



شعبة علم النفس

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن

دراسة عيادية تجريبية بولاية باتنة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور

أمزيان الوناس

إعداد الطالب الباحث

رزقي رشيد

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة	الدرجة	الأستاذ
رئيسا	جامعة باتنة-01	أستاذ	أ.د/ مزوز بركو
مشرفا ومقررا	جامعة باتنة-01	أستاذ	أ.د/ أمزيان الوناس
عضوا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر أ	د/ مقاوسي كريمة
عضوا	جامعة سطيف	أستاذ محاضر أ	د/ تغليت صلاح الدين
عضوا	جامعة باتنة-01	أستاذ محاضر أ	د/ عليوة سمية
عضوا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر أ	د/خرف الله علي

السنة الجامعية: 2018/ 2019

شكر ونفك

الشكر الجزيل والحمد الكثير لله القدير الذي وفقني لإنجاز هذا العمل المتواضع، ثم بعده الشكر للوالدين الكريمين على ما بذلاه في تربيته وتعليمي منذ كنت صغيراً، أطال الله عمرهما وامدهما بالصحة والعافية.

ثم الشكر كل الشكر وعظيم الامتنان للأستاذ الدكتور: أمزيان وناس الذي تكرم بقبوله الاشراف على هذا العمل، فكان طيلة مدة الاشراف بمثابة الأخ الأكبر بل والمحفز لي لإتمام هذا البحث، فألف شكر استاذي، اطال الله عمرك وامدك بالصحة والعافية.

تقدير وشكر أبديهما للسادة الأستاذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بمناقشة العمل واضفاء خبرتهم عليه.

كما أتقدم الى زوجتي الغالية بخالص الشكر على صبرها وتحملها عناء هذا البحث لسنوات.

كما أتقدم بالشكر الجزيل الى زميلتي وأختي رفيقة لكحل على كل ما قدمته لي من مساعدة لإخراج هذا العمل في صورته النهائية.

دون أن أنسى كل من ساعدني في مصلحة تصفية الدم بمستشفى نقاوس فلکم مني جميعاً جزيل الشكر وكامل التقدير.

رشيد رزقي

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الى محاولة الكشف عن مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن، من بناء الباحث انطلقا من مبادئ وأسس العلاج المعرفي السلوكي، وقد تكونت عينة الدراسة من 30 مريضا كعينة تجريبية أعمارهم بين 20 و50 سنة وهذا باستخدام الأدوات التالية:

1- مقياس تايلور (J.Taylor) للقلق الصريح .

2- مقياس آرون بيك (A.Beck) للاكتئاب .

3- مقياس بشير معمريه لقلق الموت.

4- البرنامج العلاجي المقترح من اعداد الباحث

وتم استخدام المنهج العيادي والمنهج الشبه تجريبي على المجموعة التجريبية الواحدة، وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات القلق لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الاكتئاب لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات قلق الموت لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وخلصت الدراسة الى فعالية البرنامج العلاجي المقترح من طرف الباحث في تخفيض درجات كل من: القلق، الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة الدراسة.

Résumé

Cette étude a pour but de mettre en évidence l'efficacité de la prise en charge psychologique de l'insuffisance rénale chronique par la méthode et les principes des thérapies cognitivo-comportementales. L'échantillon expérimental choisi pour l'étude est constitué de 30 patients âgés entre 20 et 50 ans. Les échelles utilisées sont :

- Echelle d'anxiété manifeste de Taylor
- Echelle de Dépression de Beck
- Echelle d'anxiété face à la mort de Maamria
- Programme thérapeutique proposé par le chercheur

Nous avons utilisés la méthode clinique et la méthode quasi expérimentale sur l'échantillon étudié. Les résultats de l'étude se résument ainsi :

1- Il y a une différence cliniquement significative en pré test/post test dans le degré d'anxiété chez l'échantillon étudié après application du programme thérapeutique.

2- Il y a une différence cliniquement significative en pré test/ post test dans le degré de dépression chez l'échantillon étudié après application du programme thérapeutique.

2- Il y a une différence cliniquement significative pré test/ post test dans le degré d'anxiété face à la mort chez l'échantillon étudié après application du programme thérapeutique.

L'étude a conclu à l'efficacité du programme thérapeutique proposé par le chercheur dans l'atténuation des degrés de l'anxiété, de la dépression et de l'anxiété face à la mort chez les patients de l'échantillon.

Abstract

The main goal of the present study is to detect the effectiveness of a psychological program of care for patients with chronic renal insufficiency prepared by the researcher, The program is based on the principles and foundations of the cognitive behavioral therapy.

. The study sample consisted of 30 patients as an experimental sample between the ages of 20 and 50 years using the following tools:

- 1- J. Taylor Scale for Clear Anxiety.
- 2- Aaron Beck scale (A. Beck) for depression.
- 3- Bashir Maammria scale of death anxiety.
- 4- The proposed therapeutic program prepared by the researcher.

The clinical and quasi-experimental methods were used on one experimental group. The study reached the following results:

- There are statistically significant differences between pre and post measurement in anxiety scores in the study sample after applying the therapeutic program.
- There are statistically significant differences between pre and post measurement in depression scores in the study sample after applying the therapeutic program.
- There are statistically significant differences between pre and post measurement in death anxiety scores in the study sample after applying the therapeutic program.

The study concluded the effectiveness of the treatment program proposed by the researcher in reducing the scores of: anxiety, depression and death anxiety in the study sample.

فهرس المحتويات:

أ.....	شكر وتقدير
ب.....	ملخص الدراسة
ت.....	Résumé
ث.....	Abstract
ج.....	فهرس المحتويات:
ز.....	فهرس الجداول:
ش.....	مقدمة:

الفصل الأول:

التعريف بالإشكالية وموضوع الدراسة

1.....	1- الإشكالية:
4.....	2- أهمية الدراسة:
4.....	3- أهداف الدراسة:
5.....	4- الدراسات السابقة:
5.....	4-1- الدراسات السابقة التي تناولت القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي:
10.....	4-2- الدراسات السابقة التي تناولت التكفل النفسي ببعض الاعراض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن:
11.....	التعليق على الدراسات السابقة:
12.....	5- فرضيات الدراسة:
12.....	6- التعاريف الإجرائية للدراسة:

الفصل الثاني:

القصور الكلوي

15.....	تمهيد:
15.....	1. الكليتان:
15.....	1.1- تعريف الكلية، موقعها وقياساتها:
16.....	2.1- تركيب الكلية:

18.....	3.1- البنية التشريحية للكلية:
19.....	4.1-وظائف الكلية:
21.....	2. القصور الكلوي:
21.....	1.2- تعريف القصور الكلوي:
21.....	2.2- تشخيص مرض القصور الكلوي:
22.....	3.2- أنواع وأشكال القصور الكلوي:
26.....	2.4- أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن:
	5.2- الآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن واحتياجات المريض:
28.....	
30.....	6.2- علاج مرض القصور الكلوي المزمن:
33.....	خلاصة:

الفصل الثالث:

الانعكاسات النفسية للأمراض المزمنة

35.....	تمهيد:
35.....	1- الإنكار le dénie:
38.....	2- القلق L'anxiété:
38.....	1-2- مفهوم القلق:
39.....	2-2- أعراض القلق:
41.....	2-3- أسباب القلق:
42.....	2-4- تشخيص القلق:
43.....	2-5- القلق والأمراض المزمنة:
45.....	3- الاكتئاب La dépression:
45.....	1-3- مفهوم الاكتئاب:
48.....	2-3- أنواع الاكتئاب:
50.....	3-3- أعراض الاكتئاب:
52.....	3-4- تشخيص الاكتئاب حسب DSM-V:
53.....	3-5- أسباب الاكتئاب:

- 55.....3-6-الاكتتاب والامراض المزمنة: 55
- 57.....4- قلق الموت L'anxiété de mort: 57
- 57.....4-1- مفهوم قلق الموت: 57
- 58.....4-2- اختلاف النظرة إلى الموت: 58
- 59.....4-3- قلق الموت وقلق الاحتضار: 59
- 59.....4-4- مكونات قلق الموت: 59
- 60.....4-5- أسباب قلق الموت: 60
- 62.....4-6- أعراض قلق الموت: 62
- 63.....4-7- قلق الموت والامراض المزمنة: 63
- 64.....: خلاصة: 64

الفصل الرابع:

البرنامج العلاجي المقترح للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن

- 67.....: تمهيد: 67
- 68.....1- أهداف البرنامج: 68
- 68.....2- الفنيات المعتمدة في البرنامج العلاجي: 68
- 69.....2-1- فنية تحديد الأفكار التلقائية (الاتوماتيكية) والعمل على تصحيحها : 69
- 70.....2-2- فنية المراقبة الذاتية : 70
- 71.....2-3- فنية التخيل: 71
- 72.....2-4- فنية التعريض: 72
- 72.....2-5- فنية الواجبات المنزلية: 72
- 73.....2-6- فنية الأسئلة السocraticة والاكتشاف الموجه: 73
- 74.....2-7- فنية صرف الانتباه: 74
- 76.....2-8- فنية وقف الأفكار: 76
- 77.....2-9- فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال: 77
- 79.....2-10- فنية لعب الأدوار: 79
- 80.....2-11- فنية النمذجة: 80

80.....	12-2-فنية التدريب على حل المشكلات:
81.....	13-2-فنية التدريب على الاسترخاء:
89.....	3- الجلسات العلاجية:
90.....	الجلسة الأولى:
92.....	الجلسة الثانية:
95.....	الجلسة الثالثة:
97.....	الجلسة الرابعة:
100.....	الجلسة الخامسة:
103.....	الجلسة السادسة:
105.....	الجلسة السابعة:
108.....	الجلسة الثامنة:
110.....	الجلسة التاسعة:
112.....	الجلسة العاشرة:
114.....	الجلسة الحادية عشر:
116.....	الجلسة الثانية عشر:
117.....	الجلسة الثالثة عشر:
119.....	الجلسة الرابعة عشر:
121.....	الجلسة الخامسة عشر:
123.....	خلاصة:

الفصل الخامس:

إجراءات الدراسة الميدانية

126.....	1- منهج الدراسة
126.....	1-1تعريف المنهج:
126.....	2-1 تعريف المنهج العيادي
126.....	3-1 تعريف المنهج شبه التجريبي
127.....	2- الدراسة الاستطلاعية:

127	1-2 تعريف الدراسة الاستطلاعية:
127	2-2 أهداف الدراسة الاستطلاعية:
128	3-2 عينة الدراسة الاستطلاعية:
128	4-2 خصائص العينة الاستطلاعية:
130	3-أدوات الدراسة الاستطلاعية:
130	1-3 الملاحظة:
130	2-3 المقابلة:
132	3-3 المقاييس النفسية:
132	1-3-3 مقياس القلق الصريح لتايلور:
135	2-3-3 مقياس بيك للاكتئاب A.Beck:
138	3-3-3 مقياس قلق الموت لدى الراشدين:
140	4- الدراسة الأساسية:
141	1-4 حدود الدراسة الأساسية:
141	1-1-4 الحدود المكانية:
141	2-1-4 الحدود الزمانية:
141	3-1-4 الحدود البشرية:
141	2-4 عينة الدراسة الأساسية:
141	1-2-4 إجراءات وشروط اختيار العينة الأساسية:
143	2-2-4 خصائص عينة الدراسة الأساسية:
146	3-4 أدوات الدراسة الأساسية:
146	1-3-4 شبكة الملاحظة:
147	2-3-4 المقابلة:
147	3-3-4 المقاييس والاختبارات النفسية:
147	4-3-4 البرنامج العلاجي:
157	5- أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:

الفصل السادس:

عرض وتفسير النتائج

159.....	أولاً: عرض النتائج.....
159.....	1. نتائج الفرضية الأولى:
160.....	2. نتائج الفرضية الثانية:
161.....	3. نتائج الفرضية الثالثة:
162.....	ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة.....
162.....	1. تفسير نتائج الفرضية الأولى:
163.....	2. تفسير نتائج الفرضية الثانية:
165.....	3. تفسير نتائج الفرضية الثالثة:
166.....	4. مناقشة عامة لنتائج الدراسة:
168.....	ثالثاً: توصيات ومقترحات الدراسة.....
171.....	المراجع:
177.....	الملاحق:

الصفحة	العنوان	فهرس الجداول
129.....	جدول رقم 1: خصائص العينة الاستطلاعية للدراسة.....	
133.....	جدول رقم 2: درجات مقياس القلق الصريح والمستويات المقابلة لها.....	
	جدول رقم 3: جدول يلخص نتائج حساب الثبات لمقياس القلق باستخدام التجزئة النصفية.....	
135.....	جدول رقم 4: درجات الاكتئاب وما يقابلها من مستويات الاكتئاب حسب بيك.....	
137.....	جدول رقم 5: جدول يلخص نتائج حساب الثبات لمقياس قلق الموت باستخدام التجزئة النصفية.....	
140.....	جدول رقم 6: خصائص العينة الأساسية حسب الجنس.....	
143.....	جدول رقم 7: خصائص العينة الأساسية حسب السن.....	
143.....	جدول رقم 8: خصائص العينة الأساسية حسب المستوى الدراسي.....	
144.....	جدول رقم 9: خصائص العينة الأساسية حسب عدد سنوات الخضوع لعملية تصفية الدم "الدياليز".....	
144.....	جدول رقم 10: تصنيف درجات القلق الصريح لدي عينة الدراسة.....	
145.....	جدول رقم 11: تصنيف درجات العينة على مقياس أرون بيك للاكتئاب.....	
145.....	جدول رقم 12: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة الحالية.....	
146.....	جدول رقم 13: بطاقة فنية (بروتوكول) البرنامج العلاجي المقترح.....	
150.....	جدول رقم 14: سيرورة الجلسات العلاجية في البرنامج العلاجي.....	
151.....	جدول رقم 15: نتائج اختبار(ت) للفروق بين متوسطي التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد العينة التجريبية على مقياس تايلور للقلق الصريح.....	
159.....	جدول رقم 16: نتائج اختبار(ت) للفروق بين متوسطي التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد العينة التجريبية على مقياس "بيك" للاكتئاب.....	
160.....	جدول رقم 17: نتائج اختبار(ت) للفروق بين متوسطي التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد العينة المدروسة على مقياس قلق الموت.....	
161.....		

مقدمة

مقدمة:

لقد أصبحت الأمراض المزمنة السبب الرئيسي في الوفيات في العالم، فبعد أن كانت من قبل الأمراض المعدية هي المسبب الرئيسي للوفيات، وبالرغم من التقدم العلمي والطبي إلا أن الحد من هذه الأمراض أصبح شبه مستحيل، فكلما تقدمت البشرية تكنولوجيا وعلميا أكثر، ظهرت أمراض أخرى مزمنة ومستعصية على البشر.

ومن الأمراض المزمنة التي انتشرت بصورة كبيرة في العالم والجزائر بصفة خاصة مرض القصور الكلوي المزمن، هذا المرض الذي كثيرا ما يكون نتيجة مضاعفات لأمراض أخرى مثل مرض السكري وارتفاع الضغط الدموي، أو نتيجة لأمراض الكلى التي لم يتم كشفها وعلاجها في الوقت المناسب.

فمرض القصور الكلوي المزمن تزايد بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة إذ لا يكاد يخلو مستشفى من مصلحة خاصة بتصفية الدم في الجزائر، بل و لكثرة المرضى أصبحت هناك عيادات خاصة تستقبل هذه الفئة من المرضى من أجل التكفل بهم، و نشير هنا بأن تكلفة عملية تصفية الدم (الغسيل الكلوي) تعتبر مكلفة جدا، لكون المريض يخضع لعملية التصفية ثلاث مرات في الأسبوع، كما أن آلات تصفية الدم تستورد من الخارج وبالعملة الصعبة وبمبالغ باهظة جدا، هذا ما يعنى التكلفة الكبيرة التي تتحملها الدولة من أجل هذه الفئة من المرضى، خاصة و أن عمليات زرع الكلى في الجزائر تعتبر جد قليلة، و هذا ما يعنى الارتفاع المستمر في عدد هؤلاء المرضى كل يوم.

فمرض القصور الكلوي المزمن من الأمراض الخطيرة التي تؤثر على المنظومة العضوية و النفسية للإنسان، حيث يتقاطع هذا المرض مع كثيرا من الوظائف الهامة في البناء العضوي و النفسي للمريض، و التي قد تسبب له الاضطرابات العضوية و النفسية الخطيرة و يذكر (Feroze, et .al , 2010,p173) أن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا لدى مرضى القصور الكلوي المزمن هو القلق و الاكتئاب، فالمصابون بهذا المرض يواجهون تحديات تؤدي الى احتمالية تطور القلق و الاكتئاب لديهم بصورة سيئة تشمل الشعور العام بالإعياء، حيث أن القصور الكلوي و طرق علاجه

تتسبب بأعراض خاصة مصاحبة له ، مثل خلل كبير وواضح في نمط الحياة و الالتزام بجدول علاج يشمل برنامج الغسيل الكلوي و الالتزام بنمط غذائي محدد و الإقامة في المستشفى ، مع الخوف من الإعاقة و قصر الحياة و الموت .

هذا ما يعني بأن مرضى القصور الكلوي يعانون على الصعيدين العضوي والنفسي، هذا الأخير الذي قد تكون أعراضه واضحة بين القلق والاكتئاب وحتى الخوف من الموت، إلا أنه وفي حدود علم الطالب الباحث فإن معظم الدراسات التي أجريت حول موضوع الدراسة ركزت على الانعكاسات النفسية لمرض القصور الكلوي على المريض، ولم تتناول هذه الدراسات طرق أو أساليب التكفل الناجع بمثل هذه الاضطرابات التي تعاني منها هذه الفئة من المرضى. وهذا ما سيحاول الطالب القيام به في هذه الدراسة من خلال محاولة بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن، بالتركيز على أسس وقواعد واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، وسعياً لتحقيق أهداف البحث تم تناول موضوع الدراسة على النحو التالي:

- **الجانب النظري:** وقد تناوله الطالب الباحث في مجموعة من الفصول كما يلي

- **الفصل الأول:** وقد تم التعرض فيه الى تحديد الإشكالية وأهمية الدراسة وأهدافها وكذلك الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة، ثم فرضيات الدراسة وأخيراً التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.
- **الفصل الثاني:** وتم فيه عرض موضوع القصور الكلوي، وهذا بتعريف الكلية وتركيبها الفيزيولوجي ووظائفها، ثم التعرض للقصور الكلوي المزمن وكيفية تشخيصه، وعن أسباب الإصابة بهذا المرض، وفي الأخير تمت الإشارة الى الآثار الناجمة عن هذا المرض وكيفية علاجه.
- **الفصل الثالث:** وتناول فيه الطالب الباحث أهم الانعكاسات النفسية لمرض القصور الكلوي المزمن وتم التركيز على القلق والاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باعتبارها أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى

هذه الفئة من المرضى حسب ما اشارت اليه الدراسات العلمية التي تناولت الموضوع.

- **الفصل الرابع:** وهو فصل البرنامج العلاجي الذي قام الطالب الباحث ببنائه على أسس ونظريات العلاج المعرفي السلوكي، حيث تم التعرف على أهداف البرنامج، ثم أهم الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج، كما تم شرح البرنامج العلاجي بالتفصيل وسيرورة كل حصة علاجية من بداية البرنامج الى نهايته.

-**الجانب الميداني:** تناوله الطالب الباحث في فصلين هما:

- **الفصل الخامس:** والذي يصف إجراءات الدراسة الميدانية، وتناول فيه الباحث المنهج المستخدم، والدراسة الاستطلاعية وأدواتها وقياس صدقها على مجتمع البحث، كما تم تناول الدراسة الأساسية باستخدام الأدوات التي تم الاعتماد عليها، مع حساب النتائج ومعالجتها بالأساليب الإحصائية المناسبة.
- **الفصل السادس:** بعنوان "عرض وتفسير النتائج" وهو الفصل الأخير في الدراسة وقد تم فيه عرض نتائج الدراسة وتفسيرها على ضوء الفرضيات والتراث النظري المتعلق بموضوع الدراسة، كما تم مناقشة النتائج العامة للدراسة وأخيرا عرض أهم التوصيات والاقتراحات التي توصل اليها الطالب الباحث.

الفصل الأول

التعريف بالإشكالية وموضوع الدراسة

- 1- الإشكالية
- 2- أهمية الدراسة
- 3- أهداف الدراسة
- 4- الدراسات السابقة
- 5- فرضيات الدراسة
- 6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة

1- الإشكالية:

لقد تنبه الإنسان منذ القدم إلى الدور الذي تلعبه عادات الحياة السليمة، كتلك التي تتعلق بتنظيم السلوكيات مثل: وقت تناول الطعام، النوم، ممارسة النشاط الرياضي والبدني في الصحة الشخصية (الجسمية والنفسية). وتكاد تؤكد الدراسات والبحوث العلمية الحديثة التي تناولت العلاقة بين السلوك والصحة صحة هذه الفرضية القديمة، حيث ركز منظرو العلوم الصحية والبيوطبية على دور المتغيرات السلوكية في حدوث الأمراض المزمنة وانتشارها (عبد العزيز، 2010، ص 60).

أما في العصر الحديث فقد أصبحت الأمراض المزمنة السبب الرئيسي للعجز والوفيات ولا سيما في الدول الصناعية، فهي أمراض تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة ولا يمكن الشفاء منها في الأغلب، ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه (تايلور، 2008، ص 45).

إذ شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطر الامراض المزمنة ، فأصبحت تهدد حياة الأفراد والشعوب بما تلحقه من أذى مادي و معنوي على حياة المريض و من يحيطون به، مما يجعل التعايش معها تحديا كبيرا، هذا ما جعل موضوع الصحة لا يقتصر على الجانب الطبي فقط، بل لفت انتباه الباحثين النفسانيين إلى محاولة معرفة دور السلوك في صحة المريض، والتنبيه إلى أساليب حياة صحية تخفف من حدة الظروف المحيطة به، سواء الاجتماعية والنفسية، مما ساهم في خلق علم يهتم بالجانب الصحي و هو علم نفس الصحة، والذي ساعد بشكل كبير في إبراز دور العوامل النفسية و الاجتماعية في الصحة المتعلقة بالأشخاص، إذ أشارت التقارير الطبية إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك و الصحة (يخلف ، 2001 ، ص 19).

ومن بين الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا، نجد مرض القصور الكلوي المزمن الذي حظي باهتمام بالغ في عصرنا الحالي، بسبب انتشاره الكبير في جميع مجتمعات العالم. والجزائر من بين الدول التي تعاني من هذا المرض، كونه من الأمراض الأشد خطورة لإحاقه أضرارا كبيرة بجسم الانسان، وحياته النفسية و الاجتماعية لجميع الفئات العمرية ، فهذا المرض الذي يتطور تدريجيا نتيجة تدهور الوظيفة الكلوية بسبب

تلف النسيج الكلوي أي تخريب النيفرونات les néphrons مما يعطل أداء الكليتين لوظيفتهما الأساسية، هذا ما يمهد الطريق الى ضرورة تصفية الدم عن طريق الآلة و هنا يكون الحدث على المريض مدمرا ، فالتصريح بضرورة تصفية الدم يشكل صدمة قوية للمريض مما يسبب خوفا و قلقا و هذا ما أكده سالامون (Salamon 1980) أن ردود فعل مرضى القصور الكلوي المزمن في معظم الأحيان تتسم بالخوف، استجابات القلق والاكتئاب، اضطرابات النوم و عدم الإذعان للعلاج المقترح (P377 , Broom & Llewelyn , 2005).

كما أن الامراض المزمنة ومنها مرضى القصور الكلوي المزمن تغير حياة المريض فجأة وقد يحتاج المريض الى أسابيع وأشهر للإجابة على كثير من التساؤلات التي تتعلق بحياته الراهنة والمستقبلية، فكثرة المسائل التي يتوجب على المريض النظر فيها قد تجعله عاجزا عن الاستجابة للمعالجة، أو فهم المدى والحدود التي تتطلبها، أما أبرز العواطف التي تصاحب حالة الارتباك والإحساس بالضيق عادة، فهي الإنكار والقلق، وقد يسيطر الاكتئاب فيما بعد على الحالة الوجدانية للشخص (تايلور، 2008، ص 624).

إن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا لدى مرضى القصور الكلوي المزمن هي القلق والاكتئاب، فالمصابون بهذا المرض يواجهون تحديات تؤدي الى احتمالية تطور القلق والاكتئاب لديهم بصورة سيئة، تشمل الشعور العام بالإعياء، حيث أن القصور الكلوي وطرق علاجه تتسبب بأعراض خاصة مصاحبة له، مثل خلل كبير وواضح في نمط الحياة والالتزام بجدول علاج يشمل برنامج الغسيل الكلوي مع الالتزام بنمط غذائي محدد، ومشاعر الخوف من الموت دوما (Feroze et al, 2010, 173).

كما أن مرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية، يتولد عندهم مشاكل فيسيولوجية ومشاكل نفسية مختلفة، حيث يؤثر هذا المرض على الترابط الأسري لدى عائلات المرضى. فإذا تأثر الدعم الاجتماعي المقدم للمريض من قبل أسرته، فإن ذلك يشعره بالدونية و قلة احترامه و تقديره لذاته، و بالتالي يترتب على ذلك اضطرابات نفسية مثل القلق، الاكتئاب، العجز و الوحدة و هذا ما وضحته نتائج دراسة

(Moran et al, 2013, p90) والتي كان هدفها الكشف عن الخبرات التي يمر بها مرضى القصور الكلوي المزمن ، حيث أثبتت أنهم مصابون بالقلق بدرجة لا تسمح له بتأدية متطلباتهم الحياتية مستقبلا بالشكل المطلوب ، كما أن أملهم في الحياة يقل .

مما سبق عرضه يمكن القول بأن مريض القصور الكلوي المزمن الخاضع لعملية تصفية الدم مرتين الى ثلاث مرات في الأسبوع تكون حياته مرتبطة بألة التصفية، هذا ما يجعل حياته النفسية تتمحور بين القلق والاكتئاب والخوف من الموت الذي يراه متربصا به كل يوم، كما أن هذه الفئة من المرضى تبقى معرضة للضغط النفسي وسوء التوافق النفسي والاجتماعي، مما يعني حاجة هذه الفئة الى تكفل نفسي واجتماعي مستمر من أجل محاولة خلق التوازن النفسي لدى هذه الفئة من المرضى.

إن الشيء الملاحظ في مصالحي تصفية الدم في الجزائر أنها تفتقر في الكثير منها إلى أخصائيين نفسانيين يتكفلون بمثل هؤلاء المرضى، وإن وجدوا فإن دورهم لا يتعدى الدعم النفسي البسيط. ويفتقر معظم الأخصائيين إلى تدريبات وتكوينات حول كيفية التكفل بالمرضى المزمنين ومنهم مرضى القصور الكلوي المزمن، وهذا ما لاحظته الطالب الباحث نتيجة احتكاكه الطويل بهذه الفئة من المرضى سواء أثناء اجراء دراسته الميدانية الخاصة بمذكرة الماجستير، أو من خلال الدراسات والبحوث الميدانية التي قام بها، هذا مما جعل الطالب الباحث يفكر في بناء و تجريب برنامج علاجي يخص هذه الفئة من المرضى، مبني على أسس العلاج المعرفي السلوكي ومحاولة تجريبه ميدانيا، بالتركيز على ثلاثة اضطرابات مهمة لدى هذه الفئة وهي القلق، الاكتئاب والخوف من الموت. وهذا بطرح التساؤل التالي: ما مدى قدرة برنامج نفسي معرفي سلوكي بالتكفل بمرضى القصور الكلوي المزمن؟

وعن هذا التساؤل تنبثق التساؤلات الفرعية التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات القلق لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الاكتئاب لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات قلق الموت لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

2- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في مجموعة من النقاط يمكن حصرها فيما يلي:

- أن مرض القصور الكلوي المزمن من الأمراض التي أصبحت في تزايد مستمر في العالم بصفة عامة، والجزائر بصفة خاصة، إذ نجد في ولاية باتنة فقط أكثر من 10 مراكز موزعة على تراب الولاية للتكفل بهذه الفئة من المرضى، وبالتالي فإن الدراسة تكتسي أهمية كبيرة خاصة بإدخالنا للأثار النفسية المترتبة عن هذا المرض.

- إثراء جانب التكفل النفسي لهذه الفئة من أجل الرفع من جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- محاولة إيجاد أحسن الطرق العلاجية من الناحية النفسية للتكفل بهذه الفئة من المرضى.

- تدعيم التراث الأدبي في موضوع القصور الكلوي المزمن، من أجل إثارة تساؤلات أخرى حول هذا المرض، وإيجاد الحلول المناسبة من قبل المختصين، كل حسب اختصاصه.

- شد انتباه المتخصصين في علاج مرضى القصور الكلوي المزمن إلى أهمية العوامل النفسية وما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكيات الصحية التي ترفع من مستويات الانضباط الصحي.

3- أهداف الدراسة:

نسعى من خلال هذه الدراسة الى تحقيق مجموعة من الأهداف على النحو التالي:

- بناء وتجريب مدى فعالية برنامج علاجي للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن.

- محاولة التخفيف من مستوى القلق لدى عينة الدراسة اعتمادا على البرنامج العلاجي المقترح.
- محاولة التخفيف من مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة اعتمادا على البرنامج العلاجي المقترح.
- محاولة التخفيف من مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة اعتمادا على البرنامج العلاجي المقترح.

4 – الدراسات السابقة:

يسعى الطالب الباحث من خلال الدراسة الحالية إلى محاولة بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن، فحاول الباحث تقسيم الدراسات السابقة الى قسمين رئيسيين وهما: قسم خاص بالدراسات التي تناولت أهم الاضطرابات والانعكاسات النفسية لمرضى القصور الكلوي المزمن، أما القسم الثاني من الدراسات فهو متعلق بالبرامج العلاجية التي تناولت بعض الطرق من اجل التكفل بمرضى القصور الكلوي المزمن من زوايا محددة، ويمكن عرض الدراسات السابقة على النحو التالي:

4-1 – الدراسات السابقة التي تناولت القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي:

دراسة (karaminia, et al , 2007): عنوان الدراسة القلق و الاكتئاب: دراسة مقارنة بين حالات زراعة الكلى و مرضى الغسيل الكلوي ، وهدفت الدراسة إلى المقارنة بين حالات زراعة الكلى و مرضى الغسيل الكلوي من ناحية انتشار القلق و الاكتئاب ، و اعتمدت على منهج دراسة الحالة الضابطة في إجراء البحث، وقد تم اختيار عينة مقدارها 71 حالة على مجموعتين ، الأولى كانت 32 من الذين أجروا عملية زراعة الكلى و 39 مريضا بالغسيل الكلوي ، و

كانت الحالات متماثلة في العمر و الجنس و الحالة التعليمية و العائلية ، حيث تم تطبيق مقياس القلق و الاكتئاب ، و كانت أهم نتائج الدراسة كالتالي : نسبة القلق كانت أقل لدى حالات زراعة الكلى مقارنة بمرضى الغسيل الكلوي ، كما أنه لا يوجد فرق بين المجموعتين في نسبة الاكتئاب ، وبالتالي دلت الدراسة على أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين ظهور اعراض القلق و الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي تعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس – المستوى التعليمي – دخل العائلة – الامراض المصاحبة للغسيل الكلوي -karaminia, et al , 2007,pp1083-1084) .

- دراسة (Mollahadi ,M, et al, 2010) : عنوان الدراسة: مقارنة القلق و الاكتئاب بين مرضى الغسيل الكلوي و حالات زراعة الكلى ، و قد هدفت الدراسة إلى مقارنة القلق و التوتر و الاكتئاب بين مرضى الغسيل الكلوي و حالات زراعة الكلى ، و اعتمدت منهج المقارنة الوصفية، حيث تم أخذ عينتين الأولى من 147 مريضاً يقومون بالغسيل الكلوي ، و الثانية 146 حالة زراعة الكلية من مستشفى واحد من العيادات الخاصة في طهران عام 2009 ، و تم تطبيق مقياس القلق و الاكتئاب و التوتر النفسي، حيث كانت أهم النتائج كالتالي: بالنسبة لمرضى الغسيل الكلوي 63.9% من المرضى يعانون من القلق و 60.5% منهم يعانون من الاكتئاب و 51.7% يعانون من التوتر النفسي، أما بالنسبة لحالات زراعة الكلية كان هناك 48.6% يعانون من القلق، 39% يعانون من الاكتئاب، 38.4% يعانون من التوتر النفسي . و محصلة الدراسة أن معدل انتشار القلق و الاكتئاب و التوتر مرتفع لدى مرضى الغسيل الكلوي و مرضى زراعة الكلى، كما أنه سجل ارتفاعاً أكبر لدى مرضى الغسيل الكلوي.

(Mollahadi ,M, et al, 2010 , pp 155-156)

- دراسة (Bossobla,et al , 2012) : وهي دراسة بعنوان أعراض القلق و الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي خلال فترات زمنية من الإصابة بالمرض، و هدفت الدراسة الى تقييم التغيرات الحادثة على مقياس بيك للاكتئاب و مقياس

هاملتون للقلق على مر الوقت، والعوامل المصاحبة لتلك التغيرات لدى مرضى الغسيل الكلوي، واعتمدت الدراسة على أخذ عينة مقطعية مقدارها 80 مريضا من مستشفى الجامعة الكاثوليكية في إيطاليا ، حيث طبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب و مقياس هاملتون للقلق ، و مقياس الوظائف المعرفية ، وكانت النتائج كالتالي : كانت درجات 42 مريضا على مقياس بيك مؤشر إلى أكثر من 14، وكانت درجات 38 مريضا على مقياس بيك للاكتئاب أكبر أو تساوي 14 بمعنى 19 من المرضى تقل درجة الاكتئاب أو يبقى ثابتا ، و 19 آخرين تزداد عندهم درجة الاكتئاب ، أما بالنسبة لمؤشر القلق فإنه يقل أو يبقى ثابتا لدى 25 ، و يزداد لدى 13 آخرين ، كما أن هناك ارتباط بين معدل حدوث الاكتئاب و القلق على مقياس بيك والاضطرابات المعرفية عند هؤلاء المرضى . (Bossobla ,et al , 2012 , pp 689-695)

- دراسة (Bayat et al , 2012) : عنوان الدراسة هو التقييم النفسي لدى مرضى الغسيل الكلوي، و هدفت هذه الدراسة إلى تقييم عوامل القلق و الاكتئاب والمساندة الاجتماعية لدى مرضى الغسيل الكلوي، والمشكلات النفسية الأخرى المتعلقة بهذه الفئة، إضافة الى تحديد العلاقة بين تلك العوامل لدى المرضى. واعتمدت على أخذ عينة مقطعية قوامها 218 مريضا يخضعون للغسيل الكلوي في مدينة أصفهان ، 138 من أفراد العينة ذكور أي ما نسبته 63.3% ، و تم تطبيق المقاييس التالية : مقياس القلق و الاكتئاب المعد من قبل المستشفى ومقياس الشخصية والمزاج (TCI) و مقياس المساندة الاجتماعية ، وكانت أهم النتائج أن 43.6% مريضا يعانون من الاكتئاب و 43.1% مريضا يعانون من القلق، علما أن غالبية المرضى كان معدل المساندة الاجتماعية لديهم عال (المساندة الأسرية -مساندة الأصدقاء ، و يرجع ذلك إلى الثقافة الإسلامية للمجتمع الإيراني). (Bayat , et al , 2012, p 155)

- دراسة (Patel, et al ,2012) : عنوان الدراسة القلق و الاكتئاب – المخاوف الانتحارية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية

الغسيل الكلوي ، وقد هدفت الدراسة الى تقييم العوامل النفسية المتعلقة بالاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي والعلاقة بين القلق والاكتئاب والإعياء والصحة السيئة وزيادة مخاوف الانتحار، و اعتمدت الدراسة على أخذ عينة مقطعية قوامها 150 مريضا من القصور الكلوي المزمن جميعهم أكبر من 18 سنة ، من وحدة الكلى بالمستشفى الطبي بالهند، وقد تم تقييم الحالة النفسية باستخدام المقاييس التالية : مقياس المقابلة العصبية العلمي (INI) و مقياس القلق و الاكتئاب المعد من قبل المستشفى و مقياس جودة الحياة ، و خلصت الدراسة الى النتائج التالية: 46.6% من المرضى يعانون من الاكتئاب المصاحب بالإعياء و القلق ، 28.6% من المرضى كان لديهم أفكار انتحارية ، إضافة الى سوء جودة الحياة لجميعهم و محصلة الدراسة أن مرضى الغسيل الكلوي يكون لديهم الاكتئاب مصحوبا بالإعياء الجسدي و المشكلات الجسدية ، علاوة على ذلك يعتبر القلق و الاكتئاب مؤشر قوي لتولد الأفكار الانتحارية(Patel, et al ,2012, pp2250-2260) - دراسة (Tanvir , et al , 2013): عنوان الدراسة معدل انتشار القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن المقيدين بعملية الغسيل الكلوي، وقد هدفت الدراسة إلى معرفة معدل انتشار القلق و الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي ، و شملت الدراسة 135 مريضا منهم 105 ذكورا، أي ما نسبته 77.8%، و 3 إناث أي 22.2% من قسم الكلى بمستشفى إسلامبول الطبي في باكستان، 29 مريضا من العينة غير متعلمين ، و 17 مريضا كانت لهم تجارب نفسية سابقة، و 89 مريضا أجروا مقياس القلق والاكتئاب وكانت النتائج على النحو التالي (20 من 51 يعانون من اكتئاب بسيط و 29 من 51 يعانون من اكتئاب متوسط ، و 7 من 51 يعانون من اكتئاب حاد)، كما أوضح مقياس القلق أن 38 من 89 يعانون من اضطراب القلق على النحو التالي : 18 يعانون من قلق بسيط ، و 11 من قلق متوسط و 9 يعانون من قلق حاد، و محصلة الدراسة أن القلق و الاكتئاب يعتبران من أكثر الأمراض انتشارا لدى مرضى الغسيل الكلوي (Tanvir , et al , 2013, pp 64-67).

- دراسة (Sadek , et al , 2013) : وقد كان عنوان الدراسة اضطرابات القلق والعدوانية لدى الأطفال المرضى بالفشل الكلوي المزمن والمقيدين بعملية الغسيل الكلوي المنتظم، كما هدفت الدراسة إلى تقييم المشاكل النفسية مثل القلق والعدوانية لدى الأطفال المرضى بالفشل الكلوي المزمن والخاضعين لعملية الغسيل الكلوي المنتظم، بالمقارنة مع الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه، الحركة الزائدة، حيث كانت الدراسة مقطعية مقارنة، وتم أخذ 20 طفلاً مريضاً بالفشل الكلوي المزمن (10 من الذكور، 10 من الإناث) ، تتراوح أعمارهم بين 5 و 15 سنة ، و 20 طفلاً يعاني من ضعف الانتباه وزيادة الحركة تتراوح أعمارهم كذلك بين 5 و 15 سنة ، تم اختيارهم من قسم الأمراض النفسية وقسم الغسيل الكلوي بمستشفى الزهراء بمصر، كما تضمنت الدراسة 20 طفلاً من الأصحاء من نفس الجنس والعمر كعينة ضابطة وكانت نتائج الدراسة: أن درجة القلق كانت أعلى لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بالمقارنة مع الأطفال الذين يعانون من مرض ضعف الانتباه وزيادة الحركة و الأطفال الأصحاء، حيث أن نسبة القلق و العدوانية لديهم كانت 100% ، ومحصلة الدراسة أن معدل انتشار القلق كان واضحاً لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن المقيدين بعملية الغسيل الكلوي، وأن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين العدوانية ودرجة القلق ومدة الغسيل الكلوي. (Sedk , et al , 2013, pp 598-603)

- دراسة (Zavvare , et al , 2014) : الدراسة بعنوان تقييم القلق والاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي، وهدفت هذه الدراسة الى تقييم القلق و الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي، واعتمدت الدراسة على أخذ عينة قوامها 45 مريضاً من مستشفى علي بن أبي طالب بإيران بمتوسط عمري 56.20 ، حيث كانت نسبة الذكور إلى الإناث في العينة 23 مقابل 22 ، واستخدم مقياس بيك للاكتئاب ومقياس هاملتون لحساب معدل الاكتئاب، وكانت النتائج كالتالي : 22 مريضاً من العينة كان لديهم أفكار انتحارية ، و أن جميع المرضى بلا استثناء يعانون من القلق و محصلة الدراسة تقول أنه ليس هناك علاقة هامة بين حدوث القلق

والجنس – برنامج الغسيل الكلوي ، الحالة الاجتماعية والمستوى العلمي ، و كذلك ليس هناك علاقة هامة بين حدوث الاكتئاب و العوامل التي ذكرت سابقا.

(Zavvare , et al , 2014 , pp70-74)

- دراسة (Stasiak , et al , 2014) : وكانت الدراسة بعنوان معدل انتشار القلق والاكتئاب والاختلالات المصاحبة لهما لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن الخاضعين لعملية الإستصفاء الدموي و البروتيني ، و هدفت الدراسة إلى مقارنة معدل انتشار القلق و الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي و مرضى الفسيل البروتيني مع الأخذ بعين الاعتبار الاعتلالات المساهمة في ذلك ، حيث كانت الدراسة مقطعية و استخدم مقياسي بيك للقلق و الاكتئاب ، و مقياس للقلق والاكتئاب المعد من قبل المستشفى ، و تم اختيار عينة قوامها 155 مريضا من مستشفى سانتا كاسا في البرازيل ، منهم 128 خاضعين لعملية الغسيل الكلوي و 27 خاضعين للغسيل البروتيني و قد كانت النتائج كما يلي : ما يخص مجموعة الغسيل الكلوي فإن 22.6 % من المرضى لديهم نسبة اكتئاب حسب مقياس بيك، و 9.3 % من المرضى لديهم نسبة اكتئاب حسب المقياس المعد في المستشفى، كما كان معدل القلق 25.7 % حسب مقياس بيك للقلق، أما مجموعة الغسيل البروتيني منهم 29.6 % من المرضى لديهم نسبة اكتئاب حسب مقياس بيك للاكتئاب، و 14.8 % حسب مقياس المعد، و في محصلة الدراسة لا يعتبر الغسيل الكلوي أو الغسيل البروتيني مؤثرا على انتشار القلق أو الاكتئاب في مرضى الفشل الكلوي المزمن. (Zavvare , et al , 2014, pp 70-74)

4-2- الدراسات السابقة التي تناولت التكفل النفسي ببعض الاعراض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن:

- دراسة هالة إبراهيم و اخرون (2008) : وهي دراسة بعنوان " برامج لتحسين الحالة الانفعالية و المعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستقصاء الكلوي"، و تناولت الدراسة أثار الفشل الكلوي المزمن على الحالة الانفعالية و التوافق النفسي للمرضى المصابين به علاوة على دراسة الحالة المعرفية لديهم،

وقد تضمنت الدراسة تأثير برنامج تحسين الحالة النفسية للمرضى من خلال ثمانية عشر درسا تعليميا مقسمة على أربعة أشهر ، و شملت الدراسة 40 مريضا بالفشل الكلوي المزمن و 40 من الأصحاء كعينة شاهدة ، و قد استخدمت الدراسة عدة مقاييس لتقييم المرضى كان منها مقياس الحالة المعرفية ، و مقياس التوافق النفسي الاجتماعي و مقياس القدرات العقلية الأولية ، و مقياس تقدير عمليات الذاكرة ، و ننوه بأن الدراسة أجريت بمستشفى أطسا المركزي بمصر .

وقد أسفرت الدراسة على أن العينة الشاهدة كان وضعها أفضل من العينة المكونة من مرضى الفشل الكلوي من حيث وضعهم المعرفي والانفعالي وظهرت تباينات إحصائية واضحة على درجة كبيرة من الأهمية، كما أوضحت الدراسة فروقا يعتد بها احصائيا بين المرضى قبل تطبيق البرنامج وبعده. (المجلة الصحية للشرق الأوسط، 2008)

دراسة دليلية زناد (2011): وهي دراسة بعنوان " فعالية برنامج تدريبي في التخفيض من سلوك العدوانية لدى مرضى الدياليز ، حيث تمت الدراسة بإحدى مستشفيات الجزائر العاصمة من طرف الباحثة على مجموعة من المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن و لديهم سلوكيات عدوانية تجاه الفريق الطبي و الشبه الطبي المسؤول عن رعايتهم الصحية، و قد قامت الباحثة بإعداد برنامج تدريبي مستوحى من العلاج السلوكي المعرفي يعتمد على تقنيات مثل الاسترخاء للتخفيف من حدة القلق و التوتر و تقنية حل المشكلة من أجل الابتعاد عن حلول سلوك العدوانية و تقنية النمذجة، وقد أسفرت الدراسة عن انخفاض كبير في السلوكيات العدوانية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تجاه الأطباء والمرضى في المصلحة (مخبر الوقاية والارغوميا، 2011)

التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة والمرتبطة بموضوع الدراسة نستطيع أن نقول أن مجمل الدراسات التي تناولت موضوع القلق والاكتئاب وباقي الأعراض السلبية لمرض القصور الكلوي المزمن أنها تكاد تجمع على وجود قلق مرتفع واكتئاب

مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، كما أن هناك دراسات توصلت الى وجود بعض الأفكار الانتحارية لدى هذه الفئة من المرضى ، كما أن الدراسات أكدت على انخفاض مستوى جودة الحياة أيضا لدى هذه الفئة ، كما ينتشر التوتر و الضغط النفسي و العدوانية لديهم ، أما من حيث التكفل ففي حدود علم الطالب الباحث فإن الدراسات حول الموضوع تبقى قليلة وإن وجدت فهي تأخذ متغيرا واحدا فقط تحاول تسليط الضوء عليه من أجل تخفيفه ، كالعدوانية مثلا و بعض الأنماط السلوكية غير التكيفية.

