



عمادة الدراسات العليا  
جامعة القدس

أعرض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي في  
مشافي محافظات شمال الضفة الغربية

سعادة إبراهيم محمد سلامة

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1432 هـ \ 2011 م

أعرض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي في  
مشافي محافظات شمال الضفة الغربية

إعداد:

سعادة إبراهيم محمد سلامة

رام الله جامعة بيرزيت بكالوريوس علم نفس فرعي تربية

إشراف الدكتورة:

نجاح الخطيب

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة النفسية  
المجتمعية من عمادة الدراسات العليا ابرنامج الصحة النفسية المجتمعية اكلية  
الصحة العامة | جامعة القدس

1432هـ \ 2011 م



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

برنامج الصحة النفسية المجتمعية | كلية الصحة العامة

إجازة الرسالة

أعرض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية


اسم الطالب: سعادة إبراهيم محمد سلامة

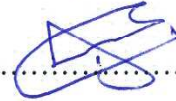
الرقم الجامعي: (20811633)

المشرف: الدكتورة نجاح محمود عبد الرحمن الخطيب

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ **13/6/2011** من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوافقهم:

1. رئيس لجنة المناقشة: د. نجاح محمود عبد الرحمن الخطيب التوقيع ..... 

2. ممتحنا داخليا : د. سهير سليمان الصباح التوقيع ..... 

3. ممتحنا خارجيا : د. كمال سلامة التوقيع ..... 

القدس - فلسطين

1432 هـ | 2011 م

## الإهداء

إلى رمز المحبة والعطاء..

إلى قمة التضحية والوفاء..

إلى سر وجودي في البقاء..

إليك يا أمي.. وإليك يا أبي..

كما وأهدي بحثي إلى من..

وقف بجانبني وشد من أزرني

وساعدني حتى أكمل مسيرتي..

إليكم يا أخوتي وأخواتي وأصدقائي جميعا ...

## إقرار:

أقر أنا مقدم الرسالة، أنها قدمت لجامعة القدس، لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة، أو أي جزء منها، لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع: .....

سعادة إبراهيم محمد سلامة

التاريخ: 13 / 6 / 2011 م .

## الشكر والعرفان:

بعد الحمد لله الذي أعانني على انجاز هذا العمل المتواضع، أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى الدكتورة نجاح الخطيب التي تكرمت بإشرافها على هذه الرسالة، لما بذلته من جهد ومتابعه ورعاية واهتمام طيلة فترة إعداد هذه الرسالة.

كما وأتقدم بالشكر والامتنان إلى أساتذتي في كلية الصحة العامة، الذين ساعدوني وأضافوا لي الكثير طوال فترة دراستي، فلهم مني كل التقدير.

كما واتقدم بجزيل شكري وتقديري الى أعضاء لجنة المناقشة الدكتور كمال سلامة والدكتورة سهير الصباح والدكتورة نجاح الخطيب على مشاركتهم لمناقشة هذه الرسالة .

كما وأتقدم بوافر شكري وتقديري إلى وزارة الصحة، وأخص بالذكر الممرضين العاملين في مستشفيات شمال الضفة الغربية، لما قدموه لي من عون ومساعدته في تسهيل توزيع الاستبيانات على المرضى.

كما وأشكر زملائي في الجامعة، لما قدموه لي من محبة ودعم ومساعدة طوال فترة دراستي.

وأخيرا لا يسعني إلا أن أوجه شكري وعظيم امتناني لعائلتي وأحبتي وأصدقائي لما قدموه لي من دعم ومحبة ومساعدته طوال فترة دراستي.

إليهم جميعا فائق الاحترام والتقدير

## الملخص:

هدفت الدراسة التعرف إلى أعراض القلق، والاكتئاب، وكذلك التعرف الى أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية وعلاقتها بالخصائص الديمغرافية.

تكونت عينة الدراسة من جميع مرضى الفشل الكلوي البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية والبالغ عددهم حسب السجلات التابعة لوحدات الغسيل الكلوي في محافظات شمال الضفة الغربية (307) مريض ومريضة في صيف عام 2010، حيث تم تعبئة 258 استبانته.

أُعدت المنهج الوصفي الارتباطي، وتم استخدام الاستبيان كأداة لجمع بيانات الدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة أن المبحوثين يعانون من قلق خارجي المنشأ متوسط الشدة بنسبة 73.7% وجاءت الفروق ذات دلالة إحصائية لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل ثلاث مرات أسبوعياً حيث كانوا أكثر قلقاً من المرضى الذين يقومون بالغسيل مرة أو مرتين، والمرضى الذين لديهم أمل في زراعة كلية مستقبلاً كانوا أكثر قلقاً من الذين لا يوجد لديهم أمل.

أما بالنسبة لدرجة انتشار الاكتئاب فقد وجد أن نسبة 19.8% من المبحوثين يعانون من اكتئاب متوسط إلى شديد، وان نسبة 22.5% من المبحوثين يعانون من اكتئاب متوسط، وجاءت الفروق ذات دلالة إحصائية لصالح المرضى الذين قاموا بتعبئة الاستبانته قبل بدء جلسة الغسيل الكلوي، وكذلك جاءت الفروق لصالح المرضى "الأميين" حيث كانوا أكثر اكتئاباً من المرضى المتعلمين، كما أن الفروق جاءت لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل الكلوي ثلاث مرات أسبوعياً.

وفيما يتعلق باستخدام أساليب التكيف في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة: التفاعل الايجابي، والتفاعل السلبي، والتفاعل السلوكي، فقد استخدم المبحوثين الأساليب الثلاثة بدرجة متوسطة، حيث كانت النتائج داله إحصائياً على مستوى التفاعل الايجابي لصالح من دخلهم الشهري أقل من 2501 شيكل، والذين يعانون من أكثر من مرض، والذين تم تعبئة الاستمارة معهم قبل جلسة الغسيل الكلوي، كما أن المرضى الذين يقومون بالغسيل الكلوي مرتين أسبوعياً يستخدمون أساليب ايجابية في التعامل مع المرض.

وفيما يتعلق بالتفاعل السلبي فقد جاءت النتائج داله إحصائيا لصالح المتزوجين، والذين لا يعانون من أمراض أخرى أو إعاقات، أما فيما يتعلق بالتفاعل السلوكي فقد جاءت النتائج داله إحصائيا لصالح من أعمارهم فوق 55 سنة.

وفي ضوء هذه النتائج خرجت الدراسة ببعض التوصيات إلى صانعي القرار، والباحثين، والعاملين في مجال الصحة النفسية، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين.



## ***Abstract***

This study aimed towards identifying of anxiety and depression symptoms as well as Coping strategies in dialysis patients who are live in the northern districts of the West Bank and their relation to demographic variables.

The study sample consisted of all adult renal failure patients treated using dialysis in the northern districts of the West Bank, which consisted of (307) patients both females and males according to the northern West Bank districts dialysis units records in summer 2010 . 258 questionnaires were filled .

A descriptive correlational method was used in the study. A questionnaire was used as a tool to collect the study data, The results reveled that the participants suffer from moderate external-centered anxiety with 73.7% . There was statistical significant differences in the levels of anxiety in relation of participants who do dialysis three times a week were more anxious than others, and participants who have hope for a future kidney transplant are more anxious than those who don't have a chance.

As for the prevalence of depression it has been found that 19.8% of all participants suffer from moderate to sever depression. There was statistical significant differences in the levels of depression in relation of time of filling the questionnaire for the sake of those who filled the questionnaire prior to dialysis. Also, the illiterate participants have higher rates of depression than educated participants; participants who do dialysis three times a week had higher rates of depression than other participants.

Regarding the use of adaptation strategies to stressful daily life events; positive strategies, negative strategies, and behavioral strategies, the participants used the three strategies in moderation , Whereas the results reveled that statistical significant differences exists in the levels of positive adaptation strategies for the participants whose monthly income is lower than 2501 NIS used positive adaptive strategies more than other participants. Also, participants who suffer from more than one illness have positive adaptation strategies. In addition, the participated who filled the questionnaire prior dialysis reported positive using positive adaptation strategies as well as those who do dialysis twice a week.

In relation to negative adaptation strategies the results revealed that married participants and those who do not have other illnesses use them more frequently. However, regarding behavioral strategies the results were statistically significant for the participants whose ages were above 55 years.

In the light of these results the study came up with recommendations for policy makers, researchers, workers in mental health field, psychologists and social workers.

## الفصل الأول

1.1 المقدمة

2.1 مشكلة الدراسة

3.1 أهمية الدراسة

4.1 أهداف الدراسة

5.1 أسئلة الدراسة

6.1 حدود الدراسة

7.1 مصطلحات الدراسة

## الفصل الأول

### 1.1 المقدمة

لقد أدى تغير نمط الحياة وزيادة الانفتاح العلمي بين دول العالم إلى معرفة جملة من الأمراض المزمنة وغير المزمنة، التي لم يكن الإنسان يتحكم بها في القديم. أما اليوم فإنه يستطيع من خلال المنهج العلمي وصف، وتفسير، وتنبؤ، ومعالجة، الظواهر المرضية أكانت مزمنة أم غير مزمنة.

لذا فإن تقدم المجتمعات بصورة دينامية واستمرار البحث والعلم في خصائصه الإنسانية، أدى إلى تطور تقنيات جديدة لفحص الآثار الجانبية للأمراض المزمنة على نفسية المريض ومنها القلق، والتوتر، والاكتئاب، وانخفاض مستوى التكيف الناتج من التفكير اللاعقلاني، والتفكير بالموت، ومن هذه الأمراض مرض الفشل الكلوي الذي له عدة أسباب منها مضاعفات مرض السكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض الكلى المختلفة (تايلور، 2008).

يواجه الإنسان في حياته كثيراً من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة له بحيث تتعرض رفاهيته وتكامله للخطر نتيجة لذلك، فالأمراض المزمنة ومنها مرض الفشل الكلوي تعتبر أحد الأحداث الحياتية الضاغطة والذي من المعتقد أن له علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية.

ربما يزداد الضغط الناتج عن المرض وعلاجه مع عوامل ضاغطة أخرى مثل وضع العائلة الاقتصادي، ظروف العمل، بالإضافة إلى الضغوط اليومية الأخرى الموجودة قبل إصابة المريض بفشل كلوي ولجونه إلى الغسيل الكلوي (كفاي، 2006).

تعرف الصحة النفسية للفرد على أنها عبارة عن التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها، وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية. ويتأثر التوافق النفسي لمرضى الفشل الكلوي بعدة عوامل مثل: العائلة، الأصدقاء، والمعتقدات الدينية وهي جميعها مهمة في إعطاء الأمل للمريض (فهمي، 1967).

وتعتبر الضغوط النفسية من أسباب سوء التوافق النفسي مع المرض الجسدي ويمكن أن تتخذ هذه الضغوط أشكال شتى على مستوى الجماعات أو على المستوى الفردي (كما في حالة الإصابة بمرض)، والمفتاح الرئيسي لفهم الاستجابات للضغوط لا يعتمد على طبيعة الضغوط ومصادرها وإنما يتوقف على الكيفية التي بها يستجيب الفرد إلى تلك الضغوط، فبعض الناس ينهارون، بينما نرى غيرهم يجتهد للتعامل مع الظروف الطارئ الضاغطة، وهذا يعتمد على أن لكل شخص قدرة على التكيف والتوافق النفسي وهي تختلف من شخص إلى آخر، وحسب طبيعة الضغوط ومصادرها، وبنية شخصية الفرد، ومزاجه وعمره وجنسه وصحته النفسية (بطرس، 2008).

وفي المجتمع الفلسطيني والذي يعاني من الاحتلال، والاضغاط المستمرة، فإن مرضى الفشل الكلوي، والخاضعين منهم إلى برامج غسيل كلوي معرضون في كل وقت للموت في حال لم يقوموا بعملية الغسيل الكلوي الأمر الذي يجعل ظروفهم ومشاكلهم مختلفة عن مرضى الغسيل الكلوي في دول العالم الأخرى. حيث بين تقرير مؤسسة الضمير في فلسطين والمتعلق بآثار الاحتلال ونتائجه في عام (2008) إن 70 مريضاً قد ماتوا نتيجة الإغلاق. منهم 9 حالات ناتجة عن عدم قدرتهم على عمل غسيل كلوي بسبب لعدم القدرة على وصول المستشفيات.

لذا فإن الباحث يسعى في هذه الدراسة إلى فحص مدى انتشار القلق والاكتئاب وأساليب التكيف عند مرضى الغسيل الكلوي في منطقة شمال الضفة الغربية خاصة وأن هناك قليل من الدراسات العربية والفلسطينية حول هذا الموضوع. ومن هنا تأتي أهمية هذه الدراسة لتسليط الضوء على هذه الفئة ووضعها النفسي وحاجاتها، من أجل الخروج بتوصيات للعاملين في مجال الصحة النفسية والمراكز العاملة في مجال الصحة النفسية والمجتمعية.

## 2.1 مشكلة الدراسة

يشكل الفشل الكلوي أحد الأمراض المزمنة، كما انه من الممكن أن يسبب مضاعفات مثل باقي الأمراض المزمنة، حيث أصبح الاهتمام به من أولويات الدول، وأصبحت الدول العظمى ترصد من ميزانيتها السنوية جزءاً لمعالجة المرضى المصابين بالفشل الكلوي من زراعة كلى أو الغسيل الكلوي .

إن مرض الفشل الكلوي هو مرض عالمي تعاني منه جميع دول العالم بنسب متفاوتة. ففي تقرير نشرته المؤسسة الوطنية للكلى في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2005 تبين انه يجري

معالجة اكثر من 485,000 امريكي من الفشل الكلوي . وأن أكثر من 341,000 يخضعون لبرامج غسيل كلوي . ([http://www.kidney.org/news/newsroom/fs\\_new/esrdinus.cfm](http://www.kidney.org/news/newsroom/fs_new/esrdinus.cfm))

كما وتشير الإحصائيات إلى أن أعداد الأشخاص الذين بحاجة إلى غسيل كلوي وخاضعين إلى عملية الغسيل الكلوي في المملكة العربية السعودية هو (9400) مريض، بزيادة 9% سنويا في معدل الإصابة (جريدة العرب الدولية، 2007).

أما بالنسبة لفلسطين فقد أظهرت إحصائيات وحدات غسيل الكلى المنتشرة في الضفة الغربية إلى أن (530) مريضا يعانون من المراحل النهائية من الفشل الكلوي، ويخضعون لغسيل الكلى، وأن هذا العدد في ازدياد مستمر (وحدات غسيل الكلى، وزارة الصحة الفلسطينية، 2009).

ومن هذا يمكن أن نستنتج أن مرض الفشل الكلوي مرض عالمي يحتاج إلى عمل وجهود دولية كبيرة من أجل وضع سياسات، وبرامج توعية لأسباب الفشل الكلوي، والأمراض المزمنة التي يمكن السيطرة عليها والتي قد تؤدي إلى فشل كلوي. كما أن انتشار هذا المرض المهدد لحياة الإنسان يجعل من الضروري البحث عن الآثار النفسية التي يتركها على المرضى، فإصابة الشخص بمرض الفشل الكلوي ممكن أن يؤدي إلى آثار نفسية كبيرة قد تحد من قدر الفرد على التكيف مع المرض فمشاعر الخوف من المرض ومن فقدان الصحة، ومن فقد الأصدقاء والأقارب. وكذلك مشاعر التوتر والقلق والأرق لكثرة مخاوفه وتوقعه للخطر، ولجوء المريض للحيل الدفاعية وعلى الأخص الإنكار لنفي وجود حقائق مؤلمة وتمكن المريض من الهروب من الأفكار، والقلق، والرغبات التي يستطيع تحقيقها، كلها آثار نفسية يمكن أن يعاني منها مريض الفشل الكلوي وبسبب الشح في مثل هذه الدراسات في العالم العربي، والتي تنطرق إلى الجوانب النفسية للفشل الكلوي جاءت هذه الدراسة لتحاول الخوض في الجانب النفسي للمرضى الخاضعين للغسيل الكلوي، ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة للإجابة على السؤال الرئيسي التالي: ما مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب؟ وما أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية؟

### 3.1 أهمية الدراسة

تتبع الأهمية لهذه الدراسة من خلال دراستها للمرضى المزمنين الذين يعانون من فشل كلوي ويخضعون لغسيل كلوي، فهذه الفئة من المرضى هم أكثر عرضة للضغوط النفسية التي تكون ناتجة عن طبيعة مرضهم وخطورته إذا لم تتم عملية الغسيل الكلوي في الوقت المحدد لها، وكذلك احتمالية وفاتهم في فترة قصيرة في حال لم تتم عملية زرع كلى لهم، أو استمرارية عملية الغسيل الكلوي، حيث قد تجعلهم هذه الأوضاع عرضة للضغط النفسي والتوتر الذي قد يؤدي إلى ظهور أعراض للقلق أو الاكتئاب أو صعوبة في التكيف. ومن ذلك يمكن تلخيص أهمية هذا البحث :

1. تعد هذه الدراسة أول دراسة في المجتمع الفلسطيني وفي حدود ما اطلع عليه الباحث من دراسات تناولت بالبحث القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى الأشخاص الخاضعين لغسيل كلوي.
2. تأتي أهمية هذه الدراسة من أهمية وخصوصية مجتمع الدراسة وهم مرضى الغسيل الكلوي.
3. الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في وضع سياسات وآليات للتعامل مع المرضى ومساعدتهم.
4. أن الضغوط النفسية لدى المرضى المصابين بالفشل الكلوي مستمرة بالازدياد وأن دراستها وفهم الظروف المحيطة بها ستسهل عملية مواجهتها والتكيف معها ومساعدة هؤلاء المرضى من قبل الأخصائيين والمهنيين.
5. يتوقع من نتائج هذه الدراسة إعطاء تصور واضح عن الوضع النفسي لمرضى الغسيل الكلوي وما يعانيه هؤلاء المرضى نتيجة لطبيعة المرض.

### 4.1 أهداف الدراسة

- 1 . هدفت هذه الدراسة إلى فحص انتشار أعراض القلق والاكتئاب، لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية .
- 2 . التعرف الى أساليب التكيف عند مرضى الغسيل الكلوي في شمال الضفة الغربية .
- 3 . فحص انتشار أعراض القلق والاكتئاب. والتعرف الى اساليب التكيف (التفاعل الايجابي، التفاعل السلبي، التفاعل السلوكي ) وفق المتغيرات التالية:
  - أ. وقت تعبئة الاستبانة .
  - ب. الجنس.
  - ج. العمر.

- د. الحالة الاجتماعية.
- ه. المستوى التعليمي.
- و. العمل.
- ز. الدخل الشهري.
- ح. عدد مرات الغسيل الكلوي اسبوعيا.
- ط. الامل في زراعة كلية مستقبلا.
- ي. المعاناة من أمراض أخرى أو اعاقات.

## 5.1 أسئلة الدراسة:

1. ما مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية ؟
2. ما أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية؟
3. هل هناك فروق بين أعراض القلق لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة تبعا للمتغيرات الديمغرافية التالية: (وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي ، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي اسبوعيا، الامل في زراعة كلية مستقبلا ، المعاناة من أمراض أخرى أو اعاقات) ؟
4. هل هناك فروق بين أعراض الاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة تبعا للمتغيرات الديمغرافية التالية: (وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي اسبوعيا، الامل في زراعة كلية مستقبلا، المعاناة من أمراض أخرى أو اعاقات) ؟
5. هل هناك فروق في أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة تبعا للمتغيرات الديمغرافية التالية: (وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي اسبوعيا، الامل في زراعة كلية مستقبلا، المعاناة من أمراض أخرى أو اعاقات) ؟

## 6.1 حدود الدراسة

اشتملت حدود الدراسة على النقاط التالية:  
**الحدود المكانية:** وهي مستشفيات شمال الضفة الغربية والموجودة بها وحدات غسيل الكلى وهي (نابلس، جنين، طولكرم، وقلقيلية، سلفيت) .



**الحدود الزمانية:** تتحدد نتائج هذه الدراسة بالفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة وهي (2010-2011)

**الحدود البشرية:** اشتملت هذه الدراسة مرضى الفشل الكلوي البالغين الخاضعين منهم إلى عملية غسيل كلوي وقت جمع البيانات.

**الحدود المفاهيمية:** اقتصرت هذه الدراسة على دراسة أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى الأشخاص الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية .

## 7.1 مصطلحات الدراسة

**القلق النفسي:** هو شعور بالتوتر الداخلي أو الخوف أو التوجس، والقلق هو أحد الوظائف الهامة للدماغ حيث يعمل على تجنيد كل طاقات الإنسان الجسدية والعقلية لمواجهة الموقف المثير للقلق وذلك عن طريق رفع درجة التنبيه الذهني والعصبي، وتنبيه إفرازات الغدد لهرموناتها، لذلك نرى أن القلق الطبيعي يساعد على التكيف ويشكل حافزا على حل المشكلات الحياتية ومواجهتها (علاونه، 2004)، أما القلق الشديد "فهو إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية وهو دائما يتصف بعلامات فسيولوجية مثل التعرق والتوتر وازدياد ضربات القلب وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح" (Webster,1991).

كما ويعرف رضوان (2002) القلق على انه "واحد من المشاعر الأساسية الطبيعية لدى الإنسان مثله مثل الغضب، والفرح، والحزن، التي ترافق الإنسان منذ لحظات الولادة حتى نهاية الحياة، ويظهر القلق في المواقف التي يقيمها الفرد على انها مهددة وغير مضمونه ويصعب السيطرة عليها" .

ويعرف القلق النفسي إجرائيا على انه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس القلق المستخدم في هذه الدراسة.

**الاكتئاب:** "هو زملة أو متلازمة اكلينيكية يسيطر عليها المزاج الاكتئابي الذي يترجم عبر التعبير اللفظي وغير اللفظي، وهو يشتمل أيضا على اضطرابات يمكن أن تنعكس سلبا على عدة وظائف: القابلية للنوم وللشهية التي تزداد أو تتخفض، النشاط الجنسي الذي يضطرب، والطاقة التي تتناقص، يضاف إلى ذلك اضطراب الدافعية الذي يترجم عبر تناقص (أو حتى انعدام) النشاط، وعبر تناقص

الاهتمام والإحساس بالسرور أو الرضي عن الذات . كما يترجم أيضا عبر الرغبة في الهروب عن طريق الانتحار" (نصار، 2006، ص 55) .

أما رضوان (2002) فقد عرف الاكتئاب على انه الحالة التي لا يتمكن فيها الإنسان من تحمل الإحساس بالانقباض والحزن ويصبح حملا ثقيلًا عليه، أو عندما تستمر هذه المشاعر لوقت طويل، ويصبح عاجزا عن أداء أبسط الواجبات أو يقوم بها بجهد كبير.

ويعرف الاكتئاب إجرائيا في هذه الدراسة على انه "الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس بك للاكتئاب.

**التكيف:** هو سعي الفرد الدائم للتوفيق بين مطالبه وظروفه ومطالب وظروف البيئة المحيطة، فالفرد كثيرا ما يجد نفسه في ظروف أو في بيئة لا تشبع كل مطالبه وحاجاته، بل قد تكون هذه الظروف وهذه البيئة مصدر أعاقاة لإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية (الهابط، 2003). أما رضوان (2002) فيعرف التكيف على انه "التغير الذي يحصل للفرد من الداخل دون حصول أية تعديلات أو تغييرات من الخارج".

ويعرف التكيف إجرائيا على انه الأساليب التي يستخدمها المريض لمواجهة مرضه والتي سيتم قياسها من خلال أداة صممت لهذا الغرض.

**الفشل الكلوي:** هو توقف مفاجئ أو تدريجي لوظائف الكلية مما يؤدي إلى خلل في عملية تنقية الدم وإخراج السموم من الجسم ، (العينية ، 2005) وسيتم اعتماد هذا التعريف كتعريف إجرائي.

**الغسيل الكلوي:** تقوم عملية الغسيل الكلوي مقام الوظيفة الطبيعية للكلية عن طريق التخلص من الفضلات المتخلفة عن عملية الأيض وعن طريق خاصية انتشار الجزيئات وتدرج الضغط الهيدروليكي وذلك باستخدام غشاء صناعي شبه منفذ (جهاز الغسيل الكلوي) أو غشاء طبيعي شبه منفذ (الغشاء البريتوني) حيث يمكن مرور بعض الجزيئات ويتم حجز الجزيئات الأخرى من خلال تلك الأغشية، وتنتقل الجزيئات التي تمر من الغشاء من المنطقة ذات التركيز المرتفع إلى المناطق ذات التركيز المنخفض، ويعتبر السائل المستخدم في الغسيل الكلوي مزيجا من مياه معالجة وتركيزات معينة من أملاح معدنية متألينة. يتم إجراء عملية الغسيل الكلوي بالاستعانة بوسيلتين أساسيتين هما: الغسيل الدموي، والغسيل البريتوني. ففي حالة الغسيل الدموي يستخدم جهاز

للتخلص من الفضلات الناتجة عن عملية الأيض. أما في حالة الغسيل البريتوني فيتم الاستعانة بالتجفيف البريتوني والغشاء البريتوني للمريض لإجراء عملية الغسيل الكلوي (العينية، 2005).

لقد تم ذكر الغسيل الكلوي في عدة مسميات ومصطلحات منها (الاستشفاء الدموي، الديال، الديستال، وغيرها) ولكن سيتم في هذه الدراسة استخدام مصطلح الغسيل الكلوي ليبدل على كل المصطلحات السابقة الذكر.

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### 1.2 مفهوم القلق

1.1.2 قلق الحالة وقلق السمة

2.1.2 مستويات القلق

3.1.2 النظريات المفسرة للقلق

4.1.2 تعليق على النظريات التي فسرت القلق

#### 2.2 اضطراب الاكتئاب

1.2.2 مفهوم الاكتئاب

2.3.2 تصنيف الاكتئاب

3.3.2 النظريات المفسرة للاكتئاب

4.3.2 تعليق على النظريات التي فسرت الاكتئاب:

#### 3.2 التكيف النفسي

1.3.2 مفهوم التكيف النفسي

2.3.2 خصائص عملية التكيف

3.3.2 أنواع التكيف

4.3.2 أشكال التكيف

5.3.2 أساليب التكيف في مواجهة الأزمات الحياتية

#### 4.2 الفشل الكلوي

1.4.2 يقسم الفشل الكلوي إلى قسمين

2.4.2 علاج الفشل الكلوي ( المزمن والحاد):

3.4.2 المعالجة بالغسيل الكلوي

4.4.2. الغسيل البيروتوني

5.4.2 غسيل الكلى أو الديليزة الدموية

6.4.2 زرع الكلى

5.2 الآثار النفسية للأمراض المزمنة على المرضى

6.2 . الدراسات السابقة

1.6.2. الدراسات العربية

2.6.2 . الدراسات الأجنبية

3.6.2. تعليق على الدراسات السابقة:

### 1.2 مفهوم القلق

يعرف القلق على انه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل" (oxford, 1989)، كما ويعرف القلق حسب معجم وبستر (1991) على انه "إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشي، وهو دائما يتصف بعلامات فسيولوجية مثل التعرق، والتوتر، وازدياد ضربات القلب وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة التهديد، وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد".

عرف عثمان القلق على انه "حالة وجدانية تمتلك الإنسان، ترتبط بشيء غير واضح، قد يكون موجودا أو غير موجود تسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم" (عثمان، 2001، ص18).

ويرتبط مفهوم القلق حسب الإطار النظري الذي ينتمي إليه المعروفون فعلى هذا الأساس لا يمكن القول بان هناك تعريف شامل للقلق يعكس كل هذه التوجهات حيث يعرف فرويد القلق العصابي على انه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد" (العيسوي، 1992، ص123).

في المقابل يعرف السلوكيون القلق على انه "تعميم لاستجابات الخوف الحادثة كنتيجة لمواقف أو أحداث ما" (فهيمي، 1967).

في حين ينظر المعرفيون إلى القلق على انه نتاج لخلل فكري، حيث يعرفه بيك Beck على انه "انفعال يرتبط بتوقع لخطر محتمل" (باترسون، 1990، ص33).

وانطلاقا مما سبق يمكن القول بان هذه التعريفات تعكس نظرة المنظرين حيث ركزت تعريفاتهم على طبيعة نمو وتطور هذا الاضطراب .

## 1.1.2 قلق الحالة وقلق السمة:

لقد توصل سبليبرجر Spielberg بعد العديد من الأبحاث والدراسات إلى أن القلق يأخذ شكلين هما :

### 1 . قلق الحالة Trait Anxiety

وهو حالة مؤقتة من القلق تحدث نتيجة لمثير معين، وتتفاوت هذه الحالة تبعاً لتفاوت درجة هذا المثير، وتتضمن هذه الحالة مشاعر التوتر والخوف مصاحبة بردود فعل فسيولوجية وتحدث حالة القلق هذه نتيجة لموقف يدركه الفرد على أنه تهديد .

### 2 . قلق السمة State Anxiety

تعتبر سمة القلق كباقي سمات الشخصية التي تتشكل بقوة في مرحلة الطفولة والشباب والرشد، وتشير سمة القلق إلى الفروق الفردية الثابتة نسبياً للتهيج والاستعداد للإصابة بالقلق وبشكل آخر تشير إلى الفروق بين الناس في الاستعداد لإدراك المواقف بوصفها مواقف مهددة والاستجابة لهذه المواقف بدرجات عالية من القلق، وان هذا الاستعداد للقلق يبقى كامناً حتى تنشط بواسطة ضغوطات تكون مصحوبة بمواقف خطيرة ( رضوان، 2002).

في ضوء ذلك فإن الشعور بالقلق في مواقف الإحباط والصراع مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر بحسب الاستعداد للقلق عند كل منهما، فالشخص ذو الاستعداد العالي يظهر القلق والتوتر في مواقف الإحباط والصراع أكثر من الشخص ذو الاستعداد المنخفض للقلق .

## 2.1.2 مستويات القلق

1. المستوى المنخفض من القلق: تحدث فيه حالة من التنبيه العام مع زيادة اليقظة والحساسية للأحداث الخارجية، كما تزيد قدرة الفرد على مقاومة الخطر ويكون الفرد في حالة تحفز وتأهب لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها حيث يكون القلق في هذا المستوى إشارة إنذار لخطر وشيك الحدوث.

2. المستوى المتوسط من القلق: يصبح الفرد في هذا المستوى أكثر قدرة للسيطرة، حيث تزداد المرونة في سلوك الفرد، وتسيطر هذه المرونة في مختلف مناحي حياة الفرد، وتزداد لدى الفرد القدرة على الابتكار.

3. المستوى العالي من القلق: يصبح الفرد في هذا المستوى غير قادر على التمييز بين المنبهات الضارة وغير الضارة، وفي هذا المستوى ونتيجة لعدم قدرة الفرد على السيطرة على الأحداث تظهر عليه أعراض القلق من تشتت في الفكر وحدته، وسرعة تهيجه والعشوائية في سلوكه (عثمان، 2001).

### 3.1.2 النظريات المفسرة للقلق:

#### النظرية الفسيولوجية :

يفسر أتباع هذا الاتجاه القلق على انه ناتج من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعية السمبثاوي والباراسمبثاوي الأمر الذي يؤدي إلى زيادة نسبة الأدرينالين في الدم، حيث ينشط الكبد وإفراز السكر في الدم، وتنبيه الجهاز العصبي السمبثاوي الذي يؤدي إلى رفع ضغط الدم وتسارع ضربات القلب وجحوظ العينين وشحوب الجلد وجفاف الحلق وتصبب العرق وعمق التنفس وسرعته وارتجاف الأطراف، أما أعراض الجهاز البراسمبثاوي فهي كثرة التبول والإسهال ووقوف الشعر واضطراب الأمعاء والنوم وفقدان الشهية للطعام (العزة، 2004).

