جامعة غرداية

كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا

الإكتئاب وتقدير الذات لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن

دراسة عيادية لخمس حالات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية

– ترشين إبراهيم – غرداية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة:

أسيا شفيقة رمزية مرينيزة

تحت إشراف الأستاذة:

نسيبة جماد

السنة الجامعية: 2018 / 2019

شكـــــر و عرفان

قال تعالى: "**رب أوزعني أن أشكرك بنعمتك التي أنعمت علي...**"

أحمد و أشكر المولى عز و جل الذي أمدنا بالصحة و الصبر و المثابرة لإتمام هذه المذكرة. أتقدم بجزيل الشكر و التقدير إلى الأستاذة المشرفة جماد نسيبة التي وقفت جاهدة على إتمام هذا العمل المتواضع و أشكرها على النصائح و التوجيهات التي قدمتها لي و على دعمها المعنوي الدائم لرفع معنوياتي فأتمنى أن يجزيها الله الصحة و العافية.

كما لا يسعنا إلا أن نخص بأسمى عبارات الشكر والتقدير الأخصائية النفسانية و الدكتور "أولاد سيد عمر يوسف" أخصائي أمراض الكلى بمصلحة تصفية الدم بمستشفى – ترشين إبراهيم – لما قدموه لي من جهد ونصح ومعرفة طيلة إنجاز هذا البحث.

أسيا شفيقة

الإهـــداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى من كلله الله بالهيبة والوقار. إلى من علمني العطاء بدون إنتظار. إلى من أحمل إسمه بكل إفتخار, أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها بعد طول إنتظار وستبقى كلماتك نجوم أهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد والدي العزيز.

إلى ملاكي في الحياة إلى معنى الحب و إلى معنى الحنان و التفاني, إلى بسمة الحياة وسر الوجود إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب أمي الحبيبة.

أطال الله في عمركما وجزاكم الله عنا كل خير.

إلى سندي في الحياة دائما و أبدا إلى من أرى التفاؤل بأعينهم و السعادة في ضحكتهم إلى أخواتي "مهدية و زهور".

كذلك أتقدم بالشكر للصديقة "سارة" والدكتور "عبد الرحمان" لما قدماه لي من مساعدة لإتمام هذا العمل, وبدون أن أنسى زميلات وزملاء المشوار الدراسي وكل من ساعدني من قريب وبعيد .

أسيا شفيقة

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على درجة الإكتئاب ومستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن, وللتحقق من أهداف الدراسة إستعملت الطالبة مجموعة من الأدوات تمثلت في المقابلة النصف موجهة, مقياس "Beck" للإكتئاب و أيضا مقياس " Cooper smith" لتقدير الذات, حيث تمثلت مجموعة بحثنا في 5 حالات مصابين بالقصور الكلوي المزمن تتراوح أعمارهم بين (30-60) سنة والخاضعين للغسيل الكلوي بالمؤسسة العمومية الإستشفائية – ترشين إبراهيم– ولاية غرداية, وعليه تبلورت إشكالية بحثنا في طرح التساؤول التالي :

هل يعاني الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن من حالة إكتئاب شديد وإنخفاض في تقدير الذات؟

وقد أسفرت النتائج المتوصل إليها وفق منهج دراسة حالة ومن خلال المقاييس المطبقة على الحالات وبعد عرض ومناقشة هذه النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة توصلنا إلى أن :

– الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن لا يعاني من حالة إكتئاب شديد.

– الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن لا يعاني من إنخفاض في تقدير الذات.

الكلمات المفتاحية : الإكتئاب – تقدير الذات – القصور الكلوي المزمن.

Le Résume de l’étude:

L’étude actuelle vise à identifier le degré de dépression et le niveau d’estime de soi chez l’adulte qui souffrant d’insuffisance rénale chronique, Pour vérifier les objectifs de l’étude, nous avons utilisé un ensemble d’outils représentés l’entretient semi dirige, l’échelle de dépression "Aron Beck " et l’échelle de l’estime de soi "Cooper Smith", Notre échantillon de recherche était composé de 5 cas avec une insuffisance rénale chronique qui sont sous la dyalise âgés entre 60 et 30 ans, au niveau de l’établissement publique hospitaliers - Tirichine Ibrahim -Ghardaïa.

a partir la problématique de notre recherche nous avons déposé la question suivante :

- Est-ce que L'adulte souffrant d'insuffisance rénale chronique a-t-il de dépression sévère et d'une faible estime de soi ?

Selon la méthode d'étude de cas, les résultats que nous avons obtenus par les tests appliqués et après avoir examiné ces résultats de ces hypothèses et des études antérieures, nous avons conclu que :

- L'adulte avec une insuffisance rénale chronique ne souffre pas d'une dépression sévère.

- L'adulte avec une insuffisance rénale chronique ne souffre pas d'une estime de soi de faible.

Mots-clés : Dépression – estime de soi - insuffisance rénale chronique.

فهرس المحتويات	الصفحة
شكر وعرفان.....	أ
الإهداء.....	ب
ملخص الدراسة.....	ج
فهرس المحتويات.....	هـ
مقدمة.....	01
الفصل الأول : الإطار التمهيدي للدراسة.....	04
1. إشكالية الدراسة.....	05
2. فرضيات الدراسة	10
3. أهداف الدراسة.....	10
4. أهمية الدراسة.....	11
5. دوافع الدراسة.....	11
6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.....	12
7. الدراسات السابقة.....	13
8. التعقيب على الدراسات السابقة.....	16
الجانب النظري.....	17
الفصل الثاني : الإكتئاب.....	18
تمهيد.....	19
1. تعريف الإكتئاب.....	19
2. أسباب الإكتئاب.....	20
3. أعراض الإكتئاب.....	21
4. شخصية المكتئب.....	22
5. معايير التصنيف والتشخيص للإكتئاب حسب Dsm5.....	23
6. مقاييس الإكتئاب.....	23
7. النظريات المفسرة للإكتئاب.....	24
8. علاج الإكتئاب.....	28
خلاصة.....	30

الفصل الثالث : تقدير الذات.....	31
تمهيد	32
1. تعريف مفهوم الذات.....	32
2. تعريف تقدير الذات.....	32
3. الفرق بين مفهوم الذات و تقدير الذات.....	33
4. أبعاد تقدير الذات.....	34
5. العوامل المؤثرة في تقدير الذات.....	34
6. مستويات تقدير الذات.....	35
7. أقسام تقدير الذات.....	35
8.النظريات المفسرة لتقدير الذات	36
خلاصة.....	37
الفصل الرابع : القصور الكلوي المزمن.....	38
تمهيد.....	39
1. تعريف القصور الكلوي المزمن.....	39
2. تعريف الكلية.....	40
3. البنية التشريحية للكلية.....	40
4. وظائف الكلية.....	41
5. أسباب القصور الكلوي المزمن.....	42
6. أعراض القصور الكلوي المزمن.....	42
7. تشخيص القصور الكلوي المزمن.....	43
8. طرق علاج القصور الكلوي المزمن.....	44
9. الأثار النفسية الناجمة عن القصور الكلوي المزمن.....	45
خلاصة.....	47
الفصل الخامس : منهجية الدراسة.....	49
تمهيد.....	50
1. الدراسة الإستطلاعية.....	50
2. منهج الدراسة.....	50

3. أدوات الدراسة.....	51
1.3. المقابلة العيادية	51
2.3. المقابلة نصف موجهة.....	51
3.3. مقياس الإكتئاب.....	52
4.3. مقياس تقدير الذات.....	53
4. مجموعة البحث.....	55
1.4. خصائص مجموعة البحث.....	56
5. حدود الدراسة.....	56
1.5. الحدود المكانية.....	56
2.5. الحدود الزمانية.....	56
3.5. الحدود البشرية.....	57
الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة.....	58
تمهيد	59
1. عرض وتحليل نتائج الحالات الخمسة.....	59
1.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.....	59
2.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.....	63
3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.....	66
4.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة.....	70
5.1. عرض و تحليل نتائج الحالة الخامسة.....	73
2. مناقشة الفرضيات.....	77
3. الإستنتاج العام	80
4. الإقتراحات.....	81
المراجع	83
الملاحق	90

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة

رقم 01	يوضح مجموعة مقياس (Aron Beck)	52
رقم 02	يوضح مستويات ودرجات مقياس الإكتئاب	53
رقم 03	يوضح العبارات السالبة والموجبة في مقياس تقدير الذات	54
رقم 04	يوضح توزيع مستويات تقدير الذات حسب الدرجات	55
رقم 05	يوضح المقاييس الفرعية لتقدير الذات	55
رقم 06	يوضح خصائص مجموعة البحث	56
رقم 07	يوضح نتائج مقياس"Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ح.ح)	60
رقم 08	يوضح نتائج مقياس"Cooper smith" للحالة (ح.ح)	61
رقم 09	يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ح.ح)	61
رقم 10	يوضح نتائج مقياس"Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ر.ف)	64
رقم 11	يوضح نتائج مقياس"Cooper smith" للحالة (ر.ف)	65
رقم 12	يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ر.ف)	65
رقم 13	يوضح نتائج مقياس"Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ح.ع.ش)	67
رقم 14	يوضح نتائج تطبيق مقياس"Cooper smith" للحالة (ح.ع.ش)	68
رقم 15	يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ح.ع.ش)	68
رقم 16	يوضح نتائج مقياس"Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ح.ج)	71
رقم 17	يوضح نتائج تطبيق مقياس"Cooper smith" للحالة (ح.ج)	71
رقم 18	يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ح.ج)	72
رقم 19	يوضح نتائج مقياس"Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ف.ع)	74
رقم 20	يوضح نتائج تطبيق مقياس"Cooper smith" للحالة (ف.ع)	75
رقم 21	يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ف.ع)	75

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
ملحق رقم 01	المقابلة النصف موجهة	92
ملحق رقم 02	مقياس بيك "Aron Beck" للإكتئاب	94
ملحق رقم 03	مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات	97

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	يوضح مقطع طولي للكلية	41

المقدمة

مقدمة :

خلق الله السموات والأرض وما فيهن لخدمة الإنسان, هذا الإنسان الذي كرمه الله على سائر خلقه قد جعله الله وحدة متكاملة فريدة (وحدة النفس- وحدة الجسم), وحث الإسلام على التوازن بين متطلبات النفس والجسم, حيث أنه من المعروف أن الحالة الصحية للفرد تلعب دورا حيويا في صحته النفسية ولأن العلاقة بين النفس والجسم علاقة تفاعلية, فقد تلعب الأمراض الجسمية دورا هاما في ظهور العديد من الإظطرابات النفسية وفي المقابل إتضح بأن الحالة النفسية للفرد لها نفس التأثير على الحالة الجسمية.

ولقد أدى تغير نمط الحياة وزيادة الإنفتاح 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 وإستمرار البحث والعلم في خصائصه الإنسانية أدى إلى تطور تقنيات جديدة لفحص الأثار الجانبية للأمراض المزمنة على نفسية المريض, منها الإكتئاب, القلق وإنخفاض مستوى تقدير الذات وإنخفاض مستوى التفكير العقلاني والتفكير بالموت.

فالمرض العضوي يهدد الأمن الشخصي والتوافق النفسي للشخص وهذا ما يجعله يعيش حالة من الإضطراب النفسي, خاصة إذا تعلق الأمر بمرض خطير كالقصور الكلوي المزمن الذي يبقى فيه المريض طوال حياته تابعا لألة التصفية والأمل في الشفاء قليل لأن عملية الزرع الكلوي ليست في متناول كل مريض, فالشخص المصاب يحس بأنه ناقص ومهدد مما يؤدي إلى تغيير ردود أفعاله وإستجابته النفسية.

فالإنسان يواجه في حياته كثيرا من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة له بحيث تتعرض رفاهيته وتكامله للخطر فالمصاب بالفشل الكلوي المزمن يعتبره أحد الأحداث الحياتية الضاغطة التي لها علاقة بالإصابة بالإضطرابات النفسية, وربما يزداد الضغط الناتج عن المرض وعلاجه مع عوامل ضاغطة أخرى مثل وضع العائلة, ظروف العمل, بالإضافة إلى الضغوط اليومية الأخرى الموجودة قبل إصابة المريض بالفشل الكلوي ولجوئه إلى الغسيل.

ويتميز هذا المرض عن باقي الأمراض بطبيعة علاجه التي تتمثل في التصفية التي تعد حلا مؤقتا يلجأ إليه المريض للتخفيف من شدة الألام والمعاناة لأن هذه العملية لا تشفي تماما هذا المرض المزمن. فالمصاب بالقصور الكلوي المزمن يعاني في صمت وعليه لا بد من النظر إليهم بعين الرحمة لجانبهم النفسي, خاصة أن المريض يقوم بعملية تصفية الدم لسنوات بعد الإصابة فتختلف طريقة تجاوب المريض مع ضغوطات مرضه, فهناك من ينظر لنفسه بنظرة عادية ويتعامل مع الأخرين ويتفاعل معهم فيحسن تقييم وتقدير ذاته, ويرى الحياة من جانبها الإيجابي و يؤمن بالقضاء والقدر في المقابل نجد من يستسلم لمرضه بكل سهولة ويرى نفسه عاجز على مواصلة العيش, فيحس بنوع من النقص والخجل بنفسه, يحب العزلة والإنطواء, لا يعاشر أفراد المجتمع ولا يحترم نفسه وينقص من قيمة ذاته وينظر للحياة بنظرة تشاؤومية وهذا ما يؤدي به إلى حالة من الإكتئاب الشديد.

فمن هذا المنطلق أردنا القيام ببحث حول "الإكتئاب وتقدير الذات لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن" والتعرف على إنعكاسات هذا المرض في حياتهم من الجانب النفسي, وقد إعتمدنا في دراستنا على 5 حالات من فئة الراشدين والخاضعين للغسيل الكلوي, وقد تم تقسيم هذا البحث وفق المنهج المتبع في أغلبية البحوث العلمية إلى :

الفصل الأول : الإطار التمهيدي للدراسة تم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة, فرضيات الدراسة, أسباب الدراسة, أهمية الدراسة, دوافع الدراسة, التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة, الدراسات

* **الجانب النظري** :

السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني : خصص للإكتئاب وتناولنا فيه تعريف الإكتئاب, أسباب الإكتئاب,أعراض الإكتئاب, شخصية المكتئب, معايير التصنيف والتشخيص للإكتئاب حسب Dsm5, مقاييس الإكتئاب, ثم النظريات المفسرة للإكتئاب, وعلاج الإكتئاب.

الفصل الثالث : خصص لتقدير الذات وتناولنا فيه تعريف مفهوم الذات, تعريف تقدير الذات,الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات, أبعاد تقدير الذات, العوامل المؤثرة في تقدير الذات,مستويات تقدير الذات, أقسام تقدير الذات, ثم النظريات المفسرة لتقدير الذات.

الفصل الرابع : خصص للقصور الكلوي المزمن وتناولنا فيه تعريف القصور الكلوي المزمن, تعريف الكلية, البنية التشريحية للكلية, وظائف الكلية, ثم أسباب القصور الكلوي المزمن, أعراض القصور الكلوي المزمن, تشخيص القصور الكلوي المزمن, طرق علاج القصور الكلوي المزمن, والأثار النفسية الناجمة عن القصور الكلوي المزمن.

* **الجانب التطبيقي** :

الفصل الخامس : تضمن منهجية الدراسة وتناولنا فيه الدراسة الإستطلاعية, منهج الدراسة, أدوات الدراسة, مجموعة البحث, حدود الدراسة.

الفصل السادس : فقد تم فيه عرض ومناقشة نتائج الدراسة وتناولنا فيه عرض وتحليل نتائج الحالات الخمس, مناقشة الفرضيات, ثم الإستنتاج العام, الإقتراحات, وإنتهت الدراسة بخاتمة.

الفصل الأول:

الإطار التمهيدي للدراسة

تمهيـد.

1. إشكالية الدراسة.
2. الفرضيات.
3. دوافع الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة
6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.
7. الدراسات السابقة.
8. التعقيب على الدراسات السابقة.

خـلاصــة.

1. إشكالية الدراسة :

ظهرت مشاكل الصحة والمرض بظهور الإنسان كان هذا الأخير يستعمل طرق فكرية ووسائل علاجية بسيطة لعلاج أمراض تلائم وضعية الحياة الإجتماعية التي كان يعيشها وبتطور التفكير العلمي المبني على القواعد التجريبية والحسية إبتعد الفرد عن الطرق الميتافيزيقية في تفسيره للظواهر الصحية والمرضية التي كانت تهدده من جهة, ومن جهة أخرى تعقدت الحياة الصحية للفرد مما أدى هذا لظهور الأمراض بإختلاف تصنيفها أمراض معدية, أمراض حادة, أمراض مزمنة.

وظهرت الأمراض المزمنة مثل مرض السكري, وضغط الدم والسرطان والقصور الكلوي المزمن بعد الحرب العالمية الثانية نتيجة التطور الصناعي الذي شهده العالم مما أدى إلى تدهور صحة الأفراد ونتجت عنه الأمراض المذكورة سالفا فهذه الأمراض تعوق الإنسان عن القيام بمهامه الطبيعية المتضمنة المهام الأسرية بأنواعها المختلفة والمهام المهنية الأمر الذي ينعكس على توافقه الإجتماعي والنفسي بوجه عام.

فمن أكثر الأمراض شيوعا في هذا العصر مرض القصور الكلوي المزمن الذي يمثل ظاهرة عالمية مثيرة للقلق وهذا ما أكدته إحصائيات الصحة العالمية, حيث أشارت أن هناك ما يزيد على 500 مليون شخص حول العالم يعانون مشكلات في الكلى. (عبد الخالق, أحمد, 2008 , ص67).

ويشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أي حالة تتضمن قدرا من الإعاقة التي حدثت نتيجة لتغيرات مرضية و التي تطلب تدريبا ودافعية من جانب المرضى للعناية بأنفسهم ومن أكثر الأمراض أهمية تلك الأمراض المهددة للحياة والتي يقع القصور الكلوي المزمن على رأس قائمتها, وقد أثبتت الدراسات الحديثة إنتشار هذا المرض في البلاد النامية وتوقعات زيادة نسبة الإصابة به وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها.

يواجه المريض بالقصور الكلوي المزمن مرضه بمدى واسع من التحديات بحيث يؤدي هذا الأخير إلى إضطرابات جسمية كثيرة متنوعة كالإلتهابات المختلفة والشعور بالإجهاد والغثيان وفقدان الشهية والإسهال وإضطرابات الجهاز العصبي المركزي وهبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم وهذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى. (تايلور, شيلي, 2008, ص614).

هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية وإجتماعية مثل القلق والإكتئاب والأرق والإنعزال الإجتماعي والوصمة الإجتماعية, وزيادة على هذا فقد يكون للأساليب الطبية لعلاج أعراض المرض من نتائج غير سارة كما في العلاج بالتصفية بالدم وما قد يصاحب هذا المرض من تأثيرات نفسية وجسمية وقد تصل إلى درجة كبيرة من الضغوط النفسية لأن المصابين بهذا المرض يعانون من مرض حقيقي وقاتل تلعب فيه العوامل النفسية أهمية كبيرة.

ومن بين العلماء الذين إستخدموا أولى عمليات التصفية لعلاج القصور الكلوي المزمن نجد الباحثان الأمريكيان "Kofu" و "Bracke", حيث قام هذان العالمان بإستصفاء الدم (1942) على الفرد الهولندي, كما إستخدمه العالم السويدي "Alfal" عام (1947) كعملية أساسية لإنقاذ حياة المرضى المصابين بالفشل الكلوي الحاد أو ما كان يعرف آنذاك بالبولة الدموية, ولم تعهد هذه العملية إلى علاج الفشل الكلوي المزمن إلا في بداية الستينات بحيث سمحتا كل من الكلية الصناعية والتصفية الدموية الحشوية بإبعاد الخطر القاتل الذي سببه البولة الدموية الحادة والتي تزامنت بإلغاء العمل الفجائي للكلية في حين أنها سليمة وهذا ما حدث عند (70 % إلى 80 %) من حالات القصور الكلوي الحاد.

تعد الجزائر واحدة من الدول التي أضحى القصور الكلوي واحدة من الأمراض الخطيرة التي تهدد حياة الجزائريين خاصة بعد أن صرح المؤتمر الثامن عشر لأمراض الكلى المنظم في العاصمة عن أرقام مرعبة تخص هذا المرض المزمن الذي أصاب شريحة واسعة من الجزائريين إمتدت حتى للأطفال

وقد كشفت الإحصائيات عن وجود نحو 3 ملايين جزائري مصابون بالقصور الكلوي دون أن يكونوا على علم بذلك بالإضافة إلى أكثر من 16 ألف مريض يتابعون عمليات تصفية الدم فيما يبلغ عدد المرضى الذين يبلغون مرحلة القصور الكلوي المزمن ما بين 3500 و4000 حالة جديدة سنويا.(أمال, بورقبة, 2000, ص125).

من جانب أخر أشارت الإحصائيات إلى أن هناك نحو 6 ألاف مريض أخر على قائمة الإنتظار ممن هم بحاجة إلى عملية زرع الكلى, ونضيف إلى أن هناك حوالي 700 مريض تم نقل كلى لهم منذ (1985), وتجرى في الجزائر سنويا 100 عملية زرع كلى كل سنة في حين أن العدد المفروض على الأقل هو 500 عملية في السنة وتبلغ نسبة النجاح في هذه العمليات (10%) وهي النسبة التي تسجلها كل دول العالم, بالإشارة إلى أن هناك 265 مركز لتصفية الدم بالجزائر 80 منها تابعة للخواص. (عادل, حلواني, 2000, ص157).

ونظرا للتزايد الهائل لهذا المرض في الجزائر, ومن خلال التعايش مع هذه الفئة في المجتمع هذا ما أدى بنا إلى تناول هذا الموضوع ودراسته من الجانب النفسي, حيث يؤكد الباحثون على العلاقة الموجودة بين الجانب النفسي والجانب العضوي فإصابة أحدهما تؤثر بالضرورة على الأخر.

يعرف "Lazaros" و"Folkman" (1984) من خلال دراستهما إلى أن المرضى أنواع فهناك من يتعايش مع وضعية المرض ويقاومها وهناك من يرفضها, إذ يتم التوافق السيكولوجي مع المرضى المرتبط بالإستجابة التي يبديها الفرد في تعامله مع الضغط الناجم عن المرض, كما يحدث القصور الكلوي المزمن مضاعفات وتعقيدات خطيرة للمريض كالأنيميا المزمنة وإرتفاع البوتاسيوم وتضخم مائي وكذا نقص الإيريتروبيتين وليونة العظام بالإضافة إلى إصابته بالإلتهابات كإلتهاب الفيروسي (ب) و (س).

كذلك في دراسة قام بها "Sholtes" و "Hilamer" أثبتوا أن المرضى الخاضعين للتصفية يعانون من التوتر وإضطرابات الإكتئاب والذي يعرف بالحالة التي يشعر فيها الفرد بالحزن والقنوط والغم والعجز واليأس والذنب مصحوبة بإنخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي, وضعف الإهتمام بالأمور الشخصية والإجتماعية, وكره الحياة وتمني الموت تتباين درجة حدتها من حالة إلى أخرى بالإضافة لإضطرابات في الدورة الشهرية عند النساء فيعانون من البرود الجنسي مما يؤثر على توازنهم النفسي ويشكل جرحا نرجسيا عميقا عندهم, أما بالنسبة للرجال فيعانون من العجز الجنسي وعدم القدرة على الإنجاب وهذا ما ينعكس سلبا على تقديرهم لذاتهم, فتقدير الذات يعد أحد متغيرات الشخصية المؤثرة في التوافق الذاتي والإجتماعي للشخص.

