

جامعة ملحد ذبضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة ماستر

الميدان : العلوم الاجتماعية
الفرع: علم النفس
التخصص: علم النفس العيادي

رقم:

إعداد الطالبة :
سناء شنيني

الاستجابة الاكتئابية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز الأمير نايف بن عبد العزيز لتصفية الكلى بمستشفى
بشير بن ناصر - بسكرة

لجنة المناقشة:

رئيسل	جامعة بسكرة	أ. مح أ	صباح جعفر
مشرفا ومقررا	جامعة بسكرة	أ. مح أ	عادل مرابطي
مناقشل	جامعة بسكرة	أ. مح أ	محمد بن خلفه

السنة الجامعية : 2022- 2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ
وَالَّذِي يُضَوِّبُ الْمَوْتَى
إِنَّ رَبَّهُ لَسَدِيدٌ
إِلَىٰ عَرْشِهِ الرَّحِيمُ
الَّذِي يُخْرِجُ الْحَيَّ مِنَ الْمَوْتِ
وَيُدْخِلُ الْمَوْتَ فِي الْحَيِّ
إِنَّ رَبَّهُ لَسَدِيدٌ
إِلَىٰ عَرْشِهِ الرَّحِيمُ

الإهداء

الحمد لله وكفى والصلاة والسلام على المصطفى وأهله ومن وفى أما بعد الحمد لله الذي وفقني لتثمين هذه الخطوة في مسيرتي الدراسية. أهدي عملي هذا إلى:

من اقترن اسمها بالجنة والتي أراحتني أن أضع بصمتي في الوجود
« أمي الغالية » حفظها الله.

إلى من أفتخر أنني ابنته
« أبي العزيز » أطال الله في عمرك.

إلى من ترعرعت معهم « إخوتي »
محمد، عاقبة، طارق، شوقي

وإلى كل أفراد أسرتي

إلى جميع مرضى القصور الكلوي

إلى كل من يعاني من شبح الأكتئاب

وإلى كل طالب علم يسعى نحو النجاح

إلى كل من ساعدني في إخراج هذا العمل له مني كل الاحترام والتقدير.

شكر وعرفان

الحمد لله الذي ما تم جهد ولا ختم سعي إلا بفضل، بفضل من الله وتوفيقه تم إنجاز

هذه المذكرة فإن أحسنت وأصبت فمن الله، وإن أسأت أو أخطأت فمن نفسي

والشيطان

وعملاً بقوله صلى الله عليه وسلم: (من لا يشكر الناس لا يشكر الله)

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان لمن كانوا عوناً لي في إنجاز هذه

الدراسة، وأخص بالشكر الأستاذ المشرف:

عادل مرابطي

الذي ساعدني على إنجاز هذا العمل

وإلى كل من قدم لي يد العون من قريب أو بعيد على إنجاز هذا العمل وفي

تذليل ما واجهني من صعوبات

وفي الأخير لا يسعني إلا أن أدعو المولى عز وجل أن يرزقنا السداد والرشاد

والعفاف والغنى وأن يجعلنا هداة مهتدين

فهرس المحتويات:

الإهداء	
شكر وعران	
فهرس المحتويات:	
فهرس الجداول:	
فهرس الأشكال	
ملخص الدراسة:	
مقدمة	أ
الفصل التمهيدى	
الفصل الأول: مدخل عام لإشكالية الدراسة	
1. الإشكالية	3
2. فرضية الدراسة	4
3. أهمية الدراسة	4
4. أهداف الدراسة	4
5. التعريفات الإجرائية	4
6. الدراسات السابقة	5
7. التعقيب على الدراسات السابقة	6
الجانب النظرى	
الفصل الثانى: الاكتتاب	
تمهيد:	11
1.لمحة تاريخية عن الاكتتاب:	12
2.تعريف الاكتتاب:	13

14	3. النظريات المفسرة للاكتئاب:
23	4. أنواع الاكتئاب:
24	5. أسباب الاكتئاب:
27	6. أعراض الاكتئاب:
27	7. علاج الاكتئاب:
31	خلاصة:

الفصل الثالث: القصور الكلوي المزمن

32	تمهيد:
33	1. تعريف الكلى:
34	2. آلية عمل الكلى:
34	3. وظائف الكلى:
34	4. تعريف القصور الكلوي:
35	5. الفشل الكلوي الحاد:
35	5-1 تعريف الفشل الكلوي الحاد:
36	5-2 الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي الحاد:
36	5-3 الوقاية من الفشل الكلوي الحاد:
37	6. القصور الكلوي المزمن:
37	6-1 تعريف القصور الكلوي المزمن:
37	6-2 أعراض القصور الكلوي المزمن:
39	6-3 أسباب القصور الكلوي المزمن:
40	7. علاج الفشل الكلوي (الحاد والمزمن):
42	8. الآثار النفسية للأمراض المزمنة على المرضى:
45	خلاصة:

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1. الدراسة الاستطلاعية: 47

2. المنهج المستخدم: 47

3. أدوات جمع البيانات: 48

4. حالات الدراسة: 50

5. حدود الدراسة: 50

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل النتائج: 53

1.1. عرض وتحليل الحالة الأولى: 53

2.1. عرض وتحليل الحالة الثانية: 57

3.1. عرض وتحليل الحالة الثالثة: 60

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية: 63

خاتمة 64

المراجع 664

الملاحق

فهرس الجداول:

- جدول 1 أنموذج بييرنك للاكتئاب.....15
- جدول 2 الأسباب الرئيسية لفشل الكلوي الحاد.....36
- جدول 3مستويات العجز الكلوي.....39
- جدول 4 الأسباب الرئيسية للقصور الكلوي المزمن.....39
- جدول 5 درجات الاكتئاب حسب مقياس بيك.....50
- جدول 6 خصائص حالات الدراسة.....50

فهرس الأشكال

- شكل 1 تشريح الكلية.....33
- شكل 2 عملية الغسيل الكلوي.....41
- شكل 3 عملية الغسيل البريتوني.....42

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على ما إذا كان يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من استجابة اكتئابية حيث تم اختيار حالات الدراسة والتي تتكون من (3) حالات يتلقون علاجهم بالمؤسسة الإستشفائية بشير بن ناصر "بسكرة"، والذين تنحصر أعمارهم بين 36 و55 سنة، ولتحقيق هدف الدراسة تم الاعتماد على المنهج العيادي (الإكلينيكي) القائم على دراسة الحالة، وذلك لملائمته لطبيعة دراستنا حيث تم استخدام مجموعة من الأدوات لجمع البيانات حول الحالات: المقابلة العيادية النصف موجهة وكذا مقياس بيك للاكتئاب.

وأسفرت نتائج الدراسة على أن مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من استجابة اكتئابية وبدرجات مختلفة.

الكلمات المفتاحية:

الجانب النفسي - الاكتئاب - القصور الكلوي - المرضى.

:ABSTRACT

The current study aimed to identify whether patients with chronic renal failure suffer from a depressive response. The study cases were selected, which consist of (3) cases undergoing treatment at the **Bashir bin Nasser Hospital institution "Biskra"**, who are limited to the ages of 36 to 55 years. To achieve the study goal, the clinical approach based on the case study was relied on, for its suitability to the nature of our study, where a set of tools were used to collect data on cases: the semi-directed clinical interview as well as the Beck scale for depression.

The results of the study showed that patients with chronic renal insufficiency experience a depressive response and to different degrees.

Key words:

Psychological aspect-depression – renal insufficiency-patients

مقدمة

لعل أكثر ما يصبوا إليه الإنسان هو أن يكون في صحة جيدة ويحافظ على قدراته العقلية والجسدية وهذا من أجل ممارسة حياته اليومية بشكل طبيعي، ولقد ذهبت منظمة الصحة العالمية في تعريفها للصحة على أنها "حالة من الرفاهية والسعادة الجسمية والنفسية والاجتماعية التامة"، ولقد حرصت عديد المجتمعات بين الماضي والحاضر على إنشاء منظومة صحية متكاملة على غرار الجانب النفسي، والذي يلعب دورا هاما في هذا السياق (الصحة)، فلا يمكن للفرد أن يتمتع بصحة متكاملة دون أن يحظى بصحة نفسية سوية وأي اضطراب على أحد مستوياتها يؤدي إلى تدهورها، ولعل من بين هذه الاضطرابات تعرض الإنسان إلى أمراض مزمنة قد تلازمه مدى الحياة، وقد ذهب الدكتور أسامة أبو الرُب إلى أن الأمراض المزمنة لا تنتقل بالعدوى من شخص لآخر وتأخذ عادةً إصابة الشخص بها وتطورها فترة طويلة ضمن عملية بطيئة نسبيا، وحسب دراسة أجرتها الجمعية الدولية للأمراض الكلى (ISN) فإنه من بين الأمراض المزمنة التي تزداد انتشارا وتطورا وأصبحت تهدد صحة الفرد الجسدية والنفسية نجد القصور الكلوي المزمن الذي يعد واحدا من أهم أسباب العجز والوفاة في مختلف أنحاء العالم، حيث كشفت منظمة الصحة العالمية في تقرير لها أن قرابة 10% من سكان العالم مصابون فعلا بمرض القصور الكلوي، ولقد ظهر جليا تأثير هذا النوع من الأمراض على الصحة النفسية للأفراد المصابين به حيث يجعلهم عرضة للإصابة بمضاعفات واضطرابات نفسية تحول بينهم وبين ممارسة الحياة اليومية بشكل طبيعي، وذلك لهيمنة مشاعر القلق والتوتر والخوف من المرض والاكنتاب على الجانب النفسي لديهم.

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن المعاناة النفسية لمرضى القصور الكلوي ومعرفة ما إذا كانت لديهم استجابات اكتئابية ناتجة عن هذا المرض والتعرف على انعكاساته النفسية ومن أجل ذلك تم الاعتماد على دراسة (3) حالات من البالغين باستخدام المقابلة العيادية وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب.

وتحتوي هذه الدراسة على جانبين: جانب نظري وآخر تطبيقي، إذ ينقسم النظري إلى ثلاث فصول:

– الفصل الأول: مدخل عام للإشكالية الدراسة ويضم الإشكالية، الفرضية، الأهمية، الأهداف مصطلحات الدراسة، الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

– الفصل الثاني: الاكتئاب والذي يتضمن:

لمحة تاريخية عن الاكتئاب، تعريف الاكتئاب، النظريات المفسرة للاكتئاب، أنواع الاكتئاب وأسباب الاكتئاب، أعراض الاكتئاب، علاج الاكتئاب.

– الفصل الثالث: القصور الكلوي والذي يتضمن:

تعريف الكلى، آلية عمل الكلى، وظائف الكلى، تعريف القصور الكلوي، الفشل الكلوي الحاد (تعريفه، أسبابه، الوقاية منه)، القصور الكلوي المزمن (تعريفه، أعراضه، أسبابه)، علاج القصور الكلوي الحاد والمزمن، الآثار النفسية للأمراض المزمنة على المرضى.

أما الجانب التطبيقي ينقسم إلى فصلين:

– الفصل الرابع: والمتمثل في الإطار المنهجي للدراسة والذي تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، أدوات جمع البيانات وكذا حالات الدراسة، حدود الدراسة.

– الفصل الخامس: فتطرقنا فيه إلى عرض وتحليل الحالات الثلاثة ومن ثم مناقشة النتائج على ضوء فرضية الدراسة والخاتمة كانت بمثابة خلاصة لما تم التطرق إليه في الدراسة، بالإضافة إلى المراجع والملاحق.

الفصل التمهيدي

الفصل الأول: مدخل عام لإشكالية الدراسة.

1. الإشكالية.
2. فرضية الدراسة.
3. أهمية الدراسة.
4. أهداف الدراسة.
5. التعريفات الإجرائية.
6. الدراسات السابقة.
7. التعقيب على الدراسات السابقة.

1. الإشكالية:

لقد عرفت البشرية على مرّ العصور عددا من الأمراض التي كانت ولا تزال تشكل هاجسا وخطرا على صحة الفرد، خاصة إذا تعلق الأمر بالأمراض المزمنة والتي قد تلحق ضررا بالغا بأصحابها، أين تختلف هذه الأخيرة "الأمراض" شكلا وتصنيفًا، ولعل أحد أبرز هذه الأمراض تلك التي تلحق ضررا بوظائف الكلى، نذكر منها مرض **القصور الكلوي المزمن** الذي يعرف على أنه توقف مفاجئ أو تدريجي لوظائف الكلية مما يؤدي إلى خلل في عملية تنقية الدم وإخراج السموم من الجسم.

ونقلا عن منظمة الصحة العالمية فقد شهد القرن الواحد والعشرون زيادة واضحة في عدد الإصابات بهذا المرض مما استدعى المنظمات الدولية والحكومات على مستوى العالم إلى وضع برامج لإيجاد الحلول الناجعة للحد من تفاقمه، وحسب نفس المنظمة فإن أمراض الكلى احتلت المركز العاشر ضمن الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم، حيث ارتفع معدل الوفيات الناجمة عنها من 813 000 في عام 2000 إلى 1,3 مليون في عام 2019، إلا أنّ اللافت في الأمر أن هذا المرض لا تنحصر مضاعفاته على الصحة الجسدية فحسب بل تتعدى ذلك لتشمل الجانب النفسي أيضا، الأمر الذي يؤثر على سير حياة المصابين، فقد يمنعهم من ممارسة حياتهم اليومية بشكل طبيعي ومن بين المشكلات النفسية التي قد تواجه مرضى هذه الفئة نجد الاكتئاب، الذي بات يعتبر أحد أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في أوساط مرضى القصور الكلوي المزمن، وذلك استنادا إلى دراسة قام بها الباحثين (Baykan, Yargic, 2012) التي خلصت نتائجها إلى أن الاكتئاب يمثل الدرجة الأولى عند مرضى الفشل الكلوي بالمقارنة مع الاضطرابات النفسية الأخرى، وحسب دراسة أخرى لشان روموني (2008) تهدف لقياس مستويات الاكتئاب لدى هذه الشريحة والتي أجريت على عينة تكونت من (150) مصابا بالفشل الكلوي أسفرت نتائجها على أن هناك علاقة قوية بين فقدان أو خسارة الكلى والغسيل الكلوي على المدى الطويل من جهة وبين الاكتئاب من جهة أخرى.

لقد أسلفنا الذكر بتعريف مرض القصور الكلوي بشكل موجز وعلاقته بالاكتئاب فما هو الاكتئاب وكيف يمكن أن يؤثر بشكل مباشر وملحوظ على هؤلاء المرضى، وقبل أن نخوض في التفصيل بتعريف الاكتئاب ومظاهره لاحقا، نعرفه باختصار هنا على أنه حالة مرضية تنطوي على درجة عالية من الألم النفسي مصحوبا بانخفاض واضطراب في المزاج، وتتجلى مظاهره في الشعور بالحزن والشعور باليبؤس وضيق الصدر والإحتصار وفقدان الثقة بالنفس ونقص القدرة على العمل والنظرة السوداوية للحياة والإحساس بالقنوط والعجز.

وللكشف عن ذلك قمنا في دراستنا هذه بتسليط الضوء على مرضى القصور الكلوي المزمن لمعايشة معاناتهم عن كثب، ولمعرفة ما إذا كانت الإصابة الكلوية تولد استجابة اكتئابية لديهم، كل هذا يقودنا لطرح التساؤل التالي:

هل لمرضى القصور الكلوي المزمن استجابة اكتئابية؟

2. فرضية الدراسة:

لمرضى القصور الكلوي المزمن استجابة اكتئابية.

3. أهمية الدراسة:

من شأن هذه الدراسة مساعدة مرضى القصور الكلوي في معرفة الوضعية النفسية التي من المرجح ان يواجهونها خلال مرحلة المرض وكذا إثراء الجانب العلمي من الناحية النفسية المتعلقة بالمصابين بالقصور الكلوي المزمن، كما تكمن أهمية الدراسة كذلك في تسهيل عمل الأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين والعاملين بميدان تصفية الدم الراغبين في تقديم يد العون إلى هؤلاء المصابين معنويا عاطفيا وماديا.

4. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة حقيقة الاستجابة الاكتئابية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وتهدف كذلك لمعرفة الإجراءات المنهجية والنظرية والتطبيقية التي تتناول موضوع الدراسة.

5. تعريفات إجرائية:

الاكتئاب:

هو حالة انفعالية تتسم بالاعتمادية، وتتميز بمواقف انفعالية سلبية، وتغير في مجال الدوافع، والانطباعات المعرفية وبالسلوك السلبي عموما، يمر الشخص المصاب بالاكتئاب بانفعالات وشعور بالعدوانية.

الاكتئاب حالة من الحزن الشديد والمستمر، يبدو الشخص في حالة حداد دائم، والكآبة واضحة على إيماءات وجهه وقد لا يعي المريض المصدر الحقيقي لحزنه، وقد يخيل إليه أنه مصاب بأمراض لا أمل في شفائه منها، أو أنه يعتقد أنه ارتكب خطيئة ولا أمل له في الغفران، وقد ينتهي به التفكير إلى قطع بعض أعضائه، وقد يصل إلى درجة الانتحار. (زلوف منيرة، 2014، ص: 95)

القصور الكلوي المزمن:

نعني به العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول، إذ نجد المصابين بهذا المرض المزمن يعيشون باقي حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم من خلال الهيموديايز (Hémodialyse).

(رزقي رشيد، 2018، ص: 233)

6. الدراسات السابقة:

– دراسة جادولي (2005):

هدفت الدراسة إلى فحص القلق والاكتئاب عند الأشخاص الخاضعين لغسيل كلوي وارتباط هذا القلق والاكتئاب ببعض الأعراض النفسجسمانية التي تظهر نتيجة الحالة النفسية التي يعيشونها، حيث تكونت عينة الدراسة من 54 مريضاً خاضعين لعملية غسيل كلوي، في مستشفى جامعة لوفان وكانت أداة الدراسة مكونة من مقياس القلق العام، ومقياس بيك للاكتئاب، واستنتجت الدراسة أنه يوجد علاقة بين الأعراض الجسمية التي تظهر على المرضى وبين حالات القلق والتوتر والاكتئاب التي يعانون منها، ولكن إنكار المرضى لهذه الأعراض واعتبارها أعراض المرض نفسه ساعدهم في التكيف مع المرض ولكن حسب الباحث هي أعراض نفسية المنشأ.

