وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: ..... /2022

رقم التسجيل: 19113049829/ 044091672/1919350766887

موضوع المذكرة

مركز ضبط الألم لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في:

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطلبة:

هويرات سمية

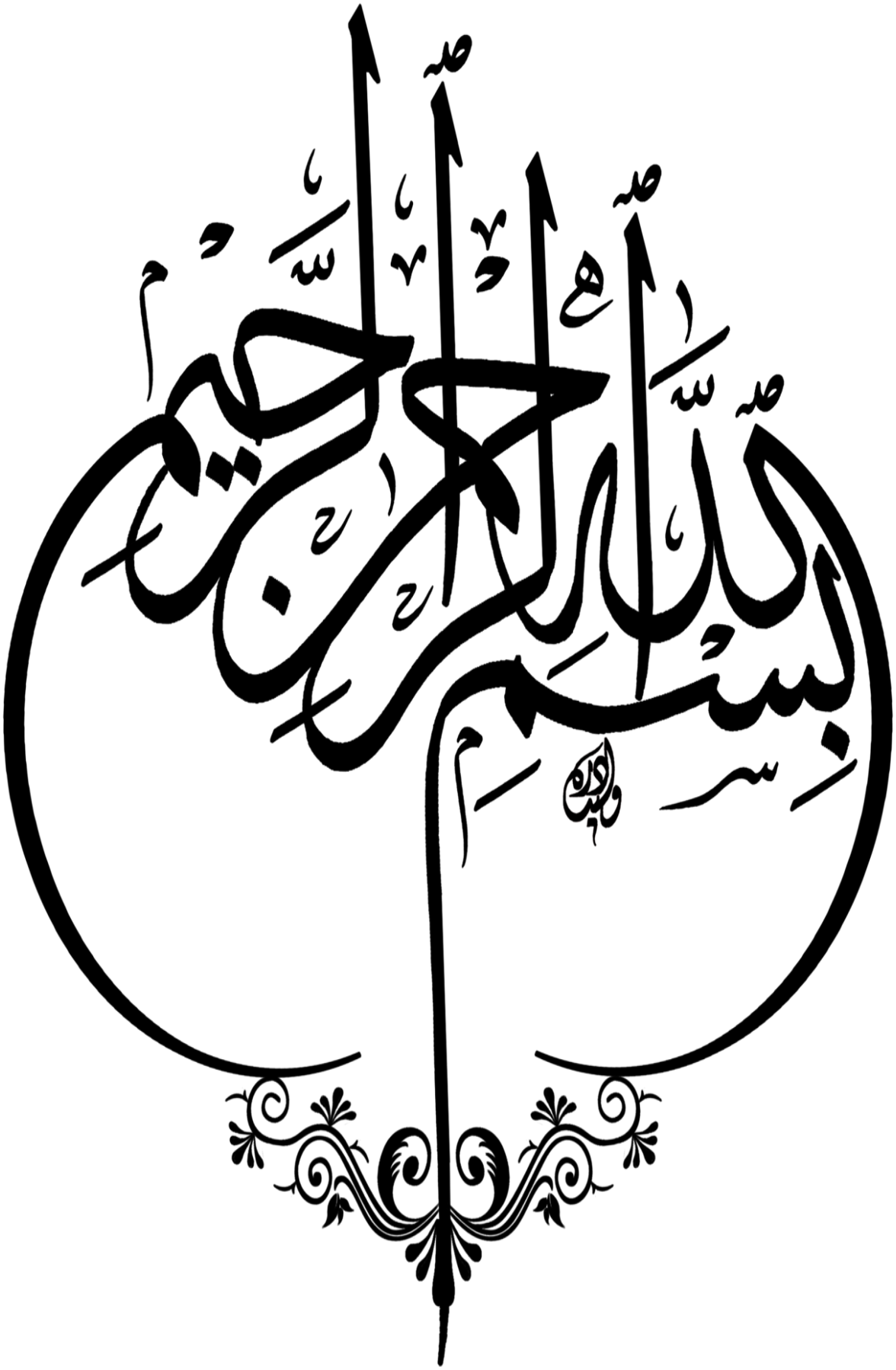
بركة خولة

بونصلة محمد

إشراف:

أ.د بعلي مصطفى

السنة الجامعية: 2021-2022


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

الحمد لله القائل في محكم كتابه: **(لئن شكرتم لأزيدنكم)**،

والصلاة والسلام على رسول الله القائل:**(من لا يشكر الناس لا يشكر الله)**.

بداية نحمد الله عز وجل أن وفقنا وأعننا على إتمام هذا العمل، ثم نتوجه بتسجيل أعمق آيات الشكر والعرفان بالجميل للأستاذ الدكتور **"بعلي مصطفى"** المشرف على الرسالة والذي كان لكريم صبره، وجم تواضعه، وجميل قوله، ودقة ملاحظاته، وتوجيهاته القيمة،

الدور الكبير في ظهور هذا العمل بهذه الصورة، فله نبلغ الدعاء وخالص الثناء

راجين المولى أن يجازيه خير الجزاء ويكتب صنيعه في موازين حسناته.

كما نتوجه بالشكر إلى الطاقم الطبي من أطباء وممرضين الذين كانوا عونا لنا

في هذا العمل ونخص بالذكر الدكتور الطبيب المختص في أمراض الكلى **"لقصير بلال"**

والطبيبة العامة **"غرباوي أحلام"** لدعمهم لنا مع كل تقديرنا لجميع مرضى القصور الكلوي المزمن

الذين استقبلونا بصدر رحب فجزآهم الله خيرا .

ولا ننسى أن نشكر كل من ساهم معنا بعلم وذلل لنا عقبة وأنار لنا طريقا في سبيل خروج عملنا هذا

إلى حيز الوجود، فجزآهم الله جميعا خير الجزاء وأثابهم على ما قدموه.

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن وفق متغيرات السن، الجنس ومدة ازمان المرض.

وقد اختارت مجموعة البحث لهذه الدراسة (50) مريض قصور كلوي مزمن بعيادة تصفية الدم وأمراض الكلى الإخوة بوعفار ــ مقرة ــ ومستشفى رزيق البشير ــ بوسعادة، وقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية، كما اعتمدت مجموعة البحث على المنهج الوصفي التحليلي، ووظفنا أدوات لجمع البيانات تمثلت في مقياس مركز ضبط الألم المعد من طرف جبالي نور الدين في البيئة الجزائرية ــ باتنة ــ واعتمادا على الجانب النظري الذي تبنته الدراسة جاءت النتائج التالية:

- مركز ضبط الألم (الداخلي/ الخارجي) السائد لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/ خارجي) تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث في مركز ضبط الألم الخارجي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/ خارجي) تعزى لمتغير السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/ خارجي) تعزى لمتغير مدة ازمان المرض.

وقد تم اعتماد مجموعة من التوصيات بناءا على نتائج الدراسة تأمل مجموعة البحث أن تؤخذ بعين الاعتبار.

Summary of the study

The current study aims at identifying the pain control center (internal / external) in a sample of patients with a chronic renal failure according to the age، sex، duration of illness variables.

The researchers have chosen a sample of (50) patients with a chronic renal failure at the Bouafar Brothers Clinic in Magra and Rezig AlBachir Hospital in Bousaada. It was chosen intentionally. The researchers have also relied on the use of the descriptive analytical method، where the Tools that were employed in the data collection process are represented in the Pain Control Center scale prepared by Djabbali Noureddine in the Algerian environment – Batna.

Depending on the theoretical side of the study، the following results have been reached:

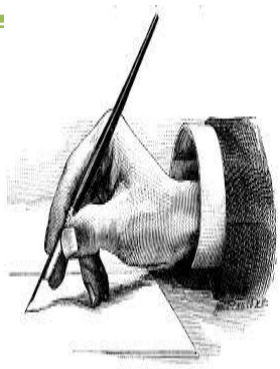
_ the predominant pain control center (internal /external) in a sample of patients with a chronic renal failure is the external pain control center.

_There are statistically significant differences in the pain control center (internal /external) due to the gender variable in favor of females in the external pain control center.

_There are no statistically significant differences in the pain control center (internal /external) due to the age variable.

- There are no statistically significant differences in the pain control center (internal/ external) due to the duration of the disease period variable.

A set of recommendations have been adopted based on the results of the study، which the researchs group hopes will be taken into consideration.



فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

شكر وعرفان

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

مقدمة ..... أ-ج

الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

تحديد إشكالية الدراسة 05

أهمية الدراسة 08

أهداف الدراسة 09

تحديد مفاهيم الدراسة 10

الدراسات السابقة 11

فرضيات الدراسة 17

الفصل الثاني: مركز ضبط الألم

تمهيد 19

تعريف مركز الضبط 19

تعريف مركز ضبط الألم 20

أبعاد مركز ضبط الألم 22

الخصائص الشخصية لذوي ضبط الألم الداخلي وضبط الألم الخارجي 26

قياس مركز ضبط الألم 27

العوامل المؤثرة في مركز ضبط الألم 29

خلاصة 33

الفصل الثالث: القصور الكلوي المزمن

تمهيد 35
تعريف القصور الكلوي المزمن 35
مراحل القصور الكلوي المزمن..... 37
أسباب القصور الكلوي المزمن 38
أعراض القصور الكلوي المزمن 41
تشخيص القصور الكلوي المزمن 42
طرق علاج القصور الكلوي المزمن 42
خلاصة..... 46

الجانب الميداني

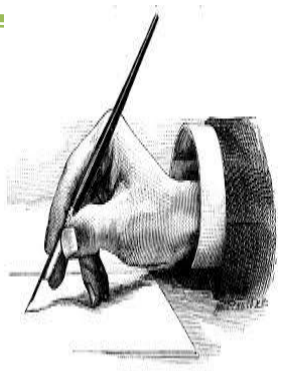
الفصل الرابع: منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد 48
الدراسة الاستطلاعية 48
منهج الدراسة 49
مجتمع وعينة الدراسة..... 50
أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية في البيئة الجزائرية 54
الأساليب الإحصائية المستخدمة 58
- خلاصة 59

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد 61
عرض نتائج الدراسة..... 61
مناقشة نتائج الدراسة..... 66
خلاصة نتائج الدراسة 71
خاتمة الدراسة..... 72
توصيات الدراسة..... 72

قائمة المراجع 75
قائمة الملاحق



قائمـــــة الأشكال والجداول

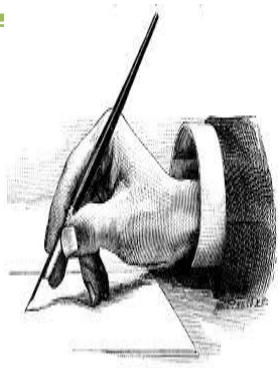
أولا- قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوانـــه	الصفحة
01	يوضح أبعاد مركز ضبط الألم	23
02	يوضح مصادر مركز ضبط الألم الداخلي.	25
03	يوضح مصادر ضبط الألم الخارجي.	26
04	يوضح تعدد الأكياس الكلوي.	39
05	يوضح بعض الأدوية المنشطة لتكوين الدم	43
06	يوضح عملية الغسيل الدموي (التصفية الدموية)	44
07	يوضح عملية الغسيل البريتوني (التنقية البريتونية)	45
08	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	52
09	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات السن	53
10	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة ازمان المرض	54

ثانيا- قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوانـــه	الصفحة
01	يمثل الفروق بين الأشخاص ذوي ضبط الألم الداخلي والأشخاص ذوي ضبط الألم الخارجي	27
02	يوضح مراحل الفشل الكلوي المزمن.	37
03	يوضح أسباب القصور الكلوي المزمن.	38
04	يوضح مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية.	48
05	توزيع مجتمع الدراسة على مراكز تصفية الدم	51
06	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.	51
07	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات السن.	52
08	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة ازمان المرض.	53
09	يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين البعد الداخلي (لمركز ضبط الألم)وبنوده.	56
10	يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الحظ (لمركز ضبط الألم)و بنوده.	56
11	يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الأطباء وبنوده.	56
12	يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الأشخاص الآخرين وبنوده.	56
13	يبن نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في أبعاد مركز ضبط الألم.	61
14	قيمة(ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) تعزى لمتغير الجنس.	62
15	قيمة (ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) تعزى لمتغير السن.	64
16	قيمة (ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) تعزى لمتغير مدة إزمان المرض	65

مقدمة



مقدمة

يعتبر الألم من أكثر الظواهر الغامضة التي لا يمكن إعطاءها معنى محدد وذلك لكونه خاضعا لما يعتمده الإنسان من تقسيم مستوياته أو متى يضيف ألما بالنسبة إليه، فهذا الأخير يعتبر من الخبرات المبكرة التي يعيشها الإنسان منذ اللحظات الأولى من عمره وحتى مماته، فلا يوجد إنسان على وجه الأرض لم يتعرض بوجه أو بآخر إلى أحد مظاهر الألم.

ومن المعروف أن طبيعة الإنسان وميوله وشخصيته تجعله يسعى دائما إلى ضبط الألم في مختلف مجريات حياته والسعي إلى السيطرة على بيئته من جهة ومن جهة أخرى محاولا جاهدا أن يضمن إحساسا بهذا الضبط الذاتي وهو بهذا الإحساس يستطيع اتخاذ قرارات مناسبة وبالتالي التصرف بالطريقة التي سوف تضمن له نتائج جيدة في الأخير، لهذا يعتبر مفهوم ضبط الألم من المفاهيم الهامة التي انبثقت عن العديد من النظريات منها على سبيل المثال وأهم نظرية، نظرية التعلم الاجتماعي "لجوليان روتر" J.B.Rotter بالنظر إليه على اعتباره متغيرا مهما من متغيرات الشخصية يتعلق بمعتقدات الفرد حول أي العوامل هي الأكثر مساهمة في التحكم في النتائج الهامة خلال مسار حياته والمقصود بهذا الأخير المهارة والقدرة والكفاءة أو العوامل الخارجية من صدفة + حظ وأشخاص أقوياء.

يتعرض الإنسان بطبيعة الحال إلى العديد من الأمراض التي تعيق السير الطبيعي لحياته ولأداء مهامه وفي الكثير من الأحيان تؤدي إلى وفاته، فمنذ القدم انتشرت العديد من الأمراض منها المعدية ومنها المزمنة. والقصور الكلوي يعتبر من بين أو أحد هذه الأمراض الشائعة التي تلازم حياة الإنسان لفترة طويلة مما يؤثر على جسده وتظهر تداعيات هذا المرض مشكلا أعراضا كالانتفاخات على مستوى الجسم، الآلام فقدان الشهية، الإغماءات العصبية، والعديد من الأعراض التي يحاول الجسم إيصال رسالة تشير إلى وجود خلل في إحدى وظائفه الهامة والحساسة، فنجده يصيب الكليتين اللتان.

تعتبران عضو مهم في جسم الإنسان كونهما تقومان بوظيفة هامة في التخلص من الشوائب والفضلات والمحافظة على توازنه وأي اضطراب في هذه الوظيفة يؤدي إلى إصابة عضوية تصاحبه اختلالات وأمراض أخرى قد تزيد أعراضها مع الوقت وزيادة خطورته نتيجة عجزها الوظيفي (Echirech Boub A.M.2004.P23).

فمرضى القصور الكلوي المزمن كباقي المرضى المزمنين ملزمين بتغير نمط حياتهم في كثير من الأحيان، والامتثال لتعليمات الطبيب والانضباط بالحمية الغذائية مع ضرورة الإنقاص من شرب الماء وباقي السوائل وتناول الأدوية وتجنب الأنشطة البدنية التي تسبب لهم الإجهاد، فهم مجبرون على القيام بحصص الغسيل الكلوي (الدموي، البريتوني) أو زراعة كلية من أجل الحفاظ على حياتهم وتجنب مضاعفات خطيرة. خاصة القلب وهذا ما شد انتباه المختصين والقائمين بالرعاية الصحية خاصة والباحثين والمهتمين عامة، إلى الغوص في ماهية القصور الكلوي المزمن، كدراسة (فاطمة أحمد الطيب 2000) ودراسة (هالة إبراهيم 2008). حتى يتسنى للمريض أن يتعامل معه ويواجهه بغية التخفيف من حدة الضغط الناتج عن المرض والألم وتحقيق التوازن والراحة الجسدية والنفسية وهذا راجع أيضا لمعتقداته حول قدرته على مسايرة المرض والتحكم فيه فمعتقداته تلعب دورا أساسيا في الحفاظ على صحته ومواجهة المرض.

ومن هنا تأتي هذه الدراسة في محاولة منها للبحث عن مركز ضبط الألم لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن وقد جاءت في خمسة فصول، حيث تناول الفصل الأول الإطار العام للدراسة من خلال تحديد إشكالية الدراسة، أهمية وأهداف الدراسة وتحديد مفاهيم الدراسة ثم الدراسات السابقة وصولا إلى فرضيات الدراسة.

أما الفصل الثاني فقد ناقش مركز ضبط الألم من خلال التعرف على مركز الضبط ومركز ضبط الألم وإبراز أبعاده ومصادره بالإضافة إلى الخصائص الشخصية لذوي الضبط الداخلي والخارجي لنتقل إلى كيفية قياس مركز ضبط الألم ثم نختم هذا الفصل بالعوامل المؤثرة في مركز ضبط الألم.

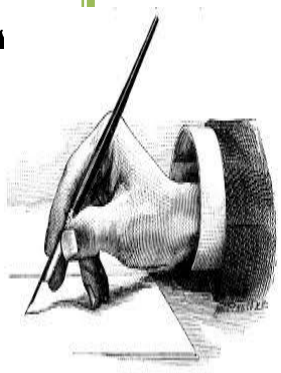
وعن الفصل الثالث فقد تناولنا فيه القصور الكلوي المزمن حيث تطرقنا إلى تعريف القصور الكلوي المزمن وإبراز مراحله وأسبابه وأعراضه ثم ناقشنا فيه كيفية تشخيصه وصولا إلى طرق علاج القصور الكلوي المزمن.

وخصص الفصل الرابع للإجراءات المنهجية المتبعة، حيث تم التطرق للدراسة الاستطلاعية والمنهج المعتمد في الدراسة، لنتناول بعد ذلك مجتمع وعينة الدراسة ثم أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية وأهم الأساليب الإحصائية المستخدمة.

أما الفصل الخامس والأخير فقد خصص لعرض نتائج الدراسة ومناقشتها مع تقديم بعض التوصيات في ضوء هذه النتائج.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة



مقدمة.

1. تحديد إشكالية الدراسة.
2. أهمية الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. تحديد مفاهيم الدراسة.
5. الدراسات السابقة.
6. فرضيات الدراسة.