كذلك ديمومة العلاج السلبي للمصابين خاصة عند إنعدام الزرع الكلوي تؤدي إلى الميل الواضح للإكتئاب إذ معظم المصابين يظهرون علامات دالة على الإكتئاب الذي من علاماته : الصعوبة المعرفية, ضعف التركيز, إضطرابات الشهية وتظهر العرضية الإكتئابية بوضوح خلال الحصص الأولى من الخضوع للتصفية بسبب توظيف المريض لطاقته النفسية في إتجاه لا يسمح له بالسير الحسن مع الحياة الجديدة.

فالذات بناء معرفي يتكون من أفكار الإنسان عن مختلف نواحي شخصيته, فمفهومه عن جسده يمثل الذات البدنية, ومفهومه عن بنائه العقلي يمثل مفهوم الذات المعرفية أو العقلية, ومفهومه عن سلوكه الإجتماعي مثال للذات الإجتماعية, ويركز علماء النفس على بناء الذات عن طريق الخبرات التي تنمو من خلال تفاعل الإنسان مع المحيط الإجتماعي, ويطلقون على العملية الإدراكية في شخصية الإنسان (الذات المدركة) والتي من خلالها تتراكم تلك الخبرات فيتم بناء الذات ويكون الفرد مفهوما عن ذاته. ولما كانت الذات هي شعور الفرد بكيانه المستمر وهي كما يدركها وهي الهوية الخاصة به وبشخصيته فإن تقدير الذات يكون عبارة عن تقييم الفرد لنفسه أو بتعبير أخر هو مجموعة مدركات ومشاعر لدى كل فرد عن نفسه. (صباح قاسم, الرفاعي, 2010, ص344).

ومن بين الأمور التي تجعل تقدير الذات غير ثابت حدوث مشكلات للفرد, لكن يختلف تأثيرها حسب نوعها وحسب شخصية كل فرد ومن أهمها المشكلات الصحية نظرا للعلاقة الوثيقة التي تربط الجسم بالنفس, فعندما يتعرض الفرد إلى الضعف في جسمه يؤثر كذلك في سلوكه وتوازنه النفسي. ومن ضمن هذه المشكلات الصحية الأمراض المزمنة, فمرض القصور الكلوي المزمن نجده أكثر في مرحلة الرشد وما بعدها, فهو يؤثر عليهم بحرمانهم العديد من الخصائص والأدوار في الحياة, فقد نجد تباين إستجاباتهم من ناحية التقبل والتكيف أو عدمه وذلك حسب أعمارهم وحسب طول مدة العلاج أو قصرها فيشعر المريض بالنقص والضيق, والتوتر وعدم الثقة بالنفس, الخوف الشديد من المستقبل الذي يعد من بين مظاهر إنخفاض تقدير الذات. مثلما أثبتته دراسة "Drissen" (1991) أن سوء التكيف لدى مريض الإستصفاء يؤدي به للميل للإحباط والإكتئاب والتوقع السيئ للمستقبل.

ودراسة "Fendille" (1998) التي أوضحت أهم السمات والخصائص النفسية التي تميز مريض الفشل الكلوي وهي الإكتئاب. وقد تكون شخصية هذا المريض متزنة بحيث يستطيع مواجهة الإحباطات بشكل جيد فيكون صبور متفائل, متقبل لذاته وراض عن حياته والتي تمثل علامات إرتفاع تقدير الذات. (زبيدة, أمزيان, 2007, ص32).

حيث تظهر خطورة الإكتئاب في إعتباره ظاهرة نفسية لها حدتها وأثرها السلبي على حياة المرضى وبالتالي يجعلهم فريسة سهلة للإضطرابات النفسية والمعرفية والإجتماعية وحيث أنه من الطبيعي أن يشكل الإكتئاب حيزا كبيرا من المشكلات النفسية لدى هؤلاء المرضى والذي في حد ذاته يؤثر على بنائهم النفسي وكيفية تفاعلهم الطبيعي مع أسرتهم ومجتمعهم وأدائهم, ومن هنا تبلورت فكرة دراسة الإكتئاب لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن وذلك من أجل التعرف على ما يحدثه الإكتئاب على تقدير الذات لدى المصاب بهذا المرض و الخاضع للتصفية. فعملية تصفية الدم تجري ثلاث مرات في الأسبوع في الغالب وكل مرة تدوم أربعة ساعات والمريض يكون موصول بجهاز

التصفية ويتم قياس الضغط الدموي في بدأ العملية وكذا أخذ وزن المريض عند بداية كل حصة تصفية الدم لتحديد كمية الماء الواجب نزعها.

فمن خلال زيارتنا لمصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الإستشفائية أين يتواجد مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للغسيل الكلوي (Hémodialyse) نبعث مشكلة بحثنا, حيث وجدنا أن كثير من المرضى يتسمون بنظرة تشاؤمية لذواتهم من خلال تدني مفهوم الذات الجسمية, وعدم الثقة في فعاليتهم الذاتية مما يجعلهم يحجمون عن مواجهة الضغوط المختلفة, وهذا ما جعلنا نقبل على هذا البحث وبناءا على هذه المعطيات النظرية والميدانية نطرح التساؤول التالي :

- **هل يعاني الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن من حالة إكتئاب شديد و إنخفاض في تقدير الذات ؟**

2. فرضيات الدراسة :

- يعاني الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن من إكتئاب شديد.
- يعاني الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن من إنخفاض في تقدير الذات.

3. أهداف الدراسة :

إن أي دراسة من الدراسات لابد لها أن تسطر مجموعة من الأهداف تسعى إلى التأكد من مدى تحقيقها سواء كان على المدى القصير أو البعيد وكما هو الحال مع باقي الدراسات, وكانت لهذه الدراسة مجموعة من الأهداف أيضا وهي :

- التعرف على الشعور بالإكتئاب عند الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن.
- إستنتاج مدى تأثير الإكتئاب على تقدير الذات عند الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن.
- تسليط الضوء على هذه الفئة والتي هي في تزايد مستمر وإبراز المعاناة التي يواجهونها.
- النزول إلى الميدان والتعرف أكثر على هذه الفئة وكذا العمل مع الفريق المشترك الذي يقوم بالتكفل مع مثل هذه الحالات.
- المساهمة في تحسين وتقديم نموذج أمثل يعنى بالكفالة الجيدة من جميع النواحي.

- رفع المعاناة عن مرضى القصور الكلوي المزمن وإعادة التوازن النفسي للحالة المرضية قدر الإمكان.
- معرفة درجة تكفل الأخصائيين النفسانيين بمرضى القصور الكلوي المزمن للكشف عن النقائص التي تعاني منها المصلحات الإستشفائية بغية تحسينها وتغطيتها.
- محاولة تطبيق ما تحصلنا عليه من التكوين النظري والتطبيقي في ميدان علم النفس العيادي.

4. أهمية الدراسة :

- تعتبر المادة النظرية التي نرجو من خلالها إضافة الجديد فيما يخص الدراسات حول الإكتئاب و إرتباطه بمفهوم تقدير الذات عند الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن.
- إرتباط موضوع الدراسة بالتخصص.
- توجيه إهتمام الطالبة والمختصين إلى دراسة مثل هذه المواضيع التي تحتوي على مشكل نفسي من جهة ومشكل عضوي من جهة أخرى بإعتبار أن وجود مثل هذه الأمراض في نفس الوقت يؤثر على سيرورة حياة الإنسان.
- المساهمة في فهم أهم المشكلات التي تواجه هاته الحالات وإيجاد إستراتيجيات ملائمة تساعدهم على مسايرة أمراضهم.
- معرفة الظروف التي تحيط بالمريض الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن.

5. دوافع الدراسة :

- ميل الطالبة إلى المواضيع ذات الصلة بالجانب النفسي والعضوي بإعتبارهما مدخلين لفهم باقي الإضطرابات الأخرى التي لها علاقة بالتخصص.
- إهتمام الطالبة بموضوع تقدير الذات كونه محور رئيسي يضعه الممارس من أهدافه أثناء قيامه بالتكفل بالحالات.
- ومن الأسباب التي دفعت بنا أيضا إلى إختيار مثل هذا الموضوع هي طبيعة المرض كونه ذو طابع خاص يختلف عن الأمراض المزمنة الأخرى, إذ تجعل المصاب به فرد مرتبط بالمستشفى وبالتالي حياته تختلف تماما عن حياة المرضى الآخرين.

6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

الإكتئاب : هو إضطراب نفسي يظهر في المزاج الإكتئابي وفقدان الشعور بالسعادة والبهجة ومشاعر الذنب وإحترام للذات منخفض, ونوم وشهية مضطربة, وطاقة منخفضة وتركيز قليل, مما يؤدي إلى عدم قدرة الفرد على القيام بمسؤولياته اليومية. (Traywick.V, 2007, p 1).

إجرائيا : الإكتئاب هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس "Beck" الثاني للإكتئاب BDI-II, وهذا المقياس الذي سوف نعتمده في بحثنا.

تقدير الذات : هو تقييم كيف أن الشخص يقدر ويستحسن أو لا يستحسن نفسه.

(Hildebrandt.D, 2007, p 5).

إجرائيا : تقدير الذات هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس "Smith Cooper" لتقدير الذات, وهذا المقياس الذي سوف نعتمده في بحثنا.

القصور الكلوي المزمن : هو العجز الدائم لعمل الكليتين عن آداء وظيفتهما و المتمثلة في تخليص الدم من الفضلات السامة العالقة, مما يؤدي للإستصفاء الدموي, و يوصف بالخطورة لإستحالة شفائه.

إجرائيا : نعني بالقصور الكلوي المزمن هو العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة و طرحها عن طريق البول, نجد المصابين بهذا المرض المزمن يعيشون حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم من خلال الهيموديااليز (Hemodialyse).

تصفية الدم : كلمة تتكون من جزأين (Hémo) وتعني الدم و (dialyse) تعني التصفية وهي تقنية تستخدم من أجل علاج مرضى القصور الكلوي المزمن الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية, و فيها يعمل جهاز التصفية وفق نظام توازن الأملاح في الدم و المواد الدائبة في الماء ويعيدها إلى مستواها الطبيعي و هذا الجهاز مزود بألية تسمح بالترشيح و خروج الماء من الدم. (الصبور, محمد, 1994, ص89).

مرحلة الرشد : تعتبر مرحلة من مراحل النمو يتدخل فيها الشباب مع الرشد ولها خصائصها المتميزة في جميع جوانب النمو, تبدأ هذه المرحلة مع بداية العقد الثالث من العمر بعد (الواحد والعشرين)

وتنتهي مع نهاية الستينات منه, وهي أطول مراحل النمو مع أنها تختلف بإختلاف المجتمعات والثقافات و الظروف المعيشية. (أبو جعفر, محمد عبد الله العابد, 2014, ص144).

إجرائيا : يكون الفرد فيها قد أنهى مرحلة المراهقة وهنا يبدأ بالتفكير في مستقبله وعمله وحياته الزوجية وإستقراره الإجتماعي والنفسي, فيبدأ بالتكيف مع الحياة, و تحدد الدراسة الحالية الفئة العمرية من 30 – 60 سنة.

7. الدراسات السابقة :

- **الإكتئاب :**

الدراسات العربية :

* دراسة "عبد المعطى" (1992) في تأثير الإصابة بمرض الفشل الكلوي على نسبة ذكاء المريض وبخاصة عند الإصابة بالمرض في سن مبكرة وأكدت على زيادة نسبة الإصابة بمرض الإكتئاب بصورة مرتفعة بين المرضى, ولم تقدم الدراسة متغيرات أخرى وخلت الدراسة من طرق للعلاج وإكتفت بالطرق الوصفية فقط.

* وفي دراسة "الطيب" (2000) توصل إلى أن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المريض كإضطراب اللياقة الجسمية واللياقة النفسية, كما أكدت على أن الإكتئاب والعناية الذاتية التى يقوم بها المريض تعتبر من العوامل المؤثرة على نوعية حياة المريض, ولم تقدم الدراسة برنامجا للتغلب على هذه العوامل.

* دراسة "سامية حجازي إدريس" (2007) فاعلية برنامج سلوكي معرفي في تحسين درجات القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على درجة التحسن من القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الإستصفاء الدموي في مراكز علاج أمراض الكلى بولاية الخرطوم, ومعرفة العلاقة بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب وعمر المريض والمدة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي, وكذلك معرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب حسب النوع, الوضع التعليمي والإجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى, أما أدوات الدراسة تمثلت في مقياس القلق و مقياس الإكتئاب, أما نتائج الدراسة كانت كالتالي : البرنامج العلاجي المصمم حقق تحسنا في درجة القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي, ليس للنوع علاقة دالة إحصائيا بين العلاج المعرفي السلوكي وبين

التحسن في درجات القلق والإكتئاب, لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين عمر المريض وبين تحسن درجة الإكتئاب والقلق, توجد علاقة دالة إحصائيا في التحسن من درجات الإكتئاب والقلق الناجم عن تطبيق البرنامج على المرضى والمدة الزمنية لظهور المرض في بعد القلق بينما لا توجد فروق في بعد الإكتئاب.

* دراسة "محمد العمراني وعلال بلال" للنواحي النفس- إجتماعية لمرضى الفشل الكلوي في السعودية (2001) بمستشفى الملك خالد, هدفت الدراسة لمعرفة الإضطرابات النفسية الناتجة عن الغسيل الكلوي, وتمثلت نتائج الدراسة في أن الإكتئاب هو أكثر الأمراض المصاحبة للفشل الكلوي وأكثر إنتشارا بين المرضى بنسبة (71%) وفقا لمعايير (DSM IV).

الدراسات الأجنبية :

* ركزت دراسة "Kimmel" (2000) و (2002) "Christensen" على إرتباط المستويات المرتفعة للإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بزيادة الوفيات وإنها تضارع في تأثيرها العوامل ذات الخطورة الطبية, ولم توضح هذه الدراسات أي طرق للعلاج للتخفيف من الإكتئاب.

* دراسة "Mira Ohana" (1999) اليابان بعنوان الإكتئاب والفشل الكلوي, هدفت لمعرفة أعراض الإكتئاب قبل وبعد الفشل الدموي وعلاقته بتوقع الغسيل, تكونت العينة من 19 مريضا بالفشل الكلوي من أخضعوا للغسيل الدموي قسموا لمجموعتين من المرضى (الأولى غير متوقعين الغسيل والثانية متوقعين الغسيل وفقا لقرار طبيبهم), أدوات الدراسة المستخدمة مقياس تقرير الذات للإكتئاب "Zung" وكانت نتائج الدراسة في المجموعة الأولى قبل وبعد الغسيل الدموي (إرتفاع في معدل الإكتئاب), وينخفض بإنخفاض معدل السموم واليوريا.

* أيضا أكدت دراسة "Matthews" (2001) ودراسة "Patel" (2002)على أن المعتقدات الدينية قد تقوم بدور آليات التوافق للمريض الذي يعانى من الفشل الكلوي المزمن, وأن المعتقدات الدينية ترتبط بإدراك الإكتئاب وآثار المرض والدعم الإجتماعي وجودة الحياة.

*كشفت دراسة "Danker, et al" (2001) على أن للدعم الإجتماعي (من الطرف الآخر من منظور المريض) أثره الرئيسي على الإشباع الزواجي للشريك وأن الحالة النفسية الإجتماعية لزوجة

المريض يؤثر على مستوى إكتئاب المريض بالفشل الكلوي المزمن, وإستفادت الباحثة من هذه الدراسة أن بعض أفراد الأسرة يكون لهم تأثير مباشر على تدهور حالة المريض النفسية والصحية.

- **تقدير الذات :**

الدراسات العربية :

* أكدت نتائج دراسة قام بها "عوض الله وأخرون" (2008) عن حجم تأثير مرض الفشل الكلوي المزمن على تقدير الذات لدى المرضى حيث يحدث تغييرا في السلوك, فينسحب المريض من الأنشطة الإجتماعية المعتادة ويكون أقل إنتاجية ويترك عمله في بعض الأحيان لعدم قدرته الجسمية, ويكون لديه شعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس, ويقل دخل الأسرة مما يسبب له مشكلات أسرية ومجتمعية ومهنية وذاتية وصحية مما يؤدي إلى عدم توافقه من الناحية النفسية, كما أكدت النتائج وجود تباينات إحصائية واضحة على درجة كبيرة من الأهمية بين الأصحاء والمرضى المصابين بالفشل الكلوي المزمن من حيث درجات الإكتئاب والقلق والنظرة للحياة لصالح الأصحاء, ونفس الشيء بالنسبة لدرجاتهم على مقياس التوافق النفسي وتقدير الذات.

* أشارت دراسة "ن. قنديل" سنة (2001) إلى وجود علاقة موجبة بين الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى المصاب بالقصور الكلوي المزمن, من خلال الحصول على إحترام وتقدير الآخرين لشخصيته,لأن مفهوم الذات هو تقييم الفرد لنفسه ككل من حيث مظهره وخليقته وأصوله وكذلك قدراته ووسائله وإتجاهاته وشعوره حتى يبلغ كل ذلك ذروته حيث تصبح قوة موجهة لسلوكه.

الدراسات الأجنبية :

* دراسة "Vitri" (2011) و" Patel" (2002) أكدت على أهمية الدعم الإجتماعي والفريق الطبي للمريض حيث خلص" Vitri" إلى أن هناك مشكل بين المريض والفريق المعالج وهذا يعتبر عامل خارجي يؤثر في تقدير الذات, وكذلك أشار دراسة "Patel" إلى دور المعتقدات الدينية التي تقوم بدور آليات توافق للمريض الذي يعاني من الفشل الكلوي لكن لم تقدم تفسيرا لنوع المعلومات والحلول.

* صرحت كل من دراسات " Aleksander" (1956) "Salt" (1980) أن مرض القصور الكلوي المزمن لا يقتصر فقط على فئة معينة من الناس بل يشملها جميعها على إختلاف أعمارها

وجنسها ومستواها سواء الثقافي أو الإقتصادي أو غير ذلك, فالشخص المصاب بهذا المرض الخطير يعيش إحباطات مختلفة تؤثر على حالته النفسية وتسبب له إضطرابات عديدة كالقلق الحزن والإكتئاب, وأن كل مرض عضوي مزمن له إنعكاسات نفسية هامة ومختلفة قد تغير مجرى حياة الشخص المصاب بداء خطير يصعب علاجه, إذ لا يمكن أن نشك في الإرتباط الوثيق بين الصحة الجسمية والنفسية, فالحالة النفسية المضطربة تجعل المريض غير مطمئن يخاف دائما و يشعر بإنهيار الثقة بالنفس والتي تعتبر بدورها إحدى ركائز تقدير الذات.

* تشير دراسة "wangel et al" (2012) إلى أن الأثار النفسية السائدة عند مرضى الفشل الكلوي المزمن هي الإكتئاب والقلق وإنخفاض في مستوى تقدير الذات, وهذا ما يؤدي إلى تغيرات في التفاعلات والأدوار الأسرية للمرضى وعدم قدرتهم على العمل مصحوبين بمشاعر فقدان السيطرة والخوف من الموت.

8. تعقيب على الدراسات السابقة :

إستعرضت الطالبة مجموعة من الدراسات السابقة, فمن حيث الموضوع تناولت عدة متغيرات منها الخاصة بالمشكلات النفسية والصحية التي تؤثر بصورة مباشرة على التدهور السريع للحالة الصحية لمرضى الفشل الكلوي وتعوق تحسن حالته كما جاء في دراسة "Wangel et al" "Danker et al" أما من حيث العينة إختلفت الدراسات بين العينة الصغيرة الحجم والمتوسطة وكذلك من حيث الإختلاف في العمر الزمني كما جاء في دراسة "سامية حجازي إدريس" كانت العينة متوسطة أما دراسة "Mira Ohana" إعتمدت على العينة الصغيرة, كذلك من ناحية المنهج فإختلفت بين المنهج الوصفي تمثل في دراسة "عوض الله وأخرون" والمنهج العيادي (دراسة حالة) تمثل في دراسة " Mira Ohana ". فهذه الدراسة التي نحن بصدد إجرائها (الإكتئاب وتقدير الذات لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن) ما هي إلا إمتداد إلى الدراسات السابقة لتسليط الضوء على جوانب أخرى حول هذا الموضوع, هو درجة الإكتئاب ومستوى تقدير الذات عند مريض القصور الكلوي المزمن من خلال تطبيق مقياس **الإكتئاب "Beck"** و مقياس **تقدير الذات "Cooper Smith"**.

الجانب النظري

الفصـل الثانـي:

الإكتئاب

تمهيـد.

1. تعريف الإكتئاب.
2. أسباب الإكتئاب.
3. أعراض الإكتئاب.
4. شخصية المكتئب.
5. معايير التصنيف والتشخيص للإكتئاب حسب Dsm5.
6. مقاييس الإكتئاب.
7. النظريات المفسرة للإكتئاب.
8. علاج الإكتئاب.

خـلاصــة.

تمهيد :

يعد الإكتئاب من الأمراض العصبية الأكثر إنتشارا في عصرنا, و هذا راجع لكثرة الأزمات الإقتصادية و لكثرة المشاكل اليومية مما ينتج عنها ضغط شديد, حيث كل واحد منا عرضة للإصابة بهذا النوع من الأمراض إذا سمحت الظروف و كان للشخص الإستعداد لذلك. فالإكتئاب قد يرجع (لصدمة نفسية مرض, مشاكل مهنية موت أحد الأقارب إضطرابات العلاقة العائلية, صراعات بطالة) و هذه الأخيرة تؤدي إلى تدهور نفسي و غيره من المشاكل الإجتماعية,كما تؤثر مباشرة بالسلب على الجانب العضوي للشخص, و يزداد حدة و قوة إذا ما كان الشخص مصابا بمرض عضوي خطير لا سيما إذا تعلق الأمر بالقصور الكلوي المزمن.

1. تعريف الإكتئاب :

* **تعرف الموسوعة العربية العالمية (1997)** : الإكتئاب على أنه حالة يشعر فيها الإنسان بالحزن العميق وفقدان الأمل وبعدم الأهمية في الحياة.

* **يعرف إميري (Emerry)** : الإكتئاب على أنه خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الإهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء المرء لنفسه والتردد في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية وإحتقار الذات وبطء الإستجابة وعدم القدرة على بذل أي جهد.

* **يعرف بيك (Beck ,1979)** : الإكتئاب بأنه إضطراب في التفكير أكثر من كونه إضطراب في الوجدان, حيث يرجع الإكتئاب إلي التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكون إتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل وينتج من جراء ذلك التشويه ظهور مجموعة من الأعراض الإكتئابية السالبة وهي ليست أعراض وجدانية فقط وإنما أيضا معرفية ودافعية وفيزيائية.

(محمد سليمان, سناء, 2008, ص131).

* **عرفت جمعية الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatrique Association) في تصنيفها الرابع (DSM IV)** : الإكتئاب بأنه إضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغييرا في الأداء الوظيفي وهي : المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين, والنقص الواضح في الإهتمام والمتعة بأي شيء, ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل ريجيم أو زيادة الوزن, وقلة أو عدم النوم, هياج نفس حركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي, الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على

العمل والشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد, النقص في القدرة على التفكير والتركيز أو إتخاذ القرارات, أفكار متكررة عن الموت أو أفكار إنتحارية متكررة بدون خطة أو محاولة إنتحارية حقيقية, وتتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به.

