الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة المسيلة

كلية الآداب و العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا

الرقم : ...../ 2012

العنوان

فروق أعراض القلق والاكتئاب و المخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى

دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي و عيادة الصفاء لتصفية الدم * بالمسيلة *

مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الليسانس في علوم التربية

تخصص : تربية علاجية و تعليم مكيف

إعداد الطلبة :

- مهدي خضرة
- زين شهرزاد
- مقران صبيرة

إشراف :

ا. سفاري لبنى

السنة الجامعية : 2012/2011

مقدمة

الفصل التمهيدي :

التعرف بالبحث

1- إشكالية البحث و تساؤلاته

2- أهمية البحث

3- أهداف البحث.

4- مفاهيم أساسية لمصطلحات البحث .

5- الدراسات السابقة .

6- فرضيات البحث

الجانب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول :

القلق

- تمهيد
1- مفهوم القلق.
2- النظريات المفسرة للقلق
3- الفرق بين القلق والخوف
4- أنواع القلق
5- أعراض القلق
6- أسباب القلق
7-مستويات القلق
- خلاصة جزئية

الفصل الثاني :

الاكتئاب

- تمهيد
1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب
2- مفهوم الاكتئاب
3- النظريات المفسرة للاكتئاب
4- أسباب الاكتئاب
5- أنواع الاكتئاب
6- أعراض الاكتئاب
7- الاكتئاب والقصور الكلوي
- خلاصة جزئية

الفصل الثالث:

المخاوف المرضية

- تمهيد

1- تعريف المخاوف المرضية

2- التطور التاريخي لمصطلح المخاوف المرضية .

3- الفرق بين الخوف و الخواف .

4- الفرق بين الخواف و القلق

5- أنواع المخاوف المرضية

6- أعراض المخاوف المرضية

7- بعض النظريات المفسرة للمخاوف المرضية

- خلاصة جزئية

الفصل الرابع:

القصور الكلوي

- تمهيد
1- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية
2- القصور الكلوي
3- لمحة تاريخية عن القصور الكلوي .
4- أسباب القصور الكلوي
5- أعراض القصور الكلوي
6- أنواع القصور الكلوي
7- المشكلات المترتبة عن الإصابة بالقصور الكلوي
- خلاصة جزئية

الباب الثاني: الدراسة التطبيقية

الفصل الخامس:

منهجية البحث و الإجراءات الميدانية

- تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية
3- المنهج المتبع
4- عينة الدراسة و كفيه اختارها
5- حدود البحث

5-1- المجال الزماني

5-2- المجال المكاني

6- وصف أداة القياس
6-1- المقابلة

6-2- مقياس تايلور للقلق

6-3- مقياس بيك للاكتئاب

6-4- مقياس مسح المخاوف ل ولبه ولانج

7-الأدوات الإحصائية المستعملة

- خلاصة جزئية

الفصل السادس:

عرض و تحليل النتائج

1- عرض نتائج الدراسة
2- عرض و تحليل المقابلات

- تقديم نتائج المقابلة للحالة الأولى
- تحليل نتائج المقابلة للحالة الأولى
- تقديم نتائج المقابلة للحالة الثانية
- تحليل نتائج المقابلة للحالة الثانية
- الاستنتاج العام لتحليل المقابلات

3- عرض و تحليل نتائج الفرضيات

3-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

3-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

3-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

3-4- عرض نتائج الفرضية العامة

4- مناقشة الفرضية الرئيسية في ضوء الفرضيات الجزئية

4-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
4-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
4-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
4-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية العامة

5- استنتاجات

6- الاقتراحات

شكر و تقدير

الحمد و الشكر لله عز و جل فقد أعان ووفق:"رب أوزعني أن اشكر نعمتك التي أنعمت علي و على والدي و أن اعمل صالحا ترضاه و أدخلني رحمتك في عبادك الصالحين "النمل (19)

فبداية نشكر الله عز و جل و نثني عليه بما هو أهل له و نحمده سبحانه و تعالى الذي منى علينا بإتمام هذا العمل الذي نسال الله تعالى أن يُنتفع به .

و امتثالا لقوله صلى الله عليه و سلم :(من لا يشكر الناس لا يشكر الله) رواه الترمذي

ونتقدم بشكر الجزيل إلى الأستاذة سفاري لبنى التي ساعدتنا ووجهتنا وكذا إرشادها لنا في بحثنا هذا، ونشكر كل من الأخصائي النفساني بن محمد جمال و الطالب عبد الحق بحاش اللذان لم يبخلا علينا بصغيرة أو كبيرة لإتمام هذا العمل، والى عمال وعاملات عيادة صفاء لما قدموه لنا من تسهيلات ،والى كل من قدم لنا النصيحة والدعم في لحظات الضعف، والى كل من ساعدنا وساندنا من قريب أو بعيد،ونسأل الله العلي القدير أن يوفقنا وينفعنا بما علمنا .

المقدمة:

معروف منذ زمن طويل أن الانفعالات النفسية لها علاقة بالحالة الجسمية و الجسدية عامة ، فالمثل الاغريقى الذي يقول العقل السليم في الجسم السليم يعترف ضمنا بأن كليهما يرتبط بالأخر ارتباطا وثيقا . ومع ذلك فإن الكثير من الناس يجدون الآن صعوبة كبيرة في الاعتراف بذلك حتى و لو بينهم و بين أنفسهم نتيجة لضغوط الحياة في العصر الحديث الذي يعج بالكثير والكثير من الاتجاهات المتباينة و المشكلات المتصلة مع بعضها البعض، واثر الانفعالات على الجسم والعكس، واثر وظيفة الأجسام على الانفعالات الصادرة من الإنسان المريض (فوقية حسن رضوان 2006 ، ص9-10)

والمصابين بالأمراض و خاصة الأمراض التي تعوق الإنسان عن القيام بمهامه الطبيعية المتضمنة : المهام الأسرية بأنواعها المختلفة و المهام المهنية و مدى الانفعالات السلبية التي تنتاب هذا المرض من جراء إصابته بنوع من الأمراض التي تؤثر على تعامله مع المجتمع ، الأمر الذي ينعكس على توافقه الاجتماعي و النفسي بوجه عام.

وفي السنوات الأخيرة أدى انتشار الأمراض المزمنة إلى لفت انتباه الباحثين في مجال الصحة على العموم وفي مجال علم النفس بالخصوص،واثر الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق والمخاوف على المصابين بالأمراض المزمنة ، ومن بين هذه الأمراض القصور الكلوي الأخذة في الانتشار بشكل متزايد وبصورة ملحوظة في دول العالم ، حيث يشعر المصاب بأنه محكوم عليه بالموت مسبقا وهذا له تأثير مباشر على نفسيته فتظهر عليه آثار الكئابة والقلق والخوف .

وانطلاقا من هذا الطرح كان موضع دراستنا هذه هو فروق الآثار النفسية لمرضى القصور الكلوي والعاديين، ونقصد بذلك القلق و الاكتئاب والمخاوف المرضية ، متبعين في ذلك ترتيبا منهجيا يعرض مختلف مراحل الدراسة

إذ تحتوي الدراسة على سبعة فصول :

الباب الأول :الدراسات النظرية

الفصل التمهيدي :التعريف بالبحث ويحتوي على إشكالية البحث وتساؤلاته ، أهمية البحث ، أهداف البحث ، مفاهيم أساسية لمصطلحات البحث ، الدراسات السابقة ، فرضيات البحث .

الفصل الأول :القلق ويتضمن ، النظريات المفسرة للقلق ،الفرق بين القلق والخوف،أنوع القلق ، أعراض القلق ، أسباب القلق ، مستويات القلق.

الفصل الثاني الاكتئاب : ويتضمن لمحة تاريخية عن الاكتئاب ، مفهوم الاكتئاب ، النظريات المفسرة للاكتئاب ،أسباب الاكتئاب ، أنواع الاكتئاب ، أعراض الاكتئاب ، الاكتئاب والقصور الكلوي المزمن .

الفصل الثالث المخاوف المرضية : وتتضمن التعريف بالمخاوف المرضية ،الفرق بين الخوف والخواف ، الفرق بين الخواف والقلق ، أنواع المخاوف المرضية ، أعراضها ،بعض النظريات المفسرة للمخاوف المخاوف .

الفصل الرابع القصور الكلوي احتوى على : تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية ، القصور الكلوي ، لمحة تاريخية عن القصور الكلوي ، أسباب القصور الكلوي ، أعراض القصور الكلوي ، أنواع القصور الكلوي، المشكلات المترتبة عن الإصابة بالقصور الكلوي.

أما الباب الثاني :احتوى على الجانب التطبيقي على الفصل الخامس بعنوان منهجية البحث والإجراءات الميدانية بحيث تناولنا فيه المنهج وعينة الدراسة وكيفية اختيارها ،أدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة

أما الفصل السادس تحت عنوان عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات وفي الأخير تعليق عام على النتائج .

وفي ختام الدراسة تم التوصل إلى خلاصة عامة لنتائج الدراسة ، وبعدها تم قديم مجموعة من الاقتراحات .

1- الإشكالية:

توصل العلماء إلى وحدة الجسم والنفس لدى الإنسان والى تأثيرها ببعضها البعض تأثير بالغا ، حيث يقول الطبيب النفسي البريطاني الشهير مودزلي(H.Moudzley) " بان الحزن الذي لايجد متنفسا عن طريق الدموع يتجه إلى أعضاء الجسم الداخلية فيحطمها "

"The sorrow wich hosm vent in tear smay make.other orgasm weap" (لطفي الشربيني، ، ص121)

فالأمراض الجسمية قد تكون لها ردود أفعال نفسية كالشعور بالقلق والاكتئاب ، وأيضا ظهور مخاوف مرضية خاصة إذا كانت من الأمراض الخطيرة التي تهدد حياة الفرد ، أو الأمراض المزمنة التي تلازم الإنسان مدى حياته ، وهذه الاضطرابات قد تكون لها يد في إظهار أو زيادة بعض الأمراض الجسمية ، والتي سميت من قبل الاخصائين النفسانيين "بالاضطرابات النفسجسمية " ، والتي يعرفها سولمانSolomon" بأنها تلك الأمراض التي تؤدي فيها العوامل النفسية إلى تلف في وظيفة عضو من أعضاء الجسم " ، كما أن الفرد يستجيب للقلق كما لو كان ضرورة ملحة أو موقف يصعب مواجهته (احمد عبد الخالق ،1987،ص27)

فغالبا مايترافق القلق مع الاكتئاب ،فنحو 50 % من الأشخاص المكتئبين يصابون بالقلق (مايو كلينك،2002،ص180)

وقد يلهث الشخص في البحث عن الحلول والأسباب وراء المجهول في الماضي، ويخشى المستقبل ويهرب من المواجهة أو التفكير فيه (علاء عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص15).

ومن بين هذه الأمراض مرض القصور الكلوي حيث يعرفه عصام قمحية " بأنه قصور في عملية الكلية أو عدم إمكانيتها بالقيام بوظيفتها البيولوجية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة "(عصام قمحية ، 2010).

فحسب الإحصائيات التي تنشرها مجلة الصحة الصادرة عن وزارة الصحة والسكان ،إذ وصل عدد المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين لغسيل الكلى (الديالیز) في نهاية سنة2004 إلى 8000 مريض ووصل عدد المرضى الخاضعين للغسيل الدموي في سنة 2005 إلى 7200 مريض كما يصل عدد المرضى الجدد الذين يصلون

كل سنة إلى المرحلة النهائية من القصور الكلوي المزمن والذين تتطلب حالتهم علاج استيعاضي متمثل في غسيل الكلى بـ 3000 حالة (بين 50 إلى 100 حالة جديدة لكل مليون نسمة من السكان).

أما الدراسات الأخيرة توصلت إلى وجود 14500شخص يقومون بتصفية الدم ، كما تسجل تسارعا خطير من سنة لأخرى ، ونظرا لهذه الأرقام المخيفة وفي غياب سياسة وقائية لهذه الإصابة،تسخر الجزائر من 2 الى3% من ميزانية صحتها لعلاج القصور الكلوي (P4، Rayane،2005)

فيمثل القصور الكلوي بالنسبة للفرد نموذج حياة جديدة ودائم وشاق ومحبط ،يتطلب مشاركة فعالة من طرف المريض كما يتميز بضغوطات مستمرة بدنية ونفسية ،إذ يرتبط الفرد بالآلة أو الكلية الاصطناعية من 3 إلى 5 ساعات في اليوم ثلاث مرات في الأسبوع ، تترتب عن هذه العملية مضاعفات جسمية متفاوتة الخطورة تتمثل في الصداع التقيؤ والإنهاك ، وانخفاض الضغط وكذا المضاعفات الناتجة عن استهلاك الأدوية الكثيرة ، بالإضافة إلى هذا تتطلب عملية الغسيل الدموي إجراء عملية جراحية للمريض من اجل خلق الناسور (الوصلة الشريانية الوريدية) حتى تتم إيصاله بالآلة .

ويضاف إلى هذا ضرورة التزام المريض بمجموعة كبيرة من التعليمات الطبية كالحمية الغذائية الشديدة والتقلص المائي غير المحتمل من طرف أغلبية المرضى.

هذا فضلا عن اضطراب الحياة المهنية للمريض ، وكذا الحياة الجنسية حيث يعاني كل هؤلاء المرضى من انخفاض متفاوت من الليبيدو وقد يصل إلى عجز جنسي تام عند الرجل وعقم عند المرأة مما يسبب اضطراب حياتهم الزوجية .

وتظهر مظاهر القصور الكلوي في كل عضو من أعضاء جسمه وخاصة في الجهاز العصبي حيث تظهر عليه أعراض الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات .

وهنا يكمن جوهر تساؤلاتنا :

التساؤل العام:

ـ هل هناك فروق بين الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي في درجة القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية ؟

التساؤلات الفرعية:

ـ هل هناك فروق في أعراض القلق بين الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي (الخاضعين لغسيل الكلى) ؟

ـ هل هناك فروق في أعراض الاكتئاب بين الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي (الخاضعين لغسيل الكلى)؟

هل هناك فروق في أعراض المخاوف المرضية بين الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي (الخاضعين لغسيل الكلى)؟

2ـ أسباب اختيار الدراسة:

اختيار الموضوع بالنسبة لأي باحث ذو أهمية كبيرة حيث يختار موضوعه ويحدده بناء على عدة دوافع وأسباب ولعل من أهمها:

ـ أن مرض القصور الكلوي من الأمراض المزمنة التي لا شفاء لها وهذا يدعوا إلى الاستسلام وانتظار الموت من حين لآخر فارتأينا تقديم مساعدة نفسية لهؤلاء للتخفيف عنهم.

ـ خصوصية المعاش النفسي إن طبيعة هذا المرض ذو خاصية يختلف عن الأورام أو الأمراض المختلفة، كما إن معاناة حياة هؤلاء المرضى تختلف تماما عن الأمراض الأخرى.

ـ ظهور الاضطرابات النفسية من (قلق ، اكتئاب ، مخاوف مرضية) عند المصابين بالقصور الكلوي في بداية الإصابة بالمرض .

ـ قلة الدراسات العلمية الجزائرية ـ في حدود علمنا ـ التي تناولت القصور الكلوي والاضطرابات النفسية التي تواجههم مقارنة بالغير المصابين بالقصور الكلوي .

ـ الزيادة في الإثراء المعرفي المتعلق بالقصور الكلوي .

ـ ارتفاع سنوي لنسبة المصابين بالقصور الكلوي في الجزائر.

3ـ أهمية الدراسة :

تظهر أهمية الموضوع المتناول بالدراسة في جانبين : نظري وأخر تطبيقي

فمن الناحية النظرية تكمن أهمية البحث: على كونها تنصب على تناول بعض أنواع الاضطرابات النفسية والتي قد تواجه الأفراد الراشدين المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لتصفية الدم وبالتالي تنعكس مضاعفاتها على اغلب جوانب السلوك لديها .

ـ التركيز على دراسة احد الأمراض المزمنة ،والتي تؤثر على حياة الفرد وتفاعله مع بيئته بشكل مباشر .

ـ إن مرض الفشل الكلوي من اخطر الأمراض التي تصيب الإنسان الذي انتشر في السنوات الأخيرة بشكل كبير خاصة لدى فئة الراشدين التي تعتبر شريحة مهمة وركيزة المجتمع.

ومن الناحية التطبيقية تظهر الأهمية في النقاط التالية :

ـ تخفيف المعاناة عن مرضى الفشل الكلوي من خلال إيجاد أفضل الأسس النظرية و المهارية للتعامل مع تلك الحالات و إعادة التوازن النفسي للحالة قدر المستطاع .

ـ تكمن في ضوء النتائج التي سوف تخرج بها الدراسة من اقتراح وتحديد أهم التوصيات التربوية والإرشادية التي قد تفيد في رفع مستوى الصحة النفسية لدى فئة الراشدين الذين يعانون من القصور الكلوي.

4ـ أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى البحث في التغيرات النفسية (القلق ، الاكتئاب ، المخاوف المرضية) عند عينات من المصابين بالقصور الكلوي والغير المصابين بالقصور الكلوي .

لفت النظر إلى هذه الفئة من المصابين بالقصور الكلوي .

إثراء الرصيد المعرفي وذلك بالاحتكاك بمثل هذه الشريحة ميدانيا.

5- تحديد المفاهيم:

5-1- التعريف الإجرائي للقلق :

هو درجة التي يتم تحصيلها من مقياس تايلور بجمع مجموع الإجابات الصحيحة التي يتحصل عليها الفرد .

5-2- التعريف الإجرائي للاكتئاب :

حسب الدراسة التي أجريناها هو مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد بتقدير سريع لمستوى وعمق الاكتئاب لديه في مقياس بيك للاكتئاب .

5-3- التعريف الإجرائي للمخاوف المرضية :

هو الدرجة الخام التي يتحصل عليها الفرد والناتجة عن ضرب كل مقياس فرعي في رقمه ثم جمعه في مقياس ولبه لمسح المخاوف المرضية.

5-4- التعريف الإجرائي للقصور الكلوي :

حالة تتميز بفقدان كلي لوظيفة الكلى ، مما ينتج عنه فشل غير معوض لعمليها ، ويؤدي إلى الغسيل الدموي.

5-5- التعريف الإجرائي الرشد:

هو اكتمال نمو الفرد في جميع الجوانب الجسدية والعقلية والنفسية والانفعالية، وأن يبلغ 21 -44 سنة

6- الدراسات السابقة :

الدراسة الأولى:

ـ دراسة دويدار وزملائه (1987) بعنوان :الفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين .

على عينة مكونة من(1163) طالب من مختلف المراحل، من الدارس والجامعات ، ومن المقيمين في دور الرعاية والموظفين حيث بلغ عدد المراهقين 225 تلميذ و224 تلميذة

وبينت الدراسة أن نسبة القلق تزداد في مرحلة المراهقة ، وان هناك فروق بين الجنسين في القلق والاكتئاب ، حيث حصلت الإناث على أعلى مستوى .

الدراسة الثانية :

بيرنت و لويد ديرات (Bornett & Lioyal Dyert2000) بعنوان مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى الراشدين المصابين بالسكري من النوع الأول والثاني ، دراسة أجريت في بريطانيا .

تهدف إلى التعرف على مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى عينة إكلينيكية من الراشدين المصابين بالنوع الأول من السكري منذ ولادتهم والمصابين بالنوع الثاني الذين يراجعون العيادات الخارجة ممن تزيد أعمارهم عن 18 ، طلب منهم تعبئة نماذج معلومات ديمغرافية قصيرة ومقاييس لقياس الأعراض الخاصة بالقلق والاكتئاب ، أثناء انتظارهم لأدوارهم لعلاج حالة السكر في العيادة ، وتم الاطلاع على الأوضاع الصحية لهم من سجلات المرضى ،وقد كانت استجابة المرضى للمقاييس مرتفعة حيث وصلت إلى 96% ، وأظهرت النتائج أن نسبة انتشار الأعراض السيكولوجية كانت عالية ، حيث ابدي 28% من المشاركين مستويات تتراوح ما بين شديدة ومتوسطة من القلق والاكتئاب أو كيليهما ، وكان الرجال أميل لإظهار أعراض الاكتئاب بشكل متوسط إلى شديد و بينما أظهرت النساء أعراض قلق مابين متوسط إلى شديد ، وكان هناك ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الاكتئاب والقدرة الضعيفة على ضبط مستوى السكر Glycoem IC Central كما أظهرت ثلث أفراد العينة اهتماما بالحصول على خدمات نفسية وإرشادية إذا توفرت لهم العيادة .

الدراسة الثالثة:

عبد الله محمد عبد الظاهر خليل 2004 بعنوان " مدى فاعلة العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب المتعلمين بالجامعة بجامعة أسيوط

تهدف إلى:

ـ التعرف على فاعلية العلاج العقلاني والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المتعلمين بكلية التربية .

عينة البحث:

تكونت عينة البحث من 467 طاب وطالبة بكلية التربية.

جميع (197طالب و275 طالبة).

أدوات البحث:

استخدم الباحث مقياس الفوبيا الاجتماعية من إعداد الباحث

مقياس الأفكار اللاعقلانية لذوي الفوبيا الاجتماعية من إعداد الباحث

مقياس المهارات التو كيدية (طريف شوقي فرج 1998)

برنامج للعلاج العقلاني الانفعالي و التدريب على المهارات التوكيدية (إعداد الباحث)

وقد اشتملت العينة الاكلينكية على 36 طالبا و طالبة و تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجربتين و أخرى ضابطة

نتائج البحث:

أسفر البحث الحالي عن مجموعة من النتائج أبرزها :

وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين الفوبيا الاجتماعية و الأفكار اللاعقلانية ، كما أظهرت ارتباطا سالبا بين الفوبيا الاجتماعية و المهارات التو كيدية كما أظهرت الإناث فوبيا اجتماعية أعلى من الذكور ، و أثبتت الدراسة فعالية كل من برنامج العلاج العقلاني الانفعالي و التدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة و لم تظهر الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين التجريبيتين ، كما أظهرت نتائج المتابعة وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج العقلاني على مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد العلاج و درجاتهم بعد مرور شهر على العلاج كما أظهرت أيضا نتائج المتابعة وجود فروق بين متوسطي الدرجات أفراد مجموعة .

الدراسة الرابعة:

اللحياني بعنوان " مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات بالفشل الكلوي المزمن ـ مكة ـ المملكة العربية السعودية .

النتائج:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي المزمن والأشخاص الغير مصابين به في الاكتئاب وقلق الموت لصالح مرضى بشكل عام ولصالح المريضات منهم بشكل خاص ، كما انه لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن في الاكتئاب وقلق الموت تبعا للسن والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي .

الدراسة الخامسة:

منويبةخليفة حداد بعنوان " مدى فاعلية أسلوب العلاج الجماعي في تخفيض الاكتئاب النفسي لمرضى الغسيل الكلوي المترددين على مراكز الصحة بمدينة مصراتة ـ ليبيا

هدفت إلى:

تطبيق برنامج علاجي نفسي يهدف إلى تخفيض الاكتئاب النفسي للمجموعة تجريبية من مرضى الغسيل الكلوي في إطار إحصائي ، لمعرفة مدى أسلوب العلاج النفسي الجماعي في تخفيض الاكتئاب النفسي للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من مرضى الفشل الكلوي .

التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية في استجابة أسلوب العلاج النفسي الجماعي للمجموعة التجريبية من مرضى الفشل الكلوي وفقا لمتغير العمر مابين 20 ـ 32 سنة.

كما هدف البحث الحالي إلى الوقوف على مدى ملائمة هذا النوع من العلاج النفسي للبيئة الليبية .

النتائج:

ثبتت فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجماعي في تخفيض الاكتئاب النفسي

و الذي تم إخضاعه للمجوعة التجريبية مثانة بالمجموعة الضابطة من مرضى السيل الكلوي ، إذ اتضحت الفروق الإحصائية الدالة للمجموعتين التجريبية و الضابطة و كذلك

يبين القياس القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية و بالتالي يمكن توضيح أن العلا النفسي الجماعي كمتغير مستقل) باستخدام البرنامج المصمم ذو تأثير فعال في تخفيض الاكتئاب النفسي (المتغير التابع) لدى عينة البحث (المجموعة التجريبية) وانتهى البحث إلى أن العلاج النفسي الجماعي يمكن الاستفادة منه في المجتمع المرضى خاصة لما يعانون هؤلاء المرضى (مرضى القصور الكلوي و الذين يعالون بالغسيل الكلوي

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في الاستجابة لأسلوب العلاجي النفسي الجماعي وفقا لمتغير العمر ما بن 20-32 سنة

الدراسة السادسة:

برنامج لتحسين الحال الانفعالية و المعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستصفاء الكلوي هالة إبراهيم عوض الله و آخرين، معهد الدراسات و البحوث البيئية، جامعة عين الشمس، القاهرة، مصر، 2007

خلاصة:

تناولت الدراسة أثار الفشل الكلوي المزمن على الحالة الانفعالية، و التوافق الاجتماعي و النفسي للمرضى المصابين به، علاوة على دراسة الحالة المعرفية لديهم. كما تمت دراسة تأثير برنامج تحسين الحالة النفسية للمرضى ، وشملت 40 مريضا بالفشل الكلوي و 40 من الأصحاء كعينة شاهدة . و قد استخدمت في الدراسة عدة مقاييس لتقييم المرضى كان منها مقياس الحالة المعرفية، مقياس التوافق النفسي و الاجتماعي، و مقياس القدرة العقلية الأولية، و مقياس تقدير عمليات الذاكرة. وأسفرت الدراسة عن أن العينة الشاهدة كان وضعها أفضل من العينة المكونة من مرضى الفشل الكلوي من حيث وضعهم المعرفي و الانفعالي، وظهرت تباينات إحصائية واضحة على درجة كبيرة من الأهمية. كما أوضحت الدراسة فروقا يعتد بها إحصائيا بين المرضى قبل تطبيق البرنامج و بعده.

الدراسة السابعة:

الفشل الكلوي يؤدي إلى الاكتئاب بدراسة ميدانية لحالات القصور الكلوي بمركز الغسيل الكلوي بمستشفى المبرة . التابع للتامين الصحي ببور سعيد (مصر): من إعداد : ناني محسن احمد عبد السلام (2009، 2010)

هذه الدراسة عن مرضى القصور الكلوي ، السرطان ، الالتهاب الكبدي الوبائي و ما يعانونه من مشكلات صحية ونفسية و اجتماعية .

وقد نتج عن هذه الدراسة : أن مرضى القصور الكلوي يعانون أكثر من مرضى السرطان و الالتهاب الكبدي الوبائي بسبب فقدان الأمل و صعوبة العلا فيما يخص آلة الغسيل ، كذلك خطورة شرب السوائل بنسبة كبيرة إلى جانب أن الكلى تنظم نسب المعادن في الدم و عندما يحدث القصور الكلوي تتغير تلك النسب مما يؤثر على الإنسان بشكل خطر جدا

كما وجد أن كل تلك المشكلات تؤدي إلى الاكتئاب الشديد . أن مرضى القصور الكلوي قد يكون أكثر احتياجا للرعاية و الأمل من مرضى السرطان و الالتهاب الكبدي .

- **التعليق على الدراسات السابقة :**

من خلال الدراسات السابقة يمكن تسجيل الملاحظات التالية :

- **النقاط المشتركة بين الدراسات :**

تشترك هذه الدراسات فيما بينها فيما يلي :

أن جمع الدراسات التي تم التعرض لها عالجت وركزت على الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية لدى عينة من المرضى بالأمراض المزمنة لدى الراشدين .

أن هدف هذه الدراسات جمعها معرفة الفروق بين الجنسين في أعراض القلق والاكتئاب بمتغيرات أخرى كأسلوب فاعلية العلاجي الجماعي ومدى فاعلية العلاج العقلاني والانفعالي.

دراسة نفس المرض المزمن القصور الكلوي والسكري .

أن هدف هذه الدراسات جميعا معرفة الفروق بين الجنسين في أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية بالإضافة إلى ربطها بتغيرات أخرى .

- **نقاط الاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية :**

تختلف هذه الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في الهدف الذي تسعى لتحقيقه وهو معرفة فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى ، خاصة فيما يتعلق بالمتغير الثالث وربطه بالمتغير الأول والثاني .

تختلف الدراسة عن الحالية عن الدراسات السابقة في أهمية الموضوع إذ لم نجد في حدود علمنا دراسة في الجزائر عالجت فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي المزمن .

7- فرضيات الدراسة :

تبعا للتساؤلات التي تم طرحها، وبالاستناد إلى نتائج الدراسات السابقة، يمكن طرح

- **الفرضية العامة**

توجد فروق بين الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى في أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية .

- **الفرضيات الجزئية:**

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلق بين الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الاكتئاب بين الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض المخاوف المرضية بين الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى

تمهيد

يعتبر القلق المحور الذي تدور حوله غالبا معظم الاضطرابات النفسية ويكمن وراءه أساليب التوافق ،وما قد يرتبط به من اختلال في الوظائف العضوية وكذلك العلل النفسية ، كما انه يعتبر لب الصحة النفسية ، فهو أساس جميع الاضطرابات النفسية وأساس جميع الانجازات الايجابية في الحياة ، فهو أساس كل اضطرابات السلوك واختلافات الشخصية ، فالقلق خبرة يمر بها كل إنسان يعتبر من اكبر المشكلات التي تواجه الإنسان ، واهم ما يميز القرن العشرين عوامل للتضامن لدرجة أن كثيرا من سكان العالم صاروا يعيشون في قلق مما دعى كثير من الباحثين أن يطلقوا عليه عصر القلق ، فهو ظاهرة عالمية في الحضارات الحديثة ، وشائعة في كل تجارب الحياة اليومية .

