

جامعة الجزائر -2-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

السلوك التوكيري
وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى
القصور الكلوي المزمن

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة الدكتورة:

زلفه منيرة

إعداد الطالب:

مشروق عبد القادر

السنة الجامعية: 2014 - 2015

O

{ وَفِيهَا رِجَالٌ يَمْشُونَ عَلَى الْأَسْرَابِ وَمِنْهَا نَارٌ لِمَنْ يُرِيدُ فِيهَا كَلْبٌ إِذَا سَارَى كَانُوا فِيهَا جُمُوعًا }

ω

طه 114

كلمة شكر

الحمد لله عمرا كثيرا

على توفيقه لي في انجاز هذه المذكرة
أتقدم بجزيل الشكر والتقدير للأستاذة المشرفة البركتورة
زلوف منيرة على كل نصائحها وتوجيهاتها السريرة

طيلة انجاز هذه المذكرة

كما اشكر جميع أساترتي الذين أفادوني طيلة السنة النظرية
كما اشكر جميع من قدم لي المساعدة في إتمام هذا العمل
وأخص بالذكر

الأستاذة قزوي جحيقة و الأستاذة نبيلة خلال

الطالب

أهراء:

أهري هذا العمل إلى والديّ العزيزين
إلى التي وضع الله سبحانه وتعالى اللجنة تحت أقرامها

أمي قرة عيني

وإلى أبي العزيز الذي لا أنسى أبداً فضله علي

إلى زوجتي وبناتي إيمان، ويسام و سارة وكل
أفراد عائلتي.

الطالب

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى البحث في السلوك التوكيدي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى فئة المرضى بالقصور الكلوي المزمن و ذلك بالبحث في طبيعة العلاقة بين السلوك التوكيدي و استراتيجيات المواجهة وكذا معرفة الفروق بين المرضى في استعمال هذه المهارات و الاستراتيجيات حسب الجنس، و السن ،المستوى التعليمي وحسب الحالة المدنية.

من أجل ذلك تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي وتم استخدام ومقياس المهارات التوكيدية للباحث **طريف شوقي** و استبيان استراتيجيات المواجهة لفولكمان و لازاروس.

وقد تكونت عينة الدراسة من 83 فردا مصابا بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية التصفية الاصطناعية.

توصلت الدراسة إلى مجموعة نتائج تتلخص في انه لم تظهر هناك علاقات واضحة دالة بين السلوك التوكيدي و استراتيجيات المواجهة ، بينما وجدنا هناك فروق دالة بين المرضى في الميل إلى التوكيدية أو إلى المواجهة تبعا للمتغيرات الشخصية ما أكد حاجتهم إلى التدريب على استعمال المهارات التوكيدية و كذا تعلم استراتيجيات المواجهة الناجحة للتقليل من الضغوط التي تواجه هذه الفئة من المرضى.

خلصت الدراسة إلى جملة من التوصيات منها ضرورة العمل بشكل جماعي منسق(طبيب مختص،طبيب عام،أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي ، ممرضين، مختص في التغذية) من أجل إنجاح البرامج الإرشادية مع المرضى المزمنين وبخاصة مرضى القصور الكلوي المزمن و جعلها عنصرا مكملا للعلاجات الطبية وأيضا ضرورة إدماج المريض منذ البداية في الخطة الإرشادية و مشاركته فيها .

تنظيم دورات تدريبية لفائدة المرضى لتعليمهم المهارات الاجتماعية والاستراتيجيات الناجحة والمتكيفة حتى يتمكنوا من توكيد ذواتهم لمواجهة الضغوط النفسية بهدف التخفيف من حدة التوترات الانفعالية و الضغوطات النفسية و التغلب عليها.

فهرس المحتويات

	كلمة شكر
	إهداء
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال والمخططات
	فهرس الملاحق
	مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول الإطار العام للإشكالية
12	1-الإشكالية
16	2-أهمية الدراسة
17	3- أهمية الدراسة
18	4-أهداف الدراسة
18	5-تحديد المفاهيم الأساسية
18	5-1القصور الكلوي المزمن
18	5-2 السلوك التوكيدي
19	5-3 إستراتيجيات المواجهة
19	6-الدراسات السابقة
19	6-1دراسات تناولت القصور الكلوي
22	6-1دراسات تناولت استراتيجيات المواجهة
25	6-2 دراسات تناولت السلوك التوكيدي
	الفصل الثاني السلوك التوكيدي
32	تمهيد
33	1- مفهوم السلوك التوكيدي
36	2- الأساس النظري والتطور التاريخي لمفهوم توكيد الذات
37	3- خصائص السلوك التوكيدي

40	4- العلاقة بين السلوك التوكيدي و العدوان
41	5- أبعاد السلوك التوكيدي
44	6- محددات السلوك التوكيدي
47	7- علاقة السلوك التوكيدي بالضغط
51	خلاصة
الفصل الثالث إستراتيجيات المواجهة	
53	تمهيد
54	1- تعريف المواجهة
54	1-1 تعرف إستراتيجيات المواجهة
54	1-2 تعريف المواجهة "coping"
54	2 - مبادئ المواجهة
55	3- التناولات النظرية لإستراتيجيات المواجهة
55	1-3 النموذج الحيواني
56	2-3 النظرية التحليلية
57	3-3 النظرية الاجتماعية
58	4- النظرية المعرفية
58	5- مصادر إستراتيجيات المواجهة
59	1-5 المصادر الجسمية
59	2-5 المصادر السيكلوجية
60	3-5 الكفاءات و المهارات
60	1-3-5 مهارات حل المشكل
60	2-3-5 مهارات اجتماعية
60	6- أنواع إستراتيجيات المواجهة
61	1-6 إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكل
62	2-6 إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال
63	7- محددات إستراتيجيات المواجهة
63	1-7 التقييم المعرفي
63	2-7 خصائص الشخصية
64	3-7 الموارد الاجتماعية
66	8- وظائف إستراتيجيات المواجهة

69	خلاصة
	الفصل الرابع القصور الكلوي المزمن
71	تمهيد
72	1- الجهاز البولي و الكلية.....
72	1-1 الجهاز البولي.....
72	2-1 الحالبان.....
73	3-1 المثانة.....
73	4-1 قناة مجرى البول.....
73	2- الكليتان.....
75	3- البنية التشريحية للكلية.....
75	1-3 القشرة.....
77	2-3 النخاع.....
77	3-3 حوض الكلية.....
78	4-3 الغدتان الكظريتان.....
78	5-3 الوحدة الكلوية.....
80	4- وظائف الكلية.....
80	1-4 إنتاج و طرح البول.....
81	2-4 وظائف هرمونية.....
82	5- القصور الكلوي.....
82	6- تعريف القصور الكلوي.....
82	7- تشخيص مرض القصور الكلوي.....
83	8- أنواع القصور الكلوي.....
85	1-8 قصور كلوي حاد.....
85	2-8 القصور الكلوي المزمن.....
86	9- أعراض القصور الكلوي المزمن.....
88	10- أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.....
88	1-10 الأسباب التكوينية.....
89	2-10 الأسباب المكتسبة.....
90	11- الآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.....
90	1-11 الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب.....

90	11-2 الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة
91	11-3 الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع
91	11-4 الآثار الصحية
91	12- احتياجات المريض بالقصور الكلوي المزمن
92	12-1 احتياجات بيولوجية وطبية
92	12-2 الاحتياجات النفسية
92	13- علاج مرض القصور الكلوي المزمن
93	13-1 تصفية الدم
94	13-2 تعريف عملية التصفية
95	13-3 مكونات جهاز تصفية الدم
97	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس الاجراءات المنهجية	
100	تمهيد
101	1- منهج البحث
101	2- الدراسة الاستطلاعية
102	2-1 عينة الدراسة الاستطلاعية
102	2-2 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية
103	3- أدوات البحث
103	3-1 مقياس المهارات التوكيدية
106	3-2 استبيان استراتيجيات المواجهة
109	4- العينة
109	4-1 تقديم العينة
110	4-2 خصائص عينة البحث
110	4-2-1 توزيع العينة حسب الجنس
111	4-2-2 توزيع العينة حسب السن
112	4-2-3 توزيع العينة حسب المستوى الدراسي
113	4-2-4 توزيع العينة حسب الحالة المدنية
114	5- اجراءات تطبيق الدراسة
115	6- الاختبارات الاحصائية

	الفصل السادس عرض و مناقشة النتائج
117	1- عرض النتائج
137	2- مناقشة نتائج الفرضيات
143	3- الاستنتاج العام
145	4- الإقتراحات و التوصيات
	قائمة المراجع

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	علاقة السلوك التوكيدي و العدوان	41
02	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية	102
03	توزيع المهارات التوكيدية حسب بنود مقياس المهارات التأكيدية	104
04	توزيع بنود الاستبيان على المقاييس الثمانية للمواجهة	107
05	معاملات الارتباط بين بنود مقياس إستراتيجيات المواجهة	108
06	توزيع عينة البحث حسب الجنس	110
07	توزيع العينة حسب السن	111
08	توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي	112
09	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	113
10	مستوى التوكيدية عند مرضى القصور الكلوي	118
11	المهارات الأكثر شيوعا(استخداما) عند مرضى القصور الكلوي	119
12	الفرق بين الجنسين في المهارات التوكيدية لدى مرضى القصور الكلوي	120
13	العلاقة الارتباطية بين كل من المهارات التوكيدية ومتغير السن لدى مرضى القصور الكلوي	
14	يبين الفرق في المهارات التوكيدية لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير المستوى التعليمي	124
15	يبين الفرق في المهارات التوكيدية لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير الحالة المدنية	127
16	الاستراتيجيات الأكثر شيوعا(استخداما) عند مرضى القصور الكلوي	129
17	يبين الفرق بين الجنسين في إستراتيجيات المواجهة	131
18	العلاقة الارتباطية بين كل من استراتيجيات المقاومة ومتغير السن	132
19	يبين الفرق في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير المستوى التعليمي	133
20	يبين الفرق في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير الحالة المدنية	135
21	يبين العلاقة الارتباطية بين المهارات التوكيدية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي	136

فهرس الأشكال والمخططات:

الصفحة	الرقم
46	01
73	02
75	03
78	04
79	05
95	06
111	07
112	08
113	09
114	10

رہنما و رہنمائی

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

- 1- إشكالية البحث
- 2- فرضيات البحث
- 3- أهمية البحث
- 4- أهداف البحث
- 5- تحديد المفاهيم
- 6- الدراسات السابقة

مقدمة:

إن الإصابة بالأمراض و تدهور الصحة يترتب عنه تغيرات في نفسية و شخصية المصاب كانهخفاض الرضا عن الحياة والاستمتاع بها وكذا قلة الطموح والإرادة والسيطرة و كذا انخفاض الإنجاز والقدرة على مواجهة الصعاب وبالتالي لوم الذات وانخفاض تقديرها وسرعة الانفعال والانطواء وانخفاض المزاج وكذا اليأس والقلق والتفكير المستمر و فقدان الشهية و عدم الرغبة في الكلام و إقامة علاقات مع الغير.

والقصور الكلوي من إحدى الأمراض التي تستنزف العضوية نظرا للدور العظيم الذي تؤديه الكلية في إحداث الاتزان الداخلي والطبيعي للجسم. وتوازيا مع هذا يهدف أسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه والتخلص منه وذلك بتدريب المريض على تأكيد الذات أثناء تعرضه لمواقف الخوف والصراع بحيث يختفي القلق والخوف كنتيجة لتأثير الاستجابات المتعلمة الجديدة وهو أسلوب من الأساليب التي تتعارض مع الإحباط والقلق وهو ما يشير إليه عبد الستار إبراهيم، (2001) إلى أن برامج التدريب التوكيدي (التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق) تستخدم حالياً على نطاق واسع لتخفيف الأعراض المرضية للضغوط المرتبطة بقصور المهارات الاجتماعية.

ويرجع الاهتمام بدراسة مواجهة الضغوط النفسية للتبعات والتكاليف الباهظة التي تسببها هذه الضغوط للفرد والمجتمع على حد سواء. وتنتج هذه التكاليف عن العلاقة الوثيقة بين الضغوط النفسية وأطياف واسعة من الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية، والغياب عن العمل والتعرض للحوادث، والصراعات والمشاجرات والسلوك العدواني، وسوء التوافق، وغير ذلك من أشكال السلوك والمشكلات التي يتعرض لها أولئك الذين يعانون من الضغوط النفسية، لكنهم في الوقت نفسه لا يملكون الأساليب والطرق الفنية الإيجابية الملائمة لمواجهتها أو التعايش معها والتقليل من تأثيراتها السلبية إلى أدنى حد ممكن.

انطلاقاً من ذلك كله كان الإهتمام بهذه الفئة من المرضى بالقصور الكلوي المزمن بعدما بينت العديد من الدراسات حجم الضغوط التي يعاني منها فكانت البداية في علاقة هذا المرض بالسلوك التوكيدي كون المهارات التوكيدية من المهارات الحياتية التي تساعد الفرد على تجاوز الأزمات والمشكلات، وهو ما أكدته الدراسات من خلال فعالية المهارات التوكيدية

وفعالية التدريب التوكيدي في تحقيق التوازن والصحة النفسية للأفراد و كذا دراسة كيفية مواجهة هذه الضغوط الناجمة عن المواقف الصعبة التي يعيشها المصاب بهذا المرض والاستراتيجيات التي يستجيب بها لمقاومة هذه الضغوط.

قد تضمنت هذه الدراسة جانبين ، جانب نظري وجانب تطبيقي:

الجانب النظري : و فيه أربعة فصول على النحو التالي:

الفصل الأول: وتناولنا فيه التعريف بإشكالية البحث و موضوع الدراسة من خلال عرض إشكالية البحث، أهمية و أهداف الدراسة، فرضيات الدراسة، والتعاريف الإجرائية للدراسة و أخيرا الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة.

الفصل الثاني : وتناولنا فيه مفهوم السلوك التوكيدي، الأساس النظري والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات، خصائص السلوك التوكيدي، العلاقة بين السلوك التوكيدي والعدوان، أبعاد السلوك التوكيدي، محددات السلوك التوكيدي، علاقة السلوك التوكيدي بالضغوط.

الفصل الثالث: في هذا الفصل تناولنا فيه، تعريف المواجهة، مبادئ المواجهة، التناولات النظرية لإستراتيجيات المواجهة، مصادر استراتيجيات المواجهة ، أنواع استراتيجيات المواجهة، محددات استراتيجيات المواجهة ، وظائف استراتيجيات المواجهة، فعالية استراتيجيات المواجهة.

الفصل الرابع : وتطرقنا فيه للقصور الكلوي المزمن بداية من الجهاز البولي والكلية، تعريف الكلية، موقعها وقياساتها، البنية التشريحية للكلية، وظائف الكلية، القصور الكلوي، تعريف القصور الكلوي، تشخيص مرض القصور الكلوي، أنواع القصور الكلوي، أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن، الآثار الناتجة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن و علاج مرض القصور الكلوي المزمن

أما الجانب التطبيقي فقد تضمن فصلين:

الفصل الخامس : تناولنا فيه إجراءات الدراسة الميدانية والمنهج المتبع الذي هو الوصفي التحليلي والدراسة الاستطلاعية، الأدوات المستخدمة في الدراسة والمتمثلة في مقياس

المهارات الوكيدية لطريف شوقي فرج استبيان استراتيجيات المواجهة للازروس وفولكمان و
أخيرا الدراسة الأساسية و حدودها المكانية و الزمانية وخصائص عينة البحث.
الفصل السادس : و تناولنا فيه عرض نتائج الدراسة و مناقشتها على ضوء الدراسات
السابقة و التراث النظري لمتغيرات الدراسة. و ختمنا دراستنا بمجموعة من التوصيات.

1- طرح الإشكالية:

تعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية، فقد أدى ظهور المستعصية على الشفاء وكذا المزمدة منها بشكل واسع ووبائي على لفت الانتباه إلى العوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية التي تلعب دورا مهما في مواجهتها. ويشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أي حالة تتضمن قدرا من الإعاقة التي تحدث نتيجة لتغيرات مرضية، والتي تتطلب تكيفا ومواجهتها من جانب المرضى للعناية بأنفسهم، ومن أكثر الأمراض أهميه تلك المهددة للحياة، والتي يقع القصور الكلوي المزمن على رأس قائمتها فهو كغيره من الأمراض المزمنة شاق يؤثر على صحة المصاب به، وعلى جميع نواحي حياته النفسية والاجتماعية.

تعد نسبة الإصابة بهذا المرض في العالم في تزايد مستمر بحيث تقدر ب 50 إلى 60 إصابة في كل مليون شخص ، وفي الجزائر تشير الإحصائيات إلى تسجيل 3500 حالة جديدة كل سنة ومليون و 500 حالة مصابة تقوم منها 13000 حالة بالتصفية الاصطناعية هذه العملية التي تعد معاناة حقيقية يعيشها المريض باستمرار إذ أن عجز الكلية وقصورها يؤدي إلى تراكم السموم والفضلات في الجسم ويعرض المريض لخطر الموت بسبب فقدانه لوظيفة حيوية، وهو الأمر الذي يجعله يعيش حالة من الضغط المستمر مما يثير في الشخص المصاب مشاعر الإحباط و الشعور باليأس هذا الشعور بدوره يدفعه إلى أن يسلك سلوكا غير متوافقا تجاه نفسه وتجاه الآخرين وهو ما تظهره الدراسة التي قام بها بيك Beck (1977) (أبشيش حورية، ص19).

على مرضى القصور الكلوي الحاد حيث وجد أن معظمهم يظهرون الاكتئاب وفي نفس الوقت التجنب.

كما أكدت أيضا دراسات كل من **Levebre** و **Olie** (1983) و **Haynal** و **Pasini** (1978) على وجود الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وكذلك الانسحاب الاجتماعي و عدم القدرة على العمل والشعور بالحزن والإخفاق والفشل و كذلك العزل و التكوين العكسي كآليات الدفاع.

وتوازيا مع هذا يهدف أسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه والتخلص منه وذلك بتدريب المريض على تأكيد الذات أثناء تعرضه لمواقف الخوف والصراع بحيث يخفي القلق والخوف كنتيجة لتأثير الاستجابات المتعلمة الجديدة وهو أسلوب من الأساليب التي تتعارض مع الإحباط والقلق. انطلاقا من هنا يظهر لنا جليا حاجة المريض إلى تأكيد ذاته حتى يتمكن من تجاوز المواقف المحبطة بحيث يشير عبد الستار إبراهيم إلى أن برامج التدريب التوكيدي (التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق) تستخدم حالياً على نطاق واسع لتخفيف الأعراض المرضية للضغوط المرتبطة بقصور المهارات الاجتماعية (عبد الستار إبراهيم، 2001، ص 47، 48).

ويتفق الباحثون على أن التوكيد عبارة عن: " مجموعة من المهارات السلوكية اللفظية وغير اللفظية (النقاء العيون - نبرة الصوت) التي تمكن الفرد من التعبير عن مشاعره الودية نحو الآخرين (ثناء - تقدير)، وكذا إظهار غضبه واحتجابه على ما لا يرضاه من سلوكهم والدفاع عن حقوقه والتصدي لمن يحاول انتهاكها، ومقاومة الضغوط التي يمارسها الآخرون لإجباره على إتيان ما يعتقد أنه غير صائب أو إثباته عن فعل ما يرغبه ويعتقد صوابه، فضلاً عن المبادرة ببدء التفاعلات الاجتماعية والاستمرار فيها وإنهاءها (لقاء - حوار طال أكثر من اللازم) شريطة أن يتم ذلك بصورة ملائمة لا تنطوي على الاستهانة بالآخرين وانتهاك حقوقهم" (طريف شوقي فرج، 1998، ص 74).

كما برهنت نتائج عديدة من الدراسات فعالية السلوك التوكيدي في مواجهة الضغوط وأثارها بحيث كان محل اهتمام العديد من الباحثين . وقدّم العديد منهم تفسيرات لدور التوكيد المرتفع في تخفيف الضغوط المدركة وأثارها .

فقدّم **Joe Et al (1999)** نموذجاً تفسيرياً للعلاقة يقوم على أن مرتفعي السلوك التوكيدي يمتلكون مهارات تمكنهم من المواجهة الفعالة للمواقف الضاغطة.

(Joe et al, 1999, p1009)

ويرى أن منخفضي السلوك التوكيدي يواجهون صعوبة في التعامل مع مشكلات التفاعل الاجتماعي . وتعود هذه الصعوبات إلى أن الأقل توكيداً يصعب عليهم الإقضاء بما يحملون من هموم وما يشعرون من معاناة .

كما يصعب عليهم رفض مطالب الآخرين ، مما يجعلهم عرضة للتورط في العديد من المشكلات تضعف قدرتهم على مواجهتها بشكل مباشر مما ينمي لديهم الشعور بالسلبية وصعوبة التحكم في المشاعر والانفعالات عند التعامل مع الآخرين مما يجعلهم أقل قدرة على إدراك علاقاتهم الاجتماعية (طريف شوقي، 1998، ص 25، 32).

وتوصل **Rath (1975)** إلى أن الأفراد التوكيديون أكثر ميولاً للاندماج في سلوكيات مهينة للتغلب على المشكلات والضغوط (Joe et al, 1999, p1009) .

ويرى **Dorothy (1990)** أن فعالية السلوك التوكيدي في تخفيف آثار الضغوط تكمن في أن السلوك التوكيدي يرتبط عادةً بالشعور "بالكفاءة النفسية والإحساس بالارتياح عند التعامل مع المواقف الاجتماعية (Dorothy , 1990 , p99) .

وأشارت نتائج دراسة **Massong et al (1982)** إلى استخدام الأفراد التوكيديين لميكانيزما دفاع تكيفية وأكثر نضجاً في مواجهة المواقف الضاغطة وأن منخفضي التوكيد يواجهون صعوبات اجتماعية تزيد من إحساسهم بالضغوط (Massong et al 1982p,591)

في حين توصلت دراسة كل من **Elliott et Gramling** (1990) إلى أن مقاومة السلوك التوكيدي لآثار الضغوط تكمن في أساليب المواجهة الناجحة لدى التوكيديين فهم يستخدمون أنواع مختلفة من الدعم كالطلب المباشر للمساعدة ، الاتصال الجيد مع الآخرين ، العتاب، المبادرة ، الاستجابة للنقد ،التعبير الإيجابي (Elliott etGramling ,1990 ,p227). انطلاقاً لكل ما سبق جاءت الدراسة الحالية كمحاولة للبحث في مستوى توكيد الذات لدى هذه الفئة من المرضى وعلاقتها بإستراتيجيات المواجهة، التي يلجأ إليها المريض للتغلب على ما يسببه المرض والألم من صراعات وإحباطات.

وسنحاول في الدراسة الحالية الإجابة على التساؤل التالي:

- ما طبيعة العلاقة الموجودة بين توكيد الذات وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

وينتزع عن هذا السؤال التساؤلات التالية:

- ما مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- ما هي أكثر المهارات التوكيدية انتشاراً لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل هناك فروق دالة إحصائية في مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف كل من السن، الجنس، الحالة المدنية والمستوى التعليمي؟
- ما نوع إستراتيجيات المواجهة السائد استخدامها لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف كل من السن، الجنس، الحالة المدنية والمستوى التعليمي ؟
- هل هناك علاقة إرتباطية دالة بين مستوى توكيد الذات وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ؟

وللإجابة على التساؤلات السابقة نقوم بصياغة الفرضيات التالية:

2- صياغة الفرضيات:

تقترح هذه الدراسة الفرضيات التالية للإجابة على التساؤلات المطروحة:

- 1- لمرضى القصور الكلوي المزمن مستوى معين في توكيد الذات العام.
- 2- تنتشر بعض المهارات التوكيدية أكثر من غيرها عند مرضى القصور الكلوي المزمن.
- 3- يختلف مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الجنس .
- 4- يختلف مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف السن .
- 5- يختلف مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الحالة المدنية.
- 6- يختلف مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف المستوى التعليمي.
- 7- تنتشر بعض إستراتيجيات المواجهة أكثر من غيرها عند مرضى القصور الكلوي المزمن.
- 8- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الجنس .
- 9- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف السن .

- 10- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الحالة المدنية.
- 11- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف المستوى التعليمي.
- 12- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى توكيد الذات وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

3- أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف وهي:

- 1- تحديد مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- 2- تحديد إستراتيجيات المواجهة السائدة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- 3- التعرف على الفروق في متوسطات مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، التي يمكن أن تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، السن، الحالة المدنية.
- 4- التعرف على الفروق في متوسطات إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، التي يمكن أن تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، السن، الحالة المدنية.
- 5- إبراز العلاقة بين مستوى توكيد الذات وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

4- أهمية الدراسة:

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في الموضوع الذي تتناوله وهو مرض القصور الكلوي المزمن، وكذا العينة التي تمثلت في مرضى القصور الكلوي المزمن لما لها من

معانات تواجهها جراء المرض المزمن بالإضافة إلى التعرف على مستوى السلوك التوكيدي والمهارات التوكيدية لدى هذه العينة وكذا التعرف على الاستراتيجيات التي تستعملها في مواجهة ضغوطات الحياة بما فيها المرض.

5- تحديد المفاهيم الأساسية:

5-1 السلوك التوكيدي:

هو مجموعة الأنماط السلوكية اللفظية وغير اللفظية السالبة أو الموجبة التي يستجيب بها الفرد في المواقف المختلفة مع الأشخاص الآخرين والتي تقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس أبعاد السلوك التوكيدي لطريف شوقي فرج.

5-2 إستراتيجيات المواجهة:

هي مجموع الجهود المعرفية، والسلوكية، المتغيرة باستمرار، والتي تهدف إلى السيطرة أو التخفيض أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية، التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد (Schweitzer, Dantzer, 2003, p 100).

وتعرف إجرائيا في هذه الدراسة بوصفها الدرجة التي يحصل عليها مرضى القصور الكلوي المزمن على مقياس فولكمان و لازاروس Folkman et Lazarus والذي يهدف للكشف عن دور المواجهة في العلاقة بين الضغط والتوافق. ويهتم الاستبيان بتقدير الأفكار والسلوكيات التي يستخدمها الأفراد لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، وقد استمد من النظرية المعرفية الظاهرية للضغط و المواجهة لفولكمان و لازاروس (1984).

5-3 تعريف القصور الكلوي المزمن:

هو تدهور متروقي مستمر في وظائف الكلية ناتج عن إصابة النسيج الكلوي وبعكس القصور الكلوي الحاد الذي يحدث بشكل سريع ومفاجئ فإن القصور الكلوي المزمن يتطور

تدرجياً إلى المراحل النهائية له خلال فترة زمنية تتراوح من أشهر إلى سنوات وذلك حسب السبب الذي أدى إليه وحسب مرحلة البدء بالمعالجة.

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

6- الدراسات السابقة:

نظراً لقلّة الدراسات التي تطرقت للموضوع سوف ندرج الدراسات التي تناولت جانباً منه و هي كالتالي:

6-1 الدراسات التي تناولت القصور الكلوي:

▪ دراسة بوكر Bocker (1974):

يرى هذا الباحث أن المريض بالقصور الكلوي يكون على وعي بالخطر القاتل جراء المرض وأنه مع بداية الدياليز يصادف من جهة أخرى التوافق التام و تصبح الكلية الاصطناعية آلة التناوب ذات مدلول مزدوج كشاهد على جسم منكسر، وكمحل إسقاط التخيلات و تجديد الحياة. وفيما يخص زرع الكلية فقبل أن يكون حقيقياً في البداية يكون خيال يسقط عليه المريض جل رغباته في كسب وامتلاك القوة والصحة (أبشيش حورية، 2012، ص19).

▪ دراسة بيك Beck (1977):

قام هذا الخبير السيكولوجي بدراسة ميدانية على مرضى القصور الكلوي الحاد ووجد أن معظمهم يظهرون الاكتئاب وفي نفس الوقت التجنب (أبشيش حورية، 2012، ص19).

▪ دراسة Goldstein (1980):

تم إجراء هذه الدراسة على عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي وقد وجد أن هؤلاء المرضى يستعملون استراتيجيات التجنب لمواجهة المرض وذلك بعدم إتباع الحمية أو عدم الامتثال للتعليمات الطبية لأنها تشكل تهديدا بالنسبة لهم

▪ دراسات كل من Levebre و Olie (1983) و Haynal و Pasini (1978):

أكدت وجود الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وكذلك الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على العمل والشعور بالحزن والإخفاق والفشل وكذلك العزل والتكوين العكسي كآليات الدفاع (أبشيش حورية، 2012، ص19).

▪ دراسة مينتي و آخرون Mintey et al (1987):

أثبتت أن مرضى القصور الكلوي يستخدمون كثيرا ميكانيزمات الإنكار و يشكون خطر الموت الدائم ومشكلات القيمة الواضحة وتضرر العلاقات الزوجية وكذلك الخوف المتعلق بالعلاج من انسداد الناسور الذي ينقل الدم مثلا والمخاوف الناجمة عن عدم إتباع الحمية و الأدوية بطريقة مثلى (أبشيش حورية، 2012، ص19).

▪ دراسة C.Sanchez و آخرون (1989):

أجرى هذا الباحث دراسته رفقة مساعديه على مجموعة من مرضى القصور الكلوي المصاحب بارتفاع ضغط الدم المزمن وكان هدفه معرفة مدى تقدير هؤلاء المرضى لذواتهم

والآليات الدفاعية التي يستخدمونها فتمكن من الحصول على نوعين الميكانيزمات التي تتردد بكثرة عند هؤلاء وهما الإنكار والنفي (أبشيش حورية، 2012، ص18).