إن المسؤول عن تنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيپوثلاموس الذي يقع في المنطقة المتوسطة من الدماغ وهو مركز التعبير عن الانفعالات وهو على اتصال دائم بالمخ الحشوي لتلقي التعليمات حول طبيعة المثيرات من أجل القيام بعملية التكيف اللازمة وهكذا تدور الدائرة العصبية المستمرة بين قشرة الدماغ والهيپوثلاموس والمخ الحشوي ومن خلالها نحس بانفعالاتنا وهذه الدائرة تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية وهناك هرمونات عصبية مسؤوله عن ذلك هي السيروتونين والنورادرينالين والدوبامين بالإضافة إلى هرمون الاستايلكولين في قشرة الدماغ، وأن أسباب الاضطرابات النفسية والعقلية تعود إلى اضطراب في هذه الهرمونات الأمر الذي يجعلنا قادرين على التحكم فيها ومن ثم السيطرة على القلق والمخاوف المرضية عن طريق خلق حالة من التوازن في وجودها (Lippincott, 2003).



## القلق من وجهة نظر نظرية التحليل النفسي :

يعد فرويد رائد مدرسة التحليل النفسي ومن أوائل الذين تحدثوا عن القلق على انه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد" (العيسوي، 1992، ص123).

حيث ينشأ القلق من ضغط الغرائز المكبوتة للتعبير عن نفسها وكسر الكبت حيث يعتبر القلق ميكانيزم داخلي غير مدرك ينشأ عندما تهدد الهوية (ID) بالتغلب على دفاعات الأنا Ego Defense mechanism وإشباع تلك الغرائز التي لا يوافق المجتمع على إشباعها والتي جاهد الانا (Ego) في سبيل كبتها، فالقلق إشارة إنذار تطلق لانا لتحفيزها على العمل على كبت تلك الرغبات حيث تلجأ الانا إلى الحيل الدفاعية كالتبرير والإسقاط والنكوص وغيرها من حيل دفاعية، واستخدام الانا لهذه الحيل الدفاعية لا يؤدي إلا إلى راحة مؤقتة حيث يشتد القلق وتلجأ لاشعوريا إلى وسيلة أخرى في محاولة أخيرة للتنمويه لتحقيق استمرارية كبت هذه الخبرات الأشد إيلاما من القلق نفسه.

ويرى فرويد أن القلق العصابي يمكن أن يظهر في صورة قلق عام لا يرتبط بموضوع محدد حيث يشعر فيه الفرد بحالة من الخوف العام غير المحدد، كما يمكن أن تظهر المخاوف كمخاوف عصابية حتى وان كانت من موضوعات محددة إذا فاقت في شدتها ما هو متوقع أو كانت المثيرات لا تثير القلق أساسا لدى الأشخاص العاديين ومن ذلك الخوف مثلا عند رؤية الدم أو الحشرات (فهيم، 1997).

أما يونغ Jung فيعتقد ان القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة من اللاشعور الجمعي، واللاشعور الجمعي من السمات المميزة لنظرية يونغ حيث يشكل مجموع الخبرات الماضية التي يرثها الإنسان من الأجيال السابقة، فالقلق هو خوف من سيطرة اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي ما زالت باقية فيه من الأجيال السابقة، كما ويعتقد يونغ بان الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وان ظهور هذا الشيء الغير معقول من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده (عثمان، 2001).

أما أصحاب النظرية التحليلية الجدد فقد قللوا من أهمية العوامل البيولوجية والغريزية مبرزين أهمية العوامل الاجتماعية وأهمية فاعلية الانا، ومن ابرز هؤلاء كارن هورني Horney فقد أكدت على أهمية القلق الأساسي وعلاقته بالحاجات الأساسية والتي ترتبط بشكل واضح بالحب والتقبل

والتعاطف والاعتراف وخاصة من الوالدين مؤكدة على أن انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وشعور الطفل بالنبذ والحرمان من الحب والعطف والحنان والضعف وسط عالم عدواني هو أهم مصدر من مصادر القلق (حواله، 1991).

أما أدلر Adlar فقد ربط القلق بمشاعر العجز والنقص مبرزاً أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك وخاصة الأسرية منها كالتدليل الزائد للطفل أو نبذه والترتيب الميلادي يمكن أن تزيد من مشاعر العجز وحدة القلق، حيث كان أدلر يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع وهذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، حيث يرى أدلر أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار وللتغلب على هذا العجز يسلك طريق السوية، فالإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به ويستطيع الفرد أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه ( فهمي، 1997، عثمان، 2001).

#### القلق من وجهة نظر النظريات السلوكية :

يعطي السلوكيون أهمية كبيرة لعملية التعلم ويرون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي ويركز الأوائل من السلوكيين من أمثال واطسن Watson على أن عملية التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد للقلق ويصبح القلق من المؤثر الشرطي دافعا مكتسب وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم القلق يلاحظ أن المثيرات المشابهة لتلك التي تعلم الإنسان أن يقلق منها والأكثر شبيهاً بها هي الأكثر إثارة للقلق (رضوان، 2002).

ولا تختلف نظرية سكينر Skinner كثيراً عن مسار التفسير الاشرطي الكلاسيكي، حيث يرى أن السلوك إجمالاً بما في ذلك السلوك غير السوي والمرضي يظهر كنتيجة لمرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة جعلت منها مثيراً قوياً ومستمرًا مثل هذه الاضطرابات ( Monte ، 1987).

أما البرت باندورة Bandura في نظريته التعلم الاجتماعي يؤكد على أهمية التفاعل المتبادل بين المثيرات وخاصة المثيرات الاجتماعية والسلوك، والعوامل الشخصية المعرفية والانفعالية، فهو يرى أن ظهور القلق مرتبط بحدوث مثيرات غير مرغوبة شريطة أن يكون لدى الفرد استعداد نفسي لظهوره متمثلاً في المفهوم السالب للفرد عن قدراته، وعليه فإن القلق وان عبر عن استجابات

بمثيرات خارجية مؤلمة فإن هذا الارتباط يبقى ارتباطاً جزئياً مرتبطاً من جانب آخر بالسمات الشخصية ولعل من أهمها مشاعر عدم الكفاية التي تعمل كمعزز ذاتي للقلق (Monte, 1987).

### القلق من وجهة نظر النظرية المعرفية :

تقوم النظرية المعرفية على افتراض أن الاضطرابات النفسية التي تصيب الإنسان مرتبطة بشكل رئيسي في عدم قدرته على معالجة المعلومات لديه كما تفترض أيضاً وجود أبنية معرفية وهي ما تسمى (مخطوطات ذهنية) عاجزة عن التكيف، حيث تسيطر على المريض وينتج عنها أفكار مصاحبه للاضطراب – بل قد تكون عامل مساعد لاستمراره وان الإنسان من وجهة النظرية المعرفية لديه القدرة على تكوين واقعه الخاص به (عارف، 1998).

يرى بك Beck أن القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم لخطر محتمل، ويرى أن أعراض القلق تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر والتي تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها وانخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعلق فيها وتقويمها بموضوعية، هذا يؤدي إلى تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يؤدي إلى إدراك إي مثير أو موقف مهدد (باترسون ، 1990).

### القلق من وجهة نظر النظرية الإنسانية:

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

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

ولعل من أهم من يمثل هذا الفكر كل من ماسلو Maslow وروجرز Rogers حيث يعتقد ماسلو أن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلاً من عملها على تجنب الاحباطات أو إعادة التوازن وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات، إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن

يؤدي إلى القلق، كما يرى روجرز أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين إمكاناته وطموحاته أو بين الذات الواقعية وبين الذات المثالية (أبو العلا ، 1990)

#### 4.1.2 تعليق على النظريات التي فسرت القلق:

يرى الباحث انه يختلف علماء النفس في تفسيرهم لمفهوم القلق تبعاً لاتجاهاتهم النظرية، فمنهم من يركز على القلق كعصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة كما في نظرية التحليل النفسي، ومنهم من يركز على عملية التعلم وتعميمه كما في النظرية السلوكية، ومنهم من يركز على أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق كما في المدرسة الإنسانية، ومنهم من يركز على البنية المعرفية لدى الأشخاص كما في المدرسة المعرفية .

إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب القلق بالاعتماد على جميع النظريات السابقة :

1. **الاستعداد الوراثي:** حيث تشير بعض الدراسات إلى احتمال تدخل العوامل الوراثية للإصابة بالقلق فقد أثبتت الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقل واستجابته للمنبهات الخارجية لدى التوائم وقد وجد في الدراسات أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل 50% في مقابل 4% فقط بين التوائم غير المتشابهة وان 15% من آباء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض (محمد وموسى، 1997) .

2. **الاستعداد النفسي العام :** حيث وجود بعض الخصائص والسمات النفسية لدى بعض الأشخاص قد تساعد على ظهور القلق لديهم، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكان الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد والشعور بالذنب وغيرها من العوامل النفسية التي قد تؤدي إلى الإصابة بالقلق (زهران، 1997) .

3. **العوامل الاجتماعية:** وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية والضغط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة ، وأساليب التعامل الوالدي القاسية.

4. **العوامل النفسية:** ومن ذلك عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضмор الجهاز العصبي في الشيخوخة، وما يتبع ذلك من خلل في الوظائف الفسيولوجية والنفسية (عكاشة، 1992).

## 2.2 اضطراب الاكتئاب Depression disorder

لدى كل إنسان سوي أو هام ايجابية تحركه وتساعد على العيش والتقدم، لكن المصاب بالاكتئاب يبدو على العكس من ذلك فهو شخص تبدو عليه أحاسيس بعدم الفعالية وقد يكون هذا الشخص أكثر تعقلا من السوي ولكنه أكثر حزنا وأكثر هشاشة في التعامل مع المحيط الذي يعيش فيه، فيبدو إنسانا ضعيفا متألما يعيش تموجات وأحيانا إخفاقات توازنه النفسي من فتور الهمة إلى التشاؤم ومن اليأس إلى هوة الانتحار (نصار، 2006).

### 1.2.2 مفهوم الاكتئاب:

تعرف الموسوعة العربية العالمية (1997) الاكتئاب على انه "مرض عقلي يشعر فيه الإنسان بالحزن العميق وفقدان الأمل وبعدم الأهمية في الحياة".

كما ويعرف اميري (Emery) الاكتئاب على انه "خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء المرء لنفسه والتردد وعدم البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي جهد" (Emery, 1988, p 23).

أما الشناوي فيعرف الاكتئاب على انه "اختلال في الحالة المزاجية يؤدي إلى التشاؤم والحزن والنظرة القاتمة للنفس وللعالم والمستقبل" (الشناوي، 1998، ص 58).

وتعرف كوترو (Cottraux, 1993) المشار إليها في نصار الاكتئاب على انه زملة اكلنيكية يسيطر عليها المزاج الاكتئابي الذي يترجم عبر التعبير اللفظي وغير اللفظي بمشاعر حزن تترافق غالبا مع القلق، سخط، وحتى غضب وهو يشتمل أيضا على اضطرابات يمكن أن تتعكس سلبا على عدة وظائف منها القابلية للنوم وللشهية التي تزداد أو تتخفف، النشاط الجنسي الذي يضطرب، الطاقة التي تتناقص يضاف إلى ذلك اضطراب الدافعية التي تظهر عبر تناقص أو انعدام النشاط وتناقص الاهتمام والإحساس بالسرور (نصار، 2006، ص 19).

## 2.3.2 تصنيف الاكتئاب:

تصنف جمعية الطب النفسي الامريكية DSM-IV-TR American psychiatric Association  
1994 الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية Mood Disorder .

### 1. اضطراب الاكتئاب الأساسي Major Depression Disorder

تستمر هذه النوبة أسبوعين على الأقل يعاني الفرد فيها من خمسة أعراض على الأقل من أعراض الاضطراب وتشمل الاكتئاب واثنان على الأقل من الأعراض الأخرى كفقدان الاهتمام والتلذذ والاستمتاع بأي نشاط، وفقدان التوازن، وفقدان الطاقة والشعور بالخمول، والشعور بالذنب، وفقدان القدرة على التفكير والتركيز، وسيطرة الأفكار السلبية والتشاؤمية ومنها أفكار الموت والانتحار من غير وجود أي خطط لذلك وأحيانا محاولة الانتحار.

### 2. الاكتئاب العصبي Dysthemic disorder

ويتم بمزاج اكتئابي مستمر عادة سنتين على الأقل لدى الراشدين وسنة على الأقل لدى الأطفال، إضافة إلى الشعور بالاكتئاب فإن الفرد أيضا يعاني من عدد من الأعراض كفقدان الشهية للطعام أو زيادة الشهية، وضعف الطاقة وضعف تقدير الذات وعدم القدرة على التركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات ولا يحدث في هذا النوع من الاكتئاب أي نوبات من الاكتئاب الأساسي العظمى أو حالات هوس .

### 3. الاكتئاب غير المحدد Depression Disorder Not Other Wise Specified

ويمكن أن تأتي كأعراض مع اضطرابات أخرى.

### 4. الاضطراب ثنائي القطب 1- Bipolar Disorder -I

ويتم بحدوث نوبة هوس واحدة أو أكثر أو نوبة واحدة من نوبات الاكتئاب الأساسي على الأقل أو نوبات مختلفة، وتكون أعراض نوبة الاكتئاب الأساسي كما تم ذكرها في النوع الأول، أما أعراض نوبة الهوس فتكون بالشعور بالعظمة وسرعة الاستثارة إضافة إلى ثلاث على الأقل من الأعراض المصاحبة وتشمل تضخم الانا، ومفهوم الذات، وعدم الحاجة للنوم، والحديث الكثير، والأفكار الطائرة، والانتباه للأشياء الصغيرة، وزيادة النشاط، والانغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون احتمال الأمل فيها قليل وتستمر الحالة لأسبوع على الأقل كما أنها تكون شديدة بالدرجة التي تؤدي إلى العجز الاجتماعي .

## 5. الاضطراب ثنائي القطب -II Bipolar Disorder

ويشتمل على عدد من نوبات الاكتئاب وعدد من نوبات الهوس .

## 6. الاضطراب الدوري Cyclothymic Disorder

تستمر في هذا النوع من الاكتئاب نوبات الهوس والأعراض الاكتئابية والتي لا تقابل نوبة الاكتئاب الأساسي، وهذه الأعراض تستمر سنتين على الأقل لدى الراشدين وسنة على الأقل لدى المراهقين والأطفال، كما أنها لا تتقطع أكثر من شهرين.

## 7. الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد Bipolar Disorder Other Wise Specified

وتشتمل على الاضطرابات ثنائية القطب التي لا تقابل أعراضها معايير التصنيف تحت أي من الاضطرابات ثنائية القطب السابقة .

## 8. الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة

### Mood Disorder Due To General Medical

تتمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج اكتئابي ونوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية السيئة.

## 9. اضطرابات المزاج المرتبطة بتعاطي الأدوية او المواد الكيميائية

### Substance Induced Mood Disorder

وتتمثل أعراض هذا النوع من مزاج اكتئابي أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية وتظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانسحاب .

## 10. الاضطرابات المزاجية غير المحددة

### Mood Disorder Not Other Wise Specified

وتشتمل على الاضطرابات التي تظهر فيها أعراض اضطراب مزاجي والتي لا تقابل المعايير المحددة للتصنيف تحت أي من الأنماط السابقة .

يقسم الدليل مستويات الاكتئاب حسب حدته وطبيعته الذهانية ومحدداته إلى الأقسام التالية :

1 . البسيط X1 mild: وتوجد فيه بعض الأعراض الاكتئابية البسيطة غير معيقة لنشاط الفرد الاجتماعي والمهني.

2 . المتوسط X2 Moderate: وتوجد الأعراض أو بعضها بدرجة متوسطة من حيث تأثيرها على نشاط الفرد .

3 . حادة بلا أعراض ذهانية X3 Sever Without Psychotic Features: أعراض اكتئابية حادة ومعيقة بشكل كبير لنشاط الفرد المهني والاجتماعي .

4 . حادة مع وجود أعراض ذهانية X4 Sever with Psychotic Features: أعراض اكتئابية حادة ومعيقة لنشاطات الفرد مع ظهور ضلالات وهلاوس ترتبط بموضوع الاكتئاب .

يعتبر الاكتئاب البسيط والمتوسط من اخطر أنواع الاكتئاب ،لانه قد يؤدي بالشخص الى الانتحار أكثر من الاكتئاب الحاد .

### 3.3.2 النظريات المفسرة للاكتئاب:

#### النظرية البيولوجية :

تشتمل العوامل البيولوجية المؤدية للاكتئاب على وجود خلل في التوصيل العصبي في الدماغ مثل النوربنفرين Norepinefrine، والسيروتينين Serotinine حيث يعملان على نقل السيال العصبي بين الأعصاب عبر الوصلات العصبية وهاتين المادتين تتركزان في الجهاز العصبي الطرفي ولكن ليس واضحا ما إذا كانت التغيرات في فسيولوجيا الدماغ هي التي ينتج عنها الاكتئاب او ان الاكتئاب هو الذي ينتج عنه تغيرات في فسيولوجيا الدماغ.

كما وتركز هذه النظرية على تأثير اختلال الإفرازات الهرمونية وخاصة إفرازات الغدة الدرقية Gland Thyroide، والغدة الكظرية Adrenaline في حدوث الاكتئاب بالإضافة إلى نقص الجسم لبعض الفيتامينات وخاصة فيتامين 6، وفيتامين 12. (الشناوي، 1998).

#### نظرية التحليل النفسي:

فسر فرويد الاكتئاب على انه غضب موجه داخليا نحو الذات، ولكن بعد أن طور نظريته وقام بتحديد بناءات الشخصية ربط بين الاكتئاب والصراع الداخلي حيث ارجع الاكتئاب إلى الصراع



بين الذات العليا Super Ego والانا Ego مع إبقاء فكرته عن الخوف من فقدان موضوع الحب وقد ربطه بالعدوان، حيث يعتبر الاكتئاب عدوان على الذات وقد يرتفع إلى الدرجة التي يؤدي فيها إلى إقدام المكتئب على الانتحار (فرويد، 1989) .

لقد ركز فرويد في نظريته إجمالاً على أثر الخبرات الأولى في حياة الإنسان وخاصة في المرحلة الاوديبية، أما ابراهام Abraham وهو احد تلاميذ فرويد والمطبقين لنظريته فقد أثار هذا الموضوع في تفسيره للاكتئاب مؤكداً بان هذه الخبرات هي الأساس في إحداث الاكتئاب فيما بعد

ومع تطور مدرسة التحليل النفسي وظهور النظريات المركزة على سيكولوجية الانا أصبح ينظر إلى الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب كنتائج لضعف الانا وقدرته على التكيف حيث يؤدي هذا إلى فشل في تحقيق الفرد لأهدافه ومن ثم يبدأ فقدان الفرد لتقدير ذاته مؤدياً إلى درجات عالية من القلق ومن ثم إلى الاكتئاب (Schwartz, 1993) .

هذا التفسير أيضاً ينطبق على نظريات الانا الأكثر حداثة كنظرية اريكسون الذي أعاد كثير من الاضطرابات في دراساته على الأطفال والجنود المحاربين وغيرهم إلى الفشل في نمو الانا وحل أزماته المتتالية والتي تمثل متطلبات للنمو السوي حيث يفقد الفرد اهتماماته وأهدافه ومما ذكره اريكسون من متابعته لحالات الجنود العصابين بأنهم أشخاص فقدوا الإحساس بهوياتهم وعدم الشعور باستمرارية ماضيهم وحاضرهم ومستقبلهم وأصبحوا يشعرون بضياح أهدافهم ذات المعنى في الحياة (Erikson, 1963) .

تقوم نظرية اريك اريكسون على أن الشخصية وتحديد نمو الانا تقوم على تطبيقه لمبدأ التطور، حيث يقوم على أساس أن التغير والنمو محاولة للتكيف كنتاج للتفاعل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والشخصية . وبالنظر الى مراحل النمو كما يفترضها اريكسون، نجد انها تعبر عن تطور في الانا، حيث تمنحه في الظروف المثالية قوة جديدة للتكيف، فأزمات الحياة التي ذكرها اريكسونلا تعبر عن كونها مشكلة مستحيلة الحل أو مصاعب وعراقيل في طريق الانسان، بل هي نقطة عبور للمرحلة التي تليها، فكل شخص يواجه فيها صراعاته حتى يستطيع التقدم الى الامام، فالتغير في حياة الفرد الداخلية والخارجية التي تؤثر عليه، تشكل بعدا جديدا يستطيع الانسان تخطيه حتى يصل للنمو السليم، واما الاخفاق والفشل في تجاوزه وحل الازمة يعتبر مكونا سلبيا للانا (عدم الثقة، خجل ، شك ،....) فالعوامل الايجابية للانا تتمثل في حل أزمات النمو مما يعني إعطاء الفرد دفعة قوية للنمو السليم ، أما العوامل السلبية الناتجة من عدم حل الازمات أو حلها بشكل غير مرضي يشكل للانسان مشكلة أخرى (العزء، 2002) .

## نظرية التعلم الاجتماعي:

لقد كان سيلجمان Seligman أول من اثبت أن الاكتئاب استجابة نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها، حيث يرى سيلجمان أن تعرض الفرد لأحداث غير سارة فإنه يتعلم عدم مواجهتها انطلاقاً من اعتقاده بعدم وجود طائل من الاستجابة أو عدم قدرته على تغيير الأحداث وعندما تصبح هذه الأحداث شديدة فأن قلق الفرد وخوفه يمهّد لظهور الاكتئاب.

لقد قام سيلجمان Seligman بتطوير نظريته على أساس أن الاكتئاب عجز متعلم حيث انتهى إلى أن الاكتئاب يرتبط بأنواع من الخلل تشمل خلل دافعي Motivational Deficit، وخلل معرفي Cognition Deficit، وخلل في مفهوم الذات Self concept، وخلل وجداني Affective deficit، حيث تنتج الأنواع الثلاثة الأولى نتيجة لتعلم عدم القدرة على ضبط الأحداث في المقابل ينتج النوع الرابع نتيجة لتوقع النتائج المرغوبة غير محتمله أو غير متوقّعه وان ليس بالإمكان تعديلها فان العجز المتعلم Helplessness يحدث مؤدياً إلى الاكتئاب وتعتمد درجة تعميم الاكتئاب على درجة تعميم العجز المتعلم أي على اعتقاد الفرد بالعجز المتعلم أمام العديد من المواقف وتعتمد استمرارية الاكتئاب على استمرارية هذه المعتقدات بالعجز، كما وتعتمد درجة احترام الذات المصابة بالاكتئاب على الدرجة التي تدخل بها مشاعر العجز المتعلم وتعتمد درجة العجز في الجوانب (الدافعية -المعرفية -مفهوم الذات -الوجدانية) على درجة شدة التوقع بالنتائج السلبية، إضافة إلى أن توقع النتائج السلبية يتفاعل مع مشاعر العجز التي يربطها الفرد بنتائج الأحداث فكلما كانت النتائج أكثر أهمية فان مشاعر العجز أو عدم القدرة على ضبط الأحداث يمكن أن يؤدي إلى مفهوم ذات أكثر سلبية وبالتالي يحدث مشاعر أكبر بالحزن والاكتئاب (Seligman,1975, Costin &Draguns, 1989).

## النظرية المعرفية:

يرى آرون بك Beck أن طريقة التفكير الخاطئ هي الأصل في نمو الاكتئاب، وان المكتئبين يرون أن فشلهم يرجع إلى أخطاء فيهم ويضخمون ذلك إلى درجة الاكتئاب.

ولقد طور بك نظريته فيما بعد حيث ارجع الاكتئاب إلى ثلاث عناصر وهي الطرق السلبية لأدراك الفرد لذاته، والميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية، والنظرة السلبية للمستقبل، مؤكداً ارتباط هذه العناصر بالبنية المعرفية للفرد، وان البنية المعرفية Schema تفسر سبب ميل

البعض إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو ذاته أو تكوين اتجاهات مؤلمة له بالرغم من إمكانية وجود بعض الجوانب الايجابية في حياته، والبنية المعرفية هي الطرق أو النماذج المعرفية التي يستخدمها الأفراد لتفسير الأحداث وهذه البنية تحدد الطرق التي يبني بها الأفراد خبراتهم ( Beck et al , 1979).

### 4.3.2 تعليق على النظريات التي فسرت الاكتئاب:

يرى الباحث انه رغم الاختلاف في تفسير أسباب الاكتئاب تبعا للخلفية النظرية التي يفسر بها الباحثون الاكتئاب، إلا أن النظرة الشمولية تستوجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب تبعا للنظريات السابقة :

1. العوامل الوراثية: تشير الكثير من الدراسات إلى أهمية الوراثة في الاكتئاب، كما ويشير البعض إلى ارتباط الاكتئاب بالاضطرابات البيوكيميائية للدماغ والذي يرتبط بدوره بالعوامل الوراثية الجينية (Goldstein, 1988).

2. العوامل الاجتماعية: كالظروف الضاغطة وخاصة في الطفولة كفقدان احد الوالدين، أو القسوة في المعاملة الوالدية، وأسلوب الاعتمادية .

3. العوامل النفسية: ومنها الصراعات والخبرات المؤلمة وعدم القدرة على مواجهة العقبات والتحديات قد تكون سببا في نشوء الاكتئاب، والبعض يرى أن كل العوامل النفسية نتيجة للمرض وليس سببا له، غير ان بعض الدراسات اثبتت العكس مثل دراسة رينية Rennie التي أجراها حول أسباب الاكتئاب فوجد أن 80% من بين 208 من مرضى الاكتئاب يرجع أسبابها إلى عوامل نفسية (عكاشة، 1992).

4. تعاطي الأدوية والمخدرات: حيث أن تناول أدوية معينة مثل أدوية ضغط الدم وكذلك الأدوية المستخدمة في علاج الروماتيزم مثل مشتقات الكورتزون تؤدي الى تغيرات كيميائية في الدماغ يحدث نتيجة لذلك ظهور آثار جانبية منها الاكتئاب (مراد، 1994).

## 3.2 التكيف النفسي Psychological Adjustment

التكيف مفهوم مستمد أساساً من علم البيولوجي، فهو مشتق من نظرية تشارلز دارون عن التطور سنة 1859 والتي قال فيها إن الكائنات الحية التي تبقى هي الكائنات التي تستطيع أن تتواءم مع صعوبات وأخطاء العالم الطبيعي وهذا ما عبر عنه دارون بالبقاء للأصلح، ووفقاً لذلك يوصف سلوك الإنسان كردود أفعال للعديد من المطالب والضغوط البيئية التي يعيش فيها كالمناخ وغيره من عناصر البيئة الطبيعية (الهابط، 2003).

### 1.3.2 مفهوم التكيف النفسي:

التكيف في اللغة يعني التألف والتقارب واجتماع الكلمة فهي نقيض التخالف والتنافر والتصادم، والتكيف في علم النفس هو تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه لكي يحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين بيئته (فهيم، 1987).

كما ويعرفه الشيخ نقلاً عن الين (Aleen) أن التكيف في علم النفس "يشير إلى فهم الإنسان لسلوكه وأفكاره ومشاعره بدرجة تسمح برسم إستراتيجية لمواجهة ضغوط الحياة اليومية" (الشيخ، 2002، ص 43).

ويعرف كينان التكيف على أنه "ردود فعل غريزية على الخطر الواضح أو الوهمي" (كينان، 1999، ص 33).

من خلال التعريفات المختلفة يتضح بأن التكيف مظهر من مظاهر الصحة النفسية وهو عملية ديناميكية مستمرة بين الفرد والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها يهدف الفرد من خلاله إلى تعديل سلوكه أو أن يغير منه أو من البيئة الاجتماعية فينعكس ذلك على شعوره بقيمة ذاته ويمكنه من إقامة علاقات جيدة مع الآخرين ليوافق بين نفسه وبين العالم المحيط به، حيث يلجأ الفرد إذا ما اخل توازنه النفسي، أما لعدم إشباع حاجاته أو لعدم تحقيق أهدافه بقصد إعادة التوازن الذي يتحقق بإشباع هذه الحاجات أو تحقيق الأهداف، وعملية التكيف النفسي تسير وفقاً للخطوات التالية:

1. وجود دافع أو حاجة تدفع الإنسان إلى هدف خاص.
2. وجود عائق يمنع الوصول إلى تحقيق الهدف.

- 3 . القيام بمحاولات متكررة للتغلب على هذا العائق.
  - 4 . الوصول إلى الهدف وهنا يكون قد حقق الشخص هدفه فيسترد توازنه النفسي الذي اختل بسبب العائق.
  - 5 . قد يحدث أن يفشل الفرد في تحقيق هدفه وهنا قد يحدث هروبا من الموقف المعوق ويستمر اختلال توازنه النفسي وتوتره ويكتفي بإشباع بديل لهذا الهدف عن طريق الخيال وأحلام اليقظة أو اللجوء إلى تعاطي المخدرات (فهيمى، 1987).
- ويتوقف نجاح التكيف على مدى تكيف الفرد مع ذاته، ونقصد بذلك إن التوافق الذاتي أثقل وزنا واشد تأثيرا من التوافق الاجتماعي.

### 2.3.2 خصائص عملية التكيف:

- 1 . تتم عملية التكيف بإرادة الفرد ورغبته، باستثناء التكيف البيولوجي الذي يتم بطريقة آلية
- 2 . تزداد عملية التكيف وضوحا كلما كانت العوائق والعقبات شديدة أما إذا كانت العوائق بسيطة كانت عملية التكيف غير ظاهرة.
- 3 . تتأثر عملية التكيف بالعوامل الوراثية، فالعوامل الوراثية سيئة التكيف تجعل الفرد قاصرا عن التكيف.
- 4 . التكيف عملية مستمرة ما بقيت الحياة
- 5 . تتوقف درجة الصحة النفسية للفرد على مدى قدرته على التكيف في المجالات المختلفة (رضوان، 2002).

### 3.3.2 أنواع التكيف

#### 1 . التكيف الذاتي

وهو قدرة الشخص على التوفيق بين دوافعه وبين أدواره الاجتماعية المتصارعة مع هذه الدوافع لإرضاء الجميع إرضاء مناسباً في وقت واحد، حتى يخلو من الصراع الداخلي، وحتى يتسنى للشخص تحقيق التكيف الذاتي لا بد وأن يعتنق الفرد مبادئاً وقيماً معينه تكون هدياً له في حياته وتساعد على حسم المواقف التي تواجهه دون تردد، كما لا بد وأن يكون لدى الشخص توافق وتكامل بين وظائفه النفسية المختلفة وأن يكون قادراً على مواجهة أزماته النفسية العادية اليومية وقادراً على التغلب عليها (الهابط، 2003).

إن التكيف الذاتي أساس تكامل الشخصية واستقرارها والعجز عن تحقيق التكيف الذاتي يجعل الفرد في صراعات نفسية مستمرة تمتص جزءا كبيرا من طاقته لحل هذه الصراعات فنجد هذا الفرد العاجز عن التكيف الذاتي عرضة للتعب الجسمي والنفسي لأقل جهد يبذله نظرا لاستنفاد طاقته في حل صراعاته الداخلية كما نجدة أيضا نافذ الصبر سريع الغضب مما يؤدي إلى سوء علاقاته الاجتماعية بالآخرين، أي إلى سوء تكيفه الاجتماعي (الخالدي والعلمي، 2009) .

## 2 . التكيف الاجتماعي

ويعني تكيف الفرد مع بيئته الخارجية المادية والاجتماعية ويقصد ببيئته المادية كل ما يحيط بنا من عوامل مادية كالطقس والجبال والبحار والأنهار ووسائل المواصلات وغيرها، أما البيئة الاجتماعية فهي ما يسود المجتمع من قيم وعادات وتقاليد ودين وعلاقات اجتماعية ونظم اقتصادية وسياسية وتعليمية .

أن التغيير في البيئة سواء المادية أو الاجتماعية، يثير مشكلات لدى الفرد، تحتاج للتفكير والمواجهة، كما أنها تعرض الشخص للانفعالات والقلق وتتطلب منه تعديل سلوكياته، أما إذا كانت هذه التغييرات شديدة وعجز الفرد عن التكيف معها فسيكون نتيجة ذلك وقوعه فريسة للمرض، أما الفرد القادر على التكيف مع هذه البيئة المتغيرة يكون مصدر سعادة لنفسه وللآخرين (الهابط،2003).

