

مهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة محمد بوضياف المسيلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس  
الرقم التسلسلي: ...../2015

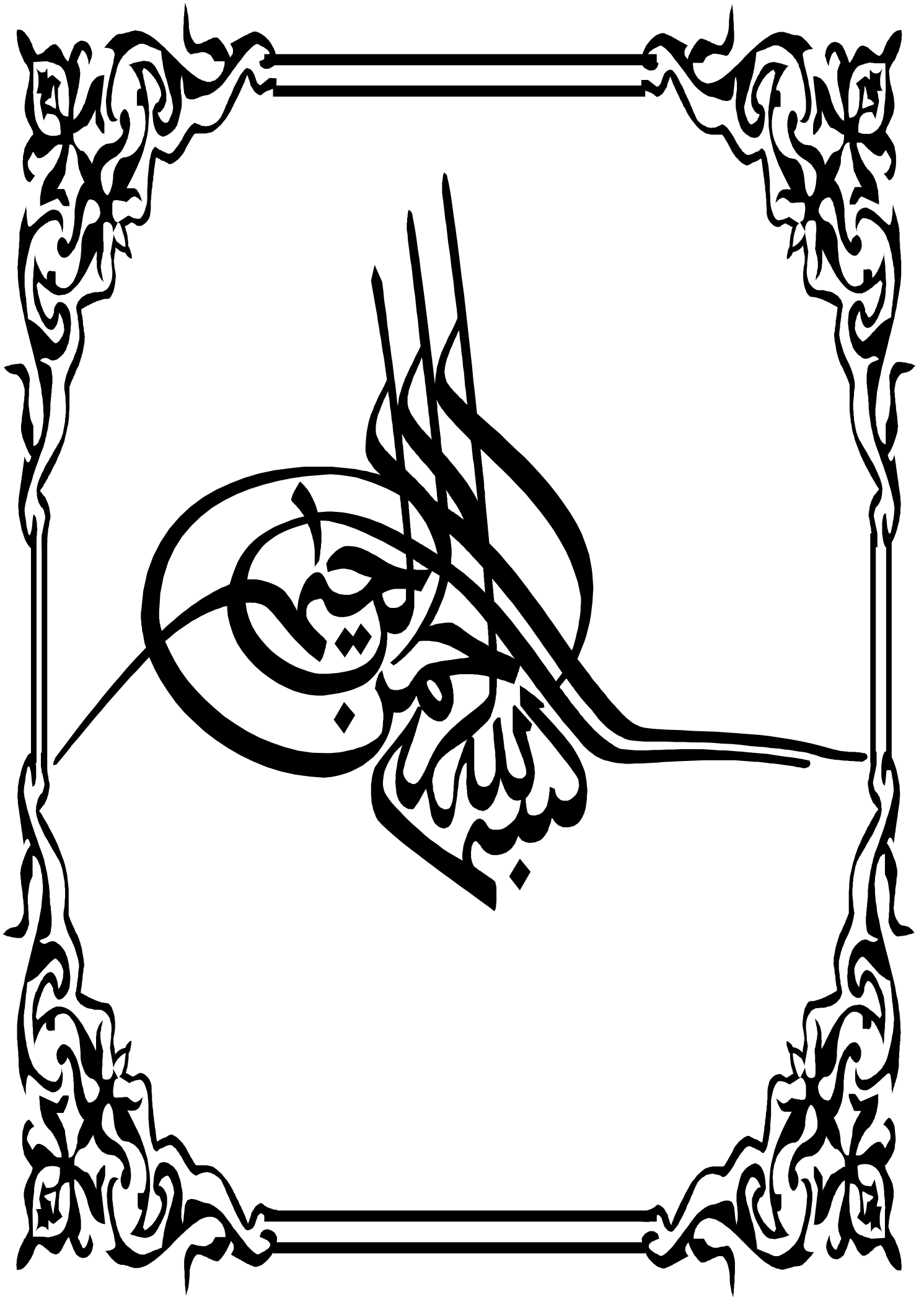
**التوافق الزوجي والإستجابة الاكتئابية لدى  
مرضى القصور الكلوي المزمن  
دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي - المسيلة-**

مذكرة مكملتة لنيل شهادة الماستر في علم النفس  
تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الدكتورة:  
لمين نصيرة

إعداد الطالبة:  
عطار سلمى

**2015/2014**



# فهرس المحتويات

إهداء

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

ملخص الدراسة

مقدمة ..... أ

## الباب الأول

### الدراسة النظرية

#### الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية ..... 6
2. الفرضيات ..... 12
3. أهمية الدراسة ..... 12
4. أهداف الدراسة ..... 12
5. تحديد المفاهيم الإجرائية ..... 13
6. الدراسات السابقة ..... 15

#### الفصل الأول: القصور الكلوي المزمن وجهاز التصفية الدموية

- تمهيد ..... 24
- أولاً- القصور الكلوي المزمن ..... 25
  - 1- تعريف القصور الكلوي المزمن ..... 25
  - 2- أعراض القصور الكلوي المزمن ..... 25
  - 3- الأمراض التي تؤدي إلى القصور الكلوي ..... 26
  - 4- الكشف عن القصور الكلوي المزمن ..... 27
  - 5- طرق علاج القصور الكلوي المزمن ..... 27
  - 6- الوقاية من القصور الكلوي المزمن ..... 29

7- الكفالة النفسية لمرضى القصور الكلوي المزمن.	30
ثانيا- جهاز التصفية الدموية.	32
1- تعريف الجهاز "الهيموديايز".	32
2- كيفية استخدام جهاز التصفية الدموية.	32
3- مضاعفات الهيموديايز على المريض.	33
4- حوادث متعلقة بالهيموديايز.	35
خلاصة	36

## الفصل الثاني: التوافق الزوجي

تمهيد	38
1- مفهوم الزواج.	39
2- مفهوم التوافق.	40
3- التوافق الزوجي.	40
4- النظريات المفسرة لعملية التوافق الزوجي.	41
5- قياس التوافق الزوجي وتنبؤاته.	44
6- عوامل التوافق الزوجي وسوء التوافق الزوجي.	46
7- التوافق الزوجي مع الأزمات.	49
خلاصة	51

## الفصل الثالث: الاستجابة الاكتئابية

تمهيد	53
أولا - الاكتئاب.	54
1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب.	54
2- تعريف الاكتئاب.	56
3- أنواع الاكتئاب.	58
4- أعراض الاكتئاب.	60
5- أسباب الاكتئاب.	61
6- الاتجاهات المختلفة في تفسير الاكتئاب.	62
7- علاج الاكتئاب.	65

68	.....ثانيا - الاستجابة الاكتئابية.
68	.....1- تعريف الاستجابة الاكتئابية
69	.....2- عوامل ظهور الاستجابة الاكتئابية
70	.....3- أعراض الاستجابة الاكتئابية
71	.....4- خصائص الاستجابة الاكتئابية
72	..... خلاصة

## الباب الثاني :

### الدراسة التطبيقية

#### الفصل الرابع : منهجية وإجراءات الدراسة

74	.....تمهيد
75	.....1- منهج الدراسة
75	.....2-- الدراسة الاستطلاعية
76	.....3 مجتمع الدراسة
76	.....4- عينة الدراسة
79	.....5- أدوات الدراسة
83	.....6- الخصائص السيكومترية للدراسة الحالية
84	.....7- الأساليب الإحصائية المستخدمة

#### الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات

86	.....تمهيد
86	.....وصف متغيرات الدراسة
87	.....1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى
91	.....1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية
94	.....1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
95	.....2- مناقشة وتحليل النتائج
95	.....2-1- مناقشة وتحليل النتائج على ضوء الفرضية الأولى
97	.....2-2- مناقشة وتحليل النتائج على ضوء الفرضية الثانية

99 ..... 2-3- مناقشة وتحليل النتائج على ضوء الفرضية الثالثة

خاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

## فهرس أجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
77	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.	01
78	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات السن.	02
82	درجات الاكثتاب	03
86	وصف متغيرات الدراسة	04
88	توزيع درجات أفراد العينة على مقياس التوافق الزوجي	05
90	تكرار درجات مستوى التوافق الزوجي	06
91	توزيع درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس بيك للاكثتاب	07
93	مستوى الاكثتاب لدى أفراد عينة الدراسة	08
94	معامل الارتباط بين التوافق الزوجي والاستجابة الاكثتابية	09

## فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
46	يوضح عوامل التوافق الزوجي (تصميم الباحثة)	01
58	يوضح أنواع الاكتئاب حسب watts (تصميم الباحثة)	02
77	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.	03
78	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات السن.	04
90	يبين درجات مستوى التوافق الزوجي.	05
93	يبين مستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة	06

# كلمة شكر

قبل كل شيء نشكر الله عز وجل الذي رزقنا من العلم ما لم نكن نعلم وأعطانا من القوة ما نحتاجه للوصول إلى هذا المستوى من الفهم وإتمام هذا العمل القيم وعرفانا منا بالجهد الجاه من ساهم من قريب أو من بعيد

في إنجاز مذكرتنا هاته

أقدم بالشكر الجزيل إلى:

زوجي العزيز الذي ساندني كثيرا في إنجاز هذه المذكرة

إلى أختي العزيزة سميرة التي وفقت معي إلى آخر دقيقة

إلى ابنتي القادمة إن شاء الله

إلى الأستاذة المشرفة "مبنى نصيرة"

كما لا يفوتني أن أخص بالشكر الجزيل للأستاذ الدكتور "بجلي مصطفى" نائب رئيس

قسم علم النفس

أقدم بالشكر الجزيل أيضا إلى الدكتور "تيفان أبو بكر" نائب العميد الملقب

بالبيداغوجيا

وأقدم بالشكر أيضا إلى البروفسور "ضيف زين الدين" نائب رئيس قسم علم النفس

وإلى كل من ساعدني ولو بالكلمة الطيبة

إلى من كان معنا خطوة بخطوة إلى من خط بأنامله على لوحة اللآنية ليصور لنا

هذا العمل في صورته النهائية "حسب لعبيدي"

# سلمى

## مقدمة:

يعيش الفرد مراحل مختلفة في حياته، يتعرض خلالها لتغيرات نفسية وفيزيولوجية، هذا من شأنه أن يسبب له المرض الذي يؤدي به لاختلال في التوازن النفسي والجسدي باعتبار أن النفس والجسد تجمعهما علاقة تأثير متبادل، فعندما يجتاح المرض سواء كان نفسيا أو جسديا حياة الإنسان يهدد استقراره الداخلي وقدرته على التكيف والتوافق مع ذاته ومع الآخرين.

وكم هي الأمراض المنتشرة في عصرنا هذا، والتي تشكل عائقا أمام تحقيق الفرد للصحة النفسية والجسدية، كما أنها تمنعه من تحقيق السعادة وعن التكيف مع محيطه الاجتماع، ومن ذلك نذكر القصور الكلوي المزمن والذي يعرف في القاموس الطبي على أنه: "انخفاض قدرة الكلى على تأمين الرشح وإقصاء نفايات الدم، وكذا مراقبة توازن الجسم من حيث الماء والأملاح وتنظيم الشدة الدموية".

فالقصور الكلوي المزمن يمنع الفرد من أداء وظائفه ونشاطاته التي كان يمارسها سابقا، كما أنه يقيد حرته ويجعله في تبعية تامة بألة الهيموديايز، وهذا في ظروف المستشفيات التي نادرا ما توفر الشروط الضرورية لسلامة المرضى، هذا ما يخلق لديهم المعانات والآلام التي غالبا ما تجرهم للوقوع في اضطرابات نفسية، خاصة مع طبيعة المرض التي تجعلهم في حالة عجز وتعب دائمين، خاصة المرضى المتزوجين حيث أنهم يعجزون عن الاستمتاع بالحياة الجنسية لأن المرض قضى عليها، وتبعاً لهذه الحالة تتأثر حياتهم الزوجية وينخفض توافقهم مع أزواجهم، حيث يعرف التوافق الزوجي على أنه: "التوافق الذي يتعلق بقدرة الفرد على تحقيق السعادة الأسرية والحب المتبادل بين الزوجين وتحمل مسؤوليات الحياة والقدرة على حل المشكلات".

هذه الوضعية التي يعيشها مرضى القصور الكلوي المزمن تخلف لديهم على المستوى النفسي حالة من الكآبة والقلق تترجم بظهور استجابة اكتآبية كنتيجة للمرض الجسمي هذا

بالإضافة لطبيعة العلاج التي تقابل بعدم التقبل من طرف المرضى خاصة في المراحل الأولى من الإصابة بالمرض وتعرف الاستجابة الاكتئابية على أنها: "رد فعل من النفس إزاء صدمة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ ، كخسارة مفاجئة أو صدمة أو خيبة أمل أي أنها عبارة عن شكل مجسم لما يحدث للشخص العادي حيث تصيبه نكبة طارئة".

فالحالة النفسية السيئة التي يعيشها الفرد من جراء إصابته بالمرض لا تخدم صحته الجسمية، بل تأزمها أكثر وتصبح من العلاج ، وهذا ما يهدد حياة المرضى خاصة في ظل الانتشار الواسع للمرض في العالم وفي الجزائر، إذ بينت الإحصائيات أن عدد المرضى المصابين بالمرض في تزايد مستمر .

كل هذه الأمور دفعتنا إلى تناول دراسة التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لجهاز التصفية الدموية "الهيموديايز"، وقد تضمنت الدراسة جانب نظري وآخر تطبيقي، حيث يضم الجانب النظري أربعة فصول نذكرها فيما يلي:

- **الفصل التمهيدي:** فصل تمهيدي اشتمل على عرض الإشكالية التي انطلقت منها هذه الدراسة، محددتين المشكل والفرضيات، مع تحديد المفاهيم الأساسية لها وأهداف وأهمية الدراسة وأخيرا الدراسات السابقة حولها.

- **الفصل الأول:** خصص هذا الفصل للقصور الكلوي المزمن وجهاز التصفية الدموية حيث عرفنا كلا منهما على حدا، مع التطرق للتفاصيل الخاصة بهما، حيث ذكرنا أعراض وأسباب المرض مع الكفالة النفسية للمريض، مع تطرقنا لجهاز الهيموديايز من خلال تبيان كيفية استخدامه والمضاعفات الناجمة عنه.

- **الفصل الثاني:** عرضنا فيه المعلومات الخاصة بالتوافق الزوجي من خلال تعريفه بدءا بتعريف الزواج والتوافق ثم التوافق الزوجي والنظريات التي تناولته وعوامل التوافق وسوء التوافق.

- **الفصل الثالث:** يضم الاستجابة الاكتئابية والاكتئاب بصفة عامة مع تعريفه وعرض النظريات المفسرة له وأنواعه مع ذكر الأسباب المؤدية له. أما الجانب التطبيقي فقد اشتمل على فصلين:
- **الفصل الرابع:** يشتمل على تقديم مجموعة الدراسة ، ووصف مكان البحث وأدوات الدراسة والمعالجة الإحصائية التي استعملت لهذا الغرض.
- **الفصل الخامس:** اشتمل على تقديم النتائج المتحصل عليها، ثم تحليلها ومناقشتها على ضوء الفرضيات، وفي الأخير قدمنا خاتمة لبحثنا ومجموعة من الاقتراحات.

# الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

- 1- الإشكالية.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أهمية الدراسة.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- تحديد مصطلحات الدراسة.
- 6- الدراسات السابقة.

## 1- الإشكالية.

يواجه الإنسان في حياته كثيرا من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة له بحيث تتعرض رفايته وتكامله للخطر نتيجة لذلك، فالأمراض المزمنة ومنها القصور الكلوي يعتبر أحد الأحداث الحياتية الضاغطة والذي له علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية (Cofer & Apply, 1984, p: 113).

إن الضغط الناتج عن المرض وعلاجه ربما يزداد مع عوامل ضاغطة أخرى مثل العائلة العمل، القلق المالي، وبالإضافة إلى ذلك الضغوط اليومية الأخرى الموجودة قبل تشخيص المصاب بالقصور الكلوي (الحفار، 1983، ص: 243).

ومما يلاحظ في عصرنا هذا كثرة الضغوطات والمؤثرات الخارجية التي من شأنها أن تؤثر على الصحة النفسية والجسدية للفرد، خاصة إذا فشل هو في التصدي لها، هذا ما يفتح المجال لحدوث اضطرابات عضوية تهدد حياته، وتخلق عنده اللااستقرار النفسي والجسدي، ومن بين هذه الاضطرابات التي ظهرت بشكل كبير في الآونة الأخيرة: القصور الكلوي المزمن.

القصور الكلوي المزمن هو الإصابة التدريجية والمهمة والنهائية لوظيفة الكلي، أي لقدرتها على التصفية.

كل الأمراض المزمنة للكلي تؤدي بشكل لا رجعة فيه إلى حدوث القصور الكلوي المزمن، وذلك خلال مدة تتفاوت حسب الحالات من بضعة أسابيع إلى بضع سنين، والأسباب الرئيسية للقصور الكلوي المزمن هي مرض السكري وارتفاع الضغط، ومهما كانت

مسبباته فإن القصور الكلوي يعني انخفاض عدد النيفرونات (الوحدات الوظيفية للتصفية) العاملة في الكلية، حيث يتم التخلص من النيفرونات المصابة أو يتم إقصاؤها من العملية، فيما تستمر النيفرونات السليمة في العمل بشكل طبيعي.

وتضمن هذه النيفرونات التوازن الداخلي للجسم "هوميوستازي" ويمكن للكلية أن تؤدي وظيفتها التنفيذية لمدة طويلة حيث تكفي نسبة عشرين في المائة من النيفرونات لأداء الوظيفة الكلوية، وعندما تفسد نسبة أكثر من ثمانين في المائة من النيفرونات فإن الاختلالات تبدأ في الظهور، ويصبح القصور الكلوي مزمنًا عندما تفقد الكلية ثمانين في المائة من قدرتها، ونقول أن المريض بلغ مرحلة القصور الكلوي المزمن عندما يفقد ثمانين في المائة من وظائفه الكلوية.

حسب نتائج بحث ميداني أجري خلال سنة 2002 في 120 بلدا تم إحصاء 1050000 حالة قصور كلوي قيد المعالجة، وازداد هذا الرقم في السنوات اللاحقة.

وتختلف نسبة المصابين الخاضعين للعلاج بين السكان من منطقة إلى أخرى عبر العالم، وتتراوح بين 50 مريض للمليون نسمة في إفريقيا الشمالية (مصر، تونس، ليبيا، الجزائر) والمغرب و800 في البلدان الأوروبية و1400 في أمريكا الشمالية، وتجد هذه التفاوتات تفسيرها في اختلاف السياق الاقتصادي والمستوى العام للصحة من بلد إلى بلد، ويعتبر مرض القصور الكلوي مشكلة حقيقية للصحة العمومية بالنظر إلى نسبة المصابين بين السكان وإلى نسبة زيادة عددهم كل سنة.

ويلاحظ في المغرب ضعف استكشاف أمراض المسالك البولية، إذ أن الكثير من مرضى القصور الكلوي يصلون إلى مراحل متقدمة من المرض دون أن يكونوا قد عرضوا خلال حياتهم على أخصائي في المسالك البولية والتناسلية، ففي نهاية 2003 قدر عدد المصابين الذي يخضعون لعملية الغسيل الكلوي "دياليز" بنحو 3900 وهذا الرقم في تزايد

مستمر، بينما يمكن لمعالجة مبكرة أن تؤخر اللجوء إلى الغسيل الكلوي أو إلى زراعة العضو. (صحيفة المثقف الأولى)

في مداخلة تزامنت بمناسبة اليوم العالمي للكلى الذي يصادف 09 مارس من كل عام، أشير إلى ضرورة التكفل بالمرضى سواء من حيث عملية الزرع أو تصفية الدم، وإلا فإن العدد سيتفاقم في الخمس سنوات القادمة ليصل إلى 20 ألف شخص مصابا بالقصور الكلوي المزمن، مع العلم أن تكلفة العلاج و تصفية الدم تصل إلى 20 مليار دينار لكل عام، وفي السياق ذاته يتم معالجة 470 من بين مليون شخص يعانون من القصور الكلوي، و الجهود متواصلة لمعالجة 4 آلاف شخص خلال العام، وذكر البروفيسور أن 15232 مريض يستفيدون من تصفية الدم في 274 مركز، من بينها 154 مركز عمومي و 120 خاص، و هناك أيضا 8013 مستفيد من تصفية الدم عبر التراب الوطني و 7219 يتم معالجتهم في القطاع الخاص، ووصل عدد الأطفال الذين خضعوا لتصفية الدم إلى 138 طفلاً.

و أشار المتحدث أن أزيد من 7 آلاف شخص في قائمة انتظار العلاج في الوقت الذي يعتبر زرع الكلى متأخرا في الجزائر بالرغم من ضرورته، بحيث لا يتعدى عددها المائة، و قد أثبتت الإحصاءات أن 90 بالمائة من العائلات الجزائرية ترفض التبرع بأعضائها بعد وفاتها، أما القانون الجزائري فحصرها في الأقارب فقط.

و قد تحققت نتائج مذهلة السنة الماضية، حيث وصل عدد المتبرعين إلى 133 متبرع، و تعمل الجهات المختصة على الوصول إلى 500 عملية زرع في العام، و من جهة أخرى أكد المتحدث أن 70 بالمائة من المتبرعين نساء.

و سيتم في الأيام المقبلة إنشاء الوكالة الوطنية للمتبرعين بالأعضاء، و كذا المعهد الوطني لزراعة الأعضاء و الأنسجة، و في المقابل دعا المتحدث إلى ضرورة التحسيس و التوعية لرفع نسبة التبرع، و هذا لإنقاذ حياة الأفراد. ([www.eljazaireldjida.dz](http://www.eljazaireldjida.dz))

الاستصفاء الدموي (غسيل الكلى) تتم هذه الطريقة بإخراج نسبة من دم المريض من جسمه وتمريه عبر مرشح (فلتر) الذي يقوم بتقيته ثم يتم إعادته إلى جسم المريض. وجهاز الإنفاذ يحتوي على غشاء رقيق يسمى المنفاذ dialyser الذي يفصل بين الدم وسائل الإنفاذ، كما يحتوي على غشاء نصف منفذ Semipermeable والذي يسمح بمرور مواد معينة من الدم إلى سائل الإنفاذ.

كما أن الجهاز يحتوي على مضخة لضخ الدم في جهاز الإنفاذ ومن ثم إعادته إلى المريض، ويحتوي أيضاً على مصيدة الفقاعات الموجودة في الدم التي يمكن أن تسبب مضاعفات خطيرة للمريض إذا ما عادت إلى الدورة الدموية. كما يحتوي على عدة أجهزة إنذار للتنبيه إذا ما حدث خطأ ما في دائرة الإنفاذ.

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

وتبعاً لهذه الحالة التي يعيشها مرضى القصور الكلوي المزمن تتشكل عندهم إحباطات عديدة ومتنوعة، بعضها يتعلق بالناحية الجسمية من اضطرابات على مستوى القلب والضغط...، والبعض الآخر من الناحية النفسية كحدوث استجابة اكتئابية وقلق، بالإضافة إلى الاضطرابات من الناحية الجنسية التي تؤدي في أغلب الحالات إلى عجز جنسي عند الذكور، واضطرابات الدورة الشهرية عند الإناث وتعد الاستجابة الاكتئابية من النتائج الضارة لمرضى القصور الكلوي المزمن ويظهر ذلك حسب Beck Aaron

سنة 1967 في قوله: "إن المرض العضوي إذا ما كان خطيرا أو مزمنًا يؤدي هذا إلى الإصابة بالاكنتاب". (رفعت، 1992: ص5)

بالإضافة للاكتئاب يعاني معظم مرضى القصور الكلوي المزمن المتزوجين منهم من سوء التوافق الزوجي، في ظل العجز الجنسي الذي يتولد عندهم كنتيجة حتمية للمرض العضوي، هذا ما يخلق لديهم مشاكل زوجية تؤثر على توافقهم الزوجي وتنعكس سلبا على استقرار العلاقة الزوجية، حسب كارل روجرس سنة 1972 عرف التوافق الزوجي على أنه: "نتاج التفاعل بين شخصية الزوجين والذي يحدد نجاح الزواج أو فشله، وإنه لا يوجد نمط معين من أنماط الشخصية يحدد نجاح الزواج، وبعد التفاعل بين الزوجين من أهم عوامل التوافق الزوجي". (دسوقي، 1993: ص7)

وهذا ما ينعدم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، إذ يغيب التفاعل داخل العلاقة الزوجية خاصة في ظل انعدام القدرة على الإنجاب إلا في حالة ما إذا كان المريض حديث العهد مع المرض.

وفي هذا الإطار أقيمت دراسات سنة 2012 حول المرضى المتزوجين الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن، كشفت الدراسة على أن نسبة الإنجاب تقدر بين 1-7% وترتفع النسبة كلما كان التعايش مع المرض حديثا، لكن حتى في حالة حدوث حمل فإنه ينجر عن هذا مضاعفات خطيرة تتمثل في تعقيدات صحية للمرأة الحامل مثل ارتفاع ضغط الدم، انقطاع المشيمة، نزيف داخلي للرحم، ولادة مبكرة وفي معظم الحالات يحدث إجهاض. وفي دراسة أخرى قام بها Willem Kop لتوضيح خطر حدوث استجابة اكتئابية على مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث أجرى الدراسة على 5785 شخص من الولايات المتحدة الأمريكية تمت متابعتهم لمدة 10 سنوات، في بداية الدراسة لم يكن هؤلاء الأشخاص مصابين بالقصور الكلوي، لكن مع نهاية الدراسة أصبح العديد منهم خاضعين للغسيل الكلوي، وارتبط هذا بحدوث اكتئاب لدى 20% من غيرهم الذين لا يعانون المرض، هذا ما

يفسر التدهور الصحي لمرضى القصور الكلوي بسبب حدوث استجابة اكتئابية لديهم بسبب المرض الذي اثر على نشاطاتهم وعلاقاتهم الأسرية والاجتماعية.