▪ دراسة ريان Rayane (2008):

قام بها ريان Rayane المختص النفسي والباحث والأمين العام لمنظمة SANDT (Société Algérienne de Néphrologie, Dialyse et Transplantation) على عينة معتبرة من مرضى القصور الكلوي وتوصل إلى أن السن و المستوى الثقافي لهما تأثير كبير في قبول أو رفض التحال الدموي (التصفية)، فالأشخاص ذوي المستوى الثقافي العالي يستخدمون وسائل دفاعية بصفة أحسن، و بالتالي فإن ذوي المستوى الثقافي العالي يتحكمون في مرضهم أكثر من ذوي المستوى الثقافي الضعيف (أبشيش حورية، 2012، ص19)

2-6 الدراسات التي تناولت السلوك التوكيدي:

▪ قام كل من شيل وأخرزن Schill et al (1981) بدراسة للتعرف على أساليب مواجهة الضغوط لدى مرتفعي ومنخفضي السلوك التوكيدي توصلت الدراسة إلى أن مرتفعي السلوك التوكيدي يستخدمون أساليب مواجهة ناجحة في التغلب على الضغوط بدرجة أكبر من منخفضي السلوك التوكيدي وتمثلت في استخدامهم لأساليب مواجهة تتركز على مواجهة المشكلة مثل طلب التفسيرات، التعبير عن المشاعر، والبحث عن مساعدات التفاوض ومنخفضي التوكيد استخدموا أساليب تتركز على تهدئة الانفعالات واللجوء إلى ميكانيزمات دفاعية هروبية.

- وأشارت نتائج دراسة **ماسونج وآخرون Massong et al (1982)** إلى استخدام الأفراد التوكيديون لميكانيزمات دفاع تكيفية أكثر نضجاً في مواجهة المواقف الضاغطة وأن منخفضي التوكيد يواجهون صعوبات اجتماعية تزيد من إحساسهم بالضغط ويميلون عادة لتعاطي المخدرات.
- وتوصلت نتائج دراسة كل من **Petrie et Rotheram (1982)** إلى أن تقدير الذات والضبط الداخلي تعد متغيرات وسيطة تسهم في فعالية السلوك التوكيدي في تخفيض إحساس الفرد بالضغط (Massong, et al,1982,p591).
- وأجرى **كامبل Campbell (1983)** دراسة تهدف للتعرف على العوامل المرتبطة بالتوافق مع ضغوط المرض المزمن (الفشل الكلوي) لدى عينة من المرضى (ن = 28) واختبر الباحث عدة متغيرات مثل التقييم المعرفي لضغوط المرض، وأساليب المواجهة، السلوك التوكيدي، التماسك الأسري، الشعور بالكفاءة النفسية وبعض المتغيرات الديموغرافية مثل التعليم والحالة الزوجية. وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين، إحداهما متوافقة مع المرض (تقبل العجز) والأخرى أقل توافقاً ومصحوبة بمشاعر عدم التقبل، والاكنتاب، توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في التقييم المعرفي الأولي والثانوي حيث قيمت كلا المجموعتين الحدث على أنه مهدد ومحزن وأيضاً كحدث يجب تقبله، وأظهرت نتائج الدراسة أيضاً وجود علاقة طردية بين السلوك التوكيدي والتوافق مع المرض وأظهر التوكيديون توافق أفضل مع المرض بمرور الزمن بينما الأفراد غير التوكيديين لا يبدوون كذلك، وحول أساليب المواجهة برز استخدام السلوك الديني لدى المجموعتين في مواجهة

ضغوط المرض، وكان للتماسك الأسري دوراً واضحاً في التوافق مع ضغوط المرض
(Campbell,C,1983,p538).

▪ وهدفت دراسة كل من زيكاً وشامبرلاين **Zika et Chamberlain (1987)** لفحص ثلاثة متغيرات للشخصية (موقع الضبط ، التوكيد ، التوجه الإيجابي نحو الحياة) كعوامل وسيطة بين الضغوط ومدى الشعور بالكفاءة النفسية . وأجريت الدراسة على عينة من 160 طالباً وتوصلت الدراسة إلى أن الطلاب من ذوي الضبط الداخلي والتوكيد المرتفع والتوجه الإيجابي نحو الحياة . أظهروا مستوى منخفض من الضغوط ومستوى مرتفع من الشعور بالكفاءة النفسية، وأن متغير الضبط الداخلي أقوى من المتغيرات الأخرى في التأثير على الضغوط كما أظهر الطلاب أصحاب التوكيد المرتفع قدرة عالية على التواصل الاجتماعي. (Zika, S. & Chamberlain, K. (1987) p155)

▪ وتوصلت دراسة كل من **Elliott et Gramling (1990)** إلى أن مقاومة السلوك التوكيدي لآثار الضغوط تكمن في أساليب المواجهة الناجحة لدى التوكيديون فهم يستخدمون أنواع مختلفة من الدعم (طلب مباشر للمساعدة ، الاتصال الجيد مع الآخرين ، العتاب ، المبادرة ، الاستجابة للنقد ، التعبير الإيجابي) واقترحت الدراسة عدة مهارات توكيدية ذات دلالة في مواجهة الضغوط ، ومن أهمها : مهارة الحصول على الدعم الاجتماعي ومهارة رفض الإذعان لضغوط الأقران ومهارة الاستجابة الفورية المباشرة على المواقف (القدرة على التصرف) وأن للسلوك التوكيدي فعالية في مواجهة الضغوط المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية (Elliott et Gramling, 1990,p227)

▪ وأجرى جو وآخرون Joe et al (1999) دراسة تجريبية للتعرف على آثار السلوك التوكيدي في إدراك الضغوط في موقف تجريبي، أيضاً القدرة على التنبؤ بتقييم الفرد للأحداث الضاغطة كتهديدات أو تحديات من خلال مستوى التوكيد، وتم اختيار العينة من طالبات متطوعات تم تصنيفهن إلى مجموعتين إحداهن من مرتفعات السلوك التوكيدي والأخرى من منخفضات السلوك التوكيدي . وصنفت المجموعتين من خلال استجابتهن على عدة مقاييس لتحديد السلوك التوكيدي) مقياس التفتح، من مقاييس العوامل الكبرى ومقياساً لتقدير الذات وآخر للكفاءة الشخصية .

وتم إخضاع المجموعتين لسلسلة (NEO للشخصية من القياسات الفسيولوجية) (ضغط الدم، نشاط الأوعية الدموية، رد فعل الجسم تجاه الضغوط، نشاط القلب، الاستجابات الجلدية) قبل وأثناء وبعد التجربة، والتي تضمنت مواقف معملية ضاغطة، بأن طلب من كل مشاركة ، اختيار موضوع والتحدث فيه لمدة خمس دقائق، وقبل التجربة طلب من كل مشاركة تقييم الحدث (كتحدي أو تهديد) وأيضاً تم تسجيل استجابتهن الانفعالية . توصلت الدراسة إلى أن مرتفعات السلوك التوكيدي قيمن الموقف الضاغط كتحدي وأظهرن كفاءة عالية ونجاح في المهمة، كما أظهرن استفادة عالية من الدعم الاجتماعي السابق وأظهرت المقاييس الفسيولوجية عدم وجود اضطرابات أثناء وبعد التجربة ، وأظهرن درجة منخفضة من لوم الذات واللوم الاجتماعي والإحساس بالذنب والخجل والاشمئزاز ودرجة مرتفعة من الضبط والاعتقاد بالكفاءة الشخصية، وأن منخفضات التوكيد قيمن المهمة على أنها تمثل تهديد وشاقة، وظهرت عليهن آثار ضغوط الموقف متمثلة في زيادة ضربات القلب واضطراب في نشاط الأوعية الدموية وأظهرن مستوى مرتفع من الخجل والإحساس بالذنب ولوم الذات وتؤكد نتائج الدراسة أهمية السلوك التوكيدي في تخفيض الضغوط من خلال مراحل التقييم والمواجهة (Joe et al, 1999, p1009) .

▪ وهدفت دراسة شالان **Challahan** (2000) لبحث دور العوامل الشخصية، كعوامل مقاومة لآثار الضغوط المرتبطة بالألم المزمن ، وقد تم تطبيق عدد من مقاييس التقدير الذاتي لقياس الصلابة، العصابية، التفاؤل، السلوك التوكيدي، ومقياس لتقدير إدراك الضغوط والاكنتاب . توصلت الدراسة إلى أن ذوي الصلابة النفسية لديهم توكيد مرتفع ودرجة مرتفعة من الالتزام والتحدي، واستخدمن أساليب تقوم على حصر المشكلات في مواجهة ضغوط الألم وكن أكثر تفاؤلاً وأن العصابين لديهم إدراك مرتفع لضغوط الألم المزمن وارتفاع في مستوى الاكنتاب (Challahan, C. 2000, p54).

3-6 الدراسات التي تناولت إستراتيجيات المواجهة:

▪ دراسة كريسون وكيفي **Crisson et Keefe** (1988) هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مركز الضبط، واستراتيجيات المواجهة، والضيق الانفعالي لدى مرضى الألم المزمن، وقد طبق في هذه الدراسة مقياس مركز ضبط الصحة، مقياس استراتيجيات المواجهة، وقائمة كشف الأعراض الجسدية على مجموعة تضمنت 62 مريضاً مصاباً بالألم المزمن وفي حالة استشفاء وكشفت النتائج أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في بعد الحظ لمركز الضبط، بدوا أكثر عجزاً للتعامل مع ألمهم، واستعملوا إستراتيجية تحويل الانتباه، وإستراتيجية المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني .بالإضافة إلى أن هؤلاء المرضى كانوا أكثر احتمالية للتفجيع وتفاذي نشاطهم في المواجهة مع الألم (وليدة مرازقة، 2009، ص13).

▪ وأجرى هيلتون **Hilton** سنة (1989) دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين التقييم الأولي و استراتيجيات المواجهة، وهذا لدى 277 مريضة سرطان وأشارت النتائج إلى أن المريضات اللواتي قيمن السرطان على أنه مرض مرعب، واللواتي خفن من تكرار

المرض واستعملن استراتيجيات الهروب والتجنب، ولم تكن لديهن ميول إلى إعادة التقييم الايجابي للوضع. كما أنهن لم يقبلن المسؤولية على هذه الموضوعية، وكان لديهن اعتقاد بعدم القدرة على التحكم في تطور المرض (Cousson- Gelie , 2001,p 68).

■ وكانت دراسة تايلور وآخرون (1992) تهدف إلى معرفة بعض استراتيجيات المواجهة الفعالة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان. وتضمنت الدراسة 603 مريض مصاب بالسرطان واستخدم في هذه الدراسة قائمة أساليب المواجهة، كما سئل المرضى حول أكثر النواحي التي تشكل ضغطا نفسيا بالنسبة له م. وتبين من النتائج أن الخوف وغموض المستقبل كان أكثر شيوعا (41 %) يتبعها ما يفرضه السرطان من قيود على القدرات الجسمية للمريض، وعلى مظهره وأسلوب حياته (24%)، ثم إدارة الألم (12%) بعد ذلك طلب من المرضى أن يذكروا استراتيجيات المواجهة التي استخدمت في مواجهة هذه المشكلات. وقد كشف الباحثون عن خمس استراتيجيات هي: السعي للمساندة الاجتماعية واستخدامها مثلا: تحدثت مع احدهم كي أعرف أكثر حول الموضوع، الإقصاء، مثل: لم أدع المرض ينال مني، الهروب المعرفي /التجنب مثل: تمنيت لو أختفي من الموقف كله، التركيز الايجابي مثل: خرجت من الموقف بأفضل مما دخلت فيه. الهروب السلوكي /التجنب مثل: محاولة تجنب الموقف من خلال الطعام أو الشرب أو النوم.

ويعتبر التكيف من خلال المساندة الاجتماعية، والتركيز على ما هو إيجابي، وإقصاء الذات، هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان، أما المرضى الذين تعاملوا مع مشكلاتهم المتصلة بالسرطان من خلال استراتيجيات التجنب أو الهروب المعرفي والسلوكي، فقد أظهروا ضيقا انفعاليا أكبر. (Nezu et al ,2003,p 56).

- وأجرى تيلور وآخرون Taylor et al سنة (1994) دراسة كان هدفها معرفة العلاقة بين السرطان والمواجهة .وقد استخدم الباحثون مقياس استراتيجيات المواجهة مع نساء مصابات بسرطان الثدي في المرحلة المبكرة .وسيطر على الأعراض الجسمية في هذه الدراسة لتحليل الارتباطات بين المواجهة والتأثير السلبي والايجابي .
- كان للأعراض الجسمية تأثير كبير في العلاقات بين المواجهة والأثر السلبي مقارنة بعلاقات المواجهة والأثر الايجابي . وقد ارتبطت مواجهة الهروب التجنب، ومواجهة التحدي بتأثير سلبي أكبر .بينما المواجهة من خلال الإقصاء والتقييم الايجابي والتحكم في الذات ارتبطت كلها بتأثير ايجابي أكبر (Nezu et al ,2003,p 56).
- كما هدفت الدراسة التي أجراها نازو و آخرون A.Nezu et al سنة (1995) إلى البحث في علاقة أسلوب المواجهة المتمثل في حل المشكل و الضيق الانفعالي لدى مرضى السرطان.وقد تضمنت الدراسة 134 مريضا بالغا يعاني من السرطان .وكشفت النتائج أن القدرة على حل المشكل كانت لتعديل وتهدئة تأثيرات الضغوط المرتبطة بالسرطان خاصة تحت مستويات متماثلة من الضغط.
- وسجل مرضى السرطان المتميزون بالقدرة الضعيفة على حل المشكل، مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية والقلق، مقارنة مع مرضى السرطان المتميزون بالقدرة الفعالة في حل المشكل (Nezu et al ,2003, p277).

1- تعقيب عام على الدراسات التي تناولت القصور الكلوي :

بينت الدراسات السابقة أن المرضى بالقصور الكلوي يعانون من انخفاض تقدير الذات والقلق كما أثبتت الدراسات أيضا أن هؤلاء المرضى يستخدمون كثيرا ميكانيزمات الإنكار والنفي ويشتكون خطر الموت الدائم و مشكلات القيمة الواضحة وتضرر العلاقات الزوجية وكذلك الخوف المتعلق بالعلاج كانسداد الناسور الذي ينقل الدم مثلا والمخاوف

الناجمة عن عدم إتباع الحمية و الأدوية بطريقة مثلى بالإضافة إلى أن معظمهم يظهرون الاكتئاب وفي نفس الوقت التجنب والانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على العمل والشعور بالحزن والإخفاق والفشل و كذلك العزل والتكوين العكسي كآليات الدفاع. كما توصلت دراسة ريان إلى أن السن والمستوى الثقافي لهما تأثير كبير في قبول أو رفض التحال الدموي (التصفية)، فالأشخاص ذوي المستوى الثقافي العالي يستخدمون وسائل دفاعية بصفة أحسن، وبالتالي فإن ذوي المستوى الثقافي العالي يتحكمون في مرضهم أكثر من ذوي المستوى الثقافي الضعيف.

2- التعقيب على الدراسات التي تناولت السلوك التوكيدي:

بينت الدراسات المتعلقة بالسلوك التوكيدي أن دوره في مقاومة آثار الضغوط تكمن في أساليب المواجهة الناجحة لدى التوكيديين فهم يستخدمون أنواع مختلفة من الدعم كالطلب المباشر للمساعدة والاتصال الجيد مع الآخرين، العتاب، المبادرة، الاستجابة للنقد، التعبير الإيجابي

فالتوكيديون يستخدمون ميكانيزمات دفاع تكيفية أكثر نضجاً في مواجهة المواقف الضاغطة بينما منخفضي التوكيد يواجهون صعوبات اجتماعية تزيد من إحساسهم بالضغوط، كما يعد السلوك التوكيدي المنخفض أحد الآثار السلوكية للضغوط، بحيث بينت دراسة شيل و آخرون مثلاً أن مرتفعي السلوك التوكيدي يستخدمون أساليب مواجهة ناجحة في التغلب على الضغوط بدرجة أكبر من منخفضي السلوك التوكيدي وتمثلت في استخدامهم لأساليب مواجهة تتركز على مواجهة المشكلة مثل طلب التفسيرات، التعبير عن المشاعر، والبحث عن المساعدة و التفاوض ومنخفضي التوكيد استخدموا أساليب تتركز على تهدئة الانفعالات واللجوء إلى ميكانيزمات دفاعية هروبية.

كما أظهرت نتائج دراسة كامبل أيضاً وجود علاقة طردية بين السلوك التوكيدي والتوافق مع المرض بحيث يظهر التوكيديون توافق أفضل مع المرض بمرور الزمن بينما الأفراد غير التوكيديين لا يبدو كذلك.

في حين توصلت دراسة كل من **Elliott et Gramling** إلى إسهام السلوك التوكيدي في القدرة على ضبط ومواجهة الضغوط.

أما في دراسة جو نجد أن مرتفعي السلوك التوكيدي يقيمون الموقف الضاغط كتحدي ويظهرون كفاءة عالية ونجاح في المهمة بينما منخفضوا التوكيد يقيمون الموقف الضاغط كتهديد ، فتظهر عليهم آثار الضغوط.

ومما تقدم نحصل على العديد من التأكيدات العلمية التي تؤيد أهمية تمتع الفرد بمهارات السلوك التوكيدي في المواقف الاجتماعية في مواجهة الضغوط بأساليب فعالة ومن ثم تجنب آثارها المرضية سواء في النواحي الفسيولوجية أو النفسية.

3- التعقيب على الدراسات التي تناولت استراتيجيات المواجهة:

توصلت الدراسات السابقة إلى عدة نتائج منها أن المرضى يبدوون أكثر عجزاً للتعامل مع ألمهم، واستعملوا إستراتيجية تحويل الانتباه، وإستراتيجية المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني. بالإضافة إلى أن هؤلاء المرضى كانوا أكثر احتمالية للتفجيع وتفاذي نشاطهم في المواجهة مع الألم. كما واستعملوا استراتيجيات الهروب والتجنب، ولم تكن لديهم ميول إلى إعادة التقييم الايجابي للوضعية. كما أنهم لا يقبلون المسؤولية على حالتهم بموضوعية، وكان لديهم اعتقاد بعدم القدرة على التحكم في تطور المرض

كما توصلت الدراسات إلى أن التكيف من خلال المساندة الاجتماعية، والتركيز على ما هو إيجابي، وإقصاء الذات، هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن المرض، أما المرضى الذين تعاملوا مع مشكلاتهم المتصلة بالمرض

من خلال استراتيجيات التجنب أو الهروب المعرفي والسلوكي، فقد أظهروا ضيقا انفعاليا أكبر.

وبينما ارتبطت مواجهة الهروب التجنب، ومواجهة التحدي بتأثير سلبي أكبر مقابل المواجهة من خلال الإقصاء والتقييم الايجابي والتحكم في الذات والتي ارتبطت كلها بتأثير ايجابي أكبر

بالإضافة إلى أن المرضى المتميزون بالقدرة الضعيفة على حل المشكل، سجلوا مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية والقلق، مقارنة مع مرضى المتميزون بالقدرة الفعالة في حل المشكلات.

الفصل الثاني

السلوك التوكيدي

- 1- مفهوم السلوك التوكيدي
- 2- الأساس النظري والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات
- 3- خصائص السلوك التوكيدي
- 4- العلاقة بين السلوك التوكيدي و العدوان
- 5- أبعاد السلوك التوكيدي
- 6- محددات السلوك التوكيدي
- 7- علاقة السلوك التوكيدي بالضغط

تمهيد:

إن أسلوب تأكيد الذات بشكل عام يعني حرية التعبير الانفعالي وحرية الفعل على السواء، سواء كان ذلك في الاتجاه الإيجابي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الانفعالية الإيجابية الدالة على الاستحسان و التقبل، وحب الاستطلاع ، والاهتمام ، والحب، والود، والمشاركة، والصدقة ، والإعجاب) ، أو في الاتجاه السلبي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الدالة على الرفض وعدم التقبل، والغضب، والألم، والحزن، والشك، والخوف والأسى).

1- مفهوم السلوك التوكيدي:

يعد تعريف وولبي (1985) من أقدم التعريفات حيث يشير إلى زيادة السلوك العدواني بدرجة أو بأخرى، وأيضا التعبير الخارجي عن المشاعر الودية وغيرها من مشاعر عدم القلق(عادل بن صلاح عبد الجبار، 2002 ، ص98).

وقد عدل وولبي (1973) هذا التعريف حيث عرف التوكيدية بأنها قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته كما تحدث في المواقف المختلفة ومع أشخاص عاديين ويظهر هذا التعبير في صورة سلوكية مقبولة اجتماعياً (طه عبد العظيم حسين، 2006 ، ص12).

وقبل ذلك عرف سالتز (1961) التوكيدية بأنها نوع من الحرية الانفعالية التي لا علاقة لها مع المشاركة الاجتماعية، ومعاييرها هي نزاهة الاستجابة ونزاهة محتواها (طبيي فريدة، 2008 ، ص26).

كما عرفها لازاروس بأنها كل أشكال التعبير الانفعالي المناسبة اجتماعياً من الحقوق والمشاعر، ويشمل ذلك التعبير عن الغضب والضيق (الانزعاج) والمشاعر الإيجابية كالحب والفرح (علي عبد السلام علي، 2001 ، ص53).

أما بوير وبوير (1976) فيعرفان السلوك التوكيدي بأنه القدرة على التعبير عن المشاعر وأن يختار الفرد ما سوف يفعله وأن يدافع عن حقوقه عندما تنتهك، أو إظهار عدم الموافقة- في بعض المواقف -عندما يعتقد أن ذلك هو الاختيار الصحيح، وأن يُعد خطئه بحيث تتلاءم مع سلوكه وإمكاناته وأن يطلب من الآخرين أن يغيروا من سلوكهم الهجومي. (عادل بن صلاح عبد الجبار، 2002 ، ص98).

كما يرى لورس وغازكوبوسكي (1976) بأنه يتضمن الدفاع عن الحقوق الشخصية والتعبير عن الأفكار والمشاعر والمعتقدات مباشرة وبأمانة وبطريقة مناسبة لا تنتهك حقوق الآخرين (عادل بن صلاح عبد الجبار، 2002 ، ص98).

في نفس العام (1976) عرف ماك فال التوكيدية بأنها مجموعة واسعة من السلوكيات الخاصة غير المتجانسة والمرتبطة إلى حد كبير بالوضعية ومنها التغيير المتكيف عن الحقوق والمشاعر، رفض طلبات غير معقولة والتعبير عن الغضب والعاطفة والمودة. (طيبي فريدة، 2008 ، ص26).

بينما عرفتها سامية قطان (1981) بأنها تعبير الفرد عن تلقائياته في العلاقات العامة مع الآخرين أقوالاً في أسئلة وإجابات، وفي حركات تعبيرية وإيماءات، وفي أفعال وتصرفات، في غير تعارض مع القيم والمعايير والاتجاهات السائدة وبدون إضرار غير مشروع بالآخرين ولا بالذات (طه عبد العظيم حسين، 2008 ، ص23).

أما طريف شوقي (1988) فيقول أنها مهارة الفرد في التعبير عن آرائه سواء كانت متفقة أو مختلفة مع الآخرين والإفصاح عن مشاعره الإيجابية (مدح) أو السلبية (غضب) حيالهم والدفاع عن حقوقه الخاصة، والمبادأة والاستمرار في إنهاء التفاعلات الاجتماعية ومقاومة ضغوط الآخرين لإجباره على إتيان سلوك لا يرغبه (طريف شوقي فرج ، 2003 ، ص109).

بينما يعرف عبد الستار إبراهيم التوكيدية بأنها حرية التعبير الانفعالي وحرية الفعل على السواء سواء كان ذلك في الاتجاه الإيجابي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الانفعالية الإيجابية الدالة على الاستحسان والتقبل وحب الاستطلاع والاهتمام والحب والود والمشاركة والصدقة والإعجاب)، أو في الاتجاه السلبي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الدالة على الرفض وعدم التقبل والغضب والألم والحزن والشك والخوف والأسى) (عبد الستار إبراهيم، 1994 ، ص126-127).

يلاحظ من هذه التعريفات اتفاق التعريف الأخير مع تعريف لازاروس لهذا يقول عبد الستار إبراهيم بأننا نتفق مع لازاروس في أن مفهوم الحرية الانفعالية يبدو قادراً أكثر من مفهوم

تأكيد الذات على استيعاب هذه العناصر المتعددة من التعبير (عبد الستار إبراهيم، 1994 ، ص 127).

كما يرى إبراهيم أحمد أبو زيد أن تأكيد الذات هو ذلك الدافع الذي يجعل الإنسان في حاجة إلى التقدير، والاعتراف، والاستقلال والاعتماد على النفس، وهو أيضا تلك الرغبة في التزعم والسعي الدائم لإيجاد المكانة والقيمة الاجتماعية (أمزيان زبيدة، 2007 ، ص 25).

بينما يعرفه رجب علي شعبان محمد بأنه مجموعة المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية المتعلمة، والمتضمنة: تقبل التقصير الشخصي، والتعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية، وبدء التفاعل والاستمرار فيه، والقدرة على مدح الآخرين، والتعبير عن الآراء المختلفة وغير المفضلة، وتقبل طلب الآخرين لتغيير سلوك الفرد، ورفض المطالب غير المعقولة وذلك بطريقة ملائمة اجتماعياً في ضوء المعايير الثقافية السائدة (رجب علي شعبان محمد، 2003 ، ص 157).

في حين جاء تعريف التوكيدية في معجم علم النفس Larousse بأنه سمة في الشخص تعبر بسهولة عن آرائه واهتماماته، دون قلق، ودون إنكار حقوق الآخرين. (Larousse,2005,p,95)

على الرغم من اختلاف الباحثين في وصف السلوك التوكيدي، إذ هناك من يصفه على أنه سمة في الشخص أو قدرة في التعبير عن الآراء، أو مجموعة مهارات أو دافع، إلا أن هناك اتفاق بينهم على أنه:

- حرية التعبير عن الآراء والمشاعر والمعتقدات.
- الدفاع عن الحقوق الشخصية دون الضرر بحقوق الآخرين.
- وأن السلوك التوكيدي مهارة اجتماعية ووسيلة للتواصل والتفاعل الاجتماعي يكتسبها الفرد خلال التنشئة الاجتماعية.

2- الأساس النظري والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات:

لم يكن مصطلح التوكيدية شائعاً في الأوساط العلمية وإنما ظهرت بداياته الأولى على يد سالتز (1948) حيث ميّز بين نوعين من السلوك الاستثنائي في مقابل السلوك الانكفافي، وكان يعني بالسلوك الاستثنائي أن يهاجم الفرد الآخرين ويعبر عن مشاعره دون قلق ويعبر عن رغباته بتلقائية وقد انطلق سالتز من نظرية بافلوف (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص11).

فمنذ أن صاغ بافلوف نظريته عن الاشرط الكلاسيكي قام العديد من الباحثين بتوظيف مبادئ هذه النظرية في الخدمة النفسية والعلاج. من أمثالهم سالتز الذي كان أستاذاً بجامعة نيويورك حتى وفاته (1949)، إذ استطاع أن يستخدم النظرية بنجاح في منهج من مناهج العلاج النفسي أثر بعدها على كل المناهج الحديثة في العلاج السلوكي (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص11).

يظهر ذلك جلياً في الانتشار الواسع للتدريب التوكيدي في الإرشاد والعلاج النفسي سعياً إلى تحقيق الصحة النفسية وخلق الثقافة النفسية أيضاً.

فقد وضع سالتز أن الطفل يولد بشخصية استثنائية تستجيب لمثيرات البيئة، فهو يتصرف من غير قيود مما يؤدي إلى تطور النمط الاستثنائي في شخصيته إذا لم نعمل على كف هذا السلوك (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص11).

يتم كف هذه السلوكات وغيرها من السلوكات السلبية بالمعاملة الوالدية الإيجابية والتي يتربى عليها الأبناء منذ الصغر.

لكن مفهوم السلوك الاستثنائي لا يعني السلوك التوكيدي إذ أنه ينطوي على العدوانية اللاسوية المدمرة للذات وللآخرين، لأنه كان يعني به مهاجمة الفرد للآخرين.

ثم جاء بعده وولبي بمصطلح التوكيدية الذي يقصد به حصول الفرد على حقوقه كاملة، وحرية التعبير الانفعالي دون خوف ودون المساس بحقوق الآخرين. ثم سرعان ما عدل (

(1973 هذه النظرة للتوكيدية كي تنسجم مع متطلبات السوية، فعرفها مرة أخرى بأنها قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته كما تحدث في المواقف المختلفة ومع أشخاص عاديين ويظهر هذا التعبير في صورة سلوكية مقبولة اجتماعياً (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص12).
ليأتي بعد **وولبي** العديد من الباحثين للاهتمام بالمصطلح فنجد مثلاً **لازاروس** (1966) وهو من بين الباحثين الذين أصلوا للتوكيدية ليشير أن السلوك التوكيدي يتكون من أربعة استجابات، هي :

- القدرة على قول لا.
 - القدرة على فعل المتطلبات أو تنفيذ أعمال محددة.
 - القدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة والقدرة على بدء واستمرار وإنهاء المحادثات (طه عبد العظيم حسين، 2006 ، ص13).
- وبذلك ظهرت الأسس العلمية للسلوك التوكيدي " تأكيد الذات "على يد **سالتر** بالسلوك الاستثنائي والسلوك الانكفافي من خلال تطبيق مبادئ الإشراف الكلاسيكي لبافلوف، ليأتي بعده **وولبي** فيكون بذلك أول مؤسس للتوكيدية، وذلك لكون السلوك الاستثنائي يتضمن نوعاً من العدوانية. وهكذا أصبح مفهوم تأكيد الذات أكثر تحديداً.

3-خصائص السلوك التوكيدي:

من خلال العرض السابق لتعريفات التوكيدية، ومن الدراسات التي تناولت السلوك التوكيدي يظهر أن للشخص المؤكد ذاته مجموعة من الخصائص والصفات المتعددة.
فيرى كل من **فانتستيهم** و**بيرر Fensterhein et Baer** أن خصائص الشخص التوكيدي، أن يشعر الفرد بالحرية ويكشف عن نفسه من خلال الكلمات والأفعال، ويمكنه التواصل مباشرة وبصراحة مع الآخرين، ويكون لديه توجه إيجابي نحو الحياة ويحاول القيام

بأشياء سعيدة، ويجاهد من أجل الأعمال الجيدة حتى يحافظ على احترام ذاته سواء كسب أو خسر (عادل بن صلاح عبد الجبار، 2002، ص98).

