

فاعلية التدريب على استراتيجيات في خفض القلق
والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسى لمرضى الفشل
الكلوى المزمن

**EFFECT OF COPING STRATEGIES TRAINING FOR CHRONIC
RENAL FAILURE PATIENTS IN REDUCING ANXIETY AND
DEPRESSION AND IMPROVING ADJUSTMENT**

إعداد

امينة عبد الجواد التميمي

المشرف

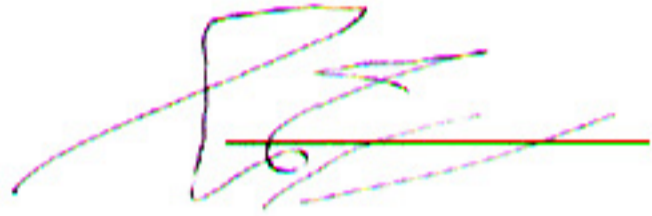
الأستاذ الدكتور نزيه حمدي

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة (فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والإكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن) وأجيزت بتاريخ ٤/٥/٢٠٠٦م

أعضاء لجنة المناقشة

التوقيع



أ.د. نزيه عبد القادر حمدي
مشرفاً
أستاذ/ إرشاد نفسي



أ.د. سليمان طعمة الريحاني
عضواً
أستاذ/ إرشاد نفسي



د. رياض يعقوب ملكوش
عضواً
أستاذ مشارك/ إرشاد نفسي



أ.د. عدنان محمد فرح
عضواً
أستاذ/ إرشاد نفسي (جامعة اليرموك)

الجامعة الأردنية

نموذج التفويض

أنا أمينة عبد الجواد التميمي، أفوض الجامعة الأردنية بتزويد نسخ من رسالتي / أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

التوقيع: 
التاريخ: ٢٠٠٦/٥/١٥

**The University of Jordan
Authorization Form**

I Amina Abed Al-Jawad Al-Tamimi authorize the University of Jordan to supply copies of my Thesis/ Dissertation to libraries or establishments or individuals on request.

Signature:

Date:


29/5/2006

الإهداء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ قُلْ إِن صَّلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ }

صدق الله العظيم

إلى من منح مروحي الهدوء ونفسي السكن ..

إلى من نزع في الثقة للانجاء والعطاء ..

مرفيق دربي ..

عبد الرحمن

إلى من أحمل ملامح صورهم في قلبي وفكري ..

إلى من نذرت نفسي لراحتهم وتميزهم ..

دانة وهادي ولونا وندي

أهدي رسالتي هذه

أمانة

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي وفقني لاتمام هذه الدراسة، وهياً لي سبل تطبيقها، وبالغ شكري وتقديري للمشرف على الرسالة أ.د. محمد نزيه حمدي لإشرافه على هذه الرسالة، ولأعضاء لجنة المناقشة أ.د. سليمان الريحاني، أ.د. عدنان فرح والدكتور رياض ملكوش الذين تفضلوا بإبداء ملاحظاتهم على رسالتي ومناقشتها.

كما أتقدم بالشكر والتقدير للدكتور أسعد الزعبي لتوجيهاته القيّمة ولشقيقيّ د. عماد التميمي، و د. مصطفى التميمي لما قدماه لي من المساعدة والدعم في إنجاز رسالتي هذه، وللمرضى الذين تطوعوا للمشاركة في البرنامج الإرشادي.

قائمة الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع
ب	قرار أعضاء هيئة المناقشة
ج	الإهداء
د	الشكر والتقدير
هـ	قائمة الموضوعات
ح	قائمة جداول النتائج
ي	قائمة الملاحق
ك	الملخص باللغة العربية
	الفصل الأول
٢	المقدمة
٥	الأمراض المزمنة
٩	تأثير المرض المزمن على الفرد
١٢	تأثير المرض المزمن على الأسرة

١٤	الفشل الكلوي المزمن
١٦	المظاهر النفسية للفشل الكلوي المزمن
١٨	القلق
٢١	الإكتئاب
٢٣	التكيف
٢٨	العلاج المعرفي السلوكي
٣٢	مشكلة الدراسة وأهميتها
٣٧	فرضيات الدراسة
٣٧	مفاهيم الدراسة النظرية والإجرائية
٣٩	محددات الدراسة
	الفصل الثاني
٤١	الدراسات السابقة
٦٦	الفصل الثالث منهج الدراسة والإجراءات
٦٧	أفراد الدراسة
٦٨	أدوات الدراسة
٨٠	إجراءات التطبيق
٨١	التحليل الإحصائي

٨٢	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
٩٤	الفصل الخامس: مناقشة النتائج
١٠١	التوصيات
١٠٣	المراجع باللغة العربية
١٠٦	المراجع باللغة الإنجليزية
١٢٠	قائمة الملاحق
١٨٥	الملخص باللغة الإنجليزية

قائمة الجداول

الصفحة	المحتوى	الجدول
٦٨	المتوسطات والانحرافات المعيارية لأعمار أفراد المجموعة التجريبية والضابطة الذكور والاناث.	١
٧٢	معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس.	٢
٧٥	معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس.	٣
٨٤	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات التكيف والقلق والإكتئاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	٤
٨٧	المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق في القياس البعدي .	٥
٨٨	نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق	٦
٨٩	المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي	٧
٩٠	نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب	٨

٩١	المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التكيف في القياس البعدي	٩
٩٢	نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التكيف	١٠

قائمة الملاحق

الصفحة	المحتوى	الملحق
١٢١	مقياس التكيف النفسي نحو المرض المزمن	١
١٢٣	قائمة سيبليبرجر للقلق	٢
١٢٦	مقياس بيك للاكتئاب	٣
١٣٣	برنامج تدريب على استراتيجيات التكيف لخفض القلق والاكتئاب، وتحسين مستوى التكيف النفسي، لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن	٤
١٧٩	الأثار المترتبة على البرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية	٥

فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن

إعداد

أمينة عبد الجواد التميمي

المشرف

الأستاذ الدكتور نزيه حمدي

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة فاعلية برنامج تدريبي لخفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن .

تألفت عينة الدراسة من (٢٠) مريضاً ومريضةً، من مرضى الفشل الكلوي المزمن المعالجين عن طريق الغسيل البريتوني، والذين تم اختيارهم على أساس العينة الميسرة، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة (خمسة من الذكور وخمسة من الإناث في كل مجموعة). ولقياس فاعلية البرنامج تم استخدام مقياس التكيف النفسي لمرضى الكلى ومقياس سبيلبيرجر للقلق ومقياس بيك للاكتئاب، قبل تقديم البرنامج الإرشادي وبعده.

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من التكيف والقلق والاكتئاب بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة تعزى إلى البرنامج التدريبي.

حيث تحسن مستوى التكيف لدى المجموعة التجريبية وانخفض مستوى القلق والاكتئاب لديها بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

الفصل الأول

المقدمة

إن التغيرات الرئيسية في أحداث الحياة، كثيراً ما تؤدي إلى تطور الأمراض. وأحداث الحياة وخبراتها المتغيرة، تؤدي بالجسم إلى عدم التوازن، وتعمل على إجباره على إعادة التكيف، والذي يحتم على الشخص استخدام مزيد من الطاقة، مما يحمله أعباءً إضافية. وعادة ما تكون لدى الجسم كمية كافية من الطاقة لإعادة التكيف، إلا أنه إذا ما واجه الأفراد الكثير من أحداث الحياة في فترة زمنية قصيرة، فإنهم يتعرضون لخطر أكثر فيا يتعلق بتطور المرض لديهم (Blonna,2000).

ومع التطور العلمي المذهل في الرعاية الصحية، أصبحت الأمراض المتعلقة بنمط الحياة هي الأكثر انتشاراً وليس الأمراض المعدية، وبدأ العلماء بإجراء البحوث حول دور الضغط في الكثير من الأمراض الجسدية (Oltmanns & Emery , 2004).

وفي العقود الماضية كان الإهتمام بالأمراض ومتابعة الأعراض الإكلينيكية للمرض مقتصرأً على الأطباء، وبعد أن اتضح وجود عوامل أخرى نفسية واجتماعية قد تزيد من حدة المرض وطول فترة العلاج أو تخفف من أعراض المرض المؤلمة، أصبح الأطباء يعتبرون أن التغيرات النفسية والاجتماعية، تضيف تحدياً من نوع آخر إلى مراحل حياة المرضى (Gee,Howe&Kimmel,2005).

أخذت الحدود التي كانت العلوم الطبية تضعها حتى وقت قريب، بين الأمراض الجسدية والأمراض النفسية، تضمحل بسبب التزايد في البحوث التي انطلقت من أن العقل والجسد لا بد أن يكونا

مترابطين بشكلٍ ما، لذا تكرر ظهور أثر الصحة العقلية على الصحة الجسدية بشكل ملحوظ بالبحوث الطبية، كما أصبحت العلاجات الطبية تعامل الجسد والعقل كوحدة واحدة

(Oltmanns & Emery, 2004).

كما أصبح لدى علماء النفس اهتمامات بصحة الفرد الجسدية والأمراض التي يعاني منها، وانتقلت هذه الفكرة ببساطة من الجانب الطبي أو النفسي لتكتسب نظرة شمولية تنظر للفرد ككل، متضمنة الجانب البيولوجي والوضع النفسي والمحيط الإجتماعي وأسلوب حياة الفرد. وقد ظهرت تباعاً لذلك التساؤلات، والنظريات المفسرة للمرض، هل هناك علاقة بين جهاز المناعة والمرض؟ ما تأثير الإنفعالات النفسية في زيادة أعراض المرض؟ وما السلوكيات الصحية؟ وغير ذلك من التساؤلات التي حاولت البحوث النفسية الإجابة عليها (Mann & Kato, 1996).

يجمع نموذج الصحة الشاملة بين نمط الحياة والكفاية الذاتية، وهو رد فعل على التخصص الطبي والبيولوجي، ويؤكد النموذج على أن الطب الغربي يقلل من قيمة دور العمليات العقلية في الصحة والشفاء. ويتميز نموذج الصحة الشامل بالانتباه للتعقيد الإنساني والتباين بين الأفراد والجماعات، والتركيز على أهمية الأحداث العقلية ونظم القيم الشخصية، والانتباه لقيمة ممارسة المسؤولية من قبل الفرد.

وتشير كلمة المرض Disease إلى تلك الحالة الجسمية التي تنتج عن خلل وظيفي، سواء كان ذلك ناجماً عن انهيار العضوية أو اضطراب في نظام ما لديها، ويؤدي إلى سلوك الإعتلال Sickness الذي يشير بدوره إلى حالة من المعاناة الناجمة عن المرض. ويؤدي سلوك الإعتلال إلى مكاسب ثانوية ناجمة عن لعب دور المريض (Rice, 1999).

ويرتبط الألم عادة بأشكال الأمراض المختلفة والجراح الحادة، وهو يقوم بوظيفة تنبيهية بهدف إشعار الفرد بوجود مشكلة عليهم اتخاذ إجراء ما بصدها. إلا أنه لا يكون دوماً تكيفياً، فقد يتخذ في بعض الأحيان شكلاً مزمناً لا يمكن ضبطه. وللألم تكلفة كبيرة على الفرد، وعلى المحيطين به وعلى المجتمع، بسبب محاولات الفرد المتكررة للعلاج، وما يؤدي إليه من تعطيل ونقص في الإنتاج، ويرتبط القلق والإكتئاب مع الألم، فالمكتئبون عادة هم أكثر الأفراد تعبيراً عن الألم

(Oltmanns & Emery, 2004).

وقد يتطور الإحساس بالألم نتيجة الظروف الضاغطة، إلى ما يسمى بإضطرابات بالألم. فالمظهر الواضح لإضطرابات الألم هو التركيز الدائم على الأعراض التي تبدو من الخطورة للفت الإنتباه الإكلينيكي لها، حيث يتسبب الألم في تلك الحالات توتر وضغط نفسي واضح، أو خلل في النشاطات الإجتماعية والعمل، أو تعطيل في المجالات الحياتية الأخرى والمهمة للأفراد (DSM IV, 2000).

واضطرابات الألم المصاحبة لعوامل نفسية ووضع طبي عام، تظهر عندما تقوم العوامل النفسية والوضع المرضي، بلعب الدور في السيطرة على الألم المصاحب للأفراد أو حدوث الألم وتسارعه وازدياد حدته (DSM IV, 2000).

الأمراض المزمنة

تعرف الأمراض المزمنة بأنها أمراض تطول مدتها ولا تنتهي تلقائياً، ونادراً ما يشفى الأفراد منها تماماً، كما أنها تظهر مع تقدم العمر كالسرطان وأمراض القلب والكلية والسكري والتهاب المفاصل، وتعتبر الأمراض المزمنة سبباً في ٧٠% من حالات الوفاة في الدول المتقدمة، كما أنها تنقل كاهل الحكومات في جميع الدول التي تنتشر فيها (James & Marks, 2002).

وتؤثر الأمراض المزمنة تأثيراً واضحاً على المرضى وعلى أسرهم والمحيط الذي يعيشون فيه. وتعتبر الأمراض المزمنة أحد أهم أسباب الوفيات في العالم. وفي جميع الأحوال فإن المريض بمرض مزمن لن يعود أبداً لحالته الطبيعية بالرغم من شعوره بالتحسن أحياناً. ولذا، تقع أسماء الأمراض المزمنة وقع الصاعقة على الإنسان، فتجعله يرتعد رهبة أمام داء خطير قد يعجز العلم في بعض الأحيان عن حل لغزه، أو علاجه إلا من خلال بعض العلاجات التعويضية والتي قد تخفف من حدة الأعراض.

وتختلف استجابات الأشخاص الذين تم تشخيصهم بأمراض مزمنة، فلكل شخص استجاباته الخاصة، وتتراوح هذه الاستجابات للتشخيص بين الغضب والإهمال والقلق والإحباط (Kopp, 1992).

وتترك الأمراض المزمنة آثاراً على الجسد والجملة العصبية والحواس والغدد، وتؤثر في تنظيم الحياة النفسية وتوجيهها والتحكم بها. ويشكل المرض المزمن ضغطاً نفسياً شديداً على المريض، يجعله مشوشاً في التعامل مع ردود فعل الآخرين نحو مرضه المزمن (الحاج، ١٩٨٤).

وتأخذ ردود فعل المريض بالمرض المزمن شكلين:

• النظرة المظلمة والمتشائمة، فيعاني المصاب بمرض مزمن من مشاعر الحزن والشعور بالذنب والخوف وتجنب الآخرين، فهو ينظر لنفسه كفاشل، ويتبنى الإتجاه العقابي في محاسبتها، ويستسلم للمرض. لذا يمر المريض بمراحل الأزمة والعزلة والغضب، وقد يصاب بالاكتئاب والقلق مما يؤثر في وظائفه الاجتماعية وحياته اليومية. وينعكس ذلك على حالته المزاجية، وقد تسيطر عليه الأفكار التشاؤمية والاستسلام لوضعه الراهن (Lemaistre, 1999).

• النظرة التفاؤلية لدرجة الإفراط أو الإنكار لكل ما يشير لإلى أن هناك مرض أو صدمة مرضية. ويظهر هذا من خلال الإدعاء الكامل بالشفاء، ورواية القصص والحكايات عن عملية العلاج والشفاء (Lemaistre, 1999).

وقد يكون سبب النظرة التفاؤلية ميل الأفراد إلى اعتبار الأمراض المزمنة أمراضاً ذات طبيعة حادة، ويمكن الشفاء منها، وأنهم لن يقضوا بقية حياتهم بتناول الأدوية وإتباع الحمية الغذائية، ويحملون أملاً بالشفاء في يوم من الأيام. وهذه الاعتقادات قد تكون صحيحة في حالة الأمراض ذات الطبيعة الحادة، أما عند الوصول إلى مرحلة المرض المزمن فإن الوضع يبدو مختلفاً، حيث يكون على المريض أن يتعلم كيف يتعايش مع المرض طيلة حياته (Brannon & Feist, 2003).

ويمر المريض عند إصابته بالمرض وخلال فترة العلاج، كما يرى ليميست (Lemaistre, 1999) بالمراحل التالية:

٠١ مرحلة الأزمة (Crises).

٠٢ مرحلة الإنعزال (Isolation).

٠٣ مرحلة الغضب (Anger).

٠٤ مرحلة اعادة البناء (Recon structuring).

٠٥ مرحلة الإكتئاب المتقطع (Intermittent Depression)

٠٦ مرحلة التجدد (Renewal).

وقد تم تحليل الأمراض المزمنة في ضوء نظرية الأزمة (Crises theory) من حيث إعاقة وظائف المرضى في تكوين علاقات اجتماعية وبيئشخصية. وتوضح هذه النظرية أن الأشخاص بحاجة إلى التعامل مع الآخرين بحالة من التوازن والمساواة، ولكن عندما تختل تلك الحالة من التوازن في التعامل لأي سبب من الأسباب كالمرض مثلاً، يتجه الأشخاص إلى البحث عن طرق واستجابات سبق وأن أثبتت فاعليتها في إعادة التوازن (Brannon & Feist, 2003).

وتأخذ ردة فعل المريض خلال مرحلة الأزمة Crises الأشكال التالية:

- الصدمة (Shock): فلولهلة الأولى يستقبل المريض خبر اصابته بالمرض المزمن وكأنه يخص شخصاً آخر، فيبدو بحالة من الذهول، وقد يفقد وعيه بسبب عدم توقعه الإصابة بالمرض المزمن.
- الإنكار (Denial): وهو أسلوب دفاعي يلجأ له الفرد، إما بسبب رفض التشخيص المرضي، أو بسبب حاجته لإمتلاك القوة لمواجهة الأمر.
- الإرتباك (Confusion): وذلك بسبب نقص المعلومات التي يمتلكها المريض عن مرضه، وحيرته بما يتوجب عليه فعله.
- الخوف (Fear): وتظهر في هذه المرحلة بعض التخيلات عن أسوأ ما يمكن أن يواجهه، مما يشكل ضغطاً نفسياً كبيراً على المريض.

- التجنب (Avoidance): يتجنب المريض في هذه المرحلة التفكير بالمرض، وقد يتجنب الكلام أو مناقشة الأمر مع الآخرين.
 - الغضب (Anger): يبدأ بالتساؤل، لماذا أنا؟ لماذا علي أن أمر بهذه المعاناة؟ فيبكي كثيراً، ويشعر بالكراهية والغضب.
 - الحزن (Grief): قد يبكي أو ينام أو يتحدث كثيراً عن مأساته.
 - الشعور بالذنب (Guilt): إما بسبب شعوره بخذلان أفراد عائلته، فهو لم يعد قادراً على رعايتهم، أو بسبب تقصيره بالعلاج ووصوله لمرحلة المرض المزمن.
 - التعامل مع المجهول (Dealing with The Unknown): ومستقبل المرض يكتنفه الغموض، وعدم وجود تصور واضح من قبل المريض حول ماذا عليه أن يفعل.
 - التعامل مع ردود فعل الآخرين (Handling reactions from others): الخوف من نظرة المجتمع له كعضو لم يعد قادراً على العطاء، والخوف من فقدان المكانة الإجتماعية.
- وتظهر الأزمة عندما تكون الأحداث التي يمر بها الأفراد غير عادية، أو أن هناك حاجته إلى طرق تعامل مع المواقف تفوق قدرات الشخص، ويصل عندها الفرد إلى حالة من القلق والخوف والتوتر. ولأن الأشخاص لا يتحملون وضع الأزمة لمدة طويلة، فهم يلجأون إلى تبني طرق واستجابات جديدة، بعضها صحي وتكفي وبعضها الآخر غير صحي وغير تكفي، مما يؤدي إلى ظهور المشكلات النفسية. ويمكن التعامل مع الأزمات بطريقة صحية تكيفية، كما يمكن أن نقود أحياناً إلى تبني طرق غير تكيفية (Brannon & Feist, 2003).

تأثير المرض المزمن على الفرد

تذكر ستيوارت (Stewart) المشار إليها في (Brannon & Feist, 2003) أن على جميع المرضى التعامل بشكل أو بآخر مع أمراضهم ومع الضغوطات الناجمة عن الإجراءات العلاجية. فمرضى الأمراض المزمنة عليهم أن يتكيفوا مع المشاكل الصحية أكثر من ذوي الأمراض ذات الطبيعة الحادة. حيث أن أصحاب الأمراض المزمنة يعانون من صعوبات اجتماعية وجسدية أكثر، ويعانون من مشكلات صحة نفسية، وألم أكثر مقارنة مع من لا يعانون من أمراض مزمنة، وذلك لأن طبيعة المرض المزمن تنتج العديد من المشكلات.

ويرتبط الضغط النفسي بالمرض بأربعة طرق هي:

- ٠١ التعرض للخوف لفترة طويلة ولمشاعر القلق مما يقلل من مقاومة الفرد.
 - ٠٢ التعرض لمرض ما مباشرة كالنوبة القلبية والشدة النفسي أو الصرع .. الخ .
 - ٠٣ زيادة أعراض مرض موجود أصلاً لدى الفرد.
 - ٠٤ اكتساب عادات غير صحية وغير تكيفية، كالتدخين وشرب الكحول (Schefer,1996).
- إن درجة اعتمادية المريض على الآخرين تعتمد على وقت المعالجة والأعراض المصاحبة للمرض ودرجة الإعياء التي يعاني منها والدرجة التي يؤثر بها المرض على النشاطات اليومية، فالمرض المزمن يختلف تأثيره على الأفراد بالقدر الذي يؤثر به على أسلوب حياة الفرد (Welch&Austin,1999).

ويؤكد موس وشيفر (Moos & Schaeffer) المذكور في (Brannon & Feist, 2003) بأن الأشخاص ذوي الأمراض المزمنة يهتمون تماماً كغيرهم بإقامة علاقات مع الطاقم الطبي القائم

على الرعاية، إلا أن طبيعة هذه العلاقات مختلفة، حيث يتبنى هؤلاء المرضى اتجاهات يائسة نحو وضعهم المرضي، تتضح عادة في تعاملهم مع الطبيب المعالج فلا يوجد هناك علاج شافي لهذا المرض.

ويقوم ذوو الأمراض المزمنة بإرهاق الطاقم الطبي بتساؤلاتهم حول وضعهم المرضي، ربما لاعتقاداتهم الخاطئة بأن على أطباءهم أن يقوموا بشفائهم وتخليصهم من هذه المعاناة. وتعتبر مثل تلك السلوكيات بمثابة تحدّي لمصادر المعلومات التي يمتلكها المرضى عن المرض المزمن، كما ويتحدّون الحمية الغذائية التي عليهم إتباعها، معتقدين بأنها لا تناسبهم فتظهر استجاباتهم وكأنها توحى بعدم قدرتهم على إتباع التعليمات الطبية اللازمة (Chen,Chaiang,Wang&Jaw,2003).

وكثيراً ما يشعر الطاقم الطبي بالإحباط من عدم قيام هؤلاء المرضى بإتباع التعليمات، ويجدون بالتالي أن علاج ذوي الأمراض المزمنة أقل نجاحاً من علاج غيرهم من المرضى، مما يؤثر على علاقتهم بهؤلاء المرضى وينعكس سلباً على العلاج (Brannon & Feist, 2003).

وتركز الهيئات الطبية في تعاملها مع مرضى الأمراض المزمنة على الأعراض الجسدية والحمية الغذائية والعلاج الدوائي، أكثر من تركيزها على تقديم النصيحة وتعليم المرضى كيفية التعامل مع طبيعة هذا المرض المزمن. لذلك ظهرت الجماعات الداعمة من مجموعات المرضى الذين يعانون من نفس المرض المزمن، وبرزت الحاجة إلى انضمام المعالجين النفسيين إلى طاقم الرعاية الطبية، لتقديم المداخلات التي تهدف إلى مساعدة المريض على التكيف مع هذا المرض والتي بدورها تقودهم إلى رعاية أنفسهم والالتزام بالتعليمات الطبية (Gee,Howe&Kimmel,2005).

إن لإدارة المشاعر السلبية التي يمتلكها المريض حول مرضه المزمن الأهمية الكبرى، فهو يقضي بقية حياته يعاني من هذا المرض، ويشعر بعدم الجدوى والكفاءة مما يؤدي إلى حدوث تغيرات

في المرض نفسه. وتعتبر هذه النقطة مهمة بالنسبة للطاقم الطبي القائم على الرعاية، لذلك قام الأخصائيون النفسيون بتقديم المداخلات التي قد تساعد مرضى الأمراض المزمنة في إدارة المشاعر والتوترات لدى المرضى (Brannon & Feist, 2003).

وقد تنبعت الجماعات الداعمة إلى حاجة المرضى وعائلاتهم للرعاية والدعم النفسي بسبب المرض الذي يصعب الشفاء منه، وتظهر حاجة هؤلاء المرضى إلى الإحساس بالسيطرة على شؤون حياتهم التي تعتبر من أهم حقوقهم ومن الحاجات الأساسية التي ينبغي على القائمين على الرعاية الاهتمام بها، لأنهم في الغالب يقدمون الخدمات بدون الاهتمام بمشاركة المريض نفسه بتلك الإجراءات التي تعتبر حقاً للمريض (Young, 1991).

أما المطلب الأخير للتعامل مع المرض فيتضمن إقامة علاقات بينشخصيه وتعاملات مع الآخرين، فيعتبر الدعم الاجتماعي من أهم العوامل المؤثرة على الصحة، وتعتبر الأسرة أهم المصادر لهذا الدعم عند وقوع المرض المزمن، فتتغير سلوكيات هؤلاء المرضى من حيث علاقاتهم وتوقعاتهم من أصدقائهم وأفراد أسرهم التي يأملون أن يحدث بها بعض التغيير (Brannon & Feist, 2003).

تأثير المرض المزمن على الأسرة

تعتبر الأمراض المزمنة أزمة أو مصيبة تصيب الأسرة وليس فقط الشخص المريض، فحين يصاب الفرد بالمرض المزمن يصبح غير قادر على العيش وحيداً، فهو يفرع خلال الليل في كثير من الأحيان وقد ينسى أن يأكل، كما يهمل ترتيب منزله أو قد يضطر لتترك دراسته أو عمله الذي يقتات منه، أو أنه قد يقوم ببعض التصرفات التي تعتبر غير مسؤولة وتشكل خطورة على حياته (Brannon & Feist, 2003).

وللمرض المزمن تأثير على سلوك الأطفال المصابين، كما ويؤثر على علاقة الأزواج من واقع تأثيره على طبيعة حياتهم وقدرتهم على التكيف مع الوضع الجديد من حيث خطورة المرض وعلاجه. وبتقييم الاستجابات التكيفية للمرض المزمن بين الأزواج، خاصةً إذا كان أحد الزوجين يتلقى العلاج التعويضي كتنقية الدم أو الغسيل البريتوني لمرضى الفشل الكلوي المزمن، نجد أن الدور الذي اعتاد أن يقوم به الشريك قد تغير إلى دور يتناسب مع الوضع الحالي للمرض المزمن، حيث يتعامل الأشخاص الذين يتميزون بالمرونة بتكيف أفضل نحو الوضع المرضي الضاغط. بينما يتعرض الأزواج الذين تعوزهم المرونة إلى قيود في علاقاتهم نتيجة جهلهم بتأثير الدعم الاجتماعي المنقوص الذي يقدمونه لشركائهم، مما ينجم عنه مشكلات زوجية خطيرة نتيجة لاختلاف النظرة نحو المرض التي يراها المريض من جهة والقرين من جهة أخرى (Hicks, Cleary, Epstein & Ayyanian, 2004).

إن العلاج المقدم للمريض لا يعتبر مشكلة بحد ذاته، لكن العلاقة الزوجية نفسها التي تتأثر بما يقدم من إجراءات طبية قد تصبح هي المشكلة. وكثيراً ما يصبح الزوجان أكثر قرباً لكن بدون أي متعة لأن القرب كان بسبب اعتمادية أحدهما على الآخر، وهو ثمن يقدمه أحدهما عندما يقوم بتلبية احتياجات

الطرف الآخر. ومن أنماط التعاملات العائلية والتي تتغير أيضاً، العلاقة مع الأولاد، حيث يفقد المرضى السيطرة على تربية أولادهم، أو أن الأشخاص المحيطين يقومون بحماية المرضى من سوء تصرف أولادهم. ومن التغيرات التي تحدث في علاقة الوالد المريض بأولاده توقف الأولاد عن استشارة الوالد في أمورهم الخاصة، خشية مضايقة والدهم، مما يضعف العلاقة الحميمة بين الوالد المريض وأولاده. وقد يشعر الأطفال الأقل سناً بالذنب إذا حدث وأن أساؤوا التصرف، وذلك لعدم فهمهم لتأثير تصرفاتهم على الوالد المريض، وفي النهاية فإن الأطفال يعتبرون من أكثر الأشخاص تأثراً بمرض أحد الوالدين وينعكس ذلك على اتجاهاتهم وسلوكهم نحو والديهم (Brannon & Feist, 2003).

إن هناك تغير كبير يصيب نمط حياة أفراد العائلة والأولاد والأزواج نتيجة المرض المزمن، حيث يقوم المرضى بتبني سلوكيات جديدة نتيجة للأعراض الجسدية التي يعانون منها فتتأثر علاقاتهم البينشخصية. كما أن للتغيير الناتج عن المرض المزمن خاصة على النشاطات اليومية والحركية للمريض أثر في ظهور الصعوبات النفسية والانفعالية لديه. ويمكن للقائمين على الرعاية الطبية والوالدين مساعدة المريض على التكيف مع مرضه المزمن (Blonna, 2000).

وقد تحاول عائلات المرضى التخلص من الضغط النفسي الشديد الناجم عن التوتر الذي أحدثه المرض في نمط حياتهم، وأدى إلى ردود فعل كالغضب والإحباط التي تظهر في العديد من المواقف، والتي تجعلهم يشعرون أنهم لم يعودوا يمتلكون تلك القوة التي قد تعينهم على العناية بذلك المريض، وأنهم هم أنفسهم بحاجة إلى من يعينهم على التنفيس الانفعالي. ويبرز هنا دور الجماعات الداعمة في تخفيف الضغط النفسي للمرض المزمن الواقع على العائلة، وذلك عن طريق تقديم طرق وأساليب

للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها، حيث يؤدي المرض المزمن إلى عرقلة وظائف الحياة العادية ويصبح التوتر جزءاً من حياة المريض اليومية
(Brannon & Feist, 2003) (Schafer,1996).

الفشل الكلوي المزمن

يشير تعبير الفشل الكلوي المزمن (Chronic Renal Failure) إلى تلك المرحلة من المرض والتي تتطور تدريجياً حتى تصل فيها الكلية إلى التوقف عن أداء وظائفها الفسيولوجية
(Daugirdas,Ing ,Tadd and Blake,2000).

كما يعرف بأنه تلك المرحلة التي تصل وظائف الكلى فيها إلى ١٠ % من المستوى القاعدي، ويصيب الفشل الكلوي المزمن حوالي ٢٠ مليون اميريكي، بالإضافة إلى ٢٠ مليون معرضين للإصابة به. ومن أهم أسبابه ضغط الدم المرتفع غير المسيطر عليه والذي يسبب الفشل الكلوي لمرضى الضغط بنسبة ٣٥%، والسكري الذي يسبب الفشل الكلوي لنسبة ٤٤% من مرضى السكري
(Franke,Heemannu,Kohnle,Luetkes,Maehner&Reimer,2002).

وتقع الكليتان على جانبي العمود الفقري في أسفل الظهر على مستوى الضلع الأسفل حيث تعمل الكلى يومياً على تنقية ١٩٠ لتراً من الدم من خلال ١٤٥ مليون فلتر. وهذه الفلاتر الصغيرة تسمى وحدات النفرون، حيث يمر الدم عبر الكلى والتي تعمل على فلترة الدم عن طريق تنقية الفضلات المتراكمة في الدم إضافة إلى التخلص من السوائل الزائدة عن طريق إفراز البول (Ross&Wilson,1982).

وتقوم الكلى بعدة وظائف أخرى مهمة في الجسم تتمثل في المحافظة على توازن المواد الكيميائية في الجسم مثل البوتاسيوم والصوديوم، وحفظ توازن الأحماض وإنتاج الهرمونات التي تساعد

نخاع العظم لتصنيع خلايا الدم الحمراء لكي يمكن نقل الأوكسجين إلى جميع خلايا الجسم، كما وتنتج الكلى فيتامين (د) بصورته الفعّالة (Active form) لتبقى العظام قوية وسليمة، كما وتساعد الكلى أيضاً على بقاء ضغط الدم في الوضع الطبيعي (Ross&Wilson,1982).

ويستطيع الإنسان أن يبقى بصحة جيدة حتى بكلية واحدة تعمل بنسبة ١٠- ٢٠% من طاقتها، ولكن عندما تتعطل الكلى بالكامل تظهر أعراض مختلفة على الجسم، حيث تتجمع الفضلات في الدم مما يتسبب بأعراض الغثيان، والقيء وفقدان الشهية للطعام، والأرق. وتنتج الكلية لدى توقفها عن العمل بولاً أقل، وتبقى بالتالي كميات من السوائل في الجسم مما يؤدي إلى أعراض مثل تورم اليدين والكاحل و ضيق في التنفس وزيادة في الوزن ويقل إنتاج خلايا الدم الحمراء، مما يعرف بفقر الدم، وقد يسبب ذلك ضعفاً عاماً وخمولاً. ويمكن أن يسبب تراكم السموم في الجسم حكة شديدة (Daugirdas *et al.*, 2000).

المظاهر النفسية للفشل الكلوي المزمن:

يشارك مرضى الفشل الكلوي المزمن مرضى الأمراض المزمنة، من حيث الإحساس بفقدان السيطرة وعدم الإحساس بالإستقلالية، وبالتالي فهم معرضون للقلق والإكتئاب كنتيجة لفقدان الدور الوظيفي (Cousineau, McDowell, Hotz & Hebert, 2003).

وقد سجل ١٣ - ٦٨ % من مرضى الفشل الكلوي المزمن (مرضى اليوريميا)، العديد من المشاكل الإجتماعية والنفسية (Muthny & Koihu, 1991).

كما تظهر لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بعض الصعوبات المعرفية، والأرق وقد تسبب بعض العلاجات الدوائية التي يتناولونها تغيرات في المزاج (Christensen & Ehlers, 2002).

ويشعر هؤلاء المرضى بعدم الجدوى وعدم الإحساس بالأهمية، ويفقدون الأمل في العودة إلى الوضع السابق، هذا بالإضافة إلى الأفكار التي يمتلكونها حول مظهرهم بسبب تعرضهم للعمليات الجراحية. وتسهم الآثار الجانبية الناتجة عن طول فترة العلاج في ظهور أعراض الإكتئاب، ويأمل مرضى الفشل الكلوي المزمن في زراعة كلية جديدة (Frank et al., 2002).

وتظهر لدى مرضى الفشل الكلوي أعراض نفسية أخرى غير زيادة درجة القلق والمزاج الاكتئابي، تتمثل بالنظرة الدونية للذات، واضطرابات النوم والطعام، والخوف من الموت أو الإقدام على الانتحار، وعدم التعاون مع الآخرين، والمشاكل الجنسية، وفقدان الدور الوظيفي في المنزل والعمل، مما يؤثر على نظرة المريض لذاته (Daugirdas et al., 2000).

إن إحساس مرضى الفشل الكلوي المزمن بعدم الإستقلالية، وعدم تفهم عائلاتهم والأطباء والمجتمع لهم يشعرهم باليأس (Camsari, Cavdar, Yemez, Ozkahyay, Alkin & Akcicek, 1999).