5- فرضيات الدراسة:

- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات القلق لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الاكتئاب لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات قلق الموت لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

6- التعاريف الإجرائية للدراسة:

- **القصور الكلوي المزمن:** ونعني به العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول، إذ نجد المصابين بهذا المرض المزمن يعيشون باقي حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم، من خلال عملية تصفية الدم عن طريق آلة خاصة وتسمى هذه العملية بالهيمودياليز (Hémodialyse).
- **البرنامج العلاجي:** وهو تصميم منظم ومخطط ومحكم البناء بجميع الإجراءات العلمية التي بناها الطالب الباحث بناء على خلفية نظرية ذات بعد معرفي سلوكي، وهذا من خلال إعداد منظم لعدد من الجلسات العلاجية عددها 15

جلسة بحيث يقوم الباحث بالتدرج في البرنامج العلاجي من البسيط الى المعقد حول تعديل أفكار المريض السلبية، وتبنى فنيات واستراتيجيات معرفية خاصة وذلك باستعمال الكراسات التي يسجل فيها المريض أفكاره في كل أسبوع، مع استخدام حصص الاسترخاء وتدريب المرضى على استخدامها لوحدهم.

- **التكفل النفسي لمرضى القصور الكلوي المزمن:** ونقصد به تطبيق البرنامج العلاجي الذي أعده الطالب الباحث على عينة الدراسة طيلة 15 جلسة علاجية، وهذا بتطبيق تقنيات الاسترخاء الفردي ثم تعديل الأفكار انطلاقا مما يعبر عنه المرضى بعد تطبيق القياس القبلي وهذا بالاعتماد على البرنامج ذو الخلفية المعرفية السلوكية.

- **القلق:** هو حالة انتقالية تصاحبها مجموعة من الاعراض النفسية مثل زيادة الاستثارة وصعوبة التركيز والشعور بالضيق وعدم الرضا كما تصاحبه أعراض جسدية من شد عضلي وتزايد ضربات القلب وكثرة التعرق... إلخ، ويعبر عنه بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها المريض في مقياس تايلور TAYLOR للقلق الصريح.

- **الاكتئاب:** هو اختلال يصيب الجهاز النفسي والبيولوجي كله، ويشمل الانفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية، ويتميز المكون الانفعالي بوجود مزاج كدر يشمل مشاعر الحزن والتوتر واليأس والشعور بالإثم، وتشمل الأعراض البدنية على توهم المرض والأرق ونقص الوزن وتجنب الأنشطة السارة وهو الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المريض في مقياس الاكتئاب لأرون بيك A.Beck.

- **قلق الموت:** هو نوع خاص من القلق العام يشير الى حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجتها، وهو الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المريض في مقياس قلق الموت لبشير معمرية.

الفصل الثاني

القصور الكلوي

تمهيد:

1- الكليتان

2- القصور الكلوي

خلاصة.

تمهيد:

يعد القصور الكلوي المزمن من الأمراض المنتشرة في العالم، وهو مرض شاق ومؤثر على صحة المريض وحياته النفسية والاجتماعية فهو كغيره من الأمراض المزمنة التي تؤثر على جميع نواحي الحياة. إن نسبة الإصابة بهذا المرض في تزايد مستمر، وتقدر بـ 50 إلى 60 شخص في كل مليون شخص، وفي الجزائر تشير الإحصائيات إلى تسجيل 3500 حالة جديدة كل سنة، ومليون وخمس مئة حالة مصابة تقوم منها 13000 حالة بالتصفية، هذه العملية التي تعد معاناة حقيقية يعيشها المريض باستمرار، إذ أن عجز الكلية وقصورها يؤدي إلى تراكم السموم والفضلات في الجسم، مما يعرض المريض لخطر الموت بسبب فقدانه لوظيفة حيوية، وهو الأمر الذي يجعله يعيش حالة حداد فحتى هذا العلاج المتمثل في التصفية هو علاج لا يشفيه، فقط يساعده على التعايش مع المرض ليستمر في حياته.

1. الكليتان:

هما عضوان بالغا الأهمية في جسم الإنسان ويمكن وصفهما بما يلي:

1.1- تعريف الكلية، موقعها وقياساتها:

عبارة عن زوج (كليتان اليمنى ويسرى)، توجدان في كيسين ليفيين، وهما محاطتان بمقدار من الدهون ومعلقتان بالظهر من خلال ارتباط وثيق بواسطة نسيج رابط، وللكلية غشاءان احدهما خارجي مكون من الدهون لوقاية الكلية من الصدمات الخارجية، والثاني داخلي مكون من النسيج الليفي، كما يتكون جسم الكلية من طبقتين تدعى الخارجية منها قشرة الكلية، أما الداخلية فتسمى بنخاع الكلية، والشريان الكلوي يتفرع داخل القشرة إلى فروع كثيرة تكون حزما تسمى حزم الكلية (glomerules)، ولكل حزمة شريان للاستيراد وآخر للتصدير وكل حزمة محاطة بقمع تمتد منه قناة بولية. (رويحة، 1972، ص25).

تقع الكليتان تحت الحجاب الحاجز إلى جانبي العمود الفقري، ونلاحظ أن الكلية اليمنى أخفض بقليل من الكلية اليسرى لوجود الكبد، والكلية تشبه حبة الفاصوليا، إذ أن سطحها الخارجي محدب والسطح الداخلي مقعر، ويعرف بالسرة التي يدخل إليها الشريان الكلوي الذي يحمل الدم المؤكسد لتغذية الكلية والذي يتفرع منه الأورطي (aortique)، ويخرج منها الوريد الكلوي الذي يجمع الدم غير المؤكسد من الكلية ويصب في الوريد الأجوف السفلي، كما يخرج منها الحالب، ويوجد أعلى كل كلية غدة هي الغدة الكظرية (la surrénal) (الكرمي، 1988، ص 86).

- القياسات المتوسطة للكلية: تختلف قياسات الكلية ولكن في المتوسط هي كما يلي:

- الطول من 12 إلى 15 سم.
 - العرض من 7 إلى 8 سم.
 - السمك من 4 إلى 5 سم.
 - الوزن من 120 غ إلى 200 غ عند الشخص البالغ.
- (أبو دقة، 2007، ص 8)

2.1- تركيب الكلية:

تتكون الكلية من طبقة خارجية تسمى القشرة Cortex و طبقة ملاء تدعى اللب : médullaire

- الطبقة الخارجية: وهي اللحاء ذو اللون الرمادي والمظهر الحبيبي
- الطبقة الداخلية: عبارة عن لب لونه احمر يتكون من مجموعة من

الأهرامات الصغيرة، تتجه قاعدتها نحو المحيط تدعى les pyramides de Malpigi والتي يخرج منها البول لينزل في حوض الكلية وهو الفراغ الذي يتصل بقناة البول (الحالب).

- الوحدة الكلوية والتي تتكون من:

- أهرامات Malpigi، وهي وحدات للترشيح تدعى النيفرونات néphrons (الأنابيب البولية) ويصل عددها في الكلية الواحدة إلى مليون أو مليون ونصف نفرون، وتجري في النفرونات عملية تشكل البول، أما الكبيبة الكلوية glomérules التي تتمثل وظيفتها في تصفية الدم فتتكون من مجموعة من الأوعية الدموية ومحفظة بومان التي تحيط بها وهي تتألف من صفيحتين داخلية وخارجية، تتكون الداخلية منها من خلايا مستوية ورقيقة جدا، في حين تتحول الصفيحة الخارجية إلى قناة النفرون البولية ونلاحظ في هذه القناة الأجزاء التالية:

- الأنبوب البولي tube urinaire: وهو مقسم بدوره إلى عدة وحدات

- عروة هنلي ANSE D.Henlé: ويتم فيها امتصاص وإفراز الأملاح المختلفة مثل الصوديوم حسب حاجة الجسم.
- الأنبوب المتوي القريب tube contourne proximal: يمتص بعض المواد صغيرة الحجم كالكلوكوز، والبروتينات والتي ترشح من خلال محفظة بومان، ويفرز بعض المواد مثل كلوريدات الهيدروجين والبيكاربونات حسب حاجة الجسم.
- الأنبوب المتوي البعيد tube contourne distal: وله دور هام في امتصاص وإفراز البوتاسيوم تحت تأثير هرمون الالدوستيرون في الأنابيب الجامعة (فريحات، 2000، ص 64).
- الأنابيب الجامعة tubes collecteurs: لها دور ترشيح الدم من خلال النيفرونات ودورها الأساسي هو امتصاص الماء من البول تحت تأثير الهرمون المضاد الذي تفرزه الغدة النخامية (علي، 1992، ص 39)

3.1- البنية التشريحية للكلية:

تحاط الكلية من الخارج بالمحفظة وهي غشاء ليفي رقيق، ولو أخذنا مقطعاً طولياً فسنلاحظ ما يلي:

- **القشرة:** عبارة عن طبقة فيها عدد كبير من أجسام malpigi وهي أجسام كروية الشكل، مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي وبعد ذلك تتجمع لتشكل فروعاً تخرج من جسم malpigi ثم تتفرع إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي من الأنبوبة البولية التي تخرج بدورها من جسم malpigi وهكذا تسير الأنابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات هرمية الشكل.

- **النخاع:** عبارة عن طبقة واسعة توجد بها أهرامات malpigi وهي تجمعات الأنابيب البولية حيث تتفتح هذه الأنابيب في قمم الأهرامات.

- **حوض الكلية:** عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر وهو يعتبر جزءاً من الحالب تصب فيه الأنابيب البولية.

- **الحالبان:** عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 25 سم، ويخرج كل حالب من سرّة الكلية ويمتد إلى الأسفل حتى يصل إلى المثانة، ويفتح فيها بفتحة ضيقة مائلة تسمح للبول بالمرور إلى المثانة وتمنعه من الرجوع إلى الحالب عند امتلاء المثانة.

- **المثانة:** عبارة عن كيس غشائي بيضوي الشكل، مبطن من الداخل بغشاء مخاطي يفتح فيه الحالبان بفتحتين مستقلتين ويضيق الجزء السفلي من المثانة ويسمى عنق المثانة، ويحاط بعضلة عاصرة دائرية لا تفتح إلا عند التبول.

- **قناة مجرى البول:** هي قناة تتصل بالمثانة وتفتح إلى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى، وبفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر (الكرمي، 1988، ص 76،77).

4.1-وظائف الكلية:

تقوم الكلية بتصفية الجسم من السموم الناتجة عن رواسب الاستقلاب، وهذه السموم والرواسب يجمعها الدم من كل خلية ويأتي بها إلى الكلية لتقوم بتصفيتها، والدم الذي يجتاز كل كلية في الدقيقة الواحدة يبلغ لترا واحدا وهذا يعني أن كمية الدم التي تصب في الكلية تبلغ من (1500 الى 1700 لتر في اليوم).

والكلية لا تصفي البول كما هو في حالته النهائية بل تصفي أجزاءه على انفراد ثم تقوم بمزج هذه الأجزاء ببعضها البعض، ويمكن إيجاز عمل الكلية فيما يلي:

- **إنتاج وطرح البول:** وهي عملية تخلص الجسم من نواتج الاستقلاب الضارة والأملاح الزائدة في الجسم من خلال تصفية الدم وطرحها مع المواد السامة والعقاقير التي تدخل الجسم، وكذا طرح كمية الماء الزائد في البول وبذلك يتم الحفاظ على حجم ثابت للدم في الجسم ، وتتم عملية إنتاج وطرح البول بثلاث مراحل هي:

● **الترشيح :** يقوم القلب بدفع الدم تحت ضغط معين من انقباض وانبساط، ونظرا لاختلاف السمك بين الشريان الوارد والشعيرات الدموية الكبيبية فإنه يتكون ضغط عال قد يصل إلى 70 ملم زئبقي، وينتج عنه ترشح الجزء السائل من الدم خارج الشعيرات لينفذ إلى تجويف محفظة بومان ويسمى بالرشح، ويحتوي هذا الأخير على ماء البلازما ومكوناتها غير البروتينية، ويكون بمعدل 125 سم³/الدقيقة أي ما يعادل 20 لترا يوميا، أما الكريات الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية والبروتينات وكل المواد المرتبطة بها مثل الأحماض الدهنية وبعض الأدوية فلا يمكنها النفاذ من خلال جدار محفظة بومان وهذا لكبر حجمها (البار، 1992، ص 38).

● **إعادة الامتصاص:** عندما يمر السائل الراشح عبر الأنابيب البولية يحدث فيها امتصاص الماء خاصة في عروة هنلي، ولولا ذلك لتعرض الجسم إلى نقص شديد في الماء وبالتالي تعرض الفرد إلى الجفاف، ولكن بعملية إعادة الامتصاص يحافظ الجسم على نسبة ماء ثابتة، ويكون الامتصاص نتيجة

القوة الأسموزية، كما يجري امتصاص انتقائي للمواد ومنها الأملاح المعدنية، الأحماض الدهنية، الغليسرين، الهرمونات، الفيتامينات والسكريات، وامتصاصها يحتاج إلى طاقة لأنها عمل نقل نشط، ثم تعاد أخيرا إلى الدورة الدموية في الجسم. (البار، 1992، ص 30)

● الإفراز: بالإضافة إلى امتصاص الماء والمواد اللازمة فإن جدران الأنابيب المتوية البعيدة القادرة على استخلاص بعض المواد العضوية الغريبة أو بعض مخلفات التمثيل الغذائي كمادة الكرياتين أو بعض السموم أو العقاقير الأخرى من الدم، وتضاف هذه المواد إلى البول الذي يتجمع في حوض الكلية ومنه ينتقل عبر الحالب إلى المثانة حيث يتجمع البول هناك حتى يتخلص منه. (البار، 1992، ص 39).

- وظائف هرمونية: تعتبر الكلية من الغدد الصماء الموجودة بالجسم لأنها تقوم بإفراز بعض الهرمونات وتصيبها مباشرة في الدم مثل هرمون الرينين (Rénine) الذي يفرز على مستوى الكبيبة الكلوية، ويقوم هذا الهرمون بالعديد من الوظائف من بينها انقباض الأوعية الدموية مما يسبب رفع الضغط الشرياني، تحريض قشرة الكظر على إفراز هرمون الالدوستيرون (Aldostérone) كما تفرز الكلية هرمون البروستاغلاندين (prostaglandine) الذي يلعب دورا أساسيا في جريان الدم في النيفرونات، وكذلك تقوم بإفراز بعض المواد التي تساعد في تنشيط امتصاص الكالسيوم في الأمعاء، وتحافظ على ثبات الضغط الأسموزي وتوازن الحموضة داخل الجسم، كما تفرز خمائر معينة تعمل على إبطال مفعول بعض العناصر المنشطة، كإبطال مفعول الهيستامين بخميرة الهيستاميناز. (البار، 1992، ص 40).

2. القصور الكلوي:

يعتبر مرض القصور الكلوي من الأمراض الشائعة والمنتشرة التي تستحوذ على اهتمامات الصحة العمومية نظرا لما يخلفه هذا المرض من أضرار صحية نفسية اجتماعية واقتصادية.

1.2- تعريف القصور الكلوي :

يعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي. (بورقبة، 2000، ص6).

فالقصور الكلوي حادا كان أم مزمنا ليس مرضا في حد ذاته بل ناتج عن أمراض تصيب الكليتين، والتي تتميز بانخفاض في عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم وإنتاج البول (صبور، 1989، ص80)

2.2- تشخيص مرض القصور الكلوي:

يتم تشخيص هذا المرض من خلال فحوصات مختلفة منها:

- الفحوصات الإكلينيكية: وتتمثل فيما يلي:

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

- الفحوصات البيولوجية: وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم ونذكر من بينها:

- نسبة البوليان تتجاوز 1 غ/ل والتي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلية مازالت محتفظة بخمسين بالمائة من وظائفها.
- فحص نسبة الكرياتين في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100 مل/ الدقيقة. والنسبة العادية لهذه المادة في الدم

هي 1مغ لكل 100 ملل، وإصابة الكلية تفقدها قدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى 25 ملل /الدقيقة قبل أن يتضاعف الكرياتين في الدم إلى 2 مغ /ملل من الدم. (البار، 1992، ص 44)

- فحص البول وفيه يبحث عن نسبة البروتين.
- زيادة الماء ونقص البوتاسيوم.
- اضطرابات في توازن PH (انخفاض).
- اضطرابات في توازن الفسفور والكالسيوم (بالزيادة) (جودت، 2001، ص 166).

3.2- أنواع وأشكال القصور الكلوي:

يعرف القصور الكلوي على انه حدوث قصور في عمل الكليتين (الإفراز والإطراح وإعادة الامتصاص) بصفة مؤقتة أو نهائية مما يؤدي إلى اختلال عام في الجسم وظهور الأعراض المتعلقة بعدم قدرة الكلية على أن تلعب دورها كما يجب كغدة وليس كمصفاة. والقصور الكلوي يمكن أن يكون عضويا *lésionnelle* ناتجا عن خلل عضوي أو تشريحي على مستوى الجهاز البولي وبالتحديد في الكلية *atteinte rénale* وتكون الإصابة في غالب الأحيان عامة وشاملة وتكون مختلف وظائف الكلية مضطربة بدرجات متفاوتة .

ويتميز القصور الكلوي العضوي بالحذف المفاجئ لوظائف الكلية الإفرازية (عدم إفراز البول) وتكون الكلية عاجزة عن التحكم الثابت في الوسط الداخلي الخاضع للتأثير الثلاثي وهو عملية الأيض الوسطي *métabolisme*.

يمكن للقصور الكلوي العضوي الحاد أن يتلاشى وتعود الكلية إلى طبيعتها إذا ما تم العلاج الفوري وتم حذف مسببات هذا العجز المفاجئ، فمثلا في حالة الإصابة بمرض الكلية المتعلق بالنسيج والأنابيب الذي يمكن أن يزول بعد العلاج وتعود الكلية إلى حالتها الطبيعية.

أما القصور الكلوي العضوي المزمن فهو يتميز بنقصان في المد الدموي للكلية وترشيح القروميريل *filtration glomérulaire* ويشير هذا الاضطراب إلى

إصابة وظائف الأنابيب وكذلك عجز وظائف الأيض في الكلية، والتطور نحو القصور الكلوي المزمن النهائي يكون بالتدريج وباستمرار واسترجاع الوظيفة الكلوية نادر جدا.

وقد يكون القصور الكلوي وظيفيا fonctionnel لا يعود إلى خلل عضوي تشريحي في الكلية وإنما يعود إلى عجز وظيفي في الكليتين بسبب وجود اضطراب في عضو آخر كالقلب مثلا، أو جفاف الخلايا. والقصور الكلوي الوظيفي يمكن أن يكون:

- **قصور كلوي حاد:** ويعرف هذا القصور (I.R.A) على انه التوقف المفاجئ والمؤقت (من بضع ساعات إلى أيام) للوظيفة الإطراحية للكلية مع انخفاض شديد أو توقف كلي للتصفية الكبيبية، ويكون نقص إفراز البول في بعض الحالات.

يظهر هذا القصور بسرعة نتيجة أسباب قد لا تكون للكليتين علاقة بها وهي أسباب متعددة منها النزيف الداخلي أو الخارجي الحاد (hémorragie) (intérieur ou extérieur aigue) ، أو فشل في عضلة القلب (défaillance cardiaque) جفاف شديد (hydratation intense)، إسهال مستمر (diarrhée persistante) تقيئ كثير (vomissement) تسمم (intoxication)، انسداد مجرى البول بسبب وجود حصاة أو ورم أو تضخم البروستات.

وأعراض القصور الكلوي الحاد تكون هضمية مثل القيء والإغماء، تنفسية مثل صعوبة التنفس، قلبية وعائية مثل ارتفاع ضغط الدم الشرياني، عصبية مثل الصدمات التشنجية. (بورقية ،، 2000، ص 45)

- **القصور الكلوي المزمن:** يعرف القصور الكلوي المزمن (IRC) على أنه خلل مزمن لوظائف الكلية والذي يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص كمية البول المفرفة في وقت محدد..

ومن الناحية الفيزيولوجية فان هذا المرض هو عبارة عن إصابة الوحدات الوظيفية في الكلية وبالتالي يؤدي إلى النقص في القدرة على التحكم في تركيز الأملاح في البول وهناك عدة أنواع من القصور الكلوي المزمن نذكر منها:

- التهاب مزمن يرفقه ضغط دموي مرتفع.
- التهاب مزمن لا يرفقه ضغط دموي مرتفع وفيه تبرز مجموعة أعراض كلوية يرافقها استسقاء في الجسم، أي خروج سوائل من الأوعية الدموية.
- التهاب الأنسجة البيضية المزمن (الكبيبية): وينتمي إليه التهاب الكلية المزمن وحوضها والذي ينتج عن التعفن أو ركود المواد المفترزة في القنوات.
- التهاب كبيبات الكليتين: وهو مجموعة من التهابات كلوية تتسم بإصابة انتقائية لكبيبات مما يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي فتتكون مولدات الأجسام المضادة ونتيجة لذلك يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات.
- الأمراض الوعائية في الكلية: حيث يمكن أن يتسبب ارتفاع بسيط في الضغط الشرياني في حدوث إصابات للأوعية الشعرية، وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع الضغط الشرياني يعد أحد مسببات القصور الكلوي المزمن وكثيرا ما يكون هو في حد ذاته من آثار هذا المرض.
- التهاب حوض الكلية المزمن: ويحدث عادة نتيجة ارتفاع البول إلى الحالب نتيجة عيب خلقي يمكن علاجه جراحيا وإذا تم حبس البول عدة مرات لمدة طويلة يؤدي ذلك إلى تكرار الالتهابات الميكروبية التي بدورها تقوم بتحطيم نسيج حوض الكلية ونخاعها وينتهي الأمر بالفشل الكلوي. (بورقية ، 2000، ص48)

- أعراض القصور الكلوي المزمن: تضطرب بسبب القصور الكلوي المزمن معظم أجهزة الجسم الداخلية وينتج عن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض هي كالتالي:

- أعراض قلبية وعائية: تشمل:
 - ارتفاع ضغط الدم الشرياني
 - قصور قلبي يساري أو كلي نتيجة لارتفاع ضغط الدم
 - اضطراب نبضات القلب
 - ضيق التنفس عند أي مجهود
- أعراض هضمية: تتمثل في:
 - فقدان الشهية
 - حروق معدية والأم هضمية
 - غثيان
 - تقيؤ
 - انتفاخ
 - إسهال مصحوب بدم
- أعراض دورية: أهمها:
 - فقر الدم
 - اضطرابات تخثر الدم
 - نقص المناعة
 - هبوط الرغبة الجنسية واضطرابات العادة الشهرية عند الإناث
- أعراض بولية: وهي:
 - شحوب البول وقلة كميته وتركيزه
 - عدم استقرار الـ PH
 - كثرة التبول أثناء الليل
 - ارتفاع البوتاسيوم وانخفاض الكالسيوم في البول والدم
 - وجود الدم في البول
 - تغير في تركيب البول.

- أعراض عصبية: ومنها:

- حوادث وعائية دماغية خاصة في حالة ارتفاع الضغط الدموي
- حوادث عصبية نفسية لها علاقة بالتسمم الدوائي
- رعشة الأطراف
- تشنجات عضلية
- اضطرابات الوعي وتظهر في المراحل الأخيرة من المرض وتتجلى في هذيان وفقدان الوعي ونوبات تشنج وصرع.

- أعراض عظمية: وهي:

- هشاشة العظام عند الراشد وكساح عند الأطفال
- التهاب ألياف العظام، إضافة إلى هذه الأعراض يمكن أيضا ظهور ما يلي:
- هزال
- انخفاض حرارة الجسم على الحرارة العادية (هاشم، 1989، ص78)

2.4- أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن:

- تتعدد أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولكننا يمكن أن نصنفها حسب نوعها إلى أسباب تكوينية وأخرى مكتسبة
- الأسباب التكوينية: وتتمثل فيما يلي:
 - تشوه الكليتين أو المجاري البولية.
 - مرض وراثي في الكلية.
 - كلية متعددة الأكياس.
 - التهاب المصفيات المزمن (متلازمة البورت).
 - اضطراب الأيض كداء النقرس وهو أحد الاضطرابات التي تمس الأيض حيث يتراكم حمض البولييك الناتج عن التمثيل الغذائي للبروتينات التي وجب أن يتخلص منها الجسم، بإخراجها بواسطة الكليتين، فإذا أنتج الجسم كميات تفوق قدرة الكليتين على معالجتها يختل

التوازن وقد يؤدي ذلك إلى القصور الكلوي. (Bernard Béranger, 1989, p 16)

- انسداد المجاري البولية لعدة أسباب منها وجود حصيات أو تضخم البروستات أو وجود ضيق في مجرى البول ولا يعرف السبب الحقيقي لتكون الحصى ولكن هناك أشخاص لديهم الاستعداد لتبلور المواد مثل اكسالات البوتاسيوم وحامض البوليك فنتكون النواة الحصوية ثم يزداد الترسيب على هذه النواة.

● **الأسباب المكتسبة: وتتمثل فيما يلي:**

- **التهاب كبيبات الكلية المزمن:** وهي إصابة الكلى على مستوى الكبيبات واضطراب وظيفتها في تصفية الدم، ويبقى سبب هذا الالتهاب غير معروف، إلا أن إصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي للجسم لتتكون مولدات الأجسام المضادة ومنه يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليترسب الناتج في أغشية الكبيبات الكلوية.

(Aline et all, 1994, p166)

- **التهاب حوض الكلية المزمن:** وهو أحد أهم الأسباب في الإصابة بالمرض ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، أين يظهر عيب خلقي في الحالب مما يؤدي إلى ارتجاع البول من المثانة إلى الحالب.

- **الضغط الدموي المرتفع ومرض السكري:** يؤدي ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري لدى بعض المرضى إلى الإصابة بالعجز الكلوي لأن إصابة الفرد بارتفاع ضغط الدم أو السكري تؤدي مع مرور الوقت إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية، وبالتالي يحصل ضمور في منطقة القشرة (cortex rénal) وهو ما يؤدي إلى العجز الكلوي.

- **الاستخدام المفرط لبعض الأدوية:** إن الإفراط في استخدام الأدوية وخاصة المسكنات ومضادات الالتهاب لفترة طويلة وبجرعات كبيرة

- من أهم الأسباب المؤدية للقصور الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية وحوضها وتؤدي إلى تلفها ومن بين هذه الأدوية نذكر:
- الأدوية المسكنة مثل البراسيتامول والأسبرين.
 - أدوية الروماتيزم مثل الفيتوبروفينو الاندوميثاسيون.
 - بعض المضادات الحيوية وأهمها مشتقات الامينوجليكوزيد.
 - الصابغات المستعملة في الاشعة.
 - الأدوية المستخدمة في علاج السرطان.
 - الأدوية المستخدمة في التخدير (البار، 1992، ص 49)

5.2- الآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن واحتياجات المريض:

للإصابة بهذا المرض آثار نفسية واجتماعية واقتصادية تعوق أداء المريض لوظائف في حياته اليومية.

- **الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب:** يعيش المصاب بالقصور الكلوي حالة نفسية صعبة ناتجة عن اضطراره إلى ملازمة آلة التصفية التي تعوض عضوا من أعضاء جسمه فقد فعاليته، وهو بذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف الذي ينتج من الإحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلفت. (إقبال إبراهيم مخلوف، 2005، ص 145)
- **الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة:** يمر المريض وأسرته بعد لإصابة بالمرض بعدة مراحل هي مرحلة الصدمة، مرحلة الإنكار، مرحلة الخوف، مرحلة الإحباط، حيث تتضارب المشاعر التي يسودها الشعور بالذنب والخوف من المستقبل. (إقبال إبراهيم مخلوف، 2005، ص 145)
- **الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع:** يعاني مريض القصور الكلوي من سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية فيلجا بذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين، وسوء التكيف هذا ناتج عن الصعوبات والمشاكل التي يعانيتها المريض مع مجتمعه والتي نذكر من بينها:

- **عدم القدرة على العمل:** مريض القصور الكلوي لا يستطيع العمل في مهنة تتطلب جهدا كبيرا مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى بقاءه دون عمل.
- **العزلة:** نظرا لعدم تقاسم المريض نفس الاهتمامات مع الآخرين وذلك نتيجة انشغاله الدائم بوضعه الصحي، كما انه يشعر أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عبئا عليه، وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف مع الوضع يفضل المريض العزلة (**حلواني، 2000، ص 57، 59**)
- **الحساسية:** غالبا ما يكون المريض شديد الحساسية مما يتسبب في نزاعات مع أفراد الأسرة والمحيط (**عبد الخالق، 2008، ص 107**).
- **الآثار الصحية:** إن المرضى بأمراض الكلى يفقدون الكثير من قدراتهم الجسمية والقدرة الجنسية إحداها، حيث لوحظ أن المريض بالقصور الكلوي المزمن والذي يخضع لعملية التصفية تنقص قدرته الجنسية تدريجيا وهذا ما يؤثر على حياته الزوجية إن كان متزوجا (**حنفي، 1992، ص 111**).
- **احتياجات المريض:** يحتاج المريض بالقصور الكلوي إلى رعاية نفسية ومتابعة طبية واهتمام خاص بغذائه.
- **احتياجات بيولوجية وطبية:** وتتمثل في دليل خاص بالغذاء يحتوي على توضيحات تمكن مرضى القصور الكلوي من الحفاظ على سلوك غذائي صحي يمنع المضاعفات، كما تتمثل أيضا في الأدوية وآلات التصفية
- **الاحتياجات النفسية:** إن الاهتمام بالعوامل النفسية عند المصاب بالقصور الكلوي من شأنه أن يخلص المريض من الشعور بالقلق والاحباط الناتجان عن عدم الشعور بالأمن والخوف من الموت، لذلك نجد مريض القصور الكلوي بحاجة إلى الرعاية النفسية التي تمكنه من التكيف مع مرضه (**حلواني وآخرون، 2000، ص 60**).

6.2- علاج مرض القصور الكلوي المزمن:

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

- إبطاء تطور المرض وتمكين المريض من تفادي الخضوع لعملية التصفية لمدة أطول.

- علاج آثار وانعكاسات القصور الكلوي المزمن في مرحلته النهائية بالاعتماد على برنامج مكثف يشمل على ما يلي:

- **الحمية:** تقدم للمريض مجموعة من الإرشادات والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لان هذا المرض يؤثر على مختلف الأجهزة في الجسم، كما أن عملية تصفية الدم لا تكون فعالة إلا بإتباع حمية مدروسة وخاضعة لشروط صحية وهي كما يلي:

● التقليل من المواد البروتينية protide ويمكن فقط اخذ كمية تقدر بـ 0.8 غ يوميا من أجل التقليل من كمية الفسفور، اليوري، والكالسيوم.

● الإنقاص من المواد الغذائية التي تحتوي على كميات معتبرة من البوتاسيوم مثل الفواكه والشوكولاتة.

● أخذ كميات من الماء والصوديوم تتناسب مع نوع القصور الكلوي وأسبابه ومرحلته فمثلا: الإنقاص في حالة تناذر néphrotique

وعندما يكون المريض مازال محتفظا بمنعكس التبول (كريستون

وطومسون ، ص113، 112)

- **الأدوية:** يتناول المريض بالقصور الكلوي مجموعة من الأدوية لتصحيح

بعض الاضطرابات والانعكاسات الناتجة عن المرض وكدعم للعلاج

الأساسي (تصفية الدم) والتي من بينها:

● أدوية calcium أو renégat في المراحل الأولى من المرض

إضافة إلى فيتامين D لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفسفور

● أدوية خافضة للضغط الدموي les hypotenseurs ومن اجل خفض زيادة اليوري يبحث الطبيب عن التجاوزات التي يقوم بها المريض في حميته

- **تصفية الدم:** ظهرت تقنية تصفية الدم سنة 1942 في هولندا، وتطورت سنة 1960 بعدما اكتشف الباحثان W. Quinton و B. H Scribner. مبدأ court- circuit ويتمثل في أنبوبة يتم تركيبها بين الشريان والوريد artirio – veineux في الساعد ويتم استعمالها بوصلها بجهاز الكلية الاصطناعية، وقد توصل الباحث cimino من جامعة نيويورك إلى طريقة لإيصال الدم إلى الأنابيب الموجودة في الآلة عن طريق الناصور (fistule Artérioveineuse) (FNA) ، ويتم ذلك عن طريق عملية جراحية يجريها الطبيب المختص على مستوى الساعد بين الوريد والشريان، وبعد حوالي ثلاثة أسابيع تتضخم أوردة الساعد لتسمح باختراقها بإبرة تنقل الدم إلى جهاز الكلية الاصطناعية.

● تعريف عملية التصفية **hémodialyse**:

هي كلمة تتكون من جزئين hemo وتعني الدم و dialyse وتعني التصفية وهي تقنية تستخدم من اجل علاج مرضى القصور الكلوي الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية وفيها يعمل جهاز التصفية وفق نظام توازن الأملاح في الدم والمواد الذائبة في الماء ويعيدها إلى مستواها الطبيعي، وهذا الجهاز مزود بالية تسمح بالترشيح وخروج الماء من الدم (الصبور، 1994، ص 89).

● تعريف **P. Jungers 1988**:

هي عملية تبادل بين دم المريض وآلية التصفية التي تحتوي على مركبات كهربائية composition électrique والتي تعوض البلازما plasma وتسمح بتشكيل غشاء نفوذ (P. Jungers, 1988)، وهي طريقة لتطهير وتنقية أو تحليل كيميائي مبني على خاصية أن

بعض الأجسام تحترق أو تنفذ بسهولة أكثر من أجسام أخرى داخل الأغشية الحساسة، وعملية التنقية هذه من الناحية العلاجية هي طريقة لمساعدة الكلية العاجزة للتغلب على القصور الكلوي المزمن، حيث أن دم المريض يحتوي على فضلات لا تستطيع الكلية المريضة التخلص منها فتأتي عملية التصفية dialyse التي تعتمد على التبادلات بين دم المريض ومحلول التصفية وهو محلول ذو تركيب مشابه لمحلول البلازما مما يسمح بالتصفية (Claude Naudine,1995,p 122)

• مكونات جهاز تصفية الدم:

- الحوض bain de dialyse : وهو جهاز يسمح بالحفاظ على درجة حرارة الحوض ونقائه والحفاظ على التدفق المستمر المنتظم والحفاظ على الضغط، أي يسمح بان يكون الوسط مثل الدم من حيث درجة الحرارة 38° والضغط وتركيبه.

- محلول الحوض dialysat: والذي يسمح بالتصفية ويكون خاليا من الفضلات ويحتوي على القليل من شوارد H^+ ، K^+ ، Na^+ ويتكون من ماء معالج خال من المعادن (الألمنيوم والكالسيوم).

- الغشاء نصف النفاذ membrane dialysant: يسمح بمرور الفضلات والبولة و K^+ ، Na^+ ، H^+ ، ولكنه غير نفوذ للبروتينات وكريات الدم الحمراء والبيضاء وغيرها.

- مقر التصفية dialyseur : ويحتوي على وسطين (الدم ومحلول الحوض) منفصلين بواسطة غشاء نفوذ، حيث يتم خروج شوارد K^+ ، Na^+ ، H^+ من الدم حتى يصبح تركيزها متساويا وعاديا مع تركيز ماء الحوض عن طريق ظاهرة الانتشار الاسموزي لتخرج الفضلات من الدم إلى الحوض. (Alain et all, 1993, p 96)

خلاصة:

إن الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن كثيرا ما يكون نتيجة لأمراض أخرى كالإصابة بمرض السكري، أو ارتفاع الضغط الدموي، فكثير من المرضى لا يدركون مضاعفات هذه الأمراض المذكورة والتي قد تسبب لهم أمراض أخرى أهمها مرض القصور الكلوي المزمن، كما قد يأتي هذا المرض نتيجة اختلالات في الكلية أو لأمراض المسالك البولية.

لهذا فإن الفحوصات المبكرة والدورية مهمة في الكشف عن بداية المرض قبل تطوره، لأن تلقي العلاج في بداية ظهور المرض قد يفيد كثيرا في علاجه وتجنب إزمائه.

أما المرضى المصابين بالسكري أو ارتفاع الضغط الدموي فلا بد لهم من المتابعة الطبية الدورية المستمرة مع الالتزام بتناول الأدوية والمواظبة على السلوكيات الصحية تجنباً للإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن.

الفصل الثالث

الانعكاسات النفسية للأمراض المزمنة

- تمهيد

1- الإنكار

2- القلق

3- الاكتئاب

4- قلق الموت

- خلاصة

تمهيد:

مما لا شك فيه أن هناك العديد من الأمراض المزمنة التي تترك آثارا بالغة في مختلف نواحي حياة المريض، فتلك الانعكاسات والآثار كثيرا ما تكون سلبيةاتها على المريض عبء آخر مع المرض الذي يعاني منه.

فالمرض المزمن قد يتطلب منه إحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية، وهذا ما يجعل المرضى المزمنين بعد تشخيص مرضهم كثيرا ما يواجهون أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن الجسدي والنفسي والاجتماعي، حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة، مما قد يؤدي بالمريض للجوء إلى حلول أخرى قد يغلب عليها الجانب المرضي، حيث قد يسيطر الإنكار والاستجابات الانفعالية كالقلق والاكتئاب والخوف من المستقبل وحتى الخوف من الموت، وتبقى بعض الفروق في الاستجابات نتيجة وجود الفروق الفردية كما نجد بعض الفروق مردها إلى طبيعة ونوع المرض المزمن الذي يعاني منه المريض، وهذا لا يعني أن هناك فئة من المرضى تستطيع تجاوز الأزمة ويبدأ المريض في تغيير حياته شيئا فشيئا ويستطيع التأقلم مع مرضه بدرجة تجعله يتعايش مع المرض .

ويمكننا في هذا الفصل أن نشير إلى أهم الانعكاسات النفسية للأمراض المزمنة وهذا بالتركيز على مرض القصور الكلوي المزمن، ويمكن عرض هذه الانعكاسات على النحو التالي:

1- الإنكار le dénie:

يشكل التشخيص بمرض مزمن في أغلب الأحيان صدمة كبرى بالنسبة للفرد، حيث يتغير فجأة كل شيء في حياته بدءا من البسيط (ماذا يمكن أن يفعل غدا) إلى المعقد (ماذا يمكن أن يفعل بقية حياته)، إذ أن التشخيص المبدئي قد يربك الشخص لدرجة تجعله عاجزا عن الإدراك الفوري لعمر التغيير المطلوب، وقد يحتاج المريض إلى أيام أو ربما أسابيع، للإجابة عن كثير من هذه التساؤلات التي تتعلق بحياته الراهنة والمستقبلية، وكيف يضعها ضمن نظام أولويات مناسب، فكل لحظة قد تحمل في

طياتها خطة تحتاج إلى تعديل ، كما أن كثرة المسائل على المريض التي يتوجب عليه النظر فيها قد تجعله عاجزا عن الاستجابة للمعالجة ، أو فهم المدى و الحدود التي تتطلبها ، أما أبرز العواطف التي تصاحب حالة الارتباك والإحساس بالضيق فهي الإنكار والقلق وقد يسيطر الاكتئاب فيما بعد على الحالة الوجدانية للشخص. (تايلور، 2008، ص 624) .

ويعتبر الإنكار وسيلة دفاعية، يتجنب الشخص من خلالها حقيقة المرض وأبعاده، فقد يتصرف وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليها، أو أنه سوف يزول خلال فترة وجيزة، أو أن آثاره بعيدة المدى ولا قيمة لها، وفي الحالات الأكثر تطرفا قد ينكر المريض أن لديه مرضا بالرغم من كل المعطيات الواضحة حول التشخيص، فالإنكار إذن هو حالة المنع اللاشعوري لإدراك واقع المرض وأبعاده، وهو رد فعل شائع للمرض المزمن عند مرضى القلب والسرطان.

لطالما أعتبر الإنكار في الماضي وسيلة دفاعية بدائية غير ناجحة ، وقناعا يحجب الألم مؤقتا، لكن علماء النفس يدركون الآن إيجابياته، إلى جانب إدراكهم لسلبياته، فقد يكون الإنكار يعرقل عملية العلاج المناسب، كما أنه يشكل حماية للفرد بعد التشخيص مباشرة، و أثناء المرحلة الحادة من المرض ، فقد يكون الإنكار سببا في إدراك حجم المشكلات الناجمة عن المرض في وقت لا يكون فيه المريض قادرا على مواجهتها ، و قد وجد في إحدى الدراسات على مرضى القلب أن الإنكار قد ارتبط بفترات أقل من الإقامة في وحدات العناية المركزة ، و بإشارات أقل على وجود خلل وظيفي في القلب ، كما أنه يقلل من الأعراض غير السارة و الآثار الجانبية للمعالجة، كما يمكنه أن يحجب الشعور بالفزع المرتبط بالألم المزمن إلى أن يتكيف المريض مع التشخيص ، و يفهم ما يمكن أن يفرضه المرض من قيود على حياته بصورة واقعية (تايلور، 2008، ص 625) .

لكن أثناء مرحلة التأهيل فقد يكون للإنكار آثاره السلبية ، فقد أظهرت الدراسات أن المرضى الذين كانوا على درجة عالية من الإنكار كانوا أقل تكيفا مع المرض في السنة التي تلت خروجهم من المستشفى، كما أنهم أقل التزاما ببرنامج العلاج

واحتاجوا إلى فترة أطول من الإقامة مرة أخرى في المستشفى ، مما يعني أن الإنكار قد يتدخل في قدرة المريض على مراقبة حالته و متابعتها بنجاح ، فعندما يكون المريض بصدد المشاركة في برنامج علاجي بفعالية و تقييم نشاطه بواقعية، والالتزام بالدواء وأية تغييرات أخرى في أسلوب حياته ، فإن الإنكار قد يشكل مصدر إعاقة كبير (تايلور، 2008: 626).

وبشكل عام يمكن للإنكار أن يكون مفيداً، لكنه قد يعود بانعكاسات سلبية على المريض يجعله لا يتابع حالته الصحية بجدية والتزام مما يمهد لأعراض أخرى ومضاعفات للمرض على صحة و حياة المريض.

الانكار لدى مرضى القصور الكلوي المزمن:

يعتبر الانكار الاستجابة الأولى الأكثر شيوعاً عند تشخيص مرض مزمن أو مستعصي لدى الأفراد ، فالشخص الذي يكون يعيش حياة طبيعية وفجأة يظهر عليه مرض مزمن يتطلب منه الكثير من التغييرات في حياته ، هذا ما يجعله يلجأ إلى الانكار للتخفيف من حدة صدمة المرض و من بين هذه الامراض المزمنة مرض القصور الكلوي المزمن ، فالتوقف التام لعمل الكليتين وخضوع المريض لعملية تصفية الدم ثلاث مرات في الأسبوع ليس بالأمر الهين ، وفي هذا الصدد يقول (تايلور) : يشكل التشخيص بمرض مزمن في أغلب الأحيان صدمة كبرى بالنسبة للفرد ، حيث يتغير فجأة كل شيء في حياته ، بدء من البسيط إلى المعقد ، إذ ان التشخيص المبدئي قد يربك الشخص لدرجة تجعله عاجزاً عن الإدراك الفوري لعمق التغيير المطلوبوقد يحتاج المريض إلى أيام ، أو ربما أسابيع للإجابة عن الكثير من التساؤلات التي تتعلق بحياته الراهنة و المستقبلية ...كما ان كثرة المسائل التي يجد المريض ان عليه النظر فيها قد تجعله يبدو عاجزاً عن الاستجابة للمعالجة ويعتبر الانكار وسيلة دفاعية يتجنب الشخص من خلالها حقيقة المرض و أبعاده ، فقد يتصرف وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليها ، أو انه سوف يزول من خلال فترة وجيزة و أن آثاره بعيدة المدى لا قيمة لها و في الحالات المتطرفة قد ينكر المريض أن لديه مرضاً بالرغم كل المعطيات الواضحة حول التشخيص

(تايلور ، 2008 ، ص ص 623، 624) فالإنكار إذن حالة من المنع اللاشعوري الإدراك واقع المرض وأبعاده وهو رد فعل شائع للمرض المزمن وهذا ما نجده لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، فمنهم من ينكر المرض أصلا و منهم من يرفض عملية تصفية الدم بحجة أن كليتيه غير متوقفتان عن العمل وتعملان بشكل طبيعي .

2- القلق L'anxiété :

يعد القلق من الموضوعات التي لقيت اهتماما كبيرا لدى علماء النفس، إذ يعتقد علماء النفس بأن القلق من أخطر الأمراض النفسية التي يتعرض لها الإنسان في هذا العصر، وقد اتفقت كافة التوجهات النظرية في علم النفس على مدى أهمية موضوع القلق، إلا أنهم اختلفوا في تعريفه كما تناقضت آراءهم حول المقومات التي يمكن من خلالها التخلص من القلق النفسي.

2-1- مفهوم القلق :

لقد تعددت تعاريف علماء النفس للقلق لأنه مفهوم معقد، إذ يعتبر من الأمراض العصابية إلا أنه سمة رئيسية في معظم الاضطرابات، وعلى الرغم من الاستعمال الواسع للقلق إلا أنه ليس هناك اتفاق على تعريفه ويتضح ذلك من خلال اختلاف وجهات النظر لعلماء النفس:

- أنه حالة من الخوف الغامض الشديد يمتلك الإنسان فيسبب له كثيرا من الضيق و الألم (الغيومي :1980، ص 119).
- أما ماسرمان (Messer man) : فيعرفه على أنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولة الفرد للتكيف (فهمي، 1987، ص 199).
- كما يعرفه "عبد السلام زهران " على أنه " حالة توتر شامل ومستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية كما أنه شعور متعلق سواء بوضعية صدمة حالية،

أو أنه متعلق بانتظار خطر آت من موضوع غير محدد. (زهران، 1978، ص 14).

- كما يعرفه " جمال زكي ": القلق في معناه العلمي يدل على إحدى الحالات الانفعالية التي تصاحب الخوف من المستقبل أو تؤدي إلى الضيق وعدم الرضا، الذي يعوق التفكير الصحيح والعمليات العقلية الأخرى (زكي، 1967، 14).

مما سبق من التعريفات يتضح أن القلق حالة توقع الشخص لخطر أو شر يهدد حياته ويخشى من وقوعه ونحن في هذا العنصر " القلق " لا نود التفصيل فيه أكثر من حيث ذكر أنواع القلق، والنظريات المفسرة للقلق، وطرق العلاج، بحيث سنكتفي بالعناصر الأساسية التي تخدم البحث فقط.