كما حدد شيلتون Shelton (1977) أربع خصائص للسلوك التوكيدي، هي:

- القدرة على التعبير عن جميع أساليب الانفعالات السارة وغير السارة بطريقة صريحة ومباشرة وصادقة.
- القدرة على ممارسة الحقوق الفردية دون إنكار لحقوق الآخرين والثقة في الدفاع عن الذات دون قلق.
- الحرية في أن يكون الفرد قادراً على فعل ما، وأن يكون قادراً على الاختيار، فيما يتعلق بما إذا كان السلوك التوكيدي ملائماً (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص20).
- في حين يرى طه عبد العظيم حسين أن للسلوك التوكيدي خصائص عدة يمكن إجمالها فيما يلي:

- السلوك التوكيدي سلوك نوعي فقد يكون من الصعوبة للفرد رفض الطلبات غير المعقولة ولكن من السهل عليه الدفاع عن حقوقه الشخصية.
- السلوك التوكيدي سلوك ملائم من الناحية الاجتماعية عند إتيانه يؤخذ بعين الاعتبار المعايير والقيم الاجتماعية.
- التوكيدية ليست حق مطلق للفرد، وإن كانت كذلك لا بد أن تسبقه واجبات والتزامات.
- التوكيدية تقع على متصل فهي تقع في المنتصف ويوجد على أحد الأطراف العدوان وعلى الطرف الآخر السلبية والإذعان.
- السلوك التوكيدي سلوك موقفي مرتبط بالظروف الموقفية التي يتعرض لها الفرد.

- السلوك التوكيدي سلوك مكتسب وليس فطري، يكتسبه الفرد من التنشئة الاجتماعية والخبرات التي يعيشها.
- تتضمن التوكيدية عناصر لفظية وغير لفظية إذ يشمل على ما يقوله الفرد وعلى إيماءاته وإشاراته وكذا وضع الجسم.
- السلوك التوكيدي سلوك نسبي يختلف من موقف لآخر ومن شخص لآخر ومن مجتمع لآخر.
- يتأثر السلوك التوكيدي بمتغير الجنس والسن. حيث يختلف الذكور والإناث على أبعاد المهارات التوكيدية، كما تزداد درجة التوكيدية لدى الفرد مع تقدم العمر فالأصغر سناً يكون عادة أقل توكيداً من الأكبر سناً.
- يختلف السلوك التوكيدي باختلاف البيئة الاجتماعية والثقافية للفرد. والتوكيدية بناء متعدد الأبعاد (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص 27-34).
- كما قام محمد محروس الشناوي بتلخيصها في ثلاثة نقاط هي :
- السلوك التوكيدي سلوك يتصل بالعلاقات الشخصية وتتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر الشخصية.
- السلوك التوكيدي سلوك ملائم من الناحية الاجتماعية.
- عندما يتصرف الفرد بطريقة توكيدية فإنه يأخذ في اعتباره مشاعر الآخرين وحقوقهم (محمد محروس الشناوي وآخر، 1998، ص 111).
- إذا تعدد خصائص السلوك التوكيدي جعل منه متعدد الأبعاد وتعددت بذلك المهارات التوكيدية، فبعد تناول السلوك في مفهومه الكلي أصبح يُدرس في أبعاده ومهاراته.

4 - العلاقة بين السلوك التوكيدي و العدوان

العلاقة بين السلوك التوكيدي والعدوان ظلت لفترة طويلة غامضة ومتداخلة (طريف شوقي، 1998، ص 87). ولعل أهمية حسم التداخل بين المفهومين يكون هاماً بالنسبة لعلاقة السلوك التوكيدي بالضغوط من زاوية أهمية تنمية هذا السلوك في مواجهة الضغوط والصعوبات الاجتماعية . فقد شاع في الآونة الأخيرة الاعتماد على برامج تنمية السلوك العدوانى في تخفيف الضغوط، ومن ثم ظهرت مخاوف من أن تتضمن هذه البرامج تنمية للسلوك العدوانى بين الأفراد عن غير قصد.

والعلاقة بين السلوك التوكيدي والعدوان نالت اهتماماً كبيراً من الباحثين لحسم التداخل بين المفهومين ولسنا هنا بصدد عرض تفصيلي لهذه الدراسات وسوف يكتفي الباحث بعرض لبعض النتائج والتوجهات النظرية حول هذه القضية فأجرى كل من **Glenn et** (1985) **Nerella** دراسة على مجموعة كبيرة من مقاييس السلوك التوكيدي و العدوان والسيطرة وتم تحليلها عاملياً فتوصلت الدراسة إلى أن كل من التوكيد والعدوان يشكلان فئات منفصلة (استقلال وتمايز المفهومين على المستوى العاملي).

وتوصل **معتز سيد عبد الله** (1998) إلى عدم وجود ارتباط بين أبعاد السلوك العدوانى والسلوك التوكيدي (استقلال وتمايز المفهومين على المستوى الارتباطى).

وهناك بعض التصورات النظرية للتفرقة بين المفهومين.

فنتترح (Elaina , 1983 , p16) تصوراً لحسم التداخل بين التوكيد والعدوان مفاده أن

الأساس في التفرقة بين المفهومين يقوم على درجة احترام الآخرين.

الجدول رقم (1): علاقة السلوك التوكيدي و العدوان

احترام مرتفع للآخرين	احترام منخفض	
تأكيد	عدوان	انفتاح مرتفع على الخبرة
عدم تأكيد	عدوان سلبي	انفتاح منخفض على الخبرة

ويحدد **D.Girdano et al** (1990) مجموعة من الفروق بين المفهومين تتمثل في أن الشخص المؤكد لذاته يكون انبساطي اجتماعي ، واع لحقوقه ومصالحه ويؤكد عليها بطريقة بناءة ، أما العدوان فيميل للعنف والعدوان في الدفاع عن حقوقه لذا فهو غالباً ينتهك حقوق الآخرين (عبد الرحمن أحمد هيجان، 305، ص 1998)

ويعرض **طريف شوقي فرج** بعض المعايير النظرية المقترحة للتمييز بين المفهومين.

- المؤكد يدافع عن حقه ولكنه يحترم حقوق الآخرين في حين أن العدوانى ينتهك حقوق الآخرين.

- السلوك التوكيدي مقبول اجتماعياً في حين أن العدوان مستهجن اجتماعياً .

- الحقوق التي يسعى الفرد مرتفع التوكيد لا تعتبر حقوقاً إلا إذا سبقها التزامات ، ومن لا

يوفي بالالتزامات ويسعى للحصول على الحقوق فقط سيكون عدوانياً.

- في العدوان يكون إيذاء الآخرين مقصود أما في التوكيد يكون غير ذلك .

(طريف شوقي، 1998، ص 98 ص 91).

5- أبعاد السلوك التوكيدي:

كان لازاروس أول من اهتم بأبعاد السلوك التوكيدي إذ قسمه على أربع أنماط هي:

- القدرة على المعارضة والرفض وقول لا.
- القدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة.

- القدرة على سؤال أو طلب محدد.
- القدرة على بدء ومواصلة وإنهاء المحادثات (طه عبد العظيم حسين، 2006 ، ص34).
- وقد قدمه غمبريلي و ريتشي Rich et Gambrelly (1987) في الفئات التالية :
- استهلاك علاقات بينشخصية .
- الاستجابة للنقد.
- الاستجابة للتكليف دون إحراج.
- مواجهة الضغط لتغيير الشعور (التمسك بوجهات النظر).
- الانخراط في حديث سار.
- مدح الآخرين.
- مواجهة المواقف الاجتماعية المزعجة.
- التسليم بالعيوب الشخصية (طه عبد العظيم حسين ، 2006 ، ص34).
- في حين صنف محمود الأراضى السلوك التوكيدي إلى:
- الرفض.
- الثقة بالذات في العلاقات الشخصية.
- التعبير عن المشاعر الموجبة.
- التعبير عن المشاعر السالبة.
- المبادأة في الاتصالات الاجتماعية.
- الاستجابة للنقد.
- الاختلاف مع الآخرين.
- التوكيدية في المواقف الخدمائية.

- الاعتراف بالعيوب الشخصية (طه عبد العظيم حسين، 2006 ، ص35).

كما بين فونتانا **Fantana** (1981) أن التوكيدية تشمل :

- القدرة على الرفض وقول لا.
- القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية.
- القدرة على بدء واستمرار وإنهاء المحادثات العامة.
- قدرة الفرد على الدفاع عن حقوقه والتصرف بأفضل طريقة لمصلحه

(طه عبد العظيم حسين، 2006 ، ص،35).

بينما تشير كل من لور وموري **Lorr et More** (1981) أن السلوك التوكيدي متعدد

الأبعاد ينطوي على أربعة أبعاد أساسية.

❖ البعد الأول هو التوكيدية الاجتماعية، والتي تشير إلى الميل والقدرة على بدء واستمرار وإنهاء التفاعلات الاجتماعية بسهولة وبشكل مريح في المواقف التي تتضمن الأصدقاء والمعارف والغرباء ورموز السلطة . بمعنى أن هذا البعد يجسد المهارة في العلاقة بالآخرين في مقابل نقص المهارة والقلق.

❖ البعد الثاني هو الدفاع عن الحقوق، والذي يعكس قدرة الفرد على الدفاع عن حقوقه الشخصية، ورفض الطلبات غير المعقولة وغير المنطقية، وكذا نبذ المطالب غير المرغوبة، والدفاع عن اهتمامات الفرد في المواقف التي تتضمن الاعتداء على هذه الحقوق.

❖ أما البعد الثالث فيتمثل في التوجيهية التي تعني قدرة الفرد على القيادة والتوجيه والتأثير على الآخرين في مواقف العلاقات البينشخصية التي تتطلب المبادأة وتحمل المسؤولية.

❖ والبعد الرابع وهو بعد الاستقلالية، الذي يعني الميل إلى مقاومة الضغوط الفردية و الجماعية من أجل إجبار الفرد على تبني وجهات نظر ما أو الإتيان بسلوك معين (طه عبد

العظيم حسين، 2006 ، ص35-37).

مع الإشارة إلى أنه أضيف بعد خامس، ظهر في مقياس العلاقات الشخصية للور وموري، وهو المرغوبية الاجتماعية؛ والذي يعرف بالسعي للحصول على القبول الاجتماعي من الآخرين، والتمتع بالرضا منهم والشعور بالمرغوبية. وهو ما يتطلب قدرًا مناسبًا من المهارة الاجتماعية وتوكيد الذات. وقد أصبح هذا البعد يعرف بالسعي نحو القبول (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص169).

كما نجد العديد من الباحثين المهتمين بأبعاد السلوك التوكيدي كطريف شوقي فرج (1988)، فيظهر ذلك جلياً من خلال بنائه لمقياس للمهارات التوكيدية الذي يقيس التوكيد العام بالإضافة إلى عشرين بعداً من أبعاد السلوك الممثلة في مهارات هي: مواجهة الآخرين، الدفاع عن الحقوق الخاصة، توجيه النقد، الإقدام الاجتماعي، المساومة، الدفاع عن الحقوق العامة، إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين، عدم التورط حرجاً من الآخر، إظهار الاختلاف مع الآخر، التعبير عن الاحتجاج، توجيه العتاب، التعبير عن الغضب الاعتذار العلني الاعتراف بقدر الذات الاستقلال بالرأي، ضبط النفس، مواجهة السخافات، طلب تفسيرات من الآخر، المصارحة والتعبير عن المدح والامتنان (طريف شوقي فرج، 2003، ص116).

6 - محددات السلوك التوكيدي:

يؤكد كل من ستيفنك Stefank وإسلىر Eisler على أن السلوك التوكيدي يتشكل في ضوء بعض المحددات الشخصية والثقافية والاجتماعية للفرد (على عبد السلام على، 2001، ص52).

كما بين ذلك أيضاً طريف شوقي فرج (1993) في دراسة تحت عنوان محددات السلوك التوكيدي (طريف شوقي فرج، 1993، ص54).

فالسلوك التوكيدي مثل باقي السلوكات، يتأثر بمجموعة من العوامل المختلفة.

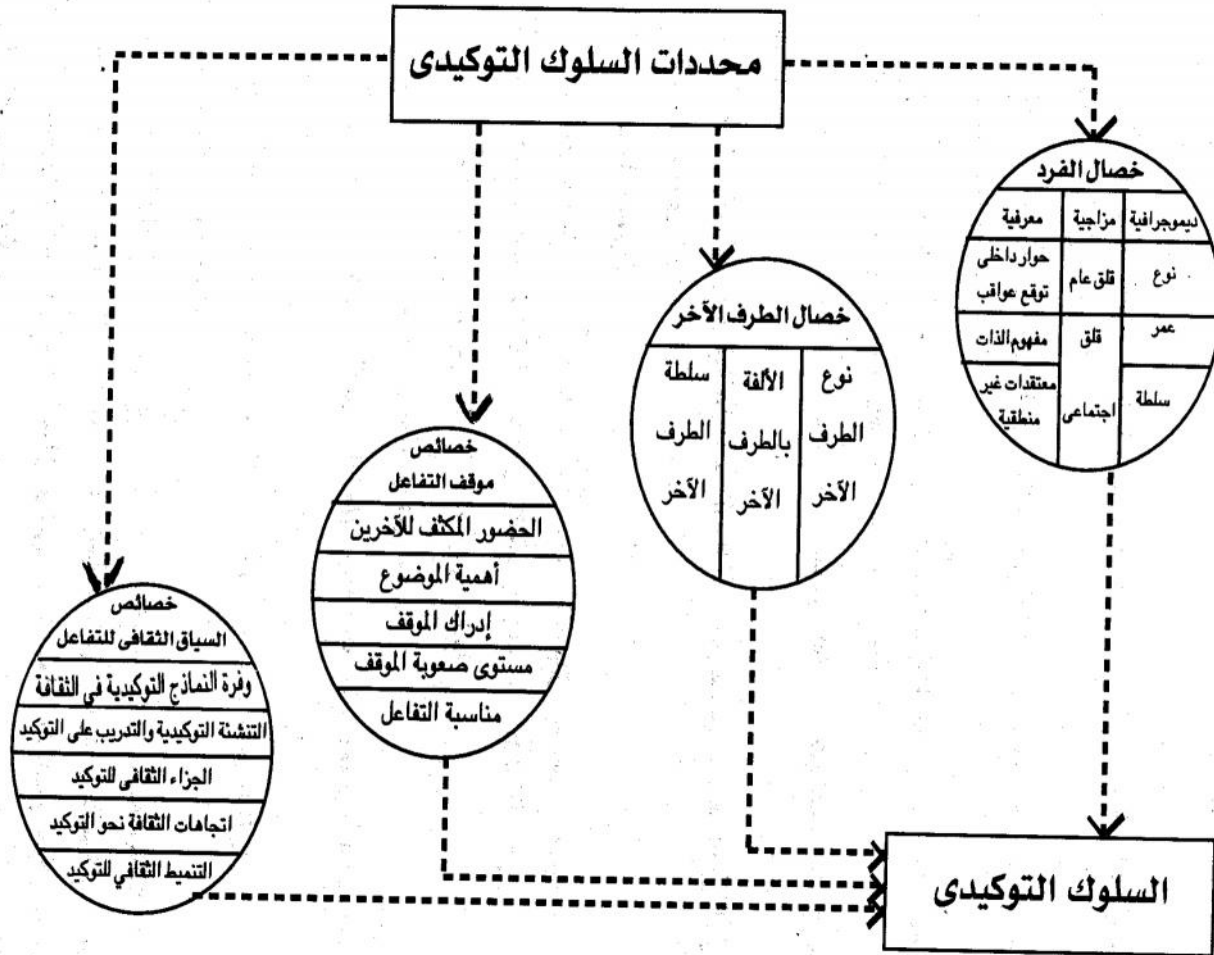
لقد قام طه عبد العظيم حسين في كتابه مهارات توكيد الذات بتقسيم هذه العوامل أو المحددات إلى مجموعات:

- المجموعة الأولى: وهي المتغيرات الديمغرافية مثل النوع، والسن، ومستوى تعليم الفرد والمستوى الاقتصادي والاجتماعي.
- المجموعة الثانية: وهي متغيرات شخصية تتضمن الجوانب الانفعالية والمعرفية للفرد وهي من العوامل الحاسمة في تحديد توكيد الذات.
- المجموعة الثالثة: متغيرات موقفية مرتبطة بخصائص المواقف الاجتماعية وطبيعتها وأهميتها وهو ما يعرف بالمتغيرات التوكيدية.
- المجموعة الرابعة: وهي متغيرات مرتبطة بالسياق الثقافي الاجتماعي وهو ما يُعرف بموقف المجتمع من التوكيدية.
- المجموعة الخامسة: متغيرات أسرية تتمثل في المعاملة الوالدية الصادرة من الآباء حيال أبنائهم والتفاعل والتواصل الأسري.
- المجموعة السادسة: وهي متغيرات مرتبطة بالأشخاص الآخرين الموجودين في مواقف التفاعل الاجتماعي، ويتضمن ذلك نوع الشخص وعمره والمركز الاجتماعي الذي يشغله (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص 47).

كما لخص طريف شوقي فرج هذه المحددات في فئات هي:

- محددات خاصة بالفرد.
- محددات خاصة بالطرف الآخر.
- محددات خاصة بالسياق الثقافي الاجتماعي.
- محددات خاصة بسياق الموقف -النوعي (طريف شوقي فرج، 2003، ص 109).

وقد لاحظ أنه بالرغم من أن لمحددات السلوك التوكيدي أهمية في تفسير نشأة الفرد وكيفية ارتقائه وأكثر إسهاماً في تشكيله إلا أنها لم تتل القسط الأكبر من العناية في الدراسات والأبحاث (طريف شوقي فرج، 2003 ، ص109).



الشكل رقم (1): محددات السلوك التوكيدي حسب طريف شوقي فرج(طريف شوقي فرج ،

2009ص89).

7- علاقة السلوك التوكيدي بالضغط:

فعالية السلوك التوكيدي في مواجهة الضغوط وآثارها كان محل اهتمام العديد من الباحثين.

وقدم العديد منهم تفسيرات لدور التوكيد المرتفع في تخفيف الضغوط المدركة وآثارها. فقدم **Joe.et al (1999)** نموذجاً تفسيرياً للعلاقة يقوم على أن مرتفعي السلوك التوكيدي يمتلكون مهارات تمكنهم من المواجهة الفعالة فتوصلت نتائج دراستهم إلى:

- انخفاض أنماط التكيف الفسيولوجي السلبي لديهم عند مواجهة مواقف ضاغطة
- يقيمون الأحداث الضاغطة كتحديات .
- لديهم تقييم داخلي للقدرات الذاتية .
- لديهم القدرة على طلب الدعم الاجتماعي .
- يتمتعون بمرونة سلوكية (قدرة على تغيير أنماط سلوكهم) للتعامل مع الموقف بشكل فوري.

- عدم الاستغراق في الموقف الضاغط .
 - لديهم شعور بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات والانفتاح على الخبرة .
- ويرى طريف شوقي أن منخفضي السلوك التوكيدي يواجهون صعوبة في التعامل مع مشكلات التفاعل الاجتماعي وتعود هذه الصعوبات إلى أن الأقل توكيداً:

- يصعب عليهم الإقضاء بما يحملون من هموم وما يشعرون من معاناة .
- يصعب عليهم رفض مطالب الآخرين ، مما يجعلهم عرضة للتورط في العديد من المشكلات .
- تضعف قدرتهم على مواجهة المشكلات بشكل مباشر .

- الخشية من مواجهة الآخرين والاعتقاد أن الآخرين سيقيمونه بصورة سلبية مما ينمي لديه الشعور بالضيق والكر.
 - صعوبة التحكم في المشاعر والانفعالات عند التعامل مع الآخرين مما يجعلهم أقل قدرة على إدراك علاقاتهم الاجتماعية.
 - صعوبة مواجهة ضغوط العمل .
- (طريف شوقي، 1998، ص 25 ص 32).
- وتوصل **Rath** (1975) إلى أن الأفراد التوكيديون أكثر ميولا للاندماج في سلوكيات مهينة للتغلب على المشكلات والضغوط ، مثل الدفاع عن الحقوق وإدارة صراعاتهم مع الآخرين بكفاءة والتعاون وتقديم العون . (Joe et al , 1999 , p,1009).
- ويشير **عبد الستار إبراهيم** (2001 ص 47، 48) إلى أن برامج التدريب التوكيدي (التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق) تستخدم حالياً على نطاق واسع لتخفيف الأعراض المرضية للضغوط المرتبطة بقصور المهارات الاجتماعية.
- ويرى **Dorothy** (1990) أن فعالية السلوك التوكيدي في تخفيف آثار الضغوط تكمن في:
- أن السلوك التوكيدي يرتبط عادة " بالشعور " بالكفاءة النفسية والإحساس بالارتياح عند التعامل مع المواقف الاجتماعية.
 - يستخدم التوكيد لمقاومة الضغوط في ضوء نموذج الكف المتبادل .
 - أن السلوك التوكيدي يزيد من مستوى تحكم الفرد في البيئة المحيطة .
 - اعتقاد الفرد بأنه ليس له الحق في قول (لا) أو طلب الدعم أو التعبير عن رأيه
- سوف يعرضه للكثير من المواقف الضاغطة بشكل أكبر من هؤلاء الذين يمارسون هذه الحقوق .

• السلوك التوكيدي يرتبط بمعرفة الفرد لحقوقه والدفاع عنها وأيضاً يعي التزاماته نحو

الآخرين ، وفشل الفرد في هذه الآليات يكون أحد العوامل المهمة في إدراك الضغوط

• تقييمهم للأحداث الخارجية لا ينطوي على الشعور

بالتهديد (Dorothy,1990,p99).

وتوصلت دراسة كل من **Elliott et Gramling** (1990) إلى أن مقاومة السلوك

التوكيدي لآثار الضغوط تكمن في أساليب المواجهة الناجحة لدى التوكيديين فهم يستخدمون أنواع مختلفة من الدعم (طلب مباشر للمساعدة ، الاتصال الجيد مع الآخرين ، العتاب ، المبادرة ، الاستجابة للنقد ، التعبير الإيجابي).

وأشارت نتائج دراسة **Massong et al** (1982) إلى استخدام الأفراد التوكيديين

لميكانيزمات

دفاع تكيفية وأكثر نضجاً في مواجهة المواقف الضاغطة وأن منخفضي التوكيد

يواجهون صعوبات اجتماعية تزيد من إحساسهم بالضغوط ويميلون عادة لتعاطي المخدرات.

وتوصلت نتائج دراسة كل من **Petrie et Rotheram** (1982) إلى أن تقدير الذات

والضبط الداخلي تعد متغيرات وسيطة تسهم في فعالية السلوك التوكيدي في تخفيض إحساس الفرد بالضغوط.

وفي المقابل يرى **Dorothy** (1990) أن السلوك التوكيدي المنخفض يعد أحد الآثار

السلوكية للضغوط (Dorothy ,1990,p103)

ومما تقدم نحصل على العديد من التأكيدات العلمية التي تؤيد أهمية تمتع الفرد بمهارات

السلوك التوكيدي في المواقف الاجتماعية في مواجهة الضغوط بأساليب فعالة ومن ثم يتجنب الفرد آثارها المرضية سواء في النواحي الفسيولوجية أو النفسية.

ومن استقراء أدبيات علم النفس في هذا المجال يتضح أن السلوك التوكيدي في صلبه مهارات اجتماعية ، وإذا علمنا أن المهارات الاجتماعية تكتسب من خلال عمليات التعليم الاجتماعي وفي إطار سياق ثقافي فإننا نلمس ضرورة وأهمية شيوع ثقافة التوكيد في بيئتنا العربية والمنتبع لهذا الموضوع يرصد اهتماما متزايدا في الثقافات الأخرى ببرامج تنمية السلوك التوكيدي لما لها من فوائد تنعكس في التفاعلات الاجتماعية والمرونة في التعامل مع الآخر و مواجهة الضغوط الاجتماعية.

خلاصة الفصل:

السلوك التوكيدي هو قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره وأفكاره وآرائه والدفاع عن حقوقه دون الضرر بحقوق الآخرين.

هذا السلوك مهارة يكتسبها الفرد من أجل تلبية حاجاته المختلفة لتحقيق التوازن والصحة النفسية. ويكتسبها الفرد من خلال الاتصال بمن حوله من الأشخاص التوكيديين أو الأنظمة التوكيدية التي تمثل أهمها الوالدين أو النظام.

الفصل الثالث

استراتيجيات المواجهة

- 1- تعريف المواجهة.
- 2- مبادئ المواجهة.
- 3- التناولات النظرية لإستراتيجيات المواجهة.
- 4- مصادر استراتيجيات المواجهة.
- 5- أنواع استراتيجيات المواجهة.
- 6- محددات استراتيجيات المواجهة.
- 7- وظائف استراتيجيات المواجهة.
- 8- فعالية استراتيجيات المواجهة.

تمهيد:

تتفاوت المواقف والوضعية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية، ولقد انصب الاهتمام حول كيفية تعامل هذا الفرد معها بشكل يضمن له التخفيف من آثارها، واكتساب مناعة ضدها، فالحديث عن مصطلح الضغط مرتبط بصفة حتمية بمصطلح التعامل (coping) فبرزت إلى الوجود الثنائية (الضغط- المواجهة).

وفي هذا الفصل سيتم التطرق إلى مفهوم المواجهة، النظريات المفسرة لها، أهم مصادر وأنواع المواجهة، وكذا محدداتها ووظائفها، وأخيرا فعالية استراتيجيات المواجهة.

1- تعريف المواجهة:

تعرف إستراتيجيات المواجهة بأنها عبارة عن الأساليب الشعورية السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الأفراد للتعامل بفعالية مع الأحداث التي يتعرضون لها في بيئتهم للتكيف معها (حسين وحسين، 2006، ص75).

حسب لازاروس Lazarus ومونات Monat (1977) المواجهة هي المجهودات المبذولة من طرف الفرد من أجل التحكم في الظروف التي تهدد أو تفوق مصادر التكيف، وهذه الظروف التي تسبب الضغط يمكن أن تكون الضرر، التهديد أو التحدي (هنا شريقي، 2002، ص 62).

تعرف المواجهة بأنها: الطرق والأساليب المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة والصعوبات التي تواجهه في حياته والتي تمثل تهديداً وضراً أو تحدياً لشخصية الفرد وهي تعني ببساطة مجموعة الأساليب التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة وذلك للتخفيف من حدة الموقف الضاغط وخفض الانفعالات السلبية التي تتولد عنه (حسين وحسين، 2006، ص84).

2- مبادئ المواجهة:

يستخدم الناس الذين يتعاملون مع الإرهاق بنجاح في العادة الاستراتيجيات الثابتة وهي ترفع من فرصها للنجاح إلى أقصى حد.

• المبدأ الأول:

يتمثل في الاستجابة الفاعلية ينبغي فيه الإنسان مواجهة مسببات الإرهاق من خلال التعرف المباشر.

• المبدأ الثاني:

يتمثل في الإدارة الذكية للموقف ويعتبر فيه إيجاد السرعة الذاتية وعدم إنقال الكاهل بأعباء كثيرة وقول انتظر وهي طرق ممتازة للتخفيف من الإرهاق.

- **المبدأ الثالث:**

يتمثل في تنظيم الإرهاق ويستطيع الإنسان تحمل المعلومات المرهقة على صراعات بشكل أفضل وبعوامل زمنية مناسبة.

- **المبدأ الرابع:**

يتمثل في تحديد الأولويات ويمكن فيها التميز بين أولويات قصيرة وبعيدة المدى ووضع برنامج مرن وواقعي للتعرف.

- **المبدأ الخامس:**

يتمثل في بناء التواصل ويمكن فيه التواصل أن يساعد في أوقات الإرهاق على تحديد الأولويات وعلى اتخاذ القرارات.

- **المبدأ السادس:**

يتمثل في عدم الاستسلام والاعتماد على الآخرين وفيه يمكن للمساندة الإنسانية أن تخفف من المواقف والأحداث المرهقة وممارسة تأثير قوى علينا.

- **المبدأ السابع:**

يتمثل في النمط (أ) من السلوك والإرهاق وهو عبارة عن مركب من الانفعالات وأنماط التعرف تظهر لدى الأشخاص العارفين بشكل عدواني في السعي الدائم والمزمن نحو إنجازا الكثير دائماً في وقت متزايد وضيق . حتى ولو كان ذلك ضد مقاومة الأشياء والأشخاص إذا دعت الضرورة (رضوان، 2006، ص150-151).

3 - التناولات النظرية لإستراتيجيات المواجهة:

3-1 النموذج الحيواني:

يستند هذا النموذج إلى البحوث التجريبية التي أقيمت على الحيوانات، فهو متأثر إلى حد كبير بالفكر الدرويني حول مبدأ الصراع من أجل البقاء. ومصطلح المواجهة يستخدم

للدلالة على ميكانيزمات التكيف، يستعمله الفرد ضد التهديدات الخارجية أو الدفاع ضد الانفعالات الداخلية باستخدام ميكانيزمات التجنب أو الهروب في حالة الخوف أو ميكانيزمات الهجوم في حالة الغضب (أزرق فاطمة الزهراء، 1997، ص 44).

ويحدد هذا النموذج استراتيجيات المواجهة باستجابتين سلوكيتين فطرية و مكتسبة لمواجهة الخطر، تظهر فعاليتها في مدى التحكم في الوضعية و التقليل من النشاط الفيزيولوجي الناتج عنها (I.Paulhan et all, 1998, p 42).

وفي هذا الصدد يرى كل من فولكمان ولازاروس (1984) أن البحوث التي تستند على النموذج الحيواني ترتكز أساسا على ما بين السلوك التجنبي أو سلوك التقادي وعلى سلوك الهروب أو الفرار (أزرق فاطمة الزهراء، 1997، ص 45).

3-2 النظرية التحليلية:

إن أصحاب مدرسة التحليل النفسي أو سيكولوجية الأنا ترى أن المواجهة عبارة عن ميكانيزمات الأنا (دليلة عيطور، 1997، ص 126).

بمعنى أن المواجهة اعتبرت كمجموعة من العمليات اللاشعورية التي تهدف إلى تخفيف أو حذف كل ما يمكن أن يسبب تطور القلق. ويمكن تلخيص الأفكار الأساسية لدراسات المواجهة من وجهة نظر التحليلية النفسية فيما يلي:

إن الدفاع وما يرتبط به من علاقات عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات، ويمكن لهذا الصراع أن يتكون من مطالب وطموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي أو من تهديدات

المحيط، ويفترض هنا أن القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الآليات (سامر جميل رضوان، 2002، ص 162).

