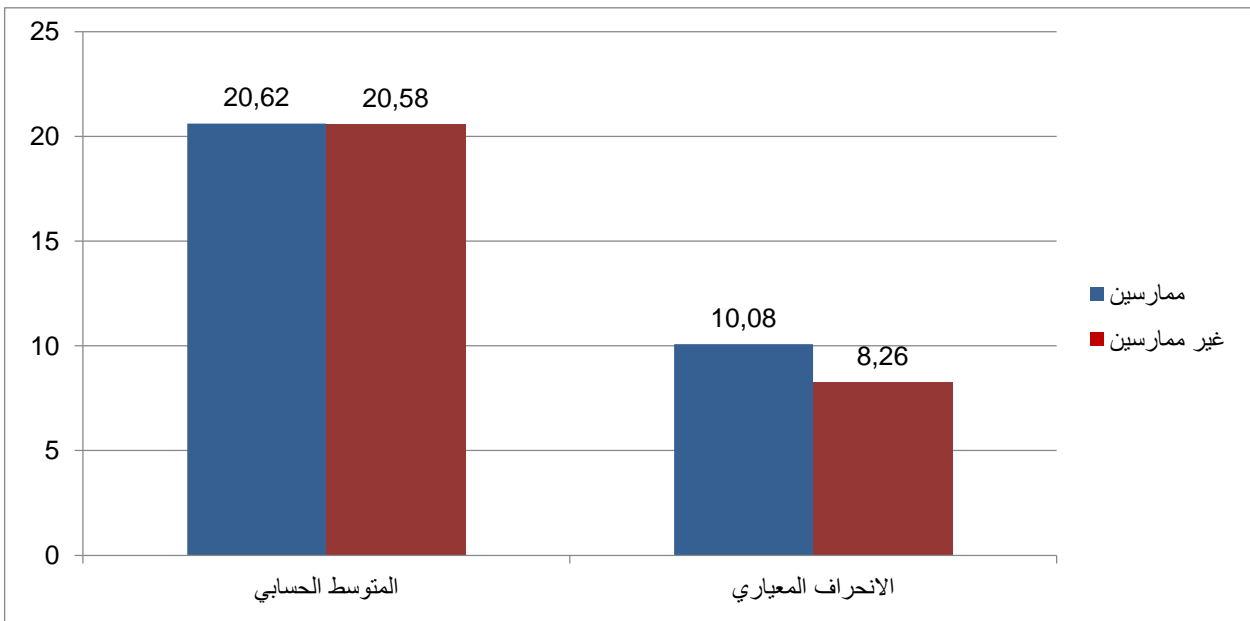
7-1 عرض و تحليل نتائج فروق تأثير الأنشطة الجماعية و الفردية (القلق):

الجدول رقم (13) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص القلق

الدلالة الإحصائية	ت الجدولية	ت المحسوبة	العينة	الانحراف المعياري	متوسط الحسابي	العينة
دالة إحصائية	1.73	10.39	12	10.08	20.62	الممارسون للأنشطة الجماعية
			8	8.26	20.58	ممارسون للأنشطة الفردية

نستنتج من الجدول رقم (13) أن قيمة T المحسوبة 10.39 أكبر من قيمة t الجدولية المقدرة بـ 1.73 عند مستوى الدلالة 0.05 ، ودرجة الحرية 18 ، ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين للأنشطة الجماعية والممارسين للأنشطة الفردية وهي لصالح عينة الممارسين للأنشطة الجماعية بالنسبة للقلق.

تفسر هذه النتائج أن ممارسة الأنشطة الجماعية توفر للفرد فرص الاندماج في المجموعة ، ففي المباريات والمنافسات يمكن أن ترتفع حدة الخبرة الانفعالية في بعض الأحيان عند التسجيل أو الفوز أو الخسارة فيتعلم منها الصبر وعدم الغرور، فتتناسب انفعالاته مع مثيراتها، وتتيح خبرات الفشل قدرة الفرد على تجاوز مواقف الإحباط والتحكم في الميول، ومن هذه الأخيرة يواجه الفرد الأحداث والانفعالات بتوازن وتكيف، كما أن المناخ المصاحب للأنشطة الرياضية الجماعية هو مناخ يسوده المرح والمتعة لأنَّ الأصل في ممارسة الأنشطة الجماعية هو اللعب والحركة حيث يخفف الإنسان من التوتر والضغط، فيكتسب الهدوء والرزانة واعتدال المزاج ، إضافة إلى هذا تساهم الأنشطة الرياضية الجماعية في مساعدة الفرد على فهم حدود إمكانياته وقدراته من خلال إدراك وقبول الفوارق الفردية مع الآخرين ورؤيته الواقعية لنفسه مما يساعده على الانجاز والتوافق السليم، كل هذا ينعكس إيجاباً صحة المريض الممارس.