– مفهوم القلق

1-1-لغة:

قَلِقَ ـ قَلَقًا ، اضطرب وانزعج فهو قَلِقٌ ومقلاقٌ (منجد الطلاب ، 1986،ص225)

ويشير مصطلح القلق في **المعاجم اللغة العربية** إلى حالة الانزعاج والحركة المضطربة .

كما يشير في المعاجم الانجليزية على نفس النحو ، حيث يعرف في **معجم أكسفورد (Oxford)** على انه إحساس مزعج في العقل ينشا من الخوف وعدم التأكد من المستقبل .

كما يعرف **ويبستر (Webster)** على انه إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية ، وهو دائما يتصف بعلامات فسيولوجية مثل التعرق والتوتر وازدياد ضربات القلب ذلك بسبب الشك بشان حقيقة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح (عديله حسن طاهر تونسي ، 2002 ، ص22)

2-1-اصطلاحا:

ترتبط التعريفات غالبا بالأطر النظرية التي ينتمي إليها المعرفون، وعلى هذا الأساس فانه يمكن القول بأن هناك تعريف شامل لمصطلح القلق يمكن أن يعكس هذه التوجيهات منها :

- تعريف فريد:

القلق هو الشعور مبهم غير سار بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ، مثل الشعور بالضيق في التنفس والصداع أو كثرة الحركة ،ويأتي في شكل نوبات متكررة في نفس الفرد (مجدي احمد محمد عبد الله ، 2000، ص149)

- **تعريف ادلر:**

القلق النفسي ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان الأولى ، كان يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن (محمد إبراهيم الفيومي ،1985، ص83)

- **تعريف محمد الغزالي :**

هو تألم في القلب واحتراقه بسبب توقع مكروه في المستقبل (عادل احمد عز الدين ، 1998، ص327)

- تعريف نابرت Nabert :

إن كلمة القلق مشتقة من الكلمة اليونانية (Angor) وتعني المكان الضيق أو الممر الضيق أو موقف صعب ، وقلق قلقا لم يستقر في مكان واحد ، وقلق لم يستقر على حال .

(ابن الطيب فتيحة ، دون سنة ، ص47)

مما سبق يمكن القول بان القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بجوانب المستقبل، والذي يتضمن شعورا بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر، وعدم الارتياح حيال الألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع

2- النظريات المفسرة للقلق :

2-1- نظرية التحليل النفسي:

حسب فرويد يعتبر فريد (Freud) رائد مدرسة التحليل النفسي ، ومن الأوائل الذين تحدثوا عن القلق في علم النفس ، ويرى البعض أن هدا المفهوم يشيع استخدامه إلا عندما شاع في كتابات فرويد ،حيث يعود الفضل إليه في توجيه اهتمام علماء النفس إلى الدور الهام الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان ويعرف فرويد لقلق العصابي على : انه شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر المصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد، ولا ترجع نشأة هذا النوع من القلق إلى مصدر خارجي، فهو قلق ينشا من ضغط الغرائز المكبوتة للتعبير عن نفسها وكسر حواجز الكبت ، وبعبارة أخرى ينشا القلق العصابي كميكانيزم داخلي غير مدرك عندما تهدده (ألهوId) وبالتغلب على دفاعات (الأنا) (Ego de fense Mécanisme) وإشباع تلك الحفزات الغريزية التي لا يوافق المجتمع على إشباعها ، والتي جاهد (الأنا) في سبيل كبتها ،فالقلق إشارة إنذار تطلق (للانا) إلى الحيل الدفاعية كالتبرير والإسقاط والنكوص ،وغيرها من الحيل الدفاعية ، غير إن استخدام هذه الحيل لا يؤدي إلا إلى راحة مؤقتة ويشتد القلق ، وتلجا لاشعوريا إلى وسيلة أخرى في محاولة أخيرة للتمويه ، لتحقيق استمرارية كبت هذه الخبرات الشد إيلاما من القلق نفسه ، ويرى فرويد :أن

القلق العصابي يمكن أن يظهر في صورة قلق عام لا يرتبط بموضوع محدد ، يشعر فيه الفرد بحالة من الخوف العام غير المحدد كما يمكن أن تظهر المخاوف كمخاوف عصابية ، حتى وان كانت من موضوعات محددة إذا فاقت في شدتها ماهو متوقع ، أو إذا كانت المثيرات لا تثير القلق أساسا لدى الأشخاص العاديين و من ذلك الخوف مثلا عند رؤية الدم أو الحشرات، أخيرا يمكن أن يظهر في صورة قلق مصاحب لاضطرابات اشد كالهستيريا مثلا الشخص المصاب بهذه الأعراض،يشعر بقلق أحيانا خوفا من توقع حدوثها،إن هذا التوقع يجعله في حالة تهديد . (عديلة حسن طاهر تونسي ،2002، ص263)

- حسب ادلر (Adler):

إن القلق شانه شان بقية الأمراض النفسية و العقلية ، ينجم من محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية (النقص) ومحاولة الحصول على شعور بالتفوق ، فالنضال من اجل التفوق و تجنب الشعور بالنقص هو المسؤول عن القلق ، و الإنسان عندما يشعر بالنقص فان هذا يدفعه إلى الانطواء و البعد عن الناس ،وهنا يصبح كائنا غير اجتماعي ومن ثم يكون عرضة للقلق ،حيث ينزع إلى محاولة التفوق للإفلات من شعوره بالنقص ،و هكذا يدخل دائرة القلق الدائم . في البداية اقتصر (ادلر)على القصور العضوي ، ثم عدل ذلك وأضاف الدونية الاجتماعية و النفسية ، و يرى أن الفرد أمام هذا القصور يحاول الدفاع ضد القلق الناشئ عنه ،وذلك بوسيلة تعويضية ،فإذا اقتصر على محاولات ذاتية خيالية كان العصاب أما إذا وفق في محاولاته إلى انجازات واقعية كانت السواء و كان التفوق و السيطرة (أسماء عبد الله ،2008 ، ص56)

- **حسب اريكسون (Ericsson):**

تأتي نظرية اريكسون لتأخذ جميع المتغيرات حيث ربط بين الاضطرابات النفسية ومنها القلق و الاكتئاب بالفشل في نمو الأنا نموا طبيعيا حيث يفشل الفرد في حل أزمات النمو في مراحل العمر المختلفة و خاصة في المراحل الأولى حلا ايجابيا ، و قد أورد اريكسون أمثلة عديدة من ارتباط هذه الاضطرابات بهذا الفشل في حياة الكثيرين من المحاربين والأطفال والهنود (عديلة حسن طاهر تونسي، 2002،ص49)

- **حسب هاري سوليفان(Sullivan)**:

أن منابع القلق تعود إلى طبيعة علاقة الأطفال بأمهاتهم ، والتي تمثل غاية الاهتمام الشخصي (المهارات الوالدية) كما أن أهم العوامل التي تسبب القلق تتمثل في العلاقات بين الأشخاص ، وان التوتر والقلق يمكن إن يزيد من قلق الطفل ،فإذا شاب العلاقة بينه وبين أمه شائبة ، وهذا ويختلف القلق عن التوتر والخوف الذي يحدث عندما يكون هناك تأخير واضح في إشباع الحاجات النفسية .(أسماء عبد الله ،2008،ص57)

2-2- النظرية السلوكية:

يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالا على عملية التعلم ، كما يؤكدون بان الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي ،ويرى (واطسون)على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي ، وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المثير الشرطي دافعا مكتسبا، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف أو القلق ، يلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الكائن الحي أن يخاف أو يقلق منها ، والأكثر شبها بها هي الأكثر إثارة للقلق أو الخوف . ولقد تأثر الكثير بفكرة الاشتراط الكلاسيكي فعلى سبيل المثال يرى كل من **شامز (Chams)** و **(دروكسي)** أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، كما أشار إلى أن الكثير من الأمثلة للمواقف العادية التي يمكن أن تؤدي إلى القلق ومنها على سبيل المثال المواقف الغير المشبعة أو المؤلمة ،فقد يتعرض الفرد منذ طفولته الأولى لبعض المواقف التي يحدث فيها خوف أو تهديد ولا يصاحبها تكيف ناجح ، ويترتب على ذلك مثيرات انفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالي وما يصاحبها من تأثر وعدم استقرار.

ولا تختلف نظرية **سكنر(skiner)** كثيرا عن مسار التفسير ألاشتراطي الكلاسيكي حيث يرى أن السلوك إجمالا بما في ذلك السلوك غير السوي و المرضي كنتيجة لمرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة جعلت منها مثيرا قويا ومستمرا لمثل هذه الاضطرابات .

ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق وفقا للتطور في المدرسة السلوكية ،حيث حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر واطسون اخذين في اعتبارهم العمليات العقلية كعوامل

وسيطة بين المثير والاستجابة ،ولعل من أهمهم كل من **دولارد(Dolard)** و **ميلر (Miller)** حيث نظرا إلى القلق كنتاج لتوقع الألم و الذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب والعمليات الداخلية من جانب أخر.وقد تطور الفكر السلوكي بظهور نظرية التعلم الاجتماعي **لباندورا (Bandura)** الذي أكد على أهمية التفاعل المتبادل بين المثيرات وخاصة الاجتماعية منها ، السلوك والعوامل الشخصية ، العقلية ،المعرفية والانفعالية والوجدانية ، وبذلك يرى أن ظهور القلق مرتبط بحدوث مثيرات غير مرغوبة شريطة أن يكون لدى الفرد استعداد نفسي لظهورها متمثلا في المفهوم السالب للفرد عن قدراته ، وعليه فان القلق وان عبر عن استجابات بمثيرات خارجية مؤلمة ، فان هذا الارتباط يبقى ارتباطا جزئيا مرتبط من جانب أخر بالسمات الشخصية والعقلية منها والوجدانية ، ولعل من أهمها مشاعر عدم الكفاية التي تعمل كمعزز ذاتي للقلق .(عديلة حسن طاهر تونسي،2002،ص26-27)

ولقد اظهر **بافلوف (Pavlov)** أن الاستجابة الغريزية تثيرها حوافز عديدة ولا تقتصر استثارتها على الحافز الطبيعي المرتبط به أصلا ، فاستجابة الكلب بإفراز اللعاب فعل منعكس يحدث عند رؤية الطعام (مثير طبيعي) ، ويمكن أن يحدث إذا اقترن تقديم الطعام بصوت الجرس ، وذكر أن الاستجابة الواحدة يمكن إخضاعها لعدد كبير من المثيرات، وفقا لقانون معين وهو تقديم مثير شرطي قبل المثير الطبيعي مباشرة لعدة مرات حتى تتكون العادة الجديدة . (أسماء عبد الله ،2008،ص59)

ومن هنا نجد أن القلق من وجهة نظر السلوكيون عبارة عن استجابة اشتراطيه لمثير لا يدعو للخوف أو القلق ،ولكن تكرار هذه الاستجابة يؤدي إلى تضمينها حسب الاستعداد الشخصي للفرد .

2-3- التفسير الوجودي الإنساني للقلق :

تمثل المدرسة الإنساني امتدادا للفكر الوجودي ، حيث يرى الإنسانيون أن القلق ينتج من الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان ا تهدد إنسانيته ، ولهذا فان المثير الأساسي للقلق كما يرون، هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفشله في اختيار أسلوب حياته وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحي الحياة التي يريدها ، ولعل من أهم ما يمثل هذا الفكر **ماسلوا (Maslow)** و **روجر (Rogers)**حيث يعتقد **ماسلوا (Maslow)** أن الإنسان يهتم بالنمو بدلا من عمله على تجنب الاحباطات أو إعادة التوازن ، إلا أن عدم تحقيق الحاجات يمكن أن تؤدي إلى القلق ، كما يرى **روجر (Rogers)** أن الإنسان يشعر بالقلق حيث تعارض بين إمكانياته وطموحاته ، أو بين الذات الواقعية والذات المثالية وبالتالي فان القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الإنسان وبين مفهوم الذات . (ابن الطيب فتيحة ، بدون سنة، ص50)

وان يتحطم وانه يمكن أن نفسه وعالمه وانه يصبح عدما ، وهو عكس الخوف الذي يشعر به الفرد الذي لا يهدد حضوره الوجودي ، فالقلق هو تهديد لحضور الوجودي للفرد ويرجع إلى التصادم الأساسي أو الجوهري بين الوجود وتهديد الحضور بعدم الوجود (الفناء).

فأصحاب هذا المذهب يرون أن القلق ينشا من الخوف من المستقبل وما قد يتوقع أن يحمله المستقبل من أحداث ، قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانية الفرد ، فلإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية ، وان الموت قد يحدث في ألأساسي للقلق .

(أسماء عبد الله،2008،ص61)

2-4- التفسير المعرفي للقلق :

يفسر كل من **بيك (Beck)** و **روش (Ruch)** و **أماري(Emery)** الاضطرابات النفسية المرضية وبالأخص الاكتئاب والقلق إلى وجود اضطرابات في معالجة المعلومات التي بدورها ترتبط بمخططات معرفية مضطربة.

كما أظهرت دراسة كل من **بيك(Beck)** و **أماري(Emery)** أن هناك محتوى تفكير خاص لدى الأفراد المصابين بهجمات الهلع والقلق العام ، فالأشخاص القلقون يدركون البيئة وفق عمليات معرفية خاطئة وتتضمن اضطرابات التفكير أربعة أنواع من الأخطاء المعرفية وهي :

- الاستنتاج المعرفي ويتمثل في وضع استنتاجات دون توفر براهين
- تعميم كل الوضعيات الممكنة انطلاقا من تجربة فريدة
- تعظيم المخاطر و تصغير الوضعيات الأمنية.
- الذاتية و ما يحدث بتأثير فردي.(ابن الطيب فتيحة ، بدون سنة، ص51)

2-5- التفسير البيولوجي للقلق:

تؤكد هذه النظرية على دور الجهاز العصبي المركزي، فقد يكون القلق ردة الفعل غير متعلمة و التي تنشط من خلال اختلال الوظيفة البيوكيميائية للدماغ كما في حالة اضطراب الهلع ،في حين أن الصور الأخرى للقلق تكون متعلمة ، وهناك بعض الدراسات التي وردت في (**اولتمس وتومس OLTMANNS ET THOMAS1998)** التي تشير إلى اثر العامل الوراثي للاضطرابات كما في اضطراب الفزع و الرهاب ، أما تأثيرات البيئة المحيطة فتبدو أعظم في حالات المخاوف المرضية المحددة . (جاسم محمد عبد الله ،2008، ص38)

2- الفرق بين القلق و الخوف :

تعددت أراء العلماء في تناولهم لمفهومي الخوف و القلق، فالبعض يرى انه ليس هناك اختلافات واضحة بين المفهومين، بينما أكد البعض الأخر على وجود فروق جوهرية واضحة بينهما.

- فيرى **وولمان (Wolman)** أن عمليتي الخوف و القلق على الرغم من انه يتم استخدامها بصورة تبادلية ، إلا أن هناك اختلافا واضحا بينهما ، حيث يرى أن الخوف يعد استجابة انفعالية إزاء خطر حقيقي (في حالة الخوف العادي) أو غير حقيقي (في حالة الخوف المرضي)،بينما يكشف القلق عن شعور تشاؤمي عام بهلاك محدق وشيك الوقوع ، وعليه يعتبر الخوف استجابة انفعالية وقتية إزاء خطر ما ، يقوم على أساس تقدير المرء لقوته تقديرا منخفضا بالقياس إلى قوة الخطر الذي يهدده ،بينما العكس في القلق الذي يعد ضعفا عاما وشعورا يعدم الكفاءة و العجز ،

و يرى **ماكليريد (Mclerd)** أن القلق صورة من الخوف العصابي أو المرضي ، و الخوف العصابي نوع من الخوف لا يدرك له الفرد مصدرا أو موضوعا في الواقع الخارجي ، و يمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا من الخوف و توقع التهديد و الخطر (أسماء عبد الله ،2008،ص24-25)

3- أنواع القلق :

يمكن تصنيف القلق حسب أعراضه أو أسبابه و دوافعه و الظروف المحيطة به أو النظريات المفسرة لحدوثه إلى أنواع متعددة :

3-1- القلق كعرض :

أو متقدم الاضطرابات أو أمراض نفسية أخرى و أحيانا ما يكون عاملا مشتركا في جميع الأمراض و الاضطرابات النفسية ، كالخوف الاجتماعي أو الوسواس القهري أو توهم المرض وغيرها (ابن الطيب فتيحة،بدون سنة ،ص51)

3-1-1- القلق كحالة و القلق كسمة حسب (Sielberger1966)

3-1-2- القلق كحالة:

وهو حالة يشعر بها الإنسان في مواقف التهديد و يزول بزواله ، وهي حالة مؤقتة مرحلية تزول بزوال الموقف .

3-1-3- لقلق كسمة:

وهو عبارة عن نفي ،يظل كامنا حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية وتختلف ردود الفعل في مواقف الإحباط حسب استعداد كل فرد ، فالشعور بالقلق مسالة نسبية

(أسماء عبد الله،2008،ص26-27)

3-2- القلق خارجي المنشأ و الداخلي المنشأ :

3-2-1- القلق الخارجي المنشأ :

وهو قلق مستثار يأتي من الخارج وهو استجابة سوية للضغط، ايجابي يساعد على النجاح .

3-2-2- القلق داخلي المنشأ : هو قلق مرضي سلبي يؤدي إلى الفشل و سوء التكيف .

3-2-3- القلق الموضوعي :

هذا النوع يكون اقرب إلى الخوف، وذلك لان مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب، ومن أمثلته شعور الفرد بالقلق و الخوف مثلا إذا اقتربت منه سيارة مسرعة في الطريق.

3-2-4- القلق المرضي أو العصابي (الحصر):

لا يدرك صاحبه مصدره أو علته ، و كل ما هناك انه يشعر بحالة من الخوف والغامض المنتشر(العام ، الغير محدود) . (مجدي احمد محمد عبد الله،2000،ص185) يعرفه فرويد على انه خوف غامض غير مفهوم لا يستطيع الشخص أن يشعر به أو يعرف سببه ، فهو رد فعل لخطر داخلي **فرويد ثلاثة أنواع من القلق العصابي** وهي :

- **القلق الهائم الطليق** : وهو قلق يتعلق بأي فكرة مناسبة أو أي شيء خارجي و المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائما سوء النتائج و يفسرون كل ما يحدث لهم انه نذير سوء

- **قلق المخاوف المرضية** : وهو عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة ، لا يستطيع المريض أن يفسر معناها و هذا النوع من القلق يتعلق بشيء خارجي غير معقول لا يجد له مبررا .

- **قلق الهستيريا** : يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يكون واضحا في بعض الأحيان ، وغير واضح في أحيان أخرى ، فالأعراض كالرعشة و الإغماء و صعوبة التنفس ، إنما تحل محل القلق وبذلك يزول الشعور بالقلق .

3-2-5- قلق المواقف الصعبة أو الظروف المحيطة:

يمكن أن يدخل تحت القلق كحالة، ويتميز هذا النوع من القلق بشعور الفرد بان الموقف يتميز بالصعوبة أو التحدي بالنسبة له، ويرى انه غير قادر على مواجهته، ويتوقع الفشل.

3-2-6- القلق الخلقي:

يكون مصدر الخطر الأنا الأعلى ، بسبب الحكم الذي يصدره نتيجة ارتكاب الشخص لذنب ما ، لذلك يظهر القلق على شكل الشعور بالذنب (ابن الطيب فتيحة ، بدون سنة ، ص52)

4-أعراض القلق :

يمكن تصنيف أعراض القلق إلى نوعين هما :

5-1- الأعراض البدنية :

- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب .
- نوبات من الدوخة و الإغماء .
- تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين .
- غثيان أو اضطراب المعدة .
- الشعور بألم في الصدر .
- فقد السيطرة على الذات .
- نوبات الغرق التي تتعلق بالحرارة او الرياضة البدنية.
- سرعة النبض عند الراحة .
- الأحلام المزعجة .
- التوتر الزائد.

5-2- الأعراض النفسية:

- نوبة الهلع التلقائي .
- الاكتئاب وضعف الأعصاب .
- الانفعال الزائد.
- عدم القدرة على الإدراك و التمييز.
- نسيان الأشياء .
- زيادة الميل إلى العدوان.(فاروق السيد عثمان ،2001،ص30)

4- أسباب القلق :

1-5- الأسباب البيولوجية :

ينشا القلق نتيجة اضطراب في عمل الجهاز العصبي الذاتي ، مما يؤدي إلى ظهور رزمة من الأعراض الجسمية ، وذلك بتأثير مادة من (الانفيرين)على الأجهزة المختلفة وقد وجد ثلاث نواقل في الجهاز العصبي ، تلعب دورا هاما في القلق النفسي هي:(التورانيفيرين ، السير وتنين ، ألقابا). (أسامة البطانية ،2007 ، ص479)

2-5- الأسباب الوراثية :

للوراثة دور فعال في انتقال الصفات النفسية والفيزيولوجية من الآباء إلى الأبناء وبالتالي فقد ينتقل القلق وراثيا، وكذلك بين المقربين كما دلت دراسات على أن نسبة القلِق تصل 50 % بينما حوالي 4% في التوائم غير المتشابهة ،وحوالي 15% أباء مرضى بالقلق .

(حسين فايد ،2001، ص55)

3-4- الأسباب النفسية :

إن الاستعداد النفسي بسبب الإصابة بالقلق وكذلك الضعف النفسي العام ، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه .....الخ ، يؤدي إلى القلق .(عبد الحميد محمد الشاذلي ،2001، ص115)

4-4- الأسباب التربوية :

تؤثر أساليب التربية على الأطفال وعلى الأبناء في سن المراهقة تأثيرات عميقة الجذور ، كما أن تربية الطفل بالتقريع والتوبيخ واللوم والعقاب الشديد أو النقد الدائم ، يجعله يحس بالحرمان من العطف والحنان .(القس صموئيل ،1994،ص12)

5-4- الأسباب الاجتماعية :

نجد تعدد المشاكل والأعباء على الإنسان في هذا العصر وبالتالي تعددت الواجبات التي يجب أن يتعلم معها ودورها ،والقوانين التي من المفروض أن يخضع لها سواء في العمل أو في الشارع أو في الحياة ، كما أن هناك الكثير من المحظورات والممنوعات التي توجب الابتعاد والعقاب .(لطفي عبد العزيز الشربيني ،1976،ص26)

6-4- الأسباب الحضارية:

كل حضارة تضع ضغوطات نفسية متميزة يتعرض لها أبنائها ، وهي تختلف من حضارة لأخرى ، ومن أمثلة ذلك اختلاف نسبة حدوث القلق بين الطبقات الاجتماعية المختلفة .

(فاروق السيد عثمان،2001،ص35)

- ومن **الأسباب الرئيسية** للقلق الافتقار للأمن ، الإهمال ، النقد ، الشعور بالذنب ، كل هذه العوامل تؤدي إلى خلق مشكلات عند الأطفال والمراهقين ، وكذلك الشيخوخة مع التأكيد على التفاعل بين مواقف الحاضر وخبراته وذكريات الصراعات في الماضي والأساليب الغير سوية في تنشئة الأولاد .(شيفروملمان،2006،ص28)

5- مستويات القلق :

6-1- المستوى المنخفض:

يحدث حالة تنبيه عام ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية، كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر ويكون الفرد في حالة تحفز وتأهب لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها ، ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إثارة إنذار لخطر وشيك الوقوع .(فاروق السيد عثمان ،2001،ص28)

6-2- المستوى المتوسط :

يصبح الفرد اقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته ويستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة ،وتكون استجابته وعاداته هي تلك العادات الأولى الأكثر أنفة وبالتالي يصبح كل شئ جديد ومهدد . (عبد اللطيف حسين فرج ، 2009، ص145)

5-3- المستوى العالي :

يحدث اضمحلالا وانهيارا للتنظيم السلوكي للفرد، ويحدث نكوصا إلى أساليب بدائية كان يمارسها الفرد وهو في مرحلة الطفولة ، وينخفض التآزر والتكامل انخفاضا كبيرا ، وبالتالي يجد صعوبة في التميز الصحيح للمنبهات الضارة وغر الضارة ، ويصبح عاجزا عن الاستجابة المتمايزة ويظهر ذلك في الصور الكئيبة للمصاب بالقلق العصابي في ذهوله ، وتشتت فكره ووحدته وسرعة تهيجه ، وعشوائية سلوكه . (فاروق السيد عثمان ،2001،ص28)

6- أبعاد الـقلق :

7-1- البعد الذاتي :

يكون من خلال الفرد لما يقول في داخليه كالآتي "أنا فزعت حتى الموت"،ويعبر عن مشاعره من خلال إجراء اختبارات سجل درجة القلق الذي يعاني منه قلق السمة ، أو في استجابة لمواقف خاصة يدعى قلق الحالة وتوجد اختبارات قياس هذا النوع من القلق ، ويجب تفسير نتائج هذه الاختبارات بحذر لان استجابة الفرد لمقياس تقدير الذات يمكن أن تكون موضوع لعدة أنواع من الترعات المقصودة والغير مقصودة فقد يظهر بعض الأفراد مستويات القلق اقل مما يختبرونه واقعيا من اجل إرضاء المعالج، أو من اجل إظهار استجابات تظهر بأنهم مرغوبون من قبل المعالجين أو من اجل جلب الانتباه .(محمد جاسم عبد الله ،2008،ص40)

7-2- الإثارة الفسيولوجية :

تتضمن الاستجابات الفسيولوجية توترات عضلية وزيادة في سرعة التنفس وارتفاع في ضغط الدم ،زيادة في ضربات القلب،جفاف الفم ،غثيان،إسهال وزيادة في التبول ،استجابات انفعالية كما نجد الفرد يشعر بالتوتر العضلي الشديد فيحس بان ساقيه ترتجفان وغير قادرين على حمله ، وقد يصاحبه إحساس بضيق التنفس فيحاول أن يتنفس بسرعة...الخ ، وتؤدي هذه الاضطرابات الفسيولوجية إلى النقص أو الاختلال في الغداء وهكذا تتداخل الاضطرابات الفسيولوجية بالإحساسات الذاتية ، في حالة من الإجهاد العصبي وقد يكفي قياس القلق من خلال نشاط فيزيولوجي واحد. (قاسم حسين صالح،2008،ص166)

3-6- السلوك الجسدي الحركي العلمي:

وتتمثل في الرجفة والتأتأة التي تأتي أما نتيجة للإثارة الفسيولوجية أو وسيلة للتجنب أو الهروب من المثيرات محددة ، وتقدير القلق في هذه الحالة يتألف من الملاحظة المباشرة لما يمكن أن يتجنبه الفرد ،مثل إلقاء خطاب أو أداء امتحان...الخ ، وتقدير الملاحظات من خلال مقياس أو أنظمة أخرى تسمح بمقارنة الاستجابات السلوكية الظاهرة أي موضوع أخر ،لكن هذا الأسلوب لقياس القلق يتأثر بالعوامل الاجتماعية أو الموقفية .(محمد عبد الله جاسم ،2008،ص41)

خلاصة جزئية :

يولي لدراسة القلق أهمية كبيرة في علم النفس لأنه الانفعال الأساسي الذي تقف خلفه العديد من الاضطرابات النفسية خاصة العصابية منها ، فموضوع القلق استحوذ على اهتمام كبير من طرف علماء النفس ، فهو يعد من أهم المفاهيم في نظريات علم النفس .

الملاحق

الملحق رقم (1) :

دليل المقابلة :

محتوى البيانات الشخصة :

هو محور يشتمل على معلومات عامة حول المفحوص ، و ذلك بطرح الأسئلة عن الاسم ، السن ، مستوى التعليمي ، المهنة ، الحالة العائلية ، الحالة الاجتماعية ، المستوى الاقتصادي و هذا مع التأكيد على احترام سرية المعلومات .

1- محور القلق :
- تعتبر نفسك قلوقي
- كفاش يكون القلق عندك قبل الغسل (دياليز) و بعد الغسل (دياليز)
- واش هي الأشياء ألي تقلقك مثلا في : في المستشفى و الأطباء و الممرضين ، حوايج أخرى
- تعتبر نفسك اكثر قلقا من الآخرين
- حسيت انك اصبحت تتقلق أكثر بعد المرض
- تقلقك مساعدة الآخرين لك و بماذا تشعر
- تقلقك تواجد الإسعاف أمام البيت أو مكان العمل
- تتقلق كي تلقى دورك مزال ملحقش في المستشفى (قلق الانتظار)

2- محور الاكتئاب :
- اوصفلي حالتك كي عرفت بلي كلاويك ميخدموش
- تحس روحك ماكش سعيد
- واجهتك تغيرات في الشهية، النوم، المزاج
- تحب تقعد وحدك او مع الناس
- كفاه وليت تشوف لحياة (الدنيا): متفائل، متشائم
- تحس برغبة في البكاء ؟ متى ؟
- تمنيت في لحظة من اللحظات انك تموت ولا تخضع للغسل
- كفاه أصبحت نظرتك للمستقبل بعد الإصابة بالمرض

3- محور المخاوف المرضية :
- واش هي لحوايج ألي تخوفك
- عندك خوف تحسو مهوش طبيعي
- ممكن شيئ يسببلك الخوف في المستشفى أو الأطباء أو الممرضين ، حوايج أخرى
- عندك خوف من شي محدد خارج عن نطاق المستشفى
- ممكن تحدوليي
- تخاف مثلا انو ميتقبلكش الاخرين (المجتمع) او لمرضك
- عندك مخاوف خاصة بالمرض (مضاعفات)

4- محاور معاش المرض :
- كفاش كان شعورك كي قالولك بانو راح تخضع لغسيل الكلى
- شكون كان معاك – واش درت

- كفاش كان ردة فعل عائلتك : امك وابوك (زوجتك او زوجك) اولادك
- كفاش تحس نفسك مع االمشينة ؟ - واش تمثلك المشينة ؟
- قللت من الأعمال ألي كنت تقوم بيها ؟

الملحق رقم (2) :

مقياس تايلور للقلق الصريح

اقتباس و إعداد

الدكتور : مصطفى فهمي ، أستاذ و رايس الصحة النفسية ، جامعة عين الشمس

الدكتور : محمد احمد غالي ، أستاذ علم النفس ، جامعة الأزهر

اسم المريض : .....