– دراسة أبو سيف (2002-2003):

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على المشاكل النفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي بصفة خاصة والأمراض الباطنية المزمنة بصفة عامة وتحديد الاكتئاب. وكانت عينة الدراسة مكونة من (80) حالة من الحالات المصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن وعينة ضابطة أخرى من الحالات الخالية من مرض الفشل الكلوي المزمن والمصابة بأمراض باطنية مزمنة أخرى مكونة من (80) حالة جميعهم حالات بالغين متوسط أعمارهم من 18-75 سنة، حيث تم إجراء هذه الدراسة على المقيمين في مستشفى الشفاء بغزة - فلسطين، حيث كانت أداة الدراسة هي مقياس بيك للاكتئاب وتم اختيار العينة بطريقة غرضية غير نسبية، من حالات مرضى الفشل الكلوي المزمن المقيمين بوحدة الغسيل الكلوي، ثم تم اختيار حالة ضابطة واحدة لكل حالة مرضية في عينة الدراسة من بين ذوي الأمراض الباطنية المزمنة الأخرى، المقيمين بقسم الباطنية في مستشفى الشفاء بغزة، وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع نسبة الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي المزمن مقارنة بنسبة الاكتئاب بذوي الأمراض الباطنية المزمنة الأخرى، حيث تبين أن 52% من أفراد العينة يعانون من اكتئاب شديد.

– دراسة شيه وكن شين (Chih – Ken Chen 2010):

هدفت الدراسة إلى فحص العوامل الديمغرافية والعوامل النفسية المرتبطة بالاكتئاب بين مرضى الغسيل الكلوي في مستشفى ميموريال في كيلونغ، كما هدفت هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة بين الاكتئاب والقلق والتعب العام وضعف الصحة العامة ونوعية الحياة من جهة وبين زيادة خطر الانتحار من جهة أخرى وكانت عينة الدراسة عبارة عن (200) مريض بالمرحلة النهائية من الفشل الكلوي، وأعمارهم فوق 18 سنة وخاضعين لغسيل كلوي، وتم تحقيق أهداف الدراسة من

خلال أداة الدراسة المكونة من المقابلة الإكلينيكية، ومقياس للاكتئاب من تطوير الباحثين، ومقياس لفحص الصحة العامة ونوعية الحياة ومقياس لفحص التعب العام، وأداة لفحص قوة العلاقة بين متغيرات الدراسة وبين التفكير بالانتحار وأشارت نتائج الدراسة إلى أن 35% من عينة الدراسة يعانون من أعراض الاكتئاب، وأن الاكتئاب مرتبط بضعف الصحة العام وانخفاض مؤشر كتلة الجسم BMI، كما أن الأشخاص المكتئبين كانوا يعانون من مستويات عالية من التعب والقلق والعديد من الأفكار الانتحارية ونوعية حياة فقيرة مقارنة بالأشخاص غير المكتئبين.

– دراسة شان روموني (Chan, Romony, 2008):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر خسارة أو فقدان الكلى على المرضى من خلال قياس مستويات الاكتئاب عند هؤلاء المرضى والتعرف على نوعية الحياة عندهم، وكانت عينة الدراسة هي (150) مريض بالفشل الكلوي وخاضع لعملية الغسيل الكلوي منذ فترة طويلة، حيث تم إجراء الدراسة في مستشفى ليفربول في استراليا، أما أداة الدراسة فكانت مقابلات مع المرضى باستخدام مقياس لفحص أثر فقدان الكلى على الحالة النفسية للمريض.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة قوية بين فقدان أو خسارة الكلى والغسيل الكلوي على المدى الطويل من جهة وبين الاكتئاب من جهة أخرى.

أما فيما يتعلق بنوعية الحياة فكانت تقع في الوسط ما بين الاكتئاب والقدرة على التكيف، فالأشخاص الذين كانوا يقومون بعمل غسيل كلوي في المنزل كانوا يتمتعون بنوعية حياة أفضل وبتكيف إيجابي وبالتالي مستوى الاكتئاب كان أقل مقارنة بالأشخاص الذين كانوا يقومون بعملية الغسيل الكلوي في المستشفى. (سعادة، 2011، ص38-41)

– دراسة (Baykan, Yargic, 2012):

كانت الدراسة حول الاكتئاب والقلق وجودة الحياة واستراتيجيات مواجهة الضغوط بين مرضى الفشل الكلوي، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين الإصابة بالفشل الكلوي والتشخيص والتنبؤ بوجود الاكتئاب والقلق، كما أظهرت النتائج أن الاكتئاب يمثل الدرجة الأولى من حيث عدد المصابين به من مرضى الفشل الكلوي ثم القلق يليه انخفاض استراتيجيات مواجهة الضغوط لديهم كما ظهر أن المرضى المتزوجون أظهروا أعراضاً اكتئابية أكثر وضوحاً من غير المتزوجين لكلى الجنسين. (إيلاف، 2020، ص462)

7. التعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث الهدف:

جل الدراسات التي تم توظيفها اهتمت بدراسة الاكتئاب لدى مرضى الأمراض المزمنة، لكنها اختلفت من حيث الهدف:

- دراسة جادولي (2005): هدفت الدراسة إلى فحص القلق والاكتئاب عند الأشخاص الخاضعين لغسيل كلوي وارتباط هذا القلق والاكتئاب ببعض الأعراض النفسجسمانية التي تظهر نتيجة الحالة النفسية التي يعيشونها.
- دراسة أبو سيف (2002-2003): هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على المشاكل النفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي بصفة خاصة والأمراض الباطنية المزمنة بصفة عامة وتحديدًا الاكتئاب.
- دراسة شيه وكن شين (Chih - Ken Chen 2010): هدفت الدراسة إلى فحص العوامل الديمغرافية والعوامل النفسية المرتبطة بالاكتئاب بين مرضى الغسيل الكلوي.
- دراسة شان روموني (Chan, Romony, 2008): هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر خسارة أو فقدان الكلى على المرضى من خلال قياس مستويات الاكتئاب عند هؤلاء المرضى والتعرف على نوعية الحياة عندهم.
- دراسة (Baykan, Yargic, 2012): كانت الدراسة حول الاكتئاب والقلق وجودة الحياة واستراتيجيات مواجهة الضغوط بين مرضى الفشل الكلوي.

من حيث العينة:

- اختلفت العينات في الدراسات السابقة سواء من حيث العدد، العمر.
- حيث كان الاختلاف في العدد، ففي دراسة أبو سيف (2002-2003) كانت عينة الدراسة مكونة من (80) حالة من الحالات المصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن وعينة ضابطة أخرى من الحالات الخالية من مرض الفشل الكلوي المزمن والمصابة بأمراض باطنية مزمنة أخرى مكونة من (80) حالة.
- أما في دراسة شيه وكن شين (Chih - Ken Chen 2010) كانت عينة الدراسة عبارة عن (200) مريض.
- وفي دراسة شان روموني (Chan, Romony, 2008) كانت عينة الدراسة هي (150) مريض بالفشل الكلوي.

من حيث الأدوات:

- تعددت الأدوات والمقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة، وذلك طبقاً للهدف من الدراسة، وحجم العينة لقياس الاكتئاب، حيث تم استخدام المقاييس التالية:
- دراسة جادولي (2005): مقياس القلق العام، ومقياس بيك للاكتئاب.
- دراسة أبو سيف (2002-2003): مقياس بيك للاكتئاب.

- دراسة شيه وكن شين (Chih - Ken Chen 2010): المقابلة الإكلينيكية، ومقياس للاكتئاب من تطوير الباحثين، ومقياس لفحص الصحة العامة ونوعية الحياة ومقياس لفحص التعب العام وأداة لفحص قوة العلاقة بين متغيرات الدراسة وبين التفكير بالانتحار.
- دراسة شان روموني (Chan, Romony, 2008): المقابلة ومقياس لفحص أثر فقدان الكلى على الحالة النفسية للمريض.

من حيث النتائج:

- اتفقت غالبية الدراسات السابقة على معاناة مرضى القصور الكلوي من استجابة اكتئابية، حيث خلصت نتائج الدراسات إلى:
- دراسة جادولي (2005): استنتجت الدراسة أنه يوجد علاقة بين الأعراض الجسمية التي تظهر على المرضى وبين حالات القلق والتوتر والاكتئاب التي يعانون منها.
- دراسة أبو سيف (2002-2003): أشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع نسبة الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي المزمن مقارنة بنسبة الاكتئاب بذوي الأمراض الباطنية المزمنة الأخرى، حيث تبين أن 52% من أفراد العينة يعانون من اكتئاب شديد.
- دراسة شيه وكن شين (Chih - Ken Chen 2010): أشارت نتائج الدراسة إلى أن 35% من عينة الدراسة يعانون من أعراض الاكتئاب، وأن الاكتئاب مرتبط بضعف الصحة العام وانخفاض مؤشر كتلة الجسم BMI، كما أن الأشخاص المكتئبين كانوا يعانون من مستويات عالية من التعب والقلق والعديد من الأفكار الانتحارية ونوعية حياة فقيرة مقارنة بالأشخاص غير المكتئبين.
- دراسة شان روموني (Chan, Romony, 2008): أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة قوية بين فقدان أو خسارة الكلى والغسيل الكلوي على المدى الطويل من جهة وبين الاكتئاب من جهة أخرى.
- دراسة (Baykan, Yargic, 2012): أظهرت النتائج أن الاكتئاب يمثل الدرجة الأولى من حيث عدد المصابين به من مرضى الفشل الكلوي.

الجانب النظري

الفصل الثاني: الاكئاب

تمهيد

1. لمحة تاريخية عن الاكئاب.
2. تعريف الاكئاب.
3. النظريات المفسرة للاكئاب.
4. أنواع الاكئاب.
5. أسباب الاكئاب.
6. أعراض الاكئاب.
7. علاج الاكئاب.

خلاصة

تمهيد:

يمثل الاكتئاب أحد أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في عصرنا الحالي حيث يعاني منه اليوم حوالي 300 مليون شخص في العالم، فقد رشحه علماء النفس ليصبح مرض القرن الحادي والعشرين، يصاحب الاكتئاب بمجموعة من الأعراض بما في ذلك الحزن وعدم الاهتمام بجوانب الحياة عامةً كما يرجع سببه إلى مجموعة مختلفة من الأسباب سنتطرق إليها في هذا الفصل.

1. لمحة تاريخية عن الاكتئاب:

عرف مرض الاكتئاب من فجر التاريخ وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق، البابليين وعند العرب، وفي ألوان الشخصيات المكتتبة التي وردت في مسرحيات شكسبير، وأخيرا في قصص القرنين الثامن عشر والتاسع عشر عن الرومانسية، وأما الأبحاث العلمية التي تناولت هذا الاضطراب فيعود عهدها إلى القرنين الماضيين.

عرف مرض الاكتئاب ولوحظ في كتابات هومر والنصوص التي كتبها أبو قراط، أو تلك التي نسبت له وتظهر لدى هذا الأخير في الميلاناخوليا المصطلح الذي يعني الطبع السوداوي أو الخلط السوداوي، أحد الطباع أو المواد الأربعة من الجسم الإنساني الهامة في الطب اليوناني، حيث ربطت الميلاناخوليا بسوء عمل العضوية مع إفراط خلط السوداء، لكن ملاحظات إكلينيكية أخرى أقامت علاقة حالة الميلاناخوليا والهموم، والانشغالات والأحداث المعيشية من طرف الأفراد المصابين.

فلقد تفتن أوائل المسلمين إلى مرض الاكتئاب وعرفوه منذ القدم باسم الهم، كما هو الحال لدى الإمام أبو حامد الغزالي، كما أطلق عليه بعضهم الآخر الوسواس والميلاناخوليا منهم الفيلسوف الإسلامي أبو بكر الرازي، ويرجع سبب الاكتئاب عندهم إلى الإفراط في العمليات العقلية كالفكر والتذكر والإدراك مما يجلب الهم.

وعلى العاقل أن يريح جسده من مثل هذه الهموم والإنهاك، وينصح خبراء النفوس المسلمين بأنه على الحزين المكتتب أن يسمع إلى اللحن الجميل والأهازيج الشعرية الحلوة لأن النفس البشرية إذا دخلها الحزن خمد نورها وذهب فرحها.

وفي منتصف القرن 19م، أقام السيكا تريون الفرنسيون، والألمان علاقة بين الحالتين المتعاكستين الاكتئاب أي قمة الحزن والهوس الذي يرمز إلى شدة الفرح، وربطوا هذين المصطلحين بملاحظاتهم لأفراد يظهران الحالتين بالتناوب، وبالتالي عرف على المرض المدعو بالدوري، خطأ الطب السيكا تري خطوة هامة، وأدخل في اللغة الطبية مصطلح الاكتئاب وأصبح هذا المرض يعرف منذ ذلك الحين بالذهان الهوسي الاكتئابي.

وقد استعمل مصطلح الاكتئاب من طرف الألمان دون أن ينسب ظهوره لشخصية أو مؤلف معين، كما هو الحال غالبا في الطب ثم انتشر استعماله في الأوساط الطبية وخارج الطب.

أصبح مصطلح الميلاناخوليا لا يعبر إلا عن شكل خطير من الاكتئاب، في حين يحتفظ في اللغة المتداولة بمعنى الحزن العميق أو اللهفة الحزينة خاصة منذ عصر الرومانسية.

(زلوف، 2016، ص 161، 160)

2. تعريف الاكتئاب:

1. لغويا:

عرفه الرازي: هو سوء الحال والانكسار من الحزن.

2. اصطلاحا:

توجد عدة تعاريف من أهمها:

تعريف ولمان (Wolman):

هو عرض سلوكي شاذ أو غير سوي، وشعور بالعجز وفقدان الأمل والحزن وعدم الكفاءة، وقد تكون هذه الأعراض علامات لكثير من الاضطرابات، فضلا عن أن تلك المشاعر قد تحدث لدى الأشخاص الأسوياء.

تعريف بيك (Beck):

هو توقعات سلبية بشأن الذات والعالم والمستقبل، تؤدي إلى انفعالات اكتئابية.

تعريف العوادي:

هو انفعال وجداني ينتج عن اضطراب المزاج يتميز بالحزن والشعور باليأس وضيق الصدر والإحتمار وفقدان الثقة بالنفس ونقص القدرة على العمل والنظرة السوداوية للحياة والإحساس بالقنوط والعجز.

التصنيف الأمريكي للأمراض-المراجعة الرابعة:

هو المزاج الحزين وصعوبة التفكير بوضوح، وتباطؤ الحركة والفاعلية، واضطراب في النوم وخاصة الاستيقاظ مبكرا جدًا بدون ضرورة، وأفكار انتحارية متكررة بدون أي خطة محددة واضطراب الشهية والشعور بالذنب.

من استعراض التعاريف السابقة للاكتئاب نجد أن جميع التعاريف تؤكد على أن الاكتئاب اضطراب غير سوي، كما أن معظمها يؤكد على أنها حالة تتميز بالحزن الشديد تسيطر على الفرد

وليس لديه القدرة على التغلب عليها، وان له أعراض جسمية ونفسية تعكس آثارها على حياة الفرد بصورة عامة وفي شتى المجالات. (مطشر عبد الصاحب، 2011، ص:100، 97)

الاكتئاب حالة من الحزن الشديد والمستمر، يبدو الشخص في حالة حداد دائم، والكآبة واضحة على إيماءات وجهه وقد لا يعي المريض المصدر الحقيقي لحزنه، وقد يخيل إليه أنه مصاب بأمراض لا أمل في شفاؤه منها، أو أنه يعتقد أنه ارتكب خطيئة ولا أمل له في الغفران، وقد ينتهي به التفكير إلى قطع بعض أعضائه، وقد يصل إلى درجة الانتحار. (زلوف، 2016، ص:162)

هو أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف صادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية، وقد يكون الاكتئاب أحيانا مصاحبا للإصابة بأي مرض آخر فمريض الأنفلونزا مثلا لا نتوقع أن يكون في حالة نفسية جيدة، وهو غالبا يشعر بالكآبة لإصابته بهذا المرض وفي هذه الحالة يكون الاكتئاب ثانويا نتيجة لحالة أخرى تسببت في هذا الشعور، وعلى سبيل المثال هناك قول بأن "كل مريض مكتئب"، وهذا الكلام له نصيب كبير من الصحة لأن الإصابة بأي مرض هي شيء يدعو إلى شعور الاكتئاب. (الشربيني، 2001، ص:19)

3. النظريات المفسرة للاكتئاب:

أ- منظور التحليل النفسي:

فسر فرويد (Freud) 1955 أصل وطبيعة الاكتئاب في مقالته (الحزن والسوداء) التي أوضح فيها الفرق ما بين الحزن والاكتئاب، فالحزن حالة طبيعية، لكن يمكن أن يتحول إلى حالة غير طبيعية نتيجة آليات معقدة، إذ يحدث فقدان للأنا (Ego) عند المستوى الشعوري في الحزن، أما في الاكتئاب فيكون فقدان الأنا على المستوى اللاشعوري والحالة هنا تكون غير سليمة.

وقد أكد فرويد في نظريته حول مراحل تكون الشخصية بأن الفرد في المرحلة الفمية والتي هي أولى مراحل التطور النفسي الجنسي للرضيع، تتناوبه حالة من التناقض الوجداني نحو والديه ويتمثل هذا التناقض في حب الوالدين وكرههما في آن واحد ويحصل على اللذة هنا بعض الشيء بأسنانه، وإذا ما ثبت الفرد على هذه المرحلة في نموه فإنه سيكون ميالا للاكتئاب والتشاؤم والغضب والعدوان. ويكون العدوان هنا موجها نحو داخل الفرد، ترافقه مشاعر الذنب عقب فقدانه شخصا أو شيئا عزيزا عليه، إذ يشعر الفرد بالغضب والحب تجاه الشخص أو الشيء المفقود، لكنه لا يستطيع التصريح بهذا الغضب أو العدا ب بسبب كبتة لهذه المشاعر وتحويلها إلى ذاته وتقوم الأنا الأعلى (Super Ego) بمحاسبة الفرد ومعاقبته بشدة نتيجة هذه النزوات العدوانية أو الدوافع اللاشعورية مما ينتج عنه الشعور بالذنب وبالتالي الاكتئاب.

ويرى أبراهام ماسلو (Abraham) أن الشخص يصبح مكتئبا حينما تكون لديه استعدادات طبيعية للإصابة بالاكتئاب. ويؤكد على المرحلة الفمية والتي يعاني فيها الطفل من خيبات الأمل في الحب قبل أن تحل عقده الأوديبية، فضلا عن تأثير العوامل المعززة التي يتكرر حدوثها في الحياة المبكرة واللاحقة.