وبالرغم من عدم وجود شفاء مطلق للفشل الكلوي المزمن في الوقت الحالي، فإن هناك ثلاث طرق رئيسية للعلاج :

١- الغسيل البريتوني أو التنقية عن طريق الغشاء البريتوني، والذي يوظف غشاء طبيعياً داخل الجسم يسمى الغشاء البريتوني بحيث يعمل كفلتر، تتناسب سوائل الديليزة داخل التجويف البريتوني من خلال أنبوبة صغيرة بلاستيكية مرنة تثبت بشكل دائم في البطن عن طريق عملية بسيطة، ويبقى حوالي ١٥ سم من هذه الأنبوبة والتي تسمى " بالقسطرة البريتونية " خارج البطن لتوفير طريقة للتواصل مع أكياس السوائل المستعملة في الديليزة، ويمكن إخفاء القسطرة تحت الملابس .

٢- الغسيل الدموي أو التنقية عن طريق الدم، والذي بواسطته يقوم المريض بالغسيل ٣ مرات أسبوعياً، تستغرق كل جلسة ٣ - ٤ ساعات، وخلال عملية الغسيل الدموي يتم وضع إبرتين في وصلة شريانية موجودة باليد، ثم توصل الإبر بالأنبوب الذي يحمل الدم إلى الجهاز ويتم سحب الدم بإحدى الإبرتين وإدخاله إلى فلتر للتنقية ثم يعاد إلى الجسم عن طريق الإبرة الأخرى.

٣ - زراعة الكلى: وهي عملية جراحية يتم فيها وضع الكلية المتبرع بها في مكان عميق تحت الجلد قريباً من عظام الحوض، وهي مرحلة معقدة قد تتطلب انتظار سنوات إن لم يجد المريض المتبرع المناسب، أو ماقد يحدث من مضاعفات في بعض الأحيان بسبب اجراءات العملية، والتي قد لا تستمر في كثير من الأحيان أكثر من خمس سنوات (Franke et al.,2002).

القلق:

ترتبط الأمراض المزمنة بالعديد من الاستجابات النفسية والسلوكية، التي يعبر بها المرضى عن تأثير المرض المزمن على أوضاعهم النفسية والاجتماعية والحياتية بشكل عام. وترتبط هذه الاستجابات بالعديد من العوامل التي تؤثر في شكل هذه الاستجابة وأسلوب التكيف مع المرض المزمن وفعالية هذا الأسلوب أو عدم فعاليته .

ويمثل القلق أحد أهم الاضطرابات المؤثرة على الناس في كافة أنحاء المعمورة حتى أطلق بعض علماء النفس على العصر الذي نعيشه اسم عصر القلق، وتشير الإحصائيات إلى أن واحداً من كل أربعة أشخاص يتعرض يوميا على مدار حياته لواحد أو أكثر من اضطرابات القلق.

والقلق خوف لا مبرر له ولا يتناسب مع المنبهات الخارجية المولدة له، وتتراوح نسبة شيوع القلق بين ١٠ % - ١٥ % من مجموع المرضى المراجعين للعيادات الخارجية، و ١٠ % من المرضى داخل المستشفيات، وتوضح الدراسات أن ٢٥ % من الأصحاء قد صادفوا القلق في وقت ما من حياتهم (عبد الرحمن، ٢٠٠٠).

يعد القلق الذي يتعرض له الأفراد بفعل ضغوط الحياة حالة عامة يتعرض لها جميع الأفراد، إلا أن الظروف المحيطة بالفرد إضافة إلى شخصية هذا الفرد قد تؤدي إلى زيادة مستوى القلق لديه عن الدرجة المعتادة (الرفاعي، ١٩٨٢).

ويمكن للأحداث الهامة في الحياة أن تسهم في ظهور القلق، ومثال هذه الأحداث: الصدمات والتعرض للإساءة الجسدية والجنسية والتعرض لحادث موصلات والحروب والمرض والموت (باديسكي وجرينبرغر، ٢٠٠١).

ويظهر القلق على شكل أعراض كما يذكر باديسكي وجرينبرغر (٢٠٠١) يدركها جميع الأشخاص الذين يتعرضون لخبرة القلق تتمثل في:

١ - الأعراض الجسدية والتي تبدو في تعرق الكفين، وتوتر العضلات والتسارع في دقات القلب، وتورد الخدين والدوار في الرأس في بعض الأحيان.

٢ - الأعراض المعرفية كالمبالغة في تقدير الخطورة، والمبالغة في الخوف من قلة المساعدة المتاحة، وهموم وأفكار تتعلق بتوقع الكوارث.

٣ - الأعراض السلوكية متمثلة في تجنب الظروف التي يمكن أن يحدث فيها القلق، ومغادرة الأماكن التي يبدأ فيها ظهور القلق، ومحاولة القيام بالأعمال بشكل كامل لا خطأ فيه أو محاولة السيطرة على الأحداث لمنع الخطر.

٤ - الأعراض الانفعالية والتي تظهر في العصبية، والنزق، والقلق، والذعر.

وهذه الأعراض الجسدية والسلوكية والمعرفية التي يشعر بها الفرد تعتبر شكلاً من أشكال الاستجابات المتعلقة بالقلق والتي تسمى الهجوم أو الفرار أو الجمود ويمكن لهذه الاستجابات أن تكون صحيحة تكيفياً عندما نواجه خطراً ما، إلا أنها قد تكون غير مساعدة عندما يكون مبالغ فيها وغير متناسبة مع المثير.

ويرى أليس (Ellis) أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى حدوث القلق، ويتعلم الناس طرقاً أو اتجاهات للتفكير حول عالمهم هي التي تسبب لهم القلق، فحجم القلق

الذي يمكن أن يسببه الفرد لنفسه ينشأ ويزيد لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز في كل شيء حتى يعتبر شخصاً ذو أهمية (محمد، ٢٠٠٠).

ويرى بيك (Beck) أن زيادة المنبهات في البيئة المحيطة للفرد تؤثر على درجة القلق التي يشعر بها، فأى حركة أو صوت أو تغير في الوسط الذي يعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر، فيكون المريض أفكاراً عن الخطر المتوقع ويكون تفكيره مشتتاً ومشوهاً، و مفهومه عن الخطر وعلامات هذا الخطر يترجم إلى ردود فعل واستجابات انفعالية و سلوكية وجسدية مما يفقده تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية وبالتالي زيادة شدة القلق، فأفكار الفرد تعكس تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلي.

وفي علاج القلق يشرك بيك العملاء في بحث تعاوني عن دليل يمكن أن يناقض بعض الإدراكات الخاطئة المسببة للمشاكل، في حين يستخدم أليس الإقناع المنطقي واللفظي كمحاولة لجعل العملاء يغيرون من نظرتهم إلى الأشياء (محمد، ٢٠٠٠).

الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً في الدول المتقدمة، حيث يشير أبو حجلة (١٩٩٨) إلى أن الاكتئاب يعتبر أحد المشاعر الإنسانية الطبيعية ولا يشكل عرضاً إلا إذا لم يكن له سبب واضح أو أنه مبالغ فيه من حيث الشدة أو المدة ولا يتناسب مع السبب.

والاكتئاب شعور بالحزن والغم مصحوب غالباً بانخفاض الفعالية (شيفر وميلمان، ٢٠٠١). ويعرف مياسا (١٩٩٨) الاكتئاب، بأنه تلك الحالة الانفعالية غير السارة الناجمة عن إعاقة السلوك الموجه نحو هدف معين.

فالمواقف التي تعمل على انخفاض تقدير الفرد لذاته، والمواقف التي تتضمن إحباط تحقيق الفرد لأهداف مهمة بالنسبة له، أو تفرض عليه ظروفاً ومواقف لا قدرة للفرد على حلها، والمواقف التي تؤدي إلى التدهور البدني كالمرض، يمكن أن تكون كافية لاستثارة الاكتئاب

(Oltmanns and Emery, 2004).

وقد وجد كروب (Kopp , 1992) أن الشعور بالغضب، والقلق، والاكتئاب، والإنكار هي من

الاضطرابات التي يعاني منها مرضى الفشل الكلوي المزمن. كما وجد ليفي (Levy,1992) أن

الاكتئاب يمثل الاضطراب الأكثر شيوعاً بين مرضى الفشل الكلوي الذين يتلقون العلاج التعويضي.

وتظهر للاكتئاب أعراض متمثلة بما يلي:

- ١- أعراض معرفية تتضمن لوم الذات، واليأس والأفكار الانتحارية وصعوبات التركيز، والسلبية.
- ٢- أعراض سلوكية تتضح بالانطواء وتجنب الآخرين، وفقدان الرغبة في القيام بالأعمال التي كانت ممتعة وجميلة، وصعوبة في بدء أي عمل أو نشاط.

٣- أعراض جسدية متمثلة بالأرق، ونقص النوم أو زيادته عن المعدل الطبيعي، والشعور بالتعب، ونقص الشهية للطعام أو زيادتها، وتغير الوزن وخاصة نقصه.

٤- أعراض انفعالية مثل الشعور بالحزن والنزق والغضب والشعور بالذنب والعصبية والانفعالية (باديسكي وغرينبرغر، ٢٠٠١).

وينظر بيك (Beck) إلى الاكتئاب على أنه تنشيط لثلاثة أنماط معرفية رئيسية يسميها الثالث المعرفي للاكتئاب، وهي الأفكار السلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل، أي المفهوم السلبي للذات، والتفسير السلبي للأحداث والخبرات والنظرة السلبية إلى المستقبل. ويتضمن ذلك أفكاراً عن اللاقية، والذنب، وعدم الكفاءة، والانهازم، والحرمان والوحدة، واليأس ومن ثم تتحرك أعراض الاكتئاب عن طريق ميل الفرد إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار. وطبقاً للنموذج المعرفي فإن موقفاً غير سار من مواقف الحياة يستثير أبنية معرفية ترتبط بالهزيمة أو الحرمان، وخبرات سلبية ولوماً للذات تؤدي بدورها إلى التأثيرات المرتبطة بها كالحزن والقلق والشعور باليأس والوحدة إلى جانب تناقص واضح في الأداء.

ووفقاً للعلاج السلوكي المعرفي فالانحراف والتشويه المعرفي لدى الاكتئابيين يظهر في تحريف خبرات النجاح والفشل وتوقعات النجاح، وتحريف الإدراك، إذ يرى مثل هؤلاء الأفراد الأحداث بما هم عليه وليس بما هي عليه (محمد، ٢٠٠٠).

ويذكر كوري (Corey, 2001) أن هدف المرشد هو تغيير الطريقة التي يفكر بها المسترشد، عن طريق استخدام أفكار المرشد التلقائية للوصول إلى فكرته المحورية (الساخنة)، ومن ثم المساعدة بالبدء بتقديم فكرة إعادة البناء المعرفي للتخفيف من أعراض الاكتئاب، ومساعدة المسترشد لحل مشكلاته وتعليمه استراتيجيات الوقاية من الانتكاس.

التكيف :

إن المفهوم البيولوجي للتوافق أو المواءمة (adaptation) ، استعير من قبل علماء النفس، وأطلق عليه اسم التكيف (adjustment) ، فالسلوك الإنساني يفهم على أنه مواءمة (adaptation) لأنواع المختلفة من المتطلبات البيئية أو تكيف (adjustment) للمتطلبات السيكولوجية وكلاهما يؤديان وظيفة متشابهة لغرض دراسة وفهم السلوك الإنساني. فالتكيف هو استجابة للتغيرات المتوقعة أو غير المتوقعة والتي هي جزء من حياتنا اليومية، مما يشير إلى أنه عملية مستمرة وهو نتاج نهائي للتعامل مع المتغيرات (Cohen,1994). ويشير جيج (Judge,1992) إلى أن التكيف عملية موجهة، وجهود واعية تهدف إلى حدوث استجابات صحية تكيفية للفرد.

ويعرّف لازوراس وريتشارد ومونات وألين (Lazarus,Richard,Monat & Alan,1986) ، التكيف على أنه الجهود المعرفية والسلوكية للسيطرة على المطالب الداخلية أو الخارجية التي يخلقها الموقف الضاغط أو تخفيض تلك المطالب أو تحملها. وتفسير الأحداث وإدراكها حسب لازاروس وفولكمان هو الموضوع الأساسي في كيفية التأثر بالضغط النفسي، أو في كيفية استجابة الفرد له، لان طريقة التفسير السلبية والعاجزة، تزيد من الضغط النفسي ونتائج السلبية سلوكيا وجسدياً ونفسياً، أما التفسير الإيجابي وإدراك الموقف كتحد، إضافة إلى الإدراك الجيد للمصادر أو الذخيرة الصحية التي يحتفظ بها الفرد، كي يستعملها في هذه المواقف، تستطيع أن تقلل من الضغط النفسي أو ربما تحوله إلى حافز جيد للإنجاز .

ويمكن اعتبار التكيف مع الضغط النفسي طريقة أو محاولة من الفرد للتكيف مع الموقف الضاغط، وهذه المحاولة إما أن تكون فاعلة، وبالتالي تخفف من آثار الضغط النفسي السلبية، وإما أن تكون غير فاعلة فتساهم في تفاقم الضغط النفسي، وهذا ما يراه لازاروس وفولكمان: فإذا كان الضغط النفسي مظهراً حتمياً في حياة الفرد، ومن المتعذر عليه تجنبه، فإن طريقة الفرد في التكيف هي التي تشكل فرقاً في محصلة التكيف، فالصحة والوضع الذي ينخفض فيه الضغط النفسي تتأثران بالطريقة التي نتعامل أو نواجه بها الضغط النفسي (Frydenberg, 1999).

ويميز الباحثون بين نمطين من أنماط التكيف، حيث يكون التكيف في أحدهما مصدر ارتياح واطمئنان وهذا هو التكيف الحسن، وفي النمط الثاني يكون التكيف غير مناسب وينطوي على الاضطراب وهذا هو التكيف السلبي. ويرى الحاج (١٩٨٤) أن صاحب التكيف الحسن هو الذي يفهم واقعه النفسي كما هو، ويتقبل ما يحمله تكوينه الشخصي، لأن عدم تقبله لذاته وعدم الرضا عن تكوينه يعني تمرداً غير ذي هدف على ما هو موجود في تكوينه الشخصي، ويؤكد الحاج أن هذا التمرد يؤدي إلى كثير من حالات سوء التكيف والتي قد يكون من بينها العدوان. أما التكيف الحسن فهو دليل الصحة النفسية، وهما مفهومان يشيران لمظهر واحد.

أما شيفر (Schafer, 1992)، فيشير إلى أن لتوفر عامل الصحة والطاقة والإعتقاد الإيجابي ومهارة حل المشكلات والمصادر المادية والدعم الإجتماعي تحقق عملية التكيف الحسن.

وتعتبر اضطرابات التكيف، استجابات سيكولوجية لأوضاع ضاغطة معروفة للفرد، تتسبب بظهور أعراض وسلوكيات انفعالية، وتظهر عادة الأعراض خلال ٣ أشهر من تعرض الفرد للوضع الضاغط (DSM IV, 2000).

وقد توصل لازوراس وفولكمان إلى وجود نوعين من استراتيجيات التكيف التي يستخدمها الناس عادةً في التعامل مع المواقف الضاغطة تتمثل بما يلي :

١. الإستراتيجيات التي تركز على المشكلة .
٢. الإستراتيجيات التي تركز على الانفعال .

وتشير الإستراتيجيات المركزة على المشكلة إلى محاولة الفرد حل المشكلة، أو عمل أي شيء لتغيير مصدر الضغط والبحث عن أي حلول ممكنة كالقيام بعملية التخطيط لحل المشكلة أو أخذ النصيحة من الآخرين، وتشير هذه الطريقة إلى تغيير العلاقة بين الفرد والبيئة.

أما الإستراتيجيات التي تركز على الانفعال فتهدف إلى تقليل الضغط والضيق الانفعالي المصاحب للموقف الضاغط كالتفيس عن المشاعر والبحث عن الدعم الاجتماعي (Lazarus & Folkman,1984).

وقد أضاف لازوراس وفولكمان (Lazarus & Folkman,1984)، أن نوعية الإستراتيجية المستخدمة من قبل الفرد تعتمد على نوع الضغط الذي يواجهه، إلى أن الناس أكثر ميلاً لاستخدام استراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال في حل المشاكل الصحية وخاصة التي لا يستطيعون السيطرة عليها والتحكم بها.

يعتبر المرضى الذين يفنقرون لمصادر الدعم الاجتماعي أكثر تعرضاً للمشكلات النفسية والجسمية من الأفراد الذين يمتلكون علاقات داعمة (Folkman, Lazarus, Gruen & Delogis, 1986).

وتوصل لازاروس وفولكمان (Lazarus & Richard, 2000) إلى خمس استراتيجيات لمواجهة الضغط النفسي وهي:

• البحث عن المعلومات Information-Seeking :

أي أن الفرد يبحث عن معلومات إضافية، أو يحاول جمع كل ما يحيط بالموقف الضاغط من معلومات وذلك كي يستخدمها أثناء التخطيط لحل المشكلة.

• الفعل المباشر Direct Action

وهو التصرف المباشر أو مواجهة الموقف الضاغط مباشرة، باستخدام الإمكانيات المتاحة لديه بمعنى آخر عدم تأجيل التعامل مع الموقف الضاغط أو الانسحاب منه.

• كف الفعل Inhibition of Action

ويعني منع الفرد لنفسه من التصرف أو التعامل مع الموقف الضاغط، عن طريق تجنبه أو الانسحاب منه، وذلك يعود إلى الخوف من مواجهة الموقف، أو عدم القدرة على مواجهته.

• مجهودات ضمن نفسية Intrapsychic

وتتضمن إعادة التفكير بالمشكلة بطريقة جديدة، أو تغيير النظرة للموقف، يتم ذلك عن طريق الحديث الذاتي (المونولوج) الذي يحدث الفرد به نفسه حول الموقف الضاغط.

• اللجوء للآخرين Turning to others

فالمساندة والدعم الاجتماعي من الأساليب التي تخفف وقع المشكلة على الفرد، وتخفف شعوره بالألم أو الاكتئاب.

ومن استراتيجيات التكيف المستخدمة لتحسين الصحة النفسية للأفراد، استراتيجية إعادة البناء

المعرفي (Cognitive Restructuring)، حيث تقوم هذه الإستراتيجية على عدة خطوات، هي:

٠١ الوعي (Awareness): حيث يتعرف الفرد على الضغوط التي يتعرض لها، وقد تتضمن

تسجيل كل ما يدور في عقله من مخاوف واحباطات، وماهي الإتجاهات الإنفعالية المرتبطة بالضغوط.

٠٢ إعادة تقدير الموقف (Reappraisal of situation): ويتضمن إعادة بناء جديد للعوامل

الضاغطة والإنفتاح على تقبل اطار جديد.

٠٣ تبني البديل (Adoption Substitution): ويتم عن طريق خلق اطار جديد وذلك عن

طريق استبدال أي قرار سلبي بقرار ايجابي.

٠٤ التقييم: ويتم بهذه المرحلة تقييم الموقف الجديد، ومدى فاعليته، فإن لم يكن الفرد فاعلياً يعود

إلى الخطوة الثانية، وهي إعادة تقدير الموقف واتخاذ شكل جديد من التفكير (Seward,2002).

وتعد تمارين التنفس، من الإستراتيجيات التي تساعد على الإسترخاء المساعدة على التكيف

عن طريق خفض التوتر الناتج عن ضغوطات الحياة المختلفة، فعملية التنفس عملية ميكانيكية، يتحكم

بها الجهاز العصبي، وهي تبدأ منذ الحظات الولي من عمر الفرد وتتناثر بنفسيته. فالشخص الذي يعاني

من توتر او قلق أو اكتئاب، لن يحصل على كمية الأوكسجين الضرورية التي يحتاجها الجسم، وذلك

بسبب طريقة تنفسه السريعة (Seward,2002).

ويوفر تمرين التنفس العميق كمية مناسبة من الأوكسجين الضروري الذي يحتاجه الجسم في

اخراج أكبر قدر من الفضلات وثنائي اكسيد الكربون، فينتقل العقل والجسم إلى حالة من الإسترخاء

وتتحسن الدورة الدموية في منطقة البطن (Seward,2002).

العلاج المعرفي السلوكي:

يرى أنصار العلاج المعرفي السلوكي أن الحالات الانفعالية تحدث بسبب نمط غير موائم من التفكير أو بعبارة أخرى : أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار، ولذلك فإن هدف العلاج هو إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض وذلك من خلال ثلاث خطوات على النحو التالي:-

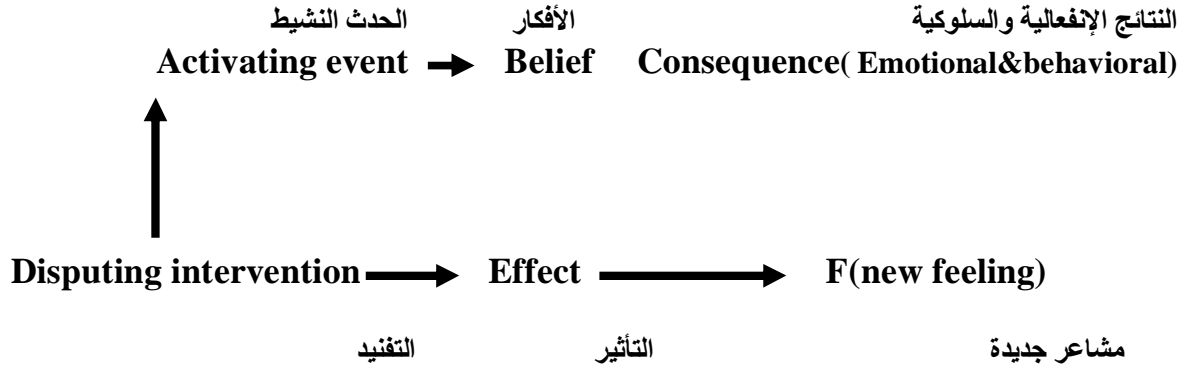
- تعليم المرضى أن يحددوا وقيموا أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
 - تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات معرفية.
 - تدريب المرضى على استراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتيه جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة (عبد الرحمن، ٢٠٠٠).
- ويقوم العلاج العقلي الانفعالي السلوكي لآليس على نظريته التي تفترض أن الاضطرابات النفسية تنشأ من أنماط تفكير خاطئة أو غير منطقية. ويرى آليس أن الناس يشتركون في غايتين أساسيتين هما المحافظة على الحياة، والإحساس بالسعادة النسبية المصحوبة بالتححرر من الألم، وتسهم العقلانية في إيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين في حين أن عدم العقلانية تؤدي إلى نمط من التفكير يقف حجر عثرة في سبيل تحقيقهما، ويرجع وجود اللاعقلانية إلى التعلم غير المنطقي المبكر الذي يكون الفرد مهياً له من الناحية البيولوجية، وتلعب عوامل مثل الحديث الذاتي دوراً في زيادة هذه الأفكار وتطورها ومن ثم حدوث الاضطراب النفسي (Corey,2001).

تقوم إستراتيجية هذا العلاج على مساعدة العميل على التعرف على الأفكار غير المنطقية لديه وأن يستبدلها بأفكار أكثر عقلانية. ويعرض آليس نظرية A-B-C في تحليل الاضطراب حيث يشير (A) إلى أحداث الحياة والتي قد تكون بمثابة شيء وقع بالفعل كتحطم علاقة عاطفية أو خسارة اقتصادية، أو حتى سلوكاً أو اتجاهاً معادياً من قبل شخص آخر، ويرمز (B) إلى التفسيرات اللامنتطقية أو اللاعقلانية من الفرد لهذا الحدث، كاعتقاده أن لا أحد يحبه أو لا أحد يهتم به على الإطلاق، وهكذا يكون الشخص قد بالغ في حجم المشكلة، ويدل (C) على النتيجة أو ردود الفعل التي يستجيب بها الفرد، كأن يصيبه القلق أو الاكتئاب ليس بسبب الحدث ولكن بسبب التفسيرات اللاعقلانية(عبد الرحمن، ٢٠٠٠).

ويضيف آليس أن على المرشد والمسترشد، العمل معاً نحو تحويل السلوب غير الواقعي وغير الناضج إلى أسلوب واقعي ومنطقي وناضج في التفكير، وهذا يضيف مشاعر أكثر ملائمة تجاه المواقف الحياتية المختلفة(Corey,2001).

والمعالج العقلاني يحاول مساعدة المريض في التعرف إلى أفكاره اللاعقلانية واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية، عن طريق إقناع العميل بالمنطق والمواجهة والتحدي للأفكار اللاعقلانية وتقديم نموذج لإعادة تفسير الأحداث بشكل عقلائي، وتكرار العبارات الذاتية العقلانية من قبل كل من المعالج والعميل معاً، كما ويطالب العميل بمهام سلوكية لتطوير ردود أفعال عقلانية لتحل محل غير العقلانية والتي كانت تولد التوتر والحزن والاكتئاب، وهذا أكثر ما يميز العلاج العقلي العاطفي(محمد، ٢٠٠٠).

ويوضح النموذج التالي التفاعل بين العناصر المختلفة في العلاج العقلي العاطفي:



والفنيات المستخدمة في العلاج العقلي العاطفي كما جاء في كوري (Corey, 2001) تتضمن مايلي:

أ- الأساليب المعرفية:

- التحليل المنطقي للأفكار الاعقلانية .
- التعليم والتوجيه .
- مناقشة النتائج غير التجريبية .
- تفنيد الإستنتاجات غير الواقعية .
- وقف الأفكار .
- التنشيت المعرفي .
- إعادة البناء المعرفي .

ب- الأساليب التدعيمية المساندة : تحويل الإهتمام والتخلي عن المطالب الناتجة عن الأفكار الاعقلانية .

ج- الأساليب الإنفعالية: وتتمثل بلعب الدور ، والنمذجة، ولعب الدور العكسي، والعلاقات اليبينشخصية، ومهاجمة الخجل و الحوار الذاتي و استخدام الدعاية .

د- الأساليب السلوكية: وتتمثل بالواجبات المنزلية، والإسترخاء، وأساليب الإشرط الإجرائي مثل التعزيز و العقاب، والتخيل الإنفعالي العقلاني .

أما العلاج المعرفي لبيك فيقوم على التعرف إلى الافتراضات السلبية المؤدية إلى حالة مزاجية سلبية، والتي من شأنها أن تزيد من احتمالية توارد أفكار سلبية وخلق دورة من الأفكار والمزاج

السلبى، ويعد التعرف إلى هذه الأفكار السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية وموضوعية هو الهدف الأساسي للعلاج المعرفي، ولتحقيق ذلك يضطر المعالج إلى استخدام طرق ذات طبيعة معرفية، ففي الجانب السلوكي يكلف العميل بعدد من الواجبات أو المهام المتدرجة التي تسعى إلى تزويده بخبرات ناجحة.

يقوم الجانب المعرفي على تدريب العميل على عمليات عقلية مثل التفردقة أو التمييز، كالتفردقة بين أنا أظن وهي فكرة يمكن أن تقبل التشكيك، وبين أنا أعرف وهي حقائق لا تحتل الرفض، وكذلك عملية فصل العميل ذاته عن خبرات الآخرين وما يعلنونه، على سبيل المثال قد يسمع شخص أن جاره قد مات بأزمة قلبية عندها قد يصبح قلقاً ومشغولاً بفكرة أن هذا قد يحدث له أو لأي فرد من أسرته. يطلب المعالج المعرفي من العميل أن يحتفظ بتسجيلات مكتوبة للواجبات المنزلية المتفق عليها بينهما، فقد يطلب من العميل تحديد ومواجهة المعارف المختلفة المرتبطة بالمشكل باستخدام سجل الأفكار والذي يقوم العميل بواسطته بإثبات أو دحض أفكاره التلقائية في إطار تجريبي لاختبار صحة فرضيته (عبد الرحمن، ٢٠٠٠).

مشكلة الدراسة وأهميتها:

يعد الفشل الكلوي المزمن أحد الأمراض الجسمية المزمنة، وهو الذي تتناوله هذه الدراسة. ويصاحب الفشل الكلوي المزمن أعراض نفسية مزعجة، تتمثل في زيادة درجة القلق والمزاج الاكتئابي، والنظرة الدونية، والإحساس بعدم الجدوى والأهمية، واضطرابات النوم والطعام، والخوف من الموت أو الإقدام على الانتحار، وعدم التعاون مع الآخرين، والصعوبات الجنسية، وفقدان الدور الوظيفي في المنزل والعمل، مما يؤثر على نظرتة لذا تهدف (Daugirdas *et.al.*,2000).

ويترك الفشل الكلوي باعتباره مرضاً مزمنًا، تأثيراً على بيئة المريض وعلى المجتمع المحيط به، فالمجتمع ينظر للدور الذي يلعبه المريض وطبيعة المعاناة التي يمر بها على أنها مرحلة يستطيع الشفاء منها، حيث يتعامل المجتمع مع هذا المرض بداية وكأنه ذو طبيعة حادة وليست مزمنة، لذا يؤمن بحق المريض بالتحرك من مسؤولياته ووظائفه لحين شفاؤه، فيقوم بإعفاء المريض من مسؤولياته وبذلك يتعطل دوره الوظيفي. وهذا الوضع لا يتناسب مع المرض المزمن والذي سيبقى ملازماً للفرد بقية حياته. حيث ينبغي أن يتكيف المريض مع أزمة أو مأساة المرض المزمن والتي تؤثر على نظرة المرضى لأنفسهم، وعلى باقي أفراد الأسرة والأصدقاء واحتياجات المرضى المادية

(Brannon & Feist, 2003).

ويحدث القلق لدى تعامل الأشخاص مع ظروفهم البيئية الضاغطة والتي تتطلب مهارات أكبر من التي يمتلكونها كاستراتيجيات وأساليب تكيف. فالأعراض العضوية والنفسية للمرض بشكل عام تشكل ضغطاً نفسياً على المريض وعائلته، وتتطلب مواجهة هذا الضغط النفسي استخدام استراتيجيات وحلول جديدة (Blonna, 2000).

ويرى أصحاب المدرسة المعرفية أن التكيف النفسي يعتمد على الطريقة التي يفسر بها الأفراد الحوادث في البيئة. فالفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو الذي يفسر الخبرات بطريقة عقلانية تمكنه من المحافظة على الأمل، واستخدام مهارات مناسبة في مواجهة الضغوط النفسية، فلا يفقد الأمل ولا يشعر بالعجز، لأن ذلك لا يمكنه من الاستجابة بفعالية لمطالب البيئة فيعجز عن استخدام إستراتيجية معرفية مناسبة في مواجهة الضغط النفسي (Schwebel, Andrew, Barocas, Hatvey, and Reichman, 1990).

فالسلك غير التكيفي وفقاً للمدرسة المعرفية هو نتاج التفكير غير الوظيفي، وبناءً على ذلك فالعلاج المعرفي هو عملية تعلم داخلية، تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمتطلبات البيئية المختلفة (الخطيب، ٢٠٠٣).

إن أعداد مرضى الفشل الكلوي في تزايد مستمر فهناك ٧٠٠,٠٠٠ شخص يعانون من الفشل الكلوي المزمن في العالم، وبتراوح معدل الزيادة السنوي لمرضى الفشل الكلوي المزمن في أوروبا بين ٦ - ٧ %، وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عامة يتراوح بين ٨ - ١٢ % سنوياً، أما في الأردن فيصل إلى ٨ % سنوياً، بعد احتساب مرضى زراعة الكلى والمرضى الذين توفوا، أي أن معدل الزيادة حوالي ١٣٠ مريضاً سنوياً (الكردي وآخرون، ٢٠٠٤).

وتظهر الإحصائية العامة لمرضى الفشل الكلوي المعالجين لدى كافة مستشفيات الأردن على اختلاف فئات التأمين الخاصة بهم عام (٢٠٠٢) أن عدد هؤلاء المرضى ١٥٦١ مريضاً يعالجون بتقنية الدم. وقد ازداد عددهم عام (٢٠٠٥) ليصل إلى ٣٥٠٠ مريضاً يعالجون بتقنية الدم، و١٥٠ مريضاً يعالجون عن طريق الغسيل البريتوني (وزارة الصحة، ٢٠٠٢ - ٢٠٠٥).

وتبلغ نسبة المرضى المعالجين بتقنية الدم ٩٥ % من مرضى الفشل الكلوي، أما المعالجين بالغسيل البريتوني فنسبتهم ٥% من مرضى الفشل الكلوي، ويكلف علاج مرضى الفشل الكلوي ما يقارب ٢٦ مليون دينار سنوياً حسب البيانات الصادرة عن وزارة الصحة، أي أن المريض الواحد يكلف في المعدل حوالي ١٤٦ ألف دينار كل عام (الكردي وآخرون، ٢٠٠٤).

ونظراً للتزايد في أعداد مرضى الفشل الكلوي، وحرصاً على الصحة النفسية لهذه الفئة، ولكي لا يتعطل دورها الوظيفي، وتتكيف تجاه المرض المزمن، انطلقت هذه الدراسة لقياس فعالية التدريب على برنامج تدريبي لخفض القلق والإكتئاب لمرضى الفشل الكلوي المزمن. ويستند البرنامج التدريبي على العلاج السلوكي المعرفي الذي يستهدف:

- تعليم وتدريب المرضى للتعرف على علاقة وارتباط الألم الجسدي ببعض الأفكار العقلية ذات العلاقة بإحساس المريض بالجدوى والتغيرات بالأعراض النفسية الجسدية و الانفعالية والسلوكية، لإعادة البناء المعرفي لقدراتهم والسيطرة على الألم.
- تعليم المرضى مهارات تسمح لهم بتغيير طرقهم في التكيف، وإكسابهم استراتيجيات تكيف فعالة نحو الألم والمرض المزمن (Keefe, Dunsmore & Burnett,1992).

وقد أثبت العلاج السلوكي المعرفي فاعليته مع الأمراض والآلام المزمنة، ويساعد في تكيف المرضى مع المرض المزمن والتزام المرضى بالعلاج الطبي المقدم، كما يقلل العلاج السلوكي المعرفي من الضغط النفسي الذي يتعرض له المرضى ويحسن من كفاءتهم أثناء قيامهم بالنشاطات المختلفة، هذا ما وجدته براندلي، وميكنيني و كلانفريني (Bradley, Mckendree and Clanfrini , 2003) بمراجعة قاموا بها لمجموعة من الدراسات السابقة.

لذا فالبرنامج التدريبي المقدم لمرضى الفشل الكلوي المزمن في هذه الدراسة، ينطلق من مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، بحيث يتضمن محاولة لتغيير الأفكار السلبية للمريض، ومساعدته على مواجهة القلق والاكتئاب، عن طريق إستخدام استراتيجيات سلوكية معرفية مثل تمرين التنفس كاستراتيجية استرخاء، والعقد السلوكي، وإستراتيجية إعادة البناء المعرفي لتصبح العمليات المعرفية لهذا المريض أكثر اتصالاً بالواقع.

ويتم تقديم البرنامج التدريبي في هذه الدراسة، لمرضى الفشل الكلوي المزمن المعالج بالغسيل البريتوني ، وذلك للمساحة من الحرية التي يمتلكها هؤلاء المرضى، فهم غير مقيدين بجهاز، ويقومون بعمل التنقية لأنفسهم أثناء وجودهم بالمنزل، وعملية التنقية بالغسيل البريتوني تتمثل بإدخال سائل لداخل التجويف البريتوني، ثم تفريغ هذا السائل فيما بعد، وتتم عملية الغسيل البريتوني أربع مرات في اليوم بمعدل نصف ساعة لكل عملية غسيل.