رقم الملف :.....

التاريخ : .....

المطلوب منك ان تقرا العبارات بتمعن و تضع دائرة حول كلمة (نعم) إذا كانت العبارة تناسبك و تضع دائرة حول كلمة (لا) إذا كانت العبارة لا تناسبك

1	نومي مضطرب و متقطع	نعم	لا
2	مخاوفي كثيرة جدا بالمقارنة بأصدقائي	نعم	لا
3	يمر علي أيام لا أنام بسبب القلق	نعم	لا
4	اعتقد نفسي أني أكثر عصبية من الآخرين	نعم	لا
5	أعاني كل عدة ليالي من الكوابيس المزعجة	نعم	لا
6	أعاني من الآلام بالمعدة في كثير من الأحيان	نعم	لا
7	كثيرا جدا ما ألاحظ أن يداي ترتعش عدما أقوم بأي عمل	نعم	لا
8	كثيرا ما أعاني من الإسهال	نعم	لا
9	تثير قلقي أمور العمل و المال	نعم	لا
10	تصيبني نوبات من الغثيان	نعم	لا
11	اخشي أن يحمر وجهي خجلا	نعم	لا
12	دائما اشعر بالجوع	نعم	لا
13	أنا لا أثق في نفسي	نعم	لا
14	اتعب بسهولة	نعم	لا
15	الانتظار يجعلني عصبي جدا	نعم	لا
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم	نعم	لا
17	عادة لا أكون هادئا وأي شيء يستثيرني	نعم	لا
18	تمر بي فترات من التوتر لا استطيع الجلوس طويلا	نعم	لا
19	أنا غير سعيد في كل وقت	نعم	لا
20	من الصعب علي جدا التركيز أثناء أداء العمل	نعم	لا
21	دائما اشعر بالقلق	نعم	لا

22	عندما أشاهد مشاجرة ابتعد عنها	نعم	لا
23	أتمنى أن أكون سعيدا مثل الآخرين	نعم	لا
24	دائما ينتابني شعور على أشياء غامضة	نعم	لا
25	اشعر باني عديم الفائدة	نعم	لا
26	كثيرا اشعر باني سوف انفجر من الضيق و الضجر	نعم	لا
27	اعرق كثيرا و بسهولة حتى في الأيام الباردة	نعم	لا
28	الحياة بالنسبة لي تعب و مضايقات	نعم	لا
29	أنا مشغول دائما أخاف من المجهول	نعم	لا
30	أنا بالعادة اشعر بالخجل من نفسي	نعم	لا
31	كثيرا ما اشعر أن قلبي يخفق بسرعة	نعم	لا
32	ابكي بسهولة	نعم	لا
33	خشيت أشياء و أشخاص لا يمكنهم إيذائي	نعم	لا
34	أتأثر كثيرا بالأحداث	نعم	لا
35	أعاني كثيرا من الصداع	نعم	لا
36	اشعر بالقلق على أمور و أشياء لا قيمة لها	نعم	لا
37	لا استطيع التركيز في شيء واحد	نعم	ل
38	من السهل جدا أن ارتبك و اخطأ ، لما اعمل شيء ارتبك بسهولة	نعم	لا
39	اشعر باني عديم الفائدة، و اعتقد أحيانا أني لا أصلح بالمرة	نعم	لا
40	أنا شخص متوتر جدا	نعم	لا
41	عندما ارتبك أحيانا اعرق و يسقط العرق مني بصورة تضايقني	نعم	لا
42	يحمر وجهي خجلا عندما أتحدث مع الآخرين	نعم	لا
43	أنا حساس أكثر من الآخرين	نعم	لا
44	مرت بي أوقات عصيبة لم استطع التغلب عليها	نعم	لا
45	اشعر بالتوتر أثناء قيامي من النوم في العادة	نعم	لا
46	يداي و قدماي باردان في العادة	نعم	لا
47	أنا غالبا احلم بأشياء من الأفضل ألا اخبر أحدا بها	نعم	لا
48	تنقصني الثقة بالنفس	نعم	لا
49	قليل ما يحصل لي حالات إمساك تضايقني	نعم	لا
50	يحمر وجهي من الخجل	نعم	لا

الملحق رقم (4) : قائمة مسح المخاوف

قائمة " ولبه ، لانج " لمسح المخاوف

وضع : جوزيف ولبه ، بيتر لانج

الاسم : .....

الجنس (ذكر / أنثى) : .....

المهنة:.....

العمر:.....

فيما يلي قائمة لبعض المواقف أو الخبرات و الأشياء التي يمكن ان تسبب الخوف او غيره من الأحاسيس غير السارة المتصلة به . اقرأ كل فقرة و قرر أي حد تسبب لك الضيق، ثم ضع دائرة حول الرقم المناسب تبعا للمقياس التالي:

صفر	**لا مطلقا**
1	**قليلا**
2	**متوسط**
3	**كثيرا**
4	**كثيرا جدا**

تذكر ان تضع الدائرة في مكان واحد فقط أمام كل فقرة ، اجب عن كل الفقرات

العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
1- الجروح المفتوحة	صفر	1	2	3	4
2- الوحدة	صفر	1	2	3	4
3- عبور الشوارع	صفر	1	2	3	4
4- الأشخاص الذين يبدو عليهم الجنون	صفر	1	2	3	4
5- وجودك في مكان غريب	صفر	1	2	3	4
6- السقوط (الوقوع)	صفر	1	2	3	4
7- السيارات	صفر	1	2	3	4
8- الرعد	صفر	1	2	3	4
9- صفارات الإنذار أو صفارات السيارات	صفر	1	2	3	4
10- الفشل	صفر	1	2	3	4
11- دخول حجرة يجلس فيها أشخاص آخرين	صفر	1	2	3	4
12- أن تطل من المباني المرتفعة	صفر	1	2	3	4
13- الكائنات الخيالية (الأشباح و العفاريت)	صفر	1	2	3	4
14- أن تأخذ حقنة (إبرة)	صفر	1	2	3	4

15- الأشخاص الغرباء (الأجانب)	صفر	1	2	3	4
16- رؤية شخص يأخذ حقنة	صفر	1	2	3	4
17- الضوضاء المفاجئة	صفر	1	2	3	4
18- رحلة بالسيارة	صفر	1	2	3	4
19- الطقس (الجو) الرديء	صفر	1	2	3	4
20- الزحام	صفر	1	2	3	4
21- شخص يستخدم قوته لإيذاء الضعفاء	صفر	1	2	3	4
22- أشخاص تبدو عليهم القسوة	صفر	1	2	3	4
23- منظر المياه العميقة	صفر	1	2	3	4
24- أن يرافقك احد أثناء عملك	صفر	1	2	3	4
25- الموتى	صفر	1	2	3	4
26- الحيوانات الميتة	صفر	1	2	3	4
27- الأسلحة	صفر	1	2	3	4
28- تناول الدواء	صفر	1	2	3	4
29- أن يعاقبك الله	صفر	1	2	3	4
30- جرح شعور الآخرين	صفر	1	2	3	4
31- دافن الموتى (حفار القبور)	صفر	1	2	3	4
32- الشرطة	صفر	1	2	3	4
33- ترك المنزل (الرحيل)	صفر	1	2	3	4
34- الفحص الطبي	صفر	1	2	3	4
35- الزواج	صفر	1	2	3	4
36- القيء	صفر	1	2	3	4
37- المستشفيات	صفر	1	2	3	4

الملحق رقم (3) : مقياس بيك للاكتئاب

مقياس B . D . I

الاسم : ..... **تاريخ الميلاد : ...../ ..... / .....**

المستوى التعليمي : ..... **تاريخ اليوم : ..... / ..... / .....**

المهنة : .....

تعليمات :

في هذه الكراسة إحدى و عشرون (21) مجموعة من العبارات ، الرجاء أن تقرا كل مجموعة على حدة ، و ستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معينا اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك و مشاعرك خلال هذا الأشهر ، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (0 أو 1 أو 2 أو 3)

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل ان تختار واحدة منها ، تأكد انك أجبت على كل مجموعة .

أولا :

0- لا اشعر بحزن
1- اشعر بحزن

2- اشعر بحزن طوال الوقت ، ولا استطيع التخلص منه
3- إنني حزين بدرجة لا استطيع تحملها

ثانيا :

0- لست متشائما بالنسبة للمستقبل
1- اشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل
2- اشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل
3- اشعر أن المستقبل لا آمل فيه و أن الأمور لن تتحسن

ثالثا :

0- لا اشعر أني فاشل
1- اشعر أني فشلت أكثر من المعتاد
2- عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع
3- اشعر بأني شخص فاشل تماما

رابعا :

0- استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل
1- لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه .
2- لم اعد احصل على استمتاع حقيقي من أي شيء في الحياة .
3- لا استمتع إطلاقا بأي شيء في الحياة.

خامسا :

0- لا اشعر بالذنب
1- اشعر بأني قد أكون مذنبا
2- اشعر شعورا عميقا بالذنب في اغلب الأوقات
3- اشعر بالذنب بصفة دائمة

سادسا :

0- لا اشعر أني أتلقى عقابا
1- اشعر باني قد أتعرض للعقاب
2- أتوقع أن أعاقب
3- اشعر بأني أتلقى عقابا

سابعا :

0- لا اشعر بعدم الرضا النفسي
1- أنا غير راضي عن نفسي
2- أنا مستاء (غاضب) من نفسي
3- اكره نفسي

ثامنا :

0- لا اشعر بأني أسوا من الآخرين
1- انقد نفسي بسبب ضعفي و أخطائي
2- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي
3- ألوم نفسي على كل شيء سيئ حدث

تاسعا :

0- اشعر بضيق من الحياة
1- ليس لي رغبة الحياة
2- أصبحت اكره الحياة
3- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك

عاشرا :

0- لا ابكي أكثر من المعتاد
1- ابكي الآن أكثر من ذي قبل
2- ابكي طوال الوقت
3- لقد كنت قادرا على البكاء فيما مضي لكني الآن لا استطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك

حادي عشر :

0- لست متوترا أكثر من ذي قبل
1- أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل
2- اشعر بالتوتر كل الوقت
3- لا أتوتر أبدا من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى

ثاني عشر :

0- لم افقد الاهتمام بالناس الآخرين
1- أني اقل اهتماما بالآخرين مما اعتدت أن أكون
2- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين
3- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين

ثالث عشر :

0- اتخذت قرارات على نفس المستوى الذي اعتدته تقريبا
1- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة اكبر مما مضى
2- أجد صعوبة اكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به
3- لم اعد استطيع اتخاذ القرارات غلى الإطلاق

رابع عشر :

0- لا اشعر أني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون
1- يقلقني أني أبدو اكبر سنا و اقل حيوية
2- اشعر بان هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو اقل حيوية
3- اعتقد أني أبدو صغيرا (استصغر نفسي)

خامس عشر :

0- استطيع أن أقوم بعملي كما تعودت
1- احتاج لجهد كبير لكي أبدا في عمل شيء ما
2- أن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء
3- لا استطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق

سادس عشر :

0- استطيع أن أنام كالمعتاد
1- لا أنام كالمعتاد
2- استيقظ قبل موعدي بساعة أو بساعتين واجد صعوبة في النوم مرة أخرى
3- استيقظ قبل بضعة ساعات من موعدي المعتاد و لا استطيع العودة مرة أخرى

سابع عشر :

0- لا اشعر بتعب أكثر من المعتاد
1- اتعب بسرعة عن المعتاد
2- اتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء
3- إني متعب لدرجة أني لا استطيع أن أقوم بأي عمل

ثامن عشر :

0- إن شهيتي للطعام ليست اقل من المعتاد
1- إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد
2- إن شهيتي للطعام أسوا كثيرا الآن
3- ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر

تاسع عشر:

0- لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة
1- فقدت أكثر من كيلو غراميين من وزني
2- فقدت أربعة كيلو غرامات من وزني
3- فقدت ستة كيلو غرامات من وزني

عشرون :

0- لست منشغلا عن صحتي أكثر من ذي قبل
1- أني مشغولة ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع و اضطرابات المعدة و الإمساك
2- أني مشغول جدا ببعض المشكلات اليومية و من الصعب أن أفكر في شيئا آخر
3- أني مشغول جدا حول مشكلاتي البدنية لدرجة أني لا استطيع أن أفكر في شيئا آخر

واحد و عشرون :

0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي بالجنس
1- أنني اقل اهتماما بالجنس عن المعتاد
2- لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيرا
3- لقد فقدت اهتمامي بالجنس كثيرا

الملحق رقم (5) : درجات القلق لدى عينة المرضى و الغير مرضى

	عينة المرضى		عينة غير المرضى	
الأفراد	درجات القلق	نوع القلق	درجات القلق	نوع القلق
1	17	قلق بسيط	13	خال من القلق
2	16	خالي من القلق	18	قلق بسيط
3	13	خالي من القلق	10	خال من القلق
4	20	قلق بسيط	7	خال من القلق
5	26	قلق نوعا ما	4	خال من القلق
6	8	خالي من القلق	16	خال من القلق

7	6	خالي من القلق	21	قلق نوعا ما
8	17	قلق بسيط	17	قلق بسيط
9	5	خالي من القلق	26	قلق نوعا ما
10	16	خالي من القلق	19	قلق بسيط
11	0	خال من القلق	37	قلق شديد جدا
12	14	خال من القلق	30	قلق شديد جدا
13	20	قلق بسيط	17	قلق بسيط
14	33	قلق شديد جدا	17	قلق بسيط
15	38	قلق شديد جدا	35	قلق شديد جدا
16	35	قلق شديد جدا	19	قلق بسيط
17	19	قلق بسيط	14	خال من القلق
18	28	قلق شديد	35	قلق شديد جدا
19	15	خال من القلق	19	قلق بسيط
20	10	خال من القلق	38	قلق شديد جدا

الملحق رقم (6): درجات الاكتئاب لدى عينة المرضى وغير مرضى

عينة المرضى			عينة الغير مرضى	
الافراد	درجات الاكتئاب	نوع الاكتئاب	درجات الاكتئاب	نوع الاكتئاب
1	12	اكتئاب بسيط	9	لا يوجد اكتئاب
2	3	لا يوجد اكتئاب	18	اكتئاب متوسط
3	9	لا يوجد اكتئاب	9	لا يوجد اكتئاب
4	8	لا يوجد اكتئاب	3	لا يوجد اكتئاب
5	19	اكتئاب متوسط	6	لا يوجد اكتئاب
6	8	لا يوجد اكتئاب	6	لا يوجد اكتئاب
7	1	لا يوجد اكتئاب	23	اكتئاب متوسط

8	10	اكتئاب بسيط	22	اكتئاب بسيط
9	8	لا يوجد اكتئاب	21	اكتئاب متوسط
10	19	اكتئاب متوسط	24	اكتئاب شديد
11	0	لا يوجد اكتئاب	37	اكتئاب شديد
12	15	اكتئاب بسيط	19	اكتئاب متوسط
13	16	اكتئاب متوسط	3	لا يوجد اكتئاب
14	11	اكتئاب بسيط	7	لا يوجد اكتئاب
15	28	اكتئاب شديد	14	اكتئاب بسيط
16	19	اكتئاب بسيط	7	لا يوجد اكتئاب
17	3	لا يوجد اكتئاب	15	اكتئاب بسيط
18	5	لا يوجد اكتئاب	8	لا يوجد اكتئاب
19	16	اكتئاب بسيط	28	اكتئاب شديد
20	9	لا يوجد اكتئاب	11	اكتئاب بسيط

الملحق رقم (7): درجات المخاوف المرضية لدى عينة المرضى و الغير مرضى

	الأفراد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
الدرجات	عينة المرضى	48	41	39	55	58	15	18	40	48	35	5	70	97	71	78	49	38	17	95	38
	عينة الخام	34	39	35	5	20	73	55	41	33	48	95	61	44	38	17	49	70	97	38	78

تمهيد :

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في عصرنا الراهن التي تمس الأفراد في مختلف الأعمار ، حيث أنهم يتفاوتون في درجة الاستجابة، وهو ما يفسر تباين أعراض الاكتئاب و اختلاف أنواعه ، ويمكن أن يتخذ شكلا مرضيا في صورة مرض نفسي مزمن ومعقد قد يؤدي بصاحبه إلى الانتحار وللتعرف أكثر على أعراض الاكتئاب قمنا بإدراج هذا الفصل من خلال التعريف به و تفسيره و معرفة أسباب تزايده .

1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب :

عرف الاكتئاب منذ فجر التاريخ ، وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق وعند العرب . فهو يعود إلى حوالي (1500) سنة قبل الميلاد ، حيث نجد إن أول ما سجله التاريخ المكتوب " امتحب " الذي لقب فيما بعد بابي الطب قد أسس في مدينة "منف" القديمة بمصر معبدا تحول إلى مدرسة للطب و مصحة للعلاج الأمراض البدنية والنفسية

كما احتوت أوراق البريد لقدماء المصريين على وصف هذا المرض و ربطته بحالة الجسم و أمراض القلب أما عن علاجه ، فقد أولوا له اهتماما حيث كان يتم بوسائل و طرق متشابهة لتلك الرسائل المستخدمة حاليا في أنشطة ترفيهية و العلاج بالماء و استخدام الإيحاء ، وبحوالي (1400) سنة قبل الميلاد ،وقد اسماه **أبو قراط** 400 سنة قبل الميلاد بالملانخوليا، وتعرف هذه التسمية حديثا بالاكتئاب الخطير. فنجد في جمهورية "أفلاطون" بعض التفاصيل عن المرضى النفسيين و كيفية علاجهم علاجا إنسانيا خاليا من التعذيب و الوحشية ، و هذا بسبب الاعتقاد بالنموذج الشيطاني الذي يرجع إلى المرض النفسي و الأرواح الشريرة.أما **هيبوقراط** فقد كتب مقالة عن "الميلانخوليا" وهو عبارة عن مصطلح قديم لمفهوم الاكتئاب ، وأشار إلى انه مرض عقلي مثل الصرع و الهوس وجنون العظمة ،والمعنى الحرفي للميلانخوليا هو سوء الطبع الأسود الذي يتحرك نحو المخ فيسبب المرض. وقبل الميلاد بحوالي (370) بين أرسطو أن الميلانخوليا موجودة عند كل المفكرين و الشعراء و الفنانين و الحكماء ، وفي سنة (80) للميلاد أشار **اريتوس** إلى السمات النفسية لمرض الميلانخوليا ، وهي القلق ، الحزن ، المعاناة من القلق وقلة النوم ،الشعور بالرعب و الفزع و الرغبة في الموت . وشخص الفسيولوجي **ايرابسترانلس** 300 سنة قبل الميلاد الاكتئاب الناجم عن الحب لدى قائد أنطاكي ، وحدد اريتوس في سنة 80 ميلادية بعض الصفات النفسية المييزة للاكتئاب كالحزن والقلق والأرق والشعور بالهلع والرعب والرغبة في الموت . ووضع **جالينوس** في سنة 130 ميلادية نظرية الأنماط الأربعة التي مفادها أن زيادة مرارة السوداء

تؤدي إلى مزاج سوداوي ومكتئب. وصرح فليكس في سنة 150 ميلادية أن الملانخوليا هي نوع من الاغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن والخوف. واعتبر ابن سينا الاكتئاب سنة 980 ميلادية في عصر النهضة الإسلامية أنه انحراف عن المجرى الطبيعي نحو الفساد والخوف والمزاج السوداوي ، يسببه خل الرحمان العيسوي ، 1990) وهذا ما ذهب إليه **Sagand** و آخرون في كون أن المرض يعود إلى نقص في إفراز هرمون السيروتونين بالدماغ ودعا **Weyer Johon** (1515-1588) في عصر النهضة إلى ضرورة التدقيق في فحص المصابين بالمالنخوليا و تصوراتهم وأفكارهم وأفعالهم التي كانت ترهق أذهانهم إلى حد أن بعضهم كان يتخيل نفسه أنه حيوان ،وفي ألمانيا ميز **Emil Kreaplin** (1856-1926) بين ستة أنواع من الاكتئاب وهي: الاكتئاب البسيط، الاكتئاب الذهولي ، الملانخوليا الخطيرة ، الملانخوليا الاضطهادية ، الملانخوليا الوهمية و الملانخوليا التخويفية ، ثم تراجع عن هذه الفكرة واعتبر كل أعراض الاكتئاب بما في ذلك الاكتئاب التحويلي هي تجليات لمرض واحد وهو الذهان الدوري . وهذا التصنيف هو المتبع حاليا مع فصل الاكتئاب التحويلي على أساس أن أسبابه تختلف عن أسباب أنواع الاكتئاب الأخرى. و يعتبر **كرابلين (Kraepelin)** عام 1921 أول من فرق بين العديد من الأمراض مثل:الهوس و الماليخونيا ، وقد استطاع أن يقدم وصفا إكلينيكيا رائعا لكل نوع من أنواع هذه الأمراض فعلى سبيل المثال ، فقد استطاع أن يميز الجنون الاكتئابي ، الهوس عن بقية الأمراض الأخرى كما أوضح كرابلين أن هذا المرض وراثي و بالرغم من انه زواج بين الهوس و الاكتئاب إلا أنهما لا يحدثان معا ، فالاكتئاب عرضي منفصل تماما عن الهوس (رشاد علي عبد العزيز موسى ، 1993، ص20-21)

2- تعريف الاكتئاب :

في اللغة العربية ، هو مصطلح مشتق من فعل كئب كأبا و كأبة وكآبة ، ويعني كان في غم وسوء حال وانكسار من حزن ، فهو كئيب (المنجد في اللغة والأعلام، 1986: 668).

عرف علماء النفس الاكتئاب بتعريفات متعددة ومن بين هذه التعريفات تعريف جمعية الطب النفسي الأمريكية في الدليل التشخيصي الأول DSM 1 بأنه (مجموعة من الانحرافات لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في المخ بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية ، ترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية ، أو إلى اضطرابات علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه وترتبط بحياة الفرد وخاصة طفولته ،وهو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات تستهدف حلا لازمة نفسية ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه، قد تفلح في هدفها بقدر قليل أو كبير أو تكون محاولة خائبة لا تجدي في خفض القلق بل تزيده شدة وإصرارا (أسيا بنت علي راجح بركات،2000،ص28)

الاكتئاب حسب ما كتب الروائي **وليام ستايرون (William styron)** ، هو "كلمة صغيرة جدا لمثل هذا المرض الكبير" فالكلمة اللطيفة لا تعكس الكرب الذي يصيب الإنسان أثناء الاكتئاب .

تكشف كلمة الاكتئاب عن معان عدة ، لاسيما في اللغة الانجليزية، فكلمة(depression) تستخدم للإشارة إلى حفرة أو فجوة في الأرض ، وفي العالم المالي تعني مرحلة التقهقر الاقتصادي ، وفي علم الأرصاد الجوية ، تشير إلى نمط طقس استوائي قد يحدث إعصارا أو زوبعة ، وبين علماء الفضاء تشير كلمة (depression) إلى مسافة جسم سماوي تحت الأفق ، ولكن أكثر المعاني المألوفة للكلمة ربما يرتبط بالمزاج ففي الاستعمال غير الرسمي ، تصف هذه الكلمة مزاجا سيئا على نحو مؤقت قد ينجم عن يوم أو شعور سيء ، وفي المصطلحات الطبية ،يعتبر الاكتئاب مرضا خطيرا يحدث تغيرات في الذاكرة و التفكير (الإدراك) و المزاج ، و الجسد والسلوك و هو يؤثر في طريقة شعورك و تفكيرك وأكلك و نومك وتصرفك (مايو كينك،2002،ص13)

وأطلق مصطلح "الاكتئاب" (dèpression) من قبل عدد من الأطباء النفسانيين على مجموعة متزامنة من الأعراض و الجسدية و الوجدانية المضطربة التي تسبب للشخص هبوطا واضحا في حالته المزاجية ، وتدهورا واضحا في أنشطته الحياتية اليومية ، وعزوفا عن القيام بأي عمل ايجابي هادف ، وتقاعسا عن الإتيان بوظائفه المعتادة ، فيعتزل الحياة الطبيعية ، وتقل قيمته في نفسه و يرى الحياة كلها بلا قيمة ، فيزهدها وقد يفكر في التخلص من حياته . (غلا عبد الباقي ،2009،ص13)

3- النظريات المفسرة للاكتئاب :

3-1- النظريات النفسي ـ ديناميكية :

أشار **كارل أبراهام (Karl Abraham1911)** أن البغض و الضغينة (Hnilredl) هي من أهم المشاعر السائدة عند الفرد المكتئب ، و نظرا لان مشاعر البغض و الحقد والكراهية غير مقبولة عند الفرد لذا يحاول أن يكبت مثل هذه المشاعر ثم يسقطها، ويشعر الفرد بالبغض و الكراهية من قبل الآخرين ، ثم يأتي بعد ذلك الاعتقاد بأنه منبوذ بسبب نقائصه و عيوبه الفطرية (Imbom defecils) ومن ثم يصبح مكتئبا ، ولقد وجد أبراهام من خلال دراسته العديد من الدلائل العدائية المكبوتة (HostclilyRepressed) في أحلام المكتئبين الإجرامية كما أنهم يحاولون الانتقام من الآخرين ولا يحاول المرضى بالاكتئاب أن يعزوا دفاعاتهم العنيفة إلى الحزن ، ولكن إلى عيوبهم الشخصية ، وهم يعانون من أعراض المازوشية و الشعور بالذنب ، ويحاولون دائما إرضاء ميل اللاشعور إلى إنكار الحياة.

ولقد صاغ **فرويد (Freud1955)** التفسير الأساسي للتحليل النفسي لمفهوم الاكتئاب وقد قارن بين الماليخونيا بالخطوات العادية للحداد و الحزن على أن هذه المقارنة ربما تساعدنا على وصف الملانخوليا .كمرض نفسي ، ولقد وجد فرويد انه من الغريب أن الحزين يعتقد أن الموضوع الخارجي عن ذاته قد فقد، لكن الفرد المصاب بالملانخوليا يحدد فقدان هذا الشيء من خلال ذاته ، وأشار **فرويد** أن الفرد عندما يفقد موضوعا محببا إلى ذاتها فبدلا أن تتجه الطاقة الليبيدية نحو موضوع أخر، فإنها تتجه نحو الأنا، وتستخدم الطاقة الليبيدية المتحررة في توحد الأنا مع الموضوع المفقود عن طريق الإيحاء، لذا فان الأنا لا يستطيع أن يوجه اللوم أو النقد إلى نفسها كموضوع . (رشاد علي عبد العزيز موسى ،1993 ، ص22)

و بالرغم من أن علماء التحليل النفسي يتفقون بشكل عام في نظرتهم للاكتئاب، بصفته حنقا و غضبا موجها للذات ، فإنهم يختلفون في النوع و الدوافع المحبطة و المثيرة للغضب و الحنق، حيث يراها "أبراهام" متأثرا بالنظرية الفرويدية المبكرة مرتبطة بالحاجة للإرضاء (أو بالأحرى الفشل في الإرضاء الحبي و الحصول على الحب) . (عبد الستار إبراهيم ،1990،ص87)

ويرى **"رادو" (Rado 1928)** الذي يعتبر أيضا من العلماء التحليليين الذين اهتموا بدراسة الاكتئاب ما هو إلا **"** صرخة بحث عن الحب **"** متأثرا فيما هو واضح بنفس الاتجاه الفرويدي المبكر، ويصف **فينيكيل (Fenichel 1945)** المكتئب بأنه : **"** إنسان مدمن للحب **"** ولكن **بيبرينج (Bibring 1953)** احد أعضاء المدرسة الفرويدية – المحدثة - ينظر إلى الموضوع نظرة اشمل ، وأكثر عصرية ، فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات و الطموحات (aspirations) ويرى أن الحاجة إلى الحب و التقدير ما هي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية ، أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان ، و الحاجة لمنح الحب، ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء ، أو نتيجة لإحباط، أي حاجة من الحاجات الثلاثة السابقة ' والصراع الذي يحدث قي الذات ، و المرتبط بفشل إشباع أي منها (عبد الستار إبراهيم ، 1990،ص87-88)

3-2- النظريات الأحادية و الثنائية :

3-2-1- النظرية الأحادية :

وتؤمن هذه النظرية بوحدة الأمراض الوجدانية ، وعدم اختلافها إلا في شدة الأعراض و رائد هذه النظرية **أوبري لوين** عام**(1966)** نقلا عن احمد عكاشة ،والذي يؤمن أن الاكتئاب مرض يزخر بأعراض مختلفة ، تتباين في الكم وليس قي الكيف وانه لا يوجد ما يسمى بالاكتئاب النفسي أو العصابي أو الخارجي مستقل عن الاكتئاب العقلي أو الذهاني أو الداخلي ، وان الفارق الوحيد بينهم ، هو تعقيد و شدة الأعراض الإكلينيكية ، وانه لا يوجد الآن ما يثبت في البيولوجيا اختلاف هذين النوعين من المرض وان الاكتئاب الداخلي أحيانا ما تسببه عوامل خارجية ، وكذلك كثيرا ما تكون مسببات الاكتئاب النفسي الخارجي ضعيفة بل وأضاف لويس أن القلق النفسي ما هو إلا احد مظاهر الاكتئاب ، ولا يصح فصله عن الاضطرابات الوجدانية بل يجب مناقشته مع هذه الأمراض . (رشاد علي عبد العزيز موسى ،1993، ص22)

3-2-2- النظرية الثنائية :

يعتقد معظم أطباء النفس في هذه النظرية بأن الاكتئاب نوعان :

1- الاكتئاب الداخلي و العقلي و الذهاني .
2- الاكتئاب الخارجي أو النفسي أو العصابي أو التفاعلي .
3- خليط بين نوعي الاكتئاب .