وفي دراسة أجرتها مجلة (Clinicat Journal of the American Society of

Néphrologie) سنة 2011 تم التوصل إلى أن الأشخاص الذين وصلت عندهم أعراض

الاكتئاب إلى مرحلة متقدمة يواجهون مخاطر اكبر على مستوى أمراض الكلى ويعود ذلك

إلى عوامل طبية ذات صلة بالاكتئاب، في إشارة هنا إلى العلاقة الكبيرة بين أمراض الكلى

وحدوث اكتئاب لديهم كاستجابة للمرض، بالمقارنة مع أمراض مزمنة أخرى كالسكري والقلب.

(www.epharmapedia.com)

ومن خلال التربص الميداني الذي قمنا به في مستشفى الزهراوي بالمسيلة مصلحة

أمراض الكلى لاحظنا أن غالبية المرضى يعانون من مشاكل نفسية تؤثر في حياتهم بنسب

كبيرة، خاصة المتزوجين منهم.

ومن هذه المعطيات التي توصلنا إليها، نطرح مجموعة من التساؤلات كالتالي:

1- ما مستوى التوافق الزوجي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن؟

2- ما مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن؟

3- هل توجد علاقة ارتباطية بين الاستجابة الاكتئابية والتوافق الزوجي لدى عينة من

مرضى القصور الكلوي المزمن؟

**2- فرضيات الدراصة.**

- 1- مستوى التوافق الزوجي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض.
- 2- مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي مرتفع.
- 3- توجد علاقة ارتباطية بين الاستجابة الاكتئابية والتوافق الزوجي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن.

**3- أهمية الدراصة.**

تبرز أهمية الدراصة الحالية في:

- اعتبار المرض من بين الأمراض المزمنة التي تنتشر في بلادنا بصورة كبيرة.
- أهمية متغيرات الدراصة والمتمثلة في الاستجابة الاكتئابية والتوافق الزوجي والتي مازالت تحتاج إلى دراصة وبحث خاصة في عصرنا الحالي.
- قد تسهم هذه الدراصة في إعداد برامج علاجية للتخفيف من حدة الاكتئاب وسوء التوافق الزوجي لدى هذه الفئة وذلك لتحقيق نوع من الراحة النفسية والتي تعود بشكل ايجابي على الجانب العضوي للفرد.
- قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع وفي حدود اطلاع الباحثة تعد هذه الدراصة الأولى على مستوى البيئة المحلية.

**4- أهداف الدراصة.**

- كل بحث علمي له أهداف يسعى لتحقيقها، هذا ما ينطبق على دراستنا لمرضى القصور الكلوي المزمن، ويكمن الهدف من هذه الدراصة في:
- معرفة مستوى التوافق الزوجي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي.
  - معرفة مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن.

- التعرف على طبيعة العلاقة بين الاستجابة الاكتئابية والتوافق الزوجي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن.

## 5- تحديد مصطلحات الدراسة.

### 1-التوافق الزوجي:

يُعرف بأنه "التوفيق في الاختيار المناسب للزوج والاستمرار للحياة الزوجية والدخول فيها ، والحب المتبادل بين الزوجين ، والإشباع الجنسي وتحمل مسئوليات الحياة الزوجية ، والقدرة على حل مشكلاتها ، والاستقرار الزوجي ، والرضا والسعادة الزوجية ، ويتوقف التوافق الزوجي على تصميم كلا الزوجين على مواجهة المشكلات المادية والاجتماعية ، والصحية والعمل على تحقيق الانسجام والمحبة المتبادلة" (دسوقي، 1986: ص26)

يعرفه الداھري بأنه "الاتفاق النسبي بين الزوج والزوجة على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة في أعمال وأنشطة مشتركة وتبادل العواطف".

(الداھري، 2007: ص215)

ويعرفه عبد الرحمن ودسوقي بأنه "التوافق الزوجي هو "تحقيق اكبر قدر من التفاهم والانسجام بين الزوجين من خلال التفاعل الايجابي، بحيث ينعكس هذا التوافق على الجوانب الأخرى في حياتهم محققا استمرار العلاقة الزوجية"

(عبد الرحمن ودسوقي، 1988: ص672).

ويقصد بالتوافق الزوجي إجرائيا في هذه الدراسة بوصفه الدرجة التي يتحصل عليها المرضى ذوي القصور الكلوي المزمن على المقياس المعتمد.

### 2-الاستجابة الاكتئابية:

يعرفها سعيد حافظ يعقوب على أنها: "رد فعل من النفس إزاء صدمة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ كخسارة مفاجئة أو صدمة أو خيبة أمل، أي أنها عبارة عن شكل مجسم لما يحدث للشخص العادي حين تصيبه نكبة طارئة" (يعقوب، 1984: ص25).

ويعرفها "Dumas" على أنها: "الحالة التي يوضح جدولها العيادي سلطة الحزن، الإنهاك الانقباض وفقدان اللذة على الحياة، التي يصاحبها دائما عامل مفجر خطير، وبالتالي يظهر مباشرة بعد صدمة عاطفية مثل: الحداد...، وغالبا ما يبدي الأشخاص المصدومين قابلية الإصابة نظرا لعدم تحملهم الإحباطات المؤلمة نسبيا (Dumas, 1970: p280)

ويقصد بالاستجابة الاكتئابية إجرائيا في هذه الدراسة بوصفها الدرجة التي يتحصل عليها المرضى ذوي القصور الكلوي المزمن على المقياس المعتمد.

### 3- القصور الكلوي المزمن:

يعرفه علاء الدين بأنه: "مجموعة من الأعراض المعقدة تميز التسمم الذاتي للجسم بنواتج الاستقلاب المتنوعة، وإذا ماتت البنى الكلوية، فإن جميع أمراض الكلية يمكن أن تؤدي إلى قصور كلوي مزمن"

(علاء الدين، 2003: ص53).

يعرفه مطر بأنه زيادة مستمرة ومضطربة في فقد وظائف نيفرونات، الكلى والتي تؤدي إلى فقد الكلى لوظيفتها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم (مطر ، 2004: ص44).

ونقصد بالقصور الكلوي المزمن في دراستنا من أصيبت كليته بخلل أدى إلى تعطيلهما عن أداء وظيفتهما نهائيا، هذا ما يستلزم جهاز تصفية الدم كبديل للكلية المعطلة بصفة دائمة.

## 4-جهاز تصفية الدم: «Hémodialyse» :

يعرف على انه: " جهاز يعمل وفق نظام توازن الأملاح في الدم والمواد الذائبة في الماء ويعيدها إلى مستواها الأصلي الطبيعي، وهو جهاز مزود بألية تسمح بخروج الماء من الجسم ومن أهم مكوناته سائل الغسيل، حيث أنها تجعله متناسقا على الدوام في التركيز" (الصادق صبور، 1994: ص89).

والمقصود بجهاز تصفية الدم هو الجهاز الذي يعمل عمل الكلية بعد حدوث قصور في تأديتها لوظائفها في الجسم.

## سادسا: الدراسات السابقة.

أجريت العديد من الدراسات حول العلاقة بين المرض النفسي والمرض الجسمي والتأثير المتبادل بينهما، وتمكنا من حصر عدد من الدراسات التي قام بها العلماء لكن مع تحديد نوع المرض الجسمي والمتمثل في القصور الكلوي المزمن ومدى إحداثه للمرض النفسي وبالتحديد الاستجابة الاكتئابية، بالإضافة لتأثيره على التوافق الزواجي، ونذكر بعض هذه الدراسات:

## أ- الدراسات العربية:

1-دراسة عبد المعطي (1992) "لبعض الاضطرابات النفسية في الأطفال المصابين بالفشل الكلوي المزمن":

تهدف هذه الدراسة لمعرفة بعض المشاكل النفسية في الأطفال المصابين بفشل كلوي مزمن وخاصة الاكتئاب وأيضا دراسة معامل الذكاء.

العينة: تكونت عينة الدراسة من عدد (30) طفل، (9) من الإناث، (21) من الذكور يتراوح أعمارهم من (5.5-13سنة) ومتوسط العمر 9 سنوات من المترددين على عيادة الكلى بمستشفى الأطفال جامعة القاهرة.

الأدوات المستخدمة تم أخذ التاريخ الطبي وعمل فحص طبي كامل وأجريت بعض التحاليل وعمل فحص للبطن بالموجات فوق الصوتية وأشعة عادية لجميع المرضى وتم عمل اختبار الذكاء بطريقة رسم الرجل وقياس الاكتئاب بمقياس (د) للاكتئاب ل (ماريا كوفاكس) وتم تقسيم المرضى إلى أربعة مجاميع حسب سن بدء الفشل الكلوي ودرجة الفشل.

**النتائج:** أكدت الدراسة أن متوسط معامل الذكاء في الأطفال المصابين بالفشل الكلوي قبل سن الخامسة (45.3%) وهو أقل بكثير من متوسط معامل الذكاء في الأطفال المصابين بالفشل الكلوي بعد سن الخامسة (86.2%). وأن نسبة المصابين بالاكتئاب (72.2%) في المرضى المصابين بالفشل الكلوي المزمن.

**2-دراسة خليل (1998) "المتغيرات النفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي المزمن في مصر":**

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الوقوف على أهم المتغيرات النفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي، كما هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على اتجاهات المرضى نحو المرض ونحو أسلوب العلاج ونحو الفريق المعالج لهم، كذلك محاولة التعرف على اتجاهات الأسرة نحو المريض ونحو أسلوب العلاج المتبع معه وأيضاً تجاه الفريق المعالج له.

**العينة:** تكونت عينة الدراسة من (170) مريضاً ومريضة من مرضى الفشل الكلوي النهائي ويستخدمون الغسيل الكلوي الدموي كوسيلة للعلاج و (75) فرداً من أفراد أسر المرضى المرافقين لهم أثناء جلسة الغسيل الكلوي، وقد تم اختيار العينة من المستشفيات الحكومية والخاصة وبعض وحدات الغسيل الكلوي.

**الأدوات المستخدمة:** استخدمت الدراسة الأدوات الآتية:

- استمارة جمع بيانات اجتماعية وديموجرافية من إعداد الباحثة.
- استخبار الحالات الثمانية (القلق - الاكتئاب - الإرهاق) إعداد أحمد عبد الخالق.
- مقياس اتجاه المريض نحو مرض الفشل الكلوي، إعداد الباحثة.

- مقياس اتجاه الأسرة نحو مريض الفشل الكلوي، إعداد الباحثة.
- دراسة حالة متعمقة لبعض أفراد العينة من مرضى الفشل الكلوي.

**النتائج:** توصلت نتائج الدراسة إلى أن أهم السمات والخصائص النفسية التي تميز مريض الفشل الكلوي هي القلق والاكتئاب والإرهاق. وإن إظهار تلك السمات سوف يساعد على تحسين الخدمات العلاجية المقدمة إلى المرضى ويدعم ما أوصت به الدراسة من ضرورة تواجده خدمة نفسية تقدم إلى هؤلاء المرضى حتى تؤتي العملية العلاجية ثمارها المرجوة.

**3-دراسة الطيب (2000) "العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت العلاج بالإستشفاء الدموي":**

تهدف هذه الدراسة إلى قياس نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي تحت العلاج بالاستشفاء الدموي وذلك من خلال الآتي:

1. معرفة العوامل التي تؤثر على نوعية حياة هؤلاء المرضى.
2. تقييم أنشطة العناية الذاتية للمرضى بناء على احتياجاتهم.

**العينة:** تكونت العينة من (100) مريضاً بالفشل الكلوي حيث تمثلت العينة في (69) مريضاً ذكراً، (31) مريضاً أنثى، يتم علاجهم بالاستشفاء الدموي من مدة لا تقل عن عام سواء كانوا يقومون بالغسيل ثلاث مرات في الأسبوع أو مرتين وممن وافقوا على إجراء البحث معهم وتم استبعاد المرضى الأميين، من لديهم مضاعفات تعوقهم عن أداء العناية الذاتية لأنفسهم كالشلل، الجلطات المخية.

**الأدوات المستخدمة:** تم استخدام مقياس تدريجي يملئ بواسطة المريض نفسه ويتكون من خمسة أجزاء: (الصفات الاجتماعية البيئية للمرضى، التاريخ المرضى للفشل الكلوي، مقياس تدريجي لقياس نوعية حياة المريض، مقياس تدريجي لقياس صفة القلق والاكتئاب، ومقياس تدريجي لقياس مدى اضطراب النوم لمرضى الاستشفاء الدموي).

**النتائج:** أوضحت نتائج الدراسة أن أغلب المرضى كانت تتراوح أعمارهم ما بين (20 وأقل من 40 سنة) وأن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المرضى كاضطراب اللياقة الجسمية واللياقة النفسية واضطراب الاهتمامات الاجتماعية والدعم الروحي.

كما أن الحالة الاجتماعية الاقتصادية، القلق، الاكتئاب، حالة المنزل والعناية الذاتية التي يقوم بها المريض تعتبر من العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي كما أن المرضى ليس لديهم معلومات كافية.

#### ب- الدراسات الأجنبية:

4-دراسة دانكر وآخرون (Daneker, et, al (2001): "الاكتئاب وعدم الإشباع الزوجي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن ولدى زوجاتهم أو أزواجهم":

**الهدف:** تهدف الدراسة إلى تقييم العلاقة بين مستوى اكتئاب المريض والحالة النفسية الاجتماعية لزوجته أو زوجها.

**العينة:** طبقت الدراسة على عينة تكونت من عدد (55) زوج والتي فيها يعاني أحد الزوجين من القصور الكلوي المزمن الخاضعين للغسيل. وتم بحث اثنين من المتغيرات لمعرفة احتمال ارتباطهما بمستوى اكتئاب الشريك وإشباعه الزوجي، هذان المتغيران هما مستوى اكتئاب المريض والدعم الاجتماعي المدرك للشريك (للطرف الآخر) وتم تقييم الاكتئاب باستخدام قائمة بيك للاكتئاب (BDI).

**النتائج:** أوضحت نتائج الدراسة أنه يوجد ارتباط مباشر بين مستويات الاكتئاب لدى الشريك ودرجات المريض على قائمة بيك للاكتئاب، وأنه يوجد أثر رئيسي (للدعم الاجتماعي من الطرف الآخر من منظور المريض) على الإشباع الزوجي للشريك. وإن زوجات أو أزواج المرضى الذين سجلوا مستويات عالية من الدعم الاجتماعي كانوا أقل من يعانون من توتر زوجي، وأن الحالة النفسية الاجتماعية لزوجة المريض تؤثر على مستوى اكتئاب المريض.

5- درااة وورث وتووتو Wuerth & Toto (2001): بعنوان " التعرف على الاكئاب

وعلاجه لدى مرضى الغسيل الكلوي المزمن":

**الهدف:** هدفت الدرااة إلى تقدير عدد المرضى الذين يعانون من الاكئاب ومحاولة تقديم العلاج لهم.

**العينة:** أجريت الدرااة على عدد (136) مريض يتلقون غسيل كلوي.

**الأدوات المستخدمة:** تم استخدام مقياس بيك للاكئاب معهم وهو استبيان يدار ذاتياً ومقياس هاملتون للاكئاب. وكان المرضى الذين يحصلون على درجات من 11 فأعلى يحولون إلى طبيب نفسي وبلغ عدد المرضى الذين حصلوا على 11 درجة أو أكثر عدد (67) مريض وبلغ عدد المرضى الذين يعانون من الاكئاب الإكلينيكي (23) مريض و (22) آخرين كانوا مؤهلين لتلقى العلاج المضاد للاكئاب بناء على ما حصلوا عليه من درجات في مقياس هاملتون للاكئاب وأثناء المقابلات التشخيصية.

**النتائج:** توصلت نتائج الدرااة إلى أن الاكئاب يعد انتشاره واسعاً بين مرضى الغسيل الكلوي المزمن، وأن مقياس أو قائمة بيك للاكئاب تعد أداة مفيدة للتعرف على الاكئاب، وأن الاكئاب الإكلينيكي يمكن علاجه بالأدوية لدى هذه الفئة من المرضى.

6- درااة كوتسوبولو Koutsopoulou (2002) "أبعاد الشخصية لدى مرضى الغسيل

الدموي المرتبط بمرض الفشل الكلوي":

**الهدف:** تهدف الدرااة إلى التعرف على أبعاد الشخصية لدى مرضى الفشل الكلوي الذين يتلقون غسلاً دموياً وبحث العلاقة بين المرض الذي أدى إلى الفشل الكلوي وما يعقب ذلك من حاجة إلى الغسيل الدموي وبين شخصية مريض الفشل الكلوي.

**العينة:** طبقت الدرااة على عينة تكونت من عدد (103) مريض تم تحليل بياناتهم

ومقارنتهم بمرضى المجموعة الضابطة المكونة من عدد (138) مريضاً، مع التوفيق بين

المجموعات حسب العمر والجنس ومكان الإقامة.

**الأدوات المستخدمة:** تم إجراء الدراسة باستخدام استبيان الشخصية لآيزنك تتسم بالثبات في الدراسات الإكلينيكية والتي تقيس ثلاثة أبعاد للشخصية وهي: العصابية والسيكوباتية والانطوائية والانبساطية.

**النتائج:** توصلت نتائج الدراسة بعد أن تم مقارنة نتائج الاستبيان المستخدم في فئات المرض الثلاثة المسببة للفشل الكلوي وهي التهاب أنسجة الكلى ومرض المثانة وأمراض الأوعية الدموية إلى أن غسيل الدم بشكل منتظم له أثر على المقاييس الثلاثة لاضطراب الشخصية لدى المرضى.

وسجل المرضى الذكور درجات أعلى في العصابية بينما سجل المرضى الإناث درجات أعلى في السيكوباتية. وتأثرت اضطرابات الشخصية تأثراً كبيراً بالمرض الكلوي وهو العامل المسئول عن الفشل الكلوي والحاجة إلى الغسيل الدموي.

**7-دراسة هويل وآخرون Hiwel et al (2006) "تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع المرضى لخفض مستوى الاكتئاب":**

وهدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وجدواه في خفض الأعراض الاكتئابية لدى بعض المكتئبين. وتكونت العينة الكلية من (51) مريضاً، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وقوامها (26) فرد، والمجموعة الضابطة وقوامها (25) فرد. واشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومدته (12) أسبوع، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، (BDI) ومقياس بيك للاكتئاب الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة، كما أوضحت النتائج أيضاً استمرار بعض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المتابعة ولكن بمستوى متدني بالنسبة لنفس المجموعة قبل اشتراكها في البرنامج.

### التعقيب على الدراسات السابقة:

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

#### 1. من حيث الأهداف:

اختلفت الدراسات السابقة في أهدافها فأغلب الدراسات ركزت على المتغيرات والمشاكل النفسية الشائعة لدى مرضى القصور الكلوي ومنها الاكتئاب ونوعية الحياة، في حين ركزت دراسة واحدة فقط على اقتراح وتقييم للعلاج المعرفي السلوكي لخفض مستوى الاكتئاب. أما في دراستنا فقد كان الهدف منها التعرف على مستوى كل من الاستجابة الاكتئابية والتوافق الزوجي والعلاقة الارتباطية بينهما لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

#### 2. من حيث العينات:

أجريت معظم الدراسات السابقة على المرضى المصابين بالفشل الكلوي المزمن، وانحصرت أعدادها بين 30 إلى 145 من الأطفال والمرضى والأزواج.

أما عينة الدراسة الحالية فضمنت المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن المتزوجين، وبلغ عددهم 30 مريض وهي بذلك قريبة من عينة دراسة كل من عبد المعطي، ودانكر وآخرون والتي تكونت من 30 و 55 مفردة على التوالي.

#### 3. من حيث الأدوات المستخدمة:

اعتمدت الدراسات السابقة على مجموعة مختلفة من الأدوات فمنها من استعمل اختبار رسم الرجل، ومنها من استخدم اختبار ايزنك للشخصية، ومقياس الاتجاه نحو أسرة مريض القصور الكلوي، بالإضافة إلى دراسة الحالة، والدراسة الوحيدة التي استخدمت مقياس بيك للاكتئاب هي دراسة وورث وتوتو، 2001 وهو نفس المقياس المعتمد في الدراسة الحالية الى جانب مقياس التوافق الزوجي من إعداد زهية مسعودي سنة 2008 .

#### 4. من حيث النتائج:

توصلت الدراسات السابقة إلى مجموعة من النتائج منها أن مستوى الذكاء يقل عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي مقارنة بالعاديين، كما أن من سمات شخصية هؤلاء المرضى أنهم أكثر قلقاً واكتئاباً، كما توصلت الدراسات السابقة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والمساندة الاجتماعية في خفض مستوى الاكتئاب لدى المرضى.

# الفصل الأول

## القصور الكلوي المزمن وجهاز التصفية الدموية

تمهيد

أولاً- القصور الكلوي المزمن.

- 1- تعريف القصور الكلوي المزمن.
- 2- أعراض القصور الكلوي المزمن.
- 3- الأمراض التي تؤدي إلى القصور الكلوي.
- 4- الكشف عن القصور الكلوي المزمن.
- 5- طرق علاج القصور الكلوي المزمن .
- 6- الوقاية من القصور الكلوي المزمن.
- 7- الكفاءة النفسية لمرضى القصور الكلوي المزمن.

ثانياً- جهاز التصفية الدموية.

- 1- تعريف الجهاز "الهموديايز".
- 2- كيفية استخدام جهاز التصفية الدموية.
- 3- مضاعفات الهموديايز على المريض.
- 4- حوادث متعلقة بالهموديايز.

خلاصة

## تمهيد:

الكليتين هما عضوان في شكل حبتي الفاصوليا ويقعان في كلا الجانبين من العمود الفقري في مؤخرة البطن، الوظيفة الرئيسية للكلى هي تطهير المجال الداخلي وتخليص الدم من السموم والنفايات وفائض الأملاح المعدنية، ويقوم الدم الذي يدور في الكلى بتحرير النفايات في النيفرونات، وهي وحدات وظيفية للتصفية، ويتم التخلص من السائل الذي ينتج عن هذه العملية "البول" عبر الجهاز البولي، وتفرز الكلى التي تعمل بصورة عادية كل يوم نحو 1.5 إلى 2 لتر من البول، كما تقوم الكلى كذلك بضبط نسبة الحموضة في الدم عبر إفراز الأملاح القلوية عند الحاجة.

ويؤدي قصور الكلى إلى إختلالات بيولوجية في الجسم، من بينها ارتفاع نسبة الكرياتينين، التي تقيس الوظيفة الكلوية في الدم، بالإضافة إلى زيادة نسبة التسمم البولي بالبولينا و بعض الأملاح المعدنية كالبوتاسيوم والفسفور، وتتنخفض نسبة الكريات الحمراء "الهيموكلوبين" وخلايا الهيماتوكريت في الدم.

وفي حالة عدم علاجه عن طريق الغسيل الكلوي أو زراعة الكلى فإن القصور الكلوي يؤدي بسرعة إلى نتائج غير حميدة.

وفي هذا الفصل نستعرض بالتفصيل القصور الكلوي المزمن وطرق علاجه.

## أولاً- القصور الكلوي المزمن.

## 1- تعريف القصور الكلوي المزمن.

يعرف الفشل الكلوي المزمن بأنه زيادة مستمرة ومضطربة في فقد وظائف نيفرونات، الكلى والتي تؤدي إلى فقد الكلى لوظيفتها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم.

(مطر، 2004: ص44)

والفشل الكلوي المزمن هو تدمير مستمر لا رجعة فيه لنيفرونات الكليتين وعملية حدوث المرض متطورة ومستمرة حتى يتم تدمير معظم نيفرونات الكلى وتستبدل بأنسجة متليفة. وقد يحدث الفشل الكلوي المزمن ببطء في المرضى المصابين بأمراض عامة أو أمراض تحوصل الكلى أو قد ينتج نتيجة الإصابة بتكرز أنابيب الكلى الحاد أو التهاب خلايا الكلى أو الالتهاب لنيفرونات الكلى أو نتيجة ارتفاع مركبات نيتروجينات الدم نتيجة أمراض أخرى. والفشل الكلوي المزمن غالباً ما يحدث ببطء تفقد فيه الكلى على مدى شهور أو سنوات وغالباً ما يحدث مصاحباً للأمراض المزمنة ويصبح لا رجعة فيه لأسباب غير واضحة.