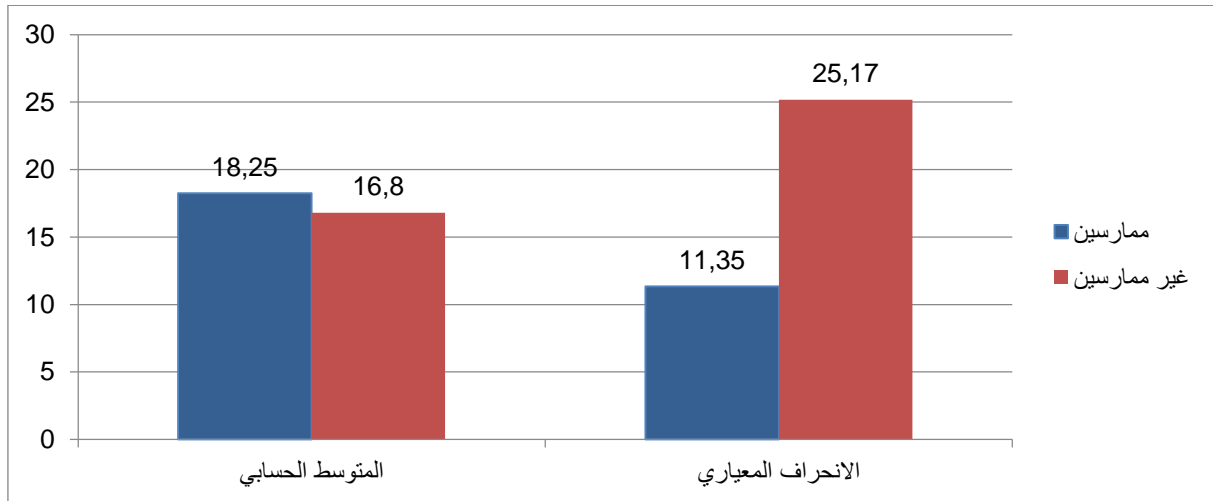
شكل رقم (05) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية للقلق.

8-1 عرض و تحليل نتائج تأثير فروق الأنشطة الجماعية و الفردية (الاكتئاب).

الجدول رقم (14) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص الاكتئاب.

العينة	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	ت المحسوبة	ت الجدولية	الدلالة الإحصائية
الممارسون للأنشطة الجماعية	18.25	25.17	12	21.83	1.73	دالة إحصائية
الغير ممارسون للأنشطة الفردية	16.58	11.35	8			

نستنتج من الجدول رقم (08) أن قيمة T المحسوبة 21.83 أكبر من قيمة ت الجدولية المقدره بـ 1.73 عند مستوى الدلالة 0.05 ، ودرجة الحرية 18 ، ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين للأنشطة الجماعية و الممارسين للأنشطة الفردية وهي لصالح عينة الممارسين للأنشطة الجماعية بالنسبة للاكتئاب.



شكل رقم (06) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية للاكتئاب.

2- الاستنتاجات:

- نستنتج بأن للنشاط البدني المكيف دور في خفض القلق لمرضى القصور الكلوي
- نستنتج بأن للنشاط البدني المكيف دور في خفض الاكتئاب لمرضى القصور الكلوي
- توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي لصالح عينة الممارسين.
- توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الاكتئاب بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي لصالح عينة الممارسين.
- للأنشطة الرياضية الجماعية دور كبير في الإدماج والترفيه و الترويح عن النفس لدى مرضى القصور الكلوي.

3- مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتحصل عليها :

3-1 مناقشة الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الأولى على أن للنشاط البدني المكيف دور في تخفيف القلق و الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي من خلال النتائج المتحصل عليها ومن خلال الجداول 05-06 نجد أن أغلبية مرضى القصور الكلوي كانت نتائج اتجاهاتهم تصب في اتجاه الفرضية الموضوعة هذا ما يثبت أن للنشاط البدني و الممارسة الرياضية دور كبير في خفض القلق و الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي مثل ما أثبتت الدراسات السابقة كدراسة اليازيدي عزالدين (2015) و التي أثبتت أن للنشاط البدني المكيف في خفض القلق للمعاقين حركيا و مما يزيد من تأكيد الفرضية و مما يزيد من تأكيدها أيضا آراء الكتاب و الباحثين في هذا المجال حيث نجد أن آرائهم تصب في اتجاه الفرضية.