3-3- النظرية الفينومنولوجية (الظواهرية) :

يشير **مصطفى زيور** إلى الاكتئاب هو عبارة : "...تدهور القدرة على الصيرورة التي يترتب عليها، انخفاض في الشعور بالكينونة ...لا لك الكينونة لا معنى لها بغير الصيرورة ، وهذا الشعور بالفراغ ، وهذا يعني بطبيعة الحال الموت النفسي عندما ينقطع التناغم بين الأنا و العالم ، عندما يصل نقصان الشعور بالكينونة نقصا حادا فيصل إلى عدمية الوجود....وبعدى الزمان و المكان يضطربا اضطرابا شديدا في الاكتئاب و سبق القول أن نقصان الكينونة أي الفراغ في المكان لا معنى له بغير الصيرورة أي الفراغ في الزمان ، و الواقع إن معظم أطباء النفس الفينومينولوجيين أي الظواهريين يرون في اضطراب الزمنية (Tenpolity) (ويقصد به الزمان المعاش لا الزمن المحسوب بالدقائق و الساعات ... مفتاح الاكتئاب).

3-4- النظرية البيوكيميائية :

اكتشف عقار ابيروينازيد(Praniaid) المضاد للاكتئاب في الخمسينات و الذي كان يستخدم في علاج الدرن وقد قامتبعد ذلك نظرية ـ بتاـ على تجربة قام بها سيكتور عام (1963) نقلا عن مصطفى زيور (ب،ت،ص25)... أن هذا العقار يعمل كمثبط لخميرة المونومين السيداز(Momasmine oxylase) وخاصة امينات الكاتيكول (Catechaiamines)وتشمل النورادرينالين(Naradrmaline)و الدوبامين (Dapanine)الذي منه يتخلق النورادرينالين وقد تبين من التجارب البيوكيميائية ان الدوبامين يتخلق بدوره من الدوبا . (رشاد علي عبد العزيز ، 1993،ص23)

وهذه تتخلق من الأمين الأحادي المسمى بالتيروسين (Tyrasin) وقد تبين أيضا من التجارب أن التيروسين و الدوبا ، يزيلان الكآبة التجريبية التي تسببها مادة الرزربين (Roserpime) وهكذا انتهى إلى أن أمينات الكاتيكول يمكن اعتبارها الخلفية البيوكيميائية لانفعالات الاكتئاب و المرح و لما كان الأمين الأحادي الدوباسين الذي يتخلق منه خاصة في منطقة المهاد، وما تحت المهاد ، ثم في قرن أمرن بالقشرة الدماغية وهي المواضع التي بينت التجارب التشريحية الفسيولوجية على أنها الخلفية التشريحية الفيسيولوجية للانفعالات فإذا ما نبهت هذه الخلايا العصبية انطلق الدوبامين وأصبح فعالا، إلا انه يفقد نشاطه بواسطة الخميرة المؤكسدة سالفة الذكر ، وبالتالي فان مثبطات الخميرة المؤكسدة تتيح الأمينات الكاتيكول أن تقوم بدورها النشط فتزيل انفعال الاكتئاب ... و الأمينات يزيد إفرازها تحت ظروف كل من النورادينالين والادرينالين ، إذن هناك اثر متبادل بين البعد السيكولوجي و البعد البيوكيميائي .

5-3- النظريات المعرفية:

لقد تحدى بيك (Beck 1967) وجهة النظر العامة التي وصفت الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفي(Afflecliredisarder) وتم وضع في الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب مثل : تقدير الذات، الشعور باليأس (Mopelessnes) و الشعور بالعجز (Helplessmess) وقد أكد بيك بأن الإدراك يؤدي إلى المعرفة و الانفعال عند الأفراد العاديين و الاكتئابيين أيضا و بخلاف الادراكات المعرفية العادية ، نجد أن الادراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية و المحتوى ، وهذه الادراكات المعرفية تحدد الاستجابة العاطفية في الاكتئاب .

وقام بيك باختبار محتوى الفكر الشديد الحساسية (Iduasyncratic) للمكتئبين . وقد اكتشف من خلال ذلك مفاهيم مشوهة وغير حقيقية يعاني منها الفرد المكتئب، وقد ظهر أيضا من التداعيات الحرة (Asisatians) للمرضى الاكتئابيين مجموعة من الخصائص الإدراكية السالفة مثل : احترام الذات المنخفض ، الحرمان ، فقدان الذات ، الهروب من الواقع بالاستغراق في الخيال ، الميول إلى الرغبات الانتحارية . (رشاد علي ،1993،ص24-25)

وتكون كل هذه الادراكات مشوهة و غير حقيقية لان المرضى بالاكتئاب يميلون إلى المبالغة في تضخيم أخطائهم و العوائق التي تعترض مسارهم .

و استطاع بيك(Beck) أن يقسم المفاهيم النظرية المتعددة للمريض المكتئب إلى الثالوث المعرفي فيرى المكتئب عالمه و ذاته و مستقبله بطريقة سالبة ، وكلما أصبح هذا الثالوث غالبا أو مسيطرا كان المريض أكثر اكتئابا ، وتظهر أعراض أخرى غير معرفية للاكتئاب ، الشخص يشعر بالنبذ أو انه منبوذ فيشعر بالحزن ، كما يبدو أن المطالب كلها مملة لمجال تجاوزها ، وفي ضوء هذا تشمل الرغبة و الإرادة ويزيد الهروب من كل هذه المطالب تجنب لمثل هذه المشاعر في زيادة مستمرة وتتم مع مشاعر الشعور بالعجز و عدم الإحساس بالقدرة فتزداد رغباته للانتماء من اجل الهروب من عذا المصير .

وقد أشار ميليجز و بولي (Melges and BaulbyKL pag969)إلى أن الشعور باليأس هو المحور الأساسي في الاكتئاب ويعزي الأمل و اليأس إلى تقدير الفرد لقدرته على انجاز أهداف معينة ، وهذا التقدير يعتمد على النجاح السابق في أهداف معينة ، وعادة ما يشعر المكتئب باليأس فيما يتعلق بمستقبله فتجده :

- يعتقد أن مهاراته لم تصبح بعد مؤثرة من اجل الوصول إلى أهدافه.
- يعتقد بالفشل بسبب عدم كفاءته الذاتية وانه يجب أن يعتمد على الآخرين .
- يشعر أن مجهوداته السابقة لتحقيق الأهداف بعيدة المدى قد بان بالفشل و بالرغم من اعتقاد المكتئب بأنه قادر على انجاز أهدافه ، الا ان هذه الأهداف تبقى هامة بالنسبة له لذا نجده مستغرقا في مثل هذه الأهداف التي لم يستطع انجازها و يشير **ليشرج (Lichenbery)** إلى أن المكتئب عادة ما يشعر باليأس و عدم الأمل من اجل الحصول على أهدافه و دائما ما يلوم نفسه على إخفاقاته ، كما أشار شمالي (Engel)إلى أن الشعور باليأس و الشعور بالعجز تجعل الفرد أكثر عرضة للاكتئاب و أيضا للمرض و الموت .(رشاد علي عبد العزيز ،1993،ص24-25).

4- أنواع الاكتئاب :

تعددت أنواع الاكتئاب تبعا لمنشئه و أسباب حدوثه ، و درجاته [متوسط ـ شديد ـ حاد] ، وتبعا لإعراضه ومدى حدة هذه الأعراض ، فمن حيث الأسباب :هناك نوعين رئيسيين من الاكتئاب وهما :

4-1- الاكتئاب الأولي :

ليست له أسباب محددة ، ولا يمكن إرجاعه لعوامل أو ظروف واضحة .

4-2- الاكتئاب الثانوي:

يحدث نتيجة لأسباب محددة و عوامل وظروف واضحة ومعروفة ، وهذا النوع قد ينتج عن الإصابة بأمراض عضوية مزمنة ، مثل : أمراض القلب، و السكر ، و السرطان ، والكبد و الروماتيزم ، وأمراض نقص المناعة و بعض أمراض الدم ومن حيث المنشأ : يوجد أيضا نوعين أساسيين كما يلي :

4-2-1- الاكتئاب الذهاني (العقلي) :

وهو داخلي المنشأ ، وراثي الجذور له أعراض تميزه عن أنواع الاكتئاب الأخرى من أهمها : الجمود الانفعالي ، و البطء الحركي ، و الكآبة الدائمة .

4-2-2- الاكتئاب العصابي (الانفعالي) :

ويطلق عليه أيضا الاكتئاب النفسي ، وهو واسع الانتشار ، ويرجع إلى عوامل خارجية مثل : ظروف البيئة المحيطة بالفرد والى عوامل نفسية و انفعالية خاصة بالفرد و ذاته .

أما تصنيف الاكتئاب من حيث درجاته فينقسم إلى ثلاثة أنواع كما يلي :

4-3-1- الاكتئاب البسيط (Simple Depussion):

وهو اخف صورة للاكتئاب و أعراضه متوسطة و محتملة و تأثيراته البدنية قليلة و أسبابه اغلبها خارجية من البيئة المحيطة بالفرد ، وبعضها نفسي و انفعالي ذاتي و كلها واضحة يمكن التعرف عليها بسهولة ، وعلاجه سريع و حاسم ، و نادرا ما تحدث حالات نكوص بعد العلاج .(غلا عبد الباقي إبراهيم ،2009، ص26)

4-3-2- الاكتئاب الشديد (Severe Depression):

وهو حالة حادة من حالات الاكتئاب تمتد لفترة طويلة ، وتؤدي إلى خلل في أداء الوظائف الطبيعية للإنسان فضلا عن اضطراب الأعمال الحياتية اليومية ، وقد يصل الأمر إلى ظهور بعض الهلوسات الذهانية مثل: سماع أصوات ليس لها وجود ، تشوش التفكير ، أفكار اضطهادية و محاولة الانتحار .

4-3-3- الاكتئاب الجسيم (Mayor Depussion):

و أعراضه نفس أعراض الاكتئاب الشديد ويضاف عليها أعراض أخرى ذهانية و تكثر فيه محاولات الانتحار . ويتداخل تشخيص هذا النوع من الاكتئاب مع بعض الأمراض العقلية مثل : الذهان ، الهوس، ويفقد الشخص قدرته على العمل ، ويصاب باضطراب شديد في النوم و الشهية ،و يمتنع عن الاستمتاع بأي شيء في الحياة ، ويلاحظ عليه انكسار النفس و هبوط الروح المعنوية ، وقد تمتد نوبة الاكتئاب الجسيم لعدة أسابيع ، و تزداد أعراضه في فترة الصباح . وتقل تدريجيا في الماء ، وقد تعاود نوباته الظهور مرة أخرى بعد العلاج وهو ما يطلق عليه بالنكوص .(علا عبد الباقي إبراهيم ،2009، ص27)

5-أعراض الاكتئاب :

إن الاكتئاب مرض نفسي يصيب الفرد تصاحبه جملة من الأعراض تختلف من حيث الشدة و النوع ، من فرد لأخر ، وفق أهم التصنيفات العلمية التالية . (رشاد عبد العزيز موسى،1993،ص15)

5-1- صنف(بيك Bike) أعراض الاكتئاب في المظاهر التالية :

- **المظاهر الانفعالية**: مثل فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع، المرح، الضحك، و التقليل من قيمة الذات .
- **الظاهر المعرفية** : وتتمثل في تضخم المشكلات ، عدم القدرة على الحسم ، تكوين صورة سلبية عن الذات .
- **المظاهر المتعلقة بالدوافع** : تتمثل في شلل يصيب الإرادة ، الرغبة في الهروب ، و الموت ، تزايد الرغبات الاتكالية .
- **المظاهر الجسمية** : كالتعب بسرعة و سهولة ، فقدان الليبيدو و الشعور بالأرق .

(رشاد عبد العزيز موسى ، 1993،ص15)

5-2- أعراض الاكتئاب : حسب درجات

5-1-2- أعراض الاكتئاب البسيط :

- الانطواء و قلة الاهتمامات ونقص النشاط .
- عدم الثقة بالنفس و اليأس و الإحساس بالأسى.
- إهمال الأصدقاء وتجنب الاجتماعات العائلية

- اضطراب النوم و الشهية .
- عدم الإقبال على متع الحياة و مباهجها .
- نقص التركيز و انخفاض مستوى التفكير .
- صعوبة إقامة علاقات اجتماعية ، و الانسحاب من الحياة العملية و الاجتماعية .
- الحزن و البؤس(علا عبد الباقي، 2005، ص37- 38)

5-2-2- أعراض الاكتئاب المتوسط :

يزداد على الأعراض السابقة أعراض اشد وطأة وهي :

- اللامبالاة وعدم الاكتراث بشيء.
- انعدام الأمل في المستقبل .
- فقدان الثقة بالنفس و الآخرين .
- الشعور بان الحياة لا جدوى منها ولا قيمة لها.

5-2-3- أعراض الاكتئاب الشديد والحاد :

- اضطراب شديد في النوم، فإما انه يظل المريض يقظا لا يستطيع النوم أو انه ينام لمدة طويلة دون حاجة حقيقية للنوم وعندما يستيقظ يشكو من التعب و الإجهاد.
- اضطراب في الطعام ، فقد يأكل بشراهة أو يمتنع عن الطعام وفي كلتا الحالتين لا يستمتع بما يأكل ، اضطراب التفكير و صعوبة التركيز ، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات البسيطة .
- الإحساس بالجمود وبطء الحركة .
- انعدام الثقة بالذات و الشعور بعدم القيمة .
- فقدان الطاقة الحيوية، و الإحساس بالإجهاد طول الوقت برغم أن المريض لا يعمل شيئا. يرفض العمل .
- الشعور بالذنب و تحقير الذات .

- الإحساس بعدم قيمة الحياة و التفكير في التخلص منها.
- كثير من المرضى يفكرون في الانتحار ويقدم بعضهم على التنفيذ .
- (علا عبد الباقي ،2009 ص38 - 39)

6- اسباب الاكتئاب :

6-1- اسباب وراثية :

يرجع بعض العلماء الاكتئاب سواء وحيد القطب أو ثنائي القطب ، إلى أسباب وراثية و التي يقصد بها : انه كان احد أفراد الأسرة مصابا باكتئاب ، فان هناك نسبة من كبيرة لحدوث الاكتئاب ، ففي دراسات أجريت على الأسر و التوائم ، وجد ان هناك نسبة تتراوح من(10% الى20%) من أقارب الدرجة الأولى يعانون من اكتئاب ثنائي القطب .

أما دراسة التوائم العينة كشفت عن 70% من حالات الاكتئاب ، في حين أن هناك 23 من التوائم الأخوية كانت تعاني من الاكتئاب (عبد الرحمن العيسوي ، 1998،ص129)

وفي دراسة أخرى لمنظمة الصحة العالمية سنة1983 كشفت النتائج عن وجود اضطراب وجداني لدى أقرباء مرضى الاكتئاب في28.3% من الحالات الداخلية المنشأ ، ولدى 19.7% من الحالات النفسية الخارجية المنشأ (عبد المطلب أمين القريطي ،1998، ص393 - 394)

6-2- أسباب كيميائية حيوية:

يرى بعض العلماء أن هناك علاقة بين الاكتئاب و بين انخفاض مستوى معين من الأحماض الأمينية مثل الكاتيكول أمين ، و انخفاض مادة النورادرينالين إلى مناطق الاستقبال بالمخ ، وهي مادة تختص بالسلوك العاطفي و الوجداني إضافة إلى نقص في معدلات بعض المواد الكيميائية في المخ مثل السيروتونين مما يؤثر على المزاج و التحكم في التصرفات .

(عبد الحميد محمد الشادلي ،1998،ص32)

و هناك من العلماء من يربط بين الاكتئاب و مادة النوربيفراين الموجودة في منطقة الهيبو تلاموس (ما تحت المهاد) في المخ الأوسط ، ذات العلاقة بالانفعالات و الحوافز و النوربيفراين عبارة عن مادة عصبية موصلة للإشارة العصبية ، نقصها يؤدي إلى خمول الشخص وهدوئه و نومه ، وبينما زيادة إنتاجها يعمل على تنشيط الجشم واستثارته (رمضان محمد القذافي ،1998،ص169).

6-3- الأسباب النفسية :

ترجع نظرية التحليل النفسي للاكتئاب إلى نكوص في مرحلة مبكرة من طفولة الفرد وهي مرحلة المهد التي يعتمد فيها كليا على غيره ، و يعمل المريض على توجيه غضبه إلى الداخل ، بدلا من التعبير عنه بشكل علني ، مما يؤدي إلى كراهية النفس التي نلاحظها لدى المريض بالاكتئاب و يمكن أن نوجز الأسباب النفسية بصفة عامة فيما يلي :

- الصراع داخل النفس ، ويكون نتيجة تعارض رغبتين أو إشباع حاجتين في أن واحد كما يمكن أن يحدث نتيجة صراع بين أمال الفرد و طموحه من جهة و بين الواقع و قدرات الفرد من جهة أخرى .
- الإحباط و الفشل و الكبت و القلق و خيبة الأمل.
- سوء التوافق ، ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب .
- وجود الكره أو العدوان المكبوت ، ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه إلى الخارج
- العبوسة ، وسن اليأس ، الشيخوخة و التقاعد (حامد عبد السلام زهران ،1997،ص 515)
- ضعف الأنا الأعلى و الشعور بالذنب ، و الرغبة في عقاب الذات

(عبد الحميد محمد الشاذلي،1998،ص36)

- الحرمان أو الإعراض أو التمييز في المعاملة ، حيث يفضل غيره عليه أو يتجاهل وجوده .(عبد الفتاح محمود دويدار،1991،ص168)
- الكرب النفسي المستمر .
- التوتر الانفعالي المستمر.
- الشعور بالنقص.(عبد المطلب أمين القريطي ،1998،ص393)

6-4- الأسباب الجسدية:

إصابة الفرد ببعض الأمراض العضوية المعروفة، تجعله يشعر بحالة من الضغط و القلق و الحزن و الكآبة و من بين هذه الأمراض:

- السرطان و بعض الأمراض المزمنة ، كالقصور الكلوي و الربو .
- بعض الأمراض المعدية كالأنفلونزة ، وفقدان المناعة (الايدز).
- التعرض لإعاقة عضوية نتيجة حادث ما ، سواء كان حادث مرور أو حادث طبيعي .

6-5- أسباب متعلقة بالشخصية :

هناك شخصيات ذات خصائص و سمات محددة ، تكون أكثر استهدافا من قبل الاكتئاب و منها الشخصية المنطوية ، الخجل ، الانسحاب ، محدودية الأصدقاء و قلة الاهتمامات ،الحساسية و الاعتمادية و السلبية .

كما أن من أسباب الاكتئاب المتعلقة بالشخصية نذكر : الهدوء التردد ، الخضوع و العناد ثم الانغلاق حول الذات و غيرها من الأسباب .

6-6- أسباب اجتماعية و بيئية:

كباقي الاضطرابات النفسية ، فان المحيط البيئي الاجتماعي يؤثر في الإصابة بمرض الاكتئاب و من بين الأسباب الاجتماعية المؤثرة في ذلك نذكر ما يلي :

- فشل العلاقات الشخصية الهامة بين الأزواج.
- نقص المكانة الاجتماعية .
- الأساليب الوالدية اللاسوية أو الخاطئة في التنشئة و التربية ، كالتفرقة في المعاملة
- إهمال الأولاد ونبذهم و القسوة الشديدة عليهم .
- فقدان احد الوالدين أو كلاهما .
- الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين .
- التفكك الأسري و انفصال الوالدين المبكر .
- اضطراب المناخ الأسري و الخلافات الوالدية المستمرة .
- الأزمات الاقتصادية للأسرة .
- فقدان الشخص أو الفرد لوظيفته (عبد الرحمان العيسوي ،1998، ص93)
- الكوارث الطبيعية كالزلازل .
- سوء العلاقة بين الطفل و والديه .

7-6- أسباب دينية و عقائدية:

ينصرف القران الكريم في آياته إلى توضيح المواقف التي ينتج عنها الاضطراب النفسي ويوردها في اشتغال الأفراد بجمع المال و بالأبناء حيث يقول الله عز و جل﴿ الذين كفروا و صدوا عن سبيل الله زدناهم عذابا فوق العذاب بما كانوا يفسدون﴾(سورة النحل ، الآية 88)

وكذلك الوسواس الذي يتسلل إلى نفسه ، يستخدمها الشيطان كسلاح ، مستعينا في أحيان كثيرة بالنفس الأمارة بالسوء ، للسيطرة عليه بسبب جزعه و ضعف إيمانه ، ومن الأسباب الدينية أيضا القنوط من رحمة الله، وعدم الرغبة في الحياة بسبب الظروف الاجتماعية و الاقتصادية ،ثم البعد عن العقيدة الصحيحة و الإيمان الصادق .

6-8- الأدوية :

أثبتت الدراسات و التجارب أن بعض الأدوية تؤدي إلى تغيرات كيميائية في الدماغ ، فيؤدي ذلك إلى أثار جانبية ومن بينها الاكتئاب ، ومن أمثلة هذه الأدوية :

- ديجيناليس .
- أدوية القلب و ضغط الدم : ميثيلدوبا . كلوندين .
- المهدئات مثل : بيتروردیازبین .

7- الاكتئاب والقصور الكلوي :

تطرقت العديد من الأبحاث إلى دراسة عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن ، وأثبتت انتشاره عند هذه الفئة من المصابين ، ومن أهم هذه الدراسات :

يؤكد **بلاك (Black1985)** : " أن مرضى القصور الكلوي الخاضعين لتصفية الدم (الديالیز) يعانون من إرهاقات متعددة تتمثل في الخوف من مضاعفات المرض واكتئابات وقلق" .

ويثبت **كونسلي(Consoli1990)** أن الاكتئاب يمثل أهم المضاعفات عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي حيث يظهر على الأقل 50% من هؤلاء المرضى علامات توحي بالاكتئاب العيادي لتفصح عن نفسها في أعراض كالضعف أو الإنهاك النفسي Asthénie ، صعوبات معرفية (التركيز ، الذاكرة)اضطرابات الشهية وخاصة تقلص عام في النشاطات والاستثمارات والتخلي عن المشاريع المستقبلية .

ويضيف وليد سرحان(2002) : " ان هناك ميلا لفئات معينة من الناس للاكتئاب أكثر من غيرها مثل الأشخاص ذو الشخصيات المتطرفة ومن يعانون من أمراض مزمنة او أمراض خطيرة كمرض السرطان ، الأمراض القلبية ، والقصور الكلوي المزمن" .

وخلصت دراسة سمير شيخاني (2002) : " أن الضغط المزمن يمكن أن يحدث الاكتئاب الحاد بسبب تأثيراته السيكولوجية الموهنة والتغيرات الفيزيولوجية التي يحدثها الضغط يمكن ان تسهم كذلك في إحداث الاكتئاب وليس الادرينالين والنوادرينالين هرمونيين كظريين فقط ، ولكنهما كذلك سعادة كيميائيون في الدماغ والنقص في النورادرينالن ربط بالاكتئاب لدى بعض الأشخاص ولذلك فان الاستنزاف الكظري عبر الضغط المزمن الطويل الأمد قد يكون عاملا مساعدا في المرض الاكتئابي" (سلمية ياحي ، 2007، ص 125- 126)

خلاصة جزئية :

يعد الاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية التي يتميز بها الأفراد في العصر الحالي ، حيث لايكاد يخلو منها مجتمع من المجتمعات . فهو يمس الأفراد من مختلف الأعمار حيث يتفاوتون في درجة الاستجابة ، واختلاف أسباب حدوثه منم فرد لأخر ، ورغم هذا الاضطراب يعود إلى تاريخ قديم إلا انه لايزال يستقطب العديد من الباحثين .

تمهيد :

من الطبيعي جدا أن يشعر الإنسان بالخوف في أوقات معينة و تحت ظروف أيضا معينة عندما يتعرض للخطر مثلا ، ولكن من غير الطبيعي أن يشعر الإنسان بالخوف بصف مستمرة من أشياء ليست مثيرة للخوف بطبيعتها و هذه ما تسمى بالفوبيا أو الرهاب أو الخواف ومهما اختلفت تسميتها في شعور غير مريح يقلب الحياة

1/ تعريف المخاوف المرضية:

يعرف علماء النفس المرضي الخواف بأنه تجنب الخوف بصورة تفوق الحد الطبيعي لتصل إلى درجة الخطورة الموجهة نحو شيء أو موقف معين هو بمثابة خوف غير طبيعي

ويعرف بأنه مخاوف مكثفة أو شديدة ، متكررة و غير منطقية ، بمعنى أنها تبعد كثيرا عن التناسب مع الواقع

و يعرف كذلك بأنه خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي ، ولا يمكن التحكم فيه أو التخلص منه أو السيطرة عليه ، و يعرف المريض انه غير منطقي ، وبرغم ذلك فان هذا الخوف يمتلكه ويحكم سلوكه ، و يصاحبه القلق و العصابة و السلوك القهري . (عادل شكري محمد كريم ، 2005 ، ص 37- 38)

و يقول **سترا نج** في تعريفه للفوبيا " أنها خوف شاذ آو غير منطقي أو غير عقلاني يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق و لكنه خوف مؤلم و حاد" .

(د.عبد الرحمن محمد العيسوي ، 2004 ، ص 80)

و يعرف بأنه خوف شديد لا يتناسب مع الموقف المثير لهذا الخوف، و يتميز بنزوع شديد نحو تجنب المنبه المثير له، و الإحساس بانزعاج شديد و توقع حدوث شر مستطير

خوف مبالغ فيه و مرضي من نوع من المثيرات و الأوضاع، و أنواعه كثيرة ومن أمثلته الخوف من الفار و الخوف من الأماكن العالية و سواهما، وهو في كل الأحوال خوف غير معقول و غير مبرر

و عرفها **ماركوس** " أنها شكل خاص من الخوف " وهي على النحو التالي :

_ ليست متناسبة ولا متناسقة مع تهديد العقل الموجود بالموقف

_ من المستحيل إيجاد تفسير لها

_ لا يستطيع الفرد السيطرة عليها إراديا

_ ترغم الشخص على تجنب تلك المواقف (طلال عبد الله حسن الغامدي ، 2006 ، ص22)

" الرهاب خوف غير منطقي و ملح من بعض الأشياء أو حيوانات أو مواقف أو من العلاقات الإنسانية ... الخ

كل شخص يهدف إلى تجنب القلق و الهروب من موضوع الخوف أو اللجوء إلى موضوع مطمئن : و الرهب ناتج عن صراع لا شعوري : الفرد يخاف من دوافعه و يستعيضها بموضوع تافه " (بدرة معتصم ميموني ، 2011 ، ص 97)

2/ التطور التاريخي لاصطلاح الخواف :

المخاوف المرضية و المخاوف الشاذة و الفوبيا و الرهاب كلها مصطلحات فنية مترادفة تعد ترجمة الكلمة اليونانية phobos أو الفوبيا التي تعني الخوف fear ، الفزع dread ، الهلع panic

و قد ظهرت هذه الكلمة (الفوبيا) في القرن الخامس قبل الميلاد ، إلى أن ظهر مصطلح الخوف المرضي في السنة الميلادية الأولى حيث كتبه الرومان في دائرة المعارف الرومانية في مقال طبي استخدم فيه مصطلح hybrophobia معبرا عن الخوف من داء الكلب symptom ofrabies اما الاستخدام الطبي للمصطلح الخوف لمرضي phobia فلم يتم رسميا الا عام 1871 عندما **اورد كارل و ستفال Carl westphal** (1790 _ 1833) مصطلح الخوف من الأماكن الواسعة agoraphobia وذلك يعني الخوف من الاجتماع أو المقابلة في الأماكن العامة ، ثم تطور استخدام مصطلح الخوف و الخوف الشاذ بصورة أوسع انتشارا بواسطة بعض الكتب و المفكرين مثل **برتراند راسل Bertrand russell** وتبع **وستفال** عالم الطب

الايطالي **راجي raggi** و ذلك عام 1877 حيث تناول مصطلح الخوف من الأماكن المغلقة claustraphobia

و كان كربلين kaepelin اول من صنف المخاوف المرضية ضمن ضعف الأعصاب أو النيوروسثبنيا neurasthenia و المرض القهري compulsive insanity و في عام 1892 ميز **بيتر ريجس pitres s regis** نوعان من المخاوف المرضية المنتشرة و المخاوف الخاصة و قد اصدر ما يقارب من سبعين من الأسماء اليونانية باعتبارها قائمة إجمالية للمخاوف المرضية دون ان تكون تصنيفا nosological classification نهائيا للمخاوف المرضية ، و قد كانت العلاقة بين المخاوف المرضية و الوسواس obsessions نقطة حيوية و اساسية في تاريخ التطور الفني للمصطلح ، حيث نظر إليها **بيترز** ، **ريجس pitres s regis** باعتبارها حالات متشابهة

و يعد **ستانلي هول G stanley holl** (1845 _ 1924) اول من عمم تصنيف المخاوف المرضية طبقا للأسماء اليونانية . وفي عام 1893 أطلق **بيير جانيه Pierre janet** مصطلح السيكاثينا psychasthenia ، على كل شيء فيما عدا الهستريا Hysteria و قد استخدم هذا

المصطلح لوقت طويل متضمنا المخاوف المرضية و الوسواس القهري إلى أن أهمل تدريجيا ، و تعني السيكاثينيا حرفيا العقل الضعيف weak mind ، و حاول جانيه تفسير تلك الأعراض باعتبارها نتيجة لخلل وراثي Herechitarg defect مؤثرا في قوة إرادة الفرد . ثم ميز **سيجموند فرويد** في عام 1895 بين المخاوف المرضية و الوسواس ، و قسم المخاوف إلى مجموعتين هما :

1- مخاوف مرضية شائعة و هي المخاوف العامة
2- مخاوف مرضية عارضة وهي مخاوف المرتبطة بحادثة معينة و أكثر خصوصية.