(kelly ,1996 : p96)

## 2- أعراض القصور الكلوي المزمن.

يؤثر الفشل الكلوي المزمن على جميع أعضاء الجسم وذلك نتيجة تعدد وظائف الكلى بالإضافة إلى وظيفتها الأساسية في تنقية وإخراج البول، والأعراض كثيراً ما تكون مضللة فقد تكون غير مصحوبة بألم بالكليتين أو تغير واضح بالبول وتظهر أولاً في أعضاء مختلفة بالجسم كما يلي:

-اختلال في السوائل والأملاح : ويؤدي ذلك إلى زيادة في السوائل بالجسم وأحياناً تورم بالساقين أو ارتشاح بالرئة أو الغشاء البلوري المحيط بالرئة. كما يحدث خلل واضح في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم والفسفور والبيكربونات بالدم.

(عبد العزيز، 1998: ص24)

- **اختلال في وظائف الغدد:** يؤدي إلى ضعف بالعظام نتيجة نقص فيتامين (د) النشط وزيادة في نشاط الغدة جار الدرقية، وارتفاع في الدهون الثلاثية بالدم، وقصور في نمو الجسم يكون أكثر وضوحاً لدى الأطفال، وضعف جنسي في الرجال وانقطاع الطمث لدى النساء.

- **الجهاز الهضمي:** فقدان الشهية ورغبة في القيء وأحياناً قيء متكرر مع احتمال حدوث نزف دموي من الجهاز الهضمي.

- **القلب والدورة الدموية:** يشكو المريض من ارتفاع بضغط الدم وقد يصاحب ذلك هبوط بالقلب وما يتبع ذلك من ضيق بالتنفس وتورم بالساقين كما يحدث ألم شديد بالصدر نتيجة التهاب غشاء التامور المحيط بالقلب. (الباز، 2003: ص19)

### 3- الأمراض التي تؤدي إلى القصور الكلوي.

- أمراض حادة.

- أمراض مزمنة.

#### 3-1- الأمراض الحادة:

التهاب كلوي حاد شديد - القيء الشديد - الجفاف - مضاعفات الحوادث الجراحية - الحروق - أمراض التهاب كلوي مناعي أو ميكروبي حاد - التهاب نتيجة حصى - أو عدم نقاء الدم - تسمم حملي - بعض الأدوية السائدة استخدامها كمضادات الروماتيزم والمضادات الحيوية .

#### 3-2- الأمراض المزمنة:

عيوب ميتا بولزم - عيوب تشريحية - رد مثالي حالب - تحوصل كلوي وراثي - التهاب كلوي مناعي - روماتيزم - التهاب بكتيري - التهاب مجرى البول - تكوين حصى - سكر - نقرس - سميات - وتفاوت درجة الشدة في أزمان المشكلة. (botman, 2007 : p112)

#### 4- الكشف عن القصور الكلوي المزمن.

يتم الكشف عن الإصابة بالمرض بإخضاع المريض لمجموعة من التحاليل الطبية المتمثلة في:

- فحص **BUN** الذي يقيس كمية النيتروجين بشكل يوريا، وهي عبارة عن نتاج تحلل البروتين، وهي موجودة في الدم.
  - فحص كمية الكرياتينين في الدم أو البول وهي مادة من فضلات الأيض، حيث في حالة القصور الكلوي المزمن ترتفع نسبته إلى أكثر من 12 مغ.
  - التصوير بالأشعة.
  - فحص البول.
- (كبة، 2001: ص284)

#### 5- طرق علاج القصور الكلوي المزمن .

الهدف من علاج الفشل الكلوي هو إعاشة المريض في أفضل صورة صحية متاحة، وتمكينه من تحمل مسؤولياته تجاه الأسرة والمجتمع، والتمتع بحياة أقرب ما تكون إلى الطبيعية لأطول فترة ممكنة.

#### وتنقسم طرق علاج الفشل الكلوي إلى ثلاثة أنواع:

##### 5-1-العلاج التحفظي :ويعنى أن المرض لم يصل بعد إلى مرحلة الفشل الكلوي النهائي

وأنه لا يحتاج إلى عمل جلسات كلى صناعية ويتمثل العلاج في خطوات:

-نظام غذائي دقيق يقوم على خفض نسبة البروتينات التي يتناولها المريض في الوجبات.

أدوية لعلاج الأنيميا المصاحبة للفشل الكلوي كالحديد والفيتامينات وعلاج ضغط الدم والمحافظة على نسبة الكالسيوم في الجسم وتحديد كمية السوائل التي يمكن للمريض تناولها يومياً والابتعاد عن تناول الأطعمة الغنية بالبوتاسيوم .وقد ينجح العلاج التحفظي في وقف أو إبطاء تطور المرض ولكن كثيراً ما يتطور المرض إلى مرحلة الفشل الكلوي المزمن

النهائي الذي يستلزم التدخل بوسائل أخرى مثل زرع الكلى أو استخدام الكلية الصناعية أو الغسيل البريتوني. (عفيفي، 2003: ص30)

5-2- العلاج بالكلية الصناعية: يوجد منها نوعان:

5-2-1- الغسيل البريتوني:

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

5-2-2- الاستصفاء الدموي: وتتم هذه العملية عندما يقرر الطبيب أن حالة مريض

الفشل الكلوي قد أصبحت فشلاً كلياً نهائياً وأنه يجب أن يقوم بعمل استصفاء دموي وفي هذه العملية يتم الحصول على الدم من المريض ثم يبقى في الماكينة ويعاد إلى المريض مرة ثانية وذلك عن طريق خراطيم تتصل بالمريض بإحدى طرق ثلاثة:

5-2-2-1- طريقة فستولا: وهي الطريقة العادية التي تسمح للمريض بالحركة بين

الغسلات وتكون بوضع إبرتين للمريض إحداها لسحب الدم من المريض والأخرى لإعادته مرة أخرى إليه، وهاتان الإبرتان متصلتان بالخراطيم التي تحمل الدماء من وإلى الغسيل وتجرى هذه العملية لاستحداث وعاء دموي يتحمل تلك العملية وبدون هذا الوعاء الدموي لا يمكن أن يتم الغسيل حيث أن الأوعية الدموية العادية لا يمكن لها تحمل تلك العملية وبدون هذا الوعاء لا يمكن عمل الغسيل الدموي. (ابو زيد، 2006: ص33)

5-2-2-2- طريقة الوصلة الوريدية الشرياني: وهى عبارة عن وصلة صناعية دائمة بين الشريان والوريد سواء في اليد أو الرجل وهذه الوصلة توصل بخراطيم آلة الغسيل ثم يوصل الشريان بالوريد مرة أخرى بعد الغسيل وتقبل بعد الاستعمال.

(أبو رية، 2002: ص53)

5-2-2-3- طريقة أنبوية تحت الترقوة: وهى غرس أنبوية لينة تحت عظمة الترقوة وتترك في مكانها وتقبل على سطح الجلد في حالة عدم استعمالها، وتستعمل فقط في حالة الطوارئ إذا فشلت الوصلة الوريدية الشريانية.

(خضر، 1994: ص15)

ومنه فعلاج القصور الكلوي المزمن لا يخلو من التعقيدات الكثيرة التي تتجر عنه، ويبقى علاج مؤقت يعتمد على جهاز الهيموديايز في ظل صعوبة الوصول لعلاج نهائي والمتمثل في عملية الزرع الكلوي، لهذا تبقى الوقاية من المرض خير بديل لذلك.

## 6- الوقاية من القصور الكلوي المزمن.

بالنظر لخطورة المرض وصعوبة الوصول للشفاء النهائي منه، تبقى الوقاية هي الطريقة الوحيدة لتجنب الإصابة به، وهذا ما ينصح به جميع الأطباء المختصين في الطب الداخلي وأمراض الكلى من خلال إعطائهم لمجموعة من النصائح الوقائية لتجنب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن والتي تتمثل في :

- العناية بالصحة العامة.
- السيطرة على مستوى السكر في الدم عند المستوى الطبيعي.
- تناول الطعام الصحي والحفاظ على الوزن في المعدل الطبيعي.
- مراقبة ضغط الدم.
- الإكثار من شرب الماء.
- عدم تناول المسكنات بصورة منتظمة لأنها تؤثر على سلامة الكلى.

- القيام بفحوص دورية لتحليل وظائف الكلى بغرض اكتشاف أي إصابة مبكرة وهذا حتى يسهل علاجها.
- الامتناع عن الاستعمال العشوائي للأعشاب والأدوية إلا باستشارة طبية.
- مراجعة الطبيب مبكرا عند التعرض لحالات فقدان السوائل أو الدم من الجسم أو في حالة الإصابة بمرض انتاني أو حدوث انسداد في مجرى البول.
- الامتناع عن التدخين. (جريدة الشرق الأوسط، 2013، ص5).

### 7- الكفالة النفسية لمرضى القصور الكلوي المزمن.

ونظرا للظروف النفسية الصعبة التي يعيشها مرضى القصور الكلوي المزمن ابتداء من الصدمة المتلقاة إلى الإحساس بالقلق والاكتئاب الذي يأخذ صيغة معاناة يتطور لدى المريض الشعور بالنقص نحو الذات وعدم الثقة بالنفس حتى يبدأ تدريجيا في الانعزال عن الناس ويفقد كل إمكانياته في التكيف وممارسة الحياة العادية، وما يقابل هذه المعانات النفسية كعلاج هو الكفالة النفسية.

يعرف **F.Brussel الكفالة النفسية** على أنها : "مجموعة تقنيات علاجية وحيل ذهنية يستعملها الفاحص لعلاج أي اضطراب نفسي أو سلوكي معتمدا في ذلك على أساليب نفسية للعلاج، كما يبتعد قدر الإمكان عن استعمال الأدوية ويهتم بجوانب الحالة لإعطاء العلاج المناسب مستندا في ذلك على اختبارات نفسية ودراسة تاريخ الحالة المرضية للكشف عن السبب الرئيس للمرض". (Brussel,1987 : p50)

وتتمثل أهداف الكفالة النفسية بصفة عامة في حل المشاكل عند المفحوص بأنواعها النفسية والسلوكية، ونذكر أهم الأهداف فيما يلي:

- مساعدة الشخص في حل المشكل الراهن والتخلص من الصراعات.
- إزالة الاضطرابات القوية وتدعيم قدراته لجعله قادرا على التحكم في مشاعره وانفعالاته ازاء المرض.

- الرفع من الفعالية الذاتية وإعادة بناء السلوكات المعرفية.
- العناية الصحية التامة بالمريض والتكفل به حتى يحقق الصحة النفسية والجسدية.
- ترميم الشخصية وإعادة بنائها.
- إعادة الاتزان النفسي مع المحيط. (Schneider,1980 : p12)
- وفي ظل الحالة النفسية السيئة التي يعيشها مرضى القصور الكلوي المزمن خاصة مع تضائل الأمل في الحصول على زرع كلية بسبب انعدام المتبرعين، أو فشل عملية الزرع في حد ذاتها لعدم تقبل الجسم لها، يبقى الغسيل الكلوي الأمل الوحيد للمرضى في البقاء أحياء حتى لو كانوا ينظرون للآلة على أنها عقبة تقيد حريتهم وتجعلهم في تبعية دائمة لها.

## ثانيا- جهاز التصفية الدموية.

## 1- تعريف الجهاز "الهيموديايز".

كلمة تتكون من هيمو وتعني الدم، ودياليز وتعني تصفية، وعليه فالهيموديايز هو جهاز "تصفية الدم"، وهو التقنية الأكثر شيوعا لعلاج مرض القصور الكلوي المزمن، وهو عبارة عن آلة يربطها أنبوبان في وريد المريض يمر من خلالهما الدم، وهكذا تجري دورة دموية خارج الجسم بين المريض والآلة، وتقوم هذه العملية على إزالة المواد السامة التي تتراكم في الدم من خلال سائل التصفية الذي يدور في الدم حتى ينقيه من الشوائب، وهي تسمى كذلك الكلية الصناعية **Rein Artificiel**، التحال الدموي... (انظر الملحق رقم 01) (odile delorme,2000, p40)

ويعود الفضل في اكتشاف جهاز التصفية الدموية أو كما يسمى "التحال الدموي" إلى الأستاذ Abel (1857-1938) (البيطار، 1964: ص98)

ومع تقدم مجالات البحث في العلم تم تطوير جهاز التصفية الدموية حتى يسهل استخدامه، وكذلك ليحقق نتائج أفضل خاصة وأنه في السابق كان الجهاز يتعطل أثناء جلسات التصفية الدموية هذا ما كان مهددا لحياة المرضى.

## ثانيا: كيفية استخدام جهاز التصفية الدموية.

إن أجهزة الهيموديايز كثيرة، لكنها تشتغل بكيفية متقاربة، فالعنصر الأول في الجهاز هو المسمى ب: **الكلية الاصطناعية وله قسمان**: قسم للدم وقسم للسائل المستعمل في التصفية أو ما يعرف ب: **Dialysat**، وهذا السائل يسمح بعزل ما أمكن من الشوائب من الدم، ويفصل بين هاذين القسمين غشاء رقيق جدا من السيلوفان وهو عبارة عن جدار لآلاف من أنابيب جد صغيرة يسري فيها الدم حيث تكون في سائل الدياليز الذي يسير في الاتجاه المعاكس، والشوائب تمر عبر الغشاء الذي يعمل على إقصائها.

وكلما تم تطهير الدم يعود باستمرار إلى الجسم بينما كمية قليلة منه (4%) تدور خارج الجسم حتى لا يكون التأثير كبيرا عليه، وأثناء عملية التصفية يضاف عادة إلى الدم مادة تعرف ب: Héparine، وذلك تفاديا لتخثر الدم في الجهاز.

ويتم إيصال الدياليز إلى الجسم بطرق مختلفة تتمثل في :

**إيصال الوريد بشريان على مستوى الذراع بطريقة جراحية La fustule** : إن إيصال الوريد بشريان هي الأكثر استعمالا لخلق منفذ دائم على الجهاز، حيث أن شريان الدم في الوريد أسرع وأقوى منه في الشريان، وعندما يتم إيصالها يتسع الشريان تحت الضغط الآتي من الوريد فيخلق هذا الاتساع مجالا لإدخال الإبر ويتم الاتصال بجهاز الدياليز.

**الإيصال بالأنبوب Le greffe** : هو عبارة عن قطعة أنبوب خاص يغرس تحت الجلد لإيصال الوريد بالشريان ويصبح هذا الموقع هو المجال الذي تغرس فيه الإبر لعملية الهيمودياليز.

**إيصال الأنبوب بالشريان المركزي Le cathéter veineux central** : تستعمل هذه الطريقة عندما تكون شرايين الذراع أو الفخذ صغيرة لا تسمح بالتزود الكافي من الدم لجهاز التصفية، يعتبر الأنبوب الشرياني المركزي أنبوبا مرنا متقوبا بثقوب كثيرة يدخل في الشريان الغليظ يسمى الشريان الترقوي وكذلك في الشريان الأبهر الأجوف جنب الرقبة، وهذان الشريانان هما الأكثر استعمالا، ويدخل الأنبوب في الشريان بعد التخدير الموضعي تفاديا للإحساس بالألم في الجلد. (Rostoker et autre, 1997 : p234)

### 3- مضاعفات الهيمودياليز على المريض.

بشكل عام إن معدل متوسط البقاء على قيد الحياة بالنسبة للمرضى الخاضعين للهيمودياليز يقارب 70 % خلال الخمس سنوات الأولى، وأن عددا من المرضى استطاعوا الاستمرار على الدياليز لأكثر من 20 سنة، لكن مع هذا يتعرض بعض المرضى لمضاعفات تشكل خطرا كبيرا على حياتهم، وهي تتمثل في:

**انخفاض ضغط الدم:** وهو يحدث كثيرا أثناء جلسات التصفية بسبب نقص حجم الدم والتغير المفاجئ في ميزات الإلكتروليتات الجدارية للمحافظة على ضغط الدم عند الحدود المناسبة، وعدم التعويض لعدم تجاوب المقاومة الجدارية خاصة عند المرضى كبار السن، أو الذين لديهم تلف أوعية دموية شديدة أو مرض السكري.

**فرط البوتاسيوم:** وعادة يحدث لعدم تجاوب المريض في الحد الأطعمة الغنية بالبوتاسيوم، ومع ذلك يجب أن لا نهمل البحث عن الأسباب الأخرى التي ترفع نسبته في الدم مثل : النزيف المعوي.

**المشاكل الجنسية ومشاكل العقم:** يعاني كافة المرضى الخاضعين للهموديايز من مشاكل جنسية، الرجال يصبحون غير قادرين على عملية الانتصاب بينما النساء يصبين بالعقم وفي حالات نادرة يستطعن الإنجاب.

**الحكة:** تعتبر من المضاعفات الأكثر شيوعا، كما أنها تعتبر مصدر إزعاج وارق بالنسبة للمريض، لأنه يحك جلده إلى درجة التجريح مما يعرضه لنزيف يسهل العدوى بالميكروبات، وقد يفيد ضبط مستوى الفوسفور والكالسيوم في تخفيفي الحكة، وما يزيد من أضرار الحكة هو إصابة المريض بالتهاب الكبد.

**سهولة العدوى:** نتيجة لليوريميا وسوء التغذية بضعف جهاز المناعة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، هذا ما يجعلهم عرضة لخطر العدوى للميكروبات عبر التوصيلات الوعائية (مدخل ومخرج الدم).

**سوء تصنيع العظم ومشاكله:** إن المرضى الخاضعين لتصفية الدم بسبب اضطراب الكالسيوم يتكون لديهم سوء التصنيع العظمي، وهذا بالرغم من إعطائهم الفيتامين D3 فإن فرط غدد جارات الدرق يزيد بشكل يصعب السيطرة عليه، والحل الأمثل في هذه الحالة هو استئصال هذه الغدد. (Richet,1922 :p126-128)

ونتيجة لهذه المضاعفات التي يتعرض لها المريض قد يسبب هذا بعض الحوادث التي تكون عواقبها خطيرة جدا على سلامة المرضى.

#### 4- حوادث متعلقة بالهيموديايز.

- انسداد الناصور، أو حدوث نزيف فيه.
- إنتان في **FAV** الذي قد يكون محل عدة عمليات جراحية.
- إنتان بقية الأعضاء الأخرى خاصة القلب.
- التهاب أو إنتان في الكبد Infection du foie .
- التهاب في القلب أو في غشائه، وهذا قد يتطلب عملية جراحية.
- اختلال الأوعية الدموية والقلب والدماغ التي قد تؤدي للموت.

(Peraldi,2000 : p4)

## خلاصة:

ومما توصلنا اليه في هذا الفصل من حيث تناولنا لمرض القصور الكلوي المزمن وعلاجه المتمثل في عملية التصفية الدموية أو الكلية الاصطناعية، تتضح لنا المعانات التي تواجه هذه الفئة من المرضى من كل جوانب الحياة، سواء المعانات النفسية المتمثلة في القلق والاكتئاب والحزن وغيرها، أو الاجتماعية من حيث انعزالهم وابتعادهم عن أفراد المجتمع أو الاقتصادية من حيث التنقل وارتفاع ثمن عملية زراعة الكلية إن وجدت، أو الجسمية من حيث شعوره الدائم بالعجز والفشل وعدم القدرة على التكيف مع المرض .

# الفصل الثاني

## التوافق الزوجي

تمهيد

- 1- مفهوم الزواج.
- 2- مفهوم التوافق.
- 3- التوافق الزوجي.
- 4- النظريات المفسرة لعملية التوافق الزوجي.
- 5- قياس التوافق الزوجي وتنبؤاته.
- 6- عوامل التوافق الزوجي وسوء التوافق الزوجي.
- 7- التوافق الزوجي مع الأزمات.

خلاصة

## تمهيد:

لما كان للزواج وبناء الأسرة مطلب أساسي من مطالب نمو الإنسان في مرحلة الرشد ، فإن الشريعة الإسلامية قد أحاطته بقدسية خاصة وجعلت عماده المودة والرحمة بين الزوجين، ووضعت حقوقا وواجبات لكليهما، وحددت كيفية سير العلاقة الزوجية من خلال ما أقره القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة.

كما اهتم علماء النفس والاجتماع بالعلاقة الزوجية والمتغيرات المؤثرة فيها، وحاولوا دراسة العوامل المساهمة في نجاحها -التوافق الزوجي- ، واضطرابها -سوء التوافق الزوجي- وكيفية تأثير ذلك على مشروع الزواج ككل.

ويرتبط التوافق الزوجي بالتوافق النفسي الذي يحققه الفرد في جميع مراحل حياته وصولا إلى مرحلة الزواج وبناء الأسرة ، ويعتبر مفهوم التوافق من المفاهيم الأساسية للصحة النفسية، حيث إن جميع السلوكيات الناجحة أو الفاشلة إن هي إلا محاولات للتوافق من أجل خفض ما يعانيه الإنسان من توتر وصراعات.

## أولاً: مفهوم الزواج.

### 1 - لغة:

يعرف الزواج لغة بأنه الاختلاط والاقتراب (معلوف، 1996: ص310).  
وعرفه (الأشقر، 2000، ص41) بأنه الاقتراب والارتباط.

### 2 - اصطلاحاً:

-تتوعدت ألفاظ الفقهاء قديماً وحديثاً في تعريفهم (فان ابن قدامة) لم يزيد من تعريفه عن قوله (النكاح في الشرع وعقد التزويج، فعند إطلاقه ينصرف إليه).

-عرفه ابن عبيد بن القيع الحنفي بقوله (عقد الزواج مجموعة إيجاب احد المتكلمين مع قبول الآخر، أو كلام واحد القائم مقامهما اعني متولي طرفي العقد) (الاشقر 1997: ص14).

-وعرفه (العقاد، 1947، ص49) بأنه صلة شرعية بين الرجل والمرأة يسن بحفظ النوع وما يتبعه من النظم الاجتماعية.

-ويعرف بأنه رباط بين الرجل والمرأة حفاظاً على النوع الإنساني وتثبيتاً للقيم الإنسانية واستمرارها. (توفيق، 1996: ص14).

### أما الزواج من وجهة النظر النفسية:

- فهو في جوهره عبارة عن علاقة شخصية جدا بين فردين مستقلين، لكل منهما فرديته المتميزة هما الرجل والمرأة. (شكري، 1997: ص136).

- أما (سعد، 1997، ص76) فيرى أن الزواج المثالي هو زواج الفكر المتبادل المنسجم تغذيه صداقة العقل وترعاه مودة الذهن ويحرصه حنان القلب، فعلى الزوج أن يكون عاقل رشيد يبادل زوجته الأفكار والعواطف في جو التفاهم الفكري الهادئ والعميق.

## 2- مفهوم التوافق.

### 1 - لغة:

- جاء معنى التوافق في لسان العرب بمعنى وفق الشئ لائمه وقد وافقه موافقة واتفق معه توافقاً. (ابن منظور، 1968: ص382).

- وورد تعريف التوافق في المعجم الوسيط يعني ان يسلك المرء مسلك الجماعة، ويتجن ما عنده من شذوذ في الخلق والسلوك. (أنيس وآخرون، 1973: ص1047).

### 2 - اصطلاحاً:

على الرغم من أن هناك الكثير من التعريفات التي تناولت التوافق ضمن إطار علم النفس، فانه ما زال هناك من يستخدمه بمعان مختلفة منها:

- عرفه (زهران، 1985: ص29) بأنه: "عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الاجتماعية والثقافية بالتغير بالتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته".

- وعرفه (مياسا، 1997: ص44) بأنه: "عملية سلوكية، أو مجموعة ردود الفعل استدعت حصولها تغيرات معينة أصابت المحيط الذي يوجد في الفرد، وهدفها توفير التوازن أو التلاؤم بين الفرد وهذه التغيرات".

- وعرفه (المليجي، 1971: ص385) بأنه: "الأسلوب الذي بواسطته يصبح الشخص أكثر كفاءة في علاقته مع بيئته".

## 3- التوافق الزوجي.

تعددت تعريفات التوافق الزوجي بتعدد الباحثين في هذا الموضوع. ومن هذه التعريفات ما ذهب إليه (توفيق، 1996: ص84) انه يعني القدرة على الوفاء بمتطلبات الزواج خاصة فيما يأتي:

1. المشاركة في الخبرات والاهتمامات والقيم.
2. المحافظة على خطوط مفتوحة للاتصال والتعبير عن المشاعر.

3. توضيح الأدوار والمسؤوليات.

4. التعاون على اتخاذ القرار وحل المشكلات، وتربية الأطفال.

5. الحصول على الإشباع الجنسي المتبادل.

- أما (عبد الرحمن ودسوقي، 1988: ص672) فيعتبران أن "التوافق الزوجي

هو "تحقيق أكبر قدر من التفاهم والانسجام بين الزوجين من خلال التفاعل الإيجابي، بحيث

ينعكس هذا التوافق على الجوانب الأخرى في حياتهم محققا استمرار العلاقة الزوجية".

- كما يعرفه (مرسي، 1991: ص208) بأنه "قدرة كل من الزوجين على التواء

مع الآخر ومع مطالب الزواج، ونستدل عليه من سلوكيات كل منهما في إشباع

حاجاته، وتحقيق أهدافه، ومواجهة الصعوبات، وينظر إلى التوافق من زاوية الزوجة أو الزوج

أو الزواج، ويحكم عليه إما أن يكون توافقا حسنا أو سيئا، بحسب سلوكيات كل من الزوجين

ودوافعهما وأهدافهما: مقبولة أو غير مقبولة من الزوج الآخر ومن المجتمع".