3-2 مناقشة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على هناك فرق في درجة القلق و الاكتئاب عند مرضى القصور الكلوي بين الممارسين وغير الممارسين من خلال النتائج المتحصل عليها و من خلال الجداول 01-02-03-04 نجد أن أغلبية مرضى القصور الكلوي كانت درجات القلق و الاكتئاب و نتائج اتجاهاتهم تصب في اتجاه الفرضية الموضوعة و من ما يزيد التأكيد الفرضية نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة العطية (2002) والتي تهدف إلى التعرف على اثر استخدام برامج الحركية والألعاب الاجتماعية والمختلطة و التي أثبتت بأن للنشاط البدني دور في خفض درجة القلق عند الأطفال.

3-3 مناقشة الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة على وجود هناك تأثير في نوع الأنشطة الرياضية عند الممارسين (جماعية - فردية) من مما يزيد من تأكيد الفرضية النتائج المتحصل عليها مثل ما تبرز الجداول 07-08 ، التي أظهرت بأن نوع الأنشطة الممارسة من طرف المرضى الممارسين للنشاط البدني لها انعكاس ايجابي و مفيد عكس المرضى الممارسين للأنشطة الفردية.

4-الاقتراحات والتوصيات

ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لمريض القصور الكلوي عن طريق المتابعة داخل المركز و خارجه و القيام بجلسات إرشادية لمرضى القصور الكلوي و توعية الآباء و المربين بالمواقف التي تشكل ضغوطات لمرضى القصور الكلوي و محاولة القيام بدراسة إحصائية لهذه الظاهرة لمعرفة حجمها و درجة انتشارها و أسبابها مع اقتراح أساليب معالجتها.

- 1- زيادة الاهتمام بالحاجات النفسية و المعنوية لمرضى القصور الكلوي إلى جانب الحاجات المادية.
- 2- توعية مرضى القصور الكلوي بأهمية ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة وذلك بإعداد برنامج خاص و منظم لمرضى القصور الكلوي يشمل كل النشاطات الترفيهية و التسلية.
- 3- العمل على توجيه مرضى القصور الكلوي المتسمين بالقلق و الاكتئاب إلى المرشد النفسي أو الإحصائيين و التأكيد على دوره في التقليل من هذه السلوكيات السلبية و خفض جميع أعراض القلق و الاكتئاب.
- 4- إجراء دراسات للتعرف على مشكلات السلوك لدى مرضى القصور الكلوي و أساليب مواجهتها و مدى فعاليتها.
- 5- إجراء بحوث ودراسات على عينات مختلفة من مرضى القصور الكلوي.

الخاتمة العامة:

في كل بحث يقام في النشاط البدني الرياضي المكيف عن أبعاده وأهدافه وأفضاله على الفرد أو المجتمع إلا ويجزر من تلك الصورة التي راودته وحاصرته في كونه نشاطا ترويجي أو تنافسي يتصارع أبطاله للحصول على المال والشهرة ، ويعطيه قيمته الحقيقية كنظام تربوي له أسسه ومبادئه وأهدافه وكذا مناهجه، يشمل بها الأفراد الأسوياء وذوي الاحتياجات الخاصة فهو لا يفرق بين ذلك ولا ذاك فكلهم سواسية بالنسبة له.

ومن هذا المنطلق جاء موضوع بحثنا هذا الذي يهدف الى دور النشاط البدني المكيف على بعض الجوانب النفسية لمرضى القصور الكلوي.

حيث استعملنا في هذا البحث المنهج الوصفي مع تقسيم البحث الى بابين , باب أول خاص بالدراسة النظرية و فيه فصلين الفصل الأول تحت عنوان :القصور الكلوي و خصائص مرضى القصور الكلوي و في الفصل الثاني تكلمنا على النشاط البدني المكيف أما الباب الثاني ففيه الدراسة الميدانية و هي مكونة من فصلين ,الفصل الأول منهجية البحث و الجراءات الميدانية أما الفصل الثاني تطرقنا فيه الى عرض و تحليل النتائج .

و لقد استطعنا في الأخير الوصول الى أن للنشاط البدني أثر على الجوانب النفسية القلق و الاكتئاب لمرضى القصور الكلوي.