على عكس مرضى التنقية الدموية الذين يذهبون للمستشفى ٣ مرات أسبوعياً، وإن هم شاركوا بالجلسات التدريبية عليهم الحضور مرتين، فتصبح عدد أيام حضورهم للمستشفى ٦ أيام أسبوعياً، لذا لم يكن منهم متبرعين للمشاركة بالجلسات التدريبية.

كما أنه لا يمكن تقديم البرنامج التدريبي لمرضى التنقية الدموية بينما هم يتلقون جلسات العلاج، نظراً لبعض الأعراض الجانبية التي قد تحدث بينما هم يتلقون جلسات التنقية، متمثلة بانخفاض ضغط الدم أو الدوخة أو التقلص العضلي، مما يشكل عائقاً لتركيزهم بالجلسات.

ومرضى الغسيل البريتوني الذين تم تقديم البرنامج التدريبي لهم بهذه الدراسة، يتلقون العلاج التعويضي بالغسيل البريتوني منذ سنتين، لذا فهم قد تعدوا مرحلة الأزمة والإنعزال والغضب ويأملون بالوصول لمرحلة إعادة البناء والتجديد.

فرضيات الدراسة

تعمل الدراسة الحالية على تحقيق هدف الدراسة عن طريق اختبار الفرضيات التالية:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات القلق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة نتيجة التدريب على البرنامج الإرشادي .
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة نتيجة التدريب على البرنامج الإرشادي .
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات التكيف النفسي نحو المرض المزمن بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة نتيجة التدريب على البرنامج الإرشادي.

مفاهيم الدراسة النظرية والإجرائية :

الأمراض المزمنة: هي تلك الأمراض التي تدوم لفترة طويلة ولا يمكن الشفاء منها، إنما يمكن أن يتم السيطرة على أعراضها عن طريق الحماية الغذائية والتمارين والأدوية، كالسكري والضغط وأمراض المفاصل وأمراض الكلى والقلب والسرطان (Cleveland clinic health system, 2004).

الفشل الكلوي المزمن : هو تلك المرحلة التي تصل فيها الكلية إلى التوقف عن أداء وظائفها الفسيولوجية. ولغايات هذه الدراسة تم اختيار المرضى الذين تم تشخيصهم من قبل الأطباء كمرضى الفشل الكلوي المزمن ويعالجون بواسطة الغسيل البريتوني (Daugirdas *et al.*, 2000).

الغسيل البريتوني : هو أسلوب من أساليب علاج الفشل الكلوي المزمن، يوظف غشاءً طبيعياً داخل جسم المريض ليقوم بعملية تنقية الجسم من السموم المرتفعة وطرح السوائل المتركمة فيه (Daugirdas *et al.*, 2000).

التكيف: عملية تهدف إلى تشكيل استجابات صحية تكيفية لدى الفرد (Judge,1992). ويعرّف إجرائياً

لأغراض هذه الدراسة، بالدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس التكيف النفسي.

القلق : استجابة انفعالية تتصف بالتوتر والخوف سواءً كان ذلك لسبب محدد أم غامض، فقد يكون هذا

الانفعال نتيجة موقف يرتبط بالحزن والألم والأسى ثم ينقضي بانقضاء أسبابه، وقد يكون مزمناً نتيجة

مشكلة مزمنة، وعادة ما يصاحبه أعراض كالأرق والأفكار الوسواسية والصداع وآلام الصدر والدوخة

والغثيان وغير ذلك (محمد، ٢٠٠٠). ويعرّف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة، بالدرجة التي يحصل عليها

المريض على مقياس سبيلبيرجر للقلق.

الاكتئاب: حالة انفعالية تؤثر على حالة الفرد الجسدية كانعكاس لطريقة تفكيره، التي تؤثر في مشاعره

وتظهر على سلوكه، وتتمثل أعراضها في: مشاعر الحزن وفقدان الطاقة والشهية،

والغضب والسلوكيات القسرية، والشعور باللامبالاة تجاه الأحداث سواءً كانت سارة

أو غير سارة (National Mental Health, 2003). ويعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة، بالدرجة

التي يحصل عليها المريض على مقياس بيك المعرب والمقنن على البيئة الأردنية.

التدريب على استراتيجيات التكيف: ويتم في هذه الدراسة من خلال برنامج تدريبي لخفض القلق،

والاكتئاب، وتحسين مستوى التكيف النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، يقوم على استخدام مبادئ

العلاج السلوكي المعرفي.

ويتكون البرنامج التدريبي من ١٢ جلسة تدريبية، ٧ جلسات للتدريب على التكيف مع أعراض

الإكتئاب واستبدال أفكار المرضى الغير عقلانية بأخرى متوازنة، ويتم استخدام عناوين مختلفة بكل

جلسة تخدم هدف الجلسة، منطلقاً من الهدف العام المتمثل بتعليم المرضى استراتيجيات تكيف لخفض

الإكتئاب، أما باقي الجلسات توظف نفس الإستراتيجيات التي تم التدريب عليها لخفض الإكتئاب،

واستخدام عناوين مختلفة تخدم هدف الجلسات ولكن لخفض القلق، ويطلب من المرضى واجبات منزلية تخدم فكرة الجلسات ولكن بالمشكلات التي يعانيها كل مريض، ويتم مناقشة الواجبات في الجلسة التالية.

محددات الدراسة

اقتصرت هذه الدراسة على مرضى الفشل الكلوي المزمن المعالجين بالغسيل البريتوني فقط والمراجعين للمستشفيات الحكومية في : عمان و الزرقاء والسلط، وقد تم اختيار المرضى عن طريق العينة الميسرة مما يضع حدوداً على إمكانية تعميم النتائج .

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

الدراسات السابقة

تعتبر الأمراض المزمنة من الأمراض ذات الأثر البالغ على جسم الفرد ونفسيته، لذلك لابد من التركيز عليها ودراسة الآثار النفسية المترتبة عليها، وذلك بهدف حماية شخصية الفرد وتحقيق التوازن بين النفس والجسد.

وقد تناولت الدراسات العديد من الأمراض المزمنة، كأمراض القلب والأمراض الروماتيزمية والسرطان، من حيث الآثار النفسية المترتبة عن وجود المرض المزمن، وأذكر على سبيل المثال لا الحصر دراسة أبو السندس (٢٠٠٢)، والتي تناولت فيها التكيف النفسي الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باللويميا، أن هؤلاء الأطفال يخافون البقاء وحدهم بسبب الملل، وإجراءات العلاج الطويلة، كما أنهم يعانون من القلق والغضب السريع والبكاء نتيجة التغيرات التي حصلت في أجسامهم.

كما قامت ملكاوي (١٩٩٨) بدراسة الخصائص النفسية التي يتميز بها (٧١) طفلاً يبلغ متوسط أعمارهم ٧ سنوات، من ذوي الأمراض المزمنة، فوجدت أن الأطفال قد تأثروا من الناحية الأكاديمية والنفسية و الاجتماعية، واصبح لديهم اتجاهات سلبية نحو وجودهم في المستشفى، لكنهم يحملون مشاعر إيجابية تجاه الأطباء والممرضات.

ويتعرض مرضى الفشل الكلوي المزمن إلى العديد من المشاكل الخطرة، والتي لها علاقة بالصحة الجسدية والنفسية كغيرهم من مرضى الأمراض المزمنة، حيث ترتفع نسبة الوفيات فيما بين

مرضى الفشل الكلوي، نتيجة لعوامل عدة والتي أحدها الإلتهابات والمشاكل القلبية، وعدم تقبلهم لنوعية العلاج المقدم واختصارهم لفترات العلاج التعويضي التي يتلقونها (Kaveh & Kimmel, 2001).

إن لحظة بدء الفشل الكلوي المزمن هي اللحظة التي تتأثر بها نوعية حياة هؤلاء المرضى، فيتعرض المرضى وشركائهم والقائمين على رعايتهم إلى تحديات كبيرة أثناء محاولة التكيف مع الظروف العلاجية لهذا المرض المزمن والوضع المرضي الجديد، من حيث تحديد بعض العلاقات الشخصية والممارسات الجنسية، بل يتعدى ذلك إلى فقدان العمل أو تغيير في طبيعة دور الوظيفة التي يمارسها المريض (Kimmel, 2001).

يعد الإكتئاب وتوقعات المرضى من انعكاسات المرض المزمن عليهم، من أهم ردود الفعل الإنفعالية التي يتعرض لها مرضى الفشل الكلوي المزمن، ويصاحب هذه الإنفعالات تغيرات في جهاز المناعة، وعدم تقبل العلاج التعويضي ورغبة المرضى في النجاة من مخاطر هذا المرض (Kimmel, 2000).

ويزيد ارتباط مرضى التنقية الدموية على جهاز التنقية ثلاث مرات أسبوعياً لمدة ٤ ساعات في كل مرة، من معانات هؤلاء المرضى وإحساسهم بالقيء، كما أن الخطورة التي يتعرض لها المرضى من جراء العمليات الجراحية للوصلات الشريانية، والضغوطات الناجمة عن تحديد كمية السوائل الداخلة لجسم المريض، والتقلصات العضلية أو الحكة والإمساك، تؤدي لظهور العديد من المشاكل النفسية والاجتماعية، التي تنتج الإضطرابات الإنفعالية للمرضى (Welch & Austin, 1999).

وتعد الصعوبات النفسية الاجتماعية هي الأكثر شيوعاً بين مرضى الغسيل الكلوي، كما جاء في

دراسة فلينكليستين وفلينكليستين (Fenkelstien&Fenkelstien,1999).

أما الشعور بالغضب، والقلق، والإكتئاب، والإنكار هي من الاضطرابات التي يعاني منها

مرضى الفشل الكلوي المزمن (Kopp , 1992). و يمثل الاكتئاب الاضطراب الأكثر شيوعاً بين

مرضى الفشل الكلوي عموماً الذين يتلقون العلاج التعويضي (Levy,1992).

ويعتبر اضطراب الإكتئاب أحد أهم أسباب الوفيات بين مرضى التنقية الدموية (2001)

Kimmel, وللكشف عن الناجبين من الوفاة، وتأثير نوعية العلاج التعويضي التي يتلقاها مرضى

الفشل الكلوي المزمن، تم مقارنة عينة مكونة من (١٠٤١) مريض بدأوا العلاج التعويضي، ٧٦٧

مريضاً منهم يعالجون بالتنقية الدموية و ٢٧٤ مريضاً يعالجون بواسطة الغسيل البريتوني، وهم من

مراجعين ٨١ عيادة في ١٩ ولاية أمريكية، وقد تم متابعة هؤلاء المرضى لمدة ٧ سنوات. وقد تبين أنه

لا يوجد فرق بين كلا نوعين المعالجة في السنة. إلا أنه بعد ذلك ارتفعت نسبة الوفيات بين مرضى

الغسيل البريتوني، وذلك لعدم متابعة اخصائي أمراض الكلى لهم، فهم يقومون بزيارة الاخصائي مرة

بالشهر، على عكس مرضى التنقية الدموية، والذين يقوم الأخصائي والممرضات بمتابعتهم في ٣ مرات

أسبوعياً، أثناء جلسات العلاج التعويضي، كما ان الاخصائي على اطلاع مستمر بنوعية العلاجات

الدوائية، والحمية الغذائية، والفحوصات المخبرية، والأعراض الجانبية لهؤلاء المرضى، وقد يكون هذا سبب الفرق في حالات الوفاة للعلاجين

(Jaar,Coresh, Plantiga,Fink,Klag,Levey,Levin,Sadler,Kliger&Powe,2005).

وتتمثل أعراض الاكتئاب لمرضى الفشل الكلوي المزمن في: الشعور بالحزن الشديد والوحدة والشعور بعدم الجدوى والإحساس بالذنب واليأس والتغير في عادات النوم والطعام، وغيرها من ردود الفعل الجسدية والانفعالية والسلوكية (Kimmel ,Peterson and Weihs , 2000).

وقد تسبب بعض العلاجات التي يتناولها مرضى الفشل الكلوي المزمن، أعراضاً مشابهة لأعراض الاكتئاب، كإحساس بالضعف العام والصعوبات المعرفية، وفقدان الشهية وقلة النوم (Christensen& Ehlers,2002)و(Sacks,Peterson&Kimmel,1990).

وعند دراسة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب، لعينة تناولت (١٠٨) مريضاً ومريضة من مرضى التنقية الدموية، ٤٣ من الذكور و ٧٤ من الإناث، متوسط أعمارهم بين ١٢،٨ - ٥٧،٧ عاماً، ولأغراض الدراسة تم استخدام استبيان تايواني Taiwan Depression Questioner ، وقد تم تناول ثلاثة جوانب وهي: التغيرات الفعلية ، الشكوى من الأعراض الجسدية، والإضطرابات المعرفية. أشارت النتائج إلى أن الاكتئاب يظهر بصورة مرتفعة لدى مرضى التنقية الدموية، وأن أعراضه نتيجة للآثار المترتبة على المرض المزمن، المتمثلة بفقدان العمل أو العمر أو المشاكل الإجتماعية، إن لبرامج الدعم الإجتماعي الجيدة علاقة بانخفاض أعراض الاكتئاب (Chen et al.,2003).

ويبدو أن عدداً كبيراً من مرضى الفشل الكلوي المزمن المعالجين عن طريق الغسيل البريتوني يعانون من الاكتئاب أثناء تلقيهم للعلاج، تماماً كمرضى التنقية الدموية، وأن حياة هؤلاء المرضى مهددة بالخطر إن لم تتم معالجة أعراض الاكتئاب لديهم (Corey,Finkelstein,Santacroces,Brennan,Raffone,Rifkin,Klige&Cooper,1990).

ويؤثر الإكتئاب على النتائج الطبية لمرضى الفشل الكلوي المزمن، من خلال ميكانيزمات عدة، حيث يلعب الضغط النفسي دوراً في توسط العلاقة بين الإكتئاب والنتائج الطبية، وتوقعات الشخص لنوعية الحياة والموت (Kimmel & Peterson,2005).

فالإكتئاب يصيب (٢٠ - ٣٠ %) من مرضى الغسيل البريتوني أو تنقية الدم، كما وجدت دراسة ولكوت ونيسينسون ولانديفيرك (Wolcott ,Nissenson and Landsverk ,1988)، مما يتطلب إجراء العديد من الدراسات والأبحاث لإيجاد الحلول للحد من أضرار الآثار النفسية للإكتئاب على مرضى الفشل الكلوي.

أما دراسة بارييسك وبيفيك وموك وجاكورجيريك وساجود (Barisic ,Pivac ,Muck ,Jakorljeric & Sagud ,2004)، والتي أجريت على (٧٩) مريضاً تم دراسة وضعهم النفسي، فقد أشارت إلى أن (٦٥%) من مرضى الفشل الكلوي المزمن المعالجين بالتنقية الدموية يعانون من الاكتئاب المرضي (Comorbid Depression) الذي يتضح

من انخفاض تركيز مادة السيروتونين (serotonin 5 H-T)، وقد يكون هناك علاقة بين الوقت الذي يقضيه المريض على جهاز التنقية الدموية وهذا الاكتئاب. كما ويعاني هؤلاء المرضى من مستويات مرتفعة من القلق والتي تتضح من ارتفاع تركيز مادة البليتليتس (Platlets 5 H-T) ويمكن الاستدلال إكلينيكيًا على وجود القلق من ارتفاع تركيز هذه المادة في الدم.

وتؤثر المستويات العالية من الاكتئاب على مرضى الفشل الكلوي المزمن، والتي يصاحبها ارتفاع في مستوى الوفيات تماماً كما تؤثر العوامل المرضية الإكلينيكية الأخرى في ارتفاع مستوى الوفيات (Kimmel, Peterson, Weihs, Simmens, Alleyne, Cru & Veis , 2000).

ووجد زيميرمان (Zimmermann ,2001) أن مرضى التنقية الدموية يعانون من مستويات اكتئاب أعلى من مرضى الغسيل البريتوني، لكن لا يوجد اختلاف بين مستويات القلق لدى كلا المجموعتين.

ووجدت دراسة لـويرث وفليتتكتستي وجيرسين وستييل وكليجير (Wuerth, Finklestei, Juergensen, Steele and Kliger, 1997)، ارتباطاً بين الأعراض والآلام الجسمية التي يعاني منها مرضى الغسيل البريتوني و العديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية. فقد تبين أن الالتهاب البريتوني الناتج عن عملية الغسيل البريتوني، يؤدي إلى الإصابة بالقلق، والاكتئاب، وإلى تغيرات في نوعية حياة المرضى، بسبب تأثير هذه الاضطرابات على العلاقات العائلية والعلاقات الشخصية لهؤلاء المرضى.

وبالرغم من أن الغسيل البريتوني له علاقة بالعوامل السيكولوجية، كالإحساس بفقدان الأمل والضغوطات النفسية الناجمة عن أخطار المرض، إلا أنه لا يوجد أية علاقة ذات دلالة بين الإكتئاب والجنس والعمر والمتغيرات الطبية

(Kim J.,Huh,Kim Y., Kim D.,OhHY, Kang,Kim M& Kim J.,2002).

وتنعكس المشاكل الإنفعالية المتمثلة بالقلق والإكتئاب لمرضى الفشل الكلوي، على شهية المرضى مما يؤدي إلى سوء تغذية وارتفاع بنسبة الوفيات (Korevaar,Dekker,Mannen,Boeschoten,Bossuyt&Krediet,2003).

وعند دراسة الإضطرابات النفسية التي يعني منها مرضى التنقية الدموية، لدى عينة مكونة من (٩٣٨٢) مريض من مرضى التنقية الدموية، والذين تم اختيارهم عشوائياً من ١٢ مدينة (نيوزلندا، استراليا، بلغاريا، كندا، فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، اليابان، اسبانيا، السويد، بريطانيا، أميركا)، وجد أنهم يعانون من اضطرابات القلق والإكتئاب، ويعد الإكتئاب الإضطراب الأكثر شيوعاً بين المرضى، ويصاحبه انسحاب المرضى من جلسات التنقية، واستمرار تلقيهم العلاج بالمستشفى، ووفاة نسبة كبيرة منهم

(Lopes,Albert, Young,Satayathum,Pisoni,Andreucci,Mapes,Mason,Fukuhara,Wikstrom,Saito & Port, 2004)

ويمكن الاستدلال على وجود الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، بواسطة مقياس بيك للاكتئاب ومقابلة أعراض هذا الاضطراب للأعراض الموجودة في دليل التشخيص والإحصاء الرابع (DSM IV) (Finkelstein, Fredric and Finkelstein, 2000).

حيث تم متابعة (١٨٧) مريضا ممن يتلقون العلاج عن طريق الغسيل البريتوني لمعرفة مستويات الاكتئاب لديهم في دراسة تتبعية لوورث وفلينكيلستين وسيارسيا وباتيرسون (Wuerth, Finkelstein, Ciarcia and Peterson, 2001)، شُخص ١٣٦ مريضاً منهم بالاكتئاب وذلك باستخدام مقياس بيك للاكتئاب. ثم تم تحويل ٦٧ من المرضى المشخصين بالاكتئاب وممن حصلوا على درجات عالية على المقياس لإجراء المزيد من التقييمات النفسية، فوجد أن ٢٧ مريضاً منهم يعانون من اكتئاب اكلينيكي Clinical Depression وقد تم علاجهم بالأدوية التي أثبتت فاعليتها في خفض أعراض الاكتئاب.

وقد وجد ويرث وفينكيلستين وفينكيلستين (Wuerth, Finkelstein & Finkelstein, 2005)، بدراسة مسحية لعينة مكونة من ٣٨٠ مريضاً من مرضى الغسيل البريتوني، التي تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب بها، أن ٨٤% من المرضى يعانون من اكتئاب أساسي (Major Depression)، وعادة ما يتم علاج هذه النوعية من الاضطرابات بالأدوية.

وتؤدي أعراض الإكتئاب التي تظهر على مرضى الغسيل البريتوني، إلى إهمال المرضى رعايتهم بأنفسهم، فترتفع نسبة الإلتهاب البريتوني والألبومين (Albumin) ، ومن ثم استمرار دخول المرضى للمستشفى، وفي كثير من الأحيان تنتهي هذه المعاناة بالموت (Einwohner, Bernarolini, Fried & Piraino, 2004).

وعند تقييم العلاجات الدوائية للإكتئاب على النتائج الطبية، يجب أن نأخذ بعين الاعتبار أن أعراض الإكتئاب إنما هي بسبب الضغط النفسي الذي يسببه المرض المزمن، فتعرض المرضى لنقص المناعة والإلتهاب البريتوني، وإلتهابات الوصلات الشريانية لمرضى التنقية الدموية، تؤدي إلى اقتراب المرضى من الموت (Einwohner, Bernadini, Fried & Piraino, 2004).

فالضغط النفسي الذي يولده الفشل الكلوي المزمن، يؤدي إلى ارتفاع في ضغط الدم والذي يؤدي بدوره إلى ارتفاع في سرعة بلازما الدم، مما ينعكس سلباً على نوعية حياة المرضى (Castellani, Unger & Contini, 1999).

ويذكر كميل (Kimmel, 2005) أن الوصول إلى المرحلة التي تتوقف فيها الكلية عن أداء وظائفها الفسيولوجية هو قمة الجبل الجليدي والذي يؤثر على نفسية مريض الفشل الكلوي المزمن، حيث يشعر المرضى بضغط نفسي شديد ومستويات من التوتر والقلق العالي. وبعد أن يقرر الطبيب

العلاج التعويضي بالتنقية الدموية تتغير نوعية الحياة التي يحياها هؤلاء المرضى، فتظهر أعراض الاكتئاب والانسحاب من النشاطات اليومية واضطرابات النوم ويزداد الإحساس بالألم لدى هؤلاء المرضى.

ولقد أصبح لدى أخصائيي أمراض الكلى اهتمام أكبر بالعوامل النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي المزمن وذلك بسبب أثرها على النتائج الإكلينيكية وسلامة المرضى، فقد دلت التجارب على وجود ارتباط بين الرضى النفسي للمريض ونوعية الرعاية الطبية المقدمة له والتي تؤثر بدورها على النتائج الطبية. حيث وجد هاريس و لوفت و رودى وتيرنى (Harris, Luft, Rudy and Tierney, 1995) بأنّ عدم الرضا عن الرعاية الطبية المقدمة لمجموعة من المرضى ممن يعانون من الفشل الكلوي المزمن يسبب ضغطاً نفسياً شديداً إضافة للعديد من الأعراض الجسدية والتي تؤثر بدورها على تلقي العلاج الدوائي، لذا فإن الرضا عن الرعاية الطبية المقدمة من الطاقم الطبي يؤثر على تقبل المريض للعلاج الدوائي ويقلل من ارتفاع ضغط الدم لهؤلاء المرضى.

أما العلاقة ما بين مرضى الغسيل البريتوني والكادر الطبي، تختلف عن العلاقة ما بين مرضى التنقية الدموية والكادر الطبي، فمرضى الغسيل البريتوني يشاركون بالإجراء العلاجي المقدم، لذا يعتبر دورهم فعال ولديهم القابلية لتقبل التنقيف الصحي، على عكس مرضى التنقية الدموية الذين يعتمدون تماماً على الكادر الطبي في إجراءات العلاج (Rubin, Fink, Plantinga, Sadler, Kliger & Powe, 2004).

وقد ربطت دراسة كوفاك وباتيل وباتيرسون وكميل (Kovac, Patel, Peterson, and Kimmel, 2002) ، بين عدة متغيرات كالدعم الاجتماعي ودعم الطاقم الطبي كزيارة الطبيب المستمرة للمريض أثناء تلقيه العلاج على جهاز تنقية الدم وحالات الاكتئاب التي تصيبه، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٧٩) مريضاً فوجدت الدراسة أن هناك أثراً إيجابياً لزيارة أخصائي الكلى على الحالة النفسية للمريض، في حين انسحب المرضى الذين لم يقدّم لهم الطبيب بزيارتهم ورفضوا العلاج .

وأظهرت دراسة فلور وتيرك وسكولز (Flor , Turk and Scholz , 1987) ، أنواعاً أخرى من المشاكل التي يعاني منها مرضى الفشل الكلوي المزمن مثل : عدم الرضا عن العلاقة الجنسية لدى الزوجين نتيجة للأفكار التي يحملها المرضى عن أنفسهم.

ووجدت كيرن وهيثورنثويت وسوثويك وجيلير (Kerns, Haythornthwaite, Southwick, and Giller ,1990) ، بأن المرضى الذين لديهم رضا عن العلاقة الزوجية والأكثر سعادة في علاقاتهم الزوجية، تظهر لديهم أعراض الإحباط والاكتئاب بصورة أقل مقارنة بالذين لديهم عدم رضا عن حياتهم الزوجية. ولم يقتصر الاهتمام على دراسة الآثار النفسية للأمراض المزمنة كمرض الفشل الكلوي، بل يتعدى ذلك إلى الاهتمام بنوعية الحياة التي يحيها هؤلاء المرضى، بحيث يكون مريض الفشل الكلوي المزمن قادراً على التكيف مع مرضه وعدم الاستسلام للآثار السلبية التي تصاحب المرض، و بالتالي المشاركة في المجتمع والقيام بدوره في الحياة بصورة طبيعية قدر الإمكان.

وتتأثر نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن باضطراب الإكتئاب الأساسي، والذي يجعلها أسوأ من غيرهم من مرضى الأمراض المزمنة، بسبب ظهور سلوكيات التدخين أو الإدمان وسوء العناية بالنفس، وبالتالي ارتفاع حالات الوفاة المصاحبة، الذي يجعل، وعادة ما يتم علاج الإكتئاب بواسطة العلاجات الدوائية، التي تعطى عادة نتائج فعالة (Tassani, Cassano & Fava, 2005).

ويعتبر الغسيل البريتوني والتنقية الدموية، طريقتان في العلاج تؤثران على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي مقارنة بالأفراد الأصحاء، ففقدان الأمل والقلق حول المستقبل وفقدان الدور الجنسي وتحديد الدور العائلي، يرفع من معدلات القلق والإكتئاب للمرضى ويجعلهم معرضين للموت. إن اللحظة التي يبدأ بها المرضى العلاج التعويضي، هي اللحظة التي يتأثر بها نمط حياتهم، فتبدأ النتائج الإكلينيكية بالتراجع أحياناً، ويزداد دخول المرضى للمستشفى، ويزداد استيائهم من الإلتهابات المتكررة وتوقع الموت المستمر. إنه من الأهمية عمل تقييم مستمر لنوعية حياة هؤلاء المرضى، للكشف المبكر عن الإكتئاب والقلق وتحسين نوعية حياتهم، كما أن تدريب الممرضات والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين ليقوموا بإرشاد هؤلاء المرضى (Lew, & Pirainot, 2005).

تشكل نوعية العلاج التعويضي التي يتلقاها مرضى الفشل الكلوي المزمن، ضغطاً نفسياً شديداً على المرضى وعلاقاتهم الزوجية، مما يؤثر سلباً على نوعية حياة هؤلاء المرضى، ويتسبب في ظهور أعراض القلق والإكتئاب (Wu, Fink, marsh, Mayer, Flinkelstein, Chapman & Powe, 2004).

ويشكل الفشل الكلوي المزمن ضغطاً نفسياً شديداً على القائمين على رعاية المرضى، من أقاربهم وأزواجهم، ويؤثر على نوعية حياتهم، فقد تم متابعة (٣٣) شخص ممن يقومون برعاية مرضى التنقية الدموية، و(٢٧) شخص ممن يقومون برعاية مرضى الغسيل البريتوني، ومقارنتهم بمجموعة

ضابطة مكونة من (٤٩) شخص ممن لا يقومون بمتابعة أية مرضى، فكانت نتائج الدراسة كما يلي:

٠١ الإكتئاب والأعراض جسدية الشكل ظهرت بصورة أكبر لدى القائمين على رعاية مرضى تنقية

الدم. ٠٢ اقترحت الدراسة أن يتم تقييم المشاكل النفسية والاجتماعية للقائمين على رعاية مرضى تنقية

الدم، نظراً للوقت الضائع الذي يقضونه مابين المستشفى والبيت، مما لا يسمح لهم بالقيام بأية أنشطة

اجتماعية (Sezer, Eren, Ozeankaya, Cilvi, Erturk & Ozturk, 2003).

وقد قام كوتنر وزاناج وبيرنهارت وكولين (Kutner, Zanag, Barnhart & Collins, 2005)

بدراسة الوضع الصحي ونوعية الحياة (Quality of Life) التي يحيها مرضى الفشل الكلوي المزمن

الذين يتلقون العلاج التعويضي (غسيل الدم و الغسيل البريتوني) لعينة مكونة من ٤١٣ مريضاً، فوجدوا

أن مرضى الغسيل البريتوني حصلوا على درجات أعلى على مقياس نوعية الحياة مقارنة بمرضى التنقية

الدموية مما يدل على أن نمط الحياة الجيد، والرعاية الصحية المناسبة والدعم الاجتماعي والنفسي

كلها عوامل ذات أثر على نفسية ذوي الأمراض المزمنة.

وبمقارنة النتائج الطبية لمرضى التنقية الدموية بمرضى الغسيل البريتوني لدى عينة مكونة من

جميع المرضى الجدد في (٣٨) مركزاً طبياً، وجد أن هناك فروق بسيطة في تكيف المرضى على

نوعية العلاج، لكن الاختلاف كان في نجات هؤلاء المرضى، وقد يكون ذلك لنوعية الحياة والتي تعتبر

أفضل بشكل ما لمرضى الغسيل البريتوني، فإحساسهم بالسيطرة على حياتهم بسبب مشاركتهم بإجراءات

العلاج تقلل من نسبة الوفيات لديهم في السنة الأولى من العلاج (Korevaar et al., 2003).

كما أشارت دراسة قام بها كوتنر وزاناج وبارنهارت

وكولين، (Kutner, Zanag, Barnhart and Collins 2005) بأن نوعية الحياة التي

يحياها مرضى الغسيل البريتوني أفضل بدرجة قليلة من مرضى تنقية الدم، نتيجة الإحساس بسيطرة المرضى على حياتهم. فالمريض هو الذي يقوم برعاية نفسه، وبإمكانه التنقل بسهولة وبدون قيود، وباستطاعته تناول أي نوع من الطعام.

أما مارتن وتومبسون (Martin & Thompson, 2002) فقد وضح أن مرضى الغسيل البريتوني يعانون من مستويات عالية من القلق والاكتئاب والتي لم يسبق أن تم اكتشافها بالفحص الإكلينيكي قبل البدء بالغسيل البريتوني، وقد استدلوا على ذلك بواسطة مقياس القلق والاكتئاب للمرضى داخل المستشفى (HADS)، مما يؤكد على حاجة هؤلاء للمزيد من التقييم النفسي، وتصحيح أفكارهم المرتبطة بالمرض .

وقد يكون للمعلومات الديمغرافية (كالجنس والعمر والوضع الاجتماعي والعمل) والمتغيرات الإكلينيكية للمرضى (تسارع أعراض المرض، وفقر الدم والزراعة السابقة للكلى وانخفاض مستوى الألبومين في الدم) تأثير على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن، كما وجدت الدراسة أن لأعراض القلق و الاكتئاب علاقة بصحة ونوعية حياة هؤلاء المرضى نتيجة الفكرة التي يحملها المريض عن وضعه الصحي والألم الذي يتعرض له. لذا يمكن اعتبار أن المتغيرات السيكولوجية لمرضى الفشل الكلوي المزمن، مصاحبة لتدني الصحة الجسدية والعقلية وقصور بالعلاقات الاجتماعية، لعدم الإحساس بالكفاءة الذاتية

. (Vazquez, Valderraabano, For, Jofre, Gomez, Moreno & Guajardo, 2005)

وفي دراسة هوليا وفيم وبرهاننتين ومرات وميني وكاجاتاي وإبراهيم (Hulya,Fehm,Burhanettin,Murat,Mine,Cagatay&Ibrahim,2005)، تم تقصي الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الفشل الكلوي المزمن، لدى (٤٠) مريضاً يتم علاجهم بالتنقية الدموية وذلك عند إلزامهم بحمية غذائية معينة وتحديد كمية السوائل التي عليهم شربها، ثم قامت الدراسة بقياس أثر هذه الاضطرابات على نوعية حياة هؤلاء المرضى، حيث تبين أن ٦٥% من المرضى يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب جسدية الشكل، ولم يتبين أن هناك علاقة بين هذه الاضطرابات النفسية والعمر أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو نوعية العلاج المقدم أو مدة الغسيل أو الوظيفة، وقد أشارت الدراسة إلى أن المرضى ذوي الاضطرابات الجسدية لا يتوقفون عن شرب السوائل مما يؤثر على نوعية حياتهم.

أصبحت أعداد مرضى الفشل الكلوي الذين يتلقون العلاج التعويضي، في ازدياد ملحوظ في السنوات الأخيرة، كما أن أعداد المرضى والذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ سنة ويتلقون العلاج التعويضي ازداد بطريقة أكبر من ذي قبل، وقد تم ملاحظة أن نوعية الحياة والنجاة من الموت لهذه الفئة من المرضى، أصبح أفضل من ذي قبل، وذلك بفضل طرق العلاج التعويضية المقدمة وبسبب اعتقادهم بأنهم قادرون على النجاة والإستمرارية بالحياة (Christopoulon &Petropoulou,2004).

ويبدو أن هناك أثر للتمارين الرياضية على القلق والإكتئاب ونوعية الحياة لمرضى الفشل الكلوي المزمن، فقد تم فحص أثر هذه التمارين على عينة من ٢٠ مريض ومريضة من مرضى التنقية الدموية، وكانت التمارين هي استعمال الدراجة الهوائية لبعض المرضى، والبعض الآخر يقومون بالمشي على الشريط. وتم اعطاء التمارين ثلاث مرات أسبوعياً ٦٠ دقيقة لكل مرة، وخرجت الدراسة بأن التمارين الرياضية تقوم بتحسين الوضع النفسي للمرضى على المدى البعيد، وتخفف من درجة الإكتئاب التي يعاني منها المرضى، واختفت أعراض القلق وتحسنت قابلية المرضى للعمل، وانعكس ذلك على نوعية حياة أفضل للمرضى (Sun, Jung, Kim, Part & Yang, 2002).

وفي دراسة لعينة مكونة من ١٥ مريضا تتراوح أعمارهم بين ٥٠ - ٨٦ سنة، أظهرت النتائج أن هناك العديد من المشكلات النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن الذين يستخدمون جهاز تنقية الدم كعلاج تعويضي، وبينت أن لاعتمادهم الدائم على هذا الجهاز أثر سلبياً على حياتهم العائلية والزوجية والاجتماعية، وتقبيدها بكثير من المحددات. لذا فإن تقبل المريض لنوعية العلاج تسهل من عملية تكيفه النفسي مع مرضه المزمن، كما بينت الدراسة دور القائمين على العلاج في عملية التكيف النفسي للمريض نحو مرضه المزمن

(Hargen, Peterson , Severinsson , Lutzen and Clyne, 2001).