3-3 النظرية الاجتماعية:

اهتم علم النفس الاجتماعي بدراسة أساليب المواجهة انطلاقاً من إحساس الفرد بالنقص، بحيث يؤثر هذا الشعور في سلوك الفرد بشدة في العصر الحاضر. وهو يتميز بنوعين من التصرفات تقبل أو رفض الواقع، يتحقق هذا الرفض أو التقبل في استراتيجيات عدة تتعلق بقدرات الفرد ودرجة طموحه وبالمكتسبات الاجتماعية والوفاء للجماعة وأفرادها. ومن بين الأساليب الدفاعية الاجتماعية:

3-3-1 التطابق:

وهو سلوك يوحي إلى تطابق الفرد مع القيم الاجتماعية الخاصة بالبيئة وهذا دون نقد وإعادة النظر فيها، يهدف هذا السلوك إلى إرضاء الآخرين ولا يتظاهر الفرد بسلوك يناقض السلوك المتفق عليه.

3-3-2 الهروب:

يتميز هذا السلوك بالانسحاب ورفض التحدي والاستسلام بواسطة هذا الأسلوب الدفاعي يبتعد الفرد عن المقارنة بالغير، ويتجنب الألم وانخفاض تقدير الذات، يسمح له هذا التجنب الحفاظ على الصورة الايجابية التي يملكها حول نفسه، والتي تهددها المقارنة بالغير.

3-3-3 سد العجز:

يسعى الفرد في حالة ظهور عجز ما إلى تجاوز العائق، وهذا بمحاولة الوصول إلى مستوى الآخرين.

3-3-4 التعويض:

يدخل الفرد عوامل جديدة لتقييم الأشياء، ومقارنتها ويسعى إلى فرضها في الجماعة وجعلها مقبولة من طرف الآخرين.

فحسب النظرية الاجتماعية تهدف أساليب التعامل إلى مواجهة التهديدات الخارجية، فالمحيط يمثل تهديد للفرد ويجعله يقارن نفسه وقدراته وتوافقه مع الآخرين (دليلة عيطور، 1997، ص 126).

4- النظرية المعرفية:

تعد استراتيجيات المواجهة وفقاً للمنظور المعرفي مجموعة السلوكيات المكتسبة عن طريق مواجهة التحديات والتي يستعملها الفرد في وضعيات الضغط، بهذا فهي عبارة عن نشاط فكري معرفي وسلوكي هادف، يوظف قدرات الفرد بغية التوافق مع المثيرات المهددة. ومن أشهر النماذج المعرفية للمواجهة نظرية لازاروس الذي يتناول استراتيجيات المواجهة على أساس تداخل المتغيرات وتفاعلها فردية كانت أو محيطية وهو يهدف من دراسته إلى كيفية بناء الفرد للمحيط وتقييمه للتأثيرات الفردية والمحيطية وكيفية مواجهتها (دليلة عيطور، 1997، ص 129).

رغم اختلاف هذه النظريات من حيث طريقة تفسير كل منها لمصطلح المواجهة، فإن لها هدف واحد ومبدأ مشترك وهو خفض التوتر والوصول إلى الراحة النفسية.

5. مصادر استراتيجيات المواجهة:

إن الطرق التي يتبعها الأشخاص متعلقة جداً بالموارد (المصادر) التي يمتلكونها وبالمصاعب التي تمنع استعمال هذه الموارد في الوضعيات المعاشية، إجمالاً يمكن القول أن للمواجهة نوعين من المصادر وإن لكل منهما مؤثراً هاماً في سلوك المواجهة:

أولاً : المواجهة الشخصية:

وهي تتمثل في مركز الضبط وتقدير الذات وفعالية الذات وانخفاض العصابية.

ثانياً : المواجهة البيئية:

وهي تضم المساندة الاجتماعية وترتبط بجوانب البيئة الاجتماعية والمادية (حسين وحسين، 2006، ص80).

وللقول أن للشخص موارد جيدة فهذا يعني أن لديه موارد كثيرة، وهو يجيد استعمالها لمواجهة المتطلبات، فكلمة مورد أو مصدر تعني ما يعتمد عليه الفرد في تشغيل عملية المواجهة ومن هذه المصادر نجد:

1-5 المصادر الجسمية:

تضم الصحة والطاقة، فالشخص الذي يعاني من المرض والإجهاد لا يتوفر على الطاقة اللازمة للتعامل ضد وضعية ضغط معينة، فالأشخاص يمكنهم المواجهة بصفة جيدة أمام وضعيات الضغط النفسي باستثناء الذين يعانون من الأمراض والذين لا يملكون طاقة أو قوة كافية لمواجهة ذلك الضغط.

2-5 المصادر السيكولوجية:

تشكل الاعتقادات الايجابية منبعاً بالغ الأهمية بالنسبة للمواجهة ، و لكن كما أشار كل من فولكمان ولازاروس فإنه في بعض الحالات تكون بعض الاعتقادات الايجابية عائقاً وليس منبعاً للمواجهة، وكمثال على هذا النوع من الاعتقادات هناك الاعتقاد بوجود العقاب الإلهي مما يجعل الفرد يتقبل الوضعيات المؤلمة كعقاب من طرف الخالق. وبالمقابل فإن الاعتقاد بنقص الكفاءة وعدم وجود أي قدرة على التحكم في وضعية ما، أو الاعتقاد بعدم فعالية إستراتيجية ما يمكن أن يثبط من عزيمة الشخص في بذل الجهود التي تتطلبها عملية المواجهة بخصوص إيجاد حل لمشكلة ما (محمد السيد عبد الرحمان، 1999، ص 296-297).

3-5 الكفاءات و المهارات:

1-3-5 مهارات حل المشكل:

يلخص كل من جاني Janis ومان Man خصائص ومهارات حل المشكل في النقاط

التالية:

✓ قدرة البحث عن المعلومات.

✓ تحليل الوضعيات لإيجاد طرق جديدة للتعامل مع المشكل.

✓ انتقاء الطرق البديلة الأكثر ملائمة وفعالية لحل المشكل.

✓ تنفيذ الخطة للقيام بالنشاط (حل المشكل).

2-3-5 مهارات اجتماعية:

هي الأخرى تشكل مصدراً هاماً من مصادر استراتيجيات المواجهة مع الضغط، إذ توفر هذه المهارات للفرد القدرة على الاتصال الجيد والتصرف مع الآخرين بطرق أكثر توافقاً و تكيفاً اجتماعياً، لهذا يرى كل من لازاروس وفولكمان بخصوص هذه المهارات أنها تسهل عملية حل المشكل الذي يتعرض له الفرد في علاقاته مع الآخرين وتزيد من احتمال قدرته على التعامل مع الضغوط، كما تعطي له بصفة عامة تحكماً ذاتياً كبيراً من خلال التفاعلات الاجتماعية (أزروق فاطمة الزهراء ، 1997، ص 63).

6 - أنواع استراتيجيات المواجهة:

هناك عدة استراتيجيات لمواجهة الضغط تختلف من وضعية ضاغطة لأخرى غير

أنه هناك نوعين أساسيين هما:

1-6 استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكل:

يتمثل هذا النوع من الاستراتيجيات في تلك المجهودات المعرفية و السلوكية التي يقوم

بها الفرد لتغيير الوضعية الضاغطة والتكيف معها (N.Gustave, 2003, p 64). بحيث

يسعى الفرد لتغيير الموقف وذلك لغرض تعديله أو استيعاب مصدر الضغط وكذلك بمواجهة الآثار الملموسة للمشكلة (محمد السيد عبد الرحمان، 1999، ص 216).

ويشير كل من لازاروس وفولكمان إلى أن الأشكال المعرفية الخاصة باستراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكل والتي يلجأ الفرد إلى استعمالها إزاء الوضعيات الحياتية المختلفة تكون بدرجة أقل إذا ما قورنت بعدد الأشكال أو الاستراتيجيات المرتكزة على الانفعال (هناء شريقي، 2002، ص 68-69).

فجهود الفرد تتجه نحو:

- التعرف على المشكل و تحديده.
- البحث عن الحلول المناسبة.
- تقديم هذه الحلول.
- اختيار الحل المناسب.
- تقديم النتائج (دليلة عيطور، 1997، ص 132).

لقد أشار كل من Kahn et al (1964) أن هناك مجموعتين كبيرتين من الاستراتيجيات الموجهة نحو المشكل، احدهما موجهة نحو المحيط وتهدف إلى تعديل وتغيير كل من الضغوطات المحيطية، أما الاستراتيجيات الأخرى فهي موجهة نحو الذات وتعمل على تقييم مستوى الطموح وتقليص المتطلبات.

ومن الاستراتيجيات التي يضمها هذا النوع:

6-1-1 البحث عن المعلومات أو طلب النصيحة:

أي البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو التوجيه من شخص مسؤول والتحدث مع شخص آخر كالزوجة أو الأصدقاء أو الأقارب وطلب المساعدة من شخص ما.

6-1-2 اتخاذ إجراء حل المشكلة:

وتشمل إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف محدد لمواجهة الموقف وتعلم مهارات جديدة موجّهة نحو المشكلة.

6-1-3 تطوير مكافآت بديلة:

عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة كبناء علاقات اجتماعية وتنمية وجهة ذاتية واستقلالاً ذاتياً أكبر (محمد السيد عبد الرحمان، 1999، ص 276).

6-2 استراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال:

وهي تشمل مختلف المحاولات التي يتخذها الفرد لمواجهة حالة الضغط الانفعالي التي تسببها الوضعية الضاغطة (N.Gustave, 2003, p 66).

وهي تضم استراتيجيات عديدة منها:

- التجنب: البحث عن الراحة باللجوء إلى تناول المخدرات مثلاً.
- انخفاض تقدير خطر الصدمة ونتائجها.
- المبالغة وفقدان الأمل.
- التفكير السحري: التفكير أن ذلك لم يحدث فعلاً و الرغبة في حدوث معجزة.
- لوم الذات. (B.Quintard et all, 2001, p 190-191).

وبصفة عامة لخصت هذه الاستراتيجيات على أنها:

6-2-1 أساليب تهدف إلى التخفيف من شدة الانفعال:

وتشمل على سلوكيات الفرد وتصرفاته الهادفة إلى التقليل من أهمية الحادث، كالانسحاب أو تحويل انتباه الفرد من السبب المهدد إلى مواضيع أخرى، ويعد هذا الأسلوب ذو فعالية مؤقتة.

6-2-2 أساليب ترفع من شدة الانفعال:

يسعى الفرد في بعض الحالات إلى استعمال الأساليب الدفاعية الرافعة من شدة الانفعال كتأنيب الذات أو معاقبتها، حيث يشعر الفرد بهذا النوع من الإحساس الضروري له حتى يتجدد لمواجهة الحدث.

6-2-3 أساليب تهدف لإعادة تقييم الحدث:

وهذا بإعادة تقييم موضوع الحدث وتغيير معناه بغية تجنب الضغوط الناجمة عنه، وهذه الأساليب تهدف إلى التخفيف من مستوى التهديد والضغط وتقوم هذه الأساليب على الرفض الشكلي للواقع، أو اعتبار جانب منه ايجابيا والتركيز على هذا الأخير (دليلة عيطور، 1997، ص 131).

إن الاستراتيجيات المرتكزة على الانفعال تظهر أثر غير مستحب ومع ذلك ففعالية استراتيجيات المواجهة هي نسبية، ووظيفة هذه الاستراتيجيات تتوقف أيضا على خصائص الشخصية (سمات الشخصية، سيرورة التقييم)، وتتوقف أيضا على خصائص الوضعية الضاغطة (B.Quintard et all, 2001, p 191).

7- محددات استراتيجيات المواجهة:

من بين العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة مع الضغط هناك:

7-1 التقييم المعرفي:

سياق معرفي يقيم من خلاله الفرد إلى أي حد يمكن لوضعية ما أن تهدد راحته، وما هي موارد استراتيجيات المواجهة مع الضغط الممكنة لمواجهةها.

ويميز لازاروس وفولكمان (1984) بين نوعين من التقييمات:

• التقييم الأولي: الذي يحكم على وضعية ما إذا كانت مهددة للفرد الموجود فيها أم لا.

• التقييم الثانوي: الذي يعمل على تقويم الوسائل البديلة لمواجهة الخطر المدرك (علي ماضي، 1991، ص 245).

7-2 خصائص الشخصية:

تتدخل خصائص الشخصية بما في ذلك:

7-2-1 الاعتقادات:

إن الاعتقادات حسب وروبال Wrebel وآخرون (1981) عبارة عن أفكار مسبقة عند الفرد، وتكون هذه الأخيرة بمثابة مرآة يدرك من خلالها الواقع، وهي تنقسم إلى قسمين: الاعتقادات العامة: مثل الاعتقادات الدينية أين يصبح للحادث معناً قديماً يجب تقبله. الاعتقادات الخاصة: مثل الاعتقادات الشخصية كاعتقاد الشخص حول إمكانيته في التحكم في الحوادث.

7-2-2 التحكم:

هو متغير من متغيرات الشخصية، ويكون فيها التحكم على افتراض مفاده أن الطريقة التي يسلكها الفرد تتأثر إلى حد بعيد بما يدرك من علاقات سببية بين السلوك وتوابعه، وبالتالي يسلك في ضوء إدراكه لهذه العلاقات سلوكيات يرجع نجاحها أو فشلها إلى أسباب خارجية عنه، فيقال عنهم ذوي مركز تحكم خارجي. أما الأشخاص من ذوي التحكم الداخلي فهم ينسبون نجاحهم أو فشلهم إلى عوامل داخلية تتعلق بهم مثل الذكاء، الجهد والمقدرة (هدى كشرود، 2003، ص 80).

7-2-3 الالتزامات:

يرى كل من لازاروس وفولكمان (1984) أن الالتزامات تعبر عن ما هو مهم بالنسبة للفرد، وما يعنيه ذلك الشيء المهم بالنسبة له، ويضيف الباحثون أن الالتزامات تشكل القاعدة التي يستند عليها الأشخاص للمحافظة على قيمهم المثالية وتحقيق الهدف المرغوب منها.

كما أن هناك نماذج من الالتزامات، أي هناك بعض السلوكيات تتطلب درجة عالية من الالتزامات، في حين لا يتطلب بعضها الآخر إلا درجة منخفضة من الالتزام (أزروق فاطمة الزهراء، 1997، ص34).

7-2-4 الحصر - كسمة:

إن سمة الحصر هو ميل عام لإدراك المواقف بشكل مهدد، فالأشخاص الذين يتسمون بالحصر المنخفض يدركون المواقف أو الحوادث الضاغطة على أنها أقل تهديداً، كما لديهم القدرة على التحكم مقارنة بالأشخاص الذين يتسمون بحصر مرتفع.

7-2-5 السن:

لقد أثبتت الدراسات أن استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط مرتبط أيضاً بالسن، فقد وجد **موس Moos** و **شيفر Schefer** أن كل فئة عمرية لها رد فعل معين اتجاه حادثة معينة مثلاً طلاق الوالدين. فالأطفال تحت سن المدرسة من المحتمل أن يشعروا بالحيرة والارتباك والإنهاك والأفكار الخيالية. في حين أن الأطفال من عمر المدرسة يميلون نحو الشعور بالمسؤولية في حين أن المراهقين يكونون أكثر تحملاً لخبرات ومشاعر انهيار استقرار الأسرة والمعاناة، ولدى الراشدين وجد **فولكمان** وآخرون أنهم كانوا أكثر احتمالاً للاعتماد على التعامل الإقدامي المعرفي خاصة إعادة التقييم المعرفي، وكذلك أكثر احتمالاً لاستخدام استراتيجيات التجنب، كما أنهم أقل احتمالاً لاستخدام استراتيجيات المواجهة السلوكية مثل البحث عن المساندة الاجتماعية.

7-3 الموارد الاجتماعية:

وهي تشير إلى المحيط العائلي، الأصدقاء، وزملاء العمل الذين يساعدون الفرد في وقت الحاجة. فقد بينت الأبحاث أن المستوى المتدني للمساندة الاجتماعية في حياة الفرد يعتبر عاملاً مهماً لتفاقم الوضعية الضاغطة، في حين يساعد المستوى المرتفع للسند الاجتماعي على التحكم في الوضعية، وقد بينت أبحاث **هلهان Halhan** و **موس Moos**

(1987) أن افتقار الفرد للمحيط العائلي يجعله يميل إلى استعمال استراتيجيات التجنب واستراتيجيات مرتكزة على الانفعال بصورة أكبر من الفرد الذي يتمتع بمستوى عالي من المساندة العائلية (هدى كشرود، 2003، ص 81-82).

8- وظائف استراتيجيات المواجهة:

تناول العديد من الباحثين الوظائف المتعددة للمواجهة انطلاقاً من التصور الخاص لمفهوم المواجهة في حد ذاتها.

1-8 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب رايت Write (1974):

تحدث عن ثلاثة أنواع من الوظائف هي:

- ضمان تأمين معلومات كافية وملائمة حول المحيط والبيئة.
- الحفاظ على استقلالية أو حرية الحركة، وحرية التصرف في استعمال رصيد المعلومات بطريقة مرنة.
- الحفاظ على الشروط الأساسية لعمليتي الأداء وانتقاء المعلومات.

2-8 حسب Mechaniss (1974):

يرى ميشانيس أن استراتيجيات المواجهة تحتوي على ثلاثة وظائف هي:

- مواجهة المتطلبات الاجتماعية و البيئية.
- تحديد التجارب المولدة للضغط الشديد.
- معالجة الضغط.

3-8 حسب Pearlين و Schooler (1978):

حسب هذان الباحثان هناك ثلاثة أنواع من الوظائف وهي:

• إحداث تغيير في الوضعية التي تكثر أو تزداد فيها التجارب الباعثة على التوتر الشديد.

• تحديد التجارب المولدة للضغط الشديد.

• معالجة الضغط.

8-4 حسب لازاروس و فولكمان:

توصلا في دراسة قاما بها إلى أن استراتيجيات المواجهة تحتوي على وظيفتين رئيسيتين هما:

- تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة وفيها يتم الاعتماد على استراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال.
- معالجة المشكل المسبب للكآبة، أي الاعتماد على استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكل (أزروق فاطمة الزهراء، 1997، ص 51-52).

9 - فعالية استراتيجيات المواجهة:

من خلال الأعمال والأبحاث التي أقيمت من طرف لازاروس وفولكمان سنة (1984) وريفولي **Rivoler** (1989) وديماتيوه **Dimatteo** سنة (1991) لتحديد معايير فعالية استراتيجيات مواجهة الضغط، فتوصل هؤلاء إلى أنه كلما سمحت الاستراتيجية المستعملة بالتحكم أو التخفيف من تأثير العدوان على الصحة الجسمية والنفسية للفرد كلما كانت فعالة ومناسبة لمواجهة الموقف. ويمكن تلخيص فعالية المواجهة في وظيفتين هما:

• ضبط مشاعر الحزن والمعاناة والضرر، وهو دور استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال.

• معالجة المشكل مصدر المعاناة والضرر، وهو دور استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل.

وتتوقف وظيفة المواجهة على الوظيفتين معا، فالشخص الذي ينجح في حل مشكل ما ولكن على حساب طاقة انفعالية ضخمة لا يمكن اعتبار تعامله مع الضغط فعالا، فقد قدم العالمان مان Mann وجونيس Junis مثالا على أحد الأبناء الذي يقرر وضع والديه في مؤسسة لرعاية المسنين، فهذا القرار حسب الباحثان يكون بمثابة حل جديد وفعال لمثل هذه الوضعية، لكن الابن حينما يغادر المؤسسة يحمل في نفسه شعور بالذنب والإثم، وحتى يكون تعامله مع الموقف في مستوى الفعالية عليه أن يتوصل بنجاح إلى معالجة المشاعر السلبية، وهذا لا يعني بالضرورة حسب هذان الباحثان أن المشاعر الايجابية تكون مواجهة فعالة، مثل الشخص الذي يملك القدرة على ضبط انفعالاته بصفة ناجحة دون أن يتمكن من مواجهة مصدر المشكل مباشرة (أزروق فاطمة الزهراء، 1997، ص 55-56).

خلاصة الفصل:

بما أن الأفراد يختلفون في طبيعتهم وشخصياتهم فإنهم يختلفون في مواجهة مشاكلهم، فالفرد يواجه الموقف استناداً إلى كيفية إدراكه له، وهذا من خلال تقييمه وتحكمه في الموقف، فكل طريقته الخاصة والمميزة التي تجعله يتبنى استراتيجية معينة بدقة أكثر من الأخرى، ولكن رغم هذا الاختلاف في الاستراتيجيات إلا أن لها هدف واحد ومبدأ مشترك ألا وهو خفض التوتر والوصول بالفرد إلى الراحة النفسية.

الفصل الرابع

القصور الكلوي المزمن

- 1- الجهاز البولي و الكلية
- 2- تعريف الكلية، موقعها وقياساتها
- 3- البنية التشريحية للكلية
- 4- وظائف الكلية
- 5- القصور الكلوي
- 6- تعريف القصور الكلوي
- 7- تشخيص مرض القصور الكلوي
- 8- أنواع القصور الكلوي
- 9- أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن
- 10- الآثار الناتجة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن
- 11- علاج مرض القصور الكلوي المزمن

تمهيد:

يعد القصور الكلوي المزمن من الأمراض المنتشرة في العالم وهو مرض شاق ومؤثر على صحة المريض وحياته النفسية والاجتماعية فهو كغيره من الأمراض المزمنة التي تؤثر في جميع نواحي الحياة.

إن نسبة الإصابة بهذا المرض في تزايد مستمر وتقدر ب 50 إلى 60 شخص في كل مليون شخص، وفي الجزائر تشير الإحصائيات إلى تسجيل 3500 حالة جديدة كل سنة ومليون و500 حالة مصابة تقوم منها 13000 حالة بالتنصيف هذه العملية التي تعد معاناة حقيقية يعيشها المريض باستمرار، إذ أن عجز الكلية وقصورها يؤدي إلى تراكم السموم والفضلات في الجسم ويعرض المريض لخطر الموت بسبب فقدانه لوظيفة حيوية، وهو الأمر الذي يجعله يعيش حالة حداد لأنه حتى هذا العلاج المتمثل في التنصيف هو علاج لا يشفي بل يساعد فقط على التعايش مع المرض ويذكر بالفقدان النهائي للكلية (رشيد رزقي، ص، 83).

1 - الجهاز البولي و الكلية:

يؤمن الجهاز البولي وظيفة هامة للجسم هي الإطراح التي تؤدي إلى إحداث التوازن داخل الجسم بتخليص الدم من السموم والشوائب وطرحها خارج الجسم مع استعادة الجزيئات التي يستفيد منها. ويتكون هذا الجهاز من الكليتين والحالبين والمثانة وقناة مجرى البول التي سوف نشرحها من خلال هذا الجزء.

1-1 الجهاز البولي:

يتكون الجهاز البولي من العناصر التالية:

الكليتان:

عبارة عن زوج (كليتان يمنى ويسرى) وهما عضوان بالغاً الأهمية في جسم الإنسان نظراً للوظائف الهامة التي تؤديها، فهي تلعب دور الغدة الصماء بإفرازاتها المختلفة بالإضافة إلى دورها في إحداث التوازن الداخلي للجسم (زهير الكرمي، 1988 ، ص76).

1-2 الحالبان:

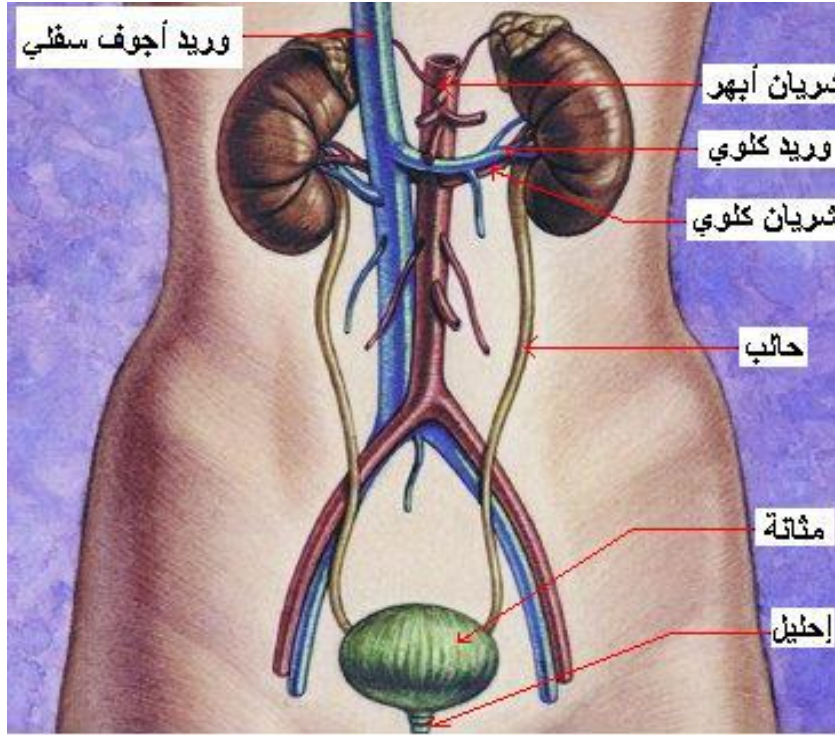
عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 25 سم ويخرج كل حالب من سرة الكلية ويمتد إلى الأسفل حتى يصل إلى المثانة ، ويفتح فيها بفتحة ضيقة مائلة تسمح للبول بالمرور إلى المثانة وتمنعه من الرجوع إلى الحالب عند امتلاء المثانة.

1-3 المثانة:

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

1-4 قناة مجرى البول (الإحليل):

هي قناة تتصل بالمثانة وتفتح إلى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى وفتحة مشتركة مع القناة القاذفة للمني في حالة الذكر (زهير الكرمي، 1988 ، ص76).



الشكل رقم (2): الجهاز البولي.

2- الكليتان :

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

تعريف الكلية، موقعها وقياساتها :

عبارة عن زوج (كليتان يمنى ويسرى) توجدان في كيسين ليفيين وهما محاطتان بمقدار من الدهن ومعلقتان بالظهر من خلال ارتباط وثيق بواسطة نسيج رابط، وللكلية غشاءان احدهما خارجي مكون من الدهون لوقاية الكلية من الصدمات الخارجية والثاني داخلي مكون

من النسيج الليفي كما يتكون جسم الكلية من طبقتين تدعى الخارجية منها قشرة الكلية، أما الداخلية فتسمى بنخاع الكلية، والشريان الكلوي يتفرع داخل القشرة إلى فروع كثيرة جدا تكون حزما تسمى حزم الكلية ولكل حزمة شريان للاستيراد وآخر للتصدير وكل حزمة محاطة بقمع تمتد منه قناة بولية (أمين رويحة، 1972، ص 40).

تقع الكليتان تحت الحجاب الحاجز إلى جانبي العمود الفقري، ونلاحظ أن الكلية اليمنى اخفض بقليل من الكلية اليسرى لوجود الكبد، والكلية تشبه حبة الفاصوليا، إذ أن سطحها الخارجي محدب والسطح الداخلي مقعر ويعرف بالسرة التي يدخل إليها الشريان الكلوي الذي يحمل الدم المؤكسد لتغذية الكلية والذي يتفرع منه الأورطي ويخرج منها الوريد الكلوي الذي يجمع الدم غير المؤكسد من الكلية ويصب في الوريد الأجوف السفلي، كما يخرج منها الحالب، ويوجد أعلى كل كلية غدة هي الغدة الكظرية (زهير الكرمي، 1988، ص 77).

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

-الطول من 12 إلى 15 سم

-العرض من 7 إلى 8 سم

-السمك من 4 إلى 5 سم

-الوزن من 120 غ إلى 200 غ عند الشخص البالغ (Bruno Moulin 2005.p19).

3- البنية التشريحية للكلية:

تتكون الكلية من طبقة خارجية تسمى القشرة و طبقة ملساء تدعى النخاع.

(كما هو موضح في الصورة)

البولية التي تخرج بدورها من جسم مالبيجي وهكذا تسير الأنابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات هرمية الشكل (زهير الكرمي، 1988 ، ص77).

القشرة يتراوح سمكها حسب الأفراد من 1 إلى 5 مم خالية من النهايات العصبية ويصلها التنبيه من أحد هرمونات الغدة النخامية وهو الـ (ACTH).
تفرز القشرة ثلاثة أنواع من الهرمونات:

- ❖ الكورتيزول والكورتيزون: يلعبان دورا في عمليات الهدم و البناء و رفع نسبة السكر في الدم و كذا رفع ضغط الدم وخفض المناعة الخلطية.
- ❖ الألدوستيرون: يراقب نسبة البوتاسيوم و الصوديوم في الدم.
- ❖ الأندروجينات: مجموعة من الهرمونات الشبيهة بالهرمونات الجنسية تعمل على استثارة النشاط الجنسي غير أن آثارها لا تظهر إلا في الحالات المرضية. (أحمد عكاشة، 2005، ص 159).

وعلى العموم لديها أدوار مشتركة تتمثل فيم يلي:

- تؤثر على عمل الجهاز السمبثاوي.
- تساعد الفرد على مقاومة العوامل الضارة أو تلك التي تؤثر سلبا على حالة الجسم مثل البرد والحرارة والحروق والإرهاق والامتناع عن الأكل والعوامل الكيميائية والخدوش وتعمل هذه الهرمونات في مثل هذه الحالات على المحافظة على تركيز السكر في الدم (رمضان محمد القذافي، 2009، ص 110).

3-2- النخاع:

عبارة عن لب الكلية لونه احمر يتكون من مجموعة من الأهرامات الصغيرة والتي تتجه قاعدتها نحو المحيط ويخرج منها البول لينزل في حوض الكلية وهو الفراغ الذي يتصل بقناة البول (الحالب) حيث تتفتح هذه الأنابيب في قمم الأهرامات.

يمثل الجزء الرئيسي من النخاع في الغدد الأدرينالية. وهو ينتج هرمونين لهما تأثير عصبي هما الأدرينالين بنسبة 80 % وهرمون النورأدرينالين بنسبة 20% الذي يعمل بشكل مشابه لتأثير الجهاز السمبثاوي في حالات الإنفعال الشديد. ويعمل كل من الأدرينالين والنورأدرينالين كموصلات عصبية (رمضان محمد القذافي، 2009، ص 110)

على العموم يؤدي نقص إفرازات القشرة إلى الشعور بالهزال بسبب انخفاض معدل السكر في الدم وضعف العضلات ونقص السوائل في الجسم وانخفاض ضغط الدم والشعور بالاكنتاب والسلبية والخمول العقلي. وتؤدي زيادة إفرازات القشرة إلى تراكم الدهون في الجسم وإلى تقوس الظهر وتضخم البطن وصعوبة إلتام الجروح ونمو أعضاء الجهاز التناسلي مبكرا.

