

جامعة الجزائر -2-  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس



علاقة الإرجاعية و استراتيجيات المواجهة بالصحة  
النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي  
والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة

رئيسة الفرقة: د. ياحي سامية

رقم الفرقة: I05L03UN160220150016

أعضاء الفرقة:

- د. ياحي سامية.

- د. فلاحى هدى وهيبة

ديسمبر 2019



## شكر وتقدير

لا يسعنا ونحن نتمم هذا العمل المتواضع الا أن نتوجه بكل آيات الشكر والعرفان الى كل من مدوا الينا يد المساعدة وساهموا في أن يخرج هذا العمل الى النور وخاصة البروفيسور بن زيان رئيس مصلحة أمراض الكلى بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد لمين دباغين بباب الواد والسيدة بلقاسمي بالمركز الاستشفائي الجامعي حمودي نفيسة، بارني سابقا.

والشكر موصول الى كل من قدم لنا العون من قريب أو بعيد

## ملخص

يهدف البحث الحالي إلى محاولة التعرف على العلاقة بين الإرجاعية و استراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين الى تصفية الدم عن طريق الآلة، ولتحقيق هذا الغرض تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي و تم اختيار عينة مكونة من ثمانية وستين (68) مريضاً، من 18 إلى 84، 40 أنثى، و 28 ذكور، يتراوح المدى العمري 21، 41، استخدمنا بطارية مقاييس (ثلاث مقاييس) ،مقياس الإرجاعية لدافيدسونوكونور(2003)، ومقياس استراتيجيات المواجهة لبولمان(1994)، ومقياس الصحة النفسية SCL- 90Symptoms Check List-R، ولمعالجة نتائج الدراسة استعملنا مجموعة من الأساليب الإحصائية كالمتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، معامل الارتباط برسون، اختبار الفروق لمجموعة واحدة (ت).

### خلص البحث إلى مجموعة من النتائج هي كمايلي:

- مستوى الإرجاعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي مرتفع.
  - مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي ضعيف.
  - يلجأ مريض القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضع لتصفية الدم عن طريق الكلية الآلة الى استراتيجية اعادة التقييم الايجابي أكثر من غيرها من الاستراتيجيات الاخرى(وهي من الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال) ، يليها في المرتبة الثانية استراتيجية حل المشكل، وفي المرتبة الثالثة نجد استراتيجية التجنب تتبع باستراتيجيات الدعم الاجتماعي واستراتيجية تأنيب الذات.
  - توجد علاقة عكسية بين الإرجاعية ودرجات الصحة النفسية أي أنه كلما ارتفعت الإرجاعية كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.
  - توجد علاقة عكسية بين استراتيجية التقييم الايجابي ودرجات الصحة النفسية أي أنه كلما ارتفع كلما التقييم الايجابي كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.
  - توجد علاقة عكسية بين استراتيجية حل المشكل ودرجات الصحة النفسية أي أنه كلما ارتفع حل المشكل كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.
  - توجد علاقة موجبة بين استراتيجية التجنب وتأنيب الذات ودرجات الصحة النفسية أي أنه كلما ارتفع التجنب وتأنيب الذات كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.
- الكلمات المفتاحية:** الإرجاعية، استراتيجيات المواجهة، الصحة النفسية، القصور الكلوي المزمن النهائي.

## Summary

This research aims to identify the relation between resiliency, coping strategies and mental health among hemodialysis Patients. To achieve this purpose a descriptive method was used. A sample chosen consists of sixty-eight (68) patients, from 18 to 84, 40 females, and 28 males, Their age range is 41,21. A battery of check lists is used in this study: The Connor Davidson Resilience Scale CD-Risk(2003) , Paulhan Ways of coping check – list(1994), and the R-SCL-90 mental health scale Symptoms Check List.

we also used in this study some statistical methods such as arithmetic mean , standard deviations, Cronbach's Alpha coefficient, Pearson correlation coefficient, T test for one group.

The research concluded a set of results as follows:

- The level of resiliency in hemodialysis Patients is high.
- The level of mental health in hemodialysis Patients is poor.
- hemodialysis patients uses a more positive reevaluation strategy than other strategies (it is one of the strategies centered on emotion), It is followed in the second place by the strategy of solving the problem, and in the third place we find the avoidance strategy .the strategies of social support and self-reproach are in the final place.
- There is a negative relationship between resiliency and degrees of mental health.
- There is a negative relationship between the strategy of positive evaluation and the degrees of mental health.
- There is a negative relationship between the strategy of positive evaluation and the degrees of mental health.
- There is a positive relationship between avoidance self-reproach strategy and mental health degrees.

**Key words:** resiliency, coping strategies, mental health, chronic final renal insufficiency.

الصفحة	العنوان
--------	---------

قائمة المحتويات	
أ	شكر و تقدير.....
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية.....
ج	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية.....
د	فهرس المحتويات.....
هـ	فهرس الجداول.....
و	فهرس الأشكال.....
1	مقدمة.....
4	إشكالية البحث.....
8	فرضيات البحث.....
8	تحديد المفاهيم.....
11	أهداف الدراسة.....
11	أهمية الدراسة.....
<b>الباب الأول: الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول: القصور الكلوي المزمن النهائي</b>	
14	تمهيد.....
14	تعريف الكلية.....
17	وظائف الكلية.....
17	تعريف القصور الكلوي الحاد.....
18	أعراض القصور الكلوي الحاد.....
19	تعريف القصور الكلوي المزمن.....
19	أعراض وعلامات القصور الكلوي المزمن.....
22	أسباب القصور الكلوي المزمن.....
23	علاج القصور الكلوي المزمن.....
27	خلاصة.....

## الفصل الثاني: الإرجاعية

29	تمهيد
29	الاطار التاريخي للإرجاعية.....
31	تحديد مفهوم الإرجاعية.....
34	صفات الأفراد ذوي الإرجاعية.....
35	عوامل الحماية.....
39	النظريات والنماذج المفسرة للإرجاعية.....
42	خلاصة.....

## الفصل الثالث: الضغط واستراتيجيات المواجهة

44	تمهيد.....
44	الضغط النفسي.....
44	تعريف الضغط النفسي.....
46	النظريات المفسرة للضغوط النفسية.....
50	استراتيجيات المواجهة.....
50	تعريف أساليب المواجهة.....
52	تصنيف أساليب مواجهة الضغط النفسي.....
59	وظائف استراتيجيات المواجهة.....
60	خلاصة.....

## الفصل الرابع: الصحة النفسية

62	تمهيد.....
62	مفهوم وتعريف الصحة النفسية.....
64	مظاهر الصحة النفسية.....
67	الصحة النفسية والتكيف النفسي.....
68	الصحة النفسية والتوافق النفسي.....
69	مناهج الصحة النفسية.....

70	سمات الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية .....
71	وجهات نظر في تفسير الصحة النفسية.....
73	خلاصة.....
<b>الباب الثاني</b>	
<b>الجانب الميداني</b>	
<b>الفصل الخامس: منهج البحث وإجراءات الدراسة</b>	
75	تمهيد.....
75	منهج الدراسة.....
75	حدود الدراسة.....
75	عينة الدراسة.....
75	عينة الدراسة الاستطلاعية.....
76	عينة الدراسة الأساسية.....
79	الأدوات المستخدمة في الدراسة .....
80	مقياس الإرجاعية لدافيدسونوكونور.....
87	مقياس استراتيجيات المواجهة coping وخصائصه السيكومترية.....
95	مقياس الصحة النفسية .....
99	أساليب المعالجة الإحصائية.....
<b>الفصل السادس: عرض نتائج البحث ومناقشتها</b>	
101	تمهيد.....
101	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....
102	عرض و مناقشة الفرضية الثانية .....
108	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....

110	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....
113	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....
113	عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....
116	خاتمة.....
116	مقترحات.....
117	توصيات.....
119	المراجع.....
الملاحق	

## مقدمة:

يشهد عصرنا الحاضر انتشارا واسعا للأمراض المزمنة المهددة لحياة الإنسان كالأزمات الوعائية القلبية، مرض ارتفاع ضغط الدم والسكري وكذا مرض القصور الكلوي المزمن النهائي والذي قد يؤدي إلى آثار جسدية ونفسية كثيرة قد تح دمن قدرات الفرد على التكيف وتعمل على تدهور صحته بشقيها الجسمي والنفسي .

يعد القصور الكلوي مرضا صامتا يتطور خلال سنوات، يتصف بالفقدان الكلي لوظيفة الكلى وغير قابل للرجوع للنفرونات (Les néphrons) مما يستلزم لجوء المريض إلى العلاج التلطيفي (Palliatif) والمتمثل في تصفية الدم الصفاقية أو الحشوية أو تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية والتي تتطلب من المريض تواجده بمصلحة تصفية الدم من ثلاث إلى خمس ساعات من مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع، كما تجرى للمريض عملية جراحية من أجل وضع ناسور في يده من أجل إيصاله بالآلة. يترتب عن عملية تصفية الدم هذه آثارا متعددة متفاوتة الخطورة كالتهابات الفيروسية خاصة التهاب الفيروسي (C)، المضاعفات الجسمية كارتفاع ضغط الدم، الأنيميا، هذا ناهيك عن الآلام على مستوى الذراع والمفاصل و الاضطرابات الجنسية، وكذا المشاكل المهنية والتي قد تصل إلى الطرد من العمل.

إن هذه الوضعية الضاغطة للمرض قد تؤدي الى اختلال توازن مريض القصور الكلوي المزمن وتدهور صحته النفسية وهذا ما بينته العديد من الدراسات النفسية والتي أثبتت أن هؤلاء المرضى يعانون من انتشار واسع للاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية كما أنهم قد يظهرون ثورات غضب ومشاعر عدوانية ناتجة عن اضطراب صورة الجسم.

قد تعاش وضعية المرض بطريقة مختلفة من طرف المرضى، إذ هناك من يتعاش معها ويحافظ على توازنه النفسي وهناك من ينهار وتتدهور صحته النفسية، ويرجع هذا الى المصادر الشخصية أو بمعنى آخر المتغيرات السلوكية والمعرفية أو العوامل الحامية والتي غيرت النظرة التشاؤمية الى الشدائد والمحن (المرض) أي تلك 11 النظرة الضيقة والميكانيكية أو الخطية التي كانت تؤمن بحتمية أن المحن والشدائد تؤدي لا محال إلى اختلال التوازن النفسي، ومن هذه العوامل الإرتجاعية واستراتيجيات المواجهة.

تعتبر الإرتجاعية عن المواجهة والتكيف الإيجابي إمام الوضعيات الضاغطة والنمو السليم والتطور إلى الأحسن بالرغم من الظروف الصعبة، وهذا ما بينته دراسات عديدة لورنر، غارميري، روتر، و سيرولنيك على أفراد تعرضوا لضغوط وصدمات وبالرغم من ذلك حافظوا على توازنهم النفسي. أما استراتيجيات المواجهة فإنها طرق وأساليب معرفية وسلوكية يستعملها الأفراد من أجل التخفيض من الوضعية الضاغطة وتحقيق الصحة النفسية.

وبناءً عليه نحاول من خلال هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين الإرجاعية و استراتيجيات  
المواجهة والصحة النفسية لدى عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين  
لتصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية أو الآلة.

هذا وبعد أن حددنا إشكالية الدراسة قسمنا بحثنا إلى جانبين:

اشتمل القسم الأول على الجانب النظري والذي تضمن ثلاث فصول، تطرقنا في الفصل الأول  
إلى القصور الكلوي المزمن النهائي والذي عرفنا فيه الكلية وحددنا وظائفها وكذا تعريف القصور الكلوي  
الحاد والمزمن، أعراضهما، وأسبابهما وكذا طرق علاج القصور الكلوي المزمن النهائي.

أما الفصل الثاني فقد خصص لمفهوم الإرجاعية، إذ قمنا بتحديد، و تحديد الإطار التاريخي له  
وكذا صفات الأفراد الإرجاعين، وعوامل الحماية، والنظريات المفسرة للإرجاعية.

وتضمن الفصل الثالث الضغط واستراتيجيات المواجهة، تناولنا في الفصل الرابع الصحة النفسية  
إذ قمنا بتعريفها وتحديد مظاهرها بالإضافة الى التمييز بين الصحة النفسية والتكيف وكذا الصحة النفسية  
والتوافق كما تطرقنا الى مناهج الصحة النفسية ونظرياتها.

أما الجانب التطبيقي فقد اشتمل على فصلين ، حيث خصص الفصل الخامس إلى تناول اجراءات  
الدراسة الميدانية ومنهج البحث، خصائص عينة البحث، ميدان البحث، الأدوات المستعملة والأساليب  
الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة. أما الفصل السادس والأخير فقد تم فيه عرض ومناقشة النتائج.  
وفي النهاية جاءت خاتمة البحث لنعرض فيها أهم المحطات التي مر بها البحث ونتائجه ، مستعرضين  
في الأخير جملة من الاقتراحات.

# الإشكالية والفرضيات

## لإشكالية

يعد الإنسان وحدة متكاملة جسمية ، ونفسية، واجتماعية، لا يمكن فصل أي جانب منها عن الآخر، وهذا ما تتطلبه اليوم الصحة بالمفهوم الواسع والتي باتت مطلبا أساسيا لكل المجتمعات هذا وقد أضحى الجانب النفسي يمثل مكونة أساسية اكتسبت مكانة مهمة في التكفل بالأمراض المزمنة.

في ظل كل هذا أصبحت الأمراض المزمنة تشكل أهم أسباب الوفيات في العالم، ويعتبر القصور الكلوي المزمن أحد هذه الأمراض الشائعة والمنتشرة والخطيرة ، من ضمن قائمة طويلة .

ويعد القصور الكلوي المزمن من مشكلات الصحة التي باتت تحتاج إلى استراتيجيات منفردة نظرا لامتدادها لفئات عمرية متباينة و متسارعة الوتيرة ، هذا القصور ينظر إليه من قبل العينية(2005) توقف مفاجئ أو تدريجي لوظائف الكلية مما يؤدي إلى خلل في عملية تنقية الدم وإخراج السموم من الجسم (سعادة إبراهيم محمد سلامة، 2011، ص08)

والجزائر كإحدى هذه الدول في العالم ليست بمنأى عن هذه المشكلة الصحية ، فهي تعاني من تبعات هذا المرض بسبب مضاعفاته وارتفاع تكلفة التكفل به إذ يتطلب علاجه توفير أدوات و وسائل طبية وبشرية عديدة ، علما أن علاج القصور الكلوي المزمن النهائي بدأ عمليا في الجزائر حسب ريان Rayane (2003) سنة 1973 وذلك بواسطة تصفية الدم عن طريق الآلة أو الكلية الاصطناعية، أما علاج القصور الكلوي المزمن عن طريق تصفية الدم الصفاقية فقد بدأ سنة 1980، تبعه فيما بعد الزرع الكلوي الذي بدأ الشروع فيه سنة 1986، من جهته يضيف ريان (2003) أن عدد الحالات المصابة بالقصور الكلوي المزمن في المرحلة النهائية لا يزال غير معروف في بلادنا وذلك بسبب نقص الدراسات الوبائية المتعلقة بهذا المرض وعدم وجود السجل الوطني لإحصائيات مرض القصور الكلوي، ومع ذلك يقدر عدد الحالات كما جاء في غرابا , Graba (2010) بحوالي 3500 حالة جديدة كل عام ، أي معدل إصابة 100 حالة جديدة لكل مليون نسمة من السكان في السنة ( CHEURFA, Nouara KAÏD ( TLILANE,112, p115

هذا وتعد تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية **Hemodialyse** أحد علاجات هذا المرض، تتطلب هذه التقنية تواجد المريض بالمستشفى من اثنين الى ثلاث مرات في الأسبوع كما تنتج عن هذه التقنية **تعقيدات ومضاعفات جسمية عديدة كالإنتانات، ارتفاع ضغط الدم والتهاب الكبد، واضطرابات جنسية، بالإضافة الى أنه قد تضطرب الحياة المهنية للمريض.**وهذا ما اثبتته بالفعل دراسة دفين وآخرين (1990) Devins et all حيث بينت أن المرضى الخاضعين لتصفية الدم بواسطة الآلة أو الكلية الاصطناعية يواجهون تحديات عديدة كالحضوع المشدد لتصفية الدم ،والأدوية ،والحمية الغذائية والنشاطات الفيزيائية الممكنة.

قد تؤدي هذه الوضعية الضاغطة للمرض الى اختلال التوازن النفسي للفرد وبالتالي تدهور صحته النفسية التي تعرف حسب حامد عبد السلام زهران بأنها : " حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا مع نفسه وبيئته ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، يكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام(محمد حسن غانم، ماجدة حسين محمود، قطب خليل حنور، 2011 ، ص15 )

أثبتت دراسات كل من (Chilcot et al., 2011 ; Cukor et al., 2006 ; Heydayati et Finkelstein, 2009 ; Khalil & Frazier, 2010 ; Khalil et al., 2011 ; Kimmel & Peterson, 2005 ; Lopes et al., 2002 ; Tossani et al., 2005).

أن انتشار الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن اذ نجده من 20/ إلى 45/ لدى المرضى هؤلاء المرضى يشكون من خطر الموت الدائم ومشكلات القيمة الذاتية ،و تضررت العلاقات الزوجية بالإضافة إلى ذلك إرهاقات متعلقة بالمعالجة (الخوف من انسداد الناسور الشريان الوريدي (شولتس وهيلهامر، 1997، ص47)

وأظهرت من جهة أخرى دراسة لبايت (2012) والتي هدفت إلى تقييم عوامل القلق الاكتئاب والمساندة الاجتماعية و المشكلات النفسية الأخرى لدى المرضى الخاضعين لتنقية الدم قوامها 218 مريضا بمدينة أصفهان، اعتمدت الدراسة على تطبيق المقاييس التالية: مقياس القلق و الاكتئاب المعد من قبل المستشفى Hospital Anxiety & Depression ومقياس الشخصية و المزاج (TCI)

Temperament & Character Inventory Scale، ومقياس المساندة الاجتماعية (MSPSS)

Multidimensional perceived Social Scale وكانت أهم النتائج توضح :

أن ( 43.6% ) من المرضى يعانون من الاكتئاب، و (43.1%) يعانون من القلق، علما أن غالبية المرضى كان معدل المساندة الاجتماعية لديهم عالٍ (المساندة الأسرية – مساندة الأصدقاء) ويرجع ذلك إلى الثقافة الإسلامية للمجتمع الإيراني ( Bayat et al, 2012 )

كما قد يبدي مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي أيضا أفكار أو محاولات انتحارية وهذا ما أشار إليه كوكر وآخرون (2006) عارضا رأيه بأنه في الواقع، يمكن أن يتجلى التفكير في الانتحار أو محاولات الانتحار بعدد الحصص التي يغيب فيها المريض أو عدم متابعة الحمية الغذائية (كزيادة البوتاسيوم التي يمكن أن تؤدي إلى الموت ( كوكور)(Laiticia Idier, 2012, p39)

إن الوضعية الضاغطة للمرض عموما ووضعية القصور الكلوي المزمن النهائي خاصة تعاش بطريقة مختلفة من طرف المرضى ، فهناك من يتكيف معها ويحافظ على توازنه النفسي نسبيا وهناك من ينهار وتتدهور صحته النفسية ويرجع ذلك الى متغيرات الشخصية والتي تعمل كعوامل حامية كاستراتيجيات المواجهة و الارجاعية.

وقد عرفها ريريثشاردسون (Ridchardson 2002) ب: "بالتطور الإيجابي بعد التعرض للشدة" (سامية ياخي، 2014 ، ص73)

ويصفها ألزين وشاهريير Alzin et Shahrir (2010) الارجاعية بقدرة الفرد على التعافي من الأمراض وقيام الفرد بوظائفه رغم التحديات والظروف الصعبة التي يمر بها(سالم بن صالح سيف العزري 2016 ، ص10)

أثبتت دراسة ليمون والآخريين Lamon (2008) خضعت فيها مجموعة من النساء اللاتي تجاوزن الستين لمقياس الإرجاعية CDrisk بالإضافة إلى مقاييس أخرى خاصة بالشيخوخة الناجحة (الرفاهية النفسية، والتفائل، والالتزام الاجتماعي، والتوظيف المعرفي) تناسب نتائج مقياس الإرجاعية CD Risk بشكل إيجابي مع الصحة الانفعالية و الصحة العاطفية ،والرفاهية النفسية ، فضلا عن التفائل واختيار التوجيه ، والتوظيف الفيزيائي وبشكل سلبي مع التوظيف المعرفي (ياخي سامية، 2014 ، ص 27)

كما بينت دراسة كل من حدادي وبشارت Haddad et Besharat (2010) في المملكة الأردنية والتي هدفت الى الكشف العلاقة بين الارجاعية وكل من الضعف، والضغط النفسية، والاكتئاب، والقلق ،والصحة النفسية، تكونت العينة من 2014 طالبا وطالبة، منهم 97 طالبا و114طالبة. وقد تم استخدام مقياس الارجاعية لدافيدسون وكونور Connor Davidson Resilience scale ومقياس بيك للاكتئاب (BDI) ومقياس القلق (BAI) والمقياس العام للصحة النفسية. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ايجابية بين الارجاعية وكل من الضغوط النفسية والاكتئاب والقلق، وأظهرت النتائج أيضا وجود تأثيرات سلبية لأبعاد مقياس الارجاعية من خلال تقدير الذات والكفاءة الشخصية والمثابرة والتسامح على الصحة النفسية والضعف في كل من السيطرة والروحانية(أحمد محمد الزعبي 2016، ص80،

من جهة أخرى تلعب استراتيجيات المواجهة دورا كبيرا في الحفاظ على الصحة النفسية للفرد ويعرفها لازاروس و فرلكمان (1984) بأنها: "مجموع السياقات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد حيال وضعية يراها مهددة لكيانه من أجل التحكم والتخفيف من أثرها على صحته النفسية والجسدية". وهي نوعين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال واستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل وقد بينت دراسة Goldstein (1980) والتي أجريت على عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي أن هؤلاء المرضى يستعملون إستراتيجية التجنب لمواجهة المرض وذلك بعدم إتباع الحمية أو عدم الامتثال للتعليمات الطبية لأنها تشكل ضغطا وتهديدا بالنسبة لهم (Lazarus et Folkman, 1984)

وفي دراسة مماثلة قام بها تو و الاخرون Tu et al (2013) أظهرت أن مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين الى تصفية الدم عن طريق الآلة يستخدمون أكثر استراتيجيات المواجهة المركزة نحو معالجة المشكل (Tu et al, 2013)

في نفس السياق أثبتت دراسة قام بها لوك Lok (1996) في استراليا هدفت الى التعرف على الضغوطات الهامة واستراتيجيات المواجهة التي تتعلق بنوعية الحياة لدى مرضى تصفية الدم أنّ طرق حل المشكل Problem – solving methode كانت أكثر فعالية من الاستراتيجيات المركزة على الانفعال في التعامل مع الضغوطات. (Lok, 1996)

هذا وقد أستنتج من جهة أخرى ويلشو و أسن Welch and Ausein (1996) من خلال دراسة عمدت إلى فحص التوتر ،والقلق ،والاكتئاب ،وأساليب التكيف لدى المرضى الخاضعين لبرامج تصفية الدم عن طريق الآلة ،إذ تكونت عينة دراستهم من 86 مريض، من داخل وحدات تصفية الدم في الوسط الغربي من الولايات المتحدة الأمريكية ،وكانت أداة الدراسة مكونة من مقياس الاكتئاب ،ومقياس الضغوطات ،ومقياس استراتيجيات التكيف، ووجدوا أثر قوي لغياب الدعم الاجتماعي ،وأساليب حل المشكلات في عدم تكيف المرضى مع واقعهم الذي يعيشون فيه ، مما أدى إلى ارتفاع التوتر والقلق والاكتئاب لدى مرض تصفية الدم عن طريق الآلة . (سعادة إبراهيم محمد سلامة، 2011، ص40)

وخلصت دراسة سامية ياحي (2007) إلى وجود فروق بين متوسط درجات مرضى القصور الكلوي المزمن وغير المرضى في استراتيجيات المواجهة ،وفي الاكتئاب حيث يخبر المرضى اكتئابا شديدا ويركزون على استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، في حين يخبر غير المرضى مستوى أدنى من الاكتئاب ويستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل.

كما توصلت دراسة زناد دليلة (2007) على المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة إلى أنهم يركزون في مواجهتهم للوضعية الضاغطة للمرض على استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال أكثر من استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل.

وخلصت دراسة سامية ياحي (2013) حول علاقة الارجاعية واستراتيجيات المواجهة بالصحة النفسية إلى لجوء هؤلاء المرضى الى استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال وخاصة التجنب الذي كان له تأثير سلبي على أبعاد الصحة النفسية كما أنهم أبدوا فقر في استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل، وارتبطت الارجاعية سلبا مع الاكتئاب ، القلق و الضعف النفسي أي تمكنت من تخفيضها.

انطلاقاً مما سبق نتحدد مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

- (1)- ما مستوى الأرجاعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي؟
- (2)- ما مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي النهائي؟
- (3)- هل يلجأ مرضى القصور الكلوي الى استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال أكثر.
- (4)- هل توجد علاقة بين مستوى الصحة النفسية ومدة خضوع المرضى الى تصفية الدم عن طريق الآلة؟
- (5)- هل توجد علاقة بين مستوى الأرجاعية والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي
- (6)- هل توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي

ومنه نصيغ الفرضيات التالية:

### الفرضيات:

- (1)- مستوى الأرجاعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي منخفض
- (2)- مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي النهائي منخفض.
- (3)- يلجأ مرضى القصور الكلوي الى استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال أكثر
- (4)- توجد علاقة بين مستوى الصحة النفسية ومدة خضوع المرضى الى تصفية الدم عن طريق الآلة
- (5)- توجد علاقة بين مستوى الأرجاعية والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي
- (6)- توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي

### تحديد مفاهيم الدراسة:

#### 1. تعريف استراتيجيات المواجهة اصطلاحياً:

يعرف كوكس Cox (1985) المواجهة تتضمن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية و السلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها و مع الخبرات الانفعالية الناتجة عنها(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص83) .

#### 1.1. تعريف استراتيجيات المواجهة إجرائياً :

هي مجموعة من الطرق السلوكية والمعرفية التي يستعملها مرضى القصور الكلوي المزمن بغية تخفيض وطأة الضغط الناتج عن الوضعية المرضية وهي الدرجة التي يتحصل عليها المريض من خلال أداءه على مقياس استراتيجيات المواجهة لبولهان(1994)

وهي تنقسم إلى:

- استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل :وهي جملة من الطرق المعرفية أو الجهود التي يبذلها الفرد بغية التحكم في الوضعية الضاغطة ( المرض) و تتمثل في المواجهة والبحث عن الأسباب من أجل التعامل معها وإيجاد الحلول الممكنة.

-استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال :وهي مجموعة الطرق أو العمليات المعرفية التي تهدف الى التقليل من الانفعالات الناتجة من الوضعية الضاغطة (المرض) وتحقيق توازن نسبي لدى المريض.

## 2. تعريف القصور الكلوي اصطلاحيا:

يعرفه Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France (2018) بأنه: " الانخفاض التدريجي وغير القابل للرجوع لقدرة الترشيح الكلوية. هذا المرض يبقى صامتا لفترة طويلة ولا يمكن اكتشافه إلا عن طريق فحص الدم لتقدير معدل الترشيح الكبيبي أو اختبار البول للكشف عن وجود زلال".

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/004-atlas-de-l-insuffisance-renale-chronique-terminale-en-france.pdf>

الساعة 21.38

التاريخ: 2019-10-20

كما يعرفه بيچ Page (1995) ب: "الإصابة البطيئة والدائمة وغير قابلة للرجوع وظائف الكلى والناتجة عن فقدان الكلى لعدد معتبر للنفرونات الوظيفية". و يمثل القصور الكلوي المزمن أهم مضاعفة أو تعقيد لأمراض الكلى المزمنة، وغالبا ما يكون نتيجة حتمية لهذه الأخيرة، كما يعبر عن مرض عام ناتج عن انخفاض عدد النفرونات والذي يتسبب في فقدان الكلى للتوازن الداخلي للعضوية . وقد تستغرق هذه الإصابة عدة أشهر أو عدة سنوات قبل ظهورها. (Page, 1995,p53)

## 1.2. تعريف القصور الكلوي المزمن إجرائيا :

مرض مزمن يتصف بالفقدان الكلى لوظيفة الكلى وغير قابل للرجوع يكشف عنه بوجود الزلال في البول مما يستلزم اللجوء الى تصفية الدم عن طريق التصفية الصفاقية أوالتصفية عن طريق الكلية الاصطناعية(الآلة) وهو موضوع دراستنا.

## 3. تصفية الدم:

هي عملية تنقية الدم من السوائل الزائدة والسموم بواسطة جهاز تصفية الدم، وتتم هذه العملية في مراكز تصفية الدم حوالي ثلاث مرات أسبوعيا ،وتستغرق هذه العملية نحو أربع ساعات في كل مرة، وهذه الطريقة تعتبر الأكثر شيوعا واستخداما. ولإجراء عملية تصفية الدم يتطلب وجود توصيلة وعائية لتسهيل انتقال الدم من المريض إلى جهاز تصفية الدم والعكس. (السنيدي، 2010،ص18).

## 1.3. تعريف تصفية الدم احرائيا:

هي علاج تليفي يتم في مصلحة تصفية الدم من اثنين الى ثلاث مرات في الأسبوع، يوم حوالي أربع ساعات يتم خلالها إيصال المريض بالة أو الكلية اصطناعية من أجل تخليصه من الشوائب كالماء والأملاح الزائدة.