2. أسباب الإكتئاب : هناك إختلاف في تفسير أسباب الإكتئاب تبعا للخلفيات النظرية للمنظرين والباحثين, وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الإكتئاب بصفة عامة بالإعتماد على النظريات السابقة ونتائج الأبحاث العلمية :

1.2. الأسباب البيولوجية : أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيروتونين) هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالإكتئاب النفسي.
(عكاشة, أحمد, 2008, ص409-413).

2.2. الأسباب الوراثية :

- **الجينات الوراثية** : كشفت الدراسات الأسرية, ودراسات التوائم التي أجراها كلا من "Halgin" "whitboum" (1993) وجود عامل جيني له دور هام في نقل الإضطرابات الوجدانية, وإستنتج من ذلك أهمية الأصول الجينية في حدوث الإضطرابات الوجدانية و إفترض أنه جين أحادي سائد أو أنه متعدد الأساس الجيني, كما إفترض أنه يرتبط بالجين الأنثوي, وذلك لشيوع هذه الإضطرابات أكثر بين النساء.

3.2. الأسباب البيوكيميائية :

- **الأمينات الحيوية** : لوحظ وجود علاقة سببية بين الأمينات الحيوية في الدماغ وبين الإضطرابات الوجدانية وذلك من خلال ما يلي :

- نقص الأمنيات الحيوية ينتج عنه مرض الإكتئاب.
- نقص السيروتنين يسبب الإكتئاب.

3.2. الأسباب الإجتماعية : التفكك الأسري والإنفصال المبكر للوالدين والخلافات الأسرية الشديدة وإضطراب المناخ الأسري, كذلك فقدان التدعيم الإيجابي الإجتماعي أي غياب مساعدة الفرد على التخلي عن الأفكار السلبية المتشائمة. (أبوزيد, محمد عبد الحميد, 2001, ص85).

4.2. الأسباب النفسية : عادة ما يكون الإكتئاب إستجابة للعديد من المشاكل التي تصادف الفرد في حياته اليومية, فإما أن يخلص منها أو يتجاوزها أو عدم قدرته وفشله في تحقيق ذلك, وهذا يؤدي إلى ظهور المشاكل النفسية المسببة للإكتئاب ونجد منها :

- الصراعات الأسرية المتكررة والشديدة قد تؤدي إلى مشاعر الإكتئاب لدى الأشخاص وتقليل الإيجابيات.

- الوحدة والعبوسة أكثر الناس تعرضا للإكتئاب هم أصحاب الشخصيات الجامدة المتزنة التي تتطلب الكمال, وهم أصحاب الضمير المتشدد والميول الإجتماعية الضيقة والذين في وحدة ولايجدون من يرعاهم ويهتم بهم.

- وجود بعض طرق التفكير الخاطئة والتي تؤدي إلى الإحباط المتكرر مثل تضخيم الأخطاء وتقليل الإيجابيات. (القاسم, جمال مثقال, 2000, ص158-159).

3. أعراض الإكتئاب : نجد أن للإكتئاب النفسي أعراضا واضحة تمس عدة جوانب في الشخص ومن أهمها الجانب الإنفعالي والمعرفي والجانب الحسي الحركي والجسمي وهي كالتالي :

1.3. الجانب الإنفعالي :

- الحزن والبكاء.
- البؤس والأسى وهبوط الروح المعنوية.
- إنحراف المزاج وتقلبه والإنطفاء النرجسي على الذات.
- عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص والقلق والتوتر.
- الشعور بخيبة الأمل. (محمد سليمان, سناء, 2008, ص131).

2.3. الجانب المعرفي :

- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.
- فقدان الإستبصار.
- ضآلة في الحكم على الأمور.
- وجود قدر كبير من الأفكار الإنتحارية.

- إضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر اليأس, ومشاعر دونية والشعور بالذنب وكذلك وجود فقر وضحالة في محتوى التفكير.
- تشتت الإنتباه وصعوبة التركيز. (غانم, محمد حسن, 2006, ص108- 109).

3.3. الجانب الحسي الحركي :

- إضطراب الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته .
- إضطراب النوم حيث يجد صعوبة في الدخول إلى النوم مع أرق أو زيادة النوم إلى حد الإفراط مع إنحصار الطاقة الجنسية. (إبراهيم, عبد الستار, 1999, ص89).

4.3. الجانب الجسمي :

- ضعف عام والشعور بالدوار والغثيان والقيء.
- تأخر موعد الطمث.
- إضطرابات هضمية.
- إضطرابات معدل ضغط الدم .
- تنميل الأطراف وجفاف الفم.
- إنتشار الألم في الرقبة والأطراف والمفاصل.
- ضيق التنفس وقلة الحيوية. (مدحت, عبد الحميد, 2001, ص43).

4. شخصية المكتئب : تتسم شخصية المكتئب قبل إصابته بالمرض بالسمات الآتية : الإنطواء والهدوء والجدية والخجل وقلة الأصدقاء وضيق الإهتمامات ونمطية العادات والجمود والمحافظة وتحاشي اللذات وقلة التحمل والحساسية والتردد والحذر والجبن والسرية, والعناد والخضوع والإعتماد على الآخرين والتواضع الشديد وخفض قيمة الذات ولوم الذات, وكبت الدوافع و الشعور بالخيبة وعدم الأمن وعدم التوافق الجنسي وسيطرة الأنا الأعلى على الشخصية والميل إلى تصنع الحياة والحشمة والضمير الحي والتضحية من أجل الآخرين.(حامد عبد السلام, زهران, 1988, ص55), و يشير "Argayl" على أن شخصية المكتئب قبل المرض بأنها "شخصية صعبة التعامل مع الآخرين متشائمة ومترددة ومتصلبة الرأي عندها سوء فهم لأحداث الحياة " وبما أن للإكتئاب أنواعا مختلفة فإن طبيعة شخصية كل نوع تختلف حسب نوع الإكتئاب. (أرجايل, ميشيل, 1982, ص55), ولذلك نجد

"Dorooth" يذكر بعض هذه السمات التي تختلف عما سبق ذكرها, حيث يقول أنها شخصية منفتحة وناجحة, بينما البعض منهم تكون شخصيته مبالغة في الدقة في أعمالها, وفريق ثالث يصف المكتئب بأنه مهموم منشغل البال وقلق ونسبة كبيرة يزاوجون بين التفاؤل والمرح من ناحية والتثبيط والإجهاد من ناحية أخرى. (دوروث, روبرت, 1981, ص239).

5.معايير التصنيف والتشخيص للإكتئاب حسب "DSM5" :

- إضطراب المزاج المتقلب المشوش.
- الإضطراب الإكتئابي الجسيم.
- إضطراب إكتئابي مستمر (سوء المزاج).
- إضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث.
- الإضطراب الإكتئابي المحدث بمادة/ دواء.
- إضطراب إكتئابي بسبب حالة طبية أخرى.
- إضطراب إكتئابي محدد آخر.
- إضطراب إكتئابي غير محدد. (الحمادي, أنور, 2014, ص75- 90).

6. مقاييس الإكتئاب :

* **مقاييس تقدير الملاحظين** : وتتضمن مقاييس "Hamilton" لتقدير الإكتئاب, وقائمة "Rosh" للأعراض الإكتئابية, وقائمة "Aron Beck".

* **مقياس هاميلتون لتقدير الإكتئاب** (Hamilton Rating Scale, HRS) : يتكون المقياس من (21) بندا أو سؤالا ويستخدم مقياس"Hamilton" لقياس شدة الإكتئاب للمرض الذين هم بالفعل قد شخصوا بأنهم مكتئبين.

* **قائمة الأعراض الإكتئابية (Inventory of depressive symptomatology)** : وهي من إعداد "Roch" ويمكن إستخدام هذه الأداة عن طريق الإختصاصي الإكلينيكي بإعتبارها نتيجة للمقابلة الإكلينيكية والملاحظات أو بإعتبارها مقياسا للتقرير الذاتي يجيب عنه المريض وتتكون قائمة الأعراض الإكتئابية من (28) بندا. (أبو خليل, جهدة كامل, 2001, ص78).

* **قائمة بيك للإكتئاب (Beck Depression Inventory, BDI)** : توجد صورتان لهذا المقياس الذي أعده" Aron Beck" وأصبح ذا شهرة كبيرة, وإستخدم في تقدير الإكتئاب و هما : الصورة الأصلية وتتكون من (21) بند نشر عام 1961 وخضع لتعديلات متلاحقة, والصورة المختصرة BDI-II تتكون من (13) بندا كطريقة سريعة للتعرف على المرضى المكتئبين. وتتوفر لها معايير عربية وثمة محاولات أخرى قام بها بعض الباحثين العرب مثل (غريب عبد الفتاح في مصر والإمارات, وبدر الأنصاري في الكويت).

* **مقياس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب (Zung self-rating Depression Scale)** : يتكون هذا المقياس الذي أعده "Zondj" من عشرين بندا, وفقا لأربعة مستويات وهي : "قليل من الوقت- بعض الوقت- كثير من الوقت- معظم الوقت" وتحسب درجاتها (1,2,3,4) على أن تشير الدرجات الأعلى إلى وجود إكتئاب شديد, وتنقسم البنود إلى عشر عبارات موجبة مثال ذلك: حياتي رائعة, وعشر عبارات سلبية تعبر عن الأعراض الإكتئابية مثل: تنتابني نوبات بكاء,أشعر بالتعب من أقل مجهود, ويقدم "Zondj" دلائل عن أن المقياس يميز بين المرضى المكتئبين والمرضى النفسيين في فئات أخرى من الإضطرابات والأشخاص العاديين ومن يحصل على (50-69) يصنف على أنه مكتئب, أما من يبلغ (80) فأكثر لديه إكتئاب عالي الدرجة.

7. النظريات المفسرة للإكتئاب : نظرا لأهمية موضوع الإكتئاب فقد حاولت العديد من النظريات العلمية تفسيره وذلك حسب المبادئ و الأسس التي تقوم عليها النظرية :

1.7. نظرية التحليل النفسي في تفسير الإكتئاب : تمثل أعمال "Freud" وتلميذه "Abraham" أول تفسير سيكوديناميي للإكتئاب, فيه يعزو الإكتئاب إلى كبت الغرائز وما ينجم عن ذلك من "عدوان متحول إلى الداخل". وإعتمادا على تفسيرات "Abraham" وسع "Freud" من تفسيراته للإكتئاب في دراسته عن " الحزن والسوداوية" التي نشرت في عام (1917) ثم في " الطبعة المقننة للأعمال الكاملة لفرويد " في عام (1955), وقد صور الإكتئاب بتحول الإنفعالات السالبة إلى داخل الفرد, وإعتبر بذلك الإكتئاب عدوانا على الذات.

ويمثل الإكتئاب عند الفرويديين تثبيتا عند المرحلة الفمية لهذا كان من أعراض هذا المرض الإمتناع عن الأكل أو الشراهة, ومن هنا يأتي إتهام الذات الذي يوجه به المريض للإكتئاب.
(جلال, سعد, 1985, ص232).

وقد ربط "Freud" بين الحزن والإكتئاب وقال أن كلتا الحالتين تتناولا فقدا ما ففي الإكتئاب يكون هذا الفقد أقل وضوحا, حيث يكون مفهوما مجردا مثل فقد قيمة أو فقد نموذج أو فكرة عالقة بالذهن. كما أكد أيضا على أهمية اللاشعور وميكانيزمات الدفاع التي تقوم بمنع الأفكار المؤلمة أو غير المقبولة من الدخول في الشعور, وهنا لا يكون الشخص واعيا بهذا الفقد ولكنه على وعي بشعور اليأس والإحباط, أما الفرق الكبير بين الحزن والإكتئاب يكمن في أن الإكتئاب يتضمن إنخفاضا في تقدير الذات ويمكن أن يستدل عليه من خلال مهاجمة الفرد لذاته أما في الحزن فإنه العالم الذي أصبح فيه فقيرا وفارغا لذاته.

ويصف "مخيمر" فقدان الموضوع في الإكتئاب "بالصدمة " ويشبه الشخصية بالكوبري الذي يتحمل قدر معينا من الحمولة – ففي الإكتئاب – إذا ما كان فقدان الموضوع خارجيا فيكون الحزن هو رد الفعل الطبيعي للفقدان وفي الحالات التي تكتمل فيها الشروط المسببة للمرض فيكون النكوص في هذه الحالة محاولة ترميمية لإصلاح تعديل الموضوعات داخل الذات في الإكتئاب البسيط.

(عسكر, عبد الله, 1988, ص71).

2.7. النظرية السلوكية في تفسير الإكتئاب : تعتمد المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم في تفسير السلوك على مفهوم التدعيم (التعزيز) وخاصة خفض التعزيز الإيجابي.

الشعور بالبؤس وعدم الإرتياح وإنتقاض قيمة الذات, والشعور بالذنب والإحساس الفعلي بالإرهاق والإنعزال الإجتماعي والشكاوي البدنية وإنخفاض معدل السلوك.

(عسكر, عبد الله, 1988, ص47).

يمكن تلخيص ما تقدم النظريات السلوكية في نموذجين أساسيين في تفسير الإكتئاب : يذهب النموذج الأول إلى أن الإكتئاب ينشأ عن مستويات منخفضة للإثابة أو مستويات مرتفعة للإعقاب أو كليهما.

أما النموذج الثاني فيفسر الإكتئاب على أنه أنماط سلوكية متعلمة وتظل هذه الأنماط قائمة لأنها تؤدي إلى إثابة للفرد مثل التعاطف والدعم من الآخرين, أما الإثابة غير الكافية والعقاب الزائد : تفترض بعض النظريات السلوكية أن تلقي الفرد لمستويات منخفضة من الإثابة أو العقاب أو لمستويات مرتفعة أو لكلا هذين المستويين سوف يؤدي إلى الإكتئاب.

(دافيدوف, ليندا, 2000, ص37).

الإكتئاب بإعتباره سلوكا إجرائيا متعلما (العجز المتعلم) : تطورت نظرية العجز المتعلم نتيجة لمجموعة من التجارب المعملية التي أجريت على الكلاب في مجموعتين, مجموعة منهم كانت تعطى لهم صدمات كهربائية وقورنت – هذه المجموعة- بأخرى كانت قد أتيحت لها الفرصة لتتعلم كيف تتجنب الصدمات الكهربائية, أظهرت الكلاب في المجموعة الأولى عجزا شديدا في مهارات التعلم اللاحقة وقد أظهرت الكلاب في مجموعة الصدمات سلوكيات لا تختلف كثيرا عن الإكتئاب فقد كانوا كسالى ولا يقومون بأي محاولة للتعلم. ويتمثل السبب الرئيسي في وجود هذه الحالة من العجز في عدم القدرة على ضبط المثير وبصورة أخرى فلم يوجد إشتراط بين إستجابة الحيوان والمخرجات التي يحققها الحيوان فمهما حاولوا تجنب الصدمات فإنهم ظلوا يتلقون المزيد منها, هذه الحالة من العجز يعتقد أنها مشابهة للإكتئاب وقد أثبتت العديد من الأبحاث صدق تلك النتيجة على الإنسان أيضا ولكن مع إختلاف مهام التعلم التي تتناول بعض أشكال حل المشكلات والتآويل المحتملة و بالطبع ليس بإستخدام الصدمات الكهربائية.

وجدير بالذكر هنا أن تذكر إسهامات "Paflouf" في تفسير الإكتئاب, حيث أثبتت تجاربه ودراساته العلمية أن أعراض الإكتئاب المتمثلة في إتساع حدقة العين وسرعة النبض والإمساك وفقدان الوزن وتوقف الحيض عند النساء أثناء نوبات المرض, جميع هذه الأعراض ترجع لتأثير الجهاز السمبتاوي و يصاحب المرض إرتفاع في ضغط الدم ويعتبر ذلك حالة وظيفية للجهاز السمبتاوي وأثبتت نتائج الأبحاث أيضا إلى أن وجود بؤرة للإستثارة في طبقات ما تحت القشرة (الهيبوثالاماس) تؤدي إلى حدة كل الأفعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات ما تحت القشرة, وقد أدت بحوثه إلى إثبات زيادة حساسية المرضى بالهوس والإكتئاب للمنبهات الكهربائية والحرارة والبرودة إذ يشعر المرضى بإحساسات غير سارة من الجسم ولا يمكنهم التحكم إراديا وغير أكفاء ولا يستطيعون الإعتماد على أنفسهم, الأمر الذي قد يؤدي إلى المزيد من إرتفاع إكتئابهم.

(الطويل, عزت عبد العظيم, 1999, ص65).

3.7. النظرية المعرفية في تفسير الإكتئاب : يخالف "Beck" الرأي الذي ينظر إلى الإكتئاب بأنه إضطراب عاطفي ولم يأخذ في الإعتبار الجوانب المعرفية للإكتئاب كتقدير الذات المنخفض والإحساس باليأس والعجز والميول إلى الإنتحار وصفه بأنه نظرة غير كاملة, بينما يري "Beck" أن الإكتئاب ناتج من إدراكات وهي تؤدي إلى معرفة الإنفعال عند الأفراد العاديين والإكتئابيين

أيضا, وتكون الإدراكات المعرفية عند الأفراد المكتئبين مسيطرة عليها العمليات المفرطة في الحساسية وهذه الإدراكات هي التي تحدد طريقة الإستجابة. (بشرى, صمويل تامر, 2007, ص25- 26).

وتتلخص الفكرة الأساسية لدى أصحاب النظرة المعرفية في أن نظرة الشخص المكتئب التشاؤمية فيها تشويه لواقعه, وعليه يفترض أن لدى المكتئب تنظيم معرفي يعمل على تثبيت تفكيره التشاؤمي السلبي وتأكيده والنظرية المعرفية أيضا تفترض أن ذلك التنظيم المعرفي يتكون ويتطور نتيجة لخبرات الشخص. (عباس, سوسن و سيد شبر, حبيب و عبد الخالق, أحمد, 2005, ص206-207).

4.7. النظرية النفسية الإجتماعية : يرى "Piker" (1962) أن إنخفاض مستوى تقدير الذات لدى شخص ما يصبح سلبيا ويجد صعوبة في كل ما يسلك, وعلى ذلك فإن الإحساس بالقيمة الذاتية يعد عنصرا مهما وقويا بل ودفاعا ضد الإكتئاب, والعنصر الثاني في تجنب الإكتئاب يتكون من المدى العريض من الأفعال الممكنة التي تتفاعل مع المواقف الصعبة مثل فقدان الموضوع أو فقدان نشاط معتاد. (أبو زيد, محمد عبد الحميد, 2001, ص86).

5.7. **النظرية السيكوبيولوجية في تفسير الإكتئاب** : أسسها "Mayer Adolf" (1950/1866) الذي يعتقد بأن هناك عوامل متعددة تؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية هي الوراثة وحياة الجنين والطفولة, والأمراض العضوية وظروف التربية وضغوط الحياة ومؤثرات البيئة وفشل الإنسان في مواجهة الواقع, وعدم قدرته على تشكيل آماله وفقا لحالته وعدم قدرته على تقبل طبيعته والعالم كما هو مما يجعله عرضة للإضطرابات العصابية. (عكاشة, أحمد, 1992, ص28), ويرى أصحاب هذا الإتجاه أن قشرة المخ مسؤولة عن الوظائف المعرفية وداخل المخ مسؤول عن الوظائف الوجدانية الإنفعالية, ولا يستطيع المخ أن يفكر تفكيرا سليما أو أن يتجه إلى وجدانات متزنة إلا إذ كان هناك ما يسمى بالإتزان الغددي, وتتحول القوة الداخلية في المخ إلى صور متعددة هي : الطاقة الجسمية,والوجدانية, والعقلية.

6.7. النظرية الفيزيولوجية و البيوكميائية في تفسير الإكتئاب : بدأ إستخدام العقاقير في علاج الإكتئاب عند إكتشاف عقار مضاد للدرن, وقد لوحظ أن تأثيره في إزالة الكآبة يتناسب طرديا مع حجم الجرعة المستخدمة مما أدى إلى الإعتقاد بوجود إرتباط بين التغيرات الكيميائية والتغيرات الإنفعالية, ويرى "Zyour" : بأن هناك أدلة على هذا الإرتباط, حيث إتضح أن إفراز الأمينات يزداد

تحت ظروف الإثارة وأن العوامل النفسية والبيئية تتحكم في إفراز النورأدرينالين والأردرينالين. ويرى أصحاب هذا الإتجاه : بأن الجهاز النفسي بما فيه من بيولوجيا وسوسيولوجيا يحمل مظاهر الإكتئاب والهوس وكليهما ضروريا للحياة البشرية, وقد إستطاع علماء العصر الحديث ضبط الميكانيزمات البيوكيميائية وتنظيمها في الجسم عن طريق إكتشاف الأدوية النفسية.

(عسكر, عبد الله, 1988, ص22-29).

ويشير أنصار الإتجاه الفيزيولوجي إلى أنه يوجد نمطين رئيسيين للنظرية الفيزيولوجية للإكتئاب بحيث يقوم النمط الأول على أساس إضطرابات الأيض الخاص بالمرضى المكتئبين حيث يعتبر كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء القدرة الكامنة على التحكم في إستشارة الجهاز العصبي, ومن المعروف أنه في الحالة العادية للجسم يوجد الصوديوم أكثر خارج النيرون وأقل داخله ويكون البوتاسيوم أكثر داخله وأقل خارجه ولكن عند مرضى المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطربا, أما النمط الثاني فيعتبر أن الإكتئاب عبارة عن قصور مورث في عنصرين رئيسين في كيمياء الدماغ. (فايد, حسين علي, 2001, ص77), فالإكتئاب ينتج عن نقص في العناصر الكيميائية في المخ (النواقل العصبية) وخاصة في توزيع العناصر الأمينية التي يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي فهي عبارة عن موصلات عصبية توصل الرسائل القائمة والعائدة من الأعصاب المختلفة والتي تتمثل في الدوبامين السيرتونين التي لها دور في المحافظة على التوازن المزاجي و تنظيم الإنفعالات والإكتئاب يعتبر إحدى الإستجابات الممكنة إذا نقص وجود هذه العناصر أو أحدها.

(إبراهيم, عبد الستار, 1998, ص104).

8. علاج الإكتئاب : هناك عدة تقنيات لعلاج الإكتئاب نذكر منها :

1.8. العلاج النفسي التحليلي : علاج الإكتئاب من منظور التحليل النفسي يتم عن طريق البحث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالإكتئاب وإزالتها, فيسعى إلى محاولة تخفيف حدة التثبيت على المرحلة الفمية ومحاولة حل الصراع الأوديبي وتقوية دفاعات الأنا وتخفيف قسوة الأنا العليا الباعثة على الذنب مع إعادة التنظيم الإنفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعيا لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات, وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج. (عسكر, عبد الله, 1998, ص177).

2.8. العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي : وهي على عكس التحليل النفسي تتميز بالمرونة وقصر مدة العلاج, حيث يجلس المفحوص وجها لوجه مع الفاحص ويساعده على الفهم الشعوري لجميع ميكانزماته اللاشعورية التي تجعله مكتئبا.

3.8. العلاج البيئي : نعني به إنتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان إستشفائي, من وسائل هذا العلاج الترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأجيله حتى يندرج في بعض العلاقات التي تهتم إلى عودته للحياة الإجتماعية مرة أخرى. (لطفي, الشربيني, 2001,ص249),كما يكون العلاج البيئي من علاج بالعمل والعلاج الترفيهي لإشاعة جو التفاؤل في روح المريض والرقابة في محاولة الإنتحار. (الحجار, محمد حمدي, 2001, ص92).