وحول التكيف النفسي نحو الأمراض المزمنة قام تيرنر (Turner , 1991) وزوترا ومان (Zautra and Manne, 1991) بمراجعة عدة دراسات حول التكيف النفسي نحو الآلام المزمنة، فتوصلوا إلى نتيجتين الأولى : أن المرضى الذين يعانون من الآلام أو الأمراض المزمنة والذين

يقومون باستخدام استراتيجيات سلبية للتكيف، كالإنكار أو التركيز على الألم، أو تحويل الانتباه، يعانون من درجات أعلى من عدم القدرة وضعف الكفاءة الجسمية والنفسية. والثانية : أن المرضى الذين يقومون بالسيطرة والتحكم بوضعهم الصحي والجسدي من حيث الاهتمام والرعاية بأنفسهم وعدم الإنكار لواقعهم المرضي يبقون أكثر فعالية ونشاطاً ويبقون كذلك على اتصال جيد بمن حولهم .

ووجدت بـولا وكريستينا وانتونيو وكونسيسيس وألبينو (Paula, Cristina, Antonio, Concecic & Albino,1997)، بأن الأطفال المشخصين بالفشل الكلوي المزمن والذين يتلقون العلاج التعويضي ببتقية الدم أو بالغسيل البريتوني، يعانون من تغيرات في نمط حياتهم، وذلك بسبب الدخول المستمر إلى المستشفى والإجراءات الطبية المختلفة التي تقدم لهم، مما يؤدي إلى إصابتهم بالاضطرابات النفسية المتنوعة التي تستدعي تقديم الخدمات الإرشادية والنفسية لهم .

وقد أجرى الحلواني والمعالج والمسدي والجرابرة (٢٠٠١) دراسة على عينة مكونة من ١٠٠ مريض من مرضى الفشل الكلوي المزمن، لمعرفة انعكاسات واقع المرض على الأصدقاء الأسرية والمهنية والاجتماعية، ونتائج التغيرات في صورة الجسد وآليات الدفاع ضد القلق، وتقييم قدرة هؤلاء المرضى على التكيف مع نمط معيشتهم الجديد. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة المتفائلين والذين يتناوبهم في نفس الوقت إحساس بالقلق يمثل ثلث الشريحة، حيث حاولوا استخدام إستراتيجية الإنكار وتناسي المرض أو الاستخفاف به للتكيف مع المرض.

في حين بينت نتائج دراسة حمراني وبلال (Homrany & Bilal , 2001) والتي أجريت على ٥٤ مريضاً من مرضى الفشل الكلوي المزمن بمركز التنقية الدموية في مدينه أبها بالسعودية والتي اهتمت بدراسة التكيف النفسي الاجتماعي لمرضى الفشل الكلوي المزمن ودوره في نوعية الحياة، أن إستراتيجية الإنكار للمرض هي من أسباب الوفاة بين ٩٠ % من المرضى الشباب، و الذين استخدموا إستراتيجية الهروب من المشكلة بتناسي المرض وإهماله. بينما اختار المسنون التوجه الديني كآلية من آليات التكيف والإحساس بأن المرض مكافأة من الله عز وجل لمسامحتهم في الدنيا وكسب رضاه في الدار الآخرة، مما أدى إلى التكيف الإيجابي وتقبل المرض. وقد تبين أن الشباب كانوا أكثر استخداماً لإستراتيجية الإنكار (Denial) أو رفض المرض، وهذه من الاستراتيجيات غير الفعالة والتي قد تؤدي إلى الوفاة.

كما بينت الدراسة نفسها دور الزوجات الكبير في دعم الأزواج للتكيف النفسي الإيجابي، وتقبل أقرانهم لواقع المرض، مما يؤكد فائدة استخدام استراتيجيات التكيف المختلفة، ومنها الدعم العائلي في التخفيف من عامل القلق والاكتئاب.

وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة بوير وفريند وكوفيراكس وكولونويدز،(Boyer, Friend, Chlouverakis and Kaloyanides,1990) من أن

هناك آثاراً إيجابية للدعم الاجتماعي ودعم الطاقم الطبي ودعم الزوجة والشريك، على نفسية المرضى ومدى تقبلهم لنوعية العلاج التعويضي مما يؤثر على تكيفهم الإيجابي نحو المرض المزمن.

وهدفت دراسة التميمي (٢٠٠٣) إلى استقصاء العلاقة بين التكيف النفسي ودرجات القلق والاكتئاب لمريض الفشل الكلوي المزمن، وتفحص ما إذا كان لخصائص المريض الديمغرافية (كالجنس والعمر والوضع الاجتماعي، ومستوى التعليم والعمل) علاقة بـدرجات التكيف النفسي ودرجات القلق والاكتئاب، والتعرف على استراتيجيات التكيف المختلفة المستخدمة من قبل مرضى الفشل الكلوي المزمن وعلاقتها بـدرجات القلق والاكتئاب. وقد تبين وجود علاقة بين القلق والاكتئاب والتكيف لمرضى الفشل الكلوي المزمن المعالجين بتقنية الدم، فالضغط النفسي الذي يشكله المرض المزمن يزيد من القلق والاكتئاب وبالتالي يؤدي إلى سوء تكيف تجاه الوضع المرضي.

وأوضحت الدراسة ثمان استراتيجيات تكيفية تم استخدامها من قبل مرضى الفشل الكلوي المزمن وهي: النظرة الإيجابية، والانخراط بالعمل، والدعم الاجتماعي، والنشاط والتعرف على أشخاص جدد، وتوقع العطف والإشفاق، والتشاؤم، والانسحاب، ودعم الكادر الطبي، وقد تبين أن أكثر الإستراتيجيات استخداماً هي توقع العطف والإشفاق وأقلها الانخراط في العمل .

وأشارت دراسة جميسن وفيرتز (Jamison and Virts,1990) إلى أن ذوي الأمراض

المزمنة الذين يتلقون الدعم الاجتماعي لديهم استراتيجيات تكيف فعالة نحو وضعهم المرضي، وهم أكثر

فعالية في حياتهم، وأنّ درجة إحساسهم بالضغط النفسي والإحباط أقلّ وبالتالي كان تناولهم للأدوية المسكنة أقلّ.

وتشير الدراسات في استراتيجيات التكيف إلى وجود سلوكيات تكيفية متعلمة تهدف إلى مواجهة الموقف الضاغط الذي يواجهه الفرد ومن ثمّ تجاوزه. وتنقسم استراتيجيات التكيف إلى قسمين رئيسيين هما المواجهة أو الهروب . وتكمن أهمية استراتيجيات التكيف في توسطها العلاقة بين الضغط النفسي الذي يولده المرض المزمن، ونواتج هذا الضغط من ردود الفعل الجسدية والانفعالية والسلوكية والمعرفية، فكثيراً ما يعتمد حجم العواطف والانفعالات التي نمر بها ونستشعرها على الطريقة التي نعالج بها المواقف الضاغطة. وتختلف استراتيجيات التكيف في فعاليتها بمواجهة الضغوط، فقد ظهر أنّ استراتيجيات المواجهة والتخطيط ارتبطت بثقة أكبر وسعادة أعلى، بينما ارتبطت استراتيجيات الهروب من المواقف الضاغطة بثقة وسعادة أقلّ (Feshbach and Weiner , 1991).

إنّ تأثر المريض بآلام مرضه المزمن يجعله عرضة للاضطرابات النفسية والاجتماعية كنتيجة للمرحلة المرضية التي يحيها، لذا فإنّ الدراسات الحديثة قامت بمحاولات للجمع بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي، حيث أثبت العلاج المعرفي السلوكي كفاءته في تخفيض أعراض الاضطرابات النفسية لمرضى الأمراض المزمنة، مما يؤثر إيجابياً على نوعية الحياة التي يحيوها، ويشجع المرضى للقيام بالنشاطات اليومية، مما يجعلهم أكثر إحساساً بالكفاءة الذاتية والجدوى وأكثر تقبلاً لآلام المرض المزمن، والعلاجات الطبية المقدم (Pawlak , Wittle and Heiken , 2003).

وبتقييم تأثير العلاج السلوكي المعرفي على مرضى تنقية الدم، في دراسة قدمها سيجاو وأوكا وشابويير (Sagaw, Oka, and Chaboyer, 2003) على عينة مكونة من ١٠ يابانيين من مرضى العيادات الخارجية وذلك بقياس مدى قدرتهم للسيطرة على كمية السوائل التي يتناولونها، حيث استخدم المعالجون أساليب: التعاقد السلوكي والتعزيز والمراقبة الذاتية، بينت النتائج أن طريقة العلاج فعّالة في مساعدة المرضى لتغيير عاداتهم السلوكية الخاطئة المتعلقة بشرب السوائل.

إن تقييم الوضع العلاجي بالنسبة للمرضى المعالجين بالتنقية الدموية أو الغسيل البريتوني، يتطلب تعديل العديد من الممارسات، فمن المهم تقييم التزام المريض بالحمية الغذائية وتحديد السوائل كتحديد أولي. وكون المريض يعالج بالتنقية يتطلب من المريض مراقبة بعض أملاح الدم كالبيوتاسيوم والفسفور وكمية السوائل والحمية الغذائية، بالإضافة إلى تفهم المرضى بماذا يعني المرض المزمن لهم، وتعديل أفكارهم عن أنفسهم والمرض (Fife, 1994).

و بينت دراسة لميلزك (Melzack , 1999)، نتائج من نوع آخر، حيث وجدت أن المرضى الذين تعرضوا لبرنامج سلوكي معرفي، ظهرت لديهم تغيرات في ردود الفعل السلوكية، تمثلت في إظهار سلوكيات توحى بوجود الألم، عند حصولهم على تعزيز إيجابي، كاهتمام الآخرين، أو عند تعرضهم للتعزيز السلبي، كتجنب الأحداث السيئة والتابعة لسلوك إظهار الإحساس بالألم .

وللعوامل النفسية الاجتماعية علاقة بتحسّن الحالة الصحية لمرضى الفشل الكلوي المزمن، حيث توضح دراسة كميل وزملاءه (Kimmel et al., 2000)، أن اعتراف المرضى بأنه يعاني من الاكتئاب يزيد من فرصة تلقيه للعلاج الدوائي، والإرشاد المعرفي، وبالتالي يحسن نوعية حياة هؤلاء المرضى ويقال من نسب الوفاة فيما بينهم.

ويعتبر العلاج السلوكي المعرفي نوع من أنواع العلاج النفسي، ويركز العلاج على إعتقادات وأفعال المرضى التي يوازنون بها أساليب حياتهم. حيث يعتبر هذا العلاج فعال في معالجة الإكتئاب حتى وإن لم تقدم للمرضى أية علاجات دوائية، وذلك بأن هذه النوعية من العلاج تعرّف المرضى على مخاطر الإكتئاب، وتزيد من تفهمهم للممارسات الإكلينيكية (Otto, Smits & Reese, 2005).

اقترح كوكر ودانييل وفريدمان وستيفين (Cukor, Daniel, Friedman & Steven, 2005)، في دراسة لهم أن العلاج السلوكي المعرفي، يقوم بتعديل أعراض الإكتئاب لمرضى الفشل الكلوي المزمن والتي تختلط بالأعراض الجسدية، وأظهروا مدى مناسبة مقياس بيك للإكتئاب للكشف عن الأفكار الإكتئابية التي تظهر كأعراض جسدية. وقد قام الباحثون بدراسة ٣ حالات تعاني من الإكتئاب، تم قياس درجات الإكتئاب للحالات بواسطة مقياس بيك للإكتئاب، كما تم تقديم العلاج السلوكي المعرفي لهذه الحالات، وأقدم موجزاً عن هذه الدراسة:

الحالة الأولى: جوليا والتي تبلغ الثالثة والربعين عاماً، تعاني من أعراض الإكتئاب، وكان متوسط درجاتها على المقياس قبل تقديم المعالجة ٦٠ درجة، وتتلقى العلاج التعويضي بالتنقيط الدموية منذ خمس سنوات.

أصبحت جوليا مؤخراً تمر بأوقات عصيبة، ولديها بعض المشاكل مع ابنتيها وابنها أيضاً مع صديقها. تم تقديم جلسات العلاج السلوكي المعرفي لها، حيث إحتوت الجلسة الأولى على التعريف بالأعراض المرفية والسلوكية المثلة للإكتئاب، ثم تلى ذلك جلسات تركز على السلوكات التي تقوم بها وتشعرها بنوع من السعادة أوقد تضيف معناً لحياتها. تلى ذلك جلسات للتعرف على أفكارها

الأوتوماتيكية والتي أصبحت معتقدات راسخة، مثل " أنا ام سيئة " ، " إنني غير جذابة وغير مرغوب بي " . وبمساعدة المعالج قامت بتغيير تلك الأفكار بأفكار أخرى لتمثل معتقدات جديدة. مما أدى لتحسن مزاجها، وأصبح لديها القدرة للتعرف على أفكارها الغير العقلانية.

تمثلت جلسات العلاج بسبع جلسات علاجية، وكان متوسط درجاتها على مقياس بيك البعدي (١٠) درجات، ثم تمت متابعتها لمدة ثلاث أشهر بعد الإنتهاء من الجلسات العلاجية. لقد أضافت خبرة العلاج السلوكي المعرفي لجوليا نقاط قوة، ونقلتها من إحساسها المستمر بدور الضحية كنتيجة للمرض المزمن إلى دور الناجي. وأصبحت تتقبل وضعها المرضي والتغيرات الجسدية الناتجة عن المرض، ولديها القابلية لممارسة أدوارها الإجتماعية، والتعاون مع القائمين على العلاج.

الحالة الثانية: لامار رجل يبلغ السادسة والسبعون عاماً، كان رجل دين ولديه الكثير من الإسهامات والنشاطات لمساعدة الآخرين، يعاني حالياً من مشاكل صحية عديدة، ويتحرك بواسطة كرسي متحرك ، ويحتاج إلى رعاية تمريضية مستمرة ويقوم بعملية التنقية الدموية منذ ثلاث سنوات. كان تكيف لامار جيداً قبل تدهور حالته الصحية، وقد تم تحويله للمعالجة النفسية بسبب معاناته من صعوبات في التكيف، والمزاج الإكتئابي، وعند تطبيق مقياس بيك للإكتئاب كان متوسط درجاته ٣٢ درجة.

قضى لامار ٨ جلسات علاج سلوكي معرفي، كان يعبر خلالها عن إنفعالاته السلبية بكل أمانة، استجاب لإعادة البناء المعرفي، وأصبح بإمكانه التعرف على سبب مشكلته الإنفعالية المتمثلة بالتوقعات العالية من نفسه. ونظراً لتدهور وضعه الصحي كانت جلسات العلاج السلوكي المعرفي متقطعة، انتهت الجلسات بوفاته، وكان معدل درجاته على مقياس بيك (٢٨) درجة بعد الجلسة الثامنة.

ويذكر الباحثون أن الأعراض التي ظهرت على لامار، لا تعزى للإكتئاب إنما هي أعراض جسدية نتيجة للتدهور وضعه الصحي، ولكن لامار كان بحاجة لتعاطف أكثر من الكادر الطبي ودعم إجتماعي أكبر.

الحالة الثالثة: أنا وهي أنثى تبلغ الثالثة والأربعون عاماً، غير متزوجة، وتتلقى العلاج التعويضي بواسطة التنقية الدموية منذ ٤ سنوات، تعاني من بعض المشكلات الصحية الأخرى، غير ملتزمة بالحمية الغذائية ومتطلبات العلاج، لاتبالي بكمية السوائل التي تتناولها، وتطلب بصفة مستمرة إنهاء جلسات التنقية قبل نفاذ الوقت، فكرت بالإنتحار كثيراً للتخلص من معاناتها، وترددت كثيراً قبل مراجعة المعالج النفسي، لإعتقادها أن كليتيها لن تعودا كالسابقين فما الفائدة من العلاج النفسي؟

كان معدل درجاتها على مقياس بيك كقياس قبل (٥٥) درجة، كان هدف العلاج المبدئي هو التغلب على رفضها مراجعة أخصائي أمراض القلب، وتقبل الإجراءات العلاجية الخاصة بوضع القلب. استمرت جلسات العلاج السلوكي المعرفي لمدة ٨ جلسات لمعالجة الإكتئاب، وقد استطاعت أنأ بعد الجلسة السادسة زيادة نشاطاتها اليومية، والتحكم بطريقة غذائها وكمية السوائل التي تتناولها، وأصبحت تبذل مزيداً من الجهد لتحسين حالتها المزاجية، لدرجة أنها قامت بتحدي أفكارها السلبية وطريقة تفكيرها. وكان معدل درجاتها على مقياس بيك للإكتئاب في القياس البعدي (٢٧) درجة بعد الجلسة الثامنة.

مما سبق يمكن القول بأن ذوي الأمراض المزمنة يعانون من آلام تعتبر تحدياً لنوعية الحياة التي يحيونها، مما يؤثر على أفكارهم وردود أفعالهم السلوكية، والانفعالية، والجسدية، كما ويشكل هذا الألم تحدياً للرعاية الصحية المقدمة لهم، كما أن القلق الشديد الناتج عن الضغط النفسي والجسدي الذي

يتعرض له مريض الفشل الكلوي المزمن يعتبر من المهددات التي يواجهها المرضى وأسرههم، ويعمل المرضى على مواجهة الضغط النفسي باستخدام إستراتيجيات تكيف مختلفة.

فالمريض من ناحية يريد أن يمارس حياته الطبيعية بشكل إيجابي، ويصطدم من ناحية أخرى بواقع مهدد، نتيجة ارتباطه بجهاز تنقية الدم ثلاث مرات أسبوعياً بمعدل أربع ساعات في كل مرة، أو استخدامه لأكياس التنقية في الغسيل البريتوني من أربعة إلى خمسة أكياس في اليوم، مما يرفع من درجة القلق و الاكتئاب لدى المريض ويؤدي إلى سوء تكيفه النفسي، الذي يتضح في ردود فعل المريض من حيث النظرة التشاؤمية والإنكار لكل ما يشير إلى إن هناك مرض أو صدمة مرضية. كما أنّ خبرات التهديد التي يتعرض لها مريض الفشل الكلوي المزمن حول إمكانية تحسنه أو شعوره بالكفاءة والإنتاجية قد تتسبب بشعوره بأن الحياة ليس لها معنى، وهذا من الاعتقادات الخاطئة التي يتبناها نتيجة لعدم تمييزه بأن نمط التفكير لديه هو سبب الاعتقاد الخاطئ وما يرتبط به من انفعالات سلبية وليست الحياة نفسها بما تحمله من الفرص. ويؤدي تبني استراتيجيات التكيف الإيجابية والمناسبة مع المرض إلى تحسين نوعية حياة هؤلاء المرضى، ويساعدهم في الوصول إلى فهم أفضل للعوامل المؤثرة على حالة القلق لديهم، وتساعدهم هذه الإستراتيجيات في تحليل وتفسير السلوك الناتج عن ضغط المرض المزمن، وبالتالي يسهل تحقيق عملية التكيف الإيجابية لديهم نحو المرض.

ولندرة الدراسات العربية التي تناولت تعليم مرضى الفشل الكلوي المزمن استراتيجيات تكيفية تساعد في التكيف مع متطلبات المرض المزمن، تبرز أهمية هذه الدراسة والتي تستند إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، وتستهدف تقديم برنامج تدريبي لمرضى الفشل الكلوي المزمن والذين يتم علاجهم التعويضي بواسطة الغسيل البريتوني لمساعدتهم في خفض القلق والإكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لديهم .

الفصل الثالث

منهج الدراسة والإجراءات

منهج الدراسة والإجراءات

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة فاعلية برنامج تدريبي لخفض القلق والإكتئاب، وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن، والذين يتم علاجهم التعويضي عن طريق الغسيل البريتوني.

أفراد الدراسة

وتكون أفراد الدراسة من (٢٠) مريضاً ومريضة من مرضى الفشل الكلوي المزمن المعالجين عن طريق الغسيل البريتوني، والذين تم اختيارهم على أساس العينة الميسرة.

تم الإعلان عن البرنامج التدريبي لمرضى الفشل الكلوي المزمن المعالجين بالغسيل البريتوني في المستشفيات الحكومية في الزرقاء وعمان والسلط عن طريق ممرضى مرضى الكلى.

ونتيجة للإعلان فقد تطوع (٢٤) مشاركاً، انسحب منهم (٣) مرضى لأسباب تتعلق بتلقي العلاج في الخارج أو زراعة الكلى، واستثنى مريض من أجل تساوي المجموعتين. تم توزيع المرضى المتطوعين عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، تكونت كل مجموعة من خمسة من الذكور وخمسة من الإناث، تتراوح أعمارهم من (١٦ - ٧٢) سنة.

ويوضح الجدول رقم (١) المتوسطات والانحرافات المعيارية لأعمار أفراد المجموعة التجريبية والضابطة الذكور والإناث.

الجدول رقم (١)

المتوسطات والإحرفات المعيارية لأعمار أفراد المجموعة التجريبية والضابطة الذكور والإناث.

المجموع		ضابطة		تجريبية		
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
١٥,٠١	٥٢,٦٠	١٥,٣٧	٥٣,٨٠	١٦,٣٣	٥١,٤٠	ذكور
٩,٥٠	٢٩,٠٠	٨,٥٨	٢٨,٢٠	١١,٣٠	٢٩,٨٠	إناث
١٧,٢٠	٤٠,٨٠	١٧,٨٨	٤١,٠٠	١٧,٤٦	٤٠,٦٠	المجموع

يتضح من الجدول رقم (١)، أن متوسط أعمار أفراد المجموعة التجريبية بلغ (٤٠,٦٠)، وأن متوسط أعمار أفراد المجموعة الضابطة بلغ (٤٠,٨٠)، ويتضح أن هناك تقارب بين أعمار الذكور في كل من المجموعتين التجريبية والضابطة حيث كانت (٥١,٤٠)، (٥٣,٨٠) بالترتيب، كما أن هناك تقارب بين متوسط أعمار الإناث في كل من المجموعة التجريبية والضابطة والتي بلغت (٢٩,٨٠)، (٢٨,٢٠) بالترتيب.

أدوات الدراسة:

تم استخدام مقاييس تتناسب وأغراض الدراسة لقياس مستوى التكيف ودرجات القلق ودرجات الاكتئاب، وتم استخدام البرنامج التدريبي الذي تم تطويره للتدريب على استراتيجيات التكيف.

وفيما يلي توضيح لأدوات الدراسة :

- **مقياس التكيف النفسي** (الفرخ، ١٩٨٩): يقيس الجزء الأول من المقياس درجة التوافق النفسي للمريض ويتكون المقياس من الأبعاد الرئيسية التالية: التوافق الشخصي، والتوافق العائلي، والتوافق الاجتماعي، والتوافق المهني، والتوافق مع المرض.

ويتكون المقياس الأصلي من (٦٠) فقرة، نصف هذه الفقرات باتجاه موجب ونصفها الآخر باتجاه سالب. واعتماداً على إجابة الفرد، يمكن أن تتراوح علامته على الفقرة الواحدة ما بين (١-٤). حيث يشير الرقم (٤) إلى تكيف بدرجة كبيرة و (٣) إلى درجة متوسطة و (٢) إلى درجة قليلة و (١) إلى عدم التكيف. وشملت تعليمات المقياس الطالب من المريض " أن يعبر عن نفسه بصدق وصراحة وأمانة، لأن من مصلحته أن يفهم نفسه بصورة أفضل. وأن عليه أن يقرأ الفقرات بدقة.

صدق المقياس: تم عرض المقياس الأصلي على خمسة عشر محكماً من أعضاء هيئة التدريس في الجامعة الأردنية وأبقت الباحثة على الفقرات التي اعتبر المحكمون أنها تقيس البعد الذي وضعت لأجله.

ثبات المقياس: أما ثبات المقياس الأصلي، فقد حصلت الفرخ (١٩٨٩) على معاملات ثبات للمقياس عن طريق استخراج معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، وكان معامل الاتساق الداخلي (٠،٨٥).

ولأغراض الدراسة الحالية تم حذف الفقرات التي اهتمت بالتوافق النفسي للمرضى المقيمين في المستشفى، حيث أن عينة الدراسة الحالية هي مرضى يتلقون العلاج التعويضي خارج المستشفى وفي

منازلهم. وقد طلب من (١٢) محكماً من اختصاصيي علم النفس والعاملين بالحقل الطبي فحص الفقرات التي يتضمنها المقياس الجديد، وأبقي على الفقرات التي أجمع عليها تسعة محكمين، ونتج عن ذلك مقياس لقياس التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن يتكون من (٤٧) فقرة، كما يتضح بالملحق رقم (١). تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (٢٠) مريضاً من مرضى الفشل الكلوي المزمن غير المشاركين بالتجربة للتأكد من وضوح الفقرات و صياغتها.

صدق وثبات المقياس: ولدى استخراج مؤشرات الصدق الداخلي للمقياس الجديد، تبين أن معاملات الارتباط بين كل فقرة في المقياس مع الدرجة الكلية تتراوح بين (٣٥ - ٧٥)، مما يعكس الاتساق الداخلي للمقياس. ثم تم استخراج معامل الثبات، عن طريق استخدام معادلة كرونباخ ألفا وبلغت قيمته (٠,٨٦، ٠).

ولتصحيح المقياس، تعطى لإجابات الفقرات: تنطبق بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة قليلة، لا تنطبق، الأوزان (٤، ٣، ٢، ١) على التوالي، كما هو موضح في الملحق رقم (١)، حيث تنال الفقرة ٤ درجات للإجابة تنطبق بدرجة كبيرة، ٣ درجات للإجابة بدرجة متوسطة، درجتين للإجابة بدرجة قليلة، ودرجة واحدة للإجابة لا تنطبق، وذلك على الفقرات السلبية، أما بقية الفقرات الإيجابية فتنال الدرجات السابقة معكوسة وهكذا.

وعند جمع الدرجات تدل الدرجات العليا على سوء التكيف، وتتراوح الدرجة الكلية للفرد على المقياس بين (٤٧ - ١٨٨) نتيجة لجمع الدرجات التي تنالها كل فقرة من الفقرات.

قائمة سبيلبيرجر للقلق (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, 1983)

تم استخدام قائمة سبيلبيرجر لقياس سمة القلق في هذه الدراسة كما يتضح بملحق رقم (٢) ، وذلك لإمكانية توظيفه في الكشف عن القلق لدى عينات عربية وأردنية.

يتألف المقياس من عشرين فقرة، أمام كل فقرة أربعة بدائل هي: أبداً ، بدرجة بسيطة، بدرجة متوسطة، بدرجة كبيرة. حيث تنال الفقرة درجة واحدة للإجابة (أبداً)، ودرجتين للإجابة (بدرجة بسيطة)، وثلاث درجات للإجابة (بدرجة متوسطة)، وأربع درجات للإجابة (بدرجة كبيرة)، ويصح ذلك على الفقرات الإيجابية وهي الفقرات (١-٦-٧-١٠-١٣-١٦-١٩)، أما بقية الفقرات وهي السلبية فتتال الدرجات السابقة معكوسة. وهكذا فإن الدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (٢٠ إلى ٨٠) درجة نتيجة للجمع الجبري للدرجات التي تنالها كل فقرة من الفقرات ويتمتع المقياس بمعاملات ثبات تراوحت بصورته الأصلية بين (٠,٥٤ - ٠,٨٦) ، بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (المومني، ٢٠٠١).

ثبات مقياس القلق: تم تطبيق القائمة على ٣٠ فرداً من خارج عينة الدراسة الحالية وتم استخدام معادلة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي، حيث بلغ معامل الثبات (٠,٨٩)، وهو مناسب لأغراض الدراسة.

صدق المقياس القلق: وللتحقق من صدق المقياس من أجل الدراسة الحالية، تم حساب ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية، فتبين أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية يتراوح بين (٠,٠٩-٠,٨٢)، أي أن ارتباط جميع الفقرات بالدرجة الكلية كان أعلى من الدرجة (٠,٣)، باستثناء الفقرات (٣،١١، ١٤) والتي تدنى معامل ارتباطها عن (٠,٣). وبشكل عام فإن بقية فقرات المقياس كانت ذات ارتباط مرتفع بالدرجة الكلية والجدول رقم (٢) يبين معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (٢)

معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس .

معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	رقم الفقرة
٠,٨١	١
٠,٣٢	٢
٠,٠٩	٣
٠,٦٢	٤
٠,٥٢	٥
٠,٨٢	٦
٠,٥٥	٧
٠,٧١	٨
٠,٣٨	٩
٠,٧٧	١٠
٠,١١	١١
٠,٣٧	١٢
٠,٧٣	١٣
٠,٠٩	١٤
٠,٧٠	١٥
٠,٧٣	١٦
٠,٤١	١٧
٠,٥١	١٨
٠,٦٢	١٩
٠,٦٤	٢٠

مقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory)، ملحق رقم (٣):

تم تبني هذا المقياس بسبب امكانية استخدامه، إضافة إلى تمتعه بمؤشرات صدق وثبات عالية تشجع على استخدامه. ويشتمل هذا المقياس على ٢١ مجموعة من العبارات التي تقيس السمات والاتجاهات والأعراض التي تمثل الاكتئاب، في كل مجموعة أربع فقرات متدرجة في شدتها من (٠-٣)، حيث تشير الدرجة (٠) إلى عدم وجود اكتئاب، وتشير (١) إلى وجود اكتئاب خفيف، وتشير (٢) إلى وجود اكتئاب متوسط، وتشير (٣) إلى وجود اكتئاب شديد. وينتج عن ذلك درجة كلية للفرد على المقياس تتراوح بين (٠-٦٣) درجة. وبناءً على هذه المعايير تم تحديد مستوى الاكتئاب. وفقاً لما يشير إليه واضع المقياس فإن الدرجة التي يحصل عليها الفرد تشير إلى أربع مستويات من الاكتئاب وهي: الدرجات من (٠-٩) تشير إلى عدم وجود الاكتئاب، الدرجات من (١٠-١٥) تشير إلى وجود اكتئاب خفيف، الدرجات من (١٦-٢٣) تشير إلى وجود اكتئاب متوسط، الدرجات من (٢٤ فما فوق) تشير إلى وجود اكتئاب شديد.

حقق المقياس في صيغته الأجنبية العديد من دلالات الصدق، فقد أظهر المقياس قدرة تنبؤية بدرجات التكيف لدى طلبة الصف السابع كدلالة على الصدق التنبؤي. كما تم الحصول على صدق المحتوى من خلال ما أشار إليه الأخصائيون حول الأعراض التي يعبر عنها الاكتئاب. وتتكون فقرات مقياس بيك من ستة محاور من المحاور التشخيصية التسعة لتشخيص الاكتئاب في دليل التشخيص والإحصاء الرابع (DSM IV). وتراوحت ارتباطات قائمة بيك للاكتئاب مع درجات تقدير الأخصائيين

بين (٠,٦٢-٠,٦٦) الأمر الذي يشير إلى دلالة مناسبة لصدق المحك (Devilley, 2004).

ثبات مقياس الاكتتاب:

وفي الدراسة الحالية تم تطبيق القائمة على ٣٠ فردا من خارج عينة الدراسة وتم استخدام معادلة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي، حيث بلغ معامل الثبات (٠,٨٨)، وهو مناسب لأغراض الدراسة.

صدق مقياس بيك للاكتتاب:

وللتحقق من صدق المقياس للدراسة الحالية، تم حساب ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية، فتراوح معامل الارتباط بين جميع الفقرات والدرجة الكلية (٠,٢٤ - ٠,٧٦). كما وجد أن ارتباط جميع الفقرات بالدرجة الكلية كان أعلى من الدرجة (٠,٣)، باستثناء الفقرة (٣) والتي تدنى معامل ارتباطها عن (٠,٣)، وبشكل عام فإن بقية فقرات المقياس كانت ذات ارتباط مرتفع بالدرجة الكلية والجدول رقم (٣) يبين معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (٣)

معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس.

معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	رقم الفقرة
٠,٥٨	١
٠,٤٣	٢
٠,٢٤	٣
٠,٥٦	٤
٠,٥٣	٥
٠,٤٧	٦
٠,٧٢	٧
٠,٥٦	٨
٠,٣٤	٩
٠,٤٧	١٠
٠,٣٦	١١
٠,٦٢	١٢
٠,٧٠	١٣
٠,٤٦	١٤
٠,٤٧	١٥
٠,٥٨	١٦
٠,٧٦	١٧
٠,٦٢	١٨
٠,٢٠	١٩
٠,٤٠	٢٠
٠,٦١	٢١

البرنامج التدريبي

وهو برنامج تدريب على استراتيجيات التكيف لخفض القلق، والاكتئاب، وتحسين مستوى التكيف النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، وقد تم تطويره لأغراض الدراسة الحالية (الملحق رقم ٢) .
و يهدف هذا البرنامج إلى إكساب مرضى الفشل الكلوي المزمن استراتيجيات التعامل مع المرض المزمن، ومهارات التعامل مع المرضى وذلك باستخدام أساليب سلوكية ومعرفية لخفض مستوى القلق والاكتئاب، الأمر الذي يساعد على تحسين مستوى التكيف النفسي لديهم .

وقد تم الإستعانة بفكرة برنامج عامر (٢٠٠٥)، الذي تناول العلاقة بين الأفكار الاعقلانية وكل من الغضب والتوتر والأرق عند طلبة الجامعة وأثر برنامج ارشادي في خفضها، ثم تم تطوير فكرة البرنامج إلى مايتناسب وأفراد عينة الدراسة الحالية من حيث أنهم مرضى ويعانون من القلق والإكتئاب.

وقد تم الإستعانة بالنشاطات التي اقترحها باديسكي وجرينبرغر (٢٠٠١)، لتصبح الواجبات المنزلية المقدمة للمرضى.

ويستخدم البرنامج استراتيجيات سلوكية معرفية وتم عرضه على خمسة محكمين من اختصاصيي

الإرشاد النفسي، وتم الأخذ بملاحظاتهم التي تضمنت:

- التعديلات اللغوية على البرنامج الإرشادي.
- تعديل بعض الأهداف لتتلاءم وموضوع الجلسة.
- تقديم المزيد من الأمثلة والنشاطات لضمان تحقيق الهدف من الجلسة.
- تدريب أعضاء المجموعة على الواجب البيتي أثناء الجلسة وإعطاء نموذج مشابه لتنفيذه في المنزل.

- تعديل عناوين بعض الجلسات وإضافة جلسات لخفض الاكتئاب.

وقد تضمنت الاستراتيجيات المستخدمة الاسترخاء والتعاقد السلوكي وإستراتيجية إعادة البناء

المعرفي .

تضمنت إستراتيجية الاسترخاء التدريب على التحكم بالتنفس ليتم استخدامه في مواقف القلق

والاكتئاب وذلك من أجل السيطرة على الأعراض الجسدية غير المريحة .

وتم توقيع العقد السلوكي بين أعضاء المجموعة والمرشدة، والذي تضمن المعايير والشروط

التي على الجميع الالتزام بها.

وهدفت إستراتيجية إعادة البناء المعرفي إلى تزويد المرضى بنمط عقلائي من التفكير وبنظم

معرفية منطقية تؤثر في انفعالاتهم وسلوكهم وأفكارهم وفق الخطوات التالية :

١. الشرح للمرضى بأن أفكارهم هي المحرك الرئيسي لانفعالاتهم وسلوكياتهم.

٢. تدريب المرضى على كيفية تحديد أفكارهم التي تمثل المحرك الرئيسي لانفعالاتهم

وسلوكياتهم.

٣. تدريب المرضى على اختبار الأفكار كفرضيات وليس كحقائق، وكيفية تمحيص تلك

الفرضيات .

٤. تقديم أفكار جديدة عقلانية وإيجابية بدلاً من الأفكار التي تم دحضها وتفنيدها.