#### 4. الإرجاعية:

ويعرفها نيومان Newman (2012) بأنها: "القدرة على التكيف مع الاحداث الصادمة مثل المحن والمواقف الضاغطة المتواصلة، وهي عملية مستمرة يظهر من خلالها الفرد سلوكا تكيفيا ايجابيا في مواجهة المحن والمشكلات والصدمات ومصادر الضغط النفسي" (سالم بن صالح بن سيف الفردي، ص9)

#### 1.4. تعريف الإرجاعية إجرائيا:

تعتبر الإرجاعية عن مقاومة الأحداث الضاغطة ومواصلة الحياة بشكل سليم وتحقيق صحة نفسية نسبية ونستدل عليها في دراستنا هذه بواسطة الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث(المريض) على مقياس الإرجاعية لدافيدسون وكونور(2003) والذي قمنا بتكيفه في بحث سابق(ياحي سامية، 2014)

#### 5. الصحة النفسية:

يعرف أديب الخالدي (2009)الصحة النفسية بأنها: "تنظيم منسق بين عوامل التكوين العقلي وعوامل التكوين الإنفعالي للفرد، يسهم هذا التنظيم في تحديد إستجابات الفرد الدالة على إتزانه الإنفعالي وتوافقه الشخصي و الإجتماعي وتحقيق ذاته"( ياحي سامية، 2014، ص160)

#### 1.5. تعريف الصحة النفسية اجرائيا SCL- 90Symptoms Check List-R:

الصحة النفسية هي تلك الحالة العامة للفرد نفسية وعقلية تتسم بالخلو من الأمراض النفسية والأمراض الذهانية وكذا تمتع الفرد بتوازن انفعالي، ومرونة في العلاقات، والشعور بالمسؤولية، والتكيف مع البيئة الخارجية. الخ. ونقصد بها في دراستنا هذه الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث(المريض) على مقياس الصحة النفسية SCL- 90Symptoms Check List.-R

#### • أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في الكشف عن الاستراتيجيات التي يستخدمها مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين للعلاج التلطيفي بواسطة الكلية الاصطناعية أو الآلة ، وكذا فحص مستوى الإرجاعية لديهم و علاقتها بالصحة النفسية. وذلك بهدف مساعدتهم على استخدام الاستراتيجيات الملائمة وكذا توجيههم الى كيفية رفع مستوى الإرجاعية من أجل المحافظة على التوازن النفسي لديهم وبالتالي تحقيق صحة نفسية نسبية.

الكشف عن العلاقة بين الإرجاعية واستراتيجيات المواجهة لدى مريض القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضع لتصفية الدم عن طريق الآلة وذلك من أجل الوقوف على الاستراتيجيات التي لها ارتباط بالصحة النفسية بغية تفعيلها و تحسينها من خلال إدراجها في برامج إرشادية وعلاجية حتى يتمكن المريض من تحقيق توازن نفسي نسبي له.

## • أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة الى تحقيق الأهداف التالية:

- الكشف عن مستويات الارجاعية والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي
- فحص استراتيجيات المواجهة المختلفة المستخدمة من طرف مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة.
- الكشف عن العلاقة بين مستوى الارجاعية ومدة خضوع المرضى الى تصفية الدم عن طريق الآلة
- فحص نسبة مساهمة كل من الارجاعية واستراتيجيات المواجهة في شرح التباين الموجود في درجات الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة.

## الباب الأول : الجانب النظري

## الفصل الأول

# القصور الكلوي المزمن النهائي

## تمهيد

تعد الكلية من الأعضاء الأساسية في جسم الإنسان وهي تقوم بوظائف هامة متعددة تتمثل في إنتاج الهرمونات التي تضبط ضغط الدم، تنظيم الماء والأملاح في الجسم، تنقية وتطهير الدم من المواد السامة والضارة، من أجل المحافظة على توازن الجسم وصحته وأي إصابة في الكلى تؤدي الى تدهور صحة الفرد بشقيها الجسمية والنفسية، وهذا ما يحدث في حالة القصور الكلوي المزمن وهو من اكثر الأمراض انتشارا وخطورة في العالم.

ينتج القصور الكلوي عن فشل في وظائف الكلية وبالتالي عدم قدرتها على أداء وظائفها بالشكل الطبيعي، من ترشيح الدم والتخلص من الشوائب، مما يؤدي الى تراكم في المواد والأملاح الزائدة في الدم ويسبب إتلاف الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة.

وما يزيد هذا المرض خطورة هو أنه صامت بدون مؤشرات، لا تظهر أعراضه الا في مراحل متقدمة من المرض. من أهم مسبباته مرض ضغط الدم والسكري.

حينما يصل الفرد إلى المرحلة النهائية من المرض يجب أن يلجأ إلى علاج استيعاضي أو تلطيفي (palliatif) والمتمثل في تصفية الدم الصفاقية أو الحشوية Dialyse péritoniale أو تصفية الدم عن طريق الآلة Hémodialyse في انتظار إمكانية الزرع الكلوي وذلك في حالة توفرها.

ومن أجل التعريف بهذا المرض الذي يعد أحد متغيرات دراستنا تطرقنا الى مجموعة من العناصر تمثلت في تعريف الكلية وتحديد مفهوم القصور الكلوي الحاد، أعراضه وأسبابه وكذا القصور الكلوي المزمن النهائي، أعراضه، أسبابه وتشخيصه وكذا طرق علاجه.

### 1-تعريف الكلية:

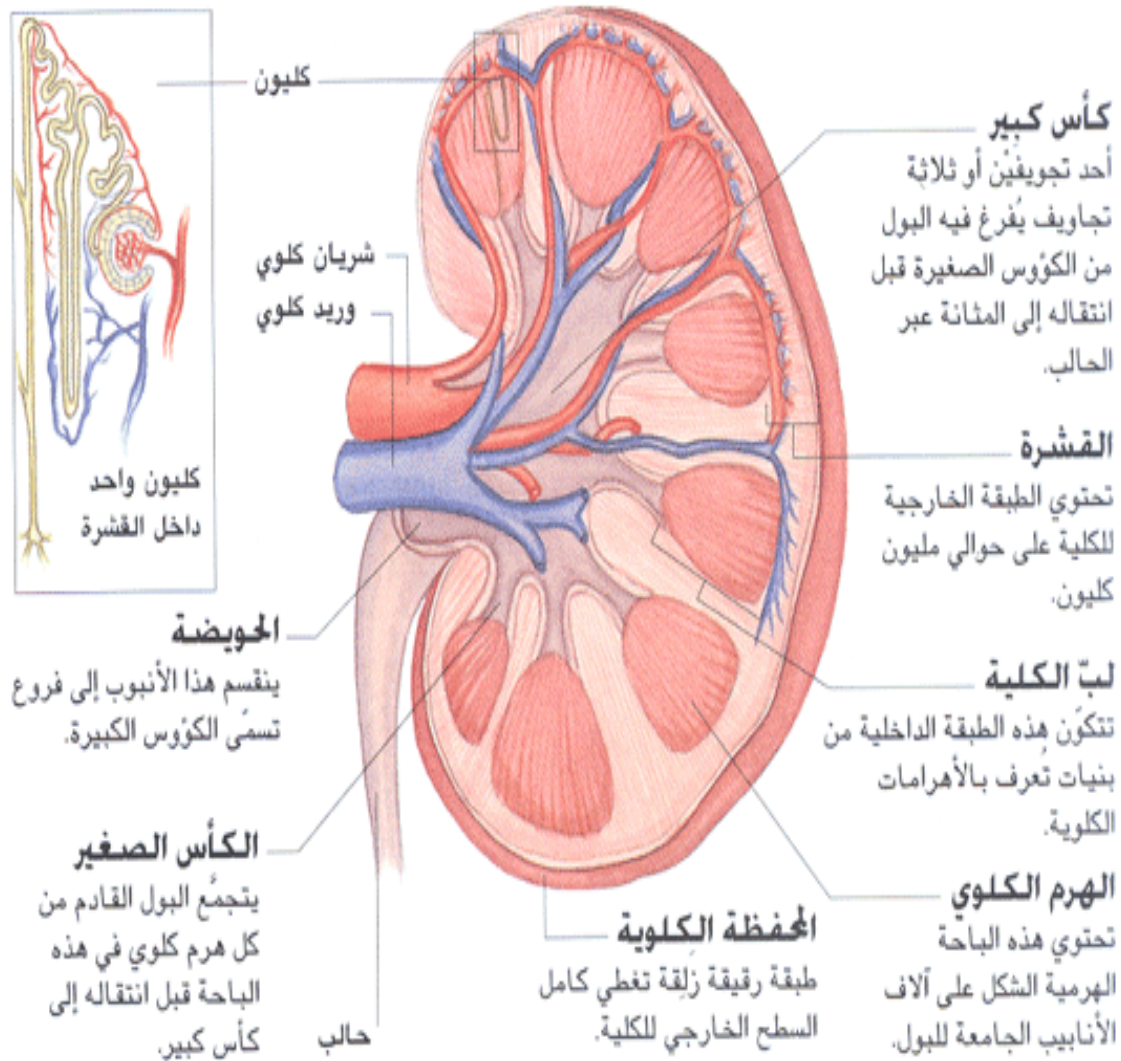
تعد الكلية من الأعضاء الهامة فيجسم الإنسان، لدورها الفعال في تخليص الجسم من بقايا التحولات الغذائية والمواد السامة والرواسب، إضافة لسيطرتها على توازن الماء في الجسم.

يذكر *Medical Surgical Nursing*, (2000) أن الكليتان تقعان داخل تجويف البطن البروتوني على جانبي العمود الفقري، حيث أن الكلية اليمنى منخفضة قليلاً عن اليسرى لوجود الكبد أعلى الكلية اليمنى، ويبلغ طولها في الإنسان البالغ حوالي 11 سم، ويقرب وزنها إلى 135 غ -150 غ (Smeltzer,S& Bare,B,2000 , 1085-).

يأخذ الجزء الداخلي من الكلية , شكل مائل يسمى الهيل (Le hile) ليسمح بمرور الوريد والشريان الكلوي إلى حوضه الكلية (Le bassin) يحتوي نسيج الكلية على طبقتين، إحداها مركزية وتدعى بالطبقة النخاعية (La médullaire)، تتكون هذه الأخيرة من أهرامات ملبيجي (Pyramides de Malpighi) تتخللها أعمدة تدعى بيرتن (Les colonnes de Bertin) وتتشكل أهرامات ملبيجي من تجايف جامعة

للبول، ويحدد كل هرم من الأهرامات حلمة صغيرة (Papille)، أما الطبقة الثانية فهي خارجية وتدعى بالطبقة القشرية (La corticale).

يصب البول من الحلقات في كؤوس الكلية الصغيرة، أين يتم تصريفه إلى كؤوس الكلية الكبيرة والتي تجتمع بدورها مكونة حويضة الكلية والتي تتقلص على شكل قمع وتستمر مع الحالب (Delmas&Benoit-18001 C10,12-198 et)



[babib.com](http://babib.com)

الشكل رقم 1 يوضح عرض تخطيطي للكلية

C:\Users\fbf\Pictures\rein2.gif

الساعة 21.38  
التاريخ: 2019-10-20

## 2-وظائف الكلية:

تقوم الكلية بوظائف متعددة منها:

- تجميع البول.
- التخلص من المواد السامة الناتجة عن عمليات الأيض.
- المحافظة على توازن الأملاح والماء في الجسم."
- المحافظة على تعادل الدم بين الحموضة والقلوية-1085(Smeltzer,S & Bare,B,2000, "PH=7.4". (1089)
- ويضيف أولمر Olmer(2007) و ريكلينك Ryckelynck (2003) أن الكلية تقوم بالوظائف التالية:  
تنظيم كميات من الماء في الجسم.
- إنتاج البول الذي يسمح التحكم في التوازن بين الماء والشوارد(الكالسيوم، البوتاسيوم، الصوديوم...)
- والتوازن مع الأحماض. يتم عن طريق البول القضاء على النفايات الأيضية والسموم(الأدوية، الكحول...)
- وعلى سبيل المثال اليوريا (الناتجة عن هضم البروتينات) والكرياتينين (الناتجة عن تدمير الخلايا العضلية والتي تتجدد بصفة مستمرة)
- إنتاج وإفراز ثلاث هرمونات، الرنين الذي يلعب دور في تنظيم ضغط الدم، و هرمون الاريتروپويتين (Erythropoïétine) والذي يسمح بتحفيز الكريات الحمراء عن طريق نخاع الشوكي و الفيتامين د والذي يعد ضروري لامتصاص الكالسيوم.(Laëtitia IDIER, 2012, p15)

### 3. تعريف القصور الكلوي:ينقسم القصور الكلوي الى نوعين:

- القصور الكلوي الحاد

- القصور الكلوي المزمن

وسنركز في بحثنا هذا على القصور الكلوي المزمن لأنه موضوع بحثنا.

#### 1.3. تعريف القصور الكلوي الحاد

يعرف زايد ، عبد الاله ، عبد الرحمن ومبارك ، عبد الرحمن خوجلى (1995) القصور الكلوي الحاد بأنه:" تدهور حاد عادة فى الوظيفة الكلوية، يتطور خلال فترة أيام أو نادرا أسابيع ويسبب اليوريمية ويلاحظ نقص في حجم البول بشكل عام ولكن ليس دائما"(زكريا آدم محمد صالح مكي،2012 ، ص 48)

يتطابق القصور الكلوي الحاد حسب la Kidney disease Improving Global Outcomes(KDIGO), (2012) مع الانخفاض المفاجيء للرشح الكبيبي والمعرف بأحد العوامل الثلاث الاتية: ارتفاع مطلق للكرياتينين  $\leq 3$  مع/ 26.5) 1 ميكرومول/ l) في أقل من 48 ساعة، ارتفاع في الكرياتينين  $\leq 50$  / من 1 الى 7 أيام أو قلة البول une oligurie > 0.5 مل/كلغ/ سا على مدى 6 ساعات

ويحدد في نفس السياق كل من أندرسون وباري Anderson & Barry (2005) القصور الكلوي الحاد ب: "الانخفاض الفجائي لوظيفة الكلية والذي يتسبب في حدوث امتناع للفضلات الأزوتية واختلال التوازن الداخلي للعضوية من حيث الماء والأملاح والأيونات". ( Anderson,Barry,2005,p01 ) نستنتج مما ذكر انفا أن القصور الكلوي الحاد هو الانخفاض المفاجيء خلال أيام مما يسبب انخفاض في الكرياتينين واليوريمة وانخفاض في كمية البول.

### 1.1.3 أعراض القصور الكلوي الحاد:

تشير فاطمة عبدو أحمد الطيب(2000) الى أنه قد لا يشكو مريض القصور الكلوي من أي اعراض لعدة ايام بعد توقف الكلى عن العمل بصفة حادة وذلك الى حين تجمع كمية كافية من السموم الا أن بعض المرضى يمكنهم ملاحظة نقص حجم البول، وتبدأ الأعراض بالغثيان او القيء وقد يصاحبها بعض الاضطرابات في الأمعاء او المغص ، إسهال وتزداد حدة هذه الأعراض يوميا إذا لم يتم التعامل مع الحالة (هالة عبد كامل مدوخ، 2013 ، ص38)

من العلامات المميزة بين القصور الكلوي الحاد(IRA) والقصور الكلوي المزمن مايلي:

- الأنيميا: يسجل عادة غياب الأنيميا لدى مريض القصور الكلوي الحاد وحضورها غالبا لدى مريض القصور الكلوي المزمن.
- نقص الكالسيوم: غيابه لدى مريض القصور الكلوي الحاد وحاضر في القصور الكلوي المزمن.
- نقص حجم الكليتين: في الغالب غائب لدى مرضى قصور الكلوي الحاد وغالبا حاضر لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- تجمع سائل الماء في الغلاف الخارجي للقلب: غائب لدى مرضى القصور الكلوي الحاد وممكن وجوده لدى مرضى القصور الكلوي المزمن p07

- [http://cuen.fr/manuel/IMG/pdf/14-nephrologie\\_8e-edition\\_chap14.pdf](http://cuen.fr/manuel/IMG/pdf/14-nephrologie_8e-edition_chap14.pdf)

الساعة 21.38

التاريخ: 2019-10-20

### 2.1.3. أسباب القصور الكلوي الحاد:

كما يمكن أن تقسم أسباب القصور الكلوي الحاد حسب العينية (2005) إلى ثلاث أقسام:

1.3.3- الأسباب الكلوية : وتحدث بسبب حدوث أضرار حادة داخل الكلية مثل : التهاب الكبد الحاد، لتهاب الاوردة والشرايين الكلوية، حدوث ترسبات داخل الانابيب الكلوية لبعض المواد مثل الكالسيوم وحمض اليوريك.

- الأسباب بعد كلوية : وهي أسباب انسداديه منها :التهاب البروستاتة الحميد أو الخبيث، أورام أو تليفات في المثانة، حصوات الكلى،تشوهات خلقية، انسداد المجرى البولي بسبب تليفات ما بعد العدوى.

-الأسباب قبل كلوية :وهي ناتجة عن حدوث صدمة تؤدي إلى سوء الارتشاح الكلوي و الاقفار

الدم و يبسبب : نرف السوائل؁ النرف؁ فشل القلب؁ فشل الكبد؁ ضربة الشمس؁ الحروق؁ ضرق الشرفانفن الكلوففن (سعادة إبراهفم محمد سلامة؁ 2011؁ ص31)

### 2.3. تعريف القصور الكلوف المزمن:

فعرف مافر Meyrier (1985) القصور الكلوف المزمن ب: "الإصابة التدرفجفة ورفر القابلة للرفوع للوظائف الخارجفة والداخلفة للكلفة؁ والتي تعمل على المحافظة على التوازن الداخلي للعضوفة؁ فنتج عن هذة الإصابة تناذر تبولن الدم والمتمثل فف مجموع الأعراض والمؤشرات الإكلنكفة الءالة على الشذوذ الأفضف".

ويعرفه بفج Page (1995) ب: "الإصابة البطفئة والءائمة ورفر القابلة لرفوع وظائف الكلى والناطة عن الففءان الكلف لعدد معتبر للنفرونات الوطفففة". وقد تستغرق هذة الإصابة عدة أشهر أو عدة سنوات قبل ظهورها.

فمئل القصور الكلوف المزمن أهم مضاعفة أو تعقفء لأمراض الكلى المزمنة؁ وؒالبا ما فكون ننتفة ءتمفة لهذة الأخيرة؁ كما فعبفر عن مرض عام ناتج عن انءفاض عدد النفرونات والذي فبسبب فف الففءان الكلف للتوازن الداخلي للعضوفة. (Page, 1995,p53)

فعرف Kelly (1996) القصور الكلوف بأنه زفاءة مستمرة ومطرءة فف فقء وظائف نفرونات الكلى التي تؤءف إلى فقء الكلى لوظففتها فف ترشففج وءفظ التوازن بالءم(هالة إبراهفم عوض الله؁ اءمء مصطفى العنقق؁ محمد مصطفى ءماءف؁ ماءءة على كامل؁ 2008؁ ص664)

بفنما فعرف Binfeld (2004) القصور الكلوف المزمن ب: "ففءان ءرففة الاستقلالفة المستخدمة من قبل قبل كلفة سلمفة؁ إذ فعبفر الننتفة الإلزامفة لكل الأمراض الكلوفة التي تمس الكلى عن طرفق فساء او تلف منءقم فف وظففتها الإفرازفة(اسهان عزوز؁ نورالءفن ءبالف؁ 2014ص06)

نستخلص مما ذكرناه أنفا أن القصور الكلوف المزمن النهائي هو التوقف التام ورفر الرفعف للوءءات الوطفففة للكلفة(النفرونات)؁أف أن الكلى تصبء لا تقوم بوظائفها فف ترشففج الدم وتخلص الجسم من المواد الضارة كالأملآ الزائءة والسوائل والبورفا مما يؤءف إلى تراكمها وهذا بءوره فسبب تلف فف أنسجة الجسم وأعضائه المختلفة؁ وءفنما فصل الفرء إلى هذة المرحلة فبب أن فلبأ إلى الزرع الكلوف أو تصففة الدم عن طرفق الأكفاس أو الآلة.

### 1.2.3 أعراض وعلامات القصور الكلوي المزمن:

يتصف القصور الكلوي المزمن وفقاً للموسوعة الطبية (1992) ببداية تدريجية بطيئة قد يدوم شهوراً عديدة تتكامل في أثنائها الأعراض والعلامات التي تتلخص في الآتي :

- (أ) لون شاحب .
  - (ب) فقر دم .
  - (ج) حكة تصيب الجلد
  - (د) تبدلات في الجهاز التنفسي من نفس سريع وعميق وخاصة في أثناء الزفير .
  - (هـ) ضيق في التنفس والتهاب رئوي
  - (و) أعراض قلبية تتمثل في ارتفاع الضغط الشرياني وإضطراب في نظم القلب 130 .
  - (ز) ورم في الأطراف السفلى سببها ضعف القلب ونقص البروتينات وزيادة الأملاح .
  - (ح) إضطرابات الجهاز الهضمي (الغثيان والقئ وتقرحات في باطن الفم مع نزيف هضمي
  - (ط) أعراض الجهاز الدموي، يترافق القصور مع فقر دم ونزيف بجميع أشكاله، من الأنف (رعاف) من المعدة، مع البراز (غائط أسود) تحت الجلد والأغشية المخاطية .
  - (ي) أعراض الجهاز العصبي: يظهر تخدر الأعضاء مع تميلها حتى تصل إلى نوبات الكزاز، ويعتبر نقص الكالسيوم من أهم المسببات لهذه الأعراض العصبية.
  - (ك) أعراض الجهاز العظمي: يحدث داء الوهن عند الأطفال، وعند كبار السن تصبح العظام لينة قابلة للكسر بسهولة مع التهابات عظمية متكررة لا تستجيب هذه الأعراض بسهولة لفيتامين
  - (ل) أعراض الجهاز الكلوي: قد تكون الأعراض البولية بارزة أو مختفية ولكن عند إجراء الفحوص المختبرية تظهر النتائج التالية -:
  - (أ) إنخفاض كثافة البول وبقاء هذا الإنخفاض ثابتاً
  - (ب) زيادة اليوريا والكرياتينين .
  - (ج) إرتفاع كمية الصوديوم في البول .
  - (د) ارتفاع كمية البوتاسيوم في الدم .
  - (هـ) انخفاض في كمية الكالسيوم وزيادة الفوسفات
  - (و) ازدياد في كمية المغنيزيوم.(سامية حجازي إدريس، 2007، ص129-130)
- يشير (العيدروس، 1996) إلى أن أعراض القصور الكلوي المزمن تظهر حسب نوع الخلل ومن هذه الأعراض:

- نقصان معدل الترشيح الكبيبي وهو يؤدي إلى الأعراض التالية: غثيان، عدم الرغبة في الطعام، نقصان الوزن، تصبغات جلدية، حكة شديدة، آلام العظام .

- خلل في طرح الصوديوم Sodium ويؤدي إلى الأعراض التالية: زيادة الوزن، صعوبة التنفس، ارتفاع ضغط الدم

- خلل طرح ايون الهيدروجين (Hydrogen) يؤدي إلى صعوبة في التنفس .

-خلل إنتاج الارثروبيوتين(Alarthurbiotin) وهذا يؤدي إلى الأعراض التالية: شحوب، وتعب، صعوبة التنفس، الفشل القلب

- خلل تكون فيتامين D3 ما يؤدي إلى الأعراض التالية : آلام العظام، تخلخل العظام وسهولة كسرها، ضعف العضلات .

. -زيادة إنتاج الرنين والانجيوتنسين(ACE)يؤدي الأعراض التالية: ارتفاع ضغط الدم، فشل القلب (سعادة إبراهيم محمد سلامة، 2011 ، ص32)

تشخيص مرض القصور الكلوي المزمن:

يتم تشخيص هذا المرض حسب محمدعلي البار(1992) من خلال الفحوصات السريرية والفحوصات المخبرية

-**الفحوصات الإكلينيكية:** وتتمثل في مايلي:

-البحث عن وجود بعض الأعراض كشحوب الجلد ونزيف في الأغشية المخاطية كالأنف والبلعوم والفم.

-فحص القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغطالدم

-فحص شامل لبحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان إلتهاب الكلية ناتج عن التهاب عام.

- **الفحوصات البيولوجية:** وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم

ونذكرمن بينها:

-نسبة البوليان تتجاوز 1 غ/ل و التي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاءغني بالبروتين

-فحص نسبة الكريات ينفي 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 ملل وإصابة الكلية تفقدها قدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى 25 ملل/ الدقيقة قبل أن يتضاعف الكرياتين في الدم إلى 2 مع /ملل من الدم(رشيد رزقي، 2012 ، ص87)

- **التعرف على مرض الكلى المسبب:**

يمكن أن يكون مرض الكلى المسبب للقصور الكلوي من النوع الكبيبي أو الوعائي وتجرى الأبحاث حسب الحالة إما بواسطة أخذ مقطع من نسيج الكلية أو القيام بأشعة أوردة الكلية.

. البحث عن مضاعفات المرض:

- البحث عن وجود حاجز على المسالك البولية.
- البحث عن وجود انسداد شرياني عند المرضى المسنين يرجع إلى تاريخ قديم.
- ارتفاع ضغط الدم.
- القصور القلبي.
- إنتان خاصة في حالة حاجز بولي.
- البحث عن الأدوية المتناولة بكثرة والتي يمكنها أن تحدث أضراراً في أنسجة الكلى.
- تحديد مدى تطور القصور الكلوي:

هذه الطريقة أساسية لتحديد المدة التي يتم اللجوء فيها إما للعلاج الإستيعاضي والمتمثل في تصفية الدم، أو الزرع الكلوي، أو تقييم تأثير العلاج المستوى التطوري للقصور الكلوي المزمن نحو القصور الكلوي المزمن النهائي (Meyrier, 1985, p150-151)

### 2.2.3. أسباب القصور الكلوي المزمن:

يمكن ان نتحدث عن جملة من الاسباب الكامنة خلف القصور الكلوي المزمن وهي على النحو

التالي :

يحدد سون ، ديفيد (1994) بعض أسباب القصور الكلوي المزمن فيما يلي:

#### 1-التهاب الكلىGlumer ulonephritis

لا يعرف السبب الحقيقي لهذه الاصابة إلا أن إصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي للجسم لتكون مولدات الاجسام المضادة ( antigen ) ونتيجة لذلك يقوم الجسم بتكوين مضادات الاجسام ( antibodies) ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات الكلوية (Glomerular)

#### 2-انسداد المجاري البولية:

كوجود الحصوة في الحالب أو المثانة أو الاحليل وكتضخم البروستاتة.

#### 3-ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري

(Diabetes & Hypertension) إن نسبة قليلة من حالات ضغط الدم ومرض السكري تنتهي بإصابة الكلى إصابة تؤدي إلى الفشل الكلوي. ولكن إصابة الانسان بارتفاع ضغط الدم أو السكري تؤدي مع مرور الزمن إلى ضيق الشرايين المغذية للكلى وبالتالي يحصل ضمور في منطقة القشرة للكلى مما يؤدي إلى إصابة الكليتين بالفشل الكلوي المزمن.

#### 4- الاستخدام المفرط لبعض الادوية:

إن الإفراط في استخدام الادوية والمسكنات بالذات ( استخدامها لفترة طويلة وبجرعات عالية) من أهم الاسباب المؤدية الى الفشل الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية الذي يصب في حوض الكلية مما يؤدي الى موتها ومن هذه العقاقير:

- أ- الادوية المسكنة مثل (الباراسيتامول والاسبرين والفيناسين) وغيرها  
ب- أدوية الروماتيزم مثل (الفينوبروفين والندوميثاسين والنايبروكسينو غيرها  
ت- بعض المضادات الحيوية أهمها مشتقات (المنيوغلايكوزايد  
ث- الصبغات الخاصة المستخدمة فى الأشعة  
ج- الادوية المستخدمة لعلاج السرطان  
ح- الادوية المستخدمة فى التخدير (زكريا آدم محمد صالح مكى، ص56-57)  
5- تعدد الأكياس الكلوي:

هو مرض خلقي يتصف بوجود عدد من الأكياس على مستوى الكلى وهو المسؤول عن 6/ من حالات القصور الكلوي المزمن النهائي، يبقى هذا المرض بدون أعراض لعشرات السنين، يصاب الفرد بارتفاع فى ضغط الدم ويتبعه ظهور للقصور الكلوي المزمن بدون تواجد للبروتين فى البول ، ولا دم فى البول **protéinurie ni hématurie** لكن بمجرد ظهور المرض .الانخفاض السنوي المتوسط لشدة الرشح الكبيبي يصبح 5مل/د. (Ouliana BREL, 2016, p16)

### 3.2.3- علاج القصور الكلوي المزمن:

حينما يصل الفرد الى المرحلة النهائية من المرض يتوجب عليه اللجوء الى العلاج الاستيعاضي أو التلطيبي وذلك بواسطة تصفية الدم الصفاقية(الحشوية) أو تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية أو الآلة أو الخضوع لغمليه زرع الكلى فى حالة توفر ذلك، وستقوم فيما يلي بالتطرق لكل من هطه العلاجات الثلاث:

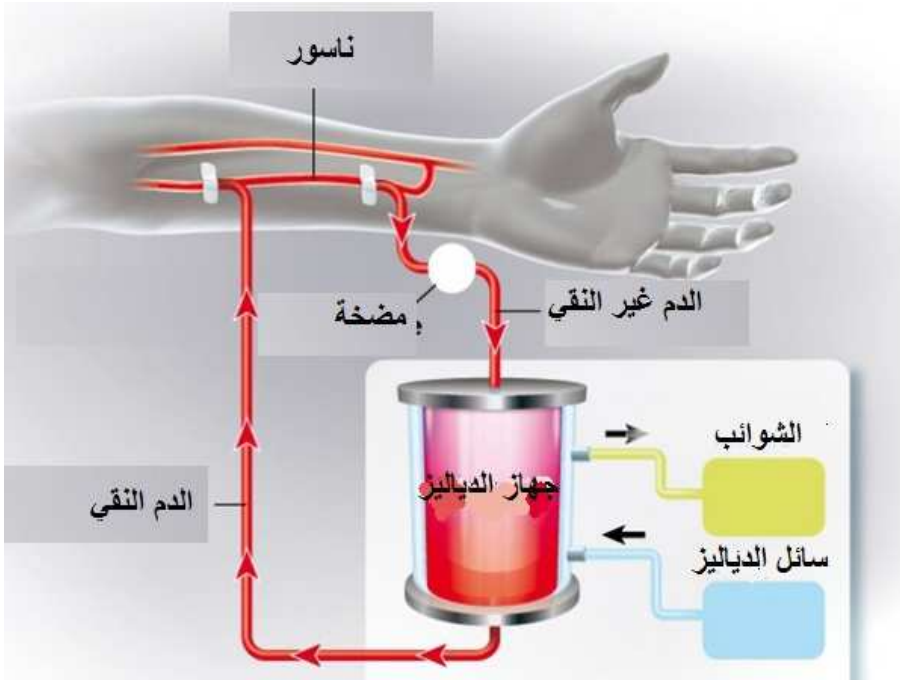
#### 1. تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية أو الآلة **hémodialyse**:

وتعني التصفية وهي حسب ما جاء فى محمدالصبور(1994)مكونة من كلمتين **hémo** و **dialyse** وهي تقنية تستخدم من اجل علاج مرضى القصور الكلوي الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية وفيها يعمل جهاز التصفية وفق نظام توازنا لأملاح فى الدم والمواد الذائبة فى الماء ويعيدها إلى مستواها الطبيعي، وهذا الجهاز مزود بآلية تسمح بالترشيح وخروج الماء من الدم (رشيد رزقي، 2012، ص94) كما تعتبر تقنية تسمح بتصفية الدم بترشيحه عبر كلية صناعية يتم تخليصه من الفضلات، كالبولة الدموية التي تعجز الكلية المريضة عن التخلص منها، (Pâtre باشا نوال، 2009، ص12) تتطلب تصفية الدم وضع ناسور **artérioveineuse** على مستوى الساعد أو الذراع و الذي يسمح بزيادة تدفق الوريد بإيصاله بشريان. لكن إذا كان إنشاء نهج الأوعية الدموية مستحيلا أو لم يتم انشاؤه بعد ، يمكن وضع قسطرة مركزية فى وريد عميق على مستوى الفخذ أو أسفل العنق مما يمكن من اجراء جلسات تصفية الدم. يفضل الأطباء الناسور أثناء التصفية المزمنة لأن القسطرة لديها خطر الإصابة بالانتانات.