المصادر والمراجع

باللغة العربية:

- 1- ابراهيم رحمة. (1998). تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي . عمان: دار الفكر للطباعة و النشر الطبعة الأولى.
- 2- أحمد محمد حسن صالح وآخرون. (2001). الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية. مصر: مركز الاسكندرية.
- 3- إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي، . (2000). طرق البحث العلمي والتحليل الاحصائي في المجالات التربوية و النفسية و الرياضية. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- 4- اسيا بنت راجح و عادل عبد الله النعمي . (2000).العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتماب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف. مكة المملكة العربية السعودية : جامعة ام القرى ، كلية التربية.
- 7- اشرف محمد عبد الغني شريت محمد السيد حلاوة. (2002). الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 8- اقبال ابراهيم مخلوف. (2008). الرعاية الإجتماعية و خدمات المعوقين. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 9- أمين أنور الخولي. (1992). التربية الحركية للطفل. القاهرة: دار الفكر العربي الطبعة 2.
- 10- أمين رويحة. (1972). : أمراض الجهاز البولي، الكلى، المثانة () ، ، . بيروت: دار القلم للنشر ط1.
- 11- بورقية آمال. (2008). : الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة. الجزائر: دار النساء ط1.
- 12- تونسي, عديلة حسن طاهر. (2002). القلق والإكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة. القاهرة: رسالة ماجستير منشورة على الانترنت تحت اشراف حسين عبد الفتاح الغامد بجامعة ام القرى ، مكة ، المملكة العربية السعودية /كلية التربية قسم علم النفس.
- 13- جودت علي. (2000). الجراحة البولية و التناسلية عند الذكور. سوريا.: مطبعة جامعة حلب.

- 14- حزام محمد رضا القزويني. (1978). التربية الترويجية. بغداد: دار العربية للطباعة.
- 15- حسن الساعاتي . (1980). التطبيع وال عمران. بيروت: دار النهضة العربية ، الطبعة الثالثة .
- 16- حسين فايد. الاضطرابات السلوكية. مؤسسة طبية للطباعة والنشر.
- 17- حسين مصطفى عبد المعطي. (2000). علم النفس النمو. ج2.
- 18- حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات. (1998). التربية البدنية و التويع على المعاقين. القاهرة: در المعرفة.
- 19- حنفي عبد المنعم. (1992). لموسوعة النفسية الجنسية. سوريا: مكتبة مدبولي.
- 20- خليل مخائيل معوض. (2000). سيكولوجيا النمو الطفولة والمراهقة. مصر: دار الفكر الجامعي، ط4.
- 21- د/كمال درويش ، محمد الحماحمي . (1997). رؤية عصرية للترويج وأوقات الفراغ . القاهرة: مركز الكتاب للنشر ، الطبعة الأولى.
- 22- ذوقان عبيدات. (1982). البحث العلمي : مفهومه، أدواته، أساليبه، دار الفكر، عمان: دار الفكر.
- 23- رمضان محمد القذافي. (2009). علم النفس الفسيولوجي. المكتب الجامعي الحديث الاسكندرية.
- 24- زهير الكرمي. (1988). : الأطلس العلمي، فسيولوجيا الإنسان. بيروت: دار الكتاب اللبناني.
- 25- سعد العجمي . (24 2008 aout). المشكلات الشخصية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي.. تم الاسترداد من <http://www.social-team.com>.
- 26- سعيد كامل أحمد. (1999). الصحة النفسية والتوافق النفسي. الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.
- 27- سقموند فرويد، ترجمة محمد عثمانى تحاني . (1982). الأنا والهو. بيروت: دار الشروق، ط1.
- 28- سلامة وآخرون. (1999). المدارس النفسية الاكلينيكية. القاهرة: دار الفكر الجامعي، ط2.
- 29- سلطان عبد المحسن عبد المقصود. (2005). دور المجتمع نحو ابناثة من ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار العلم و الثقافة ط1.