ويؤكد ماسلو على أن شعور الفرد بالغضب والكراهية تجاه الآخرين واعتقاده بأنه منبوذ بسبب هذه النفاض والعيوب الفطرية يؤدي به إلى الاكتئاب، إذ وجد أن الغضب والكراهية يعدان من أهم المشاعر السائدة عند المكتئبين، وهناك مجموعة من الدلائل على العدائية المكبوتة في أحلام المكتئبين، إذ أنهم يحاولون الانتقام من الآخرين.

ويعتقد بيبرنك (Bibring) 1953 أنه في حالة فشل الأنا (Ego) في تحقيق أهدافه خلال مراحل التطور النفسي الأربعة التي وضعها، فإن هذا الفشل يعيق من تطور احترام الذات والشعور بالعجز والضعف الذي يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب كما هو موضح في النموذج الآتي:

جدول 1 نموذج بيبرنك للاكتئاب

المرحلة	أهداف الأنا	خصائص الاكتئاب
الفمية	أن يكون محبوبا ويحصل على الرعاية والعطف وله قيمة	الأفراد في تعطش زائد إلى الحب والعطف والدفء وتثمين الجهود
الشرجية	أن يكون مطيعا وجيدا ولطيفا واجتماعيا ونظيفا ومحبوبا	الشعور بالذنب والضعف والافتقار إلى السيطرة
القضيبية	أن يكون قويا ويشعر بالأمان وله مكانة رفيعة	الشعور بالنقص وقلة الشأن والشعور بالعجز المتعلم
الكمون	أن يكون مهما وله قيمة ولديه القدرة على الانجاز	الشعور بالعجز وانخفاض احترام الذات

وينظر أدلر إلى الأمراض النفسية بصورة عامة بنفس الصورة تقريبا على الرغم من أنه استنتج بعض الاختلافات، ويرى بأن الاكتئاب هو محاولة للسيطرة على الآخرين من خلال النقص والشكوى.

ويرى اريكسون أن من أسباب الاكتئاب هو عدم ثقة الفرد بنفسه وبالعالم الخارجي الذي يحيط به، وعدم قدرته على البت في الأمور، وفشله في الانجاز، وعدم حصوله على تقدير عالي للذات أو حتى فهمها وتحقيقها.

أما يونغ فيؤكد على الذكريات المكبوتة في اللاشعور والتي لها دور مهم في تكوين الاكتئاب.

(مطشر عبد الصاحب، 2011، ص 109-112)

ب- المنظور السلوكي:

تم تعريف الاكتئاب على أنه نقصان في تواتر السلوكيات المكيفة المتعلمة، وهذا حسب قوانين التعلم، أما تعلم السلوكيات الاكتئابية فيستدعي تدخل ميكانيزمات الاشرط الرجعي لبالوف والاشراط السلوكي لسكينر أو التعلم الاجتماعي لباندورا.

إن الغياب النسبي للعوامل المعززة في محيط الفرد تلعب دورا أساسيا في التطور والحفاظ على الاكتئاب نتيجة إما لانخفاض في كمية التعزيزات الايجابية، أو بالعكس نتيجة كمية مرتفعة للعقاب.

أما الأعراض الجسمية التي تصاحب الاكتئاب، فتمثل استجابات غير اشتراطية تشترك مع ميكانيزمات الانطفاء الذي ينتج عنه انخفاض في قيمة هذا التعزيز الايجابي أو الزيادة المرتفعة للعقاب.

أما المعارف السلبية مثل اليأس وانخفاض قيمة الذات والأحاسيس السلبية المختلفة فتعد صعبة حتى نفسر للآخرين ولأنفسنا لماذا نشعر بهذا الألم.

ضمن النظريات السلوكية للاكتئاب أقيمت فرضيات تهتم بأصل السلوكيات التي نجدها في الاكتئاب الإرتكاسي حيث يوصف المكتئب كلاسيكيا على أنه فرد لديه أفكار عجزية.

إن القيمة المنخفضة للتعزيز، يمكن أن تكون تابعة لتعاقب الظروف المحيطة السيئة ولم يسمح بالحصول على تعزيزات إيجابية موجودة (عدم الكفاءة الاجتماعية أو وجود إشكالية في العمل) أو ترجع إلى عدم تعاقب الظروف أو المعارف السلبية، فتعد ثانوية.

وتتمثل في تصور غير ملائم بين المعاش وأسبابه، الاختلالات المعرفية مثل "أنا مريض" (أعراض جسمية) "أنا لست في المستوى" (انخفاض قيمة الذات) "أنا حزين" (إحساس بالحزن): كلها تقود إلى سلسلة من النتائج أو العواقب السلوكية (السلبية، إحساس بعدم الجدوى من البحث عن حل).

ومهما يكن الأمر، فقد سمحت البحوث بتقديم توضيحات عدة، وهكذا فالشيء المؤكد أن المكتئبين يظهرون سلوكيات أقل مقارنة بالأفراد العاديين.

من جهة أخرى، فالحوادث الوجودية المرتبطة بالمزاج، هي التي تلعب الدور التعزيزي عند كل الناس كذلك.

في حين توجد علاقة حساسة بين هذه المظاهر وظهور العناصر الاكتئابية.

(زلوف، 2016، ص174، 173)

وقد اقترح ريم (Rehm) 1977 أنموذجا للاكتئاب على أساس عيوب ضبط الذات، وقد حدد في أنموذجه النواقص الخاصة بضبط الاكتئاب في ثلاثة جوانب هي:

1. **مراقبة الذات:** فالأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يكونون منتبهين للأحداث السلبية (السيئة) بشكل انتقائي، فضلا عن كونهم منتبهين وبشكل انتقائي أيضا إلى النتائج الفورية أكثر من النتائج المؤجلة.
2. **تقويم الذات:** يضع المكتئبون معايير قاسية في تقويم أنفسهم.
3. **تعزيز الذات:** تكون للمكتئبين معدلات منخفضة من سلوكيات تعزيز الذات، بالإضافة إلى معدلات عالية من سلوك عقاب الذات.

ت- المنظور المعرفي:

إن جوهر النظرية المعرفية يشير إلى أن عمليات تفكير الفرد هي التي تحدد ردود فعله الانفعالية.

ويكاد جميع المنظرون المعرفيون أن يتفقوا على أن الاضطرابات النفسية هي حصيلة لعمليات التفكير اللاعقلانية واللاتكيفية، إذ أشاروا إلى وجود علاقة بين هذه الاضطرابات النفسية والمدرجات بما تتضمنه من معتقدات وأفكار وتوقعات.

لقد ركز المعرفيون وعلى رأسهم آرون بيك (Aron Beck) وألبرت اليس (Ellis) عند دراستهم للاكتئاب على أنظمة التفكير، إذ أنهم لم يركزوا على ما يفعله الناس، ولكن على الكيفية التي يقيمون بها أنفسهم والعالم، فالسمة الرئيسية للمكتئبين هي نظرتهم السلبية لأنفسهم، والتي تتضمن نظرة تقدير واطئة للذات وانتقادها ولوم النفس، ورغبات انتحارية، ويكون إدراكهم للأمور غير موضوعي، إذ أنهم يميلون إلى المبالغة في الأخطاء التي تحدث لهم.

ويشير أصحاب هذا المنظور إلى أن الاكتئاب ليس حالة مزاجية وحسب، ولكنه نتيجة مدركات خاطئة وخلل في التفكير، وهم يؤكدون على وجود عوامل مساعدة لحدوث الاكتئاب كالعوامل البيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية. وبالنسبة لهم فإن اضطراب الفكر له ثلاث عوامل أساسية هي:

1. عامل سوء تكيف الفرد مع محيطه.
2. عامل الرأي السلبي الذي يكونه الفرد عن نفسه وعن العالم.
3. عامل الأخطاء المنطقية الشائعة في استجابته للمعلومات الجديدة.

ويرى (بيك) أن الاكتئاب هو اضطراب فكري بالدرجة الأساس، وأن تقويم الناس للمواقف يحدد انفعالاتهم ومن ثم تقويم الأحداث وتقدير كيفية التعامل إزاءها. فالفرد المكتئب يكون بحالة من التفكير السلبي الذي يميل وبصورة آلية إلى التفكير بالأحداث التي تتبع مباشرة الانفعالات غير السارة كما أنه يكون مشغولاً في التفكير المتضمن تشويهاً واضحاً للواقع. ومن وجهة نظره أن المكتئب يشعر بهذا لأنه يرتكب أخطاءً معينة في الاستدلال والتعميم، فهو يضع حاجزاً بطريقة تجعله ينظر إلى الأمور بسلبية فضلاً عن أنه يسترجع الذكريات السلبية أو ذات المحتوى السلبي بسهولة أكبر من الأحداث ذات المحتوى الإيجابي.

لقد حدد بيك ثلاثة أنماط معرفية رئيسية لدى المكتئبين تجبرهم على النظر إلى أنفسهم والبيئة والمستقبل نظرة سلبية هي:

1. إدراك الأفراد لأنفسهم بأنهم عديمو الاستحقاق والكفاءة وإيمانهم بأنهم فاشلون ويعززون هذا الفشل إلى نقص غير واضح سواء كان جسمياً، انفعالياً أم معنوياً. ويحدث رفض الذات نتيجة لهذه الإدراكات.
2. ينظر المكتئبون إلى تفاعلاتهم مع العالم الاجتماعي على أنها فقيرة في أحسن الأحوال، وهم حساسون جداً إلى أي حاجز يكون في طريق تحقيق أهدافهم، فأى درجة من الصعوبة تفسر بأنها نتيجة أو مؤشر لعدم كفاءتهم التامة، والحقيقة الأخرى للتفسير السلبي للتفاعلات هي الحرمان (Deprivation)، إذ يدرك المكتئبون الأحداث التي تبدو للآخرين عادية بأنها خسارة خطيرة.
3. توقعات المكتئبين السلبية للمستقبل، فكما أنهم يحملون تفسيرات سلبية عن أنفسهم وعلاقاتهم الاجتماعية، فإنهم يدركون المستقبل وكأنه محمل بالكثير من المشاكل والمصاعب، فضلاً عن أن توقعاتهم القصيرة المدى تكون سلبية أيضاً.

وقد أطلق بيك على هذه الأنماط الثلاثة (النظرة التشاؤمية السلبية للذات، وللعالم الخارجي والمستقبل) بالثالوث المعرفي أو الاكتئابي، ويتضمن ذلك أفكاراً عن اللاقيمة والذنب وعدم الكفاءة والانهازم والحرمان واليأس. ومن ثم تتحرك أعراض الاكتئاب عن طريق ميل الفرد إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار.

وطبقا للنموذج المعرفي فإن موقفا غير سار من مواقف الحياة يستثير أبنية معرفية ترتبط بالهزيمة والحرمان والخبرات السلبية ولوم الذات تؤدي بدورها إلى التأثيرات المرتبطة بها كالحزن والقلق والشعور بالوحدة واليأس وتناقص الأداء بشكل واضح.

إن أعراض الاكتئاب الوجدانية والسلوكية والدافعية والبدنية جميعها هي نتيجة مباشرة لذلك التنظيم أو الثالوث المعرفي السلبي، وكلما أصبح هذا الثالوث مسيطرا كان المريض أكثر اكتئابا.

ويؤكد الـيس (Ellis) في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي على أن الاضطرابات النفسية تولدها أفكار الفرد، وأنها لا تنشأ عن الخبرات والحوادث التي يمر بها الناس، وإنما بسبب الاعتقادات التي يحملها الناس عن هذه الحوادث. وقد تكون هذه الاعتقادات لا عقلانية، وبالتالي تدفع من يؤمنون بها إلى أن يصبحوا مضطربين ومكتئبين، وغير فعالين وغير سعداء، وبالمقابل فإنهم إذا حرروا أنفسهم من تلك المعتقدات اللاعقلانية، فإنه يصعب عليهم الوقوع فريسة للاضطرابات العاطفية، أو على الأقل فإن اضطراباتهم العاطفية لا تدوم.

كما تؤمن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بأن التفكير يسبق الانفعال، وأن هناك علاقة تفاعل متبادل بين التفكير والانفعال والسلوك. إذ يوجد اتصال متبادل بين هذه الوحدات الثلاث، فهي غير منفصلة وتؤثر في بعضها البعض، وأن أي تغيير في واحدة منها يؤدي إلى تغيير متزامن في الأخرتين.

إن جوهر نظرية العلاج العقلاني الانفعالي يتلخص في أن ألم الكائن البشري يصدر عن مصدرين خارجي وداخلي، الأول هو الألم الذي يقع على أجسادنا من جوع أو مرض أي الألم الفيزيائي، أما الألم من النوع الثاني فهو الذي يتأتى من التفكير الخاطئ اللاعقلاني، إذ أن تأويلات وتفسيرات الفرد هي المسببة لرد الفعل السلوكي الانفعالي.

ويفترض سيليكمان (Seligman) في نظرية (الفشل المتعلم) من خلال تجاربه على الحيوان أن الاكتئاب هو رد فعل للعجز، إذ أن تعريض الحيوانات لصدمات كهربائية لا يمكنها الهروب منها يؤدي بها إلى العجز واليأس وبالتالي الاكتئاب. وهنا يؤكد سيليكمان على دور اليأس كونه مسببا للاكتئاب وهو يرى أن فشل الفرد أو عجزه عن التحكم بالأحداث التي يواجهها يؤدي به إلى الاكتئاب، فالأفراد يمتلكون حاجة قوية لممارسة الضبط الذاتي أو التحكم في محيطهم، أو بالأحداث التي يمرون بها، ويرى أن توقع الأفراد بأن الأحداث أو المواقف التي يمرون بها غير قابلة للضبط أو التحكم، يخلق لديهم حالة من العجز المؤدي إلى اضطرابات نفسية من أهمها الاكتئاب فالمكتئب يعزو وينسب للأحداث المقبلة اتجاهات وتوقعات سلبية، وهذا يؤدي إلى تقييم

ذاتي غير مرغوب وتفترض نظرية العجز المتعلم، أن بعض أشكال الاكتئاب على الأقل في مرحلة الطفولة والمراهقة هي نتيجة لأنماط المعرفية السلبية، والأحكام العقلية النهائية.

ث- المنظور الاجتماعي:

تؤدي الظروف الثقافية والاجتماعية على اختلاف أشكالها دورا واضحا في تمهيد الطريق للعديد من الأفراد للإصابة بالاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب. إذ يؤكد المنظرون الاجتماعيون على أن سبب الاكتئاب هو استجابة للفقدان ولعملية التفاعل التي تحدث بين الفرد والمجتمع وتطور تصرفات الأفراد داخل النظام الاجتماعي للعائلة وجماعة الأقران.

وقد يكون الاكتئاب عادة تعلمها الشخص لأن سلوكه هذا كان يعزز باستمرار من المحيطين به أو لأنه فشل في أن يتعلم كيف يسلك سلوكا سويا وغالبا ما يصاب الفرد بالاكتئاب بعد أحداث الحياة والضغوط الشديدة التي يتعرض لها مباشرة أو بعد مدة زمنية قليلة، وتتضمن أحداث الحياة وفاة شخص عزيز، أو فقدان مهنة، أو الطلاق أو الانفصال عن الأسرة.

ويعزو ليونسنو أركوند الاكتئاب إلى فقدان التعزيز والتفاعل الاجتماعي، فقد وجد أن الأفراد المكتئبين يمرون غالبا بأحداث غير سعيدة وغير معززة في حياتهم بدرجة كبيرة، وبسبب قلة التعزيز الذي يحصل عليه المكتئبون فإنهم يكونون أقل طاقة وأقل فعالية خاصة في التفاعلات الاجتماعية، وهذا بدوره يجعل حصولهم على التعزيز أقل، إذ نجد أن المحيطين بهم يميلون إلى تجنبهم مما يؤدي إلى تعميق الاكتئاب.

ويمكن أن يعود الاكتئاب إلى عدم الاتساق في العلاقة بين الطفل ووالديه فيؤدي به إلى تقدير واطئ لذاته، وفي حالة كون التعزيز يقدم فقط عندما يظهر الأبناء سلوكا يرضي الوالدين، فهنا يكون سلوك الأبناء في البيت منصبا لإشباع توقعات الوالدين فإذا كانت هذه التوقعات غير واقعية-أي أعلى من قابلية الأبناء على تحقيقها-هنا يشعر الأبناء بأن الأهل لا يستطيعون أن يوفر لهم ما يحتاجونه من حب فيصابون بخيبة الأمل ويبدؤون بوضع تقدير واطئ لذواتهم ويتعرضون بالتالي للاكتئاب.

كما يحدث الاكتئاب بسبب عدم الاستقرار الاقتصادي أو الفقر والحرمان، أو فقدان العمل أو الخسارة التجارية أو عدم قدرة الدخل على تغطية احتياجات الفرد ومتطلباته الحياتية مما يجعله عرضة للعوز والحاجة وفقدان التقدير الذاتي. وقد يعود الاكتئاب إلى الوحدة أو العزلة التي يعيشها الفرد والتي لا يكون هناك مفرا منها، إذ لا يجد الفرد شخصا يتكلم معه أو شخصا يشغله.

وتزداد الأعراض الاكتئابية بزيادة مدة وشدة العزلة عن المجتمع، فقد وجد أن من خلال الأعراض الاكتئابية يمكن التنبؤ إلى حد كبير بمدى العزلة الاجتماعية التي يعاني منها الفرد.

ومن الأمثلة التي تعزز دور العوامل الثقافية والاجتماعية في الإصابة بالاكتئاب، هو إصابة نسبة كبيرة من الزوج الأمريكيان بالاكتئاب نتيجة العنصرية التي تقوم على أساس التفرقة بين الأفراد وعدم المساواة إذ تسند الوظائف والترقيات المهنية بحسب العرق وليس الأداء، وهذا قد يجلب الاكتئاب، فالطموحات والقدرات والمواهب لدى بعض الأفراد وتعرضهم لصدمة عدم توفر الفرصة الملائمة لإبرازها يؤدي بهم إلى إبراز هذه الطموحات بطرق تؤثر على السلوك الاجتماعي والنفسي للفرد.

ج- المنظور البيولوجي:

تركز النظريات البيولوجية على الاضطرابات الحاصلة في الغدد والجهاز العصبي أو في كيميائية الدم على أساس أن هذه العوامل منفردة أو مجتمعة تؤدي إلى الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب. وفيما يأتي توضيح لأهم هذه العوامل وأثرها في الاكتئاب:

1. الجينات:

هناك أدلة كثيرة تدعم وجود عامل جيني وراثي يسبب أو يدفع بعض الأفراد إلى الاكتئاب إذ ينتقل الاستعداد الوراثي للإصابة به عن طريق جينات متعددة تجعل الفرد مهيبًا للاضطراب وحينما تورث هذه الخصائص فإنها تتحكم في الجهاز العصبي المركزي والمحيطي.