على العموم تجرى تصفية الدم ثلاث مرات في الأسبوع في مدة بين 3-5 ساعات في مستشفى أو وحدة تصفية دم طبية (IDIER, 2012, p20)

توضع إبرتين في الناسور إحداها لحمل الدم من المريض إلى جهاز الدياليزة من أجل تصفيته وذلك بواسطة أنبوبة بلاستيكية (طريق خارجي عن الجسم) ويكون ذلك في طريق عكسي لسائل الدياليزة من أجل تسهيل التبادلات بواسطة تدرج التركيز، تتم هذه الأخيرة في جهاز تصفية الدم والذي له شكل الإناء وهو ينقسم إلى حجرتين يفصل بينهما غشاء نفاذ مما يسهل حدوث التبادلات.

ثم يرجع الدم إلى المريض من خلال الإبرة الثانية عبر مسلك أو طريق يحتوي على فخ للفقاعات، الهدف منه هو الوقاية من خطر الحوادث بسبب السدة الغازية (Embolie gazeuse) (Lemeur,1998)



الشكل 2 يوضح كيف تتم عملية التصفية

<https://ramsaygds.fr/vous-etes-patient-en-savoir-plus-sur-ma-pathologie/comment-fonctionne-une-hemodialyse>

الساعة 21.38  
التاريخ: 2019-10-20

## 2. التصفية الصفاقية "الحشوية" Dialyse péritonéale

هي تقنية تسمح بتصفية الدم عبر الغلاف الحشوي الملى بالشعيرات الدموية، باستعمال سائل يشبه تركيب السائل العادي الموجود خارج خلايا الجسم، ويتم عبر الشعيرات الدموية التادلبينالدموال محلول Patte (باشا نوال، 2009 ، ص13)

يجب أن تجدد هذه العملية ثلاث الى أربع مرات في اليوم اذا تم اختيار تصفية الدم (DPCA)، يوجد حل اخر والمتمثل في تصفية الدم الصفاقية الالية (DPA). تغيير الأكياس، أي التبادلات، لا تتم يدويا لكن بواسطة آلة والتي تتفد دورات تغيير الكيس أثناء النوم. يجب ايصال المريض بالالة ليلا وفكه صباحا.

تتطلب عملية تصفية الدم عن طريق الصفاق تدريبا كبيرا . تقترح في العادة للمرضى الشباب والفعالين والذين ينتظرون الزرع الكلوي، لكن يمكن أن توجه الى المرضى المسنين ، مع توفير مساعدة في البيت. (IDIER, 2012, p19)

ويذكر دسيس (1998) أنه من ميزات هذه الطريقة سهولتها وقلة تكلفتها وعدم حاجتها إلى الآلات المعقدة، فالمريض لا يحتاج إلى الحماية الغذائية ولا إلى النوم أو الإقامة في المستشفى حيث يمكن بالتدريب أن يقوم بالعملية بنفسه في البيت. أما عيوبها فتتمثل في إمكانية حدوث التهاب بيريتوني للمريض إذ أنها تحتاج إلى درجة عالية من التعقيم وتدريب المريض.(سعادة إبراهيم محمد سلامة، 2011 ، ص33)

## 3. العلاج عن طريق الزرع الكلوي: Transplantation rénale

ويتم تحضير المريض المتلقي للكلية (Préparation du receveur) قبل عملية الزرع الكلوي وذلك بإعلام المريض عن إمكانات الزرع المختلفة (كلية قريب أو إنسان في حالة وفاة دماغية) وعن المخاطر والمضاعفات التي قد تنتج عن هذه العملية ،كما يجب دراسة ملفه الطبي وذلك بالبحث عن ما إذا كان المريض يعاني من إنتانات والتهابات فيروسية كالاتهاب الفيروسي B أو C وعلاجها بالإضافة إلى إجراء فحوصات فوسفوكلسية وعظمية ،والتأكد من أن المريض لايعاني من الحساسية لبعض الأدوية كالحساسية للمضادات الحيوية ،وأن لا تكون لديه سوابق سيكترية وذلك في حالة ما إذا رفض جسم المريض لكلية الجديدة ، بالإضافة إلى أنه يجب التأكد من ما إذا كانت فصيلة دم المريض وأنسجته متوافقة مع فصيلة دم وأنسجة الواهب (Le donneur)(Junger.1998)

حسب Joly D. (DUQUENNE, 2017, p27) يتم الزرع الكلوي :

أ) - عن طريق مانح في موت دماغي: يكون المتلقي مسجل في قائمة الانتظار لمركز الزرع التابع اليه. تقوم الوكالة البيوطبية بتأكيد التسجيل. يكون منح كلية مسير ايضا من طرف الوكالة البيو طبية والتي

تأخذ بعين الاعتبار فصيلة الدم، الأولويات الوطنية، توافق HLA، المطابقة، أقدمية التسجيل على القائمة...

**يكون المنح متاحا بشروط:**

- شهادة موت دماغي.

- موافقة مسبقة.

-التحقق من التاريخ الطبي، وكذا من الأمصال sérologies من أجل الحد من خطر العدوى.

(ب)- عن طريق مانح قريب على قيد الحياة: يستفيد التبرع بالدم من اطار قانوني صارم للغاية.

-يمكن أن يكون المانح أب او أم المريض أو بإعفاء dérogation : زوج، اخوة، أبناء، أعمام أو عمات،

أبناء عمومة، أجداد، أو أي شخص لديه حياة مشتركة مع المتلقي لمدة عامين.

يجب أن يكون لدى المانح الدافع الصادق والعفوي، ويجب أن يكون لديه كليتان وتكون خالية من أي

اعتلال الكلية.

يتم الحصول على الموافقة الحرة والمستنيرة من المانح من قبل رئيس المحكمة من الدرجة العليا

(DUQUENNE, 2017, p27-28)

## خلاصة

نستنتج مما قدمناه في هذا الفصل أن القصور الكلوي المزمن النهائي مرض مزمن صامت ليست له مؤشرات أو أعراض قليلة في بداياته والتي قد لا يتم الانتباه إليها، يعبر هذا المرض عن التدهور التدريجي وغير قابل للرجوع للنفرونات، يتم الكشف عنه بقياس كمية الكرياتينين في الدم. حينما يصل المريض الى المرحلة النهائية من المرض يلجأ الى العلاج الاستيعاضي أو التلطيبي والمتمثل في نوعين من تصفية الكلى، التصفية الصفاقية أو الحشوية والتصفية الدموية أو الزرع الكلوي في حالة توفره من مانح قريب أو مانح في موت دماغي.

يعاني مريض القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضع للتصفية الدموية عن طريق الالة موضوع دراستنا من مضاعفات وتعقيدات شديدة ناتجة عن هذه الوضعية والمتمثلة في الانتانات، ارتفاع ضغط الدم، التهاب الكبد الفيروسي (أ أو ب أو ج) بالإضافة الى تحديدات عديدة كتحديد شرب الماء، الاحتفاظ بوزن محدد، الامتناع عن بعض الخضر والفواكه، والمأكولات، الاضطرابات الجنسية، هذا ناهيك عن الانعكاسات النفسية كالقلق، الاكتئاب، المخاوف، العدوانية... الخ، كل هذا يستدعي أو يتطلب التكيف مع هذه الوضعية ويتوقف هذا على متغيرات الشخصية كاستراتيجيات المواجهة و الارجاعية والتي سنخصص لها الفصل الموالي من هذه الدراسة.

الفصل الثاني

الإرجاعية

## تمهيد

قد يتعرض الفرد في حياته اليومية الى أحداث ضاغطة متنوعة كالحوادث والحروب وفقدان عزيز وأمراض مزمنة وغيرها قد تؤثر على صحته الجسدية والنفسية معا. ظل الباحثون ولفترة من الزمن يظنون أن تعرض الفرد الى وضعيات ضاغطة سيؤدي به لا محال الى اختلال توازنه العضوي والنفسي لكن تراجعوا فيما بعد عن هذه النظرة الضيقة والميكانيكية وذلك بفضل دراسات لايمي ورتر وروتر وغارميري وغيرهم من الباحثين الانجلوسكسونيين والذين أثبتوا من أن هناك عوامل ومتغيرات تحمي الشخص كالصلابة النفسية والارجاعية موضوع بحثنا. انتشرت الأبحاث حول الارجاعية فيما بعد الى ماوراء المحيط ودخلت الدول الأوروبية، كما زاد صيتها على يد باحثين مختلفين كسيرولنيك الذي ترك بصمته في هذا المجال بالأبحاث والكتب المختلفة التي أعدها.

تعد الارجاعية من متغيرات الشخصية أو من العوامل المعززة والحامية للشخصية والتي تدل على المواجهة الايجابية و والتجاوز السريع للموقف الضاغط والحافظة على توازن الفرد العضوي والنفسي بما تحمله من مصادر وفضائل كالتحكم الشخصي المواجهة الدينية، شبكة العلاقات الاجتماعية، الولي الارجاعي، الخ وهي بهذا ليست مقاومة فقط للوضعية الضاغطة أو الصدمة بل أوسع من ذلك النمو السليم بعد التعرض لخطر كبير مما يجعل منها سيرورة وليست مجرد مواجهة.

قد تتعلق الارجاعية بالأشخاص فتكون بذلك فردية كما يمكن لها أن تتعلق بجماعات وتدل عينها على ارجاعية جماعية أو أسرية.

خصصنا هذا الفصل لموضوع الارجاعية اذ تطرقنا فيه الى تحديد الاطار التاريخي لها وكذا تحديد مفهومها، صفات الأفراد ذوي الارجاعية، عوامل الحماية، النظريات المفسرة للارجاعية،

### 1-الإطار التاريخي للارجاعية:

يستدعي تحديد تاريخ الارجاعية مراجعة الأدبيات حول هذا الموضوع ويعد هذا بالشيء الصعب بسبب أن ماكتب عن الارجاعية كثير وأغلبه كتب باللغة الانجليزية، ويظهر أن البلدان الأنجلو سكسونية كانت السبابة في هذا الميدان (Amandine Theis, 2006,p19)

انبثقت دراسة المرونة من مجال علم النفس المرضي التطوري، فالأبحاث الأساسية في هذا المجال أجريت لكي تجيب على السؤال : لماذا يبدي بعض الأشخاص من الذين لديهم مستوى عالٍ من المخاطرة أو ممن لهم خلفية تتعلق بهذا المجال من المخاطرة، كفاحاً مريراً في الحياة (Anthony & Cohler 1987). (1993) et al. بينما يفشل الآخرون فيها. (ولاء اسحاق حسان، 2009 ، ص 29)

استعان جيمس أنتوني (James Anthony)(1980) بنموذج الدمى لجاك ماي Jacques May من أجل أن يوضح مفاهيم الخطر، التعرض للخطر، L'invulnérabilité، استعمل إذا استعارة الدمى الثلاث

المصنوعة من الزجاج، البلاستيك، الحديد، تعرضت الدمى الثلاث لنفس الخطر، تلقت دقة مطرقة قوية وهكذا تحطمت الدمى الأولى كلياً، وظهر على الثانية جرح عميق، في حين قاومت الدمى الثالثة.

كان الباحث يعي المستقبل المختلف لهذه الدمى اذا استطاع محيطهم أن يحميهم. من جهة أخرى لا يترك هذا النموذج مكانة للميكانيزمات الدفاعية ولا لقدرات الكوبينغ. لم تكن الدمى قادرة في أي حال من الأحوال أن تطور قدرات استجابية أمام مختلف التجارب.

فيما بعد تحقق اونتوني(1978/ 1982) أن هذا النموذج يمكن نقله للطفل بما أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار الاحتمالات الجينية، الفروق التكوينية، الأمراض الفيزيائية، الصدمات الناتجة عن المحيط وأزمات التطور (Amandine Theis, 2006,p19)

ويضيف ميشاليي Michallet(2011) أن أنتوني يتراجع فيما بعد عن هذه الاستعارة المبسطة مضيفاً أن نفس الشخص يمكن أن يكون مقاوماً جداً لبعض الصدمات وأقل مقاومةً بنسبة لصدمات أخرى وأن هذه المقاومة (أو بالعكس ، هذه الحساسية أو الضعف ) يتعلق أيضاً بخصائص البيئة ، والتي يمكن أن تكون بمثابة عوامل حماية أو خطر ( Michallet, 2011,p11)

ويشير ( طالبحضان 2010 إلى أن بعض المراجع تشير إلى أن الفضل في ميلاد هذا المصطلح يعود إلى الأخصائية الأمريكية Winner Emmy في دراستها الطولية والتي دامت 30 سنة (بوسنة عبد الوافي زهير، عثمانى مرابو سورية، 2015 ، ص125)

كان الأنجلوسكسون هم السباقون في ميدان الارجاعية، وضعا رونر وغارميري القواعد النظرية والمبادئ المنهجية للأبحاث في هذا الميدان، ومرجعيتهم في ذلك الضغط، المواجهة والتطور.

ساهم باحثون أمريكيون في ظهور مقاربة الارجاعية، أعمال ايمي ويرنر مثلاً قدمت الكثير في دراسة الارجاعية. لاحظت مجموعة أطفال يعيشون في وضعيات سوسيو عاطفية مزرية (الفقر، العنف الخلافات مرضية الوالدين... الخ) بداية من الولادة الى غاية سن الرشد. لاحظت أن عدد من هؤلاء الأطفال المعرضين للخطر تمكنوا من التكيف مع محيطهم الاجتماعي والتغلب على الوضعيات المزرية التي كانوا يعيشون فيها. تدل هذه النتائج ان هؤلاء الأطفال لديهم توظيف من النوع الارجاعي. سمحت هذه الدراسة الطولية أيضاً بوصف سيرورة الارجاعية كقدرة الأفراد لتحفيز توازن تطوره بفضل عدة عوامل داخلية وخارجية خاصة بمحيطهم (Radja Bouzeriba, 2013, p75)

تأثر باحثون آخرون من وراء المحيط بهذه الأبحاث، فظهر عدد من الباحثين الفرانكفونيين كسيرولنيك Cyrulnick و الذي كان له الفضل في إدخال كلمة (Résilience) إلى اللغة المتداولة في فرنسا و ذلك من خلال دراساته و أبحاثه حول سلوك الإنسان و الحيوان عبر سيرورات التعلق المبكر و التي قادتته إلى دراسة الإرجاعية .

استطاع "سيرولنيك" أن يؤثر في عدد كبير من قرائه و ذلك بفضل قناعاته الشخصية بأن لكل فرد الإمكانية في تجاوز جراحه من جهة و من خلال أبحاثه المتعددة الاختصاصات من جهة أخرى .فذاع صيت مفهوم الإرجاعية في البلاد الفرانكفونية مما أدى إلى ظهور على غرار أبحاث " سيرولنيك" أعمال مختلفة لباحثين آخرين أمثال فانيستندل، غيدني، لومي بورغينيو، تومكيويكز Vanistandael, Tomkiewicz, Bourguignon, Lemay, Guidney، و الذين أثروا هذا المفهوم الجديد (Szerman,2006,p35)

من ناحية أخرى فإن الإرجاعية برزت في فرنسا وفي الدول الناطقة بالفرنسية خاصة منذ التسعينات، ساهم العديد من الباحثين والممارسين في التعريف بهذا المفهوم وتطوير خطوته العريضة وتطوير مجال تطبيقاته العملية.

من بين هؤلاء الباحثين يمكن ذكر سيرولنيك Cyrulnik، موسيون، Manciaux، تومكيويكس Tomkiewicz، لومي Lemay والى حد الساعة الكثير من الباحثين وممارسين عيادين يساهمون في وضع الأساسات لهذا المفهوم والتساؤل عن مساهمتها وحدودها..

## 2-تحديد مفهوم الإرجاعية:

تذكر أنو Anaut (2003)، و بوالبو Poilpot (2003) من وجهة نظر اشتقاقية أن مصطلح الإرجاعية يتكون من البادئة re والذي يشير الى الحركة الى الوراء و salire والتي تعني الوثب او القفز. أخذ مصطلح الإرجاعية في القرون الوسطى معنى نهاية (resiliation) والذي يشير الى تحرره من التزامات عقد، فيما بعد الانجلوسكسونيون أعطوا للفعل resiliens المشتق من الكلمة اللاتينية resilire قفز أو وثب.

تضاف الى فكرة التراجع من اجل التحرر فكرة التراجع من أجل القفز بطريقة أفضل. بالفعل الفريقان يتعايشان معا اليوم: اذ الإرجاعية هي حسب تيسرون Tisseron (2007) القدرة على تجاوز اثار الصدمة والقدرة على اعادة البناء بعد الصدمة في نفس الوقت. (Michallet,2010, p10-11)

كما تضيف رانية محمد حسين (2017) أن الإرجاعية (Resilience) اشتقت من المصطلح اللاتيني (salire) وتعني الرجوعية (To spring)، ومن (Resilire) وتعني الرجوع الى الحالة السوية (رانية محمد حسين أبو القمصان، 2017، ص26)

استعمل هذا المصطلح أولا في مجال فيزياء المواد (المعادن) وكان قصد بها مقاومة المواد للصدمة الكبيرة وقدرتها على امتصاص الطاقة الحركية دون كسر. ينظر الى الإرجاعية في الاعلام الالي بأنها قدرة نظام لمواصلة العمل على الرغم من الشذوذ المتعلقة بعيوب عناصرها التأسيسية. يمكن اعتبار الإرجاعية في العلوم الانسانية ( علم النفس، علم الاجتماع،...) كسيرورة ديناميكية تؤدي الى التكيف الايجابي أمام الشدائد.

من الناحية البسيكولوجية تظهر الارجاعية أمام ضغوط كبيرة أو متراكمة، امام صدمات، أو

سياقات ذات قيمة صدمية ( Marie Anaut,2005, p4 )

ويعرف Rutter Michael & Anthony James الارجاعية بأنها المقاومة للصدمات والقدرة على التطور بشكل سوي في خضم الكرب الناجم عن الظرف المعادي أو حالة الضيق الشديدة(عبد الوافي زهير بوسنة، فضيلة لحر، 2016، ص 179)

ويرى سيروولنيك (Cyrulnick) (2001) حسب ماجاء في (Anaut) (2003) بأنه لكي تكون إرجاعية يجب أن يكون هناك تعرض للصدمة أو سياق صدمي وهذا ما يتفق عليه العلماء من ذوي التناول التحليلي والذين يعتبرون الصدمة عاملا للإرجاعية(ياحي سامية، 2014 )

ويصفها فنيستندل Vanistandael بقدرة الفرد على مقاومة التهديد وبناء حياة ثرية رغم الظروف الصعبة لمحيط مزري، إنها قدرة الفرد على التطور الجيد بالرغم من الوضعيات الصعبة و هذا بصفة مقبولة إجتماعيا".

بالنسبة (لفنيستندل) مصطلح الإرجاعية أكثر ثراء وأكثر كمالا من قدرة الفرد على التجاوز إذ يتكون

هذا المصطلح من بعدين :

1- مقاومة الدمار (La destruction) أي قدرة الشخص على المحافظة أو حماية نفسية أمام الضغوط.

2- قدرة بناء وإبداع حياة جديدة بأن تعاش رغم الشدائد. (poletti et Dobbs,2001,p10)

تشير سال Scelles (2002). الى التقارب بين الارجاعية والتكيف، بل تذهب الى أبعد من هذا

مؤكدة أن الارجاعية كلمة نصف بها الفرد الذي ينجو بصفة حسنة من صدمة أو صدمات (Amandine Theis,2006, p33)

وتعرفها لوتر Lutter (2003) الإرجاعية:"بظاهرة التكيف الإيجابي بالرغم من سياق محيطي

صعب خاصة". (Goussé,2008,p524)

من جهة أخرى تعرفها دافيدسون وكونور; Davidson et connor (2005) كقدرة للشفاء أو الرجوع

الى الحالة السوية بعد التعرض للحدث الضاغط(رانية محمد حسين أبو القمصان، 2017 ، ص26)

كما يؤكد لوكنت (Lecomte) (2004) أنه لا توجد نظرية للارجاعية لأنه لكي نفهم هذه الأخيرة من

الضروري اللجوء الى مراجع نظرية متعددة(Amandine Theis, 2006, p33)

أما مصطفى حجازي (2005)والذي يفضل تسميتها بالتلاؤمية (أي المرونة الذهنية والسلوكية)

فيعرفها:" بأنها القدرة على تدبير الأمور في الظروف الصعبة أو المهددة أو حتى في حالات المحن

بمقاربة فعالة و ناجحة، إنها تلك القدرة على تعبئة الطاقات الذهنية و المهارة بغية القيام بالتصرف

الجيد في الظروف التي تفترض المعوقات على النجاح وتهدد نتائجه، إننا بصدد الأشخاص الذين

يصمدون في وجه المحن و يخرجون منها بشكل إيجابي، كل شيء في ظروفهم يدعو إلى إطلاق الأحكام

المتشائمة والرؤى السلبية أو المأزقية (أحكام اللاجدوى من المحاولة )، إلى أنهم يبديون و كأنهم قادرون على الإفلات من المحنة ، إنهم يفتشون بما يتبقى من إمكانات أكثر من التوقف عند العقبات والمشكلات ما هي الوسائل و أساليب التصرف الممكنة و الناجحة و كيف يمكن تفعيلها و تعظيمها و ليس التفتيش عما هي الأزمات والمعوقات التي تضع المرء أمام الحائط المسدود"(مصطفى حجازي ، 2005 ص334) بين أزلين وشاهرين (Azlin et Schahrin 2010) أن الارجاعية هي: " قدرة الفرد على التعافي من الأمراض وقيام الفرد بوظائفه رغم التحديات والظروف الصعبة التي يمر بها"(سالم بن صالح بن سيف الفردي،ص10)

يشير شقورة(2012) الى الارجاعية بأنها: " قدرة الفرد على مواجهة المواقف المختلفة بفاعلية والرد بشكل عقلائي، و إقامة علاقات طيبة مع الآخرين اساسها الود والاحترام المتبادل وتقبل الآخرين (سالم بن صالح بن سيف الفردي،ص5 )

يحدد يحي عمر شقورة (2012) صفات الفرد ذا الارجاعية فيما يلي:

أ-الصبر ب-التسامح ج-الاستبصار د- الاستقلال ه-الابداع و-روح الدعابة ز-المبادأة ح-تكوين العلاقات ط- القيم الموجهة(الأخلاق)ي- القدرة على تقبل النقد والتعلم من الأخطاء ك- القدرة على تحمل المسؤولية والقيام بهال- القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة بنفسه(هالة خير سناوي اسماعيل، ص295)

يشير مصطلح الارجاعية حسب أبو حلاوة(2013)الى فكرة ميل الفرد الى الثبات والحفاظ على هدوءه واتزانه الذاتي عند التعرض لضغوط أو مواقف عصبية، فضلا عن قدرته على التوافق الفعال والمواجهة الايجابية لهذه الضغوط وتلك المواقف الصادمة(أحمد محمد الزعبي، ،2016، ص69) تشير الارجاعية (Resilience) حسب أبو زيد(2017)إلى القدرة على تطوير وزيادة الكفاءة عند مواجهة الظروف الضاغطة والعقبات ( رياض العاسمي، على بدرية، 2018 ، ص63)

نستنتج مما ذكرناه أنفا أنه لا يوجد تعريف جامع للارجاعية فهناك من الباحثين من يرون أنها عملية مقاومة وهناك من ينظرون اليها كعملية تكيف ناجحة، ويصفونها اخرون بالعملية الديناميكية التي تتفاعل فيها عوامل الحماية وعوامل الخطر وكذلك بالنمو الحسن أو السيورة بعد الوضعية الضاغطة أو الصدمة، وعموما يتفق أغلب الباحثين على أنها سياق أو سيرورة تتفاعل فيها العوامل الشخصية والمحيطية التي تميز الشخص والتي تسمح للفرد بالخروج منتصرا من الشدائد والمحن والمحافظه على نمو سليم.

### 3- صفات الأفراد ذوي الارجاعية:

يتصف الأفراد ذوي الارجاعية أو الارجاعيون بمجموعة من الخصائص نجملها فيما يلي:

#### 1. نظرة الفرد لنفسه:

وهي تتمثل في ثلاث نقاط وهي فهم الذات وتقبل الذات وتطوير الذات، وفهم الذات أن يعرف نقاط القوة والضعف لديه ، أما البعد الثاني وهو تقبل الذات، أي أن يتقبل الفرد ذاته بإيجابياتها وسلبياتها وألا يرفضها أو يكرهها ، أما البعد الثالث، فلا يقنع الفرد بتقبل ذاته كما هي، بل عليه أن يحاول تحسينها وتطويرها.

#### 2. الواقعية:

وتعني التعامل مع حقائق الواقع وهو أن لا يضع لنفسه أهدافا صعبة التحقيق بالنسبة له حتى لا يشعر بالفشل، بل يعمل على تحقيق ما يمكن تحقيقه.

#### 3. شعور الفرد بالأمن:

يشعر الفرد بالأمن والطمأنينة بصفة عامة، ويسلك السلوك الذي يعمل مباشرة على حل المشكلة أو يعمل على إزالة مصادر التهديد ويحسم الأمر باتخاذ القرار المناسب في حدود إمكاناته. (سالم بن صالح بن سيف العزري، 2017 ، ص10)

من جهته يؤكد وتريميسون (2010) أنه من صفات الارجاعيين أنهم:

- لا يتأثرون بالمشتتات الموجودة في المواقف لكونهم أكثر قدرة على تركيز الانتباه على عناصر الموقف.

- يتسمون بالصحة النفسية والتوافق والسيطرة على تصرفاتهم والثقة بالنفس وذوو شخصية متحررة.

- وتضيف أيضا بأنهم يتميزون بالمرونة في حياتهم والابتعاد عن التطرف أثناء حكمهم على الأمور واتخاذ القرار، إضافة لمسايرتهم للأخ رينفي المواقف حسب قناعاتهم التي تتطلب النهج

الديمقراطي (سالم بن صالح بن سيف العزري، 2017 ، ص12-13 )

يذكر ويكس Wicks(2005) أربع صفات أساسية للأفراد الذين يتمتعون بالارجاعية وهي:

- الرؤية الشخصية: تكون من خلال القدرة على تحديد الهدف، والمعنى، ومبادئ متدرجة ضمن سلم قيمي.

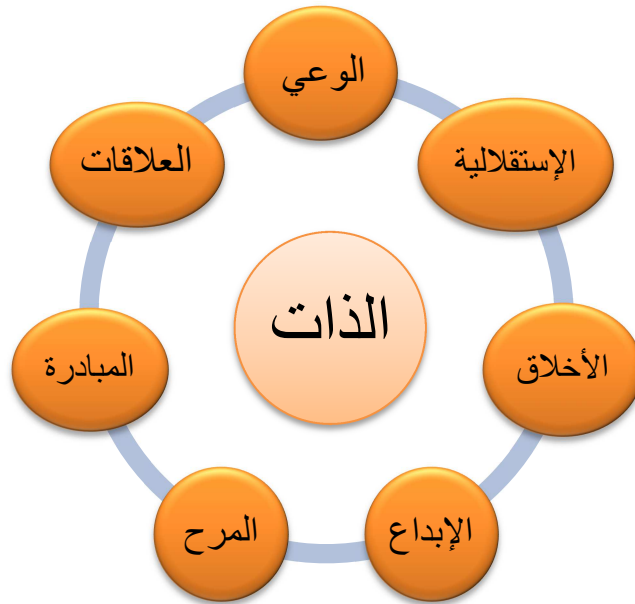
- القدرة على حل المشكلة:تتضمن القدرة على الاستجابة السريعة في مواجهة الاخطار، والبحث عن المعلومات الدقيقة، والقيام بمغامرة جادة.

- الدعم الاجتماعي:تعني مدى تميز الفرد عن الاخرين، والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية بناءة، والايثار على الذات.