1.إشكالية الدراسة

شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطر الأمراض المزمنة إذ أصبحت تهدد حياة الأفراد والشعوب بما تلحقه من أذى مادي ومعنوي على حياة المريض ومن يحيطون به، فيجعل التعايش معه تحديا كبيرا، ومن بين هذه الأمراض القصور الكلوي المزمن والذي يمثل الفقدان التدريجي والدائم لوظائف الكلى على مدار فترة زمنية تصل من أشهر إلى سنوات (دولت حسين ساني، سانجاي بانديا.2014.ص45)، وأي اضطراب في هذه الوظيفة يؤدي إلى إصابة عضوية تصاحبه اختلالات وأمراض أخرى مما ينتج عنها عجز وظيفي للجسم ومن أجل القدرة على استمرار الحياة توصل الباحثون إلى اكتشاف تقنيات متطورة كالغسيل الدموي البريتوني أو زراعة كلية حتى نعوض الكلية الطبيعية.

والجزائر كإحدى هذه الدول والشعوب في العالم ليست بمنأى عن هذه المشكلة الصحية، فهي تعاني من تبعات هذا المرض بسبب مضاعفاته وارتفاع تكلفة التكفل به إذ يتطلب علاجه توفير أدوات ووسائل طبية وبشرية عديدة، علما أن علاج القصور الكلوي المزمن النهائي بدأ عمليا في الجزائر حسب ريان Rayane (2003) سنة 1973 وذلك بواسطة تصفية الدم عن طريق الآلة أو الكلية الاصطناعية أما علاج القصور الكلوي المزمن عن طريق تصفية الدم الصفاقية فقد بدأ سنة 1980 تبعه الزرع الكلوي سنة 1986.

ومن جهته يضيف ريان (2003) أن عدد الحالات المصابة بالقصور الكلوي المزمن في المرحلة النهائية لا يزال غير معروف في بلادنا وذلك بسبب نقص الدراسات الوبائية المتعلقة بهذا المرض وعدم وجود السجل الوطني لإحصائيات مرضى القصور الكلوي ومع ذلك يقدر عدد الحالات كما جاء في غرابا Graba (2010) بحوالي 3500 حالة جديدة كل عام أي معدل إصابة 100 حالة جديدة لكل مليون نسمة من السكان في السنة

(Gheurba، Nouara KAÏD Tlilane 112، P115).

وتعتبر هذه العمليات (الغسيل الدموي، الغسيل البريتوني، زراعة الكلية) كحل مؤقت تسمح للفرد بالحفاظ على حياته والعيش بشكل طبيعي نسبيا، ولكن هذا السياق اليومي قد يقود إلى مشاكل نفسية واجتماعية، تختلف من شخص لآخر فهناك من يعيش وضعية المرض على أنها عادية وهناك من لا يتقبلها وهذا انطلاقا من متغيرات تختلف من شخص لآخر حسب تقدير الفرد لها ونظرته حول مسببات المرض وعلاقته ودوره في تسير مرضه، وبما أن الإنسان ميال للتحكم في مجريات حياته والسيطرة على بيئته يظهر بعد هام من أبعاد الشخصية الذي لقي اهتمام الباحثين في علم النفس وعلم النفس الصحة بالتحديد (الأحمد.2001. ص209). والمتمثل في مركز الضبط أو جهة الضبط، مصدر الضبط.

يعد مركز الضبط من المتغيرات التي تلعب دورا بارزا في شخصية الفرد وتقدير سلوكه، فإدراك الشخص لقدرته على التأثير في أمور حياته مرتبط بنظرته إلى العلاقة بين سلوكه ونتائجه وهذا حسب تفكير الفرد، لذا يعتبر مركز الضبط متغيرا هاما لتفسير السلوك الإنساني في المواقف الاجتماعية المختلفة وقد طور روتر Rotter 1975 هذا المفهوم من خلال نظريته للتعلم الاجتماعي وتسعى هذه النظرية إلى فهم السلوك الإنساني في المواقف المعقدة والظروف البيئية التي تؤثر في الفرد كما تبحث في أهمية التعزيز وأثره في السلوك، وقد شغل هذا المفهوم اهتمام الباحثين في مجال علم النفس الاجتماعي والشخصية لما له من قدرة على التنبؤ بدوافع السلوك في مواقف الحياة المختلفة فمنذ ظهوره، وهو يمدنا بنتائج تساعد على دقة التنبؤ بالسلوك الإنساني (أبو ناهية.1986. ص59).

إن التكلم عن مصدر الضبط في سياق الأمراض المزمنة يقودنا للتكلم عن مصدر ضبط الألم والذي يعد من التصورات النظرية التي انبثقت عن مصدر الضبط لروتر ضمن نظريته والذي يعرف بأنه اعتقاد وتصور الأفراد حول المصدر الذي يحدد آلامه

ويختلف الأفراد في اعتقادهم فمنهم من يملك اعتقاد داخلي ومنهم اعتقاد خارجي وبملاحظة خصائص كل من الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي والخارجي نجد أن الأفراد ذو الضبط الداخلي ينسبون أحداث البيئة إلى أنفسهم أي نتيجة جهودهم وقدراتهم، أما الخارجي فالفرد يرجع ما يحدث له إلى أمور خارج نطاقه تحكمه كالقدر أو الحظ أو نفوذ الآخرين وتشير دراسة (Seemon 1962) إلى أن مرضى مصدر الضبط الداخلي يعرفون الكثير عن حالتهم الصحية ويشعرون بقلق حول كمية المعلومات المتلقاة مقارنة بمرضى ذوي مصدر الضبط الخارجي (قارة .2014. ص5).

وتؤكد دراسة مارين وليسليالتي التي كان هدفها معرفة مركز ضبط الألم لدى مرضى الآلام المزمنة منهم مرضى الأمراض الروماتيزمية والهيكل العظمي، التهاب العصب والألم العصبي بعد تطبيق مقياس مركز الضبط على أن أغلب مرضى الآلام المزمنة كان لهم ضبط داخلي، كما أنه وفيما عدا السن لم تكن هناك علاقة بين مركز الضبط والمستوى التعليمي والجنس (Marianne Gustafsson 1996).

وعلى العكس فإن النتائج التي توصلت إليها دراسة بيوتن وآخرون (2000) على (68) شخص مصاب بالآلام مزمنة غير سرطانية من كبار السن باستعمال مقياس الصحة متعدد الأبعاد الخاص بمركز ضبط الألم أن هناك ارتفاع في بعد الحظ والأطباء وموظفي الصحة وانخفاض على البعد الداخلي وبعد الأشخاص لمركز الضبط (Aroujo، Débora. M.F.Rosana F. Leani S.M. 2010).

ويتم تحقيق التوازن والراحة النفسية تبعا لمعتقدات المريض حول قدرته على مسايرة المرض والتحكم فيها حيث تلعب معتقداته دورا أساسيا في الحفاظ على صحته ومواجهته.

واتساقا مع ما سبق تأتي هذه الدراسة لتبحث عن مصدر ضبط الألم لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن لذا فإن مشكلة الدراسة الحالية تتحدد بالإجابة على التساؤلات التالية:

1.ما هو مركز ضبط الألم السائد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

2.هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن يعزى إلى متغير السن؟

3.هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن يعزى إلى متغير الجنس؟

4.هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن يعزى إلى متغير مدة إزمان المرض؟

2. أهمية الدراسة:

حيث أن الدراسة الحالية تبحث في مصدر ضبط الألم لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن فإن أهمية الدراسة تظهر في الجوانب الآتية:

1.التعرف على مركز ضبط الألم السائد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

2.لفت انتباه المختصين لهاته الشريحة والتعرف على مدركاتهم وتفكيرهم لمساعدتهم قدر المستطاع.

3.قد يساهم هذا البحث في إثراء وتزويد القارئ بمعلومات حول مركز ضبط الألم ومرضى القصور الكلوي المزمن.

4.أهمية العينة وهم مرضى القصور الكلوي المزمن كأحد الأمراض المزمنة التي تعاني منها شريحة معتبرة من المجتمع.

5.الإضافة العلمية في هذا المجال خاصة للبيئة الجزائرية التي تفتقر لمثل هذه الدراسات، وفي حدود علم مجموعة البحث فإن الدراسة الحالية هي الأولى التي تناولت مصدر ضبط الألم لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن.

3. أهداف الدراسة

إن هدف كل بحث علمي هو الوصول إلى نتائج تلقى مزيدا من الضوء على الظاهرة المدروسة الذي يؤدي بدوره إلى وضع القوانين التي تخضع لها الظاهرة النفسية وهنا يكون العلم قد حقق شوطا نحو التقدم الذي يمكنه من الوفاء بحاجات المجتمع وعليه يمكن ذكر أهداف الدراسة الحالية كما يلي:

1.التعرف على مركز ضبط الألم السائد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

2.الكشف على الفروق في مستوى مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف متغير السن.

3.الكشف على الفروق في مستوى مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف متغير الجنس.

4.الكشف على الفروق في مستوى مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف متغير مدة إزمان المرض.

4.تحديد مفاهيم الدراسة

إن المعالجة العلمية لأي موضوع تتطلب تحديد المفاهيم المستخدمة فيه، وعليه فقد رأت مجموعة البحث تحديد بعض المفاهيم الأساسية في موضوع الدراسة كما يلي:

1.**مركز ضبط الألم:** درجة اعتقاد الفرد بالتحكم في الألم الذي يختبرونه، ويشمل مركز ضبط الألم أبعادا هي البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ، الصدفة أو الحظ والقدر (البعد الخارجي) (مرازقة.2008. ص59).

ويعرف مركز ضبط الألم إجرائيا بأنه الدرجة التي يحصل عليها الأفراد من خلال تطبيق مقياس مركز ضبط الألم المستعمل في الدراسة (مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد والخاص بالألم والمترجم من طرف جبالي نور الدين ومرازقة وليدة.

2.**مركز ضبط الألم الداخلي:** يشير إلى الأشخاص الذين لديهم مركز تحكم داخلي للألم وأن جهودهم الخاصة من المحتمل أن تؤثر في مسار آلامهم (Schacfer. 1989.P8).

ويعرف إجرائيا بأنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة الذين ينسبون سيطرتهم على آلامهم إلى عوامل داخلية كالذكاء والقدرات العقلية والمهارات والسمات الانفعالية.

3.**مركز ضبط الألم الخارجي:** يشير إلى الاعتقادات الخاصة التي يحملها الفرد حول السيطرة في الألم الذي يعانيه حيث أن سلوكيات وأفعال الأشخاص الآخرين كالأطباء والممرضين، العائلة، أصحاب الدين...).ويشير الاعتقاد أن التحكم في الألم يستند بشكل كبير على عامل الحظ (مرازقة. 2016.ص167).

ويعرف إجرائيا بأنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة الذين ينسبون سيطرتهم على آلامهم إلى عوامل خارجية كالصدفة أو الحظ والقدر وذوي النفوذ الآخرين كالأطباء والممرضين.

4.**مرضى القصور الكلوي المزمن:** مريض القصور الكلوي المزمن هو الشخص الذي يعاني من اختلال في وظائف الكلى والتي أدت به إلى تصفية الكلى بمعدل 3 ساعات خلال الجلسة الواحدة، ثلاث مرات أسبوعيا (الصديقي، بن عمر .2013.ص9).

ويعرف إجرائيا بأنه الشخص الذي يتعرض لعملية تصفية الدم سواء بالغسيل الدموي أو الغسيل البريتوني أو يقوم بزراعة كلية وهذا جراء إصابته بقصور كلوي مزمن والذي هو عبارة عن فقدان الكلى لوظيفتها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم من ماء وأملاح معدنية وتعديل الضغط الدموي.

5.الدراسات السابقة

إن الطابع الذي يتميز به العلم هو التراكم الذي يسمح باتساع دائرة المعارف وتوارث المعطيات من طرف الأجيال وانتقالها من زمن إلى آخر، ومن هذا المنطلق فإن الباحث يبدأ من حيث انتهى سابقه إلى موضوع دراسة ما، وفيما يتعلق بموضوع هذه الدراسة فهناك مجموعة من الدراسات التي تناولتها ونذكر منها:

***دراسة وليدة مرازقة (2008):** هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين مركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، تكونت عينة الدراسة من 52 مريض يتراوح سنهم بين 12 إلى 56 سنة استخدم مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم ومقياس إستراتيجيات المواجهة المعدل من قبل كوسون وأسفرت النتائج عن:

– عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مرضى السرطان في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم تعزي لمتغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية.

– ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل.

– عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مرضى السرطان في متوسطات إستراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس، السن والحالة الاجتماعية (مرازقة، 2008).

***دراسة أمينة تازي، أحمد فاضلي (2021):** هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على مرض الفيبروميالجي بالاهتمام بمتغيرين هما مركز ضبط الألم وجودة الحياة لدى المرضى، لمعرفة مستوى جودة الحياة ونوع مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة وهل هناك فروق تعزى لمتغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي في كل من مركز ضبط الألم وجودة الحياة في دراسة ميدانية على عينة تتكون من 47 مريض فيبروميالجي تتراوح أعمارهم ما بين 24 إلى 56 سنة (4 ذكور و43 أنثى).

بتطبيق مقياس مركز ضبط الألم، ومقياس جودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى أن بعد الحظ كان الأعلى على مقياس مركز ضبط الألم وكانت درجة جودة الحياة منخفضة على المقياس لدى أفراد العينة، كما أنه لم تكن هناك فروق دالة تعزى لمتغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي سواء في درجات جودة الحياة، أو أبعاد مركز ضبط الألم لدى أفراد عينة الدراسة (تازي. فاضلي.2021. ص138).

***دراسة جبالي نور الدين وعزوز اسمهان (2014):** هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، تكونت عينة الدراسة من 72 مريض (29 امرأة، 43 رجل) تتراوح أعمارهم من 20–60 سنة واعتمدت المنهج الوصفي الارتباطي المناسب للدراسة واستخدما مقياسين هما مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد لوالستون ومقياس إستراتيجيات المواجهة لكوسون.

كشفت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية وبعدي الضبط الخارجي لذوي النفوذ والحظ حيث بلغ معامل الارتباط (0.20 و0.24)، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض في حين كشفت الدراسة عن علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وإستراتيجية المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية ومدة المرض حيث بلغ معامل الارتباط (0.35 و0.19). (جبالي،عزوز .2014. ص99).

الدراسة العربية:

***دراسة أحمد والكرسني (2014) بعنوان مركز الضبط والتحكم لمرض الإيدز بمستشفى الأبيض التعليمي وعلاقته ببعض المتغيرات:**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مركز الضبط والتحكم لمرضى الإيدز بمستشفى الأبيض التعليمي وعلاقته ببعض المتغيرات منطقة (السودان) وفي سبيل ذلك عمل الباحثان على وضع إطار نظري وفروض تتعلق بالدراسة. استخدم الباحثان المنهج الوصفي وخاصة الدراسات الارتباطية، وتم اختيار عينة مكونة من (100) مفحوص (49) منهم ذكور و(51) إناث من مركز الإرشاد والفحص الطوعي بمستشفى الأبيض التعليمي تم اختيارهم بالطريقة القصدية، وتم تطبيق مقياس مركز الضبط من إعداد فاروق عبد الفتاح موسى واستبانة البيانات الأولية من إعداد الباحثان. بعد جمع المعلومات قام الباحثان بتحليلها بواسطة (SPSS) الحاسب الآلي وخاصة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية وقد أظهرت النتائج ارتفاع الضبط الداخلي لدى مرضى الإيدز مقابل الضبط الخارجي وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في وجهتي الضبط الداخلي والخارجي لدى مرضى الإيدز بمستشفى الأبيض التعليمي عند مستوى الدلالة (0.05). ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين وجهة مركز الضبط الخارجي والعمر لدى مرضى

الإيدز وعدم وجود علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الداخلي والعمر. (بسام عمر محمود القصاص. 2018. ص65).

***الدراسة الأجنبية:**

-دراسة تومي وآخرون Toomey et al (1993): وقد هدفت الدراسة إلى البحث في الارتباطات بين الإجراءات العلاجية وعزو ضبط الألم، وتضمنت الدراسة 98 مريضا يعالج خارج العيادات، 48 من مرضى عيادات الألم و50 مريضا الباقي من عيادة طبية عامة. 28 من مرضى العيادة الطبية كان لديهم آلام و22 الباقي لديهم حالات طبية أخرى.

طلب من المرضى الذين ليس لديهم آلام، الإجابة على مركز ضبط الألم من ناحية ردودهم المعتادة للألم، وقد سجل مرضى عيادات الألم نتائج منخفضة في مركز الضبط الداخلي، وكذلك يعد ذوي النفوذ من مركز الضبط مقارنة بالمجموعتين الأخرتين، كما كان لمرضى عيادات الألم نتائج مرتفعة لبعد الحظ من مركز الضبط مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون الألم، ولكن أقل من نتائج مرضى العيادة الطبية والذين يعانون الألم، وقح خلص الباحثون إلى أن عزو التحكم في الألم يتفاوت عبر الإجراءات العلاجية (Keck 2006).

***التعليق على الدراسات السابقة:**

بعد أن تم استعراض الدراسات السابقة، لابد من مناقشتها من حيث الأهداف التي حددت لها والعينات التي اعتمدتها والأدوات المستخدمة في الحصول على البيانات والوسائل الإحصائية التي استخدمت لمعالجة البيانات، وما توصلت إليها الدراسة من النتائج والاستنتاجات.

1.من حيث الأهداف:

حاولت معظم الدراسات السابقة التي تناولت مصدر ضبط الألم الكشف عن علاقة مصدر ضبط الألم ببعض المتغيرات (المعاملة الوالدية، السن، الجنس، المستوى التعليمي، مدة ازمان المرض...) كما في دراسة (مرازقة. 2008) و(جبالي، عزوز. 2014) و(تازي. فاضلي 2021) و(أحمد والكرسني 2014). و(تومي وآخرون 1993).

أما الدراسة الحالية فهدفت إلى التعرف على مركز ضبط الألم لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن وفق متغيرات السن، الجنس، ومدة ازمان المرض.

2.من حيث العينات:

أجريت معظم الدراسات السابقة أو جلها على المرضى المزمنين (كدراسة مرازقة 2008)، وكانت العينة مرضي السرطان، أما في دراسة (تازي، فاضلي، 2021) كانت العينة مرضى الفيبروميالجي، ودراسة (جبالي، عزوز 2014) فقد كانت عينتها مرضى القصور الكلوي المزمن. (دراسة أحمد والكرسني 2014)، فعينتها كانت مرضى الإيدز، وأخيرا دراسة (Toomey et al،1993) التي أجريت على عينة مرضى العيادات الذين لا يعانون الألم ومرضى العيادة الطبية الذين يعانون الألم أما بالنسبة للعدد فقد انحصرت أعدادها بين (100-47) فردا وكانت أصغرها عينة دراسة (تازي، فاضلي. 2021) وأكبرها عينة دراسة (أحمد والكرسني 2014)، وتقاربتا دراسة (مرازقة. 2008) ودراسة (جبالي عزوز 2014)، ودراسة (تومي وآخرون 1993) في عيناتها فكانت (52) و(72) و(98) على التوالي.