- 30- صبرة محمد علي، اشرف عبد الغني شريت. (2004). الصحة النفسية والتوافق النفسي. قناة السويس: دار المعرفة الجامعية.
- 31- عادل حلواني و آخرون. (2000). نفسية المصابين بالتصور الكلوي المزمن. السعودية: دار الرضا للنشر.
- 32- عباس عبد الفتاح رملي، محمد ابراهيم شحاتة. (1991). اللياقة و الصحة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 33- عبد الرحمن عسوي. أمراض نفسية وعلاجه. الأسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية، الأزراطة.
- 34- عبد المطلب أمين الفريطي. (2001). الصحة النفسية. مصر: دار الفكر العربي، ط1.
- 35- عكاشة احمد. (2005). علم النفس الفيزيولوجي. مصر: مكتبة الانجلو مصرية.
- 36- فخري الدباغ. (1983). نوبات القلق الموضوعي. القاهرة: دار النشر.
- 37- فيصل عباس. (1990). ساليب دراسة الشخصية التكنيكات الاسقاطية. بيروت: الطبعة الاولى دار الفكر اللبناني.
- 38- لطفي بركات أحمد . (1989). الرعاية التربوية للمعوقين عقليا. الرياض: دار المريخ للنشر الطبعة الاولى .
- 39- لطفي بركات أحمد. (1984). الرعاية التربوية للمعاقين عقليا. الرياض: دار المريخ للنشر الطبعة الأولى.
- 40- محسن علي الدلفي. (2001). تطور شخصية الانسان والتعامل مع الناس في ضوء التربية وعلم النفس والاجتماع. عمان، الاردن: دار الفرقان.
- 41- محمد الصادق عبد الصبور. (1989). أمراض الكلى و زرع الأعضاء. دار القلم: بيروت، لبنان.
- 42- محمد جاسم محمد. (2004). مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1.
- 43- محمد حسن علاوي . (1998). موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- 44- محمد علي لبار. (1992). : الفشل الكلوي، أسبابها، طريقة الوقاية منه و علاجه. بيروت: دار القلم.
- 45- محمد علي هاشم. (1989). أمراض الكلى. دمشق: الجزء 5.

46- مدحت أبو النصر. (2005). الاعاقة النفسية. القاهرة: مجموعة النيل العربية.

47- مروان عبد المجيد ابراهيم. (1997). الألعاب الرياضية للمعاقين. عمان الأردن: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.

48- معجم الطب النفسي والعقلي. (2006). دار اسامة للنشر و التوزيع، ودار المشرف الثقافي والتوزيع، عمان الاردن الطبعة الاولى .

باللغات الأجنبية:

49-Marie – Chorlotte Busch. (1975). La Sociologie Du Temps Libre Mouton. Paris.

50-Unruh ML, Levey AS, D'Ambrosio C, Fink NE, Powe NR, Meyer KB. (2004). Restless legs symptoms among incident dialysis patients: association with lower quality of life and shorter survival. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Am J Kidney Dis

51-A . Domart & al. (1986). nouveau Larousse Médical. Paris: Librairie Larousse.

52-A.Stor. (1993). U.C.L et outer activité et sportives adaptés pour personne handicapes renal. Belgique.

53-Aukrust P, Yndestad A, Smith C, Ueland T, Gullestad L, Damas JK. (2007). Chemokines in cardiovascular risk prediction. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Thromb Haemost

54-avesani CM, Trolonge S. (2012). physical activity and energy expending in hamodialysis patients. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov.

55-Beck AT. (1972). Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

56-Bergery Bernard. (1994). l'insuffisance rénale. Maloine, Paris: 4eme Edition.

57-Brussel. (1987). les maladies renaux. paris.

58-E.Masson. (2005). Paris: Maloine Paris 4eme Edition.

59-Fédération nationale de l'insistance rénale, agrément ministériel . (2004).

60-Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech LA. (2006). The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Kidney Int

61-J – Cozcheuve . (1980). Sociologie de la Radio – Télévision. paris: P.U.F , 5em Edition .

62-J .Dumazadier . (1982). Vers une civilisation du loisir. Paris : Editions du seuil .

63-kevin . (2013, Octobre 15). How Long Hours of Inactivity Lead to Kidney Diseaser. Récupéré sur <http://www.studenthub.co.nz>.

64-Le Meur Y, Lorgeot V, Aldigier JC, Wijdenes J, Leroux-Robert C, Praloran V. (1999). Whole blood production of monocytic cytokines (IL-1 beta, IL-6, TNF-alpha, sIL-6R, IL-1Ra) in haemodialysed patients. Récupéré sur [/www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov): Nephrol Dial Transplant

65-Lee SK, Lee HS, Lee TB, et al. J Korean Med Sci. (2004). The effects of antidepressant treatment on serum cytokines and nutritional status in hemodialysis patients. Récupéré sur /www.ncbi.nlm.nih.gov.

66-Masson Elsevier. (2005). les insivisantes rineaux. l'hopitale generale de Grenoble.

67-Merlino G, Piani A, Dolso P, et al. (2006). Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Nephrol Dial Transplant

68-meyrie Alain. (1994). maladies rénales de l'adulte. Berti,Paris,: Berti 2eme Edition.

69-Ministère de la jeunesse et des sport. Enquête nationale sur les besoins et aspiration de la jeunesse en matiere de loisirs de culture et animation éducative et sportive.