4.8. العلاج السلوكي : يقوم على مبدأ السلوك الإنساني ينشأ من التعلم ولذا يمكن تغييره من خلال تعليمه سلوكا أخر جديد, ويعمل العلاج السلوكي على إزالة هذا السلوك المرضي مثل الإكتئاب ومن العناصر المهمة في المعالجة السلوكية أنها تتطلب من المريض المشاركة الفعالة والتعاون الإيجابي من خلال القيام بالتدريبات المطلوبة, والعلاج السلوكي له أنواع متعددة مثل المكافأة.

5.8. العلاج المعرفي : يقوم هذا العلاج على فرصة قوامها أن سلوك الإنسان ومشاعره وعواطفه تتحدد من خلال نظرته وأفكاره عن الأحداث التي يتعرض لها ولذلك يعتمد هذا النوع من العلاج النفسي على تغيير أسلوب التفكير ونظرته للأمور, وبذلك تتغير مشاعره وعواطفه وسلوكه تبعا لتغير أفكاره. (العيسوي, عبد الرحمان, 2011, ص50).

6.8. العلاجات الكيميائية : و تتمثل في العقاقير النفسية و هي من أكثر التقنيات نجاعة, إذ أنها تؤثر بطريقة مباشرة على الجهاز العصبي المركزي وهي تصنف إلى :

– مضادات الإكتئاب (les antidépresseurs) : **تتضمن** :

– المضادات الإكتئابية ثلاثية الحلقة

– المضادات الإكتئابية لكافة الحمض الأميني المؤكسد.

– المهدئات (les tranquillisants anxiolytiques) .

– المنومات (les hypnotiques).

– المهدئات العصبية (les neuroleptiques).

– العلاج بالصدمات الكهربائية (la thérapie électrochoc).

7.8. العـلاج الجديـد : ويـذكر المـيلادي أنـه تم تقـديم (عقـار جديـد آمـن) يطلـق عليـه إسـم "Parokcine" وهو مسجل بهيئة الغذاء والدواء الأمريكية وهو مفيد بصورة كبيرة في علاج الإكتئاب وحالات القلق النفسي المختلفة. (الميلادي, عبد المنعم, 2004, ص57).

خلاصة :

من خلال ما إستعرضناه في هذا الفصل حول الإكتئاب نلمس مدى خطورته وقد يكون أخطر إذا تزامن مع أحد الأمراض الجسمية للإنسان, فمثلا في حالة الإصابة بالقصور الكلوي المزمن و ذلك في الزيادة من حدته و تزامنه بشعور المريض بالعجز و النقص و التشاؤم الدائم و إنصباب تفكيره كله حول المرض و سيطرة فكرة الموت عليه.

الفصـل الثالـث:

تقدير الذات

تمهيـد.

1. **تعريف مفهوم الذات.**
2. **تعريف تقدير الذات.**
3. **الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات.**
4. **أبعاد تقدير الذات.**
5. **العوامل المؤثرة في تقدير الذات.**
6. **مستويات تقدير الذات.**
7. **أقسام قدير الذات.**
8. **النظريات المفسرة لتقدير الذات.**

خـلاصــة.

تمهيد :

تعد دراسة مفهوم الذات وتقديرها من الموضوعات المهمة التي تتصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية والتي لها تأثير مباشر على نفسية الفرد, مما قد يؤدي إلى حدوث خلل في إحدى الأجهزة المهمة في شخصيته وهو تقدير الذات لما له أهمية وتأثير عميق على جميع جوانب حياتنا, فهو يؤثر على مستوى أدائنا في العمل وعلى مستوى الصحة النفسية وكل فرد ينظر لنفسه بطريقة معينة فالبعض يقدرون أنفسهم تقديرا إيجابيا والبعض الأخر يقدرون أنفسهم تقديرا سلبيا, وبالتالي ينعكس على سلوكهم مع أنفسهم ومع غيرهم وخاصة عند الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة. و في هذا الفصل سوف نتطرق إلى كل ما يتعلق بتقدير الذات من مفاهيم وأبعاد ومستويات بالإضافة إلى عرض مختلف النظريات التي حاولت تفسير هذا المفهوم و إلى أهم العوامل التي يتأثر بها في مسار نموه.

1. تعريف مفهوم الذات : قد وردت عدة تعاريف لمفهوم الذات نذكر منها :

* **تعريف أدلر (Adler)** : يعتبره تنظيما يحدد للفرد شخصيته وفرديته, وهذا التنظيم يفسر خبرات الكائن العضوي ويعطيها معناها وتسعى الذات في سبيل الخبرات التي تكفل للفرد أسلوبه المتميز في الحياة وإن لم توجد تلك الخبرات فإنها تعمل على خلقها.

* **تعريف كارل روجرز (Karl Rogers)** : الذات هي فكرة الفرد عما هو في علاقة بيئية وهذا المفهوم هو الذي يحدد سلوكه وتعد هذه الذات الظاهرة بالنسبة للفرد نفسه حقيقية, وكذا فإنه يرى أن الذات معقدة ومتغيرة, إذ يمكن لها أن تتغير نتيجة للتعلم والنضج وهي تحدد كيف يستجيب الفرد للمواقف المختلفة وكيف يتعامل معها. (دويدار, عبد الفتاح, 1992, ص32).

2. تعريف تقدير الذات : لقد تعددت وكثرت تعاريف تقدير الذات من جانب الباحثين بالدراسات النفسية ولا سيما المهتمين بمجال الشخصية وذلك بإعتباره من المواضيع الهامة والأكثر تناولا في مجال علم النفس, وبالتالي يمكن أن نشير لمجموعة من التعريفات على النحو التالي :

* **تعريف روزنبرج** (Rosenberg) : إن تقدير الذات هو التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة بالنسبة لذاته, وهو يعبر عن إتجاه الإستحسان أو الرفض ويوضح أن تقدير الذات العالي يدل على

أن الفرد ذو كفاءة أو ذو قيمة ويحترم ذاته, أما تقدير الذات المتحقق فيشير إلى رفض الذات وعدم الإقتناع بها. (قطامي, يوسف محمود, 2009, ص81).

* **تعريف باتان وآخرون (pattan et al)** : يشير إلى أن تقدير الذات يعكس إحساس الفرد بقيمته أو إحترام الذات وإلى أي مدى الفرد يعجب ويستحسن ويحب نفسه؟ ويعتبر تقدير الذات مكون تقييمي لمفهوم الذات وهو يستخدم لكي ينسب إلى الإحساس الشامل لإحترام الذات, وهناك مفاهيم مثل : تقدير المظهر الخارجي أو تقدير الجسم تستخدم لكي تدل على تقدير الذات.

* **تعريف مانوس وآخرون (Manos et al)** : تقدير الذات هو إتجاه موجب أو سالب نحو ذات الشخص, ويستند إلي تقييم خصائصه ويتضمن مشاعر الرضا أو عدم الرضا عن ذاته.

.(Manos et al, 2005, p10)

3.الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات :

مفهوم الذات عبارة عن معلومات عن صفات الذات, بينما تقدير الذات تقييم لهذه الصفات. فمفهوم الذات يتضمن فهما موضوعيا أو معرفيا للذات, بينما تقدير الذات فهم إنفعالي للذات يعكس الثقة بالنفس, وفي الأبحاث التي قام بها "fox" (1990) ميز بين الإصطلاح الوصفي "مفهوم الذات" والإصطلاح الوجداني العاطفي" تقدير الذات" ففي تعليقه يقول : إن مفهوم الذات يشير إلى وصف الذات من خلال إستخدام سلسلة من الجمل الإخبارية مثل" أنا طالب – أنا إنسان – أنا رجل" وذلك لتكوين وصياغة صورة شخصية متعددة الجوانب.

أما تقدير الذات فيهتم بالعنصر التقييمي لمفهوم الذات حيث إن الأفراد يقومون بصياغة وإصدار الأحكام الخاصة بقيمتهم الشخصية كما يرونها وببساطة فإن مفهوم الذات يسمح للفرد بأن يصف نفسه في إطار تجربة مثيرة, أما تقدير الذات فيهتم بالقيمة الوجدانية التي يربطها الفرد بأدائه خلال هذه التجربة. (عبد الحافظ, ليلى عبد الحميد, 1982, ص6).

يرى "Chafislon" وزملاؤه أن مفهوم الذات يعرف بشكل عام بوصفه (إدراكات الفرد عن نفسه وهذه الإدراكات تتشكل من خلال خبرة الفرد وتفسيراته للبيئة التي يعيش فيها والتقييمات من جانب الآخرين المهمين في حياته). (صباح, جعفر, 2010, ص70).

4. أبعاد تقدير الذات :

1.4. البعد المعرفي : إن الفرد يفكر بشكل واع في ذاته, حيث أنه يضع في إعتباره التباين بين الذات المثالية والشخص الذي يرغب أن يكونه أو الذات المدركة أو التقدير الواقعي لكيفية رؤية الفرد لذاته.

2.4. البعد الوجداني : ويشير إلى الأحاسيس أو الإنفعالات التي يشعر بها الفرد أثناء تفكيره في مثل هذا التباين.

3.4. البعد السلوكي : يظهر الجانب السلوكي لتقدير الذات في سلوكات الفرد كالمرونة في إتخاذ القرارات. (صباح, جعفر, 2010, ص74).

5. العوامل المؤثرة في تقدير الذات :

1.5. عوامل ذاتية : و التي تشمل كل من :

* **صورة الجسم** : و تتمثل في التطور الفسيولوجي مثل حجم الجسم سرعة الحركة و يختلف هذا حسب نوع الجنس إذ يتبين أنه بالنسبة للرجال يعود رضا الذات إلى البناء الجسماني الكبير و إلى قوة العضلات, أما عند المرأة فكلما كان الجسم أصغر إلى حد ما من المعتاد فهذا يؤدي إلى الرضا و الراحة. (دويدار, عبد الفتاح, 1996, ص256).

* **القدرة العقلية** : الفرد يقيم قدراته إذا كانت قدراته العقلية تمكنه من أن يقيم خبراته فالإنسان السوي ينمو لديه بصورة أفضل, أما الإنسان غير السوي فهو لا يستطيع أن يقيم خبراته.

2.5. عوامل إجتماعية : و تتمثل في :

* **الدور الإجتماعي** : يساهم الدور الإجتماعي الذي يؤديه الفرد داخل مجتمعه و ما يقوم به في إطار البناء الإجتماعي الذي يضمن له التوازن بين شخصيته و أي دور كان.

* **التفاعل الإجتماعي** : إن التفاعل الإجتماعي و العلاقات الإجتماعية الناجحة تدعم الفكرة السليمة الجيدة من الذات, بمعنى الفكرة الموجبة عن الذات تعزز نجاح التفاعل الإجتماعي و تزيد العلاقات الإجتماعية نجاحا. (زهران, حامد عبد السلام, 1996, ص293).

* **الخصائص و المميزات الأسرية** : يختلف مدى تقدير الفرد لذاته و نظرته إليها بإختلاف الجو الأسري الذي ينشأ فيه و نوعية العلاقة التي تسود. (يحياوي, محمد جمال, 2003, ص553).

6. مستويات تقدير الذات : يرى الكثير من العلماء أن تقدير الذات هو التقييم الذي يضعه الفرد خلال إنجاز عمل ما, ويتوقف تقدير الفرد لذاته على حسب العمل الذي قام به سواء كان هذا الدور سلبي أو إيجابي, وحسب "Cooper Smith" يشمل تقدير الذات على المستويين :

أ- التقدير المرتفع للذات (تقبل الذات).

ب-التقدير المنخفض للذات (رفض الذات).

1.6. التقدير المرتفع للذات : حسب "Cooper Smith" الأشخاص ذو التقدير العالي يعتبرون أنفسهم أشخاصا مهمين ولديهم فكرة محددة وكافية لما يظنونه صوابا, كما أنهم يملكون فهما طيبا لنوع شخصيتاهم ويستمتعون بالتحدي ولا يضطربون عند الشدائد, وهم يميلون إلى الثقة بأحكامهم وأقل تعرضا للقلق ولديهم إستعداد منخفض للإقناع والتأثر بأراء الأخرين وهم أكثر ميلا لتحمل الإيجابية في المناقشات الجماعية وأقل حساسية للنقد.

2.6. التقدير المنخفض للذات : يشكل تقدير الذات المنخفض إعاقة حقيقية بصاحبه, إذ يركز أصحاب هذا المستوى على عيوبهم ونقائصهم وصفاتهم غير الجيدة وهم أكثر ميلا للتأثر بضغوطات الجماعة والإنصات لأرائها وأحكامها, كما يضعون لأنفسهم توقعات أدنى من الواقع وعليه تدفع هذه الظروف بصاحبها إلى تذكر الخبرات الفاشلة دائما فيمتنع عن المجازفة ويشعر بعدم معرفته بالقيام بالأعمال المطلوبة منه ولا يستطيع طلب المساعدة, كما يتميز أصحاب هذا المستوى بالشعور بالخجل والقلق الزائد والشعور بالحزن وهذا ما يمنعهم من مواجهة المواقف الجديدة.

(سليم, مريم, 2003, ص17- 18).

7. أقسام تقدير الذات : قسم علماء النفس تقدير الذات إلى قسمين :

1.7. التقدير الذاتي المكتسب : التقدير الذاتي الذي يكسبه الشخص خلال إنجازاته فيحصل على الرضا بقدر ما أدى من نجاحات, فهذا بناء التقدير الذاتي على ما يحصله من إنجازات, بمعنى أن التقدير الذاتي المكتسب هو تقييم الفرد لذاته بعد قيامه بالإنجاز والتحصيل.

2.7. التقدير الذاتي الشامل : يعود إلى الحس العام للإفتخار بالذات فليس مبنيا أساسا على مهارة محددة أو إنجازات معينة, فهو يعني أن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية لا يزالون يقيمون بدفء التقدير الذاتي العام وحتى وإن أغلق في وجوههم باب الإكتساب, أي أنه يعتبر تقدير ذاتي

عام وأن تقدير الذات المرتفع لا يؤثر فيه فشل إخفاق في الحياة لكي يكون الإنجاز والتحصيل إذن الإختلاف بينهما يكمن في الإنجاز والتحصيل و النجاح. (بطرس, حافظ بطرس, 2008, ص485).

8. النظريات المفسرة لتقدير الذات : تعددت النظريات التي تناولت مفهوم تقدير الذات وإختلفت بإختلاف توجهات ومناهج الباحثين, كما إعتمد الباحثون في تصميم مفهوم تقدير الذات على بعض النماذج لتفسير مستويات تقدير الذات :

1.8. النظرية التحليلية : حسب "Freud" إن الذات مرادفا للهو ويسمى الذات الجزء اللاشعوري للأنا مقترحا إسم – الأنا – هو الكيان الذي له نقطة بداية الجهاز أي إدراك العالم الخارجي ويحتفظ بتسمية – الذات – لكل العناصر النفسية التي فيها (الأنا) سالكا بطريقة لاشعورية و نلاحظ من رؤية "Freud" لمفهوم الذات أنه لم يفرق بين الأنا والذات, في حين يعتقد "Yung" أن هناك من يستدعي التفريق بين الأنا والذات ليس موضوع الشعور, كذلك يرى أن تطور الذات يعتمد على تطور النشاط العلمي للفرد وعلى إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين.

أما "Henry" فقد أعطت مفهوما ثلاثيا للذات (ذات مثالية, ذات واقعية, وذات حقيقية) وفي تحليلها لبعض الأمراض والإضطرابات النفسية, فترى أن العصاب ينشأ عن بعد الشخص عن ذاته الحقيقية والسعي وراء صورة مثالية غير واقعية للذات فيعتقد أنه يستطيع من خلالها تحقيق الأهداف التي رسمها في حياته. (دويدار, عبد الفتاح, 1992, ص65).

2.8. النظرية المعرفية : تمثلت أعمال "Cooper Smith" (1981) في دراسة تقدير الذات عند الأطفال ما قبل المدرسة الثانوية ويميز بين نوعين من تقدير الذات : تقدير الذات الحقيقي ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة, وتقدير الذات الدفاعي يوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذوي قيمة ولا يستطيعون الإعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الأخرين. وقد ركز على خصائص العملية التي تصبح من خلالها مختلف الجوانب الظاهرة الإجتماعية ذات علاقة بعملية تقييم الذات, وقد إفترض على سبيل ذلك أربع مجموعات من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي : النجاحات والقيم والطموحات والدفاعات.

ويرى "cooper" أن تقدير الذات هو الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية والتي يعبر عنها من خلال إتجاهاته عن نفسه. (عايدة ذيب عبد الله, محمد, 2010, ص81 – 82).

أما نظرية "Rosenberg" (1965) تعتبر نظريته من أوائل النظريات التي وضعت أساس لتفسير وتوضيح تقدير الذات, حيث ظهرت هذه النظرية من خلال دراساته للفرد وإرتقاء سلوك تقييمه لذاته في ضوء العوامل المختلفة التي تشمل المستوى الإقتصادي والإجتماعي والديانة وظروف التنشئة الوالدية. ويرى "Bander" (1993) أن "Rosenberg" وضع للذات ثلاث تصنيفات هي :

أ- **الذات الحالية أو الموجودة** : وهي كما يرى الفرد ذاته ينفعل بها.

ب- **الذات المرغوبة** : وهي الذات التي يجب أن يكون عليها الفرد.

ت- **الذات المقدمة** : وهي صورة الذات التي يحاول الفرد أن يوضحها أو يعرفها للأخرين.

.(Christopher.J.Mruk.D, 2006, p 16)

خلاصة :

نستنتج من خلال ما عرضناه أن تقدير الذات من المفاهيم المهمة التي شغلت إهتمام الباحثين في المجال النفسي والتربوي عامة, بحيث أدت نتائج بحوثهم إعتبار هذا المفهوم عامل نفسي لنجاح الفرد في الحياة بغية تحقيق مستوى مناسب لنفسه من الصحة النفسية, وأن هذا المفهوم قابل للتغيير والتدبدب بين الإرتفاع والإنخفاض والوسط, إذ لا يضمن الفرد أن يكون له تقدير ملائم للذات و التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه يتأثر بعدة عوامل, منها ماهو مرتبط بالفرد نفسه, ومنها ما يعود للبيئة الخارجية, فتقدير الذات حاجة أساسية للفرد فبدون وجود قدر معين من تقدير الذات تكون الحياة شاقة ومؤلمة لحد كبير وهذا ما نجده عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن. لذا عليهم أن يدركوا ذواتهم على أنها جديرة بالتقدير والإهتمام فالذات تسعى دائما لتعزيز مكانها.

الفصـل الرابـع:

القصور الكلوي المزمن

تمهيـد.

1. **تعريف القصور الكلوي المزمن.**
2. **تعريف الكلية (الكليتان).**
3. **البنية التشريحية للكلية.**
4. **وظائف الكلية.**
5. **أسباب القصور الكلوي المزمن.**
6. **أعراض القصور الكلوي المزمن.**
7. **تشخيص القصور الكلوي المزمن.**
8. **طرق علاج القصور الكلوي المزمن.**
9. **الأثار النفسية الناجمة عن القصور الكلوي المزمن .**

خـلاصــة.

تمهيد :

يعد مرض العجز الكلوي من الأمراض المزمنة في وقتنا الحالي والتي تشكل خطورة على حياة المرضى وتسبب في غالب الأحيان الوفاة للمريض إذا لم يتم التعامل معها بعناية وإتباع توصيات الأطباء المختصين في هذا المجال, حيث ينتج القصور الكلوي المزمن عن عجز في وظائف الكلية وبالتالي عدم قدرتها على أداء وظائفها بالشكل الطبيعي. ومن هذا المنطلق تناولنا في هذا الفصل مفهوم القصور الكلوي المزمن, مفهوم الكلية, البنية الشريحية للكلية و وظائفها وكذلك أسباب القصور الكلوي المزمن و أعراضه وكيفية التشخيص, ثم طرق علاجه وفي نهاية الفصل تطرقنا إلى الأثار الناجمة عن الإصابة بهذا المرض.

1. تعريف القصور الكلوي المزمن :

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

(السويداء, عبد الكريم, 2010, ص90).

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

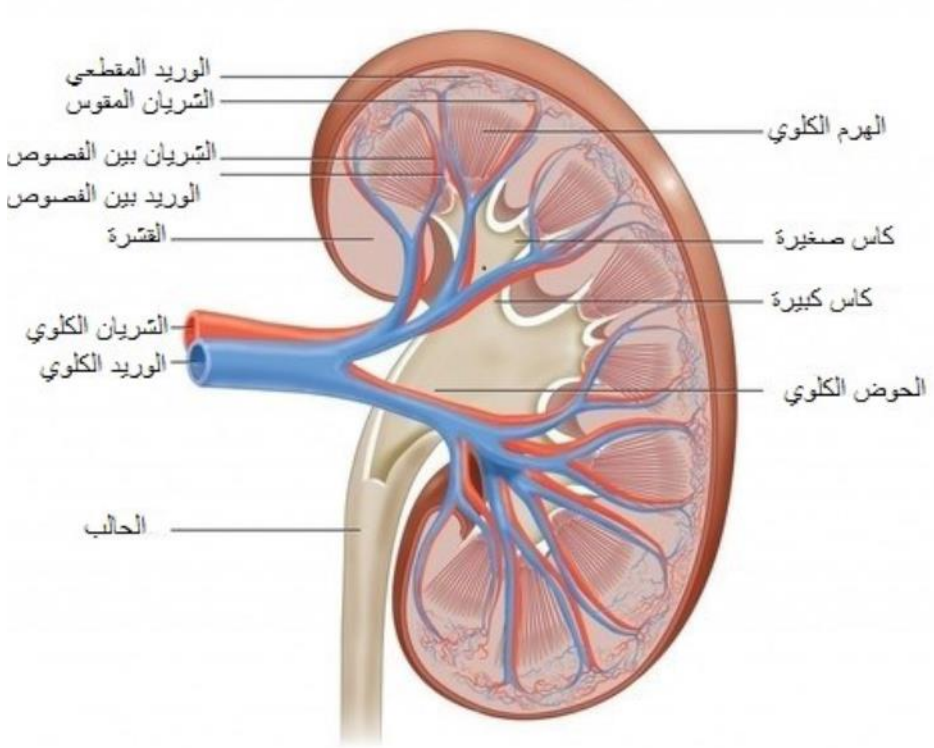
* تعرف "smalt et al" الفشل الكلوي بأنه تدهور تدريجي لا رجعة فيه في وظيفة الكلية حيث لا يستطيع الجسم التخلص من مخلفات عمليات الأيض وغير قادرعلى المحافظة على توازن الماء و الأحماض و المواد الكيميائية في المعدل الطبيعي, وبالتالي تزيد من مستوى (اليوريا والنيتروجين والكرياتينين) في الدم. (Smeltzer.S.Bare.B, 2000, p 1151).

2. تعريف الكلية (الكليتان) : الكليتان هما غدتان لونهما أحمر داكن و توجد كل منهما في المنطقة القطنية على الجدار الخلفي للبطن خلف الغشاء البريتوني مقابل الفقرة الظهرية الثانية عشر و الفقرات القطنية الثلاث العليا, والكلية اليسرى أعلى بقليل من اليمنى و ذلك لوجود الجزء الكبير من الكبد في الجهة اليمنى. و طول الكلية حوالي 12 سم, و عرضها حوالي 6سم, و سمكها حوالي 3سم ووزنها يتروح بين 115 غ و 170 غ, و هي أقل وزنا في المرأة عنها في الرجل والكلية اليسرى تفوق اليمنى قليلا في الطول و أقل منها في العرض. (شرف, إحسان – ميرة, كمال, 2005, ص611 – 60).