2-2- أعراض القلق:

يمكن تقسيم أعراض القلق إلى ثلاث أقسام أساسية وهي:

- **الأعراض النفسية:** نجد الخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، كما نجد عدم القدرة على التركيز، الانتباه، الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة، العجز وسرعة الاستثارة، عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة، ويفقد المريض السيطرة على أعصابه بسهولة لأنفه الأسباب، وهذا ما يكون سببا في استثارة مشاكل أخرى عند المريض سواء في البيت أو العمل، فنجد المريض يشتكي من ضجيج الأطفال في البيت و صراخهم، كما يشتكي أكثر من غيره من مشاكل العمل و اضطراب في علاقته مع زملاء العمل، كما نجد الفرد القلق أقل تركيز من غيره و ينسى بسرعة، و قد يصاب بفقدان الشهية للطعام مع هبوط الوزن و الأرق (غالب، 1986، ص 32).

- **الأعراض الفيزيولوجية:** من بين أهم أعراض القلق الفيزيولوجية هي الزيادة في نشاط الجهاز العصبي المركزي اللاإرادي السمبثاوي والباراسمبثاوي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرليالين والنور ادريالين في الدم، ومن ثم يرتفع ضغط الدم

وتزيد ضربات القلب، تتسع حدقة العينين، يتحرك السكر في الكبد، تزيد نسبته في الدم مع شحوب الجلد وزيادة إفراز العرق، جفاف الحلق وأحيانا ترتجف الأطراف ويعمق التنفس، أما ظهور نشاط الجهاز البراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول، الإسهال، زيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم (غالب ، 1986، ص 32).

- **الأعراض الإكلينيكية:** يظهر المصاب بالقلق عادة التوتر، وكثرة الحركة، سرعة التنفس، الكلام السريع غير المترابط، نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق، اتساع حدقة العينين وشحوب الجلد، الارتجاف الشديد للأطراف، الإغماء والعرق البارد والأعراض الإكلينيكية نجدها في أجهزة الجسم كما يلي:

- في الجهاز القلبي: يشعر الإنسان بالقلق بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر، مع سرعة دقات القلب والشعور بنبضات غير منتظمة وفي كل مكان.
- الجهاز الهضمي: نجد صعوبة في البلع أو سوء الهضم والانتفاخ وأحيانا الغثيان، القيء، الاسهال والإمساك.
- الجهاز التنفسي: نجد سرعة التنفس والتنهدات المتكررة والشعور بالضييق في الصدر، عدم القدرة على استنشاق الهواء، تغير درجة الحرارة، قلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يجعل الفرد يشعر بالتميل في الأطراف العصبية وأحيانا الإغماء.
- الجهاز العصبي: تظهر على الإنسان القلق شدة الانعكاسات العميقة مع اتساع حدقة العين، ارتجاف الأيدي مع الشعور بالدوران والدوخة.
- الجهاز البولي التناسلي: أعراض تتمثل في كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة كما يحدث قبل الامتحانات، كذلك فقد القدرة الجنسية عند الجنسين وقد يتسبب في اضطراب الطمث عند المرأة.

- الجهاز العضلي: نجد فيه آلام مختلفة في الجسم منها آلام عضلية في الساقين، الذراعين أو الظهر أو فوق الصدر (غالب، 1986، ص24).

2-3-أسباب القلق:

اختلفت نظريات علم النفس في تحديد الأسباب المؤدية للقلق ذلك لأن كل نظرية قامت بدراسة القلق من وجهة مختلفة عن الأخرى، ويمكن اختصار أسباب القلق فيما يلي:

- **العوامل الوراثية:** إن الأساس الوراثي للقلق يتضح من دراسة التوائم المتطابقة و التوائم المتأخية، ومن دراسة التوائم و هي بعيدة عن بعضها، فتبين أنها لا تزال تصاب بالقلق بالرغم من اختلاف المحيط بين الاثنين، فكل ذلك يدل على وجود درجة من العوامل الوراثية ذات الصفات المتنوعة، تدخل في تهيئة الفرد للقلق، إلا أن البناء الوراثي لا ينفي أو يقلل من شأن العوامل المحيطة والنفسية العديدة (عبد الستار، 1980، ص51).
- **العوامل النفسية:** إن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، يسبب القلق إضافة الى الضعف النفسي العام والتوتر الشديد، الصدمات النفسية، الشعور بالعجز، الذنب، الخوف من العقاب، مع العوامل المتعلقة بالحياة العامة والمشاكل المالية والمهنية والعائلية التي تفوق تحمل الفرد كلها عوامل الاستجابة للقلق، كما أن الامراض العضوية الحادة والمزمنة تمهد هي الأخرى للقلق الذي يواجه الفرد. (الدباغ ، 1986، ص3).
- **مواقف الحياة الضاغطة:** إن تعدد الأعباء والمشكلات التي يتعين على الفرد في هذا العصر مواجهتها، وتعدد الجهات التي عليه أن يتعامل معها و القوانين التي من المفروض أن يخضع لها في العمل، الشارع و الحياة ، كما أن هناك الكثير من الممنوعات التي يتعين الابتعاد عنها لأن كل من يقترب منها سيتعرض للعقاب، كما أن الحياة الحديثة بما فيها من أعباء و مسؤوليات تحتاج

من الفرد بذل طاقة نفسية للتكيف معها، وضغوط الحياة قد تكون فردية يتأثر بها الفرد الذي يقع عليه العبء لوحده ، أو جماعة تتأثر على قطاع كبير من الناس كالكوارث و الحروب (الدباغ، 1986، ص38).

- **العوامل الفيزيولوجية:** يشرف الجهاز السمبثاوي و البراسمبثاوي المتمركز بالدماغ على تسير و عمل كل الآليات الانفعالية، إذ أن مواجهة الاحالات الضاغطة تعمل على تنشيط مفرط للجهاز السمبثاوي، فيفرز هذا الجهاز وسيط كيميائي يسمى (الادرينالين)، و في حالة إجهاد الجهاز السمبثاوي يعجز البراسمبثاوي عن إرجاع الوظيفة إلى حالتها الطبيعية فيحدث على شكل أعراض صحية و نفسية سلبية (الدباغ، 1986، ص40).

4-2- تشخيص القلق :

حسب الدليل التشخيصي الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسي وفي دليلها فإنه يمكن تشخيص اضطراب القلق المعمم وفق المعايير التالية:

أ- قلق زائد و انشغال (قلق توجسي) يحدث في أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل ، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة).

ب- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.

ت- يصاحب القلق والانشغال ثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة ستة أشهر الأخيرة).

- تملل أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.
- سهولة التعب.
- صعوبة التركيز أو فراغ العقل.
- استثارة.
- توتر عضلي.
- اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو المتملل).

ث- يسبب القلق أو الانشغال القلق أو الأعراض الجسدية إحباطا هاما سريريا أو انخفاضا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى من الأداء.

ج- لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلا، فرط نشاط الدرق).

ح- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر ، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي، أو اضطراب القلق الاجتماعي ، العدوى والوساوس الأخرى ، كما في الوسواس القهري، وما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس الانفصال عن شخص متعلق به ، أو اضطراب القلق الانفصال ، اكتساب الوزن كما في القمه العصبي، الشكاوي الجسدية، في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم ، وجود مرض خطيرا في اضطراب قلق المرض، أو محتوى الأوهام في الفصام، أو الاضطراب التوهمي.

(الحمادي ، 2016، ص97)

2-5-القلق والأمراض المزمنة:

القلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض، حيث تخور قوى العديد من المرضى، و يحسون بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه المرض المزمن من تغير في حياتهم من احتمالات الموت، وقد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض، فمع كل وخزة ألم في الصدر يخاف المريض من حدوث نوبة قلبية أخرى و يصبح مريض السرطان حساسا و يتوجس باستمرار لأية تغيرات في حالته الجسمية، وكل ألم مهما كان بسيطا يثير خوفه من حدوث انتكاسة (تايلور، 2008، ص 626).

وينظر إلى القلق على أنه مشكلة، ليس لأنه بطبيعته يبعث على الضيق والتوتر والشدة فحسب، وإنما لأنه قد يؤثر في قدرة المريض على القيام بوظائفه، فالمريض القلق من علاج مزعج قد ترهقه الشدة الانفعالية و تستنزف طاقاته قبل بدء العلاج،

ومريض كهذا ستكون قدرته على التكيف للعلاج أقل من الشكل المطلوب، وعادة ما يكون مرضى السرطان الذين على درجة عالية من القلق، أقل تكيفا للعلاج الإشعاعي وأقل استفادة من المعالجات السلوكية الموجهة للتقليل من الضغوط التي تصاحب العلاج الكيماوي، كما لوحظ تدني في ضبط الجلوكوز، وزيادة الأعراض لدى مرضى السكري الذين يعانون من القلق، كذلك وجد أن مرضى القلب القلقين لم يعودوا إلى عملهم في المواعيد المقررة.

وهناك عدة أنواع من الحوادث التي ثبت أنها تزيد من مستوى القلق عند المرضى المزمنين، إذ يكون القلق عاليا عادة عندما يكون الفرد بانتظار نتائج فحوصه، أو عندما يتوقع آثارا جانبية سلبية للعلاج، و يرتفع القلق أيضا عندما يتوقع الفرد تغيرا جوهريا في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه أو عندما يشعر بالاعتمادية على أخصائيي الصحة، أو عند توقعه عودة النوبة المرضية، أو حين يفتقر للمعلومة الصحيحة حول طبيعة مرضه أو علاجه، و مع أن القلق الذي يعزى للمرض مباشرة قد يقل مع الوقت إلا أن القلق حول احتمال ظهور مضاعفات والأبعاد المستقبلية للمرض، وأثره على نواح حيوية من حياة الفرد مثل العمل و الترويح وربما يزداد مع الوقت وعليه فقد نحتاج إلى تقييم مثل هذا القلق ومعالجته (تايلور، 2008، ص627).

و تشير الدراسات التي تناولت موضوع القلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن على انتشاره بين هذه الفئة من المرضى و التي سبق ذكرها من قبل في الدراسات السابقة مثل دراسة (Stasaik , et al, 2004) ، (Tanvire et al, 2013) ودراسة (Petel, et al 2012) ... الخ ، اذ نجد ان القلق منتشر بصفة واضحة لدى هذه الفئة من المرضى، فمرضى القصور الكلوي المزمن ترتفع نسبة القلق لديهم لكونهم يصبحون اكثر اعتمادية على الاخرين ، كما ان تغير نمط حياتهم يعتبر مصدر اساسيا للقلق لديهم ، دون ان ننسى الدوامه الغير منتهية من حصص

تصفية الدم مدى الحياة ، كل هذا يجعل المريض قلقا و يخاف أيضا من مضاعفات المرض مع التقدم في السن اكثر.

3- الاكتئاب La dépression:

يعد الاكتئاب من أكثر المفاهيم انتشارا، إضافة الى الضغط النفسي والقلق، بحيث أصبحت هذه الاضطرابات الثلاثة من أكثر الإضرابات انتشارا في العالم، كما أن تداول هذه الاضطرابات أصبح عند العام والخاص حتى أصبحت تسمى باضطرابات العصر الحديث، رغم أن جذور الاكتئاب تعود الى التاريخ القديم للبشرية كما وصفه الفلاسفة والمؤرخون.

3-1- مفهوم الاكتئاب:

لقد تعددت وتنوعت التعاريف المقدمة للاكتئاب وذلك لاتساع مجالات البحث فيه واختلاف في الاتجاهات النظرية نحو الاكتئاب، كما أن هذا الاضطراب الذي يتأرجح بين العصاب أحيانا والذهان أحيانا أخرى، جعله يأخذ عدة تعاريف ولكن مجملها تصب في كون هذا الاضطراب يصيب المزاج والشعور بالحزن ويمكن إعطاء التعاريف التالية من أجل توضيح أكثر لهذا الاضطراب:

- **تعريف احمد عكاشة:** يعرف أحمد عكاشة الاكتئاب بأنه مرض يتضمن الأفكار السوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية للطعام والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار والمبالغة في الأمور التافهة والأرق الشديد والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار السوداوية الانتحارية (الخالدي، 2002، ص 79) .

- **تعريف حامد عبد السلام زهران:** حالة من الحزن الشديد والمستمر تنتج من الظروف المحزنة الأليمة و تعبر عن شيء مفقود و إن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (زهران، 1995، ص449).

- **تعريف رزق:** بأنه الهبوط هو موقف عاطفي، أو اتجاه انفعالي يتخذ في بعض الأحيان شكلا مرضيا واضحا وينطوي على شعور بالقصور وعدم الكفاية

والياس بحيث يطغى هذا الشعور على المرء أحيانا ويصاحبه انخفاض في النشاط النفسي والعضوي (رزق، 1987، ص44).

- **تعريف الحنفي:** استجابة الاكتئاب العصابي، وهو رد الفعل الذي يأتي نتيجة مواقف شديدة مثل فقد عزيز، أو نزول كارثة مالية، أو الفشل في التجارة أو الزواج أو مرض خطير، من شأنها أن يصاب الشخص بالاكتئاب (الحنفي، 1992، ص74).

- **وعرفته سلامة:** بأنه خبرة ذاتية أعراضها الحزن و التشاؤم، وفقدان الاهتمام و اللامبالاة و الشعور بالفشل و عدم الرضا، الرغبة في إيذاء الذات، التردد، عدم البت في الأمور، الإرهاق وفقدان الشهية، مشاعر الذنب، احتقار الذات، بطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل الجهد (سلامة ، 1989 ، ص43).

- **تعريف جرجس :** يعرف الاكتئاب بأنه حالة تتميز بالانقباض في المزاج واجترار الأفكار السوداء، و الهبوط في الوظائف الفيسيولوجية قد يصاحبه بعض الإرجاع العقلي المرضي، و قد يكون أحد طوري ذهان الهوس والاكتئاب وقد يحدث نتيجة التعرض لمشقة من قبيل الاستجابة المرضية له (موسى ، 1993 ، ص433).

- **تعريف ستور Storr:** عرف الاكتئاب بأنه مفهوم لحالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن و تأخر الاستجابة و الميل التشاؤمية، وأحيانا تصل الدرجة في حالات الاكتئاب إلى الميل الانتحارية، كذلك تغلو درجة الشعور بالذنب إلى درجة أن الفرد لا يذكر إلا أخطأه وذنوبه وقد يصل إلى درجة البكاء الحاد (موسى، 1993، ص433).

- **تعريف برنز و بيك Burns et Beck:** بأنه اختلال يصيب الجهاز النفسي والبيولوجي كله، و يشمل الانفعالات، الأفكار، السلوكيات والوظائف البدنية، ويتميز المكون الانفعالي بوجود مزاج كدر يشتمل مشاعر الحزن، التوتر، اليأس والشعور بالإثم، وتشمل الأعراض البدنية على توهم المرض والأرق و زيادة الوزن أو نقصانه، والإمساك أو الإسهال، والسبات والخمول وعدم

النشاط والانعزال عن العمل، و تجنب الأنشطة السارة (الشناوي، 1991 ، ص4).

- **تعريف بيك Beck:** حالة انفعالية تتضمن تغيرا محددًا في المزاج مثل مشاعر الحزن و القلق و اللامبالاة ، ومفهوما سالبًا عن الذات مع توبيخ الذات و تحقيرها و لومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب و الاختفاء و الموت ، و تغيرات في النشاط مثل صعوبة النوم و الأكل و تغيرات في نقص أو زيادة النشاط (صالح ، 1989 : 108).

- وعرفته منظمة الصحة العالمية OMS في التصنيف الدولي العاشر ICD-10 بأنه انحطاط في المريض و فقر اهتماماته و عدم تمتعه بما يبهج الآخرين، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في مل نوبة بين البسيط والمتوسط والشديد لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتخلص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه، معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الإنهاك، أو انعدام القوة، والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار ، الأرق الشديد و النوم المتقطع، ثم انعدام الشهية (حقي ، 1995 : 82).

- وعرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع DSM-IV بأنه اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، والنقص الواضح في الاهتمام و المتعة بأي شيء، ونقص في الوزن الملحوظ بدون عمل رجين أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفس حركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، والشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو محاولة انتحارية حقيقية، و تتحدد الأعراض

من خلال شكاوي المريض أو ملاحظة المحيطين به و يمكن أن يكون المزاج في الأطفال و المراهقين متهدجا يتميز بسرعة الغضب، و تسبب هذه الأعراض اضطرابا واضحا في المجالات الاجتماعية والمهنية ، وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أو موت شخص عزيز.

3-2- أنواع الاكتئاب:

إن تقسيم الاكتئاب أنواع أو أصناف في الحقيقة مجرد تقسيمات قام بها المنظرين في علم النفس والطب العقلي، إذ نجد أحيانا تسميات وتصنيفات مختلفة لكنها في الأصل تقصد نوع معين من أنواع الاكتئاب ويمكن إعطاء التصنيفات التالية من أجل توضيح أكثر لأنواع الاكتئاب:

- **من حيث الشدة:** ويقسم الاكتئاب من حيث الشدة إلى ثلاث أقسام أساسية هي:

● **الاكتئاب الخفيف:** وهو من أخف صور الاكتئاب، يبدو في شكل شعور

بالإجهاد وثبوت العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة، لكن رغم هذه الأعراض إلا أن الإنسان يستطيع ممارسة حياته.

● **الاكتئاب المتوسط:** وبه أعراض اكتئابيه بدرجة متوسطة من حيث تأثيرها

على فعالية الفرد وهي حالة بين الخفيف والشديد ويبقى الفرد قادرا على القيام بأدواره ولكن بصعوبة مع نقص في التفاعل الاجتماعي.

● **الاكتئاب الحاد (الشديد):** وهو أشد صور الاكتئاب حدة ، ويشعر المريض

بموجة من الحزن و الانقباض و الرغبة في البكاء و تعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته و يصعب عليه إدراك ما حوله و يفقد الشهية والنوم ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية، ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من كثيرا من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها، ونشير هنا بأن النوبة الاكتئابية الحادة يمكن أن تحدث مع خصائص ذهانية كالهلاوس والهذات أو دونها.

- **من حيث المنشأ:** ويمكن تقسيم الاكتئاب من حيث المنشأ الى قسمين وهما:

- **الاكتئاب العصابي:** ويسمى الاكتئاب النفسي أو الإستجابي وعادة ما يكون نتيجة لبعض الازمات الخارجية، وهو واسع الانتشار و له آثار انفعالية على الفرد لكن اتصاله بالواقع يبقى قوي. (عبد الستار، 1988، ص45).
- **الاكتئاب الذهاني:** ويكون مصحوبا باضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلوس والهواجس وتترايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوبا باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية، ويمكن التفريق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني في الدرجة، حيث أن مريض الاكتئاب الذهاني يفقد الاتصال بالواقع الخارجي وتصاحبه أو هام وهذيان. (عبد الستار، 1988، ص46).

- من حيث الأعراض:

- **الاكتئاب النعاب:** و هو من النوع الأول أي ليس له أسباب محددة و ترجع تسميته إلى كثرة شكاوي المريض و تدمره الدائم و الميل إلى الإزعاج وجلب النكد لمن حوله، والمكتئب من هذا النوع يشكو من نفس الأعراض المعروفة للاكتئاب بصفة عامة ويزيد عليها القلق الزائد والخوف من المجهول والتعلق المرضي بطريقة مزعجة بحيث يريدهم حولهم كأنه طفل يخشى أن يتركه أبوه و يشكي المريض من أعراضه جسمية ونفسية ليل نهار ، وقد يشكو من كثرة المتاعب والآلام التي ألتمت به بعد تناول العلاج، ويبدو عليه التشاؤم دائما، حيث يقول إن حالتي تزداد سوءا وهذا النوع من أنواع الاكتئاب المزعج لأهل المريض ولكل المحيطين به.
- **الاكتئاب المزمن:** أعراضه تستمر لفترة طويلة فقد يلزم المريض لسنوات طويلة وقد تتحسن حالته لبعض الوقت ثم تعاود الأعراض للظهور مرة أخرى، وليس له مناسبة معينة ولا وقت معلوم ولا مرحلة عمرية.
- **الاكتئاب ثنائي القطب:** أطلق عليه هذه التسمية لان أعراضه تجمع بين الاكتئاب والهوس، و تحدث بطريقة دورية، و يكون التغيير من خلال التقلب الحاد للانفعالات والوجدان، وقد يحدث التقلب سريعا وقد يكون متدرجا في

بعض الحالات وأحياناً تكون الأعراض غير واضحة حيث تتراجع الحالة بين الهوس والاكتئاب (إبراهيم ، 2009، ص ص 28-29).

3-3- أعراض الاكتئاب:

تتجلى الاعراض الشائعة أو الأساسية للاكتئاب العصابي في أربع نواحي تشمل:

- الأعراض الجسمية والفيولوجية:

- انقباض الصدر والشعور بالضييق.
- فقدان الشهية و رفض الطعام (لاعتقاده بعدم استحقاقه أو الرغبة في الموت و هذا النوع من أنواع الانتحار الرمزي) و نقص الوزن و الإمساك .
- الصداع و التعب (لأقل جهد) و خمود الهمة، والألم خاصة آلام الظهر .
- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي والحركي والبطء وتأخر زمن الرجوع.
- الرتابة الحركية واللزمات الحركية.
- نقص الشهوة الجنسية و الضعف الجنسي (العنة عند الرجال) والبرود الجنسي و اضطراب العادة الشهرية عند النساء .
- توهم المرض والانشغال على الصحة.
- اضطراب النوم (كالنوم لمدة أطول من الطبيعي، أو الأرق أو النوم المتقطع، أو صعوبة العودة إلى النوم، أو كوابيس النوم).
- آلام أسفل الظهر أو آلام القدمين.
- اضطراب الجهاز الهضمي.
- زيادة إفراز العرق.
- اضطرابات البول (توتر بولي، عسر البول).
- اللزمات الحركية. (زهران، 1997، ص516)

- الأعراض الانفعالية:

- انخفاض عام في المزاج.
- الشعور بالوحدة.

- الانسحاب الاجتماعي.
- الشعور بالفشل.
- التردد وعدم الحسم.
- التشاؤم واجترار الأفكار السوداء.
- انخفاض الدافعية عن المعتاد.
- نوبات البكاء.
- الشعور باليأس.
- الأفكار الانتحارية الواضحة.
- الكآبة والحزن والغم.
- الشعور بالنقص.
- فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي.
- فقدان القدرة على الحب.
- الميل نحو تأنيب الذات ولومها.
- مشاعر الخوف.
- فقدان الأمل ... (الحسين، 2002، ص326).

- الأعراض المعرفية:

- نقص القدرة على التفكير بوضوح.
- صعوبة الإدراك.
- توقع الفشل.
- توقع الكوارث.
- التقييم السلبي للأداء.
- المبالغة غير المعقولة (تضخيم الأمور و تهويلها).
- السرحان والشرود.
- التردد في اتخاذ القرارات.

- أحكام تلقائية سلبية تجاه الذات والآخر (زهرا ن ، 1997 :560).

- الأعراض السلوكية:

- فقدان الطاقة.
 - الشعور بالإجهاد لأقل مجهود.
 - التثاقل في أداء الأعمال.
 - نقص التفاعل والتواصل مع الآخرين.
 - التملل والضجر وعدم الاستقرار.
 - نقص الإنتاجية في العمل.
 - انخفاض الصوت أثناء الكلام.
 - تقطع الكلمات وخروجها من الفم بصعوبة.
 - ارتسام علامات اليأس فوق الشفتين.
 - قضم الأظافر.
 - أفعال مدمرة للذات أو محاولة الانتحار.
 - نقص الميول والاهتمامات.
 - اللامبالاة بالبيئة والنفس.
 - إهمال النظافة الشخصية.
 - عدم الاهتمام بأمور حياته اليومية. (زهرا ن ، 1997 :517).
- وتبقى الأعراض السابقة الذكر لا يشترط أن تكون جميعها متوفرة لدى مريض الاكتئاب، وذلك حسب شدة ونوع الاكتئاب الذي أصيب به الشخص.

3-4- تشخيص الاكتئاب حسب DSM-V:

يُدرج الاكتئاب في الدليل التشخيصي للأمراض النفسية لجمعية الطب النفسي الأمريكية في الاضطرابات المزاجية و اضطرابات ثنائية القطب، وقد تم تحديد معايير تشخيص اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج)، وهذا بدمج اضطراب سوء المزاج و الاضطراب الاكتئابي المزمن كما يلي:

- أ- مزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك.
- ب- وجود إثنين (أو أكثر) مما يلي أثناء انخفاض المزاج :
- ضعف الشهية أو زيادة في الأكل.
 - أرق أو فرط نوم.
 - انخفاض الطاقة أو تعب.
 - انخفاض الشعور بقيمة الذات.
 - ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات.
 - مشاعر انعدام الأمل.
- ت- لم يخل الشخص أثناء فترة سنتي الاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال و المراهقين) أبدا من الأعراض المدرجة في المعيارين "أ" و "ب" لمدة تزيد عن شهرين متواصلين .
- ث- معايير نوبة اكتئابية جسيمة قد تتواجد باستمرار خلال العامين.
- ج- لم توجد أبدا نوبة هوسية أو نوبة تحت هوسية، كما لم تتحقق أبدا معايير اضطراب المزاج الدوري.
- ح- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني أو الاضطراب التوهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام المحدد وغير المحددة والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- خ- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمدة (مثل: سوء استخدام عقار ، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى مثل قصور الدرق .
- د- تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الأداءات الهامة الأخرى. (الحمادي ، 2016 ، ص87).

3-5- أسباب الاكتئاب:

الاكتئاب كغيره من الاضطرابات النفسية يرجع إلى مجموعة من الأسباب ومن بينها نذكر ما يلي:

- **الأسباب الوراثية:** هناك عدة بحوث ودراسات بينت أن للوراثة دورا هاما ومؤثرا في الإصابة بالاكتئاب حيث تشير الدراسات والبحوث إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية التي لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب، وقد وجدت أن 50% من الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب، يكون أحد الوالدين مصاب بالمرض نفسه فإذا كانت الأم والأب مصابين بهذا المرض فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بالنسبة 25% إلى 30%، وإذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى 70% (الميلادي، 2006، ص63).

- **الأسباب النفسية:** عادة ما يكون الاكتئاب استجابة للعديد من الصعوبات التي تواجه الفرد في حياته اليومية، فيكون الخلاص منها أو تجاوزها أو بعدم القدرة وال فشل في تحقيق ذلك، وهذا ما قد يولد لدى الفرد العديد من المشاكل النفسية التي من شأنها أن تكون سببا في الاكتئاب ومن بينها ما يلي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة وكذا الخبرات المؤلمة، والكوارث القاسية والانهازم أمام الشدائد وخاصة الحرمان.
- فقدان الحب والمساندة العاطفية أو فقدان الحبيب ومرارة الحزن الشديد وفقدان وظيفة مهنية أو فقدان الثروة أو مكانة اجتماعية، فقدان الكرامة والشرف أو الصحة أو الفقر الشديد.
- الخبرات الصدمية.
- الوحدة وال عنوسة و سن التقاعد وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد
- فقدان تقدير الذات والافتقار الى الاحترام والأفكار الخاطئة.
- انفصال الطفل عن الأم خاصة في سن مبكرة بوفاتها أو طلاقها له تأثير كبير في نموه الانفعالي والعاطفي.
- الإحباط والفشل وخيبة الامل والكبت والقلق.

- سوء التوافق و يكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره والعدوان المكبوت (القاسم وآخرون، 2000، ص158).

- الأسباب الاجتماعية والبيئية: ونذكر منها ما يلي:

- الصراعات الأسرية المتكررة الشديدة قد يؤدي الى مشاعر الاكتئاب لدى الأطفال وخاصة الحساسين منهم، كذلك الآباء المكتئبين عادة ما يظهر لدى أطفالهم مشاعر الاكتئاب.
- التنشئة الاجتماعية السيئة كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم من طرف الوالدين أو أحدها وأيضا النصائح المزاجية الاكتئابية لهما.
- التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين والخلافات الأسرية واضطرابات المناخ الأسري.
- فقدان الدعم الاجتماعي (ابوزيد، 2001، ص125).

3-6- الاكتئاب والامراض المزمنة:

يعتبر الاكتئاب من ردود الفعل الشائعة و المرهقة عند المرضى المزمنين، فحوالي ثلث مجموع هؤلاء المرضى يعانون من أعراض الاكتئاب، فيما يعاني ربعهم من الاكتئاب الشديد (تايلور، 2008، ص627)، مع أن الدلائل تشير إلى أن الاكتئاب يحدث في المراحل المتأخرة من عملية التكيف مقارنة بالإنكار و القلق الشديد، إلا أنه يمكن أيضا أن يحدث على فترات متقطعة ، و تشير الدراسات إلى أن الاكتئاب كثيرا ما يصاحب جلطات الدماغ و السرطانات و أمراض القلب، وأمراض مزمنة أخرى .

والاكتئاب هو رد فعل متأخر للمرض المزمن، وذلك لأن المريض كثيرا ما يحتاج إلى بعض الوقت حتى يستوعب أبعاد الحالة التي يعاني منها، فأتثناء المرحلة الحادة من المرض وعقب التشخيص مباشرة، يكون على المريض اتخاذ قرارات ملحة، فقد يدخل المستشفى أو ينتظر المعالجة أي أن هناك القليل من الوقت للتأمل في مرضه وما ينجم عنه من تداعيات مع نهاية المرحلة الحادة من المرض تبدأ أبعاده

تأخذ مداها. ولا تكمن أهمية الاكتئاب في ما يتسبب به من ضيق ومعاناة، و بل فيما يمكن أن يخلفه من آثار في الأعراض واحتمالات تأهيل المريض أو شفائه، حيث وجد مثلا أن الاكتئابيين من مرضى الجلطات الدماغية تطول فترة إقامتهم في المستشفى، وأن نسبة من يغادر منهم إلى دور العناية أكبر مقارنة بغيرهم من المرضى، فضلا عن أن دافعيتهم للتأهيل تكون أقل، كما أنهم أقل محافظة على ما يحرزونه من تقدم خلال التأهيل، وأقل استعادة لنوعية الحياة السابقة لإصابتهم بالجلطة الدماغية (تايلور، 2008، ص628).

كما تشير الدراسات إلى ارتباط الاكتئاب الناجم عن المرض و العلاج، بحوادث الانتحار بين فئات المرضى المزمنين (الإيدز والسرطان ومرضى الكلى) وكبار السن فعلى سبيل المثال وجد أن واحدا من كل ستة من المصابين باضطراب الكلى طويل المدى و فوق الستين من العمر، يتوقف عن العلاج، مما يؤدي إلى وفاته، كما أن معدل الانتحار بين مرضى السرطان يزيد عن معدله بين غيرهم من المرضى بمرّة و نصف المرّة، وربما كان الأهم هو أن الاكتئاب يعتبر عامل خطورة قويا بين المرضى المزمنين بعكس القلق الذي يظل بين مد وجزر طيلة فترة المرض المزمن (تايلور، 2008، ص629).

وتجدر الإشارة أن قياس الاكتئاب عند المريض المزمن مشكلة في حد ذاتها لكون العديد من العلامات الجسمية للاكتئاب كالتعب، قلة النوم، وفقدان الوزن، قد تكون نفسها علامات للمرض أو آثارا جانبية للمعالجة فإذا كانت الأعراض الاكتئابية تعزى للمرض أو العلاج، فقد لا تكون دلالاتها واضحة وبالتالي يبقى الاكتئاب دون علاج. وقد توصلت إحدى الدراسات على مرضى الجلطات الدماغية الاكتئابيين أن ثلثهم فقط أحيوا من أجل معالجة الاكتئاب، وتبدو هذه المسألة مشكلة حقيقية بصورة خاصة في الأمراض التي تصيب وظائف الدماغ والسرطان والسكري... الخ.

فمرضى القصور الكلوي المزمن كباقي المرضى المزمنين ينتشر بينهم الاكتئاب بصورة كبيرة و بدرجات مختلفة ، فكما أشار (تايلور) فإن هناك فئة من هؤلاء المرضى يقبلون على الانتحار خاصة عند تقدمهم في السن بعد الستين و هذا نتيجة للسنوات الطويلة من تصفية الدم التي يخضعون لها اذ يقول تايلور: تشير الدراسات الى ارتباط الاكتئاب الناجم عن المرض و العلاج بحوادث الانتحار و كبار السن باضطراب الكلى طويل المدى، و فوق الستين من العمر ، يتوقف عن العلاج مما يؤدي الى وفاته (تايلور ، 2008، ص 627). فالأكتئاب يأتي بعد القلق مباشرة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن خاصة عندما يفقد المريض الامل في عملية زراعة الكلى، وتأكده بأنه سيكمل باقي حياته تحت رحمة آلة تصفية الدم.

4- قلق الموت L'anxiété de mort:

يعي الناس تماما أن وجودهم سينيتهي أخيرا دون معرفة الزمان أو المكان أو الطريقة التي يموتون بها، ومهما كانت ردود أفعالنا تجاه الموت، وحتى وإن كانت نفسيتنا ترفضه فإن العقل لا يمكن أن يرفضه كحقيقة موجودة وثابتة فالإنسان يعتبر الموت بأنه الشيء الوحيد المشترك بين الجميع، وفيه تتوافر أرفع الدرجات في المساواة.

أما الخوف من الموت أو قلق الموت فهو يختلف من شخص لآخر حسب نمط الشخصية وتبلورها وكذلك الثقافة الاجتماعية السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد وتصوراتة لما بعد الموت.

4-1- مفهوم قلق الموت:

قد يعد تعريف قلق الموت مشكلة لأنه لا يشير بشكل تقليدي إلى خوف محدد، أو وصفه كنوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق، فالقلق هنا يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص، ولكننا نرى أن القول بأن قلق الموت لا يشير إلى خوف محدد. أمر يمكن نقده، فالموت مفهوم مجرد حقا، وليس حقيقة مادية وفعل واقعي شأنه في ذلك شأن مفاهيم أخرى مجردة كالخوف

من الوحدة، أو التقدم في السن أو غيرهما مما يمكن أن يؤثر فينا ونخشاه، كما توجد فروق فردية في الاستجابة لمقاييسه، ويمكن أن نورد التعاريف التالية من أجل توضيح الصورة وتبسيط مصطلح قلق الموت وتميزه عن أنواع القلق الأخرى:

- **تعريف " تمبلر Templer "**: حالة انفعالية غير سارة يجعل تأمل الفرد في وفاته هو (عبد الخالق ، 1987، ص38).
- **تعريف " هوتلر Hoelter "** بقوله بأنه " استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية و عدم السرور و الانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت " (عبد الخالق ، 1987، ص38).
- **تعريف ديكستين بأنه " التأمل الشعوري في حقيقة الموت و التقدير السلبي لهذه الحقيقة " (عبد الخالق ، 1987، ص38).**
- **تعريف " هونيلور واس H. Wass "**: بأنه خبرة انفعالية تتضمن الخوف من فقدان الذات وفقدان الهوية وعدم الوجود كلية (معمرية، 2007، ص213).
- **تعريف عبد الخالق:** نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدره و مشاعر شك وعجز وخوف، وتتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير سارة وترفع من درجتها (معمرية ، 2007، ص212).

2-4- اختلاف النظرة إلى الموت:

تختلف النظرة إلى الموت اختلافا كبيرا تبعا لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه، فقد ميز " شروت " ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي:

- الموت بوصفه وسيلة يحاول الفرد بها اشتقاق أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.

- الموت بوصفه انتقالاً إلى حياة أخرى، والتي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة شنيعة أو مجيدة رائعة، ينتظرها الشخص بهدوء أو خوف.
- الموت بوصفه نهاية نتوقعها.

كذلك يرى " فيفل " أنه يمكن النظر إلى الموت على أنه راحة من الألم أو موت في سلام، بينما يعتبر " كابريو " أن الموت قد ينظر إليه على أنه عقاب أو انفصال (عنهم) الإنسان على الأرض أو اجتماع الشمل مع أولئك الذين هم في السماء). (عبد الخالق، 1987، ص42).

3-4- قلق الموت وقلق الاحتضار:

حاول الثقة في هذا المجال التمييز بين قلق الموت وقلق الاحتضار، حيث يشير الأول إلى قلق متصل بوصفه فعلاً منتهياً لا رجعة فيه، بينما يشير قلق الاحتضار إلى نوع من القلق الموجه إلى (المرض الأخير) الذي يعاني منه المريض على فراش الموت و ما يستتبعه من آلام ومعاناة يتصور بعض ذوي القلق المرتفع أنها مبرحة وعنيفة، أي أن قلق الاحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه العملية غير المنتهية، وما يتنازع الشخص فيها من أمل في ألا يكون هذا المرض الأخير، أو اليأس والقنوط من الشفاء لأن هذه المرة ليست ككل مرض.. الخ، وقد يغذي هذا القلق بعض الاعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح من الجسد، وما يستلزمه من حشجة وكرب ومشقة وهلع، وعلى الرغم من أنه يمكن التفرقة على أساس نظري بين قلق الموت وقلق الاحتضار فإن معظم الباحثين يعدون الأخير أحد مكونات الأول وليس بعداً منفصلاً عنه. (عبد الخالق، 1987، ص43).

4-4- مكونات قلق الموت:

- حدد الفيلسوف " جاك شورون " مكونات ثلاثة للخوف من الموت وهي:
- الخوف من الاحتضار.
 - الخوف مما سيحدث بعد الموت.
 - الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر " كافانوا " في كتابه وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

- عملية الاحتضار.
 - الموت الشخصي.
 - فكرة الحياة الأخرى.
 - النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.
- أما " ليفتون " فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي:
- التحلل والتفسخ.
 - الركود أو التوقف.
 - الانفصال.

كذلك ميز " ليستر " من وجهة نظر سيكولوجية جوانب أربعة للخوف من الموت تتمثل في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: الموت / الاحتضار، الذات / الآخرون، ومن ثم تشمل هذه الجوانب على ما يلي:

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من موت الآخرين.
- الخوف من احتضار الآخرين.

ولهذا التعدد في الأبعاد المكونة لقلق الموت مزايا عدة، ذلك أن افتراض مكونات متعددة لقلق الموت يعد أفضل من المكون الأحادي البعد، من حيث ما يترتب عليه من مزايا سيكومترية دلت عليها البحوث السابقة. (عبد الخالق، 1987، 45-46).

4-5- أسباب قلق الموت:

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فلكل إنسان عامل خاص به حيث يرجع " شرتز Choltasse " قلق الموت إلى الأسباب التالية:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.

- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائماً بما حققه الإنسان.
- الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
- الخوف من العقاب الإلهي.
- أما " بيكار و بوتر **Bikar et Porter** " فيرجع سبب القلق و الخوف من الموت إلى:
 - كراهية الجثة و غرابيتها.
 - العدوى الاجتماعية للحزن.
 - الاشمزاز الحضاري.
 - الخوف من الصدمة. (عبد الخالق، 1987، 213-214).
- أما " ماسرمان " فيرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:
 - المرض.
 - الحوادث.
 - الكوارث الطبيعية.
- أما بالنسبة للبيئة العربية فيمكن تحديد أسباب قلق الموت على النحو التالي حسب أحمد محمد عبد الخالق كما يلي:
 - الخوف من نهاية الحياة.
 - الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
 - الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
 - الخوف من الموت بعد مرض عضال.
 - الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
 - الخوف من العقاب على الاعمال الدنيوية.
 - الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
 - عدم معرفة المصير بعد الموت.
 - الخوف من ظلام القبر وعذابه.

- الخوف عما يصاحبه خروج الروح من الجسد من ألم شديد. (عبد الخالق، 1987، ص 191-192) .

4-6- أعراض قلق الموت:

كباقي الإضرابات نجد لقلق الموت مجموعة من الأعراض منها الجسمية والنفسية يمكن اختصارها كما يلي:

- الأعراض البدنية:

- التوتر الزائد.
- سرعة النبض أثناء الراحة.
- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- غثيان أو اضطراب المعدة.
- تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- نوبات الدوخة والإغماء.
- ضربات زائدة أو سرعة دقات القلب. (شعلان ، 1998 ، ص35)

- الأعراض النفسية:

- نوبات من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب.
- الانفعال الشديد.
- عدم القدرة على التمييز.
- اختلاط التفكير.
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الاعصاب.
- العزلة والانسحاب وتوتر الاعصاب.

- العزلة والانسحاب من العالم وانتظار لحظة الموت. (شعلان، 1998، ص36).

- أعراض عصبية ونفس عصبية:

- اضطرابات النوم واليقظة.
- اضطراب السلوك.
- حصر.
- اختلاج.

- أعراض تنفسية وجسمية أخرى:

- اضطرابات في التنفس.
- ضيق في التنفس.
- اضطرابات البلع.
- اضطرابات هضمية.
- إمساك.
- قيء.
- تعب عام.
- جفاف الجسم.
- فقدان الشهية.

4-7- قلق الموت والامراض المزمنة:

من الطبيعي ان تكون استجابة قلق الموت لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، أو امراض مستعصية كالسرطانات والامراض المميتة، مع اختلاف في درجات الاستجابة حسب وطبيعة والمرض ودرجته. كما تلعب العوامل الشخصية والاجتماعية والدينية دورا في درجات الاستجابة من شخص الى آخر ومن مجتمع الى آخر. و مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من اليأس و فقدان الامل خاصة عندما تنعدم فرصة زراعة الكلية لديه ، هذا ما يجعل

المريض يتأكد بأن باقي حياته مرتبط بألة التصفية ، دون ان ندسى المضاعفات التي يخلفها المرض كلما زادت سنوات التصفية ، كما أن المرضى الذين يموتون في المستشفى و الذين عادة ما تتكون لهم علاقات مع باقي المرضى يتركون حدادا كبيرا في الجناح ، كما يولد موتهم قلق و خوف من الموت عند باقي المرضى ، و هذا ما لاحظناه عند قيامنا بدراسات من قبل و تقربنا من المرضى ، كما الأطباء كثيرا ما يكونون مصدرا لقلق الموت لدى المرضى عندما يبلغون مرضاهم عن اعراض جديدة او مضاعفات للمرض ، كل هذا يجعل فئة كبيرة من هؤلاء المرضى يعيشون قلق الموت بلغة صامتة .

خلاصة:

بعد استعراض الطالب الباحث أهم الاستجابات النفسية للأمراض المزمنة، و منها مرض القصور الكلوي المزمن يمكن القول بأن هذه الاستجابات تختلف في ظهورها لدى المرضى المزمنين من حيث الحدة والشدة و حسب نوع المرض الذي يعاني منه المريض، مع الأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية و الفعالية الذاتية و استراتيجيات المقاومة التي يستخدمها المريض، ضف إلى ذلك درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض وكيفية ادراكه لمرضه، كما أن الفريق الطبي الذي يتكفل بالمريض له دور أساسي في التخفيف من ظهور الاعراض و الانعكاسات السلبية لها على نفسية المريض.

ورغم هذا، وكما أشرنا سابقا فإن الانعكاسات النفسية للأمراض المزمنة على المرضى تعتبر وخيمة و هذا ما تؤكد معظم الدراسات، فقد تصل الى موت المريض، لهذا وجب التكفل النفسي بالمرضى المزمنين الذين يعانون من أمراض نفسية سواء كان ذلك ضغطا نفسيا بسيطا أو قلقا أو اكتئابا، هذا من اجل جودة حياة مرتفعة لدى المريض وتجذب المضاعفات السلبية للمرض. هذا ما سيحاول الطالب الباحث العمل عليه من خلال التركيز على أهم وأكثر الاضطرابات انتشارا لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وهي القلق والاكتئاب وقلق الموت.

الفصل الرابع

البرنامج العلاجي المقترح للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن

تمهيد

1. أهداف البرنامج
2. الفنيات المعتمدة في البرنامج العلاجي
3. الجلسات العلاجية

خلاصة

تمهيد:

تختلف أساليب تعديل السلوك باختلاف المدارس النفسية من حيث تنوع تفسيراتها للسلوك ، ومن حيث طرق ترتيب أولويتها في تفسير الاضطرابات النفسية وبعد إطلاع الباحث على التراث العلمي في مجال العلاجات النفسية، ونظرا لكون الطالب الباحث أخصائي نفسي سابق و له خبرة أكثر من 13 سنة في العلاج النفسي، واقتناعا من الطالب الباحث بعد هذه السنوات من الممارسة العيادية والقيام بالكثير من التكوينات والتربصات في مجال العلاج المعرفي السلوكي اتضح للباحث وبقناعة مبنية على النتائج التي حققها مع المرضى من خلال تبني تطبيق العلاج المعرفي السلوكي مع الفئات التي تتميز بمستوى تعليمي مقبول.

لذا قام الباحث بوضع تصور لبرنامج معرفي سلوكي لمرضى القصور الكلوي المزمن الذين يعانون من الاضطرابات التالية: القلق، الاكتئاب وقلق الموت. وقد اعتمد الباحث على الإطار الإكلينيكي الذي بناه آرون بيك A. Beck. و زملائه في بناء البرامج العلاجية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي السلوكي، كما اعتمد الباحث على أعمال كوترو J. Cottraux, والكثير من المهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي، باعتباره من أحدث العلاجات وأنجعها في مجال الاضطرابات النفسية، إضافة إلى ما تلقاه الباحث من تربصات وتكوينات في مجال العلاج المعرفي وتقنيات الاسترخاء. لهذا يكمن القول بأن البرنامج الذي تبناه الباحث في دراسته هذه من العلاجات النفسية الحديثة نسبيا والتي تتسم بالفعالية والتنظيم ونسب عالية من النتائج الإيجابية، وهذا ما تؤكدته الكثير من الدراسات الأجنبية والعربية، وبالنظر إلى النتائج الإيجابية للدراسات السابقة يفترض الباحث أن يحقق البرنامج المعرفي السلوكي فعالية كبيرة في علاج الاضطرابات التي حددها الباحث لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

1- أهداف البرنامج:

يمكن تحديد أهداف البرنامج العلاجي فيما يلي:

- بيان فعالية العلاج المعرفي السلوكي بمساعدة تدريبات الاسترخاء في خفض اضطراب القلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- بيان فعالية العلاج المعرفي السلوكي بمساعدة تدريبات الاسترخاء في خفض اضطراب الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- بيان فعالية العلاج المعرفي السلوكي بمساعدة تدريبات الاسترخاء في خفض اضطراب قلق الموت لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- تدريب المرضى على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر.
- تدريب المرضى على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى حيز التفكير.
- تدريب المرضى على استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات إيجابية.
- تدريب المريض على فنية الاسترخاء.
- تدريب المريض على كيفية رصد الأفكار الأتوماتيكية.
- تعديل الاتجاهات السلبية باستخدام إعادة البناء المعرفي والتي تمثل في إحلال الأفكار الإيجابية محل الأفكار السلبية.
- تدريب وحث المريض القيام بكل ما سبق كواجبات منزلية في كراسة خاصة طيلة الحصص العلاجية.