70-Moulin Bruno. (2007). néphrologie college universitaire des enseignants de néphrologie. edition ellipses.

71-opcit jeam.jean marie. (1975). pierre psychopedagogie experimentale les editiones. paris.

72-P. Jungers . (1988). Les Maladies chroniques et les insuffisantes renaux. M de paris.

73-Pagels A, H. S. (2006). Nutritional status of pre-dialysis patients. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov.

74-R.Sue. (2001). Le loisir. op cite.

75-Roi Random. (1993). Sur le chemin de sport avec les personnes handicapées physique plus marketing sport. Paris.

76-Roymond . Tomas, . (1983). Psychologie du sport . Paris: P.U . F , 1er Edition.

77-sillamy. (1978). Dictionnaire de psychologie , Larousse . Paris: Norber.

78-Sklar A, Newman N, Scott R, Semenyuk L, Schultz J, Fiacco V. (1999). Identification of factors responsible for postdialysis fatigue. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Am J Kidney Dis

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم

معهد التربية البدنية و الرياضية

• الموضوع : الموافقة على مقياس

نحن الطالبان بن خدومة عزالدين و بوزيدي لخضر السنة الثانية ماستر تخصص نشاط حركي مكيف و نظرا لانجازنا لمذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر تحت عنوان " أثر النشاط البدني المكيف على بعض جوانب الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي " و سعيا منا لانجاز هذا البحث فقد استعملنا مقياسين كأداة لبحثنا و هما مقياس القلق الصريح لتايلر و مقياس بيك للاكتئاب لـ أرون بيك فترجوا من سيادتكم الموافقة على هذين المقياسين لاستعمالهما كأداة لبحثنا هذا.

قائمة الأساتذة

اسم و لقب الأستاذ	الدرجة العلمية	مكان العمل	التوقيع
عبد الحميد بن باديس	أ.ح.أ	مستغانم	عبد الحميد بن باديس
محمد بن عبد الوهاب	أ.ح.أ	مستغانم	محمد بن عبد الوهاب
عبد السلام قاسم	أ.أ.أ	مستغانم	عبد السلام قاسم

استمارة تحليل الذات

لا	نعم	العبارات
		1- لا أتعب بسرعة.
		2- أحس غالبا بمغص في معدتي.
		3- أقوم بأداء عملي تحت توتر عصبي شديد.
		4- لا أستطيع أن أركز تفكيري في موضوع واحد.
		5- ليس لدي ثقة في نفسي.
		6- أعتقد أنني شخص غير عصبي.
		7- ألاحظ أن يدي ترتعش عند محاولتي القيام بعمل ما.
		8- تفكيري في المستقبل يسبب لي القلق.
		9- أصاب بالصداع بصورة نادرة.
		10- أخجل بسهولة بصورة تضايقي.
		11- نادرا ما يدق قلبي بقوة أو أشعر بصعوبة في التنفس.
		12- أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.
		13- أحلم أحلاما مزعجة في الكثير من الليالي.
		14- أحس بالجوع كل وقت تقريبا.
		15- من السهولة أن أشعر بالحرج.
		16- أنا هادئ و لا تسهل إثارتي.
		17- أحس كثيرا بمتاعب معدتي.
		18- أنا أكثر حساسية من معظم الناس.
		19- يصيبني القلق غالبا على بعض الأشياء.
		20- أتمنى أن أكون سعيدا مثل الآخرين
		21- لا أخجل بسرعة مثل بعض الزملاء
		22- أحيانا لا أستطيع النوم بسبب القلق
		23- أبكي بسهولة
		24- أصاب ب الإسهال بصورة نادرة

		25- أشعر بأنني عصبي في حالات الانتظار
		26- أنا سعيد معظم الوقت.
		27- أخاف غالبا من أن يقوم الآخرين بإحراجي.
		28- باستمرار أحس بقلق على شيء أو شخص ما.
		29- أحلم كثيرا بأشياء لا أستطيع أن أخبر الناس عنها
		30- أحيانا أشعر بالتوتر لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس على مقعد لمدة طويلة.
		31- أطرافي تكون عادة دافئة بدرجة كافية.
		32- أحيانا يصيبني التوتر لدرجة أنني أجد صعوبة في محاولة النوم.
		33- شعرت أحيانا بأن المتاعب تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.
		34- عندما أخجل فإنني غالبا أعرق بصورة تضايقي.
		35- في كثير من الأحيان أشعر بالقلق من أشياء تافهة.
		36- في بعض الأحيان أحس بأنني لا شيء.
		37- أجد صعوبة في أن أركز تفكيري على شيء ما.
		38- يصيبني الإمساك نادرا.
		39- أخاف من بعض الأفراد رغم علمي أنهم لن يسببوا لي الضرر.
		40- نومي غير مريح و متقطع.
		41- أشعر بعدم الاطمئنان معظم الوقت.
		42- أنا من الأشخاص الذين يأخذون الأمور بجدية.
		43- مخاوفي تقل كثيرا عن مخاوف أصدقائي.
		44- أنا شخص عصبي جدا.
		45- الحياة بالنسبة لي تعب و شقاء.
		46- أنا واثق جدا من نفسي.
		47- في بعض الأحيان أعتقد أنه لا فائدة مني على الإطلاق.
		48- أحيانا أشعر أنني أكاد أنفجر