ويفترض ألوي وأهرنز (Alloy and Ahrens) 1987 أن الأفراد يكونون عرضة للاكتئاب بسبب امتلاكهم تركيب جيني وراثي مسبب للاكتئاب يؤدي إلى التفكير المشتت، وقد أظهرت الدراسات أن معدل انتشار الاكتئاب يكون أكثر بين الأقرباء الذين لديهم مثل هذه الاضطرابات من عموم المجتمع، إذ توصلت دراسة كالمان وكلاتر (Callman and Clater) إلى أن أقرباء المصابين بالاكتئاب يتعرضون للإصابة بهذا الاضطراب أكثر من غيرهم، فقد كانت نسبة إصابة الأقرباء من الدرجة الأولى تتراوح بين 10-15%.

كما أشارت دراسات أخرى إلى وجود احتمالاً يقرب حوالي 75% بإصابة كلا التوأمين في التوائم المتماثلة الأحادية البويضة بالاكتئاب مقارنة بالتوائم غير المتماثلة ثنائية البويضة، إذ تصل نسبة الإصابة حوالي 20%. وأن احتمال إصابة الأبناء من الآباء المصابين بالاكتئاب ثلاثة أضعاف الأبناء المتبنيين.

ولكن على الرغم من ذلك فقد يصيب الاكتئاب الأفراد الذين ليس لديهم تاريخ عائلي للإصابة بهذا الاضطراب.

2. الهرمونات (Hormones):

إن الاضطرابات الغددية العصبية تعكس اضطرابات نفسية ومنها الاكتئاب، إذ وجد أن اضطراب الغدد العصبية تعكس الاضطراب إلى الغدة تحت المهاد الهايبوثلاموس (Hypothalamic) التي يكون محوريها الغدتين النخامية (Pituitary) والكظرية (Adrenal) فعالين في نوبات الاكتئاب وتؤدي إلى زيادة إفراز الكورتيزول (Cortisol) وقلّة إفراز هرمون الثيروكسين المحفز للغدة الدرقية (Tesesterone).

ويؤثر هرمون الميلاتونين (Melatonin) على المزاج، وهذا الهرمون يتأثر بكمية الضوء، إذ تعيق كمية الضوء القليلة إنتاجه، لذلك فإن الاكتئاب يرتبط بفترات معينة من السنة بحسب كمية الضوء المتوفرة إذ يحدث سنويا في فصلي الخريف والشتاء بسبب قلة كمية الضوء مقارنة بفصلي الربيع والصيف الذين تزداد بهما كمية الضوء.

وتؤثر نسبة هرمون البرولاكتين (Prolactine) في حدوث اضطرابات المزاج أيضا، إذ أن زيادة تركيبه يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب.

3. العامل البيوكيميائي (Biochemical Factor):

ظهر أنموذج الكيمياء الحياتية للاكتئاب مع التطور الذي حصل في علم فسلجة الأعصاب (Neuro Physiology) الذي يتعلق بمتغيرات الكيمياء الفسيولوجية التي تسهم في حدوث الاكتئاب، إذ وجد أن عدم التوازن الكيميائي يؤدي إلى حدوث الاكتئاب.

فقد وجد أن قلّة الأمين الحيوي (Biohenic Amines) السيروتونين (Serotonin) والنورابينفرين (Norépinephrine) والدوبامين (Dopamine) تسبب الاكتئاب، وزيادتها يسبب الهوس لذلك فإن الأدوية التي تستخدم لعلاج الاكتئاب تعتمد على زيادة النورابينفرين والنورادرينالين والسيروتين.

ويؤثر الأستيل كولين على الحالة النفسية للفرد، إذ أن زيادة نشاطه في الجهاز العصبي يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب الحاد.

وقد وجد أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب لديهم اضطراب في توزيع الصوديوم والبوتاسيوم من خلية عصبية إلى أخرى، إذ أن جسم المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد عن المعدل الطبيعي بنسبة 50%.

ويعتقد الأطباء النفسيون والبيولوجيون أن الجهاز الباراسمبثاوي هو المسيطر والأكثر نشاطاً عند الاكتئاب من الجهاز السيمبثاوي، لذا فإن الأبحاث التي أجريت لعلاج الاكتئاب تعمل على تقليل فعالية الباراسمبثاوي إما مباشرة أو عن طريق زيادة فعالية الجهاز السيمبثاوي. (مطشر، 2022، ص114-126)

4. أنواع الاكتئاب:

استناداً إلى الدليل الإحصائي الخامس توجد العديد من الأنواع المتعلقة بالاكتئاب، نذكر من بينها:

1. اضطراب المزاج المتقلب المشوش:

انفجارات متكررة شديدة من الغضب تتجلى لفظياً (مثلاً، الاحتدام اللفظي) و/أو سلوكياً (مثلاً، الاعتداء-الجسدي على الأشخاص أو الممتلكات) وهي بشكلٍ صارخ لا تقارن بالشدة أو المدة للوضع أو للاستفزاز.

2. الاضطراب الاكتابي الجسيم:

توجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة:

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين مثل أن يبدو دامعاً.

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً) ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتملل أو البطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً وليس مجرد لوما لذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً) إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين)

(9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط) ، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

3. اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج):

وجود اثنين (أو أكثر) مما يلي أثناء انخفاض المزاج:

(1) ضعف شهية أو زيادة في الأكل.

(2) أرق أو فرط نوم.

(3) انخفاض الطاقة أو تعب.

(4) انخفاض الشعور بقيمة الذات.

(5) ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات.

(6) مشاعر انعدام الأمل (اللا جدوى) .

4. اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث:

واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية يجب أن يكون موجودا:

1 عدم استقرار انفعالي واضح (على سبيل المثال، تقلبات المزاج: الشعور المفاجئ بالحزن والبكاء أو زيادة الحساسية للرفض).

2 تملل أو غضب ملحوظا أو زيادة الخلافات الشخصية.

3 مزاج مكتئب ملحوظ، الشعور باليأس، أو الأفكار عن الانتقاص من الذات.

4 قلق وتوتر ملحوظ، و/أو مشاعر بكونها مقيدة أو على الحافة. (DSM5:80-74p)

5. أسباب الاكتئاب:

هناك اختلاف واسع النطاق حول مفهوم الاكتئاب وأسبابه، فالبعض يرى أنه بسبب وجود خلل كيميائي على مستوى الدماغ، والبعض يرى أنه بسبب مصاعب البيئة، والبعض الآخر يرى أنه يعود إلى أسباب سيكولوجية.

– العوامل النفسية:

تتمثل في الخبرات الانفعالية الصادمة وعدم التقبل الواقعي لها، ومنها:

1. الفشل العاطفي:

كل الذين يفشلون في الحب يصابون بالاكتئاب، فالصدمة تعتبر كبيرة لأنهم عاشوا تجربة حب عميقة كانوا قد أعطوها الكثير من الأمل والتضحية، لذلك فهم يفقدون الثقة في أنفسهم ثم يلي ذلك عقاب النفس وإذلالها والحد من تطلعاتها وآمالها.

2. موت الأحباب:

هؤلاء الأفراد يصدمون إذا ما جاء الموت وخطف شخصا عزيزا عليهم فجأة وإلى الأبد، فلا تكون لديهم القوة والصمود لكي يعيشوا بدونه، فنتهار الأعصاب وتسود الدنيا في أعينهم فيصابون بالاكتئاب أو بمرض جسدي نتيجة الآلام النفسية، ومن المحتمل أن تنتهي كل تلك الآلام بالانتحار.

– العوامل البيئية:

هؤلاء الأفراد إذا تعرضوا لمشاكل الحياة ووقعوا في أخطاء، ونتج عنها فقدان المكانة الاجتماعية سواء فقدوا ثروتهم، أو اتهموا بسوء الإدارة، أو تبديد الأموال، فإنهم يقعون فريسة سهلة للاكتئاب، بل أن بعضهم ينتحر هربا من اتهامهم بالفضيحة التي سعوا جاهدين طول حياتهم أن يتجنبوها.

1. أسلوب التنشئة:

كالتربية الخاطئة وذلك عند فقدان العطف والحنان، والتسلط في معاملة الأبناء والحرمان المادي.

2. الوحدة والعزلة:

الأفراد الذين اعتادوا على الضوضاء وانعزلوا عن تلك البيئة لأسباب ما، مثل المرض، الرسوب المدرسي، تغيير مقر العمل إلى مناطق نائية، أو السجن، فإنهم حتما سيصابون بالانهيار والحزن والكآبة إضافة إلى عوامل أخرى كالعنوسة، سن التقاعد، وسن اليأس.

– العوامل الوراثية:

تتعلق بالاستعداد للمزاج السوداوي، فالشخص المعرض للاكتئاب يملك استعدادًا لقبول المرض نظرا لحساسيته الزائدة لفقدان الأشياء والظروف الحياتية التي عاشها، فالإكتئاب لا يكون وليد الحدث المفاجئ أو الواقعة المؤلمة.

– العوامل التكوينية:

هناك علاقة بين التكوين الجسدي والاكتئاب، فيبدو أن النمط البدني أكثر عرضة من غيره لردود الأفعال العاطفية، وإن كانت وجهة النظر التكوينية تواجه صعوبات تجعلنا لا نعتمد عليها فقط.

- العوامل الفسيولوجية:

هناك ارتباط بين الاكتئاب وبين اضطرابات غدد الجهاز العصبي في الفص الجبهي، حيث يعبر الخلل على مستوى الوظائف الفسيولوجية، عن ببطء الوظائف الحيوية التي يقوم بها الفرد على مستوى الهضم حيث يكون الفم يابساً وفيه مرارة الإمساك أحياناً، الإسهال خاصة في الحالات الحصرية الشديدة والوظائف الجنسية كذلك تكون مضطربة، هبوط الليبيدو ويزيد في أحاسيس التحقير الذاتي.

- الأمراض العضوية المتنوعة:

من بين الأمراض الجسمية التي تسبب حالة الاكتئاب نجد مثلاً مرض السل الذي يؤدي صاحبه إلى التدهور اليومي لصحته وانخفاض كبير في وزنه كذا انقطاع العلاقة مع الآخرين مما يجعله في حالة وحدة وانقطاع عن العالم الخارجي فيظهر الاكتئاب كعرض رئيسي وكذا الحال بالنسبة للأمراض السرطانية التي تؤدي بالمريض إلى حالة من الانطواء والعزوف عن الحياة بسبب تخوف المريض من مرضه واستحالة علاجه كما هو الحال بالنسبة للأمراض القلبية وداء السكري، التي تؤثر بدورها سلباً على نفسية المصاب مما يؤدي إلى ظهور الاكتئاب بنسب متفاوتة.

- الإدمان على المخدرات:

إن الإدمان على المخدرات يؤدي إلى نحافة سريعة وخطيرة، ويصبح الفرد سريع الهيجان ومن المحتمل أن تتفاقم حالته لتصل إلى حالة اكتئابية شديدة. (زلوف، 2016، ص: 168-170)

وإذا كانت النظريات قد تعددت، والآراء قد اختلفت حول السبب المباشر لحالة الاكتئاب التي تنتشر في عالم اليوم فإن هناك حقيقة تظل شبه مؤكدة وهي تداخل الأسباب وتعددتها وأكثر من ذلك تفاعلها مع بعضها البعض حيث يكون من العسير تحديد سبب محدد لكل حالة أو الفصل بين أسباب متعددة. (الشربيني، 2001، ص 42)

6. أعراض الاكتئاب:

1. **الأعراض الانفعالية:** وتتمثل في مشاعر الحزن والهم، والغم، والقنوط، والدونية، وفقدان الثقة والشعور بالذنب وعدم الاكتراث بالعالم.
2. **الأعراض الدافعية:** وتبدو في فقدان الدافع والأمل، والشعور بالعجز واليأس وعدم الكفاية، وفقدان المبادأة، وانخفاض في النشاط النفسي-الجسمي، وتثبيط الهمة، وصعوبة في اتخاذ القرارات والميل للانتحار.
3. **الأعراض المعرفية:** وتشمل صعوبة التفكير وعدم القدرة على التركيز.
4. **الأعراض الجسمية:** مثل الشعور بالإجهاد والوهن، والأرق، وفقدان الشهية، وبطء في الحركة والهزال الشديد. (سليمان، 2014، ص 123)

7. علاج الاكتئاب:

تعتمد المعالجة على ثلاثة مبادئ أساسية هي:

1. محاولة شفاء المريض أو تحسينه أو اختصار مدته، وذلك باختيار أفضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدا.
2. وقاية المريض من الانتحار، وذلك باتخاذ الاحتياطات اللازمة، بما فيها قبوله في المستشفى إن لزم الأمر.
3. العناية الصحية التامة بالمريض.

1. العلاجات الكيميائية:

تتمثل في العقاقير النفسية وهي أكثر التقنيات الناجحة، إذ أنها تؤثر بطريقة مباشرة على الجهاز العصبي المركزي وهي تصنف إلى:

– مضادات الاكتئاب:

وهي أدوية مخصصة للمزاج الاكتئابي، استخدمت كطريقة علاجية منذ 1957 في الطب العقلي وتتضمن:

1. مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات:

تخص المزاج الاكتئابي الذي عادةً ما نجد فيه التعب النفسي، القلق، توهم المرض والآلام المختلفة المرتبطة بالاكتئاب، وذلك عن طريق التأثير المباشر على الجهاز العصبي.

2. المضادات الاكتئابية لكف الحمض الأميني المؤكسد:

تعمل على الرفع من معدل النواقل العصبية في الجسم وذلك بالتأثير على مادتي الأدرينالين والسيروتونين وبالتالي التخفيف من التعب النفسي.

– المهدئات:

تعمل على التخفيف من الأعراض الجسمية كالأضطرابات الوعائية واضطراب الضغط الشرياني والاضطرابات الهضمية والجلدية، كما تقوم بتخفيف الحصر المصاحب للاكتئاب.

– المنومات:

تستخدم في الحالات التي يشكو فيها المريض من الأرق الشديد.

2. العلاج بالصدمات الكهربائية:

وهي تقيد كل أنواع الاكتئاب ولا سيما الحالات الخطيرة منه إذ يتحسن مزاج المريض ويصبح طبيعياً بعد جلستين أو ثلاث جلسات، وتجرى عادةً من 06 إلى 12 جلسة بمعدل جلسة واحدة كل يومين، ونذكر هنا أنه نظراً لفائدة الصدمات الممتازة فقد أوصى بعض الأطباء في مذكراتهم بأن يعالجوا الأفراد فوراً بالصدمات إذا ما أصيبوا بالاكتئاب دون انتظار تأثير الأدوية.

مبدأ هذا العلاج هو إحداث نوبة صرعية معممة بتمرير شحنة كهربائية عبر الدماغ، ومن الانتقادات الشائعة التي توجه للصدمات أنها تحدث ضعفاً في الذاكرة قد يكون مؤقتاً أو يدوم طويلاً، كذلك هناك حالات لا يجوز إجراء الصدمات فيها منها أورام الدماغ، أمراض القلب الشديدة، سوء حالة المريض الصحية العامة. (زلوف، 2014، ص129-131)

حالات استخدامه:

1. الاكتئاب الشديد والحاد، وصعوبة الأعراض وخاصة الاكتئاب الذهاني.
2. عدم استجابة المريض للأدوية.
3. وجود آثار سلبية للدواء لا يتحملها المريض.
4. وجود ميول انتحارية عند المريض وصعوبة السيطرة على سلوكه.
5. إذا كان المريض لا يستطيع الانتظار بأعراض الاكتئاب حتى تظهر فاعلية الأدوية وهي مدة شهرين لأن استخدام الجلسات الكهربائية يمكن أن يؤدي إلى ظهور التحسن في غضون أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع.

6. بالنسبة للسيدات الحوامل خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى للحمل وأثناء تكون الجنين حيث يحظر استخدام مضادات الاكتئاب في هذه الفترة خوفاً من التأثيرات الجانبية السلبية للدواء على الجنين. (عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص127)

3. العلاج عن طريق النوم:

يستخدم هذا العلاج في المستشفى تحت مراقبة شديدة ومتابعة للمنومات التي تثير النوم لمدة طويلة حوالي أسبوع، ويستخدم لعلاج الميلاناخوليا خاصةً أين يكون الألم الفكري لا يطاق.

4. العلاج النفسي:

يتلون العلاج النفسي بصيغة المدرسة المتبناة وعليه نجد:

– العلاج النفسي التحليلي:

تعتبر تقنية التحليل النفسي من أقدم الطرق العلاجية والتي ترجع إلى فرويد وهي تعتمد نظرية التحليل النفسي وتلزم ومن يحمل بنية عصابية قبل اشتداد الأعراض، ويتم هذا عن طريق إتباع طريقة خاصة تساعد على عملية النكوص حيث يكون المريض مستلقياً على سرير فهو لا يرى المحلل مما يساعده على تذكر جميع الخبرات الماضية المؤلمة، وعلى الفاحص أو المحلل أن يتقبل كل ما يقوله المريض وهذا يساعده على التعبير بكل حرية، إلا أن التقنية طويلة جداً قد تستغرق من سنتين إلى خمس سنوات وهي تتميز بالدقة والصرامة مما يجعل البعض يلجأ إلى العلاج المستوحى من التحليل النفسي الذي يتميز بالمرونة وقصر المدى، هدفها مساعدة المريض على الفهم الشعوري لجميع الميكانيزمات اللاشعورية التي تكمن خلف الاكتئاب كالعُدوانية الموجهة ضد الذات كذلك محاولة توضيح العلاقة بين الاكتئاب ومستجدات المحيط المتوترة.

(زلوف، 2014، ص131-132)

– العلاج السلوكي:

هو نوع من أنواع العلاج النفسي يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياته المحيطين به والمتعاملين معه أكثر ايجابية وفاعلية، ويعتمد في ذلك على نظريات التعلم ونظريات الشخصية والنظرية الاجتماعية.

والعلاج السلوكي يبدأ بتحديد السلوكيات المرضية والاستجابات الاكتئابية، ثم إعداد خطة علاجية تعتمد على تنمية السلوكيات المعارضة للسلوكيات المرضية، وتصحيح الاستجابات الاكتئابية الخاطئة لتحل محلها استجابات صحيحة ايجابية.

(عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص134-135)

إن التعزيز الايجابي لسلوكيات جديدة متعلمة تكيفية هو جوهر هذا النوع من العلاج، خلال التوجيه والتدريب الميداني، وهذه العوامل السلوكية تعتبر هامة في تعلم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة للاضطراب الاكتئابي والسيطرة عليها.

- العلاج المعرفي:

هناك نماذج عديدة تحاول تفسير مصدر الاضطراب فمنها من ترجع الاضطراب إلى خلل وظيفي في سير المعلومات -بيك 1970- أو إلى وجود أنماط انتسابية اكتئابية -سليمان 1977- ومنها من حاولت التعرف ثم تقدير وتغيير أنظمة المعتقدات الخاطئة -إليس 1977-.

أدت هذه النتائج إلى إقامة تقنيات علاجية مثل:

- العلاج الانفعالي العقلاني.
- تقنيات التحكم الذاتي.
- استراتيجيات عزز المتعلم.
- العلاج المعرفي لبيك. (زلوف، 2014، ص 132-133)

العلاج البيئي:

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ويتم ذلك بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء، ومن وسائل هذا العلاج الترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة الاجتماعية مرة أخرى. (الشربيني، 2001، ص 249)

خلاصة:

في ختام هذا الفصل ما يسعنا إلا أن نقول بأن الاكتئاب قد بات من بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وذلك لطبيعة الحياة التي يسير بها عصرنا الحالي، إلى جانب العوامل الفردية المختلفة من شخص لآخر فهي تلعب دوراً هاماً في مدى تكيف الفرد مع تقلبات الحياة بالشكل المطلوب.

الفصل الثالث: القصور الكلوي المزمن

تمهيد

1. الكلى.
2. آلية عمل الكلى.
3. وظائف الكلى.
4. تعريف القصور الكلوي.
5. الفشل الكلوي الحاد:
 - 1-5 تعريفه الفشل الكلوي الحاد.
 - 2-5 أسباب الفشل الكلوي الحاد.
 - 3-5 الوقاية من الفشل الكلوي الحاد.
6. القصور الكلوي المزمن:
 - 1-6 تعريف القصور الكلوي المزمن.
 - 2-6 أعراض القصور الكلوي المزمن.
 - 3-6 أسباب القصور الكلوي المزمن.
7. علاج القصور الكلوي المزمن.
8. الآثار النفسية للأمراض المزمنة على المرضى.

خلاصة

تمهيد:

يحدث القصور الكلوي عند توقف الكليتان عن العمل، بحيث يحتاج المريض أن يتلقى العلاج الفوري ويعتبر هذا العجز من أحد أكثر الأمراض انتشاراً، حيث يمثل عدد المصابين به 10% من سكان العالم ترجع أسباب المرض إلى عوامل مختلفة من أمراض وعائية والتهابات إلى عيوب خلقية بالكلية، كما تتعدد طرق علاجه وسنتطرق إلى كل ذلك من خلال هذا الفصل.

1. تعريف الكلى:

الكلى هي عضو حيوي هام للمحافظة على حياة الإنسان، وعمل الكلى الأساسي هو تنقية (تصفية) الدم من السموم أو الفضلات، والسوائل الزائدة عن طريق البول.

معظم الناس لديهم كليتين، وشكل الكلية يشبه حبة الفاصوليا، وتوجد على جانبي العمود الفقري طول الواحدة منها حوالي (10-15) سم، وتقوم الكلى يوميا بتصفية حوالي 200 لتر من السوائل وتتخلص من (1-1.5) لتر بول يوميا. (B. Braun Avitum AG, p: 2)

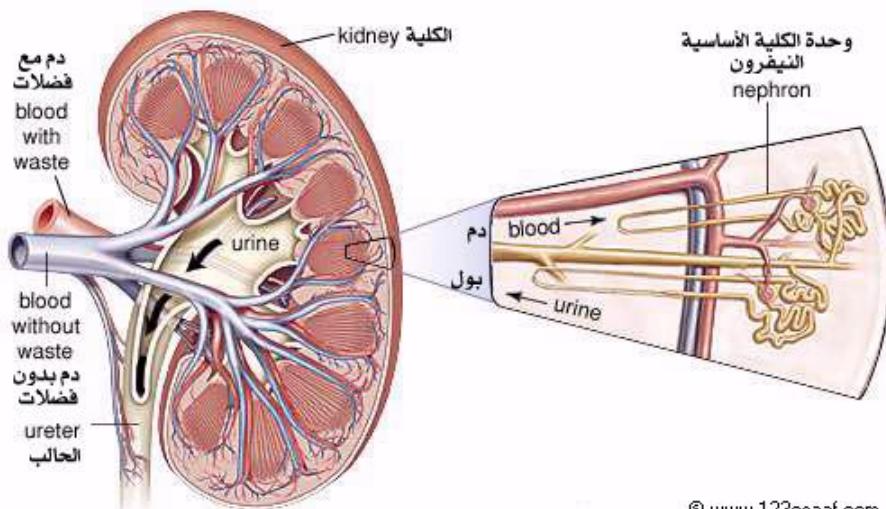
يملك كل فرد كليتان تزن كل واحدة منهما حوالي 400غ، تحتويان على ما يقارب مليوني نيفرون، حيث يعتبر النيفرون الوحدة الوظيفية للكلية، لذلك يمكن القول بأن الكلية عبارة عن مجموعة نيفرونات ويتكون كل نيفرون من:

- الكبيبة.
- أنبوب كلوي، حيث نميز:
 - أنبوب ملتوي قريب.
 - التواء هنلي.
 - أنبوب ملتوي بعيد.
- أنبوب جامع

الكبيبة هي هيكل لتصفية مصل الدورة الدموية العامة، وبالتالي تشكيل البول.

الأنابيب التي سبق ذكرها وظيفتها الرئيسية إعادة امتصاص وإفراز الشوارد والماء. (Housset, 2010, p3)

شكل 1 تشريح الكلية



2. آلية عمل الكلى:

تتكون كل كلية من نحو مليون وحدة تصفية تسمى "النيفرونات" (Nephron)، ويحتوي كل نيفرون على مرشح اسمه "الكبيبة" (Glomerulus)، وأنبوب صغير. وفي النيفرون تقوم الكبيبة بترشيح الدم، وتقوم الأنابيب بإعادة المواد اللازمة إلى الدم، وإزالة الفضلات، وهذه الفضلات مع الماء الزائد تصبح البول.

ويتدفق الدم إلى الكلية من خلال الشريان الكلوي، وتنقسم الأوعية الدموية الكبيرة إلى أوعية دموية أصغر وأصغر حتى يصل الدم إلى النيفرون.

يدور الدم عبر الكلية عدة مرات في اليوم. في يوم واحد تقوم الكليتان بتنقية نحو 150 لترا من الدم يرجع معظم الماء والمواد الأخرى التي تم ترشيحها عبر الكبيبات إلى الدم بواسطة الأنابيب، فقط لتر إلى لترين تصبح بولا.

يتدفق الدم إلى الكليتين من خلال الشريان الكلوي، ويخرج عبر الوريد الكلوي، ويحمل الحالب البول من الكلية إلى المثانة. (أبو الرب، الجزيرة)

3. وظائف الكلى:

- تصفية الدم لتخليص الجسم من السموم والفضلات.
- التخلص من السوائل الزائدة وتنظيم بعض المعادن مثل ملح البوتاسيوم، ملح الصوديوم والكالسيوم والذي يأتي من الطعام الذي نتناوله.
- المساعدة على تنظيم ضغط الدم.
- الحفاظ على توازن الماء والملح.
- إفراز عدد من الهرمونات الضرورية مثل هرمون رينين الذي يحافظ على ضغط الدم الطبيعي وأيضاً هرمون إيرثروبويتين المسؤول عن إنتاج كريات الدم الحمراء.
- المحافظة على سلامة العظام.
- المحافظة على كون الدم متعادلاً بين الحموضة والقلوية. (Tortora, p: 971,972)

4. تعريف القصور الكلوي:

نعني بالقصور الكلوي أن إحدى الكليتين أو كليهما لم تعد تعمل بشكل جيد من تلقاء نفسها، أحياناً يكون الفشل الكلوي مؤقتاً ويتطور بسرعة (حاد)، وفي أحيان أخرى يكون حالة مزمنة (طويل الأمد) يزداد سوءاً ببطء.

يعتبر القصور الكلوي أخطر مراحل مرض الكلى، ويكون قاتلا إذا لم يتلقى المريض العلاج.

(Cleveland Clinic medical professional on 10/04/2022)

يعني القصور الكلوي عجز الكليتين عن تنقية الدم بصورة كافية وعن الترشيح والاسترجاع التالي للمواد الهامة، فإذا لم يعالج فيض السموم في الجسم الناجم عن ذلك يمكن أن يؤدي إلى موت الشخص فهو يهدد سائر الأجهزة في الجسم من القلب والجهاز الدوري مروراً بالرتتين وصولاً إلى الجملة العصبية المركزية، ويظهر الفشل الكلوي بصورة نقص شديد في البول وتراكم الماء في الأنسجة كما يترافق بغثيان وتعب. (سعادة إبراهيم، 2011، ص30)

5. الفشل الكلوي الحاد:

1-5 تعريف الفشل الكلوي الحاد:

الفشل الكلوي الحاد هو حالة مفاجئة، مثيرة تقابل الطبيب الباطني والجراح ومتخصص أمراض النساء والتوليد، وتسبب أعراضاً سريعة وقد تنتهي بالوفاة، ولكنها حالة قابلة للشفاء الكامل، وما أقل الأمراض التي لا تترك أثراً في المريض بعد تمام برئه. وعلامات الفشل الكلوي الحاد هي حدوث تزايد مطرد وسريع في بولينة الدم مع نقص حاد في سريان البول. وهي حالة من السهل التعرف عليها.

وقلة سريان البول هي لفظ يطلق على نقص كمية البول التي يفرزها الشخص يومياً، وهي الكمية التي يحتاجها خروج المواد الفاسدة من الجسم لدى الشخص السليم الذي يتناول الطعام العادي وهي 500 ملل كل 24 ساعة، إذا بلغ تركيز البول مستواه الأقصى، ويصاحب هذا النقص ارتفاع مطرد في نسبة البولينة والكرياتينين بالدم (ترتفع البولينة بمعدل 10 مجم على الأقل يومياً ويرتفع الكرياتينين في البلازما بمعدل 0,5 مجم على الأقل يومياً)، ويطلق لفظ انقطاع سريان البول إذا انخفضت كمية البول عن 150 ملل كل 24 ساعة، وقد عرف الفشل الكلوي الحاد لأول مرة في الطب أثناء الحرب العالمية الثانية. (محمد صادق، 1994، ص10-11)

الفشل الكلوي الحاد يحدد من خلال انخفاض حاد في معدل الترشيح الكبيبي، بحيث يؤدي الانخفاض في معدل الترشيح الكبيبي إلى حدوث تزايد في بولينة الدم مع اضطرابات التحليل المائي وهذا ما يهدد حياة الفرد على المدى القصير. (Salmi, 2018, p274)

2-5 الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي الحاد:

جدول 2 الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي الحاد

1- انسداد الحالبين	- حصوة سادة لكل حالب، أو حصوة سادة لحالب واحد في الكلية السليمة والكلية الأخرى تمت إزالتها من قبل.
2- النقص الحاد لسريان الدم في الكلى	- قلة حجم الدم الناشئ عن النزف الشديد أو الجفاف الشديد. - فشل عضلة القلب الحاد إثر انسداد بالشريان التاجي.
3- تكرر لبيبات الكلى الحاد	- نتيجةً للنقص الحاد في سريان الدم بالكلى. - انسداد نبيبات الكلى بأصبغ الهيموجلوبين إثر حل الدم أو تكرر العضلات. - التسمم الدموي. - السموم الكلوية: عقاقير، سموم صناعية وغيرها. - في حالات الحمل إثر نزف رحمي شديد بعد ولادة أو إجهاض (وأحياناً قبل الولادة).
4- أمراض الكلى	- التهاب الكلى الكبيبي الحاد. - التهاب الوعائي (بالكلية). - ارتفاع ضغط الدم الخبيث. - تكرر حلمات الكلى الحاد.
5- انسداد حاد بأوعية الكلى	- بالشرايين أو الأوردة.

3-5 الوقاية من الفشل الكلوي الحادي:

هذا المرض الخطير الذي قد يؤدي إلى الوفاة بالإمكان توقي حدوثه إذا استعد الطبيب لملاقاته بما ينبغي له من الحيطة والعيانة: نقل الدم السريع من الفصيلة المناسبة، وتعويض سوائل الجسم المفقودة بسرعة وبالكمية المناسبة لتوقي حدوث الجفاف، وسرعة علاج الشريان التاجي مع توقي حدوث انخفاض ضغط الدم، والعلاج السريع المجدي لحالات التقيح الشديدة أو التسمم الدموي بالمضادات الحيوية المناسبة، وسرعة التعرف على تسمم الحمل وعلاجه بكفاءة، والعلاج السريع المناسب لحالات الإجهاض.

والحرص الشديد في وصف العقاقير ذات السمية على الكلى ومراقبتها المستمرة بالتحليلات المناسبة، كل هذه الإجراءات من الممكن أن تجعل الفشل الكلوي الحاد مرضاً نادر الحدوث، ولا

يختلف اثنان في أن ما ننادي به هو الممارسة الطبية السليمة. ويشير الأطباء أن سرعة زرق المانيتول المركز بالوريد أو إعطاء مدرات البول القوية بكمية كبيرة في بداية حدوث المرض قد تؤدي إلى الشفاء السريع ولكن هذه الأمور يجب أن يترك تقديرها إلى المتخصص.

إذا حدث الفشل الكلوي الحاد فإن أول واجبات الطبيب هو محاولة بيان سببه: انسداد المسالك البولية (بحصوة)، أو التهاب حوض الكلى الصديدي الحاد، أو انسداد الأوعية الدموية، وهي أمراض يلزمها علاج خاص يؤدي إلى شفاء المريض. وقد يستجيب الالتهاب الكبيبي الحاد أو التهاب شريينات الكلى إلى العلاج بمركبات الكورتيزون أو بالعقاقير المثبطة للمناعة أو العلاج بالهبارين زرقاً بالوريد بكميات كبيرة (تحت إشراف متخصص يدري تماماً ما يفعله)، إلا أن معظم حالات الفشل الكلوي الحاد متى حدثت-تحتاج لخطة محكمة من العلاج ينبغي ألا نحيد عنها.

6. القصور الكلوي المزمن:

6-1 تعريف القصور الكلوي المزمن:

يعتبر الفشل الكلوي المزمن هو النهاية المحتومة لكل أمراض الكلى التي لا تبرأ، وأعراضه وعلاماته تحدث بغض النظر عن السبب الذي سبب فشل الكلى. وتختلف الأعراض من مريض لآخر وتتذبذب خلال مراحل المرض ولا تشاهد عادةً إلا بعد أن تنخفض كفاءة الكلى إلى 1/6 من معدلها الأصلي ولكنها تشاهد بوضوح إذا وصلت كفاءة الكلى إلى العشر.

(محمد صادق، 1994، ص 12-17)

- يتسم القصور الكلوي المزمن، أو مرض الكلى المزمن بانخفاض تدريجي في عدد النيفرونات العاملة.
- يعتمد وجود القصور الكلوي المزمن على مراحل ضعف الكلى، فيجب النظر إلى إذا ما وجدت أم لم توجد انخفاض في معدل الترشيح الكبيبي.
- يتسم وجود قصور كلوي مزمن بتهديد عمل القلب والأوعية الدموية. (Marc, 2017, p692)

6-2 أعراض القصور الكلوي المزمن:

قد وصف أبو قراط منذ 2500 سنة بعض مظاهر الفشل الكلوي ولكن البداية الحديثة لمعرفة هذا المرض ترجع إلى أوائل القرن التاسع عشر عندما وصف ريتشارد برايت تتابع أعراض المرض المعروف باسم "مرض برايت" وعندما قدر بوستوك نسبة بولينة الدم ووجدها مرتفعة.

وتظهر مظاهر الفشل الكلوي في كل عضو من أعضاء الجسم وفي كل جهاز من أجهزته ففي الجهاز الهضمي تبدأ الأعراض بفقد الشهية ثم التهوع فالقيء وتكون للنفس رائحة كريهة ثم تظهر أعراض التهاب المعدة والأمعاء.

وقد يكون القيء مدمما لظهور قرح بالمعدة والأنثى عشر، وقد يصاب المريض بإسهال قد يكون شديداً.

أما في الجهاز الدوري فكثيرا ما يكون المريض مصابا بارتفاع ضغط الدم من مرض الكلى الأصلي الذي سبب له الفشل الكلوي وكثيرا ما يعاني المريض من ضيق التنفس وكثيرا ما يعاني من أعراض تصلب شرايين القلب ولكن ما يميز الفشل الكلوي هو التهاب التامور وما يصاحبه من آلام الصدر وحكة يسمعا الطبيب بالمسماح عند التصنت على دقات القلب، وكثيرا ما تصاب عضلة القلب بالضعف والوهن.

وفي الجهازين العصبي والحركي يشكو المريض من التعب والإعياء ويحدث له اضطراب بالنوم يظهر عادةً بشكل سبات بالنهار وأرق بالليل. ويعاني المرضى عادةً من الصداع، ويشتكون من تقلص العضلات والرجفة والكسل والبلادة والنعاس والتشنج العصبي والغيبوبة. ومن الناحية النفسية يكون المريض مكتئبا، قلقا، ويتسم عادةً بالإنكار.

وقد تظهر العينان محمرتين وتظهر عيوب بالقرنية وكثيرا ما تتأثر شبكية العين بالارتشاحات والأنزفة وتتورم رأس العصب البصري جراء ارتفاع ضغط الدم، وتسبب هذه التغيرات بالشبكية كف البصر المؤقت أو الدائم.

ويشكو المريض من آلام برجليه وضعف الإحساس في قدميه جراء التهاب الأعصاب الطرفية، ويشكو من ضعف بالعضلات، ونادرا ما يحدث الشلل.

وأهم المظاهر بالجلد هو شحوبه المطرد وسمرته الزائدة والحكة والنزف بالجلد، وتظهر الكدمات التلقائية، وتكثر الأنزفة مكان الحقن. وتظهر السحجات، وفي حالات ارتفاع نسبة البولينة الشديد يظهر ما يسمى بصقيع البولينة على الجلد.