3. البنية التشريحية للكلية : تحاط الكلية من الخارج بالمحفظة وهي غشاء ليفي رقيق ولو أخذنا مقطعا طوليا فسنلاحظ ما يلي :

- **القشرة** : طبقة بها عدد كبير من أجسام (malpigi) وهي أجسام كروية الشكل مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي.
- **النخاع** : عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر ويعتبر جزءا من الحالب وتصب فيه الأنابيب البولية.
- **الحالبان** : عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 25 سم ويخرج كل حالب من سرة الكلية ويمتد إلى الأسفل حتى يصل إلى المثانة.
- **المثانة** : عبارة عن كيس غشائي بيضوي الشكل مبطن من الداخل بغشاء مخاطي يفتح فيه الحالبان بفتحتين مستقلتين ويضيق الجزء السفلي من المثانة ويسمى عنق المثانة ويحاط بعضلة عاصرة دائرية لا تفتح إلا عند التبول.
- **قناة مجرى البول** : هي قناة تتصل بالمثانة وتفتح إلى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى وبفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر. (الكرمي, زهير, 1988, ص76 – 77).

الشكل رقم (1) : مقطع طولي للكلية.



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

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

أ- الترشيح .

ب-إعادة الإمتصاص.

ت- الإفراز.

• **وظـائف هرمونيـة** : تعتـبر الكليـة مـن الغـدد الصـماء الموجـودة بالجسـم لأنهـا تقـوم بإفـراز بعـض الهرمونات وتصبها مباشرة في الدم. (علي البار, محمد, 1992, ص38 – 40).

5. أسباب القصور الكلوي المزمن :

- مرض السكري .
- إرتفاع ضغط الدم.
- إلتهاب كبيبات الكلى المزمن .
- إلتهاب حويصلات الكلى .
- إنسداد في مجري الجهاز البولي .
- تشوهات خلقية.
- الإلتهابات.
- إظطرابات في الأوعية الدموية (أمراض القلب والأوعية الدموية).
- عوامل بيئية ووظيفية : الرصاص – الكاديميوم – الزئبق – الكروم.

.(Smeltzer.S.Bare.B, 2000, p 1155)

6. أعـراض القصـور الكلـوي المـزمن : الفشـل الكلـوي لا يسـبب أعراضـا إلا في المراحـل المتـأخرة وتشمل ما يلي :

- إرتفاع ضغط الدم.
- فقدان الشهية ورغبة في القيء بسبب تراكم المواد السامة في الجسم.
- زيادة في السـوائل في الجسـم وتـورم السـاقين وقـد تصـل إلى الرئـة فيشـعر المـريض بضـيق التنفس وألم شديد بالصدر نتيجة للتغير في كمية البول التي تفرز و زيادة كمية الصوديوم.
- قصور في نمو الجسم ويكون واضحا عند الأطفال.
- ضعف جنسي لدى الرجال وإنقطاع الطمث عند النساء وتسمم الحمل.
- الشعور بحكة في الجلد لزيادة نسبة الفسفور في الدم.
- إنخفـاض مستوى الكالسيوم نتيجـة لزيادة نسبة الفسفور, ممـا يؤدي إلى ضعف العظام فيشعر المريض بالضعف والإجهاد.
- خروج رائحة كريهة من الفم تشبه رائحة البول نتيجة لإرتفاع نسبة اليوريا.

- فقر الدم الشديد نتيجة لنقص هرمون الإريثروبوتين.
- ظهور معدلات عالية من البروتين في البول عن طريق فحص البول.
- تورم في الساقين ووجود رغوة في البول مثل رغوة الصابون.
- ظهور دم مع البول. (رؤيا, البهكلي, 2010, ص9).

7. تشخيص القصور الكلوي المزمن : يعتمد التشخيص على الفحص السريري و العلامات والأعراض السابق ذكرها وتشمل :

1.7. الفحوصات الإكلينيكية : وتتم من خلال :

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

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

– جس القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم.

– دراسة ردود أفعال الألياف للقوة العضلية.

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

2.7. الفحوص البيولوجية والشبه الإكلينيكية :

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

– فحص البول بالبحث عن نسبة البروتين فيه.

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

– إنخفاض ph في الدم.

– إنخفاض نسبة البروتيدات في المصل, إرتفاع نسبة السكر قليلا عن العادي, زيادة نسبة المغنزيوم.

– فحص الدم للتأكد من وجود أنيميا.

3.7. الفحوص الشبه إكلينيكية :

- إيكوغرافي لمعرفة حجم الكلى وحالة المسالك الإفرازية البولية.
- تصوير الحويضة والحالب لتحديد نوعية العوائق في المسالك البولية.
- تصوير الهيكل العظمي, الخلل العظمي, ونقص الكالسيوم.
- تصوير الجهاز الهضمي في حالة الألام البطنية. (بن سلمان, فهد, 2011, ص32).

8. طرق علاج القصور الكلوي المزمن : الهدف من علاج الفشل الكلوي المزمن هو إعاشة المريض في أفضل صورة صحية متاحة وتمكنه من تحمل مسئولياته إتجاه الأسرة والمجتمع والتمتع بحياة أقرب ما تكون إلى الطبيعية لأطول فترة ممكنة بالإعتماد على برنامج مكثف يشمل مايلي :

1.8. الحمية والتغذية المناسبة : والهدف الرئيسي من ذلك تقليل العبء الوظيفي للكلى التالفة والمحافظة على الوزن المثالي للجسم مع تزويده بالطاقة الكافة لنشاطه المعتادة, كما تقدم للمريض مجموعة من الإرشادات والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لأن هذا المرض يؤثر على مختلف الأجهزة في الجسم, وفيما يلي معلومات عن بعض العناصر المؤثرة في الحمية الغذائية لمرضى الكلى :

ث- البروتين .

ج- البوتاسيوم.

ح- الفسفور.

خ- السوائل.

د- الصوديوم. (عليان, فادي, 2010, ص31).

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

- أدوية (الكالسيوم, أو الرينيغات) في المراحل الأولى من المرض إضافة إلى فيتامين D لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفسفور.
- أدوية خافضة للضغط الدموي من أجل خفض زيادة اليوري يصفها الطبيب للتجاوزات التي يقوم بها المريض في حميته. (الصبور, محمد, 1994, ص89).

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

4.8. الغسيل الدموي : هي عملية تنقية الدم من السوائل الزائدة والسموم بواسطة جهاز الغسيل الدموي, وتتم هذه العملية في مراكز الغسيل الدموي حوالي ثلاث مرات أسبوعيا وتستغرق هذه العملية نحو أربع ساعات في كل مرة وهذه الطريقة تعتبر الأكثر شيوعا وإستخداما, ولإجراء عملية الغسيل الدموي يتطلب وجود توصيلة وعائية لتسهيل إنتقال الدم من المريض إلى جهاز غسيل الدم والعكس وهناك ثلاثة أنواع رئيسة للتوصيلات الوعائية وهي :

* **توصيلة وعائية طبيعية** : وهي الأفضل والأكثر شيوعا وإستخداما, وهي عبارة عن إيصال الشريان بالوريد في الذراع, حيث يمكن إستخدامها مدة شهرين إلى ثلاثة أشهر من تاريخ إنشائها بحيث يتدفق الدم من خلال هذه التوصيلة بكميات كبيرة و يمكن أن تتحمل وضع إبر الغسيل الكبيرة نسبيا بسهولة.

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

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

5.8. زراعة الكلى الإستباقي : يلجأ المريض لإجراء عملية زراعة الكلى من شخص متوفى دماغيا أو من شخص حي كما هو الحال في معظم الأوقات قبل اللجوء لعملية الغسيل الدموي أو البروتيني وتعتبر هذه الطريقة هي الطريقة الفضلى. (محمد, السنيد,2010, ص19 – 18).

9. الآثار النفسية الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن : للإصابة بهذا المرض أثار نفسية وإجتماعية وإقتصادية تعوق أداء المريض لوظائف حياته اليومية :

1.9. الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب : يعيش المصاب بالقصور الكلوي حالة نفسية صعبة ناتجة عن إضطراره إلى ملازمة ألة التصفية التي تعوض عضوا من أعضاء جسمه الذي فقد فعاليته, و هو بذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف الذي ينتج من الإحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلفت ومن بين هذه الأثار :

- مشاعر الخوف من المرض ومن فقدان الصحة.
- مشاعر التوتر والقلق وتوقع الخطر وكذا سهولة الإثارة والغضب.
- الشعور بالدونية والشعور بالنقص وتغير الشخصية.
- الإتكالية و الإعتماد على الغير.
- اللجوء للحيل الدفاعية النفسية.
- الشعور العدواني نحو الذات.

2.9. **الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة** : يمر المريض وأسرته بعد الإصابة بالمرض بعدة مراحل هي مرحلة الصدمة, مرحلة الإنكار, مرحلة الخوف, مرحلة الإحباط, حيث تتضارب المشاعر التي يسودها الشعور بالذنب والخوف من المستقبل. (مخلوف, إقبال إبراهيم, 2005, ص75).

3.9. **الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع** : يعاني مريض القصور الكلوي من سوء التكيف مع البيئة الإجتماعية فيلجأ بذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين وسوء التكيف هذا ناتج عن الصعوبات والمشاكل التي يعانيها المريض مع مجتمعه والتي نذكر من بينها :

- **عدم القدرة على العمل** : مريض القصور الكلوي لا يستطيع العمل في مهنة تتطلب جهدا كبيرا مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى بقائه دون عمل.
- **العزلة** : نظرا لأن المريض لا يتقاسم نفس الإهتمامات مع الآخرين نتيجة إنشغاله الدائم بوضعه الصحي, كما أنه يشعر أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عبئا عليه وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف مع الوضع يفضل المريض العزلة.

(عادل, حلواني, 2000, ص59-57).

- **الحساسية** : غالبا ما يكون المريض شديد الحساسية مما يتسبب في نزاعات مع أفراد الأسرة والمحيط. (عبد الخالق, أحمد, 2008, ص107).

خلاصة :

نستخلص في الأخير بأن الكلى من أهم أعضاء الجسم, و التي تحافظ على توازنه فهي تعمل على تنقيته من الشوائب و الفضلات من الدم و تطردها عبر الجهاز البولي, لذا فالإصابة بالقصور الكلوي المزمن تعد ضررا كبيرا للمريض فتدهور وظيفة الكلى تؤثر على سائر الوظائف الأخرى للأعضاء فيلجأ المريض هنا إما إلى زراعة كلى أخرى أو اللجوء إلى عملية تصفية الكلى التي تعيد الجسم إلى وضعه الطبيعي و تسمح للفرد بالعودة إلى حياته الطبيعية.

الجانب التطبيقي

الفصـل الخامس:

منهجيـة الدراسـة

تمهيـد.

1. الدراسة الإستطلاعية.
2. منهج الدراسة.
3. أدوات الدراسة.

1.3. المقابلة العيادية.

2.3. المقابلة العيادية النصف موجهة.

3.3. مقياس بيك للإكتئاب.

4.3. مقياس تقدير الذات.

4. مجموعة البحث.

1.4. خصائص مجموعة البحث.

5. حدود الدراسة.

1.5. الحدود المكانية.

2.5. الحدود الزمانية.

3.5. الحدود البشرية.

خـلاصـة.

تمهيد :

إنطلاقا من الخلفية النظرية التي إعتمدتها الطالبة في إنجاز هذا البحث سوف يتناول هذا الفصل الجانب المنهجي للدراسة و العمل الميداني الذي يمكن الطالب من جمع المعلومات عن مجموعة البحث التي يقوم بدراستها للإجابة على السؤال المطروح في الإشكالية من خلال مجموعة من الأدوات والإجراءات. وسنحاول من خلال هذا الفصل إبراز الخطوات الإجرائية والمنهجية التي إعتمدت عليها في هذه الدراسة.

1. الدراسة الإستطلاعية : قبل الشروع في أي بحث لا بد الإنطلاق من الدراسة الإستطلاعية فهي تعد أهم خطوات البحث العلمي فبناء عن التجربة الإستطلاعية أو على ضوء ما يصادف الطالب من صعوبات, أو ما يظهر من النواحي التي تستوجب التغيير, فإنه يقوم بالمراجعة النهائية كخطوة للبحث حتى يكون مطمئنا لسلامة التطبيق, وإنطلاقا من إشكالية تتلخص في دراسة حول الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن ومعرفة درجة الإكتئاب و مستوى تقدير الذات, لديهم قد تمت دراستنا الإستطلاعية في شهر (فيفري) بمصلحة تصفية الدم بمستشفى "ترشين إبراهيم" بولاية غرداية حيث تعرفنا على أعضاء الفريق الطبي, وقمنا بإجراء مقابلة مع الطبيب المسؤول والأخصائية النفسية وأيضا مع الممرضين, والذين زودونا بمعلومات هامة والمتمثلة في أن مرضى القصور الكلوي لا يتبعون التعليمات الطبية ولا يطبقون شروط العلاج خاصة فئة الشباب ويرفضون العلاج عن طريق التصفية وبعد فوات الأوان يلجأون لطلب المساعدة, بالإضافة إلى أن أغلب هؤلاء المرضى يتميزون بسهولة الإثارة والغضب وبالعدوانية, كما قمنا بجولة مطولة في المصلحة وإحتككنا بالعديد من المرضى منهم من وضعوا ثقتهم بنا ومنهم من كان يرفض المقابلة والحديث. ومن ثم قمنا بإختيار عينة البحث والمتمثلة في فئة الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين للغسيل الكلوي للتحقق من ملائمة تساؤولات البحث وفرضيات الدراسة والأداة المناسبة ميدانيا.

2. منهج الدراسة : تعتمد البحوث العلمية على منهجية معينة يراد من خلالها الوصول إلى نتائج علمية دقيقة, يحدد منهج الدراسة في إطار أبعاد المشكلة و أهدافها, ولقد لخص "عزيز حنا وآخرون" (1999) ذلك بقولهم " تختار المشكلة منهج بحثها, و قد تختار المشكلة المراد دراستها أكثر من منهج , وفق طبيعتها وتحليل أبعادها. (نزيم, صرداوي, 2009, ص302).

وبما أن موضوع بحثنا إعتمد على حالات فردية فقد كان المنهج المستخدم هو المنهج العيادي لأنه يتناسب وطبيعة الموضوع الذي يدرس متغيرات الدراسة وذلك من خلال التعمق في شخصية الحالات وجمع معلومات حول الموضوع والإجابة عن تساؤولات المطروحة.

* **يعرفه "Reuchlin maurisse" المنهج العيادي** : بأنه تناول للسيرة في منظورها الخاص كذلك التعرف على المواقف وتصرفات الفرد إتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء الفرد الحل.

* **يعرفه " Rondat"** : أنه بمثابة ملاحظة عميقة مستمدة من حالات خاصة, ومن خصائص هذا المنهج أنه يدرس كل حالة على حدا.

3. أدوات الدراسة :

1.3. المقابلة العيادية : هي أداة هامة للحصول على المعلومات وتستخدم في مجالات متعددة. -- **يعرفها "Anjless"** : أنها محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص أخر أو أشخاص أخرين هدفها أستارة أنواع معينة من المعلومات لإستغلالها في البحث العلمي والإستعانة بها.
(بدوي, عبد الرحمان, 1999, ص11-13).

2.3. المقابلة العيادية النصف موجهة : هي شكل من أشكال المقابلة حيث يكون الأخصائي قد حدد مسبقا الموضوع الذي يريد الإستفسار عنه مع العميل حيث يدرك القائم بها أنه يريد أن يعطي المعلومات فهو يقوم بتوجيه أسئلة مباشرة كثيرة لتغطية كامل جوانب الموضوع المدروس كما تسمح للعميل التعبير بكل حرية وفق الأسئلة الموجهة له. (روترز, جوليا, 1985, ص115-116).

- إعتمدنا على هذا النوع من المقابلة لأنها تتلائم مع موضوع دراستنا الحالية التي أجريت بمصلحة تصفية الدم بمستشفى – ترشين إبراهيم- غرداية, وقد إستخدمنا في المقابلة العيادية النصف موجهة خمسة محاور وهي :

- **المحور الأول** : البيانات الشخصية.
- **المحور الثاني** : الحالة الصحية.
- **المحور الثالث** : الحياة النفسية.
- **المحور الرابع** : الحياة العلائقية.
- **المحور الخامس** : النظرة المستقبلية.

3.3. مقياس أرون بيك (Aron Beck) للإكتئاب :

* **التعريف بالمقياس** : نشر أول مرة من طرف الإكلينيكي "Aron Beck" سنة (1961) و كان بصورته الأصلية التي تتكون من 21 مجموعة من الأعراض, حيث تتكون كل مجموعة من سلسة متدرجة من أربعة عبارات تعكس مدى شدة الإضطرابات و لقد إستخدم أرقام التدرج من 0 إلى 3 و تم إختيارها بعد ملاحظات عيادية منظمة ومكثفة للمظاهر الواضحة للإكتئاب, وهو موجه للأفراد إبتداءا من 12 سنة.

* **مكوناته** : حاليا يتكون من 13 مجموعة من العبارات و يعد الصورة المختصرة للمقياس الأصلي ولقد أعدت الصورة الجديدة من طرف " Aron Beck" نفسه و تتمثل العبارات المدرجة في المقياس في صورته الحالية فيما يلي :

- **جدول رقم (01) يوضح مجموعة مقياس (Aron Beck).**

1)	الحزن
2)	التشاؤوم
3)	الشعور بالملل
4)	عدم الرضا
5)	الشعور بالذنب
6)	عدم حب الذات
7)	إرضاء الذات
8)	الإنسحاب الإجتماعي
9)	التردد
10)	تغيير صورة الذات
11)	صعوبة العمل
12)	التعب
13)	فقدان الشهية

***كيفية تطبيق المقياس** : تتم إما بالطريقة الفردية أو الجماعية و تحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة, وتسجل الإجابات على كراسة الأسئلة ذاتها, فإذا طبق فردي يكفي على المفحوص قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة و ذلك بعد التأكد من فهمه أما إذا طبق جماعيا فيمكن أن توزع كراسة الأسئلة على كل مفحوص و يطلب منه كتابة سنه, مستواه التعليمي و تاريخ الإجابة و يطلب منه قراءة التعليمات بصوت مرتفع حيث يزيل كل غموض و إلتباس.

وقت المقياس حاليا هو من 5 إلى 7 دقائق, و عموما لا يتم تحديد الوقت بالنسبة للمفحوصين لأن زمن تطبيق هذا المقياس غير محدد بصفة نهائية شريطة أن لا يطول كثيرا.

* **طريقة تصحيح مقياس (Aron Beck) للإكتئاب** : فيما يخص طريقة التنقيط فهي تتم بجمع الدرجات التي تتراوح بين 0 كحد أدنى و39 كحد أقصى, ثم توضع هذه المجاميع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الإكتئاب و لا تحول الدرجات إلى درجات معيارية فالأسلوب المتبع هو تقدير وجود أو عدم وجود الإكتئاب (أسلوب الدرجات الفاصلة) كما هو معروض في الجدول التالي :

- **جدول رقم (2) يوضح مستويات ودرجات مقياس الإكتئاب .**

الدرجة الكلية	مستويات الإكتئاب
من (0) إلى (4)	لا يوجد إكتئاب
من (5) إلى (7)	إكتئاب خفيف
من (8) إلى (15)	إكتئاب متوسط
من (16) وما فوق	إكتئاب شديد

4.3. مقياس (Cooper Smith) لتقدير الذات :

* **التعريف بالمقياس** : هو مقياس أمريكي الأصل صمم من طرف الباحث كوبر سميث "Cooper smith" سنة (1967) لقياس الإتجاه التقييمي, الأكاديمية, العائلة, والشخصية, يمكننا

المقياس من الحصول على عدة نتائج يمكن بينها الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته وما يجب أن يكون وكيف يدركه الأخرين.

* **وصف المقياس** : يحتوي المقياس على 25 عبارة منها السالبة, ومنها الموجبة, ويقابل كل منها زوجين من الأقواس أسفل الكلمتين "تنطبق" "لا تنطبق" وتتمثل التعليمة في أن يضع الشخص الذي يطبق عليه الإختبار علامة (x) داخل المربع الذي يحمل "ينطبق" إذا كانت العبارة تصف ما يشعر به, أما إذا كانت العبارة لا تصف ما يشعر به فيضع علامة (x) داخل المربع الذي يحمل كلمة "لا تنطبق".

* **كيفية تطبيق المقياس** : هذا المقياس سهل الفهم, يمكن تطبيقه فرديا, أو جماعيا في مدة غير محددة بما أنه قد وجد أن الأفراد العاديين يستطيعون الإنتهاء من الإجابة عليه في زمن يتراوح بين (10-18) دقيقة, وذلك بعد إلقاء التعليمة, يطبق على الأفراد الذين يفوق سنهم 16 سنة وما فوق.

* **طريقة تصحيح مقياس** (Cooper Smith) **لتقدير الذات** : يتضمن هذا المقياس عبارات موجبة كما هو موضح في الجدول فالإجابات الموجبة إذا أجاب عليها المفحوص ب "تنطبق" يعطى درجة على كل منها, وإذا أجاب ب "لا تنطبق" لا يعطى درجة. والعكس بالنسبة للإجابات السالبة أي إذا أجاب عليها المفحوص ب "لا تنطبق" يعطى درجة على كل منها, وإذا أجاب ب "تنطبق" لا يعطى درجة. وأقصى درجة يمكن الحصول عليها هي (25) وأقل درجة هي (0), للحصول على الدرجة الكلية للمقياس يجمع عدد الدرجات المحصل عليها ونضرب المجموع الكلي للدرجات الخام في العدد (4).

- **جدول رقم (3) يوضح العبارات السالبة والموجبة في مقياس تقدير الذات.**

العبارات	أرقام العبارات
العبارات السالبة	25-24-23-22-21-18-17-16-15-13-12-11-10-7-6-3-2
العبارات الموجبة	20-19-14-9-8-5-4-1

- **جدول رقم (4) يوضح توزيع مستويات تقدير الذات حسب الدرجات.**

مستويات تقدير الذات	الفئات
درجة تقدير الذات " منخفضة "	40 – 20
درجة تقدير الذات " متوسطة "	60 – 41
درجة تقدير الذات " مرتفعة "	80 – 61

- **جدول رقم (5) يوضح المقاييس الفرعية لتقدير الذات.**

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	المجموع
الذات الشخصية	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25	12
الذات الإجتماعية	5-8-14-21	04
الذات العائلية	22-20-16-11-9-6	06
العمل والرفاق	23-17-2	03

(صباح, جعفر, 2010, ص152-153).

4. مجموعة البحث : قد أجريت الدراسة الحالية على عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن بمصلحة تصفية الدم بمستشفى "ترشين إبراهيم" غرداية, إختارت الطالبة 5 مرضى, كلهم يخضعون للعلاج بالغسيل الكلوي و من كلا الجنسين (2نساء – 3رجال), تتراوح أعمارهم بين (30-60) سنة وحرصنا على أن تكون مجموعة بحثنا من الراشدين لأن سن الرشد أحسن مرحلة لإلتماس درجة الإكتئاب ومستوى تقدير الذات, وإستثنت الذين تتروح أعمارهم من 70 سنة وما فوق نظرا لضعف المستوى الثقافي والتعليمي لديهم وكذلك من خلال عدم تجاوبهم مع أداة البحث, حيث تم إختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية.

1.4. خصائص مجموعة البحث :

- جدول رقم (6) يوضح خصائص مجموعة البحث.