أما عينة الدراسة الحالية فبلغت (50) مريضا من المرضى المزمنين وهم مرضى القصور الكلوي المزمن وهي قريبة من عينة دراسة (تازي، فاضلي، 2021) والتي بلغت 47 مريضا.

3.من حيث الأدوات المستخدمة:

فقد تبنت معظم الدراسات السابقة مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم والذي أعده إلى العربية جبالي نور الدين، كدراسة (مرازقة 2008) و(جبالي، عزوز 2014)، و(تازي، فاضلي 2021)، أما دراسة (أحمد والكرسني 2014)، فقد اعتمدت على مقياس مركز ضبط الألم المعد من طرف فاروق عبد الفتاح موسى فيما استخدم (تومي وآخرون 1993)، مقياس مركز الضبط لوالستون.

أما في دراستنا فقد تم الاعتماد أيضا على مقياس مركز ضبط الألم المعد من طرف جبالي نور الدين والذي قام بتكييفه للبيئة الجزائرية (جبالي نور الدين 2007). والمكون من 18 عبارة لقياس البعد الداخلي للألم والبعد الخارجي للألم.

4.من حيث الأساليب الإحصائية:

استخدمت معظم الدراسات السابقة معامل الارتباط بيرسون ومعادلة α ألفا كرومباخ، ومعادلة جوتمان كما في دراسة (مرازقة 2008)، (جبالي نور الدين، عزوز 2014)، (تازي، فاضلي. 2021) و(أحمد والكرسني 2014). إضافة إلى (Toomey et al 1993).

أما في دراستنا فقد تم استخدام التكرارات والنسب المئوية للبيانات والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري إضافة إلى اختبار (ت).

5.من حيث النتائج:

أشارت الدراسات السابقة إلى عدم وجود فرق دال تبعا لمتغير السن، الجنس ومدة ازمان المرض كما في دراسة (مرازقة 2008) ودراسة (جبالي، عزوز 2014) و(دراسة تازي وفاضلي 2021)، ودراسة (أحمد والكرسني 2014).

كما أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن مركز ضبط الألم السائد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن هو مركز ضبط الخارجي كما جاء في دراسة (مرازقة 2008) ودراسة (تازي وفاضلي 2021) ودراسة (جبالي، عزوز 2014) و(تومي وآخرون 1993) في حين نجد أن البعد المسيطر هو مركز الضبط الداخلي في دراسة (أحمد والكرسني2014).

6.فرضيات الدراسة.

لكل دراسة فرضيات يبني عليها الباحث دراسته وقد اعتمدت مجموعة البحث على مجموعة منها تتوافق مع مشكلة الدراسة وهي كما يلي:

1.نتوقع وجود مركز ضبط ألم خارجي سائد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

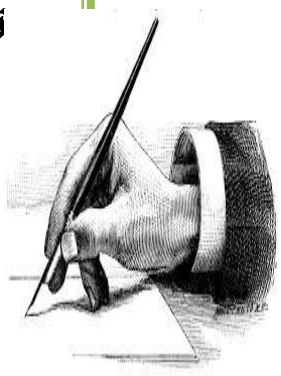
2.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعا لمتغير الجنس.

3.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعا لمتغير السن.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعا لمتغير مدة ازمان المرض.

الفصل الثاني

مركز ضبط الألم



تمهيد

1. مركز الضبط.
2. تعريف مركز ضبط الألم.
3. أبعاد مركز ضبط الألم.
4. الخصائص الشخصية لذوي ضبط الألم الداخلي وضبط الألم الخارجي.
5. قياس مركز ضبط الألم.
6. العوامل المؤثرة في مركز ضبط الألم.

خلاصة

تمهيد:

كثيرا ما نصادف في حياتنا العديد من المواقف والأحداث المؤثرة سواء كانت إيجابية أو سلبية والتي أحيانا ما نفسرها على أنها سوء أو حسن حظ أو بفعل أشخاص مسيطرين يتحكمون بنا وأحيانا أخرى يتم تفسيرها على أنها من صنع يدي الفرد وهو المسؤول عنها والمتحكم بنا وأحيانا أخرى يتم تفسيرها على أنها من صنع يدي الفرد وهو المسؤول عنها والمتحكم بها، إن هذا المفهوم العام هو ما وضعه الباحث الاجتماعي روتر J. Rotter تحت نظرية التعلم الاجتماعي، وأسماه بوجهة الضبط، (مركز الضبط)، ولقد تطرقنا في دراستنا للعديد من العناصر والتي تمثلت في تعريف مركز الضبط ومركز ضبط الألم وكذا أبعاده إضافة إلى مقياس مركز ضبط الألم والخصائص الشخصية لذوي مركز ضبط الألم الداخلي والخارجي وأخيرا العوامل المؤثرة في مركز ضبط الألم.

1. مركز الضبط:

يعتبر مركز الضبط من المفاهيم المهمة في علم النفس، وذلك على الرغم من حداثة هذا المفهوم مقارنة بالمفاهيم النفسية الأخرى التي سبق لعلم النفس بمجالاته المتعددة البحث فيها ودراستها، حيث أنه يشكل محور تفاعل بين الفرد وبيئته وبالتالي له أثرا أوسعا على سلوكه ويعد J. Rotter 1954 أول من قدم هذا المفهوم في نطاق نظريته عن التعلم الاجتماعي، ثم قام Phares 1957 بتبني هذا المفهوم في دراسات الشخصية حتى أصبح مفهوم وجهة الضبط من الموضوعات واسعة النطاق (الختعمي. 2008. ص25).

وتعددت المصطلحات لمفهوم وجهة الضبط ومنها مركز الضبط، مصدر التحكم، موضع الضبط، وجهة الضبط... الخ، ومن أبرز وأشمل التعريفات التي أوردها الباحثون نجد:

عرفه Rotter (1990) بأنه درجة توقع الأشخاص إما بأن التعزيز أو السلوك هو نتاج أفعالهم وتصرفاتهم أو خصائصهم الشخصية، أو هو توقع بأنه ناتج عن الحظ أو القدر والمصير، أو تحت تأثير أشخاص آخرين ذوي النفوذ، أو غير متنبأ به (Rotter.1990. P 489).

أما علاء الدين الكفافي (1982) فيرى أن مصدر الضبط الداخلي هو إدراك الفرد أن التعزيزات السلبية أو الإيجابية في حياته، يرتبط بالدرجة الأولى بعوامل داخلية تتعلق بشخصه كالذكاء والمهارات أو سمات الشخصية، أما مصدر الضبط الخارجي فهو إدراك الفرد أن التعزيزات السلبية أو الإيجابية في حياته أو ما يجري له من حوادث طيبة أو سيئة يرتبط بالدرجة الأولى بعوامل خارجة عن شخصه كالحظ والصدفة، أو تأثير الآخرين، أو عوامل لا يمكن التنبؤ بها (بوقصارة. 2008. ص49).

ومما تجدر الإشارة إليه أن أغلب التعاريف تصنف الأفراد حسب مركز الضبط إلى فئتين أساسيتين فالفئة الأولى: فئة الضبط الداخلي يعتقدون بأن الأحداث التي تحصل لهم تحت سيطرتهم وأنهم متحكمون في ذاتهم ومهاراتهم وهم المسئولون عن فشلهم أو نجاحهم أما فئة الضبط الخارجي فيعتقدون أن هناك قوى ومؤثرات خارجية تتحكم في آدائهم وسلوكاتهم كالحظ والصدفة أو القدر أو ذوي النفوذ.

2. تعريف مركز ضبط الألم:

تلعب معتقدات المريض عن مصدر صحته دورا أساسيا في الحفاظ على صحته ومواجهته أي مرض قد يصيبه حيث يمثل الألم جانبا مهما من جوانب المرض وهو أحد أهم الأعراض التي يرتكز اهتمام المريض عليها، وتدفعه للعناية الطبية ومحاولة ضبط مجريات حياته والسيطرة على بيئته.

وتعرفه الزروق (2015) بأنه مجموعة الاعتقادات الداخلية أو الخارجية، العامة المتجانسة والثابتة نسبيا، تفصل بين الأفراد في إدراكهم للأحداث والوقائع وتوجه سلوكاتهم (الزروق. 2015. ص13).

وتشير أمينة تازي، أحمد فاضلي (2021) إلى أنه تصور وإدراك الفرد حول المصدر الذي يحدد آلامه، والذي يكون إما داخلي المصدر أو خارجي يعود إلى الحظ والقدر أو الأشخاص الآخرين غير الشخص نفسه (تازي، فاضلي .2021. ص141).

أما مرازقة (2008) فترى بأنه المعتقدات التي تتعلق بالسيطرة على الألم وتدبره أي إلى درجة اعتقاد الأفراد بالتحكم في الألم الذي يختبرونه، ويشمل مركز ضبط الألم ثلاثة أبعاد: البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ. (مرازقة. 2008. ص59).

ومن خلال استعراض التعريفات السابقة لمركز ضبط الألم نلاحظ أنها تتفق على أن مركز ضبط الألم هو درجة اعتقاد الفرد في العوامل المتحكمة في آلامه والتي تشمل إما عوامل داخلية ترجع للفرد بحد ذاته أو عوامل خارجية ترجع للأشخاص ذوي النفوذ كالأطباء وغيرهم أو إلى الحظ والقدر.

وقد قام العديد من الباحثين بإنشاء نماذج لقياس مركز الضبط انطلاقا من الأعمال التي قدمها روتر بهذا الشأن، فقد أعدت ليفنسون Levenson، نموذج ثنائي البعد داخلي-خارجي والذي يتكون بدوره من نوعين من المعتقدات، وترى أنه إذا أدرك الفرد الانتظام والضبط في الأفعال فإن بإمكانه التفكير في الحصول على ما يريد (تعزيزات) من خلال أفعاله الخاصة في حين أن البعد الخارجي يبدو مرتبطا بالإحساس بالعجز وميزت ثلاثة أنواع من التوقعات: توقعات في التحكم الذاتي (مركز ضبط داخلي)،توقعات في التحكم ذوي النفوذ (مركز ضبط ذوي النفوذ)، توقعات غياب التحكم (مركز ضبط الحظ).

وهكذا عرف مفهوم الضبط تطورا ملحوظا حيث قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيقه في مجال الصحة وتوصلت الدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته. ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مصدر الصدارة في التراث العلمي والصحي إلى باربرا وكنيث والستون حيث قاموا بنشر وتطوير مقياس مركز ضبط الصحة وأظهرت دراستهم أن نتائج مقياس مركز ضبط الصحة كانت أفضل مقارنة بنتائج مقياس روتر.

وبهذا استعمل مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد بصورة واسعة وذلك لقياس معتقدات الفرد حول مركز ضبط حالته الصحية. كما طبقت فيما بعد مفاهيم مركز ضبط الصحة بشكل محدود وخاص على الألم وتمت إحالته للإشارة إلى مركز ضبط الألم، ثم قام تومس مان، أبثيان، تومسون بوب سنة 1991 بتعديل ومراجعة التصميم الأساسي، والصيغة الخاصة بمركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد، وهذا للاستعمال المقياس مع المعتقدات المرتبطة بالألم بشكل محدد وأصبحت الأداة الناتجة تعرف باسم: مركز ضبط الألم الذي استعمل فيما بعد في عدد من الدراسات التي تضمنت مرضى الآلام المزمنة.

3. أبعاد مركز ضبط الألم:

اختلف العلماء في تحديد أبعاد مركز ضبط الألم ولعل ذلك يرجع لسببين، الأول اختلاف العينة في الدراسة (العمر، السن، الثقافة...) حيث يتأثر قياس مركز ضبط الألم تبعا لهذه الأبعاد، أما السبب الثاني اختلاف وجهات النظر بين العلماء والباحثين في تركيزهم على العوامل التي تسهم في قولبت مركز ضبط الألم لدى الأفراد (عوامل بيئية، المعاملة الوالدية...) إلا أن الشائع هو وجود بعدين أساسيين: مركز ضبط ألم داخلي ومركز ضبط ألم خارجي.

شكل رقم (1): يوضح أبعاد مركز ضبط الألم (تصميم مجموعة البحث).

1.2. البعد الداخلي: ويشير إلى مدى اعتقاد الفرد بأن الأحداث التي تحصل له هي تحت سيطرته فالشخص الداخلي في مركز ضبط الألم أكثر قدرة وفعالية على إدراك نفسه وفهمها وهو يعتمد على أنه المقرر لمصيره والمتحكم في ذاته وقدراته ومهاراته وهو المسؤول. المباشر عنها، فإذا فشل أو نجح يعتبر نفسه المسؤول المباشر عن نجاحه أو فشله.

فيقول فرج عبد القادر طه في هذا الخصوص أن الشخص السوي هو الذي تعلم أن يتنازل عن لذات قريبة عاجلة في سبيل ثواب آجل أبعد أثر وأكثر دواما، نظرا لقدرته على إدراك عواقب الأمور. (عبد القادر طه. 1983. ص43).

إن المصادر التي يعزو إليها الأفراد أسباب حصولهم على التعزيز متعددة فيحدد بشير معمرية هاته المصادر فيقول إذا كان التعزيز مضبوطا بالعالم الداخلي للفرد فإن مصادره المحتملة هي ما يلي:

1. **الذكاء والقدرات العقلية:** فالفرد يعتقد انه يستطيع فهم البيئة وضبط أحداثها لصالحه وهو المسؤول عما يناله من ثواب أو عقاب.

2. **المهارة والكفاءة:** ذلك من خلال الاستفادة من الخبرات السابقة للسيطرة على البيئة.

3. **السمات الانفعالية والمزاجية:** فالفرد يكون اعتقادا حول نفسه بأنه يتوفر على خصائص تجعله يتحكم في الأحداث البيئية وينال التعزيزات المرغوبة، وهذه الخصائص: الثقة بالنفس، الاكتفاء الذاتي، الطموح...

2.2. البعد الخارجي: ويشير إلى مدى اعتقاد الناس من خلاله أن هناك قوى ومؤثرات خارجية تتحكم في أدائهم وسلوكهم في مختلف شؤون الحياة كالحظ، الصدفة والقضاء والقدر وذوي النفوذ والذي يشير إلى اعتقاد الشخص أن الأحداث التي تحصل أو التي قد تحصل له مستقبلا لا تعتمد على ما يقوم بفعله، والأمور التي يرغب في الحصول عليها أو الحاجات التي يشبعها تبدو وكأنها تعتمد على حضور الآخرين أو من قوى خارجية.

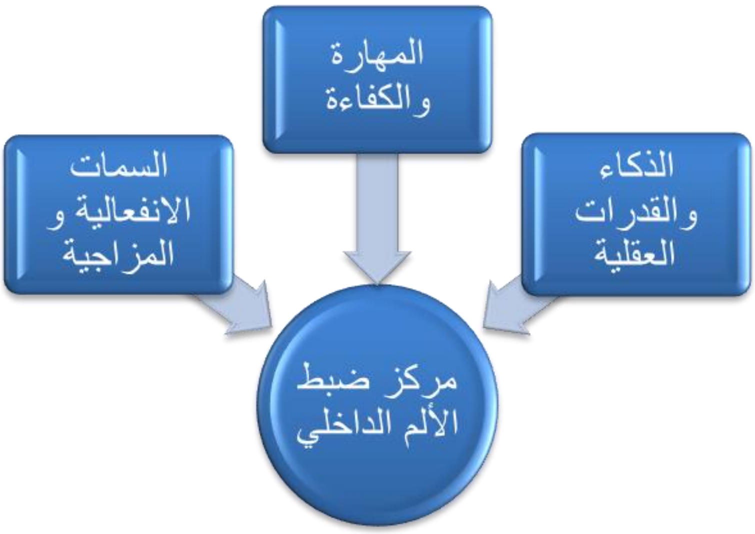
ويرى honson . j 1987 أن البعد الخارجي هو اعتقاد الفرد بأن القوى الخارجية عن الإرادة تقرر ما يحدث له، وبالتالي فهو عاجز عن التحكم في بيئته أو نتائج سلوكه. (الشافعي. 1998. ص22).

وإذا كان التعزيز مضبوطا بالقوى الخارجية فإن مصادره المحتملة ما يلي:

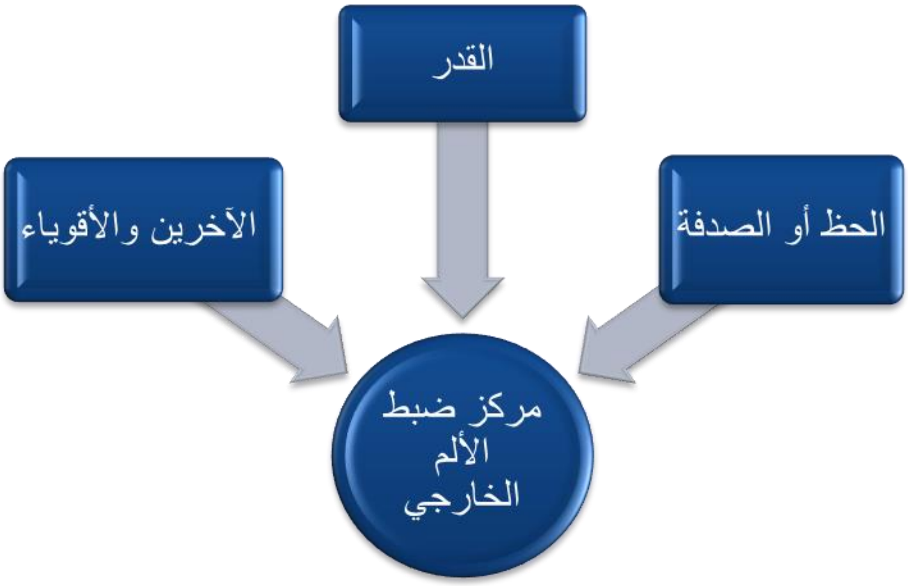
1.**الصدفة أو الحظ:** حيث يعتقد الفرد بأن العالم غير قابل للتنبؤ أو التأثيرات الاجتماعية الغير خاضعة للعقل من وجهة نظره هي المسؤولة عن نتائج سلوكه.

2.**القدر:** فالفرد يكون في اعتقاده بأنه لا يمكن أن يغير من مسار الأحداث لأنها مقدرة سلفا.

3. **الآخرين والأقوياء:** فالتعزيز يكون في أيدي الآخرين كالآباء والمسؤولين والأولياء والأطباء وهؤلاء لا يستطيع أن يؤثر فيهم لأنه ضعيف (عبد الصادق. 2014.ص22)



شكل رقم (02): يوضح مصادر مركز ضبط الألم الداخلي (تصميم مجموعة البحث).



شكل رقم (03): يوضح مصادر مركز ضبط الألم الخارجي (تصميم مجموعة البحث).