وقد يصاب المريض بالنقرس الثانوي جراء ارتفاع نسبة حمض البوليك فيتورم مفصل إبهام القدم ويلتهب ويحمر وترتفع درجة الحرارة. وتتأثر الغدد الصم فينقطع الطمث لدى النساء ويصبن بقلة فرص الحمل أو العقم.

وتتأثر الرغبة الجنسية لدى الجنسين وتضعف القوة الجنسية لدى الرجال ويصابون بضعف الإخصاب أو بالعقم.

وفي الجهاز التنفسي تزداد سرعة التنفس ويصير عميقا ويصاب المريض بحالة "جوع الهواء" وقد تظهر الارتشاحات في حويصلات الرئة.

ويعاني جهاز الدم في حالات القصور الكلوي فيحدث فقر الدم ويطرد باستمرار وقد تصل نسبة هيموجلوبين الدم إلى مستويات منخفضة بشدة.

ويحدث استعداد للنزف يظهر على الجلد أو الأغشية المخاطية أو يحدث النزف من الأحشاء الداخلية.

ويشكو مريض الفشل الكلوي من العطش المستمر وجفاف الحلق واللسان والجلد، في حين تكون قدماء متورمتان ووجه منتفخ في معظم الأحيان. (محمد صادق، ص10-20)

ويحدث القصور الكلوي المزمن عندما:

جدول 3 مستويات العجز الكلوي

المراحل	معدل الترشيح الكبيبي	مستوى العجز الكلوي
مرحلة 1	>90	مرض كلوي
مرحلة 2	60<<90	علامة تلف كلوي
مرحلة 3	30<<60	عجز كلوي متوسط
مرحلة 4	15<<30	عجز كلوي حاد (شديد)
مرحلة 5	<15	عجز كلوي نهائي (مزمن)

(Mikael, 2016, p365)

3-6 أسباب القصور الكلوي المزمن:

أهم أسباب القصور الكلوي المزمن موضحة في الجدول، وتشمل القائمة أمراضًا جراحية يربها متخصص المسالك البولية، وأمراض باطنية، وأمراض في سن الطفولة، وأمراض لدى البالغين والمسنين.

جدول 4 الأسباب الرئيسية للقصور الكلوي المزمن

الالتهاب الكبيبي المزمن.	- أيًا كان سبب التهاب كبيبات الكلى.
الأمراض وعائية.	- ارتفاع ضغط الدم الخبيث.
	- تصلب شرايين الكلى أو انسدادها.
	- مرض كلوي كلجيني مثل التهاب الشرايين المتعدد العقدي، الذؤاب الأحمراري المجموعي، تصلب الجلد.

<ul style="list-style-type: none"> - التهاب الكلى الميكروبي. - درن الكلى. 	<ul style="list-style-type: none"> - التهاب الكلى الميكروبي.
<ul style="list-style-type: none"> - السكر. - المرض النشواني. - النقرس. - فرط كالسيوم الدم مثل فرط جنبيات الدرقية، فرط فيتامين د، متلازمة اللبن مع القلوي، مرض اللحمانية. - النقيوم المتعدد. 	<ul style="list-style-type: none"> - أمراض أبيضية (وعامة).
<ul style="list-style-type: none"> - الكليتان متعددتا التكيسات. - الكليتان الضامرتان خلقيا. 	<ul style="list-style-type: none"> - عيوب خلقية بالكلى.
<ul style="list-style-type: none"> - الحصوات. - عيب خلقي بحوض الكلى. - تليف الحالبين. - الأورام. - تضخم المثانة (البروستاتا). - ضيق عمل المثانة. - ضيق مجرى البول. 	<ul style="list-style-type: none"> - مرض انسدادى بالمسالك البولية.
<ul style="list-style-type: none"> - عيوب خلقية بالمثانة أو عنقها أو مجرى البول مثل العيوب الخلقية بالنبيبات، التسمم بالعقاقير أو المعادن الثقيلة وغيرها. 	<ul style="list-style-type: none"> - أمراض نبيبات الكلى.

استئصال إحدى الكليتين جراحيا أو استئصال كلية وبعض الكلية الأخرى لا يترتب عليه فشل كلوي متى كان الجزء المتبقي سليما تماما. (محمد صادق، 1994، ص 20-22).

7 علاج الفشل الكلوي (الحاد والمزمن):

أ- يمكن معالجة الفشل الكلوي بعدة طرق إذا لم يصل إلى مرحلة الفشل الكلوي النهائي، الذي يصبح من الضرورة إجراء الغسيل الكلوي، أو زراعة كلى وذلك من خلال:

1. تصحيح السوائل وضغط الدم.
2. معالجة فرط دهون الدم.
3. تحديد تعاطي ملح الصوديوم.

4. تحديد تناول البوتاسيوم.

5. النشاط الجسمي.

6. المعالجة بالغسيل الكلوي، حيث يعمل على تخليص الجسم من الأدوية والمواد الضارة.

(سعادة، 2011، ص32)

ويمكن علاج القصور الكلوي المزمن بـ:

* التنقية الدورية خارج الجسم وخارج الكلى: غسيل الكلى بجهاز التحال الدموي.

* التنقية المزمنا داخل الجسم وخارج الكلى: غسيل الكلى البريتوني.

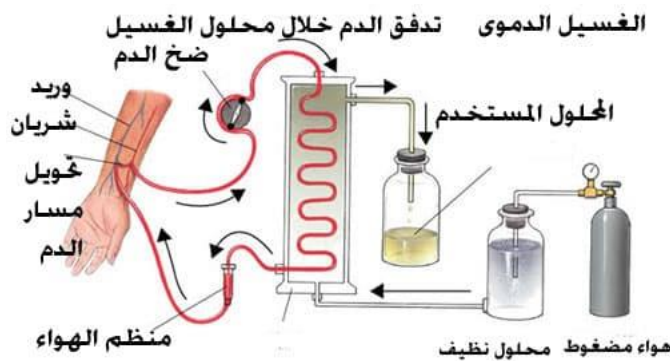
* وكذلك عن طريق زرع الكلى. (Marc, 2017, p692)

ب- المعالجة بالغسيل الكلوي Dialysis:

إذا تضررت الكلى بسبب مرض أو أصيبت لدرجة أنها لا تستطيع العمل بشكل صحيح، فيجب تنقية الدم بشكل مصطنع عن طريق غسيل الكلى.

يعمل هذا العلاج على فصل المواد المذابة كبيرة الحجم عن الصغيرة عن طريق غشاء ذو نفاذية انتقائية، يسمى غسيل كلوي لأنه يقوم بترشيح الدم مباشرة من دم المريض، بحيث يدور الدم في أنبوب يتكون من غشاء غسيل الكلى مع نفاذية انتقائية وتنتقل الفضلات عن طريق انتشار الدم إلى محلول غسيل الكلى الذي يغمر فيه الغشاء. يتم استبدال محلول غسيل الكلى باستمرار للحفاظ على تدرجات التركيز المواتية لنشر المحاليل بين الدم والجهاز، بعد المرور عبر أنابيب غسيل الكلى، يعود الدم المنقى إلى الجسم.

شكل 2 عملية الغسيل الكلوي



ت- الغسيل البريتوني Dialysis Peritoneal:

يستخدم غشاء مخاطي للتجويف البريتوني (بالبطن) كغشاء لغسيل الكلى، بحيث يتم إدخال نهاية القسطرة بعملية جراحية في التجويف البريتوني للمريض وتوصيلها بمحلول غسيل الكلى

المعقم. وتحت تأثير الجاذبية، يتم تدفق المحلول من عبوة بلاستيكية ويدخل إلى التجويف البريتوني، يبقى المحلول في التجويف حتى تنتشر النفايات الأيضية والشوارد الزائدة والسوائل خارج الجسم في محلول غسيل الكلى.

ثم يتم تصريف التجويف عن طريق الجاذبية ويتم جمع المحلول في كيس معقم يتم التخلص منه. (Tortora, p : 1004)

شكل 3 عملية الغسيل البريتوني



8 الآثار النفسية للأمراض المزمنة على المرضى:

تترك الأمراض المزمنة مثل (السرطان، والأمراض القلبية، والسكري، والفشل الكلوي) آثارا بالغة في مختلف نواحي حياة المريض، وكما هو الحال في الأمراض الحادة هنا كمرحلة أولية مؤقتة تضرب فيها كل أنشطة الحياة إلا أن المرضى المزمنين قد يتطلب منهم إحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية.

بعد تشخيص المريض المزمن كثيرا ما يواجه المرضى حالة من عدم التوازن الجسدي والنفسي والاجتماعي حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة وقد يسيطر القلق والخوف بشكل مؤقت وفي النهاية تمر مرحلة الأزمة ويبدأ المريض يدرك كيف سيغير المرض المزمن حياته.

يمر المصاب بمرض مزمن ومنها الفشل الكلوي بمراحل انفعالية نفسية، وفيما يلي المراحل الأكثر تلازماً مع بعد الإصابة بالمرض المزمن:

1. الإنكار:

يمثل التشخيص بمرض مزمن في اغلب الأحيان صدمة كبرى بالنسبة للفرد، حيث تتغير فجأة كل حياته بدء من البسيط (ماذا يمكن أن يفعل غدا)، إلى المعقد (ماذا يمكن أن يفعل بقية حياته)، وقد يحتاج المريض إلى أيام وأسابيع للإجابة عن كثير من الأسئلة التي تتعلق بحياته الراهنة والمستقبلية، ويعتبر الإنكار وسيلة دفاعية يتجنب المريض من خلالها المرض ويحاول إبعاده، فقد يتصرف وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليها أو انه سوف يزول خلال فترة وجيزة، فالإنكار هو حالة من المنع اللاشعوري لإدراك واقع المرض وأبعاده وهو رد فعل شائع للمرض المزمن عند مرضى القلب والكلية والسرطان، ويمكن للإنكار أن يشكل حماية للفرد بعد التشخيص مباشرة وأثناء المرحلة الحادة من المرض فقد يبعده الإنكار عن إدراك حجم المشكلة الناجمة عن المرض في وقت لا يكون فيه المريض قادراً على مواجهتها.

2. القلق:

يمثل القلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض المزمن، حيث يشعر المريض بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه المرض المزمن من تغير في حياتهم ومن احتمال الموت، فقد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض فمع كل وخزة ألم في الصدر قد يخاف المريض من حدوث نوبة قلبية.

هناك عدة أنواع من الحوادث تزيد من مستوى القلق عند المرضى المزمنين، فقد يرتفع القلق عندما يكون الفرد بانتظار نتائج فحوصات، أو عند تبليغه بالتشخيص الطبي لحالته، أو عندما يكون بانتظار إجراءات طبية، أو عندما يتوقع آثاراً جانبية سلبية للعلاج، كما ويرتفع القلق أيضاً عندما يتوقع المريض تغيراً جوهرياً في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه، أو عندما يشعر بالاعتمادية على الآخرين، أو عندما يفتقر للمعلومات الصحيحة حول طبيعة مرضه أو علاجه.

3. الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب رد فعل متأخر للمرض المزمن، حيث أن المريض كثيراً ما يحتاج إلى بعض الوقت حتى يستوعب أبعاد الحالة التي يعاني منها، فأثناء المرحلة الأولى من المرض وعقب التشخيص مباشرة يكون على المريض اتخاذ قرارات صعبة فقد يدخل المستشفى أو ينتظر

المعالجة، أي أن هناك القليل من الوقت للتأمل في مرضه وما ينجم عنه من تداعيات ومع نهاية المرحلة الحادة من المرض تبدأ أبعاده -الاكتئاب- تأخذ مداها. (سعادة، 2011، ص36:35)

خلاصة:

نستخلص من هذا الفصل أن القصور الكلوي تتعدد أنواعه وتختلف أسبابه وأعراضه حسب درجة القصور أو المرض، كما تعرفنا على أهم طرق علاجه وهي الديليزة الدموية وكذا الغسيل البريتوني والعلاج بالزرع، واستنادا لما سبق يمكن القول بأن هذا المرض إذا لم يعالج في الوقت المسبب قد يهدد حياة الفرد، وتعرفنا إلى بعض المشكلات النفسية التي قد يتعرض لها مرضى الأمراض المزمنة على غرار مرضى القصور الكلوي المزمن.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1. الدراسة الاستطلاعية.
2. منهج الدراسة.
3. أدوات جمع البيانات.
4. حالات الدراسة.
5. حدود الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من خطوات البحث الميداني التي تهدف إلى التعرف على الظاهرة المراد دراستها، وجمع المعلومات والبيانات حولها كما وتهدف إلى التعرف على مختلف الجوانب التي لها علاقة بموضوع الدراسة وكذا التأكد من صلاحية أو قابلية تطبيق منهج الدراسة، وعليه فقد اعتمدنا في دراستنا هذه على دراسة استطلاعية لعينة من مرضى القصور الكلوي المزمن الذين يتلقون علاجهم بالمؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر "بسكرة"، حيث تم إعداد مجموعة من الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة وهذا بغرض جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات، وقد تم إجراء المقابلة مع (3) حالات وتطبيق مقياس بيك عليهم.

2. المنهج المستخدم:

من أجل تحقيق هدف الدراسة تم استخدام المنهج العيادي (الإكلينيكي) كونه منهج يهتم بالدراسة المعمقة للشخصية كحالة فردية، يستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك الفرد اعتمادا على معطيات تاريخه الماضي وأدائه الحاضر، بغية تشخيص الحالة أنيا مع التقدير أو التنبؤ بتطورها مستقبلا، ويرتكز هذا المنهج على بحث شامل لتاريخ الحالة حيث يستخدم الطرق المختلفة المناسبة لجمع المعلومات (المقابلة، الملاحظة، الاختبارات النفسية). (حاج سليمان، 2021، ص11)

أ-دراسة الحالة:

تتضمن دراسة الحالة الفحص المعمق والمفصل حالة فردية أو أسرة أو أي وحدة اجتماعية أخرى كالمجتمع أو الثقافة، ويقوم الباحث في هذا المنهج بجمع كل أنواع البيانات: النفسية والفسولوجية والسيرة الذاتية والبيئية، وذلك حتى يلقي الضوء على خلفية الشخص (تجاربه، ثقافته، بيئته) وعلاقاته وسلوكه وتوافقه.

يعرف الباحث الحالي "دراسة الحالة" بأنها طريقة علمية تتميز بالعمق والشمول والفحص التحليلي الدقيق لأي ظاهرة أو مشكلة أو نوع من السلوك المطلوب دراسته لدى شخص أو أسرة أو جماعة أو مؤسسة مجتمع، بعد فهم الظاهرة فهما مستفيضا، بهدف الوصول إلى استنتاجات ومبادئ عامة تصلح لوضع تعميمات تخدم عمليات التشخيص والعلاج والتوجيه والإرشاد.

ويرى حامد زهران أن دراسة الحالة وسيلة شائعة الاستخدام لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن العميل، وهي أكثر الوسائل شمولاً وتحليلاً. وهي منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى عن الحالة وعن البيئة. وهي بحث شامل لأهم عناصر حياة العميل، وهي وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل وبذلك تشمل دراسة

مفصلة للفرد في حاضره وماضيه وهي بذلك تصور فعلا فردية الحالة، وتهدف دراسة الحالة إلى الوصول إلى فهم أفضل للعميل وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات الإرشادية والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة، والهدف الرئيسي لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها إكلينيكي أي وضع وزن إكلينيكي أثقل من الوزن الإكلينيكي لعشرات المعلومات الأخرى. وتعتبر دراسة الحالة بمثابة منظر من بعيد، وفكرة عامة شاملة عن الحالة وتشمل كل المعلومات والعوامل والخبرات التي جعلت الحالة على ما هي عليه، أي أنها تشتمل على المعلومات الهامة.

(دويدار، 1999، ص: 100، 99-107)

3. أدوات جمع البيانات:

أ- المقابلة العيادية:

هي محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفساني الإكلينيكي، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول، والإسهام في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج.

تستعمل المقابلة حسب سيلامي كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص، إنها جزء لا يتجزأ نجده في جميع الاختبارات السيكولوجية، حيث تسهل فهم مختلف النتائج المتحصل عليها، كما أنها تستعمل في علم النفس العيادي بانتظام وتساعد في إعطاء حلول للمشاكل.

يرى بوسنة (2012) أن المقابلة تهيأ الفرصة أمام الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة، ذلك لفهم العميل والتأكد من صدق بعض الانطباعات والفرضيات التي يصل إليها عن طريق أدوات التشخيص الأخرى، وهو أمر ضروري للتوصل إلى الصياغات التشخيصية.

المقابلة النصف موجهة:

في هذا النمط من المقابلة العيادية، يأخذ موقف وسط بين الشكلين السابقين، حيث يقدم الفاحص على مقابلة المفحوص وفي ذهنه مجموعة من المحاور أو الرؤوس مواضيع بدل الأسئلة التي نجدها في الشكل الموجه، كأن يفكر في أن يطرق المحاور التالية: الأسرة، المرض الحالي، الطفولة، سنوات التعلم، العمل مكان الإقامة، الحوادث والأمراض، الحقل الجنسي العادات والهوايات، الاتجاه نحو الأسرة، الاتجاه نحو المرض الحالي، الأحلام.

عموما، في أغلب الأحيان يتم التخطيط للمقابلات العيادية مسبقا، وتحدد استراتيجيتها مقدما وإن كان ذلك عملية صعبة. (جابر، 2022، ص: 58-61، 60)

وقد استخدمنا المقابلة النصف موجهة وذلك لملائمتها لطبيعة الموضوع مع حالات الدراسة وتم اعتماد المحاور التالية:

المحور الأول: محور البيانات الشخصية.

المحور الثاني: الوضع النفسي للحالة أثناء الإصابة بالمرض.

المحور الثالث: الاستجابة الاكتئابية للحالة المصابة بالقصور الكلوي المزمن.

ب- مقياس بيك للاكتئاب:

• **تعريف المقياس:**

(Beck Depression Inventory) مقياس بيك للاكتئاب أعده بيك عام 1971 وقام بنشره عام 1978. ويعد هذا المقياس من المقاييس الواسعة الاستخدام للكشف عن المكتئبين في المجمعات السوية، ويتألف مقياس BDI بصورته الأصلية من 21 فقرة تمثل أعراضا متكاملة للاكتئاب في جوانبه السلوكية والمعرفية، تم إعداده من قبل بيك وآخرون عام 1961 ثم قام باختصاره إلى 13 فقرة عام 1971.