2- الفنيات المعتمدة في البرنامج العلاجي:

يعتمد البرنامج العلاجي على الكثير من الفنيات وهي في مجملها ذات مرجعية معرفية لأرون بيك، كما أننا استخدمنا تقنية الاسترخاء في هذا البرنامج، ويمكن تحديد أهم الفنيات التي استخدمها الباحث (المعالج) على النحو التالي:

2-1 فنية تحديد الأفكار التلقائية (الأتوماتيكية) والعمل على تصحيحها :

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، و هذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة و بصورة تلقائية ، و أحيانا بدون أن يلاحظها الشخص و هي أفكار غير معقولة ، تكون السبب في الانفعال غير السار لحدث معين، و الأفكار التلقائية هذه دائما ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية، و تهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار و من ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي في النهاية إلى مشاعر حسنة، و لذلك يطلب من المريض أن يسجل ضمن الواجبات اليومية على دفتر خاص و يدون كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، و تعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج (علوي، زغبوش، 2009، ص94).

و يرى بيك Beck أن الشخص قد يكون غير مدرك تماما للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيرا على أسلوب المريض و شعوره و مدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار و يتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق و في هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار و الصور التي تسبب له ضيقا لا مبرر له، أو تدفعه إلى السلوك السلبي الانهزامي، و نجد أن الأفكار التلقائية تزداد قوة و بروزا بزيادة شدة المرض، ففي الاضطرابات النفسية الشديدة تكون الأفكار واضحة كما هو في الحالات الشديدة من الاكتئاب و القلق و البارانويا، ففي القلق مثلا نجد أن هواجس المريض تتعلق بالخطر ، أما الأشخاص الذين يعانون اضطرابا خفيفا في المشاعر و السلوك فقد تخفى عليهم الأفكار الأتوماتيكية، وبالتالي لا تجذب انتباهه رغم فعلها في شعوره و سلوكه، و في هذه الحالات يستطيع الشخص بشيء من التركيز أن يظهر الأفكار بسهولة و يتعرف عليها و تبدو هذه الظاهرة بوضوح في مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة (مصطفى ، يعقوب : 1999 ، 54).

و يكمن القول أن الهدف الرئيسي للمعالج هو تمكين المريض من مراقبة أفكاره السلبية بطريقة عقلانية و هذا طيلة الجلسات العلاجية، لذلك يخصص وقت كبير في

الجلسات العلاجية والواجبات المنزلية لتدريب المريض على تحديد أفكاره السلبية التلقائية وافتراضاته الخاطئة وعلى تفحصها واختبارها، فالمعالج يطلب من المريض أن يسجل أفكاره السلبية وأن يناقشها، والجدير بالذكر أنه لا توجد طريقة محددة في رصد الأفكار الاوتوماتيكية ولكن هناك مجموعة من الخطوات يمكن اتباعها وهي:

- الأسئلة المباشرة
- الأسئلة السقراطية.
- تحديد الانفعالات.
- تحديد الصور الذهنية.
- لعب الأدوار.
- معايشة الاحداث بواقعية والانتباه إلى الأفكار الواردة. (Cottraux , 2001, 72)

2-2- فنية المراقبة الذاتية :

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في الدفتر الخاص أو المفكرة أو نماذج معدة سابقا من المعالج وفقا لطبيعة مشكلة المريض، ويجب أن يحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقييم، لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض، والاستمرار في استخدام المراقبة الذاتية خلال المتابعة العلاجية، و بالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقديم أدلة لميل المريض إلى تذكر فشله بدلا من تذكر نجاحاته، ويطلب المعالج من المريض تعبئة الاستمارة أو المفكرة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته، و من الممكن أيضا أن يقيم أعراضه بدرجات من 0 الى 100 ليصف كيف يواجه الموقف، ويضع المعالج هذه المعلومات ويوظفها عند تناقص الأعراض في

الحصص القادمة، حتى يرى المريض مشاكله بطريقة موضوعية من أجل زيادة السلوكيات المرغوبة ومراقبة السلوكيات غير المقبولة المتبقية. (علوي، زغبوش، 2009، ص96)

2-3-فنية التخيل:

لقد بدأت تظهر هذه الفنية في المجال العيادي في أواخر الستينات من القرن الماضي وقد طورها السلوكيون وأصبحت تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي، وأساس هذه الفنية ان القلق والاضطرابات الانفعالية تكتسب عن طريق الاشراف الكلاسيكي، كما أن القلق يولد السلوك التجنبي والذي يتعزز عن طريق تقليل مستوى القلق، إذ أن المثيرات التي تقترن بالألم او الحرمان تحدث ردود فعل انفعالية سلبية وهذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تجنبية دفاعية وتعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطي الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح، واعتمادا على ذلك يطلب في هذا الاجراء من المريض تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه و ذلك لتقليل الحساسية تدريجيا، والذي يشتمل على الانتقال بالمريض تدريجيا من المواقف الأقل إثارة إلى المواقف الأكثر إثارة .

و أشار بيك إلى أن فنية التخيل تستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير و العواطف، فيطلب المعالج من المريض لأن يتخيل مشهدا أو منظرا غير سار و يلاحظ استجاباته، فإذا أظهر المريض استجابات انفعالية و عاطفية سلبية عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره، ثم يطلب المعالج من المريض أن يتخيل مشهدا سارا ويوصف مشاعره حتى يستطيع المريض أن يدرك عن طريق التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره (Cottraux, 2001, 80).

وتعتبر فنية التخيل من أفضل الفنيات المساعدة في العلاج المعرفي، فيطلب المعالج من المريض أن يغمض عينيه ويخبره عن التخيلات التي تأتي بخياله تلقائيا أو تخيل صورة موقف معين يرى المعالج أن له علاقة باضطرابه وذلك بالاستعانة

بالمعارف التي سبق وان تم جمعها عن المريض، وتسمى هذه الفنية أحيانا إعادة التخيل أو التصور. (علوي، زغبوش: 2009، 96).

مما سبق يرى الباحث أن فنية التخيل تساعد المريض على تعلم وإدراك الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر سلبية، ومنه يمكن تغيير المشاعر السلبية بأخرى إيجابية، وذلك بإبدالها بأفكار إيجابية.

2-4- فنية التعريض:

هي مكون رئيسي في العلاج المعرفي خاصة للاضطرابات الانفعالية والتي تسبب القلق والكدر، والتعريض للمثير يكون إما تخيليا أو عن طريق التدرج وقد يكون التعريض في الواقع، وقد وجد الباحثون أن التعريض المستمر للمثيرات ينتج عنه تشتت العرض الذي يعاني منه المريض.

والهدف من هذه الفنية هو التأثير على الأعراض السلبية للقلق والاكتئاب وقلق الموت بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي يعتبر معزز للقلق والانسحاب. ويتوقف استخدام هذه الفنية حسب حالة كل مريض، فخلال الحصص يقدر المعالج ملائمة الاستخدام.

2-5- فنية الواجبات المنزلية:

تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص وأساسي في العلاج المعرفي السلوكي، حيث أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض، ومن خلالها يقيم المعالج مدى تقدم خطوات العلاج للمشكلة المراد معالجتها، إذ يقوم المعالج بتكليف المريض بعمل واجبات منزلية ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يوجهها المريض حديثا.

وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأتوماتيكية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي سريعا، وتعطي فرصة

للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها، كما تعتبر جزء متمم لنتائج العلاج، وتأخذ عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الأتوماتيكية، والاتجاهات غير العقلانية أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلاته (علوي ، زغبوش، 2009، ص96)، ولا بد للمعالج أن يولي اهتماما كبيرا بالواجبات المنزلية ويقومها مع المريض في كل حصة فالواجبات المنزلية دورا هاما في زيادة فعالية العلاج المعرفي و تكوين الألفة و التعاون بينه و بين المريض إذ أهتم ببعض النقاط منها:

- إعطاء واجبات منزلية بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض.
- تحديد أهم الأعراض من البسيط الى المعقد من حيث درجة التأثير على المريض، بحيث يبدأ المعالج بالاتفاق مع المريض على الأعراض البسيطة ثم المتوسطة ثم المعقدة.
- تفسير وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي.
- توضيح كيفية إجراء الواجبات المنزلية، والتأكد من استيعاب المريض لهذه الإجراءات عن طريق التغذية الراجعة.
- مراجعة الواجبات المنزلية كل جلسة.
- تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات المنزلية.
- فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض المرضى.

2-6- فنية الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه:

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية يشترك فيها المعالج والمريض في وضع أهداف العلاج وجدول أعمال كل جلسة، وجمع الأدلة المنظمة لصالح أو ضد اعتقادات المريض بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض، ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السocraticية من قبل المعالج بدلا من التحدي المباشر لأفكار المريض و اعتقاداته إلى جانب الفنيات السلوكية الأخرى. ويبدأ

المعالج باستخدام الأسئلة السocraticية مع بداية العلاج و يستمر في ذلك طيلة الجلسات العلاجية حتى نهاية العلاج (Cottraux, 2001,86).

وإلى جانب هذه الفنية الأساسية يطرح المعالج أسئلة مباشرة لجمع المعلومات حول تكرار وشدة وديمومة مشكلته، ثم يعود المعالج إلى الأسئلة السocraticية حيث يستخدمها المعالج بأسلوبين مختلفين تبعاً لظروف المريض، ففي الأسلوب الأول يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على المريض مباشرة، كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير ويسأل المريض عن مدى موافقته وفهمه لذلك، أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة السocraticية:

- توجيه المريض إلى تفحص جوانب وضعه خارج نطاق الفحص والتدقيق ومساعدته على اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل.
- تعويد المريض على التروي والتفكير وطرح الأسئلة على نفسه في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية.

ويعتبر الأسلوب الأول أقل فائدة من الأسلوب الثاني، لأن فيه انتهاك لقاعدة التجريبية التعاونية التي تعتبر من أساسيات العلاج المعرفي السلوكي، لكن قد يضطر المعالج إلى استخدامه والاستفادة منه إذا لاحظ أن الأسئلة السocraticية التي ترمي إلى أن يكتشف المريض بنفسه (الاكتشاف الموجه للمعلومات الغائبة عنه في الوقت الراهن و من ثم يتفحص اعتقاداته في ضوء ما تم اكتشافه من الأسئلة المربكة للمريض). ويعتقد الباحث أن الأسئلة السocraticية مهمة جداً في العلاج المعرفي لكونها تساعد المريض في اكتشاف أخطائه في التفكير، ومدى تشويبه الواقع من طرفه دون أن يدري.

2-7- فنية صرف الانتباه:

تستخدم تقنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى، وذلك بأن يطلب من المريض الذي يعاني من القلق مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض

يجعلها تزداد سوءاً، لكن لفنية صرف الانتباه بعض الأعراض السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير العملية العلاجية على المدى البعيد عندما يستخدمه العميل كأسلوب لتجنب الأعراض.

ويستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج، ليجعل المريض يدرك أنه باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهي خطوة مهمة في العلاج، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، وكمثال على ذلك عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية وتتغلب عليه الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما ، ففي هذه الحالة بإمكان المريض طرد الأفكار السلبية التلقائية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يغطي المجال البصري للعميل أو التركيز على المحادثة بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويم نفسه، ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمريض، فقد يطلب المعالج من المريض عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات غرفة الفحص، ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمريض أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق ، مما يدل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه (علوي، زغبوش، 2009، ص98).

وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

- التركيز على شيء معين: حيث يدرّب المريض على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عليها مثل: أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه... الخ
- الوعي الحسي: يدرّب المريض على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر، السمع، الذوق، اللمس والشم مستعينا بالأسئلة التالية: (ما الذي تراه

بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ في الغرفة؟ خارج الغرفة؟ خارج المبنى؟ ...).

- التمرينات العقلية: ويشتمل مثلا على العد إلى الخلف من 100 الى بطرح 7 كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف "أ" ثم الحرف "ب" وهكذا... تذكر حادثة معينة بالتفصيل.

- الذكريات والخيالات السارة: تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح مثلا " رحلة سعيدة " أو التخيل ما الذي سيفعله المريض لو كسب شيء غير متوقع.

مما سبق يرى الباحث أن فنية صرف الانتباه تفيد في خفض مستوى القلق والتوتر عند الفرد بعدة طرق من شأنها أن تصرف انتباه الفرد عن الأعراض التي يشعر بها نتيجة للأفكار التي تدور في ذهنه، مما يؤدي به إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أمور أخرى تجعله أكثر هدوء وأقل توترا.

2-8- فنية وقف الأفكار:

غالبا ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد، ونجد أن الفكرة الخاطئة ربما تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون ان يتم إيقافها، فقد نجد المريض غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر، وذلك لأن ظهور تلك الأفكار الخاطئة أسرع من قدرة المريض على إظهار استجابات تجاه تلك الأفكار، وغالبا ما يعاني المرضى من هذه المشكلة خاصة في بداية العلاج، لذلك وجب تعليم المريض كيفية وقف تدفق الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية، وعملية وقف الأفكار الخاطئة عملية ليست صعبة، فمن خلال إيقاف تيار الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواء أكان هذا المنبه حقيقيا أم خياليا، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، وذلك من خلال النصيحة التي يتم توجيهها للمريض بشكل متكرر (لا تقلق بشأن ذلك).

وبسبب عدم قدرة المريض على استخدام هذه الفنية بسهولة، نجد أن الشرح البسيط لهذا الأسلوب غير مؤثر بشكل كاف ولا يتمتع بالمصداقية، حيث أن هذا الأسلوب

يكون أكثر فاعلية عندما يتم عرضه على المريض بشكل مفصل وبعد أن يجد المريض أن هذا الأسلوب له تأثير، هنا يشعر المريض بفعالية ومصادقية الطريقة، ويستطيع استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عال قائلاً " توقف"، أو العض على قطعة قماش موضوعة حول معصم يده، فيكون استخدام أسلوب إيقاف الفكرة أسهل بكثير من بداية تواتر هذه الأفكار (مصطفى، يعقوب، 1999، ص55).

2-9- فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال:

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية، ومن التحريفات المعرفية التي تحدث ما يلي:

- **المبالغة:** وتتمثل في الميل في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها، كتصور الخطر والدمار، ومن الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالقلق والاكتئاب، فتفكير الشخص في حالات القلق والاكتئاب يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف، مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر، فهو يتوقع الشر لنفسه ولأسرته أو ممتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته. كما نجد أن التقليل من المخاطر الواقعية قد تكون أيضاً نتائج انفعالية سلوكية مماثلة، إذ يؤدي ذلك إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة، كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز.
- وهنا يرى الباحث أن الفرد ينبغي أن يراعي التوسط في التعامل مع الأمور والمشكلات، فلا يبالغ في تفسير الموقف فيزيد من شعوره بالخوف، وفي المقابل لا يقلل من شأن أي موقف والمخاطر المترتب عليه فيصبح اندفاعياً غير مبال بالفشل الذي قد يتعرض له.

- **التعميم الزائد:** في مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء إلى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الاجتماعية، كالتعصب

أو غيرها، فكثير من الخصائص نندسبها للجماعة لكي نبرر تعصبنا نحوها وقد يكون في الحقيقة تعميماً خاطئاً لخبرة سيئة مع فرد ينسب لهذه الجماعة، والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بالأنماط المرضية وخاصة الاكتئاب والفصام، ويعتبر التعميم الخاطئ أيضاً من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية.

وهنا يرى الباحث أن المعالج المعرفي السلوكي ينبغي أن يقدر دور هذا العامل في المساهمة في اضطرابات المرضى، لذا فعليه أن يؤكد باستمرار لمريضه بأنه لا يوجد شيء أكيد تماماً، وإنما يكون مرجحاً بدرجة قليلة أو كثيرة.

- **المقياس الثنائي و التطرف:** يميل بعض الأفراد لإدراك الأشياء إما بيضاء أو سوداء، جيدة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، دون أن يدرك أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً قد تكون فيه أشياء إيجابية، أو تؤدي إلى نتائج إيجابية، و ينظر المريض إلى الموقف و كأنه محصور في احتمالين فقط و ليس على أساس أنه متصل يشتمل درجات كثيرة بين طرفيه (**مصطفى، يعقوب، 1999، ص 59**).

ويرى الباحث أنه يمكن الاستفادة من هذا المقياس واستخدام طريقة تقييم الاعراض بدرجات من 0 إلى 100 بدل، وهكذا يمكن المريض من تغيير أفكاره نحو المواضيع والأشياء بالثنائية فقط، هكذا شيئاً فشيئاً حتى يكتشف المريض مدى خطورة بعض أفكاره.

- **التجريد الانتقائي:** وهو أسلوب خاطئ في التفكير، كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكد لها في سياق آخر، فمثلاً شخص يرفض التقدم لعمل جديد مناسب، ذلك لأنه سبق أن رفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد.

والتجريد الانتقائي من الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين، فقد تبين أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل، فمثلاً يعود إلى المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلاناً تجاهله،

وفلانا قاطعه في الكلام وأنه كان يجب أن يقول كذا وكذا، وأن لا يقول كذا وكذا... الخ. (مصطفى، يعقوب ، 1999 ، ص69)

- **أخطاء الحكم والاستنتاج:** كثيرا من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك فيها ناتجا عن خطأ في تفسير الحادثة، بسبب عدم توافر معلومات معينة أو سياق مختلف، فكثير ما يكون الاستنتاج العشوائي أو الخطأ في الاستنتاج من النوع السيء الذي له انعكاسات سلبية على الفرد. مما سبق ذكره حول أساليب التفكير الخاطئ لدى المرضى، وجب على الباحث اثناء الحصص العلاجية، التعرف على أي نوع من الأنواع التي يستخدمها المريض من اجل إيجاد الحلول لها.

2-10-فنية لعب الأدوار:

وتعتبر من الفنيات التي تستخدم في المكون الانفعالي في العلاج المعرفي السلوكي، إذ تتيح هذه الفنية الفرصة للتنفيس الانفعالي و تفريغ الشحنات والرغبات الظاهرة و المكبوتة، ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الأخر من التفاعل والحوار والمناقشة، ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب (Cottraux,2001, p110).

ف لعب الدور يعني التدريب على تحمل الإحباط، والتحكم في السلوكيات غير المرغوبة ومعالجة نواحي القصور في السلوك الاجتماعي، كما يستخدم لعب الدور في مساعدة الأفراد على ممارسة السلوكيات التي يرغبون في أن تنمو لديهم، كي يصبحوا أكثر وعيا لانفعالاتهم وأسلوب تفاعلهم مع الآخرين، ويعد لعب الدور أحد الطرق التي تعين على نمو المهارات الاجتماعية.

ويرى الباحث أن فنية لعب الدور تتيح الفرصة للفرد لتجربة طرق بديلة للتغلب على السلوكيات غير المرغوبة، خصوصا عند مقارنة النتائج المترتبة على الاختيار ما بين السلوك المرغوب وغير المرغوب.

2-11-فنية النمذجة:

يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب المستخدمة في تعلم العديد من المهارات الاجتماعية، وذلك من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والاقتران بها، فالمعالج يعرض على المرضى النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم فيقومون بتقليدها بعد ملاحظتها مع تعزيز أدائهم للسلوك، ومن استخدامات النمذجة زيادة السلوك الإيجابي وخفض السلوكيات العدوانية غير المرغوبة (Cottraux, 2001, p150).

وتعتمد هذه الفنية على نظرية التعلم الاجتماعي، إذ توجد ثلاث عمليات أساسية لحدوث التعلم بالنمذجة وهي:

- **عملية الانتباه:** فمن الضروري الانتباه للنموذج السلوكي لكي يتم التعلم بالملاحظة، ويجب أن يكون النموذج مؤثرا على القائم بالملاحظة كي ينتبه للسلوك المراد تعلمه.
- **عملية الاحتفاظ:** فمن الضروري أن يتوفر لدى الفرد القدرة على التعلم، فلا يتأثر الفرد بسلوك النموذج المشاهد، إلا إذا تكرر السلوك المراد تعلمه.
- **عمليات الإدراك الحركي:** فالملاحظة لوحدها لا تؤدي إلى تعلم المهارات، كما أن المحاولات والأخطاء لا تساعد وحدها في تعلم المهارات الحركية، لكن لا بد من الممارسة ثم التغذية المرتدة لهذا الأداء الممارس الذي يفيد نواحي القصور في بعض جوانب السلوك المتعلم.

2-12-فنية التدريب على حل المشكلات:

هناك عدة مراحل يجب اتباعها أثناء حل المشكلة وهي:

- **مرحلة إدراك وجود المشكلة:** وفيها يدرك الفرد بأن لديه مشكلة فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوترا، مضطربا... الخ، فالمثير يذكر بأن المريض قلق أو كدر، وهذا ما يعني أن هناك شيء ما غير سليم.

- **خفض الإشارة:** عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي (قف وفكر قبل أن تتصرف)، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الاثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة، لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة.
- **وضع صياغة للمشكلة:** من خلال التركيز على المطلوب عمله، وليس من خلال مسبب الإحباط وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي وبهذا نحدد الهدف.
- **التفكير بطريقة الحل البديل:** يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة للاختيار من بينها.
- **التفكير بالعواقب:** فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواء أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكيف عن هذا الفعل.
- **مهارة التفكير العلمي:** وفيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة مثل لماذا؟ كيف يمكن؟... الخ. (Cottraux, 2001, p160).

2-13-فنية التدريب على الاسترخاء:

لا شك أن الضغوط النفسية تعتبر آفة العصر وأنها تزداد يوماً بعد يوم مما يجعلها حجر الزاوية في نشوء الاضطرابات النفسية، وبصفة خاصة مع التطور التكنولوجي وكثرة متطلبات الحياة وكذلك تشابك ظروف الحياة في عالمنا المعاصر، ولهذا فإن الاسترخاء يعتبر أمر مطلوب في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أو مخاوف وتشتت وتراحم في الأفكار، لهذا فإن الاسترخاء يستخدم في كثير من العلاجات النفسية باختلاف طرقه ويبقى الهدف التخفيف من الضغط أو القلق عند المرضى.

والباحث (المعالج) في هذا البرنامج العلاجي سيعتمد على طريقة الدكتور مصطفى المصري في الاسترخاء و هي طريقة تجمع بين طريقتين للاسترخاء وهما طريقة جاكوبسون Jacobsen و شولتز SHultz ، وهي الطريقة الأكثر استعمالاً في الجزائر خاصة بعد تبنيها من طرف الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس Société Algérienne de Recherche en Psychologie SARP ،

كما أن الباحث قد تلقى تكويننا في هذه الفنية عند مدربين أكفاء و سبق له أن أستعمل هذه الفنية لأكثر من 10 سنوات خلال مساره كمارس للعلاج النفسي، و قد أثبتت له هذه التقنية نجاحا هاما في مجال الاضطرابات النفسية كالضغوط النفسية والقلق والمخاوف المرضية وهذا طبعا مع استعمال تقنيات علاجية أخرى مع الاسترخاء.

2-13-1- توجيهات عامة قبل البدء في عملية الاسترخاء:

إن تقنية الاسترخاء تقنية تحتاج إلى مجموعة من الشروط لابد من توفرها لكي نضمن نجاح عملية الاسترخاء التام ويمكن ذكر أهم التوجيهات التي يجب أن يأخذها المعالج بعين الاعتبار من أجل نجاح عملية الاسترخاء ويمكن أن نوجز هذه التوجيهات فيما يلي:

- أن يعرف المعالج بنفسه ووظيفته.
- أن يتعرف المريض على المشكلة الأساسية التي ستطبق من اجلها تقنية الاسترخاء.
- يقدم المعالج (الباحث) الهدف من حصص الاسترخاء.
- يسأل المعالج المريض عن مدى فهمه للطريقة، ويستوضح إن كان لديه بعض القلق، أو التساؤلات ويتعامل معها.
- أن يكون صوت المعالج بنبرة هادئة، وحديثه يمكن سماعه ويستحسن استخدام اللغة الدارجة التي يفهمها المريض، وعدم استخدام المصطلحات العلمية المعقدة، فانتقاء الكلمات المستخدمة أثناء التدريب يعكس براعة المعالج وخبرته في استخدام الكلمات الإيجابية المعتدلة، وبالممارسة يستطيع المعالج أن يتحكم في نبرة صوته وقوة لغته، كما يستطيع أيضا ملاءمتها للفروقات الفردية بين الناس.
- يجب أن يكون وضع الجلوس مناسباً بين المعالج والمريض، بحيث لا يكون، قريبا جدا من المريض فيشعره بالقلق، ولا يكون بعيدا عنه بحيث لا يستطيع إيصال صوته للمريض أو ملاحظة تحركات وإيماءات المريض.

- يجب على المعالج أن يكون دقيق الملاحظة ومركزاً على المريض أثناء حصة الاسترخاء من أجل معرفة مدى قدرة العميل في التقدم في الاسترخاء.
- على المعالج أن يأخذ الفروق الفردية بعين الاعتبار، فكل مريض يبقى متفرداً وليس مجرد حالة.
- إضافة لما سبق ذكره يجب أن تكون الظروف الفيزيائية مناسبة تماماً من أجل حصة الاسترخاء خاصة: الإضاءة المناسبة، التهوية الكاملة، الهدوء التام، كرسي خاص، أو أريكة استرخاء تساعد المريض للوصول إلى حالة من الاسترخاء العضلي والعقلي.

2-13-2-مراحل التدريب على الاسترخاء: حسب الطريقة التي اعتمدها الباحث (المعالج) تشتمل مراحل التدريب على الاسترخاء على ثلاث مراحل أساسية هي :

- مرحلة الاسترخاء العضلي.
 - مرحلة التخيل والتأمل.
 - مرحلة السيطرة العقلية والتوجيه الذاتي.
- ويمكن شرح هذه المراحل الأساسية ولو بصورة مبسطة رغم أنها تأخذ وقتاً قد يطول لو حاولنا شرحها بالتفصيل.

- مرحلة الاسترخاء العضلي : يجب على المعالج أن يوضح للمريض بأن تمارين الاسترخاء العضلي تأخذ حوالي 20 دقيقة وعليه إعادة تطبيق هذه التمارين في البيت عند الضرورة أو من أجل التدريب ، وهذا أمر مهم يركز عليه المعالج، كما أن تمارين الاسترخاء العضلي لا يمكن أن تتم دون أن يعلم المعالج المريض طرق التنفس الصحيح و التنفس العميق من أجل الوصول إلى حالة الاسترخاء الحقيقية والتي تجعل المريض يتحفز أكثر للقيام بتمارين الاسترخاء لوحده في البيت أو أي مكان آخر عندما يتعرض للضغط أو القلق، ويمكن إيجاز هذه المرحلة فيما يلي :

- بعد أن يكون المريض جاهزاً لتمارين الاسترخاء و عادة ما يكون ذلك بدءاً من الحصة الثالثة في العلاج أو أكثر ، يكون المريض مستلقياً على

ظهره في أريكة الاسترخاء ، و ينظر إلى السقف ...يطلب المعالج من المريض أن يركز على نقطة معينة في السقف لعدة ثواني بعد ذلك يطلب المعالج من المريض أن يغمض عينيه ببطء عندما يحس بأن جفناه يثقلان، وبينما هو يقوم بذلك يكون المعالج في التحدث بإعطاء التعليمات للمريض و بصوت خافت كما أشرنا من قبل ...أنت الآن مستلقي في مكان آمن ..جميع عضلات جسمك مرتخية ...أنت الآن مسترخي ...حاول ان تجعل جميع عضلاتك مرتخية .

■ الآن خذ نفسا عميقا عن طريق الأنف ...أحسننت، أوقف الهواء في الرئتين لثلاث ثواني ...أحسننت، الآن أخرج الهواء عن طريق الفم ببطء ...أحسننت...، تكرر العملية لخمس مرات وبعدها يترك المريض ليتنفس تنفسا طبيعيا وهكذا تكرر العملية لخمس مرات هكذا حتى نصل بالمريض الى تنفس هادئ ومنتظم.

■ الآن وأنت مسترخي ارفع يدك اليمنى عن الأريكة الى الأعلى ...يدك اليمنى مرفوعة عن الأريكة بينما يدك اليسرى ممدودة على الأريكة ...شد يدك اليمنى... يدك اليمنى تثقل عليك ... يدك اليمنى تثقل عليك أكثر فأكثر بينما يدك اليسرى مرتخية .. ، شد يدك اليمنى بقوةبعد عدة ثواني ...يدك اليمنى مشدودة ، عضلات يدك اليمنى مشدودة ..إنها تؤلمك ، بينما يدك اليسرى مرتخية تماما ..حاول أن تقارن بين يدك اليمنى و يدك اليسرى ...، الآن أنزل يدك اليمنى ببطء على الأريكة ...يدك اليمنى متعبة ...يدك اليمنى تؤلمك ...إنك تحس بأن يدك اليمنى تنتشر بها الحرارة، بينما يدرك اليسرى براحة تامة، الآن خذ نفسا عميقا عن طريق الأنف، أوقف الهواء قليلا في الرئتين، ثم أخرج الهواء عن طريق الفم و كأنه يأتي من البطن ...أحسننت كرر ذلك خمس مرات ...، الآن أنت تحس بأن يدك اليمنى مرتخية أكثر فأكثر واستعادت حيويتها أنها تمدك بإحساس جيد...قد زال عنها الضغط و التوتر هي في حالة راحة .

- بعد ذلك نطلب من المريض أن يتنفس تنفساً طبيعياً... ويسترخي لبعض ثواني...، ثم نعيد ما طبق على اليد اليمنى على اليد اليسرى بنفس الطريقة... ويجعل المعالج المريض يقارن بين وضعية اليدين أثناء الشد والارتخاء وبعد الشد، حتى يتمكن المريض من إدراك الفرق بين الاسترخاء والشد في العضلات.
- ثم ينتقل الباحث (المعالج) إلى الأرجل، و يبدأ بالرجل اليمنى ويقول بصوت دافئ وخافت: أنت الآن مسترخي وجميع عضلات جسمك مسترخية، ارفع رجلك اليمنى عن الأريكة بمقدار 10 سم... رجلك اليسرى مسترخية بينما رجلك اليمنى مشدودة... رجلك اليمنى مشدودة أكثر فأكثر، حاول أن تقارن بين رجلك اليمنى و رجلك اليسرى... أنت تدرك الفرق، رجلك اليمنى تؤلمك وهي مشدودة فجميع عضلات رجلك اليمنى مشدودة، رجلك اليمنى تؤلمك أكثر فأكثر، بينما رجلك اليسرى مرتخية... الآن حاول أن تضع رجلك اليمنى على الأريكة ببطء... رجلك اليمنى ثقيلة، متعبة، تؤلمك، بها حرارة أكثر... بينما رجلك اليسرى مرتخية...، الآن خذ نفساً عميقاً عن طريق الأنف ثم أوقف التنفس لثانيتين، أطلق الهواء عن طريق الفم ببطء... أحسنت، أعد عملية التنفس كما فعلت 5 مرات... أحسنت، الآن أنت تحس بأن رجلك اليمنى استعادت حيوتها وأصبحت مرتخية وتحس بالراحة فيها احسن من الرجل اليسرى.
- بعد ذلك يطلب المعالج من المريض ان يتنفس تنفساً طبيعياً لمدة قصيرة ثم يعيد تطبيق التمرين على الرجل اليسرى بنفس الطريقة التي طبقت على الرجل اليمنى.
- بعد إنهاء تدريب الاسترخاء العضلي على المريض و الذي يكون طبعا بتدريب المريض أيضاً على التنفس الصحي و العميق، يقوم الباحث (المعالج) على مساعدة المريض على العودة إلى الوضع الطبيعي وهذا من خلال:

- تحريك اليدين، ثم تحريك الرجلين، وكذلك الرأس.
- هكذا شيئاً فشيئاً حتى يستعيد الجسم وضعه الطبيعي.
- ثم يطلب المعالج من المريض أن يفتح عينيه ببطء ولا يتحرك من مكانه مباشرة.
- يطلب المعالج من المريض أن يصف حالته أثناء مرحلة الاسترخاء العضلي وقيمها حسب معاشه النفسي.
- بعد ذلك يطلب المعالج من المريض النهوض من الأريكة، ويطلب منه تطبيق ما تعلمه في البيت، وهذا في الأوقات اللازمة: عند الشعور بالضغط النفسي والقلق، في الصباح والمساء وتجنب الاسترخاء بعد الأكل.

بهذه الطريقة وعندما يتأكد الباحث من أن المريض أصبح يداوم على حصص الاسترخاء العضلي يتقنها، ينتقل إلى المرحلة الثانية.

- **مرحلة التخيل و التأمل :** تأتي مرحلة التخيل والتأمل بعد مرحلة الاسترخاء العضلي، وهذه المرحلة قد يجد المعالج بعض الصعوبات في عملية التخيل عند بعض المرضى، وإن حدث ووجد بعض الصعوبات و جب الاتفاق مع المريض على اختيار المكان الآمن مسبقاً لكي يتخيله المريض لا تمام عملية الاسترخاء من خلال التمرين الثاني أو المرحلة الثانية وهي التخيل والتأمل، أما إذا سارت الأمور ببساطة وهذا ما يحدث تقريباً مع جميع المرضى خاصة إذا تم تدريبهم بصورة جيدة و كافية على الاسترخاء العضلي وقاموا بالتدريب الذاتي في البيت فإن المعالج والمريض يدخلان مباشرة في تمارين التخيل والتأمل، ويمكن إيجاز هذه المرحلة على النحو التالي:

- طبعاً بعد أن يكون المريض مسترخياً في الأريكة وقد قام بالتمرين الأول والمتعلق بالاسترخاء العضلي وهو في حالة استرخاء تام.
- يقول المعالج للمريض... خذ نفساً عميقاً عن طريق الأنف ..أخرج الهواء ببطء عن طريق الفم و" استرخي ".

- تخيل الرقم 1 أمامك وكأنه مرسوم خلف جفنيك.
- جيد... الآن اجعل الرقم 1 يختفي.
- تخيل الرقم 2 أمامك وكأنه مرسوم خلف جفنيك.
- جيد... الآن اجعل الرقم 2 يختفي.
- خذ نفسا عميقا... اخرج الهواء من فمك ببطء و " استرخي "
- الآن تخيل أمامك شكل مثلث وكأنه مرسوم خلف جفنيك، والى جانب المثلث تخيل شكل دائرة أصغر منه.
- ركز على هذه الصورة.
- خذ نفسا عميقا أخرج الهواء ببطء " استرخي ".
- الآن حرك الدائرة تجاه المثلث حتى تستقر في داخله.
- ركز على هذه الصورة... مثلث في داخله دائرة مرسومة أمامك.
- خذ نفسا عميقا أخرج الهواء عن طريق الفم و " استرخي "
- الآن تخيل مكانا ما يعجبك حاول أن تتخيل أجمل مكان تحس فيه بالراحة.
- جيد... وأنت الآن في هذا المكان الهادئ والجميل انت تحس بالراحة، حاول أن تستمتع بقدر الإمكان في هذا المكان.
- وأنت في هذا المكان حاول أن تتأمل الأشياء الجميلة الموجودة فيه.
- وأنت في هذا المكان حاول أن تحس بكل ما هو جميل باستخدام حواسك، أنت الآن في مكان آمن وجميع أحاسيسك رائعة، حاول ان تنتشر هذا الإحساس في جميع أنحاء جسمك.
- حسنا خذ نفسا عميقا عن طريق الأنف... ثم أخرج الهواء ببطء عن طريق الفم، مع كل زفير اجعل هذا الإحساس الجميل يزيد وينتشر في جميع جسمك، استمتع بهذه الحالة لعدة دقائق... ويصمت المعالج.
- بعد ذلك يقوم المعالج (الباحث) بعمل معاكس من أجل تنشيط المريض وأعادته إلى الوضع الطبيعي، وهذا بأخذ نفس عميق عن طريق الانف

وإخراجه بقوة عن طريق الفم بقوة وهذا لعدة مرات 5 على الأقل، مع تحريك الأطراف العلوية والسفلية من أجل استعادة حيوية الجسم، وأخيرا يطلب المعالج من المريض أن يفتح عينيه ببطء.

- بعد أن يفتح العميل عينيه يقول المعالج: لقد بدا لي أنك كنت مسترخيا تماما في هذا المكان الآمن، هل يمكن أن تعطي اسم هذا المكان؟
- كذلك يسأل المعالج عن الشعور الذي كان العميل يحس به، هل كان مريحا؟ وهل عندك اسم خاص لهذا الشعور؟... وهكذا في الحصص القادمة يستبدل المعالج في هذه التقنية اسم المكان الآمن بالاسم الذي أعطاه المريض.

- **مرحلة السيطرة العقلية والتوجيه الذاتي:** هذه المرحلة الأخيرة من مراحل الاسترخاء الثلاثة، تكون مرحلة ما يسمى بالسيطرة العقلية والتوجيه الذاتي، و لا يمكن للعميل الوصول الى هذه المرحلة دون إتمام المرحلتين السابقتين، لأن الاسترخاء التام لا يمكن أن يتم دون إكمال المراحل الثلاثة بالتوالي حتى يكون الاسترخاء ناجحا و مفيدا.

فكلما تمكن المريض من تعلم تقنية الاسترخاء ومن خلال إجراء تمارين الاسترخاء العضلي في البيت كما طلب منه المعالج خاصة في فترات الصباح والمساء والابتعاد عن تطبيق تمارين الاسترخاء بعد تناول الوجبات الغذائية كلما كان تعلمه للتقنية أحسن وكلما كان للاسترخاء دور في تخفيض الضغط النفسي والقلق والتوتر عند المريض.

بعدها تأتي المرحلة الثانية (التخييل و التأمل) والتي لها علاقة قوية جدا مع المرحلة الثالثة، هذا لكون المريض الذي لديه القدرة على التخييل والتأمل (عند اختيار المكان الآمن) يعني أنه يستطيع توليد الأفكار الذاتية و استخدام إزالة التحسس لديه، وهنا يجب أن نضع الفروق الفردية في الحسبان، فالكثير من المرضى يستطيعون الوصول إلى درجات جيدة من الاسترخاء العضلي، وبالتالي التخلص من الضغط والقلق لكنهم لا يستطيعون الوصول إلى تخييل واختيار المكان الآمن

مما يعني عدم القدرة على اكمال باقي مراحل الاسترخاء والمتعلقة بالجانب العقلي والفكري.

فالنجاح في الوصول إلى اختيار المكان الآمن و القيام بعملية التخيل و الإحساس بالأشياء الموجودة فيه تجعل عملية الاسترخاء أكثر فعالية على الجانب العقلي ، فتمكن المريض من عيش أحاسيس جميلة جدا تجعل منه شخصا سعيدا في تلك اللحظات و التخلص من جميع الأفكار السلبية و الأفكار العقلانية ، وهكذا بعد ذلك يدرّب المعالج المريض و هو مسترخي في المكان الآمن من توليد بعض الأفكار الذاتية الإيجابية تجاه ما يحيط به في المكان الآمن ، كما أنه بإمكان المعالج استخدام المكان الآمن من أجل إزالة التحسس للمريض تجاه بعض المواضيع التي تسبب له القلق في حياته اليومية عن طريق الإيحاء و هو مسترخي في مرحلة المكان الآمن. وكخلاصة لتقنية الاسترخاء يمكن للباحث أن يقول بأن العلاج المعرفي السلوكي كثيرا ما يعتمد على تقنية الاسترخاء في كثير من الاضطرابات النفسية خاصة الضغط والقلق، فالاسترخاء يساهم بطريقة فعالة في التخلص من القلق والتوتر والكثير من الاضطرابات النفسية.

والباحث (المعالج) اعتمد في هذه الدراسة على (تقنية) الاسترخاء خلال البرنامج العلاجي، وهذا بتدريب المرضى على التقنية بمراحلها الثلاثة وبضرورة تطبيقها كواجبات منزلية عندما يحس المريض بانه في يعاني من ضغوط أو حالات القلق.

3- الجلسات العلاجية:

بعد أن استعرض الباحث (المعالج) أهم الفنيات المعرفية السلوكية المعتمدة في البرنامج العلاجي ، يمكن الآن عرض كيفية سير البرنامج من الحصة الأولى إلى آخر حصة حسب التصور الذي وضعه الطالب الباحث، وقد تصور الباحث 15 حصة علاجية موزعة بحصة خلال كل أسبوع مدة الحصة العلاجية بين 40 الى 60 دقيقة مع ضرورة المحافظة على مكان إجراء الحصص العلاجية ولابأس من تغيير زمنها حسب ظروف المريض، وتجدر الإشارة هنا بأن البرنامج العلاجي في أصله مفتوح لمرضى القصور الكلوي المزمن الذين سبق وأن طبقت عليهم مقاييس (لديهم

درجات مرتفعة تدل على وجود ما صمم البرنامج لأجله) الدراسة ولديهم رغبة في الانخراط بالبرنامج العلاجي من تلقاء أنفسهم.

الجلسة الأولى:

تعتبر الجلسة الأولى بمثابة حجر الأساس في البرنامج العلاجي، ففي هذه الجلسة توضع القواعد والأسس الخاصة بالبرنامج العلاجي مع المريض من خلال أهداف الجلسة وكذلك الإجراءات المتبعة أثناء الجلسة.

أهداف الجلسة الأولى:

- بناء علاقة جيدة مع المريض، وهذا من خلال الاستقبال الجيد والترحيب والتقبل الغير مشروط.
- تقديم الباحث (المعالج) للمريض وعن تجربته في مجال العلاج النفسي وكذلك مؤهلاته العلمية و الهدف من تطبيق هذا البرنامج العلاجي.
- طمأنة المريض بأن المعلومات التي يدلي بها تبقى سرية بينه وبين المعالج فقط ولا يمكن لأي شخص الاطلاع عليها مهما كانت الظروف.
- تقديم شرح مبسط للمريض حول طبيعة ونوع العلاج الذي سيتلقاه، وهو العلاج المعرفي السلوكي الذي له أهمية كبيرة في التغلب على القلق والاكتئاب وقلق الموت وباقي الاضطرابات النفسية.
- التوضيح للمريض بأن البرنامج العلاجي يشمل 15 حصة علاجية بمعدل حصة كل أسبوع، وزمن كل حصة بين 40 و60 دقيقة.
- الشرح للمريض بأن العلاج المعرفي السلوكي، يشمل واجبات منزلية لابد للمريض القيام بها من أجل نجاح البرنامج العلاجي.
- الشرح للمريض بأن الواجبات المنزلية منها ما يجب أن يسجل في كراسة ويجب إحضارها في الحصة التي تليها.
- الشرح للمريض بأن البرنامج العلاجي يشمل حصص استرخاء، كما يشرح الباحث معنى الاسترخاء ومدى أهميته في التخلص خاصة من الضغط النفسي والقلق.

- الشرح للمريض بأن الاسترخاء يدرّب عليه أثناء الحصص، ويجب عليه القيام بحصص الاسترخاء في البيت.
- بعد ذلك و بعد أخذ موافقة المريض على كل ما تم شرحه يتم العقد العلاجي بين المريض والمعالج (الباحث) من أجل السهر على تنفيذ البرنامج العلاجي.
- الإجراءات المتبعة في الجلسة الأولى: كما قلنا سابقاً، فإن الجلسة الأولى هي التي تحدد مسار باقي الجلسات، لذا يجب التعامل بحذر مع المريض من أجل ضمان استمرار مشاركته في البرنامج العلاجي وهذا من خلال:
- بناء علاقة إيجابية مع المريض من خلال الترحيب به في المكتب، واستقباله استقبالا طيبا من أجل تحقيق نوع من الألفة والتقبل والثقة المتبادلة بين المعالج والمريض ويكون هذا التقبل غير مشروط.
- تعريف المعالج بنفسه للمريض وبمجال تخصصه وخبرته في الميدان وتكوينه الأكاديمي.
- وصف العلاج المعرفي السلوكي وأهم الفنيات التي يستخدمها والنتائج التي حققها في علاج مجال الاضطرابات النفسية.
- التأكيد على سرية المعلومات التي يدلي بها المريض أثناء الحصص العلاجية.
- التوضيح للمريض بأن البرنامج العلاجي يشمل 15 حصة علاجية بمعدل حصة كل أسبوع، وزمن كل حصة بين 40 و60 دقيقة.
- الشرح للمريض بأن العلاج المعرفي السلوكي، يشمل واجبات منزلية لابد للمريض القيام بها من أجل نجاح البرنامج العلاجي.
- الشرح للمريض بأن الواجبات المنزلية منها ما يجب أن يسجل في كراسة ويجب إحضارها في الحصة التي تليها.
- الشرح للمريض بأن محتويات البرنامج العلاجي هدفها هو تعديل السلوك، وهذا من خلال إحداث تغيير في طريقة تفكير ومعتقدات المريض الخاطئة إلى أفكار ومعتقدات عقلانية تؤدي الى سلوكيات أكثر سواء وتحقيقا للتوازن النفسي.