4. الخصائص الشخصية لذوي الضبط الألم الداخلي وضبط الألم الخارجي:

قدم الكن (1993) Alken ملخصا للنتائج التي تم الحصول عليها من البحوث العلمية المتعلقة بسمات وسلوك الأشخاص بناءا على مصدر الضبط.

والجدول رقم (01): يوضح الفروق بين الأشخاص ذوي ضبط الألم الداخلي والأشخاص ذوي ضبط الألم الخارجي نقلا عن: (Alken. 1993. P75).

خصائص الأشخاص ذوي ضبط الألم الداخلي	خصائص الأشخاص ذوي ضبط الألم الخارجي
*أكثر ميل إلى عزو الفشل إلى نقص القدرة. *أكثر احتمالا لأن ينجحوا في برامج إنقاص الوزن. *أكثر ميلا للقيام بما يضمن الحفاظ على صحتهم. *أكثر إدراكا وأكثر استعدادا للتعلم من محيطهم. *يملكون ميلا كبيرا للسيطرة. *يملكون قدرات فصل على حل المشكلات. *يقومون بإنجازات أكثر. *أكثر ميلا لإظهار الفضول. *يتعاملون مع المرض بشكل أكثر فاعلية. *أكثر ميلا لإصدار الأحكام على الأشخاص الآخرين. *أكثر ميلا إلى معرفة الظروف التي تقود إلى الصحة الجسمية والنفسية الجيدة. *أكثر احتمالا لاتخاذ إجراءات لتحسين صحتهم. *أقل احتمالا للتعرض للجلطات القلبية.	*أكثر ميل واحتمال إلى عزو الفشل إلى صعوبة المهمة. *أكثر احتمالا للقيام بمحاولات انتحارية. *أكثر ميلا للخضوع. *أكثر عرضة للاضطرابات النفسية. *يميلون لأن يكونوا أكثر قلقا واكتئابا. *أكثر عرضة للضغط النفسي. *أكثر ميلا لتطوير أساليب دفاعية عن فشلهم في التأقلم. *أكثر ميلا بأن يكونوا من الإناث.

ومن خلال المقارنة بين ذوي ضبط الألم الداخلي وضبط الألم الخارجي من حيث التحكم يتبين أن الداخليين أكثر إيجابية وأكثر محاولة لمواجهة الضغوط المرضية.

5. قياس مركز ضبط الألم:

عمل الباحثون على إعداد مركز الضبط في علم النفس الاجتماعي كأحد المفاهيم الأساسية في مجال الشخصية والتي على أساسها تحدد قدرة الفرد على مقاومة العوامل الضاغطة الخارجية، سمحت هذه المقاييس بتقسيم مركز الضبط حيث كانت بدايته على الراشدين ومن ثمة على الأطفال ومن بين هذه المقاييس نجد:

1. **مقياس روتر Rotter (1966):** قام بإعداده عالم النفس الأمريكي " جوليان روتر" صاحب نظرية التعلم الاجتماعي في ضوء مقياس جيمس وفاريز للتمييز بين الأفراد حسب اعتقاداتهم حول التعزيز، يستعمل للراشدين فقط يتكون من (29) بندا ذات الاختيار الإجباري (23) تقيس الضبط الداخلي والأخرى تقيس الضبط الخارجي وكل وحدة بعبارتين (a) و(b) ويطلب من المستجيب اختيار إحداهما بما يتوافق مع حالته. (بركات.داوود. 2016. ص160).

أما (6) الباقية فهي دخيلة وضعت للتمويه حتى لا يكتشف المفحوص هدف المقياس (طالبي. 2014. ص156).

وقد قام العديد من العلماء بتعريبه وتكييفه ليتلاءم مع بيئات مختلفة ونجد من بينهم:

علاء الدين الكفافي (1982): قام بترجمته وتقنينه في البيئة المصرية واستخدمه في مجموعة من الدراسات النفسية حول وجهة الضبط وعلاقتها ببعض المتغيرات: المسايرة، الانبساط، الفروق بين الجنسين، قوة الأنا، العصابية. (عبد الخالق. 2000. ص348).

صلاح الدين أبو ناهية (1986): قام بتعريبه وتقنينه ليتناسب مع البيئة الأردنية.

الزبيدي (2002): قام بتعريب وتقنين مقياس مركز التحكم وتكييفه على البيئة العراقية. (عداي.2007. ص289).

زعطوط (2005): تبنى مقياس مركز التحكم لروتر وقام بتقنينه ليتلاءم مع البيئتين العراقية والجزائرية. (نيس. 2004. ص9)

2. مقياس والستون متعدد الأبعاد:

مصدر ضبط الصحة المتعدد الأبعاد لوالستون حيث استعملنا الشكل (C)، الخاص بالألم والموجه للحالات المرضية، ينقط المقياس من5 إلى 1 على سلم ليكارت (موافق، موافق تماما، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما). تدل الدرجة المرتفعة على ميل إلى مصدر ضبط الألم الخارجي، يتكون المقياس من (18) بندا وله ثلاثة أبعاد أساسية يحتوي كل بعد على (6) بنود باستثناء بعد ذوي النفوذ الذي ينقسم إلى بعدين فرعيين هما: بعد الأطباء وبعد الأشخاص الآخرين.

1. **البعد الأول:** البعد الداخلي ويشمل 06 بنود.
2. **البعد الثاني:** بعد الحظ ويشمل 06 بنود.

3.البعد الثالث: بعد ذوي النفوذ وفيه:

1.3. بعد الأطباء ويشمل 03 بنود.

2.3. بعد الأشخاص الآخرون يشمل03 بنود.

وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس حيث كانت قيمة معامل α لمعرفة درجة ثبات مقياس ضبط الألم الكلية قد بلغت 0.84 وهي درجة مرتفعة مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق. (تازي، فاضلي. 2021. ص142).

6. العوامل المؤثرة في مركز ضبط الألم:

أظهرت العديد من الدراسات أن مركز التحكم يخضع لتأثير العديد من العوامل ذات الأهمية البالغة في قولبت وتشكيل وجهة ضبط الألم لدى الأفراد وسوف نلقي الضوء على الصور التالية:

1. **أساليب المعاملة الوالدية:** فأساليب المعاملة الوالدية هي التي تهيئ لظهور الضبط الداخلي والخارجي حيث أن الأساليب القائمة على التقبل والحماية المعقولة والتفاعل الإيجابي وإتاحة الفرصة لاتخاذ القرارات في التنشئة تؤدي إلى الاتجاه الداخلي لضبط الألم (النيال. 1994. ص591)، في حين القسوة والحماية الزائدة أو الإهمال والتسلط والنقد السلبي في التعامل مع الأبناء قد يؤدي إلى الاتجاه الخارجي للضبط (الخثعمي. 2008. ص63).

وهذا ما أكدته دراسة سيدني سولتز التي توصلت إلى أن مصدر الضبط الداخلي ينبع من الأسر التي تعتمد التدعيم الإيجابي ولا تعتمد الأسلوب الاستبدادي التسلطي وجاءت نتائج هذه الدراسة موافقة لما أسفرت عنه دراسة كل من ولسن ورامي 1972.

وعليه يمكن القول بأن أساليب معاملة الوالدين للأبناء من المحددات الأساسية لمركز ضبط الألم لديهم ويجب أن تتسم بالتوسطية في الاعتناء بالأبناء وتدريبهم على تحمل المسؤولية من الصغر.

2. **السن:** تكشف الدراسات السابقة التي تناولت علاقة المراحل العمرية بمركز ضبط الألم أن مركز ضبط الألم الداخلي يزداد مع التقدم في العمر ومن هذه الدراسات دراسة بياليير Bialer، بنجا 1979 وقد استنتج أبو ناهية 1987 من خلال عرضه للدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة العمر وعلاقة بوجهة الضبط أهمية مرحلة الطفولة في نمو وجهة الضبط وحيوية ودور الوالدين في ذلك كما اتضح أن مركز الضبط يتغير باختلاف مراحل التعليم فالتحكم الداخلي يعتبر منخفضا في مرحلة الطفولة ثم يزداد مع التقدم في العمر في مرحلة المراهقة ثم في مرحلة الشباب والرشد. (الخثعمي. 2008. ص38).

3. **الجنس:** اتضح من بعض الدراسات وجود فروق في وجهة ضبط الألم تبعا للجنس فقد وجدت فاطمة حلمي "فروق لصالح الإناث في مصدر ضبط الألم الداخلي ولاحظ "الزيات" وجود تأثير دال وموجب للجنس على مصدر الضبط لصالح الذكور، وذكرت "نادية التيه" نتائج بعض الدراسات الأجنبية والتي تورد أن الإناث أكثر ميلا لوجهة ضبط الألم الخارجية وقد يعود ذلك إلى إطار الثقافة التقليدية التي تكون أساليب السلوك المرتبطة بالدور الجنسي لكل من الرجل والمرأة والتي قد تكون أكثر جوانب الثقافة للتغير.

حيث أن الأنثى تخضع لقوى خارجية تؤثر على حياتها، وقد يكون ذلك السبب في أن الإناث اقرب إلى وجهة ضبط الألم الخارجية في إدراك مصادر التدعيم. (العفاري. 2011. ص ص23.24).

4. **المستوى التعليمي:** فقد أكدت دراسة Faustman et Mathew (1980): على أن المستوى التعليمي يؤثر في إدراك الفرد لمعتقداته المتعلقة بصحته ونتائج أفعاله، فإن تفسير المتعلم لسلوكاته الصحية أو المرضية تختلف عن تفسير الغير متعلم لكون المتعلم يبحث عن كيفية المحافظة على صحته وبالتالي فهو يبحث عن التوعية الصحية من خلال النشرات الصحية عكس الأمي الذي يلجأ لمعتقدات كالقدرية وأن مرضه مكتوب عليه، كما أوضحت دراسة الديب (1985) أن هناك فروق في مركز الضبط بين الأفراد تعود إلى اختلاف مستوى ثقافتهم ودرجة تعليمهم فقد أشارت الدراسة إلى أنه كلما انخفض مستوى مؤهلات الفرد العلمية انخفضت معها درجاتهم في الضبط الداخلي ومالوا نحو الضبط الخارجي (أمل الأحمد. 2001. ص220).

5. **مدة إزمان المرض:** اتضح من خلال دراسة اسمهان عزوز (2008) أنه لا يوجد ارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الألم ومدة إزمان المرض وهذا ما أكدته دراسة Mouris et al (1992) على مرضى السرطان أين ألغت الارتباط بين مدة المتابعة والتحكم في المرض، فمصدر ضبط الألم يعتمد على تفسير ينبع من الشخص وكنتيجة لتأثيره وتحكمه في الظواهر المحيطة بمرضه، فمعارف المريض ومدركاته حول مرضه وآلامه تتأثر نتيجة للإخفاقات والنجاحات التي تحدث له طوال مدة المرض. (عزوز،2008، ص89).

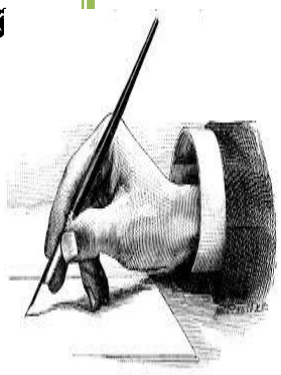
خلاصة

وعليه يمكن القول أن المعتقدات التي يحملها الأفراد حول حياتهم تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على حالتهم الصحية باعتبار الصحة والمرض نتاج عدد من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية لذا فدراسة مركز ضبط الألم تهدف إلى معرفة طبيعة معتقدات الأشخاص حول ضبط ألمهم، أي ميل الأفراد إلى عزو نتائج ألمهم إلى سلوكياتهم فهم المسؤولون على ما يحدث لهم (ضبط داخلي)، في حين يعتقد آخرين في ضبط ألمهم إلى تأثير الآخرين كالأطباء، الحظ والقدر (ضبط خارجي)، فالمعتقدات تلعب دورا مهما وفعالا في كيفية تدبر وفهم سلوك الألم وكيفية التعامل معه.

الفصل الثالث

القصور الكلوي المزمن

تمهيد.



1. تعريف القصور الكلوي المزمن.
2. مراحل القصور الكلوي المزمن.
3. أسباب القصور الكلوي المزمن.
4. أعراض القصور الكلوي المزمن.
5. تشخيص القصور الكلوي المزمن.
6. طرق علاج القصور الكلوي المزمن.

خلاصة.

تمهيد

تعد الكلية من الأعضاء الأساسية في جسم الإنسان وهي تقوم بوظائف هامة متعددة تتمثل في إنتاج الهرمونات التي تضبط ضغط الدم، تنظم الماء والأملاح في الجسم، تنقية وتطهير الدم من المواد السامة والضارة وذلك للحفاظ على توازن الجسم وأي إصابة في الكلى تؤدي إلى تدهور صحة الفرد بشقيها الجسمية والنفسية وهذا ما يحدث في القصور الكلوي المزمن ويعتبر من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا وخطورة وهو عدم قدرة الكلية على أداء وظائفها بالشكل الطبيعي.

وسنحاول في هذا الفصل التطرق لبعض مفاهيم القصور الكلوي المزمن، السياق التاريخي للقصور الكلوي المزمن ومراحله وأسبابه، أعراضه إضافة إلى التشخيص والعلاج وكذا الكفالة النفسية لمرض القصور الكلوي المزمن.

1. تعريف القصور الكلوي المزمن:

يعرفه Bergery 1994 بأنه خلل مزمن لوظائف الكلية، والذي يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص كمية البول المفرزة في وقت محدد، ومن الناحية الفسيولوجية فإن هذا المرض هو عبارة عن إصابة الوحدات الوظيفية في الكلية (النيفرونات) وبالتالي يؤدي إلى النقص في القدرة على التحكم في تركيز الأملاح في البول (Bergery.1994. P40).

كما يعرفه ليجندر Legendre1999 بأنه الانخفاض العنيف والسريع للرشح الكبيبي الذي يعد المسؤول عن تناذر تبول الدم الحاد وهو قابل للرجوع تلقائيا تحت تأثير العلاج غير أن التنبؤ فيه يبقى غامضا (Legendre.1999.P106).

ويشير محمد صادق صبور (1994) إلى أن القصور الكلوي المزمن هو النهاية المحتمة لجميع أمراض كُبيبات الكلى، التي تبدأ عادة بدون أعراض لمدة طويلة ولكن يحدث فقد تدريجي وبطيء للكليونات والمظهر الوحيد في بداية المرض هو ظهور الزلال في البول

ثم تبدأ وظائف الكلى في التدهور تدريجيا ببطء حتى يصل المريض إلى الفشل الكلوي المزمن (صبور. 1994. ص43).

أما بورقبة (2000) فتقول بأنه انخفاض في قدرة الكليتين على تأدية تصفية الدم وطرح الفضلات ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي (بورقبة. 2000. ص6).

وتستنبط مجموعة البحث من التعاريف السابقة بأن القصور الكلوي المزمن هو العجز التام للكليتين عن أداء وظائفها الأساسية كتصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول على مدى السنوات، والمصابين به يعيشون باقي حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم أو زرع كلية...

ويمثل القصور الكلوي المزمن شكلا من أشكال الأمراض المزمنة التي كانت ولازالت تهدد حياة الفرد مما أدى بالباحثين إلى إيجاد وسائل علاجية للقضاء أو التخفيف من حدة المرض.

ومن بين العلماء الذين استخدموا أولى عمليات التصفية لعلاج القصور الكلوي نجد الباحثين الأمريكيين " لوف " و"براك"، حيث قاما هذان العالمان باستصفاء الدم سنة 1942 كما استخدمه العالم السويداني "الفال" عام 1947 لإنقاذ مرضى القصور الكلوي وكان يعرف آنذاك بـــ " البولة الدموية"، ثم قام العالم الأمريكي "سكرتير 1960" بالعلاج بالكلية الصناعية وأدخل عليها تعديلات حيث اكتشف أنبوب يتم تركيبها بين الشرايين والوريد على مستوى الساعد يمكن وصلهما بجهاز الكلية الصناعية لمئات المرات، ثم ابتكر الجراح الأمريكي "سيمو" عملية جراحية يوصل بها الشريان والوريد الموجود على مستوى الساعد.

ومن هنا يمكن استخدام الديناليز لعلاج الفشل الكلوي المزمن إلى جانب استخدام آلات تصفية الدم برع الجراحون في عمليات زرع الأعضاء حتى يتسنى للمصابين بالقصور

الكلوي المزمن التخلي على الدياليز والحصول على كلية شخص متوفى إن لم يكن له نصيب في التبرع العائلي (عيشوني، بن لزرق. 2015. ص46).

2. مراحل القصور الكلوي المزمن:

وتضيف (البهيكلي. 2010. ص12) مراحل عدة للفشل الكلوي المزمن يمكن التعرف عليها من خلال فحص الدم، المسمى بمعدل تصفية الكلى للسموم GFR ويمكن تحديد المراحل عبر الجدول التالي:

المرحلة	خصائصها	معدل تصفية السموم مللي/دقيقة	العلاج
احتمال التعرض للإصابة	*وجود تاريخ مرض للإصابة بالسكر أو ضغط الدم المرتفع. *وجود عوامل أخرى مثل الوراثة.	90 فأكثر	تشخيص وعلاج المشاكل الصحية ببطء من تطور اعتلال الكلى
المرحلة الأولى	تضرر في الكلى (وجود بروتين في البول).	90 فأكثر	يعتمد العلاج في هذه المرحلة على التشخيص المبكر والمتابعة المستمرة للتحكم في سبب المرض مثل السكر والضغط
المرحلة الثانية	تضرر في الكلى مع انخفاض بسيط في معدل تصفية الكلى للسموم.	60-89	تقييم نسبة عمل الكلية والاستمرار في متابعة الفحوصات مهم جدا
المرحلة الثالثة	انخفاض متوسط في معدل تصفية الكلى للسموم.	30-59	تقييم وعلاج الأضرار الناتجة عن الفشل
المرحلة الرابعة	انخفاض شديد في معدل تصفية الكلى للسموم	15-29	التحضير لبدء علاج الفشل الكلوي
المرحلة الخامسة	فشل كلوي	أقل من 15	علاج الفشل الكلوي بزراعة الكلى إن أمكن أو الغسيل الكلوي

جدول رقم(02):يوضح مراحل الفشل الكلوي المزمن. البهيكلي رؤيا 2010. ص12.

3. أسباب القصور الكلوي المزمن: (صبور.1994. ص21).