- اليات دفاع الأنا: تكون من خلال قدرة الفرد على التمييز بين الانفعالات، واعادة البنية المعرفية، والتوقع الايجابي للأحداث(أحمد محمد الزعبي، 2016 ، ص70)

أمّا ستيفن و سبيل و ولان Steven et Sybil wolin، و هما باحثان أمريكيان يعملان منذ خمسة عشر سنة على ظاهرة الارجاعية و هما يتكلمان على الارجاعية بصيغة الجمع و يعرفانها بمجموع الموارد و القوى الكامنة داخل الفرد، تعرف هذان الباحثان على سبع إرجاعيات خلال تجاربهما و أبحاثهما و التي تتطور بصفة مختلفة عند مختلف الأطفال و المراهقين و الراشدين و تأخذ أشكالاً مختلفة. حددها هذان الباحثان الخصائص الأساسية للإرجاعية وهي تتمثل فيما يلي :

- الوعي و هو القدرة على التعرف على مصادر المشاكل و البحث عن حلول للذات وللآخرين
- الاستقلالية المرتكزة على وضع حدود بين الذات وبين الأقارب و الابتعاد عن من يتحكمون فيه و التخلي عن العلاقات السيئة.
- تطوير علاقات مرضية مع الآخرين، والقدرة على اختيار أصدقاء ذوي صحة نفسية جيدة.
- المبادرة التي تسمح بالتحكم في النفس و في المحيط.
- الإبداع الذي يسمح بالتفكير بطريقة مختلفة عن الآخرين و إيجاد مأوى في عالم خيالي والذي يسمح أيضا بنسيان الألم الداخلي و التعبير إيجابيا عن الانفعالات .
- المزاج الذي يهدف إلى تخفيض الضغط الداخلي.
- الأخلاق التي تدبر الأطفال والتي تدل على التميز بين الجيد والطالح، والشكل الموالي يمثل هذه الخصائص الأساسية للإرجاعية حسب الإخوة ولان:



شكل رقم (5): خصائص الإرجاعية حسب الباحثان ولان (Poletti et Dobbs, 2001, p335) (سامية ياحي، ص93)

#### 4-عوامل الحماية:

إن محاولة فهمنا لميكانزمات الإرجاعية يفرض علينا التريث أمام عوامل الحماية و المتمثلة في الخصائص الشخصية و المحيطية و التي تعمل على تغيير أو تحسين استجابة الفرد أمام تهديد أو اعتداء أو إلحاق الضرر أي عوامل الخطر (facteurs de risques) روتر (Rutter, 1985) (نقلا عن (Magali.etal, 2000, p783)

**حدد ميانى والآخريين (1992)Millanet-alعوامل الارجاعية فيما يلي:**

-القدرة على تكوين علاقات اجتماعية واقعية، والتواصل الايجابي مه الاخريين.

-القدرة على ترويض الاندفاعات القوية والاندفاعات.

-النظرة الايجابية للذات والثقة في القدرات من خلال ادراكه الحقيقي لها وللأحداث من حوله.

-القدرة على الاحتفاظ بالقيم الروحانية والخلقية.

-القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ القرارات وتنفيذ الاجراءات اللازمة لحل المشكلان ومواجهة

ضغوط الحياة(ربيعة مانه زيدان الحمداني، صباح مرشود منوخ، 2013 ،ص384)

هذا وقد وضع هجمدال Hjemdal (2010) أن البحوث حول الارجاعية مثل أعمال (Smith,Werner,2001, 1992) أن عوامل الحماية تضم في ان واحد القدرات الفردية، الخصائص العائلية،

والسند الذي يأتي من خارج العائلة التي تساعد على مواجهة الضغط والحفاظ على صحة نفسية جيدة، ولكن عامل الحماية لوحده لا يساعد على ضمان نتائج جديدة وانما الربط بين عوامل داخل وخارج الشخصية(بركوش فايزة، 2017 ، ص55)

وتتحدد عوامل الارجاعية حسب البحيري(2010) ب:

أولا : تتحدد بمستوى الذكاء :ويعد مستوى الذكاء من العوامل الوقائية والتي لها دور في المرونة وهنا كالعديدمن الدراسات ترى أن الذكاء عامل وقائي.

ثانياً :تكون الحالة المزاجية والمدعمة للمرونة في مرحلة الطفولة المبكرة إحدى المحددات ،فالمزاج الذي يعد فطريا أوموروثا يلعب دورا كبيرا في إحساس الطفل بالتفاؤل .فبعض الأطفال الذين لديهم أنماط مزاجية سهلة وهادئة أومعتدلة يميلون إلى التكيف، وبالآتي فإن الأفراد يتفاعلون معهم ويستجيبون لهم بايجابية أكثر من الأستجابة لطفل لديه أنماط سلبية.

ثالثاً :تعتبر الوالدية الفعالة و تكوين العلاقات الوثيقة مع منظومة الأسرة وتلبية احتياجات الطفل

و إتاحة الفرصة لهل تحمل المسؤولية واتخاذ القرار من العوامل المهمة أيضاً.

وبعد التعلق الآمن للطفل مع فرد واحد على الأقل أمراض روريا من أجل الصحة النفسية، فالأفراد الذين يحظون برعاية متسقة حانية يمكن أن تنمو لديهم أدوات داخلية لتهدئة الذات للثقة وللحب ولحل مشاكلهم

ربعاً: ولا ننسى دور المدرسة ودوره اف ينتمية التفكير، وإن تدعيم المدرسة والاهتمام وتقرير المشاركة وتوفير منهج ثري دقيق متمركز حول المتعلم وتوفير فرص حل المشكلات الواقعية، وتعليم التفكير في مقررتهم الدارسية بعيدا عن الحفظ والاستنكار كذلك يسهم في المرونة.

خامساً: ولأن الضغوط السابقة تؤثر وجد أنها تساعد الراشدين الكبار والصغار على تطوير مهارات مواجهة فعالة للتعامل مع المشكلات الجديدة.

سادساً: ومن العوامل ذات الصلة الخبرات الثقافية ، حيث تعد الخبرات الثقافية والقيم من العوامل المهمة لارتباطها باستراتيجيات المواجهة المستخدمة(سالم بن صالح بن سيف العزري، 2017 ص19) كما يشير حلاوة (دت) أنه تسهم مجموعة متفاعلة من العوامل في تكوين الارجاعية العامة وتظهر نتائج العديد من الدراسات أن العامل الرئيسي في تكوين أو تنمية الارجاعية لدى الأطفال على وجه الخصوص، هي العلاقات الاجتماعية السوية الدافئة والمساندة داخل الأسرة وخارجها، والتشجيع والمساندة تفضي إلى تنمية وتعزيز الارجاعية، وهناك بعض العوامل المرتبطة بالارجاعية وتتمثل في القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ الخطوات والإجراءات اللازمة لتطبيقها وتنفيذها ، والنظرة الإيجابية إلى الذات، والثقة في القدرات والإمكانات الشخصية، مهارات التواصل الايجابي وحل المشكلات ، القدرة على ترويض وإدارة الانفعالات القوية والاندفاعات.( ولاء اسحاق حسان، 2009 ، ص40) وقد أوضح الخطيب (2007) أنه من أهم العوامل المكونة للارجاعية تتمثل في ما يمتلك من القدرات:

- قدرة الانسان على الاحتفاظ بسعادته خلال احساسه أنه يسحقق الهدف الذي يسعى من اجله.
- القدرة على المحافظة على الكفاية التواصلية البين شخصية.
- قدرته على المحافظة على علاقات واقعية مع الآخرين في بيئته.
- القدرة علنا لاحتفاظ بكيونته الشخصية وثقافته وروحانيته(محمد عصام يوسف ابو ندى، ، 2015، ص50)

كما يضيف كونور ودافيدسون(Conor and Davidson) (2003) (نقلا عن Campbell-

Sills,2006)عوامل الحماية أو متغيرات الإرجاعية في:

- التحكم الشخصي والتوجه نحو الأهداف.
- التكيف وتحمل العواطف السلبية.
- القيادة والتحكم في الغرائز.
- المواجهة الدينية.

وهذه هي العوامل التي اعتمدنا عليها في دراستنا للإرجاعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي علما أنها العوامل المكونة لمقياس الإرجاعية لدافيدسون وكونور(2003)

أما ماري أنو (2005) Anaut فإنها تحدد عوامل الارجاعية فيما يلي:

### عوامل الارجاعية الفردية:

انطلاقاً من دراسة الأفراد المعروفين بالارجاعيين، يمكن أن نحدد عدد من الخصائص والتي تساهم في الارجاعية مثلاً:

- مهارات حل المشكلات
- الاستقلالية
- القدرة على أخذ المسافة أمام محيط مضطرب.
- المهارات الاجتماعية
- التعاطف
- الايثار
- التواصل الاجتماعي ، والشعبية
- ادراك علاقة إيجابية مع شخص راشد.

### - عوامل الارجاعية العائلية

من بين خصائص البنية العائلية:

- سن الوالدين
- عدد الأطفال أقل من 5
- المسافة بين الولادات
- الروحانية، والايديولوجية
- الانضباط التربوي
- مابين خصائص الدينامية العائلية:
- نوعية الاتصال
- العلاقات الدافئة والايجابية
- الدعم والعاطفة

### العوامل الارجاعية الاجتماعية و/ أو طائفية :

يمكن أن نذكر ما بين مستويات الارجاعية الاجتماعية:

- الأقران
- المؤسسة الاجتماعية: المدرسة، الحي....الخ.
- المؤسسة الدينية أو الايديولوجية
- المجتمع والثقافة.

- ما بين أشكال الارجاعية الاجتماعية، يمكن أن نذكر:
- التضامن
- التوقعات المرتفعة
- المشاركة النشطة
- قيم المساعدة والتسامح الاجتماعي
- تنوع الدعم والمصادر الاجتماعية (marie Anaut, 2005)

قدم الباحثون تصنيفات عديدة لعوامل الحماية والتي يمكن أن نقسمها الى عوامل شخصية تتمثل بمصادر الفرد وعوامل اجتماعية وأخرى محيطية وتفوقها على عوامل الخطر التي قد يقع فيها الفرد هي التي تجعل منه ارجاعيا وتمكنه من الخروج من الوضعية منتصرا ومواصلة مساره بايجابية.

## 5- النظريات والنماذج المفسرة للارجاعية:

### نظرية ريتشاردسون (Richardson):

يذكر باعلي (2014) أنه منأوائل النظريات لتفسير عمليةالارجاعية هي نظرية ريتشاردسون (Richardson) الذي وضع صياغة المفاهيم للارجاعية بأنها القوة التي توجد داخل كل فرد، والتي تدفعه إلى تحقيق الذات والإيثار والحكمة، ويكمن الفرض الأساسي لهذه النظرية في فكرة التوازن البيولوجي (النفسي الروحي) التوازن (وهو الذي يسمح لن التكيف) الجسم والعقل والروح (مع ظروف الحياة الحالية) حيث تؤثر الضغوط النفسية والأحداث البغيضة وأحداث الحياة الأخرى المتوقعة وغير المتوقعة أو متطلبات الحياة العاجلة فيقدرتنا على التكيف ومواجهة مثل هذه الأحداث في الحياة تتأثر بصفات الارجاعية وإعادة التكامل مع الارجاعية السابقة، والتفاعل بين الضغوط النفسية اليومية والعوامل الوفائية، وتؤدي عملية إعادة التكامل بالفرد إلى أربع نتائج منها:

1. إعادة تكامل الارجاعية، حيث يؤدي التكيف إلى مستوى أعلى من التوازن.
2. العودة إلى توازن جهد يبذل لتجاوز التمزق.
3. الشفاء مع الفقد مما يرسخ مستوى أدنى للتوازن.
4. حالة مختلفة وظيفيا، حيث الاستراتيجيات سيئة التكيف) السلوكيات المدمرة للذات (تستخدم لمواجهة الضغوط النفسية، ثم يمكن اعتبار الارجاعية تتجه نحو قدرات المواجهة الناجحة) (سالم بن صالح بن سيف العزري، 2017، ص 23)

يعرف نموذج لريشاردسون Richardson للارجاعية حسب ما جاء في يونسكو (Ionescu 2011) أن هناك عدة باحثين اقترحوا تعاريف مختلفة مهمة للارجاعية حيث أنه هناك من يصفها بالقدرة la capacité وهناك من يعرفها على أنها نتيجة خطوات سابقة وهناك تعريف ريتشاردسون الموضوعي والذي يعرف الارجاعية بأنها سياق، يرى أن الفرد يعيش في حالة نسبية للأموستازيا (استرجاع التوازن)، وحينما

يكون الفرد في وضعية ولا يتمكن من التكيف يلجأ لعوامل الحماية الشخصية والمحيطية، تتخرب حالة التوازن الى حد أن عدم الاستقرار يؤدي الى انهيار للقدرات التكيفية.

ومنه تلعب كل من ميكانزمات التعلم والتكيف في هذه الظروف دور، الفرد يمكن أن يتكيف بصفة مختلفة وظيفيا، التكيف بفقدانات على مستوى عوامل الحماية واسترجاع حالة التوازن المسبقة للتخريب والوصول الى تكيف ارجاعي لما عوامل الحماية تعزز ذلك.

#### • صورة النموذج

هذا النموذج له ايجابيات، لأنه يقترح حالات فقدان التوازن الخاصة بالفرد وذلك حيث التفاعل بين عوامل الحماية والعوامل الضاغطة التي يواجهها الفرد، وليس اظهار وضعيات صادمة التي تؤدي الى فقدان التوازن. هذا النموذج يوضح أن كل فرد له قدراته الخاصة للتكيف والتي تختلف من فرد لآخر، على الرغم من نفس العوامل المقلقة التي تكون سواء ايجابية أو سلبية كما أن هذا النموذج يسمح بدراسة عوامل الحماية الشخصية والمحيطية المستعملة والتي تعزز ظهور اعادة ادماج ارجاعي Une intégration résiliente الخصائص الشخصية والمحيطية المرتبطة بالارجاعية والتي تكون سواء سمات للطبع، الشخصية، السند الاجتماعي أو نوعية العلاقات البين شخصية والتي تعد قاعدة ارسان مقاييس الارجاعية للراشد(بركوش فايزة، 2017 ، ص48)

#### نموذج كوفي (Covey):

ويشير جوهر (2001) أن هذا النموذج يرى أن العيش والعمل بشكل متأنى نابع من المبادئ الدائمة التي تعزز الارجاعية وهي كالتالي:

1. النشاط والفاعلية: وتتضمن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله.
2. أن يبدأ الفرد يومه بتفهم عميق لما يدور حوله : والتي تضمن توضيحا لقيم والأولويات قبل اختيار الأهداف.
3. تعامل الفرد مع الأعمال الهامة قبل المهمة :من خلال تنظيم الوقت وإدارته وحسن استثماره.
4. توظيف العقل لتحصل على ما تريد من مكاسب : عن طريق البحث عن المنافع المتبادلة.
5. أن يفهم الفرد وأن يكون مفهوما، وهي تعني احترام الفرد لآراء الآخرين ومحاولة فهم وجهة نظرهم.
6. التعاون :من خلال العمل بروح الفريق الذي تسوده قيم واحدة.
7. الاهتمام والتفصيل الحازم للعادات الستة السابقة(سالم بن صالح بن سيف العزري، 2017 ، ص24)

#### (Cowen & Thomson):نظرية كاون وتومسون

ينظر إلى الارجاعية على أنها صفة عامة للاستجابة تعمل كمظاهر سلوك الفرد، ويتمثل بميل الفرد إلى التمسك بطريقة معينة فيحل المسائل كانت من قبل ناجحة في الوقت الذي لم تعد تلك الطريقة صالحة فيحل المسائل، ويبين ان العوامل الشخصية التي تصل بالوجهة الذهنية، وهيكله الكفاءة والإنتاجية ،وقلة

التخيل، والعجز عن فهم العلاقات المتعددة... وكف للتعبير الانفعالي فيما يتعلق بكل منا لإبداع الداخلي الثري، والتفاعل مع الواقع البيئي الخارجي، مرتبط بمشاعر عدم التأكد والحذر عندما يكون الشخص فيمثل هذا الموقف، والميل للانسحاب عندما تتأزم الأمور، ومدى محدود من الاهتمامات، ومجال أضيق من الأداء وتوافق أقل من المجتمع... وأقل في التوافق الشخصي (الحربي، 2001)

### نموذج بينر في الارجاعية:

تشير بينر Pienar (2007) الى أن الارجاعية هي عملية ديناميكية أكثر مما هي dynamic process لهاصفة ثابتة لعمليات وتراكيب متنوعة لاتشكل اطوار ومراحل محددة بلتحدث نتيجة الصدمات والضغوط التي تصاحب الفرد في علاقته والتجارب اليومية التي يعيشها الانسانطيلة فترة حياته وتذكر بسبب حالات تجارب فقدان الافراد لاحتياجاتهم ، فالطفل الذي لا يجد بيئة تحتويه وتسانده ستكون مشاعره أكثر حدة وأكثر تهديدا مما لدى البالغ وان سلوك الانسان دائما يكون ذا غرض موجه نحو الهدف وبطريقة ما أو بأخرى يكافح الافراد للمحافظة على الاتزان الحيوي ويواصل من اجل الحصول على الطاقة الكامنة الفعلية من خلال تحقيق حاجاتهم. ان المكونات الأساسية في الارجاعية ضرورية لتشجيع الوعي الذاتي وبشكل مساعد الكفاءة المدركة وتقوية المشاعر والمعتقدات التي تعزز الارجاعية ومدى المساندة الخارجية والقوى الداخلية ومهارات حل المشكلة الشخصية.

الارجاعية تتطلب وعيا أو وجود العقل هنا والأن ورؤية الواقع مهما حدث من حالات وظروف والاعتراف بحقيقة الواقع الذي لا يمكن تغييره والارجاعية تعني الحكمة وهي سمة نكتسب من تجارب الحياة وتتضمن ايضا علاقة وادراك الاشياء التي لا تتوافق مع الواقع سواء كانت تعمل أو لا تعمل وبأنها صحيحة وصادقة(ليث محمد عياش، 2018 ، ص7)

اختلفت التوجهات والنماذج النظرية في تفسير الارجاعية فمنهم من ينظرو اليها كقدوة ومنهم يرى فيها سمة ، وهناك آخرون مثل ريشاردسون الذي يرى فيها سياق تتفاعل فيه عوامل الحماية والعوامل الضاغطة التي يواجهها الفرد، ويختلف عوامل الحماية هذه من فرد لآخر بالرغم من تشابه الوضعيات وتتمثل في العوامل الشخصية والبيئية كالخصائص الشخصية ونوعية العلاقات.

## خلاصة

أدرجنا في هذا الفصل مفهوم الارجاعية، اذ حاولنا تحديده من خلال اراء باحثين مختلفين كما تطرقنا الى المراحل التاريخية التي مر عليها المفهوم منذ ظهوره على يد ايمي ويرنر Werner من خلال الدراسات التطورية التي قامت بها والتي نفت تلك النظرة التشاؤمية والتي مفادها أن التعرض للأحداث الضاغطة أو الصدمات يؤدي غالبا الى تدهور الصحة النفسية الجسدية والنفسية للفرد. اذ أثبتت أنه بالرغم من العيش في ظروف مزرية يمكن للفرد أن يحافظ على توازنه الجسدي والنفسي أيضا أبرزنا بعض مساهمات الباحثين الانكلوسكسونيين من أمثال روتر وغارميري وعلماء آخرون ممن طوروا المفهوم في أوروبا كفنيستندل Vanistandael وسيروولنيك Cyrulnick ، بعدها عرضنا بعض النماذج النظرية المفسرة للارجاعية بالإضافة الى ابراز بعض صفات الارجاعيين، هذا ناهيك عن تقديم بعض عوامل الارجاعية الحامية أمام عوامل الخطر التي قد تعترض طريق الفرد.

## الفصل الثالث

### الضغط وإستراتيجيات المواجهة

## تمهيد :

قد يواجه الفرد في حياته الكثير من المواقف والوضعية الضاغطة كالحروب والأزمات والأمراض والتي يتوجب عليه التكيف معها والمحافظة على توازنه النفسي مما يستدعي حشد موارده الشخصية أي انتهاز استراتيجيات مواجهة، تتمثل هذه الأخيرة في الكرق والأساليب التي يستخدمها الفرد بغية الحد من وطأة الضغوط عليه واسترجاع استتبابه النفسي.

وعليه سنحاول من خلال هذا الفصل أن نربط بين الضغط واستراتيجيات المواجهة اذ سنتناول مفهوم الضغوط وطرق مواجهتها، وذلك بالتطرق الى مفهومها، نماذج ونظريات تفسيرها، خصائصها، ووظائفها.

### 1- الضغوط النفسية.

تعتبر الضغوط شيئاً طبيعياً في حياة الانسان من المستحيل تجنبها، و أحداث الحياة الضاغطة والمستمرة تستنفذ طاقة الفرد وقدرته على التكيف وتعرضه للإجهاد والأمراض النفسية والجسمية . وتشير الإحصائيات إلى أن حوالي 70% من أمراض العصر مثل: أمراض القلب ، وقرحة المعدة، ضغط الدم، السرطان ، وغيرها لها علاقة بالضغوط النفسية ، وتشير أيضاً الأكاديمية الطبية الأمريكية أن ثلثي المرضى الذين يزورون طبيب العائلة يشكون من أعراض لها علاقة بالضغوط (Allen & Santorck,1993: 456)

#### 1-1 تعريف الضغط النفسي :

لايوجد تعريف محدد للضغط النفسي وذلك لارتباطه ه بعدة مفاهيم متقاربة من حيث المعنى، وارتباطه كذلك باتجاهات نظرية مختلفة، وغالبا ما يستخدم للتعبير عن السبب والنتيجة في أن واحد. وسوف نعرض أهم التعريفات في دراستنا الحالية.

بدأ استخدام كلمة(Stress) حديثا في مجال العلوم الانسانية ليشير إلى القوة التي تؤثر على الفرد وتسبب له بعض التغيرات النفسية مثل التوتر والضييق ، وبعض التغيرات العضوية والفسولوجية ( وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى، 2008، ص 125)

فكلمة " ضغوط Stress، تلك اللفظة المستعارة من علم الفيزياء والهندسة (آرون بيك، ترجمة عادل مصطفى 2001 ،ص 207)، تعني القوة التي تضغط على شيء آخر أو تجذبه وقد تغير من شكله أو من حجمه (فيصل محمد خير الزراد، 2000،ص34).

وفي اللغة العربية فإن كلمة(Stress) تقابلها كرب-شدة-ضغط (لطي الشربيني، 2001 ،ص 360)

و يعتبر هانز سيلبي (Selye) من أوائل من تطرقوا لموضوع الضغط النفسي، بل يعد أول من قدم مصطلح الضغط النفسي Stress، وعرف الضغط النفسي بأنه: "الاستجابة الفسيولوجية التي ترتبط بعملية التكيف مع الظروف الداخلية والخارجية ( السمادوني، 1990 ، ص 31 ) ، كما أشار الى أن الضغط عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات لبيئة، مثل التغيير في الاسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي ( ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2008، ص 20).

ويشير ميكانيك ( 1978 ) إلى الضغوط على أنها "مجموعة الاستجابات التي تعبر عن حالة الضيق لدى الفرد في موقف معين" (عبد الرحيم هالة شوقي، 2001، ص 19).

وعرف لورنس (Lowrence, 1990) الضغوط النفسية بأنها: "حالة من الانفعالات النفسية السلبية مثل الغضب أو القلق أو الإحباط أو قلة التحمل أو الانزعاج أو تثبيط العزم يعاني منها الفرد نتيجة للأحداث التي تواجهه أو تتحدى الفرد بجميع فعاليات الحياة" (العجيلي شذى عبد الباقي، 2005، ص 503).

ويعرف زيمباردو zimbardo الضغوط النفسية على أنها: نمط لاستجابات نوعية وغير نوعية يقوم بها الكائن الحي نتيجة لأحداث مثيرة تعوق اتزانته وتحبط من محاولاته لمواجهاتها، وتشتمل تلك الأحداث التي تبعث على الاستثارة على عدد كبير ومختلف من العوامل الداخلية والخارجية والتي يطلق عليها مجتمعة بالضاغط ( احمد البحراوي، 2003).

ويشير كوليمان وموريس وجلاروس إلى أن الضغوط النفسية هي أي مطلب توافقي يتضمن قدرًا من التوتر أو التهديد ، وهذه المطالب تتغير أو تتعدل (gloras & Morris, Coleman, 1987).

أما بنجامين Benjamin فيعرف الضغوط بأنها: حالات العواطف الممتدة سواء كانت سارة أو حزينة فهي تسبب الضغوط عندما تستمر لوقت طويل جداً ، وتظهر هذه الضغوط في صورة المشكلات الفسيولوجية والنفسية ، ويضيف أن الأحداث التي تسبب الضغوط تسمى الضواغط ، والتي تشمل عدداً من الأحداث المرتبطة بتغيرات الحياة مثل الطلاق ، والإحباط ، والصراع ، والمواقف الطارئة مثل الكوارث ، ومتغيرات الشخصية، بالإضافة إلى سمات الضغوط الكثيرة ومنها ضغوط العمل وضغوط المنزل ( حفني قذري ، 2002).

ويعرفه جورودن (1993) على أنه الاستجابات النفسية والانفعالية والفيزيولوجية للجسم اتجاه أي مطلب تم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد وهذه التغييرات تقوم بإعداد الفرد وتأهيله للتوافق مع الضغوط والتي هي ظروف بيئية سواء حاول مواجهتها أو تجنبها (عبدالعظيم، 2006 ، ص 20).

من جهتها تعرف زينب شقير ( 2001 ) الضغوط النفسية بأنها: "مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة والتي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الاستجابة

المناسبة للموقف ، وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفسولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى" (نيفين زهران، 2003، ص 101 ) .ويرى مهدي (1995) بأن الضغط النفسي يتمثل في "التفاعل بين الشخص وبيئته التي يدركها على أنها ضاغطة ،والتي تم تقييمها على أنها مرهقة ، أو تفوق موارده للتغلب عليها وتعرض حياته للخطر " (عبد الله السهلي ،1431، ص 17).

مما سبق نجد أن هناك اختلافا بين الباحثين في التعريفات لظاهرة الضغوط ، لذلك من الصعوبة بمكان أن نحظى بتعريف له مدلولات علمية تحدد طبيعة ظاهرة الضغوط تحديدا جامعا مانعا لأن ظاهرة الضغوط النفسية ظاهرة معقدة في ذاتها ومتداخلة الأبعاد إلا أن المتتبع للتعريفات المتداولة للضغوط يجدها لا تخرج في تعريفها للضغوط عن ثلاث اتجاهات: أولا تعريف الضغوط على اعتبار أنها حدث "مثير خارجي يمر به الفرد، ثانياتعريف الضغوط على أساس إدراك الفرد للحدث،ثالثاتعريف الضغوط على اعتبار الاستجابة للحدث.

## 2-2 النظريات المفسرة للضغوط النفسية :

- النموذج الفسيولوجي " نظرية هانز سيلبي"1956Selye Hans.:

يعد العالم هانز سيليمن أبرز العلماء المفسرين للضغوط النفسية على أساس فسيولوجي ، وينظر سيلبي إلى الضغط على أنه استجابة لأحداث مثيرة من البيئة ، وينصب اهتمامه على الاستجابة التي يمكن النظر إليها كدليل أن الفرد يقع فعلا تحت ضغط بيئة مزعجة . ويعرف هانز سيلبي الضغط بأنه "استجابة جسدية عامة أو غير محددة ، يقوم بها البدن في مواجهة أي مطلب يطلب منه " ( ليلي المزروع، 2009، 45) .

ولقد عرض في كتابه Stress of life أهم مبادئ نظريته الفسيولوجية ، إذ يعتبر أول من ادخل مفهوم التوتر في إطار علمي عام 1936عندما نشرت مجلة بريطانية أول بحث للعالم الفسيولوجيSelye تحت عنوان الأعراض الناشئة من العوامل ذات الأضرار المختلفة. هذا وقد تأثر سيلبي من أستاذه Kannonواهتم بردود الأفعال الفسيولوجية ، ووجد في استجابة المواجهة أو الهرب موضوعا مثيرا دفعه لدراسة ردود الأفعال الفسيولوجية للتوتر، وقد استخدم الفئران للوصول إلى استنتاجات هامة من خلال تعريضها لمصادر ضاغطة ، و توصل إلى انه رغم اختلاف المصادر الضاغطة إلا انه ينتج عنها أنماط متشابهة في التغيرات الجسمية والتي أطلق عليها مفهوم زملة أعراض التكيف العام التي تمثل حجر الزاوية والأساس في موضوع الضغوط النفسية.

ويرى سيلبي أن الضغط متغير غير مستقل، وهو استجابة لعامل ضاغط ، يميز الشخص ويصفه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة ، وأن هناك استجابة أو أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير موقف ضاغط ، وتعتبر هذه الاستجابة ضغطا ، كما يعتبر حدوثها مصحوبا بأعراض تمثل بالفعل حدوث ضغط ، وتأثر بنظرية هانز سيلبي كل من لازاروس Lazarus ماك جراث Mcgrath وكوكس COX ( ليلي المزروع، 2009، ص 51) ويعتقد سيلبي

أن ردود فعل الفرد للأحداث الضاغطة تتبع نمطا متسعا أطلق عليه جملة أعراض التكيف العام الذي يتكون من ثلاث مراحل:

#### - مرحلة التنبيه والحذر أو استجابة الإنذار Alaram Reaction:

وتسمى حالة الصدمة Stage of Shock وهي المرحلة الدفاعية للجسم لمواجهة خطر خارجي، حيث يحشد فيه الجسم طاقته لمواجهة التهديد، ليحدد مصدر الضغط فيتحفز اللحاء الكظري المجاور للكلية فينشط إفراز الأدرينالين و النورادرينالين، فيتحفز الجهاز السمبثاوي مما يعمل على زيادة نشاط عضلة القلب ويثبط النشاط المعوي ويوسع بؤبؤ العين ويزيد ضخ الدم إلى العضلات والأجهزة الحيوية. وعندما يتخلص الفرد من التهديد فإن الجسم يعود إلى مستوى منخفض من الإثارة ويرجع إلى حالة الاتزان الداخلي. هذه المرحلة تعتبر مرحلة قصيرة وسريعة تدوم لدقائق وفي بعض الأحيان لساعات وهي بمثابة إنذار للجسم، وكما هذه المرحلة يزداد النشاط فيها، وقد لا يتحمل الفرد الصدمة الضاغطة في موت في هذه المرحلة.