- يقوم الباحث بشرح وتوضيح نظام سير البرنامج العلاجي، والتأكيد على ضرورة التزام المريض بالمواعيد المحددة للحصص وكذلك الالتزام بالواجبات المنزلية.
- كما يقوم الباحث في الجلسة الأولى بطرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بحياة المريض اليومية، وتجربته مع المرض، كما يطرح المعالج أسئلة أخرى متعلقة بالأعراض التي قام المعالج بقياسها بواسطة أدوات قياس البحث من أجل التأكد من تشخيص جيد لحالة المريض.
- مناقشة أهم الأعراض التي يعاني منها المريض سواء المتعلقة بالضغط النفسي وبالقلق أو الاكتئاب أو قلق الموت، وهذا من أجل وضع خطة العلاج والتي تكون انطلاقاً من الأعراض البسيطة إلى الأعراض الأكثر تعقيداً وحسب تقدير الباحث يتم التركيز على أعراض الضغط النفسي ثم القلق ثم أعراض الاكتئاب وأخيراً أعراض قلق الموت.
- وأخيراً تختتم الجلسة بواجب منزلي وهو تكليف المريض بتسجيل بعض المواقف اليومية التي تسبب له الضغط النفسي والقلق والاكتئاب أو قلق الموت، والتعبير عنها بأسلوبه الخاص دون نسيان الأجزاء إن أمكن ذلك.
- كما يقوم الباحث في الأخير بشكر المريض على تعاونه أثناء الحصة، ويضبط معه موعداً للحصة العلاجية الثانية.
- كما يقوم بتدوين كل معلومة يراها مهمة في الملف الخاص بالمريض من أجل الاستعانة بها عند الحاجة في الحصة المقبلة.

الجلسة الثانية:

في الجلسة الثانية يتحقق الباحث (المعالج) من ردود فعل المريض تجاه الجلسة السابقة، أو إذا كانت هناك قضايا أو أفكار يريد المريض مناقشتها باستثناء الواجب المنزلي الذي سيناقش فيما بعد أثناء الحصة، فقد يكون المريض قد تذكر بعض الأشياء والأفكار التي تخص حالته ولم يناقشها في الحصة الأولى مع المعالج، لذا

وجب أن تعطى له الفرصة كي يعبر عن مشاكله و معاناته بكل حرية و بإصغاء جيد من طرف المعالج

أهداف الجلسة الثانية:

- إعطاء الفرصة للمريض التعبير عن أهم الاعراض التي تكررت له كثيرا في الأسبوع الماضي خاصة المتعلقة بالضغط النفسي وبالقلق.

- مناقشة الواجب المنزلي.

- البحث عن أعراض أخرى يعاني منها المريض قد يكون لم يذكرها في الحصة السابقة.

- شرح مبسط للأعراض التي يعاني منها المريض على أنها نتيجة أفكار خاطئة عن الواقع مما ينتج عنها انفعالات (ضغط -قلق -اكتئاب) ثم بعد ذلك تظهر تلك الانفعالات السلبية في سلوك المريض : كالتوتر، نقص النوم، نقص الشهية، والانسحاب الاجتماعي، والخوف من الموت .

- مناقشة دافعية المريض في نظره للبرنامج العلاجي الذي انخرط فيه.

- إعطاء واجب منزلي في نهاية الجلسة الثانية.

الإجراءات المتبعة في الجلسة الثانية : كما أشرنا سابقا نحاول أن نستثير المريض بمجموعة من الأسئلة حول حالته الصحية ، سواء النفسية أو الجسمية، وكذلك حياته اليومية حتى يمكن المريض من التعبير أكثر وتذكر ربما بعض من الاعراض التي لم تذكر في الجلسة الأولى ، وهذا بإصغاء و اهتمام كبير مما يجعل المريض أكثر قربا من المعالج، مع تجنب الأسئلة الحساسة و تركها للحصص المتقدمة فيما بعد .

بعدها يناقش الباحث (المعالج) الواجب المنزلي مع المريض بعد أن يستعرض كل ما سجله في كراسة الواجبات المنزلية ، فتتم مناقشة كل الأفكار والأعراض التي سجلها المريض عن نفسه نقطة بنقطة خاصة المتعلقة بالضغط النفسي والقلق.

- بعد مناقشة الواجب المنزلي يحاول المعالج التركيز على الأفكار اللاعقلانية الواضحة جيدا في الموافق اليومية التي يسجلها المريض ويحاول مناقشتها معه على أساس أن تلك الأفكار هي التي كانت سببا في ضغطه وقلقه واكتئابه، وبأن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي ستخلصه من تلك الأفكار التي تكون سببا في سلوكه.
- بعدها يحاول المعالج أن يضع برنامجا في ترتيب الأعراض التي يعاني منها المريض وهذا بالاتفاق معه، إذ ينطلق من الأعراض البسيطة ثم المتوسطة ثم الكبيرة أي أعراض الضغط النفسي والقلق ثم أعراض الاكتئاب وأخيرا أعراض قلق الموت.
- يبدأ المعالج مناقشة مشكلة الضغط النفسي والقلق التي يعاني منها المريض، وتحديد أهم الأعراض التي يعاني منها المريض سواء كانت نفسية أو جسدية، ويشرح المعالج للمريض بأن الضغط القلق الذي يعاني منه هو استجابة لأفكار تلقائية وغير عقلانية تسيطر على تفكيره فيصبح سلبيا وهكذا يصبح المريض ينظر الى نفسه والعالم الخارجي بصورة سلبية ويكون أكثر قلقا عكس أشخاص آخرين يعيشون من حوله و لهم نفس الظروف إلا أن نظرتهم لأنفسهم ومحيطهم نظرة إيجابية و قد يستدل المعالج بالمرضى المحيطين بالمريض عند إجراء حصص تصفية الدم.
- من خلال هذا الحوار والشرح حول موضوع الضغط النفسي والقلق وبعد الاتفاق مع المريض بأن البرنامج العلاجي سيكون تركيزه في الحصص القادمة على أعراض الضغط النفسي القلق من أجل التخلص منها، ثم بعد ذلك نركز على مشكلتي الاكتئاب وقلق الموت.
- خلال هذه الحصة يتم التعريف بالضغط النفسي وبالقلق المرضي والقلق الموضوعي وتحديد أهم أعراض الضغط النفسي والقلق المرضي للمريض، وهذا حتى يتمكن المريض من رصد جميع الأعراض المتعلقة بالقلق.

- أيضا من بين الإجراءات المتبعة في هذه الجلسة هو التأكيد للمريض بأن الاعراض التي يعاني منها هي نتيجة للأفكار السلبية التي تدور في رأسه.
- يشرح المعالج للمريض بأن أي انفعال تسبقه مجموعة من الأفكار الأتوماتيكية السلبية تكون سببا في أعراض الضغط النفسي والقلق، ومنه تدريب المريض على محاولة رصد بعض الأفكار الأتوماتيكية التي تسبق الانفعال وتسجيلها في الكراسة الخاصة بالواجبات المنزلية.
- بعد ذلك تلخص الجلسة الثانية من بدايتها إلى نهايتها من طرف المريض والمعالج مع التأكيد على التغذية الراجعة.
- في نهاية الجلسة يكلف المريض بواجب منزلي للجلسة القادمة متمثلا في محاولة رصد الأفكار السلبية الأتوماتيكية التي تسبق حالات الضغط النفسي والقلق وما يصاحبهما من انفعالات وكذلك تسجيل جميع الأعراض المتعلقة بالضغط والقلق سواء كانت جسدية، أو نفسية... وتختتم الجلسة.
- يقوم المعالج بعد انصراف المريض بتسجيل كل ما يراه مهما خلال هذه الجلسة، وكذلك تسجيل الصعوبات والأمور التي قد يكون المريض لم يستطع فهمها أو استيعابها.

الجلسة الثالثة:

بعد جلستين من بداية العلاج وعند الدخول في الجلسة الثالثة يعتقد الباحث بأن علاقة الثقة قد تكون على درجة من القوة يمكن الاعتماد عليها من أجل السير قدما في البرنامج العلاجي، كما أن المعالج يسأل المريض عن حالته ويطمئنه بأننا مازلنا في بداية البرنامج العلاجي، وأن النتائج الإيجابية للعلاج تكون بالتدرج والتعاون.

أهداف الجلسة الثالثة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- تعليم المريض كيفية وقف الأفكار السلبية.
- تعليم المريض كيفية رصد واصطياد الأفكار التلقائية " الأتوماتيكية " .

- تدريب المريض على الاسترخاء العضلي.

- إعطاء واجب المنزلي في نهاية الحصة.

الإجراءات المتبعة في الجلسة الثالثة:

- يتم في بداية الجلسة مناقشة الواجب المنزلي مع المريض، وتكون المناقشة بعد أن يعرض المريض كراسة الواجب المنزلي، وتبدأ مناقشة الأعراض التي سجلها المريض حول مواقف الضغط النفسي والقلق التي سجلها ويتم شرح تلك الأعراض بطريقة بسيطة على أنها نتيجة للأفكار السلبية والخاطئة وبتغيير تلك الأفكار يتغير سلوكه وحالته النفسية، بعد ذلك يناقش المعالج مع المريض أهم الأفكار الأتوماتيكية التي أستطاع رصدها و تسجيلها و هي تلك الأفكار التي تسبق حالة الضغط أو القلق ولا يتوقع المعالج أن يكون عدد الأفكار المسجلة بالقدر الكافي قدر ما يهمله نجاح المريض في رصد بعض الأفكار السلبية، وهذا نوع من التدريب للمريض كي يستطيع رصد الأفكار الأتوماتيكية في الجلسات القادمة، كما يتم مناقشة الصعوبات التي واجهت المريض في رصد الأفكار الأتوماتيكية، وهنا لا يهتم عدد الأفكار التي استطاع المريض تدوينها بقدر ما يهتم تدريبه على رصد تلك الأفكار، و هذا ما يجعل ثقة المريض بنفسه تزداد أكثر، و كذلك يبدأ المعالج بمساعدة المريض عن طريق طرح الأسئلة السوفراطية حول مدى صحة هذه الأفكار في الواقع، وهكذا يتضح انخراط المريض في البرنامج العلاجي.

- كما يقوم المعالج في هذه الجلسة بتدريب المريض أكثر من أجل رصد وتحديد الأفكار الأتوماتيكية خاصة المتعلقة بالضغط النفسي بالقلق، وهذا من خلال المناقشة وإعطاء أمثلة من حياة المريض وتحليل موافق تعرض لها، ومحاولة تنشيط ذاكرته للوصول الى الأفكار التي تسبق حالات القلق لديه.

- تعليم المريض كيفية وقف الأفكار السلبية وعدم تركها تتراكم عليه، وهذا من خلال الشرح للمريض بأن الفكرة السلبية لها تأثير متزايد، فهي تبدأ صغيرة ثم تكبر شيئاً فشيئاً وهذا ما يجعل المريض عاجزاً عن مقاومتها، فالفكرة الخاطئة

تستدعي أفكار خاطئة أخرى مما يجعل المريض محاصرا ومستسلما لهذه الأفكار، لذا فإن فنية وفق الأفكار بتطبيقها من خلال ظهور الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية يجعل المريض يتحكم بصورة جيدة في حالات الضغط النفسي والقلق ويخفض منهما بدرجة كبيرة، كل هذا يكون بالشرح البسيط و الجيد مع استخدام فنية التخيل أحيانا حتى يتمكن المريض من معاشة حالات سابقة ، كما أن استخدام التغذية الراجعة ضروري من أجل تأكد المعالج من مدى استيعاب قدرة المريض على تطبيق هذه الفنيات .

- بعد ذلك يقوم المعالج بتقديم شرح بسيط لتقنية الاسترخاء، والتوضيح للمريض بأن الاسترخاء من أنجح التقنيات في القضاء على الضغط النفسي والقلق، وبأن هذه التقنية تدخل في البرنامج العلاجي كما تم شرح ذلك سابقا وسنطبقها على مراحل، وأول مرحلة هي مرحلة الاسترخاء العضلي، والتي تم شرحها سابقا وشرح خطواتها.

- يتم تطبيق تقنية الاسترخاء لمدة عشرين دقيقة على أريكة استرخاء، كما تم شرح ذلك آنفا، بعد تطبيق الاسترخاء العضلي على المريض، نقوم بتلخيص محتوى الجلسة الثالثة، وطرح بعض الأسئلة إن كانت هناك أمور غامضة أو غير مفهومة للمريض من أجل توضيحها.

- ثم يقدم المعالج الواجب المنزلي المتمثل في رصد أكبر عدد من الأفكار الأتوماتيكية في الأسبوع القادم، مع محاولة المريض إيقاف تدفق الأفكار السلبية وعدم تركها تتراكم، مع محاولة إبدالها بأفكار إيجابية.

- القيام بتمارين الاسترخاء العضلي في البيت مرتين في اليوم على الأقل.

- بعد ذلك تختتم الجلسة ويقوم المعالج بتدوين ما يمكن تدوينه حول سير هذه الجلسة.

الجلسة الرابعة:

أهداف الجلسة الرابعة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.

- مناقشة مدى نجاح المريض في تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي.
 - التدريب على التمرين الثاني من الاسترخاء " التخيل والتأمل".
 - تعليم المريض فنية الحوار الذاتي.
 - تعليم المريض على كيفية التعرف على التفكير الخاطئ الغير فعال.
- الإجراءات المتبعة في الجلسة الرابعة: في بداية الجلسة يتم تقييم مدى نجاح المريض خلال الأسبوع في الواجبات المنزلية التي كلف بها، كما يتم تقييم مدى نجاح المريض في تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي.
- طبعاً بعد أن يعرض المريض كراسة الواجبات المنزلية وما قام بتسجيله عليها، يبدأ المعالج في مناقشة كل ما كتبه المريض نقطة بنقطة، وأول ما يتم مناقشته هو التعرف على الأفكار السلبية والأتوماتيكية التي استطاع المريض تسجيلها ورصدها خلال الأسبوع خاصة تلك المتعلقة بحالة الضغط والقلق، وتقييم مدى نجاح المريض في وقف الأفكار السلبية ومدى مقاومته لتلك الأفكار.
 - تقييم مدى قدرة المريض في وقف الأفكار السلبية وعدم تركها تتراكم ككرة الثلج التي تتدرج صغيرة عند قمة الجبل وتصبح ضخمة أسفل الجبل، وهنا يتوقع المعالج نجاح المريض في رصد الكثير من الأفكار السلبية وبالتالي القدرة على وقف البعض منها وعدم تركها تتراكم عليه وبالتالي فإن حالة الضغط والقلق تبدأ في الانخفاض خاصة مع تمارين الاسترخاء، هذا ما يجعل الباحث يعتقد بأن المريض تزيد ثقته في نفسه وفي المعالج بالقدرة على التغلب على الضغط والقلق.
 - تقييم مدى قدرة المريض على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية، ومقارنة ذلك عند نجاحه وعند فشله، مع تشجيع المريض على استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية.

- ترك المريض يصف حالته ومشاعره، وتقييم مدى نجاحه خلال الأسبوع بصفة عامة وإعطاء نسبة مئوية في مدى قدرته لرصد الأفكار السلبية ومدى انخفاض أعراض الضغط والقلق لديه سواء كانت جسدية أو نفسية.
- تقييم مدى نجاح المريض في تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي، وهل وجد صعوبات معينة يمكن استدراكها في هذه الحصة، كما يسأل المعالج المريض عن احساساته ومشاعره بعد كل تمرين استرخاء قام به.
- بعد ذلك يقوم المعالج بتقييم إجمالي مع المريض للجلسة السابقة ومدى التقدم في العلاج خاصة نحو أعراض الضغط النفسي والقلق، مع طمأنة المريض دائما بأن النجاح في العلاج يكون بتعاونه.
- بعد ذلك يقوم المعالج في الدخول في واجبات و فنيات الجلسة الرابعة ، وتكون البداية بتدريب المريض على التمرين الثاني من تمارين الاسترخاء وهو "التخيل و التأمل"، هذا طبعا بعد إجراء تمرين الاسترخاء العضلي و لكن بصورة مختصرة لا تتعدى 5 دقائق للتدريب فقط ، ثم يدرّب المعالج المريض في فنية التخيل والوصول إلى المكان الآمن، وكيفية التأمل في هذا المكان وهذا لمدة 20 دقيقة تقريبا، وهذه المرحلة قد سبق شرحها سابقا ، ويطلب المعالج من المريض بعد نهاية التمرين ذكر المكان الآمن ووصفه من أجل استخدامه في الحصص القادمة، كما يطلب المعالج من المريض وصف تجربة التخيل والتأمل التي قام بها ووصف مشاعره .
- كما يقوم المعالج في هذه الحصة بتدريب المريض على فنية الحوار الذاتي، وهي فنية سبق ذكرها آنفا، إذ يقوم المعالج بتعديل مستوى الأفكار السلبية من خلال حوار المريض مع نفسه حول طبيعة الأفكار التي يحملها ومناقشتها بموضوعية مع نفسه، ويستخدم المعالج هنا التغذية الراجعة مع إعطاء امثلة واقعية ومن الأحسن أن تكون من حياة المريض الشخصية، ويعلم المعالج المريض أن يحاول استخدام هذه الفنية العديد من المرات في اليوم إن أمكن.

- كما يقوم المعالج في هذه الحصة بإدخال فنية أخرى من فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وهي فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ الغير فعال، فالمعالج يشرح بالتبسيط للمريض بأن الانسان في كثير من المشاكل التي تواجهه يقوم بمواجهتها بطرق خاطئة سواء من حيث المبالغة في تضخيمها، أو التعميم الزائد للمشاكل، أو من خلال التطرف في الحكم على الأشياء " بيضاء أو سوداء" ، و يمكن أن يطلب المعالج من المريض عرض مشكلة تعرض لها من قبل و يقوم معه بتحليلها، وإخراج كل ما هو مضخم، أو حدث له تعميم خاطئ وبأن بعض المشاكل لا يمكن تقييمها بالثنائية فقط بل قد تحمل حلولاً أخرى، هكذا وعن طريق التغذية الراجعة يمكن تدريب المريض على تعديل تفكيره من السلبي إلى الإيجابي شيئاً فشيئاً.
- بعد ذلك يقوم المعالج بتلخيص محتوى الجلسة الرابعة، ويطلب من المريض إن كان هناك أمر لم يفهمه أو لم يستطع أن يستوعبه، كما يطلب المعالج من المريض بأن الواجبات المنزلية الجديدة التي سيقوم بها لا تعني أنه سيستغنى عن الواجبات السابقة، بل هي إضافة أخرى للواجبات السابقة وهي كلها متكاملة وتدخل في البرنامج العلاجي.
- يطلب المعالج من المريض تطبيق تمارين الاسترخاء، إذ يقوم بتمارين الاسترخاء العضلي لمدة 20 دقيقة ثم تمارين التخيل والتأمل لمدة 20 دقيقة دون الفصل بين التمرنين مع ضرورة القيام بهذه التمارين مرتين في اليوم.
- وتنتهي الحصة بتسجيل ما يمكن تسجيله من طرف المعالج لصالح العملية العلاجية.

الجلسة الخامسة:

بعد أربع حصص من العلاج للمريض أي مدة شهر من بدايته يتوقع الباحث أن يكون المريض على درجة مقبولة و قدرة كافية في إيقاف الأفكار السلبية المتعلقة بالضغط النفسي و بالقلق، كما أن تمارين الاسترخاء تكون قد ساعدته كثيراً في التغلب على الضغط النفسي والقلق، هذا ما يجعل الباحث (المعالج) يخطط في

الانتقال إلى أعراض الاكتئاب التي يعاني منها المريض خاصة تلك الأعراض التي قد تكون مشتركة بين القلق والاكتئاب أو القريية منه .

أهداف الحصة الخامسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- مناقشة مدى نجاح المريض في تطبيق تمارين الاسترخاء.
- مناقشة مدى انخفاض أعراض الضغط النفسي والقلق عند المريض بعد 4 حصص من العلاج (إعطاء نسبة تقديرية من 0 إلى 100)
- مناقشة مدى نجاح المريض في تطبيق الفنيات التي تدرب عليها في وقف الأفكار السلبية وإبدالها بالأفكار الإيجابية، ومدى قدرته في التعرف على التفكير السلبي.
- إعطاء نبذة مختصرة عن الاكتئاب وأهم أعراضه.
- تكليف المريض برصد الأفكار السلبية المتعلقة بالاكتئاب.
- الإجراءات المتبعة في الجلسة الخامسة:** بعد شهر من العلاج يتوقع المعالج بأن يكون المريض قد تعلم الكثير من فنيات العلاج المعرفي السلوكي، كما يتوقع انخفاض في درجة الضغط النفسي والقلق خاصة مع استخدام تقنية الاسترخاء.
- يقوم المعالج بمناقشة الواجب المنزلي للأسبوع الماضي، ومناقشة ما مدى نجاح المريض في تطبيق الفنيات الجديدة التي تعلمها في الأسبوع الماضي وتقييمها، وذكر الصعوبات التي واجهته.
- يطلب المعالج من المريض أن يقيم درجة ضغطه النفسي وقلقه بعد 4 حصص من العلاج وعن مدى نجاحه في إيقاف الأفكار السلبية المتعلقة بالقلق وعن مدى انخفاض أعراض الضغط والقلق بصفة عامة، من خلال هذا يحدد المعالج الدخول في المرحلة الثانية والمتعلقة بأعراض الاكتئاب أو الاستمرار في علاج أعراض الضغط والقلق.

- بعدها يناقش المعالج مع المريض مدى نجاحه في تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي والتأمل، وعن احساسه عند إجراء حصص الاسترخاء وعن مدى رضاه عن حصص الاسترخاء وعن مدى تخفيضها للضغط النفسي والقلق.
- كما يتم مع المريض مراجعة جميع الفنيات التي درب عليها وعن مدى نجاحه بعد 4 حصص من العلاج في تطبيقها وعن فعاليتها في تخفيض القلق، ويتوقع المعالج أن يكون المريض قد وفق في الكثير من الفنيات وبالتالي نجاحه في تطبيقها في حياته اليومية مما يعني انخفاضا ملحوظا في الضغط والقلق لديه.
- بعدها يقوم المعالج بشرح أهم أعراض الاكتئاب بالتفصيل حتى يتعرف عليها المريض مثل الشعور بالحزن وتأنيب الضمير والتشاؤم والانطواء الخ من أعراض الاكتئاب حتى يتمكن المريض من معرفتها بدقة.
- بعد ذلك يشرح المعالج بأن تلك الأعراض ماهي في الحقيقة نتيجة للأفكار السلبية والخاطئة، وبالتالي فإنه ان تمكن للمريض من تغيير أفكاره من أفكار سلبية إلى أفكار إيجابية وذلك استخدام نفس الفنيات والتقنيات التي استخدمها في الحصص السابقة فإنه بإمكانه التخلص من أعراض الاكتئاب.
- تحديد أهم أعراض الاكتئاب التي يعاني منها المريض، وذلك من أجل تحديد الأعراض البسيطة أولا ثم الانتقال الى الأعراض التي يراها المريض معقدة مستقبلا.
- بعد ذلك يكلف المريض بمحاولة رصد الأفكار التي تسبق حالات الاكتئاب عنده، كما كان يفعل مع حالة الضغط والقلق، وهنا نتوقع من المريض القدرة في رصد الأفكار السلبية المتعلقة بالاكتئاب بصورة أسرع، مقارنة مع حالة القلق لكون المريض تدرب على هذه الفنية من قبل.
- كما يكلف المريض بمحاولة إيقاف تدفق الأفكار السلبية المتعلقة بالاكتئاب والقلق معا، فكل الأفكار الغير عقلانية هي المسؤولة عن حالة الضغط والقلق والاكتئاب التي يعيشها.

- ضرورة الاستمرار في تطبيق تمارين الاسترخاء يوميا كما سبق الاتفاق على ذلك.
- بعد ذلك يطلب المعالج من المريض إن كان هناك شيء لم يفهمه أو لم يستوعبه من أجل إيضاحه.
- في الأخير يعطى الواجب المنزلي للمريض.
- ثم يدون المعالج ما يمكن تدوينه حول الحصة العلاجية.

الجلسة السادسة:

اهداف الجلسة السادسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
 - مناقشة مدى قدرة المريض في نجاحه في تطبيق الفنيات التي تدرب عليها في الحصص السابقة، ومدى قدرته في اسقاطها على أعراض الضغط النفسي والقلق.
 - مناقشة مدى فعالية البرنامج العلاجي حول أعراض الضغط النفسي والقلق.
 - مناقشة أعراض أخرى للاكتئاب من أجل محاولة دحض الأفكار السلبية لمسببة لها.
 - تدريب المريض على القيام بأنشطة يومية ذات معنى وتسجيلها في كراسة الواجبات المنزلية.
 - تدريب المريض على فنية النمذجة كفنية جديدة لم يتدرب عليها من قبل.
 - إعطاء واجب منزلي، يشمل ما تم الاتفاق عليه في الجلسة.
- الإجراءات المتبعة في الحصة السادسة :** يبدأ المعالج الحصة العلاجية كالعادة في مناقشة الواجب المنزلي الذي كلف به المريض خلال الأسبوع، ويطلب منه أن يحدد بلغة الأرقام مدى نجاحه في رصد الأفكار الاتوماتيكية حول أعراض الاكتئاب التي تم الاتفاق عليها في الحصة السابقة خاصة تلك التي تم الاتفاق حولها على أنها أعراض بسيطة مثل التشاؤم والانسحاب، حيث تعطى الفرصة للمريض لكي يعبر عن وجهة نظره وعن مدى نجاحه في رصد تلك الأفكار التي تسبق

الحالة الانفعالية، كما تترك الفرصة للمريض لكي يعبر عن الصعوبات التي واجهته في استبدال أو دحض تلك الأفكار، و يقوم المعالج بتشجيع المريض بأنه يستطيع النجاح كما استطاع من قبل مع أعراض الضغط والقلق ، كما أن المعالج يناقش مع المريض عن مدى قدرته في النجاح الذي يرى بأنه حققه في تطبيق الفنيات التي تعلمها من قبل في التعامل مع القلق بعد أن حول تطبيقها على بعض أعراض الاكتئاب مثل " رصد الأفكار الاتوماتيكية، وقف الأفكار، الحوار الذاتي.... الخ"، ويكمن للمعالج ان يطلب هنا من المريض أن يعطي مثالا من الواقع ويحلل المعالج رفقة المريض الموقف، ويعطي للمريض أهم الاستراتيجيات التي يمكن له أن يستخدمها في مواجهة المشكلة التي تواجهه.

- ومن أجل تأكيد فعالية العلاج المعرفي السلوكي يناقش المعالج مدى نجاح البرنامج في تخفيض أعراض الضغط والقلق، وبعد ذلك يخبر المريض بأن النتائج المحققة في الضغط والقلق يمكن تحقيقها مع الاكتئاب بإتباع نفس الأساليب المتبعة في تخفيض الضغط والقلق.

- كما يناقش المعالج مع المريض مدى استمراره في تطبيق حصص الاسترخاء، ومدى احساسه بالنجاح في تخفيض أعراض الضغط والقلق والتوتر والوصول الى حالة من الراحة النفسية والجسمية.

- بعدها تعطى الفرصة للمريض لكي يعبر أكثر عن أعراضه الاكتئابية، ويطلب المعالج من المريض أن يرتب هذه الأعراض حسب درجة الشدة في جدول يضعه المعالج مع المريض، وهذا من أجل وضع برنامج للتخلص من هذه الأعراض وهذا طبعا بأن تكون البداية من الأعراض البسيطة ثم السير قدما الى الأعراض المعقدة، وهذا يكون في الواجب المنزلي للمريض خلال كل الأسبوع.

- كما نعلم فإن المريض المصاب بالاكتئاب غالبا ما يكون خاملا ولا يستطيع القيام بأبسط الاعمال، وهنا يقوم المعالج بتكليف المريض بالقيام ببعض الأعمال التي تناسب حالته الصحية الجسمية وتكون من اهتماماته السابقة مثلا:

على أن يسجل المريض تلك الأنشطة يوميا في كراسة الواجبات المنزلية ويعطى لها تقييما في نجاحه من 0 الى 10، هكذا حتى نمكن المريض من الخروج من العزلة والإحساس بالذات الإيجابية مما يرفع من معنوياته وبالتالي تنخفض المشاعر السلبية لديه.

- يقوم المعالج في هذه الحصة بإدخال فنية النمذجة في البرنامج العلاجي حيث يقوم بتدريب المريض على هذه الفنية ، وهذا من خلال تعليم المريض التعرف على النماذج السوية في بيئته خاصة تلك التي تعاني من نفس المرض ، فيعلم المريض ملاحظة زملائه المرضى الذين يخضعون لعملية الغسيل الدموي وغير المكتئبين، ويطلب من المريض أن يلاحظهم و ينتبه الى سلوكياتهم ويقارنها بحالته، وهنا يستطيع المريض أن يدرك الفرق بينه و بين زملائه المرضى و يحاول ان يقتدي بهم و يكون سعيدا مثلهم، ويقوم المعالج بتشجيع المريض على ملاحظة زملائه المرضى وملاحظة أسلوبهم في الحياة لكي يكون إيجابيا مثلهم .

- في الأخير يعطى للمريض الواجب المنزلي الخاص بالحصة.

- يقوم المعالج بتسجيل كل ما يراه مهما خلال هذه الجلسة.

الجلسة السابعة:

أهداف الجلسة السابعة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- تدريب المريض على فنية التخيل.
- تدريب المريض على فنية صرف الانتباه.
- تحديد أعراض أخرى للاكتئاب أكثر شدة من السابقة للتركيز عليها في الحصة.
- إعطاء الواجب المنزلي.

الإجراءات المتبعة في الحصة السابعة: يقوم المعالج في بداية الحصة بمناقشة الواجب المنزلي الذي كلف به المريض، ويسأل المريض عن المشاكل التي قد

تكون واجهته خلال الأسبوع الماضي في إحدى الواجبات المنزلية ويكون التركيز على الوجب المنزلي على النحو التالي:

- مناقشة المريض حول جدول الأنشطة اليومية التي كلف بها بالاتفاق مع المعالج، وتقييم النتائج المتحصل عليها حسابيا وتحديد مدى تقدم المريض في تحقيق أنشطة إضافية يوم بعد يوم حسب تصور المعالج، كما يتوقع المعالج أن تكون الأنشطة اليومية سببا في تخفيض أعراض الاكتئاب لدى المريض ولو بصورة بسيطة، كما أنها قد تحقق له نوع من الراحة النفسية مما يعني زوال حالة الكدر التي يعيشها المريض عندما يكون منشغلا بالأنشطة اليومية.
- مناقشة المريض حول فنية النمذجة، وفي مدى نجاحه في إيجاد نموذج يقتدي به، يجعله يتخلص من السلوكات السلبية، ويتبنى السلوكات الإيجابية التي تجعله أكثر مرحا، بما أن الآخرين من المرضى يعانون من نفس المرض ويعيشون حياة عادية.
- مناقشة المريض في مدى نجاحه في استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي مع أعراض الاكتئاب خاصة رصد الأفكار الأتوماتيكية والمراقبة الذاتية والقدرة على وقف الأفكار السلبية وإبدالها بالأفكار الإيجابية، وهنا يقيم المعالج مع المريض قدراته ومدى تقدمه في تطبيق هذه الفنيات التي هي أساس العلاج لأعراض الاكتئاب، وفي حالة وجود صعوبات يناقشها المعالج مع المريض من أجل إيجاد الحلول المناسبة لها.
- مناقشة المريض في مدى فعالية حصص الاسترخاء في التخفيف من بعض أعراض الاكتئاب مقارنة مع القلق.
- بعد ذلك يقوم المعالج بتدريب المريض على فنية التخيل والتي سبق شرحها من قبل، فيطلب المعالج من المريض أن يغمض عينيه ويتخيل نفسه وهو في حالة اكتئاب، ويطلب منه المعالج أن يصف مشاعره وانفعالاته وهو مغمض العينين، بعد ذلك يقوم المعالج بطلب آخر وهو أن يتخيل المريض ذكرى سعيدة يكون قد مرت في حياته، ويطلب المعالج من المريض بأن يصف مشاعره

وانفعالاته، بعدها يأمر المعالج المريض بفتح عينيه ويقول له قارن بين الأفكار التي كانت تدور في ذهنك لحظة التخيل في الحالتين، وهنا يدرك المريض بأن تلك الانفعالات غير السارة أو السارة كانت من صنع الأفكار وبالتالي فإن الحالة الانفعالية تحدها الأفكار بالذهن ويشرح المعالج ذلك جيدا للمريض، ويطلب منه إعادة هذه التجربة في المواضيع السارة ولو مرة في اليوم، وهذا ما يجعل المريض يفتتح فعلا بأنه يستطيع أن يعيش لحظات سعيدة عن طريق تخيل و تذكر ذكريات جميلة، هذا ما يساعده في دحض أعراض الاكتئاب.

- كما يدخل المعالج في هذه الحصّة فنية صرف الانتباه، وهي من الفنيات المستعملة في العلاج المعرفي، إذ يقوم المعالج بتدريب المريض على هذه الفنية من خلال التركيز مثلا على شيء معين تركيزا قويا ويترك الأفكار الأخرى (الأفكار السلبية المتعلقة بالاكتئاب)، أو عن طريق استحضار الذكريات الجميلة والخيالات السارة عندما يحس المريض بأنه يتعرض للاكتئاب، وهذه الفنية يدرّب عليها المريض اثناء الحصّة، وهذا من خلال إجراء تجربة أثناء الحصّة، وهذا ما يعزز المريض للقيام بهذه الفنية خلال الأسبوع القادم في البرنامج .

- وفي الخطوة ما قبل الأخيرة لهذه الحصّة يفتح المعالج الحوار مع المريض حول الأعراض الاكتئابية التي قد قام المعالج والمريض بترتيبها من قبل من أجل تحديد عرضين من أعراض الاكتئاب للتركيز عليهما في الحصص العلاجية القادمة، شرط الانتقال من البسيط إلى المتوسط ثم الشديد حسب رأي المريض.

- في الأخير يقوم المعالج بإعطاء الواجب المنزلي للمريض، وهذا بالتركيز على الاعراض التي تم الاتفاق حولها، مع استخدام الفنيات الجيدة التي تعلمها المريض في الحصّة دون الاستغناء عن الفنيات السابقة وتسجيل ذلك على كراسة الأنشطة الأسبوعية.

وفي الأخير يقوم المعالج بتسجيل ما يراه مهما خلال هذه الحصّة من تطورات إيجابية وصعوبات قد يكون المريض قد تلقاها.

الجلسة الثامنة:

أهداف الجلسة الثامنة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
 - تدريب المريض على فنية حل المشكلات.
 - تدريب المريض على المرحلة الأخيرة من الاسترخاء " السيطرة الذاتية والتوجيه الذاتي ".
 - إعطاء الواجب المنزلي.
- الإجراءات المتبعة في الحصّة الثامنة: كما جرت العادة في الحصص السابقة يقوم المعالج بمناقشة الواجب المنزلي الذي كلف به المريض، ويسأل المريض إن كانت هناك صعوبات واجهته في تسجيل ما يمكن تسجيله في كراسه الأسبوعية، كما يسأل المعالج المريض عن مدى نجاحه في تطبيق الفنيات التي تعلمها في الأسبوع السابق " التخيل وصرف الانتباه " وعن مدى فعاليتها حسب تجربته.
- يعطي المعالج الفرصة للمريض لكي يلخص ما جرى خلال الأسبوع وما هي أهم التطورات التي حدثت له، كما يطلب المعالج من المريض أن يقيم مدى انخفاض درجة أعراض الاكتئاب التي تم التركيز عليها منذ بداية العلاج وهذا بإعطاء قيمة أو درجة لها تتراوح من حيث الشدة بين 0 الى 10، وهذا ما يتيح للمعالج السير قدما في العلاج أو التريث والتركيز على تلك الأعراض التي لا يزال المريض يعاني منها بشدة رغم أنها صنفّت بالبسيطة في بداية رسم البرنامج العلاجي للاكتئاب.
 - يقوم المعالج بمناقشة الأنشطة اليومية مع المريض، ويسأله هل في اعتقادك بان هذه الأنشطة فعلا تروح عن نفسك وتبعد عنك الملل والتعاسة.
 - كما يؤكد المعالج على الأفكار الأتوماتيكية المتعلقة بالأعراض الجديدة التي حددها مع المريض في الحصّة السابقة، ومن مدى نجاح المريض في

اصطيادها وتسجيلها، وإن تمكن من ذلك ماهي الاستراتيجيات التي استخدمها المريض ضد تلك الأفكار من أجل دحضها واستبدالها بأفكار أخرى إيجابية... طبعاً مع التأكيد على الفنيات التي استخدمها المريض خلال الأسبوع ضد الأفكار المولدة للاكتئاب والتي وقع اختياره عليها.

- بعد ذلك يقوم المعالج بتدريب المريض على فنية حل المشكلات وهي فنية أخرى من فنيات العلاج المعرفي تمر بعدة مراحل، بحيث يشرحها المعالج للمريض بدقة وبالبساطة حتى يتمكن من استيعابها والقدرة على تطبيقها وهذا من خلال عرض مشكلة معينة يرى المريض بأنها تسبب له الاكتئاب و الحزن، و يمكن عرض مراحل حل المشكلات على النحو التالي: أن يدرك المريض بوجود مشكلة وهنا يتنبه إلى مشاعره عندما يكون متوتراً ومضطرباً أي أن هناك شيء غير سليم، بعدها يعلم المعالج المريض كيفية وقف التفكير التلقائي قبل التصرف، أي ان يفكر المريض قبل أن يتصرف ويضبط نفسه، ثم يعلم المريض كيفية وضع صياغة للمشكلة من خلال التركيز على المطلوب عمله وليس من خلال مسبب الإحباط أو الاكتئاب، وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي، بعدها يوجه المريض من طرف المعالج بالتفكير بطريقة لحل المشكلة و التفكير في عواقب الفعل الذي يقوم به، ثم يعلم المريض مهارة التفكير العلمي، و فيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة مثل لماذا ؟ كيف؟

وتبقي هذه المهارة بحاجة الى تدريب للمريض عليها واستعمال التغذية الراجعة والاستدلال بمشكلات من واقع المريض حتى يبسط المعالج الأمور للمريض وتكون له القدرة على استخدام هذه الفنية عندما تواجهه مشكلات مستقبلاً يمكن للمعالج وضع مثال لمشكلة تؤرق المريض ومساعدته أثناء الحصة على إيجاد حل لها.

- تدريب المريض على المرحلة الأخيرة من مراحل الاسترخاء وهي السيطرة العقلية و التوجيه الذاتي، وقد أخرج المعالج (الباحث) هذه المرحلة الى غاية هذه

الحصة لكون هذه المرحلة من الاسترخاء تحتاج الى الجانب العقلي والسيطرة الذاتية والتي يرى الباحث أن المريض لا يستطيع القيام بها، إلا اذا تعلم فنيات أخرى قريبة منها مثل التخيل وصرف الانتباه ووقف الأفكار والقدرة على استبدالها بأفكار أخرى وهذا حسب رأي الباحث و تجربته مع المرضى. وتأخذ هذه المرحلة 20 دقيقة، إذ يقوم المعالج بتمرين الاسترخاء العضلي وتمارين التخيل في ظرف 10 دقائق فقط حتى يكون المريض في حالة من الاسترخاء، بعد ذلك يقوم المعالج بتدريب المريض على السيطرة العقلية على الأفكار من خلال تركيزه على الأفكار الإيجابية في المكان الآمن، وكذلك تدريب المريض على إزالة التحسس وهذا جزئياً تجاه بعض المواضيع والأفكار التي تسبب له الضغط و القلق والاكتئاب، وهنا يستطيع المعالج مساعدة المريض في تخفيض توتره وكدره تجاه بعض المواضيع بإزالة التحسس التدريجي... وهكذا شيئاً فشيئاً وبقيام المريض بتمارين الاسترخاء لوحده يستطيع التخلص من الكثير من الأفكار السلبية.

- في نهاية الحصة يحاول المعالج أن يلخص ما جرى خلال هذه الحصة، ويقوم بتقييمها وتقييم الصعوبات التي قد تكون واجهت المريض.
- وفي الأخير يعطى الواجب المنزلي للمريض.
- يدون المعالج ما يمكن تدوينه حول الحصة و عما يراه يستحق التدوين.

الجلسة التاسعة:

أهداف الجلسة التاسعة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- مناقشة مدى قدرة المريض على اجراء جميع تمارين الاسترخاء الثلاثة متتالية.
- تقييم مدى تقدم العلاج مع المريض.
- تحديد أعراض أخرى مع المريض من اجل التركيز عليها في الحصة القادمة.

- إعطاء الواجب المنزلي.

الإجراءات المتبعة في الجلسة التاسعة: تكون بداية الحصة التاسعة مع المريض بعرضه للواجب المنزلي، وتقديمه لكراسة الأنشطة الأسبوعية للمعالج من أجل الاطلاع على ما قام به المريض خلال الأسبوع وتقييمه مع المريض طبعاً، كما يقيم المعالج والمريض درجة الأعراض الاكتئابية التي تم التركيز عليها في الأسبوع الماضي (من 0 إلى 10).

- كما يقوم المعالج بفتح المجال للمناقشة مع المريض وعن مدى نجاحه في البرنامج العلاجي وعن أهم الاستراتيجيات التي قام باستخدامها تجاه الأعراض الاكتئابية، نظراً للعدد الكثير من الفنيات التي تعلمها من المعالج

- يناقش المعالج مع المريض الأعراض الاكتئابية التي اتفق عليها، والتركيز عليها، وعن مدى تمكن المريض من رصد الأفكار الأتوماتيكية التي تسبقها، وكذلك مدى تمكنه من استخدام الفنيات التي تعلمها من قبل مثل إيقاف تدفق الأفكار واستبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية وعن الفنيات الأخرى التي استطاع المريض استعمالها، ونجاحه في التخفيف من الأعراض الاكتئابية سواء القديمة أو الجديدة التي تم تحديدها في الحصة السابقة.

- مناقشة جدول الأنشطة اليومية الأسبوعي مع المريض، من خلال أهم الأنشطة التي استطاع المريض القيام بها بنجاح، ومناقشة الأثر الذي تركته تلك الأنشطة على المستوى الانفعالي للمريض.

- مناقشة مدى نجاح المريض في تطبيق فنية حل المشكلات، حول مشكلة ما قد تكون واجهت المريض خلال الأسبوع وعن كيفية إدراكه للمشكلة وطريقة تعامله معها، مع تشجيع المريض بأن هذه الفنية تحتاج الى وقت من أجل النجاح، فيها لكونها تحتاج إلى التفكير المنطقي أكثر، ويمكن للمعالج أن يطلب من المريض أن يعرض عليه مشكلة واجهته في حياته اليومية، ويقوم المعالج بمساعدة المريض على إيجاد حل لهذه المشكلة وهكذا يتعلم المريض كيفية مواجهة المشكلات اليومية في غياب المعالج.

- بعد ذلك يناقش المعالج مع المريض حصص الاسترخاء التي قام بها خلال الأسبوع، مع التركيز على المرحلة الثالثة المتعلقة بالسيطرة العقلية والتوجيه الذاتي، كما يؤكد المعالج على ضرورة استخدام تقنية إزالة التحسس التي ستكون مساعدة في التخلص من الأفكار السلبية ويمكن في هذه الحصة إعادة هذا الجزء من حصة الاسترخاء وتحديد بعض الأعراض من أجل خفض التحسس منها.

- بعد ذلك يطلب المعالج من المريض أن يعطي تقييماً شخصياً لحالته بصفة عامة منذ بداية العلاج الى يومنا هذا، ثم يطلب المعالج من المريض أن يقيم بالنقاط مدى انخفاض الأعراض الاكتئابية التي تم التركيز عليها في الحصة السابقة " من 0 إلى 10 " حتى يتمكن المعالج من التركيز على الأعراض المتبقية.

- ثم يقوم المعالج مع المريض بتحديد عرضين من أعراض الاكتئاب التي يعاني منها المريض وهي أكثر شدة من سابقتها لكي يتم التركيز عليها في الأسبوع القادم، كما يطلب المعالج من المريض تطبيق نفس الفنيات التي يطبقها من قبل على الأعراض الجديدة دون ترك الأعراض القديمة عند معاودة ظهورها خاصة رصد الأفكار الأتوماتيكية ووقف الأفكار واستبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية.

- في الأخير يكلف المريض بالواجب المنزلي للأسبوع القادم. كما يقوم المعالج بتدوين ما يكمن تدوينه حول ما جرى في الحصة.

الجلسة العاشرة:

أهداف الجلسة العاشرة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- مناقشة مدى تقدم العلاج لأعراض الاكتئاب.
- مناقشة ما تبقى من أعراض الاكتئاب لدى المريض.

- التعريف بقلق الموت وأهم أعراضه للمريض وترتيبها مع المريض تصاعدياً من البسيط إلى المعقد حسب وجهة نظر المريض، وهذا باختيار الأعراض التي سيتم التركيز عليها.

- إعطاء الواجب المنزلي.

الإجراءات المتبعة في الجلسة العاشرة: كما جرت العادة يناقش المعالج مع المريض الواجب المنزلي السابق، ويتم التركيز على الأعراض الجديدة التي حددت في الجلسة السابقة، ويطلب المعالج من المريض أن يقيم نجاحه في تخفيض تلك الأعراض بتقييم من 0 إلى 10 كما جرت العادة، كما يطلب المعالج من المريض مدى تقدمه في الأعراض السابقة الخاصة بالاكنتاب بصفة عامة، هذا كي يتسنى للمعالج من إجراء تقييم عام للتقدم في البرنامج العلاجي ومدى فاعليته.

- يناقش المعالج مع المريض مدى قدرته في رصد الأفكار الأتوماتيكية للأعراض، التي تم تحديدها في الحصة السابقة، ويتوقع المعالج نجاح المريض في رصدها بعد المضي لعشر جلسات في استخدام هذه الفنية، كم يناقش المعالج مع المريض أهم الفنيات التي استطاع المريض القيام بها في مواجهة أعراض الاكنتاب لديه، ومدى نجاحه في ذلك.

- مناقشة جدول الأنشطة اليومية التي قام بها المريض خلال الأسبوع الماضي، والطلب من المريض تقييم مدى تأثير تلك الأنشطة على حالته النفسية "الشعور بالراحة والسعادة".