وفي عام 1918 قسم **فرويد** المخاوف المرضية إلى ثلاث أنواع وهي : القلق الهستيري Anxiety hysteria ، الهستريا التحولية Conversion hysteria ، عصاب الوساوس Obsessional neuroses . و في عام 1956 تم فصل المخاوف المرضية عن فئة ردود الأفعال القهرية الوسواسية في مؤتمر ضم جمعيتي الطب العقلي الأمريكي ، و في العام ذاته تم تصنيف الخوف المرضي في DSM1 باعتبار ان رد فعل الخوف المرضي لا يصنف ضمن الاضطرابات العصبية ، و في الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني DSM II(2) الصادر عام 1968 اندرجت المخاوف المرضية ضمن العصاب ثم صنف Diagnostic and Statistical Manual III (DSM III) عام 1979 الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث تحت اضطرابات القلق ، في محاولة لتوحيد المصطلحات النفسية و العقلية صنف الخواف تحت فئة أمراض العصاب (عادل شكري محمد كريم ، 2005 ، ص 35.36)

3- الفرق بين الخوف و الخواف :

فالخوف انفعال تثيره المواقف الخطيرة و التي يصعب مواجهتها ، و هو احد الانفعالات البدائية ، كما انه لا يعد دليلا على الضعف ، و انعدام الخوف لدى شخص ما بعد أمرا غير عادي . في حين إن الخواف هو الخوف المرضي من موقف أو شخص ما ، و انه غير منطقي ، بالرغم من معرفة الفرد بذلك فانه لا يستطيع التخلص منه ومن ثم يتميز الخوف ب العمومية ، كما يقول **" مونتسكيو " Montesquieu** " إن الخوف هو القانون الطبيعي الذي يسود البشر " و يمكن أن يكون الخوف فرديا ينتاب هذا الشخص أو ذاك . و في ذلك يقول **" هادفيلد " Hadfield** : " نحن نخاف لان الخطر ، وهو المثير الذي ينتج حافزا حيويا (بيولوجي) للهرب وهذا و هذا الحافز يرتبط بتغيرات في ي تركيب الدم تمهد للعمل ، وينتج هذه التغيرات ضربا من الشعور ، وتنتهي الطاقة الحادثة من ذلك إلى الهرب ، و الهرب يميل إلى كسر حدة الخوف لا إلى إحداثه "

ونرى انه من الممكن التمييز بين الخوف و الخواف اعتمادا على التفرقة بين الشخص السوي و الشخص العصابي ، فالسوي يستطيع أن يميز الخطر الذي يحتمل أن يهدده ، و يتصف خوفه بالموضوعية و المنطقية ، ويدفعه هذا الخواف إلى حماية نفسه ، هذا النوع من الخوف التكيفي يفقد الكائن العضوي احد دعامات وجوده و المحافظة عليه . أما العصابي فمثيرات الخوف لديه كثيرة و متنوعة و مداومة ، فضلا عن كونها غير واقعية و لا مبرر عقليا لها و الخوف كذلك انفعال شائع لدى الجنس البشري ، إذ ينتشر في كل الأعمار .

و أخيرا يمكننا القول بان الخوف يتميز بالفطرية و العمومية و الموضوعية و التوقيت و العنف في الاستجابة و التي يغلب أن تكون استجابته الهرب ، في حين يتصف الخواف بالخصوصية و الذاتية و اللامعقولية و الدوام ، و تتصف استجابته بأنها غالبا ما تكون استجابة التجنب و التحاشي ، وفي ذلك يقول " **فورجيوني سوريت** **Forjeona suret** " : أن السلوك التجنبي يغذي مخاوفنا ، حيث أن فشلنا في مواجهة الخوف يجعلنا نفشل في ان نتعلم كيف نسيطر عليه ، و بذلك نخلف مناخا تنمو فيه مخاوفنا " .

(عادل شكري محمد كريم ، 2005 ، ص 40.41)

4- الفرق بين الخوف والقلق :

لقد تعددت أراء العلماء في تناولهم لمفهومي الخوف و القلق ، فالبعض يرى انه ليس هناك اختلافات واضحة بين مفهومي الخوف و القلق

فيرى " **وولمان** " **wolman** أن عمليتي الخوف و القلق على الرغم من انه يتم استخدامها بصورة تبادلية إلا أن هناك اختلاف واضح بينهما ، حيث يرى أن الخوف يعد استجابة انفعالية إزاء خطر حقيقي (في حالة الخوف العادي) ، أو غير حقيقي (حالة الخوف المرضي) ، بينما يكشف القلق عن شعور تشاؤمي عام بهلاك محدق وشيك الوقوع ، و عليه يعتبر الخوف استجابة انفعالية وقتية إزاء خطر ما ، يقوم على أساس تقدير المرء لقوته تقديرا منخفضا

بالقياس إلى قوة الخطر الذي يهدده ، بينما العكس في القلق الذب يعد ضعفا عاما و شعورا بعدم الكفاءة و العجز .

أما **" احمد عكاشة "** فيفرق بين الخوف و القلق الذين عادة ما يكونان وحدة متصلة من حيث شعور الفرد في الحالتين ، فشعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة نحوه في وسط الطريق تختلف تماما عن شعور بلقلق عندما يقابل بعض الغربا الذين لا يستريح لصحبتهم ، و الأعراض الفيسيولوجية المصاحبة لكل منها : ففي الخوف الشديد يظهر انخفاض في ضغط الدم ، و ضربات القلب و توتر العضلات مع تحفيز وعدم استقرار و كثرة الحركة .

و يستطرد **" علاء كفافي "** في نفس الاتجاه السابق ، ويرى انه على الرغم من التشابه بين الخوف و القلق فهما استجابتان سلبيتان تنشأ عند تعرض الفرد للخطر ، ولكن الباحثين يفرقون بينهما على أساس أن الخوف ينشا عن موضوع أن مثير محدد يستطيع الفرد أن يسلك سلوكا معينا للتخلص من المثيرات المخيفة أو الابتعاد عنها ، بينما القلق ينشا من مثير غير محدد يجد الفرد صعوبة في تحديد الموضوع الذي يثير قلقه ، وعليه فانه يعجز عن إتيان السلوك المناسب أو الكف لاستبعاد هذه المثيرات أو تجنبها .

ويرى **"مابكريد "** بان القلق صورة من الخوف العصابي أو المرضي و الخوف العصابي نوع من الخوف لا يدرك له الفرد مصدرا ، أو موضوعا في الواقع الخارجي ، و يمكن القلق انفعال مركبا من الخوف و توقع التهديد و الخطر

وعليه يمكن إجمال الفروق بين كل من الخوف والقلق في أن مصدر التهديد في حالة الخوف خارجي، و بالتالي يسهل تحديده. بينما يكون مصدر التهديد في حالة القلق داخليا (لا شعوري) يصعب تحديده . وان استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير لها، بينما تتسم استجابة القلق بالدوام و الاستمرارية لارتباطها بمثيرات اقل تحديدا وأكثر غموضا.

ومن الأهمية ان نفرق بين هذين الانفعالين لدى الأطفال فالخوف يعتبر ردة فعل إزاء تهديد معين ، فالطفل السوي الذي يخاف من شيء فانه يدرك مصدر الخوف على انه اقوي منه ، ومن ثم فان لديه القدرة على إيذائه ، ويرتبط شعوره بالخوف و إدراكه لنفسه على انه ضعيف

بالقياس لقوة تهديده ومما يساعد على تخفيف هذا الشعور وجود شخص قوي كالأب أو الأم . وينشأ القلق من إحساس عام بالضعف ، ومن هنا يكون عدم القدرة على مجابهة الأخطار ، الطفل المرتعب يشعر انه لا يستطيع التصدي لخطر بعينه

أما الطفل القلق (Anxiaus)فإنه يقلل دائما من شأن قدرته على مواجهة الحياة بصفة عامة أو مواجهة إحساسه بعدم الارتياح، فالقلق لا يأتي من الخارج، وإنما يأتي من الداخل. ولهذا التمييز دلالة وأهمية خاصة في مجال سيكولوجية الطفل ، على أساس أن الطفل الذي يخاف الكلاب قد يكون – بخلاف ذلك – طفلا سعيدا نشيطا ذا شخصية منطقية منبسطة ، فمشكلته محدودة ، و يستطيع من يحاول مساعدته للتغلب على هذه المشكلة و ذلك بالاعتماد على إمكانيات هذا الطفل .

علاوة على هذا فإن عملية النمو و التطور النفسي في حد ذاتها سوف تعمل على زيادة قدراته و طاقته و إيمانه بنفسه، كما أن ثقته المتزايدة بنفسه قد تساعده على التغلب على مخاوفه. أما بالنسبة للطفل الذي يعاني من القلق فليست هناك مشكلة خارجية فالمشكلة هي الطفل نفسه وشخصيته ككل. فهو لا يخاف شيئا بعينه و إنما يخامره إحساس عام بعدم الأمان

الذي يعاني قد يؤثر تأثيرا ضارا على سلوكه ككل ، مما يسبب إعاقة تعرقل تعلمه و صعوبات اجتماعية ، و مشكلات متنوعة تنطوي على مخاوف معينة . (اسماء عبد الله ، 2008 ، ص 24 – 26)

5 - أنواع المخاوف المرضية :

و تشتمل المخاوف المرضية – تبعا للدليل الإحصائي و التشخيص للاضطرابات النفسية و العقلية الثالث المحتوى (DSM – III) للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين – على ثلاث أنواع كما يلي :

1- الخوف من الأماكن الواسعة المفتوحة .

2- المخاوف الاجتماعية.

3- المخاوف البسيطة.

و نعرض فيما يلي شيء من التفصيل لهذه الأنواع الثلاثة :

5-1- الخوف من الأماكن الواسعة المفتوحة : Agoraphobie

يرتبط هذا الخوف المرضي بالميادين العامة و الأماكن الواسعة الرحبة و الخلاء حتى انه يمنع الفرد من عبورها بمفرده ، و قد يصل بالفرد إلى لزوم البيت وعدم القدرة على مغادرته ، كما يتعلق هذا الخوف المرضي بدخول المحلات العامة ، و يثيره منبهات شتى مثل الزحام أو السفر منفردا في وسائل الانتقال الخاصة أو المواصلات العامة

5-2- الخوف المرضي الاجتماعي: Sociophobies

يشير هذا النوع من الخوف المرضي وجود الفرد في تجمع اجتماعي ، و يحدث ذلك بدرجات متفاوتة بين مراقبة الآخرين للفرد أو وجود الفرد في جماعة لا يغرف بعض أفرادها ، حتى مخاطبة الجمهور وان يكون الفرد مضطرا إلى توجيه حديث له ، و يزداد هذا الخوف المرضي الاجتماعي – في هذه الحالة – ليصل إلى حد الهلع كلما كان هذا الحديث مفاجئا ودون تحضير وفي مواجهة جمهور لا يعرف الفرد أو جمهور أعلى من مستواه

و يصاحب هذا الخوف المرضي من المواقف الاجتماعية أعراض نفسية و جسمية مختلفة ،ومن أبرزها تلك المتصلة بالجهاز العصبي اللاإرادي " الاتونوجي " كجفاف و شحوب الوجه ، رعشة اليدين ، زيادة ضربات القلب ...الخ

وغير ذلك و قد يصل الأمر بالمريض إلى حد الوفاة في مثل هذه المواقف العصبية كما حدث لأحد الأساتذة الطب في مؤتمر دولي

3-5- المخاوف المرضية البسيطة: Simplephobia

تدور هذه المخاوف المرضية حول منبه مفرد أو مثير واحد بسيط غير مركبة كالنار أو الأدوية أو الموت أو الحشرات الزاحفة أو الضوضاء (احمد محمد عبد الخالق ، 2008 ، ص 340-343)

6- كيفية نشوء هذه الأنواع من المخاوف المرضية :

فذلك يحدث على النحو التالي :

1- يتعرض الفرد لموقف أثار عنده خوفا شديدا، وغالبا ما تكون هذه الخبرة قد حدث له في سن متقدمة

2- لا يقتصر الأمر على مجرد الخوف الشديد ، بل أن الظروف التي تحيط بالحادث المسبب للخوف تكون إلى جانب ذلك مثيرة أيضا للخجل أو الذنب أو القلق ، عند الطفل ، كأن يكون تعرضه لهذا الحادث مثلا مقترنا بمخالفته أمرا أو تعليمات أو رأيا من الوالدين (إلا يخرج من باب المنزل وحده أو ألا يعبث بأشياء ليست له ا وان الرجال لا يخافون وغير ذلك) ، مما يؤدي بالطفل إلى أن يمتنع عن أن يتحدث عن خبرته هذه إلى الآخرين أو يرويها لهم . ليس هذا فقط بل انه يمتنع كذلك عن التحدث عن هذه الخبرة إلى نفسه، أي أن تمتنع عن تذكرها أو التفكير فيها لطبيعتها المخجلة، بما يجعلها " تكبت " وتنسى. و يعتبر ميكانيزم الكبت هذا هو المحك الذي يفرق بين المخاوف المرضية بجميع أنواعها و المخاوف الغير مرضية .

هذه النوع من الفوبيا هو من البساطة بحيث انه من العادة يزول أو يضعف عندما يتذكر الفرد هذه الخبرة المخيفة ، و هذا يفسر لنا أن كثيرا من الأطفال تحدث لهم حوادث مزعجة أو مخيفة ، و مع ذلك لا تنشأ عندهم مخاوف مرضية من المواقف التي حدثت فيها مثل هذه الحوادث . فهؤلاء الأطفال لم " يكبتو " هذه الحوادث . فالكبت شرط هام لحدوث اللوبيا . لذلك إذا كانت الحادثة أو المواقف المخيفة غير محاطة بظروف تدعو إلى الكبت ، أو إذا

حاول المحيطون بالطفل تذكيره بالحادث بشكل يزيل الخوف عنه ، فإن مثل هذه الظروف لا تجعل هناك مجالا لنشأة الفوبيا . (د.محمد عماد الدين إسماعيل ، 1995 ، ص 392)

7- أعراض المخاوف المرضية :

يتفق جميع العلماء أن المخاوف المرضية تؤثر على سلوك الفرد ، و يظهر بسببها اضطراب في الشخصية ، فيعيش الفرد غير متكيف مع محيطه الاجتماعي و البيئي مثل بقية الأسوياء ، ولا يستطيع أيضا مواجهة توترات الحياة ولا مواجهة أي نشاط أخر بسبب ذلك الخوف المسيطر عليه ، و يضيف أيضا " تتميز المخاوف المرضية ببعض الأعراض

الفسيولوجية و الجسمية و النفسية ، فتتمثل الأعراض الفسيولوجية في الإجهاد ، و الصداع ، و الإغماء ، و التقيؤ ، و خفقان القلب ، وألام الظهر ، و الارتجاف ، و اضطراب الكلام ، وسلس البول و سرعة التنفس ، و جفاف الحلق ، و العرق ، و غيرها من الاضطرابات الخاصة بالنشاط الاستثاري للجهاز العصبي المستقل "

ومن الأعراض النفسية فهي على النحو التالي :

1- الشعور بالقلق وهو هنا عرض ثانوي ، كذلك الشعور بالتوتر .
2- فقدان الثقة أو الهبوط إلى حدود دنيا، كما يشعر الفرد بالنقص و عدم الارتياح و قلة الشعور بالزمن، و دائما متردد، متهاون، مستهتر، منسحب، منفرد، لديه الرغبة في الهرب، غير مرتاح ولا يحد لها سبيلا.
3- دائما ما يلجأ الفرد لأساليب تعويضية كالنقد الحاد أو التهجم على الآخرين .
4- عدم ممارسة بعض الأنشطة اليومية و البعد عنها بسبب الخوف الذي يكتنفه وأصبح حاجزا منبعيا للقيام بأي دور مثل التحدث للآخرين ، الأكل بالمطاعم .
5- تصيب الفرد أفكار وسواسيه و سلوكيات قهرية .

وليس من المهم أن تكون جميع تلك الأعراض متوفرة في شخص ليتم تشخيصه بالمخاوف المرضية ، بل يشير(DSM-IV , 1994) أن من أهم مميزات هذا النوع من

الاضطرابات هي القلق و السلوك التجنبي ولابد من توفر أربعة شروط على الأقل من الإعراض الخمسة خلال الستة أشهر السابقة حتى يتم التمكن من تشخيص خواف للمريض . (طلال عبد الله حسن الغامدي ، 2006 ، ص 25)

8- بعض النظريات المفسرة للمخاوف المرضية :

8-1- نظرية التحليل النفسي :

كان فرويد أول من حاول وضع تفسير منظم لنمو السلوك الفوبي ، كان يعتقد أن الفوبيا تنتج من القلق الناتج بدوره من الكبت أي كبت الدوافع . يزاح القلق و ينتقل من الدوافع التي يخافها الفرد إلى شيء أو موقف له صلة رمزية بهذا التهديد ، تصبح هذه الأشياء و المواقف موضوعا للفوبيا ، ومن الحالات الكلاسيكية التي أوردها فرويد 1909 م حالة الطفل هانس (le petit Hans) في الخامسة من عمره كان يخاف من الخيول ، وكان لا يجرؤ أن يغادر منزله ، وكشف تحليل فرويد لهذه الحالة أن "هانس الصغير " عندما كان في سن الثالثة مهتما ببعض أجزاء جسمه وفي ذات مرة ضبطته أمه متلبسا باللعب بعضو التذكير فهددته بأنها سوف تعمل له الترتيبات اللازمة لقطع هذا العضو و استئصاله إذا

استمر في هذا الوضع ، وفي سن الرابعة و النصف قيل عنه انه في أثناء وجوده في العطلة الصيفية حاول أن يغري أمه " بارنا " . وفي ذات مرة ابتعدت أمه من لمس أعضائه التناسلية وهو يستحم، فسألها عن سر ذلك. و قد استنتج فرويد من هذا أن " هانس " كان يعاني من دافع جنسي قوي موجه نحو أمه ، و انه كبت هذا الدافع خوفا من الطرد و النبذ . وبعد ذلك بحوالي ستة أشهر ظهرت على هانز أول أعراض الفوبيا .

و أشار فرويد إلى أن " المخاوف المرضية ما هي إلا رغبة جنسية تحولت إلى قلق لأنها لم تشبع " و الرغبات الشخصية المكبوتة يظهر بسببها القلق الداخلي المرتبط بعقدة اوديب .

(عبد الرحمن محمد العيسوي ، 2004 ، ص 90 – 91)

8-2- النظرية السلوكية:

الافتراض الأول في ضوء السلوكية أن الفوبيا سلوك متعلم أو مكتسب ، المعروف تاريخيا أن **واطسن 1920 (Watson)** استطاع عن طريق الاشراط أن يعلم (البيرت الصغير)

(Albert petit) الخوف الفوبي ، ولكن هذا النجاح لا يجعلنا نعتقد أن جميع الفوبيا تكون من خلال الاشتراط و إنما بعض المخاوف فقط من الممكن أن تتكون عن هذا الطريق. فلقد فشلت تجارب عديدة اشتراطيه في تكوين المخاوف لدى الإنسان .

و يلاحظ أن الاستجابات الفوبية قد يتعلمها الفرد من خلال عملية التقليد فالإنسان يتعلم كثيرا من مظاهر السلوك ، بما في ذلك الاستجابات الانفعالية الفوبية عن طريق الفائدة أو الأهمية التي تعود على الفرد كنتيجة لهذه الاستجابات .(المرجع السابق ، 2004 ، ص 92)

و يرى **(مورو، Moro)** أن المثيرات المحايدة بعد أن اكتسبت خاصية التدعيم يمكن أن تشترك في تكوين استجابة انفعالية شرطية جديدة هي انفعال الأصل في حلة التدعيم و الانفعال . الخوف في حالة التدعيم السالب . (عادل شكري محمد كريم ، 2008 ، ص 71)

8-3- نظرية التعلم الاجتماعي:

يرى **(نيسنج ، Nesnj)** أن شدة ما يبديه الطفل من مخاوف لها علاقة بنوعية العلاقة المتبادلة بين الطفل و أسرته ، ويرى **(ريتبر ، Rnbar)** أن المخاوف تزداد شيوعا حينما تنعدم ثقة الطفل في علاقته بوالده ، و يقول **(بولي ، Bowlley)** أن الحضور النفسي لمن يتعلق بهم الطفل وجدانيا يجعله اقل عرضة للمعاناة من الخوف . (المرجع السابق ، 2005، ص 70)

بينما **(باندورا – Bandura)** يعزي المخاوف المرضية من خلال اكتساب الفرد آو تعلمه أنماط السلوك من خلال إدراكهم و ملاحظتهم الوقتية أو الحالية المباشرة على ردود أفعال الآخرين ومن ثم تقليدهم لتلك الأفعال ، لو فرضنا أن هناك أب يخاف الظهور أمام الناس و

الحديث بينهم بصوت عالي فان الطفل يشعر بتلك المخاوف و يتعلم الخوف تماما مثل والده . (

طلال عبد الله حسن الغامدي ، 2006 ، ص 27)

جدول رقم (1): يوضح ابرز المخاوف المرضية و الأكثر شيوعا في قواميس الطب.

(المرجع السابق، 2006، ص29)

	أســـــباب الخـــوف	المصطلح الطـــبي		أســـــباب الخـــوف	المصطلح الطـــبي
1	الخوف من الأماكن المغلقة	كلوستروفوبيا clustrophobia	23	الخوف من الأشياء الصغيرة	ميكروفوبيا Micyrophobia
2	الخوف من الظلام و الليل	نايكتوفوبيا Nyctophobia	24	الخوف من مرض السرطان	كانسروفوبيا Cancerophobia
3	الخوف من البحر و المحيط	ثالاسوفوبيا Thalassophobia	25	الخوف من الألم	الوفوبيا Alophobia
4	الخوف من الأقذار	ميسوفوبيا Misophobia	26	الخوف من الناس	انثروفوبيا Anthrophobia
5	الخوف من المدرسة	سكول فوبيا Schoolphobia	27	الخوف من الوحدة	مونوفوبيا Monophobia
6	الخوف من الموت	ثاناتوفوبيا Thanatophobia	28	الخوف من القطط	ايلاروفوبيا Ailurophobia
7	الخوف من الفئران	ماروفوبيا Murphobia	29	الخوف من السم و التسمم	توكسيوفوبيا Toxiophobia
8	الخوف من الرعد	برونتوفوبيا Brontophobia	30	الخوف من الطيور	اورنيثوفوبيا Ornithophobia
9	الخوف من الزواحف	ماروفوبيا Murophobia	31	الخوف من الزحام	اوكولوفوبيا Ocholophobia
10	الخوف من الدم	هيربيتوفوبيا Herpetophobia	32	الخوف من الأفاعي	اوفيدوفوبيا Ophidiophobia
11	الخوف من الأماكن العالية	اكروفوبيا Acrophobia	33	الخوف من الحشرات	اكاروفوبيا Acarophobia
12	الخوف من الأماكن الواسعة	اجورافوبيا Agoraphobia	34	الخوف من الجراثيم و التلوث	مايسوفوبيا Mysophobia
13	الخوف من ركوب الطائرة	ايروفوبيا Aerophobia	35	الخوف من عبور الجسور	جوفايروفوبيا Gophyrophobia
14	الخوف من اقتراف الذنوب و الخطايا	بيكاتوفوبيا Paccatophobia	36	الخوف من العقاب	الجوفوبيا Algophobia
15	الخوف من الحيوانات	زوفوبيا Zoophobia	37	الخوف من الأمراض	باثوفوبيا Pathophobia
16	الخوف من الماء	اكوافوبيا Aquaphobia	38	الخوف من النار	بايروفوبيا Pyrophobia
17	الخوف من الكلاب	ساينوفوبيا Cynophobia	39	الخوف من العناكب	اركنفوبيا Arachniphobia
18	الخوف من الخوف	فوبوفوبيا Phobophobia	40	الخوف من الخيول	اكينوفوبيا Equinophobia
19	الخوف من الرجال	اندروفوبيا Androphobia	41	الخوف من الغرباء	اكسونوفوبيا Xonophobia
20	الخوف من الشعر	تريكوفوبيا Trichophobia	42	الخوف من الأكل	سيتيوفوبيا Sitiophobia
21	الخوف مما هو جديد	نيوفوبيا Neophobia	43	الخوف من جثث الموتى	نكروفوبيا Necrophobia
22	الخوف من الزهور	انثوفوبيا Anthphobia	44	الخوف من البرق	سترافوبيا Straphobia

الخلاصة الجزئية:

تعتبر المخاوف من المرضية من اخطر الاضطرابات النفسية مما تسببه من تغيرات جسمية و نفسية و عقلية وهي من أكثر شيوعا في المجتمع ، و تزداد هذه الاضطرابات خطورتنا عندما يصاحبها اضطرابات جسمية كالقصور الكلوي و ما يصاحبه من مخاوف حول المرض .

تمهيد :

تعتبر الكلية عضو الإخراج الأساسي في الإنسان، فهي تخلص الجسم من الفضلات النيتروجينية وخاصة البولينا وتطرحها في البول.وليست وظيفة الكلية قاصرة على إنتاج البول، ولكن الوظيفة الأساسية للكلية هي المحافظة على حجم وتركيب ثابتين للدم، ولتحقيق هذا الهدف فإنها تقوم باستخلاص الفضلات والمواد الزائدة من الماء من الدم وتطرحها إلى الخارج على شكل بول.

1- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية :

هناك الكثير من التعريفات التي قدمها العلماء و الباحثون للاضطرابات السيكوسوماتية (Psychosomatique Disorders) وهي أن اختلفت في شكلها ، إلا أنها تتفق في مضمونها ، وتعرض لبعض نماذج هذه التعريفات فيما يلي :

1-1- تعريف الموسوعة البريطانية:

يعرف المرض النفسي- الجسمي بأنه الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل ارتفاع ضغط الدم و الذبحة الصدرية و تفرح و التهاب المفاصل و غيرها .

1-2- تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) :

أن الخاصية الأساسية للاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ هي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية بالرغم من توكيد الأطباء بانعدام وجود أساس جسمي لهذه الأعراض .

1-3- تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي العقلي (APA) :

هي نمط من الشكاوى الجسمية المتعددة و المتكررة ، تكون أعراضها واضحة سريريا قبل سن الثلاثين ، ولا يمكن تفسيرها على أنها ناجمة عن عوامل مرضية جسمية.

(hHp:/WWW.acofps.com)

يعرف **دونالد ليرد و اليانور** :الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها "الجزء الذي يلعبه العقل (النفس) في الوظائف البدنية (الجسمية) خاصة العلل الجسمية ".

إما في موسوعة علم النفس و التحليل النفسي فان "هذه الاضطرابات تحدث نتيجة اختلال شديد أو مرض في توازن حيوي **(هيمو ستازي)** ضعيف جاء نتيجة ضغط سيكولوجي ويشمل أي جزء من الجهاز العضوي و يحتاج إلى علاج طبي نفسي .

(قيقر محمد عبد الهادي ،2001،ص18)

2- القصور الكلوي:

2-1- لمحة تاريخية عن القصور الكلوي :

قديما و قبل أن يتطور الطب كان يعتقد بان الفشل الكلوي الحاد ما هو إلا تسمم باليوريا (Uremic Poisoning) ، حيث أن وجود البول في الدم كان يطلق عليه يوريميا (Urimia) . وفي حوالي سنة (1847م) استخدم هذا المصطلح يوريميا لوصف قلة إنتاج و خروج البول ، وفي عام(1940م) قي بريطانيا تم اكتشاف الفشل الكلوي الحاد الذي يسبب الموت الحاد للأنابيب الكلوية الصغيرة .(tubular necrosis Ute) حيث أصيب الضحايا في معركة بريطانيا بموت أنسجة متفرقة في الأنابيب الكلوية الصغيرة مما أدى إلى تدهور مفاجئ في وظيفة الكلية ،و في حرب كوريا و الفيتنام ، انخفض معدل حدوث الموت الحاد للأنابيب الكلوية الصغيرة وذلك بسبب تحسن التعامل الفوري مع الحالة و الحقن الوريدي بالسوائل (http://ar.wikipedia.org)

2-2- تعريف الكلية و تشريحها :

الكلية عبارة عن غدة مزدوجة بشكل حبة فاصوليا ، مقعرة في الجانب الداخلي ، و محدبة في الجانب الخارجي ، طولها من 10الى 11 سم و عرضها من 5الى 7 سم و سمكها نحو 3 سم .