وفي دراسة أجريت لاستخراج الخصائص السيكومترية لمقاييس الاكتئاب ذات التقرير الذاتي المستخدمة في العراق توصلت الباحثة فيها إلى أفضلية مقياس بيك في قياس الاكتئاب على بقية مقاييس الاكتئاب. (منتهى مطشر، 2011، ص: 127، 128)

• **وصف المقياس:**

ترجم هذا المقياس إلى العربية الدكتور عبد الستار إبراهيم، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون المقياس من 21 سؤال لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربع بدائل مرتبة حسب شدتها، والتي تمثل أعراضا للاكتئاب، وتستخدم الأرقام من 0-3 لتوضيح مدى شدة الأعراض.

• **تطبيق وتصحيح المقياس:**

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين 15 سنة فأكثر.
- يختار المفحوص إحدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة التي اختارها المفحوص، فمثلا إذا اختار المفحوص البديل رقم 3 فإن درجته لهذا السؤال هي 3... وهكذا.

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- ملاحظة في السؤال 19 يسأل المفحوص هل هو خاضع حالياً لبرنامج للتخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم، يعطى صفراً، وإذا كان لا، يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، وتجمع الدرجة الكلية وتصنف وفقاً للجدول التالي:

جدول 5 درجات الاكتئاب حسب مقياس بيك

لا يوجد اكتئاب	صفر-9
اكتئاب بسيط	10 - 15
اكتئاب متوسط	16 - 23
اكتئاب شديد	24 - 36
اكتئاب شديد جداً	37 فما فوق

4. حالات الدراسة:

جدول 6 خصائص حالات الدراسة

المتغيرات	السن	المهنة	الحالة المدنية	المستوى التعليمي	المستوى الاقتصادي
الحالة 1	41 سنة	لا تعمل	أرملة	متوسط	منخفض
الحالة 2	55 سنة	متقاعد	متزوج	متوسط	متوسط
الحالة 3	36 سنة	لا تعمل	عزباء	ابتدائي	متوسط

5. حدود الدراسة:

- أ- المجال الزمني: تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة من أبريل 2023 إلى ماي 2023.
- ب- المجال المكاني: أجريت الدراسة بمركز الأمير نايف بن عبد العزيز لتصفية الكلى بالمؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة.
- ت- المجال البشري: يتمثل في عدد حالات الدراسة (3).
- ث- المجال الموضوعي: عملت هذه الدراسة على معرفة ما إذا كان يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من الاكتئاب.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

أولاً: عرض وتحليل النتائج.

1. عرض وتحليل الحالة الأولى.

2. عرض وتحليل الحالة الثانية.

3. عرض وتحليل الحالة الثالثة.

ثانياً: مناقشة النتائج.

1- عرض وتحليل النتائج:

1.1. عرض وتحليل الحالة الأولى:

أ- تقديم الحالة الأولى:

السيدة "و" تبلغ من العمر 41 سنة، أرملة تعيش في بيت والديها، تزوجت "و" سنة 2006 وكانت تسكن بالمنزل العائلي لبيت زوجها، كانت أولى صداماتها ليلة زفافها حين اكتشفت إدمان زوجها على الكحول بدأت معاناتها مع أم الزوج التي كانت تعاملها معاملة سيئة طيلة فترة عيشها معها حيث كانت "و" تقوم بكل أعمال البيت وتعنف من طرف أم زوجها، وحينما كانت تشتكي الأمر لزوجها كان يقابلها بالصمت دون أي تدخل منه. بعد سنة واحدة ظهرت لدى الحالة أعراض الأنيميا والفشل وانتفاخ في البطن وارتفاع لضغط الدم كل ذلك أفضى بها إلى قسم تصفية الكلى سنة 2007 وبعد خضوعها لأول جلسة تحسنت حالتها، كانت تخضع للتصفية ثلاث مرات خلال الأسبوع، تلقت الحالة المساندة النفسية والمعنوية من طرف زوجها رغم ظروفهم الاقتصادية المتدنية إلا أن معاملة أم الزوج كانت تزداد سوءاً دون مراعاة لوضعها الصحي، تعرض زوجها لحادث مرور سنة 2011 مما قلب حياتها رأساً على عقب حيث أصرت والدته بعد شفائه على إعادة تزويجه من فتاة أخرى قد يحظى معها بالبنين والبنات الأمر الذي أثر على نفسية الحالة، حيث كثر حديث الزوج حول الأمر، وفي سنة 2013 توفي الزوج جراء مرض عضوي داخلي، قررت بعدها وهيبة الانتقال إلى بيت أسرتها للعيش بجانبهم وكان الداعم لها هما الوالدان فقط حيث كانت تعاني من معاملة الإخوة السيئة لها فهي تصفهم بقساة القلوب، ففي جلساتهم مع أختها كثيراً ما كانت تعييبها حول مرضها، توفي الأب سنة 2017 الأمر الذي أثر على الحالة بشكل كبير فقد كانت تقطن بالمستشفى لعديد الأيام ولا يزورها أحد. وفي سنة 2018 حصلت "و" على عملية ناجحة لزرع كلية قد تبرعت لها بها أمها فباتت ترى بأنه يمكن لها العيش بشكل أفضل مما كانت عليه وفي التاسع من شهر مارس 2023 عادت "و" مجدداً إلى التصفية الدموية، وذلك لفشل الكلية التي تم التبرع بها لها، تُرجع الحالة سبب مرضها بعد الزرع إلى وباء كورونا، وفي حديثنا مع الأخصائية النفسانية القائمة على حالتها بالمركز ترى بأن الإهمال وعدم مراعاتها شروط الحفاظ على صحتها هو ما أودى بها طريحة الفراش مرة أخرى. تحلم الحالة بفرصة زرع أخرى قد تكون المنقذ لها من آلة الديليزة وإعادة تشكيل أسرة تعيش في كنفها.

ب- ملخص المقابلة مع الحالة الأولى:

تم إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة بمركز تصفية الكلى على الساعة العاشرة صباحاً، كانت الحالة ترقد بسريرها حيث تم تركيب أنابيب جهاز الديليزة بذراعها، حين حديثنا معها وطلبنا منها إجراء المقابلة رحبت بالأمر وكانت متعاونة.

بدا على الحالة الحزن الشديد وكانت ملامحها جد متعبة ونبرة صوتها منخفضة، طلبت منها في بداية الأمر ما إذا أمكن لي سؤالها حول مرضها فلم تمنع، أخذت وهيبة تروي لنا كيفية إصابتها بالمرض وتصف لنا مدى تأثير ذلك على حياتها بشكل عام وبين تقبل المرض ورفضه عند المراحل الأولى من الإصابة به فهي لم تكن لها أدنى فكرة حول أمراض الكلى.

ت- تحليل مقابلة الحالة الأولى:

تقبلت السيدة "و" طلبنا إجراء المقابلة معها وكانت متعاونة، بدأت تروي لنا معاناتها مع المرض وعن بداية الأعراض المتعددة حيث كانت لا تملك أي معلومات مسبقة حول الأمر حيث تقول (ماكنتش نعرف خلاص وشيه الدياليز) كانت بداياتها في قسم تصفية الكلى تحمل الكثير من الغيابات وذلك لعدم تقبلها للأمر في بادئها، فقد طلبت من الطبيب الخروج دون العودة وقد حملها مسؤولية ذلك، لم يصمد جسمها طويلاً أمام العجز الكلوي فقد بدأت الأعراض عندها تزداد شيئاً فشيئاً وسرعان ما عادت إلى المستشفى لتزاول علاجها، المساندة الزوجية هونت من حجم مصيبتها وجعلتها تتكيف مع وضعها (راجلي كان مساندني ماكنتش حاسة بالدياليز خلاص).

تتسبب الحالة سبب مرضها إلى الضغوطات التي كانت تمارس عليها من طرف أم زوجها التي واستناداً إلى أقوالها كانت تعاملها كالخادمة بالبيت (من النهار الأول العجوز جابتها ورايا، ساعات نقول هي سبب مرضي، تعاملني معاملة إنسانة خدامة تقولي جبتك خدامة لأولادي) وحين سؤالنا لها عن وضعها المعيشي (الاقتصادي والاجتماعي) في تلك الفترة حملت إجابتها كل معاني الأسى والقهر والتضييق التي كانت تشعر بها (مكانش مكفيني الشيء لي يجيبو لدارهم، عشت مذلولة نحس بالحقرة)، عانت السيدة "و" من ارتفاع ضغط الدم خلال تلك الفترة بشكل دائم لكن التهاون وعدم تقدير حجم خطورة الأمر أدى إلى إصابة كليتيها وعجزهما عن العمل بشكل طبيعي.

وإن لمأساة وفاة زوجها و أبيها وقع كبير عليها وما زاده سوء شعورها بالغربة وهي بين أهلها فمرضها لم يلين قلوب الإخوة تجاهها وقوبلت باللامبالاة والإهمال لوضعها المرضي حيث تقول (كي مات راجلي تكسر ظهري وكي مات الوالد زاد تكسر أكثر) ثم تردف قائلةً (نروح للسبيطار نقعد حتى شهر واحد ما يسقسي عليا هذا الأمر أثر عليا)، حظيت الحالة بفرصة ذهبية في

حصلها على عملية زرع كلوي ناجحة كانت منفذا لبصيص أمل بنت عليه خلال فترة تمتعها بالصحة الجيدة أحلاما سرعان ما تلاشت في أول محطة واجهتها فيها فيروس كورونا (كي زرعت وليت نشوف الدنيا نورمال وكي قاستني كورونا رجعت للصفير).

وفي وصف "و" لحالتها خيم على حديثها الحزن واليأس وتأرجحت معاناتها بين كل ما هو نفسي وعضوي، فهي لا تنعم بالنوم المطمئن ليلا فكلما حل الظلام لازمه تأنيب الضمير والتفكير في الذنوب وما أن تطلع شمس يومها حتى ينصب تفكيرها على شعورها بالوحدة (نحس روعي وحدي نوض وحدي نطيح وحدي) وشكلها الذي بات يشعرها بأنها أكبر سنا كل ذلك يؤرقها ويزيد من مشاعرها الاكتئابية (مش راضية على حتى حاجة في روعي) وهي كلها حزن لما آلت إليه اليوم. تعاني الحالة من التعب والإعياء الدائم وشعورها المستمر بالضعف (ضرك عاطلة، نحس روعي ضعيفة ياسر، تقبضني القلقة كي نعرف روعي ما نقدر ندير والو)، ويبقى رجائها وأملها الوحيد هو الحصول على عملية زرع ناجحة تنتشلها من عمق المعاناة.

ث- عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الأولى:

لمعرفة ما إذا كانت تعاني الحالة "وهيبة" من استجابة اكتئابية تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب معها وتحصلنا على النتائج التالية:

الع بارة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	عدد الدرجات	نوع الاكتئاب	
الإجابة	2	2	3	3	1	0	2	2	2	2	3	3	0	3	1	3	2	1	3	1	3	3	45
شديد جدا																							

ج- التحليل العام للحالة الأولى:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة ونتائج مقياس بيك للاكتئاب، تبين لنا أن الحالة تعاني من استجابة اكتئابية جراء إصابتها بالقصور الكلوي المزمن، وذلك نتاجا للحالة الصحية المتدنية عندها والمشاعر السلبية التي تملكها من حزن ويأس وغيرها من الأسباب المؤدية إلى الاكتئاب وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة زواوي سليمان والتي وجد فيها بأن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن، تولد استجابة اكتئابية عند المرضى وذلك من خلال ملاحظة التعقيدات السيكلوجية، ومن أهم تلك التعقيدات الاضطرابات السوماتية كاضطراب النوم وفقدان الشهية، الحزن والأفكار التشاؤمية، قلة النشاطات وهذا يؤكد وجود استجابة اكتئابية. (زواوي، 2012، ص139)

تحصلت الحالة من خلال اختبار مقياس بيك للاكتئاب على 45 درجة، والتي تدل على معاناتها من اكتئاب شديد جدا، هذا ما يدل على مدى تأثر الحالة بوضعها الصحي ومدى أهمية ذلك في ظهور الاكتئاب لديها، وهذا ما يتطابق مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (Baykan & Yargic) إلى أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين الإصابة بالفشل الكلوي والتشخيص والتنبؤ بوجود الاكتئاب والقلق، كما أظهرت النتائج أن الاكتئاب يمثل الدرجة الأولى من حيث عدد المصابين به من مرضى الفشل الكلوي. (إيلاف، 2020، ص462)

كما عبرت الحالة أيضا من خلال المقابلة عن المشكلات النفسية التي تعاني منها من استحقار للذات ورؤية العالم الخارجي بنظرة سلبية والتشاؤم بالنسبة للمستقبل، ما يؤكد معاناة الحالة من استجابة اكتئابية وهذا ما أطلق عليه بيك مسمى "الثلاثية المعرفية السلبية" فقد توصل بيك وروش عام 1978 إلى وضع الثلاثية المعرفية وهي: رؤية سلبية للذات، رؤية سلبية للعالم الخارجي، رؤية سلبية للمستقبل. (زلوف، 2016، ص177)

2.1. عرض وتحليل الحالة الثانية:

أ- تقديم الحالة الثانية:

السيد "ن" يبلغ من العمر 55 سنة، متزوج وأب لثلاث أولاد، متقاعد وذو مستوى اقتصادي متوسط، ابتعد "ن" عن صفوف الدراسة في مرحلة التعليم المتوسط، ظهرت عنده أعراض المرض الكلوي مبكرا وهو في الثامنة من عمره، عولج لفترة قصيرة ثم تم إهمال الأمر وعند اجتيازه للخدمة العسكرية أصيب مرة أخرى بوعكة صحية أخبره الطبيب حينها أن كليته اليمنى "ماتت" توقفت عن العمل، كان ذلك سببا في خروجه من الخدمة، واصل "ن" حياته بشكل طبيعي دون الاكتراث لمرضه وذلك لعدم تقديره لخطورة الأمر والمضاعفات التي تنجم عليه، وفي سنة 2018 ظهرت لديه بعض الأعراض التي وبعد الكشف عنها تبين أنه أصيب بقصور كلوي يستدعي التصفية الدموية.

ب- ملخص المقابلة للحالة الثانية:

تم إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة بمركز تصفية الكلى بالمستشفى، على الساعة الواحدة زوالا أثناء خضوعه لعملية التصفية الدموية، قدمت له نفسي كطالبة في تخصص علم النفسي العيادي، وأني بصدد إنجاز دراسة حول القصور الكلوي والمطلوب منه هو إجابتنا على أسئلة المقابلة والمقياس، رحب بالأمر وأجاب على كل الأسئلة التي وجهت له وقد تعاون معنا رغبة منه في مساعدتنا لإجراء الدراسة، دامت المقابلة حوالي ساعة من الزمن، تطرقنا فيها إلى معاناته مع المرض بالإضافة إلى المعاناة النفسية وإلى مختلف جوانب حياته وكيفية تعامله مع المرض، تبين لنا من خلال حديثه شمولية الإرهاق على وضعه والحزن الشديد في حياته رغم المساندة الأسرية التي يتلقاها من زوجته وأبناءه.

ت- تحليل المقابلة للحالة الثانية:

بعد موافقة الحالة على إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، بدأ السيد "ن" يروي لنا بالتسلسل أحداث حياته وارتباطها بمرضه، كانت أول إصابة له بأمراض الكلى في عمر مبكر وبعد العلاج تحسنت حالته، وعند اجتيازه للخدمة العسكرية اكتشف حينها ضمور كليته اليمنى وتوقفها عن العمل، لم يعر الأمر اهتماما وذلك لجهله بالعواقب المترتبة عليه (كي قالي -الكلية- ماتت قلت ربي يسهل، معلابايش بلي كيما هك) واصل السيد "ن" تهاونه بالأمر إلى غاية توقف الكلية الثانية عن أداء وظيفتها، وبعد تشخيص حالته اتضح بأن الكليتان لا تعملان وأن الأمر يتطلب الخضوع للتصفية الدموية الدائمة، بعد معرفة الحالة بمرضه أثر ذلك على صحته بشكل بالغ حيث انخفض وزنه نتيجة للمخاوف التي كانت تتملكه وتشغل باله (كنت نوزن 90 ولا 89

ج- التحليل العام للحالة الثانية:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة يبدو أن المفحوص يعاني من الاكتئاب خاصة بعد إصابته بالمرض ويتطابق ذلك مع نتائج مقياس بيك حيث تحصل على 34 درجة ما يعني وجود اكتئاب شديد ومن خلال المقابلة تبين لنا أن الحالة يربط مرضه بتقدمه في العمر واعتقاده بأنه لا أمل في المستقبل وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة المشوح (2016) حيث تشير النتائج إلى أن هناك ارتباط بين التقدم في العمر وظهور الاكتئاب لدى المصابين بالفشل الكلوي. (إيلاف، 2020، 462)

كما عبر لنا المفحوص على حالته الحزينة وعدم استمتاعه بمختلف جوانب الحياة فهو يروي معاناته فقط دون التماسه لأي جانب إيجابي، وفي هذا السياق يرى بيك أن المكتئب ينسى الأحداث الايجابية ولديه انتباه وتركيز اختياري خاص بالعناصر السلبية. (زلوف، 2016، ص179)

كما يتضح لنا من خلال المقابلة أن نظرة الحالة الدونية لنفسه واضطرابات النوم التي يعاني منها وفقدان الدور الوظيفي في المنزل والعمل وفقدان الأمل في العودة إلى الوضع الصحي السليم كلها محفزات لتنشيط المزاج الاكتئابي لديه.

3.1. عرض وتحليل الحالة الثالثة:

أ- تقديم الحالة الثالثة:

السيدة "م" تبلغ من العمر 36 سنة عزباء تعيش مع أسرتها المكونة من 7 أخوات و4 إخوة، توقفت عن الدراسة في السنة السادسة من التعليم الابتدائي، مستواها الاقتصادي متوسط عاطلة عن العمل.

"م" مصابة من كليتيها منذ الولادة وراثيا (تكيس كلوي) فجميع إختها مصابون بأمراض الكلى، اكتشفت فشل كليتيها في عمر 27 سنة وبدأت رحلة العلاج الدوائي إلى غاية 2022/1/1 حيث خضعت لأول تصفية دموية، تؤدي جلسات التصفية منذ ذلك اليوم ثلاث مرات خلال الأسبوع إلى غاية يومنا هذا.