- يرى (إسماعيل:1989) "أن التوافق الزوجي لا يقصد به مجرد إشباع الحاجات

الجنسية بصورة منتظمة فقط، ولا هو وسيلة للتجاوب العاطفي فقط، وإنما هو كل ما سبق

من إشباع للحاجات الأولية البيولوجية ووسيلة للتعاون الاقتصادي ووسيلة للتجاوب العاطفي

بالإضافة إلى القدرة على نمو شخصيتي الزوجين معا، في إطار التفاني والإيثار والاحترام

والتفاهم والثقة المتبادلة، بالإضافة إلى قدرة الزوجين على تحمل مسؤوليات الزواج وحل

مشكلاته، ثم القدرة على التفاعل مع الحياة، من حيث التعرض لمشكلات جديدة نتيجة

للسيرورة الدائمة للحياة، والعمل على حلها وعدم تراكمها. (محمد، 1998: ص34)

#### 4- النظريات المفسرة لعملية التوافق الزوجي.

إن ظاهرة التوافق أو التكيف الزوجي مهما كانت نوعية الزواج وطبيعته لا يكون

فهمها وإدراكها بذكاء وعقلانية دون دراستها وفق منهج نظرية متكاملة ولكن أية دراسة

من التكيف أو التوافق الاجتماعي قد يتعلق البحث فيها أولا عن تكيف الأفراد فيما بينهم

كالأزواج والزوجات ومثل هذا التكيف يطلق عليه اسم التكيف الزوجي، فالزوج في هذا

النمط من التكيف قد يقبل زوجته ويتوافق معها وزوجته قد تقبله وتتوافق معه ويمكن تحقيق هذا الأمر إذا توفرت لهما الأرضية المشتركة للتفاهم واحترام وتقدير احدهما للآخر، ومن أبرز هذه النظريات:

تتجسد نظرية التبادل الاجتماعي في أعمال "كيلي" (Kelly) و"جورج هومنز" (George Homans) و"بيتر بلاو" (Pitre Blow)، ومحتوى هذه النظرية يتمثل في الموازنة بين التكاليف والأرباح الناجمة عن التفاعل أو الممارسة التي يقوم بها الفرد إزاء الفرد الآخر، أو تقوم بها الجماعة إزاء الجماعة الأخرى وفي إطار العلاقة الزوجية يكون التوافق الزوجي تبادل المكافآت بين الزوجين باعتبارها المعززات الزوجية، فلو كان الزوج يحب زوجته ويراعي مصالحها ويشبع حاجاتها، ولو كانت الزوجة تعمل الشيء نفسه لزوجها فان العلاقة بينهما لا بد أن تقوى وتتماسك ومثل هذا الشيء يطور بدون شك درجة التكيف الزوجي ويقلل احتمالية سوء التفاهم والخلاف بين الزوجين، ويقول **George homans**: "أن تكرار التفاعلات بين الزوج والزوجة يولد الروح العاطفية بينهما، ومثل هذه الروح تؤثر في درجة القناعة الزوجية ايجابيا" (إحسان محمد، 1981: ص22).

وقد تبين من خلال دراسات أخرى اهتمت بالتوافق الزوجي انه توجد علاقة خطية بين الكشف عن الذات وبين التوافق الزوجي، ويعني ذلك أن الخلفية السابقة عند كل من الزوجين تؤثر في عمليات الكشف عن الذات بين الطرفين في ديناميات التفاعل بينهما، بقدر ما تتضمنه من متغيرات وعوامل ثقافية أو دينية أو متغيرات الطبقة الاجتماعية أو الوضع المهني أو الاقتصادي وهذه العوامل قد تعمل كحواجز اجتماعية ونفسية قد تعرقل أسلوب حياة الأسرة، أو تؤدي إلى نمط من العلاقات الزوجية المتوفرة أو غير المستقرة.

(فهد عبد الرحمان، 1995: ص16)

يذهب مؤيدي نظرية المساواة إلى المساواة بين الزوجين في العوامل المختلفة التي تحكم رباط الحياة الزوجية، كالخلفية الثقافية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها

من متغيرات اختيار القرين، وتعمل هذه العوامل على تبادل العواطف والمشاعر بين الزوجين.

ويقدم "والستر" (Walster) وزملاؤه هذا الاتجاه البحثي في تفسير وفهم التوافق الزوجي، وعلى أساسه تطرح هذه النظرية "منبئات للتوافق الزوجي"، من انه حينما يجد الأفراد أنفسهم يشتركون في علاقات غير عادية فإنهم يصيرون في حالة من الضيق والقلق، وكما زادت مثل هذه العلاقة كلها شعر أعضاء الأسرة بهذا الاضطراب.

وبناء على ذلك يمكن التنبؤ بأن الأشخاص المستفيدين بأعلى كسب أو فائدة سوف يكون اقل رضا وتوافقا في زواجهم من أولئك الأشخاص الذين يكتشفون بأنهم يتعاملون في سياق علاقات غير متساوية أو غير متعادلة سوف يحاولون التخلص من ضيقهم أو اضطرابهم عن طريق السعي إلى تحقق المساواة ولذلك فانه بمقدار ما يزداد عدم المساواة بقدر ما يزداد شعورهم بالضيق أو الاضطراب، ويقدر ما تزداد صعوبة ومشقة سعيهم إلى تحقيق المساواة. (فهد عبد الرحمان، 1995، ص 16-17).

ومن جهة أخرى إذا كان عدم المساواة في مقياس من المقاييس تقابله مساواة في مقاييس أخرى كان يتساوى الزوجان في المستوى الثقافي لكنهما غير متساويان في المستوى الاجتماعي أو الاقتصادي فيمكنهما تجاوز الاختلافات بينهما ويحققان نوع من التوافق، أي عدم المساواة في إحدى العناصر التي ليس لها أهمية كبيرة في تثقيف العلاقة الزوجية وتوافقهما لا يمكن أن تؤثر عليها، أما عدم المساواة أو "التباين" بين الزوجين في معظم أو جميع المقاييس التي تنطوي عليها أي علاقة زوجية كثيرا ما يؤدي إلى سوء التوافق الزوجي.

ولقد قال "والستر" (Walster) سنة 1987 أن الأفراد من الأزواج والزوجات الذين يحصلون على اقل فائدة من العلاقة الزوجية غير المتساوية هم أكثر احتمالا لسوء التوافق

الزوجي، وأسرع تعرضاً لمشكلات الانحرافات الزوجية، وقد يحاول هؤلاء الأفراد تحقيق المساواة في تلك العلاقة عن طريق تحقيق تغير حقيقي في الظروف التي تحكم تلك العلاقة. وحينما لا تجدي مثل هذه المحاولات بسبب وجود معوقات أخرى تعترض ذلك التعبير الحقيقي للمساواة النفسية لتلك العلاقة وتتباين الطرق التي يحاولون بها تحقيق ذلك ما بين الإنكار أو الرفض البسيط لعدم المساواة إلى التفريغ والتبرير التام من أن هناك عدم توازن قائماً بالفعل، هذا ما شجع الباحثين على التوصل لفكرة قياس التوافق الزوجي وكذا التنبؤ بمدى توافق الزوجين أو عدم توافقهما من خلال قياس درجة توافقهما.

(إحسان محمد، 1993: ص17)

### 5- قياس التوافق الزوجي وتنبؤاته.

يمكن قياس الأبعاد الرئيسية للتوافق الزوجي من خلال الأبعاد الثلاثة الكبرى التي حددتها "جيسي برنارد" (Jessie Bernard) والتي تكمن في: الدرجة أو المضمون أو طبيعة الاختلاف بين الأطراف، والدرجة أو المضمون أو طبيعة تبادل الآراء والأفكار بين الأطراف، بالإضافة إلى نوع العلاقة السلبية أو الإيجابية بين هذه الأطراف.

هذا ويمكن أن تكون الاختلافات مسالة درجة أو قد تكون مطلقة، فالاختلافات في الدرجة تسمح بالأخذ، والرد، والمساومة، والتفاوض، أما الاختلافات المطلقة فهي لا تسمح بأي درجة من الاتفاق لوجود اختلافات أساسية في الرأي وينطوي تبادل الآراء والأفكار على التفاعل بالضرورة، ولهذا يعتبر عاملاً بالغ التعقيد في العلاقات الزوجية، ويتجلى في صور عديدة فيكون شفهيًا، أو غير شفهي، واضحاً أو غامضاً مؤدياً إلى علاقات وثيقة وإلى فرقة دائمة أو مؤقتة.

كما يعتبر نوع العلاقة البعد الرئيسي الثالث للتوافق، فالزوج المحب الصديق لا يتوافق آلياً مع زوجته لان الحب فقط يجعل الاتصال بينهما أسهل، ولهذا فان نوع العلاقة التي

تتمثل في المودة والمحبة والعاطفة تؤدي إلى نتائج تختلف كثيرا فيها لو كانت بغضاء أو عداة أو كراهية، ومن اجل هذا كله يميل كثير من الدارسين في ميدان الأسرة إلى القول بان هذه الأبعاد الثلاثة للاختلاف، ويتبادل الآراء والأفكار، ونوع العلاقات لها أهمية كبيرة في فهم عملية التوافق.

وقد بدأ قياس التوافق الزوجي بطرق متعددة في أواخر العشرينات، ثم ظهرت بعد ذلك بعشر سنوات دراسات واسعة وشاملة اهتمت بتحديد العوامل الشخصية المرتبطة بالتوافق الزوجي، وتنبأ بالنجاح الزوجي، وتبين أن معظم هذه الدراسات تركز بصفة أولية على خمس مقاييس: الانسجام أو عدم الانسجام، والاهتمامات والأنشطة المشتركة، وإظهار العواطف والثقة المتبادلة، وعدم الإشباع، والشعور بالعزلة الشخصية والتعاسة. وهناك محاولة أخرى لتصميم مقياس آخر يمكن تطبيقه لتقييم العلاقات الزوجية يقوم على تساؤلات مهمة هي: كيف يقابل احتياجات وتوقعات المجتمع، وماهي العوامل التي يساهم بها في نمو الشخصية.

وقد وضعت "برنارد" (Bernard) علامة مميزة تصلح لتقييم العلاقة الزوجية فالمعيار أو المقياس المناسب في رأيها، يجب أن لا ينهض على علاقة متخيلة، أن الزواج ناجح استنادا إلى مدى الإشباع الممكن الذي يقدمه، وليس استنادا إلى ما يمكن أن نتخيله، وعلى ذلك تكون العلاقة الزوجية ناجحة إذا:

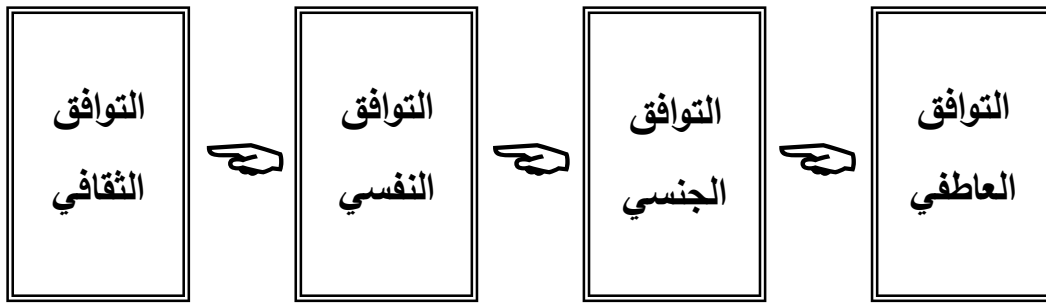
- كان الإشباع إيجابيا، أي إذا كان الجزء لكل من الشريكين أكبر من الخسارة.

- إذا كان استمرار العلاقة الزوجية أفضل من أي بديل آخر.

وللتنبؤ بالتوافق الزوجي، يمكن استخدام طريقة عوامل ما قبل وما بعد الزواج وقد قدم "berges" قائمة بالمؤشرات التنبؤية لما قبل ولما بعد الزواج والتي يمكن أن تكون سببا مباشرا في التوافق الزوجي. (الداهري، 2008: ص215-217).

## 6- عوامل التوافق الزوجي وسوء التوافق الزوجي.

يتأثر التوافق الزوجي بعدة عوامل تتحدد شكل التفاعل: إيجابيا أو سلبيا، وتحدد نوع رود الأفعال حسنة أو سيئة، ومع إدراكنا للتداخل والتشابك بين هذه العوامل، وصعوبة الفصل بينها نحاول مناقشة أهمها، وتوضيح تأثيرها على توافق الزوجين معا في الحياة الأسرية وذلك من بعض النواحي كما هو في الشكل الموالي:



شكل رقم (01) يوضح عوامل التوافق الزوجي (تصميم الباحثة)

ويتمثل التوافق من الناحية العاطفية في الشعور بالحب والمودة والتقدير والاعتبار النفسي والعاطفي كي تؤدي العلاقات الزوجية والأسرية دورها في حياتها المشتركة ويعني ذلك أنه حتى لو لم تكن هناك روابط عاطفية قبل الزواج فإنه لا بد أن يبدأ بينهما التجاوب وتضل العلاقة بينهما على أساس من الارتياح والاطمئنان دون الشك أو الغيرة أو القلق ولعامل الحب أهمية كبيرة في حياة الزوجين من أجل إرسائها وتنميتها، إذ أنه بالحب المتبادل يستطيع كل من الزوجين التسامح والتنازل عن بعض المشاكل التي يمكن أن يتعرضوا إليها خلال حياتهما مع بعض، وهذا ليس كلامنا نحن فحسب، وإنما هذا ما أثبتته التجارب والأبحاث على أن الحب الخالص يخلق المعجزات ويقلص العالم ويجعله شخص واحد وهو رجل واحد وامرأة واحدة، ويخرج علماء الاجتماع إلى أن كلمة واحدة لطيفة تأتي في المكان المناسب وبطريقة غير مدروسة، وعلى العكس يمكن أن تخلق كرها

دائماً في المرأة لرجلها وليس هذا فحسب بل يعتبر الحب أساس العلاقات الزوجية الناجحة بين الرجل والمرأة لإلى الأبد لما يوفره من راحة واستقرار وانسجام بين الزوجين.

بينما **التوافق الجنسي** فإنه ليس من بين توافقات الإنسان ما هو أكثر عفوية أو عشوائية من التوافق الجنسي مع أنه أصعب وأدق مجال من مجالات التوافق نظراً لتداخل العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية فيه ولأصله الحيواني المعدل في صورة إنسانية والملتزم بمعايير ونظم المجتمع حيث أن المجتمع وضع حدود للعلاقات الجنسية بين الذكر والأنثى ووضع لها ضوابط، إلا ضمن حدود العلاقة الزوجية من أجل الحفاظ على نسب الأبناء لآبائهم وأن يكفل أيضاً السعادة الزوجية المانعة من الطلاق أو الانفصال أو الهجر أو الخيانة الزوجية.

لذلك وبما أن العلاقة الجنسية أحد الدوافع التي يسعى إلى تحقيقها الفرد و يبحث عن من يشبع غريزته الجنسية هذه مع شريك آخر والذي لا يتم إلا بواسطة الزواج الذي يعتبر أحد السبل للوصول إليه لأنه الطريق الذي يقره المجتمع ويقبله بل ويجدي العلاقات الزوجية بروابطها المختلفة وممارسته الطبيعية المشروعة، لهذا فإن العملية الجنسية بمقدارها ترمي إلى تحقيق متعة وإشباع الزوجين فإنها في نفس الوقت تمثل خطوة كبيرة عليهما إذا لم يصل كل منهما إلى درجة الإشباع الجنسي. لذلك ينبغي أن يصل كل واحد منهما إلى تحقيق التوافق والذي لا يتم إلا بان يكفل كل واحد منهما الآخر أقصى قدر من الإشباع الجنسي والرضا الشخصي.

وقد أكدت بعض النظريات دور الجنس كأساس تقوم به الحياة الزوجية لإلى جانب أسس أخرى تقوم جنباً إلى جنب مع العامل الجنسي في الروابط الاجتماعية وإذا فترت أو ضعفت القدرة على العطاء فيه من جانب الرجل أو المرأة انهارت وانتهت الحياة الزوجية. لهذا كان من المهم أن يكون الفرد سواء الرجل أو المرأة المقبلان على الزواج لائقين جنسياً من حيث التكوين الجسمي والنفسي وأن يكون لديهما الاستعداد الفكري والثقافي الذي يؤهلها

للدور الذي يلعبانه في الحياة الزوجية، حيث أن الزواج يحتم عليه المشاركة مع الطرف الآخر. (مرسي، 2008: ص154-155).

**والتوافق النفسي** يتطلب من الزوجين إذا أرادا تحقيق جو يسوده الانسجام والتوافق أن يكونا أولاً وقبل كل شيء مستعدين للزواج استعداداً نفسياً قبل بنائهما هذه العلاقة، وليس هذا فحسب بل ينبغي أن تتوفر لديهما درجة من النضج والتكامل النفسي والانفعالي، ولا يتجدد النضج الانفعالي بعدد سنوات العمر التي بلغها كل منهما فكم من رجال لا يتعدى انزانهم الانفعالي مستوى صغار الأطفال وهناك من صغار الشباب من يصل إلى سن الرشد والتكامل النفسي وإن كان من النادر أن يتحقق النضج النفسي قبل سن العشرين.

كما أن هذا النضج والاستعداد النفسي والانفعالي هو الذي يسمح بفهم العلاقة الزوجية وما يتطلبه الطرف الآخر من احترام وكذلك تفهم بعض ما يمكن أن تتعرض له حياتهما من بعض المشاكل والصعوبات التي تستلزم لكل من الزوجين صدراً رحباً من أجل إمكانية إيجاد حلول لهذه المشاكل وكذا تقادي الصراعات.

وقد بينت دراسات بأن تحقيق توافق الزوجي ولاسيما التوافق النفسي يبدأ أساساً من الخبرات النفسية للزوجين حيث أكدت هذه الدراسات أن الجو النفسي للأسرة الذي عاش فيه كل من الشريكين من العوامل المؤثرة على سعادة الزوجين. (محمود، 1981: ص193).

هذا بالإضافة **للتوافق الثقافي** حيث يمثل عامل تكافؤ المستوى الثقافي بين الزوجين أهمية كبيرة في إحداث التوافق الزوجي، حيث يؤدي التشابه أو التقارب الثقافي بينهما إلى معرفة كيفية معالجة المشاكل التي يمكن أن تكون عالقة بحياتهما مع بعض والتي يسودها نوع من الحوار والمناقشة في المواضيع المختلفة بينهما وهذا ما يكون سبباً في إحداث التجاوب بينهما وخاصة أن تكون من طرف الزوج أكثر من الزوجة لأن هذه الأخيرة لها حساسية أكثر منه، وأي بعد عن الحوار أو المداعبة أو الاهتمام يمكن أن يؤثر على نفسيتهما، كما نجد أيضاً عامل التربية والتنشئة الاجتماعية لكل من الزوجين لها الأثر

الكبير في تحقيقهما للتوافق ولاسيما إذا نشأ كل منهما على أسلوب واحد وليس هذا وحسب بل حتى اتفاقهما على أسلوب التفكير لتربية أبنائهما على أساس من الأسس الذي يؤمن به أي منهما يمكن أن يخلق جوا زوجيا متكيف لأن خلفية أي الزوجين الثقافية تؤثر في حياتهما المشتركة وقد يعوق اختلاف تكيف توافقهما ثقافيا.

إذا يجب أن يتفاهم ويتم التكيف بينهما على أساس من التقارب الثقافي الذي يجمع بينهما وفي الأخير لا يسعنا إلا أن نقول أن التكيف المنشود بين الزوجين يكون بالتقارب والتسامح والإقرار بالقيم والاتجاهات المشتركة في حياتهم وهو من الأمور الضرورية اللازم تحقيقها في الحياة الزوجية والأسرية. (حسن، 1993: ص118).

كما يمكن أن نضيف مجموعة من الدعائم التي يقوم عليها الزواج الناجح وهي:

- حسن الاختيار من الطرفين.
  - أن يسلك كل من الزوجين سلوكا حسنا نحو الآخر وكذلك بالنسبة لعلاقتهم مع الآخرين.
  - تسوية مشكلة تربية الأبناء بالاتفاق والتراضي.
  - أن يستمتعا بحياة منسجمة متجانسة. (غيث، 1989: ص176).
- بالرغم من هذا فإن كل زواج لا يخلو من بعض المشاكل والأزمات التي بسببها قد يخلل التوازن والتوافق بين الزوجين.

#### 7- التوافق الزوجي مع الأزمات.

لا يخلو أي زواج من أزمات يخلل فيها التفاعل الزوجي وتتوتر العلاقة بين الزوجين وتضطرب حياتهما وتتأزم أمورهما ويغدو توافقهما في الزواج صعبا، يحتاج إلى جهد وصبر ورغبة منهما في حل الأزمة، وإلى مساندة من الأهل والأصدقاء حتى تمر فترة التأزم بسلام ويزول التوتر ويعود التفاعل الإيجابي والتوافق الزوجي الحسن.

ويقصد بالأزمة بين الزوجين (Marital crisis) ظهور عائق يمنعها أو يمنع احدهما من إشباع حاجات أساسية أو تحقيق أهداف ضرورية، أو تحصيل حقوق شرعية، فيشعر بالحرمان والإحباط ويدرك التهديد وعدم الأمن في علاقته الزوجية، وينتابه القلق أو الغضب في تفاعله الزوجي ويسوء توافقه مع الآخر، وتختلف الأزمات في مستوياتها ومداهها وطبيعتها، فمن حيث المستوى قد تكون الأزمة شديدة أو متوسطة أو خفيفة ومن حيث المدى قد تكون مزمنة أو طارئة، ومن حيث الطبيعة قد تكون متوقعة أو غير متوقعة.

ويختلف تأثير الأزمات على العلاقة الزوجية والتفاعل بين الزوجين، فالأزمات الشديدة والمزمنة اشد خطرا على الزواج من الأزمات الأخرى لأنها تدل على استمرار التأزم وصعوبة التغلب عليه والتأقلم معه، أما الأزمات الخفيفة والمتوسطة فهي شائعة بين الزوجين ومفيدة في تنمية الزواج وتقوية العلاقة الزوجية واكتساب الخبرات التي تجعل التفاعل ايجابيا والتوافق الزوجي حسنا في الأزمات.

كما يختلف تأثير الأزمات من زواج إلى آخر فبعض الزيجات تهدمها الأزمة ويحدث الطلاق وبعضها الآخر يتأقلم الزوجان مع الأزمة ويخضعان لها ولا تعود علاقتهما الزوجية إلى سابق عهدها، كما أن بعض المتزوجين يخرجون من الأزمات أكثر نضجا وأحسن كفاءة في وقاية الزواج من التأزم وفي علاج الأزمات الجديدة. (الداهري، 2008: ص 87-89).

## خلاصة:

ومما عرضناه في هذا الفصل توصلنا إلى أن التوافق الزوجي يتأثر بحسب طبيعة عمل كل من الزوجين ، في تحقيق أدوارهما ، سواء داخل البيت أم خارجه ، وكذلك بمساعدة كل من الزوجين للآخر ، وكذلك بقدرتهما على المساندة والتعاطف معا بحيث تقوم الزوجة بما عليها تجاه الزوج والأولاد ، والزواج بشكل عام ، وكذلك يقوم الزوج بما عليه ، وبالتالي يقوم كلاهما بعملية التوافق من خلال تنسيق العمل بينهما والاتفاق عليه داخل البيت وخارجه ، سواء أكان ذلك في تربية الأولاد أو الإنفاق على الأسرة وغير ذلك . وبالتالي لا يتحقق التوافق الا باجتماع هذه العوامل كي يكون التفاعل الزوجي ايجابيا ، وبالتالي التوافق جيداً .

# الفصل الثالث

## الاستجابة الاكتئابية

تمهيد

أولا - الاكتئاب.

1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب

2- تعريف الاكتئاب.

3- أنواع الاكتئاب.

4- أعراض الاكتئاب.

5- أسباب الاكتئاب

6- الاتجاهات المختلفة في تفسير الاكتئاب.

7- علاج الاكتئاب.

ثانيا - الاستجابة الاكتئابية.

1- تعريف الاستجابة الاكتئابية.

2- عوامل ظهور الاستجابة الاكتئابية.

3- أعراض الاستجابة الاكتئابية.

4- خصائص الاستجابة الاكتئابية.

خاصة.

**تمهيد:**

الكثير منا يعلمون أنه لا يوجد مجتمع من مجتمعات العالم يكاد يخلو من الأمراض، ولكن بالأخص الأمراض النفسية التي أدت بحياة الكثير وخاصة من يهمل نفسه ولا يجتهد في وجود العلاج من هذه الأمراض وهناك أمراض عده وعلاجات عده وتختلف هذه الأمراض من حيث المفهوم ومن حيث الأسباب ومن حيث الأعراض وغيرها من الفروع، ومن أهم هذه الأمراض هو مرض الاكتئاب النفسي الذي يعد من أكثر الأمراض انتشارا وخاصة عند النساء، حيث يشعر كل منا من حالات حزن أو فرح شديد نتيجة موقف ما اثر في نفسيتنا، وعندما يشعر الفرد عندما تصيبه هذه الحالات وفي اغلب المواقف بالحزن والتفكير والانهيار النفسي وهذا ما يسمى بالاكتئاب النفسي..