توجد لدى الإنسان كليتان واحدة في كل جانب من العمود الفقري تحت أضلع الصدر اليفلية من الخلف، وهي ذات لون بني داكن و تشبه حبة الفول من ناحية الشكل وهي بحجم قبضة اليد ، وكل كلية مكونة من مليون وحدة تصفية (وحدات التصفية Néphron) وهي عبارة عن تركيب من فلاتر و أنابيب و أوعية دموية ما يضخ إليها الدم و تمتاز وحدات التصفية بالفاعلية العالية لتنقية الدم ولكن في حال تلفها فانهلا يمكن تعويضها مرة أخرى ، ويولد الإنسان بنفس العدد من وحدات التصفية ، ويتلف جزء منها مع تقدم العمر. (د.عبد الكريم السويداء ،2010، ص15)

2-3- الوظائف الرئيسية للكلية :

الكلية مهمة للجسم لأنها تؤدي ثلاثة وظائف أساسية هي :

3-2-1- التحكم في مستوى الماء :

قال الله تعالى : ﴿ وجعلنا من الماء كل شيء حي ﴾ الأنبياء (30)

يشمل الماء ما يقارب 50% الى60% من الجسم الحي ، ولكي يقوم الجسم بالوظائف الأساسية على الوجه المطلوب ، يجب أن يحتوي على الكمية المتوازنة من الماء . يستهلك الإنسان كميات مختلفة من السوائل ، ولكن لابد من المحافظة على كمية الماء داخل الجسم ضمن المستوى الطبيعي ، لذلك تتخلص الكلى من الماء الزائد عن حاجة الجسم ، وعند نقص كمية الماء من الجسم فهي تقلل من الماء المطرود في البول ، ويلاحظ ذلك كثيرا في فصل الصيف لو عند الصيام .

3-2-2- تزيل الفضلات و الأملاح الزائدة عن حاجة الجسم :

تجلت قدرة الخالق سبحانه و تعالى في جسم الإنسان في قوله ﴿ وفي أنفسكم أفلا تبصرون ﴾ وإحدى هذه القدرات هي مقدرة الكلى على المحافظة على تركيز المواد العضوية و حموضة الدم و الأملاح في مستويات دقيقة كثير من فضلات الطعام سامة للجسم ، فالكلى تؤدي دورا كبيرا في طرد هذه السموم بشكل مستمر . كذلك يتم التخلص من الفضلات كاليولينا (urne) و الكرياتين (Greatirine) و السموم الأخرى التي يجب أزالتها من الجسم وهذه الفضلات تتكون بعد حرق الجسم للبروتينات ، و عندما تضعف الكلى فان مادة اليولينا و الترياتين تبدأ بالتجمع في الدم و ترتفع مستوياتها ، لذلك يتم قياس هذه المواد في الدم لكي يتعرف الطبيب على مستوى عمل الكلى . تدخل أملاح الصوديوم البوتاسيوم الجسم عن طريق الطعام وهي أملاح أساسية يحتاج إليها الجسم كي يؤدي وظائفه ، ولكن عند ازدياد مستوياتها في الدم فهي تؤثر سلبا في الجسم ، لذلك يجب المحافظة عليها في مستويات محددة ، من هنا تتخلص الكلية من الأملاح و المعادن الزائدة عن حاجة الجسم في البول ، واهم هذه الأملاح و المعادن " الصوديوم و البوتاسيوم و الكالسيوم و الفوسفات و غيرها " .

3-2-4- الكلى تنتج الهرمونات :

تفرز الكلية الطبيعية مواد كيميائية للتحكم في وظائف خلايا الجسم تسمى بالهرمونات (Hormones) هذه الهرمونات تصل إلى خلايا الجسم عن طريق الدم لتتحكم قي بعض وظائف الجسم كضغط الدم وتكوين كريات الدم الحمراء و امتصاص الكالسيوم من الأمعاء ، فهرمون الثروبوتين يحفز نخاع العظم على تكوين كريات الدم الحمراء .

كذلك تحول الكلية فيتامين (D) إلى الشكل الفعال (النشط) ويحتاج الجسم إلى الفيتامين (D) لأنه يحافظ على قوة العظام، كما يحافظ على نشاط الغدة الجار(الدرقية) بشكل متزن . (د.عبد الكريم السويداء ، 2010 ،ص 16-17)

3-تعريف القصور الكلوي:

قصور في عمل الكلية أو عدم إمكانيتها للقيام بالوظائف. (د . عصام قميحة ، 2010 ، 94 ص)

و يعتبر **القصور الكلوي** هو الفقدان السريع لوظائف الكلى نتيجة لتلف الكلى مما يسبب احتباسا للفضلات النتروجينية كاليوريا و الكرياتين أو غير النيرتروجينية و التي تخرج عادة عن طريق الكلى . بناءا على درجة التعطل في الوظائف و مدته تصاحب هذا احتباس تغيرات ايضية (استقلالية) كالحامض الاستقلابي و فرط البوتاسيوم في الدم و تغيرات في مستوى السوائل بالجسم كما انه قد يوثر على أجهزة أخرى من الجسم . يتميز القصور الكلوي الحاد بقلة البول و انقطاعه ما يعرف باللزرام

و يعرف القصور الكلوي عن حالة كلوية متقدمة تتطور إلى القصور الكلوي إما المرض الكلوي النهائي ، فهو مرحلة من القصور الكلوي المزمن التي لا تستطيع فيها الوظائف أن تساعد على استمرار حياة المريض .يشخص حوالي 50 الى100 حالة لكل مليون فرد سنويا من المرحلة النهائية للقصور الكلوي المزمن ، وهناك حوالي ّ800000 حالة قصور كلوي يعالج بالديال الدموي في أمريكا .

(دليل التغذية السليمة لمرضى الفشل الكلوي / NKF EGYPT / http : // www googl com)

و يعرف القاموس الطبي القصور الكلوي بأنه: " انخفاض قدرة الكلى على تامين الرشح و إقصاء نفايات الدم و كذا مراقبة توازن الجسم من حيث الماء و الأملاح و تنظيم الشدة الدموية.

يعرف **ماير Mayrier (1985)** القصور الكلوي بالإصابة التدريجية و غير قابلة للرجوع للوظائف الإخراجية و الداخلية للكلية و التي تعمل على المحافظة على التوازن الداخلي للعضوية ، ينتج عن هذه الإصابة تناذر الدم و المتمثل في مجموع الأعراض و المؤشرات الإكلينيكية الدالة على الشذوذ الايضي .

يصل القصور الكلوي إلى المرحلة النهائية حينما يتحطم أكثر من 90 % من النفرونات مما يتطلب اللجوء إلى العلاج الاستيعاضي **بتقنية غسل الكلى** أو الزرع لكلوي .

(سامية ياحي ، 2006 ، ص 22)

3-1- غسيل الكلى الدموي:

يعتبر غسيل الكلى الدموي الدوري الطريقة الأكثر انتشارا ، يهدف إلى إعادة توازن الوسط الداخلي بفضل علاج متقطع (عموما ثلاث حصص من 4 إلى 5 ساعات في اليوم) ، يتم في مركز (استشفائي أو عيادة) أو قد يجرى في مؤسسات عادية (تصفية ذاتية ، تصفية في البيت) وذلك حسب الحالة العامة للمريض .

يتم في كل جلسة ضخ الدم بصفة مستمرة من المريض لجهاز الكلية الاصطناعية (Rein artificiel) في طريق خارجي أين تتم التصفية.

لكن قبل بدا هذه العملية يجب خلق ناصور أو صلة شريانية وريدية – Fistule arterio veineuse) وذلك بتوصيل شريان بوريد بالذراع اليمنى حرة ، و إذا كانت الأوعية الدموية صغيرة ، يتم وضع وصلة صناعية بين الشريان و الوريد (Prothèses en gortex) من اجل الحصول على ضغط دموي كاف ، ولا يتم الوخز فيها إلا بعد أسبوعين أو ثلاث من الإلصاق الجراحي .

توضع إبرتين في الناسور أحداهما لحمل الدم من المريض إلى جهاز الديناليزة من اجل تصفيته وذلك بواسطة أنبوبة بلاستيكية (طريق خارجي عن الجسم) و يكون ذلك في طريق عكسي لسائل الديناليزة من اجل تسهيل التبادلات بواسطة تدرج التركيز ، يتم هذه الأخيرة في جهاز الديناليزة والذي له شكل الإناء ينقسم إلى حجرتين يفصل بينهما غشاء شبه نفاذ مما يسهل حدوث التبادلات .

ثم يرجع الدم إلى المريض من خلال الإبرة الثانية عبر مسلك أو طريق يحتوي على فخ للفقاعات، الهدف منه هو الوقاية من خطر الحوادث بسب السدة الغازية (Embolie gazeuse). يخلف الغسيل الدموي مخلفات كثيرة منها انخفاض ضغط الدم و التهاب الكبد الفيروسي (B) و التهاب الكبد الفيروسي (C) وكذا الحكة و بلاضافة إلى الاضطرابات العصبية كالصداع و الغثيان و التقيؤ و الارتجاف ... الخ.

(سامية ياحي ، 2006 ، ص35-36)

4 - أسباب القصور الكلوي:

تقسم أسباب القصور الكلوي إلى حالات مرضية قبل الكلى مثل حالات الجفاف أو انخفاض الدم الشديد ، وحالات مرضية كلوية ، و حالات مرضية بعد الكلى مثل انسداد مجرى البول بسبب تضخم البروستات عند الرجال أو الحويصلات .

4-1- حالات مرضية قبل الكلى :(تؤثر على الإمداد الدموي للكلى)

1- نقص حجم الدم ويكون سببه في معظم الأحيان الصدمة أو الجفاف و ضياع السوائل والشوارد أو استخدام الزائدة للأدوية المدرة للبول

2- فشل وظيفة الكبد لمرض ما يؤثر على ارتواء الكلى .

3- أمراض الأوعية الدموية مثل : الجلطات في الشرايين أو خثارة في الوريد الكلوي.

4- العدوى و الإنتان في الدم .

5- الحروق الخطيرة التي تؤدي إلى فقدان السوائل.

6- انحباس السوائل في الجسم في المكان غير الأوعية كالذي يحدث مع التهاب البنكرياس .

7- انخفاض ضغط الدم بسبب أدوية الضغط .

4-2- حالات مرضية كلوية: (الأضرار تكون داخل الكلى و أنسجتها)

4-2-1- الأسباب الأقل قابلية للعودة إلى الحالة الطبيعية:

1- **السموم و الأدوية** مثل :الأدوية المضادة للالتهاب غير الاستيرودية ، بعض المضادات الحيوية مثل : الامينوقليكوسايد ، وبعض الصبغ اليودية ، و الأمراض الكلوية بسبب فوسفات الصوديوم عند تصوير القولون بالمنظار .

2- انحلال الربيدات ويقصد بها تكسر العضلات وينتج عنها مادة المايوقلوبين في الدم ، والتي تؤثر على عمل الكلى فقد يكون السبب إصابة في العضلات أو استخدام بعض الأدوية مثل: الاستاتين والمحفزات سبب في تكسر العضلات وظهور مادة المايوقلوبين في الدم .

3- تكسر خلايا الدم الحمراء في مادة الهيموجلوبين الناتجة عن هذا التكسر ، تؤذي أنابيب الكلى وينتج تكسر كريات الدم الحمراء في بعض الأمراض مثل : الأنيميا المنجلية أو الذئبة الحمراء.

4- الورم النقوي المتعدد (Muhiple myeloma) يسبب ارتفاع نسبة الكالسيوم أو غير ذلك ، زمن الممكن أن يسبب هذا المرض قصور الكلوي المزمن بطرق متعددة .

5- التهاب كبيبات الكلية الحادة الذي يكون لأسباب متعددة منها الأجسام المضادة ضد الطبقة السفلية من الأغشية الموجودة في الكلى ، والتهاب ذئبة الكلية الحاد مع مرض الذئبة الحمراء .

4-3- حالات مرضية بعد الكلى:

كانسداد مجرى البول وذلك للأسباب التالية :

1- يكون تأثير بعض الأدوية على عمل المثانة في إخراج البول مثل : مضادات الكولينيات .

2- التضخم في غدة البروستاتا الحميد أو سرطان غدة البروستاتا لدى الرجال.

3- حويصلات الجهاز البولي .

4- قد يكون سرطان المبايض أو سرطان القلون .

5- انسداد المثانة (القسطرة البولية).

6- الأدوية التي تسبب التهاب المثانة ، أو الأدوية التي تؤدي إلى ظهور مادة المايوقلوبين في الدم.(**http://ar.wikipedia.org**)

جدول رقم(2) : يبين الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي المزمن (محمد صادق صبور ،1994،ص21)

1- الالتهاب المزمن	أيا كان سبب التهاب كبيبات الكلى
2- أمراض وعائية	- ارتفاع ضغط الدم - تصلب شرايين الكلى أو انسدادها - مرض كلوي جيني مثل التهاب الشرايين المتعدد -العقدي الذؤاب ألاحمراري ألمجموعي ، تصلب الجلد
3- التهاب الكلى الميكروبي	- التهاب الميكروبي المزمن - درن الكلى
4- أمراض أيضية (عامة)	- السكر - النقرس - فرط كالسيوم الدم مثل فرط جينات الدرقية -فرط فيتامين (د) ، متلازمة اللبن مع القلوى - مرض اللحمانية - النقيوم المتعدد
5- عيوب خلقية	الكليتان متعددتا الكيسات ـ الكليتان الضامرتان خلقيا
6- مرض انسدادي بالمسالك البولية	ـ الحصوات ـ الأورام ـ تضخم البروستاتا ـ عيب خلقي بحوض الكلى ـ ضيق عنق المثانة ـ ضيق مجرى البول ـ تليف الحالبين
7- أمراض حبيبات الكلى	ـ عيوب خلقية بالمثانة او عنقها او مجرى البول مثل العيوب الخلقية بالنبيبات ،التسمم بالعقاقير،المعادن الثقيلة .....وغيرها .

5- أعراض القصور الكلوي:

في المراحل الأولى لنقص وظائف الكلى ربما لا يشعر المريض بأية أعراض ، وربما لا تظهر الأعراض على الرغم من تدهور وظائف الكلى في المراحل المتقدمة ، لذلك يعبر إجراء التحاليل الخبرية البسيطة كفحص البول ومستوى الكرياتيين ، ومن أهم الطرق لتشخيص القصور الكلوي في مراحله الأولى ، لذلك ينصح بإجراء هذه التحاليل بشكل دوري خصوصا عند المرضى المصابين بداء السكري وضغط الدم وتتمثل هذه الأعراض في :

- ارتفاع ضغط الدم.
- انتفاخ حول الوجه أو القدمين.
- تغير لون البول إلى اللون الأحمر .
- وجود البروتين (الزلل) في البول .
- وجود رغوة كثيرة في البول.
- كثرة التبول أثناء الليل (النوم) .
- الرعاف أحيانا .
- قلة البول .
- جفاف الجلد و تغير لون الجلد إلى السمرة .
- الفتور والتعب.
- رائحة اليوريا في نفس المريض .
- شحوب في الوجه.
- التشنجات العصبية .
- نقص الوزن (د.عبد الكريم السويداء ،2010، ص31)
- فقدان الشهية .
- ضيق في التنفس .
- اعتلال عام مع انحباس للسوائل.
- ظهور أورام مائية و كذلك تصلب .

- الصداع.
- اعتلال بدقات القلب.
- فقر الدم.
- مشاكل على مستوى العظام و المفاصل (د.عصام فصيحة ،2010 ،ص95)
- الحكة الشديدة.
- اضطرابات في النوم .
- يمكن حدوث هبوط في القلب (هبوط عضلة القلب وهو عدم قدرة عضلة القلب على ضخ الكمية المناسبة لاحتياجات الجسم من الدم) وتؤدي الى تجمع السوائل في الرئة .
- فقدان التركيز .
- غيبوبة و تشنجات .

(www. puf Factory . Com / pdf Greeted with pdf Factory. Pro trial version)

6- أنواع القصور الكلوي:

القصور الكلوي هو انخفاض أو انعدام في وظيفة التصفية و الكلوية و التي تترجم ارتفاع في البول و الكرياتين(Crèatinine) الدموي غالبا مع الورم و ارتفاع الضغط الدموي .

6-1- القصور الكلوي الحاد:

يكون مؤقتا متبوعا بإصابة عنيفة و تترجم بانخفاض و ارتفاع في الإفراز البولي و تتراوح من بضعة ساعات حتى ثلاث أسابيع.

6-2- القصور الكلوي المزمن:

هناك حبس أزوتي (ارتفاع في البول الدموي) التي تتعقد بسرعة باضطرابات هيتابولية و بعلامات إكلينيكية ، أهمها شحوب الوجه (Palein) ، فقدان الشهية ، الأورام (في المرحلة الأخيرة تظهر العقبات مختلفة ، العلاج يتضمن متابعة حمية فقيرة من الازوت كاللحوم و الأملاح.

7- المشكلات المترتبة على الإصابة :

7-1- المشكلات النفسية :

يعبر الغسيل الدموي (Hémodialys)عن دخول المريض في شكل جديد من الحياة يعد هذا الأخير ثابت و شاق و محبط. كما يتطلب من المريض مشاركة فعالة بالإضافة إلى انه يتميز بالضغط الجسمي و النفسي وكذا الخطر الدائم الذي يهدد حياته.

وتضيف في هذا الصدد **كوبا (2002) CUPA** بأن المريض القاصر كلويا مصاب بمرض قاتل يأتي إلى المستشفى لا لكي يشفى Non pas pour guérir لكن لتأخر الحدود بين الحياة و الموت بواسطة تقنيات حديثة مقترحة عليه من طرف الأطباء فهو متواجد هنا في وضعية ناج (Survivant) و تتميز خصوصية هذه الوضعية الوجودية للمريض الخاضع للغسيل الدموي بحضور الموت بسبب العجز العضوي (Défaillance physique) من جهة و ضرورة خضوعه لعلاجات متعددة دائمة من جهة أخرى و التي تجعله في تبعية كاملة مطابقة لوضعية الرضيع العاجز عن تلبية حاجاته .

تمثل الآلة و كذا المعالجين على المستوى الهوامي أم قوية (Une mère toute puissante) ، مصاص دماء خطير أو صورة أخرى من عالمنا القديم (Archaïque) و يمكن لحالة السلبية و التبعية التي يعيش فيها المريض الخاضع للغسيل الدموي أن تؤدي إلى أشكال نكوص خطيرة .

يعاني مريض القصور الكلوي و أسرته من مشاعر سلبية مثل مشاعر الحزن و القلق و الألم و الاكتئاب و خاصة الأشخاص الذين يترتب عن إصابتهم ترك المدرسة أو العمل أو الرسوب في الامتحانات فيعانون من المرض و الشعور بالعزلة و الصمت و عدم الحديث مع الأطباء و الممرضات .

و تنعكس هذه الوضعية الضاغطة الصعبة للمرض على نفسية المريض و تظهر في الآثار التالية:

الحصر:

يعاني المرضى المصابين بالقصور الكلوي الزمن كثيرا من الحصر و يتمثل هذا الأخير في الاضطرابات الفيزيولوجية كالأرق ، ألام مجهولة الأسباب ... الخ و توهم المرض و أعراض رهابية و كذا الفزع من الآلة أو الممرضة أو مكان الإسعافات الخاصة .

و يعزز رفيد (Révidi (1994 ما ذهب إليه كونسولي أن الحصر كثير الانتشار عند المرضى المصابين بالأمراض الخطيرة كالقصور الكلوي المزمن ، كما يصاحب الحصر كل مرحلة تطور الداء و يتطلب تقديره الأخذ بعين الاعتبار لشدته و مدته كذا المعاش الذاتي للمريض .

قلق الموت :

أن الإصابة بمرض جسمي خطير كالقصور الكلوي المزمن يجعل الفرد في مواجهة دائمة مع الموت ، يصاحب هذه الوضعية قلق حاد ، و تحدث هذه الحميمية المفاجئة مع المواقف على حد قول (Barrois) انفصال نزوي و فوري و كلي أو صدمة و فزع بسبب انهيار الدفاعات.

صورة الجسد :

يحدث القصور الكلوي هزة عنيفة في الصورة الجسدية و التي تتمثل في صعوبة القيام بحداد الوظيفة البولية و رمزيتها الجنسية ، صعوبة تقبل وجود أعضاء غير وظيفية داخل الجسم و هذا أيضا عند المرضى الذين خضعوا للزرع الكلوي بما أن الكلى المريضة موجودة دائما في مكانها ولم يتم فصلها (Une néphrectomie) مما يؤدي إلى انقلاب المعالم المكانية (الداخل و الخارج) فالكلية الاصطناعية الوظيفية متواجدة خارج الجسم .

كما يصبح الناسور الوريدي الشرياني منطقة مرور أو اتصال دائمة و غامضة و مقلقة بين المريض و آلة الغسيل الدموي و التي يستثمرها المريض على أنها ذات قوة خارقة بين المريض (Idéalisation) أو على العكس يشعر بخوف اضطهادي اتجاهها بسبب تحطيمها لمنطقة حميمية عنده ، إلى جانب هذا يعاني المريض من صعوبة تمل التشوهات التي قد تصيب جسمه كالإنتفاخات الناتجة عن الحمية أو بعض الأدوية كمخفضات المناعة Immunosuppresseurs ( ) و يمكن أن تقود هذه التشوهات إلى حدوث تفكك حقيقي في

الشخصية بوجود دم المريض خارج الجسم أثناء حصة الغسيل الدموي و التي تزيد من اضطرابات الصورة الجسمية .

الاضطرابات الجنسية :

غالبا ما تصاب الحياة الجنسية لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي ، حيث يعاني المريض من احباطات جنسية متعددة تتمثل في انخفاض الليبيدو الذي يظهر في عجز جنسي عند الرجال و برودة جنسية أو عقم عند النساء

كما تدعم **كوبا (2002) Copa** بان العجز الجنسي هو احد تعقيدات القصور الكلوي النهائي المزمن حيث ينعكس على الجانب النفسي للمصاب فيظهر على شكل قلق الخصاء (I' angoisse de castration) ، كما يمكن أن يعاني من مشاكل تخص التقمصات الجنسية .

(سامية ياحي ، 2006 ، ص44-45)

7-2- المشكلات الاجتماعية:

تؤثر على العلاقات بين الزوجين إما بسبب إلقاء كل منهما اللوم على الأخر و انه السبب في المشكلة ، أو نتيجة تفرغ احد الوالدين للعناية بالمريض أو إهمال الشؤون الأخرى للأسرة .

الانسحاب التدريجي للمريض من المسؤوليات الأسرية و رفاق المدرسة أو العمل و الحي حيث لا تمكنه ظروف الغسيل الكلوي من القيام بأي مسؤوليات أسرية أو المشاركة في الأنشطة المدرسية أو القيام بالعمل المطلوب منه أو استمراره في جماعة الأصدقاء .

7-3- المشكلات المدرسية و مهنية :

يعاني المريض من بعض المشكلات المرتبطة بالمدرسة بسبب القيام بعملية الغسيل الكلوي، ومن هده المشكلات التغيب المستمر عن الدراسة و بالتالي الحرمان من دخول الامتحان و بالإضافة إلى انخفاض مستوى التحصيل الدراسي و تعرض المريض للرسوب في الامتحانات. (ناني محسن احمد عبد السلام ، 2009 ، ص 30)

و ينعكس أيضا على الحياة المهنية للمريض ، فيختلف تأثيرها من تجنب هذا الأخير للنشاطات المهنية الثقيلة إلى طلبه عمل أخر يتلائم مع حالته الصحية العامة و قد يتخلى المريض كليا على نشاطه المهني فيدخل بهذا في حالة من العجز المهني الدائم .

(سامية ياحي ، 2006 ، ص 46)

7-4- المشكلات الاقتصادية:

انخفاض الدخل الأسري نظرا لمصاريف العلاج و الغسيل الكلوي، تعطل الأب أو الأم أو الاثنين عن عملهما في أيام كثيرة لمصاحبة الابن المريض للمستشفيات و مراكز الغسيل الكلوي، مما يعرضها للخصم من الراتب أو عدم الحصول على الحوافز.

7-5- المشكلات الصحية:

يترتب عن الإصابة بهذا المرض بعض المشكلات الصحية مثل وجود القرح و الجروح في الجسم و ضعف الإبصار و الإجهاد و الإرهاق الشديد و التأثر العظمي و البول المدمم .

7-6- مشكلات الغذاء و المواظبة على تعليمات الفريق المعالج :

يحتاج مريض القصور الكلوي إلى نظام غذائي علاجي معين و خاصة فيما يتعلق بالبروتين و أملاح الصوديوم و البوتاسيوم و السوائل و الفيتامينات و المعادن بحيث تحسب الكميات المسموح بها للمريض حسب احتياجاته . (ناني محسن احمد عبد السلام ، 2009 ، ص 30-37)

خلاصة الجزئية:

الكلى عضو لازم لاستمرارية الحياة وإذا توقفت الكليتان عن العمل فسوف تنتهي حياة المريض بعد أيام قليلة والوظيفة الرئيسية للكلى كما هو معروف هي تكوين البول بكميات مناسبة تكفي لتنقية الدم في جسم الإنسان واستخراج كل ما هو ضار بوظائفه الفيزيولوجية الأساسية ولتحقيق هذه الأغراض الحيوية تقوم مجموعة النفرونات المكونة للكليتين بعمليتين أساسيتين الأولى هي ترشيح الدم ثم يأتي بعد ذلك عملية الامتصاص لكل ما هو صالح لتغذية الجسم واستخراج كل ما هو طالح وضار بحيوية الجسم عن طريق إفراز كمية البول اليومية. ومما هو جدير بالذكر في هذا المجال أنه إذا توقفت إحدى الكليتين عن العمل بسبب المرض أو الإصابة أو عن طريق الاستئصال الجراحي فإن الله جلت قدرته يعوض الجسم البشرى عن ذلك بتضخم الكلية المتبقية وزيادة أنسجتها وكفاءتها حتى تصبح قادرة على القيام بنفس كمية العمل الذي تقوم به الكليتان مجتمعتين وتبارك الله أحسن الخالقين !!

تمهيد

سوف يأتي هذا الفصل لعرض جميع الإجراءات المنهجية المتبعة و ذلك تمهيدا الى عرض النتائج المتوصل إليها في الفصل السادس

1- الدراسة الاستطلاعية:

في دراستنا الميدانية اعتمدنا على جانبين مستشفى الزهراوي و العيادة الخاصة التصفية الدم (عيادة صفاء التصفية الدم) و ذلك للحصول على الكم المعرفي لإثراء دراستنا

- يوم 2012/04/26 استلمنا طلب مساعدة من الإدارة للتوجه إلى العيادة (عيادة صفاء لتصفية الدم) حيث تم استقبالنا من طرف الطبيب المختص ب الكلى néphrologue الذي هو بدوره قدم لنا كل التسهيلات و الشروحات عن هذا المرض للقيام بدراستنا بصورة أوضح و جمع المعلومات التي تهمنا وقدما لنا قائمة بأسماء المرضى حيث تم اختيار أفراد عينتنا حسب الشروط المتبعة في دراستنا و التي تكونت من 10 أفراد خاضعين للغسيل الكلوي (3 إناث و 7 ذكور)

و في يوم 2012/04/29 قمنا بالتعرف بالمرضي و التعريف بأنفسنا كطلبة وموضوع دراستنا و رغبتنا في طلب المساعدة منهم لإكمال دراستنا

وفي 2012/04/28 كانت أول مقابلاتنا الغير مقننة و ذلك لخلق نوع من الثقة بيننا و بين المرضى و قصد الحصول على المعلومات التي تخدم دراستنا و دامت هذه المقابلات إلى غاية 2012/05/15

- في يوم 2012/05/02 استلمنا الطلب الثاني للمساعدة من الإدارة و التوجه الى المستشفى الزهراوي التي قمنا بتقديم الطلب وتم الموافقة عليه من قبل مدير المستشفى في 2012/05/10

و في 2012/05/13 كانت مقابلتنا مع رئيس القسم الخاص ب تصفية الدم الذي ابدي كل التعاون معنا و قدم لنا قائمة من أسماء المرضى حيث قمنا بختيار أفراد عينتنا حسب

الشروط المتبعة في دراستنا و التي تكونت من 10 أفراد المصابين ب القصور الكلوي و الخاضعين للغسيل الكلوي (3 ذكور و 7 إناث)

و في 2012/05/15 كانت أول مقابلاتنا الغير مقننة وذلك من اجل جمع المعلومات الشخصية للمرضى و خلق نوع من الثقة بيننا و بين المرضى و قصد الحصول على المعلومات التي تخدم دراستنا

في 2012/05/20 كانت أول مقابلاتنا الرسمية و المقننة و النصف موجهة مع المرضى و دامت إلى غاية2012/05/27

2- الدراسة الأساسية:

- في 2012/05/16 كانت أول المقابلات الرسمية و المقننة و النصف موجهة مع المرضى و دامت إلى غاية 2012/05/27

و في 2012/05/28 تم تقديم استبيانات القلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية على فترات زمنية متباعدة قصد عدم الضغط على نفسية المريض و إرهاقه وساعدتنا لبعض المرضى في الغموض الذي يواجهه في كل استبيان و دام ذلك إلى غاية 2012/06/20

- وفي 2012/05/28 كانت أول المقابلات الرسمية و المقننة و النصف موجهة مع المرضى و دامت إلى غاية2012/05/31

في 2012/06/20 تم تقديم استبيانات القلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية على فترات زمنية متباعدة قصد عدم الضغط على نفسية المريض و إرهاقه ومساعدتنا لبعض المرضى في الغموض الذي يواجهه في كل استبيان

3- المنهج المتبع :

يتوقف نجاح المنهج الذي يختاره الباحث على مدى توافقه مع طبيعة الموضوع المدروس ، وعلى مدى تحكم الباحث في تقنيات هذا المنهج و قد تم اختيار المنهج الوصفي وفقا لطبيعة الموضوع و قصد الإجابة على السؤال المطروح في إشكالية البحث و الخاص بفروق أعراض القلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية ، اعتمدنا فيها على معرفة الفروق و المقارنة التي تندرج في إطار المنهج الوصفي

و الذي يهدف حسب رشيد زرواتي إلى وصف الظاهرة محل الدراسة عن طريق جمع و تصنيف و ترتيب و عرض و تحليل و تفسير و تعليل و تركيب المعطيات النظرية و البيانات الميدانية من اجل الوصول إلى نتائج علمية توضح السياسات اجتماعية بهدف إصلاح مختلف الأوضاع المجتمعية " (رشيد زرواتي ، 2007 ، ص 87)

4- وصف مجموعة البحث و كيفية اختيارها :

تضم مجموعة البحث 40 فردا مقسمة إلى مجموعتين مجموعة المرضى بالقصور الكلوي و الخاضعين لغسيل الكلى و مجموعة غير المرضى ، تتكون كل منها من 20 فردا ينقسمون

بصفة متكافئة من حيث الجنس و السن باستثناء عامل المرض و الذي نقصد به موضوع البحث الإصابة بمرض القصور الكلوي هو العامل الذي يتميز به فئة المرضى دون فئة الغير المرضى ، و قد اعتمدنا على الطريقة العمدية المقصودة في اختيار الأفراد .