وعليه تشمل هذه المرحلة تغييرات بنائية وتشريحية وكيميائية في الجسم وأيضا طريقة استدعاء الجسم لكل قواه الدفاعية لمواجهة الموقف الضاغط.

#### - مرحلة المقاومة Resistance:

يؤدي التعرض المستمر للموقف الضاغط إلى جانب العجز عن المواجهة إلى اضطراب التوازن الداخلي مما يؤدي إلى مزيد من الإفرازات الهرمونية التي تتسبب في اضطرابات عضوية. ففي هذه المرحلة يهيئ الإنسان نفسه لمواجهة مصدر الضغط فيزداد نشاط الغدة النخامية وقشرة الغدة الكظرية، وتكون أعضاء جسم الإنسان في حالة تيقظ تام، فيزداد معدل نبضات القلب وكذلك معدل التنفس ويكبران تاج الطاقة التي تمكن من المقاومة أو الفرار. وتعتبر هذه المرحلة هامة فينشأ أعراض التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة الموقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف. ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب التوازن الداخلي مما يحدث مزيدا من الخلل في إفرازات الهرمونات المسببة للاضطرابات العضوية.

#### - مرحلة الإنهاك أو الإعياء والاجهاد Exhaustion:

في هذه المرحلة وعندما تستمر الحالة والضغط النفسي يتواصل ويستنفذ الجسم جميع احتياطياته وتصبح الغدتين النخامية والأدرينالينية غير قادرتين على استمرار إفراز الهرمونات اللازمة للمقاومة، فيدخل الجسم مرحلة الإنهاك ويصبح عاجزا عن التكيف بشكل كامل فتصاب العديد من أجهزة الجسم بالعطب ويسير المريض نحو الموت بخطى سريعة (أبوالحسين، 2010، صص 27-28)

حيث يصبح الفرد عاجزا عن التكيف والاستمرار في المقاومة وهنا تتهار الدفعات الهرمونية والتعرض الزائد للضغوط يؤدي إلى تفكك الكائن الحي إلى الدرجة التي قد ينتج عنها الموت (عادل الهلالي، 2009).

#### - نظرية هولمز وراه 1967 Rahe & Holmas

يتفق هولمز وراه مع سيللي على أن الضغوط النفسية يمكن أن يكون لها تأثيرات بدنية ، غير أنهما وزملاتهما قد ركزا على ضغوط أحداث الحياة وقاموا بدراستها دراسة علمية ، فشرعوا في تحديد أحداث الحياة التي يمكن أن تسبب ردود أفعال ضاغطة . وباختصار فإن النموذج يشير إلى أن ردود الفعل للضغوط يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية ، وتتضمن أي جانب من حياة الفرد ؛ بما في ذلك الأسرة و المهنة ، أحداث تتنوع في مقدرتها على إنتاج الضغوط ، وتأثير هذه الأحداث يكون جميعا ، والحجم الكلي للتأثير يحدد مقدار العمل الذي يجب على الفرد القيام به من أجل المواجهة.

وقد اقترح (راه) عملية بواسطتها قد يحدث الضغط ، وحدد التغييرات على طول الممر ما بين سبب الضغط الأولى ، والمرض البدني النهائي : الخبرة السابقة Past experience وهي المرشح الأول : وهي التي قد تزيد أو تقلل تأثير الحدث الضاغط ، وتبين أنه إذا كان حدثا مشابها لحدث في الماضي كان ضارا فإن الفرد سوف يدرك الحدث على أنه مهدد ، والمرشح الثاني يمثل الميكانيزمات النفسية الدفاعية والتي من المفترض أن تشتت بعض الأحداث الضاغطة ، والمرشح الثالث هو رد الفعل الفسيولوجي Physiological reaction : وهنا يكون حدث الحياة قد انتقل إلى استجابات فسيولوجية ، أما المرشحات الأخرى فتحدد ما إذا كان الشخص يحاول مواجهة الحدث الضاغط ، أو أن أعراض المرض يتم إنتاجها (حسن عبد المعطي ، 2006، ص 67).

#### - نظرية الإدراك الكلي للموقف:

تقوم هذه النظرية على نظرية الدافع ، ومن أوائل العلماء الذين صاغوها العالم سيلبرجر Spielberg ويشير إلى أن الدافع يلعب دورا مهما في إدراك الفرد للضغط النفسي ؛ لذا نجد أن الموقف الواحد يختلف إدراكه من شخص لآخر . ويهتم سيلبرجر في نظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة ، ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها ، ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة ( ليلي المزروع 2009، ص 53).

تعتبر هذه النظرية مقدمة ضرورية لفهم الضغوط فقد أقام سيلبرجر نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق والقلق العصابي كحالة ويقول أن القلق شقينهما سمة القلق العصابي أو المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل الفرد يعتمد على الخبرة الماضية، وقلق الحالة وهو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة وعلى هذا الأساس يربط بين الضغط

وقلق الحالة ويعتبر الضغط الناتج ضغطا مسببا لحالة القلق ويستبعد عن ذلك القلق كسمة حيث يكون من السمات الشخصية الفرد القلق أصلا.

وقد اعتمد في تفسيره للضغوط على أساس الدافع حيث اثبت أن الضغوط تلعب دورا في إثارة الاختلافات على مستوى الدافع كالحس بإدراكه للضغط ، حيث يرى أنها تأخذ في اعتبارها العوامل الآتية:

- طبيعة وأهمية الضغوط في المواقف المختلفة.

- قياس مستوى شدة القلق الناتجة عن الضغوط في المواقف المختلفة

- قياس الاختلافات الفردية في الميل للقلق.

- توضيح السلوك المناسب للتغلب على حالات القلق الناتجة عن الضغوط Stressors. وميز سبيلبرجر Spilberger بين الأحداث البيئية الخطرة والمهددة الضاغطة والتغيرات الانفعالية والسلوكية والفسولوجية (رد فعل الضغوط) التي تحدث بفعل المواقف الضاغطة وأوضح أن الضغوط تشير إلى خصائص المثيرات والظروف التي تتميز بدرجة من الخطر . أما التهديد فيشير إلى إدراك الفرد لمواقف محددة بأنها خطيرة. ويرى بان تقييم موقف بأنه خطر يعتمد على مميزات المواقف وعلى خبرات الفرد الماضية خلال مواقف مشابهة للفرد ولا يعتبر الموقف مهددا للفرد إلا إذا أدرك انه يهدده وبذلك فان إدراك تهديد المواقف يختلف من فرد لأخر حسب مهاراته وخبراته في مواجهة المواقف الضاغطة (حساني، 2015، صص 24 - 25).

### نظرية العجز المتعلم Larned- Helplessness

يشير مفهوم العجز المكتسب إلى تكرار تعرض الفرد للضغوط إذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها ؛ فإن هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة مما ينعكس على مبالغته في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ، ويشعر بالتهديد فيها وفي نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على مواجهتها ( حسين طه عبد العظيم و وحسين سلامة ، 2006 ). كما ترى نظرية العجز المتعلم أن ردود الفعل التي تصدر عن الفرد هي ردود متعلمة يتعلمها الفرد من خبراته السابقة ، فأى موقف جديد يصبح عاجزا أمامه ليس لديه القدرة على ضبط الأحداث أو التنبؤ بها ويؤدي ذلك إلى تعلم العجز والاستسلام ، كما يؤدي إلى ضعف الدافعية وإلى توقف الفرد عن إصدار استجابات توافقية ، وتأخذ ردود الأفعال صورا من الانسحاب واليأس والاكتئاب ، ويدرك الفرد العالم الخارجي على أنه مصدر للتهديد وأنه لا يمكن ضبطه أو التنبؤ به (ابتسام شتات ، 2008 ) .

ولقد حدد سيلجمان ثلاثة وجوه من القصور تميز العجز المتعلم وهي:

- **يكون دافعيًا** : أن الشخص لا يحاول اتخاذ أي إجراءات أو القيام بأي مجهود لتغيير نتيجة الضغط .

- يكون معرفياً: أن الشخص يفشل تماماً في تعلم استجابات وردود أفعال جديدة تساعد على تجنب آثار الضغط السيئ.

- يكون انفعالياً: حيث الانسحاب والانعزال وإدراك العالم الخارجي كمصدر للتهديد (الهالي ، 2009).

#### -نظرية ولتر كانون (Walter- Cannon-1920)

يعتبر العالم الفسيولوجي كانون من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ وكشف في دراسته مصادر الضغط الانفعالية كالأم والخوف والغضب تسبب تغييرا في الوظائف الفسيولوجية للكائن الحي، ويرجع لإفرازات عدد من الهرمونات أبرزها الأدرنالين والذي بدوره يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة ، حيث يرى أن تلك الاستجابة تجعل الكائن الحي إما أن يواجه الموقف ويتصدى له ، أو يتجنبه ويهرب (علي عسكر، 2003، ص 26). تؤكد هذه النظرية أن الحياة البشرية تجلب معها العديد من الأحداث الضاغطة المرغوبة و غير المرغوبة والتي قد تهدد الحياة مما يفرض على البشرية مقاومة هذه الأحداث أو الهروب بعيدا عنها حيث استخدم كلمة الضغوط وربطها بتجاربه المخبرية في الهرب، ورد الفعل الهرب إذ وصف البشر والحيوانات بأنهم واقعون تحت ضغوط وذلك من خلال ملاحظة ردود فعلا لغدة الكظرية والجهاز العصبي السمبثاوي في مواقف البرد أو الحاجة إلى الأوكسجين. كما بين في نظريته أن التأتبات العضوية التي ترافق سلوك الهرب أو الهجوم اتجاه الخطر تهدد حالة الاستقرار التي يعيشها الجسم (أبو الحصين، 2010 ، ص 35).

لقد تعددت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغوطا نفسية واختلفت في آرائها ودراساته او كلنظرية انطلقت من أسس في دراسة الضغوط النفسية . فنجد أن كل من هانز ووالتر توصلا لدراسة الانفعال من الجانب الفسيولوجي ومايمكن أن يحدثه من تغيير في الجسم كما أشار إلى الاستجابات التي يسلكها الفرد اتجاه المواقف الضاغطة للتكيف معها على عكس لازاروس وسبلبرجر، حيث أكد لازاروس على أهمية مجموعة من المتغيرات التي تتعلق بالمواقف وكيفية إدراك الفرد لهذه المواقف الضاغطة والتي تختلف من فرد لأخر في مواجهتها، أما سبلبرجر أكد على الجانب النفسي في تفسيره للضغوط.

## 2 - استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.

### 2-1 تعريف أساليب المواجهة.

بدا الاهتمام بدراسة موضوع أساليب مواجهة الضغوط النفسية منذ العقود الأربعة الماضية، وتعد الدراسة التي قام بها مورفي Murphy 1962 من أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح التعامل مع الضغوط، وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها. ( Lazarus,1984, p 14).

يشير هذا المفهوم إلى الطريقة التي نواجه بها وضعية صعبة، ظهر سنة (1996) وأشار إليه " لازاروس " Lazarus إلى " مجموع الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة الوضعيات الصعبة أو الأحداث الضاغطة" (Ficher, Tarquinio, 2006, p117)، فيما بعد ارتبطت المواجهة بتصورات أكثر تحديداً، وهناك العديد من التعاريف التي تناولت هذا المفهوم، غير أنه عند التدقيق فيها سنجد أنّ أغلبها متقارب وذلك لأنها استندت على تصورات لازاروس لمفهوم المواجهة.

يشير فولكمان ولازاروس (1984) إلى أن استراتيجيات المواجهة هي الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار، والتي يتخذها الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعايشها وإدارة الموقف، والتي يتم تقديرها من جانب الفرد على أنها شاقة ومرهقة، وتتجاوز مصادره وإمكاناته ( Lazarus et Folkman, 1984). حيث أشار " فولكمان ولازاروس" إلى أنّ الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد أنّ المصادر الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق والتعامل مع المطالب البيئية، وكذلك يشعر بالتهديد، وعلى ذلك تنتج الضغوط بعد أن يقوم الفرد بنوعين من عمليات التقييم المعرفي: وهي عملية التقييم الأولي، وتحدث عندما يقيم الفرد الموقف على أنه ضاغط ومهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يحدد ما إذا كانت مصادر المواجهة المتاحة لدى الفرد سوف تخفض الموقف الضاغط أو لا، وتستعمل على خفض الانفعالات السلبية التي يحدثها الموقف الضاغط أم لا، وعلى هذا الأساس فالمواجهة طبقاً للنموذج التفاعلي عن الضغوط عند " لازاروس وفولكمان" هي عملية أكثر من كونها نتيجة (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص 78).

ويعرف كمال دسوقي (1988) سلوك المواجهة بأنه " الفعل الذي يمكن المرء من أن يتوافق مع الظروف البيئية، وهو السلوك الفاعل أو الإجرائي، فهو فعل فيه يتفاعل الفرد مع البيئة لغرض تحصيل شيء ما (حسين عبدالمعطي، 2006، ص 97).

كما يرى جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاني (1989) أنّ كلمة المواجهة تعني أسلوب مواجهة المشكلات الشخصية والتغلب على المصاعب، وأنّ أسلوب المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح أي أنه تكيف شعوري أولاً شعوري يخفض التوتر في المواقف والخبرات الضاغطة. كما يطلق لطفي عبد الباسط (1994) على أساليب المواجهة " عمليات تحمل الضغوط" ويرى أنها مجموعة من النشاطات أو

الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية التي يسعى الفرد من خلالها لتطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة او تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليها (حسن مصطفى عبد المعطي، 2006، ص 98).

ويعرف هريدي أساليب المواجهة بأنها "كافة جهود الفرد المعرفية والانفعالية والنفسحركية والبيئية الشخصية ، التي يسعى الفرد من خلالها إلى التصدي للمواقف الضاغطة للتخلص منها ، أو لتجنب آثارها السلبية (مادية ومعنوية )، أو التقليل منها بهدف المحافظة قدر الإمكان على توازنه الانفعالي وتكيفه النفسي والاجتماعي" (آمال جودة، 2004، ص 674).

من خلال هذه التعاريف يمكن أن نستنتج أنّ المواجهة ماهي إلا مجموعة من الأساليب، قد تكون سلوكية أو معرفية يتخدها الفرد عند التعرض لموقف ضاغط لتحقيق الراحة النفسية والجسدية، وللتخفيف من حدة الضغط الناتج عنه.

## 2-2 تصنيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

من خلال مراجعة التراث الادبي والدراسات السابقة التي تناولت استراتيجيات مواجهة الضغوط، نلاحظ أن هناك عدة تصنيفات لها، وسنستعرض فيما يلي لبعض استراتيجيات المواجهة على النحو التالي:

➤ تصنيف موس وبيلينغ (Billings et Moss 1981). حدد ثلاثة أنواع من استراتيجيات

المواجهة:

- الاستراتيجيات السلوكية الفعالة: وتشتمل مختلف المحاولات والمجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مباشرة مع المشكل.
- الاستراتيجيات المعرفية الفعالة: تتمثل في المجهودات العرفية لتقدير الحدث بأنه ضاغط.
- الاستراتيجيات التجنبية: تضم المجهودات والمحاولات المبدولة لتجنب ونفاذي مواجهة المشكل أو محاولة مواجهة المشكل بصفة غير مباشرة. ( آيت حمودة، 2006، ص 179).

➤ تصنيف موس (Moos 1993): قام بتصنيفها:

- أولاً إلى اساليب المواجهة الاقدامية، ومن هذه الاستراتيجيات التي يستخدمها الافراد في تعاملهم مع الضغوط نجد:
- التحليل المنطقي: وهي المحاولات المعرفية للفهم والتهيؤ الذهني للموقف الضاغط ومتربته.
- اعادة التقييم الايجابي: وهي المحاولات المعرفية لاعادة بناء الموقف بطريقة ايجابية مع استمرار تقبل الواقع في الموقف الضاغط.
- البحث عن المساعدة والمعلومات وهي محاولات سلوكية للبحث عن المعلومات الخاصة بالموقف الضاغط أو طلب المساعدة من الاخرين في الخروج عن الموقف دون ترك اي اثار نفسية سلبية.

- استخدام اسلوب حل المشكلة وهي محاولات سلوكية للقيام بعمل ما للتعامل مباشرة مع الموقف كله.

- ثانيا اساليب المواجهة الاحجامية: ومن الاستراتيجيات التي حددها موس ما يلي:

- الاحجام المعرفي: وهي المحاولات المعرفية لتجنب التفكير الواقعي في المشكلة.

- التقبل أو الاستسلام: وهي محاولات معرفية للتعامل مع المشكلة بتقبلها والاستسلام لها.

- البحث عن الإثبات البديلة: وهي محاولات سلوكية للاشتراك والاندماج في أنشطة بديلة وخلق مصادر بديلة للاشباع بعيدا عن مواجهة المشكلة.

- التنفيس الانفعالي: وهي محاولات سلوكية لخفض التوتر، وذلك بالتعبير عن المشاعر السلبية غير السارة ( عبد التواب، 1997، ص.ص 75-76).

➤ تصنيف لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1980-1984). حصر هذا

التصنيف استراتيجيات مواجهة الضغوط في قسمين هما:

- استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة: وهي عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بينه وبين البيئة من خلال تغييره للأشياء من حوله، ولهذا فإن الشخص الذي يستخدم هذه الاساليب تجده يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي او يعدل الموقف ذاته، فهو يحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغيير الموقف. حيث ان استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة تهدف الى البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو المشكلة او طلب النصيحة من الآخرين وادارة المشكلة، والقيام بأفعال لخفض الضغط عن طريق تغيير الموقف مباشرة. مثلا كأن يقوم بالبحث عن معلومات تهديه، الى الامور التي يتوجب عليه فعلها لتغيير هذه العلاقة المضطربة، وان يتروى في افعاله ولا يتهور، او ان يقوم بمواجهة الشخص أو الاشخاص المسؤولين عن الصعوبات التي عانى منها ( ابو نجيلة، 2015، ص 158).

وتهدف هذه الاستراتيجية إلى خفض متطلبات الوضعية الضاغطة او زيادة مصادر الفرد الشخصية وقدراته الخاصة حتى يتمكن من مواجهة الموقف الضاغط ( Marilou, 2001, p 71).

وقد حدد لازاروس وفولكمان شكلين للمواجهة المتمركزة حول المشكلة وهما:

- جمع المعلومات المتعلقة بالحدث الضاغط.

- اتخاذ اجراءات لحل المشكلة للتصدي للموقف الضاغط.

حيث ان الفرد في مواجهة الوضعية الضاغطة يقوم بجمع المعلومات واتخاذ الاجراءات المناسبة من خلال وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات المشكل للتخفيف من شدة الموقف الضاغط او التحرر منه وابقافه (Pierluingi & Swendsen, 2004, p85).

- استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال: وهي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الذي يسببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن هذه الأساليب الابتعاد، تجنب التفكير في الضواغط، والانكار. وتهدف هذه الاستراتيجيات إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد ( طه عبد العظيم حسن، 2006، ص 91-92).

ويرى لازاروس أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال تتعلق بالاستجابات الانفعالية، وهي تهدف إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد ( حسين وآخرون، 2006، ص 92).

كما يرى كل من بولهان وكينتار أن المواجهة المركزة على الانفعال تصير فعالة عندما يتعرض الشخص إلى المواقف الضاغطة الشديدة بحيث يصعب عليه إيجاد حل ذلك الوقت، وبالتالي تصبح الاستراتيجية الموجهة نحو الانفعال هي الفعالة للتخفيف من شدة التوتر الانفعالي (بروزان، 2014، ص 101).

ومن بين الأساليب المتبعة في هذه الاستراتيجية:

- الانكار: تشبه استراتيجية الهروب، حيث تعمل على تأجيل المشكلة ويسعى الفرد إلى لتغيير المعنى الحقيقي للوضعية الضاغطة بتجاهل خطورة الموقف أو رفض الاعتراف بما حدث فعلاً.
- التجنب: هو تحويل الانتباه عن الوضعية الضاغطة من خلال استعمال بدائل تتمثل نشاطات سلوكية ( رياضة)، أو نشاطات معرفية ( التفاز، القراءة)، وهذه الوسائل ذات فعالية نسبية وهي تختلف عن الهروب، حيث تتحول إلى سلوكيات خطيرة مثل للجوء إلى الكحول أو التبغ والمخدرات (Boudarene, 2005, p 36).

➤ تصنيف جلويك Gelowic (1985). يصنف أساليب مواجهة الضغوط إلى أربعة أنواع

وهي:

- أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكلة.
- أساليب المواجهة المرتبطة بالتقييم، التقبل، التفاؤل، الدعاية، الاستقلال.
- سلوكيات مواجهة يصعب تصنيفها مثل: الشتائم، البكاء، الأكل والتدخين.
- المساندة الاجتماعية.

➤ تصنيف فليتشر وسالد Fletcher et Suld (1985). توصلت أعماله إلى تصنيفين

أساسيين للمواجهة:

- المواجهة التجنبية: وهي استراتيجيات سلبية واستسلامية مثل التجنب، التهرب، النفي والنقل الطوعي.

- **المواجهة اليقظة:** وهي استراتيجيات نشطة منها: البحث عن المعلومات والمخططات لحل المشكل والدعم الاجتماعي (دعو سميرة، 2013، ص58).
- **تصنيف كوهن Cohen (1988).** صنفها لعدة انواع وهي:
- **التفكير العقلاني:** تشير الى أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثا عن مصادره واسبابه.
- **التخيل:** وهي استراتيجية يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته فضلا عن تخيل الافكار والسلوكيات التي يمكن القيام بها في المستقبل عند مواجهة مثل هذه المواقف الضاغطة.
- **الانكار:** وهي استراتيجية دفاعية، لا شعورية يسعى من خلالها الفرد الى انكار وتجاهل المواقف الضاغطة وكأنها لم تحدث
- **حل المشكلات:** وهي استراتيجية معرفية يحاول من خلالها الفرد استنباط الافكار والحلول الجديدة المبتكرة لمواجهة الضغوط.
- **الدعابة أو المزح:** وهي استراتيجية تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح والدعابة.
- **الرجوع الى الدين:** تشير هذه الاستراتيجية إلى رجوع الافراد الى الدين في اوقات الضغوط وذلك من خلال الاكثار من الصلوات، العبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي، الاخلاقي والانفعالي، وذلك في مواجهة للمواقف الضاغطة (Cohen.1998.p285).
- **تصنيف شيفر Schafer (1991)** يعتبر نموذج شيفر من أهم وأشهر نماذجالمواجهة، يقوم على ثلاث استراتيجيات وهي:
- تغيير مصدر الضغط.
- التكيف مع مصدر الضغط أي تقبله والبحث عن الطرق لمنع الإثارة الشديدة من خلال أنشطة مثل: إدارة الحديث الذاتي، ضبط استجابة الضغط الجسدية (الاسترخاء)، إدارة الأفعال (الإنصات الفعال، تأكيد الذات الوضوح والصدق مع الذات، توظيف أسلوب مناسب للتواصل)، الحفاظ على مصدات الصحة (كالتمارين الرياضية، التغذية الجيدة، الجانب الروحي .
- تجنب الاستجابات غير التكيفية للضغط (استهلاك الكحول، المخدرات، التدخين، الشراهة، الهروب، لوم الآخرين، الإفراط في المرح الصاخب...) وتجنب مصدر الضغط(صندلي، 2012، ص ص 63-64).
- وسعت بعض البحوث - بعد البحوث الرائدة لسيلي - إلى دراسة أساليب وطرق وعمليات واستراتيجيات التعامل مع أو مواجهة المواقف الضاغطة، فقد أكد مارتن ويون وفولكر (1992) fulks & boon, Martin على أسلوبين من أساليب مواجهة ضغوط أحداث الحياة هما :

- الاستراتيجيات الانفعالية في المواجهة : وفيها يلجأ الفرد إلى استخدام ردود الأفعال الانفعالية في مواجهة الضغوط منها : التوتر والشك والغضب والانزعاج -

- الاستراتيجيات المعرفية في المواجهة : وفيها يلجأ الفرد إلى إعادة التفسير الإيجابي والتحليل المنطقي وبعض أنماط التفكير والنشاط التخيلي . ولقد أشار كل من هيجتر وأندلر & endler Higgins(1995) إلى ثلاثة أساليب وعمليات للتعامل مع الضغوط هي :

- أسلوب التوجه الانفعالي : ويقصد به ردود الأفعال الانفعالية التي تنتاب الفرد وتتعاكس على أسلوبه في التعامل مع المشكلة وتتضمن مشاعر الضيق والتوتر والقلق والانزعاج والغضب والأسى واليأس .

- أسلوب التوجه نحو التجنب : ويقصد به محاولات الفرد لتجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة وأن يكتفي بالانسحاب من الموقف ، ويطلق على هذا الأسلوب أيضاً الأسلوب الإحجامي في التعامل مع المواقف الضاغطة.

- أسلوب التوجه نحو الأداء: وهو المحاولات السلوكية النشطة التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة و بصورة واقعية وعقلانية، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة، والاستفادة من الخبرة في المواقف السابقة ، واقتراح البدائل للتعامل مع المشكلة واختيار أفضلها ، ووضع خطة فورية لمواجهة المشكلة .

ويذهب كولمان وموريس وجلوراس ( 1978 ) إلى توجه آخر في رؤيته لأساليب مواجهة المواقف الضاغطة للحياة حيث يؤكدون على ميكانيزمات الضغوط التي يستخدمها الفرد لمقاومة ضغوط الحياة والتخفيف من آثارها السلبية، ومن هذه الميكانيزمات:

- الوصول إلى المعلومات.

- الاستجابات التلقائية .

- حالة النشاط (التنبه - التيقظ).

وفيما يتعلق بشروط المواجهة الفعالة للضغوط ، فإن هناك مجموعة من الشروط اللازم توافرها حتى يتسنى المواجهة الفعالة للضغوط والأزمات المختلفة والتكيف معها، وتتمثل أهم هذه الشروط فيما يلي :

- استكشاف الواقع ومشكلاته والبحث عن المعلومات الكافية.

- التعبير في حرية عن المشاعر الموجبة والسالبة لما في ذلك من تنفيس عن الضغوط.

- القدرة على تحمل الإحباط.

- طلب العون من الآخرين والثقة وقبل ذلك الثقة في النفس.
  - تجزئة المشكلة إلى وحدات يمكن تناولها ومعالجتها في وقت معين.
  - ضبط الانفعالات والتحكم في المشاعر.
  - إبداء المرونة وتقبل التغيير.
  - روح التفاؤل والأمل فيما يبذل من جهود لحل الأزمة.
- وفي الاتجاه نفسه يرى البعض أن الحل الإيجابي للضغوط هو العمل من خلال أحداث الأزمة وآثارها بحيث يتم إدماجها في نسيج الحياة ، ويصبح الفرد في حالة من الانفتاح على المستقبل بدلاً من الانغلاق عليه ويتضمن هذا الحل عدداً من المقدمات هي:
- الاحتفاظ بحالة من التوازن .
  - التمكن المعرفي من الموقف .
  - تنمية استراتيجيات جديدة في التعامل مع الأزمة مثل تغير السلوك، والاستخدام الأمثل للطاقات، والموارد المتاحة من مصادر مختلفة(بشير الرشيدى وابراهيم الخلفي ، 1997 ، 161-162).
- أما في البيئة العربية فلقد صنف حسن عبد المعطي (1994) استراتيجيات المواجهة إلى: العمل من خلال الحدث، التجنب، الإنكار، الإلحاح، والاقترام القهري، تنمية الكفاءة الذاتية، الالتفاف إلى اتجاهات وأنشطة أخرى، طلب المساندة، العلاقات الاجتماعية(عبد العظيم طه، 2006 ، ص ص 105-106) :
- **العمل من خلال الحدث** : ويتضمن كيفية استفادة الفرد من الحدث في حياته الحاضرة، وتصحيح مساره بالنسبة لتوقعات المستقبل من خلال التفكير المنطقي المتأني فيما تتضمنه طبيعة الحدث مما يمكن أن يساعد على التعامل معه ومع غيره من الأحداث .
  - **الالتفاف إلى اتجاهات وأنشطة أخرى** : ويشمل مدى قدرة الفرد على إعادة تنظيم حياته من جديد بعد الأحداث الصارمة ، والتفكير في الأشياء الجديدة في حياته.
  - **التجنب والإنكار**: ويشمل هذا الأسلوب مشاعر الانقباض التخيلي، وإنكار المعاني والنتائج المترتبة على الحادثة، وتبليد الإحساس، والشعور باللامبالاة الانفعالية إزاء الأحداث الصادمة التي مر بها والكبت السلوكي للأنشطة المرتبطة بها.
  - **طلب المساندة الاجتماعية** : ويتضمن محاولات الفرد للبحث عن يسانده في محنته ويمده بالتوجيه للتعامل مع الحدث ، وإيجاد المواساة والمساعدة لمواجهة هذه الأحداث بصورة أكثر إيجابية.
  - **الإلحاح والاقترام القهري** : ويشمل هذا الأسلوب مدى تداخل الأفكار التلقائية المرتبطة بالحدث بصورة قهرية ، وتكرار الأحلام المضطربة والموجات المؤلمة من الأحاسيس والسلوكيات المتكررة المتعلقة بالحدث بحيث لا يجد فراراً منها.

- **العلاقات الاجتماعية** : ويتضمن محاولات الفرد إيجاد متنفس عن الأحداث التي مريها في علاقات مع الآخرين بالتواجد معهم ، والاهتمام بعقد علاقات مع الرفاق والأصدقاء القدامى والجدد والأهل كي ينسى الذكريات المرتبطة بهذه الأحداث الصادمة.

- **تنمية الكفاءة الذاتية** : ويتضمن ذلك قيام الفرد بتكريس الجهد للعمل، والإنجاز لمشروعات وخطط جديدة ترضي طموحاته، وتطرد الأفكار المرتبطة بالحدث، مما يشعره بالكفاءة والرضا عن الذات .