## 3 . التكيف البيولوجي

وهو التغيير الآلي الذي يطرأ على الجسم دون علم أو إرادة منه، مثل ما يحدث عند استئصال إحدى الكليتين من تضخم في الكلية الأخرى وازدياد نشاطها، أو مثل ما يحدث من زيادة إفراز الغدة اللعابية عند تناول الطعام .

### 4.3.2 أشكال التكيف:

1. التكيف الحسن: وهو قدرة الفرد على إشباع دوافعه وحاجاته بطريقة ترضيه وترضي المحيطين به، أي أن يشبع الشخص حاجاته بطريقة لا يصطدم فيها بمعايير المجتمع الحسنة (كفاي،1987).

حيث أن التكيف الحسن والسليم يؤدي بالفرد إلى الراحة النفسية وإلى تكوين مفهوم ذات إيجابية وإلى تقبل ذاته وتقبل الآخرين واتخاذ أهداف واقعية كما ويتمتع بقدرة عالية على ضبط الذات وتحمل المسؤولية والقدرة على تكوين علاقات مبنية على الثقة المتبادلة (فهيمى، 1987).

2. سوء التكيف أو التكيف السيئ: وهو عجز الفرد عن إشباع دوافعه أو حاجاته بطريقة ترضيه وترضى الآخرين. الأمر الذي يؤدي إلى شعور الفرد بالإحباط والفشل الذي يسبب له القلق والتوتر فيقوم الفرد بمواجهة هذا القلق والإحباط بطريقة لا شعورية تسمى بالعمليات اللاشعورية أو الحيل الدفاعية اللاشعورية ومنا الإسقاط، والنكوص، وأحلام اليقظة، والنقص، والتكوين العكسي والتعويض وغيرها من الحيل الدفاعية اللاشعورية (كفاي، 1987).

### 5.3.2 أساليب التكيف في مواجهة الأزمات الحياتية

يمر الإنسان عبر نموه بمراحل حياتية مختلفة لكل منها متطلباتها، وبعض هذه المراحل تتطلب من الإنسان تغيير مجرى حياته وإعادة النظر في أسلوب حياته من جديد، وبعضها الآخر لا يتطلب تعديلات كثيرة في مجرى وأسلوب الحياة، حيث يمكن أن نعتبر أن كل حدث من الأحداث الحياتية التي يحدث فيها تغيير لمجرى حياة الشخص يعني حدثاً مهماً وحرماً وهناك بعض السمات التي تترافق مع الحدث المهم والحرى وتجعل له تأثيراً سلبياً :

1. فقدان المعتاد (الروتين): فالنوبة القلبية أو الأمراض الجسمية المعيقة للنشاطات اليومية كلها تعني الخروج من سياق ما، وتتطلب هذه الظروف استجابة وتكيفاً سريعاً، بحيث لا يكون الإنسان مهيباً له في كثير من الأحيان.
2. فقدان الهوية: حيث تنتج الأحداث الحرجة الشعور بالانقباض والسخط المتمثل بالسؤال التالي "لماذا أنا بالتحديد؟" ويشعر الشخص هنا وكأن من يحدث معه ذلك هو شخص آخر وليس هو.
3. فقدان التوجه: فعندما ينتهي حدث ما بشيء غير متوقع ويترافق مع أزمة يقود ذلك إلى الشعور بالفشل والضياع والفراغ الداخلي (رضوان، 2002).

يشير مصطلح أساليب التكيف إلى الطرق التي يتبعها الشخص للتعامل مع ضغوطات الحياة المختلفة من توترات وتهديدات مختلفة تواجه الإنسان خلال حياته وتعمل على الحد من قدراته وطاقاته ويستخدم الشخص هذه الطرق إلى أن تصبح جزءاً من حياته من أجل الاستمرار (الخالدي والعلمي، 2009).

ان طريقة ادراك الشخص للموقف الضاغط تحدد اسلوبه في التعامل معه، فاذا ادرك الشخص مصدر الضغط على انه يمثل تهديدا له فسوف يستخدم اساليب غير فعالة وغير تكيفية في التعامل مع مصدر الضغط، أما اذا ادرك الشخص مصدر الضغط على انه يمثل نوعا من التحدي له فسوف يستخدم أساليب فعالة واثباتية وتكيفية في التعامل مع الضغط، ويدرك أن لديه قوة كبيرة على التحكم والسيطرة في هذا الموقف الضاغط ، ويتصف بالتفاؤل .

يعمل العقل البشري بالاتجاهات، بمعنى ان اية فكرة يفكر فيها الانسان يأخذها العقل ويسير في اتجاهها، ويبحث في مخازن الذاكرة عن كل الملفات العقلية التي تساعد وتدعمه في هذا الاتجاه، وتجعل الانسان ينجح فيه سواء كان ذلك ايجابيا او سلبيا، فالفكر هو جذور كل السلوكيات وايضا نتائجها وهو السبب في الحالة النفسية والعضوية وفي بناء الصورة الذاتية والتقدير الذاتي وأيضا الثقة بالنفس وعدمها (الفاقي، 2007).

## 4.2 الفشل الكلوي:

تقوم الكليتان بدور هام في جسم الإنسان وتعتبر من الأعضاء المهمة جدا فيه. والكلية على صغر حجمها (حيث لا تزيد على 12سم طولاً و6 سم عرضاً و 120 جرام وزناً) تقوم بتنقية دم الإنسان بصفة مستمرة ما دام على قيد الحياة، بل يمكن زراعتها من متوفى إلى مريض يحتاج لها في ظروف معينة. وعلى سبيل المثال فكلية الإنسان تنقي شوائب الدم الناتجة عن الأستقلاب بعد استعمال الطعام من طرف الأنسجة والخلايا الجسدية ويمر بالكلية يومياً ما يقرب من 200 لتر من الدم أثناء الدورة الدموية المستمرة تتم تنقيته فيها وبالتالي إفراز الفضلات في صورة البول وبكمية تقارب 1.5 لتر إلى 2.0 لتر في اليوم واللييلة. ولكن دور الكلية لا يقتصر على تنقية شوائب الدم من اليوريا والكرياتين فحسب بل لها أيضاً وظائف أخرى مهمة جداً ومنها: المحافظة على معدل الضغط الشرياني، إفرازات هرمونية تنشط وتجدد العظام وتكاثر كريات الدم الحمراء، والمحافظة على معدل حموضة الدم وتركيبته الدقيقة (شويخ، 2007).

يعني الفشل الكلوي عجز الكليتين عن تنقية الدم بصورة كافية وعن الترشيح والاسترجاع التالي للمواد الهامة، فإذا لم يعالج فيض السموم في الجسم الناجم عن ذلك يمكن أن يؤدي إلى موت الشخص، فهو يهدد سائر الأجهزة في الجسم من القلب والجهاز الدوري مرورا بالبروتين وصولا إلى الجملة العصبية المركزية، ويظهر الفشل الكلوي بصورة نقص شديد في البول وتراكم الماء في الأنسجة، كما يترافق بعثيان وتعب (حاجوج، 2006) .



## 1.4.2 يقسم الفشل الكلوي إلى قسمين:

أولاً: الفشل الكلوي الحاد: تترافق هذه الحالة بزيادة كبيرة وسريعة ويومية في اليوريا والكرياتينين، مما يؤدي إلى تدهور وظائف الكلى خلال وقت قصير من أيام إلى أسابيع قليلة (العينية، 2005).

### أسباب الفشل الكلوي الحاد:

تقسم أسباب الفشل الكلوي الحاد إلى ثلاث أقسام:

1. الأسباب الكلوية: وتحدث بسبب حدوث أضرار حادة داخل الكلية مثل: التهاب الكبد الحاد، التهاب الاوردة والشرايين الكلوية، حدوث ترسبات داخل الانابيب الكلوية لبعض المواد مثل الكالسيوم وحمض اليوريك.

2. الأسباب بعد كلوية: وهي أسباب انسداديه منها: التهاب البروستاتة الحميد أو الخبيث، أورام أو تليفات في المثانة، حصوات الكلى، تشوهات خلقية، انسداد المجرى البولي بسبب تليفات ما بعد العدوى.

3. الأسباب قبل كلوية: وهي ناتجة عن حدوث صدمة تؤدي إلى سوء الارتشاح الكلوي والاقفار الدموي بسبب: نزف السوائل، النزيف، فشل القلب، فشل الكبد، ضربة الشمس، الحروق، ضيق الشريانين الكلويين (العينية، 2005).

### أعراض الفشل الكلوي الحاد والتشخيص:

1. التوقف الفجائي أو شح البول وقلته.
2. وجود بيلة بروتينية أو بيلة دموية.
3. عدم الرغبة في الطعام، غثيان، قيء، تعب، ارتفاع ضغط الدم.
4. تزايد سريع ويومي في يوريا وكرياتينين المصل وكذلك في البوتاسيوم والفوسفات ونقصان في الصوديوم والبيكربونات، وهذا التزايد السريع في اليوريا والكرياتينين هو الفيصل الرئيسي في التشخيص.

**ثانيا : الفشل الكلوي المزمن:** ينشأ الفشل الكلوي المزمن نتيجة أمراض متعددة تؤدي إلى إرباك وعدم كفاية الوظيفة الكلوية الإخراجية والتنظيمية مما يؤدي إلى اليوريميا المزمنة والتي تصبح غير قابلة للتراجع أو الشفاء، وتحتاج إلى رعاية خاصة أثناء فترة التدهور الكلوي الذي يصل في آخر الأمر إلى الفشل الكلوي النهائي، مما يجعل لا مفر من استخدام الديال الدموي (الغسيل الكلوي) أو زراعة الكلى (العيدروس، 1996).

### **أعراض الفشل الكلوي المزمن:**

- تظهر أعراض الفشل الكلوي المزمن حسب نوع الخلل ومن هذه الأعراض:
1. نقصان معدل الترشيح الكبيبي وهو يؤدي إلى الأعراض التالية: غثيان، عدم الرغبة في الطعام، نقصان الوزن، تصبغات جلدية، حكة شديدة، آلام العظام.
  2. خلل في طرح الصوديوم (Sodium) ويؤدي إلى الأعراض التالية: زيادة الوزن، صعوبة التنفس، ارتفاع ضغط الدم.
  3. خلل طرح ايون الهيدروجين (Hydrogen) يؤدي إلى صعوبة في التنفس.
  4. خلل إنتاج الارثروبويتين (Alarthurobiotin) وهذا يؤدي إلى الأعراض التالية: شحوب، وتعب، صعوبة التنفس، الفشل القلبي.
  5. خلل تكون فيتامين D3 ما يؤدي إلى الأعراض التالية: آلام العظام، تخلخل العظام وسهولة كسرها، ضعف العضلات.
  6. زيادة إنتاج الرنين والانجيوتنسين (ACE) يؤدي الأعراض التالية: ارتفاع ضغط الدم، فشل القلب (العيدروس، 1996).

### **2.4.2 علاج الفشل الكلوي ( المزمن والحاد):**

يمكن معالجة الفشل الكلوي بعدة طرق إذا لم يصل إلى مرحلة الفشل الكلوي النهائي، الذي يصعب من الضرورة إجراء الغسيل الكلوي، أو زراعة كلى وذلك من خلال:

1. تصحيح السوائل وضغط الدم
2. معالجة فرط دهون الدم
3. تحديد تعاطي ملح الصوديوم
4. تحديد تناول البوتاسيوم
5. النشاط الجسمي

6. المعالجة بالغسيل الكلوي، حيث يعمل على تخليص الجسم من الأدوية والمواد الضارة (تايلور، 2008).

### 3.4.2 المعالجة بالغسيل الكلوي Dialysis

وهي عبارة عن عملية تنقية الدم من المواد السامة بمعاملته مع محلول سائل الإنفاذ Dialysing Fluid يشبه تركيبه تركيب البلازما، وهناك نوعان من الغسيل الكلوي:

### 4.4.2. الغسيل البيروتوني Peritoneal Dialysis

حيث يستخدم في هذه الطريقة الغشاء البيروتوني الموجود في جوف البطن كغطاء لجدار البطن والأحشاء كفاصل بين سائل الإنفاذ والدم وتتم الطريقة كالتالي: يغرز في أسفل البطن (تحت السرة وفوق العانة) قسطرة خاصة Canula بعد التخدير الموضعي ثم يتم تسريب سائل الإنفاذ من خلالها (لتر أو لترين) إلى جوف البطن ويترك لعدة ساعات (4-5 ساعات) ونتيجة لفرق التركيز بين سائل الإنفاذ والدم تنفذ المواد السامة إلى السائل من خلال الشعيرات الدموية الموجودة في جوف البطن (في غشاء البيروتون) ومن ثم يصرف السائل إلى الخارج .

من ميزات هذه الطريقة سهولتها وقلة تكلفتها وعدم حاجتها إلى الآلات المعقدة، فالمريض لا يحتاج إلى الحماية الغذائية ولا إلى النوم أو الإقامة في المستشفى حيث يمكن بالتدريب أن يقوم بالعملية بنفسه في البيت. أما عيوبها فتتمثل في إمكانية حدوث التهاب بيروتوني للمريض إذ أنها تحتاج إلى درجة عالية من التعقيم وتدريب المريض (دعبس ، 1998).

### 5.4.2 غسيل الكلى أو الديليزة الدموية Haemodialysis

تتم هذه الطريقة بإخراج دم المريض من جسمه وتمريه عبر جهاز الإنفاذ الذي يقوم بتنقيته ثم يتم إعادته إلى جسم المريض، وجهاز الإنفاذ يتكون من :

- غشاء رقيق يسمى Dialyser الذي يفصل بين الدم وسائل الإنفاذ
- غشاء نصف نفاذ Semipermeable والذي يسمح بمرور مواد معينة من الدم إلى سائل الإنفاذ
- مضخة لضخ الدم في جهاز الإنفاذ ومن ثم إعادته إلى المريض
- مصيدة للفقاعات الموجودة في الدم والتي يمكن ان تسبب مضاعفات خطيرة للمريض اذا ما عادت إلى الدورة الدموية

## • أجهزة إنذار للتنبيه إذا ما حدث خطأ ما في دائرة الإنفاذ

ومن ميزات هذه الطريقة كفاءتها العالية في التخلص من السموم المتراكمة في الجسم، ومن عيوبها تكلفتها العالية ووجوب عملها في المستشفى مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعياً في كل مرة يبقى المريض دون حراك لفترة ما بين 4-5 ساعات كما إن المريض يشعر بضعف جسدي وجنسي. كما وتعتبر هذه الطريقة العامل الرئيسي في نقل الفيروس المسبب لالتهاب الكبد الوبائي B,C (العيدروس، 1996).

### 6.4.2 زرع الكلى:

لقد بدأت المحاولات الأولى لزرع الكلى منذ القرن العشرين ولكن كلها باءت بالفشل وذلك نتيجة رفض الجسم للكلى المزروعة إلى أن تم البدء في اكتشاف الأدوية المستخدمة لمنع الجسم من رفض الكلى المزروعة Immuno Suppressants في بداية الستينات مثل الريدنيزولون Prednisolone، والأزاثيوبيرين Azathiopurine، والسيكلوسبورين Cyclosporine، حيث أنها تخفض مناعة الجسم، وقد انتشرت هذه العملية بعدها وكانت نسبة نجاحها بعد مرور عام عن العملية تصل حوالي 95% إذا كان المتبرع حي ومن أحد أقرباء المريض، وحوالي 80% إذا كانت الكلى من شخص متوفى.

ومن محاسن هذه العملية أنها تحسن من مستوى حياة المريض مقارنة لعملية الغسيل الكلوي الذي يجب أن يرتبط بجهاز الإنفاذ من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً، ليستطيع بذلك السفر بحرية أكبر ويزيد من قدرته على العمل والإنتاج ويستعيد قدرته الجسدية والجنسية وتحسن حالته، النفسية وأيضاً إذا نظرنا إلى كلفة عملية زرع الكلى وكلفة الغسيل الكلوي على المدى البعيد فإننا نجد أن الكلفة النهائية لعملية الغسيل الكلوي أعلى من كلفة زرع الكلى (ويكيبيديا، 2010).

### 5.2 الآثار النفسية للأمراض المزمنة على المرضى :

تترك الأمراض المزمنة مثل (السرطان، والأمراض القلبية، والسكري، والفشل الكلوي) آثاراً بالغة في مختلف نواحي حياة المريض، وكما هو الحال في الأمراض الحادة هناك مرحلة أولية مؤقتة تضطرب فيها كل أنشطة الحياة إلا أن المرضى المزمنين قد يتطلب منهم إحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية .

بعد تشخيص المريض المزمن كثيرا ما يواجه المرضى حالة من عدم التوازن الجسمي والنفسي والاجتماعي حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة وقد يسيطر القلق والخوف بشكل مؤقت وفي النهاية تمر مرحلة الأزمة ويبدأ المريض يدرك كيف سيغير المرض المزمن حياته.

يمر المصاب بمرض مزمن ومنها الفشل الكلوي بمراحل انفعالية نفسية، وفيما يلي المراحل الأكثر تلازما مع بعد الاصابه بالمرض المزمن :

## 1 . الإنكار Denial

يمثل التشخيص بمرض مزمن في اغلب الأحيان صدمة كبرى بالنسبة للفرد، حيث تتغير فجأة كل حياته بدء من البسيط (ماذا يمكن أن يفعل غدا)، إلى المعقد (ماذا يمكن أن يفعل بقية حياته)، وقد يحتاج المريض إلى أيام أو أسابيع للإجابة عن كثير من الأسئلة التي تتعلق بحياته الراهنة والمستقبلية، ويعتبر الإنكار وسيلة دفاعية يتجنب المريض من خلالها المرض ويحاول أبعاده، فقد يتصرف وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليها أو انه سوف يزول خلال فترة وجيزة، فالإنكار هو حالة من المنع اللاشعوري لأدراك واقع المرض وأبعاده وهو رد فعل شائع للمرض المزمن عند مرضى القلب والكلى والسرطان، ويمكن للإنكار أن يشكل حماية للفرد بعد التشخيص مباشرة وأثناء المرحلة الحادة من المرض فقد يبعده الإنكار عن إدراك حجم المشكلة الناجمة عن المرض في وقت لا يكون فيه المريض قادرا على مواجهتها.

## 2. القلق Anxiety

يمثل القلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض المزمن، حيث يشعر المريض بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه المرض المزمن من تغير في حياتهم ومن احتمال الموت، فقد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض فمع كل وخزة ألم في الصدر قد يخاف المريض من حدوث نوبة قلبية.

هناك عدة أنواع من الحوادث تزيد من مستوى القلق عند المرضى المزمنين، فقد يرتفع القلق عندما يكون الفرد بانتظار نتائج فحوصات، أو عند تبليغه بالتشخيص الطبي لحالته، أو عندما يكون بانتظار إجراءات طبية، أو عندما يتوقع آثارا جانبية سلبية للعلاج ، كما ويرتفع القلق أيضا عندما

يتوقع المريض تغيراً جوهرياً في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه، أو عندما يشعر بالاعتمادية على الآخرين، أو عندما يفتقر للمعلومات الصحيحة حول طبيعة مرضه أو علاجه.

### 3. الاكتئاب Depression

يعتبر الاكتئاب رد فعل متأخر للمرض المزمن، حيث إن المريض كثيراً ما يحتاج إلى بعض الوقت حتى يستوعب أبعاد الحالة التي يعاني منها، فأثناء المرحلة الأولى من المرض وعقب التشخيص مباشرة يكون على المريض اتخاذ قرارات صعبة فقد يدخل المستشفى أو ينتظر المعالجة، أي أن هناك القليل من الوقت للتأمل في مرضه وما ينجم عنه من تداعيات ومع نهاية المرحلة الحادة من المرض تبدأ أبعاده تأخذ مداها (تايلور، 2008، Brannon, Feist, 2007).

## 6.2 . الدراسات السابقة:

هناك عدد قليل من الدراسات العربية التي تناولت الآثار النفسية لمرضى الفشل الكلوي وخاصة في مراحلها النهائية وأثناء عملية الغسيل الكلوي، حيث كل ما أمكن للباحث الحصول عليه لا يتعدى مقالات أو دراسات مرتبطة بتطبيق برامج إرشاد نفسي على المرضى المزمنين ومنهم مرضى الفشل الكلوي، حيث أن هذا النوع من المرض المزمن لم يلقى البحث الكافي في آثاره النفسية.

لقد قام الباحث بمراجعة ما أمكن الحصول عليه من دراسات تتعلق بمدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب والتعرف على أساليب التكيف لدى مرضى الفشل الكلوي في العالم الغربي وما توفر من دراسات لها علاقة بموضوع الدراسة في العالم العربي:

### 1.6.2. الدراسات العربية:

#### دراسة إبراهيم وآخرون (2008):

هدفت هذه الدراسة إلى فحص آثار الفشل الكلوي المزمن على الحالة الانفعالية، والتوافق الاجتماعي والنفسي للمرضى المصابين به، علاوة على دراسة الحالة المعرفية لديهم. كما تمت دراسة تأثير برنامج تحسين الحالة النفسية للمرضى، وكانت عينة الدراسة 40 مريضاً بالفشل الكلوي و40 من الأصحاء، حيث أجريت الدراسة في مستشفى أطسا المركزي ومستشفى الفيوم العام بمحافظة الفيوم في مصر، واستخدمت الباحثة مقياس الحالة المعرفية، ومقياس التوافق النفسي والاجتماعي، ومقياس القدرات العقلية الأولية، ومقياس تقدير عمليات الذاكرة، وقد تم استخدام برنامج تدريبي حيث تم تخطيط ثمانية عشر درسا تعليميا مقسمة على أربعة أشهر . وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي قبل تطبيق البرنامج وبعده من حيث التحسن في الجوانب المعرفية والانفعالية كذلك من حيث التوافق الاجتماعي .

#### دراسة أدريس (2008) :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على درجة التحسن من القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الإستصفاء الدموي - في مراكز علاج أمراض الكلى بولاية الخرطوم، ومعرفة العلاقة بين درجة التحسن من القلق

والاكتئاب وعمر المريض والمدة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي. وكذلك معرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والاكتئاب التي تعزى للنوع الاجتماعي (الجنس)، الوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى، وكانت عينة الدراسة (60) مريضاً مصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين تم تشخيصهم مسبقاً بأنهم يعانون من القلق والاكتئاب منهم (31) ذكر و(29) أنثى، تراوحت أعمارهم ما بين (20- 55 سنة) تم اختيارها عن طريق المعاينة العشوائية الطبقية. حيث استخدمت الباحثة أدوات للدراسة تمثلت في الآتي: (1) استمارة البيانات الأساسية. (2) مقياس القلق والاكتئاب العيادي (هادس)، قبلي، بعدي. (3) برنامج العلاج السلوكي المعرفي ( من تصميم الباحثة، وكانت نتائج الدراسة كالتالي :

- 1- حقق تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي تحسناً جوهرياً في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
- 2- أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب وعمر المريض والجنس والوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في زراعة الكلى
- 3- أظهرت النتائج وجود علاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب والمدة الزمنية لظهور الفشل الكلوي.

### دراسة الشحاتيت (2006)

بعنوان "دراسة مقارنة للمصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها ببعض العوامل النفسية" والتي هدفت إلى معرفة درجة الضغط النفسي والقلق لدى المصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها بمجموعه من المتغيرات: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية نوع العمل التدخين، عدد السجائر والإصابة بالمرض، في مدينتي بيت لحم والخليل بالضفة الغربية، حيث كانت أداة عبارة عن مقياس القلق بشقيه قلق الحالة، وقلق السمة، وانتهت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين وغير المصابين على الدرجة الكلية لمقياس القلق كحالة وسمة تعزى لمتغير الجنس، وقد كانت الفروق لصالح الإناث

### دراسة جادولي (Jadoulle 2005) :

هدفت هذه الدراسة فحص القلق والاكتئاب عند الأشخاص الخاضعين لغسيل كلوي وارتباط هذا القلق والاكتئاب ببعض الأعراض النفسجسمية التي تظهر نتيجة الحالة النفسية التي يعيشونها، حيث تكونت عينة الدراسة من 54 مريضاً خاضعين لعملية غسيل كلوي، في مستشفى جامعة



لوفان، وكانت أداة الدراسة مكونه من مقياس القلق العام ، ومقياس بك للاكتئاب، واستنتجت الدراسة انه يوجد علاقة بين الأعراض الجسمية التي تظهر على المرضى وبين حالات القلق والتوتر والاكتئاب التي يعانون منها ولكن إنكار المرضى لهذه الأعراض واعتبارها أعراض المرض نفسه ساعدتهم في التكيف مع المرض ولكن حسب الباحث هي أعراض نفسية المنشأ .

### دراسة أبو سيف (2003-2002) :

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على المشاكل النفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي بصفة خاصة والأمراض الباطنية المزمنة بصفة عامة وتحديد الاكتئاب. وكانت عينة الدراسة مكونه من (80) حالة من الحالات المصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن وعينة ضابطة أخرى من الحالات الخالية من مرض الفشل الكلوي المزمن والمصابة بأمراض باطنية مزمنة أخرى مكونه من (80) حالة وجميعهم حالات بالغين متوسط أعمارهم من 18-75 سنة ، حيث تم اجراء هذه الدراسة على المرضى المقيمين في مستشفى الشفاء بغزة - فلسطين، حيث كانت أداة الدراسة هي مقياس بك للاكتئاب وتم اختيار العينة بطريقة غرضيه غير نسبية، من حالات مرضى الفشل الكلوي المزمن المقيمين بوحدة الغسيل الكلوي، ثم تم اختيار حالة ضابطة واحدة لكل حالة مرضية في عينة الدراسة من بين ذوي الأمراض الباطنية المزمنة الأخرى، المقيمين بقسم الباطنية في مستشفى الشفاء بغزة. وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع نسبة الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي المزمن مقارنة بنسبة الاكتئاب بذوي الأمراض الباطنية المزمنة الأخرى، حيث تبين إن 52.5% من أفراد العينة يعانون من اكتئاب شديد .

### دراسة تفاحة وحسيب (2002)

بعنوان "الالتزام الشخصي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية" وهي دراسة سيكومترية بين البدو والحضر، في مصر، حيث هدفت الدراسة إلى بحث الالتزام الشخصي كعامل مساعد على التخفيف من حدة الضغوط النفسية وعلاقته ببعض المتغيرات، وكانت أداة الدراسة عبارة عن مقياس من اعداد الباحث لقياس اساليب التكيف في التعامل مع الضغوط النفسية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى إن الشخص الذي يقيم مصدر الضغط على انه يمثل تهديدا له وبالتالي يستخدم أساليب غير فعالة وغير تكيفية في التعامل مع مصدر الضغط ويفتقد للمساندة ويتصف بالتشاؤم ويدرك انه لا يستطيع التحكم في مصدر الضغط فإنه يتعرض للإصابة بالأمراض النفسية والجسمية .

## دراسة الغباشي (2000)

بعنوان "القلق والاكتئاب والشعور بالعجز لدى مرضى الشريان التاجي" والتي هدفت الى بحث العلاقة بين مرض الشريان التاجي بالقلب وكل من القلق والاكتئاب والعجز عن التكيف، وكانت اداة الدراسة عبارة عن مقياس روتر، ومقياس ايزنك في الشخصية، ومقياس القلق كحالة وسمة، ومقياس بك للاكتئاب، ومقياس الشعور بالعجز عن مواجهه، حيث اجريت الدراسة في جامعة القاهرة، وتوصلت الدراسة الى ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى مقارنة بالاسوياء

## دراسة ويلش واوسن ( Welch and Ausein 1996 ):

حيث هدفت الدراسة الى فحص التوتر، والقلق، والاكتئاب، وأساليب التكيف، عند المرضى الخاضعين لبرامج غسيل كلوي، إذ تكونت عينة دراستهم من 86 مريض، من داخل وحدات الغسيل الكلوي في الوسط الغربي من الولايات المتحدة الامريكية، وكانت أداة الدراسة مكونه من مقياس الاكتئاب، ومقياس الضغوطات، ومقياس استراتيجيات التكيف، واستنتجت الدراسة انه يوجد اثر قوي لغياب الدعم الاجتماعي، وأساليب حل المشكلات في عدم تكيف المرضى مع واقعهم الذي يعيشون فيه، مما أدى إلى ارتفاع التوتر والقلق والاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي .

## دراسة الليحاني (1995) :

هدفت هذه الدراسة الى فحص مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينه من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية (مكة - جدة - الطائف) "حيث تكونت عينة الدراسة من 200 مريض ومريضة بالفشل الكلوي، وتكونت أداة الدراسة من مقياس بك للاكتئاب، ومقياس قلق الموت، وتوصلت الدراسة أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي المزمن والأشخاص غير المصابين به في الاكتئاب وقلق الموت حيث جاءت النتائج لصالح المرضى بشكل عام ولصالح المريضات بشكل خاص، كما وأظهرت النتائج انه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن في المعاناة من الاكتئاب وقلق الموت تبعا لمتغيرات السن، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي.

## 2.6.2 . الدراسات الأجنبية:

### دراسة شيه و كن و شين ( Chih-Ken Chen, et al,2010 ) :

هدفت الدراسة إلى فحص العوامل الديمغرافية والعوامل النفسية المرتبطة بالاكنتاب بين مرضى الغسيل الكلوي في مستشفى ميموريال في كيلونغ (Memorial Hospital at Keelung) كما هدفت هذه الدراسة توضيح العلاقة بين الاكنتاب، والقلق، والتعب العام، وضعف الصحة العامة ونوعية الحياة من جهة وبين زيادة خطر الانتحار من جهة أخرى، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (200) مريض بالمراحل النهائية من الفشل الكلوي، وأعمارهم فوق 18 عاما وخاضعين لغسيل كلوي، وتم تحقيق أهداف الدراسة من خلال أداة الدراسة المكونة من المقابلة الاكلنيكية، ومقياس للاكنتاب من تطوير الباحثين، ومقياس لفحص الصحة العامة ونوعية الحياة، ومقياس لفحص التعب العام (chalder fatigue scale)، وأداة لفحص قوة العلاقة بين متغيرات الدراسة وبين التفكير بالانتحار. وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي :

- من (200) مريضا هناك (70) مريض (35%) يعانون من أعراض الاكنتاب و(43) مريضا (21.5%) عندهم أفكار انتحارية.
- إن الاكنتاب مرتبط بضعف الصحة العام وانخفاض مؤشر كتلة الجسم Low body mass index (BMI) كما إن الأشخاص المكتئبين كانوا يعانون من مستويات عالية من التعب والقلق والعديد من الأفكار الانتحارية ونوعية حياة فقيرة مقارنة بالأشخاص الغير مكتئبين.

### دراسة شان روموني ( Chan, Romony, et al, 2008 ) :

هدفت هذه الدراسة الى معرفة أثر خسارة او فقدان الكلى على المرضى من خلال قياس مستويات الاكنتاب عند هؤلاء المرضى والتعرف على نوعية الحياة عندهم، وكانت عينة الدراسة هي (150) مريض بالفشل الكلوي وخاضع لعملية الغسيل الكلوي منذ فترة طويلة، حيث تم اجراء الدراسة في مستشفى ليفربول في استراليا ، أما أداة الدراسة فكانت مقابلات مع المرضى باستخدام مقياس لفحص أثر فقدان الكلى على الحالة النفسية للمريض واستخدم الباحث standardized psychometric measures and the Kidney Disease Loss Scale (KDLS)) لهذه الدراسة .

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة قوية بين فقدان أو خسارة الكلى والغسيل الكلوي على المدى الطويل من جهة وبين الاكتئاب من جهة أخرى . أما فيما يتعلق بنوعية الحياة فكانت تقع في الوسط ما بين الاكتئاب والقدرة على التكيف، فالأشخاص الذين كانوا يقومون بعمل غسيل كلوي في المنزل كانوا يتمتعون بنوعية حياة أفضل وبتكيف ايجابي وبالتالي مستوى الاكتئاب كان اقل مقارنة بالأشخاص الذين كانوا يقومون بعملية الغسيل الكلوي في المستشفى .