## أولاً - الاكتئاب:

## 1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب.

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والاعريق والبابليين، فلاحظ المؤرخون والفلاسفة أن في كتابات أبيقراط (400) قبل الميلاد كان يطلق على الاكتئاب أسم "المنخوليا" أو "الميلانكوليا" وهذا ما يعرف اليوم عند علماء النفس بالاكتئاب الخطير. (pierre schneider , 1980 : p39-41)

وفي عام 80 بعد الميلاد أشار أريتوس إلى مجموعة من الخصائص النفسية مثل القلق والحزن والمعانات والأرق والشعور بالرعب والفرع والرغبة في الموت.

وفي القرن الثاني بعد الميلاد (200.130) جالنيوس فوضع نظرية الأخلاط الأربعة ومنها المرارة السوداء والتي إن زادت كان مزاج الشخص سوداويًا أي مكتئبًا.

وذهب فليكس بلاتر. Platter في أواخر سنة 1500 إلى أن الميلانكوليا نوع من الاغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن والخوف. (عبد الحميد، 2001: ص14)

ونجد أيضا في التراث الإسلامي ما يعطي تعريفا لهذا المفهوم حيث عرف ابن سينا (380هـ-980م) الميلانوكوليا: بأنها انحراف عن المجرى الطبيعي إلى الفساد والخوف

والمزاج السوداوي، ويرجع بن سينا سبب الميلانكوليا إلى الدماغ، حيث تتصاعد الأبخرة من البدن إلى الدماغ . ومن علامات الميلانكوليا حسب ما جاء به بن سينا الخوف بلا سبب

وسرعة الغضب وسوء الظن والغم والفرع والوحشة والكرب والهديان والخوف من أمور غير معروفة وتخيل أشياء غير موجودة. (العيسوي، 1975، ص103-104)

وفي حديثنا عن ما جاء قبل وبعد الميلاد يحق بنا أن نسلط الأضواء عن ما جاء في عصر النهضة من تعريف للاكتئاب. ونذهب إلى ما جاء به أول طبيب يتخصص في الطب

العقلي جوهان واير. J. weyer، (1515-1588) حيث دعا المتخصصين إلى ضرورة التدقيق في فحص أفكار المصابين بالميلانكوليا وعباراتهم وتصوراتهم وأفعالهم التي ترهق أذهانهم إلى حد أن يتخيل البعض منهم بأنه حيوان. (مدحت عبد الحميد، 2001: ص 18) وفي ألمانيا ظهر أميل كرابلين، (1856-1926)، Kraepelin. E. وميز بين ستة أنواع من الإكتئاب وهي :

1. الاكتئاب البسيط.
2. الاكتئاب الذهولي.
3. الميلانكوليا الخطيرة.
4. الميلانكوليا الاضطهادية.
5. الميلانكوليا الوهمية.
6. الميلانكوليا التخريفية.

إلا انه غير من رؤية بعد ذلك واعتبر كل أعراض الاكتئاب بما في ذلك الاكتئاب التحولي، مظاهر لمرض واحد، وهو الذهان الدوري، وهذا التصنيف هو المتبع حالياً، مع فصل الاكتئاب التحولي الذي اعتبره كرابلين كمرض منفصل على أساس أن الأسباب فيه تختلف عن أسباب كل أنواع الاكتئاب الأخرى. (عبد الحميد، 2001: ص 18)

وبسبب هذا الانتشار الواسع للاكتئاب، اهتمت به مختلف النظريات القديمة والحديثة، محاولة إعطاء تفسيرات له، وتبيان العوامل المساهمة في حدوثه للحد منها أو لتخفيفها، مع تصنيف أعراضه حسب كل نوع، هذا ما يسهل العلاج أو على الأقل التخفيف من شدته وخطورته، كونه عائق يقف أمام تحقيق الفرد للسعادة والصحة الجسدية والنفسية، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال تعريفنا للاكتئاب.

## 2- تعريف الاكتئاب.

من الصعب وضع تعريف ثابت ودقيق للاكتئاب لأن له معاني كثيرة ومستويات مرجعية عديدة منها ما يعرفه على أنه عرض مثل الحزن وهناك من يأخذه على أنه جملة من الأعراض تتجمع معا وهذا الاختلاف راجع لتعدد الأسباب وكثرة الأنواع والأعراض وسنحاول في هذا الموضوع ذكر بعض التعاريف.

## 2-1- لغة:

الكلمة مأخوذة من كآب والكآبة سوء الحال و الانكسار من الحزن. كئب كآباً وكآبة واكتئابا وتعني حزن وانكسر ، وهو كئيب والكآبة تصيب النفس بالانكسار من شدة الحزن. (ابن منظور، 1998: ص206)

## 2-2- اصطلاحا:

لقد اهتم الكثير بالاكتئاب لذا نجد تعاريف عديدة له فقد عرفه "دافيد ستات **D. Statt**" بأنه واحد من المظاهر أو الأشكال العامة للاضطراب الانفعالي الذي قد تختلف كثافته من مجرد أزمات وهموم الحياة اليومية إلى الحياة العقلية لليأس التام وهو يتصف بالكآبة وانخفاض النشاط العام.

الاكتئاب هو الاضطراب في الحياة النفسية ويعبر عنه أساسا بالحزن الشديد ويكون مصحوبا بالقلق وشعور بالحزن والذنب. (bourneuf , 1990 : p249)

وعن "مدحت أبو زيد" يعرف "بنيامين وولمان **Wollman**" الاكتئاب بأنه إحساس بمشاعر العجز واليأس والنقص والحزن". (أبو زيد، 2001: ص، 22-24)

أما "روكلين عن حسين فايد" فقد ذهب في تعريفه للاكتئاب على أنه حالة مزاجية تتسم بالإحساس بعدم القيمة و الشعور بالكآبة والتشاؤم ونقص النشاط. ( فايد، 2001:ص61)

وعن "محمود عبد الحليم": يعرف "سيغموند فرويد": الاكتئاب على أنه حالة عصبية يثيرها فقدان عزيز وتتسم بالقلق و انتقاد الذات والخط من شأنها واستكثارها فالالاكتئاب عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة.  
(عبد الحليم ، 2001:ص257)

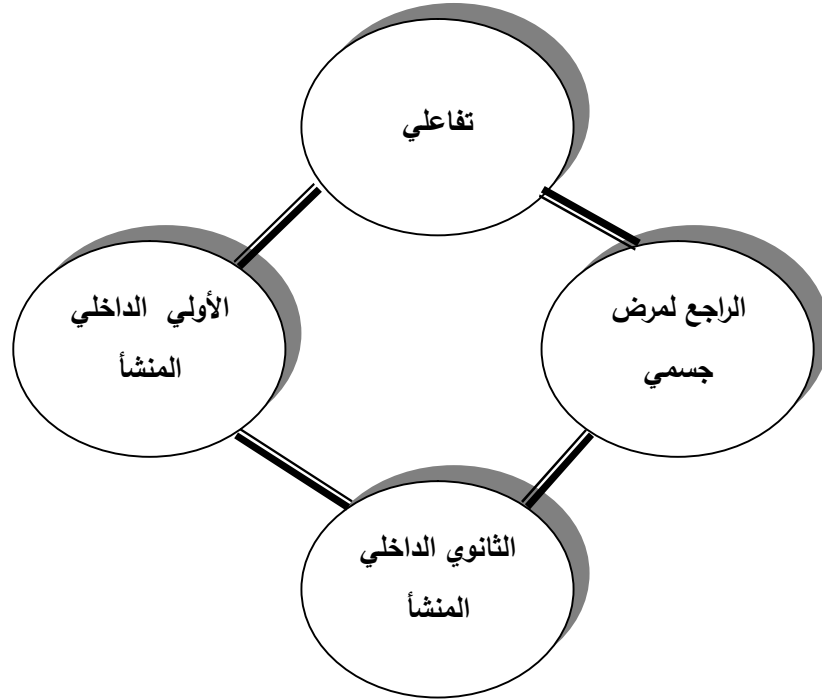
تعريف بيك : Beck يعرف بيك 1990 الاكتئاب على أنه افتقاد للتعزيز الإيجابي ،حيث يرى أن السبب في الاكتئاب يعود إلى المعارف السلبية بل إلى الاضطراب المعرفي إضافة إلى وجود عطب بيولوجي مع التاريخ الشخصي للفرد ، والمنبهات الحالية القادرة على توليد الاكتئاب.  
(beck et all , 1979 : p29)

تعريف عبد الفتاح الكافي: هو الشعور بالإحباط والحزن والتعاسة وتزداد نسبته ومدته لدى الشخص المكتئب على الفترة المعتادة ،ولو أن الفرد سويا تعرض لمثل هذه الواقعة لاستجاب لها بدرجة أخف من الانفعال.  
(الكافي، 2005: ص153)

وبالنسبة لعبد الحميد محمد الشاذلي: يعرف الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر نتج عن ظروف أليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.  
(الشاذلي، 2001: ص133)

### 3- أنواع الاكتئاب.

هناك أربع أنواع حسب watts كما يترجمه الشكل التالي:



شكل رقم (02) يوضح أنواع الاكتئاب حسب watts (تصميم الباحثة)

#### 3-1- اكتئاب تفاعلي reactive:

وهو أشهر هذه الأنواع وأكثرها شيوعاً بين الناس كونه يرجع لظروف الحياة اليومية، فكل شخص مع الخبرة يتعلم كيف يجابه المشاكل اليومية لكن في نفس الوقت توجد نقاط ضعف تجعل بعض الناس أكثر عمقا في تفاعلهم مع هذه المشاكل، بمجرد أن يعيشوا خبرات مؤلمة يتأثرون بها ويدخلون في حالة اكتئاب عميق قد لا تتناسب أحيانا مع حجم ذلك المشكل.

### 2-3- الاكتئاب الراجع لمرض جسدي depression symptomatic :

حيث أن بعض الأمراض الجسمية تسبب انهيار نفسي تام للمريض، هذا ما يجعله يعيش حالة اكتئاب من شأنها أن تعقد أكثر من وضعيته الصحية، ونقصد بهذا الأمراض الجسمية الخطيرة والمزمنة، مثل إصابة في المخ، السكري، القصور الكلوي المزمن... وتكون شدة الاكتئاب حسب خطورة المرض الجسدي، ومدى تأثيره في الحالة النفسية للمريض.

### 3-3- الاكتئاب الأولي الداخلي المنشأ primary endogenous depression :

هو أكثر هذه الأنواع إثارة، باعتباره مرضا في حد ذاته، له عدة أسماء نذكر منها: الاكتئاب الذهاني، الميلانخوليا، ذهان الهوس والاكتئاب...، ويشير لفظ الاكتئاب الأولي إلى نوع من الاكتئاب ينشأ عن أسباب داخلية، فهو اضطراب بيوكيميائي في وظيفة المخ ولا يعود في أي حال من الأحوال إلى أسباب خارجية، فالسبب الرئيسي لهذا النوع هو اختلال العمليات الكيميائية في المخ، ويسمى البعض منها: الموصلات العصبية والتي تساعد على مرور الرسائل من خلال النسيج العصبي، فإذا نقصت هذه المواد يشعر المريض بالاكتئاب وإذا زادت يكون العكس فيشعر بالبهجة.

### 4-3- الاكتئاب الثانوي الداخلي المنشأ secondary endogenous depression :

وهو الأقل انتشارا، ويعود سبب حدوثه إلى عوامل داخلية لكنها ثانوية، لذلك هو نادر الحدوث.

ويقول **Watts** : "إن تصنيف الاكتئاب أمر صعب، لأن له أعراضاً متشابهة، ويمكن للنوع أن يبدأ بأعراض بسيطة لكنها سرعان ما تتحول إلى الأسوأ".

وجاء تقسيم الاكتئاب إلى أنواع بغرض مساعدة الأطباء النفسانيين على التشخيص وكذلك ليكون دليلاً مشتركاً في كل دول العالم حتى يتم التوصل لعلاج موحد، أو علاج لكل نوع على حدة يستخدمه المعالج النفسي بعد دراسة معمقة عن الحالة التي يريد علاجها بهدف تحديد الأسباب الكامنة وراء الاكتئاب.

#### 4-أعراض الاكتئاب:

نجد أن للاكتئاب النفسي أعراضاً جلية وواضحة تمس عدة جوانب في الشخص ومن أهمها الجانب الانفعالي والمعرفي والجانب الحسي الحركي والجسمي وهي كالتالي:

#### 4-1-الجانب الانفعالي:

يتمثل في: الحزن والبكاء بحرقة ، اليأس ، مطاردة الشعور بالذنب، فقدان الاستمتاع بالأنشطة السارة ، الشعور بعدم الكفاءة والرداءة ، انخفاض الطاقة ، التعب والإرهاك ، فقد الاهتمام بالأمر المعتادة ، الفتور واللامبالاة ، البؤس والأسى وهبوط الروح المعنوية ، انحراف المزاج وتقلبه والانطفاء النرجسي على الذات ، عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص والقلق والتوتر ، الشعور بخيبة الأمل.

(عسكر، 1999: ص78)

#### 4-2-الجانب المعرفي حيث نجد:

يتمثل في: تشتت الانتباه ، صعوبة في التركيز، شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة ، فقر في القدرة على التجريد ، فقدان الاستبصار ، ضآلة في الحكم على الأمور، وجود قدر كبير من

الأفكار الانتحارية ، اضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر اليأس، ومشاعر  
دونية والشعور بالذنب وكذلك وجود فقر وضحالة في محتوى التفكير.

(غانم، 2006: ص108-109)

#### 4-3- الجانب الحسي الحركي:

يتمثل في: اضطراب الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته ، اضطراب إيقاع  
النوم حيث نجد صعوبة في الدخول إلى النوم مع أرق أو زيادة النوم إلى حد الإفراط في  
انحصار الطاقة الجنسية.

(عسكر، 1999: ص79)

#### 4-4- الجانب الجسمي :

يتمثل في: ضعف عام والشعور بالدوار والغثيان والقيء ، تأخر موعد الطمث ، اضطرابات  
هضمية ، اضطرابات معدل ضغط الدم ، تتميل الأطراف وجفاف الفم ، انتشار الألم في  
الرقبة والأطراف والمفاصل ، ضيق التنفس وقلة الحيوية.

(ابو زيد، 2001: ص43)

#### 5-أسباب الاكتئاب :

##### 5-1-العوامل الوراثية والبيئية المهنية:

ونسبة هذه العوامل في إحداث الاكتئاب ضئيلة جدا.

##### 5-2-العوامل الفيزيولوجية: وتتمثل في انخفاض مستوى معين من الأحماض الأمينية مثل

الكانيكول أمين ، و انخفاض مستوى مادة الأدرينالين في مناطق الاستقبال بالمخ ، وهي  
تختص بالسلوك العاطفي الوجداني وكذلك نقص بعض معدلات المواد الكيميائية في المخ  
مثل السيروتونين مما يؤثر على المزاج والتحكم في التصرفات.

##### 5-3-العوامل النفسية: نوجز العوامل النفسية فيما يلي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة ،الخبرات الأليمة.

- الحرمان ، فقدان الحب والمساندة العاطفية ، فقدان الحبيب أو وظيفة أو مكانة.

- الصراعات اللاشعورية.

- الإحباط، الفشل، خيبة الأمل، الكبت والقلق.
  - ضعف الأنا الأعلى، اتهام الذات، الشعور بالذنب والرغبة في عقاب الذات.
  - الوحدة والعنوسة، سن القعود، تدهور الكفاية الجنسية و الشخوخة.
  - الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
  - عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي والمثال.
- (الشاذلي، 1998: ص136-135)

#### 6-الاتجاهات المختلفة في تفسير الاكتئاب:

تشكل هذه النظريات الأساس النظري والفكري الذي يأخذ منه العلماء آرائهم في تفسير وعلاج الاكتئاب وللوقاية منه، وقد تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب ونذكر منها:

#### 6-1-الاتجاه التحليلي:

التي فسرت الاكتئاب على أنه نتيجة لعوامل حدثت في الطفولة تهيئ الطفل بشخصية لها استعداد لإظهار المرض في الكبر، ومن هذه العوامل نذكر: الخوف، الوحدة، القلق...، فإذا زادت هذه العوامل عن حدها المسموح به في الإطار العادي أو تكررت بشكل مستمر في حياة الطفل، فإنها تنمو عند الكبر نحو إظهار أعراض الاكتئاب.

ولقد أوضح bolby هذا الاتجاه في أبحاثه، وذلك عند ملاحظته لأطفال صغار تتركهم أمهاتهم في دار الحضانة لبعض الوقت، فوجد أنهم يسلكون سلوكيات تتصف بالاعتراض ثم اليأس يليه التجاهل والإهمال، ففي البداية الاعتراض كان ينصب على فراق الأم للطفل، وأما اليأس هو معبر عن الرعب والخوف من أنه لن يرى أمه مرة ثانية، ومع

ذلك كان لديه أمل في أن تعود مرة أخرى، لكن بمرور الوقت يختفي هذا الأمل ويعقبه الشعور بالتجاهل والإهمال لها وكل هذا ليتمكن من الابتعاد عن الصراع، ومنه بالنسبة للنظرية التحليلية الاكتئاب يحدث على أساس عوامل حدثت في الطفولة وتتطور لدى الطفل لتهيئ له شخصية مستعدة بالاكتئاب في مراحل أخرى من العمر.

### 6-2- الاتجاه السلوكي:

تذهب إلى تفسير الاكتئاب على أنه خبرة نفسية سلبية مؤلمة، فالخبرات التي تكسب في الصغر يتم تعلمها وتبقى مسيطرة حتى الكبر، ووفق النظرية السلوكية تلعب الأم دورا حاسما في تعليم الطفل الخبرات السلبية والإيجابية، فإذا أهملت حاجاته وطلباته سيكون مستحيلا على الطفل أن يتعلم، وبالتالي سيعالج الخبرات التي تصادفه عندما يكبر على أساس خاطئ، هذا ما يسهل إصابته بالاكتئاب، مثلا: إذا سقط الطفل من الدراجة فانه يتألم وتتكون لديه خبرة أليمة، في هذه الحالة إذا لم تتدخل الأم أو أي فرد من العائلة على مساعدته في تخطي هذه الخبرة حتما ستشكل عنده مخاوف مستقبلية من الدراجة ومن أي آلة تشبهها، هذا ما سيقبل من تطلعات الطفل وطموحاته، فيصبح خاملا وغير منتج، ويعجز عن مواجهة صدمات الحياة فيزداد إحباطه ويهتز وجدانه، هذا ما يسهل تعرضه لحالة اكتئاب أو يؤدي الضرورة إليه (العيفي، 1990:ص29).

## 6-3- الاتجاه المعرفي:

التي فسرت الاكتئاب حسب رائدها "Beck" أنه يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السلبية، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سلبية نحو ذاته، العالم والمستقبل، ويقول Beck أن العامل الأساسي المسبب للاكتئاب هو الإحساس بالضياع نتيجة التوقعات الكثيرة والأهداف الكبيرة التي تتسم بالواقعية، فالشخص المكتئب يجد نفسه ضائعا ودائم اللوم لذاته نظرا لوعيه وإدراكه لنقائصه، والتي تعطي مفهوما سلبيا عن ذاته، بالإضافة لميله لمقارنة نفسه بالآخرين، هذه المقارنة من شأنها أن تخفض من مستوى تقديره لذاته، وتجعل عملية التقويم الذاتي تتسم بالسلبية، وتعد نظرية Beck في الاكتئاب ممثلة للاتجاه المعرفي في سيكولوجية الاكتئاب، من خلال إسهامه في فكرة العلاج المعرفي للاكتئاب وإعداده مقياسا لهذا الغرض، بالإضافة إلى تأسيسه معهدا للعلاج المعرفي للاكتئاب.

(Sarason et sarason, 1980: p257-259)

ويذهب أصحاب الاتجاه البيئي في تفسيرهم للاكتئاب إلى العلاقة بين الفرد والمجتمع أي إذا كانت هذه العلاقة قوية وتتسم بالتفهم والديناميكية فإنه من الصعب أن يصاب الفرد بالاكتئاب إلا في حالات استثنائية، بينما إذا اتسمت العلاقة بينهما بالضعف وكثرة الصراعات فهذا يؤدي إلى هشاشة في مختلف الروابط التي تجمعهما، هذا ما يسهل حدوث الاكتئاب، فالعلاقة بين الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه تجعله إما راضيا أو غاضبا سعيدا أو متألما، ناجحا أو فاشلا...، وهذا ما جعل هذه النظرية تعطي مكانة هامة للعلاقة

بين الفرد والمجتمع، والتي يتحكم مدى نجاحها أو فشلها في ظهور الاكتئاب أو عدم ظهوره (العفيفي، 1990: ص 22-27).

### 7- علاج الاكتئاب:

يجب أن يتضمن علاج الاكتئاب الأساليب الفعالة للوقاية، وخطوات لحل المشكلة والخروج من هذه الأزمة، وكانت الصعوبات التي تواجه كل من يحاول وضع علاج ناجح للاكتئاب هي عدم توفر المعلومات حول الجوانب المختلفة له والمتمثلة في حجم المشكلة وطبيعة المرض وكيفية حدوثه، أما في الوقت الحالي فقد توفرت المعلومات عن الاكتئاب بشكل كبير نتيجة الأبحاث والدراسات في هذا الموضوع، مما يعطي أملا في قرب التوصل إلى حل ملائم للسيطرة على انتشار الاكتئاب.

### 7-1- العلاج النفسي للاكتئاب:

يتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، وهو يفيد كل أنواع الاكتئاب خاصة التفاعلي، كما أنه يضم أساليب علاجية كثيرة منها: الإيحاء، المساندة، التدعيم، التحليل النفسي، العلاج السلوكي...، فالطبيب يلجأ لمساندة المريض وإظهار الاهتمام بحالته وإعطائه النصيحة حتى من معالجته. (الشربيني، 2001: ص 249).

ويتضمن العلاج النفسي عدة أنواع من العلاجات نذكر منها:

### 7-2- العلاج التحليلي النفسي "Psycho analysis": نال نجاحا كبيرا في حالات

الاكتئاب، وهذا راجع إلى أن معظم أسبابه نفسية وانفعالية، فالمحلل النفسي يكشف عن تلك

الأسباب من خلال إخراج مكونات اللاشعور، بغرض التوصل لحلول تجعل المكتئب يتخلص من مشاعر الذنب، ويتمكن من تحقيق الاستقرار النفسي، هذا ما يقضي تدريجياً على الأعراض الاكتئابية.

**7-3- العلاج السلوكي للاكتئاب "Behavioral therapy"** : يسعى هذا العلاج إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد، ويعتمد في ذلك على نظريات التعلم ونظريات الشخصية، ويبدأ العلاج بتحديد السلوكات المرضية والاستجابات الاكتئابية، ثم تعد خطة علاجية تعتمد على تنمية السلوكات المعارضة للسلوكات المرضية، وتصحيح الاستجابات الاكتئابية الخاطئة لتحل محلها استجابات صحيحة وإيجابية، كل هذه التغييرات في السلوك تجعل حياة الفرد أكثر إيجابية من حيث تفاعله مع ذاته ومع المحيطين به.

**7-4- العلاج المعرفي للاكتئاب "Cognitive therapy"** : الذي يهدف إلى تخليص المريض من الاكتئاب من خلال تنمية مهاراته وتطويرها بطريقة منظمة وعقلانية، لذلك يستخدم هذا العلاج مع الكبار خاصة لأنه يظهر فاعلية جيدة في ذلك، بالإضافة إلى أنه يستند إلى النموذج النظري المعرفي لتفسير منشأ الاكتئاب، والذي يرى أن الأعراض المعرفية هي التي تؤدي لاستمرار معاناة المريض، ويتمثل العلاج في تحسين معارف المريض وتصحيحها، هذا ما يؤدي لاختفاء أعراض الاكتئاب تلقائياً. (إبراهيم، 2009: ص 129-139).

بينما تتضمن الوسيلة الثانية للعلاج استعمال الأدوية والعقاقير للقضاء على الأعراض الاكتئابية وعلاجها أو التخفيف من حدتها، لكن هذا يستلزم من المعالج أن يخضع

لقواعد قبل وصفه للأدوية المضادة للاكتئاب، وتتمثل هذه القواعد في مجموعة من الشروط التي يجب توفرها قبل إعطاء الوصفة، مثل اختيار الدواء المناسب للحالة، وهذا يعتمد على خبرة الطبيب ومعرفته جيدا للأدوية، بالإضافة لنوع الاكتئاب وشدته حيث يبدأ التأثير العلاجي في الظهور بعد فترة خمول تمتد لأسبوعين من بداية العلاج، وتتحدد جرعة الدواء حسب حالة المريض، فمعظم الأدوية الحلقية لها تأثير طويل ويمكن وصفها في جرعة مسائية واحدة، وعادة ما يمتد العلاج لمدة شهرين إلى ثلاثة أشهر، ثم يبدأ بالتقليل التدريجي لكمية الدواء بأمر من الطبيب، مع الأخذ بعين الاعتبار الأعراض الجانبية للدواء

(الشرييني، 2001: ص 259)

ويتضمن العلاج الدوائي مجموعة من مضادات الاكتئاب، وهي سلسلة من المركبات متغايرة الخواص ذات تأثيرات علاجية أساسية، أهمها علاج الاكتئاب الكبير وفي نفس الوقت معظمها أدوية فعالة في معالجة اضطراب الهلع والقلق (المرعشلي، 2005: ص 79).