يحدث مرض الكلى المزمن عندما تضعف وظيفة الكلى مما يتسبب في تفاقم تلف الكلى على مدى شهور أو سنوات وتتمثل الأعراض والحالات المسببة لمرض الكلى المزمن فيما يلي:

الأمراض	الأسباب
-الالتهاب الكبيبي المزمن	سبه غير معروف إلا أن الإصابة الميكروبية تؤدي اختلال في الجهاز المناعي ليؤثر على أغشية الكبيبات الكلوية.
-أمراض وعائية	ارتفاع ضغط الدم الخبيث، تصلب شرايين الكلى وانسدادها، التهاب الشرايين المتعدد العقدي، الذئبة الحمراء، تصلب الجلد.
-التهاب الكلى الميكروبي	التهاب الكلى الميكروبي المزمن، درن الكلى.
-أمراض أيضية عامة	الداء السكري، النقرس، فرط كالسيوم الدم، فرط فيتامين د، مرض اللحمانية، النقيوم المتعدد.
-عيوب خلقية بالكلى	الكليتان متعددتا الكيبسات، الكليتان الضامرتان خلقيا، التهاب حوض الكلية المزمن.
-أمراض انسدادي بالمسالك البولية	الحصوات، الأورام، تضخم البروستات، عيب خلقي بحوض الكلى، ضيق عنق المثانة، تليف الحالبين.
-أمراض بنيات الكلى	عيوب خلقية بالمثانة أو مجرى البول، التسمم بالعقاقير أو المعادن الثقيلة أو غيرها.

جدول رقم (03): يوضح أسباب القصور الكلوي المزمن.

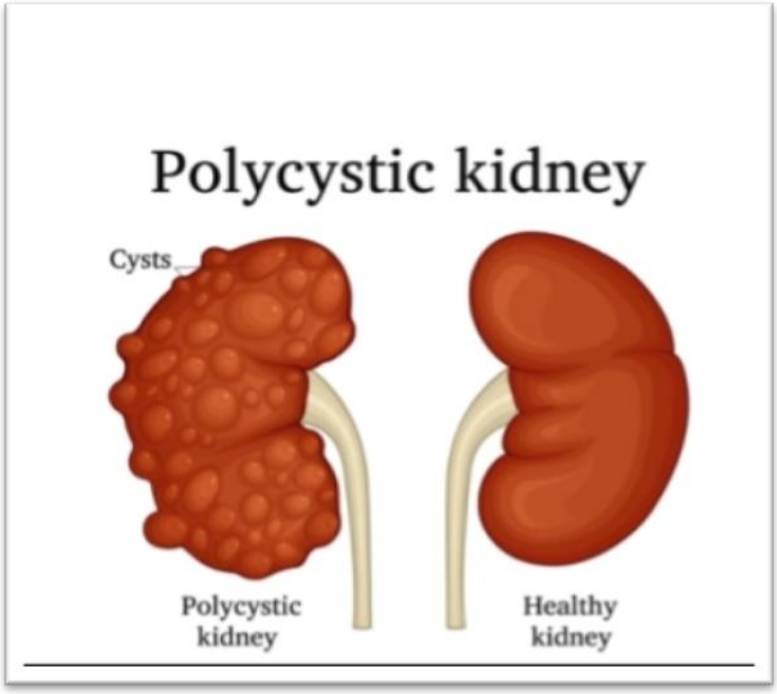
وتختلف أسباب هذا المرض باختلاف أنواعه إذ نجد أسباب تعود إلى عوامل وراثية وأسباب تعود إلى عوامل مكتسبة:

1. **عوامل وراثية:**

أ. قصور كلوي ناتج عن مصفيات الكلى: هي إصابة مصفيات الكلى التي تفصل البول عن الدم، والسبب يعود إلى عجز الجهاز المناعي، حيث عندما يخطأ هذا الجهاز في الدفاع عن الجسم يؤدي ذلك إلى الإفراز بمرشحات الكلى هذا العجز المناعي يمكن أن

يؤثر عن كثير من أعضاء الجسم حيث يؤذي في أغلب الأحيان المفاصل والجلد وفي العادة يظهر هذا النوع من الإصابة بين 16 و31 سنة ويستهدف النساء أكثر من الرجال هذا الداء إذا لم يعالج فإن مرشحات الفيلتر تتدهور ببطء وتصبح غير قادرة عن تطهير الدم (Boubchir. M.A. 2004. P24).

ب. قصور كلوي ناتج عن تعدد الأكياس: هو مرض وراثي ينتج عنه تكوين أكياس غير طبيعية داخل الكلى تسبب هذه الأكياس تلف في الكبيبات الكلوية مما يترتب عنه إعاقة الكلى على القيام بوظيفتها (الشويخ، 2009، ص43).



شكل رقم (04): يوضح تعدد الأكياس الكلوي.

ج. زملة البورت: تسبب هذه الزملة التهابات مزمنة داخل الكلى عادة تظهر في مرحلة الطفولة، وتنتشر هذه الالتهابات لتشمل جميع الواحدات الكلوية داخل الكلى مما يترتب عنه ظهور الدم وزلال البول تتطور هذه الأعراض إلى الإصابة بالقصور الكلوي المزمن (الشويخ. 2009. ص45).

2. العوامل المكتسبة:

أ. التهاب الكبيبات: يترتب عن اضطراب المناعة في الجسم زيادة نشاط الخلايا اللمفاوية المنتجة للأجسام المضادة في الدم تسبب مرور هذه الأجسام في الأوعية الدموية في الكلى في حدوث عدوى تصيب الكبيبات الكلوية بالتهاب مزمن مما يترتب عنه خلل في القيام بوظائفها (الشويخ.2009. ص45).

ب. التهاب حوض الكلية المزمن: هو أحد أهم الأسباب في الإصابة بالمرض ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، أين يظهر عيب خلقي في الحالب مما يؤدي إلى ارتفاع البول من المثانة إلى الحالب (علي البار.1992. ص49).

ج. ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري: إن نسبة قليلة من الحالات ضغط الدم ومرض السكري تنتهي بإصابة الكلى إصابة تؤدي إلى الفشل الكلوي ولكن إصابة الإنسان بارتفاع ضغط الدم أو السكري تؤدي مع مرور الوقت إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية مما يؤدي إلى إصابة الكليتين بالفشل الكلوي المزمن (البار.1992. ص44).

د. الاستخدام المفرط لبعض الأدوية: إن الإفراط في استخدام الأدوية والمسكنات بالذات استخدامها لفترة طويلة بجرعات عالية من أهم الأسباب المؤدية للفشل الكلوي حيث تؤدي إلى إصابة نخاع الكلية مثل الأسبرين، الباراسيتامول، أدوية الروماتيزم (الفيتوبزفين) إضافة إلى المضادات الحيوية (الشويخ.2009. ص ص44.46).

ح. انسداد المسالك البولية وأورام الكلية: مرض جراحي يلزمه تدخل جراح المسالك البولية لإزالة الحصوات أو استئصال البروستات أو إصلاح عيب خلقي في المسالك البولية أو إصلاح ضيق الحالب أو قناة مجرى البول أو إزالة ورم المثانة. (صبور. 1994.ص71).

وتصيب الكلى أورام حميدة أو أورام خبيثة، والأورام الخبيثة قد تكون أولية تنشأ من أنسجة الكلى أو ثانوية انتقلت من أورام خبيثة أخرى بالجسم ومن بين هذه الأورام سرطان الكلية، سرطان حوض الكلى، ورم يلم (صبور.1994.ص100).

4. **أعراض القصور الكلوي المزمن:** (صبور.1994.ص ص 18.20).

وتظهر مظاهر الفشل الكلوي في كل عضو من أعضاء الجسم وفي كل جهاز من أجهزته.

1.**الجهاز الهضمي:** فقدان الشهية ثم التهوع فالقيء، رائحة كريهة للنفس، التهاب المعدة والأمعاء وقد يكون القيء مدمما لظهور قرح بالمعدة والاثني عشر، إمكانية الإصابة بالإسهال.

2.**الجهاز الدوري:** ضغط الدم، ضيق التنفس، تصلب شرايين القلب، التهاب التامور وما يصاحبه من آلام الصدر وحكة، ضعف ووهن عضلة القلب.

3.**الجهاز العصبي والحركي:** التعب والإعياء، اضطراب النوم، صداع، تقلص العضلات والرجفة، والكسل والبلادة والتشنج العصبي والغيبوبة.

4.**الجهاز التنفسي:** ارتشاحات في حوصلات الرئة، اضطراب التنفس.

إضافة إلى احمرار العينين وعيوب بالقرنية وتأثر العين، تورم رأس العصب البصري جراء ارتفاع ضغط الدم، كف البصر المؤقت أو الدائم، الاكتئاب، القلق، يتسم بالإنكار، آلام بالرجلين وضعف الإحساس في قدميه جراء التهاب الأعصاب الطرفية، مظاهر بالجلد شحوبة وسمرته الزائدة والحكة والنزف بالجلد وتكثر الأنزفة مكان الحقن، وأحيانا يظهر ما يسمى بصقيع البولينية على الجلد، النقرس جراء ارتفاع نسبة حمض البوليك، تورم مفصل إبهام القدم، تأثر الغدد الصمم، فينقطع الطمث لدى النساء ويصبن بقلة فرصة الحمل أو العقم، تأثر الرغبة الجنسية لدى الجنسين، فقر الدم، النزيف ويظهر على الجلد أو الأغشية المخاطية أو من الأحشاء الداخلية إضافة إلى العطش المستمر وجفاف الحلق واللسان والجلد، وتورم القدمين ووجه منتفخ في معظم الأحيان.

5. تشخيص القصور الكلوي المزمن:

يتم تشخيص هذا المرض من خلال الفحوصات السريرية والفحوصات المخبرية.

1. **الفحوصات الإكلينيكية:** وتتمثل في ما يلي:

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

2. **الفحوصات البيولوجية:** وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم نذكر من بينها:

- نسبة البوليان تتجاوز 1غ/ل والتي قد ترتفع بصور كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلى مازالت محتفظة بخمسين بالمائة من وظائفها.
- فحص نسبة الكرياتين في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100 مل/د والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 1مغ لكل 100 ملل، وإصابة الكلية تفقدها قدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى 25 ملل/ الدقيقة أن يتضاعف الكرياتين في الدم إلى 2 مغ / ملل من الدم.

(البار.1992.ص44).

6. طرق علاج القصور الكلوي المزمن:

لا يوجد علاج نهائي لمرض القصور الكلوي المزمن لذلك نجد كل الجهود منصبة لتحقيق هدفين:

*إبطاء تطور المرض.

*علاج آثار وانعكاسات العجز الكلوي المزمن في مرحلته النهائية بالاعتماد على برنامج مكثف.

1.الأدوية: يظهر الكثير من المرض المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن إلى استخدام أدوية متعددة للمحافظة على صحة الجسم وهذه الأدوية هي:

*الأدوية المحافظة لضغط الدم لأن القصور الكلوي يصاحبه ارتفاع ضغط الدم، لذلك تستلزم حالة المريض الصحية أخذ هذه الأدوية لمنع حدوث آثار سلبية لارتفاع ضغط الدم.

*الأدوية المحافظة للكوليسترول.

*الأدوية المنشطة لتكوين الدم ك: أبريكس (Eprex) أو روكورمون (Rocormon) أو أرانسب Aranesp.

*فيتامين (د) للمحافظة على صحة العظام.

(السويداء.2010.ص37)

شكل رقم (05): يوضح بعض الأدوية المنشطة لتكوين الدم .

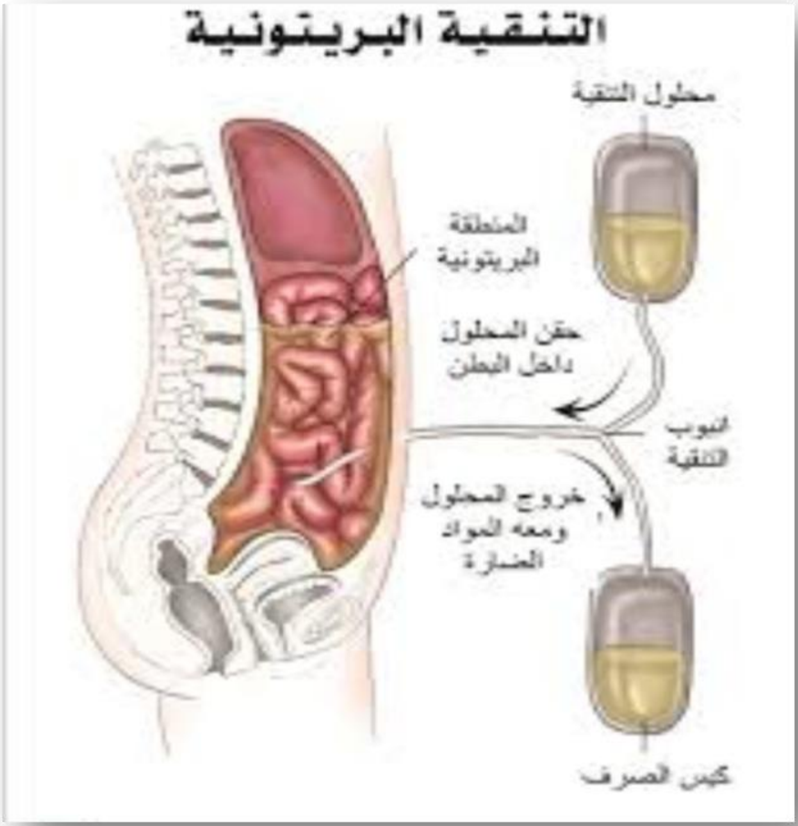
2.الغسيل الدموي (التصفية الدموية): وهو ضخ الدم من خلال الكلية الصناعية حيث يتم هناك رشح السموم والأملاح الزائدة في الجسم إلى سائل التنقية الكلية الصناعية من أسطوانة تحتوي على أغشية تفصل بين الدم وسائل الغسيل الذي هو عبارة عن ماء منقى ومعالج بإضافة بعض الأملاح والمعادن وتحتوي أغشية الكلية الصناعية على فتحات صغيرة جدا تعبر من خلالها السموم والأملاح الزائدة من الدم وهذه الطريقة تشبه أكياس الشاي التي تسمح للشاي بالعبور إلى الماء وبينما تبقى الأوراق داخل الكيس، ويتم إعادة الدم المنقى إلى الجسم أما سائل الغسيل المحمل بالسموم فيتم ضخه إلى التصريف،

وتستمر هذه العملية مدة أربع ساعات، ويتم أيضا سحب الأملاح والماء الزائدين في الجسم ويتم إضافة مسيلات الدم لتفادي التجلط وأكثر الأدوية استخداما الهيابرين (Heparin). (السويداء.2010.ص41).

شكل رقم (06): يوضح عملية الغسيل الدموي (التصفية الدموية).

3.**الغسيل البريتوني (التنقية البريتونية):** هي طريقة أخرى لإزالة السموم والسوائل الزائدة من الجسم لكن من غير أن يضخ الدم إلى خارج الجسم، يوجد في البطن غشاء يسمى الغشاء البريتوني (Peritoneun) هذا الغشاء يحيط بالأمعاء وأعضاء البطن الأخرى، يعمل هذا الغشاء تماما كالكلية الصناعية لذلك يتم وضع السوائل في تجويف البطن حيث تنتقل السموم والأملاح من الدم إلى سائل الغسيل البريتوني الموجود في تجويف البطن، يتم وضع أنبوب بلاستيكي عبر الجلد إلى تجويف البطن عن طريق عملية جراحية صغيرة تحتاج القسطرة إلى بين 2–4 أسابيع لكي يلتئم الجرح ومن ثم يتم استخدام هذه القسطرة لإدخال وإخراج سائل التقنية من تجويف البطن.

(السويداء.2010.ص ص44.45).



شكل رقم (07): يوضح عملية الغسيل البريتوني(التنقية البريتونية).

4.**زراعة الكلى:** وتعتبر العلاج المثالي حاليا لمرض الفشل الكلوي المزمن وتتم بنقل كلية طبيعية من أحد الأقارب أو أحد الأشخاص المتوفين حديثا إلى المريض بعد عمل فحوصات طبية خاصة للتأكد من توافق الكلية المنقولة مع أنسجة المريض لتقليل فرصة رفض الجسم للكلية المنقولة ويخضع كلا من المتبرع والمتلقي للكلية لفحوص دقيقة ومتعددة، ويستفيد المريض المتلقي للكلية المزروعة بكل وظائف الكلية الطبيعية ويمكن أن يعيش حياة طبيعية. (صقر .2010.ص65).

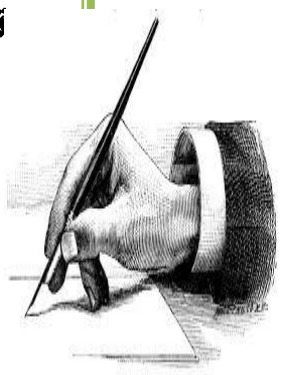
خلاصة:

نستخلص مما سبق أن القصور الكلوي المزمن هو توقف الكليتين عن أداء وظيفتهما بشكل طبيعي قد تستغرق هذه الإصابة عدة أشهر أو عدة سنوات بعد ظهورها، ذلك لأسباب إما وراثية أو مكتسبة مع ظهور عدة أعراض تلازم المريض وتعيقه عن أداء مهامه، أما في ما يخص علاجه فهناك عدة طرق نذكر منها: الأدوية، الغسيل الدموي، الغسيل البريتوني، والزرع الكلوي والتي تعتبر العلاج المثالي للمريض والكشف المبكر عن المرض قد يفيد كثيرا في علاجه وتجنب أزماته

الفصل الرابع

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد.



1. الدراسة الاستطلاعية.
2. منهج الدراسة.
3. مجتمع وعينة الدراسة.
4. أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية في البيئة الجزائرية.
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة.

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق بشيء من التفصيل لمنهجية وإجراءات الدراسة، حيث سنتطرق للدراسة الاستطلاعية وللمنهج المتبع ومجتمع وعينة الدراسة وكيفية اختيارها ثم تقديم أدوات الدراسة إضافة إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة.

1. **الدراسة الاستطلاعية:**

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 50 فرد من مرضى القصور الكلوي المزمن منهم 30 ذكور و20 أنثى تم اختيارها بالطريقة القصدية تراوحت أعمارهم بين 14-78 سنة بمتوسط عمري 29.9 وانحراف معياري قدره 11.61، وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو:

- التعرف على المجتمع الأصلي للدراسة والذي سوف نأخذ منه عينة الدراسة.
- الاحتكاك المباشر بعينة الدراسة لمعرفة خصائصها.
- التطبيق الميداني لأدوات الدراسة والتعرف على الظروف المناسبة للتطبيق.

	الفئات	العدد	%
الجنس	ذكر	30	60
	أنثى	20	40
المجموع		50	100
السن	أقل من 44 سنة	28	56
	45 سنة فما فوق	22	44
المجموع		50	100
مدة ازمان المرض	أقل من 4 سنوات	24	48
	5 سنوات فما فوق	26	52
المجموع		50	100

جدول رقم (04) :يوضح مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية.

من خلال معطيات الجدول رقم (04) يتضح أن عينة الدراسة الاستطلاعية قد تضمنت كلا الجنسين، وذلك بنسبة 60% للذكور، و40% للإناث.