### دراسة تفلاي و ابراهيميا ( Tavallai & Ebrahimnia 2006 ) :

هدفت هذه الدراسة الى معرفة أثر وجود الاكتئاب على مستوى العناية الصحية بين المبحوثين الإيرانيين، الخاضعين لغسيل كلوي في مدينة طهران، حيث تكونت عينة الدراسة من (68) مريضا خاضعين لغسيل كلوي، منهم (19) مريضا يعاني من اكتئاب، و(49) لا يعانون من اكتئاب من خلال مقياس مستشفى Baqiyatallah للقلق والاكتئاب، حيث تم متابعة المرضى لمدة ستة شهور من خلال تقارير الدخول إلى المستشفى، وزيارات الممرضات، والأطباء المنزلية، وزيارة المرضى للعيادات وأقسام الطوارئ، وكانت نتائج الدراسة بعد المقارنة بين مجموعات الدراسة إن الاكتئاب عند الأشخاص الخاضعين لغسيل كلوي ارتبط بزيادة عدد مرات دخول المستشفى إذا ما قورنوا بالأشخاص الغير مكتئبين.

### دراسة ألبر و سينار و بارلس ( Alpar & Cinar & Barlas 2005 ) :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين استخدام الغسيل الكلوي، وبين الضغوطات، واستراتيجيات التكيف، حيث تكونت عينة الدراسة من 224 مريضا، حيث أجريت هذه الدراسة في كلية العلوم الصحية - جامعة مرمره - اسطنبول - تركيا، وكانت أداة الدراسة عبارة عن مقياس للقلق ومقياس لأساليب التكيف، وأظهرت الدراسة وجود علامات تدل على القلق منها، عدم الحصول على أجازات بنسبة 80% بين المشاركين، وعلامات تعب وإرهاق بنسبة 79% بين المشاركين، وعلامات عدم وجود أمل في المستقبل بنسبة 79%. أما بالنسبة لأساليب التكيف فقد أظهرت الدراسة أساليب يستخدمها المرضى للتكيف وهي: الانشغال بالنشاطات اليومية والعمل، علاج الأعراض الجسمية التي تظهر نتيجة القلق بوصفها أمراض مستقلة بذاتها، والكبت وعدم التحدث عن مرضهم .

## دراسة نيو و جلستراند ( Neu and Kjellstrand, 2001 ) كما وردت في كيميل (kimmel,2001) :

هدفت هذه الدراسة التعرف على العلاقة بين الغسيل الكلوي والانتحار، حيث قام الباحثان بدراسة 1766 مريض خاضعين لغسيل كلوي خلال 13 سنة، من خلال قسم الطب التابع لجامعة جورج واشنطن في الولايات المتحدة الأمريكية، واتضح من خلال نتائج الدراسة وفاة 22% من المرضى منهم وان 9% انسحبوا من الغسيل، و3 مرضى أقدموا على الانتحار بشكل مباشر، كما لاحظ الباحثون ان الموت عن طريق الانتحار يحدث في مجتمع الدراسة ككل بنسبة 0,2% لكل 1000 مريض خاضع لغسيل كلوي .

## دراسة بوفيدا (Poveda, et al 2000)

والتي هدفت لفحص العلاقة بين قلق الموت ومتغيرات الجنس والإصابة بالأمراض المزمنة واستهلاك العقاقير النفسية والتردد على العيادات في مركز دي سالو بيغو آن ليه فاكس (Centre de Salut Pego I Les Valls)، حيث تكونت عينة الدراسة من 281 مريض ومريضة، وكانت أداة الدراسة من المقابلات، واستبانة القلق والاكتئاب ، حيث توصلت الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات قلق الموت بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة وغير المصابين ولصالح المصابين، كما وجدت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى قلق الموت (الإناث اظهروا مستوى أعلى) .

## وفي دراسة (1965) Denibar كما وردت في (النيل والزيود، 1984)

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الانفعالات وبين التغيرات البدنية والأمراض الجسمية، والى أي مدى يمكن أن تكون هذه العلاقة خاصة بهذه الأمراض التي يظهر فيها، كما وبحثت عن وجود مكونات للشدة في حياة المرضى وعن النواحي الشخصية التي ترتبط بنوع معين من المرض، حيث قامت الباحثة دنبار على مدار (12) سنة في مستشفى Presdyterian بنيويورك بتطبيق الطرق السيكاترية في دراسة المرضى الذين يعانون من أمراض جسمية ومنها مرض القلب ، وكانت أهم نتائج الدراسة:

- إن عددا من المرضى لديهم خصائص عامه مثل الاندفاعية، والحزم، والرزانة، وقد وجدت هذه الخصائص في المجموعة الضابطة ولم تكن راجعه للصدفة وحدها.

- هناك علاقة ايجابية بين ضغوط الحياة والأوجاع الانفعالية بالمرض الجسمي، وعلاقة أنماط خاصة معينة في الشخصية بأمراض جسدية خاصة.
- هناك علاقة قوية بين التوترات المستمرة والقلق والإحباط وبين الأمراض الجسدية.

### 3.6.2. تعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال استعراض الباحث للعديد من الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت بالبحث موضوع القلق والاكتئاب والتكيف لدى المرضى المزمنين بشكل عام ولدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين منهم الى غسيل كلوي بشكل خاص بالرغم من قلت هذه الدراسات ما يلي :

- وجود أثر قوي لغياب الدعم الاجتماعي وأساليب حل المشاكل لدى مرضى الغسيل الكلوي في تكيفهم مع المرض كما جاء في دراسة

Welch and Ausein(1996), Kessler (1998)

- وجود أثر لمتغير الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي في الإصابة بالاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى الغسيل الكلوي كما جاء في دراسة الليحاني (1995).
- يعاني مرضى الفشل الكلوي المزمن مقارنة بالمرضى المصابين بأمراض باطنية أخرى من اكتئاب شديد وذلك كما أشارت له دراسة أبو سيف (2002-2003).
- يستخدم مرضى الغسيل الكلوي أساليب تكيف سلبية لمحاولة التكيف مع المرض كالانشغال في الأعراض الجسدية والتي تظهر نتيجة القلق بوصفها أمراض مستقلة بذاتها، والكبت وعدم التحدث عن مرضهم وذلك كما جاء في دراسات كل من (Tavallaii & Ebrahimnia (2006) ، (jadoulle(2005), Alpar & Cinar & Barlas (2005))
- يعاني مرضى الفشل الكلوي من أعراض القلق كالتعب والإرهاق وعدم وجود أمل في المستقبل كما جاء في دراسة (Alpar & Cinar & Barlas (2005) .
- يوجد أثر بين الغسيل الكلوي والاصابة بالاكتئاب الشديد والانتحار كما جاء في الدراسات التالية: Neu and Kjellstrand (2001) , chih-ken-yi-chie(2010), chan , romony- brooks Robert (2008)

يرى الباحث من خلال استعراضه للدراسات العربية والاجنبية السابقة التي تناولت موضوع القلق والاكتئاب والتكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي ان جميع الدراسات اتفقت فيما بينها على ان مرضى الغسيل الكلوي يعانون من قلق واكتئاب وسوء في التكيف، حيث قامت هذه الدراسات بالاعتماد على متغيرات الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي في فحصها للقلق والاكتئاب والتكيف، الا ان الباحث في هذه الدراسة قام باضافة مجموعه أخرى من المتغيرات التي

لم تبحث بها الدراسات السابقة وهي (وقت تعبئة الاستمارة، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي اسبوعيا، الامل في زراعة كلية مستقبلا، المعاناة من أمراض أخرى او اعاقات)، ليرى ما اذا كان لهذه المتغيرات الجديدة أثر في وجود القلق والاكتئاب وعلاقتها باسلوب التكيف الذي يتبناه المرضى، هذا بالإضافة الى ان جميع الدراسات السابقة لم تطرق الى المتغيرات التابعة الثلاث (القلق، والاكتئاب، والتكيف) في نفس الدراسة، فجميع الدراسات العربية والاجنبية التي استعرضها الباحث قامت بفحص أثر المتغيرات المستقلة السابقة على متغير أو متغيرين تابعين، الا ان الباحث في هذه الدراسة قام بالتطرق الى المتغيرات التابعة الثلاث وهذا ما يزيد من صحة نتائج الدراسة، حيث ان المتغيرات التابعة الثلاث متصله ببعضها وتعمل على تكامل فحص الصحة النفسية للمرضى .

## الفصل الثالث

1.3 منهجية وإجراءات الدراسة

2.3 منهج الدراسة

3.3 مجتمع الدراسة

4.3 عينة الدراسة

5.3 نتائج الدراسة المتعلقة بالبيانات الديمغرافية

6.3 أدوات الدراسة

7.3 المعالجة الإحصائية

8.3 إجراءات الدراسة

9.3 الاعتبارات الأخلاقية

10.3 متغيرات الدراسة



### 1.3 منهجية وإجراءات الدراسة:

#### 2.3 منهجية الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي الارتباطي الذي يستند إلى وصف الظاهرة، ومن ثم تحليلها والتي تقوم على الموضوعية العلمية. ويعتبر المنهج الوصفي الارتباطي نوع من البحوث الذي يتم بواسطته استبيان آراء جميع أفراد مجتمع البحث أو عينة كبيرة منهم ، وذلك بهدف وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها، كما يعتبر المنهج الوصفي الارتباطي أساس البحث العلمي، حيث يساهم في تحقيق فهم أفضل للظاهرة المراد دراستها، والتقدم إلى الأهداف الأعلى (التنبؤ والتحكم)، كما تزودنا نتائج البحوث بثروة غنية من الحقائق الجزئية التفصيلية، والإجابة على أسئلة استنتاجية مثل (ماذا وكيف؟) (عرفه، 2006).

#### 3.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى الفشل الكلوي البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية والبالغ عددهم حسب السجلات التابعة لوحدات الغسيل الكلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية (307) مريض ومريضة (تقرير وزارة الصحة، 2010).

#### 4.3 عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على جميع المرضى الخاضعين لغسيل كلوي بسبب صغر حجم مجتمع الدراسة، لأخذ رأي أكبر عدد من المرضى، حتى يتسنى للباحث الوصول لنتيجة علمية صحيحة ، تم توزيع 307 استمارة وتم استعادة 258 استمارة، ويعود ذلك لعدم قدرة بعض المرضى على تعبئة الاستبانة لكبر السن، أو لاشتداد المرض، والسبب الآخر يعود لرفض البعض الآخر المشاركة بالدراسة، وفيما يلي توزيع عينة الدراسة حسب المتغيرات الديمغرافية:

جدول 1.3 : توزيع أفراد العينة حسب المحافظة :

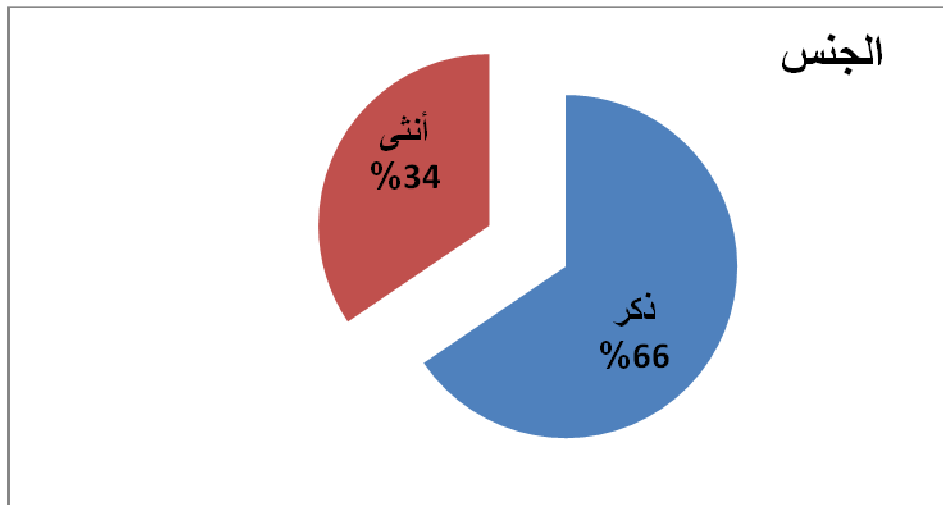
المحافظة	وحدة غسيل الكلى	مجتمع الدراسة	عينة الدراسة
نابلس	المستشفى الوطني	118	95
طولكرم	مستشفى طولكرم الحكومي	57	50
جنين	مستشفى جنين الحكومي	85	74
قلقيلية	مستشفى قلقيلية الحكومي	34	28
سلفيت	مستشفى سلفيت الحكومي	13	11
المجموع		307	258

يتضح من جدول 1.3 أن العدد الأكبر من المرضى هو من محافظة نابلس حيث بلغ عدد المرضى 118 مريض وتم تعبئة 95 استبانته، وأن العدد الأقل من المرضى هو في محافظة سلفيت حيث بلغ عددهم 13 مريض وتم تعبئة 11 استبانته.

5.3 نتائج الدراسة المتعلقة بالبيانات الديمغرافية

جدول 2.3 : توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

الجنس	العدد	النسبة
ذكر	169	%65.5
أنثى	89	%34.5
المجموع	258	%100

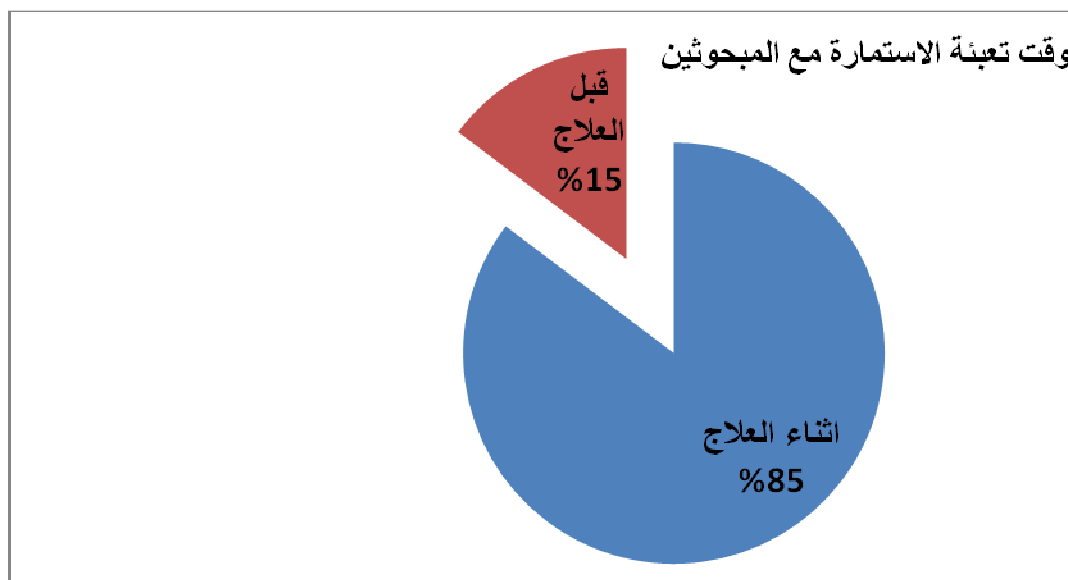


شكل 2.3 : توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يتضح لنا من خلال جدول 2.3 أن نسبة الذكور في عينة الدراسة أكبر بكثير من نسبة الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 65%، في حين بلغت نسبة الإناث 35%.

جدول 3.3 : توزيع أفراد العينة حسب متغير وقت تعبئة الاستبانة

النسبة	العدد	وقت تعبئة الاستمارة مع المبحوثين
85.3%	220	أثناء الغسيل الكلوي
14.7%	38	قبل الغسيل الكلوي
100%	258	المجموع

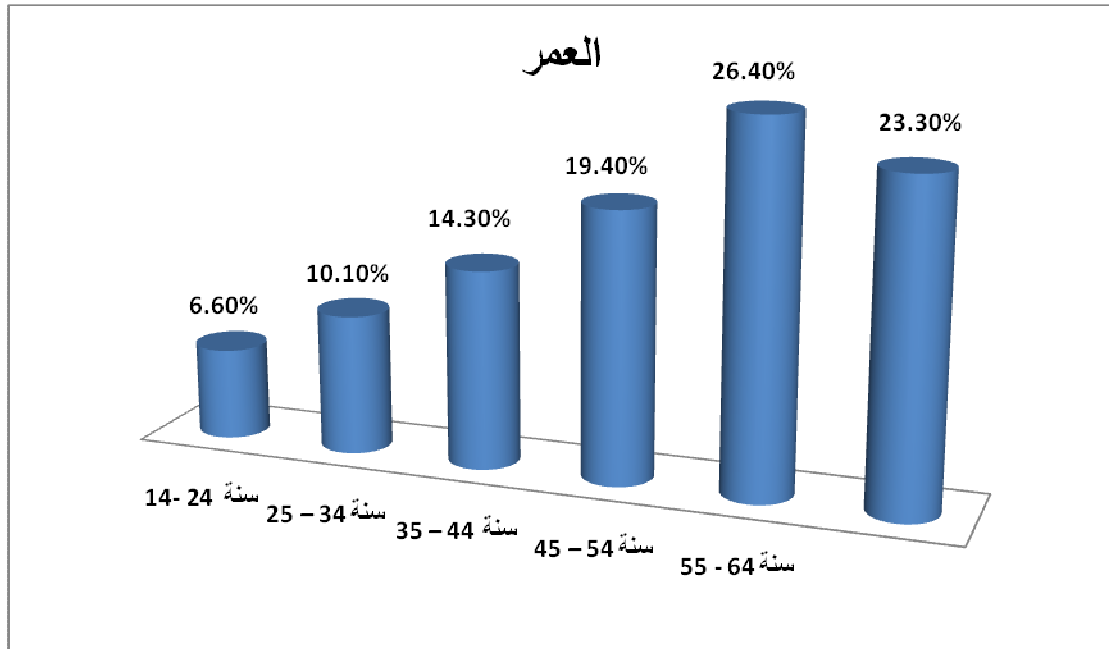


شكل 3.3 : توزيع أفراد العينة حسب وقت تعبئة الاستبانة

يتضح من خلال جدول 3.3 أن المبحوثين الذين قاموا بتعبئة الاستبانة أثناء العلاج قد شكلوا النسبة الأكبر (85%) في البحث مقارنة بالمبحوثين الذين قاموا بتعبئة الاستبانة قبل العلاج.

#### جدول 4.3: توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر

العمر	العدد	النسبة
14 - 24 سنة	17	6.6%
25 - 34 سنة	26	10.1%
35 - 44 سنة	37	14.3%
45 - 54 سنة	50	19.4%
55 - 64 سنة	68	26.4%
65 سنة فما فوق	60	23.3%
المجموع	258	100%

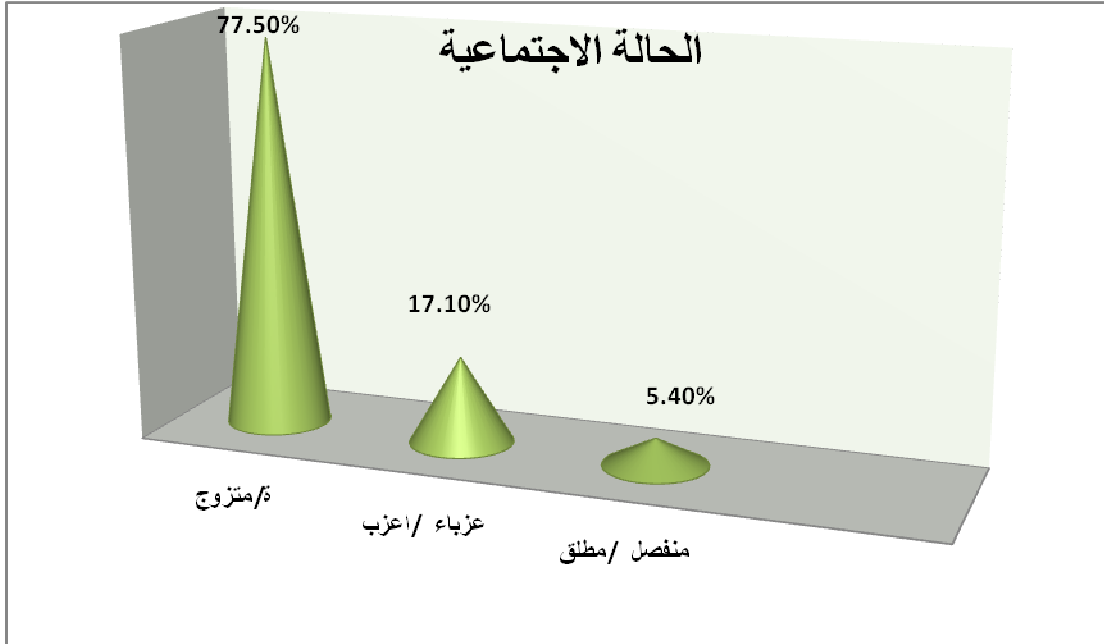


شكل 4.3: توزيع أفراد العينة حسب العمر

يتضح من خلال جدول 4.3 أن الفئة العمرية 55-64 قد شكلت النسبة الأكبر في عينة الدراسة وهي 26.4% في حين شكلت الفئة العمرية 14-24 النسبة الأقل في عينة الدراسة وهي 6.6%، أما باقي الفئات فقد شكلت الأعمار ما بين 25-34 نسبة 10.1% ، أما الأعمار ما بين 35-44 فقد شكلت نسبة 14.3% ، أما ما بين 45-54 فقد شكلت 19.4% ، وأخيراً الأعمار الأكبر من 65 سنة فقد شكلت 23.3% من حجم العينة .

جدول 5.3: توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

النسبة	العدد	الحالة الاجتماعية
77.5%	200	متزوج /ة
17.1%	44	أعزب / عذباء
5.4%	14	مطلق / منفصل
100%	258	المجموع

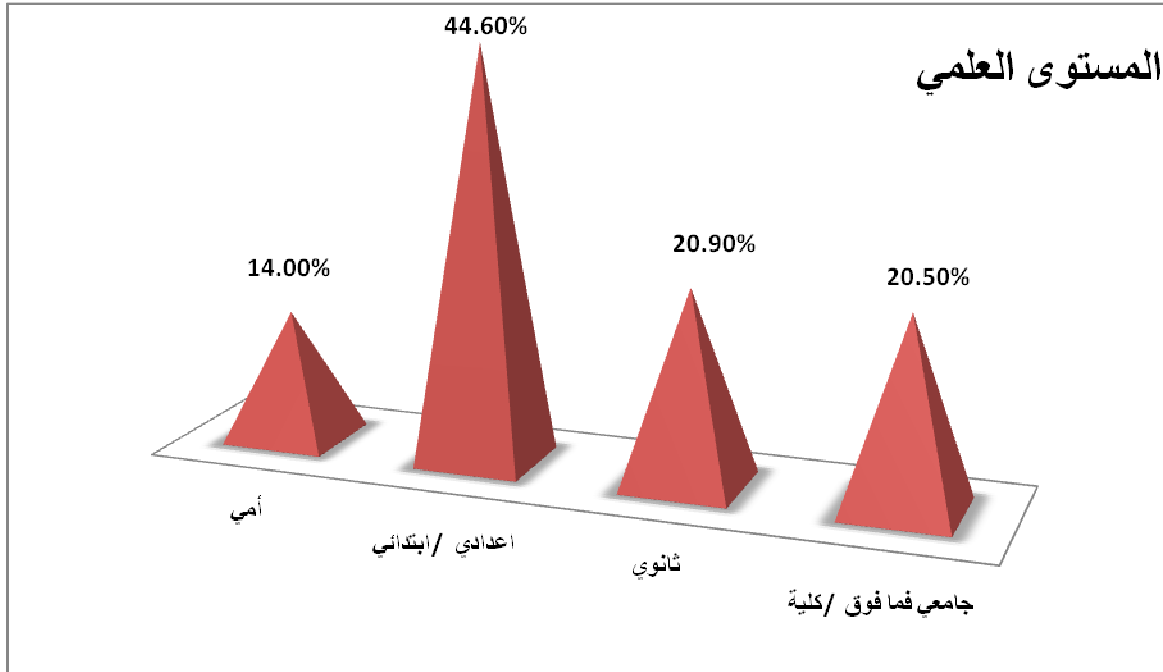


شكل 5.3: توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

يتضح من خلال جدول 5.3: أن 77.5% من المبحوثين المشاركين في الدراسة هم من المتزوجين في حين أن 5.4% من المبحوثين المشاركين في الدراسة هم منفصلين أو أرامل . وأن نسبة 17.1% هم عذباء أو أعزب .

جدول 6.3 : توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة	العدد	المستوى العلمي
%14	36	أمي
%44.6	115	ابتدائي / إعدادي
%20.9	45	ثانوي
%20.5	53	كلية / جامعي فما فوق
%100	258	المجموع

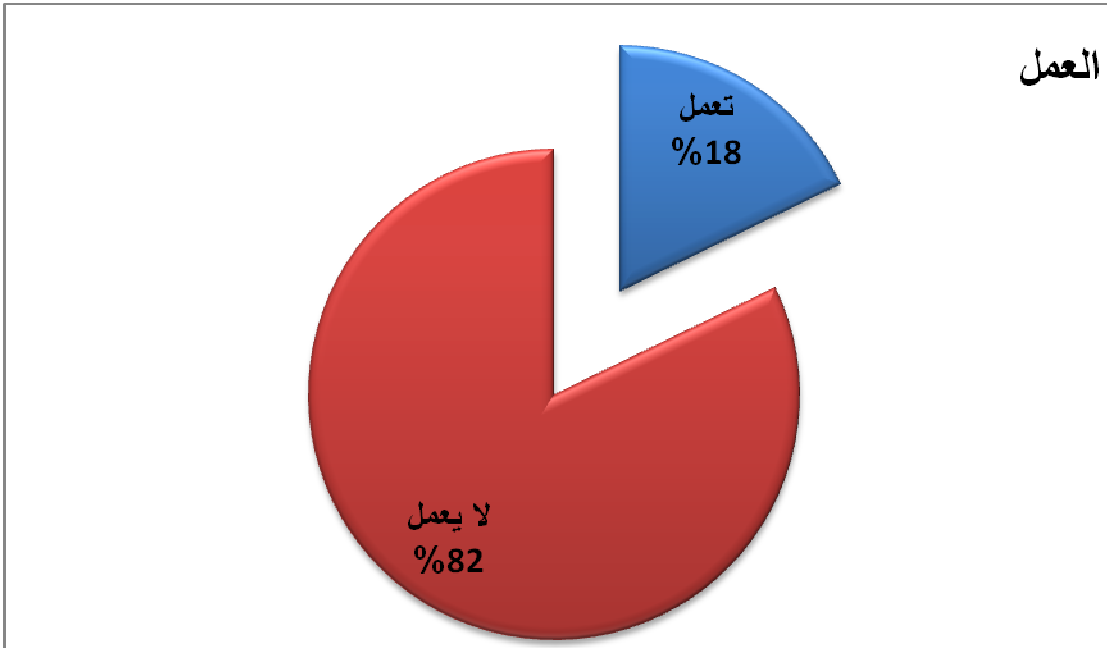


شكل 6.3 : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

يتضح من خلال جدول 6.3 أن نسبة 44.6% من المرضى المشاركين في البحث قد حصلوا على مستوى تعليمي ابتدائي أو إعدادي يليهم في النسبة من حصلوا على تعليم ثانوي أو جامعي وبنسبة حوالي 21%، في حين أن نسبة 14% من المرضى المشاركين في البحث هم أميين. وان نسبة 20.9% من المبحوثين قد حصلوا على ثانوي .

جدول 7.3 : توزيع أفراد العينة حسب متغير العمل:

العمل	العدد	النسبة
تعمل	46	%17.8
لا يعمل	212	%82.2
المجموع	258	%100



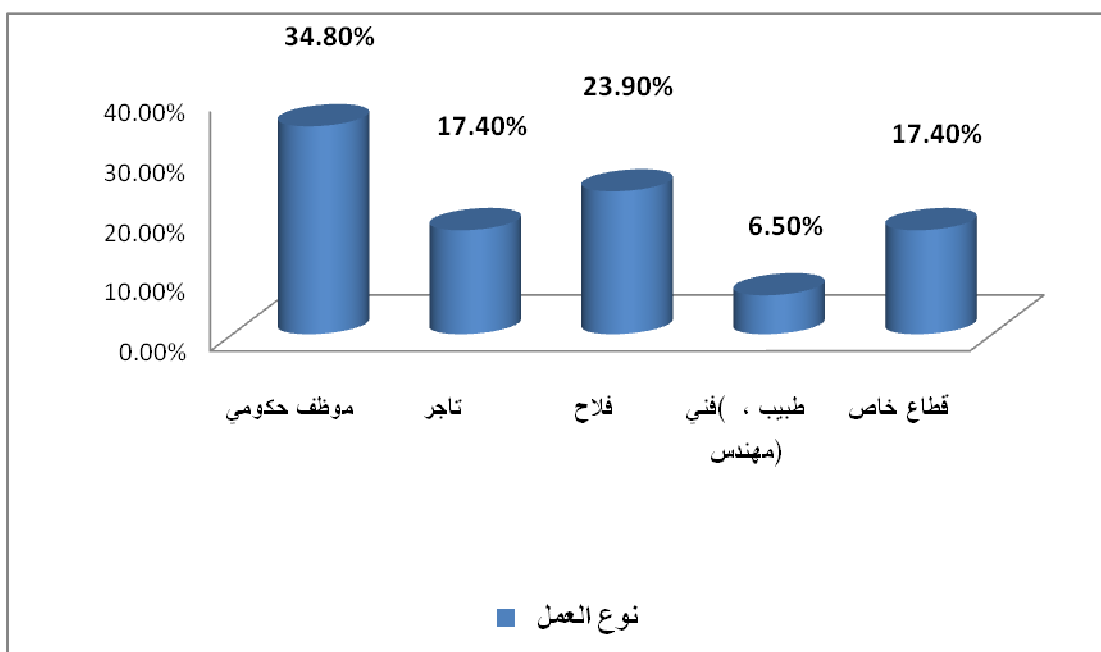
شكل 7.3 : توزيع أفراد العينة حسب العمل

يتضح من خلال جدول 7.3 أن 82% من أفراد العينة لا يعملون حالياً وقد يعود هذا لمضاعفات المرض نفسه أو مضاعفات وتعقيدات الغسيل الكلوي. في حين أن نسبة 18% فقط من أفراد العينة يعملون.

جدول 8.3: توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع العمل للمبحوثين الذين كانوا يعملون وقت جمع

البيانات

النسبة	العدد	نوع العمل
%34.8	16	موظف حكومي
%17.4	8	تاجر
%23.9	11	فلاح
%6.5	3	فني ( طبيب ، مهندس )
%17.4	8	قطاع خاص
<b>%100</b>	<b>46</b>	<b>المجموع</b>



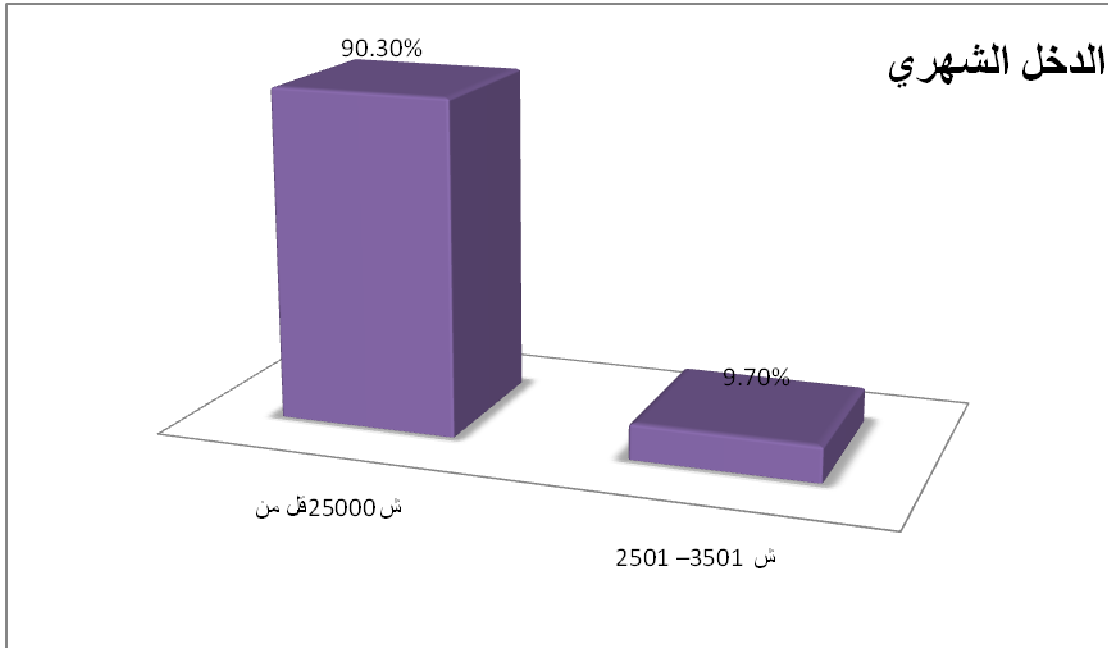
شكل 8.3: توزيع أفراد العينة حسب نوع العمل

يتضح من خلال جدول 8.3 أن المبحوثين المشاركين الذين يعملون بوظائف حكومية قد شكلوا الجزء الأكبر بنسبة 34.8%، في حين أن المبحوثين المشاركين الذين يعملون في مهن فنية كالمهندسين والأطباء قد شكلوا الجزء الأقل بنسبة 6.5%. أما باقي المبحوثين فقد شكل التجار نسبة 17.4%، وشكل الفلاحون نسبة 23.9%، وشكل العاملين في القطاع الخاص نسبة 17.4%.