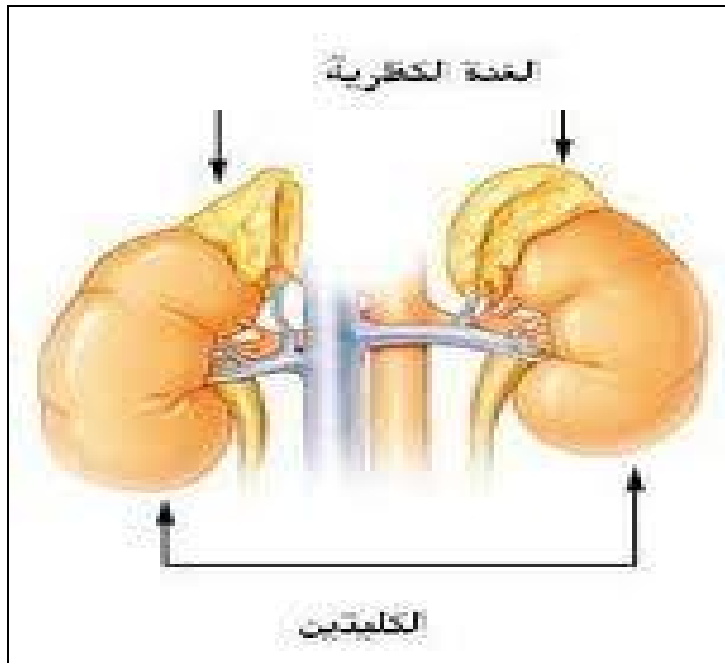
أما زيادة إفرازات النخاع يؤدي إلى ظهور أعراض القلق النفسي والتوتر على المصاب وإلى زيادة سرعات دقات القلب و شحوب اللون وزيادة معدل السكر في الدم (رمضان محمد القذافي ، 2009 ، ص 112).

3-3- حوض الكلية:

عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر ويعتبر جزءا من الحالب لاتصاله به وتصب فيه الأنابيب البولية (زهير الكرمي، 1988 ، ص77).

3-4- الغدتان الكظريتان:

وهما غدتان صغيرتان تقعان بالقرب من الكلى و يطلق عليهما أحيانا الغدد فوق الكلوية لوقوعهما فوق الكليتين أو الغدة الكظرية أو الأدرينالية. يتراوح وزن الغدة الكظرية من 15 إلى 20 غ و تتكون كل غدة من جزئين هما القشرة والنخاع.

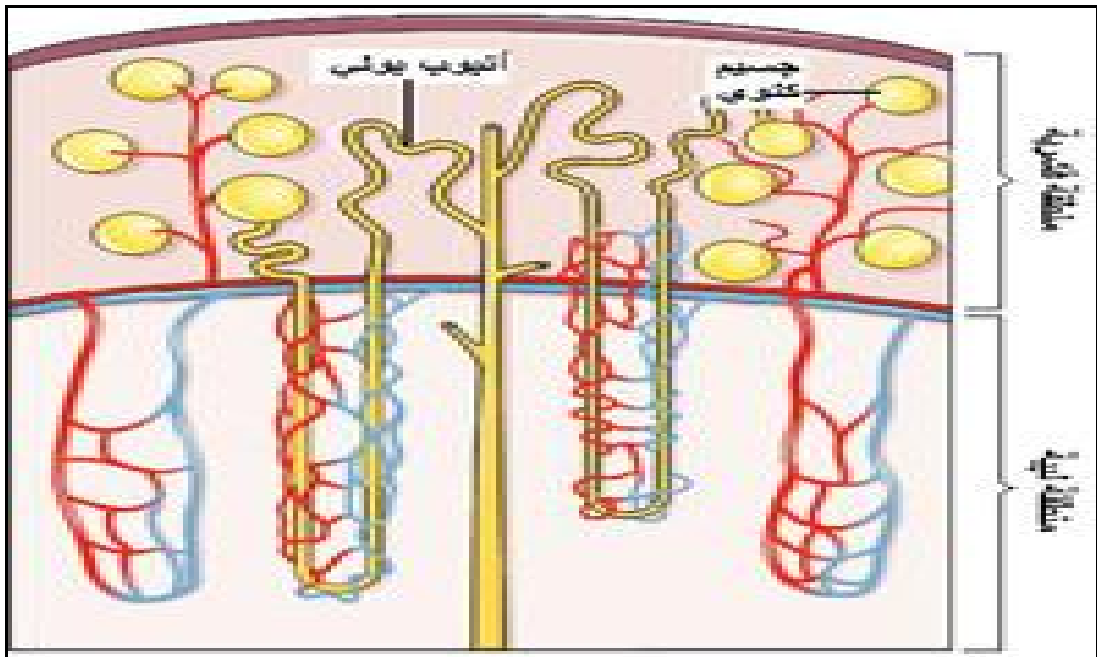


الشكل رقم (4): الغدتان الكظريتان

3-5 الوحدة الكلوية:

الوحدة الوظيفية للكلية هي النيفرونات (الأنابيب البولية) و التي تتجمع لتشكّل أهرامات Malpigi . يصل عددها في الكلية الواحدة إلى مليون أو مليون ونصف نفرون، وتجري في النيفرونات عملية تشكّل البول، أما الكبيبة الكلوية التي تتمثل وظيفتها في تصفية الدم فتتكون من مجموعة من الأوعية الدموية التي تحيط بها محفظة بومان وهي تتألف من

صفيحتين داخلية وخارجية، تتكون الداخلية منها من خلايا مستوية ورقيقة جدا، في حين تتحول الصفيحة الخارجية إلى قناة النفرون البولية أو الأنبوب البولي و نلاحظ في هذه القناة الأجزاء التالية و الممثلة في الصورة الموالية.



الشكل رقم (5): الوحدة الكلوية.

- عروة هنلي : ويتم فيها امتصاص وإفراز الأملاح المختلفة مثل الصوديوم حسب حاجة الجسم.
- الأنبوب الملتوي القريب : يمتص بعض المواد صغيرة الحجم كالجلوكوز، والبروتينات والتي ترشح من خلال محفظة بومان، ويفرز بعض المواد مثل كلوريدات الهيدروجين والبيكاربونات حسب حاجة الجسم.

- الأنبوب المتتوي البعيد: وله دور هام في امتصاص وإفراز البوتاسيوم في الأنابيب الجامعة تحت تأثير هرمون الالدوستيرون.
- الأنابيب الجامعة: لها دور ترشيح الدم من خلال النيفرونات ودورها الأساسي هو امتصاص الماء من البول تحت تأثير الهرمون المضاد الذي تفرزه الغدة النخامية (عبد الكريم فريجات ، 2000 ، ص64).

4- وظائف الكلية:

تقوم الكلية بتصفية الجسم من السموم الناتجة عن رواسب الاستقلاب ، وهذه السموم والرواسب يجمعها الدم من كل خلية ويأتي بها إلى الكلية لتقوم بتصفيتها، والدم الذي يجتاز كل كلية في الدقيقة الواحدة يبلغ لترا واحدا وهذا يعني أن كمية الدم التي تصب في الكلية تبلغ من 1500 الى 1700 لتر في اليوم). والكلية لا تصف البول كما هو في حالته النهائية بل تصفي أجزاءه على انفراد ثم تقوم بمزج هذه الأجزاء بعضها ببعض، ويمكن إيجاز عمل الكلية في ما يلي:

4-1- إنتاج وطرح البول

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

❖ **الترشيح** : يقوم القلب بدفع الدم تحت ضغط معين من انقباض وانبساط، ونظرا لاختلاف السمك بين الشريان الوارد والشعيرات الدموية الكبيبية فإنه يتكون ضغط عال قد يصل إلى 70 ملم زئبقي وينتج عنه ترشح الجزء السائل من الدم خارج الشعيرات لينفذ إلى تجويف

محفظة بومان ويسمى بالرشح، ويتحوي هذا الأخير على ماء البلازما ومكوناتها غير البروتينية، ويكون بمعدل 125 سم³ الدقيقة أي ما يعادل 20 لترا يوميا، أما الكريات الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية والبروتينات وكل المواد المرتبطة بها مثل الأحماض الدهنية وبعض الأدوية فلا يمكنها النفاذ من خلال جدار محفظة بومان وهذا لكبر حجمها (محمد علي البار، 1992، ص 38).

❖ **إعادة الامتصاص :** عندما يمر السائل الراشح عبر الأنابيب البولية يحدث فيها امتصاص الماء خاصة في عروة هنلي، ولولا ذلك لتعرض الجسم إلى نقص شديد في الماء وبالتالي تعرض الفرد إلى الجفاف، ولكن بعملية إعادة الامتصاص يحافظ الجسم على نسبة ماء ثابتة، ويكون الامتصاص نتيجة القوة الاسموزية، كما يجري امتصاص انتقائي للمواد ومنها الأملاح المعدنية، الأحماض الدهنية، الغليسرين، الهرمونات، الفيتامينات والسكريات، وامتصاصها يحتاج إلى طاقة لأنها عمل نقل نشط، ثم تعاد أخيرا إلى الدورة الدموية في الجسم. (محمد علي البار، 1992، ص 38).

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

4-2- وظائف هرمونية : تعتبر الكلية من الغدد الصماء الموجودة بالجسم لأنها تقوم

بإفراز بعض الهرمونات وتصبها مباشرة في الدم مثل هرمون الرينين الذي يفرز على مستوى الكبيبة الكلوية، ويقوم هذا الهرمون بالعديد من الوظائف من بينها انقباض الأوعية الدموية مما يسبب رفع الضغط الشرياني، تحريض قشرة الكظر على إفراز هرمون الالدوستيرون كما تفرز

الكلية هرمون البروستاغلاندين الذي يلعب دورا أساسيا في جريان الدم في النيفرونات، وكذلك تقوم الكلية بإفراز بعض المواد التي تساعد في تنشيط امتصاص الكالسيوم في الأمعاء، وتحافظ على ثبات الضغط الاسموزي وتوازن الحموضة داخل الجسم، كما تفرز خمائر معينة تعمل على إبطال مفعول بعض العناصر المنشطة، كإبطال مفعول الهيستامين بخميرة الهيستاميناز (محمد علي البار، 1992 ، ص 40).

5- القصور الكلوي :

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

6- تعريف القصور الكلوي : يعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي. (آمال بورقية، 2000 ، ص 6).

فالقصور الكلوي حادا كان أم مزمنا ليس مرضا في حد ذاته بل ناتج عن أمراض تصيب

الكلية والتي تتميز بانخفاض في عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم وإنتاج البول (محمد الصادق صبور، 1989 ، ص 80) .

7- تشخيص مرض القصور الكلوي:

يتم تشخيص هذا المرض من خلال الفحوصات السريرية والفحوصات المخبرية.
-الفحوصات الإكلينيكية: وتتمثل فيما يلي:

- البحث عن وجود بعض الأعراض كشحوب الجلد ونزيف في الأغشية المخاطية كالأنف والبلعوم والفم.
- فحص القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم.
- فحص شامل لبحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان التهاب الكلية ناتج عن التهاب عام.
- الفحوصات البيولوجية : وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم ونذكر من بينها:
- نسبة البوليوان تتجاوز 1 غ/ل والتي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلي مازالت محتفظة بخمسين بالمائة من وظائفها.
- فحص نسبة الكرياتين في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100 مل/ الدقيقة. والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 1 مغ لكل 100 مل، وإصابة الكلية تفقدها قدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى 25 مل/ الدقيقة قبل أن يتضاعف الكرياتين في الدم إلى 2 مغ/مل من الدم (محمد علي البار، ، 1992 ، ص44)
- فحص البول وفيه يبحث عن نسبة البروتين.
- زيادة الماء ونقص البوتاسيوم.
- اضطرابات في توازن PH (انخفاض).
- اضطرابات في توازن الفسفور والكالسيوم (بالزيادة) (رياض جودت ، 2001 ، ص166) .

8- أنواع القصور الكلوي:

يعرف القصور الكلوي على انه حدوث قصور في عمل الكلى (الإفراز والإطراح وإعادة الامتصاص) بصفة مؤقتة أو نهائية مما يؤدي إلى اختلال عام في الجسم وظهور الأعراض المتعلقة بعدم قدرة الكلية على أن تلعب دورها كما يجب كغدة وليس كمصفاة. والقصور الكلوي

يمكن أن يكون عضويا ناتجا عن خلل عضوي أو تشريحي على مستوى الجهاز البولي وبالتحديد في الكلية وتكون الإصابة في غالب الأحيان عامة وشاملة وتكون مختلف وظائف الكلية مضطربة بدرجات متفاوتة مثلا، درجة عزل الفضلات الأزوتية ،
التوازن المائي والجزيئات دورها في بناء التوازن المائي والجزيئات دورها في بناء والتوازن الحيوي .

يتميز القصور الكلوي العضوي بالحذف المفاجئ لوظائف الكلية الإفرازية (عدم إفراز البول) وتكون الكلية عاجزة عن التحكم الثابت في الوسط الداخلي الخاضع للتأثير الثلاثي وهو عملية الأيض الوسطي ، إفرازات الكلية الخارجية والعوامل الداخلية .
يمكن للقصور الكلوي العضوي الحاد أن يتلاشى وتعود الكلية إلى طبيعتها إذا ما تم العلاج الفوري وتم حذف مسببات هذا العجز المفاجئ ، فمثلا في حالة الإصابة بمرض الكلية المتعلق بالنسيج والأنابيب الذي يمكن أن يزول بعد العلاج وتعود الكلية إلى حالتها الطبيعية.
أما القصور الكلوي العضوي المزمن فهو يتميز بنقصان في المد الدموي للكلية وترشيح القلومييريل ويشير هذا الاضطراب إلى إصابة وظائف الأنابيب وكذلك عجز وظائف الأيض في الكلية، والتطور نحو القصور الكلوي المزمن النهائي يكون بالتدرج وباستمرار واسترجاع الوظيفة الكلوية نادر جدا.

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

1-8 قصور كلوي حاد : (I.R.A) ويعرف هذا القصور على انه التوقف المفاجئ والمؤقت (من بضع ساعات إلى أيام) للوظيفة الإطراحية للكلية مع انخفاض شديد أو توقف كلي للتصفية الكبيبية، ويكون نقص إفراز البول في نصف الحالات.

يظهر هذا القصور بسرعة نتيجة أسباب قد لا تكون للكلية علاقة بها وهي أسباب متعددة منها النزيف الداخلي أو الخارجي الحاد، جفاف شديد أو فشل في عضلة القلب تقيئ كثير ، إسهال مستمر ، تسمم

انسداد مجرى البول بسبب وجود حصاة أو ورم أو تضخم ، البروستات.

وأعراض القصور الكلوي الحاد تكون هضمية مثل القيء والإغماء، تنفسية مثل صعوبة التنفس، قلبية وعائية مثل ارتفاع ضغط الدم الشرياني، عصبية مثل الصدمات التشنجية (أمال بورقية، 2000، ص 86) .

8-2 القصور الكلوي المزمن: (IRC) يعرف القصور الكلوي المزمن على أنه خلل

مزمن لوظائف الكلية والذي يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص كمية البول المفترزة في وقت محدد.

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

-التهاب مزمن يرفقه ضغط دموي مرتفع.

-التهاب مزمن لا يرفقه ضغط دموي مرتفع وفيه تبرز مجموعة أعراض كلوية يرافقها

استسقاء في الجسم، أي خروج سوائل من الأوعية الدموية.

-التهاب الأنسجة البينية المزمن) الكبيبية: (وينتمي إليه التهاب الكلية المزمن وحوضها

والذي ينتج عن التعفن أو ركود المواد المفترزة في القنوات.

-التهاب كبيبات الكلى: وهو مجموعة التهابات كلوية تتسم بإصابة انتقائية للكبيبات

مما يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي فتتكون مولدات الأجسام المضادة ونتيجة لذلك يقوم

الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات.

- الأمراض الوعائية في الكلية : حيث يمكن أن يتسبب ارتفاع بسيط في الضغط الشرياني في حدوث إصابات للأوعية الشعرية، وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع الضغط الشرياني يعد احد مسببات القصور الكلوي المزمن وكثيرا ما يكون هو في حد ذاته احد آثار هذا المرض.
- التهاب حوض الكلية المزمن :ويحدث عادة نتيجة ارتفاع البول إلى الحالب نتيجة عيب خلقي يمكن علاجه جراحيا وإذا تم حبس البول عدة مرات لمدة طويلة يؤدي ذلك إلى تكرار الالتهابات الميكروبية التي بدورها تقوم بتحطيم نسيج حوض الكلية ونخاعها وينتهي الأمر بالفشل الكلوي (أمال بورقبة، 2000، ص87) .

9- أعراض القصور الكلوي المزمن:

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

-أعراض قلبية وعائية:

-ارتفاع ضغط الدم الشرياني.

-قصور قلبي يساري أو كلي نتيجة لارتفاع ضغط الدم.

-اضطراب نبضات القلب.

-ضيق التنفس عند أي مجهود.

-أعراض هضمية:

-فقدان الشهية.

-حروق معدية والأم هضمية.

-غثيان.

-تقيؤ.

-انتفاخ.

- إسهال مصحوب بدم.
- أعراض دورية:
- فقر الدم.
- اضطرابات تخثر الدم.
- نقص المناعة.
- هبوط الرغبة الجنسية واضطرابات العادة الشهرية عند الإناث.
- أعراض بولية:
- شحوب البول وقلة كميته وتركيزه.
- عدم استقرار ال (PH).
- كثرة التبول أثناء الليل.
- ارتفاع البوتاسيوم وانخفاض الكالسيوم في البول والدم.
- وجود الدم في البول.
- تغير في تركيب البول.
- أعراض عصبية:
- حوادث وعائية دماغية خاصة في حالة ارتفاع الضغط الدموي.
- حوادث عصبية نفسية لها علاقة بالتسمم الدوائي.
- رعشة الأطراف.
- تشنجات عضلية.
- اضطرابات الوعي وتظهر في المراحل الأخيرة من المرض وتتجلى في هذيان وفقدان الوعي ونوبات تشنج وصرع.
- أعراض عظمية:

- هشاشة العظام عند الراشد وكساح عند الأطفال.

- التهاب ألياف العظام، إضافة إلى هذه الأعراض يمكن أيضا ظهور ما يلي:

- هزال.

- انخفاض حرارة الجسم على الحرارة العادية (محمد علي هاشم، 1989، ص78).

10- أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن:

تتعدد أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولكننا يمكن أن نصنفها حسب نوعها

إلى أسباب تكوينية وأخرى مكتسبة

10-1 الأسباب التكوينية:

وتتمثل في ما يلي :

-تشوه الكلى أو المجاري البولية.

-مرض وراثي في الكلية.

-كلية متعددة الأكياس

-التهاب المصفيات المزمن (متلازمة البورت)

-اضطراب الأيض كداء النقرس وهو احد الاضطرابات التي تمس الأيض حيث يتراكم

حمض البولييك الناتج عن التمثيل الغذائي للبروتينات التي يجب أن يتخلص منها الجسم

بإخراجها بواسطة الكليتين، فإذا أنتج الجسم كميات تفوق قدرة الكليتين على معالجتها يختل

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

-انسداد المجاري البولية لعدة أسباب منها وجود حصيات أو تضخم البروستات أو

وجود ضيق في مجرى البول ولا يعرف السبب الحقيقي لتكون الحصى ولكن هناك من

الأشخاص ممن لديهم الاستعداد لتبلور المواد مثل اكسلات البوتاسيوم وحمض البولييك فتتكون

النواة الحصوية ثم يزداد الترسيب على هذه النواة.

10-2 الأسباب المكتسبة:

وتتمثل في ما يلي :

-التهاب كبيبات الكلى المزمن :وهي إصابة الكلى على مستوى الكبيبات واضطراب وظيفتها في تصفية الدم، ويبقى سبب هذا الالتهاب غير معروف، إلا أن إصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي للجسم لتتكون مولدات الأجسام المضادة ومنه يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليرسب الناتج في أغشية الكبيبات الكلوية (Aline et all, 1994, p42).

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

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

-الاستخدام المفرط لبعض الأدوية :إن الإفراط في استخدام الأدوية وخاصة المسكنات ومضادات الالتهاب لفترة طويلة وبجرعات كبيرة من أهم الأسباب المؤدية للقصور الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية وحوضها وتؤدي إلى تلفها ومن بين هذه الأدوية نذكر :

- الأدوية المسكنة مثل البراسيتامول والأسبرين،
- أدوية الروماتيزم مثل الفينوبروفينو الاندوميثاشيون،
- بعض المضادات الحيوية وأهمها مشتقات الامينوجليكوزيد
- الصابغات المستعملة في الاشعة

- الأدوية المستخدمة في علاج السرطان
- الأدوية المستخدمة في التخدير (محمد علي البار، 1992، ص 49).

11- الآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن:

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

11-1 الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب :

يعيش المصاب بالقصور الكلوي حالة نفسية صعبة ناتجة عن اضطراره إلى ملازمة آلة التصفية التي تعوض عضواً من أعضاء جسمه فقد فعاليته، وهو بذلك يواجه قلقاً كبيراً وصعوبات في التكيف الذي ينتج من الإحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلفت (إقبال إبراهيم مخلوف، 2005).

11-2 الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة :

يمر المريض وأسرته بعد الإصابة بالمرض بعدة مراحل هي مرحلة الصدمة، مرحلة الإنكار، مرحلة الخوف، مرحلة الإحباط، حيث تتضارب المشاعر التي يسودها الشعور بالذنب والخوف من المستقبل (إقبال إبراهيم مخلوف، 2005، ص).

11-3 الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع:

يعاني مريض القصور الكلوي من سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية فيلجأ بذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين، وسوء التكيف هذا ناتج عن الصعوبات والمشاكل التي يعانيها المريض مع مجتمعه والتي نذكر من بينها:

-عدم القدرة على العمل: مريض القصور الكلوي لا يستطيع العمل في مهنة تتطلب

جهداً كبيراً مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى بقاءه دون عمل.

-العزلة: نظرا لان المريض لا يتقاسم نفس الاهتمامات مع الآخرين نتيجة انشغاله الدائم بوضعه الصحي، كما انه يشعر أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عبئا عليه، وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف، مع الوضع يفضل المريض العزلة(عادل حلواني، 2000 ، ص 57 ص59) .

-الحساسية: غالبا ما يكون المريض شديد الحساسية مما يتسبب في نزاعات مع أفراد الأسرة والمحيط (احمد عبد الخالق، 2008 ، ص 107) .

11-4 الآثار الصحية :

إن المرضى بأمراض الكلى يفقدون الكثير من قدراتهم الجسمية والقدرة الجنسية إحداها، حيث لوحظ أن المريض بالقصور الكلوي المزمن والذي يخضع لعملية التصفية تنقص قدرته الجنسية تدريجيا وهذا ما يؤثر على حياته الزوجية إن كان متزوجا (عبد المنعم حنفي، 1992 ، ص111).

12- احتياجات المريض بالقصور الكلوي المزمن :

يحتاج المريض بالقصور الكلوي إلى رعاية نفسية ومتابعة طبية واهتمام خاص بغذائه.

12-1 احتياجات بيولوجية وطبية:

وتتمثل في دليل خاص بالغذاء يحتوي على توضيحات تمكن مرضى القصور الكلوي من الحفاظ على سلوك غذائي صحي يمنع المضاعفات، كما تتمثل أيضا في الأدوية وآلات التصفية

12-2 الاحتياجات النفسية :

إن الاهتمام بالعوامل النفسية عند المصاب بالقصور الكلوي من شأنه أن يخلص المريض من الشعور بالقلق والاحباط الناتجان عن عدم الشعور بالأمن والخوف من الموت

لذلك نجد مريض القصور الكلوي بحاجة إلى الرعاية النفسية التي تمكنه من التكيف مع مرضه (عادل حلواني وآخرون، 2000 ، ص60).

13- علاج مرض القصور الكلوي المزمن:

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

-إبطاء تطور المرض وتمكين المريض من تفادي الخضوع لعملية التصفية لمدة أطول.
-علاج آثار وانعكاسات القصور الكلوي المزمن في مرحلته النهائية بالاعتماد على برنامج مكثف يشمل على ما يلي:

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

- التقليل من المواد البروتينية ويمكن فقط اخذ كمية تقدر ب 0.8 غ يوميا من اجل التقليل من كمية الفسفور، اليوري، والكالسيوم.

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

- اخذ كميات من الماء والصوديوم تتناسب مع نوع القصور الكلوي وأسبابه ومرحلته فمثلا: (الإنقاص في حالة تناذر نفروني وعندما يكون المريض مازال محتفظا بمنعكس التبول) (كريستون وطومسون ، ص112 ، ص113) .

-الأدوية: يتناول المريض بالقصور الكلوي مجموعة من الأدوية لتصحيح بعض الاضطرابات والانعكاسات الناتجة عن المرض وكدعم للعلاج الأساسي (تصفية الدم) والتي من بينها:

- أدوية calcium أو renégat في المراحل الأولى من المرض إضافة إلى فيتامين(D) لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفسفور .
- أدوية خافضة للضغط الدموي : ومن اجل خفض زيادة اليوري يبحث الطبيب عن التجاوزات التي يقوم بها المريض في حميته.

1-13 تصفية الدم :

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

2-13 تعريف عملية التصفية: hémodyalyse

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

تعريف P. Jungers (1988) :

هي عملية تبادل بين دم المريض وآلية التصفية التي تحتوي على مركبات كهربائية والتي تعوض البلازما وتسمح بتشكيل غشاء نفوذ، وهي طريقة لتطهير وتنقية أو تحليل كيميائي مبني على خاصية أن بعض الأجسام تحترق أو تنفذ بسهولة أكثر من أجسام أخرى داخل الأغشية الحساسة (P. Jungers,1988,p115) .

وعملية التنقية هذه من الناحية العلاجية هي طريقة لمساعدة الكلى العاجزة للتغلب على القصور الكلوي المزمن، حيث أن دم المريض يحتوي على فضلات لا تستطيع الكلية المريضة التخلص منها فتأتي عملية التصفية dialyse التي تعتمد على التبادلات بين دم المريض ومحلول التصفية وهو محلول ذو تركيب مشابه لمحلول البلازما مما يسمح بالتصفية (Claude Naudine,1995,p189).

13-3 مكونات جهاز تصفية الدم :

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



الشكل رقم (6): مكونات جهاز تصفية الدم.

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

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

مقر التصفية : (ويحتوي على وسطين) الدم ومحلل الحوض منفصلين بواسطة غشاء نفوذ، حيث يتم خروج شوارد (H^+ , K^+ , Na^+) من الدم حتى يصبح تركيزها متساويا وعاديا مع تركيز ماء الحوض عن طريق ظاهرة الانتشار الاسموزي لتخرج الفضلات من الدم إلى الحوض (Alain et all, 1993,p76).

خلاصة الفصل:

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

لهذا فإن الفحوصات المبكرة و الدورية مهمة في الكشف عن بداية المرض قبل تطوره ، لأن تلقي العلاج في بداية ظهور المرض قد يفيد كثيرا في علاجه وتجنب إزمانه. أما المرضى المصابين بالسكري أو ارتفاع الضغط الدموي فلا بد لهم من المتابعة الطبية الدورية المستمرة مع الالتزام بتناول الأدوية و المواظبة على السلوكيات الصحية تجنباً لإصابة من بمرض القصور الكلوي المزمن.

الجانِب والطبیبی

الفصل الخامس

الإحصاء وأدوات المنهجية

- 1- منهج الدراسة
- 2- الدراسة الاستطلاعية
- 3- أدوات البحث
- 4- العينة
- 5- إجراءات الدراسة
- 6- الأدوات الإحصائية

تمهيد:

تحديد الإجراءات المنهجية هو تدعيم لمختلف جوانب الدراسة للوصول إلى الإجابة على تساؤلات البحث، والتحقق من الفرضيات. فالمنهج هو الطريقة والإجراءات التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة من أجل التوصل إلى الحقيقة في العلم (بشير صالح الرشيد، 2000، ص 21).

1- منهج البحث:

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي في هذا البحث ، حيث ي تناسب هذا المنهج مع البحث الحالي، فالبحوث الوصفية في المجالات الاجتماعية والتربوية والنفسية تزودنا بمعلومات حقيقية عن الوضع الراهن للظواهر المختلفة (النجيجي، 20، 1983).

كما أنه لا يقتصر على جمع البيانات وتبويبها، وإنما يتناولها بعناية بالتحليل والتفسير واكتشاف المعاني والعلاقات الخاصة بها لغرض اجترار الاستنتاجات المفيدة لتصحيح هذا الواقع واستكمالها أو استحداث معرفة جديدة فيه (حمدان، 66، 1989) واستناداً إلى ذلك تم الاعتماد على أدوات جمع البيانات المتمثلة في مقياس المهارات التوكيدية لطريف شوقي فرج، مقياس إستراتيجيات المواجهة للازاروس وفولكمان.

وقبل وصف أدوات هذه الدراسة والعينة لا بد من القيام بدراسة استطلاعية للوصول إلى حساب الخصائص السيكومترية للأدوات.

2- الدراسة الاستطلاعية:

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

-التعرف على الظروف التي ستتم فيها الدراسة الأساسية.

-التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه الطالب في الميدان.

- التعرف على خصائص العينة.

- التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

2-1 عينة الدراسة الاستطلاعية:

تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها (عبيدان وآخرون ، 1999 ، ص84) ، وقد تم اختيار العينة الاستطلاعية من مصلحة تصفية الدم لمرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعزازقة وهي عينة قصدية، أي أن العينة تلائم أغراض البحث إذ تم اختيار مرضى القصور الكلوي المزمن بناء على ملفاتهم واستنادا إلى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم .

تم توزيع أدوات البحث على عينة استطلاعية مكونة من 40 مريضا بالقصور الكلوي المزمن بعد جمع الإجابات أضح إلغاء 10 إجابات، ذلك لعدم توفرها على المواصفات اللازمة كتنقص الإجابات أو عدم إرجاعها بالمرّة. لتتكون العينة الاستطلاعية النهائية من 30 فرداً، وتتمثل خصائصها فيما يلي:

2-2 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

الجدول رقم (2) : العينة الاستطلاعية

توزيع العينة حسب تاريخ الإصابة بالمرض		توزيع العينة حسب الحالة المدنية		توزيع العينة حسب السن		توزيع العينة حسب الجنس	
06	أقل من 20 سنة	08	متزوج	01	أقل من 20 سنة	الذكور	الإناث
08	من 21 إلى 30	05	متزوجة	11	من 21 إلى 30	11	19
12	من 31 إلى 40	09	أعزب	10	من 31 إلى 40		
04	من 41 إلى 50	08	عزباء	08	من 41 إلى 50		

00	من 51 إلى 60	00	مطلقة	00	من 51 إلى 60		
00	من 61 إلى 70	00	أرمل	00	من 61 إلى 70		
00	من 71 إلى 80	00	أرملة	00	من 71 إلى 80		

3- أدوات البحث:

1-3 مقياس المهارات التوكيدية:

• وصف المقياس:

هو مقياس من وضع الباحث طريف شوقي فرج (1988) يقيس أبعاد السلوك التوكيدي (المهارات التوكيدية) على غرار التوكيد العام، فتنه الباحث في دراسة سابقة له على عينة مصرية قوامها ثمانمائة 800 فرداً.

يتكون المقياس من ثمانين بنداً (الملحق رقم (03)) يقيس عشرين مهارة فرعية من المهارات التوكيدية. يشير كل بند منها إلى سلوك معين يطلب من المبحوث تحديد معدل حدوثه على متصل من خمس نقاط يبدأ من هذا السلوك يحدث دائماً وينتهي بفئة لا يحدث (طريف شوقي فرج، 2003 ، ص116) .

المهارات الفرعية (عشرين مهارة) هي : مواجهة الآخرين، الدفاع عن الحقوق الخاصة، توجيه النقد، الإقدام الاجتماعي، المساومة، الدفاع عن الحقوق العامة، إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين، عدم التورط حرجاً من الآخر، إظهار الاختلاف مع الآخر، التعبير عن الاحتجاج، توجيه العتاب، التعبير عن الغضب، الاعتذار العلني، الاعتراف بقدر الذات، الاستقلال بالرأي، ضبط النفس، مواجهة السخافات، طلب تفسيرات من الآخر، المصارحة والتعبير عن المدح والامتنان.

ويوضح الجدول التالي توزيع بنود المقياس على المهارات الفرعية.

جدول رقم (03): توزيع المهارات التوكيدية حسب بنود المقياس:

رقم البنود				المهارة	رقم المهارة
79	41	21	1	مواجهة الآخرين	1
80	42	22	2	الدفاع عن الحقوق الخاصة	2
61	43	23	3	الإقدام الاجتماعي	3
62	44	24	4	توجيه النقد	4
63	45	25	5	المساومة	5
64	46	26	6	الدفاع عن الحقوق العامة	6
65	47	27	7	إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين	7
66	48	28	8	عدم التورط حرجا من الآخر	8
67	49	29	9	إظهار الاختلاف مع الآخر	9
68	50	30	10	التعبير عن الاحتجاج	10
69	51	31	11	توجيه العتاب	11
70	52	32	12	التعبير عن الغضب	12
71	53	33	13	الاعتذار العلني	13
72	54	34	14	الاعتراف بقدر الذات	14
73	55	35	15	الاستقلال بالرأي	15
74	56	36	16	ضبط النفس	16
75	57	37	17	مواجهة السخافات	17
76	58	38	18	طلب تفسيرات من الآخر	18
77	59	39	19	المصارحة	19

78	60	40	20	التعبير عن المدح والامتنان	20
----	----	----	----	----------------------------	----

الخصائص السيكومترية للمقياس:

• **ثبات المقياس:**

قام الباحث طريف شوقي فرج بحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني مقداره عشرة أيام على ثلاثين طالبا وطالبة وكان معامل الارتباط بين التطبيقين 0,84 وهو معامل ثبات مرتفع. (طريف شوقي فرج، 2003 ، ص116).

كما تم حساب ثبات المقياس محليا في دراسة للطالبة فزوي ججيقة تحت عنوان الحاجات الإرشادية للطالب الجامعي وعلاقتها بالسلوك التوكيدي وفق أساليب المعاملة الوالدية و ذلك عن طريق التجزئة النصفية، وتبين أنه يساوي 0,89 وهو عالٍ.

أما في الدراسة الحالية حسب نتائج الدراسة الاستطلاعية فوجدنا معامل الثبات يقدر ب 0.75

وفيما يخص صدق المقياس فقد حسبنا معامل الصدق الذاتي ب: 0.86 وهو صدق جيد.

• **صدق المقياس:**

تأكد للباحث طريف شوقي فرج في دراسة سابقة صدق المقياس التكويني، حيث اتسقت نتائجه مع العديد من التصورات التراثية التي تشير إلى وجود فروق بين الذكور والإناث على المهارات الفرعية للتوكيد. كما أثبت اتسامه بالصدق العملي حيث كان البناء العملي لعينة الذكور مختلفاً عنه لدى عينة الإناث، فضلا على أن ذلك البناء اختلف أيضا عبر العمر حيث كان أكثر تمايزاً في المراحل العمرية الأعلى، مما يدعم التصور الذي ، أصبح مُجمعاً عليه في البحوث من أن التوكيد يرتقي عبر العمر. (طريف شوقي فرج ، 2003، ص117).

وبالمثل تم حساب الصدق في هذه الدراسة عن طريق الصدق الذاتي فتبين أنه يساوي 0,94 .

فعليه يظهر أن للمقياس صدق وثبات عاليان على عينة الدراسة، لذلك تم الاعتماد عليه.

2-3 استبيان استراتيجيات التعامل:

• تصميم الاستبيان:

تم تصميم الاستبيان من قبل فولكمان و لازاروس Folkman & Lazarus سنة (1988) لتزويد الباحثين بمقياس يهدف للكشف عن دور المواجهة في العلاقة بين الضغط و التوافق. و يهتم الاستبيان بتقدير الأفكار و السلوكات التي يستخدمها الأفراد لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، و قد استمد من النظرية المعرفية الظاهرية للضغط و المواجهة لفولكمان و لازاروس (1984).

و يركز الاستبيان أيضا على تعريف المواجهة كمجهودات معرفية و سلوكية لإدارة متطلبات خارجية و/أو داخلية خاصة و مرهقة و تتجاوز الموارد الفردية. و يمكن أن يستعمل الاستبيان كأداة بحث في الميادين الإكلينيكية مثل دراسة طرق المواجهة مع أنواع الأمراض و شدتها و/أو لقياس أثر التدخلات العلاجية، و يهدف أيضا لتحديد الأفكار والسلوكات التي يستعملها الأفراد لمواجهة الضغوط الحياتية التي يتعرضون لها، و يتكون الاستبيان من 50 عبارة تتوزع على 8 مقاييس للمواجهة، و تم تحديدها من خلال التحليل العاملي و تتمثل في:

الجدول رقم (4) توزيع بنود الاستبيان على المقاييس الثمانية للمواجهة

رقم البنود	الإستراتيجية	رقم الإستراتيجية
37-26-21-13-3-2	إستراتيجية التصدي.	01
43-40-39-30-20-1	إستراتيجية مخططات حل المشكل.	02
35-32-16-11-9-8	إستراتيجية اتخاذ المسافة	03

50-49-44-34-27-10-6	إستراتيجية ضبط الذات	04
36-33-24-17-14-4	إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي	05
24-22-19-5	إستراتيجية تحمل المسؤولية	06
47-46-41-38-31-25-12-7	إستراتيجية التهرب / التجنب	07
48-45-29-28-23-18-15	إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي	08

• تطبيق الاستبيان:

يمكن أن يطبق الاستبيان ذاتيا من قبل المفحوص (تقدير ذاتي) و يمكن أن يساعد الفاحص المفحوص أثناء المقابلة في إعادة بناء الحدث الضاغط الخاص و أن يخبره بأن الإجابة على البنود ترتبط بالمشكل الذي تعرض له و ليس الإجابة بصفة عامة، كما أن مدة الإجابة تتغير حسب المفحوصين و ترتبط بالحدث الضاغط الخاص.

• طريقة التصحيح:

يعتمد التصحيح على طريقة القيم الخام و يرتبط بمجهودات المواجهة في كل نوع من المقاييس الثمانية، و يجيب الأفراد على كل بند وفق سلم بأربعة درجات مشيرة إلى مدى تكرار كل استراتيجية و استعمالها من قبل الفرد لمواجهة الحدث الضاغط الخاص و تتمثل في الآتي:

0- إطلاقا

1- إلى حد ما.

2- كثيرا.

3- كثيرا جدا.

و تتمثل القيم الخام مجموع إجابات الفرد للبنود.

• ثبات و صدق المقياس:

لبنود استبيان استراتيجيات المواجهة صدق ظاهري، ذلك أن الاستراتيجيات المذكورة هي نفسها التي صرح بها الأفراد أنهم يستعملونها لمواجهة متطلبات الوضعيات الضاغطة، كما أظهرت دراسة صدق التكوين الفرضي مدى انسجام نتائج الدراسة مع التنبؤات النظرية التي تم الانطلاق منها و تخص المواجهة كسيرورة، و أن مواجهة الأفراد تتغير و متطلبات الوضعية و هذا حسب فولكمان و لازاروس (آيت حمودة حكيمة، 2006).

حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة آيت حمودة حكيمة (2006) بحساب ثبات المقياس بالاعتماد على طريقة التطبيق و إعادة التطبيق على عينة قوامها 28 من طلاب قسم علم النفس و علوم التربية، السنة الرابعة عيادي بجامعة باجي مختار، عنابة و ذلك بفواصل زمني مقدر بأسبوعين، ثم قامت بحساب معامل الارتباط ليرسون بين درجات التطبيق الأول و التطبيق الثاني، و توصلت إلى النتائج التالية:

الجدول رقم (5): معاملات الارتباط بين بنود مقياس إستراتيجيات المواجهة

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الإستراتيجية
دال عند 0.05	0.40	مخططات حل المشكل
دال عند 0.01	0.68	التصدي
دال عند 0.01	0.47	اتخاذ المسافة
دال عند 0.05	0.45	ضبط الذات
دال عند 0.01	0.71	التهرب / التجنب
دال عند 0.05	0.37	البحث عن سند اجتماعي

تحمل المسؤولية	0.60	دال عند 0.01
إعادة التقدير الإيجابي	0.56	دال عند 0.01

أما في الدراسة الحالية حسب نتائج الدراسة الاستطلاعية فوجدنا معامل الثبات يقدر ب 0.66 وفيما يخص صدق المقياس فقد حسبنا معامل الصدق الذاتي ب: 0.81 وهو صدق جيد.

4 - العينة:

4-1 تقديم العينة:

لقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة غرضية من ثلاث مصالح لتصفية الدم لثلاث مؤسسات إستشفائية وهي كالأتي:

— مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الإستشفائية مغم لونس عزازقة .

— مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الإستشفائية ندير محمد تيزي وزو .

— مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الإستشفائية كريم بلقاسم بذراع الميزان.

بحيث أجريت الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة من 10 مارس 2014 إلى 15 جوان 2014. اشتملت عينة الدراسة على 130 مريضا مصابا بالقصور الكلوي المزمن من كلى الجنسين ذكورا وإناثا ومن مختلف الفئات العمرية بشرط قبول المريض الإجابة على الأسئلة التي تضمنتها أدوات الدراسة التي اعتمدها في جمع البيانات و متمثلة في مقياس المهارات التوكيدية لطريف شوقي فرج و مقياس إستراتيجيات المواجهة للآزاروس وفولكمان. حيث تم ذلك بتوزيع الأدوات ملصقتين مع بعضهما البعض، مع إعطاء التعليمات اللازمة للمرضى، . لكن بعد جمع الأدوات تم استبعاد وإلغاء 47 إجابة أو نسخة إما لعدم توفرها على الشروط اللازمة كنقص الإجابات أو عدم إرجاعها بالمرّة لتتكون عينة الدراسة النهائية من 83 فرد.

4-2 خصائص عينة البحث:

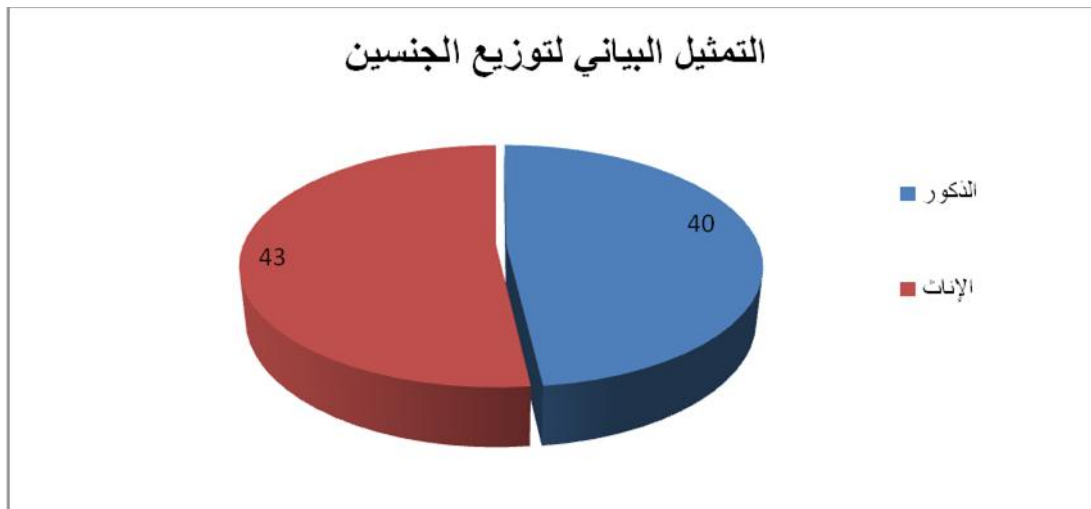
تتمثل خصائص عينة الدراسة فيما يلي:

4-2-1 توزيع العينة حسب الجنس:

الجدول رقم (6) توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
الذكور	40	48,19
الإناث	43	51,80
المجموع	83	100

يوضح لنا هذا الجدول توزيع العينة حسب الجنس أي عدد الذكور و عدد الإناث. بحيث تبلغ نسبة الذكور (48,19) وهي أدنى بقليل من نسبة الإناث (51,80) حيث أنه لا يوجد فارق كبير بين الإناث مقارنة بالذكور في الإصابة بهذا المرض و تتضح أحسن نتائج الجدول من خلال التمثيل البياني التالي.



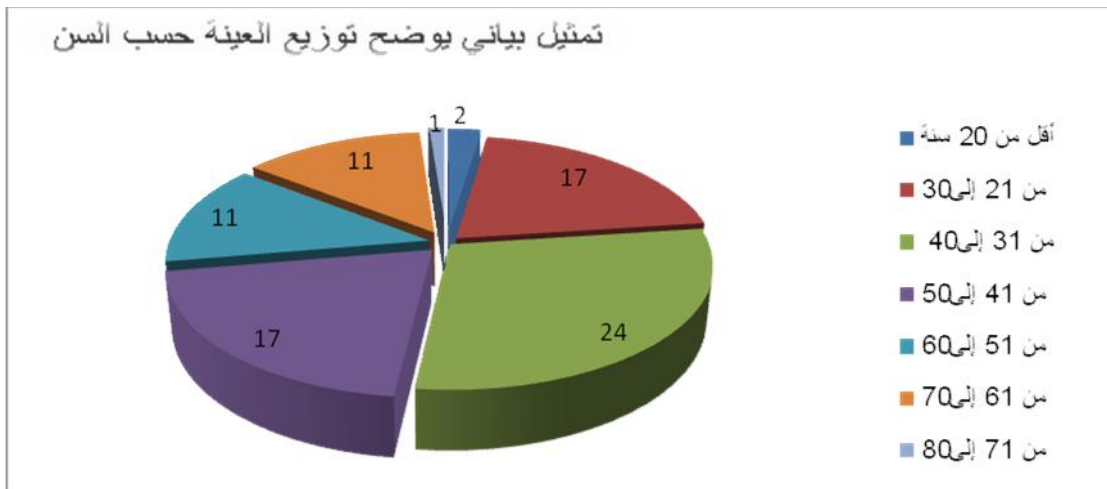
الشكل رقم (7) تمثيل بياني لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس.

4-2-2 توزيع العينة حسب السن:

الجدول رقم (7) توزيع أفراد العينة حسب السن

الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	02	2,40
من 21 إلى 30	17	20,48
من 31 إلى 40	24	28,91
من 41 إلى 50	17	20,48
من 51 إلى 60	11	13,25
من 61 إلى 70	11	13,25
من 71 إلى 80	01	1,20
المجموع	83	100

يوضح لنا الجدول التالي توزيع أعمار أفراد عينة البحث و التي تتراوح ما بين 19 و 71 سنة و نلاحظ أن الفئة العمرية التي تمثل أعلى نسبة هي الفئة التي تتراوح أعمارهم بين 30 و 40 سنة. عند حساب المتوسط الحسابي وجدناه يساوي (41,95). كما يتضح هذا أيضا في التمثيل البياني التالي.



الشكل رقم (8) توزيع أفراد العينة حسب السن

4-2-3 توزيع العينة حسب المستوى الدراسي:

الجدول رقم (8) توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي

النسبة المئوية	التكرار	المستوى
32,53	27	ابتدائي
33,73	28	متوسط
19,27	16	ثانوي
14,45	12	جامعي
100	83	المجموع

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن معظم أفراد العينة لديهم مستوى ابتدائي أو متوسط و هذا راجع لتوقفهم عن الدراسة وذلك رجع في الغالب لأسباب صحية بحيث تبلغ نسبتهم (66,26) و تتضح نتائج الجدول أحسن في التمثيل البياني التالي.



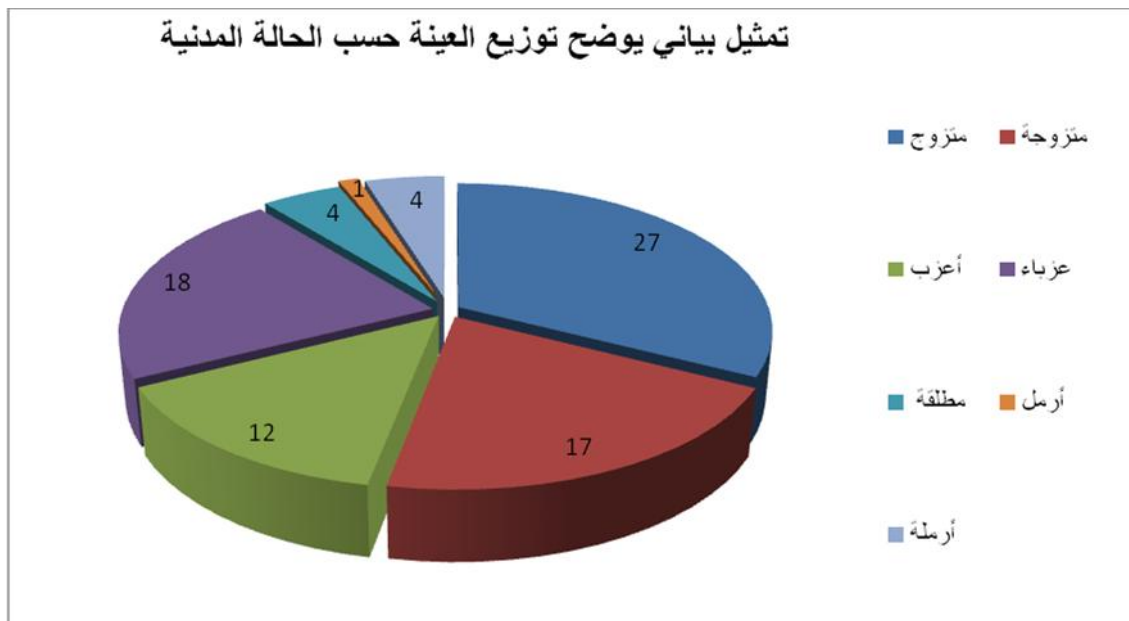
الشكل رقم (9) تمثيل بياني لتوزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

4-2-4 توزيع العينة حسب الحالة المدنية:

الجدول رقم (9) توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة المدنية
32,53	27	متزوج
20,48	17	متزوجة
14,45	12	أعزب
21,68	18	عزباء
4,81	04	مطلقة
4,81	04	أرملة
1,20	01	أرمل
100	83	المجموع

يوضح لنا هذا الجدول توزيع العينة حسب الحالة المدنية بحيث تعد نسبة الذكور والإناث المتزوجون أكبر نسبة في التوزيع حيث تقدر ب: (54,01) و تتضح أحسن نتائج الجدول من خلال التمثيل البياني التالي.



الشكل رقم (10) تمثيل بياني لأفراد عينة البحث حسب الحالة المدنية

الأدوات الإحصائية المستعملة:

- في ضوء أهداف الدراسة وفروضها، ومنهجها وبعد جمع البيانات تم معالجتها باستخدام برنامج الحزم الإحصائية spss : بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية
- النسبة المئوية.
 - المتوسط الحسابي
 - اختبار (ت) لحساب الفروق
 - معامل الارتباط الرتبي سبيرمان
 - تحليل التباين ذو اتجاه واحد one way ANOVA
 - اختبار Friedman لقياس الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب

الفصل السادس

عرض و مناقشة النتائج

- 1- الوصف الإحصائي لنتائج الدراسة
- 2- عرض ومناقشة نتائج الفرضيات
- 3- المناقشة العامة
- 4- استنتاج عام لنتائج الدراسة
- 5- توصيات و اقتراحات

1- عرض النتائج:

التذكير بالفرضيات:

تقترح هذه الدراسة الفرضيات التالية للإجابة على التساؤلات المطروحة:

- 1- لمرضى القصور الكلوي المزمن مستوى معين في توكيد الذات العام.
- 2- تنتشر بعض المهارات التوكيدية أكثر من غيرها عند مرضى القصور الكلوي المزمن.
- 3- يختلف مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الجنس .
- 4- يختلف مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف السن .
- 5- يختلف مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الحالة المدنية.
- 6- يختلف مستوى توكيد الذات لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف المستوى التعليمي.
- 7- تنتشر بعض المهارات التوكيدية أكثر من غيرها عند مرضى القصور الكلوي المزمن.
- 8- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الجنس .
- 9- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف السن .
- 10- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الحالة المدنية.

11- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف المستوى التعليمي.

12- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى توكيد الذات واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

لدى أغلب أفراد عينة البحث مستوى متوسط من توكيد الذات كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (10)

مستويات توكيد الذات	منخفض	متوسط	مرتفع
توزيع أفراد العينة	00	77	06
نسبة الأفراد	%00	%92,77	%07,22

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

المهارات التوكيدية الأكثر شيوعاً (استخداماً) عند مرضى القصور الكلوي:

لمعرفة المهارات الأكثر شيوعاً (استخداماً) عند مرضى القصور الكلوي، قمنا بحساب المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات المواجهة وكذلك استخدمنا اختبار Friedman لقياس الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب فوجدنا النتائج المبينة في الجدول التالي باحتمال خطأ 0.001.

جدول رقم (11): المهارات الأكثر شيوعاً (استخداماً) عند مرضى القصور الكلوي

رقم المهارة	المهارات	الاحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	متوسط الرتب	الرتبة

17	7.97	11.9878	3.07717	مواجهة الآخرين	1
5	12.40	14.1098	3.22799	الدفاع عن الحقوق الخاصة	2
19	6.64	11.5366	2.48549	الإقدام الاجتماعي	3
20	6.37	11.6463	1.59762	توجيه النقد	4
16	7.99	12.1341	2.39733	المساومة	5
8	11.81	13.8049	3.72326	الدفاع عن الحقوق العامة	6
13	9.66	12.7439	3.29912	إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين	7
2	15.43	15.5366	2.74062	عدم التورط حرجا من الآخر	8
11	10.34	13.2805	2.50074	إظهار الاختلاف مع الآخر	9
4	12.82	14.2927	2.14584	التعبير عن الاحتجاج	10
3	13.59	14.9756	2.73512	توجيه العتاب	11
15	8.22	12.3537	2.61700	التعبير عن الغضب	12
9	11.17	13.5976	2.56212	الاعتذار العلني	13
1	15.05	15.6341	2.55561	الاعتراف بقدر الذات	14
6	12.24	14.2439	2.95046	الاستقلال بالرأي	15
18	7.38	11.5488	2.78954	ضبط النفس	16
14	8.48	12.3293	2.09087	مواجهة السخافات	17
12	9.76	13.0122	2.69198	طلب تفسيرات من الآخر	18
10	10.74	13.4634	2.46554	المصارحة	19

7	11.93	13.9390	2.30055	التعبير عن المدح والامتنان	20
---	-------	---------	---------	----------------------------	----

يظهر من خلال الجدول أن ترتيب المهارات التوكيدية جاءت على التوالي فالمهارة الأولى تمثلت في الاعتراف بقدر الذات تليها في المرتبة الثانية مهارة عدم التورط حرجا من الآخر ثم في المرتبة الثالثة مهارة توجيه العتاب تليها في المرتبة الرابعة مهارة التعبير عن الاحتجاج تليها في المرتبة الخامسة مهارة الدفاع عن الحقوق الخاصة ثم سادسا مهارة الاستقلال بالرأي سابعا مهارة التعبير عن المدح والامتنان ثامنا مهارة الدفاع عن الحقوق العامة تاسعا مهارة الاعتذار العلني عاشرا مهارة المصارحة المهارة الحادية عشرة هي مهارة إظهار الاختلاف مع الآخر ثم في المرتبة الثانية عشر مهارة طلب تفسيرات من الآخر ثم مهارة إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين ثم مهارة مواجهة السخافات تليها مهارة التعبير عن الغضب وفي المراتب الأخيرة مجد كل من مهارة المساومة، مواجهة الآخرين، ضبط النفس ثم الإقدام الاجتماعي وأخيرا مهارة توجيه النقد.

1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

حساب الفروق بين الجنسين في استعمال المهارات التوكيدية لدى لمرضى القصور الكلوي المزمن.

لمعرفة الفروق بين الجنسين في استعمال المهارات التوكيدية لدى لمرضى القصور الكلوي المزمن قمنا باستخدام اختبار (ت) لحساب الفروق:

جدول رقم(12): الفروق بين المهارات حسب الجنس.

أنواع المهارات	الجنس	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	قيمة ت	الدلالة
مواجهة الاخرين	أنثى	3.39272	11.3256	-2.224	.029

دال		12.8000	2.55403	ذكر	
.707	-3.77	13.9302	3.17277	أنثى	الدفاع عن الحقوق الخاصة
غير دال		14.2000	3.34511	ذكر	
.037	-2.116	11.0000	2.42015	أنثى	الإقدام الاجتماعي
دال.		12.1250	2.41987	ذكر	
.000	-3.890	11.0465	1.63231	أنثى	توجيه النقد
دال		12.3000	1.26491	ذكر	
.000	-5.851	10.9070	2.11361	أنثى	المساومة
دال		13.5000	1.90815	ذكر	
.459	-7.743	13.4651	3.96021	أنثى	الدفاع عن الحقوق العامة
غير دال		14.0750	3.47436	ذكر	
.012	2.565	13.6047	3.07168	أنثى	إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين
دال		11.7949	3.31805	ذكر	
.653	-4.452	15.3488	2.30820	أنثى	عدم التورط حرجا من الآخر
غير دال		15.6250	3.21605	ذكر	
.299	-1.046	13.0465	2.55374	أنثى	

غير دال		13.6250	2.47746	ذكر	إظهار الاختلاف مع الآخر
.012	-2.580	13.6977	2.29425	أنثى	التعبير عن الاحتجاج
دال		14.8750	1.81430	ذكر	
.126	-1.548	14.4651	2.30268	أنثى	توجيه العتاب
دال		15.4000		ذكر	
15.4000	3.16066	11.2326	2.37885	أنثى	التعبير عن الغضب
		13.5250	2.32034	ذكر	
.148	-1.462	13.1860	2.83898	أنثى	الاعتذار العلني
		14.0000	2.16025	ذكر	
.580	0.556	15.4884	2.74618	أنثى	الاعتراف بقدر الذات
غير دال		15.8000	2.32269	ذكر	
.008	2.730	13.4651	3.04215	أنثى	الاستقلال بالرأي
دال		15.1750	2.63008	ذكر	
.500	0.686	11.7442	2.33088	أنثى	ضبط النفس
غير دال		11.3250	3.19766	ذكر	
.158	1.426	12.0465	2.12640	أنثى	مواجهة السخافات

غير دال		12.7000	2.04061	ذكر	
.008	2.730	12.2791	2.93846	أنثى	طلب تفسيرات من الآخر
دال		13.8250	2.12298	ذكر	
.000	3.820	12.5814	2.64784	أنثى	المصارحة
دال		14.5250	1.89449	ذكر	
.024	2.293	13.3721	2.43020	أنثى	التعبير عن المدح والامتنان
دال		14.5000	2.01278	ذكر	

يظهر من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من:

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة مواجهة الآخرين حيث (ت= 2,22 وهي دالة عند 0,029) وذلك لصالح الذكور.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة الإقدام الاجتماعي حيث وجدنا قيمة (ت=2,11 وهي دالة عند 0,037) لصالح الذكور.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة توجيه النقد حيث وجدنا قيمة (ت=3,89 وهي دالة عند 0,000) لصالح الذكور.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة المساومة حيث وجدنا قيمة (ت=8,55 وهي دالة عند 0,000) لصالح الذكور.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين حيث وجدنا قيمة (ت=5,62 و هي دالة عند 0,012) لصالح الإناث.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة التعبير عن الاحتجاج حيث وجدنا قيمة (ت=5,82 و هي دالة عند 0,012) لصالح الذكور.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة توجيه العتاب حيث وجدنا قيمة (ت=1,54 وهي دالة عند 0,126) لصالح الذكور.
 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة الاستقلال بالرأي حيث وجدنا قيمة (ت=2,73 وهي دالة عند 0,008) لصالح الذكور.
 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة طلب تفسيرات من الآخرين حيث وجدنا قيمة (ت=2,73 وهي دالة عند 0,008) لصالح الذكور.
 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة المصارحة حيث وجدنا قيمة (ت=3,82 وهي دالة عند 0,000) لصالح الذكور.
 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة التعبير عن المدح والامتنان حيث وجدنا قيمة (ت=2,292 وهي دالة عند 0,024) لصالح الذكور.
- بينما لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في كل من مهارة الدفاع عن الحقوق الخاصة ومهارة الدفاع عن الحقوق العامة ومهارة عدم التورط حرجا من الآخر، التعبير عن الغضب، الاعتذار العلني، الاعتراف بقدر الذات، ضبط النفس و مواجهة السخافات.