وتتضمن مضادات الاكتئاب قائمة طويلة من الأدوية، فيما يلي نقدم عرضاً للأدوية

الرئيسية في الوقت الحالي لعلاج الاكتئاب والتي تتمثل في:

• الأدوية ثلاثية الحلقات "Tiracyclie" وتضم: clomiparamine - nortrepettlin -

... terbtzul

• الأدوية رباعية الحلقات "Tetryckic" وتضم مابروتلين (لوديوميل)...

• الأدوية مثبطات أحادي الأمين "maoi" مثل: فنزولين، إيزوكريوكسزويد...

لكن لا يتم استخدام هذه الأدوية حالياً نظراً لآثارها الجانبية المزعجة باستثناء دواء حديث من هذه المجموعة يتم استخدامه وهو: "arox"، وفي الوقت الحالي تمثل مجموعة منشطات مادة السيروتونين أكثر الأدوية استعمالاً لعلاج الاكتئاب مثل: fluoxétine - srtralan - stalbram... (الشرييني، 2001:ص 257-258).

وهناك علاج آخر للاكتئاب لكنه أقل استعمالاً في وقتنا الحاضر وهو يتمثل في:

5-7-العلاج بالصدمة الكهربائية: يتمثل في استخدام موجة كهربائية ضعيفة الشدة لإعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي، ويتكرر هذا العلاج لعدة مرات من أسبوع إلى ثلاثة، فينتج عنه تحسن في حالة المريض، ولا يستخدم هذا العلاج إلا بعد فشل العلاج الدوائي

(قعفراني، 1998: ص 92)

وبعد تطرقنا إلى التفاصيل الخاصة بالاكتئاب في الجانب الأول، فإننا سنسلط الضوء

على الاستجابة الاكتئابية في الجانب الثاني:

ثانياً - الاستجابة الاكتئابية.

1- تعريف الاستجابة الاكتئابية.

هي استجابة الشخصية مرضياً لوضعية أو محيط غير ملائم أو صدمة نفسية مؤلمة كما نعني بها كل العلامات ذات المظهر الاكتئابي الناجمة عن حدث خارجي مؤلم، أو وضعية حيوية شاقة، والعامل المفجر للاستجابة الاكتئابية هو خارجي المنشأ، فتكون تلك الحالة

الاكتئابية ذات علاقة مباشرة مع الحدث الخارجي مثل: حالة حداد، مشاكل زوجية أو مهنية،

أمراض خطيرة أو مزمنة... (Gepmer et Benhain, 1991: p5).

ويعرفها سعيد حافظ يعقوب على أنها: "رد فعل من النفس إزاء صدمة أو حرمان ناجمين عن

حادث مفاجئ كخسارة مفاجئة أو صدمة أو خيبة أمل، أي أنها عبارة عن شكل مجسم لما

يحدث للشخص العادي حين تصيبه نكبة طارئة". (يعقوب، 1984: ص25).

ويعرفها "Dumas" على أنها: "الحالة التي يوضح جدولها العيادي سلطة الحزن، الإنهاك،

الانقباض وفقدان اللذة على الحياة، التي يصاحبها دائما عامل مفجر خطير، وبالتالي يظهر

مباشرة بعد صدمة عاطفية مثل: الحداد...، وغالبا ما يبدي الأشخاص المصدومين قابلية

الإصابة نظرا لعدم تحملهم الإحباطات المؤلمة نسبيا. (Dumas, 1970: p280).

فالاستجابة الاكتئابية لا تحدث بدون سبب، بل تحكمها عوامل هي التي تمهد

لظهورها، وتكون السبب الرئيسي في ظهورها.

## 2- عوامل ظهور الاستجابة الاكتئابية.

إن الاستجابة الاكتئابية تظهر نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل منها ما هو داخلي

يرتبط بعوامل نفسية، ومنها ما هو خارجي يتعلق بالأوضاع المحيطة بالفرد.

تتمثل العوامل الداخلية في الشعور بفقدان الموضوع، والذي يحدث تغيير نفسي

وفيزيولوجي، واختلال في التوازن العلائقي الموجود بين الشخص ومحيطه، فالاستجابة

الاكتئابية تعتبر ردة فعل عن حوادث مؤلمة مثل: فشل عاطفي، فقدان شخص عزيز...

وهذه الحوادث يمكن أن تمس أي شخص دون أن تحدث له استجابة اكتئابية، وهذا ما يجعلنا ن فكر أن هناك حساسية خاصة عند بعض الأفراد الذين لديهم بنية لها استعداد للإصابة بالاكتئاب. (Dumas, 1970: p283).

بينما العوامل الخارجية والتي تتمثل في: الأوضاع الاجتماعية الصعبة، عدم تامين الحاجات أو الإصابة بأمراض مزمنة وخطيرة... هذا ما ينعكس سلبا على الوضع النفسي للشخص، وتمثل هذه العوامل النسبة الكبيرة في حدوث الاستجابة الاكتئابية، خاصة في ظل تآزم الظروف الاجتماعية وصعوبة المعيشة. (Lechemia, 1994: p20).

وفي أغلب الأحيان تظهر الاستجابة الاكتئابية في الأيام التي تلي الصدمة، ويكون هذا بشكل فجائي على شكل أعراض تكون شدتها حسب شدة الصدمة، ووقعها على الشخص الذي تلقاها.

### 3- أعراض الاستجابة الاكتئابية.

تظهر الاستجابة الاكتئابية على شكل أعراض منها ما هو جسمي ومنها ما هو نفسي.

#### 3-1- الأعراض الجسمية :

تتمثل في مجموعة اضطرابات تمس وظائف الأعضاء، مثل: آلام في الرأس، الإحساس بالدوران، الارتجاف، الشعور بالاختناق...، بالإضافة للشعور بالتعب حتى دون القيام بأي فعل أو مجهود، فالتعب هنا يترجم التثبيت العصبي الحركي، وغالبا ما يأخذ صفة الضعف في مواجهة المشاكل الاجتماعية.

2-الأعراض النفسية : تتمثل في شعور تام بالحزن العميق والميل للعزلة، أما الحصر فيكون مصاحباً للتعب، ويترجم بمظاهر نفسية مثل: الخوف من الموت، القلق فيما يخص مواضيع تافهة، المبالغة في التفكير، الخوف من المستقبل مما يجعله يبحث عن الحماية...، وأهم أخطر هذه الأعراض هي الأفكار السوداوية التي هي السبب الرئيسي في زيادة خطر الانتحار، خاصة إذا كانت الصدمة أقوى من قدرة الشخص على تحملها، فيلجأ للانتحار باعتباره الحل الوحيد للتخلص من معاناته. (Lechemia, 1997: p21-23).

#### 4- خصائص الاستجابة الاكتئابية.

إن الاستجابة الاكتئابية تتحدد حسب خصائص تميزها عن باقي الأنواع الأخرى من الاكتئاب حيث تظهر خصائصها كالتالي:

- تحدث الاستجابة الاكتئابية عقب أسباب نفسية واضحة، أو عوامل خارجية محيطة تعتبر كعامل مفجر لها، ولا تتدخل فيها عوامل وراثية إلا نادراً.
- لا يفقد المصاب بالاستجابة الاكتئابية علاقته مع الواقع.
- لا تكون ذهنية بحيث لا نجد فيها الهذيان، الهلوس، الأوهام واضطرابات الذاكرة، كما أن الميول الانتحارية قليلة فيها وأقل حدة مقارنة بالأنواع الأخرى للاكتئاب.
- أسوأ أوقات الاستجابة الاكتئابية تكون في المساء، كما أن النوم يكون صعب في أول الليل، ومضطرب في أثنائه. (الدباغ، 1983: ص191).

## خلاصة:

لقد تطرقنا في هذا الفصل أولاً إلى الاكتئاب الذي يعتبر من الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً، وهو حالة مرضية تتميز بمظاهر مختلفة انفعالية ونفسية وبدنية ومعرفية حيث تؤثر على ذات الفرد وعلى سلوكه وشخصيته حيث قمنا بتقديم لمحة تاريخية عن الاكتئاب وتعريفه ، وتصنيفاته وأعراضه، وأسبابه والاتجاهات المختلفة في تفسير الاكتئاب ، والوقاية والعلاج من الإكتئاب.

كما تطرقنا ثانياً إلى الاستجابة الاكتئابية، التي عرفناها على أنها صدمة نفسية مؤلمة ناجمة عن حدث خارجي مؤلم، حيث قمنا بتعريفها، وعوامل ظهورها، وأعراضها ، وخصائصها.

# الفصل الرابع

## منهجية و إجراءات الدراسة

تمهيد

- 1- منهج الدراسة.
- 2- الدراسة الاستطلاعية.
- 3- مجتمع الدراسة.
- 4- عينة الدراسة.
- 5- أدوات الدراسة.
- 6- الخصائص السيكومترية للأدوات في الدراسة الحالية.
- 7- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

## تمهيد:

بعدما تطرقنا إلى الجانب النظري الذي يعد الإطار المرجعي والذي يركز على تحديد إشكالية الدراسة وما يتعلق بها من متغيرات، بحيث سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات التطبيقية، والتي تعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري والجانب الميداني وذلك ابتداء بالمنهج المتبع في الدراسة وكذا عينة الدراسة وكيفية اختيارها ثم الدراسة الاستطلاعية وما يتبعها من تحديد لميدان الدراسة والأدوات المستعملة لجمع البيانات، ثم نتعرض إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية وكذا أبرز الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات المحصل عليها.

## 1- منهج الدراسة.

يعرف المنهج بأنه مجموعة القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها، ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته والهدف منه. (عباس، 1983: ص14).

تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي لأنه الأكثر ملاءمة وقدرة على كشف الأسباب وتحديد الأثر الناتج عنها في حدوث مختلف أنماط الظواهر الخاصة بالسلوك الإنساني، ولأن طبيعة البحث الذي نتناوله تهدف إلى تحديد التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى القصور الكلوي كان من الأنسب دراسة هذا الموضوع باستخدام هذا المنهج.

إذ أن المنهج الوصفي يحدد ويقرر الشيء كما هو عليه أي انه يصف ما هو كائن لكنه لا يقف عند حد تجميع البيانات وتبويبها أي مجرد التوصل إلى الحقائق بل يتضمن قدرا من التفسير لهذه البيانات عن طريق استعمال التحليل والمقارنة لكشف عن ما تخفيه الظاهرة من علاقات سببية بين الوقائع والمظاهر وهذا من أجل السعي إلى صياغة مبادئ هامة والتوصل إلى حل المشكل. (شفيق، 1985: ص84).

## 2- الدراسة الاستطلاعية.

لكون عينة البحث من فئة مرضى القصور الكلوي المزمن الذين يخضعون لعملية تصفية الدم " الغسيل الكلوي " فقد تمت الدراسة الاستطلاعية بمصلحة تصفية الدم لمرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة، وبعد موافقة رئيس المصلحة بالجناح وإطلاعنا على الحالات الموجودة في المصلحة في تلك الفترة، حيث تعرفنا على المرضى وعرفنا المرضى على دورنا والهدف من العمل معهم، وقد هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى:

- التعرف على الظروف التي ستتم فيها الدراسة الأساسية.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه الطالب في الميدان.
- التعرف على خصائص العينة.

- تطبيق مقياس beck للاكتئاب.
- تطبيق مقياس التوافق الزوجي.

### \* العينة الاستطلاعية:

تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها. (عبيدان وآخرون، 1999: ص 84).

وقد تم اختيار العينة الاستطلاعية من مصلحة تصفية الدم لمرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة وهي عينة قصدية، أي أن العينة تلائم أغراض البحث. وقد اشتملت العينة الاستطلاعية 15 مريض مصابون بالقصور الكلوي المزمن "في مرحلته النهائية" من الجنسين ومن المتزوجين وتتراوح أعمارهم بين 27 سنة و 60 سنة

### 3- مجتمع الدراسة.

يتكون مجتمع الدراسة من مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لجهاز الغسيل الدموي "الهيموديايز" والبالغ عددهم (111) مريضا في مستشفى الزهراوي بولاية المسيلة.

### 4- عينة الدراسة:

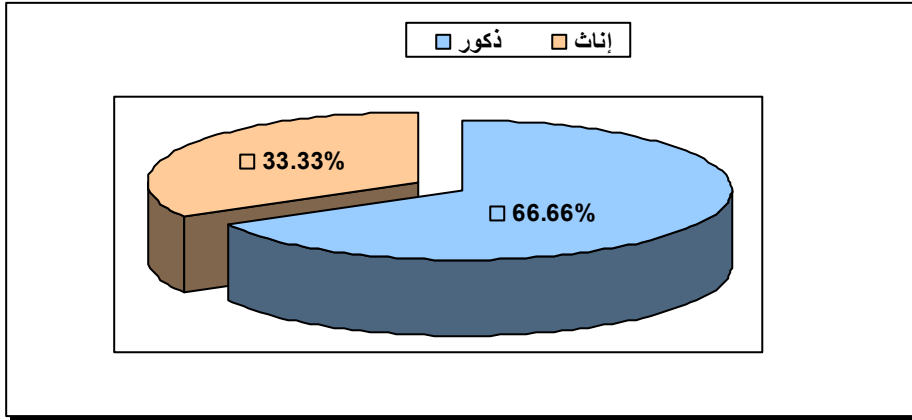
تم اختيار العينة بطريقة قصدية والتي تعرف على أنها مفردات معينة تمثل المجتمعات الأصلية، منتقاة على أساس خصائص محددة هي التي يحتاجها الباحث في دراسته، تعطي هذه العينة نتائج أقرب ما تكون إلى نتائج الحصر الشامل، ويشترط في تكوينها ما يلي:

أن تعكس كل صفات المجتمع العام، يعطى لكل فرد من أفراد المجتمع العام نفس الفرضية للانتماء إليها قصد القضاء على عامل التحيز، أن تكون كبيرة نسبيا بحيث تعكس كل صفات المجتمع العام. (بوحفص، 2005: ص 19).

تتكون عينة دراستنا من 30 فردا من مرضى القصور الكلوي المزمن وهي تضم 10 نساء و20 رجل، تتراوح أعمارهم بين 27-61 سنة وكان اختيار العينة مقصودا إذ أخذنا بعين الاعتبار: المرضى والمتزوجين. والجدول التالي يبين خصائص عينة الدراسة:

جدول رقم (01): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

المتغير	فئات المتغير	التكرارات	%
الجنس	ذكر	20	66.66
	أنثى	10	33.33
المجموع		30	100

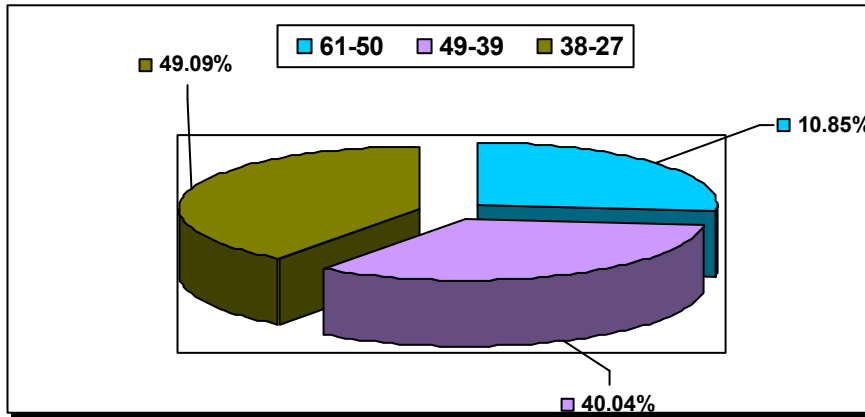


شكل رقم (03): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

من خلال الجدول رقم (01) وملاحظة الشكل رقم (03) يتضح أن نسبة (66.66) من أفراد العينة ذكور، أما الإناث فنسبتهم (33.33)، والملاحظ أن نسبة الذكور تفوقت على الإناث، وقد يعود ذلك إلى نسبة انتشار مرض القصور الكلوي لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث .

جدول رقم (02): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات العمر.

فئات السن	التكرارات	%
38-27	12	40
49-39	10	33.33
61-50	08	26.66
المجموع	30	100



شكل رقم (4): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات السن.

يتضح من الجدول رقم (02) أن سن أفراد العينة يتراوح بين (27-61 سنة)، حيث حصلت فئة (27-38 سنة) على أعلى نسبة (40) لتأتي بعدها فئة (39-40 سنة) بنسبة (33.33)، أما فئة (50-61) فحصلت على أقل النسب فكانت (26.66). وهذا ما نشاهده في الشكل رقم (04) حيث نرى أن نصف أفراد العينة تقريباً من سن (27-38).

## 5- أدوات الدراسة.

بغرض جمع البيانات اللازمة عن أفراد العينة تم الاعتماد على:

### 1-5- مقياس التوافق الزوجي:

من تصميم الباحثة زهية مسعودي سنة 2008 في مذكرتها لنيل شهادة الدكتوراه تحت عنوان "العلاقة بين أبعاد الشخصية واستراتيجيات المواجهة والتوافق الزوجي"، يحتوي المقياس على 38 عبارة موزعة على الأبعاد التالية : سمات الشخصية الخاصة بالزوج (أو الزوجة)، الالتزام بالدين والأخلاق، الاتفاق حول المواضيع الحيوية، تقارب الأفكار والقيم، العادات، الاتجاهات، أساليب تنشئة الأبناء، طرق كسب وإنفاق المال، مدى التواصل الوجداني والإشباع الجنسي، المشاركة في الأنشطة، إبداء الحرص على استمرار الرابطة الزوجية، القدرة على حل المشكلات والارتياح للعلاقة مع الأسرة. ويجب المفحوص على العبارات باختيار ما يقدر أنها الإجابة الأنسب من البدائل الثلاثة المقترحة كاحتمالات متوقعة للإجابة : إطلاقاً، أحياناً، دائماً.

#### - تقدير الإجابات:

يتم تقدير الدرجات بمدى يتراوح بين 1 إلى 3 درجات في العبارة الواحدة، فإذا كانت العبارات سالبة قدرت الإجابة ب1 درجة في حالة الإجابة "دائماً"، 2 درجة في الإجابة "أحياناً"، و 1 درجة في حالة الإجابة "إطلاقاً".

#### - تصنيف عبارات المقياس حسب الإجابات السالبة والموجبة:

وكون ذلك على النحو التالي:

#### العبارات الموجبة:

1-2-4-5-7-8-9-12-13-16-18-19-20-21-24-26-27-28-30-32-

33-34-35-36-37.

العبارات السالبة:

3-6-10-11-14-15-17-22-23-25-29-31-38.

- طريقة التصحيح:

تقدر الدرجة الكلية عند جمع درجات الإجابات على عبارات المقياس ب114 درجة كأقصى حد، فيما تقدر الدرجة الدنيا لمجموع الإجابات ب38 درجة، وعليه فإذا تراوحت الدرجات المتحصل عليها بين 38 درجة و75 درجة، صنف هذا في حالة سوء التوافق الزوجي، بينما إذا تراوح مجموع الدرجات بين 26 و114 درجة صنف هذا في حالة التوافق الزوجي الجيد.

- ثبات المقياس: في ضوء معامل "ألفا كرونباخ" قدر معامل ثبات الإختبار ب0.69 وهو معامل ثبات مقبول.

- صدق المقياس: بعد المقارنة الطرفية لنتائج المجموعتين اللتين تمثلان طرفي منحنى التوزيع، تبين أن الفرق بينهما دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وبناءً عليه، فإن درجات المقياس تميز بشكل واضح بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا، ما يجعل المقياس صادقاً. (مسعودي، 2008)

5-2- مقياس Beck للاكتئاب:

- تقديم المقياس: هو مقياس وضع من طرف الإكلينيكي Aaron Beck، تحت اسم مقياس بيك للاكتئاب، وهو يزود الباحث بتقديم سريع وصادق لمستوى الاكتئاب لدى المفحوص، نشر أول مرة سنة 1961، وكان بصورته الأصلية التي تتكون من 21 مجموعة من الأعراض، حيث تتكون كل مجموعة من متدرجة من 4 عبارات تعكس مدى شدة الاضطرابات، ولقد استخدمت أرقام تتدرج من 0 إلى 3 لتعكس هذه الشدة، تم اختيار هذه الدرجات بعد ملاحظات عيادية منظمة ومكثفة للمظاهر الواضحة للاكتئاب، ويتكون المقياس في صورته الحالية من 13 مجموعة من العبارات وهي الصورة المختصرة للمقياس الأصلي، ولقد أعدت الصورة الجديدة من طرف A.Beck نفسه، حيث تبين أن ارتباط هذه

الصورة المعدلة بالمقياس الأصلي يقدم بمعامل ارتباط 0,96، وأعد هذا المقياس في صورته العربية من طرف "غريب عبد الفتاح غريب".

- **مكوناته:** تتمثل العبارات المدرجة في المقياس في صورتها الحالية المختصرة فيما يلي: الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات، إيذاء الذات، الانسحاب الاجتماعي، التردد، تغير صورة الذات، صعوبة العمل، فقدان الشهية.

- **مميزاته:** يتميز هذا المقياس عن غيره بما يلي :

- هو مقياس أعد خصيصا لقياس الاكتئاب.
- لا يتطلب مهارة كبيرة من الفاحص.
- سهل الاستجابة بالنسبة للمفحوصين.
- يوفر درجات رقمية في قياس الاكتئاب.
- يمكن استخدامه في الدراسات المقارنة.
- يتوفر على ثبات وصدق كبيرين.

- **طريقة تطبيق المقياس:** تتم إما بالطريقة الفردية أو الجماعية وتحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة، وتسجل الإجابات على كراسة الأسئلة ذاتها، فإذا طبق فردي يكفي على المفحوص قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة وذلك بعد التأكد من فهمه السؤال على أن يختار العبارة التي تصف حالته خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم الذي يجري فيه الاختبار، وذلك بوضع دائرة أمام العبارة المختارة. أما في التطبيق الجماعي، فيمكن أن نوزع كراسة الأسئلة على كل المفحوصين ويطلب منهم كتابة الاسم، العمر، المستوى التعليمي وتاريخ الإجابة، كما يطلب منهم قراءة التعليمات بأنفسهم "قراءة صامتة" في الوقت الذي يقرأها هو بصوت مرتفع حتى يزيل الغموض والالتباس.

- **طريقة تصحيح المقياس:** فيما يخص طريقة التنقيط، فهي تتم بجمع الدرجات التي تتراوح بين الصفر كحد أدنى وتسعة وثلاثون كحد أقصى، ثم توضع هذه المجاميع ضمن درجات

فاصلة قصد التعرف على درجة الاكتئاب، ولا تحول الدرجات إلى درجات معيارية، فالأسلوب المتبع هو تقدير وجود أو عدم وجود الاكتئاب، والجدول التالي يوضح درجات الاكتئاب:

الجدول رقم (03): درجات الاكتئاب

مدلول الدرجة	درجة الاكتئاب
لا يوجد اكتئاب	من 0 - 4
اكتئاب معتدل	من 5 - 7
اكتئاب متوسط	من 8 - 16
اكتئاب شديد	أكثر من 16

- ثبات وصدق المقياس: أوضحت دراسات عديدة ثبات وصدق المقياس ويتم ذلك بطريقتين:

**الطريقة الأولى:** تمت بتحليل 200 حالة، بمقارنة درجات كل فئة من الفئات بالدرجة الكلية للمقياس لكل مريض، وقد اتضح أن كل فئة قد أظهرت علاقة موجبة دالة إحصائياً مع الدرجة الكلية للمقياس، وفي تحليل ثاني للفئات باستخدام بيانات 606 حالة، ظهر أن كل الفئات الاحدى والعشرين ترتبط ارتباطاً موجباً دالاً إحصائياً مع الدرجة الكلية للمقياس.

**الطريقة الثانية:** استخدمت فيها التجزئة النصفية باستخدام بيانات 97 حالة، ثم إيجاد معامل ارتباط قدره 0.86 بين الفئات الزوجية وثبات المقياس، واستخدام معامل سبيرمان براون ليعوض المقياس، ارتفع معامل الثبات إلى 390 (بلعزوق، 1991: ص288).

يتوفر المقياس على صدق عالي وثبات كبير وذلك بإجماع الدراسات المختلفة التي أقيمت حوله، يستخدم في التقدير وفي اختيار مدى فعالية العلاج، وقد استعملنا مقياس بيك بصورته المترجمة إلى العربية التي أعدها الدكتور عبد الفتاح سنة 1985، والذي أثبت صدقه وثباته في البيئة المصرية.

## 6- الخصائص السيكومترية للأدوات في الدراسة الحالية.

### 1-6- مقياس التوافق الزوجي:

**ثبات وصدق المقياس:** قصد التأكد من ثبات المقياس تم تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية والتي تقدر ب15 فردا من مرضى القصور الكلوي المزمن وقمنا بحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ باستخدام الرزمة الإحصائية spss وقد قدر ب 0.96 وهو معامل ثبات مرتفع وبالتالي ثبات مقياس التوافق الزوجي.

وتم حساب الصدق الذاتي الذي هو عبارة عن الجذر التربيعي لمعامل الثبات وقدرت قيمته ب 0.97 وهو عبارة عن معامل صدق مرتفع وبالتالي صدق مقياس التوافق الزوجي.