### جدول 9.3 : توزيع أفراد العينة حسب متغير الدخل الشهري

النسبة	العدد	الدخل الشهري
%90.3	233	أقل من 2500 ش
%9.7	25	2501 – 3501 ش
%100	258	المجموع



### شكل 9.3 : توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري

يتضح من خلال جدول 9.3 أن لدخل الشهري الأقل من 2500 شيكل شكل دخل أكبر عدد من المبحوثين بنسبة 90.3%، في حين أن الدخل الشهري البالغ 3501 شيكل فما فوق شكل دخل أقل عدد من المبحوثين بنسبة 9.7%.

### 6.3 أدوات الدراسة

تم استخدام الاستبيان لجمع المعلومات ولأغراض البحث، وقد تم تقسيم الاستبيان إلى أربعة أجزاء لتحقيق أهداف الدراسة وهي:

الجزء الأول: ويشتمل على البيانات الديمغرافية للدراسة التي تتمثل في العمر، الحالة الاجتماعية للمبحوثين (متزوجة، أعزب/عزباء، مطلقاة، أرملة)، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، مدة المرض، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً، الأمل في زراعة كلية، الأمراض الأخرى أو الإعاقات التي يعاني منها المبحوثين.

الجزء الثاني: مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته

(The patient rated anxiety scale )

الجزء الثالث: مقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression inventory )

الجزء الرابع : مقياس أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة

وفيما يلي وصف لمقاييس الدراسة:

مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته (The patient rated anxiety scale )

تم وضع مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته من خلال العالم دافيد شيهان ( David Sheehan ) سنة (1986) وتمت ترجمته من خلال الدكتور عزت شعلان سنة 1988، وهو مقياس مقنن ومحكم عالمياً.

ينقسم مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته إلى نصفين:

الجزء الأول من المقياس يقيس شدة مرض القلق، ويجب عليه المريض ليصور لنا مشاعره خلال الشهور الستة الأخيرة وخصوصاً حين كان في أسوأ حالاته، وأما الجزء الثاني فيستخدم في قياس أعراض القلق حين يقترب المريض من المخاوف الرئيسية عنده أو حين يجد نفسه في مواجهتها، ويقاس أيضاً إلى أي حد بلغ القلق لديه، فهو يقيس شدة الخوف والقلق لدى المريض نتيجة للمؤثرات الخارجية التي تخيفه وتسبب له القلق.

ويساعد تقسيم المقياس إلى جزأين في توضيح التشخيص فمثلاً إذا كانت نتيجة المريض مرتفعة في الجزء الأول يكون القلق نابعا في هذه الحالة من داخل المريض (مشاعر المريض) وهذا يقودنا إلى تشخيص المريض بان لديه قلق داخلي المنشأ، وأما إذا كانت نتيجة المريض مرتفعة في الجزء الثاني فهذا يقودنا إلى تشخيص بان المريض يعاني من مخاوف مرضية أدت إلى نشوء القلق لديه أي أن القلق خارجي المنشأ . وأما إذا كانت نتيجة المريض مرتفعة في الجزأين الأول والثاني فهذا يقودنا إلى وجود القلق لدى المريض في مراحل متقدمة من التطور مصحوبة بمخاوف مرضية، أي أن المريض يعاني من قلق داخلي المنشأ بالإضافة إلى مخاوف خارجية .

### مفتاح التصحيح لمقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته:

يشمل مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته على جزأين:

#### مفتاح الجزء الأول:

من 6-30 قلق داخلي المنشأ طفيف  
من 31-50 قلق داخلي المنشأ متوسط  
من 51-80 قلق داخلي المنشأ ملحوظ  
من 81-134 قلق داخلي المنشأ شديد

#### مفتاح الجزء الثاني:

من 4-11 حالة طفيفة من القلق خارجي المنشأ أو من الفوبيا  
من 12-22 حالة متوسطة من القلق خارجي المنشأ أو الفوبيا  
من 23-33 حالة ملحوظة من القلق خارجي المنشأ أو من الفوبيا  
من 34-44 حالة شديدة من القلق خارجي المنشأ أو من الفوبيا

ويتم احتساب الدرجة النهائية كالاتي :

1. درجة منخفضة في الجزء الأول + درجة مرتفعة في الجزء الثاني = قلق خارجي المنشأ
2. درجة مرتفعة في الجزء الأول + درجة منخفضة في الجزء الثاني = قلق داخلي المنشأ
3. درجة مرتفعة في الجزأين الأول والثاني = قلق داخلي المنشأ مع الفوبيا والمخاوف المرضية

## مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory

يعد آرون بيك (Aaron Beck) أشهر من وضع مقياسا للاكتئاب بناء على نظريته المعرفية وقد أرتضى كثير من الباحثين مقياسه، وقام بعضهم بتعريبه وتقنينه.

يتكون هذا المقياس من (21) مجموعة من الاسئلة، وكل مجموعة تصف أحد الأعراض السريرية للاكتئاب، ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة، وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه، وتصف حالته ومشاعره خلال الأسبوع الماضي من تعبئة الاستبانة، ويقوم بوضع دائرة حول رقم العبارة.

### مفتاح التصحيح لمقياس بك للاكتئاب:

تجمع علامة كل مجموعة من 1-21 وتوضع في مربع الدرجة الكلية. حيث يعتبر

- من 10-15 اكتئاب بسيط
- من 16-19 اكتئاب بسيط إلى متوسط
- من 20-29 اكتئاب متوسط إلى شديد
- من 30-63 اكتئاب شديد

### مقياس أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة:

قام بأعداد هذا المقياس ليونارد بون (Leonard Poon) سنة 1980، ويشتمل هذا المقياس على ثلاث أبعاد رئيسية :

1. بعد التفاعل الايجابي في التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة: ويحتوي هذا البعد على (13) عبارة تقيس بعض الصفات الشخصية الأقدامية والايجابية التي يتسم بها الأفراد في قدرتهم على التكيف مع مجموعة المصادر الداخلية أو الخارجية الضاغطة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويكون لديهم القدرة على السيطرة على هذه المصادر الضاغطة دون أحداث أي آثار سلبية جسدية أو نفسية في استجاباتهم أثناء مواجهتهم لتلك الأحداث اليومية الضاغطة، وسعيهم إلى التكيف النفسي والاجتماعي في هذه المواجهة.

2. بعد التفاعل السلبي في التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة: ويحتوي هذا البعد على (7) عبارات تقيس بعض الصفات الشخصية الاحجامية التي يتسم بها الأفراد في التكيف مع مجموعة المصادر الداخلية أو الخارجية الضاغطة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويتسم هؤلاء

الأفراد بالإحجام المعرفي عن التفكير الواقعي والمنطقي أثناء مواجهة الأحداث الضاغطة، ويستسلمون لتلك الأحداث، ويبحثون عن أنشطة بديلة، ويحصلون على مصادر التكيف النفسي والاجتماعي بعيدا عن الأزمات التي تفرزها أحداث الحياة اليومية الضاغطة.

3 . بعد التصرفات السلوكية في التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة: ويحتوي هذا البعد على (10) عبارات تقيس التصرفات السلوكية للأفراد عند مواجهة الضغوطات الحياتية اليومية، وفي طريقة استخدام الوسائل التكيفية الأقدامية والأحجامية في التصدي لتلك الأحداث وتجاوز آثارها السلبية الجسمية أو النفسية .

### مفاتيح التصحيح لمقياس أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة:

يحتوي هذا المقياس على ثلاث مستويات للإجابة: لا تنطبق وتأخذ (درجة واحدة)، وتنطبق إلى حد ما وتأخذ (درجتين)، وتنطبق تماما وتأخذ (ثلاث درجات)، كما يحتوي على ثلاثين فقرة تقيس ثلاث أبعاد هي:

• التفاعل الايجابي في التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة الذي يتكون من (13) عبارة تحمل الأرقام التالية (1,3,4,6,7,12,13,16,17,18,23,24,27) وكلما ارتفعت قيمة المتوسط الحسابي يكون التكيف أكثر ايجابية .

• التفاعل السلبي في التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة الذي يتكون من (7) عبارات تحمل الأرقام التالية: (11,14,19,21,26,29,30)، وكلما ارتفعت قيمة المتوسط الحسابي يكون التكيف سلبيا .

• التصرفات السلوكية للتكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة، ويتكون من (10) عبارات تحمل الأرقام التالية: (5,8,9,10,15,20,22,25,28,2). .

وللتعرف على استجابات أفراد العينة، وتحديد درجة أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة وفق قيمة المتوسط الحسابي، تم اعتماد المقياس التالي:

1. درجة عالية: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية تتراوح من (2.5-3) .
2. درجة متوسطة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي محصورة بين (1.5-2.49) .
- 3 . درجة منخفضة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي تتراوح بين (1-1.49)

### 7.3 صدق وثبات أداة الدراسة:

جدول 10.3 نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة

الرقم	المحاور	قيمة ر	مستوى الدلالة الإحصائية
1	بعد التفاعل الايجابي في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	.870**	0.000
2	بعد التفاعل السلبي في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	.903**	0.000
3	بعد التصرفات السلوكية لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	.938**	0.000
	الدرجة الكلية	.870**	0.000

تشير \*\* إلى وجود دالة إحصائية بدرجة عالية جدا المستوى 0.05

تشير \* إلى وجود دالة إحصائية بدرجة عالية المستوى 0.05

يتضح من خلال بيانات جدول 10.3 أن قيمة معامل الارتباط بيرسون لكامل الاستبانة جاءت ( $.870^{**}$ ) وبمستوى دلالة إحصائية (0.000)، ولمحاور الإستبانة تراوحت قيمة المعامل بين ( $.938^{**}$  و  $.870^{**}$ ) وبدلالات إحصائية تراوحت بين (0.000 و 0.000). وهذا يبين أن جميع الدلالات الإحصائية جاءت أقل من 0.05 ، ونتيجة لذلك اعتبرت الإستبانة ثابتة وتم توزيعها على كامل المبحوثين.

جدول 11.3 معامل الثبات كرومباخ ألفا لأدوات الدراسة

الرقم	المحاور	كرومباخ ألفا
1	مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته	93.7
2	مقياس بيك للاكتئاب	76.2
3	مقياس مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	90.0
	الدرجة الكلية	91.0

يتضح من خلال جدول 11.3 بان درجة الاتساق الداخلي للدرجة الكلية للدراسة وصلت 91 وهي درجة عالية جدا تدل على وجود اتساق داخلي مرتفع جدا ولذا تم توزيع الاستبانة على كافة المبحوثين، كما يتبين لنا بان أعلى درجة هي للمحور الأول "مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته بلغت 93.7 وهي درجة مرتفعة جدا، يليه المحور الثالث مقياس مواجهة أحداث الحياة اليومية

الضاغطة " بلغت 91 وهي درجة مرتفعة جدا، وأخيرا مقياس بك للاكتئاب حيث بلغت 76.2 وهي درجة مرتفعة.

### 8.3 تجريب أداة الدراسة:

بعد إعداد أداة الدراسة بصورتها الأولية تم تجريبيها من قبل (20) مريض ومريضة، وذلك من خلال التوجه إلى مستشفى رام الله الحكومي وتوزيع الأداة على المرضى الخاضعين لغسيل كلوي في المستشفى، وذلك للتأكد من وضوح بنود الأداة، وقد تم تعديل الأداة من خلال إعادة صياغة عدد من الفقرات في جزء البيانات الديمغرافية، ومقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته، كما تم إعادة توزيع فقرات اختبار الاكتئاب بصورة تضمن المصادقية في تعبئة الاختبار، وذلك لما لاحظته الباحث عند تجريب الأداة من عدم الجدية في تعبئة هذا الاختبار.

### 9.3: إجراءات الدراسة وجمع البيانات

بعد إعداد الخطة الأولية تم التأكد من إمكانية الوصول إلى المبحوثين، ومن ثم تم أتباع الخطوات التالية:

- 1 . جمع المواد النظرية والدراسات السابقة التي تتعلق بموضع الدراسة للاطلاع عليها لاختيار أداة مناسبة للدراسة وتخدم أهداف الدراسة.
2. اختيار أداة الدراسة والمقاييس المستخدمة لتحقيق الدراسة أهدافها وهي مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته، مقياس الاكتئاب، ومقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة.
3. تحديد مجتمع الدراسة وهو وحدات غسيل الكلى المنتشرة في مستشفيات شمال الضفة الغربية وهي (مستشفى نابلس الحكومي، مستشفى قلقيلية الحكومي، مستشفى طولكرم الحكومي، ومستشفى جنين الحكومي، ومستشفى سلفيت الحكومي).
4. قام الباحث بالحصول على موافقة إدارة المستشفيات من أجل توزيع الاستبيانات على المرضى.
5. تم توزيع الاستبيانات على المرضى وتعبئتها من خلال الباحث شخصيا في صيف عام 2010 .

6. التحليل الإحصائي للبيانات واستخراج النتائج النهائية من خلال تبويبها وترميزها باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS .

### 10.3 المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، لتحليل نتائج الدراسة، وقد تمت المعالجة من خلال حساب التكرارات، والأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقد تم الإجابة على أسئلة الدراسة باستخدام اختبار(كاي) .

### 11.3 الاعتبارات الأخلاقية

1. الحصول على موافقة إدارة المستشفيات، وموافقة المرضى سواء في العينة الاختيارية أو في العينة الفعلية وذلك بعد توضيح الهدف من إجراء الدراسة.
2. ضمان السرية في التعامل مع المعلومات التي تم الحصول عليها.
3. الحيادية وعدم تحيز الباحث أثناء تحليل البيانات وتفسير النتائج.

### 12.3 متغيرات الدراسة

#### المتغيرات المستقلة

- الجنس
- العمر: وله ست مستويات (14-24 سنة، 25-34 سنة، 35-44 سنة، 45-54 سنة،
- 55-64 سنة، 65- فأعلى) حيث تعتبر السنة المتوسطة في الترتيب بين السنوات لصالح الأقل دائما .
- الحالة الاجتماعية ولها أربع مستويات وهي(متزوجة، أعزب، أعزباء، مطلقة، أرمل) ومن ثم تم تقسيمها الى ثلاث مستويات، حيث تم دمج المطلق مع الأرمل.
- المستوى التعليمي وله أربع مستويات وهي (أمي، ابتدائي، ثانوي، جامعي).
- العمل ولها مستويان (يعمل، عاطل عن العمل).
- الدخل الشهري وله أربع مستويات (أقل من 1500 شيكل، 1501-2500، 2501-3500-
- 3501 فأكثر)، ومن ثم تم تقسيمها الى مستويين أقل من 2500 شيكل، والثاني 2501-3501



شيكل، حيث يعتبر الدخل الاقل من 2500 شيكل دخلا متوسطا فما دون ،في حين يعتبر الدخل الاكثر من 2500 شيكل دخلا فوق المتوسط .

- عدد مرات الغسيل أسبوعيا ولها أربع مستويات(مرة، مرتان، ثلاث مرات، أكثر من ذلك).
- توفر فرصة لزراعة كلى مستقبلا ولها ثلاث مستويات (مطلقا لا يوجد أمل، هناك أمل قليل، الأمل كبير).
- أمراض أخرى أو إعاقات ولها مستويان (نعم مع التحديد، ولا).

#### المتغيرات التابعة

- مستوى القلق .
- مستوى الاكتئاب .
- أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة .

## الفصل الرابع

### عرض نتائج الدراسة

## الفصل الرابع

### 1.4 المقدمة

سيقوم الباحث في هذا الفصل بعرض مفصل لنتائج الدراسة من خلال التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من المبحوثين للإجابة على أسئلة الدراسة.

### 2.4 نتائج السؤال الأول:

ما مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية ؟

النتائج المتعلقة بمدى انتشار أعراض القلق :

### جدول 1.4: القلق داخلي المنشأ

شدة القلق	التكرارات	الدرجة	النسبة المئوية
قلق داخلي المنشأ ضعيف	43	18	16.7
قلق داخلي المنشأ متوسط	136	41	52.7
قلق داخلي المنشأ ملحوظ	61	62	23.6
قلق داخلي المنشأ شديد	18	87	7
المجموع	258		100

من خلال جدول 1.4 يتبين أن نسبة 69.4% من المبحوثين لديهم قلق داخلي المنشأ ضعيف إلى متوسط، وأن نسبة 30.6% من المبحوثين لديهم قلق داخلي المنشأ ملحوظ إلى شديد.

## جدول 2.4: القلق خارجي المنشأ

شدة القلق	التكرارات	الدرجة	النسبة المئوية
قلق خارجي المنشأ ضعيف	36	8	14
قلق خارجي المنشأ متوسط	154	18	59.7
قلق خارجي المنشأ ملحوظ	54	28	20.9
قلق خارجي المنشأ شديد	14	36	5.4
<b>المجموع</b>	<b>258</b>		<b>100</b>

أما إذا نظرنا إلى جدول 2.4 فنجد أن نسبة 73.7% من المبحوثين لديهم قلق خارجي المنشأ ضعيف إلى متوسط وأن نسبة 26.3% من المبحوثين لديهم قلق خارجي المنشأ ملحوظ إلى شديد.

## جدول 3.4: نتائج معامل الارتباط بيرسون مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته

الرقم	المحاور	قيمة ر	مستوى الدلالة الإحصائية
1	مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته (العوامل الداخلية)	0.716**	0.000
2	مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته (العوامل الخارجية)		

يتضح من خلال جدول 3.4 بأن هناك علاقة ارتباط قوية جدا وهي علاقة ارتباط طردية ذات دلالة حيث أن مستوى الدلالة الإحصائية اقل من 0.05 وبالتالي يتضح لنا بان المجالات تتأثر ايجابيا فكلما زادت درجة مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته (العوامل الداخلية) أدى إلى زيادة درجة مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته (العوامل الخارجية) والعكس صحيح .

## النتائج المتعلقة بمدى انتشار أعراض الاكتئاب :

### الجدول 4.4 مدى انتشار أعراض الاكتئاب

النسبة المئوية	الدرجة	التكرارات	مستوى الاكتئاب
57.7	14	149	اكتئاب بسيط
22.5	17	58	اكتئاب بسيط إلى متوسط
14	23	36	اكتئاب متوسط إلى شديد
5.8	58	15	اكتئاب شديد
<b>100</b>		<b>258</b>	<b>المجموع</b>

يتضح من خلال جدول 4.4 أن أكثر من نصف المبحوثين يعانون من اكتئاب بسيط ، وان نسبة 22.5% من المبحوثين يعانون من اكتئاب متوسط وأن نسبة 19.8% من المبحوثين لديهم اكتئاب شديد .

### 3.4 نتائج السؤال الثاني: ما أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية ؟

وللتعرف على درجات أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة عند المبحوثين في كل من التفاعل الايجابي، والتفاعل السلبي، والتفاعل السلوكي، فقد قام الباحث باستخراج المتوسطات الحسابية لها .

### جدول 5.4 نتائج درجة أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة عند المبحوثين حسب الوسط الحسابي

درجة أساليب التكيف	النسبة	الوسط الحسابي	أساليب التكيف
متوسطة	78.0%	2.34	التفاعل الايجابي
متوسطة	73.6%	2.21	التفاعل السلبي
متوسطة	78.0%	2.34	التفاعل السلوكي
متوسطة	76.6%	2.30	الدرجة الكلية

يبين جدول 5.4 أن الوسط الحسابي لدرجة أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة لكل من التفاعل الايجابي، والتفاعل السلبي، والتفاعل السلوكي هي درجة متوسطة، حيث جاءت 2,34، ويظهر من الجدول تساوي قيمة الوسط الحسابي لكل من التفاعل السلوكي والتفاعل الايجابي، أي أن المبحوثين يستخدمون أساليب التفاعل الايجابي والتفاعل السلوكي في مواجهتهم لأحداث الحياة اليومية الضاغطة بنفس الدرجة .

وللتعرف على أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي يستخدمها المبحوثين قام الباحث بتحليل فقرات مقياس أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة الثلاثين، وقام باستخراج متوسطاتها الحسابية، وانحرافات المعيارية، ونسبها المئوية .

#### جدول 6.4 نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية ودرجات التكيف لفقرات التفاعل الايجابي لدى المبحوثين

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	الدرجة
1	أفكر أحيانا في أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي مرت في حياتي	2.56	.63	85.3%	عالية
3	أحاول التفكير في بعض أحداث الحياة السعيدة التي مرت في حياتي لأقارنها بالأحداث الضاغطة	2.54	.64	84.6%	عالية
12	أحاول تفادي بعض المشكلات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.47	.72	82.3%	متوسطة
7	المساندة الاجتماعية مع أفراد أسرتي وأصدقائي تخفف الكثير من الضغوط النفسية	2.46	.59	82.0%	متوسطة
23	أحاول أن انظر إلى أي حدث ضاغط يمر بي بواقعية قدر الإمكان	2.43	.73	81.0%	متوسطة
4	أجاهد من اجل تحقيق طموحاتي المستقبلية رغم أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي تمر بي	2.42	.70	80.6%	متوسطة
6	أحاول التوافق بأساليب ايجابية مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.39	.64	79.6%	متوسطة
18	أحاول تجنب الانفعالات والمشاعر السلبية في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.35	.71	78.3%	متوسطة
24	أفكر أحيانا في أحداث الحياة اليومية الضاغطة والتي حدثت لي في الماضي، واحاول الاستفادة منها في مواجهتي للأحداث التي تمر بي حاليا	2.35	.77	78.3%	متوسطة

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	الدرجة
17	أحاول الاستفادة من تجارب وخبرات الآخرين في أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.32	.73	77.3%	متوسطة
16	اشعر بالرضا عن نفسي عند مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.29	.66	76.3%	متوسطة
27	أحاول أن أكون متعاوناً مع الآخرين في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.26	.71	75.3%	متوسطة
13	أحاول أحياناً اللجوء إلى أخصائي نفسي أو مرشد ليساعدني في كيفية التعامل مع أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	1.63	.79	54.3%	متوسطة
	الدرجة الكلية	2.34	.36	78.0%	متوسطة

يتضح من خلال جدول 6.4 بان الدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة ( البعد الايجابي ) قد وصلت 2.34 وبانحراف معياري 0.36. وهي درجة متوسطة.

أما أعلى المتوسطات الحسابية والذي وصل (2.56) للفقرة التي تنص "أفكر أحياناً في أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي مرت في حياتي" وهي درجة مرتفعة، تلاه المتوسط الحسابي (2.54) للفقرة التي تنص "أحاول التفكير في بعض أحداث الحياة السعيدة التي مرت في حياتي لأقارنها بالأحداث الضاغطة" وهي درجة مرتفعة ، ومن ثم المتوسط الحسابي ( 2.47) للفقرة التي تنص "أحاول تفادي بعض المشكلات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة " وهي درجة متوسطة.

أما أدنى للمتوسطات الحسابية فقد وصل (1.63) للفقرة "أحاول أحياناً اللجوء إلى أخصائي نفسي أو مرشد ليساعدني في كيفية التعامل مع أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة" وهي درجة متوسطة تلاه المتوسط الحسابي (2.26) للفقرة التي تنص "أحاول أن أكون متعاوناً مع الآخرين في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة." وهي درجة متوسطة، ثم المتوسط الحسابي ( 2.29) للفقرة التي تنص "اشعر بالرضا عن نفسي عند مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة" وهي درجة متوسطة .

جدول 7.4 نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية ودرجات التكيف  
لفقرات التفاعل السلبي لدى المبحوثين

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	الدرجة
19	التزم الصمت أحيانا في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.34	.73	78.0%	متوسطة
26	اشعر أحيانا بالقلق و الخوف من أي حدث ضاغط مؤلم أتوقعه في حياتي اليومية	2.34	.77	78.0%	متوسطة
21	أحاول أحيانا الانسحاب من الحياة لبعض الوقت حتى لا أواجه أي حدث ضاغط في حياتي اليومية	2.33	.75	77.6%	متوسطة
11	أفضل أحيانا عدم مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.31	.79	77.0%	متوسطة
14	أخشى أن تؤثر أحداث الحياة اليومية الضاغطة على أسلوب حياتي اليومية	2.19	.69	73.0%	متوسطة
29	اشعر أحيانا بأنني لست أفضل من الآخرين في أساليب مواجهتهم لأحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.15	.71	71.6%	متوسطة
30	اشعر أحيانا بان التفكير في أحداث الحياة اليومية الضاغطة تؤخرني في إنجاز أعمالي اليومية	1.98	.81	66.0%	متوسطة
	الدرجة الكلية	2.21	.43	73.6%	متوسطة

يتضح من خلال جدول 7.4 بان الدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة ( البعد السلبي) قد وصلت 2.21 وبانحراف معياري 43. وهي درجة متوسطة.

أما أعلى المتوسطات الحسابية والذي وصل (2.34) للفقرة التي تنص "التزم الصمت أحيانا في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة"، تلاه المتوسط الحسابي وهي نفس الدرجة السابقة (2.34) للفقرة التي تنص "اشعر أحيانا بالقلق والخوف من أي حدث ضاغط مؤلم أتوقعه في حياتي اليومية"، ومن ثم المتوسط الحسابي ( 2.33) للفقرة التي تنص "أحاول أحيانا الانسحاب من الحياة لبعض الوقت حتى لا أواجه أي حدث ضاغط في حياتي اليومية" وجميع هذه الفقرات هي درجات متوسطة.



أما أدنى للمتوسطات الحسابية فقد وصل (1.98) للفقرة "اشعر أحيانا بان التفكير في أحداث الحياة اليومية الضاغطة تؤخرني في إنجاز أعمالي اليومية" وهي درجة متوسطة تلاه المتوسط الحسابي (2.15) للفقرة التي تنص "اشعر أحيانا بأنني لست أفضل من الآخرين في أساليب مواجهتهم لأحداث الحياة اليومية الضاغطة" وهي درجة متوسطة.

#### جدول 8.4 نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية ودرجات التكيف لفقرات التفاعل السلوكي لدى المبحوثين

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	الدرجة
2	ابعد عن مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة غير المنطقية	2.50	.69	83.3%	عالية
8	اهتم بالنتائج التي تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.48	.64	82.6%	متوسطة
10	أحاول أن استفيد من خبراتي وثقافتي في وضع أساليب منطقية لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.46	.70	82.0%	متوسطة
9	أحاول أن ابحث عن اهتمامات أخرى تبعدني عن المواجهة المباشرة لأحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.38	.71	79.3%	متوسطة
20	أحاول التصرف بسرعة مع أي موقف ضاغط يواجهني في حياتي اليومية	2.36	.71	78.6%	متوسطة
5	ابحث عن المتعة ومصادر التسلية لتخفيف الآثار السلبية لأحداث الحياة اليومية الضاغطة التي تمر بي	2.35	.68	78.3%	متوسطة
22	أتخيل أحيانا بعض الأحداث الضاغطة في المستقبل، وأفكر في أسلوب مواجهتها	2.34	.72	78.0%	متوسطة
15	أصبحت تؤثر أحداث الحياة اليومية الضاغطة على تصرفاتي وسلوكي اليومي	2.22	.67	74.0%	متوسطة
25	أتصرف أحيانا بطريقة سلبية في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.18	.77	72.6%	متوسطة
28	أتصرف أحيانا بطريقة سلبية في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة	2.09	.71	69.6%	متوسطة
	الدرجة الكلية	2.34	.41	78.0%	متوسطة

يتضح من خلال جدول 8.4 بان الدرجة الكلية لمقياس التصرفات السلوكية لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة قد وصلت 2.34 وبانحراف معياري 0.41. وهي درجة متوسطة.

أما أعلى المتوسطات الحسابية والذي وصل (2.50) للفقرة التي تنص "ابعد عن مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة غير المنطقية" وهي درجة مرتفعة، تلاه المتوسط الحسابي ( 2.48) للفقرة التي تنص "اهتم بالنتائج التي تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة " وهي درجة متوسطة، ومن ثم المتوسط الحسابي ( 2.46) للفقرة التي تنص "أحاول أن استفيد من خبراتي و ثقافتي في وضع أساليب منطقية لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة" وهي درجة متوسطة.

أما أدنى للمتوسطات الحسابية فقد وصل (2.09) للفقرة "أتصرف أحيانا بطريقة سلبية قي مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة" وهي درجة متوسطة تلاه المتوسط الحسابي (2.18) للفقرة التي تنص "أتصرف أحيانا بطريقة سلبية قي مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة" وهي درجة متوسطة، ثم المتوسط الحسابي (2.22) للفقرة التي تنص "أصبحت تؤثر أحداث الحياة اليومية الضاغطة على تصرفاتي و سلوكي اليومي" وهي درجة متوسطة.

#### 4.4 نتائج السؤال الثالث :

هل هناك فروق بين انتشار أعراض القلق لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية وبين المتغيرات التالية (وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا، ما مدى توفر فرصة لزراعة كلية لديك مستقبلا، هل تعاني من أمراض أخرى أو عاقات) ؟

جدول 9.4 نتائج اختبار (كاي) لمقياس القلق وعلاقته مع متغيرات الدراسة

درجات الحرية	مستوى المعنوية (مستوى الدلالة الإحصائية)	كأي المحسوبة	
9	.097	107.811	وقت تعبئة الاستمارة
9	.471	90.309	الجنس
4	.798	424.786	العمر
18	.102	204.509	الحالة الاجتماعية
27	.542	266.898	المستوى التعليمي

درجات الحرية	مستوى المعنوية (مستوى الدلالة الاحصائية)	كاي المحسوبة	
9	.680	83.244	العمل
9	.385	93.302	الدخل الشهري
18	*0.000	*303.154	عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا
68	*.034	*216.253	الأمل في زراعة كلية مستقبلا
9	.260	98.226	المعاناة من أمراض أخرى أو إعاقات

نلاحظ من خلال جدول 9.4 بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة  $\alpha=0.05$  بين واقع مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته ومتغير عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 122.212 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي كانت = 303.154 على درجات حرية 18 وبالتالي أن متغير عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا يوجد لها علاقة بالدراسة، وهذا بسبب أن هناك عدد مرات مختلف حيث تراوحت المرات من مرة إلى أكثر من ثلاث مرات فالفروق جاءت لصالح من يقومون بالغسيل أكثر من ثلاث مرات .

كذلك يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة  $\alpha=0.05$  بين واقع مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته ومتغير الأمل في زراعة كلية مستقبلا وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 55.767 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي كانت = 216.253 على درجات حرية 68 وبالتالي فإن متغير الأمل في زراعة كلية مستقبلا يوجد لها علاقة بالدراسة، وهذا بسبب أن هناك اختلاف كبير من لدية أمل كبير بزراعة كلية ومن لا يوجد لديه أمل حيث جاءت الفروق لصالح من لديه أمل كبير بزراعة الكلية مستقبلا، أي أن هؤلاء المرضى لديهم درجة قلق أعلى.