1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

دراسة الارتباط بين المهارات التأكيدية والمتغيرات الشخصية المتمثلة في الجنس، السن، الحالة المدنية والمستوى التعليمي.

دراسة العلاقة الارتباطية بين المهارات التأكيدية و متغير السن.

لدراسة العلاقة الارتباطية بين المهارات التأكيدية ومتغير السن قمنا بحساب معامل الارتباط الرتبي سبيرمان وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (13): العلاقة الارتباطية بين كل من المهارات التوكيدية ومتغير السن لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

رقم المهارة	المهارات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة الإحصائية
1	مواجهة الآخرين	-.005	.965
2	الدفاع عن الحقوق الخاصة	-.100	.366
3	الإقدام الاجتماعي	-.061	.585
4	توجيه النقد	.051	.646
5	المساومة	.253*	دال .021
6	الدفاع عن الحقوق العامة	-.037	.741
7	إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين	.070	.530
8	عدم التورط حرجا من الآخر	-.009	.939
9	إظهار الاختلاف مع الآخر	.241*	دال .028
10	التعبير عن الاحتجاج	.080	.470
11	توجيه العتاب	.010	.926
12	التعبير عن الغضب	-.331**	دال .002

13	الاعتذار العلني	.052	.641
14	الاعتراف بقدر الذات	-.072	.519
15	الاستقلال بالرأي	*.215	دال.050
16	ضبط النفس	.193	.080
17	مواجهة السخافات	-.085	.444
18	طلب تفسيرات من الآخر	.066	.554
19	المصارحة	-.034	.757
20	التعبير عن المدح والامتنان	*.218	دال.048

وجدنا إن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في كل من مهارة المساومة بمعامل ارتباط = 0.253 وهي دالة عند 0.021. ومهارة إظهار الاختلاف مع الآخر حيث وجدنا معامل الارتباط 0.241 وهي دالة عند 0.028. ومهارة التعبير عن الغضب حيث وجدنا معامل الارتباط -0.331 بمستوى دلالة 0.002 وهي علاقة إرتباطية سالبة بحيث كلما زاد سن المريض نقص استخدامه لهذه المهارة كما وجدنا علاقة إرتباطية بين مهارة الاستقلال بالرأي والسن حيث وجدنا معامل الارتباط 0.215 بمستوى دلالة 0.050. ومهارة التعبير عن المدح والامتنان حيث وجدنا معامل الارتباط 0.218 وهي دالة عند 0.048.

بينما لم نجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين المهارات التوكيدية ومتغير السن في كل من مهارة مواجهة الآخرين، الدفاع عن الحقوق الخاصة، الإقدام الاجتماعي، توجيه النقد، الدفاع عن الحقوق العامة، إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين، عدم التورط حرجا من الآخر،

التعبير عن الاحتجاج، توجيه العتاب، الاعتذار العلني، الاعتراف بقدر الذات، ضبط النفس، مواجهة السخافات، طلب تفسيرات من الآخر والمصارحة.

1-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

دراسة الفروق في المهارات التوكيدية لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير الحالة المدنية:

لمعرفة الفرق في المهارات التوكيدية لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير الحالة المدنية قمنا بحساب تحليل التباين ذو اتجاه واحد one way ANOVA.

جدول رقم (14): الفرق في المهارات التوكيدية حسب متغير الحالة المدنية

رقم المهارة	المهارات	معامل ف	مستوى الدلالة الإحصائية
1	مواجهة الآخرين	<u>2.981</u>	<u>.036</u>
2	الدفاع عن الحقوق الخاصة	.194	.900
3	الإقدام الاجتماعي	1.371	.258
4	توجيه النقد	1.249	.298
5	المساومة	1.626	.190
6	الدفاع عن الحقوق العامة	.209	.890
7	إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين	.549	.651
8	عدم التورط حرجا من الآخر	1.201	.315
9	إظهار الاختلاف مع الآخر	2.300	.084
10	التعبير عن الاحتجاج	1.791	.156
11	توجيه العتاب	.416	.742
12	التعبير عن الغضب	<u>3.948</u>	<u>.011</u>
13	الاعتذار العلني	2.413	.073

14	الاعتراف بقدر الذات	6.550	.001
15	الاستقلال بالرأي	2.562	.061
16	ضبط النفس	.848	.472
17	مواجهة المخافات	.069	.976
18	طلب تفسيرات من الآخر	2.935	.038
19	المصارحة	5.202	.002
20	التعبير عن المدح والامتنان	1.345	.266

وجدنا أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في كل من مهارة مواجهة الآخرين حيث (ف= 2.9 وهي دالة عند 0.03) وبتطبيق اختبار شيفيه تبين أن هناك فروق دالة إحصائية بين المتزوجين والأرامل وهو دال إحصائيا عند مستوى 0.01، لصالح فئة المرضى المتزوجين؛ بمعنى أن المتزوجين أكثر استخداما لمهارة مواجهة الآخرين من فئة المرضى الأرامل

وكذلك وجدنا أن الفرق بين الأرامل وغير المتزوجين دال إحصائيا عند مستوى 0.02 لصالح فئة المرضى غير المتزوجين كما بينت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائيا في مهارة مواجهة الآخرين بين المرضى المطلقين والمرضى الأرامل

وجدنا أيضا هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في كل من مهارة التعبير عن الغضب حيث (ف= 9.3 وهي دالة عند 0.01) وبتطبيق اختبار شيفيه للمقارنة البعدية وجدنا فرقا دال إحصائيا بين المرضى المتزوجين وغير المتزوجين عند 0.01 وفروق دال إحصائيا بين المرضى المطلقين وغير المتزوجين عند مستوى 0.03 وكذلك وجدنا فرق دال إحصائيا بين المرضى الأرامل والمرضى غير متزوجين عند مستوى 0.02 ، وقد كانت الفروق الدالة لصالح فئة المرضى غير المتزوجين؛ أي أن المرضى غير المتزوجين هم أكثر استخداما لمهارة التعبير عن الغضب من كل الفئات الأخرى

كما تبين لنا أيضا من تحليل التباين الأحادي وجود فروقا ذات دلالة إحصائية في مهارة طلب تفسيرات من الآخر (ف= 2.9 وهي دالة عند 0.03) وقد بينت نتائج المقارنة البعدية باستخدام شيفيه فرق دال إحصائيا بين المرضى المتزوجين والمرضى الأرامل عند

مستوى 0.005 لصالح المرضى المتزوجين أي ان هذه الفئة الأخيرة أكثر استخداما لتلك المهارة (طلب تفسيرات من الآخر)

وأیضا وجدنا فرق دال في مهارة المصارحة (ف= 5.2 وهي دالة عند 0.02) بين الأرامل والمتزوجين عند مستوى 0.02 لصالح المتزوجين وبين الأرامل وغير متزوجين عند 0.008 لصالح غير متزوجين أي أن المرضى المتزوجين والمرضى غير المتزوجين يحسنون استخدام مهارة المصارحة أكثر من المرضى الأرامل.

1-6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

دراسة الفرق في المهارات التوكيدية لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير المستوى التعليمي:

لمعرفة الفرق في المهارات التوكيدية لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير المستوى التعليمي قمنا بحساب تحليل التباين ذو اتجاه واحد one-way ANOVA وهو طريقة لاختبار دلالة الفرق بين المتوسطات لعدة عينات بمقارنة واحدة.

جدول رقم (15): الفرق في المهارات التوكيدية حسب متغير المستوى التعليمي

رقم المهارة	المهارات	معامل ف	مستوى الدلالة الإحصائية
1	مواجهة الآخرين	.689	.561
2	الدفاع عن الحقوق الخاصة	.059	.981
3	الإقدام الاجتماعي	.960	.416
4	توجيه النقد	.278	.841

5	المساومة	.200	.896
6	الدفاع عن الحقوق العامة	1.661	.182
7	إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين	.261	.853
8	عدم التورط حرجا من الآخر	4.128	.009
9	إظهار الاختلاف مع الآخر	.495	.687
10	التعبير عن الاحتجاج	.072	.975
11	توجيه العتاب	2.053	.113
12	التعبير عن الغضب	1.850	.145
13	الاعتذار العلني	.404	.751
14	الاعتراف بقدر الذات	3.781	.014
15	الاستقلال بالرأي	1.352	.263
16	ضبط النفس	.263	.852
17	مواجهة السخافات	2.757	.050
18	طلب تفسيرات من الآخر	.578	.631
19	المصارحة	.136	.938
20	التعبير عن المدح والامتنان	1.796	.155

وجدنا إن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في كل من مهارة عدم التورط حرجا من الآخر حيث ف = 4.128 وهي دالة عند 0.009. ومهارة الاعتراف بقدر الذات حيث ف = 3.781 وهي دالة عند 0.014.

وبتطبيق اختبار شيفيه تبين أن هناك فروق دالة إحصائيا بين المستوى المتوسط والجامعي عند مستوى 0.009 لصالح المستوى الجامعي، في كلتا المهارتين؛ أي أن مرضى القصور الكلوي من ذو المستوى الجامعي يستخدمون مهارة عدم التورط حرجا من الآخر وأيضا مهارة الاعتراف بقدر الذات أكثر من باقي المستويات التعليمية.

1-7- عرض نتائج الفرضية السابعة:

الاستراتيجيات الأكثر شيوعا (استخداما) عند مرضى القصور الكلوي:

لمعرفة الاستراتيجيات الأكثر شيوعا (استخداما) عند مرضى القصور الكلوي، قمنا بحساب المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات المواجهة وكذلك استخدمنا اختبار Friedman لقياس الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب فوجدنا أن إستراتيجية التهرب هي أكثر الاستراتيجيات شيوعا في المقابل وجدنا أن إستراتيجية تحمل المسؤولية هي اقل الاستراتيجيات استخداما باحتمال خطأ 0.001 كما هم مبين في الجدول التالي

جدول رقم (16): الاستراتيجيات الأكثر شيوعا عند مرضى القصور الكلوي

أنواع الاستراتيجيات	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	الرتبة
استراتيجيات التصدي	6.6220	6.6220	3.18	7
استراتيجيات مخططات حل المشكل	6.8780	6.8780	3.21	6
استراتيجيات اتخاذ المسافة	8.1951	8.1951	3.77	4
استراتيجيات ضبط الذات	11.9512	11.9512	5.54	3
استراتيجيات البحث عن سند	7.6098	7.6098	3.62	5
استراتيجيات تحمل المسؤولية	4.5122	4.5122	1.82	8
استراتيجيات التهرب\التجنب	18.4634	18.4634	7.62	1

2	7.25	16.7927	16.7927	استراتيجيات اعادة التقدير الايجابي
---	------	---------	---------	------------------------------------

الإستراتيجيات الأكثر استخداما لدى مرضى القصور الكلوي كما هي مبينة في الجدول هي على الترتيب:

استراتيجيات التهرب\التجنب ثم استراتيجيات إعادة التقدير الايجابي تليها استراتيجيات اتخاذ المسافة ثم استراتيجيات البحث عن سند ثم بعدها استراتيجيات مخططات حل المشكل ثم استراتيجيات التصدي و أخيرا استراتيجيات تحمل المسؤولية.

1-8- عرض نتائج الفرضية الثامنة:

علاقة إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن بالمتغيرات الشخصية لأفراد عينة الدراسة:

الجنس: بينت نتائج المعالجة الإحصائية بتطبيق اختبار -ت-

جدول رقم(17): يبين الفرق بين الجنسين في إستراتيجيات المواجهة

أنواع الاستراتيجيات	الجنس	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	قيمة ت	الدلالة
استراتيجيات التصدي	1	2.92031	6.7442	.519	.425
	2	3.11983	6.4000		
استراتيجيات مخططات حل المشكل	1	2.85551	6.4186	-1.439	.873
	2	3.04286	7.3500		
استراتيجيات اتخاذ المسافة	1	2.47781	8.1628	-.021	غير دال .261
	2	2.78169	8.1750		
استراتيجيات ضبط الذات	1	2.84813	12.4651	1.789	غير دال .707
	2	2.82434	11.3500		

غير دال.686	.106	7.5814	3.52699	1	استراتيجيات البحث عن سند
		7.5000	3.48624	2	
غير دال.566	.761	4.6512	2.16997	1	استراتيجيات تحمل المسؤولية
		4.2750	2.33136	2	
غير دال.053	.762	18.7209	3.69250	1	استراتيجيات التهربا التجنب
		18.1795	2.58408	2	
غير دال.257	-.540	16.6047	2.55548	1	استراتيجيات اعادة التقدير الايجابي
		16.9250	2.84999	2	

يظهر من خلال الجدول انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات المواجهة لصالح أي من الجنسين.
9- عرض نتائج الفرضية التاسعة:

السن: لمعرفة العلاقة الارتباطية بين مستويات استراتيجيات المواجهة والسن قمنا بحساب معامل الارتباط الرتبي سبيرمان وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي.
جدول رقم (18): العلاقة الارتباطية بين كل من استراتيجيات المقاومة ومتغير السن.

أنواع الاستراتيجيات	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
استراتيجيات التصدي	-.016	.887
استراتيجيات مخططات حل المشكل	.040	.717
استراتيجيات اتخاذ المسافة	-.095	.392

.904	-.013	استراتيجيات ضبط الذات
.670	.048	استراتيجيات البحث عن سند
.306	-.114	استراتيجيات تحمل المسؤولية
<u>.015</u>	<u>-.268*</u>	استراتيجيات التهرب\التجنب
.216	.137	استراتيجيات إعادة التقدير الايجابي

من خلال الجدول يظهر لنا وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائياً بين إستراتيجية التجنب أو التهرب، بحيث كلما زاد السن المريض قل استخدامه لهذه الإستراتيجية ($r=-0.26$) باحتمال خطأ 0.015، مع عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين باقي الاستراتيجيات و السن لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

10-1 عرض نتائج الفرضية العاشرة:

لمعرفة الفرق في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير الحالة المدنية، قمنا بحساب تحليل التباين ذو اتجاه واحد one-way ANOVA وتبين لنا وجود فروق دالة إحصائياً بين إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي لدى مرضى القصور الكلوي حسب الحالة المدنية ($F=3.713$ وهي دالة عند 0.015) وبتطبيق اختبار شيفيه تبين أن هناك فروق دالة إحصائياً بين المتزوجين وغير المتزوجين وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.006، لصالح فئة المرضى المتزوجين؛ بمعنى أن المتزوجين أكثر استخداماً لاستراتيجيات إعادة التقدير الايجابي من فئة المرضى غير متزوجين. وأيضاً هناك فروق دالة إحصائياً بين المتزوجين والأرامل وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.03، لصالح فئة المرضى المتزوجين؛ بمعنى أن المتزوجين أكثر استخداماً لإستراتيجية إعادة التقدير الايجابي من المرضى الأرامل.

جدول رقم(19): يبين الفرق في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير الحالة المدنية.

أنواع الاستراتيجيات	معامل ف	الدلالة الإحصائية
استراتيجيات التصدي	.323	.809
استراتيجيات مخططات حل المشكل	.935	.428
استراتيجيات اتخاذ المسافة	.796	.500
استراتيجيات ضبط الذات	.490	.690
استراتيجيات البحث عن سند	1.333	.270
استراتيجيات تحمل المسؤولية	.687	.562
استراتيجيات التهرب\التجنب	.965	.414
استراتيجيات إعادة التقدير الايجابي	<u>3.713</u>	<u>.015</u>

1-11- عرض نتائج الفرضية الحادية عشرة:

المستوى التعليمي:

لمعرفة الفرق في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير المستوى التعليمي قمنا بحساب تحليل التباين ذو اتجاه واحد-way ANOVA one وتبين لنا عدم وجود فروق دالة إحصائية بين استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير المستوى التعليمي.

جدول رقم(20): يبين الفرق في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي حسب متغير المستوى التعليمي.

أنواع الاستراتيجيات	معامل ف	الدلالة الاحصائية
استراتيجيات التصدي	1.776	159. غير دال
استراتيجيات مخططات حل المشكل	.447	720. غير دال
استراتيجيات اتخاذ المسافة	.616	607. غير دال
استراتيجيات ضبط الذات	.296	828. غير دال
استراتيجيات البحث عن سند	1.443	236. غير دال
استراتيجيات تحمل المسؤولية	.142	935. غير دال
استراتيجيات التهرب\ التجنب	2.539	063. غير دال
استراتيجيات إعادة التقدير الايجابي	1.010	393. غير دال

من خلال الجدول يظهر لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المواجهة و متغير المستوى التعليمي.

1-12- عرض نتائج الفرضية الفانية عشرة:

العلاقة الارتباطية بين المهارات التوكيدية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي.

جدول (21): يبين العلاقة الارتباطية بين المهارات التوكيدية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي.

المهارات التوكيدية	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
استراتيجيات التصدي	.020	857. غير دال
استراتيجيات مخططات حل المشكل	.361**	001. دال
استراتيجيات اتخاذ المسافة	-.101	368. غير دال
استراتيجيات ضبط الذات	.119	287. غير دال
استراتيجيات البحث عن سند	.130	244. غير دال
استراتيجيات تحمل المسؤولية	-.010	932. غير دال
استراتيجيات التهربا التجنب	-.087	437. غير دال
استراتيجيات اعادة التقدير الايجابي	.365**	001. دال

لا توجد علاقة إرتباطية دالة بين المهارات التوكيدية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

2- مناقشة الفرضيات:

بعدها انتهينا من عرض النتائج نقوم بمناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة و الجانب النظري للدراسة.

1-2 مناقشة نتائج الفرضية الاولى:

من خلال الفرضية الأولى و التي تهدف إلى البحث عن مستوى التوكيدية لأفراد عينة البحث توصلت الدراسة أن 92,77% من أفراد العينة لديهم مستوى متوسط في الميل إلى التوكيدية و 07,22% فقط من أفراد العينة لديهم مستوى مرتفع و كلهم من الذكور

2-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

من خلال الفرضية الثانية و التي تهدف إلى البحث عن المهارات التوكيدية التي تنتشر أكثر من غيرها والتي يميل مرضى القصور الكلوي المزمن إلى تكرارها نجد كل من

مهارة الاعتراف بقدر الذات، عدم التورط حرجا من الآخر، توجيه العتاب، التعبير عن الاحتجاج، الدفاع عن الحقوق الخاصة، الاستقلال بالرأي، و إذا تأملنا المهارات الأكثر استعمالا نجدها تميل إلى الإحساس بالتهديد فهي لا تعبر عن المشاركة مع الآخر بل هي تميل إلى رد الاعتداء وهو ما تشير إليه دراسة لازروس حيث على أن من أبعاد السلوك التوكيدي القدرة على التعبير على المشاعر الموجبة و السلبية معا و هذه السمة لمسناها من خلال تعاملنا مع هذه الفئة من المرضى وهذا راجع أساسا إلى أن المرض يستحوذ على جل اهتمامات المريض بحيث تصبح المهارات الأخرى مثل مواجهة الآخرين ، الإقدام الاجتماعي، ضبط النفس، إبداء الإعجاب والتقدير للآخرين أقل استعمالا لتقلص المجال الحيوي الذي يعيش فيه المريض بالقصور الكلوي المزمن وهو ما أشارت إليه دراسة كل من Panisi و Haynal (1978) و Olie, Leveber (1983) أن مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من الاكتئاب ، الانسحاب الاجتماعي، والشعور بالحزن وكذلك الإخفاق وال فشل كما أنهم يميلون إلى العزل والتكوينات العكسية كآليات دفاعية.

2-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تهدف الفرضية الثالثة إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين من حيث استعمال المهارات التوكيدية حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الذكور والإناث. بحيث تفوق الذكور في الميل إلى التوكيدية أكثر من الإناث في كل المهارات ماعدا مهارة مهارة إبداء الإعجاب والتقدير للآخر، هذا وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الذكور أكثر توكيدا من الإناث وذلك يعود إلى الأبعاد الثقافية والجغرافية لأفراد بالتالي يمكن القول أن السلوك التوكيدي يتأثر بمتغير الجنس و الفرضية الثالثة تحققت.

2-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

من خلال الفرضية الرابعة و التي تهدف إلى لبحث العلاقة بين السلوك التوكيدي و متغير السن توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية بين خمسة مهارات توكيدية من بين عشرين مهارة وهي على التوالي كل من مهارة المساومة، إظهار الاختلاف مع الآخر، ومهارة المدح والامتنان و توجيه العتاب بحيث كلما ارتفع سن المريض زاد استعماله لهذه

المهارات عكس مهارة التعبير عن الغضب بحيث وجدنا علاقة ارتباط سالبة بمعنى أن التعبير عن الغضب يقل كلما زاد سن المريض وذلك راجع إلى عامل النضج و الاستقرار النفسي و العاطفي للفرد و هو ما أكده طه عبد العظيم حسن حيث يشير إلى أن درجة التوكيدية تزداد لدى الفرد مع تقدم العمر فالأصغر سناً يكون عادة أقل توكيداً من الأكبر سناً وبالتالي نقول أن الفرضية تحققت جزئياً.

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

هدفت الفرضية الخامسة إلى بحث العلاقة بين ميل المرضى بالقصور الكلوي المزمن إلى التوكيدية تبعاً لحالتهم المدنية حيث وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة مواجهة الآخرين بين المتزوجين والأرامل لصالح فئة المرضى المتزوجين؛ بمعنى أن المتزوجين أكثر استخداماً لمهارة مواجهة الآخرين من فئة المرضى الأرامل.

كما وجدنا أن الفرق دال بين الأرامل وغير المتزوجين في مهارة مواجهة الآخرين لصالح فئة المرضى غير المتزوجين وفروقا ذات دلالة إحصائية في مهارة التعبير عن الغضب بين المرضى المتزوجين وغير المتزوجين، وفروق دالة إحصائية بين المرضى المطلقين وغير المتزوجين وكذلك وجدنا فرق دال إحصائياً بين المرضى الأرامل والمرضى غير متزوجين وقد كانت الفروق الدالة لصالح فئة المرضى غير المتزوجين؛ أي أن المرضى غير المتزوجين هم أكثر استخداماً لمهارة التعبير عن الغضب من كل الفئات الأخرى.

بالإضافة إلى ذلك تبين لنا أيضاً وجود فروقا ذات دلالة إحصائية في مهارة طلب تفسيرات من الآخر بين المرضى المتزوجين والمرضى الأرامل لصالح المرضى المتزوجين أي أن هذه الفئة الأخيرة أكثر استخداماً لمهارة طلب تفسيرات من الآخر و فرق دال في مهارة المصارحة بين الأرامل والمتزوجين لصالح المتزوجين وبين الأرامل وغير متزوجين لصالح غير المتزوجين أي أن المرضى المتزوجين والمرضى غير المتزوجين يحسنون استخدام مهارة المصارحة أكثر من المرضى الأرامل.

وهذا ما أكدته طه عبد العظيم حسين في كتابه مهارات توكيد الذات أن السلوك التوكيدي يتأثر بالمتغيرات الأسرية والمتمثلة في المعاملة الوالدية الصادرة من الآباء حيال أبنائهم والتفاعل والتواصل الأسري و بالتالي يمكن للمهارة مواجهة الآخرين القول أن السلوك التوكيدي يتأثر تبعاً لحالة المريض العائلية بالنسبة لهذه المهارات بينما لم نجد فروقا دالة في المهارات الأخرى وبالتالي الفرضية تحققت جزئياً

2-6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

هدفت الفرضية السادسة إلى بحث الفروق في ميل المرضى بالقصور الكلوي المزمن إلى التوكيدية تبعاً لمستواهم التعليمي حيث لم نجد تأثيراً لهذا المتغير في اختيار مهارات السلوك التوكيدي إلا في مهارتين خاصتين بفئة المستوى الجامعي و المتمثلة في كل من مهارة عدم التورط حرجاً من الآخر ومهارة الاعتراف بقدر الذات بينما لم تظهر النتائج تأثير للمستوى التعليمي في الميل إلى التوكيدية بالنسبة للفئات الأخرى وقد يعود ذلك إلى خصائص عينة البحث حيث نجد (66,26%) من أفراد العينة لديهم مستوى ابتدائي و متوسط وذلك على عكس ما أشار إليه طه عبد العظيم حسين في كتابه مهارات توكيد الذات أن السلوك التوكيدي يتأثر بالمتغيرات الديمغرافية مثل النوع، والسن، ومستوى تعليم الفرد والمستوى الاقتصادي والاجتماعي لذلك نقول بأن الفرضية لم تتحقق إلا جزئياً .

2-7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

من خلال نتائج الفرضية السابعة و التي هدفت إلى التعرف على استراتيجيات المواجهة الأكثر شيوعاً لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وجدنا أن إستراتيجية التهرب هي من أكثر الاستراتيجيات استعمالاً لدى هذه الفئة من المرضى وذلك راجع إلى تأثير المرض الذي يسلب المريض كل قدرات المواجهة لديه بحيث لا يمكن فعل أي شيء تجاه المرض و هو ما أشار إليه لازروس في تحديده لمعايير فعالية استراتيجيات مواجهة الضغط، حيث توصل إلى أنه كلما سمحت الإستراتيجية المستعملة بالتحكم أو التخفيف من تأثير العدوان على الصحة الجسمية و النفسية للفرد كلما كانت فعالة و مناسبة لمواجهة الموقف فهو يقسم المواجهة إلى وظيفتين اثنتين:

- قسم يركز على مواجهة الانفعال و دوره ضبط مشاعر الحزن و المعاناة و الضرر.

- وقسم يركز على مواجهة المشكل و دوره معالجة مصدر المعاناة والضرر.

و إستراتيجية التهرب من النوع الأول بحيث ليس للمرض شفاء من غير زراعة الكلى لذلك المريض لا يقاوم المرض بل يقاوم ما يترتب عنه من معانات و هو ما تؤكد أيضا العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة Goldstein (1980) حيث وجد أن المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي يستعملون استراتيجيات التجنب لمواجهة المرض، و دراسة C.Sanchez و آخرون (1989) أن مرضى القصور الكلوي المصاحب بارتفاع ضغط الدم يستخدمون نوعين من الميكانيزمات والتي تتردد بكثرة عند هؤلاء و هما الإنكار و النفي، وكذا في دراسة تايلور وآخرون (1992) حيث استجاب المرضى بالسرطان من خلال استراتيجيات التجنب أو الهروب المعرفي والسلوكي.

و بالمقابل مجد أن إستراتيجية تحمل المسؤولية هي التي احتلت الرتبة الأخيرة في ترتيب الإستراتيجيات الأكثر استعمالا و بذلك نقول أن الفرضية قد تحققت .

2-8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

من خلال نتائج الفرضية الثامنة والتي هدفت إلى معرفة الفروق بين الجنسين في استعمال استراتيجيات المواجهة لم نجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين، فالإناث مثل الذكور المصابين بالقصور الكلوي المزمن في الميل إلى المواجهة وبالتالي لم تتحقق الفرضية الثامنة.

2-9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

توصلت الدراسة من خلال هذه الفرضية التي هدفت إلى كشف العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومتغير السن إلى أنه توجد علاقة ارتباطيه سالبة ودالة إحصائيا بين إستراتيجية التجنب أو التهرب، بحيث كلما زاد السن المريض قل استخدامه لهذه الإستراتيجية و هو ما أشارت إليه الدراسات حيث أشارت إلى أن استخدام استراتيجيات المواجهة مع

الضغط مرتبط بالسن، فقد وجد موس Moos و شيفر Schefer (1987) أن كل فئة عمرية لها رد فعل معين اتجاه حادثة معينة، مع عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين باقي الاستراتيجيات و السن لدى مرضى القصور الكلوي المزمن و بالتالي فإن الفرضية لم تتحقق إلا بالنسبة لهذه الإستراتيجية.

2-10- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:

توصلنا من خلال هذه الفرضية التي هدفت إلى كشف العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومتغير الحالة المدنية الحالة وتبين لنا وجود فروق دالة إحصائية بين إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي لدى مرضى القصور الكلوي حسب الحالة المدنية (ف = 3.713 وهي دالة عند 0.015) وبتطبيق اختبار شيفيه تبين أن هناك فروق دالة إحصائية بين المتزوجين وغير المتزوجين وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.006، لصالح فئة المرضى المتزوجين؛ بمعنى أن المتزوجين أكثر استخداماً لاستراتيجيات إعادة التقدير الايجابي من فئة المرضى غير متزوجين وأيضاً هناك فروق دالة إحصائية بين المتزوجين والأرامل وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.03، لصالح فئة المرضى المتزوجين؛ بمعنى أن المتزوجين أكثر استخداماً لإستراتيجية إعادة التقدير الايجابي من المرضى الأرامل.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ أن فئة المتزوجون أكثر ميلاً إلى استعمال إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي لكون هذه الفئة أكثر استقراراً تبعاً للدور الذي تلعبه الأسرة في حياة المريض، حيث بينت الأبحاث أيضاً أن المستوى المتدني للمساندة الاجتماعية في حياة الفرد يعتبر عاملاً مهيئاً لتفاقم الوضعية الضاغطة، في حين يساعد المستوى المرتفع للسند الاجتماعي على التحكم في الوضعية، و قد بينت أبحاث هلهان Halhan و موس Moos (1987) أن افتقار الفرد للمحيط العائلي يجعله يميل إلى استعمال استراتيجيات التجنب واستراتيجيات مرتكزة على الانفعال بصورة أكبر من الفرد الذي يتمتع بمستوى عالي من المساندة العائلية من هنا يمكن أن نقول أنه كلما زاد استقرار المريض زادت قدرته على مواجهة ضغوط الحياة بينما لم نجد فروق دالة إحصائية بالنسبة للإستراتيجيات الأخرى و بالتالي الفرضية تحققت جزئياً فقط.