و تعرف العينة المقصودة بتلك العينة التي يعتمد الباحث أن تتكون من وحدات معينة لأنه يعتقد أنها تمثل المجتمع الأصلي تمثل المجتمع الأصلي تمثيلا صحيحا و الواضح أن هذه الطريقة توفر على الباحث كثيرا من الوقت و الجهد الذي يبذل لاختيار العينة إلا أنها تستلزم معرفة المعالم الإحصائية بالنسبة للمجتمع الأصلي و بالنسبة للوحدات التي يرغب الباحث في اختيارها .

الجدول (3): توزيع أفراد مجموعة البحث حسب الجنس و السن

الأفراد المصابين ب القصور الكلوي				الإفراد الغير مصابين بالقصور الكلوي			
السن	ذكور	إناث	المجموع	السن	ذكور	إناث	المجموع
28-21	5	2	7	28-21	3	5	8
36-29	4	6	10	36-29	3	2	5
44-37	1	2	3	44-37	4	3	7
المجموع	10	10	20	المجموع	10	10	20

- **شروط اختيار العينة :**

لكي ينتمي فرد إلى عينة البحث لا بد أن تتوفر فيه الشروط الآتية:

1- أن يكون مصابا بقصور الكلوي

2- أن يكون خاضعا لتصفية الدم (غسيل الكلوي)

3- أن يتراوح العمر ما بين (21-44سنة) أي بلغ سن الرشد حيث يتميز بمستوى النضج النفسي و المعرفي مما يسهل علينا كيفية التعامل معه و تطبيق المقاييس ، كما أن نسبة الإصابة بالقصور الكلوي مرتفعة في هذه الفئة العمرية

4- أن لا يكون مصابا بمرض عضوي أخر

و بهدف القيام بالمقارنة و معرفة الفروق اخترنا مجموعة ثانية من الأفراد الغير مرضى بالقصور الكلوي، و يتميزون بنفس الخصائص مع المجموعة الأولى من حيث السن و الجنس و يختلفون في عامل المرض الذي يتوفر في مجموعة أفراد المرضى، و تتمثل في طلاب جامعة المسيلة و الممرضين و الممرضات العاملين في المستشفى الزهراوي و عيادة الصفاء .

5- حدود البحث:

5-1- المجال الزماني:

- تمت الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية استغرقت الدراسة شهرا (30 يوم) ، وذلك من الفترة الممتدة من 2012/05/02 إلى غاية 2012/06/02
- تمت أيضا في عيادة خاصة (عيادة صفا لتصفية الدم) بالمسيلة استغرقت الدراسة شهرا (30 يوم) من 2012/04/26 إلى غاية 2012/06/02

5-2- المجال المكاني:

تمت دراستنا في ثلاث مجالات ميدانية تمثلت في:

- المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة و التي كانت تعرف " بمستشفى الزهراوي " سابقا و قد تم تغيير الاسم بتاريخ 2012/12/31

يتربع على مساحة قدرها 3987متر مربع (م^2) . حيث يغطي ما تعداده 470302 نسمة لـ 16 بلدية يحوي المصالح الاستشفائية التالية :

- الطب الداخلي: وحدة رجال و نساء 76 سرير.
- الجراحة العامة: 46 سرير.
- الاستعجالات و الإنعاش: 18 سرير.
- الطب الشرعي: 6 سرير

كما يحوي على المصالح التقنية التالية:

- مصلحة الاستعجالات
- الصيدلية
- مركز تصفية الكلى
- الاستشفاء المنزلي
- الكشف الطوعي
- المصالح الإدارية

و تحوي المؤسسة طاقم طبي و إداري و مهني و المتكون من :

- أخصائي نفسي
- أخصائي اجتماعي
- 33 طبيب عام
- 21 طبيب مختص
- 225 شبه طبي
- 40 إداري

- و تم إجراء دراستنا أيضا على مستوى مركز الصفاء لتصفية الدم لتصفية الدم بالمسيلة حي 504 اشبيليا تأسس في 2006/05/06 يتربع على مساحة قدرها 300 متر مربع يحوي على :
  - 2 أطباء مختصين في الكلى néphrologue
  - 1 طبيب عام
  - 8 ممرضين و ممرضات
  - 11 عامل

6- وصف أداة القياس :

6-1- المقابلة:

- **<u>مقابلة نصف موجهة :</u>**

المقابلة هي وسيلة لجمع المعلومات ، حيث تمكن من تشكيل صورة هذه الحالة التي هي موضوع الدراسة " المقابلة هي عبارة عن علاقة دينامية و تبادل شخصي بين فردين أو أكثر "

وهدفها هو الكشف عن ديناميات السلوك المرضي ، و يتوقف نجاحها على إمكانية الأخصائي النفساني في بناء علاقة دافئة و مشجعة بينه وبين العميل ، وهي علاقة ثقة و اطمئنان .

إذن هي من أهم الوسائل لجمع المعلومات، حيث ينبسط الفرد جسميا و نفسيا ، و يعبر بكل حرية فهي تمكن من الحصول على البيانات بكل مستوياتها ، لهذا اخترنا المقابلة نصف موجهة كما تعطيه من حرية في التعبير دون التقيد بنمط أسئلة محددة .(عواطف محمد ياسين ، 1988 ، ص 87)

6-2- مقياس تايلور للقلق الصريح :

اقتباس و إعداد الدكتور مصطفى فهمي و دكتور محمد احمد غالي

يقيس هذا الاختبار بدرجة كبيرة من الموضوعية و مستوى القلق الذي يعانيه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهر صريحة و يصلح هذا الاختبار لاستعمال في جميع الأعمار

و الاختبار مقتبس من مقياس القلق الصريح الذي استخدم وقنن عن طريق الإحصائية و العالمة النفسية (J.A. Taylor)

- **طريقة تطبيق المقياس**: يمكن إجراء الاختبار بشكل جماعي إذ كان المفحوصون يجيدون القراءة و الفهم
- **تفسير النتائج:**

يتم التنقيط بجمع الدرجات المجاب عليها ب (نعم) و تتراوح الدرجات من (0) كحد ادني إلى (50) كحد أقصى وذلك وفق الجدول التالي:

الفئة	الدرجة	مستوى القلق

	من - إلى	
أ	صفر - 16	خال من القلق
ب	20-17	قلق بسيط
ج	26-21	قلق نوعا ما
د	29-27	قلق شديد
هـ	50-30	قلق شديد جدا

3-6- مقياس بيك للاكتئاب (B.D.I) :

يتكون مقياس بيك من (21) عبارة هي عبارة عن مجموعة من الأعراض و الاتجاهات ، تتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من (4) عبارات تتدرج العبارات لتعكس مدى شدة الاكتئاب لدى المريض .

يزودنا المقياس بتقدير سريع و صادق لمستوى و عمق الاكتئاب لدى المفحوص ، كما أن المقياس يعتبر أداة تمكننا من قياس أي تحسن تقديم أي نوع من أنواع العلاج . يتميز بسهولة الاستجابة عليه من جانب المفحوص

ويكون المقياس في صورته الحالية من (13) مجموعة من العبارات و تعد الصورة المختصرة للمقياس الأصلي ، و التي تم التوصل إليها في دراسات التي اشرف عليها بيك Beck بنفسه .

وتتكون القائمة من (21) مفردة :

1- الحزن
2- التشاؤم

3- الشعور بالفشل

4- عدم الرضا

5- الشعور بالذنب

6- الشعور باستحقاق الذنب

7- عدم حب الذات

8- اتهام الذات

9- الرغبة في اذاء الذات

10- التعرض لنوبات البكاء

11- حدة الطبع

12- الانسحاب الاجتماعي

13- العجز عن البت في الأمور

14- تصور الجسم

15- هبوط الهمة في النوم

16- اضطراب النوم

17- القابلية للتعب

18- فقدان الشهية

19- النقص في الوزن

20- الانشغال على الصحة

21- فقدان الاهتمام بالجنس

- **طريقة التطبيق:** يتم تطبيق المقياس بطريقتين إما فردية أو جماعية
- **طريقة التنقيط:**

يتم التنقيط بجميع الدرجات التي تحصل عليها المفحوص في العبارات (21) للوصول إلى الدرجة الكلية للمقياس ، تتراوح الدرجات من (0) كحد ادني إلى (39) كحد أقصى ثم توضع المجاميع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الاكتئاب ، وذلك وفق الجدول التالي :

9-0	لا يوجد اكتئاب
15-10	اكتئاب بسيط
23-16	اكتئاب متوسط
36-24	اكتئاب شديد
37 فأكثر	اكتئاب شديد جدا

4-6- قائمة ولبه ، لانج لمسح المخاوف :

اعد هذه القائمة " جوزيف ولبه ولانج " ثم قام الدكتور " محمد احمد عبد الخالق " بترجمتها إلى العربية مع العلم بأنه لم يدخل أي تعديل بالحذف أو الإضافة بالنسبة إلى البنود في الصورة الأولى للمقياس

يقيس هذا الاختبار لتقدير التغير في السلوك المتعلق بالمخاوف المرضية، و عدد المخاوف التي يمكن أن يخاف منها الإنسان و شدة و درجة هذا الخوف

- **طريقة التطبيق:** يمكن تطبيق الاختبار بصورة جماعية أو فردية و يستغرق معظم المفحوصين الإجابة عنه حوالي 20 دقيقة، مع التأكيد على المفحوصين ألا يتركوا أي سؤال دون الإجابة عليه.
- **طريقة التنقيط:**

يتم التنقيط بجمع عدد الدوائر التي وضعها المفحوص في فئة من كل الفئات الخمس للقائمة

يتم حساب الدرجة الكلية للمفحوصين و ذلك بضرب عدد تكرارات كل مقياس فرعي في رقمه، ثم جمع ناتج الدرجة الأخيرة للحصول على الدرجة الخام.

7- الأساليب الإحصائية المستعملة :

- قانون التجانس : $F = \frac{S_k^2}{S_p^2}$ لحساب التجانس بين العينتين .
- المتوسط الحسابي : $\bar{x} = (\sum x)/n$
- الانحراف المعياري : $S^2 = \frac{n\sum x^2 - (\sum x)}{N(N-1)}$
- T (test) للفروق و العينات المتجانسة: $T = \frac{\overline{X_1 - X_2}}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$
- لإيجاد درجة الحرية $DF = \frac{\left[\left({S_1^2}/{n_1} + {S_2^2}/{n_2} \right) \right]}{\sqrt{\left(\frac{{S_1^2}/{N_1}}{N_1 - 1} \right) \left(\frac{{S_2^2}/{N_1}}{N_1 - 1} \right)}}$

خلاصة الجزئية:

بإتباع خطوات البحث العلمي المعروفة من منهج و أدوات و أساليب إحصائية للتأكد من الخصائص السيكومترية لهذا الأخير من خلال تطبيقها على عينة البحث في الدراسة الأساسية ، و سيتم لاحقا عرض النتائج المحصل عليها ثم القيام بتحليلها وفقا للفرضيات الموضوعة مسبقا .

1- عرض نتائج الدراسة :

1-1- عرض و تحليل المقابلات :

- **تقديم الحالات للدراسة :**
- **المقبلة رقم (1) :**

1- محور البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر

الاسم: س، م

السن: 32 سنة.

المستوى التعليمي: التاسعة من التعليم المتوسط

الحالة الاجتماعية: أعزب

الحالة الاقتصادية: متوسطة

المهنة: عمل غير مستقر

تاريخ الإصابة: 2000

تطور الحالة: كان العلاج على أساس وجود ميكروب في الكلية

المقابلة:

2- محور القلق:

الباحث : تحس روحك انك مقلق كثر من لآخرين ؟

العميل: لالا لكن نتقلق من حاجة ماتعجبنيش

الباحث: مثلا ؟

العميل : مثلا واحد النهار كاين مريض يديياليزي معايا جاب معاه قهوة شافوا الطبيب قالوا ممنوع نظام نظام للغدوا قالوا واحد نورمال اشرب على روحك هذا قلقني واحد يقلك اشرب والثاني يقلك ماتشربش

الباحث :حسيت انك تتقلق بزاف بعد المرض ؟

العميل : مع لول صح كنت نتقلق بصح ضرك عادي مانتقلقش

الباحث: تقلقك مساعدة الآخرين لك ؟

العميل : مانتقلقش

الباحث : تتقلق قبل الدياليز ولا من بعد ما تدياليزي ؟

العميل : نتقلق أثناء الدياليز مثلا مرات يتهاونوا في إعطاء الدواء

الباحث:تتقلقك كي تجي الإسعاف قدام الدار ولا المكان الي تخدم فيه ؟

العميل : في البداية ماتقبلتهاش ومن بعد ولا الأمر عادي

الباحث : واش هي الأشياء الي تقلقك في العيادة ؟

العميل : قبل منجي للعيادة كنت في السبيطار مكانتش فيه النظافة وميعاملوناش مليح هذوا كامل زادوا في حالتي نفسيا وجسديا وكي جيت للعيادة لقيت النظافة مي كاين حاجة بين الفراملة على أمور تافهة مايتفاهموش مثلا كي يجيوا يقيسوا لطانسيوا

الباحث : تتقلق كي تلقى دورك مزال ملحقش ؟

العميل : أنا بطبعي هادئ كاين وحد المرة هدر معايا فرملي في التليفون وقالي دالتك راها لحقت كي وصلت المشينة حبست بصح ماتقلقتش روحت ومن بعد وليت جيت دياليزيت

3- محور الاكتئاب :

الباحث : اوصفلي حالتك كي قالك الطبيب أنوا كلاويك مايخدموش ولازم انك تدياليزي ؟

العميل : ماتقبلتش ما كنتش نعرف واش هي المشينة ولا كيفاش نديالیزي بيها ، مجتمع نتاعنا قاس بزاف تلقيت منوا ضربات مع لول ماكنتش نخرج مثلا السوق ما نروحش للقهوة ثاني ، لكن مع الوقت تقبلت مرضي وليت نخرج ورضيت بالواقع في لمرة لولى درت غسيل مدة ساعتين وكي عدت للدار طحت دوخت ومن بعد والفت

الباحث : راك تحس في روحك متهني ؟

العميل : راني متهني الحمد لله مؤمن بالله

الباحث : واجهاتك تغيرات في الأكل والنوم ؟

العميل : في لول تبدلت ومن بعد ولات نورمال

الباحث : تحس روحك انك حاب تبكي ؟

العميل : لالا منبكيش بزاف لكن في العامين لولين بكين صح

الباحث : كيفاش راك تشوف في لحياة يعني راك متفائل ولا متشائم؟

العميل: متفائل أما إني نكون متشائم مرات نكون نص نص

الباحث : تمنيت في لحظة انك تموت وما تدياليزيش؟

العميل: لا لا لا إيماني قوي بالله

الباحث : كيفاش راك تشوف في لحياة بعد الإصابة؟

العميل : كي نكون هاني وماكانش على ضغط الحمد لله

4- محور المخاوف:

الباحث : واش هي الحوايج إلي تخوفك؟

العميل : ماكان حتى حاجة تخوفني ،نخاف من ربي بارك

الباحث : أكيد كاين حاجة تخاف منها ،ميش بالضرورة تكون حاجة مادية

العميل :كيما الصدفة ولا الخبر الي يجيني على قيلة صح يخوفني

الباحث : كاين شئ يسببلك الخوف في العيادة ؟

العميل : لا ماكانش

الباحث : تخاف أنوا مايتقبلكش الآخرين ولا الممرضين ؟

العميل : لا لا لا أنا ألي منخليش روحي أنوا يتقبلوني ولا لا لا

الباحث: عندك مخاوف خاصة بالمرض يعني (مضاعفات)

العميل: نعم، أكيد نخاف من أني نمرض بالتهاب الكبد الفيروسي

5- محور معاش المرضية :

الباحث : كيفاش كان شعورك كي قالك الطبيب بانو راح تخضع للغسيل ؟

العميل : صدمة وخيبة أمل ميش من السهل انك تتقبل المشينة من 2000 وانا نديالیزي في هذاك الوقت ماكنتش نعرف واش هي المشينة

الباحث : شكون الي كان معاك ؟

العميل : كان معاي خالي

الباحث : كيفاش كانت ردة فعل لعائلة ؟

العميل : تصدموا وزيد أنا لكبير في خوتي لعجوز بكات عليا قلتلي هي والشيخ وخويا انو يتبرعولي بصح انا ماقبلتش وكي كثروا يحاولوا قبلت روحنا درنا تحاليل ولا واحد طابقت أنسجة تناعوا مع الأنسجة نتاعي هذا ابتلاء من عند ربي وانا راضي بيه

الباحث : كيفاش تحس روحك مع المشينة :

العميل: والفتها

الباحث: واش تمثلك المشينة ؟

العميل: هي حياتي

الباحث : قللت من الخدمة الي والفت انك تقوم بيها ؟

العميل : في لول كنت نخدم في البلاط وكي مرضت حبست الخدمة مدة عام ومن بعد درت محل لبيع لوازم الفلاحة والحمد لله

الباحث : يعطيك الصحة وشكرا على التعاون نتاعك معانا

- **تحليل المقابلة:**

من خلال المقابلة أجريت لاحظنا أن الحالة أبدت تعاونا كبير معنا حيث قال _اسألي واش حبيتي وأنا نجاوبك ومحاولة منه للتفريغ مثل ما قال"حاب نخرج واش كاين في نفسي حاب نفرغ " محاولة منه تفريغ الشحنات المكبوتة الموجودة بداخله (التنفيس الانفعالي) ، إذ تعتبر الشحنات المكبوتة أي (الكبت) العملية التي تمارس على مستوى اللاشعور ، حيث لا يدركها الحالة ولا يعيها ولا يشعر بها ، فانه ينكر دوافعه ورغباته والذكريات التي تثير عنده مشاعر الألم.

لاحظنا أيضا انه عند التحدث ينظر إلى الباحثة بشئ من التركيز والانتباه لما ستقوله ، كما لاحظنا عليه هدوء في إجاباته وعدم انفعاله .

كما أن الحالة شديد القلق في بداية الإصابة ومن الممرضين بسبب التهاون في إعطاء الدواء، ومن قلة النظافة والأكل.

أما في محور الاكتئاب فان الحالة لاتحب الجلوس لوحدها تحب الاختلاط بالناس فهو إنسان اجتماعي بطبعه أي قبل الإصابة ، أما عن إصابته فيقول انه راضي بما كتبه له الله " أنا إيماني قوي بالله وهذا ابتلاء من عندوا كيما ابتليت أنا قادر أي واحد يكون في بلاصتي مثلا واحد من

هذوا الفراملا" في البداية لم يتقبل مرضه حيث قلل الخروج والجلوس مع الناس، أما نظرته للحياة ينظر إليها بنظرة سوداوية

أما في محور المخاوف فهو يخاف من الأخبار المفاجئة والغير متوقعة كما أكد خوفه من إصابته بأمراض اخرى كالتهاب الكبد الفيروسي .

أما في ما يخص مرضه ففي البداية لم يتقبله كما قال في محور معاش المرض "ماشي من السهل انك تتقبل المشينة "، كما يعتبر الآلة الخط الفاصل بين الحياة والموت، حسب قوله "المشينة هي حياتي ، كون ماندير هاش نموت " ، كما انه يحب العمل ويحب أن يتقنه على أكمل وجه مثلما يحب الآخرين أن يتقنوا عملهم .

كما انه يرفض أن يقعده المرض على الفراش وان يكون فاشل أي بدون عمل ليملئ وقت فراغه بالعمل ، ويرفض أن ينظر إليه على انه مريض وعاجز، حيث يحاول قدر المستطاع أن يثبت بأنه قادر على العمل كباقي الأشخاص العاديين حيث قال "كي كنت نخدم مع ولآد أعمامي مايخليونيش نخدم بزاف بصح أنا نضاعف مجهودي ونحاول إني نخدم مليح وخير منهم ".

- **الحالة الثانية**

1- البيانات الشخصية :

الجنس: أنثى

الاسم : د،خ

السن: 44

المستوى التعليمي: التاسعة من التعليم المتوسط

الحالة الاجتماعية: متزوجة وأم لأربعة أطفال

الحالة الاقتصادية: متوسطة

المهنة: ماكثة بالبيت

تاريخ الإصابة:2008

تطور الحالة : كان العلاج على أساس الم في القدمين و البواسير

المقابلة:

1- محور القلق:

الباحث: تعتبري نفسك أكثر قلقا من الآخرين ؟

العميل : نتقلق من ابسط حاجة ومن الناس كي نتقلق منهم نقعد مع روحي نحس إني ظلمتهم ونولي نطلب منهم السماح

الباحث : حسيتي روحك انك وليتي تتقلقي بعد المرض ؟

العميل: إيه وليت نتقلقل بزاف

الباحث : تتقلقي من مساعدة الآخرين ؟

العميل : لا منتقلقش إذا كانوا معاي ملاح

الباحث : واش هي الأشياء إلي تقلقك في السبيطار ؟

العميل : مكانش

الباحث : تتقلقي كي تلقاي دورك مزال ملحقش ؟

العميل : مانتقلقش عادي

2- محور الاكتئاب :

الباحث : اوصفيلي حالتك كي قالك الطبيب أنوا كلاويك مايخدموش ولازم تديالیزي؟

العميل : ماصدقتوش جاتني صدمة كبيرة وليت بدلت الطبيب باه يقلي غير الكلام إلي قالولي الطبيب لآخر كي يقلي ماتستاهليش ماشينه نكمل معاه وإذا قالي لازم تديالیزي نروح نشوف طبيب أخر

الباحث : كيفاه راكي تحسي في روحك يعني راكي مليحة ؟

العميل : شوي نهارات نكون مليحة ونهارات نكون تعبانة

الباحث :واجهاتك تغيرات في الأكل

العميل : في لول كنت مانكلش مليح ومنرقدش ثاني مليح بصح ضرك ناكل ونرقد كيما بكري بصح نحس بالوجع بارك

الباحث : كيفاه راكي تشوفي في لحياة؟

العميل : مع هذا المرض كي تعود عندي مشاكل نكون مانيش مليحة ونشوف في الدنيا ظلمة

الباحث : تحسي روحك انك حابة تبكي ؟

العميل: مرات نقعد وحدي ونبكي حتى يجفوا دموعي

الباحث : تمنيت في لحظة انك تموتي وماتدياليزيش ؟

العميل : ماتقبلتش قلت نموت وماندیرش المشينة

الباحث : الوزن نتاعك نقص ولا مازال كيما لول ؟

العميل: في لول صح نقص أما ضرك رجع كيما كان

الباحث: تحبي تقعدي وحدك ولا مع الناس ؟

العميل: لالالا مانحبش نقعد وحدي كي نقعد وحدي نبدا نوسوس

3- محور المخاوف المرضية :

الباحث : واش هي لحوايج إلي تخوفك ؟

العميل : مكانش ، نخاف على ولادي بارك

الباحث: عندك خوف تحسي أنوا مهوش طبيعي؟

العميل : ماعنديش

الباحث : ممكن شئ يسببلك الخوف في السبيطار مثلا الأطباء ولا الممرضين ؟

العميل : مانخافش مرة مات واحد يدياليزي معايا مات تحت المشينة كلا حبة بنان حاولوا الطب معاه بصح وصلت ساعتوا ، خفت أني نموت كيما هو .

الباحث : عندك خوف من حاجة خارج السبيطار ؟

العميل : مكانش

الباحث : تخافي أنوا مثلا مايتقبلكش الآخرين ؟

العميل : عادي منخافش الله يسهل عليهم سوى تقبلوا ولا لالالا

الباحث: عندك مخاوف خاصة بالمرض ؟

العميل : نخاف أنا مريضة ويزيد جيني مرض أخر

4- محور معاش المرض:

الباحث : كيفاش كان شعورك كي قالك الطبيب بانوا راح تخضع للغسيل؟

العميل : عدت كالمهبولة نجري من طبيب لطبيب ،صدمة ماقدرتش نصدق ونتقبل

الباحث : شكون كان معاك ؟

العميل: كنت وحدي

الباحث: واش درتي ؟

العميل : خرجت بلا مانفكر ورحت للطبيب في عيادة صفا فهمني واش ندير واش هو الديالیز ومن بعد روحت للدار

الباحث : كفاش تحسي روحك مع المشينة ؟

العميل: والفتها

الباحث: واش تمثلك ؟

العميل: هي حياتي

الباحث: قللت من الأعمال التي اعتدت القيام بها ؟

العميل : مازلت نخدم كيما قبل ما نمرض عندك لحوايج الثقال مانخدمهمش

الباحث : يعطيك الصحة على التعاون نتاعك وربي يحفظك

- **تحليل المقابلة: 2**

من خلال المقابلة كانت الحالة متعاونة ومتفهمة لما نقوم به ، عند البدا بالكلام من طرفنا كانت تصغي لنا بدرجة كبيرة كل ما نقوله لها محاولة منها الإجابة والتفريغ في نفس الوقت كأنها تنتظر من يسمعها لتروي له معاناتها ، كما لاحظنا على وجهها ملامح الحزن والتوتر والخوف مما يدل على (رد فعل عكسي) من فقدانها لنشاطها ، فحسبها تمر بي فترات من التوتر لا تستطيع الجلوس طويلا والعجز عن النوم، وأصبحت أكثر قلقا بعد الإصابة وهذا ما نجده في جوابها "وليت نتقلق بعد المرض بزاف" .

أما في أسئلة محور الاكتئاب لم تتقبل مرضها إطلاقا كما قالت "تمنيت نموت وما نديرش الديالیز"

كما أن الحالة اجتماعية ولا تحب الجلوس لوحدها حيث توجد لها علاقات كثير وهذا مايدل على الهروب من التقوقع على مرضها كما قالت " كي نقعد وحدي نبدى نوسوس.

كما لاحظنا في محور المخاوف أنها أبدت تخوف كبير من الموت وهي خاضعة للغسل هذا ناتج عن تجربة عاشتها موت احد المرضي أمامها كما قالت " نموت في داري وقدام ولادي

ومانموتش غريبة "، كما أكدت تخوفها من أن تصيبها أمراض أخرى حيث قالت بصوت كله مرارة " أنا في مرضي هذا وزيد يجيني مرض أخر ".

بدت الحالة غير متقبلة نهائيا لمرضها ولفكرة الغسيل هذا ما قالته في جوابها في محور معاش المرض حيث قالت " وليت كالمهبولة نجري من طبيب لطبيب"، كما تعتبر الآلة في قولها " المشينة هي حياتي"أما في ما يتعلق بالأعمال التي كانت تقوم بها قبل المرض فمازالت تقوم بها كما في السابق إلا الأعمال الثقيلة فقط .

2- عرض النتائج الدراسة تبعا للفرضيات :

بعد فرض الفروض و القيام بالدراسة الأساسية، و جمع البيانات و تفريغها نقوم الآن بتحليل النتائج عرض نتائج الفرضيات الجزئية

2-1- الفرضية الجزئية الأولى :

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلق لدى الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للغسيل الكلى

للتأكد من دلالة هذه الفرضية قمنا بدراسة التجانس بين العينتين بالقانون التالي : $F = \frac{S_K^2}{S_D^2}$

فكانت القيمة المجدولة لـ F_T اكبر من القيم المحسوبة لـ F_C و بالتالي لا يوجد تباين ، إذن هناك تجانس بين العينتين و هذا يسمح بتطبيق معادلة ت للفروق في حالة العينتين المجانستين و

باستعمال القانون التالي : $T = \frac{\overline{X_1 - X_2}}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$. حيث درجة الحرية DF=59

ونتائج التحليل الإحصائي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (3) : يمثل الفروق بين العاديين و المرضى في القلق .