من خلال هذه التصنيفات التي تم التعرض اليها يتضح لنا أنّ استراتيجيات المواجهة لها دور هام عند تعرض الفرد للمواقف والوضعيات الضاغطة فهي قد تأخذ شكل مجهودات سلوكية او معرفية او انفعالية.

وبالرغم من تعدد تصنيفات استراتيجيات المواجهة الا أنّ التصنيف الأكثر شيوعا وانتشارا هو تصنيف لازاروس وفلوكرمان، وهو التصنيف القائم على الاستراتيجيات القائمة على حل المشكلات والاستراتيجيات القائمة على الانفعال وهو التصنيف المعتمد في هذه الدراسة. بحيث يوجد وظيفتان أساسيتان لوسائل المواجهة الأولى هي : تنظيم الانفعالات (التعامل المتمركز حول الانفعالات)، والثانية هي : تناول المشكلة التي تسبب الأذى (التعامل المتمركز حول المشكلة) . وقد أظهر كل من فولكرمان ولazarوس في دراستهما (1980) أن كلا النوعين من التعامل يستخدمان في معظم المواجهات الضاغطة وأن المساهمة النسبية لكل منهما تختلف تبعاً للكيفية التي تقدرها المواجهة (ليلي المزروع، 2009).

ويشير ماكري Mc Crea أن الأسلوبين، التركيز على المشكلة والتركيز على الانفعال غير متعارضين، وأن الناس عادة ما تلجأ إلى خليط منهما عند مواجهة كثير من مواقف المشقة، ولكن هناك بعض المتغيرات التي تشير إلى غلبة استخدام أحدهما على الآخر. فأسلوب المواجهة المتمركز على المشكلة يكون أكثر استخداماً في المواقف التي يعتقد فيها الناس أن شيئاً مفيداً يمكن حدوثه بخصوص المشكلة ، بينما يزيد احتمال استخدام الفرد لأسلوب المواجهة بالتمركز حول الانفعال عندما يكون الاعتقاد بأن موقف المشقة هو شيء مستمر، ولا يمكن تغييره وأنه يجب على الفرد أن يتحمله (مايسة شكري، 1999، ص 53).

ويشير لازاروس وفلوكرمان الى أنّ استراتيجيات المواجهة الناجحة تعتمد بشكل كبير على مطابقة تناغم استراتيجية المواجهة مع خصائص الموقف الضاغطة، وأنّ استراتيجيات المواجهة التي ترتكز على المشكل غالباً ما تكون ملموسة وقابلة للملاحظة. في حين أنّ استراتيجيات المواجهة التي ترتكز على الانفعال تتضمن استخدام العمليات المعرفية، وهي عمليات لا يمكن ملاحظتها. كما اوضحت بعض الدراسات أن استخدام استراتيجيات المواجهة التي ترتكز على المشكلة ترتبط بظهور مستوى منخفض من

المشقة النفسية لدى الاطفال والمراهقين والراشدين، بينما استخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال ترتبط بانخفاض التوافق النفسي لدى الافراد عبر المواقف الضاغطة ( حسين وآخرون، 2006، ص 94).

## 2-3 وظائف استراتيجيات المواجهة.

تتعدد وظائف استراتيجيات المواجهة انطلاقا من التصور الخاص بمفهوم المواجهة بحد ذاته. وترى بونامكي أنه يوجد وظيفتان لوسائل المواجهة هما : تعديل العلاقة بين الفرد وبيئته المزعجة ، وضبط الانفعالات الضاغطة . وفي هذا الصدد يرى بوتزن أن الأفراد الذين ينجحون في عملية المواجهة يستطيعون حل الصعوبات التي يتعرضون لها من خلال تغيير بيئتهم التي تسبب لهم ألما ، وينظمون انفعالاتهم من خلال الاحتفاظ بصورة إيجابية عن الذات ، وعلاقتها مع الآخرين تتسم بالرضا (p 619, Bootzin, 1991).

## وظائف استراتيجيات المواجهة حسب لازاروس وفولكمان & Folkman Lazarus

تمثل المواجهة عند لازاروس وفولكمان سلوك موجه لتحقيق وظيفتين اساسيتين هما:

- تعمل على معالجة المشكل، فيتم توجيه الموارد الفردية نحو حل المشكل المولد للضغط.
- تعمل على تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة فيكون تقليص التوتّر الناتج عن التهديد وخفض الضيق الانفعالي.

وعليه فالمواجهة تمثل عامل استقرار بإمكانها مساعدة الافراد للحفاظ على توافقهم النفسي والاجتماعي خلال فترات الضغط ( عبد الحفيظ، 2013، ص 99).

ويشير بايز وآخرون (Paez et al 1995)إلأربعة وظائف رئيسية لاستخدام استراتيجيات المواجهة:

- الوظيفة الأولى فهي إيجاد الحلول المناسبة للمشكلة أو الموقف الضاغط أو تغيير الموقف.
- الوظيفة الثانية تشير إلى احداث الاتزان الانفعالي من خلال اخفاض حدة الجیشان العاطفي لدى الفرد وتنظيم العلاقات العاطفية مع الآخرين في محاولة التحكم بمصدر الضغط.
- الوظيفة الثالثة تشير إلى تمكين الفرد للتفاعل الاجتماعي وبناء علاقات اجتماعية متوازنة.
- الوظيفة الرابعة تشير إلى حماية الفرد لذاته، وتقديرها كذلك إلى النجاة عندما يواجه الفرد خطر كبير يهدد حياته (أبونجيلة، 2015، ص 166).

## خلاصة

بينما ترتبط ضغوط الحياة بمدى واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية فإن مصادر المواجهة تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معاً بشرط أن يعي الفرد كيفية التحمل وما هي العمليات أو الاستراتيجيات الملائمة لمعالجة موقف ما ، كما ينظر البعض إلى تلك العمليات على أنها عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي أثناء الفترات الضاغطة من حياته ، ويات هناك اقتناع بضرورة الاهتمام بدراسة هذه العمليات في محاولة للإجابة على سؤال فحواه كيف يستطيع الفرد أن يتحمل أو يطيق أو يدير الضغوط بنجاح خلال حياته. (إبراهيم لطفي، 1994، ص 96-97 )

وأساس نجاح المواجهة ينبغي أن تشتمل على الثقة بالنفس وكفاءة الذات المرتبطة بشعور الفرد بالسعادة وذاتية النجاح والأمن المرتبط بالعلاقات الإيجابية مع الآخرين والشعور بالمساندة بالإضافة إلى التحكم الداخلي والاستقلال الذاتي والقدرة على المواجهة.

الفصل الرابع

الصحة النفسية

## تمهيد

تحدد الصحة النفسية في تحقيق التوافق والتكيف الذاتي والاجتماعي والبيئي والشعور بالتوازن الانفعالي، وكذا الفعالية الذاتية، والسعادة وليست مجرد الخلو من المرض، وهي بهذا أضحت مطلباً أساسياً تنشده كل المجتمعات سيما مع الانتشار الواسع للأمراض المزمنة كالفصم الكروي المزمن النهائي. إذ أولت الدول أهمية كبرى لهذا الجانب ممتدة بذلك عن النظرة البيو الطبية أو النظرة الأحادية التي اختضرت المرض في الجانب الطبي، أما اليوم فقد أصبح يتم بالتكفل بالمرض من جوانب متعددة طبية، نفسية، اجتماعية، وعليه فالعوامل النفسية أخذت حيزاً معتبراً وبالتحديد المتغيرات السلوكية والمعرفية أو العوامل الحامية التي لها دوراً كبيراً في تحقيق الاتزان النفسي لدى الفرد.

سنتعرض في هذا الفصل إلى تحديد مفهوم الصحة النفسية ومظاهرها والصحة النفسية والتكيف وكذا الصحة النفسية والتوافق بالإضافة إلى مناهج الصحة النفسية ونظرياتها.

### **1- مفهوم وتعريف الصحة النفسية:**

اختلف علماء النفس في استدلالاتهم على النفس وأبنيتها ووظائفها، وعلى تحديد سوائها و انحرافاتهما، وعلى تعريف لصحتها وسقمها. من عوامل اتفاق الأطباء على تعريف الصحة الجسمية واختلاف علماء النفس على تعريف الصحة النفسية، إن تعريف الصحة الجسمية تعريف طبي (هي خلو الجسم من الألم، وسلامة أعضائه، وقيامها بوظائفها الحيوية بقوة ونشاط لمدة طويلة)، لا يتأثر كثيراً بقيم المجتمع وقواعد السلوك فيه، ولا تتأثر نظرة الطبيب إلى الصحة الجسمية بأخلاقه وقيمه ومعتقداته، بقدر ما تتأثر بمعلوماته وخبراته في الطب، بينما لا نجد تعريفاً نفسياً خالصاً للصحة النفسية، فكل تعريف يتأثر إلى حد كبير بثقافة المجتمع وقيمه وقواعد السلوك فيه، كما تتأثر نظرة عالم النفس إلى الصحة النفسية، بأخلاقه ومعتقداته وثقافته. وهذا ما جعل تعريف الصحة الجسمية تعريفاً عالمياً، ينطبق على الناس في كل زمان ومكان، وتعريف الصحة النفسية تعريفاً محلياً يختلف من مجتمع إلى آخر ويختلف في المجتمع الواحد من زمان إلى زمان، ومن عالم نفس إلى آخر بحسب خلفية كل منهما الثقافية، ومعتقداته الدينية، وتعصباته العرقية . (مرسي، ص، 79).

يعرف Cahoum (1990) الصحة النفسية بأنها حالة إيجابية تشمل كل المكونات المعرفية والسلوكية، والاجتماعية والانفعالية المتكاملة والنامية في عملية التكيف الهادفة إلى إيصال الفرد إلى أعلى المراتب في تحقيق ذاته ((محمد حسن غانم، ماجدة حسين محمود، قطب خليل حنور، 2011 ، ص107)

أيضاً الصحة النفسية مسألة نسبية يتمتع بها الفرد بدرجة من الدرجات بمعنى أنه ليس هناك حد فاصل بين الصحة والمرض، وهو ما يؤكد تعريف (صمويل مقار يوس) فيعرف الصحة النفسية بأنها: مدى أو

درجة نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونواذعه المختلفة، وفي التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها من موضوعات وأشخاص .( الفرخ وآخرون، 1999، ص 17).

يعتقد الكثيرون أن الصحة النفسية ليست في خلو الفرد من الأمراض بل هي تحقيق التوافق والتكيف الذاتي والاجتماعي والبيئي والشعور بالرضا والسعادة والحيوية والاستقرار والانتاج المناسب في حدود الواقع والامكانيات ( عبد الخالق، 2001، ص 13-14).

كذلك الصحة النفسية هي حالة مستقرة نسبياً، أي تتسم بالدوام النسبي يمكن أن يبلغها المرء بدرجة ما، وقد لا يبلغها كما إنها حالة عقلية إنفعالية مما يعني إنها ترتبط بالناحيات العقلية والانفعالية أكثر مما ترتبط بالجوانب الأخرى، كالجانب النفسي، وهذا لا يعني انقضاء العلاقة بين النفس والجسم فكلاهما يتفاعل مع الآخر، يؤثر فيه ويتأثر به .( شريت، وآخرون، 2002، ص 24).

كذلك نجد أن الصحة النفسية هي القدرة على التآرجح بين الشك واليقين، لأن هذا التآرجح يمنح الإنسان المرونة، فلا يتطرف إلى حد الخطأ، ولا يتذبذب إلى حد الإحجام عن اتخاذ القرار، إذ أن هذا التآرجح يوفر للفرد المعادلة والقوة اللازمة للانطلاق والخلق والتمتع والتكيف، ويذهب بعض رواد المدارس الجديدة في العلاج النفسي إلى أن الصحة النفسية هي التآزر والتوافق بين الطفولة والمارهقة حتى نبغ النضج، ولكن يستمر في كل واحد منا الطفل أحياناً والمراهق والناضج أحياناً أخرى، فإذا تغلب الطفل في سلوكنا، طغى الاندفاع وعدم التجانس والتلقائية والبعد عن التخطيط، وإذا سيطر المراهق، اندفعنا واره نزواتنا وملذاتنا بعيداً عن مذهب الواقع. أما إذا تغلب الناضج فينا وسيطر، باتت الحياة جادة، صارمة، وتضافرت شحنته كلها لكبت الطفل والمراهق داخله، إذا فمحاولة التوازن بين الثلاث، الطفل، والمراهق والناضج في حياتنا هي الصحة النفسية للوصول إلى الغاية والسعادة المنشودة .(عكاشة، 2003، ص 20-21).

فالصحة النفسية لا تعني غياب الضيق أو الكرب أو إنعدام الصراع داخل الذات، بل تعني

التفكير بوضوح وبشكل عقلائي وعلى نحو منطقي مصحوباً بالآتي :

- التمكن من مواجهة التغيرات التي تفرزها الحياة، والتمكن من مواجهة الضغوط .

- تحمل وطأة الإخفاقات والفشل، والمحافظة على الاستقرار الانفعالي والالتزان الوجداني .

(صالح، قاسم حسين، 2004، ص، 39).

**ويصيف** عبد الله، قاسم(2004) أن الصحة النفسية هي: " حالة عقلية إنفعالية سلوكية إيجابية ) وليست مجرد الخلو من الاضطراب النفسي) دائماً نسبياً، تبدو في أعلى مستوى من التكيف النفسي والاجتماعي والبيولوجي حيث تفاعل الفرد مع محيطه الداخلي ( ذاته ) ومحيطه الخارجي ( الاجتماعي والفيزيقي الطبيعي )، وحيث تقوم وظائفه النفسية بمهامها بشكل متناسق ومتكامل ضمن وحدة الشخصية .( عبد الله، قاسم، 2004، ص 22).

أيضا الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدرته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام. (صالح، قاسم، 2004، ص 7).

وجاء في خالد الطحان (1407 هـ) عرفت لجنة خبراء الصحة العالمية في منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية (Mental health) بأنها قدرة الفرد على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين والمشاركة في تغيير وبناء البيئة الاجتماعية والطبيعية التي يعيش فيها وإشباع حاجاته الأساسية بصورة متوازنة وإنماء شخصية قادرة على تحقيق الذات بصورة سوية. (محمد حسن غانم، ماجدة حسين محمود، قطب خليل حنور، 2011، ص 17)

يعرف حامد عبد السلام زهران (نقلا عن محمد حسن غانم، ماجدة حسين محمود، قطب خليل حنور، 2011، ص 15) الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا مع نفسه وبيئته ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، يكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام وبهذا الطرح نستطيع القول أن الصحة النفسية « حالة عقلية إنفعالية سلوكية إيجابية متعددة المستويات ترتبط بالفرد وتفاعلاته الحياتية، وهي دائمة نسبية يتحقق فيها التوافق والتكيف والتناسق والتكامل والتناسب والتوازن الإيجابي والموضوعي مع الذات والمجتمع والبيئة والواقع، والقدرة على الإنتاج واستغلال الإمكانيات ومواجهة الصعاب وممارسة الحياة والشعور بالإستقرار والرضا والسعادة والحيوية.

#### 4- مظاهر الصحة النفسية :

**5-1 الإيجابية:** تتمثل إيجابية الإنسان في قدرته على بذل الجهد في أى مجال، وعدم خضوعه للعقبات التي قد تقف أمامه، فهو لا يشعر بالعجز أمامها بل يسعى دائما إلى استخدام كافة السبل والوسائل اللازمة لتخطيها.

**5-2 التفاؤل :** إن الإنسان الذي يتمتع بالصحة النفسية لا بد وأن يتصف بالنظرة المتفائلة للأمور ولكن هذا التفاؤل لا بد له من حدود واقعية، فالإنسان المغالي في التفاؤل قد يدفعه التفاؤل هذا إلى المغامرة وعدم الحذر عند التعامل مع مواقف حياته المختلفة، وفي المقابل فإن التشاؤم يعتبر من أسباب انخفاض الصحة النفسية عند الأفراد، لأنه يعمل على التقليل من واقعية الإنسان في استثمار طاقاته مما يؤدي إلى هدرها واستنزافها.

**5-3 تعرف الفرد على إمكاناته وقدراته :** يدرك الفرد هنا حقيقة وجود الفروق الفردية بين الناس. ويعي تماما حدود إمكاناته وقدراته، لذلك فهو يضع أهدافه الخاصة به بحيث تتناسب مع تلك الإمكانيات والقدرات، متجنباً بذلك الكثير من عوامل الفشل والإحباط محققا العديد من الإنجازات والنجاحات، وهناك من الناس من لا يدرك حقيقة إمكاناته واستعداداته فقد يبالغ البعض في تصورهما ويضع لنفسه أهدافا

يصعب عليه تحقيقها فينتهي به الأمر إلى الشعور بالفشل والإحباط، في حين يهون البعض الآخر من شأن نفسه ويركز على عيوبه مما يؤثر سلباً على صحته النفسية وعلى توافقه النفسي. ( المطيري، معصومة، 2005، ص 40).

**4-5 القدرة على إقامة علاقات إجتماعية ناجحة :** تعتبر العلاقات الاجتماعية أحد الركائز الهامة للصحة النفسية، فالشخص الذي لديه القدرة على إقامة علاقات إجتماعية متينة مع الآخرين يتمتع بصحة نفسية سليمة، وفي حين فشله في إقامة تلك العلاقات بصورة جيدة فإن ذلك من شأنه أن يؤثر سلباً على معنوياته وعلى توافقه النفسي.

#### **5-5 إحترام الفرد للثقافة المجتمعية مع تحقيق قدر من الاستقلال عن هذا المجتمع :**

عندما يسلك الفرد سلوكاً مقبولاً في مجتمعه ومتماشياً مع أعراف وتقاليد ومعايير هذا المجتمع مع تميزه بشخصية مستقلة لها رأى حاسم في مختلف القضايا والمسائل التي تعرض عليه، واحترامه لجميع الفئات الثقافية في الطبقات الإجتماعية المختلفة، فإن هذا الفرد يتمتع بالصحة النفسية السليمة.

**5-6 إشباع الفرد لدوافعه وحاجاته :** إن طريقة إشباع الفرد لحاجاته الفسيولوجية والنفسية هي التي تحدد مدى تمتعه بالصحة النفسية، وان الإفراط أو التقريط في إشباع تلك الحاجات يؤدي إلى إحداث خلل في نموه وإتزانه النفسي. (المرجع السابق، 2005، ص 41).

**5-7 العلاقة الصحية مع الذات:** وتتمثل هذه العلاقة في ثلاث أبعاد وهي: فهم الذات، وتقبل الذات وتطوير الذات. وفهم الذات يعني أن يعرف المرء نقاط القوة ونقاط الضعف لديه. وأن يفهم ذاته فهماً أقرب الى الواقعان فلا يبالغ في تقدير خصائصه وصفاته، ولا يقلل من قيمتها ، انطلاقاً من المفهوم النسبي العام، لا يوجد من يخلو من بعض الجوانب السلبية، كما لا يوجد من هو عاطل كلية عن بعض الجوانب الايجابية.

ثم أن البعد الثاني هو تقبل الذات، أي أنه يتقبل الفرد ذاته بايجابياتها وسلبياتها والا يرفضها او يكرهها، وتقبل الفرد لطاته لا يعني بالطبع الرضا السلبي عن الذات، بل إن هذا التقبل لا يمتنع أن ينتقد الفرد ذاته، وأن يحاسبها، وأن يقيم سلوكه باستمرار.

أما البعد الثالث فيعني أن لا يقبل الفرد بتقبل ذاته كما هي، بل عليه أن يحاول تحسينها وتطويرها والتحسين أو التطوير يحدث بتأكيد جانب القوة، ومحاولة التغلب على النقصات مناطق الضعف والتخلص من العيوب، أو التقليل من اثرها على الاقل. اذن فتقبل الذات مقدمة لتحسينها لان من يرفض ذاته لن يحاول تطويرها بالطبع زفي المقابل يمكن أن تقول أن السلوك غير السوي يتضمن عدم فهم الذات أو عدم تقبلها، أو عدم القدرة ، أو عدم الرغبة في تحسينها، كل هذه الأبعاد أوبعضها.(علاء الدين الكفافي، ص27-28)

**5-8 الاتزان الانفعالي:** ويشيؤ عبد المطلب القريطي وعبد العزيز الشخص، 1992 بمقدرة الفرد على مواجهة الصراعات النفسية والسيطرة على الانفعالات والتعبير عنها بصورة مناسبة ومقبولة اجتماعيا (زينب أبو بكر محمد الشريف، 2016 ، ص5)

**5-9: المرونة:** الفرد ذو الصحة النفسية يحاول دائما أن يجد بدائل للسلوك الذي يفشل في الوصول الى الهدف، وهي دلائل سمة المرونة . كما ان من دلائل المرونة أن الفرد يمكن أن ينصرف عن الموقف كلية اذا وجد أن المشكلة او الهدف أعلى من مستوى امكاناته ، أو انها تستحق الجهد الذي سيبدل فيها وفي المقابل فإن السلوك غير السوي ستضمن تكرارا للمحاولات ولو كانت فاشلة. ويتكرر السلوك في هذه الحالة كما هو، وإن تعبير فإن التغيير يمس الشكل دون الجوهر. ويسمى السلوك في هذه الحالة بالسلوك(الجامد) ويعود السلوك الجامد الى غم قدرة الفرد على ايجاد اساليب سلوكية اخريبديلة، بسبب نقص المرونة او الجمود. وبالطبع فإن الشخص غير السوي يبرر فشله في هذه الحالة بعوامل اخرى.(علاء الدين الكفافي، 1997، ص28)

**5-10 القدرة على التضحية وخدمة الآخرين :** إنالتعاون أمر مطلوب بين أفرادالمجتمع في حدود قدرات الفرد وامكاناته.

فالصحة النفسية من هذه الجهة تظهر في تعاون الفرد مع غيره من أجل مجتمعه.

**5-11 الصحة الجسمية :** لا يتحقق التكامل داخل البدن إلا بسلامة الجهاز العصبي الذي يسيطر على حركة العضلات وعلى الدورة الدموية وعلى إفرازات الغدد، ولا بد أيضا من سلامة الجهاز الغدى الذي يتضمن التوازن الكيميائي داخل الجسم، حيث أن أى خلل فى الصحة الجسمية للفرد قد يحول دون تحقيقه لبعض أهدافه وطموحاته، فلا يشعر حينها بالسعادة والرضا ولايتحقق له الاستقرارالنفسى ( المطيري، معصومة، 2005، ص46 - 47).

ويضيف كل من محمد حسن غانم، ماجدة حسين محمود، قطب خليل حنور، 2011 ، ص110 أنه

تيمكن أن تبدو الصحة النفسية في عذة مظاهر، يمكن اجمالها حسب بلكين في شكلين هما:

. المرونة العقلية، والقدرة على التكيف مع تغيرات البيئة.

. التكيف الاجتماعى، والمشاركة المناسبة في الفعاليات الاجتماعية.

. الاتان الانفعالي، ويتطلب القدرة على الضبط الذاتي، وخلق الفرد من التوتر النفسى.

.فهم الذات، وتقييم السلوك الشخصى.

. المسؤولية والعقلانية في السلوك.

.الحساسية الانفعالية المناسبة.

.وجود فلسفة للحياة، ووجود اهداف مستقبلية تتعلق بذاته وبعلاقاته مع محيطه المادي والاجتماعى.

. الصحة النفسية كما تظهر في علاقات الفرد مع نفسه، من خلال فهمه لمفاتيحه الداخلية( كالرغبات، والحاجات...الخ) ، ونحقيقه لذاته ووحدة شخصيته. وعلاقة الفرد بحيطه المادي والاجتماع، من خلال

ضبطه لذاته في مواجهة الظروف المحيطة به، وإدراكه الصحيح لوجوده الاجتماعي وشعوره بالأمان الطمأنينة (محمد حسن غانم، ماجدة حسين محمود، قطب خليل حنور، 2011، ص110) وعليه تتمثل مظاهر الصحة النفسية في التكيف الهادف الى الموازنة بين المفاتيح الداخلية والمفاتيح الخارجية أو البواعث من جهة أخرى.

### **3- الصحة النفسية والتكيف النفسى :**

إن عملية التوافق والتكيف عملية ديناميكية تفاعلية، مستمرة تهدف إلى التغيير والتبديل وتحرير سلوك الفرد من خلال المجتمع لإحداث توازن أو علاقة سوية ذاتيا واجتماعيا ومن نماذج التكيف ومتطلباته، التكيف الذاتي والاجتماعي والبيولوجي والنفسى. (عمار، الزين، 2006، ص2002). يعرف التكيف بأنه مجموع ردود الفعل التي يعدل الفرد سلوكه أو تصرفاته أو بناءه النفسى ليستجيب لشروط أو تغيرات محيطيه حوله .

**ومن عناصر التكيف :** المحيط الداخلى للفرد وما ينطوي عليه في بنائه النفسى من حاجات ودوافع وخبرات وقيم وميول وقدرات وعواطف وعقد كلها توجه السلوك الفردي وهى ما تعرف باسم المحيط النفسى الداخلى للفرد. أما المحيط الخارجى فيقصد به كامل المحيط الذى يقع فيه الفرد. يتكون المحيط من البيئة الطبيعية (التي تشمل كل العوامل الطبيعية من ماء وهواء ورياح وحرارة..... الخ ) والبيئة الإجتماعية (التي تشمل الأسرة والمدرسة والنادي والمسجد والعمل.....) ويمكن أن يتفاعل عناصر المحيط الداخلى والخارجى في تكوين المحيط العام للفرد. لكن واحد منها قد يكون هو الغالب في فترة من فترات الحياة مماينجم عنها ما يسمى بالصراع بين المتطلبات التى يفرضها هذاالمحيط التى قد لا تتسجم مع المحيط الداخلى كأن نختار بين النوم والأكل .

التكيف قد يكون مناسباً ومصدر ارتياح واطمئنان، وقد يكون غير مناسب ومنطوي على الاضطراب، فالأول يسمى بالتكيف الحسن والثاني بالتكيف السيئ، ومن العوامل الأساسية فى التكيف إشباع الحاجات الأساسية ( الفيزيولوجية ) والحاجات الشخصية ( النفسية )، وموقف الإنسان من نفسه يتطلب أولاً وقبل كل شيء معرفة الإنسان لقدراته وإمكاناته من حسن تكيفه فالأماني والآمال كثيرا ما تسمو بالطموح الفردي إلى أعلى مما تستطيع الكفاءات الشخصية فإن لم يحكم الفرد معرفته بنفسه تقدي ار واقعا فإن هذا الطموح قد يقوده إلى الكثير من المتاعب والمواقف اللاتكيفية ويوقعه في الإحباط أوالقلق أوالاضطراب النفسى. أن الشخص الذى يرضى بما عنده ويسعى إلى تحسين ما لديه تحسينا يعمل فيه ضمن حدود كفاءاته وقدراته شخص يقف من نفسه موقفا سليما يشعر بأهمية العمل الذى يقوم به مهما بدأ العمل تافها. وان اطمئناؤه إلى ما عنده يقوده إلى الاطمئنان فى سلوكه ويساعده بالتالي على حسن التكيف مع أفراد الجماعة التى يعيش ضمنها مهما رأى من ظروف مفضله موجودة لدى غيره من الأفراد. إن الفرق القائمة بين الأفراد حقيقية لا يمكن إنكارها ولكن وجودها لا يعني ارتفاع شخص على آخر دائما وفي كل جوانب شخصيته ولا يعني أبدا أن يحرم احدا من استغلال شروطه الشخصية

في حياة سعيدة مطمئنه نتيجة لاستمرار تطلعه إلى ما عند الآخرين واعتبارهم أكثر حظا منه فيما لديهم ( المجنوني، المسفري، ص، 12-25).

وسائل التكيف وأشكال الدفاعات الأولى هي مجموعته ردود الأفعال والأشكال السلوكية والتصريفية التي تصدر عن الشخص ليرد بها متطلبات ظروف جديدة مفروضة عليه ليكون متناسبا معها وتعتبر وسائل الدفاع بوصفها وسائل تكيف ذات مكانة هامة في حياة الإنسان اليومية لأن الإنسان يلجأ إليها سعيا وراء التكيف العضوي والنفسي ليبعد أخطار التهديد والصراع والإحباط التي تهدد كيانه. ومن أشكال وسائل الدفاع الأولية: هنالك الكف، والكظم، والنكار، والكبت، والإخفاء أو الإسقاط، وكذلك نجد التبرير، والتقمص، والتعويض، والتخيلات والأوهام، والبدال أو التحويل، وأيضا الرد المعاكس، والإعلاء أو التسامي، والنكوص. ( عبد الله، قاسم، 2004، ص 139-162).

أن خوف الإنسان من موقف يهدد حياته ويعرضها للخطر، واتخاذ الإجراءات المناسبة لدرء الخطر هو تكيف نفسي مناسب يدل على استواء الشخصية. ( صالح، قاسم حسين، 2004، ص، 12). نجد أن معنى التكيف وعناصره وجوانبه والعوامل الأساسية فيه نجدها متفقة مع كل ما ذهبنا إليه في تعريف الصحة النفسية ومظاهرها، والواقع أن التكيف عملية ديناميكية، والصحة النفسية مثله : إنها الواقع الديناميكي للحياة النفسية للفرد في تفاعلها مع ما يحيط بها أو مع ما تتطوي عليه. بهذا المعنى يكون التكيف دليل الصحة النفسية فإذا ساء كانت سيئة وإذا حسن كانت حسنة. وبهذا المعنى أيضا تكون الصحة النفسية هي عمليات التكيف المستمرة في حياتنا النفسية. فالصحة النفسية والتكيف مفهومان يشيران إلى مظهر واحد. ( عبد الله، قاسم، 2004، ص 35).

### الصحة النفسية والتوافق النفسي :

الكائن وبيئته في علاقة لا بد أن تبقى على درجة كافية من الاستقرار ولكن الكائن والبيئة متغيران ولذلك يتطلب كل تغير تغيرا مناسباً للإبقاء على استقرار العلاقة بينهما، وهذا التغير المناسب هو التكيف أو المواءمة (Adaptation) والعلاقة المستمرة بينهما هي التوافق، وكثير ما يستخدم اللفظان تكيف وتوافق كما لو كانا مترادفين، ولكن الكلمة الأولى تشير إلى الخطوات المؤدية إلى التوافق والثانية إلى حالة التوافق التي يبلغها الكائن.