2-11- مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشرة:

هذه الفرضية هدفت إلى كشف الفروق في إستراتيجيات المواجهة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي و من خلال النتائج توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق بين أفراد عينة البحث في الميل إلى نوع من إستراتيجيات المواجهة مهما تغير المستوى التعليمي لديهم و بالتالي لم تتحقق الفرضية الحادية عشرة.

2-12- مناقشة نتائج الفرضية الثانية عشرة:

هدفت هذه الفرضية إلى كشف العلاقة بين توكيد الذات واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ومن خلال النتائج لم نجد علاقة ارتباطية دالة بين المهارات التوكيدية واستراتيجيات المواجهة إلا بالنسبة لإستراتيجية التصدي و إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي بحيث كلما ارتفع مستوى التوكيد زاد استعمال المريض لهذه الإستراتيجيتين بالتالي الفرضية تحققت جزئياً فقط.

3- الاستنتاج العام:

- توصلت الدراسة إلى أن المرضى بالقصور الكلوي المزمن أفراد العينة لديهم مستوى متوسط في الميل إلى التوكيدية.
- توصلنا من خلال الدراسة إلى التعرف على الاستراتيجيات الأكثر استعمالاً عند مرضى القصور الكلوي المزمن والتي تمثلت في الاعتراف بقدر الذات، عدم التورط حرجاً من الآخر، توجيه العتاب، التعبير عن الاحتجاج، الدفاع عن الحقوق الخاصة، الاستقلال بالرأي.
- تنتشر بعض المهارات التوكيدية أكثر من غيرها حيث يميل مرضى القصور الكلوي المزمن إلى تكرار المهارات التي تميل إلى العدوانية أكثر من غيرها.
- يتأثر السلوك التوكيدي بمتغير الجنس بحيث تفوق الذكور في الميل إلى التوكيدية على الإناث.

- توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية بين متغير السن وخمسة مهارات توكيدية من بين عشرين مهارة وهي كل من مهارة المساومة، إظهار الاختلاف مع الآخر، ومهارة المدح والامتنان بحيث كلما ارتفع سن المريض زاد استعماله لهذه المهارات عكس

مهارة التعبير عن الغضب بحيث وجدنا علاقة إرتباط سالبة بمعنى أن التعبير عن الغضب يقل كلما زاد سن المريض.

- يختلف المرضى بالقصور الكلوي المزمن في استعمال المهارات التوكيدية حيث وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد تبعا لحالتهم المدنية حيث تؤثر هذه الأخيرة في اختيار السلوك التوكيدي بحيث تفوق المرضى المتزوجون على باقي الفئات الأخرى بالميل إلى استعمال المهارات الإيجابية.

- يختلف المرضى بالقصور الكلوي المزمن في استعمال المهارات التوكيدية حيث وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد تبعا لمستواهم التعليمي حيث لم نجد تأثيرا لهذا المتغير في اختيار مهارات السلوك التوكيدي بحيث لم نجد فروق دالة إحصائية إلا في مهارتين خاصتين بصفة المستوى الجامعي والمتمثلة في كل من مهارة عدم التورط حرجا من الآخر ومهارة الاعتراف بقدر الذات.

- تعتبر إستراتيجية التهرب من أكثر الاستراتيجيات شيوعا لدى أفراد عينة البحث تمثلت إستراتيجية تحمل المسؤولية هي اقل الاستراتيجيات استخداما.

- أثبتت النتائج أنه لا توجد فروق بين الجنسين في إستخدام إستراتيجيات.

- توصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائية بين إستراتيجية التجنب أو التهرب، بحيث كلما زاد السن المريض قل استخدامه لهذه الإستراتيجية مع عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين باقي الاستراتيجيات والسن لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وبالتالي فإن الفرضية لم تتحقق إلا بالنسبة لهذه الإستراتيجية.

يختلف المرضى بالقصور الكلوي المزمن في استعمال استراتيجيات المواجهة حيث وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد تبعا لحالتهم المدنية حيث تؤثر هذه الأخيرة في اختيار الاستراتيجية المستعملة حيث يميل المرضى المتزوجون إلى استعمال الاستراتيجيات الإيجابية .

لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المواجهة و متغير المستوى التعليمي.

4- التوصيات:

استنادا إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة خرجنا بجملة من التوصيات التي نلخصها فيما يلي:

- تشجيع البحث العلمي في مجال الأبعاد النفسية للأمراض المزمنة وخاصة القصور الكلوي المزمن.

- ضرورة العمل بشكل جماعي منسق (طبيب مختص، طبيب عام، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي، ممرضين، مختص في التغذية) من أجل إنجاح البرامج الإرشادية مع المرضى المزمنين وبخاصة مرضى القصور الكلوي المزمن و جعلها عنصرا مكملا للعلاجات الطبية.

- ضرورة إدماج المريض منذ البداية في الخطة الإرشادية و مشاركته فيها .

- تنظيم دورات تدريبية لفائدة المرضى لتعليمهم المهارات الاجتماعية والاستراتيجيات الناجحة و المتكيفة حتى يتمكنوا من توكيد ذواتهم دون اللجوء إلى العدوان.

- تنظيم دورات تكوينية لفائدة ممتهني الصحة من أطباء و ممرضين حول العوامل النفسية و ما لها من تأثير على مرضى القصور الكلوي المزمن، و كذا التعرف على الأساليب التي يستخدمها المريض لمواجهة الضغوط النفسية بهدف التخفيف من حدة التوترات الانفعالية و الضغوطات النفسية و التغلب عليها بالتكيف مع المواقف المقلقة خاصة في عملية تصفية الدم المستمر ارتباطه الدائم مع الآلة.

فائزہ اور ارجح

المراجع العربية:

الكتب:

- 1- إقبال إبراهيم مخلوف ،(2005)، الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين ، دار المعرفة الجامعية.
- 2- البار محمد علي،(دون تاريخ)، الفشل الكلوي، أسبابها وطريقة الوقاية منها وعلاجها ، دار القلم، بيروت.
- 3- بورقبة أمال،(2000) ، الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة ، دار النساء، ط1 الجزائر.
- 4- النجحي ، محمد لبيب ، وموسى، محمد خير، (1983)، البحث التربوي وأصوله ومناهجه، عالم الكتب، القاهرة.
- 5- الرشيدى، بشير صالح،(2000) ، مناهج البحث التربوي، دار الكتاب الحديث ، الكويت.
- 6- جودت رياض،(2000) ، الجراحة البولية والجراحة التناسلية عند الذكور، مطبعة جامعة حلب، سوريا.
- 7- حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم،(2006)، إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية ،عمان، دار الفكر للنشر و التوزيع.
- 8- حسين طه عبد العظيم، (2006)، مهارات توكيد الذات، دار الوفاء، الإسكندرية، مصر
- 9- حلواني عادل وآخرون، (2000)، نفسية المصابين بالقصور الكلوي المزمن ، المجلة السعودية لأمراض الكلى ع2 ، السعودية.
- 10- حمدان ، محمد زياد، (1989) ، البحث العلمي كنظام يدوي لتنفيذه وتقريره وتقييمه، دار التربية الحديثة، عمان.
- 11- خليفة عبد اللطيف ، عبد المنعم شحاته محمود،(دون تاريخ) الأسس النفسية في بناء الشخصية الإيجابية، دار ايتراك ومركز الدراسات المعرفية، القاهرة، مصر .

- 12- الرشيدى هارون توفيق ،(1999)، الضغوط النفسية طبيعتها و نظرياتها، المكتبة الأنجلو مصرية، الإسكندرية.
- 13- رويحة أمين،(1972) ، أمراض الجهاز البولي، الكلى، المثانة، البروستات ، دار القلم، ط1 ، بيروت.
- 14- سامر جميل رضوان، (2002)، الصحة النفسية، دار المسيرة، عمان.
- 15- السيد عثمان فاروق، (2001)، القلق و إدراك الضغوط النفسية، دار الفكر العربي.
- 16- الشناوي محمد محروس ومحمد السيد عبد الرحمن، (1998) ،العلاج السلوكي الحديث، دار قباء، القاهرة، مصر.
- 17- طريف شوقي فرج، (2003)، المهارات الاجتماعية والاتصالية، دار غريب، القاهرة، مصر.
- 18- عبد الستار إبراهيم، (1994)، العلاج السلوكي الحديث، دار المعرفة :الكويت
- 19- عبد المنعم الحفني، (1995)، موسوعة الطب النفسي، 2 ميدان طلعت حرب، القاهرة، مصر.
- 20- عبد المنعم حنفي،(دون تاريخ)، الموسوعة النفسية الجنسية، ط1 ، سوريا، مكتبة مدبولي .
- 21- على عسكر،(2000)، ضغوطات الحياة و أساليب مواجهتها، ط 2، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 22- على ماضي،(1991)، علم النفس البشرية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 23- فريحات عبد الكريم ، (2000)، تشريح جسم الإنسان، دار الشروق، الأردن.
- 24- الكرمة زهير،(1988) ، الأطلس العلمي، فيزيولوجيا الإنسان ، دار الكتاب اللبناني، بيروت.

- 25- كريستون ط ومسون، (دون تاريخ) معالجة الأمراض الباطنية ، ترجمة طليح بور وآخرون، مطبعة الجد، السعودية.
- 26- محمد السيد عبد الرحمان، (1999)، موسوعة الأمراض النفسية و العقلية، ج 2، دار قباء، القاهرة.
- 27- محمد السيد عبد الرحمن، (1998) ، دراسات في الصحة النفسية المهارات الاجتماعية، الاستقلال النفسي، الهوية، ج 2، دار قباء، القاهرة، مصر.
- 28- محمد صبور، (1989) ، أمراض الكلى وزرع الأعضاء، دار القلم، بيروت، ط 1 ، لبنان.
- 29- محمد قاسم عبد الله، (2001)، مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر، عمان
- 30- هاشم محمد وآخرون، (1989) ، أمراض الكلية، كتاب أمراض الكلية الموحد، ج 5 دمشق.
- 31- يخلف عثمان، (2001)، علم نفس الصحة، الأسس النفسية و السلوكية للصحة، دار الثقافة، قطر

الرسائل الجامعية:

- 1- أزرق فاطمة الزهراء، (1997)، الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 2- أمزيان زبيدة، (2006)، علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية مقارنة في ضوء متغير الجنس، مذكرة ماجستير غير منشورة في الإرشاد النفسي والمدرسي، جامعة الحاج لخضر ، باتنة، الجزائر.

3- رزقي رشيد ، (2011)، الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.

4- شريفي هناء ،(2002)، استراتيجيات المقاومة و تقدير الذات و علاقتها بالعدوانية لدى المراهق الجزائري، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

5- شوقي، طريف فرج ، (1998)، محددات السلوك التوكيدي، العدد الرابع والعشرون، أكتوبر، نوفمبر، ديسمبر، السنة السادسة.

6- عبيدان، محمد وآخرون ،(1997)، منهجية البحث العلمي،القواعد والمراحل والتطبيقات، الجامعة الأردنية .

7- عيطور دليلة، (1997)، الضغط النفسي الاجتماعي لدى الممرضين، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

8- كشرود هدى، (2003)، دراسة العلاقة بين المعاملة الوالدية و الاكتئاب واستراتيجيات التعامل عند الأبناء في إطار نموذج القابلية للتأثير، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

9- ليهم نورة ،(2002)، استراتيجيات المقاومة عند السارقين، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

10- مرازقة وليدة، (2009)، مركز ضبط الألم وعلاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، مذكرة ماجستير في علم النفس الصحة،جامعة لحاج لخضر، باتنة.

المجلات والدوريات:

1- طريف شوقي فرج، (2009)، المهارات التوكيدية أبعادها وأساليب تنميتها، الفصل الثاني

محمود السيد، عبد الحليم وشوقي فرج، طريف وسيد يوسف، جمعة ومحمد خليفة، عبد

- اللطف ومحمود، عبد المنعم شحاته: الأسس النفسية في بناء الشخصية الإيجابية، دار
 ايتراك ومركز الدراسات المعرفية، القاهرة، مصر ، ص 73 ص 111 .
- 2- طيبي فريدة، (2008) ، المهارات الاجتماعية، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية
 والاجتماعية، مجلة سداسية تصدر عن كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر،
 العدد 9 .
- 3- عبد الخالق أحمد، (2008) ، الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي ، مجلة الدراسات
 النفسية، مجلد 18 ، ع 1 ، بيروت.
- 4- عبد الجبار عادل بن صلاح، (2002) ، العلاقة بين التوكيدية وتحقيق الذات لدى طلاب
 الجامعة، دراسات طفولة (نفسية – اجتماعية – إعلامية طبية) جمهورية مصر العربية،
 أبريل، المجلد الخامس، العدد الخامس عشر.
- 5- على عبد السلام على، (2001)، عمل السلوك التوكيدي والمهارات الاجتماعية وعلاقتها
 بالسلوك الانفعالي للغضب بين العاملين والعاملات، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية
 العامة للكتاب، العدد السابع والخمسون ، يناير، فبراير، مارس، السنة الخامسة عشر.

مراجع اللغة الأجنبية:

- 1- Alain meyrer et all, (1994), maladies rénales de l'adulte, Berti Paris. 2eme
 edition
- 2- Bauer. S ,(2001), Observance thérapeutique chez les personnes âgées,
 Synthèse documentaire , Paris.
- 3- Bernard sergery,(1994), l'insuffisance rénale, maloine, . Paris. 4eme edition.
- 4- Bruno Moulin,(2007), néphrologie college universitaire des enseignants de
 néphrologie edition ellipses
- 5- Campbell, C, (1983), Coping with Hemodialysis, cognitive Appraisals,
 coping. behaviors, spiritual, wellbeing, assertiveness, and Family adaptability
 and cohesion as correlates of adjustment, Dis. Abs, Int. (49-02B).

- 6- Challahan, C, (2000), Stress, coping and personality hardiness in patients with temporomandibular disorders, rehabilitation psychology.
- 7- Claude Naudin, (1995) , Larousse médicale, liberire Larousse, Paris.
- 8- Dorothy H, G, (1990), Stress Management an Integrated Approach to Therapy, BRNNER AZEL Publishers, New York.
- 9- Elliot, T, R, et Gramling, S, (1990), Personal assertiveness and the effects of social support among college students, journal of counseling psychology.
- 10- Gustave, N ,(2003), Psychologie des violences sociales, éd Dunad, Paris
- 11- Joe, T et al ,(1999), Assertiveness predicts threat and challenge reactions to potential stress among woman, journal of personality and social psychology.
- 12- Jungers ,P, et all,(2003), l'hémodialyse de suppléance, flamation médecine, Paris.
- 13- keck, Sherry D, A, (2006), pain locus of control and quality of life , index scores in chronic pain patient , a thesis for the degree master of science in nursing , university of north Carolina , Greensboro.
- 14- Massong, S, Dickson, A, Ritzler, B et Laynf, C ,(1982), Assertion and defense mechanism preference, journal of counseling psychology.
- 15- Paulhan et all ,(1998), Stress et coping, les stringer d'ajustement, 2^{eme} édition, éd PUF, Paris.
- 16- Ruth, H, et Judy, (1995), A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children, academic stressors, attributional style, perceived competence and control, journal of personality and social psychology.
- 17- Quintard, B et all, (2001) , personnalité et maladie, éd Dunad, Paris .
- 18 - Zika, S, et Chamberlain, K, (1987), Relation of hassles and personality to subjective well-being, journal of personality and social psychology.

القواميس

1- المنجد في اللغة و الإعلام، (2007) ،دار المشرف، بيروت، لبنان الطبعة الثانية والأربعون.

2- محمود عواد،(2006)،معجم الطب النفسي والعقلي،دار أسامة للنشر و التوزيع، ودار المشرف الثقافي والتوزيع،عمان الأردن الطبعة الأولى .

3- قاموس المعتمد، (2012) ، دار صادر، بيروت طبعة 7.

4- Larousse grand dictionnaire de la psychologie (2000), sous la direction de Henriette Bloch, Roland Chemama, Eric Depret, Alain Galoo, Pierre Leconte, Jean Francois Le Nu, Jacques Postel et Maurice Reuchlin), édition : Larousse, paris.

مَدِينَةُ

في إطار إعداد مذكرة ماجستير نطلب منكم مد العون لنا بالإجابة على هذا الاستبيان

(X) في الخانة التي تضمنون أنها تناسب استجابتكم الشخصية في

الوضعيات المقترحة عليكم مع العلم أن إجاباتكم سوف تحاط بالسرية التامة كما أنها لن لأغراض علمية بحتة ونظرا لأهمية مساعدتكم لنا على إتمام هذا العمل نتقدم إليكم بفائق التقدير الشكر الجزيل.

- :

- :

- :

- الحلة المدنية: () () () ()

- المهنة:

- ()

تصف لنا هذا المشكل في بضعة أسطر.

_____:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ليك في الصفحة الموالية عدة طرق لمواجهة المشاكل، اقرأ كل طريقة من الطرق التالية و بين مدى استعمالك لها في الوضعية التي وصفتها.

مقياس المهارات التوكيدية

في ما يلي مجموعة من العبارات التي تصف عدداً من السلوكيات التي تصدر عنك في المواقف المختلفة التي تتعامل فيها مع الآخرين، والمطلوب منك أن تحدد معدل حدوث كل سلوك من تلك السلوكيات، وذلك بأن تضع علامة (✓) في الفئة الموجودة أمام العبارة التي تصف معدل صدور هذا السلوك منك.

ويكون هذا على النحو التالي:

هذا السلوك يحدث	دائماً	كثيراً	أحياناً	قليلاً	نادراً
تستطيع أن تواجه زميلاً بخطأ ارتكبه في حقك					

أرى إذا كان هذا السلوك يصدر عنك كثيراً فضع علامة (✓) في المربع الثاني أمام العبارة (تحت كلمة كثيراً).

م	هذا السلوك يحدث	دائماً	كثيراً	أحياناً	قليلاً	نادراً
1	تشعر بالارتباك (تتلعثم، قلبك يدق بشكل غير عادي) حين تخاطب شخصاً ذا سلطة.					
2	حين تتفق على تصنيع سلعة وتجدها غير مطابقة للمواصفات تصر على إجراء التعديلات المطلوبة قبل الاستلام.					
3	تكون البادي بإنهاء مقابلة في الطريق مع أحد الأصدقاء وتشعر أنها امتدت أكثر من اللازم.					
4	تطالب صديقاً بضرورة تعديل بعض جوانب سلوكه التي يستاء منها الآخرون.					
5	تصحح مساومة سائق تاكسي يطلب أجره أكثر مما .					
6	تطلب من شخص يلقي قاذورات في الطريق العام أن يكف عن ذلك.					
7	تبدي إعجابك بزي يرتديه أحد الزملاء (من نفس جنسك).					
8	تقوم بشراء سلعة خجلاً من أدرج البائع في التعامل معك.					
9	حين يلتقي متحدث من نفس جنسك - على سمعك بيانات خاطئة تقوم بتصحيحها له.					
10	لا تعترض حين يفرق رئيسك (أستاذك في حالة الطلبة) بدون وجه حق بينك وبين أحد زملائك.					
11	توجه اللوم لصديق حين يفشي سراً ائتمنته عليه.					
12	تتردد في إظهار غضبك لزميل أساء إليك.					
13	يصعب عليك الاعتذار عن موعد سابق لا تستطيع الالتزام به.					
14	تخبر من يسألك في موضوع لا تفهم فيه عدم معرفتك.					
15	تستجيب لصديق يحاول فرض رأيه عليك وأنت تشتري شيئاً ما (ملابس مثلاً).					
16	تحتفظ بأعصابك هادئة في المواقف المثيرة للتوتر.					
17	حين تتحدث إلى شخص وتجده غير مهتم.					
18	تطلب تفسيرات إضافية لبعض النقاط الغامضة في كلام زميل يتحدث إليك.					
19	يصعب عليك أن تواجه صديقاً عن رأيك فيه بصراحة.					

م	هذا السلوك يحدث	دائماً	كثيراً	أحياناً	قليلاً	نادراً
20	توجه الشكر إلى موظف أدى واجبه بأمانة نحوك أمام جمهور المتعاملين معه.					
21	تخجل من التعليق على متحدث في ندوة عامة (محاضرة).					
22	يصعب عليك التصدي لمن يتخطى دورك أو أحقيتك في الحصول على شيء ما سلعة، قضاء خدمة في مكتب حكومي).					
23	تبدأ الحوار مع الجالس بجانبك -من نفس جنسك- في وسيلة مواصلات عندما تكون على سفر.					
24	يسهل عليك أخبار أحد أصدقائك بخطأ ارتكبه في حقك.					
25	حين يطلب أحد العاملين الفنيين أجراً مبالغاً فيه نظير إصلاح جهاز لديك فإنك تعطيه ما يطلب.					
26	تمنع أحد الصبية الذين يقومون بإتلاف ممتلكات عامة (قطع سلك تلفون-تحطيم لمات إنارة) من هذا العبث.					
27	حين يعجبك حديث أو فكره لمتحدث-من نفس جنسك-فإنك تعبر له عن إعجابك.					
28	ترفض القيام بعمل مكلف به زميل آخر مادام لا يوجد سبب معقول لذلك.					
29	تستطيع إبلاغ رئيسك (أستاذك في حالة الطلبة) بعدم اتفاقك معه في رأي له في مشكلة معينة.					
30	تحتج على موظف ينهي مصالح معارفه أولاً على حسابك.					
31	تعاتب أحد أفراد أسرته لقيامه بفتح خطاب أو الإطلاع على أوراق خاصة بك دون علمك.					
32	تبدي غضبك لزميل يريد أن يسلب منك احد اختصاصاتك.					
33	تتعذر علناً لزميل-من نفس جنسك- عن خطأ ارتكبه في حقه.					
34	لا تعد بما لا تستطيع حتى لا تدعى إلى تنفيذ ما لا تقدر.					
35	حين ينتقد صديق سلعة اشتريتها تشعر بأنك متضايق منها لا تريدها.					
36	تتحكم في أعصابك حين يثير شخص ما استيائك.					
37	تبين لزميل-من نفس جنسك-يوجه إليك سؤالاً شخصياً أن هذا موضوع خاص تفضل عدم الرد عليه.					

م	هذا السلوك يحدث	دائماً	كثيراً	أحياناً	قليلاً	نادراً
38	تجد صعوبة حين تخرج من مكتب حكومي في أن تعود إلى نفس الموظف لتطلب منه استفسارات إضافية.					
39	تؤمن بأنه ليس عليك أن تقنع الناس برأيك ولكن عليك أن تقول ما تعتقد أنه حق.					
40	تمدح حلاً ذكياً أحد الزملاء -من نفس جنسك - المشكلة في العمل.					
41	حين تصافح شخص ذا أهمية (رئيس، قريب، ذو مكانة) لا تستطيع التركيز على عينه.					
42	توقف جارك الذي يسبب لك الأذى (يزعجك بشده، يهين طفلك) عند حده.					
43	تخرج من مطالبة زميل بدين لك عليه.					
44	تخشى من التعليق على تصرفات لرئيسك (أستاذك) ترى عدم صوابها.					
45	تفضل عدم شراء سلعة غير مسعرة (من بائع متجول) لعلمك بأنك ستكون المغلوب في النهاية.					
46	تحاول أن تخلص شخصاً ضعيفاً (عقلياً) من إيذاء بعض الصبية له.					
47	تخبر أحد الأصدقاء - من نفس جنسك - بأنك معجب بصفة معينة فيه (حد الذاكرة - اللباقة).					
48	يصعب توريطك في أفعال لا تقبلها تحت ضغط الحرج أو المجاملة.					
49	حين يعرض عليك أحد الزملاء مشكلة قاصداً أن تنتهي فيها لرأيه لا تجد حرجاً في إظهار وجهة نظر مخالفة.					
50	حين تشتري فاكهة للأسرة فإنك تأخذ ما يضعه لك البائع حتى لو كان رديئاً.					
51	تؤنب زميلاً - من نفس جنسك - يستعمل شيئاً يخصك دون علمك.					
52	تمتنع عن الرد على شخص ذي سلطه (رئيس مثلاً) حين يوجه إهانة إليك.					
53	حين تصر على وجهة نظر وتكتشف عدم صحتها تخبر زملائك					

م	هذا السلوك يحدث	دائماً	كثيراً	أحياناً	قليلاً	نادراً
	بتراجعك عنها.					
54	تعتذر لصديق حين يكلفك بخدمة لايمكنك القيام بها.					
55	تتخلى عن وجهة نظر تقتنع بها إذا كانت لا تعجب أصدقائك.					
56	تستمع إلى من يقوم بمهاجمة وجهة نظرك و تناقشه فيها.					
57	تطلب من آخر يشوش عليك وأنت تعرض وجهة نظرك التوقف والانتظار حتى تنتهي.					
58	تطلب من صديق يشرح وجهة نظره في موضوع ما مزيد من الإيضاحات.					
59	تدافع عن وجهة نظر أنها صائبة حين ينتقدها رئيسك (أستاذك في حالة الطلبة).					
60	تشيد بذكر صديق أدى خدمة لك فيما مضى حين تجئ سيرته في الحديث.					
61	تنبه من يدخل بجانبك في مكان عام إلى الضرر الذي يسببه لك دخان سيجارته.					
62	لا تستطيع التعبير لقریب-من نفس جنسك- عن رأيك في بعض تصرفاته.					
63	يمكنك شراء السلع ذات النوعية الجيدة من البائعين بدون زيادة في الأسعار.					
64	تطالب مجموعة من الشباب يتحدثون بألفاظ جارحة في مكان عام بالتوقف عن ذلك					
65	يسهل عليك أن تخبر صديقاً -من نفس جنسك- بمكانته الخاصة لديك.					
66	ترفض إقراض مبلغاً من المال لصديق معروف عنه عدم سداد ديونه للآخرين.					
67	تستطيع الاعتراض على أوضاع غير لائقة تحدث أمامك كأن يؤدي أحد الزملاء زميلاً آخر بألفاظ مهينة.					
68	تستطيع الاعتراض على أوضاع غير لائقة تحدث أمامك كأن يؤدي احد الزملاء زميلاً آخر بألفاظ مهينة.					
69	تعاتب صديقاً تأخر عن مواعده معك بدون عذر مقبول.					

م	هذا السلوك يحدث	دائماً	كثيراً	أحياناً	قليلاً	نادراً
70	حين ترى من زميل من نفس جنسك إما يغضبك تكتم في نفسك.					
71	تعذر من أحد الأصدقاء من تصرف غير ملائم صدر منك نحوه.					
72	عندما ينسب لك عمل جيد لم تفعله تبادر بتصحيح الأمر وتنسب الحق لأهله.					
73	تفقد ما تقتنع به ولا تهتم بمعارضة الآخرين لك.					
74	حين ينتقد زميلاً تصرفاً شخصياً لك تناقشه بهدوء فيما يقول.					
75	تستطيع أن تلمح لضيف ثقيل بأنه حان آون انصرافه (تنظر في الساعة مثلاً- تتجنب النظر إليه مثلاً).					
76	تستفسر من متحدث ذي مكانة مرتفعة (رئيس-أستاذ) عن بعض النقاط الغامضة في حديثه.					
77	يمكنك عرض وجهة نظر مخالفة أمام مجموعة من الزملاء غير مقتنعين بها.					
78	تخجل من مدح رئيسك حين يحسن معاملتك خشية أن يقال أنك تناقحه.					
79	تشعر بالارتباك حين تدخل مجتمعاً عاماً (حفلة، ندوة) بسبب تركيز الناس عليك.					
80	تعيد سلعة فاسدة إلى المحل الذي اشتريتها منه وتطلب تغييرها.					

مقياس استراتيجيات المواجهة

كثيرا	كثيرا			الطرق المستعملة في مواجهة المشاكل	
				ركزت فقط فيما سأفعله لاحقا في الخطوة اللاحقة	1
				قمت فقط بشيء لم أفكر أني سأفعله، لكن قمت، لكن	2
				المسؤول تغيير رأيه(ها)	3
				التحدث لشخص ما لأتعرف أكثر على الوضعية	4
				انتقدت نفسي أو وبختها	5
				محاولة عدم اليأس، لكن تركت الأمور نوعا ما موضع	6
				تمنيت أن تحدث معجزة	7
				رضيت بالقدر، كان في بعض الأحيان حظي سيئا	8
				تصرفت و كأن شيئا لم يحدث	9
					10
				الجانب الإيجابي للأشياء	11
					12
				أظهرت غضبي للشخص(الأشخاص) المتسبب في	13
				تقبلت عطف و تفهم شخص ما	14
				ألهمت القيام	15
				محاولة نسيان كل	16
					17
				تغيرت أو تطورت بشكل إيجابي	18
					19
				للعمل و اتبعته	20
				مهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى	21
					22
				خرجت من المشكل بشكل أحسن مما دخلت فيه	23
				حدثت شخصا ما بإمكانه فعل شيء ملموس اتجاه	24
				محاولة إشعار نفسي بإحساس جيد و ذلك بالأكل، الشرب، التدخين، أخذ أدوية . . .	25

				قمت بمجازفة كبيرة أو شيئاً خطراً جداً	26
					27
				وجدت إيماناً جديداً	28
				اكتشفت من جديد ما هو مهم في الحياة	29
				غيرت الأشياء حتى تنتهي الأمور إلى الأفضل	30
					31
				عدم ترك المشكل يتغلب عليّ، و رفض التفكير فيه كثيراً	32
				طلبت النصح من شخص قريب أو صديق أحترمه	33
				لم أترك الآخرين يعرفون كم كانت الأمور سيئة	34
				الاستهانة من الوضعية و رفض أن أكون جدياً نحوها	35
				حدثت شخصاً ما عن ما شعرت به	36
					37
				لمت غيري من الناس حول المشكلة	38
				استفدت من تجاربي السابقة، إذا كنت في وضعية	39
				عرفت ما يجب فعله، فضاغت جهدي لتحقيق الأمور	40
				رفضت الاعتقاد بأن هذا الأمر قد حدث	41
				تعهدت لنفسي بأن الأمور ستكون مختلفة مرة أخرى	42
					43
				لا تتداخل كثيراً مع أمور	44
				غيرت أشياء في نفسي	45
				تمنيت لو ينتهي المشكل أو يجد حلاً بطريقة أو بأخرى	46
				لدي خيال أو تمنيات حول إمكانية انقلاب الأمور	47
					48
				تفكيري إلى ما يمكنني أن أقوله أو أقوم به	49
				فكرت كيف يمكن لشخص أقدره أن يتعامل مع هذه الوضعية	50