ب- ملخص المقابلة للحالة الثالثة:

أجريت المقابلة العيادية النصف موجهة مع السيدة "م" على الساعة 11 صباحا بمركز تصفية الكلى أين كانت قد بدأت في عملية التصفية حين طلبنا منها إجراء المقابلة ترددت في القبول، ولكن لم يدم ذلك طويلا حتى سمحت لنا بالتواصل معها في إطار مقابلة عيادية لإجراء دراسة نفسية، أخذت "م" تروي لنا عن كيفية إصابتها بالمرض المنقل عن طريق الأم وعن محاولة تعاشها معه، بدت عليها المكابرة في البداية ومحاولة ظهورها بمظهر القوي وتبيان ممارستها لحياتها اليومية بشكل شبه طبيعي إلا أنها سرعان ما أخذت تحدثنا على التأثير السلبي للمرض على صحتها النفسية كما أن إجاباتها كانت تحمل الطابع الاكتسابي، تحدثت الحالة أيضا عن أهمية الجانب الديني في تخفيف العبء النفسي الواقع عليها.

ت- تحليل المقابلة للحالة الثالثة:

من خلال إجراء المقابلة مع السيدة "م" تبين لنا أنها تحاول تقبل مرضها وذلك لوجود أفراد من أسرتها مصابون بنفس المرض (صح صعبة وماهيش ساهلة بصح نقول الحمد لله على خاطر مانيش أول وحدة ودارنا كامل عندهم نفس المرض)، إلا أنها أقرت بأن هناك معاناة نفسية تعاني منها تكاد لا تتحملها ناتجة عن تغير حياتها منذ إخبارها بوجود خضوعها للتصفية (نشفي ديجا نهار قالي لازم تصفي روحت منهارة تشوكيت) كما أنها تشعر بحزن شديد في كل محاولة منها لإخفاء آلامها أمام أفراد أسرتها (خوتي كامل مسانديني الحمد لله مانحبش نبينلهم بلي راني ضعيفة بصح نتضر ياسر).

وفي محاولة منا للخوض في مختلف جوانب حياتها وعند سؤالها حول شهيتها للطعام أجابت بعزوفها عن الأكل أيام التصفية الدموية (كي نجي نفسي تي تتسد كون نصيب ما ناكلش نهار

كامل) وفي حديثها عن مظهرها الخارجي يجعلها الأمر تشعر بالكراهية نحو ذاتها فهي لم تعد ترى نفسها بالصورة المثالية التي كانت عليها من قبل الأمر الذي دفعها إلى العزلة وتجنب المجتمع (بكري كنت بصحتي نخرج نروح للأعراس ضرك وليت كون نصيب ما نتحركش من الدار)، كما تشعر مسعودة بتأنيب الضمير الذي يلازمها طوال الوقت بسبب إهمالها لصحة كليتيها (أهملت صحتي، كنت نقول يخى كيست برك نورمال حتى جبتها في طبتي) وبالإضافة إلى ذلك فهي تتمنى الموت إن وجدت فرصة (نقول ربي تفكرني وابتلاني الحمد لله بصح كون نقلى الموت مانقولش لالا)

ورغم كل ذلك إلا أن الحالة تحاول تجاوز الألم في اعتباره ابتلاء من الله (بكري كنت طايشة لاتية بالزهو وخلص بصح نقول الحمد لله بالاك ربي ابتلاني باه نرجع للطريق الصحيحة)

ث- عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الثالثة:

الع بارة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
الإج ابة	1	1	0	0	3	0	2	0	0	2	2	1	3	2	0	3	1	0	0	0	1	1	23	در جة تثاب

ج- التحليل العام للحالة الثالثة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة التي قمنا بها مع الحالة "م" واستنادا إلى نتائج مقياس بيك للاكتئاب، تبين لنا أن الحالة تعاني من استجابة اكتئابية حيث تحصلت على الدرجة 23 والتي تدل على المعاناة من اكتئاب متوسط، وهذا ما أكدته استجابات الحالة التي ومنذ سنة ونصف تعاني من أعراض الحزن واليأس والشعور المستمر بالذنب الأمر الذي يشعرها بفقدان طعم الحياة وفقدان الشغف، وفي هذا السياق يشير الدليل الإحصائي الخامس لتشخيص الاضطرابات النفسية إلى أن الاكتئاب الناجم عن حالة طبية يتسم بالمزاج المنخفض وانخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريبا كل الأنشطة. (DSM5,p82)

كل هذا كان سببا واضحا في معاناة الحالة النفسية وانعدام استمتاعها بحياتها بشكل عام، فهي تلازم البيت دون الخروج منه إلا لجلسات التصفية وتحاول تجنب الناس والانفراد بذاتها كل ذلك بدء منذ بداية رحلة علاجها وهذا ما يوضح معاناة المريض بالقصور الكلوي المزمن من الاكتئاب فقد توصلت دراسة حسين سعيد (2022) إلى أن مرضى التحال الدموي يعانون من أعراض اكتئابية مرتفعة. (tishreen.edu)

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية:

من خلال النتائج المتحصل عليها للحالات الثلاثة وبتابع المنهج العيادي واستعمال المقابلة العيادية النصف موجهة وكذلك مقياس بيك للاكتئاب، تمكنا من معرفة ما إذا كان مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من استجابة اكتئابية أم لا، وذلك بدراسة كل حالة على حدة، وتم التوصل إلى الإجابة عن التساؤل الذي مفاده: هل لمرضى القصور الكلوي المزمن استجابة اكتئابية؟ وكذلك نفي أو إثبات صحة الفرضية.

وبالنظر إلى النتائج المتوصل إليها تم إثبات فرضية الدراسة التي يتمثل مضمونها في "المرضى القصور الكلوي المزمن استجابة اكتئابية".

إذ تحصلت الحالة (و) على (45 درجة) والتي تدل على معاناتها من الاستجابة الاكتئابية وبدرجة شديد جدا، أما الحالة (ن) فقد تحصل على (34 درجة) ما يعني إصابته باكتئاب وبدرجة شديدة، وبالنسبة للحالة (م) فتحصلت على (23 درجة) ما يدل على وجود الاكتئاب لديها وبدرجة متوسطة، معنى هذه النتائج أن مرضى القصور الكلوي يجدون صعوبة في تقبل مرضهم والتكيف مع وضعهم الأمر الذي يجعلهم عرضة للمشاعر السلبية التي من أبرزها الشعور بالحزن والإحباط مع انخفاض الشعور بقيمة الذات وكذا المعاناة من انخفاض الطاقة وسهولة التعب مع التغير الملحوظ في الشهية، كل هذه المشاعر من شأنها توليد استجابة اكتئابية لديهم، وفي تفسير الدكتورة زلوف منيرة (2016) لنمط الحياة في ظل الاكتئاب فهي ترى بأن الحياة في ظل الاكتئاب تعتبر عبئا ثقيلا في كل جوانبها وفي أجه النشاط المعتاد التي يقوم بها الناس في أحوالهم الطبيعية. (زلوف، 2016، ص 182)

وهذا ما توصلت إليه نتائج دراستنا مع الحالات التي أجمع فيها المصابون بالقصور الكلوي المزمن على تغير حياتهم منذ إصابتهم بالمرض، فالتغير طرأ على مستوى أدائهم للعمل وكذا فقدان الشهية وحدث اضطرابات في النوم.

فمعاناة هذه الفئة من المرضى من الاكتئاب يمكن أن ترجع إلى مجموعة من العوامل المختلفة منها الشعور بالوحدة وعدم تلقي المساندة من المحيطين كما حدث مع الحالة الأولى السيدة "و" فالبيئة المحيطة هي ما قد تسهم في بعض الأحيان في إنقاذ الأفراد من التعرض للاضطرابات النفسية على غرار الاكتئاب، وفي هذا السياق يرى أصحاب المنظور البيئي أن توازن علاقة

الفرد بمجتمعه ثمّته بقوة كافية لئلا يقع ضحية للكآبة أو غيرها من الأمراض النفسية. (زلوف، 2016، ص 175)

كما يمكن أن يكون القصور الكلوي سببا مباشرا في معاناة المرضى من الاستجابة الاكتئابية وذلك ما تم استنتاجه من خلال استجابات الحالة الثانية السيد "ن" الذي تظهر إجاباته أن شعوره بالعجز نتيجة مرضه هو ما يزيد من انفعالاته السلبية وهذا ما توافق مع دراسة غالب رضوان (2015) التي خلصت نتائجها إلى أن مرض الفشل الكلوي كفيلا بأن يزيد من مشاعر التوتر والخوف والتوقعات السلبية عند المرضى، حيث تستوطن الأفكار والسوداوية والتشاؤمية حول مسار حياتهم الجديد وتزداد المخاوف من فقدان حياتهم من هذا الجانب. (غالب، 2015، ص 162)

وعليه يمكن القول أن الفرضية العامة التي تنص على: لمرضى القصور الكلوي المزمن استجابة اكتئابية قد تحققت.

خاتمة

في ختام هذه لدراسة نخلص إلى أن هدف الدراسة كان معرفة مدى تأثير مرض القصور الكلوي المزمن على نفسية المريض، حيث وجدنا أن هذه الفئة من المرضى يعانون من استجابة اكتئابية نتيجة للظروف الحياتية الصعبة التي يعيشونها في وجود القصور الكلوي المزمن، وكذا حاولنا تسليط الضوء على الاكتئاب من مختلف جوانبه كونه أحد أخطر أمراض العصر التي تهدد الاستقرار النفسي للفرد وللعمامة، ويعتبر سببا رئيسيا لتعقيدات نفسية أخرى أخطرها إنهاء المصاب لحياته، كما يجعل الفرد يعيش حياة يعتبر الحزن والضغوطات النفسية صفة بارزة فيها.

ولذا فإن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ليس بالأمر الهين، خاصة وإن لم يتلقى الفرد المساندة المعنوية والاجتماعية للتكيف والتعايش مع مرضه، إذ قد يسقط فريسة لمختلف الاضطرابات والمشاكل النفسية، وهذا ما يدفع إلى إلقاء الضوء على هذه الفئة لمساعدتهم في مواجهة مختلف العوائق التي قد تصادفهم أثناء الإصابة بالمرض.

توصيات واقتراحات:

- من خلال دراستنا السابقة لهذه الحالات يمكن لنا أن نخرج ببعض التوصيات والاقتراحات لهته الشريحة من المرضى من بينها:
- يجب أن يحظى مريض القصور الكلوي المزمن برعاية ومساندة نفسية مستمرة.
- تسهيل إجراءات التنقل والتكفل الاستشفائي لهته الشريحة للتقليل من معاناتهم.
- محاولة تكثيف وتوسيع الدراسات اتجاه هذه الفئة وخصوصا من الجانب النفسي الذي لاحظنا أنه يلعب دورا هاما في استجابتهم للعلاج.

المراجع

المراجع:

• مراجع باللغة العربية:

- الشربيني لطفي، (2001)، **الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج**، مصر، دار النهضة العربية.
- أبو الرُب أسامة، (2023)، **الكلى مصفاة تنقي 150 لترا من الدم يوميا**، مقال تم نشره على موقع الجزيرة الالكتروني، تم استرجاعه في 2023/05/4 على الرابط:
<https://www.aljazeera.net/health>
- أنور الحمادي، (2016)، **معايير DSM-5**.
- إيلاف بنت محمد بن عبد العزيز الغفيلي، (2020)، **الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي**، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
- جابر نصر الدين، سهيلة مقراني، (2022)، **تطبيقات المقابلة العيادية**، مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- حاج سليمان فاطمة الزهراء، (2021)، **المنهج العيادي ودراسة الحالة**، مطبوعة مقدمة لطلبة السنة الثالثة ليسانس، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.
- دويدار عبد الفتاح محمد، (1999)، **مناهج البحث في علم النفس**، مصر، دار المعرفة الجامعية.
- رزقي رشيد، أمزيان وناس، (2018)، **الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- زلوف منيرة، (2014)، **دراسة تحليلية للاستجابة الاكتئابية عند المصابات بالسرطان**، الجزائر، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
- زلوف منيرة، (2016)، **مفاهيم أساسية في الشخصية ودورها في حياة المراهق**، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- زاوي سليمان، (2012)، **القلق والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين للهموديايز**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر الأكاديمي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج، البويرة.
- سليمان عبد الواحد إبراهيم، (2014)، **الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية رؤية في إطار علم النفس الإيجابي**، الأردن، الوراق للنشر والتوزيع.

- سعادة إبراهيم، (2011)، أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير، عمادة الدراسات العليا، القدس، فلسطين.
- صادق صبور محمد، (1994)، أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها، القاهرة، دار الشروق.
- عبد الباقي إبراهيم علا، (2009)، الاكتئاب أنواعه وأعراضه وأسبابه وطرق علاجه والوقاية، القاهرة، عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- غالب رضوان ذياب، مقداد، (2015)، قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- مطشر عبد الصاحب منتهى، الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، (2011)، عمان، دار صفاء.

• مراجع بالأجنبية:

- www.cleveland clinic medical professional.com.
- B. Braun Avitum, Filiale du Groupe international B. Braun est spécialisée dans le traitement des patients atteints d'insuffisance rénale. Site web.
- Housset, Levy, Estournet, (2010), **Néphrologie**, Paris, ECN.
- Marc Bellaiche, (2017), **PEDIATRIE**, Paris, VG Editions.
- Mikael Guedj, (2016), **MIKBOOK MEDECINE**, Paris, Editions Vernazobres - Gergo.
- Salmi Amine, (2018), **URGENCES**, Alger, Editions LOUMI.
- Tortora, Grabowski, **PRANCIPES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE**, Belgique, De Boeck Université.

الملاحق

الملحق رقم 01: دليل المقابلة العيادية النصف موجهة التي استخدمت مع الحالات:

المحور الأول: محور البيانات الشخصية.

- الاسم
- العمر
- الحالة الاجتماعية
- المستوى الدراسي
- المستوى الاقتصادي
- نوع المرض
- الأمراض المرافقة

المحور الثاني: الوضع النفسي للحالة أثناء الإصابة بالمرض.

1. متى تم تشخيص إصابتك بالقصور الكلوي أول مرة؟
2. ما أسباب إصابتك بالقصور الكلوي المزمن؟
3. هل كانت لديك معلومات مسبقة حول أمراض الكلى؟
4. ما هي وضعيتك الحالية في المستشفى؟

المحور الثالث: الاستجابة الاكتئابية للحالة المصابة بالقصور الكلوي المزمن.

1. كيف كانت ردة فعلك عند علمك بأنك مصاب بالقصور الكلوي المزمن؟
2. كيف كانت ردة فعل أسرته والمحيطين بك؟
3. كيف كان تصرفك خلال الفترة الأولى من الإصابة بالمرض؟
4. هل يمكن لك أن تصف لي حالتك قبل وبعد المرض؟
5. كيف تمارس نشاطاتك اليومية حالياً؟
6. هل تشعر بالتعب والإعياء بسرعة؟
7. هل شهيتك على الطعام مفتوحة؟
8. هل تنام بشكل جيد؟
9. هل يمكن لك أن تصف لي نفسك الآن؟
10. ما هي نظرتك نحو المستقبل؟
11. ما هي أمنيتك؟

الملحق رقم 02: مقياس بيك للاكتئاب من إعداد ماجدة الشهري ونوف الشريم.

الاسم.....: تاريخ الميلاد :يوم / شهر / سنة

المستوى التعليمي.....: تاريخ اليوم.....:

الحالة الاجتماعية: متزوج/أعزب/مطلق

المهنة.....: مستشفى/عيادة.....:

الدرجة.....:

التصنيف.....:

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معيناً اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (0 أو 1 أو 2 أو 3).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد أنك أجبت على كل مجموعة.

أولاً:

0. لا أشعر بالحزن.
1. أشعر بالحزن.
2. أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
3. إنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً:

0. لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
1. أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
2. أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
3. أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً:

0. لا أشعر بأني فاشل.
1. أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
2. عندما أنظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
3. أشعر بأني شخص فاشل تماماً.

رابعاً:

0. أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
1. لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
2. لم أعد أحصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
3. لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً:

0. لا أشعر بالذنب.
1. أشعر بأني قد أكون مذنباً.
2. أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.
3. أشعر بالذنب بصفة عامة.

سادسا:

0. لا أشعر بأني أتلقى عقابا.
1. أشعر بأني قد أتعرض للعقاب.
2. أتوقع أن أعاقب.
3. أشعر بأني أتلقى عقابا.

سابعا:

0. لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
1. أنا غير راض عن نفسي.
2. أنا ممتعض من نفسي.
3. أكره نفسي.

ثامنا:

0. لا أشعر بأني أسوء من الآخرين.
1. أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
2. ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
3. ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعا:

0. أشعر بضيق من الحياة.
1. ليس لي رغبة في الحياة.
2. أصبحت أكره الحياة.
3. أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشرا:

0. لا أبكي أكثر من المعتاد.
1. أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
2. أبكي طوال الوقت.
3. لقد كنت قادرا على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

الحادي عشر:

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

الثاني عشر:

0. لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
1. إنني أقل اهتماما بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
2. لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
3. لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر:

0. اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
1. لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
2. أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
3. لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر:

0. لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ مما اعتدت أن أكون.
1. يقلقني أن أبدو أكبر سنا وأقل حيوية.
2. أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
3. أعتقد أنني أبدو قبيحا.

الخامس عشر:

0. أستطيع أن أقوم بعملتي كما تعودت.
1. أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
2. إن علي أن أضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
3. لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر:

0. أستطيع أن أنام كالمعتاد.
1. لا أنام كالمعتاد.
2. أستيقظ قبل مواعي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.
3. أستيقظ قبل بضعة ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر:

0. لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.
1. أتعب بسرعة عن المعتاد.
2. أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.
3. إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

الثامن عشر:

0. إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.
1. إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.
2. إن شهيتي للطعام أسوأ كثيرا الآن.
3. ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر:

0. لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة.
1. فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.
2. فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.
3. فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون:

0. لست مشغولا على صحتي أكثر من السابق.
1. إنني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.
2. إنني مشغول جدا ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.
3. إنني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون:

0. لم ألاحظ أي تغييرات حديثة في اهتماماتي الجنسية.
1. إنني أقل اهتماما بالجنس عن المعتاد.
2. لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيرا.
3. لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماما.

الملاحق رقم 03: الصور

- الصورة رقم 01: توضح تشريح الكلية.
- الصورة رقم 02: توضح عملية الغسيل الكلوي.
- الصورة رقم 03: توضح عملية الغسيل البريتوني.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