الحالات	الجنس	السن	الحالة الإجتماعية	المستوى التعليمي	مدة الإصابة
الحالة 1	ذكر	44 سنة	متزوج	جامعي	3 سنوات
الحالة 2	أنثى	58 سنة	متزوجة	إبتدائي	7 سنوات
الحالة 3	أنثى	56 سنة	متزوجة	متوسط	5 سنوات
الحالة 4	ذكر	60 سنة	متزوج	متوسط	1 سنة
الحالة 5	ذكر	30 سنة	متزوج	ثانوي	3 سنوات

5. حدود الدراسة :

1.5. **الحدود المكانية** : لقد تم إجراء البحث الميداني على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية 120سرير "ترشين إبراهيم" الواقع بالتجمع السكني "سيدي إعباز" (بلدية بونورة) بالضاحية الشرقية لولاية غرداية.

تشمل المصالح الإستشفائية التالية :

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

وقد تم إجراء الدراسة الأساسية بمصلحة تصفية الكلى التي تتكون من طابقين, الطابق الأول المكون من قاعة الإنتظار (رجال- نساء) ومكتب الطبيب العام, قاعة الممرضين, مكتب السكرتيرة وقاعة التصفية وقاعة تصفية الماء المستعمل في عملية الغسيل, أما الطابق الثاني مكون من مكتب الأطباء المختصين في أمراض الكلى, ومكتب الأخصائي النفساني وقاعة ثانية لتصفية الدم وقاعة أخرى لتصفية الماء المستعمل في الغسيل, وتوجد بالمصلحة 23 ألة للغسيل ويقدر عدد المرضى حوالي100 مريض, يقوم المريض بعملية التصفية ثلاث مرات فالأسبوع وتدوم كل حصة أربع ساعات هؤلاء المرضى موزعين على فوجين كما يلي :

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

b- فوج "ب" : من الساعة الواحدة زوالا إلى الخامسة مساءا.

2.5. الحدود الزمانية : هي الفترة الزمنية التي إستغرقتها الدراسة الميدانية, حيث تم الشروع فيها من 03/03/2019 إلى غاية 21/03/2019, أي مدة 15 يوم.

3.5. الحدود البشرية : أجريت الدراسة على عينة تكونت من 5 مرضى من كلا الجنسين (2نساء و3رجال) تراوحت أعمارهم ما بين (30 – 60) سنة. كلهم خاضعين للإستصفاء الدموي.

الفصـل السادس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1. عرض وتحليل نتائج الحالات الخمس.
   1.1. عرض وتحليل نتائج الحالة االأولى.
   2.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.
   3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.
   4.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة.
   5.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة.
2. مناقشة الفرضيات.
3. الإستنتاج العام.
4. الإقتراحات.

تمهيد :

تسعى الدراسة الحالية للتعرف على درجة الإكتئاب, ومستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن, ولهذا قمنا بجمع البيانات اللازمة من خلال المقابلة النصف الموجهة التي تحتوي على خمسة محاور وكل محور يحتوي على أسئلة خاصة بحياة المريض, ثم قمنا بتحليل المقابلة وإستخلاص نتائجها بالإضافة إلى تطبيق مقياس الإكتئاب وكذا مقياس قدير الذات وطريقة تصحيحهما, ويرجع هذا للإجابة على فرضيات الدراسة حتى يتبين لنا مدى تحقيق صحة الفرضية من عدمها.

1. عرض وتحليل نتائج الحالات الخمس :

1.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى :

تقديم الحالة الأولى :

الإسم: ح. ح

الجنس : ذكر

السن : 44 سنة

المستوى التعليمي : جامعي

الحالة الإجتماعية : متزوج

عدد الإخوة : 10

المرتبة في العائلة : 05

عدد الأولاد : 05

المهنة : موظف

* **عرض وتحليل نتائج المقابلة للحالة الأولى** : بعد إجراء المقابلة نصف الموجهة للمفحوص تبين أن الحالة الصحية للمفحوص تتميز بالرضا والتقبل للمرض هذا ما عبر عنه (كانت صدمة وبعدها تقبلت مشيئة الله وجاء الأمر عادي), (راني فاهم المرض زين زين ونتبع الرجيم وندير الدياليز).

أما بخصوص الحياة النفسية للمفحوص فتتميز بأنها حياة عادية سعيد في حياته راضيا بما هو عليه وهذا ما أثبته كلامه (عادي خاطر إيماني قوي تقبلت واش كتبلي المكتوب) كما أن المرض لم يؤثر

على سائر أعماله وإنجازاته اليومية, حيث قال (راني عادي نخدم شغالاتي normal). في حين نجد كذلك أن الحياة العلائقية للمفحوص قوية مع العائلة والمحيطين به ومكانته الإجتماعية عالية لقوة علاقته مع الآخرين ولثقته بنفسه هذا ما نجده في كلامه (عادي أصلا مانيش محسسهم بالمرض),(نتعامل ونمشي معاهم عادي).

أما عن النظرة للمستقبل فهي نظرة مشرقة ومستقرة فالمرض لم يؤثر على مستقبله هذا ما ظهر في كلامه (عندي أهداف وطموحات ولكن هذا يمنعش أنها تتحطم بسبب المرض), (لازم نتغلب عليه لأخر دقيقة).

*** عرض نتائج تطبيق مقياس " Aron Beck" للإكتئاب للحالة الأولى :**

- جدول رقم (07) يوضح نتائج مقياس "AronBeck" للإكتئاب للحالة(ح.ح) :

العبارات	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	عـــــدد الدرجات	نـــــوع الإكتئاب
الدرجات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	02	لا يوجد

*** تحليل نتائج مقياس "Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ح. ح)** : بعد تطبيق مقياس "Beck" للإكتئاب على المفحوص وجدنا أنه تحصل على نقطة ضئيلة, حيث وصلت نتيجة المقياس إلى (درجتين), وتشير هذه النتيجة إلى أن المفحوص لا يعاني من حالة إكتئاب وعليه فقد إتضح من خلال الإجابات المختارة من طرف المفحوص, أن العبارات ذات الدرجة (0) تكررت 11 مرة على التوالي, فالمفحوص لا يشعر بالحزن وليس متشائما ولا مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل, وأنه لا يشعر بأنه أثم أو مذنب, كما أنه لا يشعر بخيبة أمل في نفسه, و ليس لديه أفكار للإضرار بنفسه ولم يفقد إهتمامه بالناس, وأنه يتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعود من قبل ولا يشعر أنه يظهر أسوأ مما إعتاد أن يظهر به من قبل, وأن شهيته للأكل ليست أسوأ من المعتاد, هذا الإعتراف الذي أدلى به المفحوص بواسطة إختيار هذه العبارات جاء مناسبا لما تم التوصل إليه من خلال المقابلة النصف موجهة, وذلك حيث قال : (جاني الأمر عادي, إيماني قوي يعني تقبلت وش كتب لي المكتوب),(مانيش محسس ناسي بمرضي, عندي طموحات وأهداف ولكن هذا مايمنعش أنها تتحطم

بسبب المرض), (ماأثر عليا والو على مستقبلي, لأني متغلب عليه لأخر دقيقة), أما بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (1) فجاء إختيارها مرتين, حيث أجاب المفحوص بأنه يبذل بعض الجهد لكي يبدأ العمل في بعض الأشياء, وأنه يشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعود عليه من قبل, هذا الإختيار قررته نتائج المقابلة النصف موجهة قائلا : (راني في خدمتي عادي mais طلبت منهم الإعفاء من بعض الواجبات).

*** عرض نتائج تطبيق مقياس "Cooper Smith" للحالة (ح.ح) :**

- جدول رقم (08) يوضح نتائج مقياس"Cooper Smith" للحالة (ح.ح) :

العبارات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجات	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1

- تحصلت الحالة (ح.ح) على 21 درجة, والتي تقدر ب 84 %بحيث تندرج هذه النتيجة ضمن "التقدير المرتفع للذات".

- جدول رقم (09) يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ح.ح) :

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	المجموع
الذات العامة	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25	10/12
الذات الإجتماعية	5-8-14-21	3/4
المنزل والوالدين	6-9-11-16-20-22	5/6
العمل والمدرسة	2-17-23	3/3

*** تحليل مقياس"Cooper Smith" لتقدير الذات للحالة (ح. ح)** : تحصل المفحوص في المقياس الفرعي الخاص للذات العامة على (10) درجات من أصل (12) وهي نتيجة مرتفعة تبين أن

المفحوص راضيا بمرضه و متقبل لحالته الصحية وعلى دراية تامة بهذا المرض. لذا نجد أن له تقدير إيجابي لذاته فيما يخص بنود الذات العامة. أما بالنسبة للعبارتين السالبتين (21,3) والتي لم تتحقق فالمفحوص يريد أن يظهر بشكل أحسن وأجمل من الناحية الشخصية والنفسية هذا ما تبين من خلال تحليل المقابلة.

أما في المقياس الفرعي الخاص بالذات الإجتماعية فتحصل المفحوص على (3) درجات من أصل (4) وهي نتيجة جيدة تبين أنه يحضى بمكانة إجتماعية مرموقة وتربطه علاقة جيدة بأفراد العائلة والمحيطين به وهذا إتضح من خلال تحليل المقابلة, أما بخصوص العبارة (14) والتي لم تنطبق فيرى أن الناس لا تتبع أفكاره وبذلك فيكون للمفحوص تقدير مرتفع بخصوص بنود الخاص بالذات الإجتماعية .

أما بخصوص المقياس الفرعي بالذات في المنزل فإنطبق على المفحوص(5) عبارات من أصل (6) فالعبارة السالبة (11) تتوقع عائلتي مني الكثير أجاب بتنطبق, هذا يعود كونه يرى نفسه أنه لا يختلف عن الشخص الغير مريض ومن جهة أخرى فهو يتعامل معهم بطريقة عادية ولا يشعرهم بأثر المرض, وعليه كانت النتيجة في هذا البند (6) درجات وهي نتيجة جيدة تظهر أن له تقدير مرتفع في البنود الخاصة بالذات في المنزل.

أما بالنسبة للمقياس الفرعي الخاص بالذات في العمل فإنطبقت على المفحوص جميع العبارات وتحصل على (3) درجات كاملة وهذا يعني أن له تقدير ذات جد مرتفع في هذه البنود الخاصة بالعمل وهو كذلك ما أكدته نتائج تحليل المقابلة.

أما الدرجة الكلية التي تحصل عليها المفحوص بعد تطبيق مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات بلغت(21) درجة والتي تقدر ب (84%) وتصنف هذه النتيجة ضمن التقدير المرتفع للذات.

* **ملخص الحالة الأولى** : نستنتج من خلال ما توصلنا إليه في المقابلة العيادية نصف موجهة وأيضا ماتوصلنا إليه في نتائج مقياس الإكتئاب الذي بلغت درجته (2) وكذا مقياس تقدير الذات الذي بلغت درجته (21) أي بنسبة (84%), وعليه فالحالة لديها إكتئاب منعدم وتقدير مرتفع للذات.

2.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية :

تقديم الحالة الثانية :

الإسم : ر. ف

الجنس : أنثى

السن :58 سنة

المستوى التعليمي : إبتدائي

الحالة الإجتماعية : متزوجة

عدد الإخوة : 09

المرتبة في العائلة : 05

عدد الأولاد : 07

المهنة : ماكثة بالبيت

* **عرض وتحليل نتائج المقابلة للحالة الثانية** : يظهر لنا من خلال المقابلة نصف المواجهة أن المفحوصة راضية بحالتها ومتقبلة لمرضها وتظهر أنها إنسانة متفهمة بصفة جيدة لهذا المرض, وهذا ما تبين لنا في حديثها (تقبلت وخليتها في المكتوب) بينما الحياة النفسية لها مستقرة لا تختلف عن الإنسان غير مريض حيث قالت (وليت عادي نقوم بالدياليز), (لكن ما وليتش كما بكري في خدمة الصوالح).

أما عن الحياة العلائقية للمفحوصة فهي علاقة قوية مع العائلة والمحيطين بها و هذا ما نلمسه في كلامها (عادي متفهمين ومساعديني مليح), (راني كي بكري كي اليوم يسقسو كل وقت عليا ماهمش مخليييني ولا مقصرين معيا).

أما عن النظرة المستقبلية للمفحوصة فهي نظرة طموح وأمل حيث قالت (نشوف ولادي ونسنى ونشوف أحفادي), (ما زال راني لدرك نتمنى ونطلب الشفاء من الله هذا ما كان).

***عرض نتائج تطبيق مقياس " Aron Beck" للإكتئاب للحالة الثانية :**

- جدول رقم (10) يوضح نتائج مقياس "Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ر.ف) :

العبارات	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XII	عـــــدد الدرجات	نـــــوع الإكتئاب
الدرجات	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	2	2	2	10	متوسط

*** تحليل نتائج مقياس "Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ر.ف)** : بعد تطبيق مقياس "Beck" للإكتئاب على المفحوصة نجد أنها تحصلت على مجموع نقاط بلغ (10) درجات, بحيث تشير هذه النتيجة إلى وجود مستوى إكتئاب متوسط, حيث أسفرت هذه الإجابات المعطاة من طرف المفحوصة في البنود المختارة ذات الدرجة (0) تكررت 7 مرات, فهي لا تشعر بالحزن وليست متشائمة على وجه الخصوص وليست مثبطة الهمة فيما يتعلق بالمستقبل, كما أنها لا تشعر بالفشل وغير أثمة أو مذنبة ولا تشعر بخيبة أمل في نفسها وليست لها أفكار للإضرار بنفسها ولا تظهر أسوأ مما إعتادت أن تظهر به من قبل, هذا الإختيار للعبارات وقع مطابقا لبعض ما ورد في المقابلة النصف موجهة وذلك حين عبرت : (تقبلت المرض وخليتها فالمكتوب, راني فاهمة مرضي وإن شاء الله ما يأثرش عليا ياسر) وبالنسبة للعبارات ذات الدرجة (1) فتكررت مرتين, فهي لا تشعر بالملل أغلب الوقت وأنها أقل إهتماما بالناس مما تعودت أن تكون من قبل, كما جاء هذا الإختيار للعبارات ذات الدرجة (2) أربع مرات متتالية, حيث عبرت أن لديها صعوبة شديدة في إتخاذ القرارات وأنها يجب أن تدفع نفسها بقوة لتقوم بأي شيء وتشعر بالإجهاد من أداء أي شيء وشهيتها أصبحت أسوأ الأن وهذا ما تم التوصل إليه من خلال المقابلة النصف موجهة وذلك حيث عبرت عن الضعف والفشل ينتابها في أداء بعض المهام : (ماوليتش كما بكري, تحكمني الفشلة حتى وليت مرات نتشائم).

*** عرض نتائج تطبيق مقياس "Cooper Smith" للحالة الثانية :**

- جدول رقم (11) يوضح نتائج مقياسِ "Cooper Smith" للحالة (ر.ف) :

العبارات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجات	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1

- تحصلت الحالة (ر.ف) على 18 درجة, والتي تقدر ب 72% بحيث تندرج هذه النتيجة ضمن "التقدير المرتفع للذات".

- جدول رقم (12) يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ر.ف) :

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	المجموع
الذات العامة	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25	7/12
الذات الاجتماعية	5-8-14-21	4/4
المنزل والوالدين	6-9-11-16-20-22	5/6
العمل والمدرسة	2-17-23	1/3

*** تحليل مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات للحالة (ر. ف)** : تحصلت الحالة على (7) درجات من أصل (12) عبارة مكونة للمقياس الفرعي للذات العامة وهي نتيجة حسنة تبين تقبل الحالة لمرضها وحالتها, لأنها تظهر بأنها ترغب في تغيير وإكتساب أشياء جديدة في نفسها هذا ما يظهر خاصة في العبارتين (3-12) ويمكن على العموم إظهار المفحوصة أن لها تقدير مرتفع لنفسها وهذا ما تجلى كذلك أثناء تحليل المقابلة.

أما فيما يخص المقياس الفرعي الخاص بالذات الإجتماعية فتحصلت على (4) درجات من أصل (4) عبارات وهذه النتيجة تبين أنها تحصلت بمكانة إجتماعية عالية ومرموقة وتربطها علاقة وطيدة مع الآخرين و هذا كذلك ظهر خلال نتائج المقابلة وهي بذلك قد توفر لديها تقدير جد مرتفع في المقياس الفرعي للذات الإجتماعية.

وبخصوص المقياس الفرعي الخاص بالذات في المنزل تحصلت المفحوصة على (5) درجات من أصل (6) عبارات وهي نتيجة جيدة تدل على أن المفحوصة تعيش حياة هنيئة وأسرتها متفهمة تراعي مشاعرها وتربطها علاقة جيدة معهم, أما عن العبارة (11) والتي تقول تتوقع عائلتي مني الكثير فهذه كانت سالبة وهذا يعود لتفهم أفراد أسرتها لوضعها ولا ينتظرون منها القيام بأشغال بل يبادرون بخدمتها من جميع النواحي, وهذا يظهر أن المفحوصة لها تقدير مرتفع في المقياس الفرعي الخاص بتقدير الذات في المنزل.

كما أنه لم تنطبق سوى عبارة واحدة في المقياس الفرعي الخاصة بالعمل وهي العبارة رقم (2) بحيث أجابت المفحوصة أنها تجد صعوبة في التحدث أمام الناس, أما العبارتين (17-23) لم تنطبق وهذا يعود ربما لأنه لا يطلب منها القيام بالأعمال لذلك لا تتلقى تشجيع وأنها تتضايق من أي عمل تنجزه وبالتالي فالمفحوصة كانت نتيجتها منخفضة فيما يخص تقدير الذات في العمل.

وبالتالي فالدرجة النهائية المتحصل عليها من تطبيق مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات عند المفحوصة كانت (18) والتي تقدر ب (72%) وهي تندرج ضمن التقدير المرتفع للذات.

* **ملخص الحالة الثانية** : من خلال ماتوصلنا إليه في المقابلة العيادية النصف موجهة, وكذلك ما توصلنا إليه من خلال نتائج مقياس الإكتئاب والذي بلغت درجته (10) درجات و كذا مقياس تقدير الذات الذي تحصلت فيه المفحوصة على (18) درجة أي بنسبة (72%), وبالتالي نستنتج أن لديها إكتئاب متوسط وتقدير مرتفع للذات.

3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة :

تقديم الحالة الثالثة :

الإسم : ح .ع . ش

الجنس : أنثى

السن : 56 سنة

المستوى التعليمي : متوسط

الحالة الإجتماعية : متزوجة

عدد الإخوة : 09

المرتبة في العائلة : 08

عدد الأولاد : 05

المهنة : ماكثة بالبيت

* **عرض وتحليل نتائج المقابلة للحالة الثالثة** : بعد إجراء المقابلة نصف الموجهة مع المفحوصة إتضح أنها رافضة للحالة التي وصلت إليها وغير متقبلة لمرضها وهذا ما نجده في كلامها (جاني صعيب وكنت رافضة إطلاقا التصفية), (ما نيش نتبع régime).

أما في الحالة النفسية فتظهر أنها تعاني من مشاكل وصراعات خاصة مع الأولاد, وهذا ما صرحت به (نداوس مع أولادي مانحبش نروح للتصفية لاخاطر نفشل ونتقلق, وعارفة روحي رايحة نموت), (أثر عليا المرض وليت نكره الشغل ونكره العباد).

وفيما يخص الحياة العلائقية فنجد أنها تقتصر على أفراد العائلة فقط بحكم أنهم متفهمين لها أما مع الأشخاص الآخرين فمنعدمة (ولادي وراجلي متفهمين وضعي).

أما عن النظرة المستقبلية للمفحوصة ففيها أمل وتفاؤل لم تتغير بعد مرضها متمسكة بها وهذا ما صرحت به (شادة في ربي صح مرة مرة نكره ونخمم فلموت, و مدابيا ندير حجة لوكان يكتبلي ربي), (نتمنى الشفاء إن شاء الله).

* **عرض نتائج تطبيق مقياس " Aron Beck" للإكتئاب للحالة الثالثة :**

- **جدول رقم (13) يوضح نتائج مقياس "Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ح.ع.ش) :**

العبارات	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	عـــدد الدرجات	نـــوع الإكتئاب
الدرجات	1	1	0	1	0	0	0	0	2	0	2	2	2	11	متوسط

* **تحليل نتائج مقياس "Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ح. ع. ش)** : بعد تطبيق مقياس "Beck" للإكتئاب على المفحوصة, وصل مجموع الدرجات إلى (11) درجة, هذه النتيجة ترمز إلى أن المفحوصة لديها مستوى إكتئاب متوسط, فقد إتضح من خلال الإجابات المعطاة من طرف المفحوصة أن العبارات ذات الدرجة (1) تكررت 3 مرات, فهي لا تشعر بالحزن والكآبة, وأن

المستقبل غير مشجع و أنها تشعر بالملل أغلب الوقت, وبالنسبة للدرجة (0) تكررت 6 مرات, وهذا يدل على أنها ليست شخص فاشل وغير أثمة أو مذنبة,كما أنها لا تشعر بخيبة أمل في نفسها وليست لديها أفكار للإضرار بنفسها, وأنها لم تفقد إهتمامها بالناس,كما إختارت العبارة ذات الدرجة (2) والتي تكررت 4 مرات, معبرة أن لديها صعوبة شديدة في إتخاذ القرارات, ويجب أن تدفع نفسها بقوة لتقوم بأي شيء وتشعر بالإجهاد من أداء أي شيء, وشهيتها للأكل أصبحت أسوأ الأن, هذا الإختيار جاء مؤكدا لنتائج المقابلة النصف موجهة حينما قالت : (كنت نداوس مع ولادي ومنحبش نروح للديباليز, نفشل ونتقلق وزيد وليت نكره الشغل).

*** عرض نتائج تطبيق مقياس "Cooper Smith" للحالة الثالثة :**

- جدول رقم (14) يوضح نتائج مقياس"Cooper Smith" للحالة (ح.ع.ش) :

العبارات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجات	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0

- تحصلت الحالة (ح.ع.ش) على 12 درجة, والتي تقدر ب 48% بحيث تندرج هذه النتيجة ضمن "التقدير المتوسط للذات".

- جدول رقم (15) يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ح.ع.ش) :

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	المجموع
الذات العامة	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25	1/12
الذات الإجتماعية	5-8-14-21	3/4
المنزل والوالدين	6-9-11-16-20-22	6/6
العمل والمدرسة	2-17-23	2/3

*** تحليل نتائج مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات للحالة (ح.ع.ش)** : لم تتحصل المفحوصة في المقياس الفرعي الخاص بالذات العامة سوى على درجة من أصل (12) عبارة وهي

نتيجة ضعيفة جدا تؤكد عدم إستجابة المفحوصة لمرضها وأنها غير راضية بحالتها الصحية وهذا يظهر أن تقديرها كان سلبي فيما يخص الذات العامة وهذا ما أكدته النتائج المتحصل عليها أثناء تحليل المقابلة للمفحوصة.

كما تحصلت المفحوصة في المقياس الفرعي الخاص بالذات الإجتماعية على (3) درجات من بين (4) درجة وهي نتيجة جيدة تبين أن المفحوصة تحضى بدرجة جيدة بين أفراد أسرتها بصفة خاصة أما عن باقي الأفراد الآخرين مثل الأقارب والجيران فتكاد أن تكون منعدمة, وهذا ما تجلى كذلك أثناء تحليل نتائج المقابلة وبالتالي فالمفحوصة لها تقدير جيد لذاتها في جانب البنود الخاصة بالذات الإجتماعية.