كما اتضح كذلك أن سن المبحوثين تراوح بين الفئة العمرية أقل من 44 سنة بنسبة 56% والفئة العمرية 45 سنة فما فوق بنسبة 44%، كما اتضح أن مدة ازمان المرض امتدت من الفئة أقل من 4 سنوات بنسبة 48% والفئة 5 سنوات فما فوق بنسبة 52%.

2. منهج الدراسة:

إن الرؤية العلمية اتجاه أية مشكلة يعانيها أي مجتمع تنطلق من واقع المنهج العلمي القائم على الدراسة والتحليل لجميع المتغيرات المرتبطة بالمشكلة من حيث واقعها وأسبابها والعوامل المحددة لها ولا يجب إطلاق أحكام أو افتراضات أو تخمينات ذاتية حول المشكلة أو المشكلات التي يواجهها المجتمع دون الاستناد إلى الوقائع العلمية، ومن ثم فالمنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة وللإجابة على الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث، وهو البرنامج الذي يحدد لنا سبيل الوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها. (شفيق.2001.ص26).

وعليه، فإن موضوع الدراسة هو الذي يفرض على الباحث استخدام منهج دون غيره لذلك تختلف المناهج باختلاف المواضيع، وحتى يتمكن الباحث من دراسة موضوعه دراسة علمية فإن تحديد المنهج المتبع في البحث يعد خطوة هامة وضرورية، وتماشيا مع طبيعة هذه الدراسة التي تبحث عن مصدر ضبط الألم لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن، فقد اتبعت مجموعة البحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يعنى بوصف الظواهر والمشاكل العلمية المختلفة، وحل المشكلات والتساؤلات التي تقع في دائرة البحث العلمي ثم يتم تحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق المنهج الوصفي، حتى يمكن إعطاء تفسير ونتائج مناسبة عن تلك الظاهرة.

3.**مجتمع وعينة الدراسة:**

1.**مجتمع الدراسة:** تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى القصور الكلوي المزمن بمدينتي بوسعادة ومقرة.

2.**عينة الدراسة وكيفية اختيارها:**

يمكن الحديث عن عينة الدراسة الأساسية من خلال المؤشرات التالية:

1.**المجال المكاني:**

أجريت هذه الدراسة بمركزين لتصفية الدم وأمراض الكلى في ولاية المسيلة بمدينتي بوسعادة (مستشفى رزيق البشير) ومدينة مقرة (عيادة تصفية الدم وأمراض الكلى الإخوة بوعفار) وفيما يلي تعريف بهذه المؤسسات:

أ. مستشفى رزيق البشير: تم افتتاحه بتاريخ 11 جويلية 1987 يقع في مدينة بوسعادة به 58 طبيبا وطبيبة و92 ممرضا وممرضة وبه 53 مريضا يعاني من القصور الكلوي المزمن.

ب. عيادة تصفية الدم وأمراض الكلى الإخوة بوعفار: تم افتتاحها بتاريخ 2019/02/02 يقع في مدينة مقرة به 1 طبيبا مختص في أمراض الكلى و2 طبيبة عامة و10 ممرضا وممرضة وبه 58 مريضا ومريضة يعاني من القصور الكلوي المزمن.

2.**المجال البشري:**

ويتضمن عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى رزيق البشير بوسعادة وعيادة تصفية الدم وأمراض الكلى الأخوة بوعفار بمقرة بمجموع 50 مريضا، 30 ذكورا و20 إناثا موزعين على مستشفى بوسعادة رزيق البشير 30 مريضا وعيادة تصفية الدم الأخوة بوعفار مقرة 20 مريضا كما يوضحه الجدول التالي:

اسم المؤسسة	عدد مرضى القصور الكلوي المزمن		المجموع
	ذكور	إناث	
مستشفى رزيق البشير –بوسعادة.	19	11	30
عيادة تصفية الدم الأخوة بوعفار – مقرة.	11	9	20
المجموع	30	20	50

جدول رقم (05): يوضح توزيع مجتمع الدراسة على مراكز تصفية الدم.

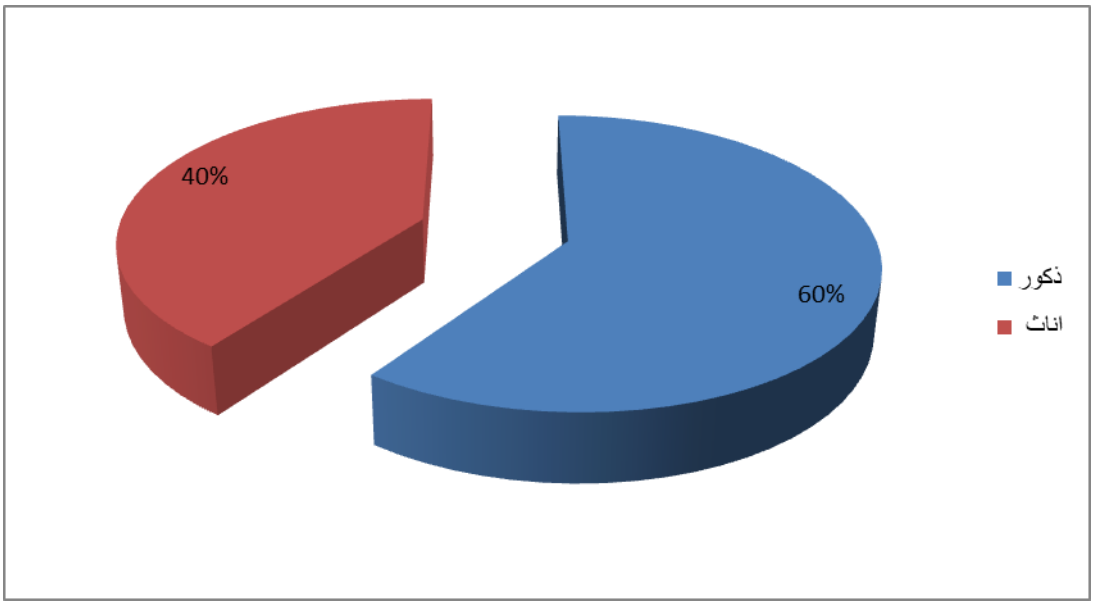
3. **المجال الزماني:** تم إجراء القسم التطبيقي للدراسة في الفترة الزمنية الممتدة: من 10 جانفي 2022 إلى غاية 31 جانفي 2022 .

وفي ما يلي عرض لخصائص العينة.

أ. **من حيث الجنس:**

المتغير	فئات المتغير	التكرارات	%
الجنس	ذكر	30	60
	أنثى	20	40
المجموع		50	100

جدول رقم (06): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.



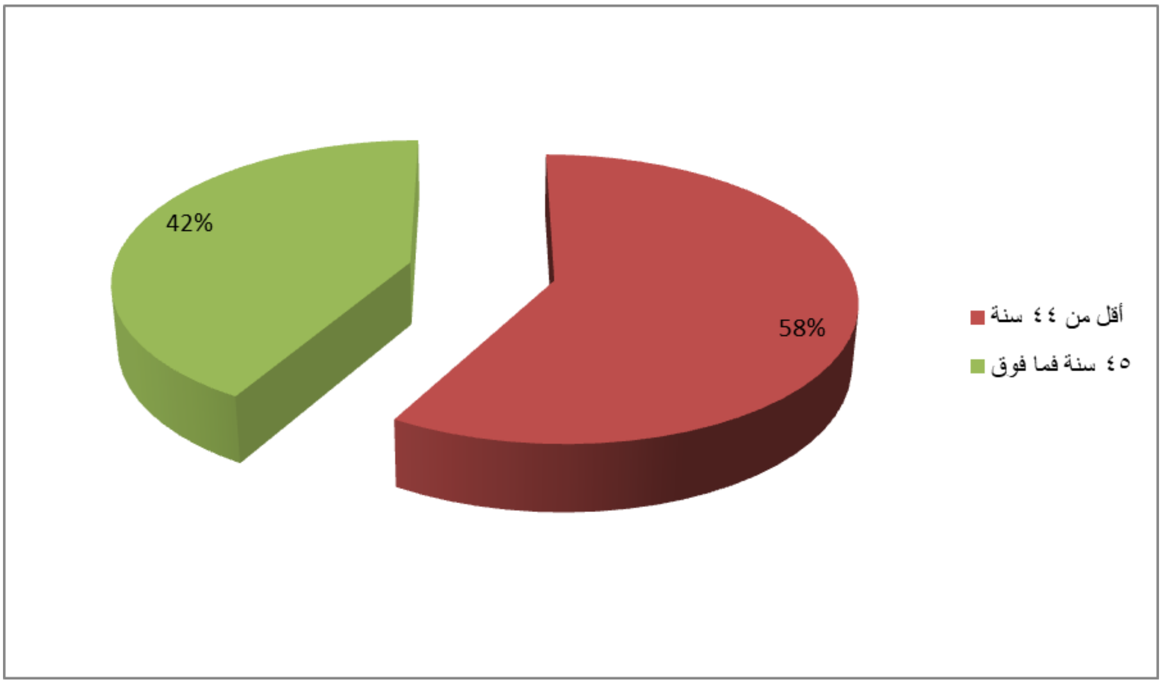
شكل رقم(08):يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

من الجدول رقم (06) والشكل رقم (08) يتضح أن نسبة 60% من أفراد العينة ذكور أما الإناث فنسبتهم 40% فالملاحظ أن نسبة الذكور تفوقت على الإناث.

ب.من حيث السن:

المتغير	فئات السن	العدد	%
السن	أقل من 44 سنة	28	56
	45 سنة فما فوق	20	44
المجموع		50	100

جدول رقم (07): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات السن



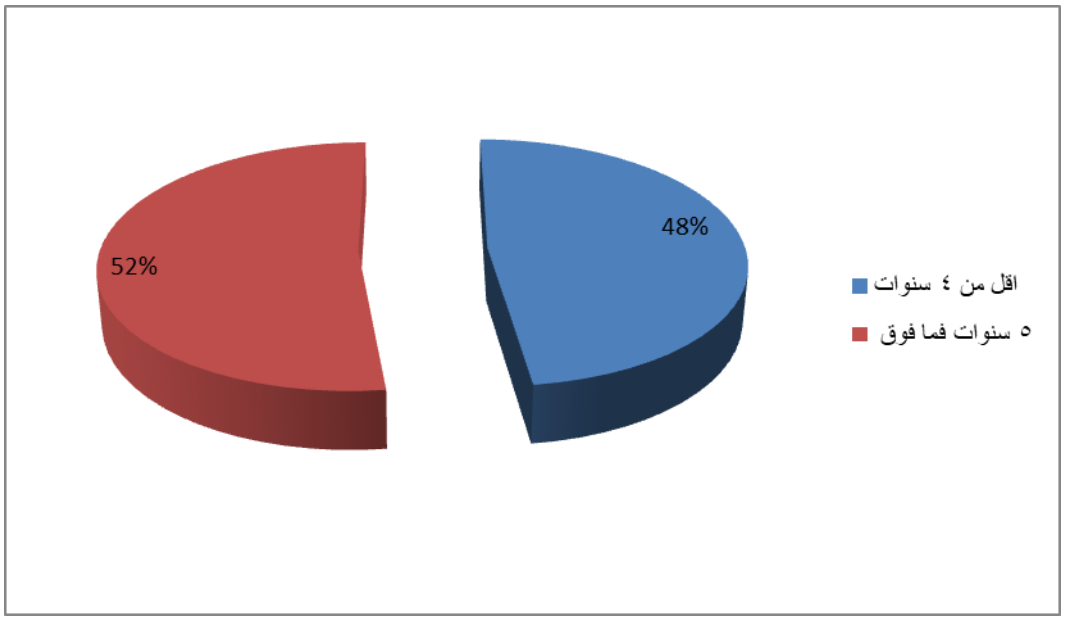
شكل رقم (09): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات السن.

من الجدول رقم (07) والشكل رقم (09) يتضح أن نسبة 56% من أفراد العينة أقل من 44 سنة أما فئة 45 سنة فما فوق فقد بلغت 44% ومنه فالفئة العمرية أقل من 44 سنة أكثر من فئة 45 سنة فما فوق.

د. **من حيث مدة ازمان المرض:**

	مدة ازمان المرض	العدد	%
مدة ازمان المرض	أقل من 4 سنوات	24	48
	5 سنوات فما فوق	26	52
المجموع		50	100

جدول رقم (08): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة ازمان المرض.



شكل رقم (10): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة ازمان المرض.

من الجدول رقم (08) والشكل رقم (10) يتضح أن نسبة 48% من أفراد العينة مدة ازمان مرضها أقل من 4 سنوات فيما بلغت فئة 5 سنوات فما فوق نسبة 52% مما يتضح أن مدة ازمان المرض لفئة 5 سنوات فما فوق تفوق فئة أقل من 4 سنوات.

4. **أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية في البيئة الجزائرية:**

لجمع المعلومات في هذه الدراسة، استخدمت مجموعة البحث مقياس **مركز ضبط الصحة الخاص بالألم .**

أعد والستون سنة 1978 مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد، وتم تقديمه على شكل اختبار مكون من 18 بندا يشمل الشكل C.B.A.

ولقد استخدم في هذه الدراسة الشكل (C) الذي صمم لقياس معتقدات مركز الضبط في الحالات الطبية الخاصة باعتباره الأنسب لهذه الدراسة كونها تحوي على حالات مرضية، تتمثل في مرضى السرطان وليتماشى المقياس مع هدف دراستنا هاته، تم استبدال كلمة " حالة "Condition"الموجودة في كل بند من بنود المقياس باسم الحالة الطبية المراد دراستها وهي الألم.

وكما أشرنا فإن المقياس يتكون من 18 بندا، وله ثلاثة أبعاد أساسية يحتوي كل بعد على ستة بنود باستثناء بعد ذوي النفوذ الذي ينقسم إلى بعدين جزئيين هما: بعد الأطباء، بعد الأشخاص الآخرون

- البعد الداخلي ويشمل البنود التالية 1 -6 – 8 – 12- 13-17.:
- بعد الحظ، ويشمل البنود التالية:2- 4 -9 -11 – 15 – 16 .
- بعد ذوي النفوذ: أ .بعد الأطباء ويشمل البنود التالية: 3- 5- 14.

ب. بعد الأشخاص الآخرون ويشمل البنود التالي :7- 10- 18.

يجيب الأفراد على هذا المقياس حسب خمسة درجات انطلاقا من موافق تماما إلى موافق إلى غير متأكد إلى غير موافق إلى غير موافق تماما، ويتم تصحيح المقياس بوضع علامة ← 5 موافق تماما،4 ← موافق، 3 ← غير متأكد،2 ← غير موافق،1 ← غير موافق تماما.

ولمعرفة اتجاه مركز الضبط يحسب مجموع نتائج البنود المتعلقة بكل بعد.

وباعتبار أن المقياس متوفر باللغة الانجليزية، فقد قامت الطالبة بترجمته وعرضه على عدد من الأساتذة الجامعيين بقسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر-باتنة -المتمكنين من اللغة الانجليزية وبناءا على آرائهم، تم تعديل صياغة بعض البنود والتأكد من سلامة ووضوح اللغة العربية فيها، ليصبح المقياس في شكله الثاني والذي طبق في الدراسة.

كما قامت الطالبة بحساب صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية على النحو التالي:

أ. الصدق:

تم حساب صدق المقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد وتعرف هذه الوسيلة الإحصائية بالاتساق الداخلي وتستخدم كمحك أو كمعيار داخلي لقياس صلاحية البنود، وقياسها لما يقيسه المقياس، وكانت معاملات الارتباط كلها دالة والجداول التالية توضح ذلك.

البنود	البند1	البند 6	البند 8	البند 12	البند 13	البند17
قيمة معامل الارتباط	0.404*	0.757**	0.799**	0.803**	0.693**	0.611**

الجدول رقم (09): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين البعد الداخلي (لمركز ضبط الألم(وبنوده.

تدل العلامة (*) الموضوعة فوق قيمة معامل الارتباط في الجدول على وجود دلالة إحصائية عند مستوى 0.05.

تدل العلامة (**) الموضوعة فوق معامل الارتباط في الجدول على وجود دلالة إحصائية عند مستوى0.01.

البنود	البند2	البند4	البند9	البند 11	البند 15	البند16
قيمة معامل الارتباط	0.584**	0.597**	0.473**	0.607**	0.718**	0558**

الجدول رقم(10): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الحظ (لمركز ضبط الألم) وبنود .

معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد ذوي النفوذ (لمركز ضبط الألم) وبنوده :

البنود	البند3	البند 5	البند 14
قيمة معامل الارتباط	0.729**	0.718**	0.615**

الجدول رقم (11): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الأطباء وبنوده.

البنود	البند 7	البند 10	البند 18
قيمة معامل الارتباط	0.747**	0.756**	0.708**

الجدول رقم (12): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الأشخاص الآخرين وبنوده.

تبين نتائج المتحصل عليها لقيم معاملات الارتباط بين الأبعاد والبنود الممثلة لها، أن كل معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة0.01

باستثناء البند (1) الخاص بالبعد الداخلي، والذي كان معامل ارتباطه دال عند مستوى الدلالة 0.05.

أي أن عدد البنود الدالة هو 18 بندا من المجموع الكلي للبنود، وهذا يعني أن البنود تتسق اتساقا داخليا مع الأبعاد التي تنتمي إليها، مما يدل على صدق المقياس.

ب. الثبات:

تم التحقق من ثبات المقياس بواسطة الطرق التالية:

- **معاملα كرومباخ** :تم حساب معامل α كرومباخ للمقياس، وبلغت قيمته 0.78وهي قيمة تدل على الثبات.

- **طريقة التجزئة النصفية:** بعد تطبيق المقياس على عينة (ن =30) تم استخدام طريقة التجزئة النصفية، من خلال استخراج معامل ارتباط بيرسون بين نصفي المقياس، وقد بلغت قيمته 0.69.

ولإجراء التصحيح الإحصائي، تم تطبيق معادلة سبيرمان براون، وكانت النتيجة المتحصل عليها هي 0.81 وهي قيمة دالة على تمتع المقياس بالثبات.

كما تم تطبيق معادلة جوتمان Guttman وقد بلغت النتيجة 0.81 وهي قيمة دالة على ثبات المقياس وهكذا أصبح المقياس يتمتع بمعامل ثبات يمكن الاعتماد عليه في دراستنا.

5. **الأساليب الإحصائية المستخدمة:**

تم معالجة البيانات باستخدام الحاسب الآلي من خلال برنامج (SPSS (VER25، الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية، وتتمثل المعالجات التي تمت للبيانات في الإحصاءات التالية:

1. التكرارات والنسب المئوية للبيانات، لإعطاء صورة سريعة عن عينة الدراسة بشكل مختصر ومبسط، وذلك بعد عرضها على هيئة جداول وأشكال بيانية.

2. إيجاد المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعرفة الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة.

3. اختيار (ت) لمعرفة دلالة الفروق في المتوسطات.