	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العاديين	412	29.6	97.51	0.88	0.05
المرضى	356	17.8	102.48		

بما أن القيمة المجدولة T_T(1.97) اكبر من المحسوبة T_C فهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاديين و المرضى بالقصور الكلوي في أعراض القلق عند مستوى دلالة 0.05 .

2-2- الفرضية الجزئية الثانية :

هنا هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الاكتئاب لدى الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي

للتأكد من دلالة هذه الفرضية قمنا بدراسة التجانس بين العينتين بالقانون التالي : $F = \frac{S_k^2}{S_p^2}$

فكانت القيمة المجدولة لـ F_T اكبر من القيم المحسوبة لـ F_C بالتالي لا يوجد تباين ، إذن هناك تجانس بين العينتين و هذا يسمح بتطبيق معادلة T للفروق في حالة العينتين المجانستين و

باستعمال القانون التالي : $T = \frac{\overline{X_1 - X_2}}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$. حيث درجة الحرية DF=149

ونتائج التحليل الإحصائي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (4) : يمثل الفروق بين العاديين و المرضى في الاكتئاب

	المجموع	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العاديين	290	14.5	85.21	1.36	0.05
المرضى	219	10.95	50.99		

بما أن القيمة المجدولة T_T(1.97) اكبر من المحسوبة T_C(1.36) ، فهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاديين و المرضى بالقصور الكلوي في أعراض الاكتئاب عند مستوى دلالة 0.05 .

3-2- الفرضية الثالثة :

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض المخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للغسيل الكلى

فمنا بتعديل المقياس مسح المخاوف المرضية ل ولبه و لانج الذي كان يتكون من 108حيث عدل إلى 37 بند وذلك لكي يتوافق مع بيئة عينة الدراسة و قمنا بحساب الخصائص السيكومترية هذا المقياس:

حساب الخصائص السيكومرية للمقياس

Reliability Statistics

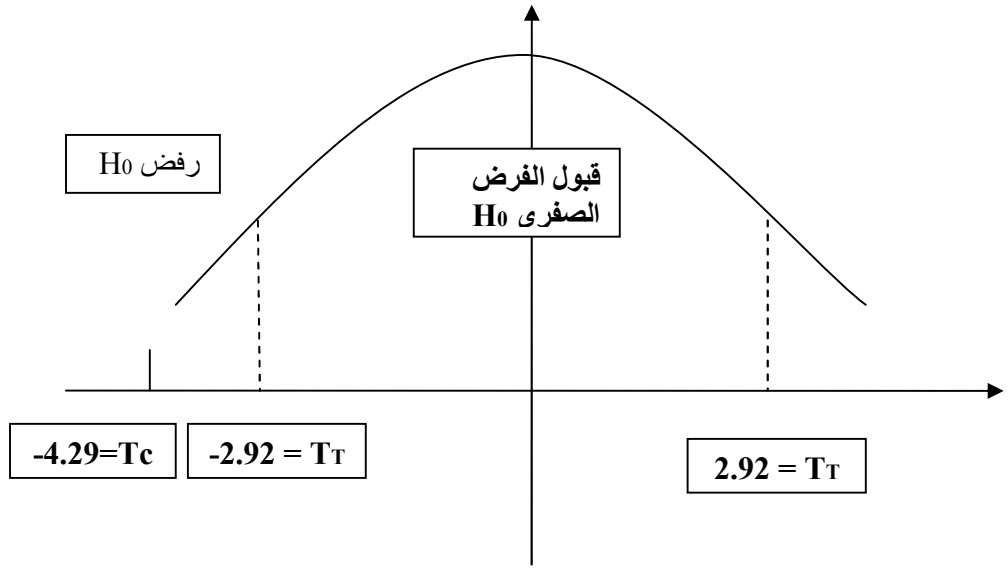
Cronbach's Alpha	N of Items
.780	37

الصدق المقارنة الطرفية

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	99% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	VAR00002 - VAR00001	-27.33333-	11.01514	6.35959	-90.45131-	35.78465	-4.298-	2	.050

في الدراسة الاستطلاعية نستنتج انه لا توجد فروق بين العينتين للأفراد العاديين و المصابين في القصور الكلوي في درجات المخاوف المرضية



للتأكد من دلالة هذه الفرضية قمنا بدراسة التجانس بين العينتين بالقانون المقدم سابقا لـ F فكانت القيمة المجدولة لـ F_T اكبر من القيم المحسوبة لـ F_C و بالتالي لا يوجد تباين ، إذن هناك تجانس بين العينتين و هذا يسمح بتطبيق معادلة ت للفروق في حالة العينتين المجانستين و باستعمال القانون: T . حيت درجة الحرية =59

ونتائج التحليل الإحصائي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (6) : يمثل الفروق بين العاديين و المرضى في المخاوف المرضية

	المجموع	متوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العاديين	970	48.5	598.05	0.09	0.05
	955	47.75	633.35		

بما أن القيمة المجدولة T_T (4.30) اكبر من المحسوبة T_C(0.09) فهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاديين و المرضى بالقصور الكلوي في أعراض المخاوف المرضية عند مستوى دلالة 0.05 .

4-2- الفرضية العامة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إعراض القلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين و المصابين ب القصور الكلوي

نستنتج من الفرضيات الأولى و الثانية و الثالثة انه لا توجد فروق بين أعراض القلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية بين الراشدين العاديين و المصابين ب القصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى

الاستنتاج العام:

من خلال المقابلات التي أجريناها على عينة من المرضى بالقصور الكلوي، التي قوامها 20 فرد بين ذكور وإناث بالتساوي على ارض الميدان استنتجنا أن هناك سمات مشتركة بين الحالات، لان أعراض الفشل الكلوي لها عدة أعراض نفسية كالإحباط، الفشل، والشعور بالنقص والدونية.

ومنه فان 18 فرد من مجموع العينة يتصورن على أن آلة تصفية الدم تمثل حياتهم إلا حالتين واحدة اعتبرها صديقته أما الحالة الثانية فاعتبرها كارثة حلت عليه.

1 - القلق:

استنتجنا أن كل أفراد العينة اظهروا أعراض قلق واضحة بعد الإصابة بمرض القصور الكلوي في العامين الأولين ، وعليه فان التشخيص العام للعينة محل الدراسة أي بعد مرور العامين الأولين، هو إصابتها باضطراب القلق الذي تراوح بين انعدامه لدى البعض و درجته المرتفعة لدى البعض الآخر والتي تراوحت درجة القلق ما بين متوسط (0و 38) وهي حالات قلق متوسطة وشديدة جدا ، حسب سلم تقييم مقياس تايلور للقلق الصريح ،في حين تراوحت درجة القلق عند عينة غير المرضى في نفس المقياس متوسط ما بين (4 و38).

2 - الاكتئاب :

استنتجنا أن كل أفراد العينة اظهروا أعراض الاكتئاب واضحة بعد الإصابة بمرض القصور الكلوي في العامين الأولين،والتشخيص العام كان بعد العامين الأولين ،هو إصابتها أفراد مجموعة البحث باضطراب الاكتئاب والتي كانت درجاته متقاربة عند معظم الحالات والتي تراوحت ما بين متوسط (1 و28) بين عدم وجود اكتئاب واكتئاب شديد ، حسب سلم مقياس بيك للاكتئاب في حين تراوحت درجة الاكتئاب ما بين متوسط (3 و28)عند الغير مرضى في نفس المقياس.

3- المخاوف المرضية:

استنتجنا أن كل أفراد العينة اظهروا أعراض الاكتئاب واضحة بعد الإصابة بمرض القصور الكلوي في العامين الأولين،والتشخيص العام كان بعد العامين الأولين ،هو إصابتها بالمخاوف المرضية والتي كانت درجاته مابين متوسط (5 و 97)، حسب قائمة ولبه لمسح المخاوف المرضية أما الغير مرضى في نفس المقياس فتراوحت مابين متوسط(5 و95)

وبناء على النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح ومقياس الاكتئاب لبيك وقائمة ولبه لمسح المخاوف ،التي جاءت مدعمة لتلك التي توصلنا إليها من خلال المقابلة نستنتج :

أن درجة مرضى القصور الكلوي الخاضعين للغسيل يعانون من اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب والمخاوف المرضية تساوي درجة الغير المصابين بالقصور الكلوي وهذا يتضح جليا من خلال عدم وجود فروق بين متوسطهما، وعليه فان الفرضية العامة التي مفادها :

ـ توجد فروق بين الأشخاص العاديين والمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسل الكلى في درجات (أعراض) القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية .

والفرضيات الجزئية لم تتحقق ، وذلك راجع إلى اختيار عينة من غير المرضى تتكون من طلبة الجامعة التي كان عليها ضغوطات كبيرة حيث طبقنا الاستبيان عليهم في وقت الامتحانات دون علمنا ،وعينة الممرضين الذين يعانون من احتراق نفسي .

الجدول رقم (5) : تفريغ نتائج الدراسة الاستطلاعية

115	4	2	1	0	4	4	2	3	3	2	4	3	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	0	4	4	2	2	4	4	0
135	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4
130	1	4	4	3	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	2
128	4	1	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	4	4	4	0	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
129	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	3	4	3	2	4	4	4	3	4	4	3	2	4	2	4	4	4	4	3	4
125	2	0	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	2	3	4	2	3	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	3	4	4
138	4	4	4	4	4	3	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4
137	2	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
118	1	0	4	4	4	4	0	3	1	3	4	3	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	2	4	1
95	4	4	4	3	3	3	4	3	2	0	0	2	4	1	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	0	0	0	1	2	2	3	2	2	2	3	4

الخاتمة:

يهدف البحث الحالي للكشف عن فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الأفراد المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى وذلك بإجراء مقارنة بين مجموعتي البحث (مجموعة المرضى و مجموعة غير المرضى)

ومن خلال دراستنا هذه حاولنا أن نكشف عن مدى تأثير الجانب النفسي إذا أصيب الجانب العضوي، فمن خلال فرضيتنا : توجد فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى

وعليه فان الاضطرابات النفسية ليست نتيجة شدائد خارجية بل قد تكون نتيجة تبدل جسدي داخلي لأمراض عضوية .

إن صحة الإنسان النفسية لاتقل أهمية عن صحته العضوية ،إذ أن كلاهما أمر هام وحيوي وجدير بتوفير الرعاية والاهتمام بما يضمن سلامة الإنسان .

التوصيات:

- لابد من رعاية مرضى الفشل الكلوي و تقديم البسمة و الأمل لهم .

- لا بد أن تشمل خطة العلاج منذ أول يوم خطة علاج نفسية اجتماعية و إرشاد أسرى لأهل الحالة.

- لابد أن تكون غرف الغسيل الكلوي و غرف تعاطي الكيماوي ذات طابع مبهج و تكون طبيعة العاملين مرحة مما يشع جو من البهجة على الحالة.

- لابد من خلق الوعي والإعلام بالفشل الكلوي حول طبيعة المرض ومسبباته وأعراضه .

- لا بد من نشر وعى بضرورة تحليل وظائف الكلى كل سنة على الأقل لمعرفة اى بوادر اصابه في الكلى .

- يجب على كل اخصائى نفساني واجتماعي دراسة طبيعة المرض الذي تعانى منه الحالة جيدا لفهم ما تعنيه من مشاعر سلبية و كيفية التعامل معها

- دراسة عوامل الخطر أو السلوكات الصحية لدى عينة الدراسة مرضى القصور الكلوي أين وجدنا في الدراسة الميدانية بعض المرضى الرافضين التقيد بمعلومات الأطباء من إتباع حمية غذائية .....الخ.

- الاهتمام بالجانب النفسي للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة بشكل عام ، ومرضى الفشل الكلوي بشكل خاص ، وذلك لخصوصيته التي تفرض بقائهم لساعات طويلة مراكز تصفية الدم من خلال إعداد برامج تثقيفية وترفيهية تخفف عنهم ثقل الوقت ومعاناة المرض الذين يشعرون بهما.

الملـــــــــخص :

عنوان الدراسة :

فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى.

هدف الدراسة :

يندرج موضوع هذا البحث ضمن البحوث التي تدخل تحت إطار البحوث التربوية ، وكان الهدف من الدراسة هو الكشف عن فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى.

وانطلاقا من هذا تمثلت مشكلة الدراسة في :

التساؤلات الفرعية:

هل هناك فروق في أعراض القلق بين الأشخاص العاديين والمصابين بالقصور الكلوي(الخاضعين لغسيل الكلى) ؟

ـ هل هناك فروق في أعراض الاكتئاب بين الأشخاص العاديين والمصابين بالقصور الكلوي (الخاضعين لغسيل الكلى)؟

ـ هل هناك فروق في أعراض المخاوف المرضية بين الأشخاص العاديين والمصابين بالقصور الكلوي (الخاضعين لغسيل الكلى)؟

ـ وبعد دراسة كل أبعاد الموضوع تمكنا من الوصول إلى صياغة الفرضيات التالية:

ـ هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلق بين الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى .

_ هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الاكتئاب بين الراشدين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى.

ـ هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض المخاوف المرضية بين الراشدين العاديين و المصابين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي .

عينة الدراسة: تمثلت في 40 بين الأفراد العاديين والمرضى بالقصور الكلوي.

أدوات البحث : تمثلت في مقياس تايلور للقلق ومقياس بيك للاكتئاب وقائمة ولبه ولانج لمسح المخاوف والمقابلة نصف موجهة .

الاستنتاج: من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج البحث:

_ لاتوجد فروق أعراض القلق ذات دلالة إحصائية بين العاديين والمرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى.

_ لاتوجد فروق أعراض الاكتئاب ذات دلالة إحصائية بين العاديين والمرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى.

_ لاتوجد فروق أعراض المخاوف المرضية ذات دلالة إحصائية بين العاديين والمرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى.

_ لاتوجد فروق أعراض القلق الاكتئاب المخاوف المرضية ذات دلالة إحصائية بين العاديين والمرضى المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى.

Title of the study:

Differences in symptoms of anxiety, depression and phobias in adults and ordinary people with renal failure under dialysis.

Objective of the study:

The topic of this research within the research that fall under the framework of educational research, and the objective of the study is to detect differences in symptoms of anxiety, depression and phobias in adults and ordinary people with renal failure under dialysis.

Out of this was a problem in the study:

Sub-questions:

Are there differences in symptoms of anxiety among ordinary people and those with renal failure (subject to dialysis)?

Are there differences in symptoms of depression among ordinary people and those with renal failure (subject to dialysis)?

Are there differences in the symptoms of phobias among ordinary people and those with renal failure (subject to dialysis)?

After studying all the dimensions of the subject we were able to access to the formulation of the following hypotheses:

There are significant differences in symptoms of anxiety among ordinary adults and people with renal failure under dialysis.

_ There are significant differences in symptoms of depression among adults and ordinary people with renal failure under dialysis.

There are significant differences in the symptoms of phobias among adults and ordinary people with ordinary and with renal failure under dialysis.

Approach to the study: the descriptive approach.

The study sample: in 40 was between private individuals and renal failure patients.

Search Tools: Taylor was the measure of concern and the Beck Depression Scale and a list of its core and Wang and fears and to clear the interview is directed.

Conclusion: Through what has been reached from the search results:

_ There are no differences in symptoms of anxiety are statistically significant between normal and patients with renal failure under dialysis.

_ There are no differences in symptoms of depression are statistically significant between normal and patients with renal failure under dialysis.

_ There are no differences in the symptoms of phobias are statistically significant between normal and patients with renal failure under dialysis.

_ There are no differences in symptoms of anxiety depression, phobias statistically significant between normal and patients with renal failure under dialysis.

français

Résumé:

Titer de l'étude:

Les differences dans les symptômes de l'anxiété, la dépression et les phobies chez les adultes et les gens ordinaires ayant une insuffisance rénale en dialyse.

Objectif de l'étude:

Le thème de cette recherche au sein de la recherche qui tombent dans le cadre de la recherche en éducation, et l'objectif de l'étude est de détecter les différences dans les symptômes de l'anxiété, la dépression et les phobies chez les adultes et les gens ordinaires ayant une insuffisance rénale sous dialyse.

Sur ce n'était un problème dans l'étude:

Sous-questions:

Y at-il des différences dans les symptômes de l'anxiété chez les gens ordinaires et ceux présentant une insuffisance rénale (sous réserve de la dialyse)?

Y at-il des différences dans les symptômes de dépression chez les gens ordinaires et ceux présentant une insuffisance rénale (sous réserve de la dialyse)?

Y at-il des différences dans les symptômes de phobies chez les gens ordinaires et ceux présentant une insuffisance rénale (sous réserve de la dialyse)?

Après avoir étudié toutes les dimensions de l'objet que nous étions en mesure d'accéder à la formulation des hypothèses suivantes:

Il existe des différences significatives dans les symptômes de l'anxiété chez les adultes ordinaires et les personnes souffrant d'insuffisance rénale sous dialyse.

_ Il ya des différences significatives dans les symptômes de la dépression chez les adultes et les gens ordinaires ayant une insuffisance rénale en dialyse.

Il existe des différences significatives dans les symptômes de phobies chez les adultes et les gens ordinaires avec ordinaire et à une insuffisance rénale en dialyse.

Approche de l'étude: l'approche descriptive.

L'échantillon d'étude: dans 40 était entre les particuliers et les patients atteints d'insuffisance rénale.

Outils de recherche: Taylor était la mesure de la préoccupation et l'échelle de dépression de Beck et une liste de son noyau et Wang, ses peurs et à effacer l'entrevue est dirigée.

Conclusion: A travers ce qui a été atteint à partir des résultats de la recherche:

_ Il n'y a pas de différences dans les symptômes d'anxiété sont statistiquement significatives entre le normal et les patients atteints d'insuffisance rénale en dialyse.

_ Il n'y a pas de différences dans les symptômes de la dépression sont statistiquement significatives entre le normal et les patients atteints d'insuffisance rénale en dialyse.

_ Il n'y a pas de différences dans les symptômes de phobies sont statistiquement significatives entre le normal et les patients atteints d'insuffisance rénale en dialyse.

_ Il n'y a pas de différences dans les symptômes de la dépression anxiété, les phobies statistiquement significative entre le normal et les patients atteints d'insuffisance rénale en dialyse.

فهرس المحتوى

إهداء

شكر و تقدير

قائمة المحتويات

قائمة الجداول .....

قائمة الاشكال .....

ملخص البحث .....

مقدمة البحث .....

الفصل التمهيدي : التعرف بالبحث

1- إشكالية البحث و تساؤلاته 3

2- اسباب اختيار الدراسة 5

3- أهمية الدراسة.....6

4- أهداف الدراسة..... 6

5- تحديد المفاهيم الأساسية..... 7

6- الدراسات السابقة 7

7- فرضيات البحث 13

الباب الأول : الدراسة النظرية

الفصل الأول: القلق

تمهيد.....15

1- مفهوم القلق 16

2- النظريات المفسرة للقلق.....17

3- أنواع القلق.....23

4- أعراض القلق.....26

5- أسباب القلق.....27

6- مستويات القلق.....28

7- ابعاد القلق 29

خلاصة جزئية 30

الفصل الثاني : الاكتئاب

تمهيد 32

1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب 33

2- مفهوم الاكتئاب 34

3- النظريات المفسرة للاكتئاب 36

4- أنواع الاكتئاب 42

5- أعراض الاكتئاب 44

6- أسباب الاكتئاب 46

7- الاكتئاب والقصور الكلوي.....49

خلاصة جزئية 51

الفصل الثالث : المخاوف المرضية

تمهيد 53

1- تعريف المخاوف المرضية 54
2- التطور التاريخي لمصطلح المخاوف المرضية 55
3- الفرق بين الخوف و الخواف 57
4- الفرق بين الخواف و القلق 58
5- أنواع المخاوف المرضية 60
6- كيفية نشوء هذه الأنواع من المخاوف المرضية 62
7- أعراض المخاوف المرضية 63
8- بعض النظريات المفسرة للمخاوف المرضية 64

خلاصة جزئية 67

الفصل الرابع : القصور الكلوي

تمهيد.....69
1- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية 70
2- القصور الكلوي 71
2-1- لمحة تاريخية عن القصور الكلوي 71
2-2-تعريف الكلية و تشريحها 71
2-3- الوظائف الرئيسية للكلية 72
3- تعريف القصور الكلوي 73
4- أسباب القصور الكلوي 76
5- أعراض القصور الكلوي 79
6- أنواع القصور الكلوي 80
7- المشكلات المترتبة عن الإصابة بالقصور الكلوي 81
8- خلاصة جزئية 85

الباب الثاني : الدراسة التطبيقية

الفصل الخامس : منهجية البحث و الإجراءات الميدانية

1- تمهيد 88

2- الدراسة الاستطلاعية 88

3- الدراسة الأساسية 89

4- المنهج المتبع 90

5- وصف مجموعة البحث و كفيه اختارها 90

6- حدود البحث 92

4-1- المجال الزماني 92

4-2- المجال المكاني 92

7- وصف أداة القياس 94

6-1- المقابلة 94

6-2- مقياس تايلور للقلق 94

6-3- مقياس بيك للاكتئاب 95

6-4- مقياس مسح المخاوف ل ولبه و لانج 97

8- الأساليب الإحصائية المستعملة 98

9- الخلاصة الجزئية 100

الفصل السادس : عرض و تحليل النتائج

1- عرض نتائج الدراسة 101

1-1- عرض و تحليل المقابلات.....101

- تقديم نتائج المقابلة للحالة الأولى 101

- تحليل نتائج المقابلة للحالة الأولى 104

- تقديم نتائج المقابلة للحالة الثانية 105

- تحليل نتائج المقابلة للحالة الثانية 108

2- عرض و تحليل نتائج الفرضيات 109

3-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى 109

3-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية 110

3-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة 114

3-4- عرض نتائج الفرضية العامة 115

4- الاستنتاج العام 116

5- التوصيات 118

خاتمة.

المصادر و المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1	ابرز المخاوف المرضية و الأكثر شيوعا في قاموس الطب	66
2	الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي المزمن	78
3	فروق أعراض القلق بين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي	109
4	فروق أعراض الاكتئاب بين العاديين و المصابين بالقصور الكلوي	110
5	تفريغ بيانات الدراسة الاستطلاعية	112
	فروق أعراض المخاوف المرضية بين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي	114

قائمة المصادر و المراجع :

1- ا.د. محمد صادق صبور : امراض الكلى (اسبابها و طرق الوقاية منها وعلاجها) ، المكتبة الطبية دار الشروق ، بيروت ، ط 1 ، 1415هـ - 2010 م .

2- أسماء عبد الله العطية : اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ، ط1 ، مؤسسة حورس الدولية (الإسكندرية) ، 2008 م .

3- احمد محمد عبد الخالق : اصول الصحة النفسية ، دار المعرفة (الاسكندرية) ، ط2 ، 2008 م .

4- القس صموئيل : كتب سيكولوجية القلق حالة وجدانية تبنى أو تهدم ، ط1، دار الثقافة (الإسكندرية) ، دون سنة .

5- بدرة معتصم ميموني : الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق ، ديوان المطبوعات الجامعية ، ط3 ، 2011 م.

6- جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي : الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكري) ، ط1، العلم و الإيمان (الإسكندرية)،2008 م .

7- حسين فايد : كيف نتغلب على الاكتئاب ، ط1 ، مؤسسة طيبة (مصر) ،2008م .

8- رشاد علي عبد العزيز موسى : علم النفس المرضي ، بدون طبعة ، مؤسسة المختار (القاهرة)، 1993 م .

9- رمضان محمد القذافي : الصحة النفسية والتوافق ، ط 1، المكتب الجامعي الحديث (الإسكندرية)، 1998م .

10- د. لطفي الرشيني : الاكتئاب (المرض و العلاج) ، بدون طبعة، منشاة المعارف (الإسكندرية)،2001م .

11- د. علا عبد الباقي إبراهيم : الاكتئاب (أنواعه، أعراضه ، أسبابه وطرق علاجه و الوقاية منه) ، ط1 ،عالم الكتب (القاهرة) ، 2009م .

12- د.عبد الستار إبراهيم :الاكتئاب اضطرابات العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه ، بدون طبعة، عالم المعرفة(الكويت) ،1990 م .

13- د. عبد الكريم السويداء : المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي ، وهج الحياة للنشر ، المملكة العربية السعودية (الرياض) ، ط 1 ، 2010-1431هـ .

14- شيفر ولمان ، ترجمة سعيد حسن الغرة : سيكولوجية الطفولة و المراهقة ، ط1، دار الثقافة ، 2006 م .

15- عادل احمد عز الدين : سيكولوجية الشخصية ، ط1،مكتبة الانجلو مصرية (القاهرة) ، 1998 م .

16- عبد الرحمن العيساوي : الصحة النفسية في المنظور القانوني ، منشور الحلبي الحقوقية (بيروت – لبنان) ، ط1 ، 2004 م .

17- عادل شكري محمد كريم : الخاوف المرضية (قياسها و تصنيفها و علاجها) ، دار المعرفة الجامعية (الإسكندرية) ، بدون طبعة ، 2005 .

18- عبد الرحمان العسيوي : الأمراض النفسية و العقلية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ،مصر ، 1998م .

19- عبد المطلب أمين القريطي : الطب النفسي و علم النفس المرضي ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان ، 1991 م .

20- عبد المطلب امين القريطي : في الصحة النفسية ، ط1، مصر، 1998م .

21- عبد اللطيف حسن خرج : الاضطرابات النفسية ، ط2 ، دار حامد ، الأردن ، 2009 م .

22- عبد الحميد محمد الشاذلي : الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية ، ط1، دار الفكر العربي ، القاهرة ،2001 م .

23- عادل احمد عز الدين : سيكولوجية الشخصية ، ط1 ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، 1998 م .

24- فاروق السيد عثمان : القلق و إدارة الضغوط النفسية ، ط 1، دار الفكر العربي ، 2001م .

25- فوقية حسن رضوان : الإعاقة الصحية ، ط1 ،دار الكتب الحديث ، القاهرة 2006 م .

26- لطفي عبد العزيز الشربيني : كيف نتغلب على القلق ، ط1، دار النهضة (بيروت) ،1976م .

27- مجدي احمد محمد عبد الله : علم النفس المرضي ودراسة الشخصية بين السواء و الاضطراب ، بدون طبعة ، دار المعرفة الجامعية ، 2000م .

28- محمد إبراهيم الفيومي: القلق الإنساني، ط1، دار الفكر العربي، 1985 م.

29- مابو كلييك ودكيث كراملينغر: حول الاكتئاب ، ط1، دار العربية للعلوم (بيروت) ،2002 م .

- ناني محسن احمد عبد السلام : الفشل الكلوي يادي الى الاكتئاب ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، ببور سعيد (مصر) ، 2009 – 2010

المذكرات :

1- ابن الطيب فتيحة : التخلف العقلي لدى الطفل و أثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم، رسالة ماجستير ، سطيف ، الجزائر

2- أسيا بنت راجح بركات : العلاقة بين الأساليب الوالدية والاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف ، **رسالة ماجستير** ، مكة المكرمة ، 2000 م.

3- سامية ياحي : الاكتئاب و استراتيجيات المواجهة عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي (دراسة مقارنة)، مذكرة **لنيل شهادة الماجستير** في علم النفس العيادي ، جامعة يوسف بن خدة ، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية ، الجزائر ، 2006-2007

4- طلال عبد الرحمان حسن الغامدي : خصائص رسوم عينة من مرضى الرهاب الاجتماعي و دلالاتها الرمزية " دراسة حالة " ، بحث مقدم كمتطلب للحصول على درجة **الماجستير في التربية** الفنية تخصص علم النفس و التربية الفنية ، المملكة العربية السعودية ، 1427-2006

5- عديلة حسن طاهر تونسي : القلق و الاكتئاب لدى عينة من المطلقات و غير المطلقات ، رسالة ماجستير ، مدينة مكة المكرمة ، 2002 م .

6- قيقر محمد الهادي عبد الرزاق : مكونات العلاقة بين الصحة و الاتجاه نحو الخصخصة لدى عينة من عمال الصناعة ، **رسالة لنيل درجة الماجستير في علم النفس** ، كلية الآداب – جامعة عين الشمس ، 1422هـ - 2001 م

7- وزاني فضيلة : العدوانية عند مرضي القصور الكلوي ، **مذكرة لنيل شهادة ليسانس** ، معهد علم النفس ، دائرة علم النفس الإكلينيكي ، جامعة جامعة باتنة ، 2003-2004

8- - ناني محسن احمد عبد السلام : الفشل الكلوي يادي الى الاكتئاب ، رسالة لنيل شهادة الماجستير ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، ببور سعيد (مصر) ، 2009 – 2010 م .

المعجم :

1- منجد الطلاب ، ط45 ، دار المشرق ش م م ، بيروت ، 1986.

المواقع الالكترونية :

1- http : // www googl com / NKF / دليل التغذية السليمة لمرضى الفشل الكلوي (EGYPT)

2-hHp:/WWW.acofps.com -- 02/12/2012

3- (http://ar.wikipedia.org) --04/04/2012