- مناقشة المريض حول نتائج عملية الاسترخاء التي يقوم بها، التأكيد على وجهة نظر المريض تجاه عملية الاسترخاء بصفة عامة، وعن مدى جدواها في تخفيض أعراض القلق والاكنتاب لديه وعن مدى قدرته على التخلص جزئياً من الأفكار السلبية عن طريق إزالة التحسس التدريجي.

- يقوم المعالج بطالب من المريض وهو أن يقيم مدى فعالية البرنامج العلاجي من بدايته إلى غاية هذه الحصة وهذا بلغة الأرقام من 0 إلى 100 وبنسبة مئوية، هذا لكي يتسنى للمعالج التأكد من سير البرنامج العلاجي أو إجراء

بعض التعديلات في عدد الجلسات والتركيز على بعض الاعراض التي يراها المريض بانها صعبة ولا يستطيع التغلب عليها.

- مناقشة ما تبقي من أعراض الاكتئاب للتركيز عليها في الحصص المقبلة.
- كما يقوم المعالج في هذه الجلسة بتهيئة المريض للمرحلة الأخيرة في البرنامج العلاجي، وهذا من خلال طرح موضوع قلق الموت والقيام بإعطاء تعريف له مع تحديد أعراضه، وشرحها بالتفصيل للمريض، ويطلب المعالج من المريض بترتيب تلك الأعراض التي تكون مدونة في ورقة أمامه من الأبسط الى ما هو صعب كما يراها المريض بعد ذلك يتم تحديد بعض الأعراض البسيطة من طرف المريض ليتم التركيز عليها في الأسبوع المقبل كما ينبه المعالج المريض الى استخدام الفنيات الأساسية تجاه أعراض قلق الموت خاصة "رصد و تحديد الأفكار الأتوماتيكية، مراقبة الأفكار السلبية المتعلقة بقلق الموت ، المراقبة الذاتية" وتترك للمريض الحرية في اختيار الفنيات المناسبة في مجابهة هذه الأعراض .

- إعطاء الواجب المنزلي.
- يقوم المعالج بتقييم الجلسة العلاجية مع المريض، ثم يقوم بتدوين ما يكمن تدوينه حول الحصة.

الجلسة الحادية عشر:

أهداف الحادية عشر:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- تقييم مدى فعالية الفنيات التي استخدمها المريض في مواجهة أعراض قلق الموت.
- تحديد أعراض أخرى لقلق الموت أكثر شدة من سابقتها التي سبق تحديدها مع المريض.
- إعطاء واجب منزلي.

الإجراءات المتبعة في الجلسة الحادية عشر: يقوم المعالج بمناقشة الواجب المنزلي مع المريض، وهذا من خلال التركيز على أعراض قلق الموت التي تم تحديدها في الجلسة السابقة، وعن مدى نجاح المريض في رصد الأفكار الأتوماتيكية ومناقشة تلك الأفكار معه بالتحليل المنطقي، ثم يناقش المعالج مع المريض أهم الاستراتيجيات التي استخدمها في مواجهة الأفكار السلبية المتعلقة بقلق الموت، وعن مدى نجاحه في إيقاف تلك الأفكار واستبدالها بأفكار إيجابية، كما يناقش معه مدى انخفاض تلك الأعراض في نهاية الأسبوع أي بيوم قبل الجلسة الجديدة للتأكد من مدى قدرة نجاح المريض في تخفيض أعراض قلق الموت باستخدام الفنيات التي اتبعها.

- كما يناقش المعالج مع المريض كيفية تعامله مع الأعراض المتبقية من الاكتئاب وعن أهم الاستراتيجيات التي قام بها خلال الأسبوع من أجل مجابهة الأفكار السلبية المسؤولة عن أعراض اكتئابه والتي اختارها من تلقاء نفسه، كما يسأل المعالج المريض عن جدول الأنشطة الأسبوعية ويطلع عليه، كما يسأله عن مدى استمراره في تطبيق حصص الاسترخاء.

- يطلب المعالج من المريض أن يقيم بنفسه مدى نجاحه خلال الأسبوع الماضي بكل ما كلف به وهذا بإعطاء رقم من 0 الى 10، وهذا ما يجعل المعالج يقيم مدى النجاح في البرنامج العلاجي، كما يقوم المعالج بمناقشة الصعوبات التي قد تكون واجهت المريض خلال الأسبوع الماضي ومساعدة المريض على كيفية تجاوزها وهذا بالتركيز على حل المشكلات.

- بعد ذلك يناقش المعالج مع المريض الأعراض التالية في الدرجة "اثنين على الأقل" والتي ستكون محل اهتمام الأسبوع القادم، بحيث تكون مناقشة هذه الأعراض وذلك بشرحها جيدا من طرف المعالج للمريض وطريقة ظهورها بناء على التفسير الخاطئ للواقع، ويؤكد المعالج للمريض بان نجاحه في الحصص السابقة كان بتعاونه وبانه على وشك نهاية العلاج والتخلص من باقي الأعراض.

- إعطاء واجب منزلي للمريض.

ويقوم المعالج بتدوين كل الملاحظات المهمة في ملف المريض.

الجلسة الثانية عشر:

أهداف الجلسة الثانية عشر:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.

- تقييم نجاح المريض خلال الأسبوع الماضي.

- تحديد أعراض أخرى لقلق الموت أكثر شدة من سابقتها من أجل التركيز عليها

في الجلسة والأسبوع المقبل.

- إعطاء واجب منزلي.

الإجراءات المتبعة في الحصة الثانية عشر: يقوم المعالج في بداية الحصة على

الإطلاع على الكراسة الأسبوعية للمريض من أجل وضع تقييم لها، ومناقشة

المريض بعد ذلك حول حالته بصفة عامة، ثم التركيز على أعراض قلق الموت

التي تم الاتفاق على التركيز عليها في الجلسة السابقة، ويحاول المعالج معرفة أهم

الاستراتيجيات التي استخدمها المريض من أجل دحض الأفكار الخاطئة حول

الموت، ويحاول المعالج التأكد من نجاح المريض في تخفيض تلك الأعراض

بإعطاء رقم من 0 إلى 10 حول تلك الأعراض.

- يحاول المعالج تقييم وتقديم المريض في البرنامج العلاجي، ومحاولة معرفة

مدى نجاحه وهذا بإعطائه مجال من 0 إلى 100 لتقييم مدى تقدمه ونجاحه من

خلال زوال أعراض الضغط النفسي والقلق والاكتئاب وقلق الموت.

- وكما جرت العادة يعود المعالج والمريض الى قائمة أعراض قلق الموت من

أجل اختيار أعراض أخرى لم يتم تناولها شرط أن تكون وراء الأعراض التي

تم تناولها في الحصة السابقة كما سبق وأن اتفقا على تحديد الأعراض من

الخفيفة ثم الصعود إلى الشديدة.

- مناقشة المريض حول أعراض القلق والاكتئاب التي تم التركيز عليها منذ بداية

البرنامج، وعن إمكانية عودة بعض الأعراض من أجل التكفل بها.

- مناقشة المريض في حالته العامة حول الأعراض التي كان يعاني منها وأخذ وجهة نظره في مدى تحسن حالته النفسية منذ بداية تطبيق البرنامج العلاجي.
- مناقشة المريض في مدى استمراره في تطبيق تمارين الاسترخاء.
- بعد تحديد الأعراض والاتفاق مع المريض توضع في الجدول الأسبوعي للواجبات المنزلية.
- مناقشة مدى استمرار المريض في استعمال بعض الفنيات مثل النمذجة ومقارنة حالته مع زملائه المرضى تجاه موضوع قلق الموت.
- في الأخير يقوم المعالج بتدوين ما يمكن تدوينه حول الجلسة.

الجلسة الثالثة عشر:

أهداف الجلسة الثالثة عشر:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- تقييم مدى التقدم في البرنامج العلاجي مع المريض.
- تحديد أعراض أخرى لقلق الموت من أجل التركيز عليها خلال الجلسة.
- مناقشة الأنشطة اليومية للمريض خلال الأسبوع الماضي.
- تحديد محتويات الواجب المنزلي.

الإجراءات المتبعة في الجلسة الثالثة عشر:

كما جرت العادة تكون بداية الجلسة من خلال تقديم المريض لكراسة الواجبات المنزلية للمعالج ، حيث يطلع عليها المعالج ثم يناقش مع المريض مدى تقدمه في البرنامج العلاجي بصفة عامة و مدى تقدمه خلال الأسبوع الماضي في تخفيض الأعراض التي تم التركيز عليها والمتعلقة بقلق الموت، كما يسأل المعالج المريض عن أهم الاستراتيجيات التي استخدمها والتي استطاع من خلالها التغلب على الأفكار السلبية المسببة للأعراض قلق الموت لديه، وهنا يتوقع المعالج أن تكون بعض الفروق لدى المرضى في استخدام الفنيات أو الاستراتيجيات تجاه الأفكار الخاطئة ، لذا يجب على المعالج تشجيع المريض في استعمال الفنيات التي يراها ناجحة في القضاء على الأفكار السلبية كل حسب شخصيته ، كما يسأل المعالج

المريض عن الصعوبات التي قد تكون واجهته خلال الأسبوع الماضي في تطبيق ما كلف به من واجبات منزلية، من أجل إيجاد الحلول لتلك الصعوبات خاصة وأن البرنامج في الحصص الأخيرة يشمل الاستمرار في دحض الأفكار المتعلقة بالقلق والاكتئاب وقلق الموت، مع حصص الاسترخاء والأنشطة اليومية مما قد يرهق المريض ويجعله متعباً من كل تلك الواجبات، لذا يجب على المعالج أن يكون حذراً في تحديد مدى التقدم في البرنامج العلاجي.

- يقوم المعالج مع المريض بتقييم مدى تقدم المريض في تخفيض الأعراض المتفق عليها في الحصص السابقة وهذا بإعطاء رقم من 0 إلى 10، وهذا ما يجعل المعالج يقيم مدى نجاح المريض في مواجهة أعراض قلق الموت التي حددت في الجلسة السابقة.

- كما يقوم المعالج مع المريض بتقييم مدى التقدم في البرنامج العلاجي بصفة عامة، وهذا من خلال طلب المعالج من المريض بإعطاء رقم يتراوح بين 0 و100، وهنا يستطيع المعالج أن يفهم مدى إحساس المريض بتحسّن حالته وهنا يتوقع الباحث أن تكون بعض الفروق في النسب والأرقام التي يعطيها المرضى، وهذا يرجع لعدة أسباب منها الفروق في درجات الأعراض التي تم قياسها ومدى انخراط المريض في العلاج ضف إلى ذلك شخصية المريض ومستواه التعليمي.

- تقييم الأنشطة اليومية التي قام بها المريض خلال الأسبوع الماضي، كما يسأل المعالج المريض عن الأنشطة الجديدة التي استطاع المريض اكتشافها والقيام بها وتقييم مدى فعالية تلك الأنشطة في إزالة القلق والاكتئاب وقلق الموت لدى المريض.

- مناقشة المريض حول حصص الاسترخاء، وعدد الحصص التي قام بها خلال الأسبوع الماضي، ومناقشته عن حالته قبل وبعد قيامه بحصص الاسترخاء.

- بعد ذلك يناقش المعالج مع المريض باقي الأعراض لقلق الموت المتبقية التي سيتم التركيز عليها في الحصص المتبقية، كما يركز المعالج على أهم

الاستراتيجيات الناجحة التي استخدمها المريض من قبل وهذا لكي يحثه على استخدامها ، كما يخبر المعالج المريض بأن البرنامج العلاجي على وشك نهايته ، و يعلمه بأن الجلسة المقبلة ستكون بعد أسبوعين بدل أسبوع ، وهنا يجب على المعالج أن يكون حذرا مع المريض حتى يتمكن من وضع خطة لإنهاء البرنامج العلاجي دون بقاء المريض معتمدا على المعالج و بأن ما استطاع المريض تحقيقه من نجاح من خلال البرنامج العلاجي الذي درب عليه يكفيه في مواجهة المشاكل التي قد تواجهه مستقبلا باستخدام كل ما تعلمه خلال البرنامج العلاجي .

- تعطى للمريض الواجبات المنزلية كالعادة مع العلم بأن الجلسة المقبلة ستكون بعد أسبوعين، لذا يجب على المريض أن يسجل كل الواجبات والأنشطة خلال هذه الفترة.

- يقوم المعالج بتسجيل ما تم خلال الجلسة، خاصة ما يراه مهما.

الجلسة الرابعة عشر:

أهداف الجلسة الرابعة عشر:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- مناقشة المريض حول الأنشطة اليومية.
- مناقشة المريض حول التقدم في مواجهة أعراض قلق الموت.
- مناقشة المريض حول التقدم في البرنامج العلاجي.
- مناقشة المريض حول بعض أعراض الضغط النفسي والقلق والاكتئاب وقلق الموت التي قد لا تزال تؤثر عليه.
- تهيئة المريض على أن البرنامج العلاجي وشك على نهايته، ولم تبقى سوى حصة واحدة.

الإجراءات المتبعة في الجلسة الرابعة عشر:

تكون بداية الجلسة ما قبل الأخيرة كباقي الحصص بالترحيب بالمريض ترحيباً جيداً والأسؤال عن حالته بصفة عامة، ثم يبدأ المعالج مع المريض بمناقشة الواجب المنزلي الأخير، وعن الأعراض التي تم التركيز عليها حول قلق الموت وهذا من خلال استعراض المريض لكراسة الواجبات والأنشطة التي تكون معه، كما يحاول المعالج أن يسأل المريض عن إحساسه حول مباحة هذه الحصص عن الحصص السابقة أي لمدة 15 يوم بدل أسبوع.

يقوم المعالج بمناقشة مدى قدرة المريض في التغلب على أعراض قلق الموت التي تم التركيز عليها في الجلسة السابقة من خلال الحوار و المناقشة حول أهم الاستراتيجيات التي استخدمها المريض تجاه الأفكار الاتوماتيكية و الأفكار السلبية وكيف استطاع دحضها، وعن الصعوبات التي قد تكون واجهت المريض في بعض الأفكار، ثم يطلب المعالج من المريض بإعطاء تقييم لتلك الأعراض بدرجة تتراوح بين 0 الى 10 من أجل التأكد من قدرة المريض من إيقاف تدفق الأفكار السلبية حول قلق الموت مما يعني نجاحه في استخدام الفنيات التي تعلمها من قبل .

- مناقشة المريض حول الأنشطة اليومية التي قام بها المريض وتقييم نتائجها مع المريض، والتركيز على الأنشطة التي تجعل المريض أكثر راحة وتزيل حالات القلق والاكتئاب، وتصرف نظر المريض عن تلك الأعراض التي تؤثر على المريض.

- مناقشة المريض حول فعالية حصص الاسترخاء التي يقوم بها المريض.
- بعد ذلك يحاول المعالج أن يقيم مدى التقدم في البرنامج العلاجي ككل وهذا من خلال الطلب من المريض بتقييم حالته وتقييم زوال الأعراض المتعلقة بكل من القلق، الاكتئاب وقلق الموت، بإعطاء درجة خام تتراوح بين 0 و100، وهكذا يتبين للمعالج مدى التقدم في البرنامج العلاجي.

- مناقشة المريض حول حالته النفسية بصفة عامة منذ انخراطه في البرنامج العلاجي، وعن بعض الأعراض التي قد يكون المريض يعاني منها سواء المتعلقة بالقلق أو قلق الموت أو الاكتئاب، مع الشرح للمريض بأن النجاح في

زوال الأعراض الأخرى كان نتيجة تعاونه وتطبيقه للبرنامج العلاجي وبالتالي فإنه يمكن القضاء على ما تبقى من أعراض بتطبيق الاستراتيجيات والفنيات التي تعلمها طيلة البرنامج العلاجي.

- كما يطلب المعالج من المريض في هذه الجلسة بذكر الأعراض التي يراها بانها مازالت تسبب له التوتر سواء كانت متعلقة بالقلق أو الاكتئاب أو قلق الموت من أجل تحديدها ان وجدت وهذا من أجل التركيز عليها خلال ما تبقى من فترة البرنامج، وهنا يتوقع المعالج أن تكون بعض الأعراض قد يكون المريض لم يتخلص منها نهائيا لكون البرنامج يشمل ثلاثة اضطرابات وهي القلق والاكتئاب وقلق الموت.

- قبل نهاية الحصة يشرح المعالج للمريض بأن البرنامج العلاجي لم يبق منه سوى حصة واحدة وستكون بعد أسبوعين من هذه الحصة، لهذا يجب تهيئة المريض سواء بتباعد الحصتين الأخيرتين أو بالشرح المباشر من أجل جعل المريض يعتمد على نفسه باستخدام ما تعلمه من استراتيجيات وفنيات في مواجهة اضطراباته النفسية وباقي مشاكل الحياة اليومية.

- بعد ذلك يطلب المعالج من المريض أن يسأل عن الأمور التي قد تكون غامضة بالنسبة له سواء خلال هذه الحصة أو الحصص السابقة، حتى يتسنى للمعالج ارشاده وتوجيهه الى الحلول أو السبل المؤدية الى الحلول.

- بعد ذلك يقدم المعالج الواجب المنزلي للمريض والذي يكون بسيطا دون نسيان الاستمرار في تطبيق كل ما تعلمه المريض خلال الجلسات السابقة حسب الموقف وحسب الأعراض التي تظهر على المريض.

الجلسة الخامسة عشر:

أهداف الجلسة الخامسة عشر:

- مناقشة الواجب المنزلي للحصة السابقة.
- مراجعة وتلخيص البرنامج العلاجي.
- تطبيق مقياس القلق الصريح لتايلور

- تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك

- تطبيق مقياس قلق الموت المقنن لبشير معمرية.

الإجراءات المتبعة في الجلسة الخامسة عشر:

تكون الجلسة الأخيرة بمثابة الركيزة بالنسبة للمعالج، إذ من خلالها التأكيد على ما تعلمه المريض من فنيات واستراتيجيات التي تمكنه من تجنب الأعراض وكذلك التأكيد على الاستمرار في تطبيق هذه الفنيات من أجل تجنب الانتكاسة وظهور الأعراض من جديد.

يقوم المعالج بمناقشة الواجب المنزلي السابق، حيث يتم التركيز على الأعراض المتبقية، وكذلك مناقشة المريض على أهم الفنيات التي استخدمها المريض في دحض الأفكار السلبية باستخدام الفنيات التي تعلمها المريض خلال الحصص السابقة كلها، كما يقوم المعالج بطلب من المريض أن يقيم حالته من الجلسة السابقة إلى الجلسة الحالية وهذا بإعطاء درجة من 0 إلى 10، بعد ذلك يقوم المعالج بتقييم البرنامج من بدايته إلى نهايته مع المريض من خلال إعطاء المريض لدرجة تتراوح بين 0 و100، حتى يتسنى للمعالج تقييم فعالية البرنامج العلاجي.

بعد ذلك يراجع المعالج البرنامج العلاجي من الجلسة الأولى إلى الجلسة الأخيرة مع المريض، مع التركيز على أهم الفنيات الناجحة التي استخدمها المريض تجاه الأعراض التي كان يعاني منها وهذا حتى يستخدمها في المستقبل في غياب المعالج من أجل الاستفادة منها، مع حث المريض على المثابرة والاستمرار في تطبيق تلك الفنيات والاستراتيجيات التي تعلمها كلها دون استثناء ودون نسيان حصص الاسترخاء، وهنا يتوقع المعالج بعض الاختلافات في استخدام الفنيات الناجحة من مريض لآخر.

كما يؤكد المعالج للمريض بأن النجاح المحقق لا يعود للمعالج لوحده وإنما من خلال تعاون المريض في تطبيق البرنامج العلاجي، وما على المريض سوى

الاستمرار في تطبيق ما تعلمه من أجل تجنب الانتكاسة وكذلك تجاه المشاكل التي قد تعترضه في المستقبل.

- بعد ذلك يقوم المعالج بتطبيق القياس البعدي للمقاييس الثلاثة التي تم تطبيقها قبل بداية البرنامج وهي:
 - مقياس القلق الصريح لتايلور.
 - مقياس الاكتئاب لبيك.
 - مقياس قلق الموت المقنن لبشير معمرية.

ثم يفسح المجال للمريض لطرح بعض الأسئلة التي قد تكون عالقة في ذهنه في كيفية التعامل مع البرنامج العلاجي في المستقبل، ويقوم المعالج بشرح كل ما هو مبهم للمريض، ثم يشجعه على المثابرة والاستمرار في تطبيق البرنامج العلاجي حتى يتجنب الانتكاسة، كما يشرح المعالج للمريض بأن نفس الفنيات التي تعلمها يمكن تطبيقها على الاضطرابات الأخرى مما يعني التغلب على المشاكل التي قد تعترضه في الحياة.

بعد ذلك ينهي المعالج الحصة العلاجية الأخيرة وهذا بتشجيع المريض على مواصلة حياته الطبيعية من خلال ما تعلمه من فنيات ساعدته في التخلص من القلق، الاكتئاب وقلق الموت، مع ضرورة استعمال هذه الفنيات لتجنب الانتكاسة. وهنا يفك العقد العلاجي مع المريض وتركه يعتمد على نفسه في حياته. وتجدر الإشارة هنا بأن الباحث لم يتمكن من اجراء القياس الثالث أي بعد شهرين أو ثلاثة من نهاية البرنامج العلاجي نظرا لضيق الوقت.

خلاصة:

بعد استعراض البرنامج العلاجي والمستند الى العلاج المعرفي السلوكي مع تطبيق فنيات الاسترخاء، وبعد عرض أهم الفنيات (الاستراتيجيات)، الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي يتوقع الباحث (المعالج) أن يكون للبرنامج فعالية في تخفيض

درجات الضغط النفسي و القلق و الاكتئاب و قلق الموت لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وتحسين الحالة النفسية للمريض.

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

1. منهج الدراسة
2. الدراسة الاستطلاعية
3. أدوات الدراسة الاستطلاعية
4. الدراسة الأساسية
5. أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات

1-1- منهج الدراسة

1-1- تعريف المنهج:

يعرف المنهج بأنه مجموعة القواعد التي تطمح إلى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها، ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته والهدف منه (فيصل، 1983، ص14). وكون دراستنا موضوعها "بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن"، اختار الطالب الباحث المنهجين المناسبين للدراسة، وهما المنهج العيادي لكون الدراسة عيادية والمنهج الشبه تجريبي باعتبار الدراسة تقوم على تجريب برنامج علاجي من خلال قياس قبلي وقياس بعدي.

1-2- تعريف المنهج العيادي

هو جملة التقنيات المستخدمة في إطار مهنة المختصين العياديين والأسلوب الموجه نحو الفرد في وحدانيته وفرديته فالمنهج العيادي يركز مع الملاحظة العيادية لجمع المعلومات التي تسمح للمختص تحديد وفهم وضعية المريض ومعاناته واعراضه ومن ذلك اقتراح التشخيص والتقييم ونوع الكفالة العلاجية التي تتوافق مع الحالة (محمد يزيد، 2015، ص38).

كما يعرف المنهج الاكلينيكي (العيادي) على أنه طريقة تقي بالتركيز على دراسة الحالات الفردية التي تمثل الظاهرة المراد دراستها حيث يقوم الباحث باستخدام أدوات البحث النفسي المختلفة والتي تمكنه من دراسة الحالة الشاملة ومهمته حتى يصل إلى فهم العوامل العميقة في شخصية المبحوث والتي تأثرت مع موضع الدراسة أو أكثر فيها (فرج، 2000، ص91).

1-3- تعريف المنهج شبه التجريبي

يعرف المنهج شبه التجريبي "بأنه المنهج الذي يقوم بشكل رئيسي على دراسة الظواهر الإنسانية كما في الطبيعة دون أن يقوم الانسان بالتدخل فيها، أو يعرف

بأنه دراسة العلاقة بين متغيرين على ما هما عليه في الواقع ودون أن يتم التحكم في المتغيرات" (صالح، 2000، 305)
ولتطبيق المنهج شبه التجريبي اخترنا التعميم القائم على المجموعة الواحدة، اختبار قبلي وآخر بعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي من أجل قياس مدى التغيير الذي أحدثه البرنامج العلاجي.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية أكثر من مهمة في دراسة الكثير من المواضيع المرتبطة بالبرامج العلاجية وهذا من أجل الوقوف على أهم الاضطرابات والمشاكل النفسية التي يعاني منها مرضى القصور الكلوي المزمن.

1-2 تعريف الدراسة الاستطلاعية:

هي دراسة كشفية للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث (منى عبد الحليم، 2003، ص 61)، إذن الدراسة الاستطلاعية هي عبارة عن عملية كشف الظروف المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها وأبعادها.

2-2 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

إن قيام الطالب الباحث بالدراسة الاستطلاعية حول موضوع البحث، ليس اعتباطاً ولكن من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف التي تخدم البحث وهي كما يلي:

- بلورة موضوع البحث بشكل جيد.
- تحديد المفاهيم الأساسية ذات الصلة بموضوع الدراسة.
- التعرف عن قرب على عينة الدراسة من خلال المقابلات المباشرة مع المريض.
- التعرف أكثر على الاضطرابات والمشاكل النفسية التي يعاني مريض القصور الكلوي المزمن.
- تطبيق الاختبارات والمقاييس التي اختارها الطالب الباحث على عينة الدراسة من أجل اختبار تفاعل المريض مع المقاييس.
- اختيار عينة الدراسة الأساسية للدراسة.

- تقدير حجم الصعوبات التي قد تواجه الباحث في تطبيق البرنامج العلاجي.
- تحضير الجو المناسب والمكان المناسب من أجل تنفيذ البرنامج العلاجي في المؤسسة الاستشفائية.

3-2 عينة الدراسة الاستطلاعية:

تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، تم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها (عبيدات وآخرون، 1999، ص84)، أما عن عينة الدراسة الاستطلاعية فقد تمت في مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس، والمؤسسة العمومية الاستشفائية بريك، وكلتا المؤسساتين داخل تراب ولاية باتنة. إذ قام الطالب الباحث وبمساعدة الأطباء المختصين في أمراض الكلى les Néphrologues، والأخصائيين النفسانيين العاملين بمصلحة تصفية الدم، بالاطلاع على ملفات المريض، والتواصل المباشر معهم من خلال اجراء مقابلات أولية وملاحظات أولية على الوضع الذي يعيشه المريض أثناء حصص تصفية الدم.

كما قدم الطبيب المختص بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لنا عدة ملاحظات مهمة حول المرضى الذين يشرف على علاجهم ومتابعتهم، خاصة كل ما هو متعلق بالظروف النفسية للمرضى وبعض الانتكاسات السلبية للمرضى مع المرض، وهذا ما جعل الأمور تتضح أكثر أثناء القيام بالدراسة الاستطلاعية التي دامت أكثر من شهرين، من 2017/03/05 إلى 2017/05/08. ونشير هنا بأن الطالب الباحث، قام بتطبيق المقاييس الثلاثة للدراسة بطريقة عشوائية على عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسستين.

4-2 خصائص العينة الاستطلاعية:

يمكن تلخيص خصائص العينة الاستطلاعية في الجدول الموالي:

جدول رقم 1: خصائص العينة الاستطلاعية للدراسة

النسب المئوية	التكرارات	المتغيرات
%3.33	2	أقل من 20 سنة
%21.66	13	من 21 إلى 30
%30.0	15	من 31 إلى 40 سنة
%30	18	من 41 إلى 50 سنة
%15	9	من 51 إلى 60 سنة
%5	3	أكثر من 60 سنة
%58.33	35	ذكور
%41.66	25	إناث
%5	3	غير متعلم
%16.66	10	ابتدائي
%30	18	متوسط
%33.33	20	ثانوي
%15	9	جامعي
%33.33	20	بطل
%6.66	4	تاجر
%3.33	2	موظف
%8.33	6	خياطة
%5	3	عامل
%33.33	20	متقاعد
%10	5	لم يفصح
%56.66	34	متزوج
%35	21	أعزب
%8.33	5	مطلق
%13.33	8	جيدة
%41.66	25	متوسطة
%33.33	20	منخفضة
%11.66	7	لم يفصح
%28.33	17	أقل من 5 سنوات
%20	12	من 6 إلى 10 سنوات

20%	12	من 11 الى 15 سنة
16.66%	10	من 16 الى 20 سنة
10%	6	من 21 الى 25 سنة
5%	3	أكبر من 25 سنة

3- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

لقد اعتمد الطالب الباحث على مجموعة من الأدوات والوسائل من أجل تحقيق أهداف الدراسة الاستطلاعية وكذا تسهيل القيام بالدراسة الأساسية في أحسن الظروف ومن بين هذه الأدوات والوسائل نذكر ما يلي:

3-1 الملاحظة:

يرى ستراتج وموريس 1966 بأن الملاحظة من أقدم وأكثر وسائل جمع المعلومات شيوعاً وهي بذلك وسيلة أساسية وهامة ومورد خصب للحصول على معلومات عن سلوك العميل، والمقصود بها ملاحظة الوضع الحالي للعميل، وهي أداة أساسية ورئيسية في دراسة السلوك الإنساني (نبيلة، 2014، ص18).

وتجدر الإشارة هنا بأن الطالب الباحث استخدم عدة أنواع من الملاحظة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة، أو حتى الملاحظة المنظمة الخارجية مما مكن الطالب الباحث من جمع الكثير من الملاحظات العلمية والقيمة حول تصرفات المرضى وحول حالتهم النفسية، خاصة كل ما هو متعلق بالقلق أو الحالة المزاجية، خصوصاً وأن فترة الدراسة الاستطلاعية كانت كبيرة بالنسبة للباحث، كما تمكن الباحث من ملاحظة مدى قدرة المرضى على استيعاب وفهم المقاييس والاختبارات النفسية أثناء تطبيقها.

3-2 المقابلة:

تعتبر المقابلة من أهم أدوات عمليتي التشخيص والعلاج النفسي، وهي عبارة عن محادثة بين المختص والعميل، حول كل مشكلات العميل، وإحداث التوافق لديه وتكون هي الوسيلة لجمع المعلومات، كما تطبق بها بعض المقاييس السيكلوجية التي قد يتطلبها الموقف الإكلينيكي (نبيلة، 2014، ص21).

وننوه هنا أيضا أن الطالب الباحث لم يبدأ بإجراء المقابلات مع المرضى إلا بعد الاطلاع على ملفاتهم الطبية ومعرفة كل ما هو متعلق بالمريض سواء من حيث تاريخ بداية المرض وحالته النفسية والاجتماعية، وحتى ردود أفعاله تجاه الفريق الطبي والشبه طبي. كل هذا حتى يكون الطالب الباحث حذرا من أجل إقامة علاقة ثقة، سواء من أجل استكمال إجراءات الدراسة الاستطلاعية، أو فيما بعد من أجل ترغيب المرضى في الانخراط في البرنامج العلاجي المقترح، هذا من بين أهم أهداف الدراسة الاستطلاعية.

وخلال الدراسة الاستطلاعية، وظف الطالب الباحث عدة أنواع من المقابلة العيادية منها:

- مقابلة الاستقبال: وهدفها أن يقدم الطالب الباحث نفسه للمريض، ويعرفه بأهدافه العلمية التي ستحظى بالسرية التامة، وبأن الهدف منها خدمة فئة مرضى القصور الكلوي المزمن، الذين يخضعون لعملية تصفية الدم لا غير، كما يستعمل الطالب الباحث هذه المقابلة من أجل معرفة بعض بيانات المريض، ويمهد فيها الباحث للمقابلات التالية التي ستكون في الحصوص التالية.
- المقابلة التشخيصية: وتهدف هذه المقابلة إلى محاولة الكشف عن العوامل المؤثرة في سلوك المريض وحول مرضه، وهذه المقابلة يخطط لها الباحث، وتكون بعد مقابلتين أو ثلاثة من مقابلات الاستقبال، وبالتالي يكون المريض مهيباً لتطبيق الاختبارات والمقاييس الخاصة بالدراسة، وهنا تجدر الإشارة أنه أثناء تطبيق مقاييس الدراسة يطلب الباحث من المريض قراءة العبارات كلها والسؤال عن العبارات الغامضة، وقد يتدخل الباحث ليشرح للمريض بعض العبارات غير المفهومة، كل هذه الإجراءات تساعد الطالب الباحث على تطبيق المقاييس الثلاثة المتعلقة بموضوع الدراسة.

فدون مقابلات مبنية على الثقة ودون تواجد الباحث اليومي داخل المؤسسة الصحية التي تشملها الدراسة، لا يمكن خلق الألفة بين المريض والباحث، حيث أصبح الباحث تابعا للفريق الطبي للمؤسسة في نظر المرضى، لكون الدراسة أخذت وقتا طويلا بين الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.

3-3 المقاييس النفسية:

لكون الدراسة تهدف لبناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن، ولكون فرضيات الدراسة تنطوي حول ثلاث متغيرات أساسية وهي: القلق، الاكتئاب، وقلق الموت، فقد اختار الباحث المقاييس التالية من أجل قياس درجات ومستويات متغيراته، وهي مقاييس عالمية ومقننة على المجتمعات العربية وهي:

- مقاييس القلق الصريح لتايلور J.A. Taylor
 - مقياس أو قائمة أرون بيك للاكتئاب A.Beck
 - مقياس أو اختبار قلق الموت لبشير معمريه المقنن على البيئة الجزائرية.
- وفيما يلي نستعرض للمقاييس الثلاثة بالتفصيل على النحو التالي:

3-3-1 مقياس القلق الصريح لتايلور:

صمم هذا الاختبار من طرف عالمة النفسانية J.A. Taylor، وهو مقياس مشهور في التراث السيكولوجي منذ الخمسينات من القرن الماضي، وقد صممه العالم اعتمادا على اختبار مينوستا، وترجم المقياس للعديد من اللغات كما كيف على الكثير من المجتمعات العربية، حيث تم تكيفه وتقنيه بما يتناسب والبيئة المصرية كل من: مصطفى فهمي (أستاذ ورئيس الصحة النفسية بعين شمس)، ومحمد أحمد غالي (أستاذ علم النفس بجامعة الأزهر)، ويتكون المقياس من 50 عبارة صيغت كلها صياغة موجبة موزعة على أربعة محاور وهي:

- المحور الأول: يمثل الأعراض النفسية للقلق ويشمل العبارات: 2-3-9-

13-19-21-23-24-25-29-33-36-39-42-44-47-48.

- المحور الثاني: يمثل الأعراض الجسدية للقلق ويشمل العبارات: 6-7-10-14-27-31-41-46-49.
- المحور الثالث: يمثل الأعراض الانفعالية للقلق ويشمل العبارات: 4-11-12-15-17-26-28-30-32-34-38-40-43-45-50.
- المحور الرابع: يمثل الأعراض السلوكية-المعرفية للقلق ويشمل العبارات: 1-5-16-18-20-22-37.

ولهذا المقياس درجة عالية من الموضوعية في قياس مستوى القلق عن طريق الأعراض الظاهرة والصريحة التي يعاني منها الشخص، كما يناسب هذا المقياس تقريبا جميع الأعمار ويمكن تطبيقه بشكل فردي أو جماعي، أما طريقة التصحيح فنتم كالتالي: لكل إجابة (بنعم) درجة واحدة (1)، ولكل إجابة (بلا) صفر، ويتم الحصول على الدرجة النهائية في هذا المقياس يجمع درجات المفحوص في جميع البنود (العبارات)، وتفسر نتيجة المفحوص على المقياس لمعرفة مستوى القلق لديه وفقا للجدول التالي:

جدول رقم 2: درجات مقياس القلق الصريح والمستويات المقابلة لها

الفئة	الفئة من -إلى	مستوى القلق
أ	16-0	خال من القلق
ب	20-17	قلق بسيط
ج	26-21	قلق نوعا ما
و	29-27	قلق شديد
هـ	50-30	قلق شديد جدا

أما في البيئة الجزائرية، فقد قامت الباحثة عقون آسيا 2011 باعادة تقنين وقياس صدق وثبات المقياس في ولاية سطيف وقد توصلت الباحثة الى النتائج التالية:

- الصدق: وجدت الباحثة أن المقياس صادق بحساب الصدق الذاتي، الذي كانت قيمته 0.94.

- الصدق: وجدت الباحثة درجة ثبات عالية تتمثل في 0.99، أما عن ثبات كل بعد من أبعاد المقياس فقد جاء كالتالي:
 - ثبات البعد الأول (البعد النفسي): 0.99.
 - ثبات البعد الثاني (البعد الجسدي): 0.98.
 - ثبات البعد الثالث (البعد الانفعالي): 0.99.
 - ثبات البعد الرابع (البعد المعرفي-السلوكي): 0.73.

أما فيما يخص تطبيق المقياس في الدراسة الاستطلاعية الحالية، التي قام الباحث بها، فقد قمنا بإجراء تعديل في العبارتين 10 و 35 على النحو التالي: بإضافة عبارة (خارج حصص الديايز)، للعبارتين السابقتين، والمتعلقتين بنوبات الغثيان والصداع، وهذا لكون هذه النوبات يعاني منها مريض القصور الكلوي المزمن عند إجراء حصص تصفية الدم، فكثير ما تسبب عملية الديايز الغثيان والصداع.

بعد ذلك قام الطالب الباحث بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس تايلور للقلق الصريح كما يلي:

● **الثبات:** وقد اعتمد الباحث على ما يلي:

معادلة ألفا كرونباخ: لقياس مدي ثبات الأداة استخدم الباحث (معادلة ألفا كرونباخ) (cronbach's Alpha (α)) للتأكد من ثبات الأداة، حيث بلغ المعدل المحسوب لـ 50 بنداً المكون للمقياس: 0.74، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات و يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للبحث بحسب مقياس نانلي و الذي اعتمد 0.70 كحد أدنى للثبات (Nunnally & Bernstein, 1994, pp. 264-265).

طريقة التجزئة النصفية: أيضا استخدمت الباحث طريقة التجزئة النصفية Split-Half Coefficient methode، و التي اثبت أن معامل جيتمن

Guttanm Coefficient مساو لـ: 0.60 و بالتالي المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات، و الجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم 3: جدول يلخص نتائج حساب الثبات لمقياس القلق باستخدام التجزئة النصفية

معامل جيتمن	معامل سبيرمان	ألفا كرونباخ	عدد البنود	البنود	
0.60	0.65	0.37	25	من 1 الى 25	القسم أ
		0.74	25	من 26 الى 50	القسم ب

• **الصدق:** يعتبر الاختبار صادقا إذا كان قادرا على قياس السمة أو الظاهرة التي وضع لأجلها، وهناك أنواع كثيرة للصدق، استخدم الباحث للتحقق من صدق المقياس: **الصدق الذاتي:** وتقوم هذه الطريقة على حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات للحصول على الصدق الذاتي للمقياس. وقد قامت الباحثة بحساب صدق المقياس انطلاقا من معامل الثبات المقدر بـ 0.74 فكانت النتيجة: 0.86 ومنه المقياس يتمتع بصدق جيد.

2-3-3 مقياس بيك للاكتئاب A.Beck

سمي مقياس بيك للاكتئاب نسبة لمصممه العالم المختص في الطب النفسي المعروف بأرون بيك A.Beck ، وهو أستاذ في جامعة بنسلفانيا، وقد طور هذا العالم العديد من الطرق التي تستخدم في علاج مرض الاكتئاب النفسي، كما في مقياسه للاكتئاب في نسخته الأولى (BDI) أو نسخته الثانية المعدلة (- BDI II)، لقي نجاح كبير وترجم إلى عدة لغات في العالم، وأصبح من أهم المقاييس التي يعتمد عليها العياديين في قياس وتشخيص الاكتئاب. وفيما يخص النسخة العربية لقائمة (مقياس) بيك: المعدلة فقد كانت من اعداد أحمد بن الخالق 1996، يرى بدر محمد الأنصاري أنها تتمتع بخواص سيكومترية جيدة وفقا للثقافة المصرية، ومن ثم قام الباحث بفحص القائمة على فئات متنوعة من أفراد

المجتمع الكويتي للتحقق من معاملاتها السيكومترية الخاصة بالثبات والصدق وفحص بنيتها العاملية.

ولقد قام بدر محمد النصاري باستخدام الصيغة العربية لقائمة بيك المعدلة للاكتئاب، والتي ترجمها "أحمد عبد الخالق"، هذا الأخير الذي اعتمد على النسخة الأمريكية المعدلة والمنشورة عام 1978، والتي تحتوي على 21 مجموعة من العبارات، تضم كل مجموعة أربعة احتمالات، وقد ترجمت بنود القائمة وتعليماتها إلى العربية بتصريح من أرون بيك ثم خضعت الترجمة لمراجعات عديدة من قبل المختصين في علم النفس وفي اللغة الإنجليزية.

وتصح قائمة بيك للاكتئاب بجمع التقديرات التي يعطيها المفحوص لكل من الواحد والعشرون بنداً، ويتكون كل بند من مجموعة من أربع عبارات تقدر من صفر إلى 3، والدرجة الكلية القصوى هي: 63، وقد تم حساب صدق المقياس عن طريق الصدق العاملي الذي تم حسابه على عينة قوامها 1744 فرد 707 ذكور و1037 إناث فكان معامل الارتباط يساوي 0.63 وهو ارتباط موجب، كما تم حساب ثبات المقياس من خلال الاتساق الداخلي بطريقة القيمة النصفية بعد تصحيح الطول وبعد واحد على عينة من الطلاب قوامها 983 فرد، حيث كان معامل الارتباط 0.81 (بدر الأنصاري، 2002، ص 179-182).

أما في البيئة الجزائرية فلقد قام الباحث (بشير معمرية، 2010)، بتقنين المقياس على البيئة الجزائرية على عينة تتكون من 988 فرداً، منهم 473 ذكور و525 إناث، تراوحت أعمارهم بين 18 و49 سنة وقد خلص إلى النتائج التالية:

- تم حساب الصدق بثلاث طرق: وهي الصدق التمييزي من خلال حساب "ت" الجدولية للذكور والاناث، وتبين أن المقياس يتصف بمستوى عال من الصدق.
- تم حساب الصدق الاتفاقي وتبين أن معاملات الصدق الاتفاقي تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

- الصدق التعاضدي، وكانت نفس النتيجة، أي أن المقياس يتميز بمعاملات صدق مرتفعة.

- أما الثبات فقد قام الباحث "بشير معمرية سنة 2010" بحسابه بطريقتين: عن طريق معامل ألفا، وتبين أن المقياس يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات البيئة الجزائرية، ما يجعله صالحاً للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

- عن طريق إعادة تطبيق الاختبار (بشير، 2010، ص 92-101) طريقة تطبيق المقياس وتصحيحه:

يتم تطبيق المقياس بصورة جماعية أو بصورة فردية، بحيث يطلب من المفحوص قراءة كل مجموعة من الـ 21 مجموعة المكونة للمقياس، واختيار العبارة المناسبة التي تصف مشاعره وحالته خلال الأسبوعين الآخرين. ويتم التصحيح للعبارات من 0 إلى 4. بحيث تكون درجات العرض الاكثابي من الأقل إلى الأكثر شدة. وعلى المفحوص أن يقرأ كل العبارات، ثم يضع علامة (x)، أمام العبارة التي تصف حالته النفسية، ويتم التصحيح بجمع الدرجات الخام التي يحصل عليها المفحوص، وبالتالي يتحصل المفحوص على درجة كلية تترجم حسب الجدول الموالي، والذي بين المستويات التي تقابل كل درجة.

جدول رقم 4: درجات الاكثاب وما يقابلها من مستويات الاكثاب حسب بيك

الدرجات الكلية	مستوي الاكثاب
9-0	لا يوجد اكثاب
15-10	اكثاب بسيط
23-16	اكثاب متوسط
36-24	اكثاب شديد
37 فأكثر	اكثاب شديد جدا

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيك" للاكتئاب لعينة الدراسة:

لقد قام الطالب الباحث بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس "بيك" على عينة الدراسة الاستطلاعية، وهذا من خلال حساب ثبات وصدق الاختبار على العينة:

• الثبات: وقد اعتمد الباحث على ما يلي:

معادلة ألفا كرونباخ: بلغت نتائج (معادلة ألفا كرونباخ cronbach's Alpha (α) لـ 21 بندا المكون للمقياس: 0.78 وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات و يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني.

• **الصدق:** يعتبر الاختبار صادقا إذا كان قادرا على قياس السمة أو الظاهرة التي وضع لأجلها، وهناك أنواع كثيرة للصدق، استخدم الباحث للتحقق من صدق المقياس: **الصدق الذاتي:** وتقوم هذه الطريقة على حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات للحصول على الصدق الذاتي للمقياس. وقد قامت الباحثة بحساب صدق المقياس انطلاقا من معامل الثبات المقدر بـ 0.78 فكانت النتيجة: 0.88 ومنه المقياس يتمتع بصدق جيد.

3-3-3 مقياس قلق الموت لدى الراشدين:

لقد أثار موضوع قلق الموت أو الخوف من الموت اهتمام السيكولوجيين وهذا ما جعل الكثير من العلماء ممن أعد مقاييس لقياس قلق الموت، كما سارت الأمة العربية على هذا النحو وقد قام أحمد محمد عبد الخالق سنة 2000 بإعداد مقياس قلق الموت على البيئة العربية، أما في البيئة الجزائرية فلقد قام الباحث بشير معمريه سنة 2007، ببناء وتقنين استبيان لقياس قلق الموت للراشدين، على عينات من البيئة الجزائرية، وهذا بناء على التراث النظري واختبارات قلق الموت المعدة من قبل خاصة مقياس أحمد محمد عبد الخالق.

ويتكون المقياس في نسخته النهائية من 34 بند تمت صياغتها بأسلوب التقرير الذاتي، ويحاطب عنها ضمن أربعة بدائل هي: لا، نادرا، أحيانا، غالبا (**بشير، 2007، ص214-215**). تكونت عينة التقنين من 1125 فردا، منهم 446

ذكور، و681 من الإناث. وعند قيام الباحث بحساب الخصائص السيكومترية للاختبار وهذا بعدة طرق، تبين صدق الاختبار وثباته على البيئة الجزائرية، وهذا باستعمال الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية SPSS (بشير، 2007، ص 200-229)

طريقة التطبيق والتصحيح وتقدير الدرجة للمقياس:

يطبق المقياس أساساً بطريقة جماعية، أي يجيب عنه عدة أفراد في نفس الجلسة، كما يمكن تطبيقه بطريقة فردية. يجاب على المقاييس حسب التوضيح الوارد في التعليمات بأن يضع المفحوص علامة (x) أمام واحدة من الاختيارات الاربعة التالية: لا، نادراً، أحياناً، غالباً.