أما كلا من، وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، المعاناة من أمراض أخرى أو إعاقات، ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى اقل من 0.05 يعزى لهذه المتغيرات .

#### 5.4 نتائج السؤال الرابع :

هل هناك فروق بين انتشار أعراض الاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية وبين المتغيرات التالية (وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا، ما مدى توفر فرصة لزراعة كلية لديك مستقبلا، هل تعاني من أمراض أخرى أو عاقات) ؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث بعمل اختبار (كاي) لمقياس بك للاكتئاب وتم توضيح النتائج في جدول 10.4

جدول 10.4 نتائج اختبار (كاي) لمقياس بك للاكتئاب وعلاقته مع متغيرات الدراسة

المتغير	كأي المحسوبة	مستوى المعنوية ( مستوى الدلالة الإحصائية )	درجات الحرية
وقت تعبئة الاستمارة	*58.812	*.005	34
الجنس	36.555	.351	3
العمر	187.732	.167	17
الحالة الاجتماعية	68.346	.065	68
المستوى التعليمي	*138.298	*.010	10
العمل	45.762	.088	34
الدخل الشهري	40.686	.200	34
عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا	*88.948	*.045	68
الأمّل في زراعة كلية مستقبلا	69.783	.417	68
المعاناة من أمراض أخرى أو عاقات	47.922	.057	34

يلاحظ من خلال نتائج جدول 10.4 بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين مقياس بك للاكتئاب ومتغير وقت تعبئة الاستمارة، وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 52.747 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي = 58.812 على درجات حرية 34 وبالتالي أن متغير وقت تعبئة الاستمارة يوجد لها علاقة بالدراسة وهذا بسبب أن هناك اختلاف في وقت تعبئة الاستمارة فقد عبئت بعض الاستمارات أثناء عملية الغسيل والبعض الآخر قبل عملية الغسيل. حيث أن الفروق جاءت لصالح من عبئت معهم الاستمارات قبل عملية الغسيل، وبالتالي هؤلاء الباحثين كانوا أكثر اكتئابا.

كما يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين مقياس بك للاكتئاب ومتغير المستوى التعليمي وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 10.313 وهي أصغر من مربع كاي المحسوبة والتي كانت = 138.298 على درجات حرية 10 وبالتالي أن متغير المستوى التعليمي يوجد لها علاقة بدرجة الاكتئاب وهذا بسبب أن هناك اختلاف في درجة التحصيل العلمي، حيث جاءت الفروق لصالح من مستواهم العلمي "أمي"، وهم أكثر اكتئابا وأخيرا ومن خلال نتائج الجدول أعلاه يتبين لنا بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين مقياس بك للاكتئاب ومتغير عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 55.767 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي = 88.984 على درجات حرية 68 وبالتالي أن متغير عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا يوجد لها علاقة بالدراسة وهذا بسبب أن هناك عدد مرات مختلف حيث تراوحت المرات من مرة إلى أكثر من ثلاث مرات حيث أن الفروق جاءت لصالح من يقومون بالغسيل أكثر من ثلاث مرات وهم أكثر اكتئابا من باقي الباحثين.

هذا و تظهر البيانات الموجودة في الجدول أعلاه أن كلا من، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، العمل، الدخل الشهري، ما مدى توفر فرصة لزراعة كلية لديك مستقبلا، والمعاناة من أمراض أخرى أو أعاقات، ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى اقل من 0.05 يعزى لهذه المتغيرات .

#### 6.4 نتائج السؤال الخامس :

هل هناك فروق في أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية وبين المتغيرات التالية (وقت تعبئة الاستمارة ، الجنس ، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا، الأمل في زراعة كلية مستقبلا، وجود أمراض أخرى أو إعاقات) ؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث بعمل اختبار (كاي) لمقياس أساليب التكيف بأبعاده الثلاث (بعد التفاعل الايجابي، بعد التفاعل السلبي، بعد التصرفات السلوكية)

جدول 11.4 نتائج اختبار (كاي) لاستجابات المبحوثين على مقياس مواجهة الأحداث اليومية الضاغطة تبعا لبعدها التفاعل الايجابي .

المتغير	كأي المحسوبة	مستوى المعنوية ( مستوى الدلالة الإحصائية )	درجات الحرية
وقت تعبئة الاستمارة	*52.664	*.036	36
الجنس	32.962	.614	36
العمر	185.394	.376	18
الحالة الاجتماعية	71.471	.495	72
المستوى التعليمي	119.241	.216	10
العمل	34.264	.551	36
الدخل الشهري	*54.762	*.023	36
عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا	*125.628	*0.000	37
الأمل في زراعة كلية مستقبلا	68.115	.608	37
المعاناة من أمراض أخرى أو إعاقات	*57.878	*.012	36

يتضح من خلال جدول 11.4 بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين مقياس مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة تبعا للتفاعل الايجابي ومتغير وقت تعبئة الاستمارة وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 52.664 وهي أصغر من

مربع كأي المحسوبة والتي = 21.872 على درجات حرية 36 وبالتالي أن متغير وقت تعبئة الاستمارة يوجد لها علاقة بالدراسة، وجاءت الفروق لصالح من تم تعبئة الاستمارة معهم قبل تلقي العلاج .

كما يوجد فروق لصالح متغير عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 125.628 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي = 66.593 على درجات حرية 37 وبالتالي أن متغير عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا يوجد لها علاقة بالدراسة حيث جاءت الفروق لصالح من يقومون بالغسيل مرتين أسبوعيا.

كذلك بالنسبة للدخل الشهري يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين هذا المتغير ومقياس مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة تبعا لبعد التفاعل الايجابي حيث أن قيمة كأي الجدولة = 54.762 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي = 49.010 على درجات حرية 36 وبالتالي إن متغير الدخل الشهري يوجد لها علاقة بالدراسة حيث جاءت الفروق لصالح من دخلهم الشهري أقل من 2500 شيكل .

كذلك بالنسبة لمتغير المعاناة من أمراض أخرى أو عاقات فقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين هذا المتغير ومقياس مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة تبعا لبعد التفاعل الايجابي حيث أن قيمة كأي الجدولة = 57.878 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي = 14.941 على درجات حرية 36 وبالتالي إن متغير الدخل الشهري يوجد لها علاقة بالدراسة حيث جاءت الفروق لصالح من يعانون من أمراض أخرى .

أما كلا من الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الأمل في زراعة كلية مستقبلا، ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى اقل من 0.05 يعزى لهذه المتغيرات.

جدول 12.4 نتائج اختبار (كاي) لاستجابات المبحوثين على مقياس مواجهة الأحداث اليومية  
الضاغطة تبعا لبعء التفاعل السلبي.

المتغير	كأي المحسوبة	مستوى المعنوية ( مستوى الدلالة الإحصائية )	درجات الحرية
وقت تعبئة الاستمارة	23.311	.072	14
الجنس	11.818	.621	14
العمر	67.386	.566	70
الحالة الاجتماعية	<b>*41.419</b>	<b>*.049</b>	<b>28</b>
المستوى التعليمي	44.459	.369	42
العمل	18.676	.178	14
الدخل الشهري	11.547	.634	14
عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا	31.637	.290	28
الأمل في زراعة كلية مستقبلا	21.168	.818	28
المعاناة من أمراض أخرى أو إعاقات	<b>*24.126</b>	<b>*.044</b>	<b>14</b>

يتضح من خلال نتائج جدول 12.4 بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين مقياس مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة تبعا لبعء التفاعل السلبي والحالة الاجتماعية وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 41.119 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي = 1.181 على درجات حرية 28 وبالتالي أن متغير الحالة الاجتماعية يوجد لها علاقة بالدراسة، حيث جاءت الفروق لصالح المتزوجين .

كذلك بالنسبة لمتغير المعاناة من أمراض أخرى أو إعاقات يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين هذا المتغير ومقياس مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة تبعا لبعء التفاعل السلبي حيث أن قيمة كأي الجدولة = 24.126 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي = 1.180 على درجات حرية 14 وبالتالي فإن متغير المعاناة من أمراض أخرى أو إعاقات يوجد لها علاقة بالدراسة حيث جاءت الفروق لصالح من لا يعانون من أمراض أخرى أو إعاقات.



هذا و تظهر البيانات الموجودة في الجدول أعلاه أن كلا من، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا، الأمل في زراعة كلية مستقبلا، ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى اقل من 0.05 يعزى لهذه المتغيرات

**جدول 13.4 نتائج اختبار (كاي) لاستجابات المبحوثين على مقياس مواجهة الأحداث اليومية الضاغطة تبعا لبعء التفاعل السلوكي.**

المتغير	كأي المحسوبة	مستوى المعنوية ( مستوى الدلالة الإحصائية )	درجات الحرية
وقت تعبئة الاستمارة	18.991	.522	20
الجنس	20.928	.401	20
العمر	<b>*125.091</b>	<b>*.045</b>	<b>10</b>
الحالة الاجتماعية	45.740	.246	40
المستوى التعليمي	69.959	.178	60
العمل	12.371	.903	20
الدخل الشهري	11.902	.919	20
عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا	50.525	.123	40
ما مدى توفر فرصة لزراعة كلية لديك مستقبلا	44.130	.301	40
هل تعاني من أمراض أخرى أو عاقات	21.773	.353	20

يتضح من خلال جدول 13.4 بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) تبعا لبعء التفاعل السلوكي لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة والعمر وعند اختبار الفرضية تبين أن قيمة كأي الجدولة = 125.091 وهي أصغر من مربع كأي المحسوبة والتي = 115.871 على درجات حرية 10، وبالتالي أن متغير العمر يوجد لها علاقة بالدراسة، حيث جاءت الفروق لصالح كبار السن فوق 55 سنة .

هذا و تظهر البيانات الموجودة في الجدول أعلاه أن كلا من، الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا، الأمل في زراعة

كلية مستقبلاً، ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى اقل من  $\alpha = 0.05$  يعزى لهذه المتغيرات .

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 المقدمة

2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول

3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني

4.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث

5.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع

6.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس

7.5 التوصيات

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج

#### 1.5 المقدمة

بناء على ما تم عرضه في الفصل الرابع من تحليل إحصائي لأداة الدراسة التي فحصت القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي في محافظات شمال الضفة الغربية، قام الباحث في هذا الفصل بمناقشة نتائج الدراسة بالاعتماد على أدبيات الدراسة والدراسات السابقة .

#### 2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول والذي نصه :

ما مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية ؟

يتضح من خلال جدول 2.4 بأن 59.7% من المبحوثين يعانون من قلق خارجي المنشأ متوسط الشدة .

وبمراجعة الدراسات السابقة نجد أن نتائج الدراسة تتفق مع دراسة Alpar & Cinar & et. al (2005) حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود علامات لدى عينة الدراسة تدل على القلق منها عدم الحصول على إجازات، وعلامات تعب وإرهاق بين المشاركين، وعلامات عدم وجود أمل في المستقبل. كما تختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة Gulledge (1970) والتي أجريت على المرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية حيث أظهرت نتائج الدراسة إن (88%) من أفراد العينة الذين تم دراستهم يعانون من مشاعر القلق والاكتئاب. يرى الباحث أن مشاعر العجز التي يشعر بها المريض وعدم قدرته على ممارسة حياته بالشكل الطبيعي تزيد من حدة مشاعر القلق لديه وهذا ما تؤكد عليه نظرية أدلر في تفسير القلق، حيث ربط أدلر بين القلق ومشاعر العجز والنقص مبرزاً أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك، فقد كان

آدر يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع وطبيعة هذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، حيث يرى آدر أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار، وكذلك الأمر بالنسبة للإنسان المريض فهو يشعر بالعجز والنقص بالنسبة للأصحاء فينشأ القلق كردة فعل على هذا النقص والعجز (عثمان، 2001).

كما أن حياة المريض الخاضع لغسيل كلوي مهددة في كل لحظة لم يقوم بها بغسيل كلوي، فتراكم السموم في جسم المريض نتيجة لعدم قيامه بالغسيل الكلوي المقرر له يؤدي إلى الوفاة الحتمية، فهذا الشعور بتهديد وجود الإنسان وحياته قد يؤدي إلى شعور المريض بالقلق وهذا ما تؤكدته المدرسة الإنسانية في تفسيرها للقلق، فأصحاب هذه المدرسة يعتقدون بأن القلق ينشأ عندما يدرك الإنسان حتمية نهايته وان المستقبل قد يجلب معه المواقف والأحداث التي تهدد وجود الفرد مثل المرض، أو الفشل المحتمل الحدوث أو الإصابة بعاهة مستديمة، وهذا ما ينطبق على مرضى الغسيل الكلوي فالتهديد للحياة الناتج عن عدم القدرة على الغسيل الكلوي نتيجة الحواجز أو الاغلاقات يزيد من مشاعر القلق لديهم (باترسون، 1990).

أما فيما يتعلق بمدى انتشار أعراض الاكتئاب نجد أن ما نسبته 19.8% من المبحوثين لديهم اكتئاب شديد.

تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (2001) Neu and Kjellstrand حول الغسيل الكلوي والانتحار حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الموت عن طريق الانتحار يحدث في مجتمع الدراسة ككل بنسبة 0,2% لكل 1000 مريض خاضع لغسيل كلوي، كما وتختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة (2010) Chih-Ken Chen, Yi-Chieh Tsai et .al حول الاكتئاب وخطر الانتحار لدى الأشخاص المصابين بالفشل الكلوي والخاضعين لغسيل كلوي حيث أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة (35%) من عينة الدراسة يعانون من أعراض الاكتئاب وان نسبة (21.5%) عندهم أفكار انتحارية. في المقابل لم تظهر نتائج هذه الدراسة أي علامات لدى المرضى تدل على التفكير بالانتحار أو محاولة الانتحار، حيث انه من المعروف أن طرق الانتحار الناتجة عن اشتداد الاكتئاب تكون سهلة بالنسبة لمرضى الفشل الكلوي، فعدم عمل غسيل كلوي يزيد من تراكم السموم في الجسم، وإذا لم يقوم المريض بالغسيل الفوري للتخلص من هذه السموم فإنه يموت خلال فترة قصيرة .

وتختلف نتائج الدراسة مع دراسة أبو سيف (2002-2003) حول الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي مقارنة بالاكتئاب بين المرضى المصابين بأمراض باطنية أخرى يعالجون بمستشفى الشفاء بغزة حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ارتفاع نسبة الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي المزمن

مقارنة بذوي الأمراض الباطنية المزمنة الأخرى، حيث إن 52.5% من أفراد العينة يعانون من اكتئاب شديد، بينما في الدراسة الحالية كانت نسبة الاكتئاب حوالي 20%.

كما وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة Chan, Romony ,et. al (2008) حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة قوية بين فقدان أو خسارة الكلى والغسيل الكلوي على المدى الطويل من جهة وبين الاكتئاب من جهة أخرى .

ومن خلال استعراض الأدب التربوي المتعلق بالاكتئاب يرى سيلجمان Seligman أن الاكتئاب استجابة نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها، فعندما يتعرض الفرد لأحداث غير سارة فإنه يتعلم عدم مواجهتها انطلاقاً من اعتقاده بعدم وجود طائل من الاستجابة، أو عدم قدرته على تغيير الأحداث، وعندما تصبح هذه الأحداث شديدة فإن قلق الفرد وخوفه يمهّد لظهور الاكتئاب.

كما ويرى سيلجمان أن الاكتئاب عجز متعلم، حيث أن الاكتئاب يرتبط بأنواع من الخلل تشمل خلل دافعي Motivational Deficit، وخلل معرفي Cognition Deficit، وخلل في مفهوم الذات Self concept، وخلل وجداني Affective deficit، حيث تنتج الأنواع الثلاثة الأولى نتيجة لعدم القدرة على ضبط الأحداث، في المقابل ينتج النوع الرابع نتيجة لتوقع النتائج غير المحتملة أو غير المتوقعة والتي ليس بالإمكان تعديلها فان العجز المتعلم Helplessness يحدث ويؤدي إلى الاكتئاب (Seligman,1975, Costin &Draguns, 1989).

يرى الباحث أن المرضى الخاضعين لغسيل كلوي يشعرون بالعجز المكتسب من خلال خبراتهم في عدم وجود جدوى من التغيير، فهم يشعرون بالتهديد المستمر للحياة والقرب من الموت، الأمر الذي أدى إلى قلة الدافعية لديهم وخلل في مفهوم الذات كذلك يعانون من اضطراب في مشاعرهم حيث أصبحت دافعيتهم نحو الانجاز تكاد تكون معدومة ولا وجود للأمل لديهم ، كما أن مفهومهم لذواتهم يتسم بالدونية وعدم الجدوى، وتتصف مشاعرهم بالتصلب، وعدم إعطاء أهمية لمشاعر الفرح والابتهاج، وهذا مما أدى إلى ارتفاع نسبة الاكتئاب لديهم، وهذا ما ينطبق مع وضع المبحوثين في هذه الدراسة.

### 3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني والذي نصه:

ما أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية ؟

يتضح من خلال جدول 5.4 أن الوسط الحسابي لدرجة أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة لكل من التفاعل الايجابي، والتفاعل السلبي، والتفاعل السلوكي هي درجة متوسطة، حيث كانت 2.34، ويظهر من الجدول تساوي قيمة الوسط الحسابي لكل من التفاعل السلوكي، والتفاعل الايجابي، أي أن المبحوثين يستخدمون أساليب التفاعل الايجابي، والتفاعل السلوكي في مواجهتهم لأحداث الحياة اليومية الضاغطة بنفس الدرجة.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة ( Alpar & Cinar ,et. al (2005) والتي هدفت إلى التعرف على استراتيجيات التكيف لدى الأشخاص الخاضعين لغسيل كلوي، وكانت نتائج الدراسة أن المرضى يستخدمون أساليب تكيف سلوكية وسلبية. كما وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة (Welch and Ausein (1996) والتي هدفت إلى فحص مستوى التوتر، والقلق، والاكتئاب، وأساليب التكيف عند المرضى الخاضعين لبرامج غسيل كلوي، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن المرضى يستخدمون أساليب تكيف سلبية ناتجة عن قلة الدعم الاجتماعي وأساليب حل المشكلات في تعاملهم مع المرض.

ومن خلال استعراض الأدب التربوي نجد أن القلق، والاكتئاب، والتكيف، يعتمد كل منهما على الآخر، حيث يشكل القلق خوفاً وتوجساً من المستقبل وما يحمله من مفاجآت، في حين يشكل الاكتئاب ردة فعل للأحباطات التي يمر بها الشخص خلال مسيرة حياته وإدراكه لهذه الإخفاقات على أنها مهددة له، وعدم قدرة الشخص التعامل الصحي مع قلقه، وسيطرة المزاج الاكتئابي عليه يؤدي به إلى صعوبة بالتكيف، وهذا ما أشارت له النظرية المعرفية في تفسيرها للقلق والاكتئاب كما ورد في المحارب،(Beck et al ,1979، 2000)، حيث يرى بك أن الاكتئاب يرجع إلى ثلاث عناصر وهي الطرق السلبية في إدراك الفرد لذاته، والميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية، والنظرة السلبية للمستقبل، وهذه العناصر مرتبطة بالبنية المعرفية للفرد، والبنية المعرفية هي الطرق أو النماذج المعرفية التي يستخدمها الأفراد لتفسير الأحداث وهذه البنية المعرفية مبنية على خبرات الأفراد السابقة .

يرى الباحث أن عملية الغسيل الكلوي تحد من نشاطات المريض، وتفقد الروتين المعتاد على القيام به، فهي تخرجه من سياق ما كان قد تكيف عليه، وتتطلب منه تكيفاً سريعاً، بحيث لا يكون

المريض مهيباً له في كثير من الأحيان، وان الصعوبات التي يواجهها المريض في التكيف مع المرض هي صعوبات مناسبة لطبيعة المرض، فطريقة تفكير المريض وإدراكه للمرض تحدد أسلوب التكيف وهذا ما أشار له رضوان (2002)، حيث يرى بأن التكيف يعني المواجهة الفاعلة مع المواقف المختلفة وبشكل خاص المرهقة منها، فكل فرد يمتلك ذخيرة من الموارد والاستراتيجيات التي اكتسبها في مجرى حياته، يواجه من خلالها المشكلات والارهاقات التي تعترض طريقة، فهناك موارد فاعله تقود لحلول ناجحة وموارد غير فاعلة تقود لحلول سلبية وغير ناجحة .

#### 4.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث والذي نصه:

هل هناك فروق بين انتشار أعراض القلق لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية وبين المتغيرات التالية (وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً، وجود أمل في زراعة كلية مستقبلاً، وجود أمراض أخرى أو عاقات) ؟

يتضح من خلال جدول 9.4 أن كلا من وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، المعاناة من أمراض أخرى ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى اقل من 0.05 يعزى لهذه المتغيرات، أما بالنسبة لعدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً، ووجود أمل في زراعة كلية مستقبلاً فقد وجدت فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق تعزى لهذه المتغيرات على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ )، حيث كانت الفروق لصالح من يقومون بالغسيل الكلوي ثلاث مرات أسبوعياً ، ولصالح المرضى الذين لديهم أمل في زراعة كلية مستقبلاً .

تتفق نتائج هذه النتائج مع نتائج دراسة الليحاني (1995)، حيث أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن في المعاناة من الاكتئاب والقلق تبعاً لمتغير السن ، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي .

كما وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة الشحاتيت (2006) حيث أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين على مقياس القلق النفسي كحالة وسمة تعزى لمتغير العمر، والحالة الاجتماعية، العمل. كما وتتفق نتائجها من حيث وجود فروق لصالح الإناث بالنسبة لمقياس القلق النفسي .



كما وتختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة Kessler (1998) حول الضغوطات النفسية والطبقات الاجتماعية حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الإناث أكثر شعورا بالضغط النفسي وأكثر تعرضا له مقارنة بالذكور.

يرى الباحث أن نسبة 49.7% من المبحوثين هم فوق سن 55 سنة حيث أن هذه المرحلة العمرية لا تتطلب تحقيق إنجازات كالارتباط والزواج وتأمين المعيشة وبالتالي تقل نسبة القلق المرتبط بالوضع الصحي، كما أن توقعات الآخرين عن هذه الفئة العمرية قليلة فيما يتعلق بتلبية الاحتياجات وإعالة الآخرين. وهذا يعني أن الحالة الاجتماعية في صالحهم لكونهم متزوجون ويتوقعون من زوجاتهم الرعاية والاهتمام، كما يتضح لنا من الثقافة العربية التي تفرض على الزوجة طاعة زوجها، وهذا ما يوفر الاستقرار العائلي داخل البيت الذي بدوره يشكل دعما نفسيا للمريض ويحد من قلقه وخوفه من المستقبل نتيجة عجزه بسبب المرض، كما أن الأسرة بشكل عام تعتني أكثر بالفرد المريض بها .

لقد قسم أريكسون مراحل حياة الإنسان إلى ثماني مراحل، حيث تقع فئة المبحوثين ضمن مرحلة الشيخوخة التي يتسم بها الإنسان بالتكامل مع الذات والآخرين، فينظر الإنسان إلى مراحل حياته المختلفة ويعمل على تقييم إنجازاته، فإذا نظر الشخص إلى الوراء وقيم حياته على أنها مجموعته من الإنجازات والنجاحات المتكررة فإنه يشعر بالرضا عن الذات ويعمل على تحقيق التكامل الاجتماعي، أما إذا قيم مراحل حياته المختلفة على أنها إخفاقات وفشل فأن اليأس والإحباط يتمكن منه، كما أن المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الشخص من أسرة وأقارب تشكل جزءا من هذا التقييم (عبد المعطي ، 2004).

أما بالنسبة للمستوى التعليمي فإن غالبية المبحوثين مستواهم التعليمي أقل من توجيهم، وان نسبة قليلة جدا تحمل شهادة كلية فما فوق، ونتيجة لقلّة وعي غير المتعلم بالتعقيدات الصحية والنفسية والاجتماعية لطبيعة المرض وتبعياته يؤدي إلى التسليم للمرض، وقلّة القلق مما سيحدث لهم، كما أن غير المتعلمين لديهم بالغالب ثقافة دينية شعبية تدرك المرض على أنه قضاء لا بد من التسليم به.

أما بالنسبة للعمل فأن نسبة 82% من المبحوثين لا يعملون، حيث يرى الباحث من خلال تعبئة المبحوثين للاستبانة ان انحيازهم لخيار لا يعمل ربما قائم على شك بان وراء هذه الاستبانة مردود مادي أو مساعدة .

أما بالنسبة لمتغير الأمل في زراعة كلية فقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية لصالح من لديهم أمل في زراعة كلية مستقبلاً، حيث يرى الباحث أن ارتباط عملية الغسيل الكلوي بالألم الجسدي والنفسي، وارتباط زراعة الكلية بالخروج من هذا الروتين المؤلم الذي لا يطاق، فإن المرضى الذين لديهم أمل في زراعة كلية يزيد مستوى القلق، وخوفهم من موت هذا الأمل في حال عدم وجود الكلية أو إذا فشلت عملية الزراعة مما يستدعي العودة إلى الغسيل مره أخرى .

أما فيما يتعلق بعدد مرات الغسيل الكلوي، فلها ارتباط وثيق بالوضع الاقتصادي للأسرة، فكلما زادت عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً كلما زادت التكاليف المصاحبة لعملية الغسيل من موصلات وغيرها، فالمرضى الذين يقومون بعملية غسيل كلوي ثلاث مرات أسبوعياً يعانون من قلق أكثر من المرضى الذين يقومون بعملية غسيل مرتين أو أقل أسبوعياً، ومن جهة أخرى فخصوصية الأوضاع التي يعيشها المريض الفلسطيني من احتلال وإغلاقات مستمرة وإعاقات على الحواجز تزيد من صعوبة الوصول إلى مراكز الغسيل، وارتباط هذه الإعاقات بزيادة عدد مرات الغسيل والتنقل أسبوعياً يزيد من القلق لديهم والخوف من الموت، إذا لم يتمكنوا من الوصول إلى مراكز الغسيل، كذلك تسبب المعاناة الأسبوعية من خلال الغسيل الكلوي المتكرر سبباً قوياً لزيادة القلق والتوتر والضيق النفسي لدى المرضى.

## 5.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع والذي نصه:

هل هناك فروق بين انتشار أعراض الاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية وبين المتغيرات التالية (وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً، وجود أمل في زراعة كلية مستقبلاً، وجود أمراض أخرى أو إعاقات) ؟

يتضح من خلال جدول 11,4 أن كلا من الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، الدخل الشهري، وجود أمراض أخرى أو إعاقات، وجود أمل في زراعة كلية مستقبلاً، العمل، ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى اقل من 0.05 يعزى لهذه المتغيرات فيما يتعلق بمستوى الاكتئاب .

أما وقت تعبئة الاستمارة، المستوى التعليمي، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً، فقد وجدت فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لهذه المتغيرات في مستوى الاكتئاب حيث أن مستوى الدلالة أقل من 0.05، وكانت الفروقات لصالح من تم تعبئة الاستمارة معهم قبل جلسة الغسيل الكلوي، ولصالح من مستواهم التعليمي أمي، ولصالح من يقومون بالغسيل الكلوي ثلاث مرات أسبوعياً، ولصالح من دخلهم الشهري أقل من 2500 شيكل.

تتفق مع هذه النتيجة دراسة الليحاني (1995) حيث أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن في المعاناة من الاكتئاب تبعاً لمتغير السن، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي.

بالنسبة لوقت تعبئة الاستبانة فقد وجدت فروق في مستوى الاكتئاب لصالح من تم تعبئة الاستبانة معهم قبل جلسة الغسيل الكلوي، حيث يرى الباحث أن عملية الغسيل الكلوي تشتمل على مجموعة من التغيرات الجسمية التي تطرأ على المريض من انخفاض ضغط الدم، وأحياناً نوبات فقدان الوعي، كما وتشتمل على مجموعه من الإجراءات لبدء عملية الغسيل بدءاً من توصيل المريض بجهاز الغسيل، والألم الناتج عن هذه العملية، وانتهاءً بالخوف من التهاب المكان الذي يتم من خلاله الغسيل الكلوي الذي يطلق عليه (الشنت)، وما يرتبط بهذا الالتهاب من ألم، وربما عملية جراحية ليتمكن الطبيب من عمل (شنت) آخر ليتم من خلاله الغسيل الكلوي للمريض.

يرى الباحث أن كل هذه الإجراءات والتغيرات التي يمكن أن تحدث للمريض إضافة إلى انخفاض المستوى التعليمي للمرضى، وجهلهم بهذه التعقيدات الطبية يزيد من مشاعر الاكتئاب لديهم قبل الدخول لجلسة الغسيل، لخوفهم من هذا الألم الجسدي والنفسي الذي سيمرون به، وشعورهم بأن حياتهم مهددة .

كما يرى الباحث أن جلسة الانتظار تسيطر عليها أفكار سلبية نحو الذات، تتعلق بالتفكير بالماضي، والشعور بالعجز، والإحباط، والشعور بالانقياد لروتين العلاج الأسبوعي الذي يشوه دائرة الحياة الطبيعية، إضافة إلى شعور المريض بعبئه على الآخرين الذين يقودونه للعلاج، أو الشعور بالوحدة إذا لم يكن هناك من يحيطه من ذويه.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي فإن عدم الوعي وسيطرة الجهل تحد من قدرة المريض على النظرة المتوازنة للذات، وللحياة، فمن ناحية قد يلوم المريض نفسه، ويشعر بالذنب لاقتناعه بأن ما حل به هو عقاب، ومن ناحية أخرى فإن الأمي تنقصه الثقة، والانفتاح، والتكامل في مواجهة

الضغوط الحياتية، مما يوقعه أسيرا لها، إضافة إلى ذلك فإن مجمل الإدراكات السلبية، والانطباعات السوداوية، الناتجة عن عدم إدراك الواقع بشكل منفتح ومتوازن، من شأنها أن تحتل مساحة واسعة من الخبرات المؤلمة للشخص، وتغير من طريقة تفكيره بالاتجاه السلبي، وبالتالي حدوث انتكاسه انفعالية مزمنة، قد تصل إلى حد انهيار الشخصية وإحباطها ووقوعها فريسة للاكتئاب .

أما بالنسبة لعدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا فجاءت الفروق لصالح من يقومون بالغسيل الكلوي ثلاث مرات أسبوعيا، حيث يرى الباحث أن زيادة عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا يعني زيادة عدد مرات المعاناة من تعقيدات الغسيل الكلوي والألم المرتبط به، وزيادة معاناة المرضى على الحواجز الإسرائيلية وما يتعرضون له من اهانات، وشعورهم بأن حياتهم مهددة إذا لم يتمكنوا من الوصول إلى مراكز الغسيل الكلوي، بالإضافة إلى الألم والمعاناة المتكررة، وفقدان الأمل، والخوف من الموت كلها أسباب قد تزيد من درجة الاكتئاب لدى المرضى.

## 6.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس والذي نصه :

هل هناك فروق في أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية وبين المتغيرات التالية (وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا، وجود أمل في زراعة كلية مستقبلا، وجود أمراض أخرى أو إعاقات) ؟

فيما يتعلق بأساليب التكيف تبعا لبعد التفاعل الإيجابي

يتضح من خلال جدول 13,4 أن كلا من الجنس ، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، وجود أمل في زراعة كلية مستقبلا، ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى اقل من 0.05 يعزى لهذه المتغيرات، وهذا يعني انه لم يكن هناك تأثير لهذه المتغيرات على بعد التفاعل الإيجابي للمبحوثين.

أما وقت تعبئة الاستبانة، الدخل الشهري ، وجود أمراض أخرى أو إعاقات، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا، فقد لوحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لهذه المتغيرات، حيث أن مستوى الدلالة اقل من 0.05، وبذلك نستطيع القول بان هناك علاقة بين هذه المتغيرات وبين

أساليب التكيف الايجابي لدى المبحوثين، وكانت الفروق لصالح من تم تعبئة الاستمارة معهم قبل جلسة الغسيل الكلوي، ولصالح من دخلهم الشهري أقل من 2500 شيكل، ولصالح الإناث، ولصالح من يعانون من أمراض مرافقة للفشل الكلوي، ولصالح من يقومون بالغسيل الكلوي مرتين أسبوعياً.