### 2-6- مقياس Beck للاكتئاب:

**ثبات وصدق المقياس:** قصد التأكد من ثبات المقياس تم تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية والتي تقدر ب15 فردا من مرضى القصور الكلوي المزمن وقمنا بحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ باستخدام الرزمة الإحصائية spss وقد قدر ب 0.61، وهو عبارة عن معامل ثبات مقبول، وبالتالي ثبات مقياس Beck للاكتئاب.

وتم حساب الصدق الذاتي الذي هو عبارة عن الجذر التربيعي لمعامل الثبات وقدرت قيمته ب 0.78 وبالتالي صدق مقياس Beck للاكتئاب.

### - طريقة إجراء الدراسة:

لقد شرعنا في إجراء الجانب الميداني في دراستنا في مستشفى الزهراوي، مصلحة أمراض الكلى، وذلك في الفترة الممتدة من 2015/04/12 إلى 2015/04/28 .

تقدمنا للمرضى بصفتنا طلبة في علم النفس العيادي ونحن بصدد تحضير دراسة لنيل شهادة الماستر، كما قمنا بتقديم شرح عن عنوان الموضوع الذي نبحث فيه والذي يتعلق

بمرض القصور الكلوي المزمن، كما شرحنا لهم أن الهدف من هذه الدراسة علمي بحت يهدف لمساعدتهم بالدرجة الأولى، مع ترك الحرية التامة لهم في القبول أو الرفض. وبعد الحصول على موافقتهم للتعاون معنا، بدأنا عملنا الميداني بتطبيق مقياس Beck للاكتئاب، وبعده مقياس التوافق الزوجي، وتم هذا في غرف التصفية الدموية، أي أثناء قيامهم بجلسة التصفية، وذلك لصعوبة العمل معهم خارج الجلسة (جلسة التصفية الدموية) نظرا لحالة التعب الشديد والإعياء التي تصيبهم بعد خضوعهم للتصفية الدموية. أما فيما يخص طريقة تطبيق المقياس، فكنا نحن من يلقي عليهم البنود ونكتب إجاباتهم على المقياس، لأن المرضى طلبوا منا هذا نظرا لأنهم كانوا ممددين على أسرتهم ويشعرون بالتعب لأبسط جهد، كما أن عددا منهم طلب ترجمة بعض البنود باللغة العامية بينما العدد الآخر من المرضى كانوا يجيبون لوحدهم دون أي مساعدة منا.

## 7. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- تم معالجة البيانات باستخدام الحاسب الآلي من خلال برنامج (SPSS (VER.17
- الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية، وتتمثل المعالجات التي تمت للبيانات في الإحصاءات الآتية:
- 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 والمدى والتباين لمعرفة الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة.
  - 3- معامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة بين المتغيرات.

# الفصل الخامس

## عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

### وصف متغيرات الدراسة

#### 1. عرض نتائج الدراسة.

##### 1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى.

##### 2.1. عرض نتائج الفرضية الثانية.

##### 3.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة.

#### 2. مناقشة نتائج الدراسة.

##### 1.1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى.

##### 2.1. مناقشة نتائج الفرضية الثانية.

##### 3.1. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

#### 3. خاتمة الدراسة.

#### 4. توصيات الدراسة.

- قائمة المراجع.

- قائمة الملاحق.

**تمهيد:**

بعد أن تم في الفصل السابق عرض لإجراءات الدراسة الميدانية من خلال تبيان المنهج المستخدم في الدراسة والأدوات وكذلك الأساليب المستخدمة في التحليل الكمي لاستجابات أفراد الدراسة .

نتناول في هذا الفصل تحليل نتائج الدراسة الميدانية وذلك من خلال رصد استجابات أفراد الدراسة على المقاييس المستخدمة رسدا علميا يساعد على استخلاص النتائج وتفسيرها في ضوء الخلفية النظرية والدراسات السابقة.

**- وصف متغيرات الدراسة:**

من أجل معرفة الخصائص الوصفية الإحصائية لمتغيرات الدراسة الحالية تم إيجاد المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمنوال، والمدى، وأقل وأعلى قيمة لمتغيرات الدراسة كما هو بالجدول:

**الجدول رقم (04): الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة**

متغيرات الدراسة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المنوال	المدى	أدنى قيمة	أعلى قيمة
التوافق	30	82.16	16.53	73	55	55	110
الزواجي							
الاستجابة							
الاكتئابية		16.43	4.81	18	21	4	25

وفيما يلي عرض للنتائج المترتبة على اختبار كل فرضية من فرضيات الدراسة بحسب ترتيبها:

### 1-1. عرض نتائج الفرضية الأولى والتي تنص على :

مستوى التوافق الزوجي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب التكرارات حسب مستوى التوافق الزوجي الذي تم تقسيمه إلى توافق زوجي جيد وتوافق زوجي سيئ حسب ما جاء في دليل مقياس التوافق الزوجي وحسب المتوسط النظري لدرجات المقياس والمقدر ب 82 والنتائج المتعلقة بذلك موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (05): توزيع درجات أفراد العينة على مقياس التوافق الزوجي

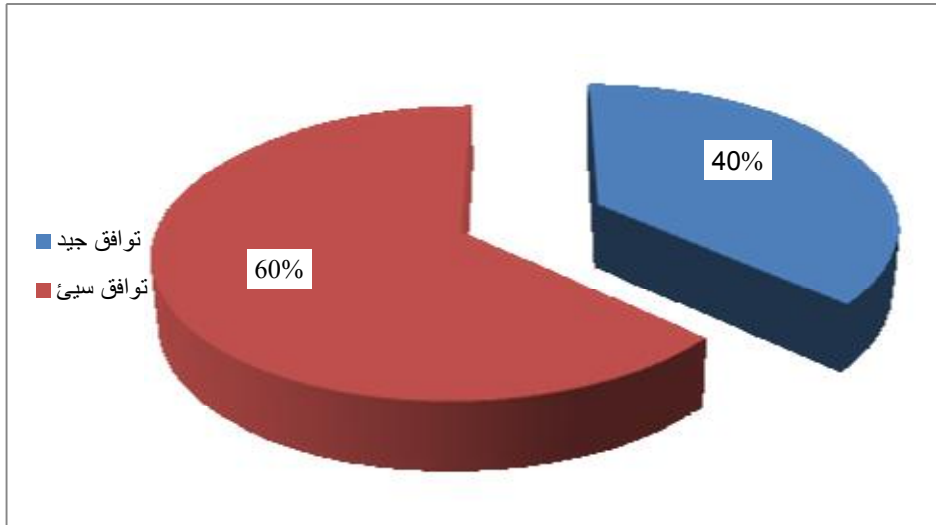
مستوى التوافق	درجة التوافق	المقياس الأفراد
توافق جيد	95	01
توافق جيد	108	02
توافق جيد	110	03
توافق جيد	103	04
توافق سيء	55	05
توافق جيد	99	06
توافق سيء	71	07
توافق سيء	73	08
توافق سيء	72	09
توافق جيد	108	10
توافق سيء	70	11
توافق سيء	72	12
توافق جيد	94	13
توافق سيء	57	14
توافق سيء	67	15
توافق سيء	73	16
توافق سيء	75	17
توافق سيء	74	18
توافق سيء	75	19
توافق جيد	103	20

توافق سيء	60	21
توافق سيء	70	22
توافق جيد	94	23
توافق جيد	101	24
توافق سيء	71	25
توافق جيد	93	26
توافق سيء	74	27
توافق جيد	101	28
توافق سيء	74	29
توافق سيء	73	30

كما يمكن التعرف على مدى وجود التوافق الزوجي بين أفراد العينة من خلال تقسيم الأفراد ذوي درجات أعلى من المتوسط النظري إلى متوافقين زواجياً والأفراد ذوي درجات أقل من المتوسط النظري إلى أشخاص غير متوافقين زواجياً، وبعد استخراج التكرارات والنسب المئوية تبين أن المتوافقين زواجياً يبلغون (12) فرداً بنسبة (40%) في حين غير المتوافقين زواجياً بلغوا (18) فرداً بنسبة (60%) كما يعبر عنه الجدول الموالي:

الجدول رقم (06): تكرار درجات مستوى التوافق الزوجي

النسب المئوية	التكرارات	مستوى التوافق النتائج
40%	12	توافق جيد
60%	18	توافق سيء



شكل رقم (05): يبين درجات مستوى التوافق الزوجي.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (06) أن 18 فردا من عينة الدراسة يعانون سوء

التوافق الزوجي أي ما يمثل نسبة 60% من أفراد العينة، بينما 12 فرد لديهم توافق جيد أي

ما يمثل نسبة 40% م أفراد العينة.

ومما سبق يمكن القول أن الفرضية الأولى تحققت والتي تنص على أن مستوى التوافق

الزوجي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض.

1-2. عرض نتائج الفرضية الثانية والتي تنص على :

مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن عالية

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب التكرارات حسب مستوى الاستجابة الاكتئابية الذي تم تقسيمه إلى اكتئاب شديد واكتئاب متوسط واكتئاب معتدل ما جاء في دليل مقياس Beck للاكتئاب وحسب المتوسط النظري لدرجات المقياس والمقدر بـ 14 والنتائج المتعلقة بذلك موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (07): توزيع درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس بيك للاكتئاب

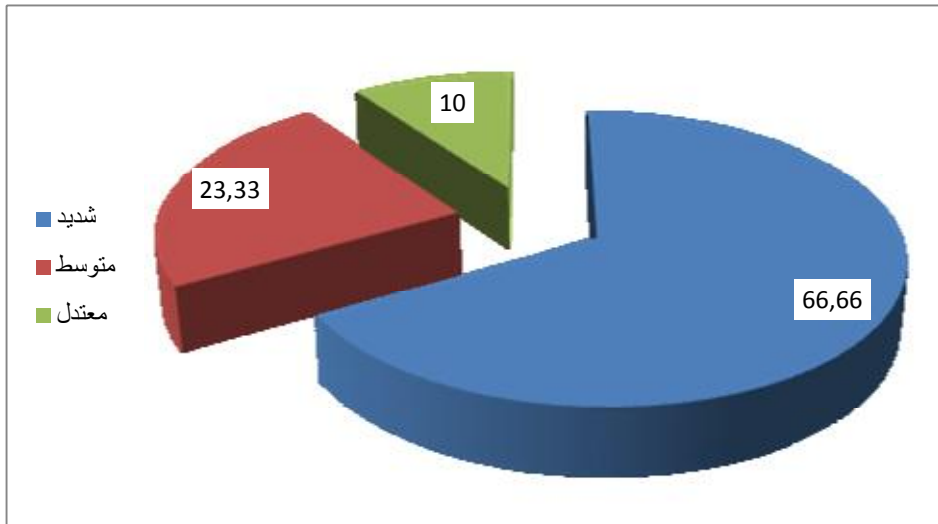
مستوى الاكتئاب	درجة الاكتئاب	المقياس الأفراد
اكتئاب معتدل	5	01
اكتئاب متوسط	14	02
اكتئاب شديد	25	03
اكتئاب شديد	18	04
اكتئاب شديد	18	05
اكتئاب شديد	20	06
اكتئاب شديد	20	07
اكتئاب متوسط	15	08

اكتئاب شديد	18	09
اكتئاب شديد	16	10
اكتئاب شديد	19	11
اكتئاب شديد	17	12
اكتئاب معتدل	07	13
اكتئاب شديد	21	14
اكتئاب شديد	20	15
اكتئاب متوسط	13	16
اكتئاب شديد	19	17
اكتئاب معتدل	04	18
اكتئاب شديد	19	19
اكتئاب شديد	20	20
اكتئاب شديد	20	21
اكتئاب متوسط	09	22
اكتئاب شديد	21	23
اكتئاب شديد	18	24
اكتئاب متوسط	15	25
اكتئاب متوسط	14	26
اكتئاب شديد	18	27
اكتئاب شديد	17	28
اكتئاب متوسط	15	29
اكتئاب شديد	18	30

يتضح من خلال الجدول اختلاف في مستويات الاكتئاب بين أفراد العينة حيث تراوحت بين 25 درجة كحد أقصى و 5 درجات كحد أدنى، كما تراوحت مستويات الاكتئاب بين المستوى الشديد والمتوسط والمعتدل، ولتوضيح التكرارات الخاصة بمستويات الاكتئاب تم تنظيمها في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): مستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة

النسبة المئوية	التكرارات	مستوى الاكتئاب النتائج
66.66%	20	شديد
23.33%	07	متوسط
10%	03	معتدل



شكل رقم (06): يبين مستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) 20 فردا يعانون من اكتئاب شديد، ما يمثل نسبة 66.66% من أفراد العينة، بينما 7 أفراد لديهم اكتئاب متوسط ما يمثل نسبة 23.33% من أفراد العينة، بينما 3 أفراد فقط لديهم اكتئاب معتدل أي ما يمثل نسبة 10% من أفراد العينة. ومما سبق يمكن القول أن الفرضية الثانية قد تحققت والتي تنص على أن مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن عالية.

### 1-3. عرض نتائج الفرضية الثالثة والتي تنص على :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لاختبار العلاقة بين التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية والنتائج الخاصة بذلك موضحة في الجدول رقم (09).

جدول رقم (09): يوضح معامل الارتباط بين التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية.

المقياس	قيمة معامل الارتباط
التوافق الزوجي	- 0.018
الاستجابة الاكتئابية	

من خلال الجدول رقم (09) يظهر لنا أن معامل الارتباط بين التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية بلغ 0.18 - وهي قيمة دالة إحصائية مما يشير إلى وجود علاقة بين

متغيري الدراسة مما يعني أن الفرضية الثالثة والتي تنص على انه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن تتحقق.

## 2- مناقشة وتحليل النتائج:

### 2-1- مناقشة وتحليل النتائج على ضوء الفرضية الأولى:

قصد التحقق من الفرضية الأولى التي تنص على أن مستوى التوافق الزوجي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض حسب مقياس التوافق الزوجي، تبين من خلال نتائج أفراد العينة على المقياس، أن 18 فردا يعانون من توافق سيء ما يمثل نسبة 60% من أفراد العينة، و12 فردا يعانون من توافق جيد أي ما يمثل نسبة 40% من أفراد العينة، هذا ما ظهر من خلال أجوبة المرضى، أي أن الفرضية الأولى تحققت، فالعديد من مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من مشاكل زوجية ظهرت بعد إصابتهم بالمرض، ومن أبرزها وأهمها الجانب الجنسي، والذي برز من خلال إجاباتهم على البند 15 والذي ينص على "أثناء الاتصال الجنسي نشعر بنوع من الخجل والتوتر وعدم الارتياح" فقد كانت معظم الإجابات عليه ب"دائما" أو "أحيانا"، هذا ما يؤكد وجود معانات اثر هذا الجانب، تترجم لعجزهم الدائم عن تأدية واجباتهم الجنسية اتجاه أزواجهم، ويعود هذا لإحساسهم الدائم بالتعب الشديد والضعف التام خاصة بعد قيامهم بعملية التصفية الدموية، وملازمة الآلة لهم

طيلة الأسبوع وبمعدل 3 مرات، وأيضا لنظرتهم السوداوية للحياة ، وشعورهم الدائم بأن لا قيمة لهم.

وأیضا من الأسباب التي تؤدي بالمرضى إلى سوء في التوافق الزوجي التشوهات التي في أجسامهم الناتجة عن عملية الوصلة الوريدية الشريانية التي تخلف آثار غير حسنة المظهر في الجسم، فهم يشعرون دائما بأن هناك تغيرات في مظهرهم تجعلهم يظهرون بطريقة غير جذابة ، وهذا ما يتسبب في نفور أزواجهم منهم.

وأیضا من أسباب سوء التوافق الزوجي عجز المرضى عن تأدية واجباتهم المنزلية بالنسبة للنساء، مما يتسبب لهم في أزمات مع أزواجهم، بينما الرجال فإن معظمهم عاطلون عن العمل ولا يلبيون الحاجات اللازمة لأسرهم، هذا من شأنه أن يخلق عندهم مشاكل تمتد إلى سوء التوافق.

ولكن يبقى السبب الأساسي والأهم وراء سوء التوافق الزوجي لمرضى القصور الكلوي المزمن هو غياب الحياة الجنسية، وهذا ما أكدته دراسة **دانكر وآخرون (2001)**، التي أوضحت نتائجها أنه يوجد ارتباط مباشر بين مستويات الاكتئاب لدى الشريك ودرجات المريض على قائمة بيك للاكتئاب، وأنه يوجد أثر رئيسي للدعم الاجتماعي من الطرف الآخر (من منظور المريض) على الإشباع الزوجي للشريك، وأن زوجات أو أزواج المرضى الذين سجلوا مستويات عالية من الدعم الاجتماعي كانوا أقل من يعانون من توتر زوجي، وأن الحالة النفسية الاجتماعية لزوجة المريض تؤثر على مستوى اكتئاب المريض، وأيضا

من خلال الدراسة التي قام بها الطيب (2000) التي تنص على: "العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى القصور الكلوي المزمن تحت العلاج بالاستصفاء الدموي"، والتي أسفرت نتائجها على أن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المرضى كاضطراب اللياقة الجسمية واللياقة النفسية واضطرابات الاهتمامات الاجتماعية والدعم الروحي من الزوج.

## 2-2- مناقشة وتحليل النتائج على ضوء الفرضية الثانية:

قصد التحقق من الفرضية الثانية التي تنص على أن مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع حسب مقياس beck، تبين من خلال نتائج أفراد العينة على المقياس، أن 20 فردا يعانون من اكتئاب شديد، أي ما يمثل نسبة 66.66% من أفراد العينة، بينما 7 أفراد يعانون من اكتئاب متوسط أي ما يمثل نسبة 23.33% من أفراد العينة، و10% فقط من الأفراد الذين لديهم اكتئاب معتدل وعددهم 3، أي أن الفرضية الثانية تحققت، فمعظم إجاباتهم كانت تدل على أنهم يعيشون في كآبة وقلق وحزن دائمين، هذا تبعا لطريقة تفكيرهم التي تتمركز حول المرض فقط ونظرتهم السوداوية للحياة، حيث أن غالبية المرضى كانت إجاباتهم تدل على فقدان الأمل وعدم الرغبة في الحياة، كما أن معظمهم ينظرون إلى المستقبل بنظرة سوداوية، وبالنسبة لهم هذا المرض قضى على كل طموحاتهم وآمالهم في العيش السعيد، بل جعلهم يعيشون في كآبة وقلق وخوف دائمين.

أما من الجانب الجسمي أن جل المرضى يعانون من قلة النوم، ونقص في الشهية ، بالإضافة إلى أن نشاطاتهم اليومية أصبحت محدودة منذ الإصابة بالمرض، ونلاحظ أيضا من خلال إجابة المرضى على مقياس بيك للاكتئاب أن معظمهم يشعرون بالملل في أغلب الأحيان وعدم شعورهم بالرضا عن مآل حالتهم، وشعورهم الدائم بخيبة الأمل، أما من ناحية الانسحاب الاجتماعي فمعظمهم فقدوا أغلب اهتمامهم بالناس وأصبحت لديهم مشاعر قليلة اتجاههم، ولديهم صعوبات في اتخاذ القرارات بنفس الجودة التي تعودوا عليها من قبل، فكل هذه الأعراض التي كانت نتيجة إصابتهم بالمرض من شأنها أن تؤدي إلى حدوث استجابة اكتئابية.

وفي هذا السياق نذكر دراسة **خليل (1998)** التي توصلت لنتيجة أن أهم الخصائص والسمات النفسية التي تميز مريض القصور الكلوي هي القلق والاكتئاب، وأيضا اتفقت مع دراسة **وورث وتووتو (2001)** التي توصلت إلى نتيجة أن الاكتئاب يعد انتشاره واسعا بين مرضى القصور الكلوي المزمن.

نعتقد وان ارتفاع نسبة الاكتئاب عند أفراد العينة راجع لتغير نظام حياتهم جذريا بعد إصابتهم بالمرض الذي كبلهم و قيد حريتهم في الحياة، حيث أن أغلبية المرضى توقفوا عن ممارسة حياتهم الطبيعية والمهنية، فأصبحوا عاجزين عن ممارسة أي نشاط مهما كان بسيط نظرا لشعورهم الدائم بالإعياء والإجهاد بعد كل جلسة تصفية، هذا بالإضافة لارتباط حياتهم بآلة الهيموديايز وتبعيتهم المطلقة لها، خاصة ما لوحظ على المرضى أثناء جلسة التصفية

أنهم يشعرون يقلق كبير وهم ممددون على السرير لمدة 4 ساعات كاملة، وأنبوي الدم مثبتان في شريان اليد ويمتدان إلى غاية جهاز الهيمودياليز، هذه الوضعية الصعبة تزيد من الاكتئاب والقلق لديهم.

### 2-3- مناقشة وتحليل النتائج على ضوء الفرضية الثالثة:

وبغرض التحقق من الفرضية الثالثة التي تقول أنه توجد علاقة بين الاستجابة الاكتئابية والتوافق الزوجي عند مرضى القصور الكلوي المزمن، قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين الاستجابة الاكتئابية والتوافق الزوجي وقد قدر ب  $-0.018$  وهي قيمة سالبة تدل على وجود علاقة عكسية، أي كلما انخفض التوافق الزوجي زادت الاستجابة الاكتئابية، والعكس صحيح، أي كلما زاد التوافق الزوجي انخفضت الاستجابة الاكتئابية، وهذا ما يتفق مع دراسة الطيب (2000) والتي كانت نتائجها أن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المرضى كاضطراب اللياقة الجسمية واللياقة النفسية واضطراب الاهتمامات الاجتماعية والدعم الروحي والزوجي.

وحسب اعتقادنا نرى أن المريض إذا تحقق عنده التوافق الزوجي تتخفف عنده الاستجابة الاكتئابية، لأن الزوج وتوافقه مع الشريك يكون بمثابة السند والحافز على تجنب الاكتئاب والاحباطات المتكررة، والتخفيف من حدة المرض، بينما إذا لم يحقق المريض التوافق الزوجي يفتح هذا المجال أمامه للإصابة باستجابة اكتئابية تعود لسببين، السبب المباشر الأول وهو المرض، بينما السبب الغير المباشر الثاني وهو عجزه عن تحقيق التوافق الزوجي والذي هو في نفس الوقت نتيجة للمرض في حد ذاته.

وبناء على ما توصلنا إليه من استنتاجات نقول أن الفرضية الثالثة التي تنص على أنه توجد علاقة بين التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية عند مرضى القصور الكلوي المزمن

لم تتحقق لأن العلاقة الموجودة بينهما ضعيفة وعكسية، وهذا حسب معامل الارتباط بيرسون.

## الخاتمة:

من خلال دراستنا لمجموعة من مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لجهاز الهيموداياليز وكان عددهم 30 فردا تم إنجاز دراستنا هذه، وكان هدفنا من هذه الدراسة الوقوف على المعانات النفسية التي تفكك بهذه الشريحة من المجتمع، والتي تتمثل في الاستجابة الاكتئابية وسوء التوافق الزوجي، ولهذا الغرض استخدمنا مقياس التوافق الزوجي ومقياس Beck للاكتئاب لدراسة درجة مستوى توافقهم الزوجي ودرجة الاكتئاب عندهم.

من خلال هذه التقنيات توصلنا لعدة نتائج مكنتنا من التعرف على العلاقة بين مرض القصور الكلوي المزمن وظهور استجابة اكتئابية لدى المرضى، هذا بالإضافة لتأثيره السلبي على توافقهم الزوجي لما له من آثار سيئة على صحة المريض سواء من الناحية الجسمية أو النفسية، فالوضعية المتعبة التي يفرضها المرض عندهم وشعورهم الدائم أنهم مكبلين، وأن حريتهم مقيدة وحياتهم متعلقة بجهاز الهيموداياليز يخلق لديهم الشعور بالألم والدونية، فينتفون على ذواتهم ويرسمون لأنفسهم حدودا باعتبار أنهم ليسوا كالأخرين أو بالأحرى أنهم أقل درجة منهم، كل هذه المشاعر تترك آثارها السلبية على المريض نفسيا وجسميا.

وبالتالي يمكننا القول أن الانسان وحدة متكاملة لا تتجزء من النفس والجسد، باعتبار أنهما في تفاعل مستمر ، حيث أن إصابة أحدهما تؤثر في الآخر وتتأثر به، وإن الصحة النفسية لا تقل أهمية عن الصحة الجسدية، فكل منهما تستلزم الرعاية والاهتمام وقبل كل هذا الوقاية، حتى لا تصبح مستودعا للأمراض ومستقرا للآلام.

وإن ما توصلنا إليه من نتائج من خلال هذه الدراسة ما هدفنا منها إلا أن ندعم الدراسات السابقة ونؤكددها، كما أننا نترك المجال مفتوحاً لدراسات أخرى من خلال بعض الاقتراحات العلمية والعملية التي ارتأيناها أنها بالغة الأهمية لأننا لمسناها من خلال تجربتنا الميدانية مع مرضى القصور الكلي المزمن.