يتكون البرنامج الإرشادي من ١٤ جلسة إرشادية، بمعدل جلستين أسبوعياً، زمن الجلسة ٩٠ دقيقة،

تقوم المرشدة خلال الجلسات بشرح الأفكار التي ستقدمها لأعضاء المجموعة، وتوزيع أوراق لحل بعض

التدريبات أثناء الجلسة والبعض الآخر كواجب منزلي.

وفيما يلي وصف مختصر للجلسات :

- **الجلسة الأولى " التقديم والتعارف "** : وقد هدفت إلى التعارف بين المرشدة وأعضاء المجموعة، وتطبيق مقاييس الدراسة قبل تقديم البرنامج الإرشادي، ثم توضيح طبيعة البرنامج، وأهدافه والواجبات والتدريبات المطلوبة من المجموعة، مع التأكيد على السرية والمواظبة على حضور الجلسات الإرشادية وأخيراً توقيع العقد السلوكي والذي يتضمن ضرورة الالتزام بحضور الجلسات والمشاركة في النشاطات والالتزام بالسرية.
- **الجلسة الثانية " الاسترخاء بالتنفس "** : وتتضمن تدريب أعضاء المجموعة على ممارسة وإتقان تمرين التحكم بالتنفس لاستخدامه في مواقف القلق والاكتئاب من أجل السيطرة على الأعراض الجسدية غير المريحة .
- **الجلستان الثالثة والرابعة " أعراض الاكتئاب "** : وتتضمن تحديد وتفسير أعراض الاكتئاب المعرفية والسلوكية والجسدية والانفعالية.
- **الجلسة الخامسة " التفكير "** : هدفت إلى تحديد الصلة بين الأفكار والانفعالات وردود الفعل الجسدية وتفسير تأثيرها على البيئة المحيطة، ثم تفسيرها على حالة اكتئاب.
- **الجلستان السادسة والسابعة " الأفكار التلقائية "** : يتم في هاتين الجلستين تدريب الأعضاء على ممارسة مهارة تحديد الأفكار التلقائية المرتبطة بالذات والمسببة لردود الفعل الجسدية والسلوكية غير المريحة ومن ثم إيجاد الدليل المؤيد وغير المؤيد لفكرة التلقائية وذلك لتطوير طرق جديدة للتفكير تؤدي لتحسين المشاعر، وخفض درجة الإكتئاب.

- **الجلسات الثامنة والتاسعة " الأفكار البديلة والأفكار المتوازنة "**: يتعلم الأعضاء هنا كيفية تبديل الفكرة التلقائية بفكرة بديلة أو متوازنة مع الأخذ بالاحتمالات السلبية والإيجابية أثناء الموازنة بين الحلول .
- **الجلسات العاشرة والحادية عشرة والثانية عشرة " القلق "**: وتتضمن تحديد وتفسير أعراض القلق المعرفية والسلوكية والجسدية والانفعالية، وتعليم مهارة تحديد الأفكار التلقائية المؤدية للقلق واستبدالها بأخرى متوازنة.
- **الجلسة الثالثة عشرة " تقليل الحساسية التدريجي "**: والهدف العام خفض التوتر المؤدي للقلق، ويتم تعليم أعضاء المجموعة مواجهة المواقف المقلقة عن طريق الاقتراب التدريجي منها وذلك برسم سلم متدرج للعناصر التي يخشى العضو الاقتراب منها بحيث يوضع الموقف أو الحدث الأشد في أعلى السلم.
- **الجلسة الرابعة عشرة " الختام "**: تقوم المرشدة بمناقشة الأعضاء بإيجابيات وسلبيات البرنامج وتطبيق مقاييس الدراسة وشكر أعضاء المجموعة أعلى مشاركتهم في البرنامج الإرشادي .

إجراءات التطبيق

بعد التوزيع العشوائي لأفراد الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وأخرى ضابطة، تم الاجتماع بأعضاء المجموعة التجريبية في قاعة للمحاضرات بمستودع أدوية الكردي/باكستر، للإتفاق المبدئي على الأيام التي سيجتمع بها الأعضاء مع المرشدة، وقد تم تحديد يومي السبت والثلاثاء من كل أسبوع.

قامت المرشدة بتوزيع مقاييس الدراسة للمجموعة التجريبية كقياس قبلي قبل تقديم البرنامج الإرشادي، كما أبلغت المشاركين بأنهم سوف يقومون بالتعاون مع القائمين على العلاج بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي بدور الجماعة الداعمة لبقية المرضى ممن يتلقون العلاج البريتوني، مما أسعد هؤلاء المرضى وكان حافزاً لهم للاشتراك بالبرنامج .

بالنسبة للمجموعة الضابطة تم جمع البيانات عن طريق توزيع المقاييس بشكل فردي بواسطة الزيارة المنزلية لهؤلاء الأفراد، ثم تم شرح أهداف الدراسة وغاياتها لهم.

تكون البرنامج الإرشادي من ١٤ جلسة إرشادية بمعدل جلتين أسبوعياً ، زمن الجلسة ٩٠ دقيقة، وطبقت الجلسات الإرشادية من بداية شهر تشرين الثاني وحتى نهاية كانون الأول في قاعة للمحاضرات بمقر مستودع أدوية الكردي / باكستر .

وقد قامت المرشدة خلال الجلسات باستخدام لوحة لشرح الأفكار التي ستقدمها لأعضاء المجموعة، وتوزيع أوراق لحل بعض التدريبات أثناء الجلسة والبعض الآخر كواجب منزلي .

بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي، تم شكر الأعضاء المشاركين ومناقشة سلبيات وإيجابيات البرنامج وتوزيع المقاييس أدوات الدراسة كقياس بعدي.

بالنسبة للمجموعة الضابطة تم توزيع المقاييس عليهم كقياس بعدي وذلك بعد الانتهاء من تقديم البرنامج الإرشادي للمجموعة التجريبية، وبدون أن تقدم لهم أية برامج إرشادية.

وقد اتبعت الدراسة الخطوات التالية قبل تقديم البرنامج الإرشادي :

- التعرف إلى درجة القلق والاكتئاب التي يعاني منها مرضى الفشل الكلوي المزمن.
- التعرف إلى درجة التكيف النفسي نحو المرض المزمن لهؤلاء المرضى.
- تطوير برنامج تدريبي سلوكي معرفي يقدم لمرضى الفشل الكلوي المزمن، ثم دراسة فاعليته في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف.

التحليل الإحصائي:

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتوسطات درجات إجابات المشاركين على مقاييس الدراسة، كما تم استخدام اختبار ت (T test) لعينتين مستقلتين للتأكد مما إذا كانت الفروق بين درجات أفراد كل من المجموعة التجريبية والضابطة على مقاييس الدراسة في القياس القبلي ذات دلالة إحصائية، ثم تم استخدام تحليل التباين المشترك للتأكد مما إذا كانت الفروق بين درجات أفراد كل من المجموعة التجريبية والضابطة على مقاييس الدراسة في القياس البعدي تعزى للتدريب على البرنامج العلاجي أم لا.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع النتائج

هدفت الدراسة الحالية إلى تطوير برنامج تدريبي لتحسين استراتيجيات التكيف المستخدمة من قبل مرضى الفشل الكلوي المزمن، ودراسة فاعليته في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي.

وقد تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لفحص فرضيات الدراسة وكانت النتائج على النحو التالي: تم حساب متوسطات درجات التكيف النفسي، ودرجات القلق ودرجات الاكتئاب، لدى أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل التدريب على البرنامج التدريبي، واستخدم اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

ويظهر الجدول رقم (٤) نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات التكيف والقلق والإكتئاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

جدول رقم (٤)

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات درجات التكيف والقلق والإكتئاب بين المجموعتين

التجريبية والضابطة في القياس القبلي

المتغير	المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت)	مستوى الدلالة
التكيف	التجريبية	١٠	٩٨	١٥,٦٥	٠,١٥٩	٠,٨٧٦
	الضابطة	١٠	٩٧,١	٨,٧		
القلق	التجريبية	١٠	٤٩,٥	١٦,٤	١,٦٨٦	٠,١٠٩
	الضابطة	١٠	٤٠,٤	٤,٦		
الإكتئاب	التجريبية	١٠	١٨	٩,١	٠,٦٩١	٠,٤٩٩
	الضابطة	١٠	١٦,٨	٤,٢٦		

نلاحظ من الجدول رقم (٤) أن المتوسط الحسابي لدرجات أعضاء المجموعة التجريبية على مقياس التكيف النفسي، هو (٩٨) بانحراف معياري (١٥,٦٥)، وبالنظر إلى مقياس التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي يتبين أن متوسط درجات إجابات أفراد المجموعة يقع على المقياس نفسه بين الدرجات (٩٤ - ١٤٠) درجة وهذا يشير إلى أن تكيف أفراد المجموعة منخفض.

أما المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس التكيف النفسي فهو (٩٧,١) بانحراف معياري (٨,٧٢)، وبالنظر إلى مقياس التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي يتبين أن متوسط درجات إجابات أفراد المجموعة يقع على نفس المقياس بين الدرجات (٩٤ - ١٤٠) وهذا يشير إلى أن تكيف أفراد المجموعة الضابطة منخفض أيضاً.

وقد أُجري اختبار (ت) للتأكد مما إذا كانت الفروق بين درجات أفراد كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التكيف النفسي، ذات دلالة إحصائية، فكانت النتيجة كما يوضحها الجدول رقم (٤) وهي أن قيمة (ت) للتكيف النفسي = (٠,١٥٩)، ومستوى الدلالة (٠,٨٧٦) مما يشير إلى عدم وجود فروق جوهرية بين تكيف المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية.

كما يبين الجدول رقم (٤) متوسطات درجات القلق والانحراف المعياري قبل تنفيذ البرنامج الإرشادي. فنلاحظ أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق هو (٤٩,٥) بانحراف معياري (١٦,٤)، وبالنظر إلى مقياس سبيلبيرجر للقلق يتبين أن متوسط درجات إجابات أفراد المجموعة يقع بين (٤٠ - ٦٠) وهذا يدل على وجود قلق عالٍ لدى أفراد المجموعة التجريبية.

أما المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق فهو (٤٠,٤) وبانحراف معياري (٤,٦٥)، وبالنظر إلى مقياس سبيلبيرجر للقلق يتبين أن متوسط درجات إجابات أفراد المجموعة الضابطة يقع بين (٤٠ - ٦٠) مما يدل أيضاً على وجود قلق عالٍ لدى أفراد المجموعة الضابطة.

وقد أُجري اختبار (ت) للتأكد مما إذا كانت الفروق بين درجات أفراد كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس سبيلبيرجر للقلق ذات دلالة إحصائية، فكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (٤)، تشير إلى أن قيمة (ت) للقلق (١,٦٨٦)، ومستوى الدلالة (٠,١٠٩) مما يشير إلى عدم وجود فروق جوهرية على متغير القلق.

وبالنظر إلى المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب وجد

أنه (١٨) بانحراف معياري (٩,١)، وبالرجوع إلى مقياس بيك للاكتئاب يتبين أن متوسط درجات

إجابات أفراد المجموعة يقع بين (١٦ - ٢٣) وهذا يشير إلى وجود اكتئاب عالٍ لدى أفراد المجموعة التجريبية.

والمتوسط الحسابي لمجموع درجات إجابات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب هو (١٦,٨) وانحراف معياري (٤,٣)، وبالرجوع إلى مقياس بيك للاكتئاب يتبين أن متوسط درجات إجابات أفراد المجموعة يقع بين (١٦ - ٢٣) وهذا يشير إلى وجود اكتئاب عالٍ لدى أفراد المجموعة الضابطة أيضا.

ولم تكن هناك فروق ذات دلالة بين متوسطات المجموعتين في الإكتئاب في القياس القبلي.

النتائج المرتبطة بالفرضية الأولى ونصها:

- توجد فروق ذات دلالة في متوسط درجات القلق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة نتيجة التدريب على البرنامج الإرشادي.

لفحص هذه الفرضية تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للقلق لدى المجموعتين ، وتم إجراء تحليل التباين المشترك والجدول رقم (٥) يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية.

جدول رقم (٥)

المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق في القياس البعدي

الانحراف المعياري	المتوسط	
٩,٩٧	٣٠,٢٢	التجريبية
٦,٠٠	٤٠,٨٠	الضابطة

نلاحظ من الجدول رقم (٥) أن متوسط درجات القلق على القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية بلغ (٣٠,٢٢)، وأن متوسط درجات القلق على القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة بلغ (٤٠,٨٠) وهذا يشير إلى وجود اختلاف بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة، وللتحقق مما إذا كان الاختلاف بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة دالا إحصائيا، تم إجراء تحليل التباين المشترك والجدول رقم (٦) يبين نتائج تحليل التباين المشترك.

جدول رقم (٦)

نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق

الدلالة	" ف "	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*٠,٠٠	٤١,٢٧	٧٨١,٩٧	١,٠٠	٧٨١,٩٧	القياس القبلي
*٠,٠٠	٥٣,١٩	١٠٠٧,٨٣	١,٠٠	١٠٠٧,٨٣	المجموعة
		١٨,٩٥	١٦,٠٠	٣٠٣,١٩	الخطأ
			١٨,٠٠	٢٠٩٢,٩٩	المجموع

من الجدول رقم (٦) يتضح بأن هناك اختلاف بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى القلق بعد تطبيق البرنامج، حيث أن قيمة الإحصائي " ف " بلغت (٥٣,١٩) وهذه القيمة دالة عند مستوى (٠,٠٥) فأقل، وبمراجعة المتوسطات الحسابية نلاحظ أن مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقل من مستوى القلق لدى أفراد المجموعة الضابطة مما يشير إلى أن هناك اثر للبرنامج التدريبي في خفض مستوى القلق لدى المرضى.

النتائج المرتبطة بالفرضية الثانية ونصها:

- توجد فروق ذات دلالة في متوسط درجات الاكتئاب بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة نتيجة التدريب على البرنامج الإرشادي .

لفحص هذه الفرضية تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية على القياس البعدي، وتم إجراء تحليل التباين المشترك، والجدول رقم (٧) يبين المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب .

جدول رقم (٧)

المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي

الانحراف المعياري	المتوسط	
٣,٣٩	٧,٣٣	التجريبية
٤,٣٩	١٥,٨٠	الضابطة

نلاحظ من الجدول رقم (٧) أن متوسط درجات الإكتئاب على القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية بلغ (٧,٣٣)، وأن متوسط درجات الإكتئاب على القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة بلغ (١٥,٨٠)، وهذا يشير إلى وجود اختلاف بين متوسط درجات الإكتئاب للمجموعتين التجريبية والضابطة.

وللتحقق مما إذا كان الاختلاف بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة دالاً إحصائياً تم إجراء تحليل التباين المشترك والجدول رقم (٨) يبين نتائج تحليل التباين المشترك.

جدول رقم (٨)

نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس

الاكتئاب

الدالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*٠,٠٠	٢٤,٣٣	١٦٠,٢٣	١	١٦٠,٢٣	القياس القبلي
*٠,٠٠	٦١,٨٤	٤٠٧,٢٦	١	٤٠٧,٢٦	المجموعة
		٦,٥٩	١٦	١٠٥,٣٧	الخطأ
			١٨	٦٧٢,٨٦	المجموع

من الجدول رقم (٨) يتضح بأن هناك اختلاف بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج، حيث أن قيمة الإحصائي "ف" بلغت (٦١,٨٤) وهذه القيمة دالة عند مستوى أقل من (٠,٠٥)، وبمراجعة المتوسطات الحسابية نلاحظ أن مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقل من مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة الضابطة مما يشير إلى أن هناك أثر للبرنامج التدريبي في خفض مستوى الاكتئاب لدى المرضى.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة ونصها:

• توجد فروق ذات دلالة في متوسط درجات التكيف بين المجموعة التجريبية

والمجموعة الضابطة نتيجة التدريب على البرنامج الإرشادي.

للإجابة عن هذه الفرضية تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية على القياس البعدي، وتم

إجراء تحليل التباين المشترك والجدول رقم (٩) يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية.

جدول رقم (٩)

المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التكيف في القياس البعدي

الانحراف المعياري	المتوسط	
١٢,٠٣	٨٠,٣٣	التجريبية
٧,٥٧	٩٦,٦٠	الضابطة

نلاحظ من الجدول رقم (٩) أن متوسط أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي بلغ

(٨٠,٣٣)، وأن متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي بلغ (٩٦,٦٠) وهذا يشير إلى

وجود اختلاف بين متوسط المجموعتين التجريبية والضابطة، وللتحقق مما إذا كان الاختلاف بين أفراد

المجموعتين التجريبية والضابطة دالاً إحصائياً تم إجراء تحليل التباين المشترك والجدول رقم (١٠)

يبين نتائج تحليل التباين المشترك.

جدول رقم (١٠)

نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التكيف

الدالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*٠,٠٠	٧٣,٣٤	١٣٧٤,٥٤	١	١٣٧٤,٥٤	القياس القبلي
*٠,٠٠	٧٧,١٣	١٤٤٥,٤٨	١	١٤٤٥,٤٨	المجموعة
		١٨,٧٤	١٦	٢٩٩,٨٦	الخطأ
			١٨	٣١١٩,٨٨	المجموع

من الجدول رقم (١٠) يتضح بأن هناك اختلاف بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى التكيف بعد تطبيق البرنامج، حيث أن قيمة الإحصائي "ف" بلغت (٧٧,١٣) وهذه القيمة دالة عند مستوى أقل من (٠,٠٥)، وبمراجعة المتوسط الحسابية نلاحظ أن مستوى التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقل من مستوى التكيف لدى أفراد المجموعة الضابطة مما يشير إلى أن هناك أثر للبرنامج التدريبي في خفض مستوى التكيف لدى المرضى.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء ما توصلت إليه الدراسات السابقة، والتوصيات التي خلصت إليها الدراسة.

أشارت النتائج المرتبطة بالفرضية الأولى إلى وجود فروق جوهرية في مستوى القلق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، حيث إن متوسط القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية أقل مما هو لدى أفراد المجموعة الضابطة. مما يشير إلى أثر البرنامج الإرشادي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في خفض القلق.

وتُعلل هذه النتيجة بأن الأساليب الإرشادية التي استخدمت في بناء البرنامج أثبتت فعاليتها في خفض القلق في كثير من الدراسات، فقد أثبتت الأساليب المعرفية المختلفة بأن لها ارتباط مباشر في التخفيف من مستوى القلق، حيث أن تغيير الطريقة التي يفكر فيها الفرد يسهم بشكل مباشر في تغيير إدراك الفرد وتفسيراته للمواقف التي يواجهها مما ينعكس على مستوى القلق لديه.

كما أن البرنامج التجريبي عمل على تعليم أفراد المجموعة التجريبية لاستراتيجيات التعامل مع القلق وساعد على تغيير بناهم المعرفية ومفاهيمهم حول المرض مما ساعدهم على التعامل والتكيف إيجابياً مع ظروفهم الناتجة عن وضعهم المرضي وإدراكها بطريقة أفضل مما خفض من درجات القلق التي يعاني منها أفراد المجموعة التجريبية.

إن تشجيع المرضى للقيام بالنشاطات اليومية، يجعلهم أكثر إحساساً بالكفاءة الذاتية والجدوى وأكثر تقبلاً لآلام المرض المزمن، والعلاجات الطبية المقدمة، مما يؤثر إيجابياً على نوعية الحياة التي

يحيوها (Pawlak , Wittle and Heiken , 2003).

وقد يظهر لنا هذا جلياً، في السلوكات التي بدأ بعض المرضى القيام بها كنتيجة لإحساسهم بالنجاح بعد المشاركة ببعض النشاطات اليومية، والتي بدورها أدت إلى ظهور أفكار متوازنة حسّنت من وضعهم النفسي، كالطالبة ذات السادسة عشر عاماً وقرارها بمعاودة الدراسة، حينما قامت بتجربة تدريس لإخوتها الأصغر سناً، أحست بالكفاءة الذاتية، وتقبلت مرضها ولم تعد تخجل منه أمام زميلاتها، وبتشجيع معلماتها الذي اعتبر دعماً اجتماعياً، أظهرت اهتماماً أكبر بإكمال دراستها.

ويتفق هذا الموقف مع ما أشار إليه (Pawlak, Wittle and Heiken, 2003) من فاعلية

العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض أعراض الاضطرابات النفسية لمرضى الأمراض المزمنة، مما يؤثر إيجابياً على نوعية الحياة التي يحيونها، ويشجع المرضى للقيام بالنشاطات اليومية، فيجعلهم أكثر إحساساً بالكفاءة الذاتية والجدوى وأكثر تقبلاً لآلام المرض المزمن، والعلاجات الطبية المقدمة لهم.

وأشارت النتائج المرتبطة بالفرضية الثانية إلى وجود فروق جوهرية في مستوى الاكتئاب بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، حيث أن متوسط الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية أقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة. مما يشير إلى أثر البرنامج الإرشادي المستخدم لتحسين إستراتيجيات التكيف لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن وخفض مستوى الاكتئاب لديهم. وهذا يثبت فعالية برامج الإرشاد السلوكي المعرفي في تحسين نوعية حياة مريض الفشل الكلوي، مما ينعكس بشكل أو بآخر على مستوى شعوره بالاكتئاب.

وتتفق النتيجة السابقة مع مذكره أوتو وسميث وريس (Otto, Smits & Reese, 2005)، من أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في معالجة الإكتئاب حتى وإن لم تقدم للمرضى أية علاجات دوائية، وذلك بسبب أن هذه النوعية من العلاج تعرّف المرضى على مخاطر الإكتئاب، وتزيد من تفهمهم للممارسات الإكلينيكية.

فتفهم المرضى لأعراض الإكتئاب والتي قامت المرشدة بربطها بأفكارهم السلبية، ومن ثم استبدالها بأفكار متوازنة، ساعدهم على الخروج من حالة الإنسحاب والإشتراك بفعالية في بعض الممارسات اليومية، فنرى المريض الأكبر عمراً أصبحا يشاركان في المناسبات العائلية، نظراً للإعتقادهم بأنهم قادرون على النجاة والإستمرارية بالحياة، فبدأ أحدهم يزرع حديقة المنزل، والآخر يستمتع برواية قصة للأحفاد.

وتُعلل هذه النتيجة بأن تغيير البنى المعرفية والأفكار التي يتبناها المريض حول وضعه المرضي واستبدالها بأفكار أخرى بديلة أو متوازنة كما تم تدريب المرضى عليها في البرنامج الإرشادي، ساعد في تخفيض درجات الاكتئاب التي يعاني منها مرضى المجموعة التجريبية.

إنّ في دراسة كريستوبولون وبيتروبولون (Christopoulon & Petropouloun, 2004)، ما يؤيد النتيجة السابقة، فقد توصلت الدراسة إلى أن المرضى والذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ سنة

ويتلقون العلاج التعويضي، تصبح نوعية حياتهم ونجاتهم من الموت أفضل من ذي قبل، وذلك بفضل طرق العلاج التعويضية المقدمة، وبسبب اعتقادهم بأنهم قادرون على النجاة والإستمرارية بالحياة. وبالرجوع للملحق رقم (٣)، نجد دلائل أخرى من واقع النتائج التي أحرزها المرضى تؤيد النتيجة السابقة.

كما أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تكيف المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة نتيجة لتقديم البرنامج الإرشادي وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية. ويمكن تفسير هذه النتيجة بناءً على ما أشار إليه كيف ودانس مور وبيرنيت (Keefe, Dunsmore & Burnett, 1992)، بأن تعليم وتدريب المرضى للتعرف على علاقة وارتباط الألم الجسدي ببعض الأفكار العقلية ذات العلاقة بإحساس المريض بالجدوى، والتغيرات في الأعراض النفسية الجسدية والانفعالية والسلوكية، لإعادة البناء المعرفي لقدراتهم والسيطرة على الألم، تكسبهم مهارات تسمح لهم بتغيير طرقهم في التكيف، وتكسبهم استراتيجيات تكيف فعالة نحو الألم والمرض المزمن.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه برادلي، وميكندري وكلانفريني (Bradley, Mckendree and Clanfrini, 2003) والذي توصل إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يساعد في تكيف المرضى مع المرض المزمن والتزام المرضى بالعلاج الطبي المقدم، كما

ويقلل العلاج السلوكي المعرفي من الضغط النفسي الذي يتعرض له المرضى ويحسن من كفاءتهم أثناء قيامهم بالنشاطات المختلفة.

وبما أنّ برنامج العلاج المعرفي السلوكي قد أثبت فعاليته في خفض أعراض الاضطرابات النفسية لمرضى الأمراض المزمنة، مما ساعد على زيادة درجات التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن نحو مرضهم ويتسبب ذلك في توفير نوعية حياة أفضل للمرضى، ويشجع المرضى للقيام بالنشاطات اليومية، مما يزيد من إحساسهم بالكفاءة والجدوى ويصبحون أكثر تقبلاً لطبيعة مرضهم المزمن والعلاجات الطبية المقدمة لهم، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات كدراسة باولاك وآخرون (Pawlak et al., 2003).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي الأكثر فاعلية قياساً بالعلاجات النفسية الأخرى والطبية، فهو يعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل، حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، وقد يرجع ذلك إلى أنه يستخدم استراتيجيات للتكيف يتم تدريب المرضى عليها خلال البرنامج التي يتمكن بمقتضاها من مواجهة ما قد يصادفه بعد ذلك من عقبات ومشكلات (محمد، ٢٠٠٠).

ولدى مناقشة ما تم تقديمه للمرضى في الجلسة الأخيرة (الختامية) في الجلسات التدريبية، أقرّ معظم المرضى أنه وعلى الرغم من استفادتهم الكبيرة من البرنامج، إلا أن هناك بعض الأمور العالقة والتي لا يستطيعون البوح بها أمام الآخرين، وهذا قد يفسر انخفاض متوسطات درجات القلق وليس اختفاء أعراض القلق، وبالتالي التكيف المتوسط نحو المرض المزمن، وليس التكيف الحسن نحو المرض المزمن.

لم يستطيع المرضى بالبوح بكل مكونات أنفسهم أمام الجميع، فكما جاء في (نافذة جوهاري) فإن هناك منطقة ما نعرفها عن أنفسنا ولكننا لا نستطيع البوح بها للآخرين (منطقة القناع). وقد يكون السبب في عدم البوح بمكونات الذات هو طريقة التنشئة الأسرية الشرقية التي تركز على ضرورة عدم اهتزاز الصورة الخارجية أمام الآخرين، وصعوبة طلب المساعدة من الآخرين في بعض المواقف حتى عندما نكون في حاجة ماسة للمساعدة. ويمكن تعليل شكوى المرضى من أنهم أحياناً يواجهون صعوبة في البوح بصورة علنية بجميع مشاكلهم أمام الآخرين، أن هذا النوع من الإرشاد الجمعي مازال جديداً على المرضى لدينا، وقد نحصل على نتائج أفضل إذا تم مزوجة العلاج الجمعي مع الإرشاد الفردي.

كما أن تعلق المرضى بعائلاتهم، واحساس بعضهم بخذلان أفراد العائلة، كالمريض الذي يبلغ الثامنة والأربعين من العمر، أو المريضان كبار السن اللذين كانا يشعران أنهما بل فائدة، أو المريضة الالتي تبلغ من العمر الواحد والأربعين وكانت قلقة من فكرة أن زوجها سيتزوج من أخرى، والمريضة

التي أصبحت تشك بجاذبيتها وتقبل زوجها لها خاصة وأن زوجها قد هجرها منذ مرضها، يقودنا إلى ضرورة تقديم جلسات ارشاد جمعي لأفراد عائلات المرضى.

فهناك العديد من الدراسات والتي تناولت دور الدعم العائلي، في التخفيف من أعراض القلق والإكتئاب، والتي تم تناولها في فصل الدراسات السابقة، فقد وجدت دراسة قام بها كيرنز وآخرون (Kerns *et al.*, 1990)، بأن المرضى الذين لديهم رضا عن العلاقة الزوجية والعائلية، والأكثر سعادة في علاقاتهم الزوجية، تظهر لديهم أعراض الإحباط والاكتئاب بصورة أقل مقارنة بالذين لديهم عدم رضا عن حياتهم الزوجية والعائلية.

إلا أنني أشعر بالرضا عن تفاعل ومشاركة المجموعة التجريبية. وخاصة بعد أن عبر المشاركون بأنهم ولأول مرة يشعرون بأن هناك من يفهم طبيعة مرضهم المزمن ويستمع لمشاكلهم، ويشاركهم في وضع الحلول للتكيف مع الوضع المرضي.

إن نتائج تفاعلات المرضى مع بعضهم البعض، وأفكارهم ومقترحاتهم التي تناولوها أثناء الجلسات التدريبية تقودنا إلى توصيات الدراسة، وخاصة أنه تم متابعة حالات المرضى بصورة فردية بعد الإنتهاء من الدراسة.

التوصيات:

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية فان الباحثة تقترح التوصيات الآتية:

- أهمية المزوجة بين الإرشاد الجمعي والإرشاد الفردي للمرضى، لكي يسهم في الاستفادة القصوى من الإرشاد المعرفي السلوكي وتختفي الاضطرابات النفسية التي يعاني منها هؤلاء المرضى.
- أهمية وتفعيل دور الإرشاد الأسري لعائلات المرضى، من أجل مساهمة الأسر في تقديم الدعم الاجتماعي لأبنائهم المرضى وهذا ما أكدته الدراسات السابقة، والذي يقوم على أساس تفهم الأسر لحاجات أبنائهم المرضى.
- ضرورة إجراء المزيد من الدراسات، لدراسة فاعلية الجمع ما بين الإرشاد المعرفي السلوكي للمرضى باستخدام جلسات الإرشاد الجمعي والفردي والأسري في نفس الوقت .
- أهمية التكامل ما بين مختلف البرامج العلاجية المقدمة للمرضى، والتأكيد على دور الإرشاد النفسي من ضمن الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي المزمن، لأهميته في تحقيق التكيف النفسي لديهم.
- إجراء مزيد من الدراسات لاختبار فاعلية الأساليب المعرفية السلوكية في تحقيق التكيف لدى المرضى باختلاف متغير نوعية العلاج المقدم.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

أبو السندس، شادية، (٢٠٠٢). التكيف النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الأردنيين المصابين باللوكيميا وأسرههم. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

أبو حجلة، نظام، (١٩٩٨). الطب النفسي الحديث. مطبعة الصفي، عمان.

التميمي، أمينة، (٢٠٠٣). التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن حول التنقية الدموية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

الحاج، فائز محمد، (١٩٨٤). الصحة النفسية. الطبعة الثانية، المكتب الإسلامي.

الحلواني، عادل، والمعالج، محمد، والمعالج، سميحة، والمسدي، منير، والجرايرة، أنور، (٢٠٠١).
حول نفسية المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمعالجين بالتنقية الدموية. دراسة مستقبلية لمائة حالة، المجلة السعودية لأمراض وزراعة الكلى، العدد (٥٧)، ص ٢٧٢-٢٧٦.

الخطيب، جمال، (٢٠٠٣). تعديل السلوك الإنساني. الطبعة الأولى، دار الحنين، عمان.

الرفاعي، نعيم، (١٩٨٢). الصحة النفسية (دراسة في سيكولوجية التكيف). الطبعة السادسة،
جامعة دمشق، دمشق .

الفرخ، كاملة، (١٩٨٩). مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان.
رسالة دكتوراه منشورة، جامعة عين شمس.

الكردي، سامر، وثورن، ديفيد، وحجازي، حازم، وعمّار، غادة، (٢٠٠٤). عرض مقترح لتخفيف كلفة
علاج مرضى غسيل الكلى في الأردن. باكستر، مستودع أدوية الكردي.

باديسكي، كريستين، وغرينبيرغر، دينيس، (٢٠٠١). العقل فوق العاطفة. ترجمة مبيضين، مأمون،
الطبعة الأولى، المكتب الإسلامي، عمان.

شيفر، شارلز، وميلمان، هوارد، (٢٠٠١). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها،
ترجمة حمدي وداود، الطبعة الثانية، منشورات الجامعة، عمان .

عامر، عبد الحافظ، (٢٠٠٥). العلاقة بين الأفكار الاعقلانية وكل من الغضب والتوتر والأرق عند
طلبة الجامعة وأثر برنامج إرشادي في خفضها. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية.

عبد الرحمن، محمد السيد، (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج). دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

محمد، عادل عبد الله، (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. دار الرشاد، القاهرة.

ملكاوي، أسماء، (١٩٩٨). خصائص الأطفال ذوي الأمراض المزمنة واحتياجاتهم الاجتماعية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية .

مياسا، محمد، (١٩٩٨). الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية وقاية وعلاجاً. دار الجيل، بيروت.

وزارة الصحة، الإحصائية العامة لمرضى الفشل الكلوي المزمن، (٢٠٠٢ - ٢٠٠٥)، المديرية العامة للتأمين الصحي، قسم شؤون المرضى، عمان.

المراجع باللغة الإنجليزية

Barry, P.(1996). **Psychosocial Nursing Care of Physically ill Patients & their Families** ,third edition ,Philadelphia, J.B. Lippincott .

Barisic ,I. ,Pivac ,N. ,Muck ,D. ,Jakorljeric ,M. & Sagud ,M. (2004). Comorbid Depression & platelet serotonin in hemodialysis patients , **Nephron Clinical Practice** , Vol.(96) , P c10-c14 .

Blonna ,R. (2000). **Coping with Stress in Changing World** , 2nd edition, McGraw-Hill companies , Boston.

Boyer ,CB., Friend, R., Chlouverakis, G., Kaloyanides, G.. (1990). Social Support & Demographic Factors Influencing Compliance of Hemodialysis patients, **Journal of Applied Social Psychology** , Vol(20) , p1902-1918.

Bradley, L. A., Mckendree-Smith ,N.L. and Clanfrini ,L.R.. (2003). Cognitive Behavior Therapy Interventions for Pain Associated with Chronic Illness, **Seminars in Pain Medicine** ,Vol. (1) , p1537-1543.

Brannon,L. & Feist,J.(2003). **Health Psychology: An introduction to behavior and Health** , 5thed,Wadsworth Publishing Company,NewYork.

Camsari, T., Cavdar, C., Yemez, B., Ozkahya, M., Atabay, G., Alkin, T. & Akcicek, F. (1999). Psychosexual Function in CAPD & hemodialysis patients, **Peritoneal dialysis International**, Vol.(19). p585-588.

Castellani, S., Unger, A. and Contini, C. (1999). Impaired Renal Adaptation to stress in elderly with isolated hypertension, **American Heart Association, Inc. Nov.**, Vol. (34), Issue 5, p1106.

Chen, Y.s., Chaing, W.u, Wang, S. & Jaw, B. (2003). Depression chronic hemodialysed patients, **Nephrology Journal**, Vol.(8), p121-126.

Christensen, A. & Ehlers, S. (2002). Psychological Factor in end stage Renal Disease, **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, Vol.70(3), p712-724.

Christopoulon, S. & petropoulon, A. (2004). Hemodialysis in elderly, **Hemodialysis International Journal**, Vo8, issue1, p106-108.

Cleveland clinic health system. (2004).

<http://www.healthinformationhome/2200/2282.indx>.

Corey, Gerald. (2001). **Theory and Practice of counseling and Psychotherapy**, Brooks-Cole, Australia.

Corey, H., Finkelstein ,SH. , Santacrocres ,S. , Brennan ,N. , Raffone ,D. , Rifkin ,J. , Klige,AS. , Cooper, KC.. (1990) .The Influence of Age Psychosocial Factors on Continues Ambulatory Peritoneal Dialysis: **Advanced Peritoneal Dialysis** (6); p 26-28.