يمثل التكيف الايجابي قدرة الفرد على إشباع حاجاته ودوافعه بأسلوب يرضيه ويرضي المحيطين به، الأمر الذي يؤدي به إلى تكوين مفهوم ذات ايجابية، والى تقبل ذاته والآخرين (كفاي، 1987)، من ذلك يرى الباحث أن التكيف الايجابي هو أسلوب تفكير ينتهجه الفرد لمواجهة الموقف أو الحدث المؤلم الذي يتعرض له، حيث يبتكر أساليب تكيفيه حياتية ايجابية منها نقادي الأحداث المؤلمه، والابتعاد عن التفكير فيها، واجترار الأحداث السعيدة التي مر بها في حياته، ومساعدة الآخرين، وغيرها من الأساليب الايجابية في التكيف .

يرى توفيق (2006) في كتابه "الإيحاء العقلي"، أن العقل البشري يعمل كالمغناطيس تماماً، فإذا توقع الإنسان الفشل فإنه سيفشل حتماً بناء على قوانين العقل الباطن، حيث يرى أن الإيحاءات التي يعطيها الإنسان لنفسه على انه فاشل، ولا يستطيع أن يحقق أهدافه وطموحاته، فتصبح نظرتة لذاته سلبية، فتتحول انجازاته من نجاح إلى فشل، من ذلك يرى الباحث أن المرضى الذين يتبنون أساليب تفكير ايجابية وتفاؤلية بغض النظر عن المتغيرات السابقة، يكونون قادرين على بناء تكيف ايجابي، وصناعة الأمل لأنفسهم من خلال هذه الأساليب التي يستخدمونها .

وهذا ما تؤكد عليه دراسة تقاحة وحسيب (2002)، حيث يرى الباحثان أن الشخص الذي يدرك مصدر الضغط على انه يمثل نوعاً من التحدي له، ويستخدم أساليب تكيف ايجابية في التعامل مع الضغط، ويدرك أن لديه قدرة كبيرة على التحكم والسيطرة في هذه المواقف الضاغطة، ويتصف بالتفاؤل، يكون لديه ضغط نفسي قليل قد لا يؤثر على صحته الجسمية والنفسية .

أما بالنسبة للدخل الشهري فان الفروقات جاءت لصالح من دخلهم الشهري اقل من 2500 شيكل يرى فهمي (1987) ان التكيف الايجابي يؤدي بالفرد الى الراحة النفسية، والى تكوين ذات ايجابية، والى تقبل ذاته، وتقبل الآخرين، واتخاذ أهداف واقعية، من ذلك يرى الباحث أن ارتفاع المستوى الاقتصادي للأسرة يزيد من متطلبات أفرادها ويحسن من مستوى معيشتهم، كما يزيد من ثلبيية الاحتياجات الكمالية التي يطلبونها، وعند وقوع الفشل الكلوي وخضوع المريض لبرنامج غسيل كلوي وبرنامج غذائي صارم، فان هذه الرفاهية التي يتمتع بها هذا الفرد تحدد بشكل مؤلم ومن غير إرادته، هذا كله يجعل هذه الفئة من المرضى عاجزين أمام المرض، ويتخذون أساليب سلبية في تكيفهم مع المرض، في المقابل فأن المرضى أصحاب الدخل الشهري المتدني، فان الاحتياجات

الأساسية لا يكادون يحصلون عليها، وعند إصابتهم بالفشل الكلوي وخضوعهم للغسيل الكلوي، فإن المرض لم يغير ولم يحد كثيرا من نشاطاتهم، ورفاهيتهم الغير موجودة أصلا، فتقبلهم للمرض وتكيفهم معه يكون بصورة ايجابية أكثر كما ظهر من خلال نتائج هذه الدراسة .

أما فيما يتعلق بوجود أمراض أخرى أو إعاقات، فإن الفروق جاءت لصالح من يعانون من أمراض أخرى أو إعاقات، يرى الباحث أن تعدد الأمراض تزيد من خبرة المريض في التعامل مع المرض وتعقيدات الأدوية، كما ويزيد من تقبل المريض للأعراض الجانبية المؤلمة التي من الممكن أن تظهر نتيجة المرض، حيث أن المريض يعاني من أمراض أخرى وأعراض جانبية أخرى وتعقيدات علاجية، مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون سوى من مرض واحد فإن خبرتهم في التعامل مع المرض وتعقيدات الأدوية والآثار الجانبية للمرض تكون معدومة، من هنا يكون تكيفهم بشكل سلبي مقارنة بالمرضى الذين يعانون من أكثر من مرض فيكون تكيفهم ايجابي .

أما فيما يتعلق بوقت تعبئة الاستمارة فإن الفروق جاءت لصالح المرضى الذين قاموا بتعبئة الاستمارة قبل الغسيل، من خلال نتائج الدراسة تبين أن المرضى الذين قاموا بتعبئة الاستمارة قبل بدء عملية الغسيل الكلوي وأثناء الانتظار كانوا أكثر قلقا وأكثر اكتئابا ويتمتعون بتكيف ايجابي، حيث يعطي الباحث أهمية كبيرة لخصوصية الوضع الفلسطيني، حيث يرى الباحث أن الثقافة الفلسطينية التي يولد ويتربي عليها الإنسان الفلسطيني، والتي تعمل على ترسيخ مبدأ المقاومة، والتضحية، وقوة الإرادة، والصبر، وما يعانيه الإنسان الفلسطيني ويعايشه من احتلال، وقمع، وتكيل، وظلم يزيد ويرسخ هذه الثقافة لديه، فهو لا يفقد الأمل في المستقبل، وهذا ما ظهر لدى المرضى فهم بالرغم من أنهم يعانون من قلق واكتئاب نتيجة لصعوبة المرض، إلا أنهم يتكيفون مع المرض بشكل ايجابي، كما يرى الباحث أنه قد يكون للدين دورا كبيرا في التكيف الايجابي، فمفهوم القضاء والقدر وغيرها من المفاهيم الدينية التي يحملها هؤلاء المرضى تساعدهم في التكيف بشكل ايجابي، والقبول بالمرض كابتلاء من الله، كذلك فهم تعودوا على الغسيل خاصة الذين يقومون به منذ فترة طويلة، وتعلموا كيف يحضرون أنفسهم له، وبالتالي هم أكثر تكيفا، ويستخدمون أساليب مساعده لأنفسهم.

أما فيما يتعلق بعدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا فإن الفروق جاءت لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل الكلوي مرتين أو اقل أسبوعيا.

يرى الباحث أن عدد مرات الغسيل الكلوي تزيد من تعرض المرضى للحدث المؤلم الذي يعانون منه، حيث أن عملية الغسيل الكلوي وما يرتبط بها من إجراءات، وتحضيرات طبية، وتمريضية تزيد من مشاعر الحزن والتوتر لدى المرضى، وبما أن عملية التكيف النفسي بشكل عام مرتبطة بطريقة إدراك الشخص للموقف، والعمل على اختيار أفكار تساعد في تكيفه، وتعامله مع الموقف المؤلم، فإن هذا عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً يؤثر بشكل كبير على المريض في طريقه تفكيره، ويشكل تحدي للمريض، وخلق صراعات نفسية لدى المريض، فكلما زادت عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً، كلما زاد تحدي المريض في أفكاره، فيتذكر المريض الأحداث المؤلمة التي مر بها، ومعاناته، ويضعف تقديره لذاته من شعوره بأنه أقل من الآخرين وغيرها من الأساليب التكيفية السلبية .

كما ويرى الباحث أن خصوصية الوضع الفلسطيني وما يعانيه من اغلاقات، واحتلال، وحواجز وخبرات المرضى السابقة على هذه الحواجز وما كانوا قد تعرضوا له من ذل، وتهديد للحياة، وقمع، مرتبط بعدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً، حيث أنه كلما زاد عدد مرات الغسيل الكلوي زادت معاناة المرضى على الحواجز وما يرتبط بها وبذلك يكون تكيفهم سلبي .

ومن هنا يرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية، حيث أن المرضى الذين يقومون بالغسيل الكلوي لعدد مرات أقل هم أكثر تكيفاً، ويستخدمون أساليب إيجابية للتكيف والتعامل مع المرض وكذلك الغسيل الكلوي.

#### أساليب التكيف تبعا لعدد التفاعل السلبي

يتضح من خلال جدول 15,4 أن كلا من، وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، العمر، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، الأمل في زراعة كلى مستقبلاً، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعياً، ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  يعزى لهذه المتغيرات.

أما وجود أمراض أخرى أو إعاقات، الحالة الاجتماعية، فقد لوحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لهذه المتغيرات، حيث أن مستوى الدلالة أقل من 0,05، حيث كانت الفروقات لصالح من لا يعانون من أمراض أخرى أو إعاقات، ولصالح المرضى المتزوجين.

يرى الباحث أن التكيف بشكل عام سواء ايجابي او سلبي او كان سلوكيات، يتأثر بشكل كبير بأسلوب وطريقة التفكير التي يتبناها الشخص، فطريقة أدراك الشخص للحدث المؤلم يحدد طريقة استجابته لهذا الحدث، كما أن خبرات الشخص وتجاربه تحدد تجاوبه مع الخبرة الجديدة .

فيما يتعلق بوجود أمراض أخرى أو إعاقات فان الفروق جاءت لصالح من لا يعانون من أمراض أخرى أو إعاقات. فكما أشار الباحث انه كلما كان المريض يعاني من أكثر من مرض كلما كان تكيفه ايجابي أكثر، وذلك نتيجة الخبرة التي اكتسبها المريض في تعامله مع المرض السابق، وعدم التغير والتحول الكبير في نمط حياة المريض، أما إذا كان المريض لا يعاني من أمراض أخرى فأن خبرته في التعامل مع المرض تكون محدودة، وبالتالي يكون تكيفه بشكل سلبي.

أما فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية فان الفروق جاءت لصالح المرضى المتزوجين. يرى الباحث الحالة الاجتماعية تمثل الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض من أسرته، فكلما توفر الدعم الاجتماعي كلما كان التكيف أكثر ايجابيا، ولكن ارتباط الدعم الاجتماعي بالتكيف السلبي يدل على عدم توفر الدعم الاجتماعي للمرضى، الأمر الذي أدى إلى تكيفهم بشكل سلبي وهذا ما يتفق مع دراسة (Welch and Ausein, 1996) حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر قوي لغياب الدعم الاجتماعي في عدم تكيف المرضى مع واقعهم الذي يعيشون (المرض) .

#### أساليب التكيف تبعا لبعده التفاعل السلوكي

يتضح من خلال جدول 17.4 أن كلا من، وقت تعبئة الاستمارة، الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري، الأمل في زراعة كلى مستقبلا، عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا، المعاناة من أمراض أخرى أو إعاقات ليس لها علاقة إحصائية أو لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha = 0.05)$  يعزى لهذه المتغيرات وبذلك فانه لا يوجد علاقة بين هذه المتغيرات وبين أساليب التكيف السلوكي لدى المبحوثين.

أما العمر فقد لوحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لهذه المتغيرات حيث أن مستوى الدلالة اقل من 0.05، حيث كانت الفروقات لصالح من أعمارهم فوق 55 سنة، ولصالح من لا يعانون من أمراض أخرى أو إعاقات.

كما أشار الباحث في التكيف السلبي والايجابي، فان عملية التكيف مرتبطة بأسلوب وطريقة تفكير الفرد في المرض، يرى الفقي (2007) في كتابه "قوة التفكير"، أن التفكير بشيء ما يمر



بمراحل، تبدأ بالإحساس الذي يولد الشعور ومن ثم تظهر الفكرة وينتهي بالسلوك، وفي خلال هذه الدورة الذهنية يؤثر هذا التفكير على الصورة الذاتية للشخص، وتقديره لذاته، وثقته بنفسه، كما ويؤثر على جسده وعلى سلوكه، وهذا التأثير مرتبط بنوعية الأفكار والأحاسيس والمشاعر التي يحملها الشخص عن ذاته، والتي قد نتجت عن خليط من التربية، والثقافة، والمجتمع، والبيئة التي تربي فيها الشخص.

يرى الباحث من خلال نتائج هذه الدراسة بأن المرضى يستخدمون الأساليب السلوكية بشكل متوسط، كما أنهم يستخدمون الأساليب السلوكية الايجابية ليتكيفوا مع المرض والذي يظهر من خلال جملة "بعد عن مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة غير المنطقية" وجملة "اهتم بالنتائج التي تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة" وجملة "أحاول أن استفيد من خبراتي وثقافتي في وضع أساليب منطقية لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة" حيث حصلت هذه الجمل على درجات عالية في الاستخدام من قبل المبحوثين، وهذا يدل على أن المبحوثين يستخدمون الأساليب السلوكية بشكل ايجابي للتكيف مع المرض .

تتفق مع هذه النتيجة دراسة (Alpar & Cinar & Barlas , 2005) حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المرضى يستخدمون أساليب تكيفيه سلوكية لكي يسيطروا على مشاعرهم والأعراض التي تظهر عليهم منها علاج الأعراض الجسمية التي تظهر نتيجة القلق بوصفها أمراضا مستقلة، والكبت وعدم التحدث عن مرضهم، والانشغال بالانشغالات اليومية .

## 7.5 التوصيات

في ضوء أهداف الدراسة ونتائجها يوصي الباحث بالتوصيات التالية :

### 1. توصيات إلى صانعي القرار في كل من وزارة الصحة، ووزارة الشؤون الاجتماعية والمؤسسات الأهلية:

- توصي الدراسة وزارة الصحة والمستشفيات التي تقدم خدمة الغسيل الكلوي توفير برامج وفعاليات تحت إشراف مختصين بالإرشاد والعلاج النفسي، لمساعد المرضى في توجيه انفعالاتهم، والتعامل مع الضغوط النفسية الناتجة عن المرض، وكذلك توفير أخصائيين نفسيين لكل وحدة غسيل كلوي يتعاملون بشكل مباشر ومستقل مع المرضى وذويهم .
- عمل تنسيق كامل بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية، لتوفير برامج متخصصة بالعناية بمرضى الفشل الكلوي، وتدريب الممرضين للعمل مع هؤلاء المرضى.
- يوصي الباحث وزارة الصحة العمل على توفير برامج خاصة للممرضين العاملين مع المرضى، لتقليل الاحتراق الوظيفي، وتحسين مهاراتهم في التواصل مع المرضى.
- يوصي الباحث وزارة الشؤون الاجتماعية بزيادة مساعدتها لهؤلاء المرضى، وتوفير مواصلات مجانية ليتمكنوا من الوصول لوحدات الغسيل بأقل التكاليف، وتوفير معونات مادية لهم .
- يوصي الباحث المؤسسات الأهلية غير الحكومية والتي تعمل في مجال الصحة العامة والصحة النفسية، توفير برامج داخل هذه المؤسسات تكون موجهة لهذا النوع من المرض لمساعدة المرضى على التكيف مع المرض.
- إصدار نشرات توعيه للمرضى حول المرض وما يتصل به من تغذية خاصة، وأنماط حياتية خاصة، وكيفية التعامل مع المضاعفات من انخفاض ضغط الدم، والتهابات للمكان الذي يتم من خلاله الغسيل الكلوي.
- توفير برامج من شأنها زيادة التواصل بين المرضى، مثل توفير رحلات جماعية إلى أماكن تخرج المرضى من الحياة الروتينية التي يعيشونها، وكذلك تأسيس اندية صديقة لهؤلاء المرضى وجماعات دعم ذاتي لهم .
- العمل على تحسين الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الكلى .

## 2 . توصيات للباحثين المستقبليين:

- عمل المزيد من الدراسات التي تهتم بالبحث في العلاقة بين الأمراض المزمنة والصحة النفسية للمرضى .
- توجيه البحوث والتعمق في المتغيرات المختلفة المؤثرة على مرضى الفشل الكلوي في جميع مراحلهم .
- إجراء دراسات على أهالي مرضى الفشل الكلوي، لمعرفة الأثر النفسي الذي يتركه هذا المرض على أهالي المرضى وذويهم.
- إجراء دراسات تطبيقية لتطبيق برامج علاجية على المرضى، من شأنها تحسين الصحة النفسية للمرضى، لتمكين الأخصائيين من العمل بشكل أكثر فاعلية مع المرضى.
- البحث في المتغيرات التي تحسن مستوى الصحة النفسية للمرضى.
- إجراء دراسات مقارنة بين مناطق جغرافية وأخرى لمعرفة العوامل المختلفة التي تؤثر على المرضى وتحسن من تفهمهم مع المرض .
- إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية على مناطق أخرى لمقارنة نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية.

## 3 . توصيات للعاملين في مجال الصحة النفسية والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين:

- توفير لقاءات جماعية للتفريغ النفسي لتتيح للمرضى فرصة للتعامل مع انفعالاتهم ومشاركتها مع مرضى آخرين.
- اقتراح برامج تدريب في مجال الرعاية النفسية الأولية على الأطباء والممرضين العاملين مع مرضى الفشل الكلوي.
- عقد لقاءات مفتوحة بين المرضى في المراكز المختلفة لتبادل الخبرات المختلفة التي اكتسبوها مع المرضى.
- توفير جلسات علاج فردي، وجماعي، وأسري للمرضى ولأسرهم خاصة الذين لا يستطيعون التأقلم مع المرض ويعانون من صعوبات نفسية مختلفة.
- تثقيف المرضى من خلال جلسات العلاج الفردي، والأسري، بالمرض ومضاعفاته.
- توفير نشرات متخصصة في مواضيع مختلفة في الصحة النفسية من شأنها أن تجيب على التساؤلات المختلفة التي يطرحها المريض على نفسه ولم يجد لها إجابات ومنها الأعراض النفسية التي قد تظهر على المريض نتيجة القلق المستمر أو الاكتئاب.

- عمل ورشات عمل في الجامعات وخاصة لتخصصات التمريض، والصحة النفسية والإرشاد، لتوضيح الصعوبات النفسية التي تواجه مرضى الفشل الكلوي، وتوجيه الطلبة للتطوع لمساعدة هؤلاء المرضى وتوفير الدعم النفسي لهم والعمل معهم للتخفيف من معاناتهم.
- تدريب المرشدين النفسيين على تنفيذ البرامج الإرشادية الخاصة بمهارات التكيف النفسي والتي تناسب علاج القلق والاكتئاب .
- استخدام استراتيجيات التكيف النفسي المستخدمة في هذه الدراسة مثل السلوك الايجابي .

## قائمة المراجع

### المراجع العربية:

- أبو العلا، م .(1990): دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسم، جامعة أسوان، مصر (رسالة دكتوراه منشورة)
- أبو النيل، م، زيود، م .(1984): الأمراض السيكوسوماتية، دراسات عربية وعالمية، مكتبة الخانجي، القاهرة .
- أدريس، س.(2008): فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن (تحت الإستصفاء الدموي)، رسالة ماجستير، قسم علم النفس: جامعة الخرطوم .
- بطرس ، ح.(2008): المشكلات النفسية وعلاجها ، دار المسيرة ، عمان ، الاردن .
- باترسون، س .(1990) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة، حامد الفقي .الكويت، دار القلم.
- تايلور، ش. (2008) :علم النفس الصحي، دار الحامد: عمان، الاردن.
- تفاحة، ج، حسيب، ع .(2002): الالتزام الشخصي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس،15،10، ص 258-269
- توفيق، أ.(2006): الإيحاء العقلي، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

- جمعية الاغاثة الطبية الفلسطينية (2009): برنامج الامراض المزمنة، مبادرة لمكافحة الأمراض المزمنة في فلسطين.
- حاجوج ، أ .(2006): كيف يعمل هذا :جسم الانسان وأمراضه، مكتبة العبيكان، المانيا.
- الخالدي، ع، العلمي، د.(2009): الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان .
- دعبس، م.(1998): مائة سؤال عن أمراض الكلى، مؤسسة دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر، القاهرة.
- رضوان، س. (2002): الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة: عمان، الاردن.
- زهران، ح .(1997) : الصحة النفسية والعلاج النفسي. الطبعة الثالثة. القاهرة : عالم الكتب.
- السفاسفه، م، عربيات، أ. (2005): مبادئ الصحة النفسية، المكتبة الوطنية، الملكة الاردنية الهاشمية.
- الشحاتيت، ن. (2006): "دراسة مقارنة للمصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها ببعض العوامل النفسية"، جامعة القدس، فلسطين. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- الشرق الأوسط – جريدة العرب الدولية، العدد 10731 ، 15 ابريل 2008
- الشناوي، م.(1998): العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر، مصر.

- شويخ، هـ. (2007) : أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية (مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية): سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، الطبعة الاولى، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
- الشيخ، د. (2002) : الإنجاز وعلاقته بالتكيف الشخصي والمهني لدى عضو هيئة التدريس، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سورية .
- عارف، أ. (1998) : عدو الانسان الاول: القلق والتوتر، دار الاعتصام، القاهرة .
- عبد المعطي، ح. (2004) : علم نفس التطور، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- عثمان، ف. (2001) : القلق وادارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، مدينة نصر، القاهرة.
- عرفه، ن. (2006) : مناهج البحث العلمي، مركز الكتاب للنشر، القاهرة.
- العزة، س . (2004) : تمرير الصحة النفسية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- عكاشة، أ . (1992) : الطب النفسي المعاصر. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- علاونة، ش. (2004) : سيكولوجية التطور الإنساني، دار المسيرة: عمان، الاردن .
- عوض الله، هـ، أبراهيم، أ. (2008) : برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستئصال الكلوي، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس: القاهرة، مصر.
- العيدروس، ع. (1996) : أمراض الكلى وارتفاع ضغط الدم، مؤسسة مكة للطباعة والاعلام: مكة المكرمة .

- العيسوي ،ع.(1992): علم النفس الاكلينيكي، الدار الجامعية، القاهرة .
- العينية، م. (2005) : أمراض الكلية والجهاز التناسلي، دار القدس للعلوم، دمشق، سوريا .
- الغباشي، س.(2000) : القلق والاكتئاب والشعور بالعجز لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب. دراسات نفسية، 10، 2، ص 9.
- غريب،ع. (1991): "القلق لدى الشباب في دولة الإمارات العربية المتحدة في مرحلتي التعليم قبل الجامعي والتعليم الجامعي (مدى الانتشار والفروق في الجنس والعمر)"، جامعة البحرين.
- فاديه،ع. (1997) : دراسات حول الشخصية العربية، مكتبة الإشعاع الفني، الأردن.
- فرويد، س. (1989) : الكف والعرض والقلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي القاهرة : دار الشروق.
- الفقي، أ. (2007): قوة التفكير، شركات الدكتور إبراهيم الفقي العالمية للتنمية البشرية.
- فهمي، م .(1987): التكيف النفسي، دار مصر للطباعة، مصر، ط1.
- فهمي، م .(1967) : علم النفس الإكلينيكي. القاهرة : دار مصر للطباعة.
- فهمي، م .(1997) : الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف. الطبعة الثانية. القاهرة : مكتبة الخانجي.
- فهمي، م .(1967) : الصحة النفسية في الأسرة والمدرسة والمجتمع، الطبعة الثانية، دار الثقافة للنشر، القاهرة.



- كفاي، ع، جهاد، أ. (2006) : موسوعة علم النفس التأهيلي، مج4 ع34، دار الفكر العربي، مدينة نصر، القاهرة .
- كفاي، ف. (1987): "الصحة النفسية"، مكتبة الانجلو المصرية، مصر .
- كينان، و. (1999): "السيطرة على الضغوط النفسية"، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم، بيروت .
- اللحياني، س. (1995): "مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية (مكة- جدة -الطائف)"، مكة المكرمة : قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى (رسالة ماجستير غير منشورة).
- محمد، ع، ومرسي، ك. (1997): الصحة النفسية في ضوء علم النفس والاسلام، الطبعة الثانية، دار القلم، الكويت.
- مراد، ع. (1994): كيف تتخلص من الأمراض النفسية. جدة : دار البلاد للطباعة.
- الموسوعة العربية العالمية. (1996): مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، الرياض .
- الموسوي، ح. (1998): الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية. المجلة التربوية، 12، 47
- نصار، ك. (2006): كيف نواجه الاكتئاب ؟، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر: بيروت، لبنان .
- الهابط، م. (2003) : التكيف والصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر.

- وحدات غسيل الكلى، أعداد المرضى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في شمال الضفة:  
نابلس، قلقيلية، طولكرم، جنين، 22\11\2009
- العزة ، س.(2002) : سيكولوجية النمو في الطفولة ،الدار العلمية للنشر والتوزيع دار  
الثقافة، عمان، الاردن .

### قائمة المراجع الأجنبية

- Abu Saif , Kayed.(2002–2003) : "**Depression Among End Stage Renal Disease Patients Compared With Chronic Medical Patients Hospitalized In El-Shifa Hospital** ".Al-Quds University. Palestine .(thesis not published).
- American psychiatric association .(1994) : diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM–IV) . (forth ed) . **Washington DS: American Psychiatric Association**
- Barlas, C, A .(2005): Stressors And Coping Strategies In Hemodialysis Patients, **Journal Of Medical Science , Professional Medical Publication .**
- Beck, A. T. et al. (1979): **Cognitive Theory Of Depression**. New York: Guilford Press.

- Brannon , L. and Fiest,J.(1992): **Health Psychology** .2 nd Ed,  
Wadsworth Publishing Company , Belmont , CA
- Costin, F. & Draguns, G. C. (1989): **Abnormal Psychology**. New York:  
JohnWilley and sons
- Emerry, G. (1988): **Under-Pressed**. New York: Sinonand schuster Inc.
- Erikson, E. H. (1963): **Childhood And society**. New York: Norton
- Seligman, M. E. P. (1975): **Helplessness: On Depression,  
Development, And Death**. San Francisco: Freeman
- Goldstein, M. J. (1988): **The Family And Psychopathology**.Annual  
Review of Psychology, 39: 283–229
- Hornby, A S. (1989) : **Oxford Advanced Learner’s Dictionary**.  
**England:** Oxford University Press.
- Lazarus , R . folkman, S (1984) : "**Stress Appraisal And Coping** ",  
Springer Publishing , New York .
- Lippincott,W.(2003):**Psychiatric Nursing Mode Incredibly Easy**. library  
of congress cataloging in publication data.

- Monte, C. F. (1987): **Beneath The Mask: An Introduction To Theories Of Personality**. New York: Holt, Rinehart and winson, Inc
- **Philippines**: Merriam Webster Inc.
- Poveda,M,Royo,G,Aldemunde,P,Fuentes,C,Montesinos,C,Juan,T,Ortola,P ,and Oltra,M.(2000): **Anxiety About Death In Primary Care : Relationship With Frequency Of Consultation And Psychomorbidity Of Patients**. Aten Primaria, 26(7),446–452.
- Schwartz, A. and Schwartz, R. M. (1993): **Depression Theories And Treatments: Psychological, Biological, And social Perspectives**. New York: Columbia University Press
- Webster (1991): **Webster’s Ninth New Collegiate Dictionary**.
- Welch, J.L.and Austin, J.K. (1996) : Stressors, Coping and Depression in haemodialysis patients, **Journal Of Advanced Nursing** , pp. 200–207

- Chih–Ken Chen, Yi–Chieh Tsai, etl.(2010): Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure, Chang Gung University School of Medicine, Taiwan; Division of Mental Health and Drug Abuse Research, National Health Research Institute, Miaoli, Taiwan, **The Academy of Psychosomatic Medicine**  
<http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/51/6/528>
- chan, romony . brooks, Robert . erlich, jonathan. Chow Josephine . suranyi, Michael .(2008): The Effects of Kidney–Disease–Related Loss on Long–Term Dialysis Patients’ Depression and Quality of Life: Positive Affect as a Mediator, **Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology**.  
<http://cjasn.asnjournals.org/content/4/1/160.abstract>
- Abbas ,Tavallaii S, Ebrahimnia M, Shamspour N, Assari .S(2006): **Effect Of Depression On Health Care Utilization In Patients With End–Stage Renal Disease Treated With Hemodialysis**, National Library of medicine national institutes of health . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez> .
- Jadoulle V, Hoyois P, Jadoul M .( 2005): **Anxiety And Depression In Chronic Hemodialysis**: Some somatopsychic determinants, national library of medicine national institutes of health . [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)
- Wrong diagnoses website , **Prevalence And Incidence Of Kidney Failure**,2009,  
[http://www.wrongdiagnosis.com/k/kidney\\_failure/prevalence.htm](http://www.wrongdiagnosis.com/k/kidney_failure/prevalence.htm)

- Kimmel , P,L.(2001) :Psychosocial factors in dialysis patients

.**International Society Of Nephrology**, 59,4, 1599–1613 .

<http://www.nature.com/ki/journal/v59/n4/full/4492198a.html>

- مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ، برنامج زراعة الكلى :

<http://www.kidney->

[transplant.org.sa/index.php?fuseaction=content.main&mainsection=0000000](http://www.kidney-transplant.org.sa/index.php?fuseaction=content.main&mainsection=0000000)

[088&PHPSESSID=84ccccffa49cf9bc0d92cee9f19d99e4](http://www.kidney-transplant.org.sa/index.php?fuseaction=content.main&mainsection=0000000088&PHPSESSID=84ccccffa49cf9bc0d92cee9f19d99e4)

- منظمة الصحة العالمية

<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/10/09-067066/ar/> 18\3\2011

- مؤسسة الضمير لحقوق الإنسان .آثار الاحتلال ونتائجه على المرضى الفلسطينيين ،

21\1\2008

<http://www.aldameer.org/ar/index.php?pagess=main&id=104>

## الملاحق:

ملحق رقم (1) : استبانة الرسالة

ملحق رقم (2) : تعديل عبارات مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته

ملحق رقم (3) : تعديل عبارات مقياس بك للاكتئاب

ملحق رقم (4) : النتائج المتعلقة بالمتغيرات المستقلة

ملحق رقم (5) : موافقة إدارة المستشفيات

## ملحق رقم (1): استبانة الرسالة

كلية الدراسات العليا

كلية الصحة العامة

برنامج الصحة النفسية المجتمعية

عزيزي المريض/عزيزتي المريضة:

يقوم الباحث بأجراء بحث بعنوان "مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب والتعرف على أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية" كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من جامعة القدس - أبو ديس، أرجو من حضرتكم المساعدة على تعبئة هذه الاستبانة، مع التأكيد أن جميع المعلومات ستعامل بسرية كاملة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي، وأن مشاركتكم في هذه الدراسة طوعية ولا داعي لكتابة الاسم الشخصي على الاستبانة.

مع الشكر



تاريخ تعبئة الاستبانة .....

البيانات الديمغرافية:

الرجاء وضع دائرة حول الجواب المناسب لك

العمر الحالي بالسنوات: \_\_\_\_\_

الحالة الاجتماعية

أ. متزوج |ة

ب. أعزب | عزباء

ج. مطلق | منفصل

د. أرمل | أرملة

المستوى التعليمي

أ. أمي

ب. ابتدائي | أعدادي

ج. ثانوي

د. جامعي | كلية فما فوق

العمل:

أ. يعمل إذا كنت تعمل | تعلمي حدداي ما هو العمل \_\_\_\_\_

ب. عاطل عن العمل

الدخل الشهري

أ. أقل من 1500 شيكل

ب. 1501 - 2500 شيكل

ج. 2501 - 3500 شيكل

## مدة المرض

- أ. متى تم تشخيص مرضك الذي أدى إلى الغسيل الكلوي (السنة) \_\_\_\_\_
- ب. متى بدأت بالغسيل الكلوي (التاريخ) \_\_\_\_\_
- ج. ما نوع المرض الذي أدى بك إلى عمل غسيل كلوي ؟
- 

## عدد مرات الغسيل الكلوي أسبوعيا.

- أ. مرة
- ب. مرتان
- ج. ثلاث مرات
- د. أكثر من ذلك
- ما مدى توفر فرصة لزراعة كلية لديك مستقبلا ؟

أ. مطلقا لا يوجد أمل

ب. هناك أمل قليل

ج. الأمل كبير

هل تعاني من أمراض أخرى او عاقات ؟

أ. نعم . حدد \_\_\_\_\_

ب. لا

## المقياس الأول

فيما يلي قائمة ببعض الأعراض التي تحدث عند الناس أحيانا.