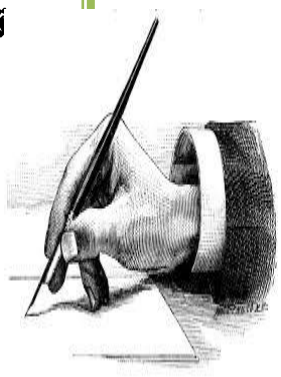
خلاصة:

من خلال ما جاء في هذا الفصل نلمس الحاجة الملحة للعلوم الإنسانية والاجتماعية في دراستها للظواهر إلى الجمع بين محورين أساسيين هما الجانب النظري لموضوع الدراسة والمعطى الواقعي الذي يتمثل في الجانب الميداني الذي يقوم به الباحث، حيث أن الدراسة النظرية وحدها قد لا تكفي للتمكن من الكشف عن الحقائق المتعلقة بالموضوع المدروس، لذا من الأهمية بمكان القيام بالدراسة الميدانية.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد.



1. عرض نتائج الدراسة.
2. مناقشة نتائج الدراسة.
3. خلاصة نتائج الدراسة.
4. خاتمة الدراسة.
5. توصيات الدراسة.

تمهيد

يشتمل هذا الفصل على عرض النتائج التي توصل إليها الباحث على وفق أهداف البحث الحالي فضلا عن مناقشة تلك النتائج في ضوء البيانات والنظريات والدراسات السابقة المعتمدة في الدراسة ومن ثم الخروج بمقترحات بالاستناد إلى تلك النتائج.

***1.*عرض نتائج الدراسة.**

***1.*أ. عرض نتائج الفرضية الأولى:**

نتوقع وجود مركز ضبط الألم الخارجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للبعدين الداخلي والخارجي.

جدول رقم (13): يبين نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في أبعاد مركز ضبط الألم.

مركز ضبط الألم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مركز ضبط الألم داخلي	20.640	6.699
مركز ضبط الألم خارجي	43.640	6.679

من تصميم مجموعة البحث بالاعتماد على مخرجات Spss

يوضح الجدول رقم (13) أن البعد السائد من أبعاد مركز ضبط الألم هو البعد الخارجي، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي له 43.14 بانحراف معياري قدره 6.67 في حين بلغت قيمة المتوسط الحسابي للبعد الداخلي 20.64 بانحراف معياري قدره 6.69.

1.ب. عرض نتائج الفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (الداخلي/ الخارجي) لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير الجنس.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة (ت) باستخدام اختبار (T-Test) لتحديد دلالة الفروق في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) وفق متغير الجنس والنتائج الخاصة بذلك موضحة في الجدول رقم (14).

جدول رقم (14): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) تعزى لمتغير الجنس.

أبعاد مركز ضبط الألم	الذكور ن= 30		الإناث ن= 20		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
البعد الداخلي	20.83	6.70	20.35	6.86	0.24	48	غير دال
البعد الخارجي	41.66	7.19	45.35	5.24	-1.96	48	0.05
المقياس ككل	62.50	12.45	65.70	10.23	-0.95	48	غير دال

من تصميم مجموعة البحث بالاعتماد على مخرجات Spss

من قراءة الجدول رقم (14) في البعد الداخلي يتضح أن قيمة (ت) تساوي 0،24 وهي قيمة غير دالة إحصائيا مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية نجد أن متوسط الإناث بلغ (20.35) بانحراف معياري قدره (6.86)، أما الذكور فقد بلغ المتوسط الحسابي لديهم (20.83) بانحراف معياري قدره (6.70) فهما متقاربان جدا.

ويتضح من نفس الجدول في البعد الخارجي أن قيمة (ت) تساوي (1.96-) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0،05 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية نجد أن متوسط الإناث بلغ (45.35)

بانحراف معياري قدره (5.24)، أما الذكور فقد بلغ المتوسط الحسابي لديهم (41.66) بانحراف معياري قدره (7.19) أي أن الإناث أكثر ضبط خارجي مقارنة بالذكور، كما تشير النتائج في الجدول أعلاه إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في المقياس ككل حيث جاء متوسط الإناث (65.70) بانحراف معياري (10.23)، أما الذكور فقد بلغ المتوسط (62.50) بانحراف معياري قدره (12.45).

وبناءا على ما تقدم فإنه يمكن القول أن الفرضية الثانية تحققت جزئيا والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث (ضبط خارجي).

1.ج. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (الداخلي / الخارجي) لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير السن.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة (ت) باستخدام اختبار (T-Test) لتحديد دلالة الفروق في مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) وفق متغير السن والنتائج الخاصة بذلك موضحة في الجدول رقم (15).

جدول رقم (15): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات مركز ضبط الألم (داخلي – خارجي) تعزى لمتغير السن.

أبعاد مركز ضبط الألم	فئات متغير السن				قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	أقل من 44 سنة ن=28		45 فما فوق ن=22				
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
البعد الداخلي	20.67	6.79	20.50	6.73	0.045	48	غير دالة
البعد الخارجي	43.28	7.19	42.95	6.12	0.17	48	غير دالة
المقياس ككل	63.96	12.30	63.54	10.97	0.12	48	غير دال

من تصميم مجموعة البحث بالاعتماد على مخرجات Spss

بقراءة الجدول السابق رقم (15) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة أقل من 44 سنة و45 سنة فما فوق في المقياس ككل حيث جاء متوسط الحسابي لفئة أقل من 44 سنة (63.96) بانحراف معياري قدره (12.30)، أما فئة 45 سنة فما فوق فقد بلغ المتوسط (63.54) بانحراف معياري قدره (10.97) حيث بلغت قيمة (ت) (0،12) وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

ومن خلال ذات الجدول يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في البعد الداخلي تعزى لمتغير السن حيث بلغت قيمة (ت) (0.045) وهي قيمة غير دالة إحصائيا وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية نجد أن متوسط فئة أقل من 44 سنة بلغ (20.67) بانحراف معياري قدره (6.79) أما فئة 45 سنة فما فوق فقد بلغ المتوسط الحسابي لديهم (20.50) بانحراف معياري قدره (6.73) .

أما في البعد الخارجي فقد بلغت قيمة (ت) (0.17) وهي قيمة غير دالة إحصائيا حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 44 سنة، (43.28) بانحراف معياري قدره (7،19)، أما فئة 45 سنة فما فوق قُدر المتوسط الحسابي (20.50) بانحراف معياري قدره (6.73).

ومما تقدم نقول أن الفرضية الثالثة لم تتحقق والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير السن.

***1*.د. عرض نتائج الفرضية الرابعة:**

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي / خارجي) لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة (ت) باستخدام اختبارات (T-Test) لتحديد دلالة الفروق في مركز ضبط الألم (الداخلي/ الخارجي) وفق متغير مدة إزمان المرض والنتائج الخاصة بذلك موضحة في الجدول رقم (16):

جدول رقم (16): يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات مركز ضبط الألم (داخلي – خارجي) تعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

أبعاد مركز ضبط الألم	فئات متغير مدة إزمان المرض				قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	أقل من 4 سنوات ن=24		5 سنوات فما فوق ن=26				
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
البعد الداخلي	20.16	7.55	21.07	5.91	−0.47	48	غير دال
البعد الخارجي	42.45	6.72	43.76	6.70	−0.69	48	غير دال
المقياس ككل	62.62	12.67	64.84	10.69	−0.67	48	غير دال

من تصميم مجموعة البحث بالاعتماد على مخرجات Spss

من قراءة الجدول السابق رقم (16) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة أقل من 4 سنوات وفئة 5 سنوات فما فوق في المقياس ككل حيث بلغت قيمة (ت) (0.67−) وهي قيمة غير دالة إحصائيا وبالرجوع للمتوسطات الحسابية نجد أن متوسط فئة أقل من 4 سنوات بلغ (62.62) بانحراف معياري قدره (12.67) أما فئة 5 سنوات فما فوق فقد بلغ المتوسط الحسابي (64.84) بانحراف معياري قدره (10.69).

ومن خلال ذات الجدول يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في البعد الداخلي فقد بلغت قيمة (ت) (0.47−) وهي قيمة غير دالة إحصائيا حيث جاء المتوسط الحسابي لفئة أقل 4 سنوات (20،16) بانحراف معياري قدره (7.55)، أما فئة 5 سنوات فما فوق فقد بلغ المتوسط الحسابي لديهم (21.07) بانحراف معياري قدره (5.21)، أما في البعد الخارجي فقد بلغت قيمة (ت) (0.69−) وهي قيمة غير دالة إحصائيا حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 4 سنوات (42.45) بانحراف معياري قدره (6.72)، أما فئة 5 سنوات فما فوق فقدر المتوسط بـــ (43.76) بانحراف معياري قدره (6.70).

وبناءا على ما تقدم يمكن القول أن الفرضية الرابعة لم تتحقق والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

2.مناقشة نتائج الدراسة:

إن عرض نتائج الدراسة في الجداول السابقة يحتاج إلى تفسير ومناقشة، لذا سوف نخصص العنصر الموالي لمناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات التي تم الانطلاق منها بحسب ترتيبها:

2.أ. مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

يتضح من عرض نتائج الفرضية الأولى كما في الجدول رقم (13) أنها قد تحققت. حيث أسفرت النتائج على أن البعد السائد من أبعاد مركز ضبط الألم هو البعد الخارجي لدى عينة مرضى القصور الكلوي المزمن.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (مرازقة 2008)، وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها العديد من الدراسات (تازي، فاضلي 2021) ودراسة (جبالي، عزوز، 2014)، إضافة إلى دراسة (تومي وآخرون 1999) والتي أسفرت على أن مركز ضبط الألم السائد هو البعد الخارجي.

وتختلف هذه النتيجة عن دراسة (أحمد والكرسني 2014) والتي أشارت إلى أن مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) السائد هو البعد الداخلي.

وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن مركز ضبط الألم السائد (داخلي/خارجي) هو مركز ضبط الألم الخارجي إذ يعتقد مرضى القصور الكلوي المزمن أن ليس لديهم قدرة التحكم في صحتهم كونهم مجردون من التحكم في أجسامهم بسبب الآلة وبقية العلاجات، وصعوبة مهامهم فيما يتعلق بالعلاج (حمية غذائية، محدودية المشروبات....)، فكلها تؤدي إلى تغيير نمط حياتهم وما يرافقهم من تعقيدات المرض الأمر الذي عزز لديهم الضبط الخارجي لذوي النفوذ لارتباطهم الدائم بالطاقم الطبي من أطباء وممرضين

يسهرون على عملية الغسيل، فبالنسبة لهم حياتهم مرهونة بآلة التصفية ومرضهم لا يتطلب أدوية وحسب كباقي الأمراض المزمنة وإنما تواجد مستمر بالمشفى محدد بثلاث أو 4 جلسات تصفية، إضافة إلى تدخل العوامل الثقافية والبيئية المشبعة بالعامل الديني والرضا بالقدر وفي هذا يرى (ليتون وسكوت) (Lighton and Scott) أن للثقافة والدين دور في تفسير المرض خاصة في المجتمعات التقليدية والمحافظة، حيث يتمسك المرضى بمعتقدات وممارسات تقليدية نابعة من ثقافتهم (كاستعمال عشبة الصبغ العربي في العلاج) وأن المرض مسألة قدر ولابد من تقبله مهما كانت خطورته فالله هو الشافي العافي وهو الطبيب الأكبر وأن الألم ما هو إلا عقوبة لارتكاب ذنوب ومعاصي أو تطهير وتكفير عن ما فعلناه، فعند زيارة المرضى تقول "طهور إن شاء الله" (صولة. 2014. ص32).

وفي هذا يرى (Schaefer 1989) أن الأشخاص الذين لديهم مركز ضبط ألم خارجي يعتقدون أن مسار الألم لديهم يتحدد من قبل الآخرين الأقوياء مثل الأطباء أو التي تحددها عامل الصدفة على سبيل المثال القدر والحظ (Schaefer.1989.P8).

2.ب. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

يتضح من عرض نتائج الفرضية الثانية كما في الجدول رقم (14)، أنها تحقق جزئيا حيث أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) لصالح الإناث في البعد الخارجي، في حين لم توجد فروق بين الذكور والإناث في البعد الداخلي، وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (مرازقة 2008) ودراسة (جبالي، عزوز. 2014)، ودراسة (تازي، فاضلي، 2021)، ودراسة (أحمد والكرسني. 2014)، والتي أسفرت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم لمتغير الجنس.

وتشير هذه الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مركز ضبط الألم لصالح الإناث في البعد الخارجي، ذلك أن المرأة في مجتمعنا لا تزال تعاني من الظلم بسبب القيود التي يفرضها عليها والضغوط من مختلف النواحي، فمريضة القصور الكلوي المزمن تعتقد أم مصيرها محدد بالأطباء والممرضين كونهم المسؤولون

على علاجهن فهن يعلقن أمالا كبيرة عليهم في شفاءهن وتحسنهن لامتلاكهم قدرات تؤهلهم لذلك فهن غير واثقات من سلوكهن الصحي وفي هذا تقول مدور مليكة "أن الذكور أكثر تحكما داخليا على عكس الإناث خارجيا وذلك بسبب الثقة العالية بالنفس ولديهم شعور بالقوة والتحكم في الأحداث ذلك أن البيئة والمجتمع يطلب من الذكور مطالب تتسم بالصرامة والقوة من الصغر لشق طريقهم ذاتيا عكس الإناث" (مدور.2005.ص 24)، إضافة إلى دور عائلاتهن وأسرهن (الأولاد، الزوج، والوالدين..) في تحسنهن من آلامهن ومساندتهن في تجاوز مرضهن حيث يرى محمد المومني وأحمد الصمادي 1994: "تركز الأسر على توجيه الأنثى للضبط الخارجي بأسلوب غير مباشر فالأنثى هناك من يرعاها ويتحمل مسؤوليتها في طفولتها الأب وبعد زواجها الزوج، وفي الشيخوخة الابن... وهكذا تتعلم الأنثى من الأسرة الضبط الخارجي" (المومني، الصمادي .1994. ص41).

كما تنسب الإناث آلامهن إلى الحظ والصدفة فهن معروفات بتصديق الخرافات والتأويلات وفي هذا ترى راضية متوري، أمال عبادة 2021 "الإناث تنسب الألم إلى مركز ضبط الألم الخارجي وخاصة الحظ لأن ألمهن دائما يحاط بدرجة محسوسة من المعاناة سواء النفسية أو الجسدية (هذا زهري، زهري ونعرفوا، نوض دائما عيانة وكارهة، ملي زدت وأن نعاني...). (متوري، عبادة.2021.ص729).

ونجد أيضا بعض الإناث المريضات ينسبن ألمهن إلى القدر والمكتوب وأنه لا يمكن التحكم فيه فهو ظاهرة لا مفر منها وهو امتحان يجب مقابلته بالصبر مهما كانت درجته "**فالله إذا أحب عبدا ابتلاه**".

2.ج . مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

يتضح من عرض نتائج الفرضية الثالثة كما في الجدول رقم (15) أنها لم تتحقق حيث أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن في مركز ضبط الألم (داخلي–خارجي) لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (مرازقة 2008)، (تازي، فاضلي 2021) و(جبالي، عزوز، 2014) وكذا (تومي وآخرون 1999)، (أحمد والكرسني 2014) والتي أشارت

إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي).

وتشير نتائج هذه الفرضية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) لمتغير السن وتفسر هذه النتيجة في كون أن المرضى يعانون من نفس المرض والألم ونفس ساعات الغسيل الكلوي والأدوية والبرنامج العلاجي، إضافة إلى أنهم يعانون من نفس الأعراض (انتفاخ، ارتفاع ضغط الدم، قلة البول، الفتور والتعب وشحوب في الوجه، تغير لون جلد البشرة إلى السمرة...)، ترى عزوز2008: "أن عينة القصور الكلوي المزمن مرتبطة بالمستشفى دائما فلا تستطيع السفر أو القيام بمهام أخرى ومنه فلا دخل للسن بتبني الفرد ضبطا داخليا أو خارجيا"، (عزوز.2008. ص215) إضافة إلى هذا تقول عزوز اسمهان: أن كون الأصغر سنا أو الأكبر سنا معاناتهم لا فرق بينهم فحياتهم مقترنة بآلة الغسيل الكلوي أو بالزراعة أو إيجاد متبرع للتخلص من الآلام والمعاناة المنجرة عن المرض (عزوز.2008 .ص215).

ومن الجانب النفسي فالمرافقة النفسية لمرضى القصور الكلوي المزمن ضرورية جدا لكل مراحل العمر لمساعدتهم على التكيف العودة إلى الحياة الطبيعية.

2.د. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

يتضح من عرض نتائج الفرضية الرابعة كما في الجدول رقم (16) أنها لم تتحقق حيث أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) تعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (جبالي، عزوز2014)، (تومي وآخرون 1999)، و(تازي فاضلي 2021) و(أحمد والكرسني 2014) والتي أسفرت على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) يعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

وتشير نتائج هذه الفرضية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) لمتغير مدة إزمان المرض، ويمكن تفسير ذلك بأن لهم نفس التفسير للأحداث والمعتقدات والأسباب والعوامل للمرض وآلامه وعلاجه وطبيعته، وأنه مرض ملازم لهم طوال حياتهم وأن مشاريعهم وحياتهم تصبح محدودة لاتصالهم بعملية التصفية ومدتها (4-3) جلسات في الأسبوع بمعدل 4 ساعات في اليوم والتي هي ثابتة سواء لمريض في بداياته أو مريض في حالة متقدمة من المرض، ويقول (جبالي وعليوة.2015) مهما كانت مدة المرض قصيرة أو طويلة فهي لا تؤثر في اعتقاد الفرد بمصدر ألمه. (جبالي، عليوة.2015 . ص44).

إضافة إلى الظروف والمواقف التي تعترضهم خاصة داخل المستشفى التي يتحتم فيها الاحتكاك بالآخرين والعمل والتعامل معهم في شتى المجالات وليست الطبية فقط، فالجانب النفسي مهم جدا وحساس بالنسبة لمريض القصور الكلوي المزمن أثناء رحلة علاجه تقول قرازة (2018): فالمصاب للمرض في المراحل الأولى لا يتقبل الإصابة به وبل أكثر من ذلك يرفض العلاج أيضا وخاصة الغسيل الكلوي وهنا تتدهور حالة الجسم أكثر لذا يجب مرافقة المريض أثناء رحلة علاجه، فليست مقصورة على الأشهر الأولى بل خلال مدة علاجه فالمعاش النفسي لمرضى القصور الكلوي المزمن يتغير بمجرد ارتباط حياتهم بآلة تسبب لهم العديد من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وقلق الموت، والعدوان لذا وظيفة المختص النفسي مساعدة المريض على تخطي هذه الأفكار والعودة إلى الحياة الطبيعية وإلى مزاولة أعماله بشكل عادي". (قرازة.2018.ص78).