Cohen Ronald Jay. (1994) . **Psychology & Adjustment, values, culture & change**. Augn & Bacon, London.

Cousineau, N.,McDowell, I., Hotz,S. & Hebert,P. (2003).Measuring Chronic patients feelings of being burden care to their givers, Development & preliminary validation of scale, **Medical Care, Vol.41(1)**,p110-118.

Culcor,Daniel, Friedman & Steven.(2005). Towards the psychological treatment of depressed patients on dialysis, **International Journal of Nephrology**,vol.(2), **issue 2**.

Daugirdas, John. Ing, Tadds. And Blake ,Peter.. (2000). **HandBook of Dialysis**, third edition, New York: NY.

Deville, G.J. (2004). Assessment devices. Retrieved march 24, 2004. from:
Swinburne University,Clinical and Pharemsic Psychology.
<http://www.swin.edu.au/victims/resourses/assessment/html>.

DSM-IV.(2000).**Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders**,Fourth edition . Text Revision,American Psychiatric Association

Einwohner, Bernardini, Fried & Piraino, B. (2004). The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients, **Peritoneal Dialysis International**, Vol.24, p256-263.

Feshbach, S. & Weiner, B. (1991). *Personality*, 3rd edition, Lexington.

Fife, B. (1994). The Conceptualization of meaning in illness, **Social science & Medicine**, Vol.(2), p309-316.

Finkelstein, Fredric.O. and Finkelstein ,Susan.H.. (2000). Depression in Chronic Dialysis Patients: Assesment & Treatment, **Nephrology Dialysis and Transplant** , Vol.(15) , p1911-1913.

Finkelstein, F.O., Finkelstein, S.H. (1999). Adaptation & Quality of life of Patient with end-stage Renal Disease ,**Complications of long Term Dialysis**, London .

Flor, H. , Turk ,D.C. & Scholz, O.B.(1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, Emotional physical consequences, **Journal of psychosomatic Research**, Vol(31) , p63-71.

Folkman, S., Lazarus, R., Gruen and Delongis .(1986). Appraisal Coping Health Status and Psychological symptoms, **Journal of personality and social Psychology** , Vol.(50), p571-579.

Franke, G., heemann, U., Kohnle, M., Luetkes, P, Maehner, N. & Reimer, J.(2002).Quality of life in patients before & after Kidney Transplantation,**Psychology & Health,14(6)**, p1037-1049.

Gee,C., Howe,G. & Kimmel,P.L.(2005). Couples coping in Response to kidney disease: Adevelopmental Perspective, **Siminars in dialysis, Vol.18,No2**,p103-108.

Hamorany ,M. & Bilal ,M.A.. (2001). Psycho social Features of Chronic Dialysis Patients in Saudi Arabia , **Saudi Journal of Kidney Disease & Transplant, Vol.12(2)**,p164-171.

Hargen ,B. , Peterson ,I-M. , Severinsson ,E. , Lutzen ,K. and Clyne,N.. (2001). Experiences of Suffering From end-stage Renal Disease, **Journal of advanced Nursing , Vol(34) , Issue(2)**, p196-202.

Harris, LE., Luft ,FC. , Rudy ,DW. and Tierney ,WM. .(1995) .Correlation Of Health Care Satisfaction In Inner-City Patients with Hypertention & Chronic Renal Insufficiency ,**Journal of Social Science Medicine ,Vol(4)** ,p1639 -1645.

Hulya, T., Fehm ,A. , Burhanettin ,K. , Murat ,E. ,Mine ,K. ,Cagatay ,T. & Ibrahim ,S. (2005) .Psychiatric Disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic heamodialysis , **Nephrology Journal** ,**Vol.(10)** , Issue 1, p 15-20.

Jaar,B., Coresh,J., Plantinga,L., Fink,N., Klag,M., Levey,A., Levin,N., Kliger,A.,& Powe,N.(2005). Comparing the risk with peritoneal dialysis & hemodialysis in National Cohort of patients with chronic Kidney Disease,**Annals of International Medicine**,**Vol143**,**No3**,p174-183.

James, S. & Marks, I. (2002). **Gale Encyclopedia of Public Health, New York.**

Jamison, RN. & Virts, K.L. (1990). The influence of family support on chronic pain, **Behavioral Research & Therapy**, **Vol. (28)**, p283-287.

Jude, .A.(1992). Future Coping Strategies. **htt //www.Ceptualinstitute.com/genre/ jude/coping.html.**

Keefe ,Francis. J., Dunsmore, Julie. & Burnett, Rachel. .(1992). Behavioral & Cognitive-Behavioral Approaches to Chronic Pain, **Journal of consulting & Clinical Psychology**, **Vol 60(4)** ,p528-536 .

Kerns, R.D., Haythornthwaite ,J.,Southwick ,S. and Giller ,E.L.. (1990). The Role of Marital Interaction in Chronic Pain & Depressive Symptom Severity, **Journal of Psychosomatic Research**, Vol.(34) , p401-408 .

Kim, J.A, Huh, Kim, D., Oh HY., Kang, Kim, M. & Kim, J.H.(2002). Analysis Of Depression In Continues Ambulatory Peritoneal Dialysis, **Journal Korian Medical Science**, Vol.(17),p790-794.

Kimmel, P.L. (2005). Psychological Factors in Chronic Kidney **Disease** Patients, **Seminars in Dialysis**, Vol.(18) , No.2,p71-72 .

Kimmel, PL..(2001).Psychosocial Factors in dialysis Patients , Nephrology forum., **Kidney International Journal** ,Vol.(59) , p1599-1613.

Kimmel, PL..(2000).Psychosocial Factors in adult end stage renal disease patients treated with hemodialysis ,**American Kidney Disease**,vol.35,p132-140.

Kimmel, PL., Peterson ,RA. and Weihs ,KL..(2000). Multiple Measurements of Depression Predict Mortality in a longitudinal Study of Urban Hemodialysis Patients, **Kidney International Journal**, Vol.(57) , p2093-2098.

Kimmel ,P.L., Weins ,K. & Peterson ,R.A.. (1993). Survival in hemodialysis Patients : The Role of depression , **Journal of the American Society of Nephrology ,Vol. 4 (1)**, p12- 27.

Kimmel ,P.& Peterson ,R.(2005). Depression in end stage renal diseasepatients treated with heamodialysis; Tools,Correlates,Outcomes &Needs, **Siminars in dialysis,Vol.18,N2**,p91-97.

Kimmel ,P., Peterson ,R. ,Weihs ,K. ,Simmens ,S. ,Alleyne ,S. ,Cruz ,I. & Veis ,J. (2000). Multiple measurements of depression preduct mortality in longitudinal study of chronic hemodialysis out patients, **Kidney international Journal , Vol.(57)** , p2093-2098.

Kopp, J.. (1992). Psychosocial Factors Correlated to Diabetes Renal Dysfunction , **American Nephrology Nurses Association Journal , Vol.(19)**, p432-437.

Korevaar, J., Dekker,F., Manen,J., Boeschoten, E., Bossuyt, P.7 Krediet, R.(2003). Effect of starting hemodialysis compared with peritoneal dialysis in patients new on dialysis treatment; Arandomized controlled trial, **Kidney International Journal, Vol.24**,p2222-2228.

Kovac, J.A., Patel ,S.S. , Peterson ,R.A. and Kimmel ,P.L. .(2002). Patient Satisfaction with Care Behavior Compliance in End Stage Renal Disease patients Treated with Heamodialysis , **American Journal of Kidney Disease** , Vol. **39(6)** June ,p 1236-1244.

Kutner, N.G , Zanag ,R.. , Barnhart, H. and Collins, A.J. (2005). Health Status and Quality of Life reported by Incident Patients after one year on Heamodialysis or Peritoneal dialysis , **Nephrology Dialysis Transplant** ,Vol. **(20)** , p2159-2167.

Lazarus, R. and Folkman, S. (1984). **Stress Appraisal & Coping** , Springer Publishing Company , New York.

Lazarus & Richard .(2000). Psychological Stress & Coping Process, NewYork.Mc Graw-Hill.

Lazarus, Richard, Monat & Alan. (1986). **Stress & Coping, Some current Issues**, 2nd edition , Stress and Coping Anthology , New York : Colombia University. P 1- 10.

Lemaistre, J. (1999). After the diagnosis: **Coping with Chronic illness**, Alpine Guild, Inc.NewYork.

Levy, N.B.. (1994). Psychology & Rehabilitation in Dialysis , **HandBook of Dialysis , 2nd edition** , Boston , Little Brown .

Lew, S. & Pirainot,B. (2005). Quality of life & Psychological Issues in Peritoneal dialysis patients, **Siminars in dialysis,Vol.18,N2,p119-123.**

Lopes, A., Albert, J., Young, E., Satayathum, S., Pisoni, R.,Andereucci, V.Mapes,D., Mason, N., Fukuhara,S., Wikstrom,B.,Saito, A. &Port, F.(2004).**Kidney International Journal, Vol.66,p2047-2053.**

Mann,T. & Kato,PM. (1996) . Diversity Issue in Health Psychology, **Handbook of Diversity in Health Psychology**, London, Pleneum Press.

Martin, C.R & Thompson. (2002). The Hospital Anxiety and Depression Scale in patients undergoing peritonal dialysis, **Clinical effectiveness in Nursing, Vol. (6),p 77-79 .**

Martin,G. & Pear,J. (2004). **Behavior Modification: What it is &How to Do it**, Printice Hall, New Jersey.

Melzack, R. .(1999). **From The Gate to the Neuromatrix. Pain** , Suppl. (6) , ps121-s126.

Muthny, F.A. & Koihu.(1991). Quality of life of patients with end stage renal failure, **Journal of Nephrology, Vol.(89),p265-273.**

National Mental Health Association.(2003). **Depression what you need to know**. www.org/infoctr/factsheets/21.cfm access; December 26.

Oltmanns, T. & Emery ,R. (2004). **Abnormal Psychology** , 2nd edition , Prentice Hall , New Jersey .

Otto, M., Smits, J. & Reese, H.(2005). Combined Psychotherapy & Pharmacotherapy of Mood & anxiety Disorders in adult, **Clinical Psychology science & practice** , Vol.12(1), p72-86.

Paula, Cristina , Antonio .c ,Conceic Monta and Albino Ramos. (1997). **Journal Of Consultation Psychiatry** , Vol.(3) , N2 ,October.

Pawlak, C.R., Wittle ,T. and Heiken ,H. , (2003) ,**Patints with systemic Lupus Erythematosus are Associated with daily Psychological Stress** ,p159-165.

Rice, P. L (1999). **Stress and health**, 3rd edition, Brooks/ cole publishing co.

Ross & Wilson .(1982) . **Foundations of Anatomy & Physiology** , Fifth edition,William Clowes(Beccles)Limited, London.

Rubin, H., Fink, N., Plantinga, L., Sadler, J., Kliger, A. & Powe.(2004). Patient ratings of dialysis care with peritoneal dialysis Vs hemodialysis,**Journal of American medical Association** ,(291), p697-703.

Sacks, Peterson & Kimmel.(1990).Perception of illness & depression in chronic renal disease, **American Journal of Kidney Disease**, Vol.15,p31-39.

Sagaw, M. ,Oka, H. and Chaboyer, W.. (2003). The utility of Cognitive & Behavioral Therapy on Chronic Hemodialysis patients fluid Intake , **Nursing Study Journal** , May 40(4),p 367-373.

Seaward, B.L (2002). **Managing stress. Principles and strategies for health and well being** . 3rd edition. Jones and Bartlett publishers.

Sezer,M., Eren, I., Ozeankaya,R., Civi, I.,Erturk,J. & Ozturk, M. (2003). Psychological symptoms are greater in care givers patients on hemodialysis than those of peritoneal dialysis, **Hemodialysis International Journal** ,Vol7(4),p332-337.

Schfer,W.(1996).**Stress Management For Wellness**,3rd edition, Harcourt Brace College Publishers.

Schwebel, Andrew , Barocas , Hatvey ,A. and Reichman ,W. .(1990). **Personal Adjustment & Growth** , C.Brow Pwblishers,Washinton.

Spielberger, C.D.(1983).**Manual for state-trait anxiety inventory (Form Y) Consulting Psychology Interdisciplinary Applied**, 133, p157-262.

Sun, M., Jung, H., Kim, S., Park, J. & Yang, W.(2002). Effect of regular exercise on anxiety , depression & Quality of life in maintenance hemodialysis patients, **Renal Failure Journal**, Vol.24(3), p337-345.

Taassani, E., Cassano, P. & Fava, M.(2005). Depression & Renal disease, **Seminars in dialysis**, Vol.18, No2, p73-81.

Turner , J.A.. (1991). Coping & Chronic Pain , **Research Pain and Clinical Management** , Vol.(4), New York , Elsevier.

Vazquez, I., Valderrabano, F., Fort, J., Jofre, R., Gomez, J., Moreno, F. & Guajardo, D.(2005). psychosocial Factors & Health related Quality of life in hemodialysis patients, **Quality of life Research** , Vol.14, p179-190.

Welch, J.L. & Austin, J.K.(1999). Factors associated with treatment-related stressors in hemodialysis patients, **American Nephrology Nurse's Association**, Vol.(26), p318-325.

Wolcott , D.L. , Nissenon , A.R. and Landsverk , J. .(1988). Factors unrelated to dialysis modality, **Quality of life in chronic dialysis patients** , Gen.Hosp.Psychiatry , p267-277.

Wu, Fink, N.E., Marsh, J., Mayer, K.B., Finkelstein, F., Chapman, M. & Powe, N.(2004). Changes in Quality of life during hemodialysis &

peritonealdialysis treatment **Journal American social Nephrology, Vol.15**,p743-753.

Wuerth ,D. , Finklestein ,SH. , Finklestein, F.o.(2005), The Identification & Treatment of Depression in patients maintained on dialysis, **Siminars in dialysis, Vol.18(2)**,p142-146.

Wuerth ,D. , Finklestein ,SH. , Juergensen ,D. , Juergensen ,P. , Steele ,TE. and Kliger ,AS.. (1997). Quality of life Assessment in Chronic dialysis patients , **Advanced Peritonal dialysis Journal , Vol.24**,p125-127 .

Wuerth, D. , Finkelstein ,SH. , Ciarcia ,J. and Peterson ,R.. (2001). Identification and Treatment of Depression in Cohort of Patients Maintained on Peritonal dialysis, **American Journal of Kidney Disease , Vol. (37)**,No. 5 (May) , p1011-1016.

Young,T.(1991).locus of control, Depression & Anger among native Americans, **Journal of Psychology , Vol.(131)**.No.4,p583.

Zautra ,AJ. & Manne ,SC. .(1991). **Coping with Rheumatoid Arthritis** , Paper presented at the Conference of Biopsysocial Contribution to the Management of Arthritis Disability , ST.Lous, MO.

Zimmermann, P. ,Figueiredo ,C. & Fonseca ,N. (2001). Depression Anxiety & Adjustment in Renal therapy :Aquality of Life Assessment , **Clinical Nephrology, Vol.(56)**, p387-390.

قائمة الملاحق

مقاييس الدراسة

أخي الكريم / أختي الكريمة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تكيف المريض مع المرض والمطلوب أن تعبر/تعبري عن نفسك بصدق وصراحة وأمانة وذلك من مصلحتك لأنه من الممكن أن تحصل/تحصلي على فهم أفضل لنفسك. لذا يرجى التكرم بالإجابة على جميع العبارات الواردة في الاستبيانات الثلاث المرفقة بكل دقة، علماً بأن المعلومات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وستعامل بكل سرية.

المعلومات الديمغرافية

• البيانات الشخصية:

١ - الجنس ذكر أنثى

٢ - تاريخ الميلاد:

٣ - المستشفى:

٤ - الحالة الاجتماعية:

فيما يلي بعض الفقرات أرجو قراءتها بتمعن وتقدير انطباق الفقرة عليك ووضع إشارة (X) مقابل الدرجة التي تنطبق عليك علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

الملحق رقم (١): التكيف النفسي مع المرض

الرقم	الفقرة	لا تنطبق	تنطبق بدرجة قليلة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة كبيرة
١	أنظر متفائلاً للأمر بالرغم من مرضي .	٤	٣	٢	١
٢	العمل ينسيني مرضي .	٤	٣	٢	١
٣	أقف على قدم المساواة مع غيري .	٤	٣	٢	١
٤	يسعدني اهتمام زوجي / زوجتي بي .	١	٢	٣	٤
٥	أرغب بالتعرف على أشخاص جدد لا يعرفون مرضي .	١	٢	٣	٤
٦	أشعر أن حالتي الصحية في تدهور مستمر .	١	٢	٣	٤
٧	أرغب في أن لا أعمل .	١	٢	٣	٤
٨	عائلتي لا تفهمني .	١	٢	٣	٤
٩	أشعر بأنه لا يوجد أحد يحتاجني .	١	٢	٣	٤
١٠	على المريض أن لا يعمل .	١	٢	٣	٤
١١	يسبب لي مرضي عدم الشعور بالأمن .	١	٢	٣	٤
١٢	تضايقتني نظرة الإشفاق من الناس .	١	٢	٣	٤
١٣	إذا طال مرضي فسأفقد وظيفتي .	١	٢	٣	٤
١٤	يرغب بعضهم في موتي .	١	٢	٣	٤
١٥	ما زلت قادراً على إشباع حاجاتي بالرغم من مرضي .	٤	٣	٢	١
١٦	أصبحت حساساً في علاقاتي مع الناس .	١	٢	٣	٤
١٧	على المؤسسات أن توجد أعمالاً مناسبة للمرضى	١	٢	٣	٤
١٨	أشعر بالتعب والانحطاط .	١	٢	٣	٤
١٩	أحاول أن أنسى واقعي .	٤	٣	٢	١
٢٠	لا أريد مساعدة من أصدقائي .	١	٢	٣	٤

١	٢	٣	٤	٢١	لا أزال أستمتع بما كنت أستمتع به سابقاً.
١	٢	٣	٤	٢٢	أجد سعادتي في العمل.
٤	٣	٢	١	٢٣	يسبب لي المرض احباطات كثيرة في العمل
٤	٣	٢	١	٢٤	أشعر وكأن شيئاً مخيفاً سيحدث .
٤	٣	٢	١	٢٥	أرفض العطف من أي صديق .
٤	٣	٢	١	٢٦	أتوقع أن تهجرني زوجتي / زوجي.
١	٢	٣	٤	٢٧	أرغب في أن أتعلم هوايات جديدة.
١	٢	٣	٤	٢٨	أنسى مرضي عند رؤيتي لأطفالي.
٤	٣	٢	١	٢٩	أعيش في صراع دائم بسبب حالتي المادية
١	٢	٣	٤	٣٠	أرغب في أن أعمل وفق مقدرتي.
٤	٣	٢	١	٣١	هجرني بعض أصدقائي بسبب مرضي .
٤	٣	٢	١	٣٢	أشعر بالألم لعدم حب الناس لي .
١	٢	٣	٤	٣٣	يستطيع المرضى أن يفعلوا شيئاً لعائلاتهم
٤	٣	٢	١	٣٤	تؤرقني فكرة الموت .
٤	٣	٢	١	٣٥	أطلب من الجميع الاهتمام بي لأنني مريض
١	٢	٣	٤	٣٦	أقدر ما يقدمه أطبائي لي.
٤	٣	٢	١	٣٧	استغل مرضي لكسب عطف عائلتي.
٤	٣	٢	١	٣٨	لا أستطيع ممارسة أي شيء أحبه.
١	٢	٣	٤	٣٩	أثق بطبيبي ثقة كبيرة.
٤	٣	٢	١	٤٠	أشعر بالألم لبعد أصدقائي عني بسبب مرضي.
١	٢	٣	٤	٤١	من الممكن أن أكون أسوء مما أنا عليه الآن.
٤	٣	٢	١	٤٢	تراودني أفكار مزعجة بسبب مرضي .
٤	٣	٢	١	٤٣	تأثرت علاقتي مع زوجتي / زوجي بسبب مرضي .
١	٢	٣	٤	٤٤	أنسى همومي وأنا مع الناس.

٤	٣	٢	١	أنام وأعصابي متوترة.	٤٥
٤	٣	٢	١	أشعر بأنني عاجز بسبب مرض.	٤٦
٤	٣	٢	١	لقد أثرت المصائب على أسرتي.	٤٧

الملحق رقم (٢): قائمة سبيلبيرجر للقلق

فيما يلي عدد من الفقرات التي تصف حالتك التي تشعر بها بشكل عام في حياتك:

الرقم	الفقرة	أبداً	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
١	أشعر بسرور	٤	٣	٢	١
٢	أتعب بسرعة	١	٢	٣	٤
٣	أود لو بكيت	١	٢	٣	٤
٤	أود لو كنت سعيداً كما يبدو على الآخرين	١	٢	٣	٤
٥	أحسر بعض الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ القرار بسرعة كافية	١	٢	٣	٤
٦	أشعر بالراحة	٤	٣	٢	١
٧	أنا هادئ وأعصابي باردة	٤	٣	٢	١
٨	أشعر بأن المتاعب تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها	١	٢	٣	٤
٩	أقلق أكثر مما ينبغي حول أشياء لا طائل وراءها حقاً	١	٢	٣	٤
١٠	أنا سعيد	٤	٣	٢	١
١١	أميل إلى أخذ الأمور بجدية زائدة	١	٢	٣	٤
١٢	افتقر للثقة بالنفس	١	٢	٣	٤

١	٢	٣	٤	أشعر باطمئنان	١٣
٤	٣	٢	١	أحاول تجنب مواجهة أي أزمة أو صعوبة	١٤
٤	٣	٢	١	أشعر بالاكئاب	١٥
١	٢	٣	٤	أنا راضي	١٦
٤	٣	٢	١	تدور في ذهني فكرة تافهة تضايقتني	١٧
٤	٣	٢	١	عندما أعاني من خيبة أمل فأنا لا أستطيع أن أتجاهلها لشدة تأثيرها علي	١٨
١	٢	٣	٤	أنا شخص مستقر	١٩
٤	٣	٢	١	ينتابني توتر وارتباك عندما أفكر في مشاغلي	٢٠

الملحق رقم (٣): مقياس بيك للاكتئاب

تحتوي هذه الإستبانة على ٢١ مجموعة من الجمل. بعد قراءة دقيقة لجميع الجمل في كل واحدة من هذه المجموعات ضع دائرة حول رقم الجملة (٠، ١، ٢، أو ٣) التي ترى أنها تصف مشاعرك خلال الأسبوع الماضي، بما في ذلك اليوم.

تأكد من أنك تقرأ جميع الجمل في المجموعة الواحدة بعناية قبل القيام بالاختيار.

<p>٠ - إنني لست متشائماً بشأن المستقبل .</p> <p>١ - أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل .</p> <p>٢ - أشعر أنه لا يوجد لدي ما أطمح للوصول إليه .</p> <p>٣ - أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع لا يمكن تغييره</p>	٢	<p>١ - إنني لا أشعر بالحزن.</p> <p>١ - إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات</p> <p>٢ - أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع أن أتخلص من هذا الشعور</p> <p>٣ - إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها</p>	١
<p>٠ - ما زالت الأشياء تعطيني شعور بالرضا كما كانت عادة.</p> <p>١ - لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.</p> <p>٢ - لم أعد أشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق .</p> <p>٣ - لدي شعور بعدم الرضا والملل من كل</p>	٤	<p>٠ - لا أشعر بأنني شخص فاشل بشكل .</p> <p>١ - لا أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجهه الإنسان العادي.</p> <p>٢ - عندما أنظر إلى حياتي الماضية فإن كل ما أراه هو الكثير من الفشل.</p>	٣

	٣ - أشعر بأنني إنسان فاشل تماماً.	
٥	٠ لا يوجد لدي شعور بالذنب . ١ - أشعر بالذنب في بعض الأوقات ٢ - أشعر بالذنب في معظم الأوقات ٣ - أشعر بالذنب في كافة الأوقات	٦ ٠ - لا أشعر بأنني أستحق عقاباً من أي نوع. ١ - أشعر بأنني أستحق العقاب أحياناً . ٢ - كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب ٣ - أشعر بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنتي أستحق ذلك.
٧	٠ - أشعر بخيبة الأمل في نفسي . ١ - أشعر بخيبة الأمل في نفسي . ٢ - أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي . ٣ - إنني أكره نفسي في كل الأحيان	٨ ٠ - أشعر أنني أسوأ من الآخرين . ١ - إنني أنقذ نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف. ٢ - ألوم نفسي على طيلة الوقت بسبب أخطائي . ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة .
٩	٠ - لا يوجد لدي أي أفكار انتحارية ١ - توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكنني لن أقوم بتنفيذها . ٢ - أرغب في قتل نفسي . ٣ - سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك .	١٠ ٠ - لا أبكي أكثر من المعتاد . ١ - أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد . ٢ - إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام . ٣ - لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك
١١	٠ - لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع	١٢ ٠ - لأشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس

<p>الآخرين .</p> <p>١- أصبحت أقل اهتماماً بالناس الآخرين مما كنت عليه .</p> <p>٢- فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.</p> <p>٣- فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين.</p>		<p>الغضب أكثر من المعتاد.</p> <p>١- أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.</p> <p>٢- أشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الأيام .</p> <p>٣- أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني</p>
<p>٠ أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة .</p> <p>١ يزعجني الشعور بأنني أبدو مسناً أو غير جذاب .</p> <p>٢ أشعر أن هناك تغيرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب .</p> <p>٣ أعتقد بأنني أبدو قبيحاً .</p>	١٤	<p>١٣</p> <p>٠ أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به .</p> <p>١ أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة .</p> <p>٢ أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات عما قبل .</p> <p>٣ لم تعد لدي أية قدرة على اتخاذ القرارات هذه الأيام .</p>
<p>٠ أستطيع النوم جيداً كالمعتاد .</p> <p>١ لا أنام جيداً كالمعتاد .</p> <p>٢ استيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من</p>	١٦	<p>١٥</p> <p>٠ أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.</p> <p>١ أحتاج إلى جهد إضافي كي أبدأ العمل</p>

<p>المعتاد وأجد من الصعب العودة ثانية إلى النوم. ٣ أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم .</p>		<p>في أي شيء . ٢ علي أن أحدث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيءي . ٣ لا أستطيع عمل أو إنجاز أي شيء على الإطلاق.</p>
<p>٠ شهيتي للطعام هي كالمعتاد. ١ شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي العادة. ٢ شهيتي للطعام سيئة جداً هذه الأيام. ٣ ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام .</p>	١٨	<p>١٧ ٠ لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد. ١ أصبحت أتعب أكثر من المعتاد . ٢ أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريباً ٣ أنا متعب لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء .</p>
<p>٠ لم ألاحظ أية تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية . ١ أصبحت أقل اهتماماً بالأمر الجنسية مما كنت عليه من قبل. ٢ اهتمامي قليل جداً بالأمر الجنسية في هذه الأيام . ٣ فقدت اهتماماتي بالأمر الجنسية تماماً .</p>	٢٠	<p>١٩ ٠ لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً أو بقي وزني كما هو . ١ فقدت من وزني ٢ كغم تقريباً . ٢ فقدت من وزني ٤ كغم تقريباً . ٣ فقدت من وزني أكثر من ٦ كغم تقريباً. * إنني أتعمد خفض وزني بتقليل كمية الأكل (نعم، لا) .</p>

<p>٠ ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد .</p> <p>١ إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك أو الآلام والأوجاع الجسمية عامة.</p> <p>٢ إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر .</p> <p>٣ إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر .</p>	٢١
---	----

ملحق رقم (٤)

برنامج تدريب على استراتيجيات التكيف لخفض القلق

والاكتئاب، وتحسين مستوى التكيف النفسي، لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن .

هدف البرنامج

يهدف هذا البرنامج إلى إكساب عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن استراتيجيات التعامل مع المرض المزمن، ومهارات التعامل مع المرضى وذلك باستخدام أساليب سلوكية ومعرفية لخفض مستوى القلق والاكتئاب الأمر الذي قد يساعد على زيادة مستوى التوافق النفسي لهم .

ويستخدم البرنامج استراتيجيات سلوكية معرفية مثل الاسترخاء والتعاقد السلوكي وإستراتيجية إعادة

البناء المعرفي

وتهدف إستراتيجية إعادة البناء المعرفي إلى تزويد المرضى بنمط عقلائي من التفكير وبنظم معرفية منطقية تؤثر في انفعالاتهم وسلوكهم وأفكارهم وفق الخطوات التالية :

- إقناع المرضى بأن أفكارهم هي المحرك الرئيسي لانفعالاتهم وسلوكياتهم.
- تدريب المرضى على كيفية تحديد أفكارهم التي تمثل المحرك الرئيسي لانفعالاتهم وسلوكياتهم.
- تدريب المرضى على اختبار الأفكار كفرضيات وليس كحقائق، وكيفية تمحيص تلك الفرضيات.
- تقديم أفكار جديدة عقلانية وإيجابية بدلاً من الأفكار التي تم دحضها وتفنيدها.

الجلسة الأولى (التقديم والتعارف)

تهدف الجلسة الافتتاحية إلى التعارف بين المرشد والمسترشدين مع بعضهم البعض وبناء علاقة إيجابية دافئة قائمة على الثقة المتبادلة بين الطرفين (المرشد والمرضى).

أهداف الجلسة

- ١ - استقبال والترحيب والتعارف بين المرشدة وأفراد المجموعة الإرشادية.
- ٢ - توضيح طبيعة البرنامج، أهدافه والواجبات والتدريبات المطلوبة من المجموعة.
- ٣ - التأكيد على عوامل نجاح البرنامج وهي السرية والمواظبة .
- ٣ - عقد اتفاق مكتوب بين المرشدة والمرضى وتوقيعه يتضمن ضرورة الالتزام بحضور الجلسات والمشاركة في النشاطات والالتزام بالسرية.

زمن الجلسة (٩٠ دقيقة).

الإجراءات

- ١ - الاستقبال والترحيب والتعارف بين أفراد المجموعة والمرشدة قائدة المجموعة (٢٠ دقيقة) .

• تستقبل المرشدة أفراد المجموعة في قاعة تم الاتفاق عليها مسبقاً، وتشكرهم لقبولهم للمشاركة.

تقول المرشدة " أرحب بكم جميعاً في اللقاء الأول من برنامجنا التدريبي والذي أعد لتدريبكم على مهارات التعامل مع المرض المزمن ومع المرضى " ومن ثم تعرف المرشدة على نفسها قائلة " أنا..... أعمل....

- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة بأن يعرف كل فرد عن نفسه وطبيعة عمله إن كان يعمل، وهو آياته وطموحاته.

٢- تقوم المرشدة بعد التعارف بينها وبين أفراد المجموعة بالتعريف عن طبيعة عملها، ودورها في البرنامج، وطبيعة البرنامج (٣٠ دقيقة).

ينكون البرنامج من مجموعة من الجلسات تهدف إلى تدريبكم على مهارات التكيف مع المرض المزمن والتعامل مع زملائكم المرضى، وسوف أقوم خلال كل جلسة بعرض لمهارة من مهارات التكيف مع المرض المزمن، والتي سيتم تدريبكم عليها أثناء الجلسات، حتى يتم التأكد من إتقانها، ثم يعطى في نهاية الجلسة واجب بيتي يتعلق بموضوع الجلسة، والمفروض من جميع أعضاء المجموعة القيام بالواجب المنزلي الذي سوف تتم مناقشته في الجلسة التالية.

- تقوم المرشدة بفتح باب النقاش مع أعضاء المجموعة للاستماع إلى آرائهم وتوقعاتهم وأهدافهم من المشاركة في هذا البرنامج و مراقبة طرق التفاعل فيما بينهم وردود أفعالهم، وتصحيح التوقعات غير الصحيحة، والإجابة عن الأسئلة.

٣- تقوم المرشدة بمناقشة عوامل نجاح البرنامج (٢٠ دقيقة) .

تؤكد المرشدة لأعضاء المجموعة على أهمية السرية قائلة : كل فرد منا سوف يتحدث أثناء الجلسات عن أشياء خاصة وواقعية قد تطرح كأمتلة لتسهيل عملية التعلم للمهارات التي سيتم التدريب عليها أثناء الجلسات، ولا يجوز أبداً التحدث عنها خارج إطار الجلسات، وذلك احتراماً لخصوصية الأفراد المشاركين .

كما وتوضح المرشدة أهمية الالتزام بالحضور المستمر للجلسات، وعدم الانقطاع عنها، لاعتماد كل جلسة على الجلسة السابقة وارتباطها بالجلسات اللاحقة .

ثم تقول : البرنامج مكون من أربعة عشر جلسة، بمعدل جلتين أسبوعياً، زمن الجلسات من ساعة إلى ساعة ونصف .

• تقوم المرشدة بالإصغاء لتعليقات أفراد المجموعة والإجابة على أية أسئلة .

٤ - القيام بمناقشة بنود العقد الذي سيتم توقيعه بين المرشدة قائد المجموعة وأعضاء المجموعة (٢٠ دقيقة).

- تقوم المرشدة بتلخيص ما دار في الجلسة، مؤكدة على أن أي عمل جماعي لا بد أن تحكمه معايير وشروط وقوانين، لذلك كان من المهم لضمان الالتزام توقيع العقد التالي، وتقوم المرشدة بعرض العقد ومناقشة بنوده مع أعضاء الجماعة لإضافة أو حذف ما قد يرويه مناسباً، وبعد التوقيع يحتفظ كل عضو وقائد المجموعة بنسخة من العقد.

عقد إتفاق

الاسم : الحالة الاجتماعية :

العمر : المستوى الدراسي :

يهدف هذا العقد إلى تنظيم عمل أعضاء المجموعة والمرشدة، وقد تم الإتفاق بين المرشدة وأعضاء المجموعة على ضرورة الالتزام بالشروط التالية:

- ١- حضور الجلسات بالمواعيد المحددة .
- ٢- الانتباه لما يقوله الأعضاء واحترام آرائهم .
- ٣- المشاركة في النشاطات وتشجيع الأعضاء على المشاركة .
- ٤- الإصغاء الفعال والاهتمام بمشكلات الأعضاء.
- ٥- الاحترام المتبادل.
- ٦- الحفاظ على السرية التامة لما يقال في الجلسات .
- ٧- أية شروط أخرى:

أ-

ب-

ت-

ومن حقوق الأعضاء على بعضهم البعض :

- ١-
- ٢-

أوافق أنا السيد - السيدة على ما تم الإتفاق عليه مع أعضاء الجماعة وقائد المجموعة حسب هذا العقد.

توقيع العضو
وتوقيع القائد

نسخة للعضو
نسخة للقائد

الجلسة الثانية (الاسترخاء)

الهدف

ممارسة و إتقان تمرين التحكم بالتنفس لاستخدامه في مواقف القلق والاكنتئاب وذلك من أجل السيطرة على الأعراض الجسدية غير المرعبة .

زمن الإجراء: ٩٠ دقيقة .

الإجراءات:

١- تقوم المرشدة بعرض عن أهمية عملية التنفس والتحكم بها (٣٠ دقيقة) .