والأصل في التوافق هو تعديل الكائن بحيث يتلاءم مع الظروف ( وهو ما سماه يونج مغايره ( Dissimilation ) أو يلجأ الكائن إلى إحداث تعديل في البيئة (وهو ما سماه مماثلة (Assimilation) أو يعدل الكائن بعضاً منه وبعضاً من البيئة لإعادة التوافق والتوازن. ( الوسيلة، الطيب، 2008، ص، 10). والتوافق النفسي عملية ديناميكية مستمرة تتناول السلوك والبيئة ( الطبيعية والاجتماعية) بالتغير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة. حسب « صلاح مخيمر »: إن التوافق هو الرضاء بالواقع المستحيل على التغير ( وهذا جمود وسلبيه واستسلام )، وتغير الواقع القابل للتغير ( وهذا مرونة وإيجابية وابتكار وضرورة )، ويرى أن عملية التوافق

تتضمن إما تضحية الفرد بذاتيته نزولا على مقتضيات العالم الخارجي، فإذا فشل أصبح عصابيا وإذا نجح كان عبقريا. ينظر البعض إلى الصحة النفسية باعتبارها عملية توافق نفسى، ويتحدد ما إذا كان التوافق سليما أو غير سليم تبعا لمدى نجاح الأساليب التي يتبعها الفرد للوصول إلى حالة التوازن النسبي مع بيئته، ونجاح عملية التوافق النفسى يؤدي إلى حالة التوافق النفسى التي تعتبر قلب الصحة النفسية، ومن أبعاد التوافق هنالك التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي والمهني. (زهران، 2005، ص 14-27).

#### 4- مناهج الصحة النفسية:

#### 4-1 المنهج الوقائي preventive :

يتضمن بذل الجهود الممكنة في الإضطراب أو المرض والسيطرة عليهما، الممكنة في الإضطراب أو المرض والسيطرة عليهما.

وتشمل الوقاية الأولية (primary prevention) وتهدف إلى وضع ضوابط مسبقة لتجنب الاضطرابات النفسية ويستخدم في سبيل ذلك عدة وسائل مثل : التشجيع، وحرية التجريب، وحرية التعبير عن المشاعر، والمساندة الانفعالية خلال مراحل المشقة والتعب، والعلاقات الحوارية الفعالة، وغيرها من الأساليب الإيجابية.

أما الوقاية الثانوية (secondary prevention) ففيها يكون المرض النفسى فى بدايته لذلك يجب الاهتمام فى هذه المرحلة بالكشف المبكر، حيث تهدف هذه المرحلة إلى وقف الاضطراب النفسى فى مرحلة مبكرة مما يسهل علاج المرض أو الاضطراب.

أما الوقاية فى المرحلة الثالثة (prevention Tertiary) فالمرض العقلي قد أصاب المريض بحالة من العجز فيقوم القائمون على العلاج بمحاولات لخفض هذا العجز وانقاص المشكلات المترتبة عليه مع العمل على منع الانتكاسة (المطيري، معصومة، 2005، ص 48-49).

قد أصدرت هيئه الصحة العالمية WHO عدة توصيات فيما يختص بالجانب الوقائي أهمها:

تركيز الاهتمام على الطب النفسى الوقائي وكذلك الطب العلاجي للطفولة، مع الاهتمام بالصحة النفسية قدر الاهتمام بالصحة الجسمية وإنشاء قسم للوقاية من الأمراض النفسية والعقلية فى وزارات الصحة والاهتمام بتعليم الجمهور وتوعيته وتغيير اتجاهاته نحو المصابين بالمرض النفسى والعقلي والاهتمام برعاية الأمومة والطفولة بوجه خاص (شويت، وآخرون، 2002، ص 28).

#### 4-2 المنهج الإنمائي (Developmental): وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق

لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول الى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها للتوجيه السليم (نفسيا وتربويا ومهنيا) ومن خلال رعاية مظاهر النمو (جسما وعقليا واجتماعيا وانفعاليا) بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوى تحقيقا للنضج والتوافق والصحة .

**3-4 المنهج العلاجي :** (Therapeutic) ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، ويهتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسى وأسبابه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية . ( زهران، 2003، ص 147).

**5- سمات الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية :**

للشخصية السوية سمات كثيرة، وليس بالضرورة أن تتصف الشخصية السوية بكل هذه السمات في آن واحد وفي جميع الظروف التي يعيشها الفرد ولكن وجود هذه السمات بدرجة كافية حتى يمكن وصف الفرد المتمسم بها بالسواء والصحة النفسية، ويمكن إيجاز سمات الشخصية فى الآتى:

1-تقبل الفرد لذاته ويقصد بها:

- أن يتقبل الفرد ذاته كما هى .

- يشعر بالرضا عن الحياة التى يعيشها .

- أن يخطط للمستقبل .











ولكي يحقق الفرد هذه السمة عليه ما يلي :

- أن يلائم بين ما هو عليه وبين ما يتمنى أن تكون طموحاته بقدر قدرته.
  - أن يربط قيمه في الحياة بأهداف.
  - أن يشترك في وضع الخطط التعليمية والمهنية لنفسه فهذا سيزيد من ثقته.
  - أن يكسب صداقة الآخرين ويعمل على تنميتها .
  - أن يعبر عن مشاعره تجاه الآخرين ويتعلم كيفية تقبل مشاعرهم تجاهه.
- 2 - تقبل الآخرين للذات تشمل حب الآخرين، وتفهمهم للفرد وهذا يشبع حاجة الانتماء لديه مما يزيد من ثقته بنفسه وتقبله لها.
- 3-تقبل الذات للآخرين، وهو ضروري لسعادة الفرد وسعادتهم .
- 4-الشعور بالاستقلال، أي أن على الفرد تحمل مسؤولية عمله حتى يصبح مستقلا .
- 5- اختيار حياة العمل والاستعداد لها ودخولها، أي أن يتخذ القرار المهني المناسب لقدراته وميوله.
- 6-الشعور بالكفاءة لمواجهة مواقف الحياة، أي أن التمتع بصحة جيدة وخبرات وأساليب إجتماعية .
- 7-التحرر من الشعور بالذنب، لأنه يقلل من الثقة بالنفس فيجب التحرر منه.
- 8-القدرة على مواجهة الواقع، ويتحقق ذلك عن طريق حل المشكلات بشكل موضوعي.
- 9-اكتساب مفاهيم واتجاهات مرغوبة، المرونة العقلية وسعة الأفق واستمرارية التعليم. ( الفرخ، وآخرون، 1999، ص 85-86).

## 5-وجهات نظر في تفسير الصحة النفسية:

### 1.6 . مدرسة التحليل النفسي:

يرى فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي أن العناصر الأساسية التي يتكون منها البناء النظري للتحليل النفسي هي نظريات المقاومة والكبت واللاشعور. تقوم هذه النظرية على بعض الأسس التي تعد بمثابة مسلمات في تفسير السلوك منها الحتمية النفسية والطاقة الجنسية والثبات والالتزان ومبدأ اللذة. ويتحقق هذا التوازن بين الهو، الأنا، الأنا الأعلى ويضطرب عندما لا تتمكن الأنا من الموازنة بين الهو الغريزية، والأنا الأعلى المثالية. ويرى فرويد أن عودة الخبرات المكونة يؤثر تأثيرا رئيسيا في تكوين الامراض العصابية وأن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو من يستطيع اشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعيا. ( كامل علوان الزبيدي، 2009، ص13)

### 2.6 . المدرسة السلوكية:

يرى طحان (1987) أن مفهوم الصحة النفسية يتحدد من منظور سلوكي باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة، لأن استجابة الأفراد لهذه المثيرات بسلوك مناسب، متحرر من القلق، يعبر وفقاً لآراء السلوكيين عن الصحة النفسية (محمد محمود بن يونس، 2007، ص17)

ان التعلم هو المحور الرئيس وأن السلوك المرضي يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه، فالعملية الرئيسة هي عملية تعلم اذ تتكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات، من هنا فإن الصحة النفسية تمثل اكتساب عادات مناسبة وفعالة تساعده على التعاون مع الآخرين في مواجهة المواقف التي تحتاج الى اتخاذ قرارات، فاذا اكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافة مجتمعه النفسية هو محك اجتماعي ومن مءيدي هذا المنهج سكينر الذي يقول أن سوء الصحة النفسية يعود الى اخطاء في التعلم الشرطي.  
(كامل علوان الزبيدي، 2009، ص13)

### 3.6. المدرسة الانسانية:

يمقل هذا التجاه كل من روجرس Rogers ماسلو Maslow وستين Stin وفروم Fromm وغيرهم فهم ينظرون الى الانسان كلا متكاملًا، والطبيعة البشرية خبرة بالطبع أو في الأقل محايدة وأن الظاهرة السلوكية السيئة بمثابة أعراض ويؤكدون الصحة النفسية، وأن الدراسة النفسية يجب أن تتوجه الى الكائن الانساني السليم وليس الأفراد العصابين. وتأكيد دراسة الخبرة الحاضرة كما يدركها من يمر بها وليس كما يدرها الاخرون .

أما مسلو كما يشير جورار و لندسمن Jourard and Landsman (1980) فيرى أن الانسان المعافى هو الذي يحقق ذاته الى أقصى امكاناته، أي الانسان الفاعل بكامل وظائفه وطاقاته Fully functioning person. وهو يميل الى تصور الصحة النفسية في نموذج طوباري يتعين على الانسان أن يصل اليه، حيث يميز دافعين أساسيين: دافع الوجود الصيرورة وهو يشكل المسار الايجابي الى العيش في اقصى حالة ممكنة للذات ودافع القصور الذي يلقي بالانسان في الانكفاء الدفاعي والعجز عن انجاز اقصى حالات الذات. (مصطفى حجازي ، 2004 ، ص47-48)

ويؤكد روجرس أن هناك اتصالاً وثيقاً بين مفهوم تقبل الذات وتحقيقها وبين الصحة النفسية.

( كامل علوان الزبيدي، 2009، ص13-14)

وهو بهذا يركز على خبرات الأفراد ومشارعهم وقيمهم وأكد أننا كأفراد نستطيع أن نتصرف ونختار اتجاهاتنا الصحيحة في الحياة وقد أسمى نظريته (العلاج المتمركز حول الشخصية) ويرى أن الإنسان يندفع من خلال قوة إيجابية واحدة وهي الميل النظري أو الطبيعي لتنمية قدراتنا البنائية والنمو بطرق تحافظ على النظام الكلي، وأن الفرد توجد بداخله الرغبة للحب والدفء والاحترام والتقبل من قبل الناس المهمين في حياتنا حيث تبقى هذه الحاجة للتقدير الإيجابي نشطه طوال حياة الفرد (الدهيري، 2010، ص159)

### 4.6. النظرية المعرفية:

ويرى المعرفيون أن الصحة النفسية تعتمد على الأقل جزئياً على الطريقة التي يفسر بها الأفراد ويقومون بالحوادث في البيئة ، كما يرون أن زيادة الإحساس بالفاعلية الذاتية يسهم في تعزيز الصحة النفسية الجسمية عند الأفراد . فالشخص الذي يتمتع بصحة نفسية مناسبة هو الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة على الأمل، ومن استعمال مهارات مناسبة في حلا لمشكلات، واستعمال أساليب معرفية مناسبة في مواجهة الضغوطات النفسية ،بينما الشخص الذي لا يتمتع بصحة نفسية مناسبة هو الذي يفقد الأمل ،و يشعر بالعجز ، و لا يتمكن من الاستجابة بفاعلية واقتدار لمتطلبات البيئة ، كما يعجز عن استعمال الأساليب المعرفية المناسبة في مواجهة الضغوط النفسية (محمد محمود بن يونس، 2007 ، ص17)

يرى كل من بيك والبرت اليس وهما من اقطاب المدرسة المعرفية أن المرض النفسي هو سيطرة ردود الفعل الانفعالية السلبية على الشخص سلوكه وتعود ردود الفعل هذه الى نظام من الافتراضات المعرفية الخاطئة تبعا لاليس والى نظام الأفكار الآلية المرتكزة على نواة من نظام المعتقدات العميقة حول الذات والعالم تبعا لبيك. الانسان يقع صريع المعاناة والاضطراب والاكتئاب والقلق نتيجة لخلل في نظام المعتقدات. اما الشخص المعافى فهو ذلك الذي يتمتع بنظام معتقدات واقعي في النظرة الى الذات والآخرين والدنيا.

وينتج عن هكذا نظام واقعي عقلائي سيادة التفكير الايجابي في المواقف الحياتية، كما في الموقف من الذات وما يحتمل فيها. ويشكل الوصول الى التقدير الايجابي من خلال حض نظام المعتقدات الخاطئة والسيطرة عليها، الشفاء النفسي واستعادة العافية في حالة من سيطرة العقل على الحالات الانفعالية السلبية.(مصطفى حجازي ، 2004 ، ص43)

## خلاصة

حاولنا من خلال هذا الفصل تحديد مفهوم الصحة النفسية وذلك من خلال تقديم مجموعة من التعاريف لباحثين مختلفين ومن وجهات نظر مختلفة وذلك من خلال ايضاح الاختلافات والفروق بينها والوصول الى تعريف قد يكون أقرب الى هذا المفهوم، قمنا بعد ذلك بعرض النماذج المختلفة التي تطرقت الى مفهوم الصحة النفسية وكذا الفروق بين التكيف ، التوافق والصحة النفسية، هذا ناهيك عن مظاهر الصحة النفسية وكذا النظريات المختلفة التي تطرقت اليها كالسلوكية، والتحليلية، والمعرفية، والانسانية هذا وسنعمل في هذه الدراسة على البحث عن العلاقة بين الصحة النفسية بمتغيرين أساسيين وحامين للشخصية ألا وهما الارجاعية واستراتيجيات المواجهة.

وسنتعرض في الفصول الموالية الى تقديم اجراءات الدراسة الميدانية وكذا عرض وتحليل النتائج التي سنتوصل اليها.



# الفصل السادس

## منهج البحث وإجراءاته

### تمهيد

يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة وإجراءاتها بما في ذلك التعريف بمجتمع الدراسة خصائص العينة، أدوات الدراسة (صدقها وثباتها). كما يتضمن هذا الفصل وصفاً لإجراءات جمع البيانات والأساليب الإحصائية المتبعة في تحليلها.

### 1-منهج الدراسة:

بمأن الدراسة الحالية تهدف الى الكشف عن العلاقة بين الارجاعية واستراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، ومعرفة العلاقة بين المتغيرات الثلاثة حسب مدة الخضوع لتصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية، فإنّ المنهج المعتمد هو المنهج الوصفي الارتباطي، الذي يعبر عن الظاهرة الاجتماعية المراد دراستها تعبيراً كمياً وكيفياً (عاقل فاخر، 1989، ص 29)،

بالإضافة الى تحليلها والكشف عن العلاقات بين أبعادها المختلفة، من أجل تفسيرها، والوصول إلى استنتاجات تساهم في فهم وتطوير الواقع وتحسينه. وعلى هذا الأساس فالمنهج الوصفي يوضح العلاقة بين الظواهر المختلفة والعلاقة في الظاهرة نفسها، ويقدم معلومات وحقائق عن واقع الظاهرة بغرض الوصول إلى نتيجة واضحة (ملحم سامي، 2000، ص 325).

## 2- حدود الدراسة.

تمثلت حدود الدراسة الميدانية: بالاطار الزمني الذي تمت فيه خلال السنة الجامعية 2018-2019، أما عن مكان اجرائها فقد تمت على مستوى مجموعة من المستشفيات والمتمثلة في (المستشفى الجامعي بني مسوس، مستشفى حمودي نفيسة، مستشفى القليعة، المستشفى الجامعي مصطفى باشا، مستشفى محمد لمين دباغين)، وبحجم العينة التي تمّ اختيارها من المجتمع الأصلي والتي شملت (68) مريض خاضع لتصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية.

## 3- عينة الدراسة.

اشتملت الدراسة على عينتين: عينة استطلاعية وعينة أساسية لاختبار فرضيات الدراسة.

### 3-1 عينة الدراسة الاستطلاعية.

إنّ الدراسة الاستطلاعية من أهم خطوات الدراسة الميدانية والتي تساعد الباحث في اكتشاف مختلف الصعوبات والمشاكل التي قد تواجهه أثناء قيامه بالدراسة الأساسية وقد تمّ اختيار 32 فرد من الجنسين، تراوح المدى العمري بين 18 و 84 سنة ، بمتوسط عمري قدره 41,71 سنة، وهذا من منطلق تحقيق أهداف الدراسة الاستطلاعية والمتمثلة فيما يلي:

- التعرف على المجتمع الأصلي للدراسة والذي سوف تأخذ منه عينة الدراسة سواء الاستطلاعية أو الأساسية
- الاحتكاك المباشر بعينة الدراسة.
- التطبيق الميداني لادوات الدراسة للتأكد من صلاحيتها من حيث وضوح وسلامة اللغة وكذا وضوح التعليمات لعينة الدراسة.
- التأكد من صحة الأدوات المستخدمة في الدراسة بحساب صدقها وثباتها قبل استخدامها في الدراسة الأساسية.

## 2- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت العينة الاجمالية للدراسة من (68) مريض، ( 40أنثى و 28ذكر)، يتراوح المدى العمري من 18 إلى 84، بمتوسط عمري قدر ب 41,21، وبانحراف معياري 16,12، وسيتم فيما يلي ايجاز خصائص العينة:

تتسم عينة الدراسة بعدة خصائص يمكن توضيحها كما يلي:

### خصائص أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية:

جدول رقم (01) يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية.	العدد	النسبة المئوية
اعزب (عزباء)	18	26,47%
متزوج (ة)	32	47,06%
مطلق (ة)	8	11,76%
ارملة (ة)	10	14,71%
المجموع	68	100%

يتضح من الجدول رقم (01)، تباين في الحالة الاجتماعية فنجد أنّ اكبر نسبة للمتزوجين بعدد (32)، ونسبة مئوية 47,06%، تليها نسبة العزاب ب 26.47% وبعده (18) مريض، ثم نجد الارامل بعدد 10 مريض بنسبة 14.71%، لتأتي نسبة المطلقين بنسبة أقل بعدد 8، ونسبة مئوية تقدر ب 11.76%.

### توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

جدول رقم (02) يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
الابتدائي	9	13,24%
المتوسط	15	22,06%

الثانوي	29	42,65%
الجامعي	15	22,06%
المجموع	68	100%

يتضح من الجدول رقم (02)، تباين في متغير المستوى التعليمي فنجد أنّ أكبر نسبة لمستوى الثانوي بعدد (29)، ونسبة مئوية 42,65%، يليها المستوى الجامعي والمستوى المتوسط بنسبة 22,06% وبعده (15) مريض لكليهما، لتأتي نسبة مستوى الابتدائي بنسبة أقل بعدد 9، ونسبة مئوية تقدر ب 13,24%.

### توزيع افراد العينة حسب الجنس.

جدول رقم (03) يوضح توزيع العينة حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	28	41.18%
أنثى	40	58.82%
مجموع	68	100%

يتضح لنا من خلال الجدول أن عينة البحث من حيث الجنس انقسمت الى 40 اناث بنسبة مئوية قدرت ب 58,82%، و 28 ذكر بنسبة مئوية 41,18%.

### توزيع العينة حسب متغير السن :

جدول رقم (04) يوضح توزيع العينة حسب متغير السن.

السن	العدد	النسبة المئوية
اقل من 20 سنة	7	10,29%
من 20 الى 40 سنة	22	32,35%
من 41 إلى 60 سنة	27	39,71%
اكثر من 60 سنة	12	17,65%
المجموع	68	100%

يتضح من الجدول رقم (04)، تباين في متغير السن فنجد أنّ أكبر نسبة كانت لفئة 41-60 بعدد (27)، ونسبة مئوية 39,71%، يليها فئة من 20 الى 40 سنة بنسبة مئوية 32,35% وبعده (22)

مريض، تليها فئة أكثر من 60 سنة بنسبة مئوية 17,65% لتأتي فئة أقل من 20 سنة بنسبة مرضى 7 ، ونسبة مئوية تقدر ب10,29%.

### توزيع العينة حسب متغير عدد تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية.

جدول رقم (5) يوضح توزيع العينة حسب متغير سنوات تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية.

النسبة المئوية	العدد	السن
64,71%	44	أقل من 10 سنوات
26,47%	18	من 11 الى 20 سنة
7,35%	5	من 21 إلى 30 سنة
1,47%	1	أكثر من 30 سنة
100,00	68	المجموع

يتضح من الجدول رقم (5)، تباين في متغير سنوات الغسيل الكلوي فنجد أنّ أكبر نسبة كانت لفئة أقل من 10 سنوات بعدد (44)، ونسبة مئوية 64,71%، يليها فئة من 11 الى 20 سنة بنسبة 26,47% مئوية وبعدد (18) مريض، تليها فئة من 21 إلى 30 سنة بنسبة مئوية 7,35% لتأتي فئة أكثر من 30 سنة بنسبة مريض واحد، ونسبة مئوية تقدر ب1,47%.

### 3- الأدوات المستخدمة في الدراسة :

انطلاقاً من أهداف وفرضيات الدراسة، اعتمدنا بشكل أساسي على ثلاث مقاييس لجمع البيانات:

- مقياس الإرجاعية لدافيدسون وكونور: 2003) ResilienceScale CD-RiskThe

ConnorDavidson

- مقياس استراتيجيات المواجهة coping لـ Paulhan et al (1994) هو عبارة عن

تكييف للنسخة المختصرة لـ Vitaliano وأعوانه.

- مقياس الصحة النفسية المعدل (90-R SCL) ترجمة وتقنين أ. د عبد العزيز موسى محمد

ثابت.

قبل توزيع المقاييس على عينة الدراسة، تمّ عرضها على مجموعة من المحكّمين من أساتذة علم النفس الذين قاموا بتقديم النصح و الإرشاد فيما يخص امكانية استخدامها في الدراسة الحالية ومدى ملاءمتها لاهداف الدراسة.

1-3 مقياس الإرجاعية لدافيدسون وكونور:2003) ResilienceScale CD-RiskThe

ConnorDavidson

1-3 1- وصف المقياس.

وضع هذا المقياس من طرف دافيدسون وكونور Connor and Davidson سنة 2003 ، يتكون من 25 بند ، وهو متعدد الأبعاد حيث يحتوي على محاور متعددة كتثقة الفرد في غرائزه وقدرته على تحمل العواطف السلبية،علاقات إجتماعية آمنة ،مواجهة دينية .. الخ ،وهو داسلم تدريجي تتراوح درجاته بين 0-4 ،يقس هذا المقياس قدرة الفرد على مواجهة الضغط والشدة ،ويتمتع بخصائص سيكومترية عالية حيث أختبر صدقه وثباته مع الأصحاء وكذا عينات من المرضى ،علما أنه أخذ الدرجة الكلية للمقياس وليس للأبعاد منفردة وينقسم المقياس إلى خمس أبعاد هي:

- الكفاءة الشخصية.

- التسامح أو تحمل التأثير السلبي للضغط.

- قبول التغيرات.

- التحكم الشخصي.

- التوجه الديني.

وأستعمل المقياس مع عينة من الراشدين الشباب بلغت 550 فردا من الذكور والإنات بمتوسط عمري

قدره 44 سنة، أثبتت الدراسة أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية إذ قدر ألفا كرونباخ بـ89

0. (Campbell –Sills,et all,2003)

- تعليمة المقياس:

" فيما يلي عدد من العبارات تصف طرق مختلفة في التفكير أو السلوك، نرجو منك أن تقرأ كل منها جيدا، حاول من فضلك أن تكون دقيقا في إجاباتك وأن تحدد مدى انطباق كل عبارة عليك وذلك بوضع علامة (X) أمام العبارة في الخانة التي ترى أنها هي الأكثر إنطباقا عليك،لاحظ أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة. لاتضع أكثر من علامة واحدة لكل سؤال.

### تنقيط المقياس:

يجيب الفرد على كل بند حسب سلم رباعي (4) درجات، وهي تمثل مدى تكرار كل استراتيجية استعملها المبحوث في مواجهة الحدث الضاغط وتتمثل في الآتي: 0- إطلاقاً، 1- نوعاً ما، 2- غالباً، 3- دائماً. وقد قامت الباحثة يحي سامية (2015) بترجمة مقياس الإرجاعية لدافيدسونوكونور (Davidson-Connor – Resilience Scale 2008) إلى اللغة العربية وتم التحقق من خصائصه السيكومترية (صدقه وثباته) في البيئة الجزائرية.

### 3-1-2 الخصائص السيكومترية للمقياس.

قامت الباحثة يحي (2014) بالتحقق من صدق مقياس الإرجاعية في البيئة الجزائرية بواسطة نوعين من الصدق:

#### الصدق الظاهري:

للكشف عن الصدق الظاهري قامت الباحثة بترجمة بنود المقياس بمساعدة أستاذة من قسم اللغة الإنجليزية، ثم قامت بعرض الصورة المترجمة من المقياس على ست (06) محكما من أعضاء هيئة التدريس من جامعة الجزائر-2، تخصص علم النفس ممن يتقنون اللغتين العربية و الإنجليزية معا و الذين قدموا لنا التصحيحات اللازمة، فإستدنا إليها في تعديل ترجمة بعض البنود وإعادة صياغتها وتبسيطها

#### الصدق الداخلي:

بغرض البحث في الصدق الداخلي عرضنا الصورة المترجمة لقائمة مقياس الإرجاعية لدافيدسونوكونور (2003) على عينة من مائة (108) طالبا وطالبة من معهد علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا وقد جاءت الأبعاد كلها صادقة وثابتة إلا بعد المواجهة الدينية الذي لم يكن صادقا. علما أن المقياس في صورته الأصلية يحتوي على بندين فقط في هذا البعد. وهما غير مميزين لذا جاءت الإجابات تقريبا كلها متشابهة أدت إلى عدم صدق البعد إذ لم يكن تنوع في الإجابات لذا أضفنا بنودا قد تميز بين إجابات الأفراد معتمدين في ذلك على التراث السيكولوجي حول الموضوع وكذا بعض المقاييس والإستبيانات التالية:

أخضعنا بنود بعد المواجهة الدينية إلى الصدق الظاهري إذ وافق الأساتذة المحكمين على خمس (05) بنود من بين ثمانية (08) وهي التي أضيفت إلى البعد وبهذا أصبح يحتوي هذا الأخير على سبع بنود (07) بدلا من بندين (كما كان في المقياس الأصلي) علما أننا اعتمدنا على الجانب الديني في بعده

التطبيقي بالإضافة إلى اختبار بنود مميزة من حيث الإجابات، وبهذا أصبح مقياس الإرجاعية يحتوي على ثلاثين بنداً تنقسم على أربع أبعاد هي:

التحكم الشخصي: 1-6-7-13-14-20-21-27-28.

التكيف وتحمل العواطف السلبية: 2-3-8-9-15-16-22-23-29-30.

القيادة: 4-10-17-24.

المواجهة الدينية: 5-11-12-18-19-25-26.

أعدت الباحثة تطبيق المقياس مرة أخرى على عينة من مائة (100) مريضاً مصاباً بالقصور الكلوي المزمن النهائي و الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة و كانوا من الجنسين (ذكور، وإناث) بمصالح تصفية الدم التابعة لمستشفيات جامعية: مصطفى باشا، حمودينفيسة (بارني سابقاً)، بني مسوس، و عيادات خاصة بتصفية الدم عن طريق الآلة (ابتسامه بدالي إبراهيم، و سيدي براهيم بالشرافة، أورديال بحي مالكي) وأعدنا حساب الخصائص السيكومترية للمقياس (الصدق والثبات) كما سيظهر لنا فيما يلي:

**الصدق الاتساق الداخلي لمقياس الإرجاعية:**

تم حساب صدق المقياس بطريقة الصدق الداخلي فكانت النتائج على النحو الموضح في الجداول

التالية:

## التحكم الشخصي:

جدول رقم (6): يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعد التحكم الشخصي.

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	**0,579	0,01
06	**0,519	0,01
07	**0,624	0,01
13	**0,617	0,01
14	**0,565	0,01
20	**0,614	0,01
21	**0,508	0,01
27	**0,582	0,01
28	**0,522	0,01

ملاحظة: \*\* مستوى الدلالة عند 0,01،

وتمثل \* مستوى الدلالة عند 0,05.

يتضح من خلال الجدول رقم (3) أن كل معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية

لهذا البعد دالة إحصائية عند مستوى 0,01، مما يعني أن المحور صادقاً.

بعد التكيف وتحمل العواطف السلبية:

جدول رقم (7) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعد التكيف وتحمل العواطف السلبية .

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
02	**0,53	0,01
03	**0,549	0,01
08	**0,452	0,01
09	**0,581	0,01
15	**0,685	0,01
16	**0,482	0,01
22	**0,436	0,01
23	**0,61	0,01
29	**0,391	0,01
30	**0,516	0,01

ملاحظة: \*\* مستوى الدلالة عند 0,01

وتمثل \* مستوى الدلالة عند 0,05.

يبين الجدول رقم (4) أن كل معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية لهذا

المحور دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 مما يعني أن البعد صادق.

بعد القيادة:

جدول رقم (8) يبين معاملات الارتباط بين درجة كل بند مع الدرجة الكلية لبعء القيادة.

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
04	**0,598	0,01
10	**0,627	0,01
17	**0,452	0,01
24	**0,592	0,01

ملاحظة: \*\* مستوى الدلالة عند 0,01،

وتمثل \* مستوى الدلالة عند 0,05.

يظهر من خلال الجدول رقم (5) أن كل معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائية عند مستوى 0,01 مما يؤكد أن المحور صادقاً

## بعد المواجهة الدينية:

جدول رقم (9) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء المواجهة الدينية.

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
05	**0,323	0,01
11	**0,404	0,01
12	**0,502	0,01
18	**0,716	0,01
19	**0,580	0,01
25	**0,545	0,01
26	**0,494	0,01

ملاحظة: \*\* مستوى الدلالة عند 0,01،

وتمثل \* مستوى الدلالة عند 0,05.