معايير المقياس	
صفر 16 - لا يوجد قلق	١. لكل إجابة (بنعم) درجة واحدة.
17- 20 قلق بسيط	٢. يتم جمع إجابات الشخص (المفحوص) على إجابته (بنعم)
21 - 26 قلق متوسط	٣. تفسر نتيجة الشخص المفحوص على المقياس ومعرفة درجة القلق لديه
27 - 29 قلق شديد	
30- 50 قلق حاد (شديد جداً)	

مقياس بيك للاكتئاب

الحزن :

0 - لا أشعر بالحزن

1- أشعر بالحزن والكآبة .

2- الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، وأعجز عن الفكك منهما .

3- أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة .

4- أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل .

التشاؤم من المستقبل :

0 - لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل .

1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل .

2- لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل .

3- لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعي .

4- أشعر باليأس من المستقبل ، وأن الأمور لن تتحسن .

الإحساس بالفشل :

0- لا أشعر بأني فاشل .

1- أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين .

2- أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية .

3- عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل .

4- أشعر أنني شخص فاشل تماماً (أبا أو زوجاً) .

السخط و عدم الرضا :

0 - لست ساعطاً .

1- أشعر بالملل أغلب الوقت .

2- لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل .

3- لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا)

4- إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شيء .

الإحساس بالندم أو الذنب

0 - لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء . 1- أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت .

2- يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب .

3- أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريباً .

4- أشعر بأنني سيء وتافه للغاية .

نضع علامة أو دائرة للجواب حول الجواب الذي اخترته، وكل رقم أمام العبارات الموجودة باختبار بيك تعبر عن الدرجة مثلاً صفر يأخذ صفر وواحد درجته واحد أي تحسب واحد نقطة وهكذا.

معايير المقياس

0 - 9 لا يوجد اكتئاب

10 - 15 اكتئاب بسيط

16 - 23 اكتئاب متوسط

24 - 36 اكتئاب شديد

37 فأكثر اكتئاب شديد جدا

توقع العقاب :

- 0- لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي .
- 1- أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي .
- 2- أشعر بأن عقاباً يقع علي بالفعل .
- 3- أستحق أن أعاقب .
- 4- أشعر برغبة في العقاب

كراهية النفس .

- 0- لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي .
- 1- يخيب أمني في نفسي .
- 2- لا أحب نفسي .
- 3- أئتمز من نفسي .
- 4- أكره نفسي .

إدانة الذات :

- 0- لا أشعر بأني أسوأ من أي شخص آخر .
- 1- أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي .
- 2- ألوم نفسي لما أرتكب من أخطاء .
- 3- ألوم نفسي على كل ما يحدث .

وجود أفكار انتحارية :

- 0- لا تتابني أي أفكار للتخلص من نفسي .
- 1- تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها .
- 2- أفضل لي أن أموت .
- 3- أفضل لعائلتي أن أموت .
- 4 - لدي خطط أكيدة للانتحار .
- 5 - سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة .

البكاء :

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد .
- 1- أبكي أكثر من المعتاد .
- 2- أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك .
- 3- كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك .

الاستشارة وعدم الاستقرار النفسي :

- 0- لست منزعجاً هذه الأيام عن أي وقت مضى .
- 1- أنزعج هذه الأيام بسهولة .
- 2- أشعر بالانزعاج والاستشارة دوماً
- 3- لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً

الانسحاب الاجتماعي :

- 0- لم أفقد اهتمامي بالناس .
- 1- أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق .
- 2- فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين .
- 3- فقدت تماما اهتمامي بالآخرين .