أما فيما يخص المقياس الفرعي الخاص بالمنزل و أفراد الأسرة فتحصلت على (6) درجات أي إنطبقت جميع العبارات الستة و هذه النتيجة تدل على أن المفحوصة تعيش حياة أسرية جيدة في البيت وأن أفراد أسرتها يراعون مشاعرها ومتطلباتها و متفهمينها إلى أقصى حد وبالتالي المفحوصة لها تقدير جيد ومرتفع للبنود الخاصة بتقدير الذات في المنزل.

أما بالنسبة للمقياس الفرعي الخاص ببنود العمل تحصلت على درجتين من أصل (3) عبارات حيث إنطبقت على المفحوصة عبارتين (2-17), أما العبارة السالبة (23) والتي أجابت بتنطبق فهذا يعود إلى أنه ربما أفراد الأسرة لا ينتظرون منها هذا الشغل وعدم تكليفها به من أجل المحافظة على راحتها ونفسيتها المستقرة, وبالتالي فالحالة لها تقدير مرتفع في الجزء الخاص بالذات في العمل.

أما عن الدرجة الكلية التي تحصلت عليها المفحوصة في المقياس الخاص بتقدير الذات "Cooper Smith" فبلغت (20) درجة والتي تقدر ب (48%) وهي تندرج ضمن التقدير المتوسط للذات.

* **ملخص الحالة الثالثة** : نستنتج من خلال ما توصلنا إليه في المقابلة العيادية النصف موجهة وكذلك ما توصلنا إليه من خلال نتائج مقياس الإكتئاب والذي بلغ (11) درجة ومقياس تقدير الذات (20) درجة أي بنسبة (84%), وعليه نجد أن الحالة لديها إكتئاب متوسط وتقدير ذات متوسط.

4.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة :

تقديم الحالة الرابعة :

الإسم : ح. ج

الجنس : ذكر

السن : 60 سنة

المستوى التعليمي : متوسط

الحالة الإجتماعية : متزوج

عدد الإخوة : 04

المرتبة في العائلة : 03

عدد الأولاد : 07

المهنة : موظف

* **عرض وتحليل نتائج المقابلة للحالة الرابعة** : من خلال المقابلة التي أجريناها مع المفحوص تبين أن الحالة الصحية التي وصل إليها غير راضي و متقبل لها فهو رافض تماما لهذا المرض حيث ظهر هذا من خلال كلامه (مازال ما تقبلتوش لحد الأن).

وبخصوص الحياة النفسية فنلاحظ فيها بعض الإرتياح وبداية مسايرة هذه الوضعية حيث صرح بذلك (مرتاح نوعا ما بصح في الأول كنت رافض), (قتلهم خلوني نموت).

أما عن حياته العلائقية تتميز بأنها جيدة مع الآخرين والعائلة, وهذا ما يؤكده كلامه (عادي متعاونين معايا ومقدريني ونتواصل معاهم عادي).

وبخصوص النظرة المستقبلية فهو يأمل في العلاج والشفاء من أجل تحقيق أهدافه, هذا ما نجده في قوله (راني نخمم نتقاعد وندير جنان ونريح على روحي), (نتمنى الشفاء باه نحقق واش في بالي).

*** عرض نتائج تطبيق مقياس" Aron Beck" للإكتئاب للحالة الرابعة :**

- جدول رقم (16) يوضح نتائج مقياس "Aron BECK" للإكتئاب للحالة (ح.ج) :

العبارات	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	مجموع الدرجات	نوع الإكتئاب
الدرجات	1	1	1	1	0	0	0	2	3	0	3	3	1	16	شديد

*** تحليل نتائج مقياس "Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ح. ج)** : بعد تطبيق مقياس"Beck" للإكتئاب على المفحوص وصل مجموع الدرجات إلى (16) درجة, وتدل هذه النتيجة إلى وجود مستوى إكتئاب شديد عند المفحوص, وعليه فقد إتضح من خلال الإجابات التي إختارها المفحوص فنجد أن العبارات ذات الدرجة (1) تكررت 5 مرات, فهو يشعر بالحزن والكآبة وأن المستقبل غير مشجع, كما أنه يشعر بالفشل أكثر من الشخص المتوسط, وأنه يشعر بالملل أغلب الوقت وأن شهيته للأكل ليست جيدة كما كانت, أما عن العبارات ذات الدرجة (0) فتكررت 4 مرات حيث أجاب بأنه لا يشعر بأنه أثم أو مذنب ولا يشعر بخيبة أمل في نفسه, وليست لديه أفكار بالإضرار بنفسه, كما أنه لا يشعر أنه يظهر أسوأ مما إعتاد أن يظهر به من قبل, كما ورد إختيار العبارات ذات الدرجة (2) مرة واحدة, معبرا عن ذلك أنه فقد أغلب إهتمامه بالناس ولديه مشاعر قليلة إتجاههم و بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (3) فقد تكررت 3 مرات, فهو لا يستطيع إتخاذ أي قرار بعد الأن ولا يستطيع أن يقوم بأي عمل على الإطلاق, وأنه في منتهى الإجهاد لدرجة أنه لا يستطيع عمل أي شيء, هذا الإختيار لهذه العبارات أكدته نتائج المقابلة النصف موجهة قائلا : (أثر عليا لمرض ياسر, وليت مهمل ونتعب ياسر), (دركا مانيش نخدم بسباب مرضي).

*** عرض نتائج تطبيق مقياس "Cooper Smith" للحالة الرابعة :**

- جدول رقم (17) يوضح نتائج مقياس "Cooper Smith" للحالة (ح.ج) :

العبارات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجات	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1

- تحصلت الحالة (ح.ج) على 10 درجات, والتي تقدر ب 40% بحيث تندرج هذه النتيجة ضمن "التقدير المنخفض للذات".

- جدول رقم (18) يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ح.ج) :

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	المجموع
الذات العامة	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25	2/12
الذات الإجتماعية	5-8-14-21	2/4
المنزل والوالدين	6-9-11-16-20-22	3/6
العمل والمدرسة	2-17-23	3/3

*** تحليل نتائج مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات للحالة (ح. ج)** : تحصل المفحوص في المقياس الفرعي الخاص بالذات العامة على درجتين من أصل (12) عبارة مكونة لهذا الجزء وهي نتيجة ضعيفة, حيث إنطبقت العبارتين (19-25) أما باقي العبارات فلم تتحقق, وهذا يظهر أن المفحوص غير متقبل للوضع وغير راضي بحالته الصحية وبالتالي فالمفحوص له تقدير ذات منخفض في بنود الذات العامة.

أما بالنسبة للمقياس الفرعي الخاص بالذات الإجتماعية فتحصل المفحوص على درجتين من بين (4) عبارات بين هذا أن مكانته الإجتماعية متوسطة, فالعبارتين (14-21) لم تنطبق على المفحوص بإعتبار أن الناس لا يتبعون أفكاره ويرى أن معظم الناس محبوبون أكثر منه, وبالتالي فالنتيجة التي تحصل عليها تبين أن مكانته ليست موجودة بدرجة عالية, إذن فالمفحوص له تقدير ذات متوسط في بنود الذات الإجتماعية.

وبخصوص المقياس الفرعي الخاص بالذات في المنزل فتحصل على (3) درجات من (6) وهي نتيجة متوسطة, تبين أن أفراد الأسرة يراعون الظروف الصحية للمفحوص, أما عن العبارات التي تنطبق على المفحوص (06-11-22) يتضايق بسرعة في المنزل وأنه يشعر بأن العائلة تنتظر منه الأكثر, وهذا

يعود إما لصغر البيت أو لكثرة أفراد الأسرة وهو ما يسبب له إحساس بالضيق وبالتالي فالمفحوص له تقدير ذات متوسط في الجزء الخاص في بنود الذات في المنزل.

وفيما يخص المقياس الفرعي الخاص بالذات في العمل فإنطبقت جميع العبارات أي تحصل على (3) درجات وهي نتيجة جيدة, تظهر أن له ثقة عالية بذاته لا تعارضه أي صعوبة ومتشجع من جميع الجهات. فتقدير الذات مرتفع في البنود الخاصة بالذات في العمل. وعليه فالدرجة الكلية التي تحصل عليها المفحوص في مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات هي (10) درجات والتي تقدر ب (40%) وتصنف هذه النتيجة ضمن التقدير المنخفض للذات.

* **ملخص الحالة الرابعة** : نستخلص من خلال ما توصلنا إليه في المقابلة العيادية النصف موجهة وكذلك ماتوصلنا إليه في مقياس الإكتئاب والذي بلغ (16) درجة ومقياس تقدير الذات (10) درجات أي بنسبة (40%) حيث نجد أن الحالة تعاني من إكتئاب شديد وإنخفاض في تقدير الذات.

5.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة :

تقديم الحالة الخامسة :

الإسم : ف. ع

الجنس : ذكر

السن : 30 سنة

الحالة الإجتماعية : متزوج

المستوى التعليمي : ثانوي

عدد الإخوة : 04

المرتبة في العائلة : 01

عدد الأولاد : 01

المهنة : موظف

* **عرض وتحليل نتائج المقابلة للحالة الخامسة** : من خلال المقابلة نصف الموجهة للمفحوص لاحظنا أنه متقبل لحالته الصحية ومتفهم أيضا, يشعر بإرتياح وهذا ما تبين في كلامه (إرتحت بعدما سمعت بوجود زراعة الكلى).

أما عن الحياة النفسية فتتسم بنوع من الكراهية والملل من جراء المعانات من المرض و عدد مرات التصفية, حيث قال (نكره باه ندير الديالیز خطرات نروح محتم وخطرات نكون نافح حسب المورال) (وكي نتفكر روحي مريض نفشل).

وبخصوص الحياة العلائقية فهي عادية مع عائلته والمحيطين به و لا تواجهه أي صراعات (عائلتي متفهمة وضعي و زوجتي).

أما النظرة المستقبلية فهو يأمل في الشفاء والعيش بشكل طبيعي وفي هناء (نتمنى نقوم بالعملية هكذا باش نرتاح ونعيش حياتي طبيعي).

* **عرض نتائج تطبيق مقياس "Aron Beck" للإكتئاب للحالة الخامسة :**

- **جدول رقم (19) يوضح نتائج مقياس " Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ف.ع) :**

العبارات	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	عـــــدد الدرجات	نـــــــوع الإكتئاب
الدرجات	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	2	07	خفيف

* **تحليل نتائج مقياس "Aron Beck" للإكتئاب للحالة (ف. ع)** : بعد حساب مجموع النقاط المستمدة من تطبيق إختبار "Beck" للإكتئاب على المفحوص بلغ مجموع الدرجات (7), وتشير هذه النتيجة إلى وجود مستوى إكتئاب خفيف عند المفحوص, ومن خلال الإجابات التي أعطاها المفحوص في البنود التي إختارها, أن العبارات ذات الدرجة (0) تكررت 7 مرات, فهو لا يشعر بالحزن وليس متشائما على وجه الخصوص وليس مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل, كما أنه لا يشعر بأنه شخص فاشل وغير أثم أو مذنب, ولا يشعر بخيبة الأمل في نفسه وكذلك ليس لديه أفكار للإضرار بنفسه ولا يظهر أسوء مما إعتاد أن يظهر به من قبل, هذا الإرتياح الذي صرح به المفحوص أكدته المقابلة النصف موجهة قائلا : (ما حسيت بوالو وقت التشخيص), (خطرات نكون نافح باه

ندير الديالیز وخطرات نکره), (إرتحت بعد ما سمعت بعملية زراعة الكلى), أما بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (1) فتكررت 5 مرات, حيث عبر من خلالها أنه يشعر بالملل أغلب الوقت وأنه أقل إهتماما بالناس مما تعود عليه, ويحاول تأجيل القرارات وأنه يبذل بعض الجهد لكي يبدأ العمل ويشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعود عليه من قبل, كما إختار العبارات ذات الدرجة (2) والتي ورد تكرارها مرة واحدة, معبرا عن ذلك بأن شهيته أصبحت أسوأ الأن, وعليه فالمفحوص يعاني من مستوى إكتئاب خفيف وهذا ما يؤكد أن المرض لم يؤثر على حالته بشكل متفاقم.

*** عرض نتائج تطبيق مقياس "Cooper Smith" للحالة الخامسة :**

- **جدول رقم (20) يوضح نتائج مقياس "Cooper Smith" للحالة (ف.ع) :**

العبارات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجات	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1

- تحصلت الحالة (ف.ع) على 17 درجة, والتي تقدر ب 68% بحيث تندرج هذه النتيجة ضمن "التقدير المرتفع للذات".

- **جدول رقم (21) يوضح نتائج المقاييس الفرعية لتقدير الذات للحالة (ف.ع) :**

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	المجموع
الذات العامة	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25	4/12
الذات الاجتماعية	5-8-14-21	2/4
المنزل والوالدين	6-9-11-16-20-22	4/6
العمل والمدرسة	2-17-23	3/3

*** تحليل نتائج مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات للحالة (ف. ع)** : تحصل المفحوص في المقياس الفرعي الخاص بالذات العامة على (9) درجات من أصل (12) عبارة وهي نتيجة مرتفعة

تبين إستجابة المفحوص الذي تقبل مرضه وحالته الصحية وأظهر إرتياح في مسايرة هذا المرض, لذا نجد أن له تقدير إيجابي لذاته في بنود الذات العامة, أما بالنسبة للعبارة (13) لم يتحصل فيها على درجة وهذا يعود ربما للإرتباك الذي يحصل له في حياته, أما العبارتين (3-24) لم يتحصل على أي درجة وهذا يعود ربما لبعض النقص الذي يعاني منه في حياته الشخصية.

وفيما يخص المقياس الفرعي الخاص بالذات الإجتماعية تحصل على (2) درجة من أصل (4) وهي نتيجة متوسطة تبين أن مكانة المفحوص موجودة لكن ليس بدرجة عالية أما العبارتين (8-21) لم يتحصل المفحوص على أي درجة وهذا لأنه يرى نفسه غير محبوب بين الأشخاص وأن معظم الناس محبوبون أكثر منه, وهذا ما تبين من خلال المقابلة وعليه فالمفحوص له تقدير ذات إجتماعي متوسط.

أما بالنسبة للمقياس الفرعي الخاص بالذات في المنزل فتحصل المفحوص على (4) درجات من أصل (6) وهي نتيجة حسنة تبين أن عائلته متفهمة لوضعه وخاصة زوجته وهو ما صرح به أثناء المقابلة,فيما يخص العبارتين هذا يعود إلى الفشل والضعف الذي ينتابه أحيانا فيشعر بأنه مطالب بأشياء من طرف العائلة وأنهم ينتظرون الكثير منه وعلى العموم فتقدير الذات للمفحوص بالنسبة لبنود الذات في المنزل مرتفع.

أما عن المقياس الفرعي الخاص بالذات في العمل فإنطبق على المفحوص العبارات الثلاث, المفحوص له تقدير ذات جيد, وهذا يعود إلى أن المفحوص يتلقى تشجيع ولا تضايقه أي أمور في عمله ومتفهم فيما يقوم به من أعمال ولا تعارضه صعوبات في مواجهة الناس والتحدث معهم, الدرجة الكلية التي تحصل عليها المفحوص في مقياس "Cooper Smith" لتقدير الذات هي (17) درجة والتي تقدر ب (67%) و تندرج ضمن التقدير المرتفع لتقدير الذات.

* **ملخص الحالة الخامسة** : نستنتج من خلال ما توصلنا إليه في المقابلة العيادية النصف موجهة وأيضا ما توصلنا إليه في مقياس الإكتئاب والذي بلغت نتيجته (07) درجات و في مقياس تقدير الذات (17) درجة أي بنسبة (67%), بالتالي نجد أن الحالة لديها إكتئاب خفيف وتقدير مرتفع للذات.

2. مناقشة الفرضيات : إنطلاقا من الدراسات السابقة ومما توصل إليه الكثير من العلماء فيما يتعلق بتأثير المرض الجسدي على الحالة النفسية للفرد وكذا تأثيره على تقدير الذات لديه وكذلك إمكانية حدوث إضطرابات نفسية مثل الإكتئاب, إرتأينا في بحثنا هذا أن ندرس متغير الإكتئاب ومتغير تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن, بحيث أن الدراسات السابقة التي قمنا بتناولها في هذا البحث تطرقت إلى تناول موضوع القصور الكلوي المزمن بجوانب نفسية متعددة بحيث نجد منها من تتوافق مع دراستنا وبعضها يختلف عنها في بعض الجوانب,و منه حاولنا التأكد من صحة الفرضيات التي مفادها :

- يعاني الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن من حالة إكتئاب شديد.
- يعاني الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن من إنخفاض في تقدير الذات.

وبعد إجراء المقابلات العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس الإكتئاب وكذا مقياس تقدير الذات على مجموعة البحث توصلنا إلى عدة نتائج, والتي تنفي الفرضية الأولى والثانية, وهي أن معظم الحالات لا يعانون من الإكتئاب الشديد ولا من الإنخفاض في تقدير الذات.

– مناقشة الفرضية الأولى : خلال تطبيق مقياس الإكتئاب, وكذا المقابلة النصف موجهة توصلنا إلى النتيجة التالية وهي نفي الفرضية الأولى والتي مفادها يعاني الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن من حالة إكتئاب شديد, بحيث أن أربع حالات لم يتحصلوا على درجة إكتئاب شديد وما لوحظ عند هذه الحالات قوة المعتقدات الدينية التي كان لها دور في مسايرة ودرجة تقبل المرض وهذا ما جاء متوافق مع دراسة "Matthews" ودراسة "Patel" بأن المعتقدات الدينية قد تقوم بدور آليات توافق للمريض الذي يعاني من الفشل الكلوي المزمن, وأن المعتقدات الدينية ترتبط بإدراك الإكتئاب وآثار المرض والدعم الإجتماعي وجودة الحياة, لكن جاء متنافيا مع دراسة "محمد العمراني وعلال بلال" التي هدفت لمعرفة الإضطرابات النفسية الناتجة عن الغسيل الكلوي المزمن وتمثلت نتائج دراستهم بأن الإكتئاب هو أكثر الإضطرابات المصاحبة للقصور الكلوي المزمن. أما الحالة الرابعة توصلنا فيها إلى النتيجة التالية أنها تعاني من إكتئاب شديد وهذا ما جاء متوافقا مع دراسة كل من "عبد المعطى" في تأثير الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن على نسبة ذكاء المريض وبخاصة عند الإصابة بالمرض في سن مبكرة وأكدت على زيادة نسبة الإصابة بمرض الإكتئاب بصورة

مرتفعة بين المرضى, وفى دراسة "الطيب" توصل إلى أن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المريض كإضطراب اللياقة الجسمية واللياقة النفسية,كما أكدت على أن الإكتئاب والعناية الذاتية التى يقوم بها المريض تعتبر من العوامل المؤثرة على نوعية حياة المريض, فما لوحظ على الحالة أثناء المقابلة أن لديها معاناة كبيرة من جراء الإصابة لدرجة أنها تكرر عبارات الرفض وعدم التقبل والتفكير في الموت في كل حين, وكذلك خلفت لديهاحالة إحباط أثرت على نفسيتها وأدى إلى ظهور هذه الإضطرابات المتناولة في الدراسة إكتئاب, حزن وقلة الثقة هذه المشاكل التي تعانيها الحالة كذلك جاءت متوافقة لما توصلت إليه دراسة "wangel et al" بأن الأثار النفسية السائدة عند مرضى الفشل الكلوي المزمن هي الإكتئاب والقلق.

– **مناقشة الفرضية الثانية** : من خلال ما توصلنا إليه بتطبيق مقياس تقدير الذات, وكذا المقابلة النصف موجهة, توصلنا إلى النتيجة التالية و هي نفي الفرضية الثانية والتي مفادها أن الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن يعاني من إنخفاض في تقدير الذات, بحيث أن الحالات الأربعة لم يتحصلن على مستوى تقدير ذات منخفض, فعلى الرغم من الأثر الذي يحدثه هذا المرض إلا أن الحالات كانوا متقبلين وراضين بهذه الإصابة وملتزمين بالعلاج, وهذا ما جاء متوافقا مع دراسة "ن. قنديل" إلى وجود علاقة موجبة بين الثقة بالنفس وتقدير الذات يرغب الفرد في الحصول على إحترام وتقدير الآخرين لشخصيته, أما دراسات " Aleksander" و "Salt" فجاءت متنافية أي أن مريض القصور الكلوي المزمن يعيش إحباطات مختلفة تؤثر على حالته النفسية وتجعله غير مطمئن يخاف دائما و يشعر بإنهيار الثقة بالنفس, والتي تعتبر بدورها إحدى ركائز تقدير الذات.

أما الحالة الرابعة من خلال النتيجة التي توصلنا إليها نجدها تعاني من إنخفاض في تقدير الذات, هذا ما جاء متوافقا مع دراسة "عوض الله وأخرون" بأن حجم تأثير مرض الفشل الكلوي المزمن على تقدير الذات لدى المرضى يحدث تغييرا في السلوك, فينسحب المريض من الأنشطة الإجتماعية المعتادة ويكون أقل إنتاجية وهذا يعود بأن الحالة رافضة وغير متقبلة للمرض, كما أن علاقتها تقتصر على أشخاص معينين وتؤكد أنها ترفض مواصلة العمل بسبب المعاناة النفسية التي خلفها المرض, كما أن هذه النتيجة جاءت متوافقة أيضا مع دراسة "wangel et al" التي تشير إلى أن الأثار النفسية السائدة عند مرضى الفشل الكلوي المزمن هي الإكتئاب والقلق و إنخفاض في مستوى تقدير الذات

وهــذا مــا يــؤدي إلى تغــيرات في التفــاعلات والأدوار الأســرية للمرضــى وعــدم قــدرتهم علــى العمل,مصحوبين بمشاعر فقدان السيطرة والخوف من الموت.

– ومـن منطلـق مناقشـة الفرضـيات في هـذا البحـث علـى حسـب الدراسـات السـابقة يمكننـا القـول أن الفرضـيات لم تتحقـق وبالتـالي لم نتوصـل إلى مـا توصـلت إليـه بعـض الدراسـات السـابقة, فنتـائج دراستنا تبقى نسبية تخص حالات الدراسة فقط.

3. الإستنتاج العام : من خلال البحث الذي قمنا به تبين لنا أن مرضى القصور الكلوي المزمن لا يشتكون من حالة إكتئاب شديد ولا إنخفاض في تقديرهم لذواتهم, رغم أن حياتهم مرهونة بالألة لإجراء عملية الغسيل الكلوي فالبعض تقبلها والأخر يعاني منها نفسيا, بالإضافة إلى كون المرض من النوع القاتل ببطء والمهدد لحياة الكثير من المرضى, إذ أن الفرد المصاب بهذا الداء يستطيع العيش به لسنوات, إلا أن مأله الحتمي هو أن يكون حبيس الألة بإستثناء الحالات التي تقوم بزرع الكلية.