عملية التنفس

هي عملية ميكانيكية يتحكم بها الجهاز العصبي، وهذه العملية تبدأ منذ اللحظات الأولى من عمر الإنسان وتتأثر بنفسية الفرد، حيث يمكن من خلال ملاحظة طريقة التنفس للفرد، أن ندرك مدى توتر الفرد أو قلقه. إن هذا يعني إن الإنسان الذي يعاني من توتر أو قلق أو اكتئاب لن يحصل على كمية الأوكسجين الضرورية التي يحتاجها الجسم بسبب طريقة تنفسه التي قد تكون سريعة فلا يتمكن الجسم من الحصول على كمية الأوكسجين المطلوبة وإخراج ثاني أكسيد الكربون .

- ٢ - تناقش المرشدة أهمية التحكم بالتنفس للمرضى كنوع من التدريب على الاسترخاء والذي يوفر كمية الأوكسجين المناسبة التي يحتاجها الجسم في إخراج أكبر كمية من الفضلات وثنائي أكسيد الكربون وينقل العقل والجسم إلى حالة استرخاء ويحسن من الدورة الدموية في البطن.
- ٣ - تقوم المرشدة بنمذجة التمرين التالي أمام أعضاء المجموعة (٢٠ دقيقة).

سوف أقوم بالتحكم بطريقة تنفسي لمدة (٤) دقائق على الأقل وذلك لإعادة التوازن بين الأوكسجين وثنائي أكسيد الكربون.

ثم تبدأ المرشدة بصوت هادئ ودافئ، علينا الآن إغماض أعيننا ثم نضع اليدين جانباً نحاول الآن أن تستنشق الهواء أثناء العد ببطء إلى (٤)، الآن نخرج زفيراً أثناء العد إلى (٤) .

نعيد الآن تكرار نفس الخطوات السابقة، وذلك لمدة (٤) دقائق، ثم تقول المرشدة سترون أنكم الآن أكثر استرخاء .

- ٤ - تناقش المرشدة التمرين السابق مع أفراد المجموعة موضحة أنه لا فرق إذا كان تنفسهم أثناء أداء التمرين من الفم أو الأنف، لكن عند الشهيق عليهم بملاحظة انتفاخ البطن والصدر للخارج، ثم ملاحظة كيف ذهب الانتفاخ بعد الزفير.

٥ - يقوم أفراد المجموعة بإشراف المرشدة بتطبيق التمرين حتى إتقانه (٣٠ دقيقة) .

٦ - المهارة التدريبية كواجب بيتي (١٥ دقيقة) .

تشير المرشدة إلى أن الواجبات المنزلية التي ستعطى في نهاية كل جلسة يجب أن لا ينظر إليها بأنها واجب ثقيل حتى لا تعطل تفاعله مع البرنامج، بل على جميع أفراد المجموعة الالتزام بها لتحسين الإفادة من البرنامج.

ثم تطلب من أعضاء المجموعة كواجب منزلي التدريب على التمرين مرتين في اليوم، وتفتح المجال أمام أية استفسار .

الجلسة الثالثة (الاكتئاب)

الهدف العام

تحديد أسباب الاكتئاب وأعراضه المعرفية والسلوكية والجسدية والانفعالية .

زمن الجلسة ٩٠ دقيقة .

الإجراءات

١- تحديد أعراض الاكتئاب المعرفية والجسدية والسلوكية والانفعالية (١٥ دقيقة).

ولتحقيق الهدف السابق تقوم المرشدة بطرح السؤال التالي: ماذا أحسست عندما ذكر لك أن

كليتك توقفت عن العمل و عليك أن تبدأ العلاج التعويضي ؟

ثم يفتح باب المناقشة و جمع الإجابات من قبل أعضاء المجموعة .

٢- تفسير أعراض وأسباب الاكتئاب (٢٥ دقيقة) .

تقوم المرشدة بشرح الهدف من الجلسة وتقديم تعريف بسيط للاكتئاب قائلة : إن الهدف من هذه

الجلسة هو تحديد أسباب الاكتئاب، وتفسير أعراضه المعرفية، والسلوكية، والجسدية، والانفعالية، ثم

تقدم العرض التالي:

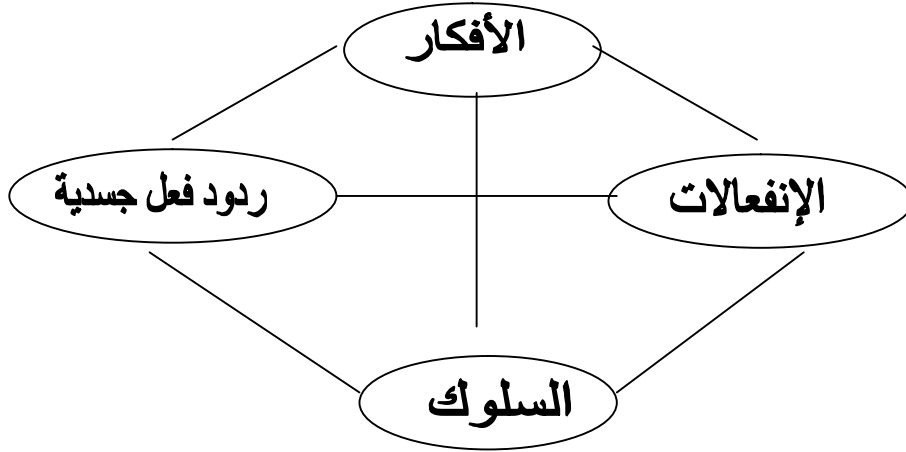
يعد الاكتئاب من أهم المشاكل النفسية المصاحبة للمرض المزمن، و تظهر أعراضه على المرضى

مؤثرة في انفعالاتهم وسلوكياتهم وطريقة تفكيرهم.

• فالأعراض المعرفية : تتضمن لوم الذات والأفكار الانتحارية، وصعوبات التركيز وسلبية عامة .

- الأعراض السلوكية: الانطواء وتجنب الآخرين، عدم القيام بالأعمال التي كانت ممتعة وجميلة، وصعوبة البدء بأي عمل أو نشاط.
- الأعراض الجسدية: الأرق، نقص النوم أو زيادته عن الوضع الطبيعي، ونقص الشهية للطعام أو زيادتها، وتغير الوزن وخاصة نقصه.
- الأعراض الانفعالية: الحزن، الشعور بالتعب، الغضب، اليأس، الشعور بالذنب، و عدم الجدوى، العصبية، الانفعال.

ولكي نتعرف ونفهم أية مشكلة علينا أن نعرف أن هناك خمسة عناصر لجوانب خبراتنا في الحياة يوضحها الشكل التالي :



٣- يفتح باب المناقشة مع أعضاء المجموعة وإعطاء الأمثلة (٢٠ دقيقة) .

وتقدم المرشدة القصة التالية: سلمى امرأة في الستة والثلاثين من العمر تعاني منذ ستة أشهر من انزعاج متزايد من كل من حولها وأصبحت تشعر بفقدان السيطرة على حياتها. عاشت سلمى طفولتها في بيت يمتلئ بالشقاق والنزاع، فوالدها رجل عصبي يضرب والدتها عند احساسه بالغضب، ووالدتها تضرب أطفالها نظراً لعجزها أن تقوم بالرد على زوجها بالمثل، حتى أخوها الأكبر كان يضربها.

وعندما وصلت سلمى الأربعة عشر ربيعاً انفصل والديها وأصبحت وحيدة، وقد حاولت الانتحار في هذه الأثناء بقطع وريدها، وحين تعافت أصبحت تظن بأنها بالتأكيد سيئة وأنها تعاقب من الله، وعندما بلغت السادسة عشر عاماً، تزوجت ثم طلقت بعد أن أنجبت ابنها الأول.

وعدت لتتزوج مرة أخرى وهي في الثالثة والعشرين من العمر، إلا أنها طلقت مرة أخرى بعد إنجابها لطفلها الثاني، وفي كل مرة كانت تتزوج، كانت تعاني من ادمان زوجها للخمر وتتعرض للضرب .

وبعد طلاقها الثاني قررت سلمى أن تعمل وترعى ولديها، إلى أن أصبح ابنها الأكبر في الثامنة عشر والثاني في السادسة عشر، إلا أنها في الفترة الأخيرة من عملها، استلمت إنذارين شفهيين من المشرف في العمل، وأصبحت تشعر بالإعياء والتعب ، وعدم الرغبة في القيام بأي نشاط أو الذهاب للعمل .

التغيرات البيئية: الاعتداء بالضرب وزوجان مدمنان ويضربانها، أم مطلقة لولدين، موقف سلبي من مشرف العمل .

ردود الفعل الجسدية: التعب في معظم الأوقات.

العاطفة : الاكتئاب .

السلوك: صعوبات في العمل، الانعزال عن الآخرين، البكاء محاولات الانتحار.

الأفكار: أنا لست جيدة، لن أحسن أبداً، لا أمل أبداً في حياتي، قد أقتل نفسي. وتستمر المرشدة بإعطاء الأمثلة وذلك بعد الشرح الذي تم تقديمه للتأكد من أن جميع أعضاء المجموعة قادرون على التفريق بين الأعراض الأربعة للاكتئاب .

مثال آخر: أبو وائل رجل في الثامنة والستين من العمر متقاعد حيث كان يعمل مراسل في أحد البنوك، متزوج وله بنت متزوجة وولدان متزوجان. أصيبت مؤخراً زوجته بالسرطان الذي استأصل الأطباء على أثره أحد ثدييها، ثم توفي صديقه العزيز أبو حمدي نتيجة التهاب رئوي حاد، أحس أبو وائل بالحزن الشديد خاصة أن صديقة قد استخف بالأمه، وأخذ يشدد على أدوية زوجته ومراجعاتها للطبيب لأنه شعر بأنه المسؤول عن موتها وخاف أن يقضي حياته وحيداً، وبدأ بالانسحاب من الحياة العامة والبقاء وحيداً في المنزل، ولم يعد يلتقي بزملائه المتقاعدين كما تعود.

التغيرات البيئية : التقاعد، مرض الزوجة، وفاة صديقة، انشغال أبناءه .

ردود الفعل الجسدية:الأرق، فقد الشهية للطعام والتعب العام.

العاطفة: الحزن، الشعور بالذنب إذا قصر برعاية زوجته.

السلوك: التوقف عن لعب الطاولة والعناية بالحديقة المنزلية والأنشطة المختلفة وتجنب الأصدقاء.

الأفكار: السلبية ولوم الذات والتشاؤم .

٤ - تفسير الأحداث البيئية وفقاً للعناصر الأربعة التي تم شرحها (٢٠ دقيقة).

تقوم المرشدة بتوزيع النشاط التالي على أعضاء المجموعة ليتم تحقيق الهدف السابق، وتطلب من كل عضو أن يقوم بتقديم الأمثلة، وإذا وجد أحدهم أية صعوبة بإمكانه الاستعانة بإشارات المساعدة المرفقة مع النشاط وذلك لفهم مشكلته الخاصة.

فهم مشكلتي الخاصة

- التغيرات البيئية.....
- ردود الفعل الجسدية.....
- الانفعالية.....
- السلوكية.....
- الأفكار.....

الإشارات المساعدة:

التغيرات البيئية وأحداث الحياة :

هل مرت معي تغيرات جديدة ؟

ماهي أصعب الأحداث في حياتي خلال العام الماضي ؟ ثلاث سنوات ؟ خمس سنوات ؟ في طفولتي ؟
هل لدي صعوبات طويلة الأمد (إساءة من الآخرين أو إزعاج) ؟

ردود الفعل الجسدية

هل لدي أعراض جسدية تزعجني (تغير في قدراتي، شهيتي للطعام، النوم، آلام المعدة، التعرق، الدوخة، صعوبات التنفس، زيادة في ضربات القلب) .

الانفعالات

ماهي الكلمة الواحدة التي تعيق مشاعري وعواطفني (حزن، قلق، غضب، ذنب، خجل)
السلوك

ما هو السلوك الذي أريد تغييره أو تحسينه ؟ في العمل ؟ في المنزل ؟ مع الأصدقاء ؟

هل أتجنب حالات محددة أو أشخاصاً بعينهم في حين أنه من مصلحتي ألا أفعل ذلك ؟

الأفكار .

ماهي الأفكار التي تراودني عن نفسي عندما تمر بي مشاعر وعواطف قوية ؟ عن الآخرين ؟ وعن مستقبلي ؟

ما هي الأفكار التي تتدخل في تنفيذ الأعمال التي أحب أن أقوم بها ؟

ماهي الخيالات و الصور الذهنية أو الذكريات التي تخطر على ذهني ؟

يفتح المجال أمام أعضاء المجموعة للتطبيق والمشاركة في النشاط المعروض.

يفتح المجال أمام أعضاء المجموعة للتطبيق والمشاركة في النشاط المعروض والإجابة على استفسارات أعضاء المجموعة من قبل المرشدة قائد المجموعة.

٤- الواجب البيئي (١٠ دقائق) .

تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة التفكير بالعناصر الخمسة التي تم مناقشتها خلال الجلسة (التغيرات البيئية والأعراض المعرفية الخاصة بالأفكار، والجسدية والسلوكية، والانفعالية) وذلك كما يراها المشارك لديه وحصرها وكتابتها لمناقشتها في الجلسة القادمة، ويتم ذلك كما يلي :

حاول أن تحدد ما يمر بك من تجارب في حياتك وفقاً للعناصر الخمسة السابقة وحاول في صحيفة الواجب البيئي أن تصف أية تغيرات جديدة أو مشكلات طويلة مرت بك، وإذا وجدت صعوبة اسأل نفسك الأسئلة المتواجدة في جدول الإشارات المساعدة

الجلسة الرابعة (الاكتئاب)

الهدف العام

تفحص وتفسير أسباب وأعراض الاكتئاب التي تم تعلمها في الجلسة السابقة .

زمن الجلسة ٩٠ دقيقة .

الإجراءات : لتحقيق الهدف العام سوف تقوم المرشدة بعدد من الإجراءات لضمان التعلم.

١ - مناقشة الواجب المنزلي. (٥ دقيقة)

تقوم المرشدة بمناقشة الواجب المنزلي الذي أعطي لأعضاء المجموعة كما يلي :

دعونا نستعرض ما كتبه كل عضو من تغيرات بيئية بصورة سريعة، وما نتج عن ذلك من ردود فعل

جسدية وانفعالية وسلوكية والأفكار المتعلقة بذلك.

• يتم فتح باب المناقشة مع أعضاء المجموعة للتأكد من استيعاب الفكرة .

٢ - تنفيذ تمرين قائمة جرد أعراض الاكتئاب وتسجيل النتيجة (٣٠ دقيقة)، بعد تقديم العرض

التالي :

يعتقد بعض الناس أن الأرق وصعوبات النوم أو تبدل الشهية أو نقص الفعالية أو الغضب هي أمور متفرقة إضافية على الاكتئاب وليست من طبيعته إلا أن حقيقة الأمر أن هذه الأعراض هي من صميم الاكتئاب، والمعالجة الناجحة هي في تحسين الأعراض المرتبطة ببعضها. لذا سوف أقوم بتوزيع هذا النشاط الذي سيقوم كل فرد من أعضاء المجموعة بتطبيقه ثم تفرغ النتائج بالقائمة المرفقة، ثم إعادة النموذج لي، وسوف نقوم في كل أسبوع بنفس التمرين والمقارنة بين النتائج الأسبوعية.

ضع دائرة حول رقم من الأرقام المقابلة لكل من الجمل التي تصف أكثر ما يمكن من تجربتك، مع كل عرض خلال الأسبوع الماضي.

أبداً	أحياناً	بشكل متكرر	معظم الأوقات	
٠	١	٢	٣	الشعور بالحزن .
٠	١	٢	٣	الشعور بالذنب .
٠	١	٢	٣	انفعال شديد مفاجئ .
٠	١	٢	٣	قلة الرغبة أو التمتع بالأنشطة المعتادة.
٠	١	٢	٣	الانسحاب أو تجنب الناس .
٠	١	٢	٣	أجد صعوبة أكثر من المعتاد للقيام بالأعمال.
٠	١	٢	٣	أرى نفسي عديم القيمة.
٠	١	٢	٣	صعوبات التركيز.
٠	١	٢	٣	صعوبة اتخاذ القرار.
٠	١	٢	٣	أفكار انتحارية.
٠	١	٢	٣	تكرار أفكار متعلقة بالموت.

٣	٢	١	٠	أقضي بعض الوقت بالتفكير بخطة بالانتحار.
٣	٢	١	٠	الشعور بقلّة احترام الذات .
٣	٢	١	٠	أشعر باليأس من المستقبل .
٣	٢	١	٠	أفكار انتقاد ولوم الذات .
٣	٢	١	٠	التعب ونقص الطاقة .
٣	٢	١	٠	نقص وزن واضح أو فقدان الشهية.
٣	٢	١	٠	تغير نظام النوم، صعوبات النوم أو نقص النوم أو زيادته عن الطبيعي.
٣	٢	١	٠	نقص الرغبة الجنسية .

النتيجة النهائية (مجموع الأرقام المختارة): ()

٣- تفحص الأفكار السلبية للاكتئاب (٢٥ دقيقة) . وتقوم المرشدة بالعرض التالي :

لقد ذكرنا قبل قليل وفي الجلسة السابقة الأعراض المصاحبة للاكتئاب، وإذا قمنا بتفحصها نلاحظ أن الشخص المكتئب عادة تكون لديه أفكار سلبية عن نفسه وعن العالم من حوله وعن مستقبله. وتتمثل أفكار الشخص السلبية عن نفسه، بلوم الذات وكثرة النقد فنلاحظ أن الشخص يزداد شعوره بضعف احترام الذات وتضعف ثقته بنفسه ويكون غير قادر على تكوين علاقات مع الآخرين، أما عن العالم من حوله يتضح عند تذكر فقط الجوانب السلبية لتجاربنا فمثلاً يتذكر الأشخاص عادة الأعمال التي لم يستطيعوا إنجازها أو أخبار الكوارث، ولا يقومون بتذكر الأحداث الإيجابية، فنلاحظ أن هذا الشخص يفسر أو يسيئ تفسير الأحداث التي تحدث من حوله، أو تراه يقف عند عمليين لم يتم القيام بهما يوم العطلة من أصل عشرة أعمال.

وعن المستقبل نجد الشخص المكتئب يئس وقد يصل إلى قناعة عن حياته وحياة القريبين منه بأنها ستكون كارثة بعد الأخرى والتي قد تنتهي بموته، وقد يقول الشخص لنفسه مثلاً وما فائدة المحاولة ؟ إنني لن أحسن أبداً، أو أنه لا يوجد مخرج من هذا أبداً، لن يحبني أحد، فمثلاً أفكار سلمى التي تحدثنا عنها في الجلسة السابقة عن نفسها كانت "

ثم تقوم المرشدة بإعطاء تمرين آخر للمشاركين قائلة: سوف أقوم بتوزيع تمرين لكي يقوم كل فرد بتفحص وتفريق كل فكرة سلبية عن الأخرى والإشارة إذا ما كان تشير إلي فكرة سلبية عن النفس أو المستقبل أو العالم.

الفكرة هل الفكرة السلبية عن (النفس، المستقبل، العالم)

- ١ - إنني لست جيداً .
- ٢ - أنني فاشل .
- ٣ - لا أحد يحبني .
- ٤ - إن الأمور لن تتحسن .
- ٥ - أنني خاسر .
- ٦ - لا قيمة لي .
- ٧ - لا أحد يستطيع مساعدتي .
- ٨ - لم أعمل ما طلبوه مني .
- ٩ - الآخرون أفضل مني .
- ١٠ - إنه/ إنها تكرهني .
- ١١ - لقد خربت كل شيء .
- ١٢ - لا أمل مني أبداً .

٤ - الواجب المنزلي (٢٠ دقيقة).

المرشدة : في الجلسة السابقة طرحت سؤال تعرفنا من خلاله على الأعراض الجسدية والمعرفية والانفعالية والسلوكية والتي نتجت عن التغيير البيئي الذي أثر على عليكم وهو المرض المزمن، وكان السؤال ماذا أحسست عندما ذكر لك أن كليتك قد توقفت عن العمل و عليك أن تبدأ العلاج التعويضي ؟

المطلوب منك الآن كواجب منزلي وبعد أن مارست النشاطات السابقة، تفحص هذا التغيير البيئي وهو المرض المزمن والذي أثر بكل عضو وأصبح لديه أفكار عن نفسه وعن الآخرين وعن المستقبل، وعلى ورقة منفصلة في المنزل تقوم بكتابة جميع الأفكار والتي قد راودتك مقسماً إياها (أفكار عن النفس، عن المستقبل، وعن العالم)، وسوف نناقشها في الجلسة التالية.

ثم تسأل إذا كان أعضاء المجموعة يريدون استيضاح أي أمر.

الجلسة الخامسة (التفكير)

الهدف العام

تحديد الصلة بين الأفكار والانفعالات وردود الفعل الجسدية وتفسير تأثيرها على البيئة المحيطة.

زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة .

الإجراءات :

١- مناقشة الواجب البيئي (١٥ دقيقة).

تبدأ الجلسة بمناقشة الواجب البيئي لضمان أن فكرة التفريق بين العاطفة وردود الفعل الجسدية وارتباطهما برود الفعل تجاه البيئة قد تم استيعابها ،وقد تم التمييز وتحديد الأفكار المرتبطة بالنفس (الذات) والمستقبل والعالم المحيط .

٢- تحديد أنماط التفكير السلبي والإيجابي (٣٠ دقيقة) .

ثم تطرح المرشدة سؤالين للمناقشة :

١- هل مجرد التفكير الإيجابي تجاه المرض هو الحل ؟

٢- وهل لتفسير طريقة تفكيرنا نحو مرضنا المزمّن أثر في تخفيف أعراض

- وتقوم المرشدة بفتح باب الحوار والمناقشة وطرح الأسئلة . كما وتتناول المرشدة بعض الأفكار مع أعضاء المجموعة موضحة كيفية تأثير الأفكار والمفاهيم في طبيعة الاستجابات الجسدية والعضوية، وكيف لهذه الأفكار أن تساعد في تحديد وتمييز العواطف والانفعالات التي نشعر بها .

ثم تقوم بإعطاء مثال على كيفية تأثير الفكرة حينما يفكر الشخص بنقاط القوة ؟ وكيف تؤثر حينما يركز الشخص على نقاط الضعف ؟ فعلى سبيل المثال خسران شخص عمله لاعتقاده أنه هو المخطئ يؤدي إلى تغيير الشخص نفسه، بينما إذا اعتقد أنه خسر عمله لتسلط مديره عليه قد تتغير ردود فعله، وتطلب المرشدة المزيد من الأمثلة لمناقشتها.

٣- تفسير نظرية ألبرت أليس (A B C) في أحداث الاضطرابات النفسية (٣٥ دقيقة).

تقوم المرشدة بتقديم العرض التالي :

توضح نظرية ألبرت أليس في أحداث الاضطرابات النفسية دور الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية في أحداث الاضطرابات، حيث يشار للحدث بالرمز (A)، ويشار للفكرة أو الاعتقاد بالرمز (B)، ويشار للنتائج الانفعالية والسلوكية بالرمز (C). فالمرض المزمن مثلاً هو (A)، وأنا عاجز عن العناية بنفسى هي الفكرة (B)، والتجنب والابتعاد عن الآخرين والاعتماد على من يقدم الرعاية في أخذ القرارات هي النتائج الانفعالية والسلوكية (C).

أما النموذج (DEF) فهو ليفند ويدحض ذلك المعتقد أو الفكرة غير العقلانية، حيث تعني (D) الأساليب التي تفند الفكرة اللاعقلانية للوصول إلى آثار منطقية وعقلانية والتي يعبر عنها بالرمز (E)، وبالتالي اكتساب مشاعر جديدة ومقبولة ويعبر عنها بالرمز (F) .

• وتقوم المرشدة بتقديم مثال لتوضيح العرض السابق.

المثال: هدى امرأة في الثلاثين من العمر.جلست على المقعد الخلفي في اجتماع أولياء الأمور بمدرسة ابنها، ولقد كان لديها أسئلة عديدة حول تعلم ولدها البالغ من العمر ٨ سنوات من عمره، وكادت أن ترفع يدها لتطرح أسئلتها إلا أنه خطر في بالها ما يلي " ماذا لو ظن الحضور أن سؤالي سخيفاً ! ربما أفضل أن لا أطرح هذا السؤال. "

نلاحظ هنا أن هدى قالت لنفسها أن سؤالها سخيّف وهذه فكرة (B)، لذلك شعرت بالقلق والحيرة لإمكانية أن تسأل ما تريد وهذا انفعال، أما السلوك الناتج عن ذلك فكان قرارها أنها لن تبوح بسؤالها، وبالتالي كان لديها تسرع في نبضات القلب كأعراض جسدية.

• ثم تطلب المرشدة من أفراد المجموعة إعطاء أمثلة أخرى وتناقشها، ويتم التدرّب

عليها أثناء الجلسة باستخدام نفس الجدول والذي سيتم إعطائه كواجب بيتي .

وفي النهاية يتم الاتفاق على أن تحدينا للأفكار المؤثرة على الانفعالات وبالتالي ردود الفعل الجسدية والسلوكية هو أول الطريق لفهم ماذا نعاني .

٤- الواجب البيتي (١٠ دقائق) .

تعطي المرشدة نشاط ليقوم أعضاء المجموعة بتنفيذه في البيت وذلك لتحديد الأفكار المؤثرة على الانفعالات والمسببة لردود الفعل الجسدية والسلوكية.

النشاط

خذ فكرة لديك وجد الصلة بينها وبين ردود الفعل الجسدية والانفعالية والسلوكية .

	A	الحدث أو الموقف
	B	الفكرة أو الاعتقاد
	C	النتائج السلوكية والانفعالية

الجلسة السادسة (الأفكار التلقائية)

الهدف العام

ممارسة مهارة تحديد الأفكار التلقائية المرتبطة بالذات والمسببة لردود الأفعال الجسدية والسلوكية غير المريحة، وتطبيقها على نموذج اكتئاب.

زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة.

الإجراءات:

١ - مناقشة الواجب البيتي (١٥ دقيقة) .

تقوم المرشدة بمناقشة الواجب البيتي والإطراء على التعاون من قبل أعضاء المجموعة، وتفتح المجال لإجابة أي تساؤل .

٢- ممارسة مهارة التمييز بين الحالات والعواطف وقياس شدة الانفعال (٣٠ دقيقة).

توضح المرشدة أن مهارة جديدة سيتم تعلمها في هذه الجلسة، تم تقوم المرشدة بسؤال أعضاء المجموعة إن كان بإمكان أحدهم أن يحدد شدة الانفعال الذي يشعر به أو تقديره نحو المرض ؟

وتفتح باب المناقشة للأعضاء الذين قد يجيب بعضهم غضب ١٠٠%، والبعض حزن ٩٠%، وآخرون شفقة على نفسي ٩٠% أو على أولادي ١٠٠% .

وتناقش المرشدة أن قوة وشدة الانفعال في حياة الأشخاص إنما يشير إلى أمر هام، ويستطيع الشخص

أن يصف العواطف بكلمة واحدة مثل حزن، اشمئزاز، ابتهاج. ومن الأهمية تحديد العاطفة التي تمر

بالشخص حتى يتمكن من وضع أهدافه محددة، كما أن قياس شدة العواطف يمكن الشخص من ملاحظة

تقلب وتغير عاطفته وانفعالاته وتنبيه الشخص إلى المواقف والأفكار المتعلقة بتبديل العاطفة .

ثم تقوم المرشدة بتوزيع التمرين التالي لتعليم أعضاء المجموعة قياس شدة العواطف أو الانفعالات التي يحسون بها نحو موقف ما، وتضيف لقد وضع التمرين التالي ليعينك على تمييز عواطفك وعزلها عن الجوانب الأخرى الهامة من حياتك، لذلك عليك أن تركز على حالة أو موقف معين شعرت فيه بمشاعر وعاطفة قوية .

تمرين معرفة العواطف وشدتها:

الحالة:

.....

العاطفة:

.....

١٠٠ ٩٠ ٨٠ ٧٠ ٦٠ ٥٠ ٤٠ ٣٠ ٢٠ ١٠ .

٣- تعلم مهارة إيجاد الفكرة التلقائية والمسببة للتوتر (٣٠ دقيقة) .

بعد أن تتأكد المرشدة من تعلم المرضى قياس شدة العاطفة تنتقل للفكرة التالية، وهي مهارة إيجاد الفكرة التلقائية، ويعتبر إتقان هذه المهارة خطوة هامة في تحسين المشاعر والزيادة من قدرة الفرد على التكيف، كما يتضح من العرض التالي:

هناك مهارات محددة ممكن أن تساعدك على تعلم طرق لتحسين عواطفك وتساعد أيضاً على إيجاد السلوك المطلوب وعلى تغيير الأفكار التي تتدخل في طبيعة العلاقات مع الآخرين . سوف أقوم الآن بتعليمكم على مهارة استخدام سجل الأفكار، مقسمة هذه المهارة على مجموعة من الجلسات .

ربما تتساءلون ماذا أعني بالفكرة التلقائية ؟ الإجابة هي أن الفكرة التلقائية أو الفكرة الساخنة كما يسميها البعض هي أول فكرة تخطر على بال الشخص عندما يقوم بعمل ما، بمعنى آخر هي الأفكار التي تأتي لأذهاننا بشكل تلقائي خلال اليوم، وقد تكون كلمات أو خيالات ذهنية أو ذكريات، وهي أيضاً تلك الأفكار التي تحمل أكبر الشحنات العاطفية . ويعتبر معرفة الأفكار التلقائية خطوة هامة في تحسين المشاعر وزيادة القدرة على التكيف .

ثم تقوم المرشدة بتوزيع التمرين التالي على أعضاء المجموعة مرفقة معه أسئلة لتساعد الأعضاء على معرفة الأفكار التلقائية.

الأفكار التلقائية	العواطف	الحالة
بماذا فكرت قبيل شعورك بهذا ؟ هل هناك أفكار وخيالات أخرى ؟ ضع دائرة حول الفكرة الحارة أي الفكرة التلقائية	أ- بماذا شعرت ؟ ب- فسر كل عاطفة ؟	مع من كنت ؟ ماذا كنت أفعل ؟ متى حدث هذا ؟ أين كنت ؟

أسئلة لتساعدك على معرفة الأفكار التلقائية :

- ماذا كان يدور بذهني قبيل أن أشعر بهذه العواطف ؟
- لأي شيء يشير هذا في طبيعتي، إن كان صحيحاً ؟
- ماذا يعني هذا بالنسبة لي ولحياتي ومستقبلي ؟
- ما هو الأمر الذي أخشى حدوثه ؟
- ما هو أسوأ ما يمكن أن يقع، إن كان هذا صحيحاً ؟
- لأي شيء يشير هذا فيما يتعلق بمشاعر الناس وأفكارهم عني ؟
- إلى ماذا يشير هذا بالنسبة للناس بشكل عام ؟
- ما هي الخيالات والذكريات التي في ذهني أثناء هذه الحالة ؟

ثم تقوم المرشدة بإعطاء مثال لملئ هذا الجدول، وتطلب من أعضاء المجموعة إعطاء الأمثلة لمناقشتها أيضاً .

٤ - الواجب البيتي (١٥ دقيقة) .

تذكر المرشدة أن الأشخاص كما التلاميذ في حالة تعلم أية مهارة جديدة عليهم أن يقوموا باستعمالها باستمرار لضمان التعلم فعلى أعضاء المجموعة استعمال سجل الأفكار بكثرة في الأسابيع القادمة لإتقان هذه المهارة .

ثم تقوم بتوزيع أوراق من نموذج الجدول السابق على أعضاء المجموعة لمحاولة التدريب عليه في البيت .

الجلسة السابعة (الأفكار التلقائية)

الأهداف

- ممارسة مهارة إيجاد الدليل المؤيد وغير المؤيد للفكرة التلقائية .
- تطوير طرق جديدة للتفكير والتي تؤدي لتحسين المشاعر .

زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة .

الإجراءات:

١ - مناقشة الواجب البيتي (٣٠ دقيقة) .

وتقوم المرشدة بمناقشة سجل الأفكار الذي تم إعطائه كواجب بيتي لأعضاء المجموعة، وتجب على أية استفسارات قبل الانتقال للإجراء التالي.

٢ - أين الدليل ؟ (٤٠ دقيقة)

الفكرة التالية أنه بعد التعرف على أفكارنا التلقائية والمسببة للتوتر، لماذا لا نحاول أن نجد الأدلة المؤيدة والأدلة المعارضة لهذه الفكرة.

الهدف من ذلك أن هناك مجموعة من الحلول لمشاكلنا والنظر للمشكلة من خلال منظور آخر قد يخفف شدة الانفعال، وتضيف المرشدة :

استطعنا في الجلسة الماضية التعرف على كيفية استخلاص الفكرة التلقائية تجاه تجربة ما، سنضيف الآن مجموعة من الأعمدة لسجل الأفكار وسأقوم بتدريبكم على كيفية ملئ هذه الأعمدة وهما العمودين ٤ ، ٥، وعلينا أن نكتب داخل العمود ٤ الأدلة التي تؤيد الفكرة التلقائية، أما العمود ٥ فنكتب داخله الأدلة المعارضة للفكرة التلقائية. سنلاحظ أنه من السهل على الشخص أن يجد عادة الدليل المؤيد لفكرته التلقائية، أما إذا أحب إيجاد الدليل غير المؤيد ولم يستطع فسأقدم مجموعة من الأسئلة المساعدة لإيجاد الدليل مرفقة مع نموذج سجل الأفكار الذي ستقومون بتعبئته.

الأسئلة المساعدة لمعرفة الأدلة غير المؤيدة لفكرتك التلقائية :

١. هل مرت علي تجارب تشير إلى أن هذه الفكرة ليست دوماً صحيحة؟
٢. لو فكر صديق لي أو عزيز علي بهذه الطريقة، فماذا يمكن أن أقول له يا ترى ؟
٣. لو عرف صديق لي أو عزيز علي بأنني أفكر بهذه الفكرة، فماذا يمكن أن يقول لي يا ترى ؟ وما هي الأدلة التي يمكن أن يقدمها إلي، ليثبت لي أن فكرتي غير صحيحة تماماً (١٠٠%) ؟
٤. عندما لا أشعر بهذه المشاعر فهل أنا أفكر بمثل هذه الفكرة ؟ أم بطريقة مختلفة، وما هي ؟
٥. ما هي الأمور التي جعلتني أشعر بالتحسن، عندما فكرت بهذه الطريقة في السابق ؟
٦. هل مررت بمثل هذه الحالة من قبل ؟ وماذا حدث ؟ وهل هناك فرق بين هذه المرة والمرة السابقة ؟ وماذا تعلمت من التجارب السابقة مما يمكن أن يعينني الآن ؟
٧. هل هناك أمور صغيرة تعارض أفكارني، والتي ربما أعتبرها غير هامة ؟
٨. إذا نظرت إلى هذه الحالة من جديد، بعد خمس سنوات من الآن، هل يمكن أن أراها بشكل مختلف؟ وهل يمكن أن أركز التفكير على جوانب أخرى من هذه الحالة ؟
٩. هل هناك عوامل قوية وإيجابية في أو في الحالة، والتي ربما أتجاهلها ؟
١٠. هل أقفز إلى نتائج في العمودين (٣ ، ٤) لا تؤيدها الأدلة المتوفرة؟
١١. هل ألوم نفسي على أمر لم يكن لي السيطرة الكاملة عليه ؟

١- الحالة	٢- العواطف	٣- الأفكار التلقائية	٤- الأدلة المؤيدة	٥- الأدلة غير المؤيدة
			للفكرة التلقائية	للفكرة التلقائية

تضيف المرشدة: علماً أنه من الصعب عادةً الكشف عن الأدلة التي تثبت عدم صحة مفاهيمنا وأفكارنا

وخاصة عندما نكون في حالة انفعال عاطفي شديد، ومفتاح تخفيف شدة العاطفة

(الانفعال) يكمن في البحث عن الأدلة المؤيدة والمعارضة .