التردد وعدم الحسم :

- 0- قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل .
- 1- أوجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل .
- 2- أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات .
- 3- أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرّة .

تغير صورة الجسم والشكل :

- 0- لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل .
- 1- أشعر بالقلق من أني أبدو أكبر سنّاً وأقل جاذبية .
- 2- أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية .
- 3- أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة) .

هبوط مستوى الكفاءة والعمل :

- 0- أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل .
- 1- أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً
- 2- لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل .
- 3- أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء .
- 4- أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق

اضطرابات النوم :

- 0- أنام جيداً كما تعودت .
- 1- أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل .
- 2- أستيقظ من 2-3 ساعات أبكر من ذي قبل ، وأعجز عن استئناف يومي .
- 3- أستيقظ مبكراً جداً ولا أنام بعدها حتى إن أردت .

التعب والقابلية للإرهاق :

- 0- لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد .
- 1- أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل .
- 2- أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئاً .
- 3- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء .

فقدان الشهية :

- 0- شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل .
- 1- شهيتي ليست جيدة كالسابق .
- 2- شهيتي أسوأ بكثير من السابق .
- 3- لا أشعر برغبة في الأكل بالمرّة .

تناقص الوزن :

- 0- وزني تقريباً ثابت .
- 1- فقدت أكثر من 3 كغ من وزني .
- 2- فقدت أكثر من 6 كغ من وزني .
- 3- فقدت أكثر من 10 كغ من وزني .

تأثر الطاقة الجنسية :

- 0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتي الجنسية .
- 1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل .
- 2- قلت رغبتي الجنسية بشكل ملحوظ .
- 3- فقدت تماماً رغبتي الجنسية .

الانشغال على الصحة :

- 0- لست مشغولاً على صحي أكثر من السابق .
- 1- أصبحت مشغولاً على صحي بسبب الأوجاع والأمراض ، أو اضطرابات المعدة والإمساك .
- 2- أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر .
- 3- أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية .

هذا البحث كان بعنوان أثر النشاط الحركي المكيف على بعض الجوانب النفسية لمرضى القصور الكلوي الممارسين و الغير الممارسين، تهدف الدراسة إلى معرفة درجة القلق و الاكتئاب لهذه الفئة، الغرض من الدراسة إبراز أهمية النشاط البدني المكيف و مدى تأثيره على تخفيض درجة القلق و الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي ، أما بخصوص العينة فكانت بعض مرضى القصور الكلوي ، أما الأداة فكانت مقياس القلق و مقياس الاكتئاب، و أهم نتيجة توصل إليها البحث أن ممارسة النشاط البدني المكيف له دور كبير في تخفيض القلق و الاكتئاب لهؤلاء المرضى ، أهم اقتراح هو ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لهذه الفئة عن طريق المتابعة داخل مصالح تصفية الدم و خارجها و القيام بجلسات ارشادية للمرضى خاصة بشكل مستمر و توعية الأباء و الأطباء و الممرضين بالمواقف التي تشكل ضغوطات لمرضى القصور الكلوي بمحاولة القيام بدراسات إحصائية لهذه الظاهرة لمعرفة حجمها و درجة انتشارها و أسبابها مع اقتراح أساليب معالجتها.

Synthèse de l'étude :

Cette recherche a été intitulé « l'impact de l'activité physique et sportive adaptée sur certains des aspects psychologiques des patients avec des praticiens de l'insuffisance rénale chez les pratiquants du sports et les non-pratiquants », cette étude vise à déterminer le degré d'anxiété et la dépression de ce groupe, le but de l'étude souligne l'importance de l'activité physique adaptée et son impact sur la réduction du degré d'anxiété et de la dépression chez les patients présentant des déficiences rein, au sujet de l'échantillon était des patients souffrant de l'insuffisance rénale. l'outil a été l'échelle de l'anxiété et de l'ampleur de la dépression, et le résultat le plus important de la recherche c'est que l'activité de réglage physique a un grand rôle dans la réduction de l'anxiété et la dépression chez ces patients, la proposition la plus importante est la nécessité d'attirer l'attention à cette catégorie par l'utilisation de suivre l'hémodialyse interne et externe et de faire des séances d'extensions quotidiennement pour les patients et l'éducation des parents, des médecins, des infirmiers attitudes qui composent la pression pour les patients présentant et essayant de faire des études et des statistiques de ce phénomène pour bien connaître le volume et l'étendue de sa propagation et ses causes avec des propositions des méthodes pour y remédier .