وعند التصحيح يمنح المفحوص درجة صفر إذا أجاب ب: لا، درجة إذا أجاب ب: نادراً، درجتان إذا أجاب ب: أحياناً، 3 درجات إذا أجاب ب: غالباً. والتصحيح يكون في اتجاه واحد وتتراوح الدرجة النظرية التي يحصل عليها الفرد من 0 إلى 102 درجة، ويشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مشاعر قلق الموت، ويستخدم المقياس في مجال البحث العلمي ومجال تشخيص قلق الموت (بشير، 2007، ص 229).

الخصائص السكومترية لمقياس قلق الموت لعينة الدراسة الاستطلاعية:

من أجل التأكيد على صلاحية المقياس كأداة في دراسة الباحث، قام الطالب الباحث بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

● الثبات: وقد اعتمد الباحث على ما يلي:

معادلة ألفا كرونباخ: لقياس مدي ثبات الأداة استخدم الباحث (معادلة ألفا كرونباخ (cronbach's Alpha (α))، حيث بلغ المعدل المحسوب لـ 34 بنداً المكون للمقياس: 0.86 وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للبحث.

طريقة التجزئة النصفية: أيضا استخدمت الباحث طريقة التجزئة النصفية Split-Half Coefficient methode، و التي اثبت أن معامل جيتمن Guttanm Coefficient مساو لـ: 0.88 و بالتالي المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، و الجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم 5: جدول يلخص نتائج حساب الثبات لمقياس قلق الموت باستخدام التجزئة النصفية

معامل جيتمن	معامل سبيرمان	ألفا كرونباخ	عدد البنود	البنود	
0.88	0.88	0.73	17	من 1 الى 17	القسم أ
		0.76	17	من 18 الى 34	القسم ب

• **الصدق:** يعتبر الاختبار صادقا إذا كان قادرا على قياس السمة أو الظاهرة التي وضع لأجلها، وهناك أنواع كثيرة للصدق، استخدم الباحث للتحقق من صدق المقياس: **الصدق الذاتي:** وتقوم هذه الطريقة على حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات للحصول على الصدق الذاتي للمقياس. وقد قام الباحث بحساب صدق المقياس انطلاقا من معامل الثبات المقدر بـ 0.86 فكانت النتيجة: 0.92 ومنه المقياس يتمتع بصدق جيد.

4- الدراسة الأساسية

بعد استكمال الطالب الباحث للدراسة الاستطلاعية، وبعد استكمال الإجراءات الإدارية والحصول على الرخص اللازمة (يمكن الاطلاع عليها في الملحق رقم 26)، والتي أفادته كثيرا في تحديد عينة الدراسة الأساسية، وكذلك تجنب الصعوبات التي قد تواجهه في الدراسة الأساسية جاءت الدراسة الأساسية من أجل الإجابة على تساؤلات الطالب الباحث والتأكد من صحة الفروض التي يتم وضعها للدراسة والوقوف على تجريب البرنامج العلاجي الذي أعده الطالب الباحث.

1-4 حدود الدراسة الأساسية:

1-1-4 الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الأساسية بمكتب الخاص بالأخصائي النفسي، مجهز وتتوفر فيه كل الشروط اللازمة لعملية العلاج النفسي، من أريكة للاسترخاء، وتهوية وضاءة مناسبة، وهذا بالمؤسسة العمومية الاستشفائية- نقاوس- ولاية باتنة.

2-1-4 الحدود الزمانية:

امتدت الدراسة الأساسية من 2018/01/08 إلى 2018/05/25 أي ما يقارب 5 أشهر كاملة.

3-1-4 الحدود البشرية:

تتمثل الحدود البشرية في العينة الأساسية التي قام الطالب الباحث بتطبيق البرنامج العلاجي المقترح عليها، وشملت 30 مريضا للقصور الكلوي المزمن، والذين يخضعون لعملية التصفية بانتظام في المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس، والتي سيتم وصفها وتقديم عرض عنها في العنصر الموالي.

2-4 عينة الدراسة الأساسية:

في بداية الدراسة الأساسية، انخرط في البرنامج العلاجي 38 مريضا من مرضى القصور الكلوي المزمن الذين يخضعون لتصفية الدم بمصلحة التصفية التابعة لمستشفى نقاوس، لكن بعد الانطلاق في البرنامج وبعد عدة حصص انسحب ثمانية مرضى، ليكمل الثلاثون الباقين البرنامج الى آخر حصة. لذا وفيما يلي سنعتبر عينة الدراسة الأساسية هي 30 مريضا الذين أكملوا البرنامج كاملا.

1-2-4 إجراءات وشروط اختيار العينة الأساسية:

نشير هنا بأن الطالب الباحث بعد نهاية الدراسة الاستطلاعية، وبعد الاطلاع على النتائج المتحصل عليها في المقاييس الثلاثة التي طبقها على المرضى (القلق، الاكتئاب، قلق الموت)، ركز على المرضى الذين لديهم درجات

مرتفعة في المقاييس الثلاثة، أي مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب وقلق الموت، حيث تم استهداف هذه الفئة لتجريب فعالية البرنامج عليها وافادتها بالتقليل أو بالعلاج الكلي لهذه الاضطرابات. وقد تم حث المرضى على الانخراط في البرنامج العلاجي بإرادتهم الكاملة، وذلك بمساعدة كل من الطبيب المختص: le néphrologue ، والأخصائية النفسانية العاملة بالقسم، وقد أبدى الكثير من المرضى رغبتهم في الانخراط في البرنامج العلاجي، لكن الطالب الباحث وقبل الشروع في البرنامج العلاجي، قام بشرحه للمرضى سواء بصورة جماعية أو بصورة فردية أحيانا، لكون البرنامج معرفي-سلوكي، وبه أنشطة وواجبات يجب اتمامها في حالة الانخراط في البرنامج، كما أن الباحث ومن خلال الدراسة الاستطلاعية والملاحظات والمقابلات التي أجراها مع المرضى، وضع مجموعة من الشروط التي يجب توفرها في المرضى المنخرطين في البرنامج العلاجي وهي:

- أن يكون المريض الذي يخضع لتصفية الدم راشد، أي لا يقل عمره عن 18 سنة ولا يزيد عن 50 سنة.
- أن يكون المريض خضع لتصفية الدم لأكثر من سنتين، وهذا تجنباً للمرضى الذين قد يكونون مازالوا لم يتجاوزوا مرحلة انكار المرض، أو ردة فعل الصدمة اتجاه الإصابة بالقصور الكلوي المزمن والخضوع لعملية التصفية.
- أن يكون المستوى التعليمي للمريض: التعليم المتوسط على الأقل، كون البرنامج العلاجي به أنشطة وواجبات تقتضي الفهم والكتابة لبعض المواقف والمشاعر...
- أن لا يكون المريض خاضعا لعلاج عند طبيب مختص في الأمراض النفسية والعقلية le psychiatre أثناء تطبيق البرنامج العلاجي.

- ألا يكون المريض يتلقى متابعة نفسية نوعية سواء داخل المشفى أو خارجها (باستثناء حصص الدعم النفسي التي قد يتلقاها أثناء حصص تصفية الدم بالمؤسسة الصحية).

2-2-4 خصائص عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 30 مريضاً، ويمكن أن نورد خصائص العينة الأساسية التالية:

- تكونت العينة من نسب متقاربة من الذكور والاناث، حيث شملت 16 ذكراً بنسبة 53.3% ، و 14 أنثى ما يمثل 46.7% من العينة الكلية. والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم 6: خصائص العينة الأساسية حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسب المئوية
ذكور	16	53.3%
اناث	14	46.7%
المجموع	30	100%

- تراوح عمر أفراد العينة من 23 الى 50 سنة بمتوسط عمر 38.47س سنة، أي أن جميع أفراد العينة استوفى شرط تجاوز سن 18 سنة، ويبين الجدول رقم 7: أن النسبة الأكبر من العينة 43.33 % من المرضى بين سن 41 الى 50 سنة، تليها نسبة 30.3% للمرضى بين سن 31 و 40 سنة، فيما أن نسبة المرضى الأقل من 30 سنة 7% .

جدول رقم 7: خصائص العينة الأساسية حسب السن

السن	التكرارات	النسب المئوية
أقل من 30 سنة	7	23.3%
من 31 الى 40 سنة	10	30.3%
من 41 الى 50 سنة	13	43.33%
المجموع	30	100%

- يبين الجدول الموالي، أن نسبة 46.6% من عينة الدراسة من ذوي التعليم المتوسط، و36.7% من ذوي التعليم الثانوي، أما أفراد العينة الذين مستواهم التعليمي جامعي فلم تتجاوز 16.7%.

جدول رقم 8: خصائص العينة الأساسية حسب المستوى الدراسي.

النسب المئوية	التكرارات	المستوى الدراسي
46.6%	14	متوسط
36.7%	11	ثانوي
16.7%	5	جامعي
100%	30	المجموع

- تراوحت سنوات الدياليز لدى العينة الأساسية من 2 إلى 24 سنة وبمتوسط 9.57 سنة. من خلال الجدول رقم 9، يمكن أن يتضح لنا أكبر من 50% من المرضى خضعوا لعملية التصفية لمدة تتراوح من 6 إلى 15 سنة، فيما هناك مريض واحد خضع لهذه العملية لمدة طويلة نسبيا تجاوزت العشرين سنة.

جدول رقم 9: خصائص العينة الأساسية حسب عدد سنوات الخضوع لعملية تصفية الدم "الدياليز"

النسب المئوية	التكرارات	عدد سنوات عملية تصفية الدم
33.3%	10	أقل من 5 سنوات
20%	6	من 6 إلى 10 سنوات
33.3%	10	من 11 إلى 15 سنة
10%	3	من 16 إلى 20 سنة
3.3%	1	أكبر من 20 سنة
100%	30	المجموع

- من خلال الجول رقم 10 والجدول رقم 11، يتبين لنا أن عينة الدراسة الأساسية تتوفر على الشروط التي وضعها الباحث مسبقا فيما يخص مستوى درجات (القلق، الاكتئاب وقلق الموت)، عند قيامه بالقياس القبلي حيث:

- تراوحت درجات أفراد العينة على مقياس القلق الصريح من 20 الى 41 وبمتوسط قدره 29.50 والجدول الموالي يوضح تصنيف درجات العينة. مما يعني أن أفراد العينة تتوفر على درجات مرتفعة من القلق تصلح لتنفيذ البرنامج العلاجي الذي أعده الباحث.

جدول رقم 10: تصنيف درجات القلق الصريح لدي عينة الدراسة

النسب المئوية	التكرار	الدرجة	مستوى القلق
0%	0	16-0	خال من القلق
10%	3	20-17	قلق بسيط
26.7%	8	26-21	قلق نوعا ما
26.7%	8	29-27	قلق شديد
36.7%	11	50-30	قلق شديد جدا

- كما أن درجات أفراد العينة على مقياس بيك للاكتئاب قد تراوحت من 17 الى 49 و بمتوسط قدره 26.40، وهذا ما يؤكد أن أفراد العينة تتوفر على درجات مرتفعة من الاكتئاب تصلح لتنفيذ البرنامج العلاجي.

جدول رقم 11: تصنيف درجات العينة على مقياس أرون بيك للاكتئاب

النسب المئوية	التكرار	الدرجة	مستوى الاكتئاب
0%	0	9-0	لا يوجد اكتئاب
0%	0	15-10	اكتئاب بسيط
50%	15	23-16	اكتئاب متوسط
33.3%	10	36-24	اكتئاب شديد
16.7%	5	37 فأكثر	اكتئاب شديد جدا

- أما درجات العينة على مقياس قلق الموت فقد تراوحت بين 9 إلى 79 وبمتوسط حسابي قدره 34.97، مما يعني أن أفراد العينة تصلح لتنفيذ البرنامج العلاجي المقترح.

- ما بالنسبة لبعض الخصائص المتعلقة بالحالة الاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة فيمكن تلخيصها بالجدول الموالي:

جدول رقم 12: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة الحالية.

المتغيرات	التكرارات	النسب المئوية
المهنة	بطل	17
	تاجر	2
	خياطة	1
	عامل	1
	متقاعد	2
	لم يفصح	7
	متزوج	14
الحالة الاجتماعية	أعزب	13
	مطلق	3
	جيدة	1
الحالة الاقتصادية	متوسطة	20
	منخفضة	6
	لم يفصح	3
		10%

3-4 أدوات الدراسة الأساسية:

شملت أدوات الدراسة الأساسية نفس أدوات الدراسة الاستطلاعية التي تم وصفها سابقاً، مع إضافة البرنامج العلاجي المقترح والذي سيتم التعرض لكيفية تطبيقنا له بالتفصيل في هذا العنصر، ويمكن تلخيص الأدوات المستخدمة في النقاط التالية:

1-3-4 شبكة الملاحظة:

وهنا نشير بأن الطالب الباحث قد استخدم الملاحظة التي تفيده بالدراسة بجميع أنواعها، والتي تخدم البحث سواء أثناء حضور المريض أو أثناء

إجراء حصص تصفية الدم، أو الملاحظة أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي من بدايته إلى نهايته.

2-3-4 المقابلة:

بالنسبة للمقابلة، فإن الطالب الباحث استخدم الكثير من أنواع المقابلات حسب الموقف، فقد استخدم الباحث المقابلات التشخيصية في البداية، ثم المقابلات العلاجية أثناء حصص البرنامج العلاجي، كما كانت هناك مقابلات موجهة وأخرى نصف موجهة.

3-3-4 المقاييس والاختبارات النفسية:

استخدم الباحث مقاييس عالمية ومقننة على المجتمعات العربية، والتي سبق تقديمها وشرحها في الفقرات الخاصة بالدراسة، وهي:

- مقاييس القلق الصريح لتايلور J.A. Taylor، اقتباس مصطفى فهمي.
- مقياس أو قائمة أرون بيك للاكتئاب، A.Beck في نسخته الثانية، والذي أعده وقننه أحمد عبد الخالق في نسخته العربية.
- مقياس أو اختبار قلق الموت لبشير معمريه المقنن على البيئة الجزائرية.

4-3-4 البرنامج العلاجي:

لقد سبق للطالب شرح الشروط اللازمة للانخراط في البرنامج العلاجي، وأهم التقنيات الفنيات التي سيعتمدها من أجل اختبار مدى فعالية هذا البرنامج (الرجوع لعينة الدراسة)، أما المتغيرات التابعة التي تعنى الدراسة بها فتشمل: القلق، الاكتئاب وقلق الموت. أما في هذا الجزء، فسنحاول استعراض الأسس العلمية للبرنامج وفلسفته وكذا خطوات بنائه ومحتواه وتحكيمه من طرف المختصين في مجال الصحة النفسية والعقلية والعلاجات المعرفية- السلوكية على وجه الخصوص.

أ- الأسس العلمية للبرنامج المقترح:

تم اعداد البرنامج كأداة أساسية لتحقيق أهداف الدراسة والاجابة على فرضياتها، وقد بني هذا البرنامج على أسس علمية تمثلت في أدبيات

الموضوع من خلال الكتب والبحوث العلمية في نفس المجال، والاطلاع على بعض البرامج المقدمة للتكفل ولعلاج مرضى اضطراب القصور الكلوي المزمن، وفيما يلي يمكن عرض بعض الكتب والبرامج العلاجية المعرفية السلوكية التي اعتمد عليها الباحث في هذا الخصوص:

- العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، تأليف هوفماس.أس.ح، ترجمة مراد علي عيسى.

- العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد، تأليف جويت بيك وتقديم أرون بيك، ترجمت طلعت عمر.

- الاضطرابات النفسية (دليل علاجي تفصيلي)، تحرير ديفد.ه.بارلو ، ترجمة صفوت فرج.

- العلاج السلوكي و تعديل السلوك (لويس مليكة).

- المجلة العالمية للطب النفسي الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي، السنة التاسعة، العدد الثالث، أكتوبر 2010.

- فعالية برنامج تدريبي سلوكي معرفي في خفض الضغوط النفسية لدى طلبة كلية الاميرة رحمة الجامعية ، اعداد ماجد محمد الخياط و ملوح مفضي السليحات .

- مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة أ اعداد: علاء الدين إبراهيم، الجامعة الإسلامية غزة .

- Thérapie cognitive de la dépression, Ivy Marie, Jean Cottraux.
- Cas clinique en thérapie comportementales et cognitives, J.Cottraux.

- بالإضافة إلى المطبوعات العلمية التي يملكها الطالب والمتعلقة بتقنيات العلاج المعرفي-السلوكي(TCC) والتي تحصل عليها الباحث عند إجراء تكوينات متخصصة حول هذه التقنيات بالمعهد

الوطني للصحة العمومية بالجزائر العاصمة، وهذا خلال فترة عمله كممارس عيادي تابعا للصحة العمومية.

ب- فلسفة البرنامج العلاجي المقترح:

بني البرنامج العلاجي على أسس علم النفس المعرفي-السلوكي (الحديث)، وما له من خلفيات نظرية حول منشأ الاضطرابات النفسية لدى الانسان، والتي عادة ما تكون نتيجة تشوه الواقع وهذا من خلال الأفكار اللاعقلانية والتي تكون السبب في تقلب المزاج، والحالة النفسية للإنسان، وبالتالي إذا كان بمقدورنا تعديل تلك الأفكار غير العقلانية الى أفكار عقلانية يتعدل المزاج وتتغير نظرة الانسان للواقع. كما أن البرنامج العلاجي يستند إلى أن مفهوم الأفكار والمشاعر والتصرفات تكون مترابطة مع بعضها، وأن الأفكار والمشاعر السلبية تحبس الشخص في حلقة مفرغة، وهنا يتم تدريب المريض وتعليمه فنيات تغيير طرق تفكيره، والتصرفات السلبية المتعلقة بها وكيفية التأقلم مع المشاكل والمواقف.

ت- عرض البرنامج العلاجي على المحكمين:

بعد أن تم بناء البرنامج العلاجي وقبل بداية تطبيقه على العينة الأساسية، قام الطالب الباحث بعرضه على مجموعة من المتخصصين في الطب العقلي والأخصائيين النفسانيين الذين يستخدمون العلاج المعرفي السلوكي، وبعض الأساتذة الجامعيين الذين سبق لهم ممارسة مهنة العلاج النفسي (قائمة المحكمين الذين أبدوا رأيهم في البرنامج موجودة بالملحق رقم 4)، حيث طلب من المحكمين التركيز على ما يلي:

- مدى ملائمة عدد الجلسات لتحقيق أهداف البرنامج.
- مدى ملائمة الفنيات التي اختارها الطالب الباحث لعلاج الأعراض (القلق، الاكتئاب، قلق الموت).
- مدى ملائمة ترتيب الجلسات العلاجية لتحقيق أهداف البرنامج.

- مدى ملاءمة تقنية الاسترخاء وخطواته أثناء الجلسات.
- مدى ملاءمة كراسة الأنشطة وتسجيل الأفكار في البرنامج

العلاجي (الموجودة بالملاحق الخاصة بالدراسة)

الملحق رقم 5، يوضح آراء الخبراء في البرنامج المقترح، أما عن الملاحظات المقدمة من طرفهم، فقد كانت بسيطة وقد أخذها الطالب الباحث بعين الاعتبار، وقام بإجراء تغييرات طفيفة في البرنامج العلاجي المقترح.

ث- بروتوكول البرنامج العلاجي وجلساته:

فيما يلي بطاقة فنية لبروتوكول البرنامج العلاجي المقترح:

جدول رقم 13: بطاقة فنية (بروتوكول) البرنامج العلاجي المقترح.

اسم البرنامج	برنامج علاجي للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن
هدفه	التخفيف من مستويات: القلق، الاكتئاب، وقلق الموت لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
الخلفيات النظرية للبرنامج	نظريات علم النفس المعرفي. نظريات علم النفس السلوكي.
عدد الجلسات	15 جلسة
مدة الجلسة الواحدة	من 40 دقيقة إلى 60 دقيقة.
حجم العينة	30 مريضا.
تواتر الجلسات	جلسة كل أسبوع، ما عدا الجلستين رقم 14 و 15 فتتم كل 15 يوم.
قيادة الجلسات (المعالج)	الطالب الباحث.

بعد عرض البطاقة الفنية الخاصة بالبرنامج المقترح للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن، نعرض فيما يلي سير الجلسات العلاجية من

الجلسة الأولى إلى الأخيرة (تجدر الإشارة أن محتوى الجلسات تم وصفه بالتفصيل في فصل البرنامج العلاجي المقترح)، وذكر أهم الفنيات التي استخدمها الطالب، والجدول التالي يبين هذه السيرورة من بداية الى نهاية البرنامج:

جدول رقم 14: سيرورة الجلسات العلاجية في البرنامج العلاجي

رقم الجلسة	الخطوات والإجراءات المتبعة خلال الحصة
الجلسة 1	<ul style="list-style-type: none"> - بناء علاقة إيجابية مع المريض. -تطبيق القياس القبلي للمقاييس الثلاثة. - وصف العلاج المعرفي السلوكي وأهم التقنيات المستخدمة فيه والنتائج التي حققها عالميا. -التوضيح بأن البرنامج العلاجي يشمل 15 حصة علاجية، بمعدل حصة كل أسبوع، وزمن الحصة الواحدة من 40 إلى 60 دقيقة. -الشرح للمريض بأن البرنامج يشمل واجبات منزلية، لا بد للمريض القيام بها واحضارها في الحصة القادمة. -مناقشة أهم الأعراض الخاصة بالقلق التي يعاني منها المريض لكي يكون التركيز في خطة العلاج من الأعراض البسيطة إلى المعقدة. -يطلب من المريض تسجيل بعض المواقف اليومية التي تسبب له القلق والاكتئاب والتعبير عنها بأسلوبه الخاص (الملحق رقم 6).
الجلسة 2	<ul style="list-style-type: none"> - التحقق من ردود فعل المريض اتجاه الجلسة الأولى. - إعطاء الفرصة للمريض لكي يعبر عن أعراض قد يكون لم يذكرها في الجلسة الأولى. - مناقشة الواجب المنزلي نقطة بنقطة. - التركيز على الأفكار اللاعقلانية المصاحبة للمواقف. - ترتيب الأعراض مع المريض للانطلاق في تطبيق الفنيات العلاجية (المتعلقة بأعراض القلق النفسي). - التعريف بالقلق وبأعراضه النفسية والجسمية والانفعالية. - الشرح للمريض معنى الأفكار الأوتوماتيكية.

<p>- تكليف المريض بمحاولة رصد الأفكار الأتوماتيكية السلبية التي تسبق حالة القلق. وتسجيل أعراض القلق (النفسية، الجسمية، الانفعالية) (الملحق رقم 7 و8).</p>	
<p>-مناقشة الواجب المنزلي. -مناقشة الأفكار الأتوماتيكية التي استطاع المريض رصدها. -مناقشة الصعوبات التي تواجه المريض في رصد الأفكار الأتوماتيكية. -تدريب المريض أكثر على رصد الأفكار الأتوماتيكية. -تعليم المريض خلال الحصة كيفية وقف الأفكار السلبية. -شرح بسيط لتقنية الاسترخاء وخطواته. -تطبيق الاسترخاء العضلي لمدة 20 دقيقة مع المريض. -يقدم الواجب المنزلي والمتمثل في رصد الأفكار السلبية أكثر مع محاولة منع تدفقها وابدالها بأفكار إيجابية (الملحق رقم 9). -القيام بتمارين الاسترخاء العضلي مرتين في اليوم.</p>	<p>الجلسة 3</p>
<p>- مناقشة الواجب المنزلي من خلال عدد الأفكار السلبية التي تم رصدها وعدد الأفكار التي استطاع المريض استبدالها بأفكار إيجابية. - ترك المريض يصف حالته ومشاعره وتقييم نجاحه بنسبة مئوية حسب رأيه في رصدها وإيقاف الأفكار السلبية. - تقييم مدى نجاح المريض في تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي. - التعريف بفنية التفكير الخاطئ وشرحها للمريض وهذا بمثابة من الواقع ويقوم المعالج بتحليله مع المريض. - يحث المعالج المريض على تطبيق فنية استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية خاصة نحو القلق. - يحث المعالج المريض على تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي، مع تمارين التخيل والتأمل التي تعلمها المريض في هذه الحصة وضرورة تطبيقها مرتين في اليوم. (الملحق رقم 10)</p>	<p>الجلسة 4</p>
<p>-مناقشة الواجب المنزلي السابق ومدى الصعوبات التي واجهت المريض. -يطلب من المريض تقييم درجة القلق عنده بعد 4 حصص من العلاج من 0 على 10. -مناقشة المريض في مدى نجاحه في تطبيق تمارين الاسترخاء وشعوره بعد تمارين الاسترخاء.</p>	<p>الجلسة 5</p>

	<p>- مناقشة الفنيات السابقة التي تدرّب عليها المريض ومدى نجاحه معها تجاه الأعراض.</p> <p>- شرح أعراض الاكتئاب النفسي للمريض مع التركيز على الأعراض المشتركة بين القلق والاكتئاب.</p> <p>- تحديد أهم الأعراض التي يعاني منها المريض وترتيبها.</p> <p>- يكلف المريض برصد الأفكار السلبية المتعلقة بالاكتئاب (الملحق رقم 11 و12).</p>
<p>الجلسة 6</p>	<p>- مناقشة الواجب المنزلي (تقييم من طرف المريض لرصد الأفكار الأوتوماتيكية المتعلقة بلغة الأرقام من 0 إلى 10).</p> <p>- تقييم مدى نجاح المريض في تطبيق الفنيات التي تعلمها.</p> <p>- مناقشة فكرة النجاح في تخفيض القلق والتأكيد على قدرة المريض على النجاح مع الاكتئاب بنفس الفنيات وفنيات أخرى سيتعلمها لاحقاً.</p> <p>- مناقشة مدى استمرار المريض في استعمال تقنية الاسترخاء.</p> <p>- مناقشة أعراض أخرى للاكتئاب ومنها الخمول مثلاً وهنا يتفق المعالج مع المريض بضرورة القيام ببعض الأنشطة التي تستهويه يومياً خلال الأسبوع القادم (الملحق رقم 13).</p> <p>- ادخال فنية النمذجة في البرنامج العلاجي وتدريب المريض عليها (خاصة من مرضى القصور الكلوي المزمن المتزنين نفسياً)</p>
<p>الجلسة 7</p>	<p>- مناقشة الواجبات المنزلية مع المريض (رصد الأفكار، الأنشطة اليومية، فنية النمذجة، الفنيات السابقة)، وتقدير الصعوبات التي واجهت المريض.</p> <p>- مناقشة مدى فعالية تقنية الاسترخاء في تخفيض أعراض الاكتئاب والقلق معاً.</p> <p>- تدريب المريض على فنية التخيل.</p> <p>- تدريب المريض على فنية صرف الانتباه.</p> <p>- تحديد أعراض اكتنابيه لم يتم التعرض لها من قبل.</p> <p>- تقديم الواجب المنزلي (الملحق رقم 14).</p>
<p>الجلسة 8</p>	<p>- مناقشة الواجب المنزلي بالتركيز على فنية التخيل وفنية صرف الانتباه التي تلقاها المريض في الحصة السابقة.</p> <p>- تلخيص ما جرى مع المريض خلال الأسبوع الماضي من طرف المريض.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - تقييم ذاتي من طرف المريض لأعراض القلق والاكتئاب على سلم من 0 إلى 10. - مناقشة مدى فائدة الأنشطة اليومية للمريض. - تدريب المريض على فنية حل المشكلات ومراحلها. - تدريب المريض على وقف التفكير التلقائي قبل التصرف. - تدريب المريض على المرحلة الأخيرة من مراحل الاسترخاء وهي السيطرة العقلية لمدة 20 دقيقة. - تقديم الواجب المنزلي (الملحق رقم 15). 	
<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي مع المريض مع فتح النقاش حول مدى نجاح المريض في تطبيق فنية حل المشكلات وفنية وقف التفكير. - مناقشة المريض حول أكثر الفنيات التي يستخدمها والتي يراها ناجحة في تخفيض أعراض القلق والاكتئاب. - مناقشة جدول الأنشطة اليومية وأثرها في حياة المريض. - مناقشة حصص الاسترخاء والتركيز على مدى نجاح المريض في مرحلة السيطرة العقلية والتوجيه الذاتي. - إعطاء تقييم من طرف المريض لانخفاض الأعراض الاكتئابية من 0 إلى 10. - الاتفاق مع المريض على تحديد عرضين آخرين من أعراض الاكتئاب من أجل التركيز عليها في الأسبوع القادم. - إعطاء الواجب المنزلي (الملحق رقم 16). 	الجلسة 9
<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي، بالتركيز على العرضين الأساسيين اللذان تم الاتفاق عليهما مع المريض في الحصص السابقة، وما هي الفنيات التي استخدمها المريض في مجابتهما. - تقييم أهم الفنيات التي يراها المريض ناجحة في مجابهة القلق والاكتئاب معا. - مراجعة جدول الأنشطة اليومية وتقييم اجابياتها على حياة المريض. - مناقشة المريض حول نتائج الاسترخاء وخاصة وأن المريض يقوم به لوحده وبمراحله الثلاثة. - تقييم مدى التقدم في علاج القلق والاكتئاب بنسبة مئوية من طرف المريض. 	الجلسة 10

<ul style="list-style-type: none"> - شرح أعراض قلق الموت للمريض مع ترتيب الأعراض من طرف المريض حسب الشدة من البسيط إلى المعقد. - تنبيه المريض إلى أن نفس الفنيات المطبقة في مجابهة القلق والاكتئاب، تصلح لقلق الموت والبدائية تكون برصد الأفكار الأوتوماتيكية المتعلقة بقلق الموت. - ترك المريض يختار الفنيات التي تناسبه في مجابهة الأفكار السلبية المتعلقة بقلق الموت. - تقديم الواجب المنزلي (الملحق رقم 17 و18). 	
<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي بالتركيز على رصد الأفكار الأوتوماتيكية المتعلقة بقلق الموت ومدى نجاح المريض في إيقافها. - مناقشة كيفية تعامل المريض مع الأعراض المتبقية من الاكتئاب. - تقييم مدى نجاح المريض من 0 إلى 10 في الأسبوع الماضي. - تحديد عرضين اثنين من أعراض قلق الموت للتركيز عليهما في الأسبوع القادم. - إعطاء المريض الواجب المنزلي (الملحق رقم 19). 	الجلسة 11
<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي بالتركيز على الأعراض المتفق عليها سابقا حول قلق الموت. - مناقشة المريض حول الفنيات التي يراها ناجحة في دحض الأفكار السلبية المتعلقة بقلق الموت. - تقييم الأعراض من طرف المريض بسلم من 0 إلى 10. - تقييم البرنامج العلاجي من بدايته إلى اليوم بنسبة مئوية. - تحديد عرضين من أعراض قلق الموت مع المريض. - مناقشة المريض حول بعض أعراض القلق والاكتئاب التي قد تكون عاودت الظهور مرة أخرى من أجل التكفل بها. - مناقشة المريض في مدى استمراره في تطبيق تمارين الاسترخاء. - إعطاء الواجب المنزلي (الملحق رقم 20 و21). 	الجلسة 12
<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة المريض حول مدى تقدم العلاج وحول حالته النفسية بصفة عامة، ومدى تقدمه خلال الأسبوع الماضي. - مناقشة المريض حول الصعوبات التي قد يكون واجهها في الأسبوع الماضي. - تقييم أعراض قلق الموت من طرف المريض من 0 إلى 10. 	الجلسة 13

<ul style="list-style-type: none"> - تقييم مدى التقدم في العلاج ومدى تحسن المريض بنسبة مئوية يحددها المريض. - تقييم الأنشطة اليومية. - مناقشة باقي أعراض قلق الموت. - إعطاء الواجب المنزلي حول الاعراض المتبقية (الملحق رقم 23 و22). 	
<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الأعراض الأخيرة حول قلق الموت مع المريض والتي تم تحديدها في الحصة السابقة. - مراجعة كراسة الأنشطة اليومية. - مناقشة أكثر الفنيات التي يستخدمها المريض في حياته اليومية وأهم الاستراتيجيات الناجحة حسب رأيه. - مناقشة المريض حول نتائج الأنشطة اليومية التي يقوم بها. - مناقشة المريض حول فعالية حصص الاسترخاء. - تقييم زوال أعراض القلق، الاكتئاب وقلق الموت بنسبة مئوية من طرف المريض. - يشرح المعالج للمريض بأن البرنامج العلاجي تبقت منه حصة واحدة على بعد 15 يوما، وهذا لتهيئة المريض لفك العقد العلاجي. - الواجب المنزلي الأخير يكون حول التركيز على الأعراض التي لا يزال يعاني منها المريض (الملحق رقم 24). 	<p>الجلسة 14</p>
<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الأعراض التي حاول المريض التصدي لها خلال 15 يوما السابقة، وماهي أهم الاستراتيجيات التي طبقها المعالج بنجاح. - مناقشة المريض على ضرورة الاستمرار في تعلمه لفنيات واستراتيجيات مواجهة الأعراض التي قد تعاود الظهور مرة أخرى تجنباً للانتكاسة. - تقييم مدى نجاح البرنامج العلاجي من طرف المريض بنسبة مئوية (الملحق رقم 25). - بعد ذلك يراجع البرنامج العلاجي مع المريض من الجلسة الأولى الى الأخيرة. - القيام بالقياس البعدي لكل من القلق، الاكتئاب وقلق الموت. 	<p>الجلسة 15</p>

5- أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:

تم استعمال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS version 23) في طبعته الثالثة والعشرين، لمعالجة البيانات التي تم جمعها عن طريق المقاييس. وقد استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري
- معامل ألفا كرومباخ
- اختبار "ت" للعينات المرتبطة.

الفصل السادس

عرض وتفسير النتائج

أولاً: عرض النتائج

1. نتائج الفرضية الأولى.
2. نتائج الفرضية الثانية.
3. نتائج الفرضية الثالثة.

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة

1. تفسير نتائج الفرضية الأولى.
2. تفسير نتائج الفرضية الثانية.
3. تفسير نتائج الفرضية الثالثة.
4. مناقشة عامة لنتائج الدراسة

ثالثاً: توصيات ومقترحات الدراسة

أولاً: عرض النتائج

1. نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على " نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات القلق لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي". وللتحقق من الفرضية استخدم الطالب الباحث اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين لدرجات أفراد العينة التجريبية على مقياس تايلور للقلق الصريح، في كل من التطبيقين القبلي والبعدي. فجاءت النتائج كما يبينها الجدول الموالي:

جدول رقم 15: نتائج اختبار(ت) للفروق بين متوسطي التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد العينة التجريبية على مقياس تايلور للقلق الصريح

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	التطبيق	
0.000 دالة	17.81	6.10	29.50	30	قبلي	الدرجة الكلية للمقياس
		3.83	15.90	30	بعدي	

يتبين من خلال الجدول رقم 15 ما يلي:

يوجد فرق بين متوسطي العينة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس القلق الصريح، في التطبيقين القبلي والبعدي، حيث بلغت قيمة $t = 17.81$ ، وهي دالة احصائياً لكون $P = 0.000$ أقل من 0.05 . بمعنى آخر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات القلق لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهذا ما يدل على تأثير البرنامج العلاجي المصمم من طرف الطالب الباحث في تخفيض درجات القلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وبالتالي الفرضية الأولى قد تحققت.

2. نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على " نتوقع وجود فروق ذات دلالة احصائية في بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الاكثئاب لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي". للتحقق من الفرضية استخدم الطالب الباحث اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين لدرجات أفراد العينة المدروسة على مقياس "بيك" للاكثئاب، في كل من التطبيقين القبلي والبعدي. فجاءت النتائج كما يبينها الجدول الموالي:

جدول رقم 16: نتائج اختبار(ت) للفروق بين متوسطي التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد العينة التجريبية على مقياس "بيك" للاكثئاب

التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للمقياس	30	26.40	9.16	12.51	0.000
قبلي	30	9.50	2.68		دالة
بعدي					

يتبين من خلال الجدول رقم 16 ما يلي:

يوجد فرق بين متوسطي العينة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الاكثئاب، في التطبيقين القبلي والبعدي، حيث بلغت قيمة ت = 12.51، وهي دالة احصائيا لكون $P=0.000$ أقل من 0.05. أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الاكثئاب لدى عينة الدراسة وهذا يعزى إلى تطبيق البرنامج العلاجي، وهذا ما يعني انخفاض في درجات الاكثئاب لدى المرضى بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

3. نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على " وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات قلق الموت لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي". وللتحقق من الفرضية استخدم الطالب الباحث اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين لدرجات أفراد العينة التجريبية على مقياس قلق الموت، في كل من التطبيقين القبلي والبعدي. فجاءت النتائج كما يبينها الجدول الموالي:

جدول رقم 17: نتائج اختبار(ت) للفروق بين متوسطي التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد العينة المدروسة على مقياس قلق الموت

التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى دلالة
قبلي	30	34.97	15.61	10.40	0.000 دالة
بعدي	30	15.20	7.95		

نلاحظ من خلال الجدول رقم 17 ما يلي:

يوجد فرق بين متوسطي العينة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت، في التطبيقين القبلي والبعدي، حيث بلغت قيمة ت = 10.40، وهي دالة احصائيا لكون $P=0.000$ أقل من 0.05. وهي تدل على تأثير البرنامج العلاجي على العينة المدروسة، وانخفاض ملحوظ لدرجات قلق الموت لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الذين يخضعون لعملية تصفية الدم.

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة

1. تفسير نتائج الفرضية الأولى.

كان نص الفرضية كما يلي: "نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات القلق لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي". وقد أظهرت نتائج الدراسة المسجلة في الجدول رقم 15 وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي على مقياس تايلور للقلق الصريح، لصالح القياس البعدي، وهذا ما يبين الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي، إذ أن أفراد العينة انخفضت لديهم درجات القلق بعد انخراطهم في البرنامج العلاجي لمدة 15 جلسة، وهذا ما دلت عليه نتائج القياس البعدي وما أكده أفراد العينة بأنفسهم، وهذا ما يتفق مع دراسة (دليلة زناد، 2011) التي قامت بإعداد برنامج تدريبي مستوحى من العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على تقنيات مثل الاسترخاء للتخفيف من حدة القلق وتقنية حل المشكلات من أجل الابتعاد عن حلول سلوك العدوانية وتقنية النمذجة، إذ بينت الدراسة انخفاض كبير في درجات القلق والسلوكيات العدوانية وهذا ما يتفق مع نتائج دراستنا.

وإن دل هذا الانخفاض في درجات القلق لدى عينة الدراسة الذي يعزوه الباحث إلى البرنامج العلاجي الذي تم الاعتماد عليه وهذا من خلال التركيز على الأفكار السلبية وكيفية رصدها وبعد ذلك تعليم المريض كيفية استبدالها بأفكار إيجابية. إذ أن نجاح المريض في ذلك يعني العودة إلى الخلفية النظرية المتعلقة بالقدرة على القضاء على الأفكار السلبية وبالتالي القضاء على الانفعال الذي يكون نتيجة للأفكار السلبية، وهذا ما يؤكد عليه بيك "بأن الأفكار السلبية التلقائية" تسبق مباشرة أي انفعال غير سار وتأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص، غير أنه يستطيع الفرد بشيء من التدريب أن يزيد ادراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق" (بيك، 2000، ص188).

إذن تدريب المريض على رصد الأفكار الأوتوماتيكية، وابدالها بأفكار أخرى إيجابية هي أساس تغيير الانفعال، وهذا ما حاول الطالب الباحث تنفيذه مع عينة

الدراسة خلال الحصص الخمس الأولى من البرنامج، إذ كان التركيز على تدريب المرضى كيفية رصد الأفكار السلبية ومناقشتها فيما بعد مع المعالج، وقد آتت هذه الفنية ثمرتها مع القلق بصورة كبيرة جداً، وهذا ما يعني حدوث عملية تعلم داخلية مع عينة الدراسة.

كما يعزو الباحث انخفاض درجات القلق لدى عينة الدراسة إلى تقنية الاسترخاء التي أثبتت فعاليتها في علاج التوتر والضغط والقلق، فمن خلال هذه التقنية نستطيع القول بأن القضاء على الأعراض الجسمية للقلق كان بفعل عملية الاسترخاء العضلي الذي يطبقه المريض بمعدل مرتين إلى ثلاث مرات في اليوم. ويرى الباحث أن فنية النمذجة التي تم استخدامها في البرنامج العلاجي قد كانت جد مفيدة لعينة الدراسة من مرضى القصور الكلوي المزمن الذين يخضعون لعملية تصفية الدم مقارنة مع أقرانهم من المرضى الذين يخضعون لعملية التصفية معهم في نفس الجناح، إذ تبدو عليهم علامات الراحة والاستقرار النفسي والضحك وتقبل المرض، ولقد صرح الكثير من المرضى بذلك خلال الحصص العلاجية بعد تطبيق هذه الفنية، وبأنهم أصبحوا أكثر راحة واستقراراً وبأن القلق يضرهم أكثر مما ينفعهم.

2. تفسير نتائج الفرضية الثانية.

والتي نصها كما يلي: " نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الاكتئاب لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي ".

أظهرت نتائج الدراسة المسجلة في الجدول رقم 16، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الاكتئاب على مقياس بيك في القياس القبلي والقياس البعدي، وهذا ما يبين الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي المقدم للعينة (مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية تصفية الدم)، إذ بينت

النتائج انخفاضا واضحا في درجات الاكتئاب في القياس البعدي بعد أن تم تطبيق جميع حصص البرنامج العلاجي.

ونشير هنا بأن الطالب الباحث في بنائه للبرنامج العلاجي وتطبيقه مع المريض دائما تكون الانطلاقة مع المريض بتحديد الأعراض البسيطة للاضطراب ثم الانتقال إلى الأعراض الأكثر شدة، وهذا طبعا باختيار التقنيات والفنيات المناسبة لكل هذه الأعراض، فالإكتئاب إذا ما قارناه بالقلق فإن أعراضه أكثر شدة، وأكثر تأثيرا على المريض، وحسب بيك دائما فإن "المرضى الإكتئابيون لديهم رؤية نمطية سلبية لأنفسهم ولبيئتهم وللمستقبل وهم يعتبرون أنفسهم بلا قيمة، غير ملائمين، وغير محبوبين وعاجزين، وأن بيئتهم غير ودية" (بيك، 200، ص571). لذا وجب وضع تقنيات في البرنامج العلاجي تساعد المريض على تأمل نفسه بشكل ملائم وتوعية المريض بنفسه لتحمل المسؤولية، وبأن المريض الذي يستطيع تحديد الأحداث المعجلة لنوبات اللاكتئابية وممن لديه علاقات وثيقة بالآخرين، تنخفض أعراضه الاكتئابية بقدر أسرع ولهذا يكون التركيز بين المريض والمعالج هنا على اكتشاف الأفكار المعينة التي تسبق الانفعالات مثل الحزن والغضب وهذا طبعا باستخدام فنية رصد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المتعلقة بالاكتئاب، وكذلك فنيات أخرى تم إدخالها في البرنامج العلاجي فيما يخص التخفيض التدريجيا من أعراض الاكتئاب وهي: فنية التخيل، فنية صرف الانتباه وفنية الأنشطة اليومية التي يرى الطالب الباحث أنها تخرج المريض من خموله وانطوائه.

فالمعالج هنا ركز مع المرضى على التفكير المشوه واللاعقلاني لدى المكتئبين وتحليل هذا التفكير وفق أسس منطقية بين المعالج والمريض، فيتم التركيز على تفحص أفكار المريض المشوهة بنفسه ومساعدته على تحديدها من أجل تصحيحها، حتى تتعدل المشاعر ويتعدل السلوك الغير مرغوب لدى المريض. ونشير هنا بان البرنامج العلاجي في جزئه الخاص بالاكتئاب تم استخدام الفنيات التي يرى المعالج بانها مناسبة للأعراض الاكتئابية (فنية حل المشكلات وتحديد

الأفكار السلبية) بناء على الخلفية النظرية للعلاج المعرفي خاصة أعمال ارون بيك.

كما ان المعالج (الطالب الباحث) ركز على الأنشطة اليومية بدرجة كبيرة من اجل اخراج المريض من الانعزالية، وتأكيد ذاته، واما هذه الأنشطة فقد كانت مختلفة حسب الجنس و الهويات المفضلة لدى كل مريض، وقد كان لهذه الأنشطة الأثر الإيجابي في تعديل السلوك الانسحابي لدى المرضى، وهذا ما أكدته النتائج النهائية بعد إتمام البرنامج العلاجي .

ونشير هنا بأن الطالب الباحث قد واجه مع المرضى بعض الصعوبات مما اضطره إلى تأخير بعض الجلسات العلاجية لدى المرضى الذين كانت لديهم درجات الاكتئاب لديهم عالية جدا.

كما تجدر الإشارة بأن الطالب الباحث وفي حدود اطلاعه لا توجد أي دراسات تناولت موضوع التكفل أو العلاج النفسي لمرضى القصور الكلوي المزمن الذين يخضعون لعملية تصفية الدم ويعانون من الاكتئاب.

3. تفسير نتائج الفرضية الثالثة.

والتي تنص على " وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات قلق الموت لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي"، حيث أظهرت نتائج الدراسة المسجلة في الجدول 17، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات درجات قلق الموت في للقياس القبلي والقياس البعدي، والتي تعزي إلى الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي المطبق على المرضى، إذ أوضحت النتائج انخفاضاً واضحاً في درجات قلق الموت بعد انتهاء البرنامج العلاجي مقارنة مع نتائج القياس القبلي (قبل بداية البرنامج العلاجي).