• تقوم المرشدة بعد توزيع جدول الأفكار والأسئلة المساعدة بتقديم مثال لترسيخ المهارة الجديدة،

ثم تطلب من باقي الأعضاء إعطاء أمثلة من حياتهم.

٣- الواجب البيتي (٢٠ دقيقة). تفتح المرشدة باب المناقشة لأعضاء المجموعة للاستفسار وطرح

الأسئلة حول ما دار بالجلسة، وتوزع بعد ذلك نماذج من جدول الأفكار لأعضاء المجموعة ليقوموا

بالتدريب عليها بالمنزل.

الجلسة الثامنة (الأفكار البديلة)

الهدف :

- تبديل الفكرة التلقائية بفكرة بديلة .
- التأكيد على تدريب تسجيل الأفكار في سجل الأفكار لضمان الحصول على نتائج ثابتة .

- ممارسة مهارة استخدام سجل الأفكار على حالة اكتئاب .

زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة .

الإجراءات:

١ - مناقشة الواجب المنزلي (٢٠ دقيقة).

تقوم المرشدة بمناقشة الواجب البيتي، والإجابة على أية استفسارات .

٢ - تبديل الفكرة التلقائية بفكرة بديلة (٣٠ دقيقة) . ثم تقوم المرشدة بالعرض التالي:

عندما لا تؤيد الأدلة الموجودة في العمودين (٤،٥) أفكارنا التلقائية، علينا أن نكتب تفسيرات بديلة للحالة في العمود ٦، ثم نعمل على قياس شدة قناعتنا بالفكرة البديلة والذي يساعدنا على رؤية مدى تأثير المعلومات الإضافية والتي قد جمعناها في تكوين وجهة نظر جديدة، أي عندما تتحول قناعتنا من الفكرة التلقائية لفكرة بديلة يقل التوتر والضغط الانفعالي (العاطفي) . فعلى سبيل المثال إذا اعتقد أحدنا " إنني والد غير ناجح " قد تكون الفكرة البديلة " إنني كوالد قد ارتكبت بعض الأخطاء إلا أنني قمت أيضاً ببعض الأعمال الحسنة "، نلاحظ أن الفكرة الأولى ركزت على الجانب السلبي والذي جلب الألم النفسي أما الفكرة الثانية فهي أكثر توازناً واعتدالاً، توضح أن الوالد قام ببعض الأعمال الحسنة وهي تخفف من الألم النفسي للوالد وتجعله يحس بالراحة.

وتضيف المرشدة ننتقل الآن إلى كيفية ممارسة مهارة إيجاد الفكرة البديلة :

- يجب أن يلخص العمود (٦) من سجل الأفكار، الأدلة الهامة المتجمعة والمذكورة في العمودين (٤،٥) .

- إذا كان الدليل لا يؤيد أفكارك التلقائية، فاكتب نظرة بديلة للحالة بشكل منسجم مع الدليل.

- إذا كان الدليل يؤيد الأفكار التلقائية بشكل جزئي، فاكتب فكرة متوازنة تلخص الأدلة المؤيدة والمعارضة لفكرتك الأولى المبدئية .

- ضع قياساً لقناعتك بالنظرة البديلة أو المتوازنة على سجل (٠ - ١٠٠%).

ينبع التفكير البديل أو المتوازن في كثير من الأحيان من توسيع نظرة الفرد لنفسه أو للحالة التي يعيشها، كما نلاحظ أن التفكير الإيجابي يميل إلى تجاهل المعلومات السلبية، ولذلك قد يكون ضرره كضرر التفكير السلبي، بينما يأخذ التفكير البديل أو المتوازن بعين الاعتبار كلا المعلومات السلبية والإيجابية .

ثم تقوم المرشدة بتوزيع النموذج التالي على أعضاء المجموعة للتدريب عليه أثناء الجلسة .

١- الحالة	٢- العواطف	٣- الأفكار	٤- الأدلة	٥- الأدلة	٦- الفكرة
		التلقائية	المؤيدة	المعارضة	البديلة

الإشارات المساعدة على استنتاج فكرة بديلة أو متوازنة :

- لو كان هناك شخص عزيز علي في هذه الحالة، وحمل هذه الأفكار، ولديه هذه المعلومات،

ماذا ستكون يا ترى نصيحتي له ؟ كيف يمكن أن أقترح طريقة لفهم الحالة ؟

- لو كانت فكرتي التلقائية صحيحة، فما هي يا ترى أسوأ النتائج ؟ ولو كانت فكرتي التلقائية

صحيحة فما هي يا ترى أحسن النتائج ؟ وما هي النتيجة الأكثر واقعية لو كانت فكرتي التلقائية

صحيحة ؟

- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة إعطاء الأمثلة، وتشجع مشاركة الجميع لتوليد العديد

من الأفكار والتي قد يكون بينها فكرة بديلة مناسبة.

٣- تطبيق سجل الأفكار على حالة اكتئاب (٣٠ دقيقة) .

تقوم المرشدة بإعطاء مثال لتطبيقه على سجل الأفكار قائلة :

سلمى سيدة تبلغ الثامنة والثلاثين من العمر، تعاني من حالة اكتئاب، بدأت تشعر بفقدان السيطرة على حياتها، وخاصة في الستة أشهر السابقة، وكانت قد حاولت الانتحار مرة وهي في الثامنة عشر والثانية وفي الخامسة والعشرين من العمر، وتخاف الآن أن يصل بها الحال وتقوم بما فعلته سابقاً.

تعرض المرشدة سجل الأفكار الذي سجلته سلمى، كمادة تعليمية لأفراد المجموعة.

١- الحالة	٢- العواطف	٣- الأفكار التلقائية
في المنزل بمفردتي يوم عطلة ٩،٣٠ مساءً	اكتئاب ١٠٠% خيبة أمل ٩٥% فراغ ١٠٠% مشوشة ٩٠% خيال ٩٥%	ارغب بفقدان المشاعر كي لا أحس بالألم. إنني لم أستطع أن أحقق أي تقدم . إنني مشوشة الذهن كثيراً ولا أتمكن من التفكير . لم أعد أعرف ما هو حقيقي وما هو خيالي . ألم شديد وأتمنى الموت لا شيء يمكن أن يفيد . ليست الحياة جديرة بالعيش. إنني فاشلة تماماً .

الأدلة المؤيدة	الأدلة المعارضة	الأدلة البديلة
إنني أشعر بالفراغ داخلي. ليس لي إلا الموت الألم لا يحتمل . الموت هو الخلاص الوحيد . لقد حاولت العديد من المعالجات النفسية والمعالجين، والكثير من الأدوية، ولم أستفد منها شيئاً	في الماضي ساعدني الحديث عن الألم في تحسنه . تمنيت الموت من قبل، ولكنني تجاوزت تلك المرحلة . إنني أتعلم التفكير بشكل مختلف، ويمكن لهذا أن يساعدني، إلا أنني غير متأكدة . صديقتي ترى أن لدي صفات إيجابية وهناك ما يمكن أن أقدمه للعالم. أشعر بالتحسن في بعض الأيام، وبألم قليل .	رغم الألم العاطفي إلا أن الكلام يمكن أن يخفف عني كما حدث بالماضي ١٥% . من الأهمية أن أدرك بأن هذه المشاعر لا تطاق ولن تدوم وسأشعر بالتحسن مجدداً (١٠%) . الموت ليس الحل الوحيد ٢٠% . أتعلم مهارات جديدة ستساعدني لتغيير عادات قديمة ١٥% .

٤ - مناقشة الواجب البيتي (١٠ دقائق) .

نفس الجدول الذي تم إعطائه سابقاً، أما الأمثلة يجب أن تخص شيء واقعي من حياة المريض .

الجلسة التاسعة (الأفكار المتوازنة)

الأهداف

- تعليم مهارة أخذ المعلومات السلبية والإيجابية أثناء وضع الحلول البديلة .
- توسيع نظرة المريض لنفسه ولوضعه الحالي .

زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة .

الإجراءات :

١ - مناقشة الواجب البيتي (٢٠ دقيقة) .

تقوم المرشدة بمناقشة الواجب المنزلي والإجابة عن أية تساؤلات .

٢ - ممارسة مهارة التفكير بالنتائج السلبية والإيجابية (٣٠ دقيقة) .

تناقش المرشدة بعض الحلول الممكنة والمتوازنة لتحقيق الفكرة الجديدة والتي يقوم أعضاء المجموعة

باقتراحها كل على حسب الوضع الذي يناسبه، وإمكانية تطبيق الحل وذلك من أجل أن يتسنى لكل

فرد التفكير بالنواتج السلبية والإيجابية لحلوله المقدمة.

وبعد تلك المقدمة تقوم المرشدة بالعرض التالي :

وتقوم المرشدة بعد ذلك بمناقشة كل سؤال من أجل أن تستثير مزيد من الأفكار والاستجابات من

أعضاء المجموعة فيتاح للجميع التفكير بالنواتج السلبية والإيجابية.

أثناء وضعك للأفكار البديلة هل قمت بالتفكير بالأسئلة التالية؟

- ماذا كان يدور في ذهني قبيل أن أشعر بالانفعال ؟
- إلى ماذا يمكن أن يشير هذا في طبيعتي ؟
- ماذا يعني ذلك بالنسبة لي ولحياتي ومستقبلي ؟
- ما هو الأمر الذي أخاف وقوعه ؟
- ما هو أسوأ ما يمكن أن يقع إن كان هذا صحيحاً ؟
- إلى ماذا يشير هذا حول مشاعر الناس وأفكارهم عني ؟
- إلى ماذا يشير هذا بالنسبة للناس بشكل عام ؟

٣- توسيع نظرة المريض لنفسه ولوضعه الحالي (٢٥ دقيقة) .

قد تكون المرشدة حققت هذا الهدف بالإجراءات السابقة لكنها ستضيف هنا عموداً

آخر لقياس شدة العاطفة قاتلة:

بعد أن قمت بكتابة أفكارك البديلة أو المتوازنة، أعد قياس شدة عواطفك، واكتب

العواطف وشدتها في العمود رقم ٧.

- وتقدم نفس المثال الذي تم التدريب عليه في الجلسة السابقة مضيفة العمود رقم ٧.

وتذكر سلمى في سجل أفكارها أن شدة عواطفها أصبحت، حزن ٨٥ %، خيبة أمل ٩٠ %، فراغ ٩٥

%، تشوش ٨٥ %، خيال ٩٥ % .

توضح المرشدة بعد ذلك ما يلي :

لقد صمم سجل الأفكار، ليساعدكم على امتلاك نظرة شاملة واسعة للحالة التي تعيشها، مما يجعل ردود أفعالك العاطفية أكثر توازناً بالنسبة لمجموع ظروف حياتك، وهو يعلمك أيضاً التفكير التلقائي بمرونة وقدرة أكثر .

وكلما أكملت كتابة سجلات للأفكار، كلما أصبح من السهل عليك أن تفكر في الحالات بأسلوب أكثر مرونة، وتبدأ في إيجاد أفكار بديلة بشكل تلقائي ومتوازن ودون أن تحتاج لكتابة الأدلة.

٤ - الواجب البيتي (١٥ دقيقة) .

تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة تطبيق مثال على سجل الأفكار بعد إضافة العمود السابع، وتوزع نماذج لهذا السجل ليقوم الأعضاء بتعبئتها .

الجلسة العاشرة (القلق)

الهدف :

تحديد أسباب القلق و أعراضه (المعرفية، السلوكية، الانفعالية، الجسدية).

زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة .

الإجراءات:

١- مناقشة الواجب البيتي (٢٠ دقيقة) .

تقوم المرشدة بمناقشة الواجب المنزلي للتأكد من أن جميع أفراد المجموعة قد أتقنوا مهارة استخدام سجل الأفكار.

إن القلق عبارة عن استجابة انفعالية لمواقف مخيفة أو هو خوف من المجهول وتعطي أمثلة على المواقف المخيفة والتي تتضمن الإصابة بالمرض، وترك العائلة والحياة العادية التي كان يحياها المريض وتوقع الجراحة أو العلاج المجهول.

ثم تترك المجال للمناقشة وذلك من أجل التفريغ الانفعالي والتعرف على أعراض المرض كما سبق أن تم فعله في جلستي الاكتئاب.

و توضح أعراض القلق كما يلي :

- الأفكار (مبالغة في تقدير الخطورة، مبالغة في الخوف من ضعف القدرة على التكيف،

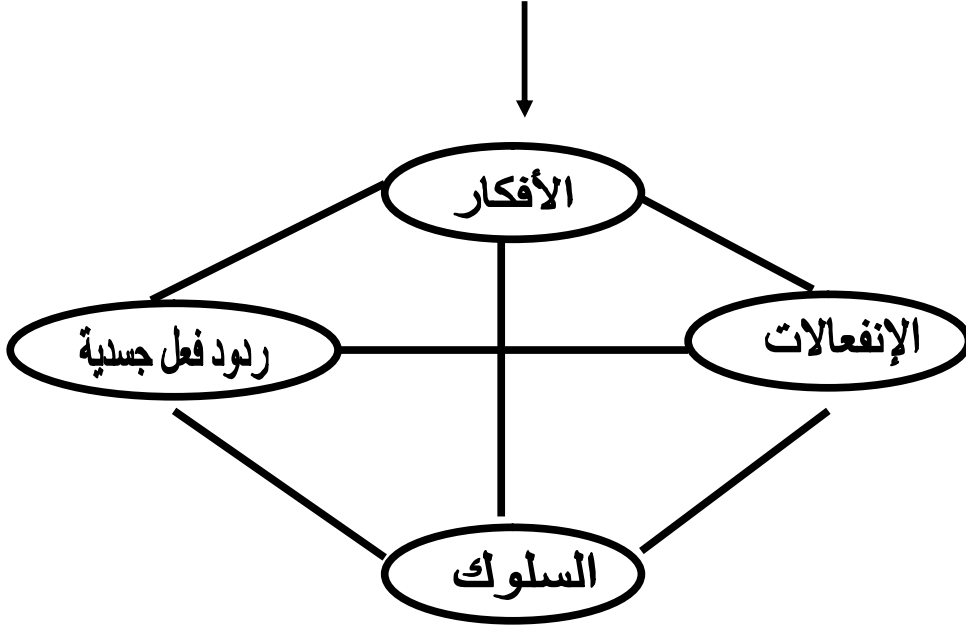
المبالغة من الخوف من قلة المساعدة المتاحة، هموم وأفكار بتوقع الكوارث)

- الانفعال أو العواطف (عصبية، قلق، ذعر).

٢- تحديد أعراض القلق المعرفية والجسدية والسلوكية والانفعالية (٣٠ دقيقة) .

ولتحقيق الهدف السابق تقوم المرشدة بالعرض التالي:

البيئة (أحداث الحياة)



ثم يفتح باب المناقشة مع أعضاء المجموعة وإعطاء الأمثلة (١٠ دقائق) .

وتستمر المرشدة بإعطاء الأمثلة وذلك بعد الشرح الذي تم تقديمه للتأكد من أن جميع أعضاء

المجموعة قادرين على التفريق بين الأعراض الأربعة للقلق .

٣- تفسير الأحداث البيئية وفقاً للعناصر الأربعة التي تم شرحها (٢٠ دقيقة).

تقوم المرشدة بتوزيع النشاط التالي على أعضاء المجموعة ليتم تحقيق الهدف السابق، وتطلب من كل

عضو أن يقوم بتقديم الأمثلة، وإذا وجد أحدهم أية صعوبة بإمكانه الاستعانة بإشارات المساعدة المرفقة

مع النشاط وذلك لفهم مشكلته الخاصة.

فهم مشكلتي الخاصة

التغيرات البيئية.....

ردود الفعل الجسدية.....

الانفعالية.....

السلوكية.....

الأفكار.....

الإشارات المساعدة:

التغيرات البيئية وأحداث الحياة :

هل مرت معي تغيرات جديدة ؟

ما هي أصعب الأحداث في حياتي خلال العام الماضي ؟ ثلاث سنوات ؟ خمس سنوات ؟ في طفولتي ؟

هل لدي صعوبات طويلة الأمد (إساءة من الآخرين أو إزعاج) ؟

ردود الفعل الجسدية: هل لدي أعراض جسدية تزعجني (تغير في قدراتي، شهيتي للطعام، النوم، آلام المعدة، التعرف، الدوخة، صعوبات التنفس، زيادة في ضربات القلب).

الانفعالات: ما هي الكلمة التي تعيق مشاعري وعواطفني (حزن، قلق، غضب، ذنب، خجل)

السلوك: ما هو السلوك الذي أريد تغييره أو تحسينه ؟ في العمل ؟ في المنزل ؟ مع الأصدقاء ؟ هل أتجنب حالات محددة أو أشخاصاً بعينهم في حين أنه من مصلحتي ألا أفعل ذلك ؟

الأفكار: ما هي الأفكار التي تراودني عن نفسي عندما تمر بي مشاعر وعواطف قوية ؟ عن الآخرين ؟ وعن مستقبلي ؟

ما هي الأفكار التي تتدخل في تنفيذ الأعمال التي أحب أن أقوم بها ؟

ما هي الخيالات و الصور الذهنية أو الذكريات التي تخطر على ذهني ؟

٤- الواجب البيتي (١٠ دقيقة) .

تقوم المرشدة بتوزيع النموذج السابق لأعضاء المجموعة وهي تقول : خذ فكرة مما لديك تمثل القلق

وأوجد العلاقة بينها وبين الانفعالات والسلوك وردود الفعل الجسدية.

الجلسة الحادية والثانية عشرة (القلق)

الأهداف

- توسيع نظرة المريض لنفسه ولوضعه الحالي .
 - تعليم مهارة استخدام سجل الأفكار وتطبيقها لحالات القلق.
- زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة .

الإجراءات:

كما كانت الإجراءات في الجلسات ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩ من حيث تعليم التعرف على الأفكار التلقائية و

إيجاد الأفكار البديلة ومحاولة تطبيق مدى معقوليتها

الواجب البيتي: بنفس الطريقة في الجلسات السابقة.

الجلسة الثالثة عشرة (تقليل الحساسية التدريجي)

الهدف :

مواجهة المواقف المقلقة والتعامل معها بطريقة تكيفية .

زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة.

الإجراءات:

- ١- مراجعة ما تم تعلمه من مهارات في الجلسات السابقة (٣٠ دقيقة) .
 - ٢- التدريب على تقليل الحساسية التدريجي لمواجهة تجنب المواقف المقلقة (٤٠ دقيقة) .
- بعد أن تأكد المرشدة على أهمية الاسترخاء في إزالة التوتر الناتج عن وضع الأعضاء المرضي والمسبب للضغط النفسي ، تنتقل للعلامة الأكثر تمييزاً للقلق وهي التجنب .
- تقوم المرشدة بالعرض التالي :

التجنب

هو عزلة المريض عن المحيط الاجتماعي، وتجنبه لإظهار مرضه أمام الجميع أو تجنب الاعتراف بالوضع المرضي الحالي ، فكلما تجنبنا موقفاً كلما ازداد قلقنا عندما نواجه هذا الموقف ، وأن تعلم الاقتراب والتكيف مع المواقف التي نشعرنا بالقلق هي الطريقة القوية والدائمة التأثير في إزالة هذا القلق .

ويتم كل ذلك عن طريق الاسترخاء وبالاقتراب التدريجي مما يخيف المريض وجمع الأدلة حول صحة ودقة توقعات الشخص الكارثية باستعمال المهارة التي تم تعلمها في الجلسات السابقة.

تم تقوم المرشدة باختيار موضوع ورسم سلم متدرج للعناصر التي تخيف الشخص بحيث يوضع الموقف أو الحدث الأشد في أعلى القائمة والأقل في أسفل القائمة، ويتدرج في الصعود عليه ليتم الاقتراب من الحالة أو الموقف الأشد فالأشد .

المثال

منى موظفة في البلدية طلب منها أن تتحدث في الاجتماع القادم لمجلس البلدية، وشعرت بالقلق الشديد لأنها في العادة كانت تتجنب الحديث أمام جمع من الناس، ولكي تتغلب على تجنبها للمواقف التي تسبب

لها القلق، فقد كتبت السلم المتدرج التالي :

- إلقاء الخطاب في اجتماع البلدية .
- اللقاء الفردي بأحد أعضاء البلدية وشرح وجهة نظري .
- إلقاء الكلمة أمام أفراد أسرتي وأصدقائي .
- التدريب على الخطاب في البيت على انفراد .
- كتابة الخطاب .

ثم تقوم المرشدة بطلب بعض الأمثلة من أعضاء المجموعة والتدريب عليها، وتضيف تستطيعون بهذه الطريقة أن تحاولوا الإقتراب من المواقف التي تشعرون اتجاهها بالقلق، وبالتالي تتغلبون على التوتر والضغط النفسي.

٣- الواجب البيتي (٢٠ دقيقة) .

التدريب على نفس التمرين الذي تمت مناقشته في الجلسة لكن بالمشكلة الحقيقية التي يتجنبها المريض، ولكي تصبح استراتيجية يستخدمها في بعض المواقف المقلقة.

الجلسة الرابعة عشرة (جلسة ختامية)

الأهداف :

- مناقشة أفراد المجموعة بإيجابيات وسلبيات البرنامج .
 - تطبيق مقاييس الدراسة .
 - شكر الأفراد المشاركين .
- زمن الجلسة: ٩٠ دقيقة .

الإجراءات:

- ١- تقوم المرشدة بشكر المرضى على المجهود الذي بذلوه في تطبيق البرنامج مؤكدة أنهم يستطيعون تطبيق المهارات التي تم تعليمهم لها في جميع مجالات حياتهم لتصبح نمط خاص بهم حتى وإن واجهوا بعض المشكلات في التطبيق .
- ٢- مناقشة سلبيات وإيجابيات البرنامج والسماح لأعضاء المجموعة بإبداء آرائهم وملاحظاتهم ومدى الفائدة التي تحققت لهم .
- ٣- تطبيق المقاييس التي طبقت قبل بدء البرنامج الآن بعد الانتهاء من البرنامج .

ملحق رقم (٥)

الآثار المترتبة على البرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية

تجدر الإشارة هنا إلى بعض التطورات التي أحرزها المرضى أثناء تقديم البرنامج الإرشادي، حيث قامت المريضة التي تبلغ السادسة عشر من العمر بتغيير فكرتها التلقائية وهي أنها لم تعد قادرة على إكمال دراستها وأن لا أحد يهتم لها، إلى أنه عليها إكمال دراستها لتكون نموذجاً لغيرها من المرضى، خاصة بعد أن وجدت في الأدلة الداحضة لفكرتها التلقائية بأن إخوتها الأصغر عمراً منها ما زالوا يطلبون منها مساعدتهم في فهم وشرح بعض الدروس التي تصعب عليهم، وأنّ معلماتها يقدرن المجهود المضاعف الذي تبذله بالدراسة للالتحاق بزميلاتها الاتي سبقنها في الدراسة، وأن زميلاتها لم يعيّرنها بطبيعة مرضها أو جعلنها تحس بأنها أقل منهنّ.

ومريضة أخرى تبلغ من العمر الخامسة والعشرين، كانت قد أصيبت بالمرض المزمن وهي في الخامسة عشر من عمرها، وهذا جعلها تتوقف عن متابعة دراستها المدرسية، وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي، قامت بالتسجيل والالتحاق لإكمال المرحلة الثانوية فرع (تمريضي)، و اشترت جهاز حاسوب وسجلت في دورة لتعلم كيفية استخدامه. وذكرت أنها لا تزال تتبع نفس الإستراتيجيات التي تعلمتها أثناء استخدام سجل الأفكار في تأييد أو دحض الفكرة التلقائية التي كانت لدى والدها وهي أنها لا تستطيع القيام بأي مجهود نتيجة مرضها، وقد تشجع والدها عندما كان يراها تذهب وحدها لجلسات الإرشاد الجمعي من السلط إلى عمان.

أما المريضة والتي تبلغ من العمر الثانية والأربعين. كانت قد أصيبت إضافة لمرضها المزمن في السابق بجلطة، أثرت على نطقها وحديثها، وطريقة مشيتها، مما جعل والدتها لا تعتمد عليها في عمل

أي شيء، وهذا تسبب في عزلتها بصفة شبه دائمة بالمنزل. وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وتشجيع أفراد المجموعة لها ونجاحها في تقديم واجباتها المنزلية وحضور الجلسات، وتحسن شعورها تجاه نفسها وشعورها بالكفاءة وقدرتها على مواجهة الحياة.

فقد إرتأت أن تواجه والدتها بأنها لن تعيش ما تبقى لها من العمر تحت حمايتها الدائمة، وأن عليها أن تقوم بتلبية احتياجاتها الخاصة بنفسها. فبدأت كخطوة أولى بصرف علاجاتها الدوائية من مستشفى البشير لوحدها (علماً بأن هذه العملية تتطلب وقتاً وبعض الإجراءات من التوقيع قبل صرف الأدوية) ومن ثم عليها أن تستأجر (سيارة) لحمل المحاليل الطبية التي تحتاجها أثناء قيامها بعملية الغسيل البريتوني، وقد نجحت بهذه الخطوة.

ووضعت المريضة هدفاً آخر لنفسها بعد أن وضعت فكرتها المتوازنة - إنني وعلى الرغم من مرضي أستطيع القيام بعمل ما - وكان الهدف أن تدر دخلاً ولو صغيراً يساعدها بمصاريفها، فذهبت بمساعدة المرشدة والممرضة القائمة على متابعتها إلى إحدى الجمعيات النسائية و اشتركت بالمطبخ الإنتاجي، وكان لا بد من إختيار العمل الذي يتناسب مع وضعها الصحي، فاخترت أن تقوم بإحضار بعض الخضراوات وتعليجها وتكبيس بعض الحبوب وتنظيفها، وإعطائها للجمعية لبيعها .

ومريضة أخرى كان زوجها قد هجرها بعد إصابتها بالمرض المزمن مما جعلها تشعر بالاكئاب وخذلاته لها، ورفضت أي نوع من التودد ليعيدها مرة أخرى لبيت الزوجية، وجعلها خوف أهلها الشديد عليها وعلى طفلها الصغير تشك في قدرتها على القيام بأي نوع من الأعمال. في البداية بدأت المريضة في تصحيح بعض أفكارها حول مسؤولياتها عن العناية بنفسها خاصة بعد أن أصيبت بالتهاب نتج عن عدم اتباعها الطريقة المعقمة في تبديل أكياس سوائل الديليزة والتي تقوم باستخدامها. بعد ذلك أحست بأنها تستطيع القيام بعملٍ ما خاصة وأنها درست التجميل قبل الزواج، فقررت استقبال بعض الزبائن

في البيت وفي وجود أفراد الأسرة لتحس بالأمان، وعندما نجحت وأحست بالسعادة لاختلاطها بالآخرين، بدأت تعتقد بأن هناك جوانب لم تكن تفكر بها بخصوص علاقتها بزوجها، واعترفت بأنها تحبه وأنها تخاف من ردود فعل أهلها إن قامت بإعطائه فرصة أخرى، على أية حال بدأت تفكر بالجوانب الإيجابية والسلبية لكل المواقف وتحاول وضع أفكار متوازنة لكل فكرة تلقائية تفكر بها.

والمريضة التي تبلغ من العمر الواحد والأربعين كانت ومنذ البداية تحاول تمحيص أفكارها التلقائية، ومحاولة إيجاد أفكار بديلة أو متوازنة، فهي المسؤولة عن رعاية أسرتها وأولادها وهي صاحبة القرار في بيتها نظراً لظروف عمل زوجها خارج الأردن. ولا بد من ذكر مثالاً عن كيفية تناولها لأفكارها التلقائية من واقع أحد الواجبات المنزلية، فعلى أثر اتصال هاتفي سريع من زوجها للاطمئنان عليها ظنت أن زوجها سيتزوج من امرأة أخرى، فقد كان في عجلة من أمره، فبدأت تضع أدلة مؤيدة لفكرتها التلقائية من واقع أصوات سمعتها بالقرب منه وهو يتحدث ورغبته السريعة في إنهاء المكالمة التلفونية، وبدأت بعد ذلك بتناول الأدلة غير المؤيدة لفكرتها التلقائية، كأن يكون في السوق وهذه الأصوات حوله، وتذكرت مواقفه الحنونة معها أثناء مرضها، واتصالاته المستمرة للاطمئنان على أفراد أسرته، وتأكيده الدائم لها بأنه فخور بعائلته ويحبها، وغير ذلك من المواقف التي كانت تظن أنها مساعدة، مما جعلها تتوصل لفكرة على الرغم من أن هناك أصوات أنثوية حول زوجي إلا أن ذلك قد يعني أنه في السوق مثلاً وهو في وضع يتخرج من الحديث الخاص أمام العامة، وقد قادتها فكرتها البديلة إلى الاتصال بزوجها لكي تبوح له بظنونها وكيف تغلبت عليها، وقبل أن تذكر سبب اتصالها ذكر لها الزوج أنه كان في المتجر الذي يعمل به وقد حضرت بعض النسوة لشراء بعض البضائع، وهو يستطيع الحديث الآن.

مريضان آخران وهما من أعضاء المجموعة الأكبر عمراً، أحدهما في الخامسة والستين والآخر في الثانية والسبعين، وكانا يلتزمان بالحضور بالرغم من وجود بعض المشاكل الصحية التي كانت تؤثر عليهما أحياناً، وكانا يستخدمان سجل الأفكار في تناول أية أفكار قد تعرضهما للقلق، وبدأ كل منهما لمعاودة الزيارات العائلية والاهتمام بشؤون أولادهما المتزوجين والاستمتاع حتى باللعب أو مساعدة حفيد في أي نشاط، ويذكران تجربتهما بمنتهى السعادة والفخر لأعضاء المجموعة.

أحد المرضى الذكور والبالغ الثامنة والأربعين من العمر، عند بدأ التجربة كان يشعر بأنه بلا فائدة وأنه بمرضه خذل زوجته وأولاده، ولديه مخاوف شديد من المستقبل، ويصاب بالقلق من أي (مشوار) للسير في الطريق العام لإحساسه بأنه قد يقع في الشارع أو حافلة النقل، ويحس بالغضب تجاه الجهات المسؤولة والتي عليها أن تضع حلولاً للمرضى وتقوم برعايتهم بدون أن يشارك بأي نشاط لتغيير وضعه.

وأثناء مشاركته في التجربة تعلم كيفية تدوين سجل الأفكار، وفي كل مرة كان يتناول فكرة من أفكاره ويصر على مناقشتها، واضعاً أدلة مؤيدة وأخرى غير مؤيدة، أحياناً معقولة وأحياناً لا يمكن تحقيقها، إلا أنه وفي الجلسات الأخيرة بدأ يتقبل واقعه المرضي، وبدأ بمحاولة وضع حلول تتناسب مع مشاكله، وباستخدام الإقناع وطرق التفكير المنطقي تعلم أن عليه أن يطلب و أن يبادر بالخطوة الأولى ثم يطلب الدعم، لأن الله عز وجل يطلب منا أن نعقل وننوكل.

فكان نتيجة ذلك أن قام بجمع توافيق عدد من المرضى يطالبون بإنشاء لجنة داخل مستشفى حكومي كالموجودة في مستشفى المدينة الطبية، من أجل أن يتلقى المرضى كلاً على حسب دوره نصيبه من زراعة الكلى من متبرعين توفوا حديثاً، كما شجّع المرضى أعضاء المجموعة بالانضمام للجنة جمعية

مرضى الكلى لكي يستطيعوا إيصال مطالب المرضى للجهات المسؤولة، وبدأ مع نهاية الجلسات بالخروج وقضاء بعض نشاطاته الخاصة بدون أن يحس بالخوف من أن يقع .

أما آخر المرضى وهو في الرابعة والأربعين من العمر، والذي كانت طريقة تكيفه تتمثل بإنكار واقعه المرضي والمبالغة في أداء واجباته الوظيفية لإثبات بأنه أكثر كفاءة من غيره الذين لا يشكون أية أمراض، فكان لا يأخذ إجازات ويظل حتى وقت متأخر في عمله مما يرهقه صحياً، وقد بدأ أيضاً مع نهاية الجلسات بتقبل واقعه المرضي، خاصة وبعد أن أصيب بالإجهاد والتعب وبمساعدة أفراد المجموعة توصل إلى معادلة متوازنة وفكرة متوازنة تقرّ بواقعة، وأنه يستطيع العمل ولكن لكي يستمر ويضمن بقاءه لرعاية عائلته، وعليه أن يتقبل أيضاً ما يعطيه العمل من مميزات أيضاً، فبدأ يلتزم بالأوقات الرسمية للعمل، ويأخذ من إجازاته ليقضيها مع أطفاله، ليستمتع بمشاعر كاد يفقدها بعناده ورفضه المرض، فهو وإن كان مريضاً إلا أنه ما زال حياً ويستطيع الاستمتاع بالحياة، ويستطيع عمل الكثير أيضاً وهذا يتطلب منه أن يحافظ على صحته للقيام بذلك.

وتجدر الإشارة إلى أن إحدى المشاركات بالتجربة قامت بتعليم جارٍ لها باستخدام سجل الأفكار بعد أن لاحظت دخوله المستمر للمستشفى على الرغم من عدم وجود أية مشكلة عضوية لديه كما يذكر الأطباء، وكانت تظن أنه سعيد لرسمه ابتسامة دائمة على شفتيه، وكانت النتيجة كما ذكرت المشاركة بأن جميع أفراد عائلته قاموا بمساعدته في وضع فكرة بديلة وتنفيذها، بعد أن تبين لهم أنه يعاني من مشاكل شديدة في العمل ولا يذكر ذلك لوالديه لحاجتهم الماسة للدخل المادي الناتج عن عمله.

ولدى مناقشة ما تم تقديمه للمرضى في الجلسة الأخيرة (الختامية) في الجلسات الإرشادية، أقرّ معظم المرضى أنه وعلى الرغم من استفادتهم الكبيرة من البرنامج، إلا أن هناك بعض الأمور العالقة والتي لا يستطيعون البوح بها أمام الآخرين، وهذا قد يفسر انخفاض متوسطات درجات القلق وليس اختفاء أعراض القلق، وبالتالي التكيف المتوسط نحو المرض المزمن، وليس التكيف الحسن نحو المرض المزمن.

**EFFECT OF COPING STRATEGIES TRAINING FOR CHRONIC
RENAL FAILURE PATIENTS IN REDUCING ANXIETY AND
DEPRESSION AND IMPROVING ADJUSTMENT**

**By
Amina Al-Tamimi**

**Supervisor
Dr. Nazih Hamdi**

ABSTRACT

This research aimed at developing a Cognitive Behavior Training Program to improve coping strategies of Chronic Renal Failure Patients treated by peritoneal dialysis. Subsequently the effectiveness of the program in improving adjustment and reducing anxiety and depression was studied.

A sample of twenty Chronic Renal Failure Patients treated by peritoneal dialysis was randomly and equally distributed into control group and experimental group. The Psychological Adjustment Scale for patients with chronic illness, Spiellberger State-Trait Anxiety Inventory Scale and Beck Depression Inventory were used prior and post administering the Cognitive Behavior Training Program. The results showed significant differences between the control group and the experimental group attributed to the Cognitive Behavior Program. The experimental group showed an increase in adjustment level and decrease in anxiety and depression level when compared to the control group.