ضعاي إشارة (x) يسار كل مشكلة بحيث يوضح الى أي حد كانت هذه الأعراض مزعجه لك خلال

الشهور الستة الماضية . تأكداي أن تختار مربعا واحدا فقط ، ولا تتركاي أي بند دون إجابة .

الرقم	العبارة	لم يحدث قط	بصورة قليلة	متوسطة	بصورة كثيرة	بصورة كثيرة جدا
1	الشعور بخفة الدماغ او الإغماء او نوبات من الدوخة .					
2	الشعور بالأرتخاء بالأرجل					
3	الشعور بفقدان التوازن او عدم الاستقرار					
4	صعوبة في التنفس أو زيادة في التنفس					
5	ضربات زائدة في دقائق القلب أو سرعة في دقائق القلب					
6	الشعور بالألم أو ضغط بالصدر					
7	أحتباس في الحلق أو الاحساس بالاختناق					
8	تتمل او خدران في أجزاء من الجسم					
9	زيادة في حرارة الجسم أو أرتعاشات باردة					
10	الغثيان أو زوفان في المعدة					
11	تكرار حدوث الاسهال بدون وجود مرض عضوي					
12	تكرار حدوث الصداع او آلام في الرقبة أو الرأس					
13	الاحساس بالتعب والضعف وسهولة الاعياء					
14	تكرار الحساسية للصوت (الضوضاء) أو الضوء او اللمس					
15	نوبات من العرق الغزير					
16	الاحساس بأن الظروف المحيطة بك غريبة أو غير حقيقية أو ملفوفة في الضباب او منفصلة					
17	الشعور بأنك قد خرجت او انفصلت عن جسمك كله ، او بعض أجزائه					
18	الانشغال بصحتك الى درجة كبيرة					

الرقم	العبارة	لم يحدث قط	بصورة قليلة	متوسطة	بصورة كثيرة	بصورة كثيرة جدا
19	الشعور بأنك تفقد سيطرتك على ذاتك أو بانك تسير في طريق الجنون					
20	شعور بالخوف من أنك قريب من الموت أو بأن شيئاً فظيماً يوشك ان يحدث لك أو لمن حولك					
21	شعور بالارتجاف أو الارتعاش					
22	موجات غير متوقعة من الاكتئاب تحدث بسبب أو بدون سبب					
23	تقلبات في العواطف والمزاج كرد فعل على التغيرات من حولك					
24	الاعتماد على الآخرين					
25	الاضطرار الى تكرار العمل نفسه كأن ذلك نوع من الطقوس(مثل تكرار غسيل الايدي او العد دون ضرورة)					
26	كلمات أو افكار تعاودك أو تلح على ذهنك باستمرار ، ويصعب التخلص منها					
27	صعوبة الدخول في النوم					
28	الاستيقاظ وسط الليل او عدم استقرار النوم					
29	تقادي بعض المواقف لأنها تخيفك					
30	التوتر والعجز عن الاسترخاء					
31	القلق والعصبية وعدم الاستقرار					
32	نوبات مفاجئة من القلق الشديد والذعر تحدث حين تواجه موقفا تعرف من خبرتك انه قد يؤدي الى حدوث نوبة خوف أو قلق شديد					
33	نوبات مفاجئة غير متوقعة من القلق الشديد تحدث باستثارة قليلة أو دون استثارة					
34	نوبات مفاجئة غير متوقعة من الخوف الشديد تحدث باستثارة قليلة أو دون استثارة					
35	نوبات من القلق تتزايد عندما تتوقع عمل شيء عرفت من خبرتك انه يؤدي إلى حدوث القلق عندك .					

الجزء الثاني

ضعاي إشارة ( x ) الى يسار كل سؤال لتصفاي كيفية شعوركاي في المواقف التي تسبب لكاي القلق خلال الشهور الستة الماضية :

الرقم	العبرة	لم يحدث قط	بصورة قليلة	متوسطة	بصورة كثيرة	بصورة كثيرة جدا
1	أشعر جفاف في الفم أكثر من المعتاد					
2	أشعر بالهم أو الانشغال					
3	أكون عصبي، متحفز، قلق، غير مستقر					
4	أكون خائف، متخوف					
5	أكون متوتر، مشدود					
6	أكون مرتجف في الداخل أو الخارج					
7	أشعر بتهيج في المعدة					
8	أشعر بسخونه في الجسم كله					
9	يكون لدي عرق في الكفين					
10	أشعر بدقات قلب سريعة أو ثقيلة					
11	أشعر برعشة في اليدين أو الرجلين					

## المقياس الثاني:

ستجد في هذه الاستمارة مجموعة من الجمل، الرجاء ان تقرا كل مجموعة بتمعن ثم اختار اي الجملة الوحيدة التي تصف حالتك بدقة خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم. ضع اي دائرة حول رقم الجملة التي تختارها. إذا بدى لك أن أكثر من جملة في المجموعة تنطبق عليك فبإمكانك أن تضع دائرة حول كل جملة تناسب حالتك. تأكد من قراءة كل جملة في كل مجموعة قبل الاختيار.

أ. أنا أشعر بالحزن

ب. انا حزين طيلة الوقت ولا أستطيع ان أتخلص من هذا الشعور

ج. أنا لا أشعر بالحزن

د. انا حزين جدا او غير سعيد الى حد لا أستطيع تحملة

أ. أشعر بأن المستقبل غير مشجع

ب. أشعر بأنه لم يعد لدي شيئا أتطلع اليه

ج. انا لست متشائما في نظرتي للمستقبل

د. أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الامور لا يمكن ان تصبح أحسن

أ. أشعر بأنني قد فشلت أكثر من الانسان العادي .

ب. عندما أنظر الى حياتي الماضية ، فان كل ما استطيع رؤيته هو الكثير من الفشل .

ج. لا أشعر بأنني شخص فاشل

د. اشعر بأنني شخص فاشل تماما

أ. لم أعد استمتع بالاشياء بنفس الطريقة التي كنت عليها من قبل

ب. لم أعد أحصل على الشعور بالرضا الحقيقي في أي شئ أبدا

ج. اشعر بالرضا اتجاه ما افعله في حياتي

د. أنا غير راضي أو أشعر بالملل في كل شئ

- أ. أشعر بالذنب في كثير من الاوقات  
ب. أشعر بالذنب تقريبا معظم الوقت  
ج. لا أشعر بالذنب لما أقوم به من تصرفات  
د. أشعر بالذنب طيلة الوقت

- أ. أشعر انني قد أعاقب  
ب. انني اتوقع أن اعاقب  
ج. لا أشعر بأنني أعاقب  
د. أشعر بأنني أعاقب فعلا

- أ. أشعر بخيبة أمل في نفسي  
ب. انا مشمئز من نفسي  
ج. لا أشعر بخيبة أمل في قرارة نفسي  
د. انني أكره نفسي

- أ. انني انتقد نفسي في حالات ضعفي او أخطائي  
ب. انني ألوم نفسي طيلة الوقت في أخطائي  
ج. لا أشعر بأنني بحال من الاحوال أسوأ من الآخرين  
د. انني الوم نفسي على أي شئ سيئ يحدث

- أ. لدي أفكار حول التخلص من حياتي ولكنني لن أقدم عليها  
ب. أرغب في التخلص من حياتي  
ج. ليست لدي أية أفكار للتخلص من حياتي  
د. سوف أتخلص من حياتي إذا أتاحت لي الفرصة

- أ. أصبحت أبكي أكثر من المعتاد  
ب. انني الآن أبكي طيلة الوقت  
ج. لا أبكي أكثر من المعتاد  
د. لقد كان بمقدوري ان ابكي فيما قبل ولكني الآن لا استطيع أن أبكي رغم انني اريد ذلك

- أ. انزعج واتوتر بسهولة أكثر من المعتاد  
ب. اشعر الآن بأني منفعل ومتهيج طيلة الوقت  
ج. لست الآن أكثر توترا أو قلقا مما كنت عليه دائما  
د. لا انفعل او اتهيج إطلاقا حتى من الاشياء التي كانت عادة تسبب لي ذلك (في الحقيقة لم أعد ابالي بشيء )

- أ. أصبح أهتمامي بالناس الآخرين أقل من المعتاد  
ب. لقد فقدت معظم أهتمامي ورغبتي في الناس الآخرين  
ج. لم أفقد أهتمامي او رغبتي بالناس الآخرين  
د. لقد فقدت كل اهتمامي ورغبتي في الناس الآخرين

- أ. أوجل أتخاذ القرارات أكثر من المعتاد  
ب. لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر من ذي قبل  
ج. قدرتي على أتخاذ القرارات لم تتغير تقريبا  
د. ليس بمقدوري أتخاذ قرارات أطلاقا .

- أ. أنا قلق لانه يبدو علي الكبير أو انني لم أعد جذاب  
ب. اشعر ان هناك تغيرات دائمة في مظهري الشخصي مما يجعلني ابدو غير جذاب .  
ج. لا أشعر بأني أبدو بحال من الاحوال أسوأ من المعتاد  
د. أعتقد بأنني أبدو بشع



- أ. احتاج الى جهد إضافي للبدء في عمل شئ ما  
ب. انني أضطر لان أضغط نفسي لاداء عمل ما  
ج. بأستطاعتي ان اعمل تقريبا بنفس القدرة التي كنت عليها من قبل  
د. لا أستطيع القيام بأي عمل على الإطلاق .

- أ. نومي لم يعد كالمعتاد  
ب. استيقظ ساعة أو ساعتين قبل المعتاد وأجد صعوبة في الاستغراق في النوم ثانية  
ج. أستطيع أن انام كالمعتاد  
د. استيقظ بعدة ساعات قبل المعتاد ولا أستطيع النوم فيما بعد

- أ. أرهق بسرعة أكبر من ذي قبل  
ب. أشعر بالارهاق من أداء أي شئ تقريبا  
ج. لا أشعر بالارهاق أكثر من المعتاد  
د. انني في غاية الارهاق للقيام بأي عمل كان

- أ. شهيتي للأكل ليست جيدة  
ب. شهيتي للأكل أصبحت أسوأ بكثير  
ج. شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد  
د. ليست لدي أية شهية للأكل على الاطلاق

- أ. لقد فقدت أكثر من 2 كيلو غرام من وزني  
ب. لقد فقدت أكثر من 4.5 كيلو غرام من وزني  
ج. لم أفقد شيئاً من وزني وان حصل فلم يكن ملحوظ  
د. لقد فقدت أكثر من 6.5 كيلو غرام من وزني

- أ. إنني قلق نوعاً ما بشأن مشكلات جسدية مثل الآلام ، الصداع ، آلام المعدة أو الإمساك
- ب. إنني قلق للغاية بشأن مشكلاتي الجسدية وانه لمن الصعب أن أنظر إليها دون أن أقلق
- ج. لست قلقاً بشأن صحتي أكثر من المعتاد
- د. إنني قلق للغاية بشأن مشكلاتي الجسدية إلى درجة إنني لا أكاد أفكر في أي شيء آخر

- أ. لدي رغبة في الجنس أقل مما كانت عليه
- ب. رغبتني في الجنس أقل بكثير الآن
- ج. رغبتني الجنسية لم يطرأ عليها أي تغيير .
- د. لم تعد لدي أية رغبة في الجنس على الإطلاق .

- أ. أفكر بالموت على أنه حل لمشكلاتي
- ب. لا أفكر بالموت أبداً
- ج. أحياناً أفكر بالموت
- د. كثيراً ما يخطر على بالي أفكاراً تتعلق بالموت .

### المقياس الثالث :

أمامك عدد من الفقرات تمثل بعض المواقف التي قد يلجا إليها الإنسان في حال تعرضه لظروف قاسية ومؤثرة نفسياً (ضاغطة نفساً) فأرجو منك وضع إشارة X في خانة الاستجابة التي تناسب طريقة تفكيرك و تصرفك في حال تعرضك لمثل هذه الظروف .

الرقم	العبارة	تنطبق تماماً	تنطبق الى حد ما	لا تنطبق
1	أفكر أحيانا في أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي مرت في حياتي			
2	ابعد عن مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة غير المنطقية			
3	أحاول التفكير في بعض أحداث الحياة السعيدة التي مرت في حياتي لأقارنها بالأحداث الضاغطة			
4	أجاهد من اجل تحقيق طموحاتي المستقبلية رغم أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي تمر بي			
5	ابحث عن المتعة ومصادر التسلية لتخفيف الآثار السلبية لأحداث الحياة اليومية الضاغطة التي تمر بي			
6	أحاول التوافق بأساليب ايجابية مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
7	المساعدة الاجتماعية مع أفراد أسرتي و أصدقائي تخفف الكثير من الضغوط النفسية			
8	اهتم بالنتائج التي تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
9	أحاول أن ابحت عن اهتمامات أخرى تبعدني عن المواجهة المباشرة لأحداث الحياة اليومية الضاغطة			
10	أحاول أن استفيد من خبراتي وثقافتي في وضع أساليب منطقية لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
11	أفضل أحيانا عدم مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
12	أحاول تفادي بعض المشكلات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
13	أحاول أحيانا اللجوء الى أخصائي نفسي او مرشد ليساعدني في كيفية التعامل مع أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
14	أخشى أن تؤثر أحداث الحياة اليومية الضاغطة على أسلوب حياتي اليومية			
15	أصبحت تؤثر أحداث الحياة اليومية الضاغطة على تصرفاتي وسلوكي اليومي			

الرقم	العبرة	تنطبق تماما	تنطبق الى حد ما	لا تنطبق
16	اشعر بالرضا عن نفسي عند مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة			
17	أحاول الاستفادة من تجارب وخبرات الآخرين في أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
18	أحاول تجنب الانفعالات والمشاعر السلبية في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
19	التزم الصمت أحيانا في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
20	أحاول التصرف بسرعة مع أي موقف ضاغط يواجهني في حياتي اليومية			
21	أحاول أحيانا الانسحاب من الحياة لبعض الوقت حتى لا أواجه أي حدث ضاغط في حياتي اليومية			
22	أتخيل أحيانا بعض الأحداث الضاغطة في المستقبل، وأفكر في أسلوب مواجهتها			
23	أحاول أن انظر الى أي حدث ضاغط يمر بي بواقعية قدر الامكان			
24	أفكر أحيانا في أحداث الحياة اليومية الضاغطة والتي حدثت لي في الماضي، واحاول الاستفادة منها في مواجهتي للأحداث التي تمر بي حاليا			
25	أقوم أحيانا ببعض الأفعال والتصرفات غير الإرادية في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة			
26	اشعر أحيانا بالقلق والخوف من أي حدث ضاغط مؤلم أتوقعه في حياتي اليومية			
27	أحاول أن أكون متعاوناً مع الآخرين في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة			
28	أتصرف أحيانا بطريقة سلبية في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة			
29	اشعر أحيانا بأنني لست أفضل من الآخرين في أساليب مواجهتهم لأحداث الحياة اليومية الضاغطة			
30	اشعر أحيانا بان التفكير في أحداث الحياة اليومية الضاغطة تؤخرني في إنجاز أعمالي اليومية			

ملحق رقم (2) : تعديل عبارات مقياس القلق القائم على رؤية المريض لوضعه او حالته

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	تعديل العبارة بعد أخذ ملاحظات المرضى
12	نوبات من الصداع أو آلام في الرقبة أو الرأس	تكرار حدوث الصداع أو آلام في الرقبه او الرأس
14	نوبات من زيادة الحساسية للصوت(الضوضاء) أو الضوء أو اللمس	تكرار الحساسية للصوت(الضوضاء) أو الضوء أو اللمس
32	نوبات مفاجئة من القلق تصاحبها ثلاث أعراض أو أكثر مما سبق ذكره تحدث حين تدخل أو تهم بالدخول في موقف تعرف من خبرتك انه يحتمل أن يؤدي إلى حدوث النوبة	نوبات مفاجئة من القلق الشديد والذعر تحدث حين تواجه موقفا تعرف من خبرتك انه قد يؤدي الى حدوث نوبة خوف أو قلق شديد
33	نوبات مفاجئة غير متوقعة من القلق تصاحبها ثلاث أعراض أو أكثر تحدث معا باستثارة قليلة أو دون استثارة (حين لا تكون مثلا في موقف يحتمل من خبرتك ان يؤدي إلى حدوث القلق )	نوبات مفاجئة غير متوقعة من القلق الشديد تحدث باستثارة قليلة او دون استثارة
34	نوبات مفاجئة غير متوقعة من الخوف يصاحبها عرض واحد فقط او عرضان تحدث باستثارة قليلة أو دون استثارة (حين لا تكون مثلا في موقف يحتمل من خبرتك أن يؤدي إلى حدوث القلق )	نوبات مفاجئة غير متوقعة من الخوف الشديد تحدث باستثارة قليلة أو دون استثارة
35	نوبات من القلق تتزايد عندما تتوقع عمل شيء عرفت من خبرتك انه يؤدي إلى حدوث القلق عندك وانه يحدث عندك درجة من القلق أشد مما يحدث عند أكثر الناس .	نوبات من القلق تتزايد عندما تتوقع عمل شيء عرفت من خبرتك انه يؤدي إلى حدوث القلق عندك .

### ملحق رقم (3) : تعديل عبارات مقياس بك للاكتئاب

من خلال عمل اختبار للاستبانة ، لاحظ الباحث أن المرضى عند إجاباتهم على مقياس بك للاكتئاب كانوا يقومون بالاختيار بناء على أول فقرة تصادفهم، حيث كانت تمثل هذه الفقرة نفيًا لوجود الاكتئاب أو الحزن لديهم، وكانت هذه الفقرة تشكل أول فقرة في كل فقرات الاختبار، حيث وجد المرضى انه لا داعي من قراءة كل الفقرات، فقام الباحث بتغيير ترتيب هذه الفقرات ، لكي يقوم المريض بقراءة كل الفقرات، واختيار الذي يناسبه منها ،كما وتم تغيير الأرقام بجانب كل فقرة الى حرف لكي لا يعطيها المرضى أي معنى، وهذا مثال على ما قام به الباحث:

#### الفقرات قبل التعديل

0. انا لا أشعر بالحزن
- 1 . أنا أشعر بالحزن
- 2 . أنا حزين طيلة الوقت ولا أستطيع ان اتخلص من هذا الشعور
- 3 . أنا حزين جدا أو غير سعيد الى حد لا أستطيع ان اتخلص من هذا الشعور

#### الفقرات بعد التعديل

- أ . أنا أشعر بالحزن
- ب . انا حزين طيلة الوقت ولا أستطيع ان اتخلص من هذا الشعور
- ج . انا لا أشعر بالحزن
- د . أنا حزين جدا او غير سعيد الى حد لا أستطيع تحمله

وبعدما قام الباحث بهذا التعديل ، قام بعمل اختبار على عينه أخرى من المرضى، ليرى مدى التغيير الذي حصل في أجابات المبحوثين، فوجد أن هناك تغير كبير في الإجابات.

#### ملحق رقم (4) : النتائج المتعلقة بالمتغيرات المستقلة

جدول 1: توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض الذي أدى إلى عمل غسيل كلوي

الرقم	نوع المرض	العدد	النسبة
1	أمراض الجهاز البولي (صغر حجم الكلى، صغر حجم المثاني، التهابات في المجاري البولية، أكياس فوق الكلى، ضمور في الكلى، التهابات في الكلى، حصوة بالكلى، جرثومه في الكلى، خلقي)	102	40.8
2	أمراض الجهاز الدوري والتنفسي (قلب، وضغط، التهاب رئوي مزمن، تسرب في الدم، ضعف عضلة القلب)	42	16.8
3	مضاعفات الحمل والولادة (تسمم حمل، نزيف ولادة)	11	4.4
4	حميات والتهابات (التهاب اللوزتين، حمى ذؤابية، لنقرس، روماتيزم، التهابات مزمنة)	17	6.8
5	مرض السكري	47	18.8
6	أسباب غير معروفة (فجأة)	23	9.2
7	أسباب نادرة أخرى (تعاطي كميات كبيرة من الأدوية، خطأ طبي، ضعف جهاز المناعة، إصابه من الجيش)	8	3.2
		<b>250</b>	<b>100</b>

يتضح من خلال جدول (1) أن من أكثر الأسباب التي أدت إلى عمل غسيل كلوي لدى أفراد العينة المشاركين هي أسباب تتعلق بأمراض الجهاز البولي، حيث بلغت نسبة الأشخاص الذين كانت أمراض الجهاز البولي سببا في عمل غسيل كلوي 40.8%، في حين حصلت الأسباب النادرة مثل تعاطي كميات كبيرة من الأدوية وضعف جهاز المناعة وإصابات من الجيش على النسبة الأقل كسبب لعمل غسيل كلوي بنسبة 3.2% .

جدول 2: توزيع أفراد العينة حسب متغير عدد مرات الغسيل أسبوعيا

عدد مرات الغسيل أسبوعيا	العدد	النسبة
مرة	5	1.9%
مرتان	21	8.1%
ثلاث مرات	232	89.9%
<b>المجموع</b>	<b>258</b>	<b>100%</b>

يتضح من خلال جدول (2) أن أكثر المرضى المبحوثين يخضعون إلى ثلاث جلسات غسيل كلوي في الأسبوع حيث بلغت نسبتهم 89.9%، في حين شكل المرضى الذين يخضعون إلى جلسة غسيل كلوي واحدة أسبوعيا أقل نسبة 1.9% وهذا يوضح أن غالبية المرضى هم في حالة متطورة من المرض مما يستدعي الغسيل الكلوي .

جدول رقم 3: توزيع أفراد العينة حسب متغير توفر فرصة لزراعة الكلى مستقبلا

النسبة	العدد	توفر فرصة لزراعة الكلى مستقبلا
56.6%	146	مطلقا لا يوجد أمل
30.6%	79	هناك أمل قليل
12.8%	33	الأمل كبير
100%	258	المجموع

يتضح من خلال جدول (3) أن 56.6% من المبحوثين قد فقدوا الأمل مطلقا في زراعة كلى مستقبلا، في حين أن 12.8 من المبحوثين كان لديهم أمل كبير .

جدول رقم 4: توزيع أفراد العينة حسب متغير وجود أمراض أخرى مرافقة أو أعاقات

النسبة المئوية	العدد	هل تعاني أمراض أخرى
44.6%	115	نعم
55.4%	143	لا
100%	46	المجموع

يتضح من خلال جدول (4) أن 55% من المبحوثين لا يعانون من أمراض أخرى مرافقة أو أعاقات، في حين أن هناك 45% من المبحوثين يعانون من أمراض أخرى أو أعاقات.



جدول 5 : توزيع أفراد العينة حسب الأمراض الأخرى التي يعانون منها

الرقم	نوع المرض	العدد	النسبة
1	أمراض الجهاز الدوري والتنفسي (قلب، ضغط، التهاب رئوي مزمن، ضعف عضلة القلب)	39	33.9
2	السكري	36	31.3
3	أمراض العظام والمفاصل (انزلاق غضروفي (دسك)، نقص في العمود الفقري (عيب خلقي) )	3	2.6
4	حميات والتهابات (التهاب اللوزتين، حمى ذؤابية، النقرص، روماتيزم، التهابات مزمنة)	9	7.8
5	أعاقات جسدية (مشاكل في البصر، معاق حركيا، مشاكل في أعصاب السمع)	15	13
6	أسباب أخرى	13	11.3
		<b>115</b>	<b>99.9</b>

يتضح من خلال جدول (5) أن أكثر الأمراض المصاحبة لمرضى الغسيل الكلوي هي أمراض الجهاز الدوري والتنفسي بنسبة 33.9% يليها مرض السكري وبنسبة 31.3%، في حين أقل الأمراض التي يعانون منها بالإضافة إلى الفشل الكلوي هي أمراض العظام والمفاصل بنسبة 2.6%.

ملحق رقم (5) : ملحق موافقة إدارة المستشفيات

Palestinian National Authority  
Ministry of Health - Nablus  
General Directorate of Higher &  
Continuing Education



السلطة الوطنية الفلسطينية  
وزارة الصحة نابلس  
الإدارة العامة للتعليم الصحي

Ref: .....  
Date: .....

الرقم: 107/2010  
التاريخ: 2010/7/20

الأخ مدير عام الإدارة العامة للمستشفيات المحترم،،،

تحية واحترام،،،

الموضوع: تسهيل مهمة طلاب/ جامعة القدس.

تماشياً مع سياسة وزارة الصحة المتعلقة بتعزيز التعاون مع الجامعات والمؤسسات الأكاديمية بإتاحة فرص التدريب أمام الطلبة والخريجين والباحثين في المؤسسات الوطنية وإسهاماً في تنمية قدراتهم.

يرجى تسهيل مهمة الطالب سعادة إبراهيم سلامة- ماجستير الصحة النفسية المجتمعية/ جامعة القدس، من أجل توزيع استبانته على مرضى الفشل الكلوي الخاضعين لعملية غسيل كلوي في مستشفيات (طولكرم، الوطني، قلقيلية، جنين) من أجل اعداد رسالة الماجستير بعنوان " مدى انتشار اعراض القلق و الاكتئاب والتعرف على اساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي في محافظات شمال الضفة الغربية" وذلك اعتباراً من 2010/6/27 ولغاية 2010/7/20.

شريطة:-

- الالتزام بسرية المعلومات حول المرضى
- تزويدنا بنتائج الدراسة

مع الاحترام،،،



الدكتور سعيد الهومز  
مدير عام التعليم الصحي

/ نسخة صيغة كلية الصحة العامة المحترمة/ جامعة القدس.

P.O.Box: 14  
Tel.:09-2384771-6 Fax: 09-2384777

E-mail: pnamoh@palnet.com

ص.ب. 14  
تلفون: 09-2384771-6 فاكس: 09-2384777

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
48	توزيع افراد العينة حسب المحافظة	1.3
48	توزيع افراد العينة حسب متغير الجنس	2.3
49	توزيع أفراد العينة حسب متغير وقت تعبئة الاستبانة	3.3
50	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر	4.3
51	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	5.3
52	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	6.3
53	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمل	7.3
54	توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع العمل	8.3
55	توزيع أفراد العينة حسب متغير الدخل الشهري	9.3
60	نتائج معامل ارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة .	10.3
60	نتائج معامل الثبات كرومباخ الفا لأداة الدراسة	11.3
65	نتائج التكرارات والنسب المئوية لفقرات القلق داخلي المنشأ	1.4
66	نتائج التكرارات والنسب المئوية لفقرات القلق خارجي المنشأ	2.4
66	نتائج معامل الارتباط بيرسون لمقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته	3.4
67	نتائج التكرارات والنسب المئوية لمقياس بك للأكتئاب	4.4
67	نتائج درجة أساليب التكيف مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة عند المبحوثين حسب المتوسط الحسابي	5.4
68	نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية ودرجات التكيف لفقرات التفاعل الايجابي لدى المبحوثين	6.4
70	نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية ودرجات التكيف لفقرات التفاعل السلبي	7.4
71	نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية ودرجات التكيف لفقرات التفاعل السلوكي	8.4
72	نتائج اختبار (كاي) لمقياس القلق وعلاقته مع متغيرات الدراسة	9.4

74	نتائج اختبار (كاي) لمقياس الاكتئاب وعلاقتها مع متغيرات الدراسة	10.4
76	نتائج اختبار (كاي) لاستجابات المبحوثين على مقياس مواجهة الأحداث اليومية الضاغطة تبعا لبعء التفاعل الايجابي	11.4
78	نتائج اختبار (كاي) لاستجابات المبحوثين على مقياس مواجهة الأحداث اليومية الضاغطة تبعا لبعء التفاعل السلبي	12.4
79	نتائج اختبار (كاي) لاستجابات المبحوثين على مقياس مواجهة الأحداث اليومية الضاغطة تبعا لبعء التفاعل السلوكي	13.4

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
48	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	2.3
49	توزيع أفراد العينة حسب متغير وقت تعبئة الاستبانة	3.3
50	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر	4.3
51	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	5.3
52	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	6.3
53	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمل	7.3
54	توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع العمل	8.3
55	توزيع أفراد العينة حسب متغير الدخل الشهري	9.3

## فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
109	أستبانة الرسالة	1
122	تعديل عبارات مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته	2
123	تعديل عبارات مقياس بك للاكتئاب	3
124	النتائج المتعلقة بالمتغيرات المستقلة	4
127	ملحق موافقة إدارة المستشفيات	5

## فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى	الرقم
	الأهداء	
أ	الأقرار	
ب	الشكر والعرفان	
ج	الملخص باللغة العربية	
هـ	Abstract	
1	<b>الفصل الأول</b>	
2	المقدمة	1.1
3	مشكلة الدراسة	2.1
5	أهمية الدراسة	3.1
5	أهداف الدراسة	4.1
6	أسئلة الدراسة	5.1
6	حدود الدراسة	6.1
7	مصطلحات الدراسة	7.1
10	<b>الفصل الثاني</b>	
12	مفهوم القلق	1.2
13	قلق الحالة وقلق السمة	1.1.2
13	مستويات القلق	2.1.2
14	النظريات المفسرة للقلق	3.1.2
18	تعليق على النظريات التي فسرت القلق	4.1.2
19	اضطراب الاكتئاب	2.2
19	مفهوم الاكتئاب	1.2.2
20	تصنيف الاكتئاب	2.2.2
22	النظريات المفسرة للاكتئاب	3.2.2
25	تعليق على النظريات التي فسرت الاكتئاب	4.2.2
26	التكيف النفسي	3.2

26	مفهوم التكيف النفسي	1.3.2
27	خصائص عملية التكيف	2.3.2
27	أنواع التكيف	3.3.2
28	أشكال التكيف	4.3.2
29	أساليب التكيف في مواجهة الأزمات الحياتية	5.3.2
30	الفشل الكلوي	4.2
31	أقسام الفشل الكلوي	1.4.2
32	علاج الفشل الكلوي	2.4.2
33	المعالجة بالغسيل الكلوي	3.4.2
33	الغسيل البيروتوني	4.4.2
34	زراع الكلى	5.4.2
34	الآثار النفسية للأمراض المزمنة على المرضى	5.2
37	الدراسات السابقة	6.2
37	الدراسات العربية	1.6.2
41	الدراسات الاجنبية	2.6.2
44	تعليق على الدراسات السابقة	3.6.2
46	<b>الفصل الثالث</b>	
47	منهجية وأجراءات الدراسة	1.3
47	منهج الدراسة	2.3
47	مجتمع الدراسة	3.3
47	عينة الدراسة	4.3
48	نتائج الدراسة المتعلقة بالبيانات الديمغرافية	5.3
56	أدوات الدراسة	6.3
60	صدق وثبات الأداة	7.3
61	تجريب أداة الدراسة	8.3
61	أجراءات الدراسة وجمع البيانات	9.3
62	المعالجة الإحصائية	10.3
62	الاعتبارات الاخلاقية	11.3
62	متغيرات الدراسة	12.3



64	<b>الفصل الرابع</b>	
65	المقدمة	1.4
65	النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة الرئيسية	2.4
72	النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة الفرعية	3.4
80	<b>الفصل الخامس</b>	
81	المقدمة	1.5
81	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول	2.5
84	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني	3.5
85	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث	4.5
87	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع	5.5
89	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس	6.5
95	التوصيات	7.5
98	قائمة المراجع	
98	المراجع العربية	
103	المراجع الاجنبية	
106	المواقع الالكترونية	
<b>108</b>	<b>الملاحق</b>	
109	ملحق رقم (1) استبانة الرسالة	
122	ملحق رقم (2) تعديل عبارات مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته	
123	ملحق رقم (3) تعديل عبارات مقياس بك للاكتئاب	
124	ملحق رقم (4) النتائج المتعلقة بالمتغيرات المستقلة	
127	ملحق رقم (5) موافقة إدارة المستشفيات	
128	فهرس الجداول	
130	فهرس الاشكال	
131	فهرس الملاحق	
132	فهرس المحتويات	