3.خلاصة نتائج الدراسة:

بعد استعراض نتائج الدراسة ومناقشتها نقدم في هذا العنصر ملخصا لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

- مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) السائد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن هو مركز ضبط الألم الخارجي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية من مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث في مركز ضبط الألم الخارجي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) تعزى لمتغير السن.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز ضبط الألم (داخلي/خارجي) تعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

4.خاتمة الدراسة:

يعتبر مرض القصور الكلوي المزمن من أخطر الأمراض المزمنة التي تهدد الفرد، وهو العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم، إذ نجد المصابين بهذا المرض المزمن يعيشون باقي حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم من خلال عملية الهيموديااليز أو الغسيل البريتوني أو عن طريق الزرع، أين يجد المريض نفسه فاقدا للسيطرة على جسمه وضرورة تدخل العلاج للتحكم في حياته مما يخلق لديه صعوبة التحكم والسيطرة في أفكاره ومشاعره والتي تؤدي إلى صعوبة تقبله لعجزه وتدهور حالته الصحية، كل هذا راجع إلى معتقداته حول مرضه وآلامه وهذا ما يدعى بمركز ضبط الألم.

ويشير مركز ضبط الألم إلى الاعتقادات الخاصة التي يحملها الفرد حول التحكم في الألم الذي يختبره ويشمل بعدين: البعد الداخلي والذي يشير إلى الاعتقاد أن سلوكات الفرد الخاصة هي التي تؤثر على التحكم في الألم، أما الخارجي فيشير إلى الاعتقاد أن سلوكات وأفعال الأشخاص ذوي النفوذ (كالأطباء، الممرضين، العائلة...) وكذا الحظ والقدر تؤثر على التحكم في الألم وعليه فهو يشير إلى الدرجة التي يحصل عليها مريض القصور الكلوي المزمن في مقياس مركز ضبط الألم.

ونظرا لأهمية مركز ضبط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، انصبت هذه الدراسة على معرفة مركز ضبط الألم السائد لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن ودراسة الفروق في المتغيرات الثلاث حسب الجنس، السن، ومدة إزمان المرض.

5.توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية توصي مجموعة البحث بما يلي:

1.تشجيع البحث العلمي في المجالات النفسية للأمراض المزمنة وخاصة القصور الكلوي المزمن وتوفير إمكانيات أفضل لدراسته من الناحية النفسية فمعظم البحوث اهتمت بدراسة هذا الموضوع من الناحية الطبية فقط مهملة الجانب النفسي.

2.إنشاء المزيد من وحدات غسيل الكلى في المستشفيات القريبة من سكن المرضى حتى لا يضطر المريض لتحمل جهد إضافي.

3.متابعة الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الفشل الكلوي كضغط الدم، السكري....

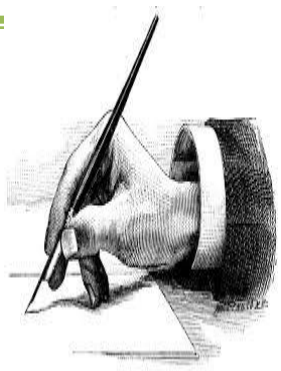
4.لفت انتباه الأطباء والأخصائيين النفسانيين إلى ضرورة تدريب المرضى على تغيير معتقداتهم في الضبط الخارجي بالتركيز على تعزيز الضبط الداخلي لما له من إيجابيات في الجانب الصحي.

5.تدريب الفريق الطبي وشبه الطبي على آليات التعامل والاهتمام بالجوانب النفسية لهذه الفئة من المرضى وتحسيسهم بدور العوامل النفسية وتأثيرها على المرضى.

6.توعية أفراد المجتمع والأسر بهذا المرض وآلة تصفية الدم، ومدى تأثيره على المريض من الناحية الفيزيولوجية والنفسية مما يؤدي إلى تغيير مزاجه وعدم قدرته على أدائه لأبسط الأعمال اليومية، وذلك للوقاية من المرض من جهة ولتفهم هؤلاء المرضى ومدى مساعدتهم على تقبل المرض ومواصلة العلاج.

7.ضرورة إجراء اجتماعات دورية للفريق العلاجي من أجل مناقشة كل ما هو متعلق بالمريض وهذا من خلال حضور الطبيب المختص في الكلى والأطباء العاملين، الأخصائي النفساني، الممرضين، سائقي سيارات الإسعاف الذين ينقلون المرضى، كل هذا حتى لا يكون التكفل العلاجي متوقف فقط على الجانب الطبي فقط بل يكون شاملا.

ضرورة إنشاء جمعيات أصدقاء مرضى القصور الكلوي المزمن في كامل تراب الوطن من أجل مساعدة المرضى في حل مشاكلهم المختلفة.



قائمة المراجع

قائمة المراجع

1. أحمد العفاري، ابتسام (2011). العلاقة بين وجهة الضبط والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة. رسالة ماجستير. غير منشورة. جامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية.

2. أحمد محمد عبد الخالق(2000). اختبارات الشخصية. دار المعرفة الجامعية. الطبعة الثالثة. الإسكندرية.

3. أمال بورقبة (2000). الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة. الطبعة 1. دار النساء. الجزائر.

4. أمل الأحمد (2001). بحوث ودراسات في علم النفس. الطبعة 1.مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر .بيروت. لبنان.

5. أمينة تازي، أحمد فاضلي (2021). جودة الحياة ومركز ضبط الألم لدى مرضى الفيبروميالجي. دراسة ميدانية تبعا لبعض المتغيرات. مجلة الأكاديمية للدراسات الإجتماعية والإنسانية. المجلد 13. العدد2. جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف. الجزائر.

6. البار محمد علي (1992). الفشل الكلوي وزرع الكلى. الدار الشامية. الطبعة الأولى. بيروت .

7. بسام عمر محمود القصاص (2018). التفاؤل ومركز الضبط وعلاقتها بالتفكير الايجابي لدى طلبة الجامعات الفلسطينية . المكتبة المركزية رسائل جامعية. غزة.

8. البهيكلي رؤيا (2010).الفشل الكلوي وخيارات العلاج. مستشفى الملك فيصل ومركز الأبحاث .قسم التثقيف الصحي. المملكة العربية السعودية.

9. بوقصارة منصور (2008).الدافع للإنجاز مركز الضبط، تقدير الذات والإنجاز الأكاديمي لدى تلاميذ الثانويات. رسالة دكتوراه دولة. قسم علم النفس وعلوم التربية.جامعة وهران.

10.جبالي نور الدين، عزوز اسمهان (2014). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. آفاق علمية. العدد 9. الجزائر.

11.الخثعمي صالح بن سفير بن محمد (2008). وجهة الضبط والاندفاعية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للهروين. دراسة ميدانية مقارنة بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام.رسالة ماجستير. جامعة نايف للعلوم الأمنية .

12.دولت حسين ساني، سانجاي باندیا(2014). المرجع الكامل لمرضى الكلى حافظ على كليتيك. الطبعة الأولى. مؤسسة سبرمان للكلى. جامعة عين شمس. القاهرة.

13.راضية متوري، أمال عبادة (2021). دور مركز ضبط الألم الخارجي في تحقيق التوافق النفسي الإجتماعي لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح. مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي. المجلد 8. العدد1. الجزائر.

14.الزروق فاطمة الزهراء(2015). علم النفس الصحي. مجالاته. نظرياته. والمفاهيم المنبثقة عنه. ديوان المطبوعات الجامعية .الجزائر.

15.سالم محمد الشافعي.فداء (1998). علاقة مركز الضبط بالقدرة على حل المشكلات لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية بنابلس بالضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية بنابلس. فلسطين.

16.سعيد قارة (2014). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. أطروحة دكتوراه. علم النفس العيادي. جامعة الحاج لخضر باتنة. الجزائر.

17.شفيق، محمد (2001). البحث العلمي .الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الإجتماعية. الإسكندرية. المكتبة الجامعية للنشر.

18.الصديقي صباح، بن عمر وهيبة (2013). القلق النفسي لدى المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن. شهادة ليسانس. علم النفس العيادي. جامعة قاصدي مرباح وقلة. الجزائر.

19.صقر محمد. محمد(2010). أمراض الكلى. مجلة الأمن والحياة. العدد 2401. مصر.

20.صولة فيروز (2014). المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجية. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم. تخصص علم الاجتماع التنمية. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع. بسكرة.

21.عبد الستار محمود عداي(2007). موقع الضبط لدى الأطباء. محلة جامعة كربلاء العلمية. جامعة كربلاء. المجلد5. العدد4.

22.عبد القادر طه، فرج (1983). علم النفس الصناعي والتنظيمي. دار المعارف. القاهرة.

23.عبد الكريم السويداء (2010). لمرشد الشامل لمرضى القصور الكلوي. الطبعة الأولى. وهج الحياة للنشر. المملكة العربية السعودية. الرياض.

24.عزوز اسمهان (2008). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. رسالة ماجستير في علن النفس الصحة. جامعة الحاج لخضر .باتنة.

25.عليوة سمية، جبالي نور الدين (2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الإنسانية. العدد 18. جامعة الحاج لخضر باتنة. الجزائر.

26.عيشوني خيرة، بن لزرق خديجة (2015). القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم. مذكرة ماستر. علم النفس العيادي. جامعة عبد الحميد بن باديس. مستغانم. الجزائر.

27.قرازة ابتسام (2018). دراسة سمات الشخصية مريض القصور الكلوي المزمن. دراسة ميدانية بمستشفى زرداني صالح بعين البيضاء. مذكرة لنيل شهادة الماستر. تخصص علم النفس العيادي. جامعة العربي بن مهيدي. أم البواقي.

28.لبنة داوود، فارس بركات (2016). العلاقة بين نوع مركز الضبط والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في اللاذقية. مجلة جامعة تشرين كلية التمريض. المجلد38. العدد6. سوريا.

29.محمد الموني وأحمد الصمادي (1994). أثر الجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي في مفهوم الذات ومركز الضبط لدى المعوقين حركيا. شهادة ماجستير في التربية. كلية التربية والفنون. قسم علم النفس التربوي. جامعة اليرموك. الأردن.

30.محمد صادق صبور (1994). أمراض الكلى. أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها. دار الشروق. القاهرة.

31.مدور مليكة(2005).وجهة الضبط وعلاقتها بأنماط التفكير لدى عينة من متربصي معاهد التكوين المهني .رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير .تخصص علم النفس المعرفي. كلية الآداب والعلوم الإنسانية .قسم عام النفس. جامعة الحاج لخضر .باتنة.

32.مرازقة وليدة(2008). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. رسالة ماجستير. جامعة الحاج لخضر. باتنة. الجزائر.

33.النيال مايسة أحمد مصطفى(1994). مصدر الضبط وعلاقته بكل من قوة الأنا والعصابية والانبساط لدى عينة من طلبة وطالبات الجامعة بدولة قطر. دراسة عامليه مقارنة. حولية كلية التربة. العدد10.

34.هاجر عبد الصادق (2014). مركز الضبط (الداخلي / الخارجي)لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي. مذكرة لنسل شهادة الماستر علوم التربية .تخصص إرشاد وتوجيه. جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي .الجزائر.

35.هناء أحمد محمد الشويخ (2009). برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية والفسيولوجية لتوعية الحياة لدى مرض الفشل الكلوي. دار الوفاء. الطبعة الأولى. الإسكندرية. مصر.

36.وليدة مرازقة (2016). جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. دكتوراه علم النفس الصحة. جامعة باتنة.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية

1. Alken.L.R (1993) personality theories research and application prentice hall ،New york ،USA.

2. Bernard Bergery(1994).L'insuffisance rénale ،Malouine. Paris، 4eme .Edition.

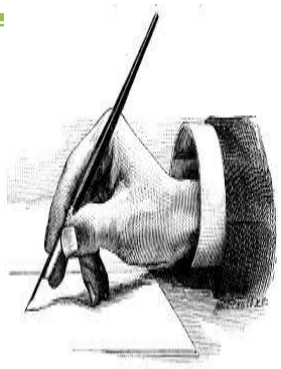
3. Boubchir .M.A (2004). Monographie sur l'insuffisance rénale chronique ،O.N.P.A.Alger.

4. Legendre (1999).Néphromogie chimique ،édition ،elipses . Paris.

5. Rotter .R (1990).Internal versus external control of reinforcement. American psychologist vol 45.N°04.

6. Sachaefer Kay. Linda(1989).Concurrent validity of the pain locus of control scale and its relationship to treatment outcone variables، Master of Arts in counseling ،university of Nebraska at omaha department of counseling and Faculty of the graduate college.

الملاحق



مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم

التعليـــمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات نود أن تجيب عليها بصراحة بما تشعر به أنت بالفعل، مع ملاحظة أن هذه العبارات ليس بها إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة، ولكن القصد هو التعرف على مشاعرك نحو نفسك.

❖ **والمطلوب منك أخي / أختي:**

قـــراءة كـــل عبـــارة بدقـــة ، ووضـــع علامـــة (×) أمامهـــا وتحـــت مســـتوى التقـــدير الـــذي يتناســـب مـــع مشـــاعرك (موافـــق تمامـــا، موافـــق، غيـــر متأكد، غير موافق، غير موافق تماما)

❖ **تأكد أخي / أختي أن:**

*مراعاة الدقة والمصداقية أمر مهم .

*إجابتك محاطة بسرية تامة ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي

❖ **ملاحظة:**

*لا تترك عبارة دون الإجابة عليها .

*لا تضع أكثر من علامة أمام عبارة واحدة.

*لا تتوقف كثيراً أثناء الإجابة على العبارات .

" نشكركم على تعاونكم الصادق "

<u>البيانات الأولية:</u>

الجنس: ذكر☐ أنثى ☐

المستوى التعليمي: .....

السن:.....

مدة إزمان المرض:.....

	العبارة	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
01	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة تحسن ألمي إذا ساء.					
02	إن المقدر أن يحدث بالنسبة لألمي سيحدث ولا أحد يمكنه أن يغير من الوضع					
03	من المحتمل أن لا تواجهني مشاكل بخصوص ألمي، إذا داومت على زيارة الطبيب واتبعت نصائحه.					
04	أغلب الأشياء التي تؤثر على ألمي ،تحدث في كثير من الأحيان بالصدفة.					
05	عندما يسوء ألمي، أستشير فورا طبيبا مختصا					
06	أنا المسؤول المباشر عن الألم الذي ينتابني ،في حالة ما إذا تحسن أو ساء.					
07	يلعب الأشخاص الآخرون دورا كبيرا في تحسن ألمي ،أو التأثير عليه سلبيا أو بقائه مستقرا.					
08	ما يحدث من سوء لألمي ،يعتبر مسؤوليتي .					
09	يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة تحسن ألمي.					
10	يعتمد تحسن ألمي ،على مدى تطبيقي للأشياء الصحيحة التي يراها الآخرون أنها تساعد على تحسني.					
11	حظي السعيد هو الذي جعل ألمي يتحسن.					
12	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن ألمي.					
13	أستحق الشكر والتقدير عندما يتحسن ألمي و اللوم و العتاب حينما يسوء					
14	إتباع نصائح الطبيب وتطبيقها حرفيا هي أفضل وسيلة للسيطرة على ألمي ومنع تعرضه لأي سوء.					
15	إذا ساء ألمي فإنها مسألة قدر.					
16	إذا كنت محظوظا ،سوف يتحسن ألمي.					
17	عدم اعتنائي بنفسي بشكل صحيح هو سبب سوء ألمي.					
18	نوع العناية التي أتلقاها من الآخرين هي التي تحدد سرعة تحسن ألمي.					

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

University of Mohammed Boudiaf - M'sila
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله:

السيد (ة): صويرات سمية الصفة: طالب، أستاذ، باحث طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم 262936 والصادرة بتاريخ 28/08/2016

والمسجل بكلية العلوم الانسانية والاجتماعية قسم علم النفس

والمكلف(ة) بانجاز أعمال بحث (مذكرة تخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)

عنوانها: مركز ضبط الألم لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 11/05/2022

توقيع المعني (ة)

المرجع: القرار 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

University of Mohammed Boudiaf - M'sila
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله:

السيد (ة) براكة حوالة الصفة: طالب، أستاذ، باحث طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم 220105717 والصادرة بتاريخ 2017-11-30

والمسجل بكلية العلوم الإنسانية والإجتماعية بقسم علم النفس

والمكلف(ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة تخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)

عنوانها مراجعة صعوبات الكلام لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه

التاريخ: 2022-05-11

توقيع المعني (ة)

عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
وبتفويض منه، ملحق رئيسي للإدارة الإقليمية
عيساني ناوية

المرجع: القرار 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research

University of Mohammed Boudiaf - M'sila
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله

السيد(ة): بوضياف محمد الصفة: طالب، أستاذ، باحث: طالب

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 206847486 الصادرة بتاريخ: 2016.12.14

والمسجل بكلية: العلوم الاجتماعية والانسانية قسم: علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة تخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)

عنوانها: مركز ضبط الألم لدى عينة مرضى القصور الكلوي المزمن

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 17.05.2022

توقيع المعني (ة)

تحرر لوجه وشهادة في: المسيلة

السيد(ة): بوضياف محمد

الموضوع: تصريح شرفي

17 ماي 2022

عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
وبتفويض منه
العون المفوض
بوضياف محمد

المرجع: القرار 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس
الهاتف: 0355353054

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

المسيلة في: 10/01/2022

إلى السيد: مدير عيادة تصفية الكلى بوعطا الدم وامراض مقرة

الموضوع: تسهيل مهمة لإجراء التربص الميداني

تحية عطرة وبعد ...

في إطار انجاز دراسة ميدانية (مذكرة تخرج) لطلبة سنة ثالثة ليسانس

الشعبة: علم النفس ... التخصص: علم النفس العيادي

نرجو من سيادتكم المحترمة تسهيل مهمة الطالب (ة) المذكور (ة) أدناه وتقديم المساعدة الممكنة واللازمة في حدود أغراض البحث العلمي، وما يسمح به القانون، وهذا على مستوى المصالح التي تشرفون عليها.

عنوان الدراسة: . مركز ضيط الألم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .....

المشرف: يحي مصطفى.

الرقم	الاسم واللقب	تاريخ ومكان الميلاد	رقم التسجيل
01	طويرات سمية	1993/01/20 أولاد عبد القبالة	191130498 29
02	بركة خولة	2000/01/15 سلمان	191935076687
03	يوزصلة محمد	1984/12/21 بوسعادة	044091672

في الفترة الممتدة من: 2022/01/10م إلى غاية 2022/01/31م

في الأخير لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.

نائب رئيس القسم للبحث العلمي

نائب العميد المكلف بالبحث العلمي

الدكتور: مرزقلال ابراهيم

Téléphone / Fax (213) 0355353054 قسم علم النفس . الهاتف / الفاكس
E-mail univ28psy@yahoo.com البريد الالكتروني