## توصيات واقتراحات:

من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها عايشنا مرضى القصور الكلوي المزمن وتعرفنا عن كثر على معاناتهم النفسية، والتي كانت لنا دليلا لفتح المجال لجمله من التوصيات والاقتراحات نلخصها فيما يلي:

- توعية أسرة المريض بخطورة المعانات النفسية على صحته، وهذا ما يستلزم إحاطته بالرعاية والاهتمام فهو يحتاج للسند الاجتماعي.
- التكثيف من برامج الوقاية من مرض القصور الكلوي على مستوى وسائل الإعلام والملتقيات والمحافل الاجتماعية.
- تكييف حياة المريض من خلال توفير مناصب شغل تناسب طبيعة مرضهم.
- توسيع الدراسة حول مرضى القصور الكلوي المزمن لأنهم عرضة لمختلف الاضطرابات النفسية، وتدريبهم على تقنيات علاجية تساعدهم على التأقلم مع مرضهم، خاصة أثناء جلسات التصفية الدموية لأنها من أصعب الفترات التي يمرون بها حسب غالبية المرضى.

## المراجع باللغة العربية:

1. أباطة، أمال، (2001): الصحة النفسية، ط1، الأنجلو المصرية، القاهرة.
2. ابن منظور، (1968): لسان العرب، ترجمة جمال الدين محمد بن مكرم، دار المعارف، القاهرة.
3. أبو زيد، محمود، (2006): الفشل الكلوي الوقاية والعلاج، دار المعارف، القاهرة.
4. أبو زيد، مدحت عبد الحميد، (2001): الاكتئاب، دار المعرفة الاجتماع
5. أبورية، سامي، (2002): الفشل الكلوي الوقاية والعلاج، العدد 573، دار المعارف، القاهرة.
6. اسماعيل، محمد، (1989): الصحة النفسية للأسرة، ط2، عالم الكتب للنشر، مصر.
7. الأشقر، عمر سليمان، (1997): أحكام الزواج في ضوء الكتاب والسنة، ط2، الأردن.
8. أنيس، ابراهيم و آخرون، (1973): المعجم الوسط، ط2، دار المعارف، القاهرة.
9. الباز، زكريا، (2003): الجمعية المصرية لرعاية مرضى الكلى، سلسلة مطبوعات التوعية الصحية، القاهرة.
10. بلعزوق، جميلة، (1991-1992): الكفالة النفسية لذوي العجز الكلوي المزمن باستخدام تقنيات معرفية سلوكية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر.
11. بوحفص، عبد الكريم، (2005): الاحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية والانسانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
12. البيطار، إدوارد، (1964): أمراض الكلية و استقلاب الشوارد والماء، دار اليقظة العربية، دمشق.
13. توفيق، سميحة، (1996): مدخل إلى علاقات الأسرة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

14. حافظ يعقوب، سعيد، (1984): الاكتئاب دراسة في الانقباض النفسي، ط1، دار  
الحداد، مصر.
15. حامد عثمان، محمد سعد، (2010): الاكتئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعنى الحياة  
لدى الشباب، ط1، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية.
16. الحسن، احسان محمد، (1993): مشكلة الزواج المختلط والعوائل المختلطة، ط1،  
دار الطليعة، بيروت.
17. حسين كبة، عزة، (2001): مرض السكر، ط1، الدار العربية للعلوم.
18. الحفار، سعيد محمد، (1983): علم السرطان البيئي "المعرفة بالداء طريق الوقاية  
والشفاء"، ط1، دار الفكر، دمشق.
19. خضر، عصام محمد، (1994): أمراض الكلى، دار أخبار اليوم، القاهرة.
20. خليل، نعيمة محمد قنديل، (1998): المتغيرات النفسية المرتبطة بمرضى الفشل  
الكلي في مصر دراسة سيكومترية اكلينيكية، كلية الدراسات الانسانية، جامعة  
الأزهر، مصر.
21. الداهري، صالح حسن، (2008): أساليب الإرشاد الزواجي والأسري، ط1، دار  
الصفاء، عمان.
22. الدباغ، فخري، (1983): أصول الطب النفسي، دار الطليعة، بيروت.
23. رفعت، محمد، (1992): الأمراض النفسية وعلاجها، دار الفكر العربي، بيروت.
24. الزراد، فيصل محمد خير، (2001): الأمراض النفسية والجسدية، ط1، دار  
النفائس، بيروت.
25. زهران، حامد عبد السلام، (1985): الصحة النفسية، عالم الكتب، القاهرة.
26. الشرييني، لطفي، (2001): الاكتئاب، ط1، دار النهضة العربية، بيروت.
27. شفيق، محمد، (1985): البحث العلمي، المكتب الجامعي الحديث، بيروت.

28. الطيب، فاطمة عبده محمد،(2000): العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت العلاج بالاستصفاة ، رسالة ماجستير، كلية التمريض، جامعة عين الشمس، مصر.
29. عباس، فيصل، (1983): اشكالية المعالجة النفسية، ط1، دار الميسر، بيروت.
30. عبد الباقي ابراهيم، علا، (2009): الاكتئاب، ط1، علم الكتب، القاهرة.
31. عبد العزيز، محمد كمال، (1998): كيف تحافظ على كليتك، مكتبة ابن سينا، القاهرة.
32. عبد المعطي، منى محمد، (1992): دراسة لبعض الاضطرابات النفسية في الأطفال المصابين بالفشل الكلوي المزمن، رسالة ماجستير، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين الشمس، مصر.
33. العبيدي، محمد جاسم، (2009): علم النفس الاكلينيكي، ط2، دار الثقافة، الأردن.
34. عسكر، عبد الله، (1999): علم النفس الإكلينيكي، الأنجلو المصرية، القاهرة.
35. عفيفي، عادل،(2003): كتاب الهلال الطبي، الكلى العناية بها تحميك من أمراضها، سلسلة إقرأ، حلوان.
36. العفيفي، عبد الحكيم، (1990): الاكتئاب والانتحار، ط1، الدار المصرية اللبنانية، مصر.
37. غانم، محمد حسن،(2006): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، الأنجلو المصرية، القاهرة.
38. غيث، محمد عاطف، (1989): المشاكل الاجتماعية والسلوك الانحرافي، ط1، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
39. فايد، حسين علي،(2001): الاضطرابات السلوكية"تشخيصها، أسبابها، علاجها"، مؤسسة طبية للنشر، القاهرة.
40. ماجد علاء الدين، ريماء، (2003): تنظيف الكليتين في ظروف المنزل، ط1، علاء الدين، دمشق.

41. محمد الحسن، احسان، (1981): العائلة والقرابة والزواج، ط1، دار الطليعة، بيروت.
42. محمود، حسن، (1981): الأسرة ومشكلتها، دار النهضة، بيروت.
43. مرسي، كمال ابراهيم، (2008): الأسرة والتوافق الأسري، ط1، دار النشر للجامعات، القاهرة.
44. مرسي، كمال، (1991): العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس دار القلم، الكويت.
45. المرعشلي، محمد سميح، (2005): المعالجة الدوائية للأمراض النفسية، ط1، دار القدس للعلوم، دمشق.
46. مسعودي، زهية، (2008): العلاقة بين أبعاد الشخصية واستراتيجيات المواجهة والتوافق الزوجي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
47. مطر، كوثر محمد، (2004): سلسلة مطبوعات الجمعية المصرية لرعاية مرضى الكلى، رقم(20).
48. معلوف، لويس، (1966): المنجد في اللغة، المطبعة الكاثوليكية، بيروت.
49. المليجي، حلمي، عبد المنعم، (1971): النمو النفسي، دار النهضة العربية، بيروت.
50. موساوي، عبد النور ويركاني، (2009): الاحصاء، ط1، دار العلوم للنشر و التوزيع، الجزائر.
51. مياسا، محمد، (1997): الصحة النفسية و الأمراض النفسية والعقلية، دار الجيل، بيروت.
52. الناصر، فهد عبد الرحمان، (1995): اتجاهات الكويتيين نحو ظاهرة الزواج من غير الكويتية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
53. ولي آغا، كاظم، (1981): علم النفس الفيزيولوجي، ط1، دار الآفاق، بيروت.

## المراجع باللغة الأجنبية:

1. Botman, R.morton, (2007) : cardiac surgery in chronic renal, miami, usa.
2. Brussel, f, (1987) : psychanalyse de psychothérapie, Ems, paris.
3. Cofer, C.N. & Apply, M.H,(1984): Motivation “theory and research, joy wiley & sons, new York.
4. Danker, d.blakburn, it waddle,v, & burnes, (2001), depression and marital dissatisfaction in patient with end.stage renal disease and in their spouses, georage washington university, usa.
5. Dumas, (1970) : la maladie de la fectivite précis pratique de psychiatre, paris.
6. Hiwel and al, (2006) : the evaluation of cognitine behanioral group therapy on patient depression and self esteem, archines of psychiatric nursing.
7. Kelly, m, (1996) : clinical smapshot, chronic renal failure, journal sociology, london.
8. Koutsopoulon, A, (2002) : psychosocial factors in adult end. Stage renal disease patients treated with hemodialysis, journal of kidney.
9. Lechemia,d, (1994) : la dépression de la prévention a la querison, edition Esp, paris.
- 10.Rostoker & all, (1997) : néphrologie, vigot, paris.
- 11.Schnrider,bp, (1980) : la depression, edition maneau, paris.
- 12.wuerrth, d.toto, h, (2001) : identification and treatment of depression in a cohort of patients maintained on chronic peritoneal,dialysis,new haven,usa.

## جرائد ومجلات:

- 1.جريدة الشرق الأوسط: القصور الكلوي الحاد، الوقاية والعلاج، ليوم: 15 مارس 2013، العدد: 12526،ص05.
- 2.مجلة صحة الأسرة: الفشل الكلوي الحاد، ليوم: 17 مارس 2013.

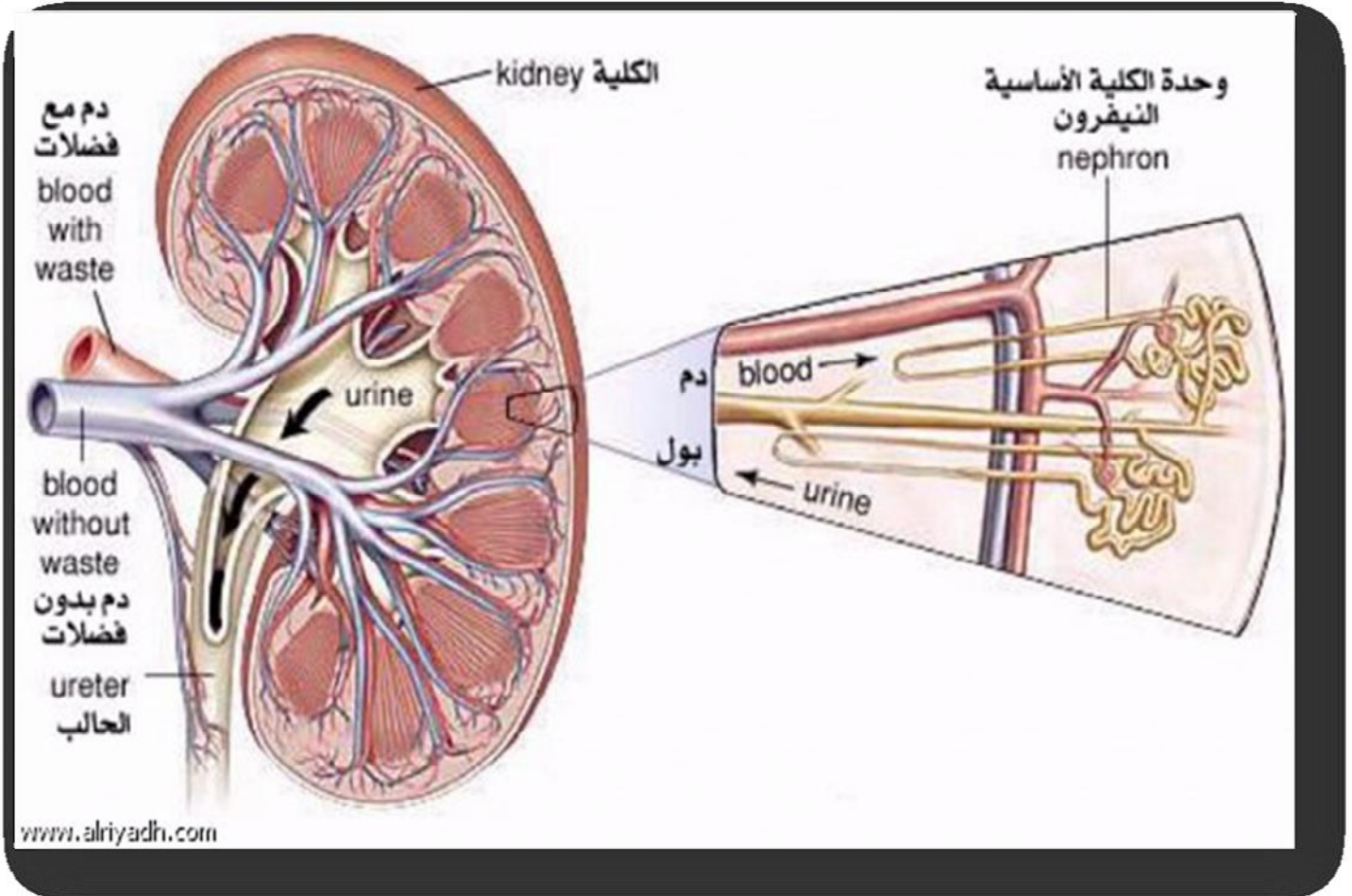
## مواقع الأنترنت:

-[www.Tbeeb.net](http://www.Tbeeb.net).

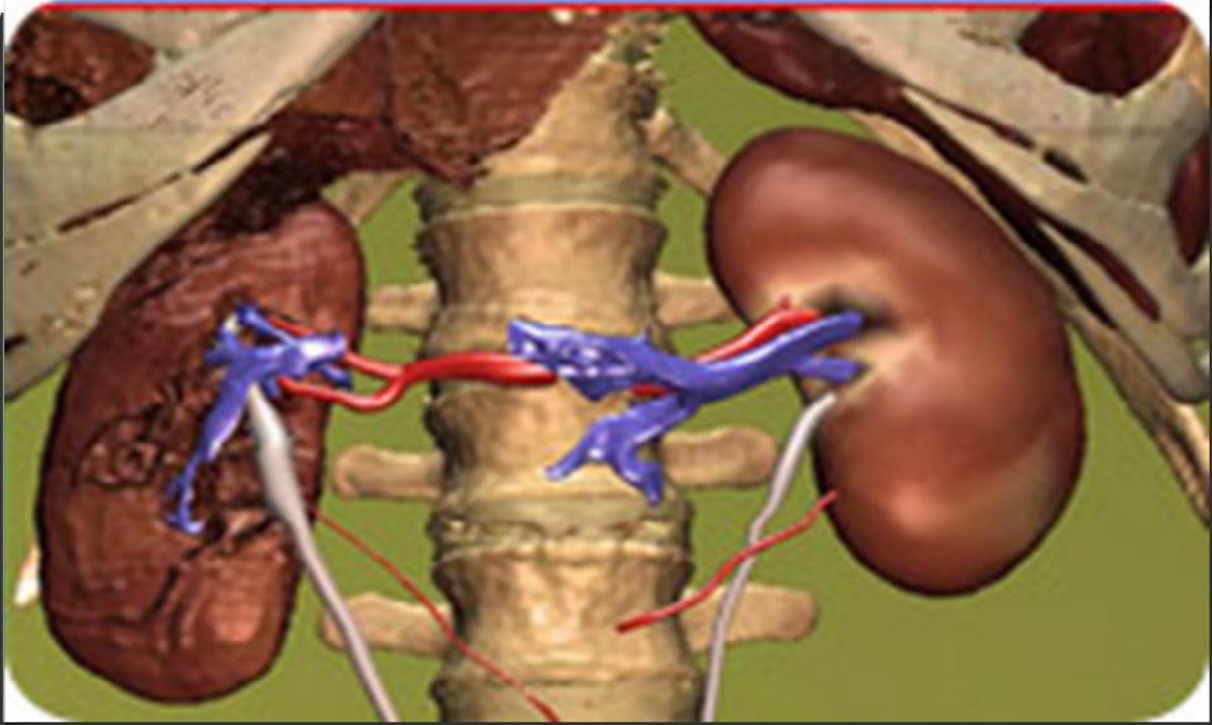
-[www.Epharma pedia.com](http://www.Epharma pedia.com).

-[www.Sironline.org](http://www.Sironline.org).

الملحق رقم (01): تشريح الكلية.



الملحق رقم (02): كلية مصابة بالقصور الكلوي المزمن.



### الملحق رقم (03)



جهاز التنقية الدموية

الملحق رقم (04)  
مقياس التوافق الزوجي

الاسم:

السن:

الجنس:

الحالة الإجتماعية:

فيما يلي مجموعة من العبارات تمثل دلالات على العلاقة الزوجية، المطلوب منك وضع علامة (X) أمام العبارات التي تنطبق عليك و الموضحة في الجدول ( إطلاقا- أحيانا- دائما):

الرقم	العبارات	إطلاقا	أحيانا	دائما
01	كانت فترة الخطوبة كافية لأن يعرف كلا منا الآخر، و أن يستعد للارتباط			
02	عادتنا وطباعنا ونظرتنا للحياة متقاربة وأهدافنا			
03	يكتم كلا من أسراره عن الآخر، ويتصرف وكأن الآخر غير موجود			
04	نحن نعتبر زواجنا حدثا سعيدا، فلو خيرنا من جديد لاختار كل منا الآخر			
05	نحن نعتبر علاقتنا الجنسية تعبيراً عن مشاعر صادقة ووسيلة لتحقيق أقصر تقارب عاطفي			
06	أصبحنا ننسى أننا متزوجين ونشعر أننا غريبين فمشاعرنا باردة ومتباعدة			
07	كل منا يحترم الآخر ويسعى إلى إرضائه وإسعاده			
08	يشعر كل منا أنه في حاجة للآخر وسعيد لوجوده			
09	أرى أن شريكي شخصية جذابة ناضجة ومرنة يسهل التعامل معها			
10	شريكي يحقر أفكارى ويستهين بأرائى			
11	شريكي يهددني بالزواج علي أو بالانفصال والطلاق			
12	شريكي يحرص على نظافة جسمه وعلى أن يبدو في شكل مقبول			
13	شريكي وأنا نجد صعوبة في التعبير عن مشارعنا، فنحن نتبادل أحاسيس رقيقة			
14	كل منا يفتش عن المشكلات ويبحث عن أخطاء الآخر، فالشكوى والشجار والخصام أصبح طابع حياتنا			
15	أثناء الاتصال الجنسي نشعر بنوع من الخجل والتوتر وعدم الارتياح			
16	نحن نخطط لمشاريعنا ومستقبلنا معا			
17	بدأت الشكوى تتسرب إلى حياتنا، وبدأ الواحد منا يشعر أن الآخر يخونه			
18	أرى أن الزواج قد حقق لي الأحلام والطموحات التي كنت أرسمها قبل الارتباط			
19	حوارتنا هادئة وخلافاتنا تنتهي بالإتفاق			

			20	تسير علاقتنا في اتجاه يوافق مبادئ الدين والأخلاق
			21	نحن قادرين على فهم مشكلاتنا، وعلى اقتراح الحلول المناسبة لها
			22	بدأنا نبحث عن السعادة خارج بيتنا وبعيدا عن بعضنا
			23	أرى أن شريكي شخص انكالي، عدواني متسلط وأناي وأن عاداته مزعجة
			24	كلانا يحترم الحياة الزوجية، ويحرص على تماسك الأسرة ومستعد للتضحية من أجل استمرار العلاقة
			25	يوجد بيني وبين شريكي تفاوت في المستوى العقلي فنحن غير قادرين على أن نفهم أفكار بعضنا
			26	أثق في شريكي وأشعر أنه صادق في أقواله وأفعاله
			27	نتفق حول مصادر الحصول على المال وكيفية انفاقه
			28	كلانا يحترم أسرار حياتنا الزوجية
			29	أشكو من تدخل شريكي في مسائل أعتبرها خاصة وشخصية
			30	يحترم كل منا أسرة الآخر ويتفق معه في طريقة اختيار أصدقائه ونوعية علاقته بهم
			31	في حالة الخطأ يتهرب كل منا من مسؤوليته ويحمل الآخر نتيجة الفشل
			32	نتفق على تقسيم المهام وطريقة إدارة المنزل وأساليب تربية البناء
			33	نحن لا نسمح لأهلنا بالتدخل في شؤوننا و لا للآخرين بتسيير أمورنا الخاصة
			34	نعيش في مستوى اقتصادي مقبول ولا نواجه صعوبات مالية
			35	في حالة الخطأ يبادر كل منا للاعتذار من الآخر
			36	نمارس أنشطة وهوايات مشتركة ونخرج للنزهة معا
			37	يرى أقربائنا وأصدقائنا زواجنا موقفا وناجحا
			38	أرى أن فارق السن بيني وبين شريكي يعرقل تفاهمنا

## الملحق رقم (05)

### مقياس "BECK" للاكتئاب

الاسم:

السن:

مدة معايشة المرض:

الجنس:

الحالة المدنية:

إليك مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى، ثم تضع دائرة حول رقم العبارة 0، 1، 2 أو 3 والتي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم: تأكد من قراءة عبارات كل المجموعة قبل أن تختار واحدة منها وتأكد من أنك قد أجبت على كل المجموعات.

#### I. الحزن:

0- أنا لا أشعر بالحزن.

1- أنا أشعر بالحزن والكآبة.

2- أنا مكتئب أو حزين طوال الوقت ولا أستطيع الخروج من هذه الحالة.

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

#### II. التشاؤم:

0- أنا لست متشائماً على وجه الخصوص ولست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.

1- أنا أشعر بالمستقبل غير مشجع.

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

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

#### III. الشعور بالفشل:

0- أنا ر أشعر بأنني فاشل.

1- أنا ر أشعر بأنني فشلت في حياتي أكثر من الشخص المتوسط.

- 2- كلما رجعت بذاكرتي إلى الوراء، فلا أستطيع أن أرى الفشل.
- 3- أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

#### IV. عدم الرضى:

- 0- أنا أشعر بأنني فاشل.
- 1- أنا أشعر بالملل في أغلب الأوقات.
- 2- أنا لا أتحصل على الإشباع أو الرضى في أي شيء بعد الآن.
- 3- أنا غير راض في كل شيء.

#### V. الشعور بالذنب:

- 0- أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب.
- 1- أنا أشعر أنني رديء و لا قيمة لي في أغلب الوقت.
- 2- أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما.
- 3- أنا أشعر كما و لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

#### VI. عدم حب الذات:

- 0- أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
- 1- أنا فاقد الأمل في نفسي.
- 2- أنا مشمئز من نفسي.
- 3- أنا أكره نفسي.

#### VII. إيذاء الذات :

- 0- أنا ليست لدي أفكار الإضرار بنفسي.
- 1- أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذها.
- 2- أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت.
- 3- لو استطعت لقتلت نفسي.

#### VIII. الانسحاب الاجتماعي:

- 0- أنا لن أفقد اهتمامي بالناس.

- 1- أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون عليه من قبل.
- 2- أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس، ولدي مشاعر قليلة اتجاههم.
- 3- أنا فقدت كل اهتمامي بالناس، وأصبحت لا أهتم بهم على الإطلاق.

#### IX. التردد:

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

1- أنا أحاول تجنب اتخاذ القرارات.

2- أنا لذي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.

3- أنا لا أستطيع اتخاذ القرار بعد الآن.

#### X. تغيير صورة الذات:

0- أنا لا اشعر بأنني أسوء مما اعتدت أن أظهر به من قبل.

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

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

3- أنا أشعر بأنني قبيح المظهر.



## ملخص الدراسة:

كانت الدراسة الحالية تحت عنوان التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، والتي كان الهدف منها معرفة مدى المعانات النفسية التي يواجهها مرضى القصور الكلوي المزمن، اثر تجربتهم المريرة مع المرض وانعكاساتها على السير العقلي وظهور الآلام والمعانات النفسية ومعرفة ما إذا كان المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن يعانون من الاكتئاب وسوء التوافق الزوجي، وكذا معرفة درجة التوافق الزوجي والاكتئاب لدى هذه الفئة، وللتحقق من فرضيات الدراسة تم إتباع المنهج الوصفي والاعتماد على مقياس التوافق الزوجي ومقياس بيك للاكتئاب، على عينة قصدية متكونة من (30) فرد، وقد بينت نتائج الدراسة (19) من أفراد العينة لديهم توافق سئ، و (11) فرد لديهم توافق جيد، كما أن عدد الأفراد الذين يعانون من اكتئاب شديد (20) فردا والاكتئاب المتوسط (7) أفراد، والاكتئاب المعتدل (3) أفراد، وأن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين التوافق الزوجي والاستجابة الاكتئابية.

## Résumé de l'étude :

*L'actuelle étude consiste à étudier le degré d'influence selon l'échelle de Beck de la dépression, et l'ajustement conjugal chez les insuffisants renaux chroniques hémodialysés au niveau du service d'hémodialyse à l'EPH Ezzahraoui M'sila qui à révéler une souffrance réelle d'ordre psychologique et relationnelle, pour confirmer l'hypothèse on a utilisé l'échelle de Beck de la dépression et l'échelle de l'ajustement conjugal, sur un échantillon choisi composée de 30 individus, les résultats sont les suivants :*

- 19 présentent une relation mauvaise.
- 11 présentent une relation bonne.

*Et pour la dépression ont réparties :*

- 20 présentent une dépression majeure.
- 07 présentent une dépression moyenne.
- 03 présentent une dépression minime.

*Enfin on note une relation inversée entre la réponse dépressive et l'ajustement conjugal.*