وقد إفترضنا في بادئ الدراسة أن الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن والخاضع لعملية الإستصفاء يعاني من حالة إكتئاب شديد و يعاني من التقدير المنخفض للذات, وعليه إعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي وتطبيق مقاييس الإكتئاب و مقياس تقدير الذات على 5 حالات تراوحت أعمارهم بين (60-30) سنة, ولكن بعد عرض وتحليل النتائج ومناقشتها توصلنا إلى نتيجة مفادها نفي الفرضيات التي إنطلقنا منها والمعتمد عليها في إنجاز هذا البحث, إذا وجدنا أغلبية أفراد البحث لا يعانون من حالة إكتئاب شديد, ويتميزون بتقدير بين المتوسط و المرتفع لذواتهم وهذا بفضل قدرتهم على التكيف مع المرض رغم أعراضه, وتجاوزه عن طريق وضع الثقة في أنفسهم والتقييم الجيد لذواتهم وكذلك دور الأسرة في تقديم الدعم النفسي وغرس روح التفاؤل لديهم لمسايرة المرض. فالبرغم من أن مرضى القصور الكلوي المزمن لا يشتكون من الإكتئاب الشديد والإنخفاض في تقدير الذات إلا أن هذا لا يمنع حاجتهم الكبيرة والملحة إلى العناية والإهتمام بهم من طرف الأخصائيين النفسانيين للتخفيف من شدة المعاناة النفسية التي يعيشونها يوم بيوم, وألام الألة التي تصاحبهم طيلة حياتهم فهذا المريض ليس بحاجة إلى عملية الإستصفاء فقط, وإنما بحاجة إلى الرعاية الوالدية والأسرية و بحاجة إلى الإهتمام والتكفل النفسي ليعيش حياة طبيعية رغم المعاناة, وعليه تقدم الطالبة مجموعة من الإقتراحات.

4. الإقتراحات :

- ✓ إعداد برامج ترفيهية دورية للتخفيف من معاناة المريض بالقصور الكلوي المزمن.
- ✓ تعزيز دور الجمعيات في تلبية إحتياجات هذه الفئة.
- ✓ القيام بمثل هذه الدراسات على الفئات الأخرى مثل فئات المراهقين والشيوخ.
- ✓ مواصلة الدراسة حول هذا الموضوع لكن بمجموعة بحث كبيرة.
- ✓ ضرورة تعدد قاعات العلاج أثناء حصص التصفية من أجل فصل المرضى على حسب الجنس والسن وذلك لتفادي الإحراج الذي يقع فيه بعض المرضى.
- ✓ تفعيل الوسائل الإعلامية المختلفة التي تلعب دورا كبيرا في توعية الناس من أجل إكتشاف المرض في وقته وتشخيصه والتعجيل بالعلاج من أجل أن تكون النتيجة إيجابية.

الخاتمة :

تطرقنا في موضوع بحثنا هذا إلى تسليط الضوء على درجة الإكتئاب و مستوى تقدير الذات لدى الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن, والخاضعين إلى تصفية الدم, حيث أنه يصيب كل الفئات والأعمار, التي من بينها فئة الراشدين المستهدفة في هذه الدراسة, فالقصور الكلوي من بين المواضيع التي تستقطب الإهتمام خاصة من الجانب النفسي لهذه الشريحة, والذي يتسبب في تغيير جذري لديهم في المحيط الأسري والإجتماعي, فيشكل لهم عادة هاجسا ضاغطا نتيجة جلسات الغسيل الدموي المتعبة والدائمة, وهذا الذي توصلت إليه نتائج بعض الدراسات السابقة التي أوضحت أن المصاب بالقصور الكلوي المزمن يكون في حالة نفسية متدهورة تؤدي إلى الكثير من الإضطرابات النفسية, والتي تحمل في مضمونها مشاعر العجز والحزن واليأس مما جعل المريض أكثر عرضة للإكتئاب, وهذا يؤثر في مستوى تقدير الذات لديه.

فبعد النتائج التي تحصلنا عليها من خلال المقابلة النصف موجهة, وإستخدام مقياس الإكتئاب ومقياس تقدير الذات, قد توصلنا إلى مدى أهمية إحساس مجموعة البحث بالتفاؤل والشعور بالرضا مما يجعلهم أقل عرضة لمشاعر الإكتئاب, حيث كانت درجات الإكتئاب لدى الأغلبية منخفضة وهذا يعود لمدى أهمية تقدير الذات في حياتهم وتأثيرها في مواجهة مواقف الحياة الصعبة مما جعلهم في مستوى مرتفع لتقدير ذواتهم, بحيث لم يؤثر فيهم عامل المرض بالسلب وهذا راجع لعدة عوامل مؤثرة بصورة مباشرة وغير مباشرة في هذان المفهومان السيكولوجيان والذي جعلهم في الأخير ينظرون للحياة بنظرة إيجابية ويرضوا ويتقبلوا وضعهم الصحي كما هو ويواصلوا حياتهم بشكل عادي, فهذا يدل على أنه يوجد إختلاف بين البشر في تحمل الصعوبات ومواجهتها, بمعنى أن هناك إختلاف في قوة الشخصية وقوة الوازع الديني, فالبتالي ينتج عنه إختلاف في درجة الإكتئاب ومستوى تقدير الذات, كما أنه لايوجد لعوامل النوع والسن ومدة العلاج أي تأثير في درجة ومستوى هذين المفهومين.

المراجـــع

قائمة المراجع :

❖ **المراجع العربية :**

01. إبراهيم, عبد الستار (1998) : " **الإكتئاب إضطراب العصر الحديث** ", دار المعرفة للنشر والتوزيع, مصر.أبو جعفر, محمد عبد الله العابد (2014) : " **علم النفس النمو للسنة الثالثة لمرحلة التعليم الثانوي, شعبة العلوم الإجتماعية** ", مركز المناهج التعليمية و البحوث التربوية للطبع و النشر, ليبيا, ط2.

02. إبراهيم, عبد الستار (1999) : " **علم النفس الإكلينيكي** ", مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة, مصر, ط1.

03. أبو جادو, صالح محمد علي (2008) : " **سيكولوجية التنشئة الإجتماعية** ", دار المسيرة, عمان, الأردن, ط1.

04. أبو خليل, جهدة كامل (2001) : " **نساء تخطين الحواجز، سيرة ذاتية لنساء تحدين الإعاقة** ", بيروت, لبنان, ط1.

05. أبوزيد, محمد عبد الحميد (2001) : " **الإكتئاب ودراسة سكوباتولوجية** ", دار المعرفة للنشر, الإسكندرية, مصر.

06. أبوزيد, محمد عبد الحميد (2006) : " **الفشل الكلوي : الوقاية و العلاج** ",دار المعارف, القاهرة, مصر.

07. إحسان علي شرف. ميرة, كمال (2005) : " **علم التشريح (دراسة عامة لبنيان جسم الإنسان)** ", مؤسسة الثقافية الجامعية, الإسكندرية, مصر.

08. أرجايل, ميشيل, ترجمة عبد الستار, إبراهيم (1982) : " **علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية** ", مكتبة مدبولي, القاهرة, مصر.

09. البار, محمد علي (1992) : " **الفشل الكلوي : أسبابها وطريقة الوقاية منها وعلاجها** ", دار القلم، بيروت, لبنان.

10. الحجار, محمد حمدي (2001) : " **الطب السلوكي** ", دار الملايين, بيروت, لبنان.

11. الحمادي, أنور (2014) : " **معايير DSM5** ", إعداد وتوزيع جهاد محمد حمد.

12. السويداء, عبد الكريم (2010) : " **المرشد الشامل لمرض الفشل الكلوي** " ,وهج الحياة للنشر, المملكة العربية السعودية, ط1.

13. الشربيني, لطفي (2001) : " **الإكتئاب : الأسباب والمرض والعلاج** ", دار النهضة العربية, بيروت, لبنان, ط1.

14. الصبور, محمد صادق (1989) : " **أمراض الكلى وزرع الأعضاء** ", دار القلم,بيروت, لبنان, ط 1.

15. الطويل, عزت عبد العظيم (1999) : " **معالم علم النفس المعاصرة** ", دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, مصر, ط2.

16. العيسوي, عبد الرحمان (2011) : " **الدراسة العلمية للصحة النفسية** ", دار طيبة للنشر والطباعة, القاهرة, مصر, ط1.

17. القاسم, جمال مثقال (2000) : " **الإضطرابات السلوكية** ", دار الصفاء للنشر والتوزيع, عمان, الأردن, ط1.

18. الكرمي, زهير (1988) : " **الأطلس العلمي, فيزيولوجيا الإنسان** ", دار الكتاب اللبناني, بيروت, لبنان.

19. الميلادي, عبد المنعم (2004) : " **الأمراض والإضطرابات النفسية** ", مؤسسة شباب الجامعة, الإسكندرية, مصر.بطرس, حافظ بطرس (2008) : " **التكيف و الصحة النفسية للطفل** ", دار المسيرة, عمان, الأردن, ط1.

20. بدوي, عبد الرحمان (1999) : " **مناهج البحث العلمي** ", وكالة المطبوعات,الكويت.

21. بشرى, صمويل تامر (2007) : " **الإكتئاب والعلاج بالواقع** ", مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة, مصر.

22. بن سلمان, فهد (2001) : " **الكشف المبكر والوقاية والعلاج المحافظ عند مرضى الكلى المزمنين** ", دار كلانا, المملكة العربية السعودية.

23. بورقبة, أمال (2000) : " **الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة** ", دار النساء, الجزائر, ط1.

24. تايلور, شيلي (2008) : " **علم النفس الصحة** ", ترجمة درويش, وسام. شاكر طعمية داود, فوزي, دار الحامد للنشر والتوزيع, عمان, الأردن, ط1.

25. جلال, سعد (1985) : " **الصحة العقلية** ", دار الفكر العربي, القاهرة, مصر.

26. خير الله, سيد (1981) : " **مفهوم الذات : أسسه النظرية والتطبيقية** ", دار النهضة العربية للنشر, بيروت, لبنان, ط1.

27. دافيدوف, ليندا (2000) : " **الشخصية – الدافعية– الإنفعالات** ", ترجمة سيد الطواب, محمود عمر, الدار الدولية للإستثمارات الثقافية, القاهرة, مصر, ط 1.

28. دويدار, عبد الفتاح محمد (1992) " : **سيكولوجية العالقة بين مفهوم الذات و الإتجاهات**, دار المعرفة الجامعية, مصر.

29. دويدار, عبد الفتاح محمد (1996) : " **سيكولوجية النمو و الإرتقاء** ", دار المعرفة، الإسكندرية, مصر.

30. روترز, جوليان (1985) : " **علم النفس الإكلينيكي** ",دار المعرفة الجامعية, مصر.

31. زهران, حامد عبد السلام (1974) : " **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ", الهيئة المصرية العامة للكتاب, القاهرة, مصر.

32. زهران, حامد عبد السلام (1996) : " **علم النفس النمو و المراهقة** ",كلية التربية, القاهرة, مصر, ط4.

33. سليم, مريم (2003) : " **تقدير الذات والثقة بالنفس** ", دار النهضة العربية,بيروت, لبنان.

34. عايدة ذيب عبد الله, محمد (2010) : " **الإنتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة** ", دار الفكر, عمان, الأردن, ط1.

35. عباس, سوسن. سيد شبر, حبيب. عبد الخالق, أحمد (2005) : " **إتجاهات الأبناء نحو أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالإكتئاب لدي عينة من المراهقين الكويتيين** ", دراسات نفسية ، المجلد 15– العدد 2، مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة, مصر.

36. عبد الحافظ,ليلى عبد الحميد (1982) : " **مقياس تقدير الذات للصغار و الكبار** ",دار النهضة, القاهرة, مصر.

37. عبد الحافظ, ليلى عبد الحميد (1985) : " **مقياس تقدير الذات للصغار و الكبار** ", دار النشر للمعرفة, القاهرة, مصر.

38. عبد الخالق, أحمد (2008) : " **الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي** ", مجلة الدراسات النفسية, مجلد 18, بيروت, لبنان, ط 1.

39. عبد الله, معتز سيد (2000) : " **بحوث في علم النفس الإجتماعي و الشخصية** ", دار غريب, المجلد الثالث, القاهرة, مصر.

40. عسكر, عبد الله (1988) : " **الإكتئاب النفسى بين النظرية و التشخيص** " ,مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة, مصر.

41. عكاشة, أحمد (2008) : " **الطب النفسي الحديث** ", الأنجلو المصرية, القاهرة.

42. عكاشة, أحمد (1992) : " **الطب النفسي المعاصر, مكتبة الأنجلو المصرية**", مصر, ط2.

43. غانم, محمد حسن (2006) : " **الإضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية** ", مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة, مصر, ط1.

44. فايد, حسين علي (2001) : " **الإضطرابات السلوكية** ", دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان, الأردن, ط1.

45. قطامي, يوسف محمود (2009) : " **مدخل إلى علم النفس** ", دار الفكر للنشر والتوزيع, مصر.

46. محمد سليمان, سناء (2008) : " **الأمراض النفسية والأمراض العقلية** ", عالم الكتب, القاهرة, مصر, ط1.

47. مخلوف, إقبال إبراهيم (2005) : " **الرعاية الإجتماعية وخدمات المعوقين** ",دار المعرفة الجامعية, مصر.

48. مدحت, عبد الحميد (2001) : " **الإكتئاب دراسة في السيكوبامترية** ", دار المعرفة الجامعية, القاهرة, مصر, ط1.

49. مرتاض نفوسي, لمياء (2015) : " **ديناميكية البحث في العلوم الإنسانية** ", دار هومة, الجزائر.

50. ودورث, روبرت, ترجمة : الدسوقي, كمال (1981) : " **مدارس علم النفس المعاصرة** ", دار النهضة العربية للطباعة والنشر, بيروت, لبنان.

51. يحياوي, محمد جمال (2003) : " **دراسات في علوم النفس** ", دار الغريب, وهران.

❖ **الدوريات والمجلات :**

59. رؤيا, البهكلي (2010) : " **الفشل الكلوي وخيارات العلاج** ", مستشفى الملك فيصل ومركز الأبحاث, قسم خدمات التثقيف الصحي, المملكة العربية السعودية.

60. صباح قاسم, الرفاعي (2010) : " **مستوى الطموح وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من طالبات الدراسات العليا بجامعة الملك عبد العزيز بجدة** ", مجلة الإرشاد النفسي – مركز الإرشاد النفسي.

61. عادل, حلواني وأخرون (2000) : " **نفسية المصابين بالقصور الكلوي المزمن, المجلة السعودية لأمراض الكلى** ", السعودية, العدد2.

62. عبد السلام, زهران حامد (1988) : " **الأمن النفسي دعامة أساسية للأمن القومي العربي والعالمي** ", ندوة الأمن القومي العربي, إتحاد التربويين العرب, بغداد.

63. فادي, عليان (2010) : " **الغذاء والحمية الغذائية لمرضى السكر** ", مجلة بلسم جمعية, الهلال الأحمر الفلسطيني, العدد 423.

64. محمد, السنيد (2010) : " **الفشل الكلوي وكيفية التعامل معه** ", مجلة بلسم جمعية, الهلال الأحمر الفلسطيني, العدد 426.

❖ **الرسائل العلمية :**

65. جميلة, بلعزوق (1991) : " **الكفالة النفسية لذوي العجز الكلوي المزمن بإستخدام تقنيات معرفية سلوكية** ", رسالة ماجستير, علم النفس العيادي, جامعة الجزائر.

66. زبيدة, أمزيان (2007) : " **علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية** ", مذكرة لنيل شهادة الماجيستر في علم النفس المدرسي, جامعة باتنة.

67. صباح, جعفر (2010) : " **تقدير الذات وعلاقته بدافعية الإنجاز** ", مذكرة لنيل شهادة الماجيستر في علم النفس الإجتماعي, جامعة بسكرة.

68. نزيم, صرداوي (2009) : " **المحددات غير الذهنية للتفوق الدراسي** ",أطروحة دكتوراه, قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا, جامعة الجزائر.

❖ **المراجع الأجنبية :**

69. Christopher. J.Mruk.D (2006) : " **Self-Esteem Research, Theory, And Practice** ", 3rd Edition, New York**.**

70. Hildebrandt.D (2007) : " **Relationship Between Body Image And Self Esteem Of Ninth And Twelfth Graders** ", From : www.uwstout.edu/lib/theis/2007.

71. Manos.D.Bueno.M.Mateos.N. and Torre.A (2005) : " **Body Image In Relation To Self-Esteem In A Sample Of Spanish Women with Early-Stage Breast Cancer, Psychology** ", V.2, N.1.

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

73. Traywick.V (2007) : " **Depression In The Elderly** ", From : www.arfamilies.org/health_nutrition/aging/depression.pdf.

الملاحـق

❖ **الملحق رقم (01) : المقابلة النصف الموجهة.**

1- المحور الأول : البيانات الشخصية :

- الجنس :
- السن : قداه في عمرك.
- المستوى التعليمي : وين وصلت (ي) فلقراية؟
- الحالة الإجتماعية : عازب (ة) ولا مزوج (ة)؟
- عدد الإخوة : قداه عندك خاوتك وخواتتك؟
- المرتبة في العائلة : شحال رقمك بين خاوتك وخواتاتك.؟
- عدد الأولاد : قداه عندك دراري؟
- المهنة : وش تخدم (ي) ؟

2- المحور الثاني : الحالة الصحية :

- تحدث عن بداية مرضك ؟ إحكيلي على مرضك.
- كيف بدأ مرضك : تدريجيا ؟ فجأة ؟ كيفاه بداك ؟ على غفلة ؟ ولا بتدريج ؟
- كيف كانت ردة فعلك بعد تلقيك خبر إصابتك بهذا المرض ؟ كيفاه كانت reaction كي خبروك بلي راك (ي) مريض (ة) ؟
- ما مدى معرفتك بهذا المرض ؟ أسكو عندك دراية على هذ المرض ؟
- ماهي الظروف التي تعمل على إنخفاض مرضك ؟ واش دير (ي) باه تخفف (ي) من مرضك ؟
- ماهي الظروف التي تعمل على زيادة مرضك ؟ واش هما الحوايج اللي يزيدو عليك فالمرض ؟

3- المحور الثالث : الحياة النفسية :

- ماهو شعورك أثناء وبعد قيامك بعملية الديباليز ؟ واش حسيت (ي) قبل وبعد ديباليز؟
- كيف هي نظرتك لذاتك ؟ كيفاه تشوف (ي) في روحك ؟
- هل حدث وأن حاولت الإنتحار ؟ أسكو حبيت (ي) تسويسيدي
- هل سبق لك وأن تناولت مضادا الإكتئاب ؟ أسكو كليت (ي) دواء مضاد للإكتئاب ؟
- هل أثر المرض على نفسيتك في إنجاز أعمالك اليومية ؟ أسكو أثر عليك المرض كي تجي تخدم (ي) صوالحك ؟

4- المحور الرابع : الحياة العلائقية :

- كيف تعيش مع عائلتك ؟ ومع محيطك ؟ كيفاه عايش (ة) مع داركم؟
- كيف تتعامل في مكان عملك ؟ كيفاه تتعامل (ي) في خدمتك ؟

5- المحور الخامس : النظرة المستقبلية :

- كيف كانت نظرتك للمستقبل قبل مرضك ؟ كيفاه كان يباننلك المستقبل قبل ماتمرض (ي) ؟
- كيف ترى مستقبلك الأن ؟ وماذا تتمنى ؟ كيفاه يباننلك دركا المستقبل ؟ و واش هي أمنيتك ؟

❖ **الملحق رقم (02) : مقياس الإكتئاب"Aron Beck".**

الجنس :

السن :

المستوى التعليمي :

الحالة الإجتماعية :

التعليمة :

بين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من العبارات, يرجى قرأة كل مجموعة على حدى ثم وضع علامة (X) أمام العبارة التي تصف حالتك خلال الأسبوع بما فيه اليوم, تأكد من أنك قرأت جميع العبارات قبل أن تختار أي واحدة منها وتأكد من أنك أجبت على كل المجموعات.

علما أن المعلومات التي ستدلي بها ستكون سرية ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة والبحث العلمي فقط, لدى يرجى الإجابة على جميع الفقرات بكل صراحة.

❖ **الحزن**

-0- أنا لا أشعر بالحزن .

-1- أنا أشعر بالحزن و الكآبة.

-2- أنا مكتئب أو حزين طوال الوقت و لا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة.

-3- أنا حزين و غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك.

❖ **التشاؤوم**

-0-أنا لست متشائما على وجه الخصوص, و لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.

-1- أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.

-2- أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل.

-3- أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

❖ **الشعور بالملل**

-0- أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل.

-1- أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط.

-2- كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء لا أستطيع أن أرى في حياتي إلا الكثير من الفشل.

-3- أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد، والدة, زوج, زوجة).

❖ **عدم الرضا**

-0-أنا لست غير راضي.

-1- أنا أشعر بالملل أغلب الوقت.

-2- أنا لا أحصل على الأشياء و الرضا من أي شيء بعد الآن.

-3- أنا غير راض عن كل شيء.

❖ **الشعور بالذنب**

-0-أنا لا أشعر بأنني أثم أو مذنب.

-1- أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت.

-2- أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما.

-3- أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

❖ **عدم حب الذات**

-0- أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.

-1- أنا فاقد الأمل في نفسي.

-2- أنا مشمئز من نفسي.

-3- أنا أكره نفسي.

❖ **إرضاء الذات**

-0- أنا ليست لدي أفكار للإضرار بنفسي.

-1- أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي و لكن لا أنفذها.

-2- أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت.

-3- لو إستطعت لقتلت نفسي.

❖ **الإنسحاب الإجتماعي**

-0- أنا لم أفقد إهتمامي بالناس.

-1- أنا أقل إهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.

-2- أنا فقدت أغلب إهتمامي بالناس ، و لدي مشاعر قليلة إتجاههم.

-3- أنا فقدت أغلب إهتمامي بالناس ، و لا أهتم بهم على الإطلاق.

❖ **التردد**

-0- أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة ، كما تعودت أن أتخذها من قبل.

-1- أنا أحاول تأجيل القرارات.

-2- أنا لدي صعوبة شديدة في إتخاذ القرارات.

-3- أنا لا أستطيع إتخاذ أي قرارات بعد الأن.

❖ **تغيير صورة الذات**

-0- أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوء مما إعتدت أن أظهر به من قبل.

-1- أنا مشغول و قلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.

-2- أنا أشعر بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة.

-3- أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر.

❖ **صعوبة العمل**

-0- أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.

-1- أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.

-2- يجب أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.

-3- أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

❖ **التعب**

-0- أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل.

-1-أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.

-2-أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.

-3-أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

❖ **فقدان الشهية**

-0- شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد.

-1- شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.

-2- شهيتي أصبحت أسوء الأن.

-3- أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا.

❖ **الملحق رقم (03) : مقياس تقدير الذات"Cooper Smith".**

الجنس :

السن :

المستوى التعليمي :

الحالة الإجتماعية :

التعليمة :

فيما يلي مجموعة من العبارات تتعلق بمشاعرك, إذا كانت العبارات تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (x) في الخانة (تنطبق), أما إذا كانت العبارة لاتصف ما تشعر به عادة فضع علامة (x) في الخانة (لا تنطبق). علما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك الحقيقي.

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقني الأشياء		
2	أجد صعوبة في التحدث أمام مجموعة من الناس		
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قرار في نفسي		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
6	أتضايق بسرعة في المنزل		
7	أحتاج وقتا طويلا في أن أعتاد على الأشياء الجديدة		
8	أنا محبوب بين الأشخاص من بين سني		
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	أستسلم بسرعة في بعض المواقف		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	من الصعب جدا أن أظل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		

14	يتبع الناس أفكاري		
15	لا أقدر نفسي حق قدرها		
16	أود كثيرا لو أترك المنزل		
17	أشعر بالضيق غالبا من عملي		
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19	إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فإني أقوله عادة		
20	يفهمني أفراد عائلتي		
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني		
22	أشعر كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء		
23	لا أتلقى التشجيع عادة بما أقوم به من أعمال		
24	أرغب كثيرا لو أكون شخصا آخر		
25	لا يمكن للآخرين الإعتماد علي		