ويمكن القول بان الطالب الباحث قد نجح الى حد كبير في مساعدة مرضى المجموعة التي خضعت للبرنامج في تخفيض درجات قلق الموت لديهم بالاعتماد على برنامج علاجي مستوحى من العلاج المعرفي السلوكي وباختبار الفنيات

المناسبة للأعراض، فنجاح البرنامج كان بتعاون المرضى وتفاعلهم بشكل ايجابي رغم التفاوت أحيانا في تطبيق البرنامج بين أفراد العينة، وهذا شيء طبيعي نتيجة للفروق الفردية الموجودة في العينة. وكما قلنا فإن تركيز الطالب الباحث في بداية الحصص على فنية رصد الأفكار الأوتوماتيكية أمام المواقف التي يعيشها المريض في حياته اليومية، كانت اللبنة الأساسية في نجاح العلاج، فبعد نجاح هذه الفنية استطاع معظم المرضى تحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية وجاءت بعدها المراحل الأخرى كاستبدالها بأفكار أخرى إيجابية سواء تعلق الأمر بالقلق أو بالاكتئاب أو قلق الموت، ثم جاءت باقي الفنيات كالنمذجة ووقف الأفكار والتعرف على أساليب التفكير الخاطئ....

4. مناقشة عامة لنتائج الدراسة

أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرضيات التي وضعها الطالب الباحث، ويرجع ذلك إلى فعالية استخدام البرنامج العلاجي المبني على أسس العلاج المعرفي السلوكي بما يتضمنه من فنيات واستراتيجيات وأساليب وخطوات مع استخدام تقنية الاسترخاء التي أفادت كثيرا في تخفيف أعراض القلق وقلق الموت خاصة كل ما هو متعلق بالجانب العضلي الفسيولوجي، الأمر الذي أدى إلى أحداث تأثير إيجابي في خفض درجات ومستويات كل من: القلق، الاكتئاب وقلق الموت.

ويفسر الطالب الباحث التغيير الإيجابي لدى العينة المدروسة في القياس البعدي إلى إدراك أفراد العينة لأهمية الفنيات التي تعلموها في الحصص العلاجية وزيادة ثقتهم أكثر في المعالج بعد ملاحظاتهم الشخصية لتناقص الأعراض التي كانوا يعانون منها بعد انخراطهم في البرنامج العلاجي، وخلال عدد قليل من الحصص مما شجعهم في الاستمرار في باقي حصص البرنامج، وارتفاع رغبتهم في التخلص من الأعراض وهذا بتطبيق الفنيات والتقنيات التي تم مناقشتها و التدرّب عليها أثناء الحصص العلاجية، كما أن الطالب الباحث ومن خلال متابعته لهذه الفئة من المرضى، وجد تجاوبا مقبولا في بداية الحصص ثم بدأ هذا التجاوب في الارتفاع مع التقدم في الحصص لكون المرضى لاحظوا تحسنا تدريجيا في

حالتهم النفسية. كما نشير بأن الطالب الباحث كان حريصا على الأنشطة المنزلية والواجبات المنزلية التي يقدمها للمرضى.

كما يفسر الطالب الباحث التغيير الايجابي الذي حدث للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج إلى إدراك أفراد العينة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وبأن سلوكياتهم وانفعالاتهم ما هي إلا نتاج لأفكارهم اللاعقلانية (السلبية)، وبالتالي فإن تعديل الأفكار واستبدالها بأفكار إيجابية يؤدي حتما إلى مشاعر إيجابية وإلى سلوكيات إيجابية أيضا، وهذا هو أساس العلاج المعرفي وأهم ركائزه الأساسية التي بني عليها، ولقد كان الطالب الباحث منذ البداية مركزا على هذا المبدأ وهذا من خلال الشرح البسيط وبصورة جيدة للأفكار السلبية وكيفية تأثيرها على المشاعر والسلوكيات، وبعد ذلك تعليم المرضى كيفية رصد هذه الأفكار وعند تحكم المرضى في رصد أكبر عدد من الأفكار المتعلقة بمرضهم يركز الطالب الباحث مع المرضى على كيفية استبدال تلك الأفكار بأفكار إيجابية بدلا منها، وهذا ما أتى أكله مع المرضى وكانت النتائج جد مرضية حول المتغيرات الثلاثة التي تناولتها الدراسة.

ونستطيع القول إن نجاح البرنامج العلاجي الذي بناه الطالب الباحث يدل على نجاح المرضى في إدراك أفكارهم الخاطئة (السلبية)، وتشوهاتهم الفكرية حول الواقع مما مكنهم وبمساعدة المعالج (الطالب الباحث) بتدريبهم على استخدام فنيات واستراتيجيات معرفية وسلوكية تم تطبيقها في الحياة اليومية للمرضى، مما ساعدهم في تصحيح نظرتهم لأنفسهم والواقع.

ان كل ما تعلمه المرضى من

فنيات خلال البرنامج العلاجي المقترح وتم توظيفه في حياتهم اليومية كان له الأثر الإيجابي في تحسين حياتهم النفسية، كما أن المرضى أصبحوا يواجهون المشاكل الجديدة في حياتهم باستخدام الفنيات التي تدربوا عليها مثل فنية حل المشاكل وهذا ما لاحظته المعالج (الطالب الباحث) أثناء سيرورة الحصص

العلاجية، إذ أصبح المرضى (معظمهم) يستطيعون تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير وفقا للتقنيات المعرفية التي تدربوا عليها، وأصبحوا أكثر سيطرة على الأفكار السلبية وإيجاد بدائل لها بأفكار إيجابية وكل هذا يدخل ضمن نسق العلاج النفسي المعرفي السلوكي. وفي مجمل هذه التدريبات طيلة الجلسات العلاجية الخمسة عشر يمكن القول بأن البرنامج العلاجي الذي بناه الطالب الباحث قد حقق أهدافه وانعكس ذلك بصورة واضحة في انخفاض الأعراض المرتبطة بالمتغيرات الثلاثة: القلق، الاكتئاب وقلق الموت.

ثالثاً: توصيات ومقترحات الدراسة

من خلال ما تم التوصل إليه، من نتائج الدراسة نستطيع أن نوصي ونقترح ما يلي:

- تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على مرضى القصور الكلوي المزمن وبالأخص ذوي المستوى التعليمي المقبول.
- اجراء تكوينات وتدريبات للأخصائيين العاملين بمصالح تصفية الدم حول العلاج المعرفي السلوكي من أجل تطبيق تقنياته على المريض، وعدم الاكتفاء بالدعم النفسي فقط كأداة وحيدة يستخدمها معظم الأخصائيين النفسيين.
- ضرورة تحسيس الفريق الطبي بدور العوامل النفسية وتأثيرها على مرضى القصور الكلوي المزمن، مما يجعل التكفل العلاجي متكاملًا من جميع النواحي.
- تدريب الفريق الطبي والشبه طبي على آليات التعامل والاهتمام بالجوانب النفسية لهذه الفئة من المرضى.
- ضرورة اجراء اجتماعات دورية للفريق العلاجي من أجل مناقشة كل ما هو متعلق بالمريض وهذا من خلال حضور الطبيب المتخصص في الكلى

والأطباء العاملون، الاخصائي النفسي، المرشد الاجتماعي، الممرضين، سائقي السيارات الذين ينقلون المرضى، كل هذا حتى لا يكون التكفل العلاجي متوقف فقط على الجانب الطبي فقط، بل يجب أن يكون شاملا: طبيا، نفسيا واجتماعيا.

- ضرورة انشاء جمعيات أصدقاء مرضى القصور الكلوي المزمن في كامل تراب الوطن، من اجل مساعدة المرضى في حل مشاكلهم المختلفة.

المراجع

المراجع:

المراجع العربية:

- 1- أحمد، عبدخالق (1987): قلق الموت، دار عالم المعرفة، الكويت.
- 2- أمين ، روبة (1972) : أمراض الجهاز البولي ، الكلى ، المثانة ، البروستات ، ط1 ، بيروت .
- 3- أمال ، بورقية (2000) : الكلى من الوظيفة الى الامل في الحياة ، ط1، دار النساء ، بيروت ، لبنان.
- 4- أحمد، عكاشة (1999): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية ICD-10، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط .
- 5- الحسين، أسماء عبدالعزيز (2002): المدخل المسير الى الصحة النفسية، ط1، دار عالم الكتب، الرياض.
- 6- إقبال، إبراهيم مخلوف (2009) : الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين ، دار المعرفة الجامعية ، مصر .
- 7- إبراهيم ، عبدالستار (1988) : الاكتئاب ، اضطراب العصر الحديث، فهمه و أساليب علاجه، دار العالم ، الكويت .
- 8- إبراهيم، عبداللطيف (2009): الاكتئاب النفسي: دراسة مقارنة بين الحضارتين و بين الجنسين، مجلة الدراسات الطبية، مجلد 7 ، العدد 1 ، الكويت .
- 9- الشناوي، محمد محروس (1991) : نظريات الإرشاد و العلاج النفسي ، ط1، دار الغريب للنشر و الطباعة ، القاهرة ، مصر .
- 10- الميلادي، عبدالمنعم (2006) : الأعراض و الاضطرابات النفسية ، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية ، مصر .
- 11- بشير، معمريه (2007) : بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس ، الجزء الرابع ، منشورات الحبر ، الجزائر .
- 12- بشير، معمريه (2010) : تقنيين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب على عينات من المجتمع الجزائري ، صورة الراشدين DD.I.II، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية العدد 25.
- 13- بيك، آرون (2000) : العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عدل مصطفى ، دار الافاق العربية ، القاهرة ، مصر .
- 14- تيسير، حسون (2004) : مرجع سريع الى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع المعدل للأمراض العقلية DSM-IR4، مستشفى ابن سينا ، دمشق ، سوريا.

- 15- تايلور، شيلي (2008) : **علم النفس الصحي** ، ترجمة وسام درويش وفوزي شاكور ، طمعية داود ، ط1 ، دار الحامد للنشر و التوزيع عمان ، الأردن.
- 16- حامد، عبدالسلام، زهران (1995): **الصحة النفسية و العلاج النفسي**، عالم الكتب للنشر و التوزيع ، مصر .
- 17- حقي، ألفت (1995): **الاضطرابات النفسية** ، مركز الإسكندرية للنشر، مصر .
- 18- ديفيد، بارلو (2002): **الاضطرابات النفسية** ، دليل علاجي تفصيلي ، ترجمة : صفوت فرج ، مكتبة الانجلو المصرية، مصر .
- 19- دليلة زناد (2001): **فعالية برنامج تدريبي في تخفيض من سلوك العدوانية لدى مرضى الدياليز** ، مخبر الوقاية و الارغونوميا ، المجلد 4، العدد 1 ، الجزائر .
- 20- رزق، أسعد، و آخرون (1987) : **موسوعة علم النفس** ، ط3 ، المؤسسة العربية للدراسات و النشر ، لبنان .
- 21- رياض، جودت (2001) : **الجراحة البولية و الجراحة التناسلية عند الذكور** ، مطبعة حلب ، سوريا .
- 22- زهير، الكرمي (1988) : **الأطلس العلمي** ، فيزيولوجيا الانسان ، دار الكتاب اللبناني ، لبنان .
- 23- سلامة، ممدوح (1989) : **التشويه المعرفي لدى المكتئبين و غير المكتئبين** ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد 11، مصر .
- 24- صفوت، فرج (2000) : **المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين** ، دار الانجلو المصرية ، مصر .
- 25- صالح، بن محمد العساف (2006): **المدخل الى البحث في العلوم السلوكية**، ط4 ، الرياض .
- 26- صالح، أحمد حسن (1989) : **تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين** .
- 27- عبيدات، وآخرون (1999) : **منهجية البحث العلمي** ، ط1، مكتبة مدبولي، سوريا .
- 28- عكاشة، أحمد (1992): **الطب النفسي المعاصر** ، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة .
- 29- عبدالكريم، فريحات (2000) : **تشريح جسم الإنسان** ، دار الشروق ، الأردن .
- 30- عادل، حلواني، و آخرون (2000) : **نفسية المصابين بالقصور الكلوي المزمن** ، المجلة السعودية لأمراض الكلى ، السعودية .

- 31- علوي، إسماعيل ، و زغبوش (2009) : **العلاج النفسي المعرفي** ، ط1، عالم الكتب الحديث ، عمان ، الأردن .
- 32- فيصل، عباس (1983) : **إشكالية المعالجة النفسية** ، ط1 ، دار الميسر ، بيروت ، لبنان .
- 33- غالب، مصطفى (1986) : **القلق ، في سبيل الموسوعة النفسية** ، دار مكتبة الهلال ، مصر .
- 34- كريستون، و طومسون (ب س) : **معالجة الأمراض الباطنية** ، ترجمة طليح بور و آخرون ، السعودية .
- 35- مفتاح، محمد عبد العزيز (2010) : **مقدمة في علم نفس الصحة** ، ط1 ، دار وائل للنشر ، عمان ، الأردن .
- 36- محمد، على البار (1992) : **ال فشل الكلوي ، أسبابها و طريقة الوقاية منها و علاجها** ، دار القلم ، بيروت .
- 37- محمد، صبور (1989) : **أمراض الكلى وزرع الأعضاء** ، ط1 ، دار القلم ، بيروت ، لبنان .
- 38- محمد، يزيد لريرونة (2015) : **أسس علم النفس ، الجسور للنشر و التوزيع** ، الجزائر .
- 39- موسى، رشاد (2001) : **الإرشاد النفسي في حياتنا اليومية** ، ط1 ، دار الفاروق الحديثة ، القاهرة ، مصر .
- 40- نبيلة، بن الزين (2014) : **منهجية وتقنيات البحث في علم النفس العيادي** ، قسم علم النفس ، جامعة ورقلة ، الجزائر .
- 41- هالة، إبراهيم و آخرون (2008) : **برنامج لتحسين الحالة الانفعالية و المعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستئصال الكلوي** ، المجلة الصحية للشرق الأوسط ، المجلد 4 ، العدد 3 ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط .

المراجع الأجنبية:

- 42- Alain, meyrier et al, (1994) , **Maladies rénale de l'adulte**, Berti, Paris .
- 43- Bernard ,srgery. (1989) , **L'insuffisance rénale**, mploire ,4 édition, Paris.
- 44- Bayat, A , Kazemi , R , et al .(2012) , **Psychologie Evaluation in Hemodailyis Patients** , J .Pak , Med ; assoc vol62 no03.

- 45- Bossobla, M , Ciciarelli , C ,et al . (2012) , **Symptoms of Depression and Anxiety Overtime Chronic Hemodialysis patient** , J. Nephrol.25.
- 46- Beck , A , et , Wright. (1993) , **Cognitive therapy substance abuse** , new york, the guilford press.
- 47- Cottraux, J, (1996) , **Les thérapies comportementales et cognitives** , 3 em Edition , Masson , Paris.
- 48- Cottraux, J , (2001) , **thérapie cognitive de la dépression** , 2 em Edtion , Masson , Paris.
- 49- Claude , Naudin , (1995) , **Larousse médicale** , libraire la rousse, Paris.
- 50- Feroze, U ,et ,al, (2010) , **Mental health ; Deprssion and Anxiety in Patients On Maitenance Dailysis**, Iranain J of kidney Disease .4.
- 51- Karaminia, R , Tavallaii, et al , (2007) , **Anxiety and Deprssion, Acomprison, between Renal Transplan Recipients and Hemodailysis Patients** , Transplattion pcedding.39.
- 52- Mallahadi, M ,Tayyebi, A, et al (2010) , **Comarison of Anxiety , Deprssion and Stress Among Hemodialysis and Kidney Transplantation Patients** , Iranain Journal of critical Car Nursing.
- 53- Moran, A , et al , (2013) , **The Exprience of anxiety for patients on Hemodailysis therapy**, Canadian J of Humam and sosial, science.
- 54- Nunnally , J., & Bernstein. (1994). The Assessment of Reliability. *Psychometric Theory*, 3, 248-292.
- 55- Patel, M,Sachan, R , et al, (2012) , **Anxiety and Depression Asuicidal Risk in Patients with Chronic Renal, Failure on Maintenance Hemodialysis** ; International Journal of Scientific, and Research Publication, vol 2.
- 56- Sadek, S , et el , (2013) , **Anxiety and Aggtession Disorder of children with cltronic Kidney Disease on Regular Hemodialysis**, life science journal, n 10.

- 57- Tannir ,S, Butt, G, et al (2013) , **Prevalence of Depression and Axiety in chronic kiney Disease patients on Hemodialysis ;** Ann, Pak, Med , sc 9.
- 58- Zavvare , R , Rarary ,A ,et al (2014), **Evaluation of Anxiety And Depression in Dialysis Patients ,** int ,J , N 2.

الملاحق

الملاحق:

ملحق رقم 1: مقياس القلق الصريح لتايلور J.A. Taylor المستعمل في الدراسة.

وزارة الجامعات والبحث العلمي

جامعة باتنة -1- الحاج لخضر

قسم علم النفس الارطوفونيا وعلوم التربية.

الاسم:

الجنس: ذكر (....) أنثى (....) السن: سنة.

المستوى التعليمي: ابتدائي (....) متوسط (....) ثانوي (.....) جامعي (....).

المهنة:

الحالة الاجتماعية: متزوج (....) أعزب (....) مطلق (....).

الحالة الاقتصادية: جيدة (... متوسطة (... منخفضة (...)

عدد سنوات الدياليز : سنة .

الباحث بصدد إعداد أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في تخصص علم النفس العيادي بعنوان:

"بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن"

أمامك مجموعة من العبارات، يهمننا رأيك الشخصي بكل صراحة ووضوح، الرجاء قراءة كل عبارة من العبارات بتمعن ثم وضع دائرة حول كلمة (نعم) إذا كانت العبارة تناسبك أو وضع دائرة حول كلمة (لا) إذا كانت العبارة لا تناسبك، مع عدم ترك أي عبارة دون اجابة، علما بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة في هذه العبارات، وإنما الإجابات الصحيحة هي التي تعبر عما تشعر به حقا.

تأكد(ي) أن اجابتك ستكون في سرية تامة ولن تستخدم إلا للبحث العلمي ومساعدة المرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية في حالة قبولهم الدخول في برنامج علاجي نفسي بحث دون استعمال الادوية.

نشكر لكم حسن تعاونكم وثقتكم.

الباحث رزقي رشيد

لا	نعم	1. نومي مضطرب ومتقطع.
لا	نعم	2. مخاوفي كثيرة جدا بالمقارنة بأصدقائي.
لا	نعم	3. تمر علي أيام لا أنام بسبب القلق.
لا	نعم	4. أعتقد أنني أكثر عصبية من الآخرين.
لا	نعم	5. أعاني كل عدة ليالي من الكوابيس المزعجة.
لا	نعم	6. أعاني من الآلام بالمعدة في كثير من الأحيان.
لا	نعم	7. كثيرا جدا ألاحظ أن يداي ترتعش عندما أقوم بأي عمل.
لا	نعم	8. أعاني من اسهال كثيرا جدا.
لا	نعم	9. تأثير قلقي أمور العمل والمال.
لا	نعم	10. تصيبني نوبات من الغثيان (خارج حصص الدياليز)
لا	نعم	11. أخشى أن يحمر وجهي خجلا.
لا	نعم	12. دائما أشعر بالجوع.
لا	نعم	13. أنا لا أثق في نفسي.
لا	نعم	14. أتعب بسهولة.
لا	نعم	15. الانتظار يجعلني عصبي جدا.
لا	نعم	16. كثيرا ما أشعر بالتوتر لدرجة أعجز عن النوم.
لا	نعم	17. عادة لا أكون هادئا وأي شيء يستثيرني.
لا	نعم	18. تمر بي فترات من التوتر لا أستطيع الجلوس طويلا.
لا	نعم	19. أنا غير سعيد في كل وقت.
لا	نعم	20. من الصعب علي جدا التركيز أثناء أداء العمل.
لا	نعم	21. دائما أشعر بالقلق دون مبرر.
لا	نعم	22. عندما أشاهد مشاجرة أبتعد عنها.
لا	نعم	23. أتمنى أن أكون سعيد مثل الآخرين.
لا	نعم	24. دائما ينتابني شعور بالقلق على أشياء غامضة.
لا	نعم	25. أشعر بأني عديم الفائدة.
لا	نعم	26. كثيرا ما أشعر بأني سوف انفجر من الضيق والضجر.
لا	نعم	27. أعرق كثيرا بسهولة حتى في الأيام البارة.
لا	نعم	28. الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات.
لا	نعم	29. أنا مشغول دائما أخاف من المجهول.
لا	نعم	30. أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي.
لا	نعم	31. كثيرا ما أشعر أن قلبي يخفق بسرعة.

لا	نعم	32. أبكي بسهولة.
لا	نعم	33. خشيت أشياء وأشخاص لا يمكنهم ايدائي.
لا	نعم	34. أتأثر كثيرا بالأحداث.
لا	نعم	35. أعاني كثيرا من الصداع (خارج حصص الدياليز)
لا	نعم	36. أشعر بالقلق على أمور وأشياء لا قيمة لها.
لا	نعم	37. لا أستطيع التركيز في شيء واحد.
لا	نعم	38. من السهل جدا أن أرتبك وأغلط لما أعمل شيء أرتبك بسهولة.
لا	نعم	39. أشعر بأني عديم الفائدة، أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة.
لا	نعم	40. أنا شخص متوتر جدا.
لا	نعم	41. عندما أرتبك أحيانا أعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقتني.
لا	نعم	42. يحمر وجهي خجلا عندما أتحدث للآخرين.
لا	نعم	43. أنا حساس أكثر من الآخرين.
لا	نعم	44. مرت بي أوقات عصبية لم أستطع التغلب عليها.
لا	نعم	45. أشعر بالتوتر أثناء قيامي في العادة.
لا	نعم	46. يداي وقدماي باردتان في العادة.
لا	نعم	47. أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل ألا أخبر أحد بها.
لا	نعم	48. تنقصني الثقة بالنفس.
لا	نعم	49. قليل ما يخلص لي حالات امساك تضايقتني.
لا	نعم	50. يحمر وجهي من الخجل.

ملحق رقم 2: مقياس أو قائمة أرون بيك للاكتئاب A.Beck المستعمل في الدراسة.

وزارة الجامعات والبحث العلمي

جامعة باتنة -1- الحاج لخضر

قسم علم النفس الارطوفونيا وعلوم التربية.

الاسم:

الجنس: ذكر (....) أنثى (....) السن: سنة.

المستوى التعليمي: ابتدائي (....) متوسط (....) ثانوي (.....) جامعي (....) .

المهنة:

الحالة الاجتماعية: متزوج (....) أعزب (....) مطلق (....).

الحالة الاقتصادية: جيدة (...)متوسطة (...)منخفضة (...)

عدد سنوات الدياليز : سنة .

الباحث بصدد إعداد أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في تخصص علم النفس العيادي بعنوان:

بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن

أمامك مجموعة من العبارات التي تعتبر من الأسباب المؤدية إلى شعورك بالانزعاج والضيق في الفترة الأخيرة، يرجى قراءة كل عبارة جيدا ثم ضع إشارة (X) في احدى الخانات المناسبة لحالتك والتي تشعر انها تنطبق عليك فعلا مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة، علما بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة في هذه العبارات، وإنما الإجابات الصحيحة هي التي تعبر عما تشعر به حقا.

تأكد(ي) أن اجابتك ستكون في سرية تامة ولن تستخدم إلا للبحث العلمي ومساعدة المرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية في حالة قبولهم الدخول في برنامج علاجي نفسي بحث دون استعمال الادوية.

نشكر لكم حسن تعاونكم وثقتكم.

الباحث رزقي رشيد

الحزن:

	1. لا أشعر بالحزن.
	2. أشعر بالحزن والكآبة.
	3. الحزن والانقباض يسيطرون علي طوال الوقت، وأعجز عن الفكاهة منهما
	4. أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة.
	5. أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل

التشاؤم من المستقبل:

	1. لا أشعر بالحزن.
	2. أشعر بالحزن والكآبة.
	3. الحزن والانقباض يسيطرون علي طوال الوقت، وأعجز عن الفكاهة منهما
	4. لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعبي.
	5. أشعر باليأس من المستقبل، وأن الأمور لن تتحسن.

الإحساس بالفشل:

	1. لا أشعر بأني فاشل.
	2. أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.
	3. أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية.
	4. عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل.
	5. أشعر أنني شخص فاشل تماماً (أباً أو زوجاً).

السخط وعدم الرضا:

	1. لست ساخطاً.
	2. أشعر بالملل أغلب الوقت.
	3. لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
	4. لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا).
	5. إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شيء.

الإحساس بالندم والذنب:

	1. لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء.
	2. أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت.
	3. يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب.
	4. أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريباً.
	5. أشعر بأنني سيء وتافه للغاية.

توقع العقاب:

	1. لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي .
	2. أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي.
	3. أشعر بأن عقاباً يقع علي بالفعل.
	4. أستحق أن أعاقب.
	5. أشعر برغبة في العقاب

كراهية النفس:

	1. لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
	2. يخيب أمني في نفسي.
	3. لا أحب نفسي.
	4. أشمئز من نفسي.
	5. أكره نفسي.

ادانة الذات:

	1. لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر.
	2. أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي.
	3. ألوم نفسي لما ارتكب من أخطاء.
	4. ألوم نفسي على كل ما يحدث.

وجود أفكار انتحارية:

	1. لا تتابني أي أفكار للتخلص من نفسي.
	2. تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها.
	3. أفضل لي أن أموت.
	4. أفضل لعائلتي أن أموت.
	5. لدي خطط أكيدة للانتحار.
	6. سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة.

البكاء:

1.	لا أبكي أكثر من المعتاد.
2.	أبكي أكثر من المعتاد.
3.	أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك.
4.	كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك.

الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي:

1.	لست منزعاً هذه الأيام عن أي وقت مضى.
2.	أنزعج هذه الأيام بسهولة.
3.	أشعر بالانزعاج والاستثارة دوماً
4.	لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً

الانسحاب الاجتماعي:

1.	لم أفقد اهتمامي بالناس.
2.	أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق.
3.	فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين.
4.	فقدت تماماً اهتمامي بالآخرين.

التردد وعدم الحسم:

1.	قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل.
2.	أؤجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل.
3.	أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات.
4.	أعجز تماماً عن اتخاذ أي قرار بالمرّة.

تغيير صورة الجسم والشكل:

1.	لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل.
2.	أشعر بالقلق من أنني أبدو أكبر سناً وأقل جاذبية.
3.	أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية.
4.	أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة).

هبوط مستوى الكفاءة والعمل:

1.	أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل.
2.	أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً
3.	لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.
4.	أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء.
5.	أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق

اضطرابات النوم:

1.	أنام جيداً كما تعودت.
2.	أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل.
3.	أستيقظ من 2-3 ساعات أبكر من ذي قبل، وأعجز عن استئناف يومي.
4.	أستيقظ مبكراً جداً ولا أنام بعدها حتى إن أردت.

التعب والقابلية للإرهاق:

1.	لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد.
2.	أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل.
3.	أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئاً.
4.	أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

فقدان الشهية:

1.	شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل.
2.	شهيتي ليست جيدة كالسابق.
3.	شهيتي أسوأ بكثير من السابق.
4.	لا أشعر برغبة في الأكل بالمرة.

تناقص الوزن:

1.	وزني تقريباً ثابت.
2.	فقدت أكثر من 3 كغ من وزني.
3.	فقدت أكثر من 6 كغ من وزني.
4.	فقدت أكثر من 10 كغ من وزني.

تأثير الطاقة الجنسية:

1.	لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية.
2.	أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل.
3.	قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ.
4.	فقدت تماماً رغبتني الجنسية.

الانشغال على الصحة:

1.	لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
2.	أصبحت مشغولاً على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض، أو اضطرابات المعدة والإمساك.
3.	أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.
4.	أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية.

ملحق رقم 3: مقياس أو اختبار قلق الموت لبشير معمرية المستعمل في الدراسة.

وزارة الجامعات والبحث العلمي

جامعة باتنة -1- الحاج لخضر

قسم علم النفس الارطوفونيا وعلوم التربية.

الاسم:

الجنس: ذكر (....) أنثى (....) السن: سنة.

المستوى التعليمي: ابتدائي (....) متوسط (....) ثانوي (.....) جامعي (....) .

المهنة:

الحالة الاجتماعية: متزوج (....) أعزب (....) مطلق (....).

الحالة الاقتصادية: جيدة (...)متوسطة (...)منخفضة (...)

عدد سنوات الدياليز : سنة .

تعليمات:

الباحث بصدد إعداد أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في تخصص علم النفس العيادي بعنوان: " بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن"

أمامك مجموعة من العبارات التي تتحدث عن مشاعر الناس نحو الموت، اقرأ كل عبارة جيدا ثم أجد بوضع علامة (X) أمامها وهذا تحت كلمة "لا" أو "نادرا" أو "أحيانا" أو "غالبا" أجب عن كل العبارات ، لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

تأكد(ي) أن اجابتك ستكون في سرية تامة ولن تستخدم إلا للبحث العلمي ومساعدة المرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية في حالة قبولهم الدخول في برنامج علاجي نفسي بحت دون استعمال الادوية.

نشكر لكم حسن تعاونكم وثقتكم.

الباحث: رزقي رشيد

العبارات	لا	نادرا	أحيانا	غالبا
1 - أقلق من الموت
2 - أقلق حين يتحدث الناس عن الموت
3 - يفزعني أنه مهما طال عمري أني سوف أموت
4 - أشعر بالقلق عند موت أحد أقاربي
5 - يقلقني أني أموت في حادث
6 - يقلقني ما ينتظرنني بعد الموت
7 - يقلقني أن أموت فجأة
8 - أخشى أن أموت بطريقة مأساوية
9 - يقلقني أني أموت عندما يحين أجلي
10 - أخاف أن تجرى لي عملية جراحية فأموت بسببها
11 - يقلقني أن أموت في كارثة طبيعية (زلزال أو فيضان مثلا).
12 - أتجنب زيارة مريض بمرض خطير
13 - يفزعني أن يقتلني شخص ما
14 - أصاب بالقلق عندما أجد نفسي أمام شخص يحتضر
15 - أخشى أن أموت مقتولا
16 - أتجنب القيام بالأعمال الصعبة تجنباً لخطر الموت
17 - أخاف أن أموت بسكتة قلبية
18 - عندما أصاب بمرض أخشى أن أموت بسببه
19 - أشعر بالقلق عندما أتذكر الموت
20 - أتجنب السفر خوفاً من الموت في حادث
21 - أشعر بالقلق عند موت أحد جيراني

.....	.....	.....	.....	22 - أخاف أن أموت بمرض خطير كالسيديا
.....	.....	.....	.....	23 - أخشى أن تقوم حرب مدمرة فأموت فيها
.....	.....	.....	.....	24 - أقلق عند سماعي بخبر موت شخص
.....	.....	.....	.....	25 - يفز عني أن تنتقل إليّ عدوى مرض قاتل
.....	.....	.....	.....	26 - أتجنب التواجد وحدي في غرفة مات فيها أحد الأشخاص
.....	.....	.....	.....	27 - أخشى أن أموت أثناء النوم
.....	.....	.....	.....	28 - يفلقتني أنني سوف أموت في أي وقت
.....	.....	.....	.....	29 - أخشى أن أموت بسكتة دماغية
.....	.....	.....	.....	30 - يفز عني أن أموت حرقا بالنار
.....	.....	.....	.....	31 - أتجنب زيارة المقابر
.....	.....	.....	.....	32 - أصاب بالرعب عندما أشاهد شخصا ميتا
.....	.....	.....	.....	33 - أقلق عندما أشاهد صور الموتى في صفحات الوفيات بالجراند
.....	.....	.....	.....	34 - أخشى أن أموت بتسمم غذائي

ملحق رقم 4: القائمة الاسمية لمحكمي البرنامج العلاجي.

اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	مكان العمل	ملاحظات
سريتي مونية	طبيبة أخصائية في الأمراض العقلية	سويسرا	طبيبة سابقة بالمعذر تلقت 3 سنوات في العلاج المعرفي السلوكي.
بن مبارك زمير	طبيب مختص في الامراض العقلية.	فرنسا	طبيب سابق بالمعذر بالعلاج المعرفي السلوكي
خمس خالد	أستاذ مساعد في الطب العقلي	المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية	
عمران لخضر	ماجستير علم النفس العيادي	أستاذ بجامعة بجاية	تلقى تكوينات TCC لمدة 3 سنوات لدى Corttaux
شكاي بدر الدين	دكتوراه في علم النفس العيادي	جامعة قسنطينة	أخصائي نفساني سابق بالمؤسسة الاستشفائية واد العثمانية.
خلاصي بوعمامة	ليسانس علم النفس	أخصائي نفساني ممتاز-بشار	تلقى تكوينات وتدريبات على تقنيات TCC
مقلاتي سامي	دكتوراه علم النفس	جامعة قسنطينة	مهتم بالعلاجات TCC، أخصائي نفساني سابق بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية المعذر

ملحق رقم 5: نسب آراء الخبراء في البرنامج المقدم

نسب اتفاق المحكمين على البرنامج العلاجي المقترح									
مدى ملائمة الجلسات لتحقيق أهداف البرنامج		مدى ملائمة ترتيب الجلسات العلاجية لتحقيق أهداف البرنامج		مدى ملائمة ترتيب الجلسات العلاجية لتحقيق أهداف البرنامج		مدى ملائمة تقنية الاسترخاء وخطواتها أثناء الجلسات العلاجية.		مدى ملائمة كراسة الأنشطة اليومية وتسجيل الأفكار في البرنامج العلاجي	
عدد المحكمين الموافقين	النسبة المئوية	عدد المحكمين الموافقين	النسبة المئوية	عدد المحكمين الموافقين	النسبة المئوية	عدد المحكمين الموافقين	النسبة المئوية	عدد المحكمين الموافقين	النسبة المئوية
7/5	71.4 %	7/6	85.71 %	7/6	85.71 %	7/7	100 %	7/7	100 %

ملحق رقم 6: بعض المواقف اليومية التي تسبب القلق
المصدر: من اعداد الطالب الباحث

الموقف المسبب للقلق	شرح الموقف والتعبير عنه بالأسلوب الخاص	تحديد وقت حدوث الموقف
-1		
-2		
-3		

ملحق رقم 7: بعض الأفكار المصاحبة للموقف المسبب للقلق

المصدر: من اعداد الطالب الباحث

الأفكار المصاحبة لموقف القلق	المواقف المسببة للقلق
<p>..... 1 2 3 4</p>	<p>..... 1</p>
<p>..... 1 2 3 4</p>	<p>..... 2</p>
<p>..... 1 2 3 4</p>	<p>..... 3</p>

ملحق رقم 8: أعراض القلق التي يعاني منها المريض

المصدر: من اعداد الطالب الباحث

الأعراض الجسمية	الأعراض النفسية	موقف القلق
<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>.....</p>	<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>.....</p>	<p>..... -1</p>
<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>.....</p>	<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>.....</p>	<p>..... -2</p>

1 2 3	1 2 3	-3
--	--	----------

ملحق رقم 9: رصد بعض الأفكار التلقائية السلبية وما يصاحبها من انفعالات
المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

الانفعالات المصاحبة للأفكار السلبية	الأفكار السلبية المتعلقة بالقلق
1 2 3 4	-1
1 2 3	-2

<p>..... 1 2 3 </p>	<p>..... -3</p>
<p>..... 1 2 3 </p>	<p>..... -4</p>

ملحق رقم 10: الأفكار التلقائية السلبية المتعلقة بالقلق وابدالها بالأفكار الإيجابية
 المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

الفكرة الإيجابية المستبدلة بالفكرة السلبية (متعلقة بالقلق)	الفكرة السلبية التلقائية (متعلقة بالقلق)
<p>..... 1 2 3 4</p>	<p>..... -1</p>
	<p>..... -2</p>

<p>1 2 3 4</p>	
<p>1 2 3 4</p>	<p>-3</p>

ملحق رقم 11: رصد الأفكار التلقائية السلبية المتعلقة بالاكْتئاب وما يصاحبها من انفعالات

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

الانفعالات المصاحبة للأفكار السلبية	الأفكار السلبية المتعلقة بالاكْتئاب
<p>1 2 3 4</p>	<p>-1</p>
<p>1 2 3</p>	<p>-2</p>

..... 4	
..... 1 2 3 4	..... -3

ملحق رقم 12: أعراض الاكتئاب التي يعاني منها المريض

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

الأعراض الجسمية	الأعراض النفسية	الموقف
..... 1 2 3 4	..... 1 2 3	..... -1
..... 1 2 3 4	..... 1 2 3	..... -2
..... 1	..... 1	..... -3

..... 2	..... 2	
..... 3	..... 3	
..... 4		
..... 1	..... 1	-4
..... 2	..... 2	
..... 3	..... 3	
..... 4	..... 3	

ملحق رقم 13: الأفكار التلقائية السلبية المتعلقة بالاكنتاب وابدالها بالأفكار الايجابية

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

الأفكار الإيجابية المستبدلة بالأفكار السلبية المتعلقة بالاكنتاب	الأفكار التلقائية السلبية المتعلقة بالاكنتاب
..... 1	-1
..... 2	
..... 3	
..... 4	
..... 1	-2

..... 2	
..... 3	
..... 4	
..... 1	
..... 2	
..... 3	..... -3
..... 4	

ملحق رقم 14: تخيل المواقف السارة والمواقف غير السارة عند المريض

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

مقارنة بين مشاعر والأفكار بين الموقفين	المواقف السارة المتخيلة بدل غير السارة	المواقف غير السارة
..... 1	..... 1	..... -1
..... 2	..... 2	
..... 3	..... 3	
..... 4		
..... 1	..... 1	..... -2
..... 2	..... 2	
..... 3	..... 3	

..... 4		
..... 1	..... 1	..... -3
..... 2	..... 2	
..... 3	..... 3	
..... 4		
..... 1	..... 1	..... -4
..... 2	..... 2	
..... 3	..... 3	
..... 4		

ملحق رقم 15: بعض المشكلات ومحاولة حلها بطريقة حل المشكلات لدى المريض
المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

طريقة حل المشكلة وخطواتها لدى المريض	المشكلة التي يواجهها المريض
..... 1	..... -1
..... 2	
..... 3	
..... 4	
..... 1	..... -2

<p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>..... 4</p>	
<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>..... 4</p>	<p>..... -3</p>

ملحق رقم 16: رصد بعض الأفكار التلقائية الجديدة المتعلقة بالاكْتئاب

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

الأفكار التلقائية السلبية المتعلقة بالاكْتئاب	الموقف اليومي
<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>..... 4</p>	<p>..... -1</p>
<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p>	<p>..... -2</p>

..... 4	
..... 1 2 3 4	..... -3

ملحق رقم 17: الأنشطة اليومية التي يقوم بها المريض
المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

النشاط اليومي	وقت القيام به	زمنه	إحساس المريض عند القيام بالنشاط
..... -1	من إلى .....	..... د	..... 1 2 3 4

..... 5	د...	من	-2
..... 6		.....
..... 7		إلى	
..... 8		.....
..... 5	د....	من	-3
..... 6		.....
..... 7		إلى	
..... 8		.....

ملحق رقم 18: تقييم درجات الأعراض السابقة من طرف المريض

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

درجة كل عرض من 0 إلى 10	الأعراض السابقة (قلق + اكتئاب)
الدرجة:...../10	1.
الدرجة:...../10	2.

الدرجة:...../10	3
الدرجة:...../10	4
الدرجة:...../10	5
الدرجة:...../10	6
الدرجة:...../10	7
الدرجة:...../10	8
الدرجة:...../10	9
الدرجة:...../10	10
الدرجة:...../10	11

ملحق رقم 19: تحديد بعض أعراض قلق الموت لدى المريض

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

أعراض قلق الموت	الموقف
1	
2	
3	-1
4	
	-2

<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>..... 4</p>	
<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>..... 4</p>	<p>..... -3</p>

ملحق رقم 20: بعض الأفكار التلقائية السلبية المتعلقة بالموت والأفكار الايجابية المستبدلة من طرف المريض.

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

الفكرة الإيجابية المستبدلة بالفكرة السلبية المتعلقة بقلق الموت	الأفكار السلبية التلقائية المتعلقة بقلق الموت
<p>..... 1</p> <p>..... 2</p> <p>..... 3</p> <p>..... 4</p>	<p>..... -1</p>

1. 2. 3. 4.	-2
1. 2. 3. 4.	-3
1. 2. 3. 4.	-4

ملحق رقم 21: مقارنة بين درجات أعراض: القلق، الاكتئاب، قلق الموت، قبل بداية العلاج والوقت الحالي

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

قلق الموت		الاكتئاب		القلق	
الدرجة الحالية	الدرجة السابقة	الدرجة الحالية	الدرجة السابقة	الدرجة الحالية	الدرجة السابقة

من 0 إلى 10 10/.....	من 0 إلى 10 10/.....	من 0 إلى 10 10/.....	من 0 إلى 10 10/.....	من 0 إلى 10 10/.....	من 0 إلى 10 10/.....
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

ملحق رقم 22: تقييم نجاح البرنامج العلاجي

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

القلق	الاكتئاب	قلق الموت	نسبة النجاح الكلية للعلاج (من 0 إلى 100)	
%.....	%.....	%.....	%.....	تقييم البرنامج العلاجي من وجهة نظر المريض

ملحق رقم 23: بعض الأعراض التي لا يزال يعاني منها المريض

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

الرقم	الأعراض التي لا يزال المريض يعاني منها أو عاودت الظهور من جديد
-1
-2
-3

.....	-4
.....	-5
.....	-6

ملحق رقم 24: مدى تأثير حصص الاسترخاء على المريض

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

نهاية البرنامج العلاجي	وسط البرنامج العلاجي	بداية البرنامج العلاجي	
من 0 إلى 100%	من 0 إلى 100%	من 0 إلى 100%	نسبة أعراض القلق والتوتر بعد حصص الاسترخاء
..... / 100%	..... / 100%	..... / 100%	

ملحق رقم 25: تقييم البرنامج العلاجي من طرف المريض في نهاية البرنامج

المصدر: من اعداد الطالب الباحث.

نسبة نجاح البرنامج العلاجي	قلق الموت	الاكتئاب	القلق	
من 0 إلى 100%	من 0 إلى 100%	من 0 إلى 100%	من 0 إلى 100%	تقييم أثر البرنامج العلاجي من وجهة نظر المريض
..... % % % %	

ملحق رقم 26: الوثائق الإدارية لإجراءات الحصول على رخصة الدراسة الميدانية

جامعة باتنة 1

قصد عند نشر و علوم التربية و الأوطوفونيا

إلى مدير الصحة والسكان لولاية باتنة :

تحية طيبة وبعد :

أشرف إلى سيادتكم المحترمة بطلبي هذا والمتمثل في استقبال الأستاذ و نائب دكتوراه رزقي رشيد الذي هو بصدد إعداد أطروحة الدكتوراه في علم النفس العيادي ، وذلك في إطار الخرجات والبحوث الميدانية التي يجريها لإثراء البحث العلمي ، وذلك قصد إجراء بحث ميداني بالمؤسسة التي تشرفون عليها

نسدة :
 مبرور بن محمد

نرجوا من سيادتكم الفاضلة أن تقموا له المساعدة و التسهيلات اللازمة لأجل إنجاز عمله في أحسن الظروف و تقربها من الواقع التطبيقي وذلك ما يزيد من دقة نتاجه البحثية .

يخبر و بدون شك مساهمة منكم و مشاركة لمؤسستكم في البحث العلمي.

تقبلوا منا فائق الاحترام و التقدير وشكرا مسبقا على تعاونكم معنا، ودمتم في خدمة العلم والوطن

رئيس القسم
 مبرور بن محمد

المعني برسالة التوجيه :

الأستاذ الطاب : رزقي رشيد

المستوى العلمي : رابعة دكتوراه

التخصص : علم النفس العيادي

موضوع الدراسة : بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرض القصور الكلوي المزمن

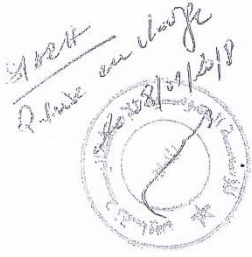
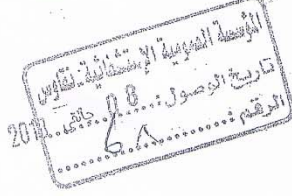
باتنة في 10 ديسمبر 2017.

رئيس القسم

مبرور بن محمد

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

ولاية باتنة
مديرية الصحة والسكان
مصلحة الموارد البشرية والشؤون القانونية
رقم / 66 / 2018



04 جاني 2018 إلى السيد

مدير المؤسسة العمومية للإستشفائية نقاوس

الموضوع: ف/ي طلب إجراء دراسة ميدانية

بناء على الطلب الوارد إلينا بتاريخ 2018/01/03 من السيد زقي رشيد، أستاذ جامعي
وطالب دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، والمتضمن إجراء دراسة ميدانية حول التكفل
النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن على مستوى مؤسستكم، مع إبدائنا برأي الموافقة.

بما سبق، يشرفني أن أطلب منكم تمكين المعني من التريص الميداني.

مدير الصحة والسكان





الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

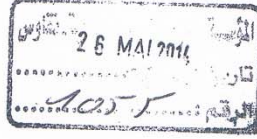


جامعة الحاج لخضر-باتنة. باتنة في: 2014/05/25

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية
نيابة العمادة لما بعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

الرقم: ان ع ت ب ع ع خ / 2014

إلى السيد: مدير المؤسسة
العمومية الاستشفائية
نقاوس- باتنة



SIDKH
P. Sidkh

الموضوع: زيارة ميدانية

تحية طيبة وبعد:

في إطار انجاز اطروحة الدكتوراه في علم النفس وعلوم التربية تخصص
علم النفس العيادي

للطالب (ة): رزقي رشيد

والموسومة ب: بناء وتجريب مدي فعالية برنامج نفسي اجتماعي لتكفل
النفسى الشامل لمرضى القصور الكلوي المزمن دراسة عيادية تجريبية على عينة
من مرضى القصور الكلوي المزمن في ولاية باتنة.

نطلب من سيادتكم الموافقة تسهيل الإجراءات للحصول على البيانات وإحصائيات
وكذلك السماح بإجراء مقابلة تساعدنا على انجاز الجيد للبحث الميداني

تقبلوا سيدي الكريم فائق الاحترام والتقدير.

ع / نائب العميد المكلف بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