يتبين من خلال الجدول رقم (9) أن كل معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية

لهذا البعد دالة إحصائية عند مستوى 0,01 مما يؤكد أن المحور صادقاً.

### - ثبات مقياس الإرجاعية لدافيدسون وكونور (Scale 2003) Davidson-Connor

#### - Resilience - و الذي يحمل ثلاثين بنداً

للتحقق من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية تم استخدام نوعين من الثبات هما كالتالي:

#### - حساب ثبات المقياس بواسطة معامل ألفا-كرومباخ

يعتبر معامل ألفا كرومباخ الذي يرمز له عادة بالحرف اللاتيني  $\alpha$  من أهم مقاييس الاتساق الداخلي

للاختبار المكون من درجات مركبة. ومعامل ألفا يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده. فزيادة نسبة تباينات

البنود بالنسبة إلى التباين الكلي يؤدي إلى إخفاض معامل الثبات.

حسبنا معامل ألفا- كرومباخ (Alpha Cronbach) لبيانات مائة (100) مريضاً ومريضة مصابين

بالقصور الكلوي المزمن النهائي و الخاضعين لتنقية الدم لمقياس الإرجاعية لدافيدسون وكونور (The

Connor–Davidson Resilience CD–Risk) والمكون من 30 عبارة موزعة على أربعة أبعاد فكانت

قيم معاملات ألفا ( $\beta$ ) كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (10): يبين نتائج معامل ثبات ألفا ومباخ للأبعاد الأربعة لمقياس الإرجاعية.

أبعاد المقياس	معامل الفاكرومباخ
التحكم الشخصي	0,739
التكيف وتحمل العواطف السلبية	0,698
القيادة	0,284
المواجهة الدينية	0,510

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن الأبعاد كلها لديها معاملات ثبات مقبولة مما يدل أن المقياس ثابت ويمكن الوثوق بنتائجه.

وبناء على هذه النتائج المتعلقة بالصدق و الثبات تم اعتماد هذا المقياس كأحد أدوات جمع البيانات في هذه الدراسة.

### 2-3 وصف مقياس استراتيجيات المواجهة coping وخصائصه السيكومترية.

#### 1-2-3 وصف المقياس.

يعتبر مقياس (Lazarus and Folkman, 1984) Ways of coping check – liste الأكثر

استعمالا في الدراسات العلمية، ويحتوي على 67 بندا. اختصر (Vitaliano et al, 1985)، المقياس

في 42 بندا وسمي The coping check liste، وقد بينت la solution factoielle

aprèsrotation varimax المتغيرات الخمسة التالية: حل المشكلة، اتهام الذات، إعادة التقييم

الاجيبي، البحث عن الدعم الاجتماعي، التجنب (بوظمين، 2011، ص 178).

ولقياس اساليب او استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي استخدم في الدراسة الحالية

مقياس (Paulhan et al (1994) وهو تكيف للنسخة المختصرة في فرنسا لـ Vitaliano وأعوانه. تكونت

الصورة النهائية للمقياس من 29 بندا من بين 42 بندا. وباستعمال التحليل العاملي تم التوصل إلى أن

بنود الاختبار التي تأخذ بعين الاعتبار في المحور العام لاستراتيجيات المواجهة الذي يضم: "استراتيجيات

متمركزة حول المشكل" تحتوي على مقياسين فرعيين الأول والثالث، وأخرى " متمركزة حول الانفعال"تحتوي بدورها على المقاييس الفرعية الثاني، الرابع والخامس.

التحليل العاملي مع varimax Rotation حسب دراسة Paulhan et al ( 1994) (سمح بالحصول على الأبعاد التالية المتعلقة بالعوامل:

- حل المشكل (VT 9.4%).

- التجنب مع التفكير الايجابي (VT 5.7%).

- البحث عن الدعم الاجتماعي (VT 5.6%).

- إعادة التقييم الايجابي (VT 9.5%).

- التأنيب الذاتي (VT 5.7%).

هذه النتائج سمحت بتكوين سلم ذو مصداقية متكون من 29 بند فقط تقيم 5 أنماط لاستراتيجيات المقاومة وهو سلم (Paulhan et al 1994)

ووفق جدول البنود المرقمة من البند 1 إلى البند 29، يجب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من أربعة احتمالات وهي: نعم - إلى حد ما نعم - لا - إلى حد ما لا.

تنقسم البنود على المقاييس الخمسة كما يلي:

- استراتيجيات حل المشكل: تضم 8 بنود وهي 1-4-6-13-16-18-24-27.

- استراتيجية التجنب: تضم 7 بنود وهي 7-8-11-17-19-22-25.

- استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي: تضم 5 بنود وهي 21-23-10-15-3.

- استراتيجية إعادة التقييم الايجابي: تضم 5 بنود وهي 2-5-9-12-28.

- استراتيجية التأنيب الذاتي: تضم 4 بنود وهي 14-20-26-29.

يتم تقييم المقياس وفق سلم متدرج من 1 إلى 4 إذ تمنح:

- نقطة واحدة إذا كانت الإجابة: لا

- نقطتين إذا كانت الإجابة: إلى حد ما لا.

- ثلاثة نقاط إذا كانت الإجابة: إلى حد ما نعم.

- أربع نقاط إذا كانت الإجابة: نعم

وهو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند 15 الذي يكون تنقيطه بعكس ما ذكرناه أعلاه أي من 1 إلى 4 (Paulhan, et al 1994 p 298 نقلا عن طايبي نعيمة، 2007، ص113). يتم الحصول على درجة كل مفحوص بجمع مجموعة نتائج البنود المتعلقة بكل بعد (وليدتمرازقة، 2008، ص105) لتحديد نسبة ودرجة استخدام المفحوص لمختلف استراتيجيات المواجهة. ترجم وكيف هذا المقياس على الواقع المحلي عن طريق اختبار صدقة الظاهري، صدق المحتوى والصدق التمييزي، وقد صدق وثبات المقياس اعتمادا على معادلة Guttman لتجزئة النصفية ب 0,60 ( معمرى ونويرة، 1998، نقلا عن بوطمين ، 2011، ص 179).

### 3-2-2 دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات المواجهة حسب نتائج

#### الدراسة الاستطلاعية.

تمّ التأكد من صدق وثبات المقياس وفقا لنتائج الدراسة الحالية من خلال حساب الصدق البنائي وصدق الاتساق الداخلي وحساب معامل الفا كرونباخ وجاءت النتائج كما توضحها النتائج التالية:

#### - صدق الاتساق الداخلي لمقياس استراتيجيات المواجهة .

تم التأكد من صدق عبارات مقياس استراتيجيات المواجهة ومختلف ابعاده من خلال الاتساق الداخلي وذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة (بند) والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه، وجاءت النتائج كما توضحها الجداول الموالية:

- استراتيجيات حل المشكل.

جدول رقم (11) : يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعيد استراتيجيات حل المشكل.

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.584**	0,01
04	0.298*	0.05
06	0.523**	0,01
13	0.838**	0,01
16	0.662**	0,01
18	0.475**	0,01
24	0.531**	0,01
27	0.565**	0,01

\*\* مستوى الدلالة عند 0,01،

\* مستوى الدلالة عند 0,05.

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن كل معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائية عند مستوى 0,01 و 0.05 مما يعني أن المحور صادقاً.

- استراتيجية التجنب:

- جدول رقم (12) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعد استراتيجية التجنب.

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
07	**0.664	0.05
08	**0.431	0,01
11	**0.587	0,01
17	**0.588	0,01
19	**0.464	0,01
22	**0.455	0,01
25	*297	0,05

\*\* مستوى الدلالة عند 0,01،

\* مستوى الدلالة عند 0,05.

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن كل معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية لهذا لبعد دالة إحصائية عند مستوى 0,01 و 0,05 مما يعني أن المحور صادقاً.

- استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي:
- جدول رقم (13) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء استراتيجية التجنب.

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
21	0.643**	0.05
23	0.538**	0,01
15	0.531**	0,01
10	0.522**	0,01
03	0.538**	0,01

\*\* مستوى الدلالة عند 0,01،

\* مستوى الدلالة عند 0,05.

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن كل معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية لهذا لبعء دالة إحصائية عند مستوى 0,01 مما يعني أن المحور صادقاً.

- استراتيجية إعادة التقييم الايجابي:
- جدول رقم (14) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء التقييم الايجابي.

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
02	0.436**	0.05
05	0.800**	0,01
09	0.585**	0,01
12	0.774**.	0,01
28	0.711**	0,01

\*\* مستوى الدلالة عند 0,01،

\* مستوى الدلالة عند 0,05.

- استراتيجية التائب الذاتي:

جدول رقم (15) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعد استراتيجية التائب الذاتي.

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
14	334**0.	0.05
20	747**0.	0,01
26	500**0.	0,01
29	653**0.	0,01

\*\* مستوى الدلالة عند 0,01،

\* مستوى الدلالة عند 0,05.

يتضح من خلال الجدول رقم (13 و14) أن كل معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 مما يعني أن المحور صادقاً.

من خلال الجداول يتبين أن معاملات الارتباط لأداة البحث مقبولة وهي دالة عند 0,01 وهذا ما يدل على قوة التماسك الداخلي لفقرات أداة البحث أي أن المقياس صادق و يقيس السمة المراد قياسها.

- الصدق البنائي لمقياس استراتيجيات المواجهة.

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها و يبين مدى ارتباط كل بعد من أبعاد الدراسة بالدرجة الكلية. و يمثل الجدول رقم(11) نتائج معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس استراتيجية المواجهة و أبعاده الخمسة (استراتيجيات حل المشكل، استراتيجية التجنب، استراتيجية التائب الذاتي، استراتيجية إعادة التقييم الايجابي).

جدول رقم (16): يمثل نتائج الصدق البنائي لمقياس استراتيجية المواجهة.

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجيات حل المشكل	**0.748	0.01
استراتيجية التجنب	**0.436	0,01
استراتيجية البحث عن الدعم	**0.669	0,01
استراتيجية إعادة التقييم الايجابي.	**0.419	0,01
استراتيجية التأنيب الذاتي	**0.338	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (15)، بأن جميع معاملات الارتباط دالة لجميع الأبعاد عند

مستوى دلالة 0.01 وهذا ما يدل على ان المقياس صادق.

## - ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة بواسطة معامل ألفا-كرو نباخ

جدول رقم (17): يمثل نتائج معاملات الفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات المواجهة وابعاده.

معاملات الفا كرونباخ		
معامل الفا	عدد البنود	
0.713	8	استراتيجيات حل المشكل
0.799	7	استراتيجية التجنب
0.718	5	استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي
0.693	5	استراتيجية إعادة التقييم الايجابي.
0.788	4	استراتيجية التائب الذاتي
0.794	13	الاستراتيجية المركزة على حل المشكل
0.841	16	الاستراتيجية المركزة على الانفعال.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن الأبعاد كلها لديها معاملات ثبات مقبولة مما يدل أن المقياس ثابت ويمكن الوثوق بنتائجه. وبناء على هذه النتائج المتعلقة بالصدق و الثبات تما اعتماد هذا المقياس كأحد أدوات جمع البيانات في هذه الدراسة

### 3-3 وصف مقياس الصحة النفسية وخصائصه السيكمترية. R - SCL-

#### 90Symptoms Check List

مقياس الصحة النفسية تحت عنوان : SCL- 90Symptoms Check List-R صدر في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1977 لأصحابه ليونارد دير وجيتش، رونالدس، ليما نولينوكوفي Leonard, R. Derogatis, Ronald, S.Lipman and Linocovi. وتمت ترجمته وتعريبه من طرف فضل خالد أبوهين سنة (1992) على عينة فلسطينية، وهذا المقياس خاص بالأعراض النفسية المرضية الأكثر انتشاراً بين المرتددين على العيادات النفسية، وهو قياس تقدير إكلينيكي يعتمد على التقدير الذاتي. يتكون المقياس من 90 بندا مقسمة على 9 أبعاد هي: الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخواف، البارانونيا، الذهانية، وقد اشتمل المقياس على تدرج خماسي دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، مطلقاً "حيث أخذت البدائل الدرجات 4 أو 3 أو 2 أو 1 أو 0) Leonard R, &

## - الأعراض الجسمانية:

يقصد بها الأحوال المختلفة التي يكون عليها الجسم الإنساني، وخاصة تأثير أعضاء الجسد بالجهاز العصبي اللاإرادي، حيث تظهر هذه التأثيرات في بعض تعطيل أو المعاناة في الأداء الوظيفي للعضو وتشمل البنود التالية(56،71،58،52،49،48،42،40،29،11،4،1).

وهي فئة تتضمن الألم والضيقةالذي يحدث لأعضاء الجسم، خاصة المعدة والجهاز التنفسي والدوري، والصداع وآلم الظهر، وهي أعراض سيكوسوماتية.

## - الوسواس القهري:

يقصد بها الأفكار التي تسيطر علي ذهن الفرد ولا يقوي علي التخلص منها رغم أنه يبذل الجهد الكثير للتغلب عليها إلا أنه يجد نفسه مقهوراً لتكرارها، مما يوقعه دوماً تحت وطأة الألم الشديد، وكذلك تلك الأفعال والطقوس الحركية التي تسيطر عليه ولا يجد منها فكاكاً ويجد نفسه مقهوراً علي تكرارها رغم سعيه وقناعته بعدم منطقيتها وتشمل البنود التالية (65،55،51،46،45،38،10،9،3).

وهو يشمل مجموعة من الأعراض مثل: الأفكار والدوافع القهرية والأفعال التي يعاين منها الفرد بطريقة التي يستطيع مقاومتها رغم أنها غريبة عنه وغير مرغوبة منه، وهو بعد يشير إلى وجود صعوبات معرفية واضطرابات في التذكر مع صعوبة في التركيز.

## - الحساسية التفاعلية:

يقصد بها العلاقات البينية القائمة بين الأفراد بعضهم البعض ، وأثر هذه العلاقات في الوضع النفسي للإنسان ، ويتميز الأفراد ذوو الحساسية التفاعلية المرتفعة بدرجة عالية من تبخيس الذات وتقدير ذات منخفض وتشمل البنود التالية(73،69،61،41،37،36،34،21،6).

اعرض مرضية خاصة بقصور في المشاعر وإحساس بالنقص عند المقارنة بالغير، كما يشمل ذلك بخس الذات -Self-depreciation والنزاع، والضيقة في أثناء التفاعل مع الآخرين، وتتصف بتوقعاتها السلبية في الاتصال بالآخرين.

## - الاكتئاب:

يقصد به زملة الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للاكتئاب سواء علي المستوي العضوي أو النفسي وتشتمل الهبوط في الأداء الوظيفي للإنسان وتنفرد منها حالات الهبوط المزاجي واليأس والسوداوية والانسحاب

من الواقع وعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الهمة والدافعية، والإحساس بفقدان الطاقة الحيوية إضافة لمشاعر الدونية وتبخيس الذات وتشمل البنود التالية (2)، (5،14،15،20،22،26،27،28،30،31،32،54).

#### - القلق:

يقصد به التوتر والعصبية والأعراض السلوكية التي تكون تظهر كتعبير عن حالات القلق من ارتجاف الأطراف إلى العوارض الجسمية الأخرى وتشمل البنود التالية (12،17،23،33،39،57،72،79،80،86).

يظهر نمط من السلوك الذي يصاحبه قلق ظاهر ومرتفع مع ميل للضييق والتملل والعصبية والتوتر مع مصاحبة أعراض جسمانية مثل نوبات الرعب والارجتاف.

#### - العداوة:

يقصد به سلوك الاعتداء إما علي مستوي الأفكار أو المشاعر أو الأفعال وتشمل البنود التالية (13،24،63،67،74،81).

تشير العداوة إلى مجموعة من السلوك والأفكار المشاعر العدائية ودوافع تحطيم الأشياء والمجادلات المستمرة والتوترات المزاجية التي لايمكن للفرد السيطرة عليها.

#### - قلق الخواف (الفوبيا):

يقصد به مظاهر الخوف الغير طبيعية التي تنتاب بعض الأفراد والتي يصطلح علي تسميتها بالفوبيا ومنها الخوف من الأماكن العامة وأي مظهر من المظاهر المختلفة للخوف من موضوع معين بطريقة غير طبيعية وتشمل البنود التالية (25،47،50،70،75،78،82).

#### - البارانونيا التخيلية:

يقصد به إنساب الشخص عيوبه للآخرين وكذلك العداء والشك والارتياب والمركزية حول الذات والهذات وفقدان الاستقلال الذاتي ومشاعر العظمة وتشمل البنود التالية (68،76،83،8،18،43). كما يقصد بالبارانونيا التخيلية التفكير الهذائي والتفكي للإسقاطي والعداء والشكوا لارتياب والضلالات وفقدان الاستقلال الذاتي والشعور بالعظمة.

## - الذهانية:

يقصد بها الهلوس السمعية وإذاعة الأفكار والتحكم الخارجي في الأفكار واقتحام الأفكار داخل الذهن عن طريق قوى خارجه عن إرادة الفرد وتشمل البنود التالية (7،16،35،62،77،84،85،87،88،90). وهي مجموعة من أعراض المرضية التي تشملها لوس سمعية وأفكار تخاطبيه وتحكم مسيطر على أفكار الفرد من الخارج وإقحام أفكار عن طريق قوى غير منظورة.

- عبارات اضافية: (19،44،53،59،60،64،66،89).

وفيما يخص الخصائص السيكومترية للمقياس فقد اظهرت دراسة لليونارد ديروجيتش، رونالدس، لييمانولينوكوفي (Leonard. R. Derogatis, Ronald. S, Lipman and Lino covi, (1977) تحت عنوان: التحليل العاملي لمقياس الصحة النفسية SCL-90-R النسخة الأمريكية (النسخة الأصلية)، والتي هدفت إلى الكشف عن البنية العاملية للمقياس واعتمدت على عينة قدرت ب 292 من أفراد مصابين بالفصام وأفراد يعانون من اضطرابات نفسية متنوعة، واستعمل فيها التحليل العاملي بطريقة المحاور الأساسية والتدوير المتعامد (varimax rotation) وقد توصل في هاته الدراسة على النتائج التالية:

- أن الارتباط بين المعامل التقويتراوحمابين 2.00 - 2.62

- تكون مقياس الصحة النفسية (SCL-90-R) من 9 أبعادهي: الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، لاكتئاب، القلق، لعداوة، قلق الخواف، البارانونيا، الذهانية (Derogatis and all, 1977)

كما قام أبو هين بتعريب المقياس، وتقنيه علي البيئة الفلسطينية، وذلك بحساب صدق المقياس (أبو هين، 1992).

أما فيما يخص البيئة الجزائرية فقد قاما كل من سعود فطيمة وخرموش سميرة (2016) من خلال دراستهما التي هدفت إلى الكشف عن الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية SCL-90-R وأيضا لكشف والتأكد من البنية العاملية للمقياس على عينة من الطلبة والطالبات بجامعة المسيلة والبليدة، وتوصلت الدراسة الى أنّ قيم الصدق والثبات كانت ذات موثوقية عالية، وأنّ بناؤها لفرضي جاءت مؤشرات جد مطابقة و ذات جودة عالية.

وعليه من خلال تعدد الدراسات التي أُتبثت صدق وثبات المقياس يمكننا تطبيقه بكل موثوقية على عينة الدراسة.

## 5 أساليب المعالجة الإحصائية.

بعد تفريغ النتائج و تبويبها اعتمدنا في تحليلها على الأسلوب الاحصائي بنوعيه الوصفي و الاستدلالي. فالإحصاء الوصفي مكننا من جمع البيانات و تنظيمها و تصنيفها و عرضها على شكل جداول، أما الإحصاء الاستدلالي فمكننا من تحليل و تفسير البيانات و التوصل الى استنتاجات. و قد اعتمدنا في ذلك على برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، واستخدمت الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، التكرارات و النسب المئوية لمعرفة جودة المعلومات التي تنتجها نظم المعلومات و درجة استخدامها في اتخاذ القرارات
- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لتحديد معامل الثبات للأداة الدراسة.
- معامل الارتباط بيرسون : لاختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- اختبار t لعينة واحدة لمعرفة ما اذا كانت الفروق جوهرية فيما يخص مستويات ابعاد الدراسة. وقبل تحديد الاختبارات المناسبة للتحليل الإحصائي، قمنا بمعرفة ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، وبالتالي استخدام الاختبارات اللازمة لتحليلها. ووجدنا أن البيانات تتوفر فيها شروط التوزيع الطبيعي وبذلك يمكننا استخدام الاختبارات المعملية.

عرض ومناقشة وتفسير النتائج

## تمهيد

سنقوم في هذا الفصل بعرض نتائج البحث ومعالجتها احصائيا بواسطة الحزمة الاحصائية للعلوم الانسانية (SPSS) في صيغتها (23) ثم سنعمد الى مناقشتها وتفسيرها اعتمادا على نتائج الدراسات السابقة والتراث السيكولوجي ، وهذا بعرض كل فرضية على حدى وتفسيرها للتعرف على نوعية القرار المتخذ بالرفض أو القبول .

### • عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

و التي تنص على أنّ " مستوى الارجاعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي منخفض".  
للاجابة على هذه الفرضية تمّ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لوصف مستويات الارجاعية لدى أفراد عينة الدراسة ، ولمعرفة ما إذا كان هذا الفرق جوهريا بين المتوسط الحسابي للعينة و المتوسط النظري للمجتمع ( القيمة الاختبارية) نقوم بحساب اختبار (t) - T-TEST لعينة واحدة. وقد جاءت النتائج كما الجدول التالي:

الجدول رقم (18): يوضح مستويات الارجاعية لدى عينة الدراسة.

عدد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	df	مستوى الدلالة	مستوى الأهمية
68	83,0441	19,57415	9,708	67	,000	عالي

Test Value = 60

يتضح من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي للإرجاعية لدى أفراد عينة البحث والتي تساوي (83,04) تفوق المستوى المتوسط ( عبارة عن المتوسط النظري لمجتمع البحث = الفرق بين أعلى درجة و أدنى درجة / 2 = 2/120 = 60).

كما أظهرت نتائج اختبار (t) T-TEST لعينة واحدة أن الفروق دالة إحصائيا بين متوسط العينة (83,04) والمتوسط النظري (60) لصالح متوسط العينة، وبالتالي يمكن القول أن مستوى الإرجاعية لدى أفراد العينة مستوى عالي. وهو عكس ما تم افتراضه.

اتفقت هذه النتيجة مع ما أسفرت عنه نتائج دراسة الناصر وسندمان (2000) كما جاء في محمد الخطيب(2007) حول تقييم عوامل الإرجاعية في مواجهة أحداث الصدمة في الكويت سنة (1990)، والتي أثبتت أن أكثر من ثلث أفراد العينة (37%) صنفوا بأنهم ذوو مستوى عالي في الإرجاعية (ياحي سامية، 2014، ص26)

وفي دراسة مماثلة لليث محمد عياش (2018) حول التعرف على غفران الذات والارجاعية لدى طلبة الجامعة اذ بلغت عينة الدراسة 400 طالب وطالبة من طلبة الصف الأول والرابع، أسفرت نتائج الدراسة عن تميز أفراد العينة بالغفران وبالارجاعية، وكانت الارجاعية لصالح الذكور (ليث محمد عياش، 2018)

قد ترجع هذه النتيجة أي تحلي أفراد عينة البحث بمستوى عال من الارجاعية الى محاولاتهم لمواجهة وضعية المرض بما تحمله من تهديدات وأخطار، يحاول المريض أن لا يبقى مكتوف الأيدي وأن يتصدى محاولا التحكم في الوضعية الصعبة للمرض بما يملكه من استراتيجيات كممارسة الشعائر الدينية كالصلاة واللجوء للأدعية وقراءة القرآن سيما أن هذه المكونة الدينية جزء أساسي في شخصية الفرد الجزائري وهي بعد ثقافي مهم في تكوين المواجهة الدينية لديه في مختلف الظروف والأوضاع، صف الى ذلك ميل المريض الى التحكم في مرضه ومحاولة قيادة حياته وتخطيطه لها دون اللجوء إلى الآخرين من الأهل و الأقارب خاصة أن أفراد العينة أغلبهم خضعوا ولمدة طويلة لعملية تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية وهو يعلم جيدا أنه يجب أن يتكل على نفسه في غياب الأهل والأقارب والأصدقاء في معظم الأحيان، وهذا ما يعبر عنه بالفعل العديد من المرضى الذين شكلوا مجموعة البحث الحالي.

#### • عرض و مناقشة الفرضية الثانية :

والتي التي تنص على أن " مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي النهائي منخفض". للإجابة على هذه الفرضية تمّ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لوصف مستويات الصحة النفسية لدى افراد عينة الدراسة ، ولمعرفة ما إذا كان هذا الفرق جوهريا بين المتوسط الحسابي للعينة و المتوسط النظري للمجتمع ( القيمة الاختبارية) نقوم بحساب اختبار (t) T-TEST للعينة واحدة. وقد جاءت النتائج كما الجدول التالي:

الجدول رقم (19): يوضح مستويات الصحة النفسية لدى عينة الدراسة.

عدد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	df	مستوى الدلالة	مستوى الأهمية
68	121,5588	63,18544	- 7,627	67	,000	منخفض

يتضح من الجدول أن المتوسط الحسابي لمستوى الصحة النفسية لدى أفراد عينة البحث أقل من المستوى المتوسط النظري (المتوسط النظري لمجتمع البحث = الفرق بين أعلى درجة و أدنى درجة/ 2 = 180=2/360).

كما أظهرت نتائج اختبار (t) T-TEST العينة واحدة أن الفرق بين متوسط العينة (121,55) والمتوسط النظري (180) دال إحصائيا لصالح المتوسط النظري (القيمة الإختبارية)، وبالتالي يمكن القول أن مستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة مستوى منخفض. ومنه فإن الفرضية الثانية تحققت.

وجاءت هذه النتيجة متفقة مع ما أسفرت عنه بغض الدراسات النفسية، كدراسة MawufemoYawoviTsevi (2016) والآخرين حول تصفية الدم عن طريق الآلة والاكنتاب لدى المرضى الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة بمستشفى Lomé أبطوغو (Togo) والتي ضمت 88 مريض حيث 61.4 / كانوا رجال ، 64 مريض أي 52.3 / كانت مدة معالجتهم بتصفية الدم بالكلية الاصطناعية تتراوح بين سنة وأربع (04) سنوات، أثبتت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الاكنتاب ومدة تصفية الدم بواسطة الآلة. (MawufemoYawovi, 2016)

كما اختلفت نتيجة بحثنا مع ما أشارت اليه دراسة **Abdou Djibo Douma Maiga** , **Ide, Hassoumi Larabou, Houdou Seyni et Amadou Sidikou** حول القلق والاكنتاب لدى المرضى الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة بمستشفى لموردي **Lamordé** وذلك سنة 2013 والتي أثبتت أن انتشار القلق و الاكنتاب كانا في بداية الحياة مع تصفية الدم المزمنة بواسطة الآلة.

وأظهرت من جهتها دراسة غالب رضوان نياي مقداد (2015) حول قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي .وعلاقته ببعض المتغيرات عينة عشوائية قوامها (144) مريض أنه عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات قلق المستقبل والمساندة الاجتماعية والصبر و التذكر لدى مرضى الفشل الكلوي يعزى ( للنوع، للحالة الاجتماعية،الحالة الوظيفية، العمر، مدة المرض وعدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بقلق المستقبل لدى المرضى يعزى لعدد مرات تصفية الدم عن طريق الآلة) مرتان - ثلاث مرات)، والفروق كانت لصالح الذين يخضعون لتصفية الدم ثلاث مرات في الأسبوع.

إن خضوع مريض القصور الكلوي المزمن النهائي للعلاج التلطيفي بواسطة تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية يدخله في مرحلة جديدة من حياته سيما أن هذا المرض صامتا لا تظهر له أعراض الا في المرحلة النهائية، وأغلب المرضى يتفاجؤون به مما يزيد من معاناتهم ، يبدأ هذه المرحلة بإجراء عملية جراحية من أجل خلق الوصلة الشريانية الوريدية (الناسور) والتي تصبح تذكره فيما بعد ودائما بالجسم الغريب الموجود بيده مما تجعل عملية الحداد مع المرض صعبة جدا ثم إيصاله بالآلة مرتين أو ثلاث في الأسبوع، هذا الشيء الغريب عنه والذي يصفى دمه، اذ رؤية المريض لدمه خارج جسمه يزيد من معاناته، ضف الى ذلك تواجده بمصلحة تصفية الدم لأربع ساعات في كل جلسة تصفية والذي فيه تقييد كبير لحرية كما أنه ينعكس سلبا على حياته المهنية

ناهيك عن المضاعفات العديدة التي يتعرض لها كارتفاع ضغط الدم، الأنيميا، ارتفاع الفوسفور، الإنتانات، التهابات الفيروسية. الخ، هذا بالإضافة الى الحمية الشديدة التي يخضع اليها المريض كتحديد السوائل والبروتينات وكذا الكثير من الخضروات والفواكه، كما يعاني أغلب هؤلاء المرضى من مشاكل جنسية هذا كله قد ينعكس على حالته النفسية وهذا ما يجعل هؤلاء المرضى حسب نظرنا وحسب ما جاء في الدراسات السابقة يعانون من مستوى متدني من الصحة النفسية كالاضطرابات الانفعالية المتعددة كالقلق والاكتئاب ، ارتفاع مستوى قلق المستقبل، محاولات انتحارية وكذا مشاعر العدوانية، مخاوف مرضية ..الخ. خاصة كلما تقدم في المرض أو بمعنى اخر كلما زادت مدة المرض يضعف ويكاد يتلاشى أمله في الحصول على كلية.

بينت نتائج التحليل الإحصائي للمعطيات التي تحصلنا عليها من تطبيق اختبار الصحة النفسية على مرضى القصور الكلوي النهائي أن مستوى الصحة النفسية لديهم منخفض، فكما هو معلوم فان العلاج عند بلوغ المرض هذا الحد هو تصفية الدم عن طريق الكلية أو الدياليز أي أن المريض يصبح أسيرا لآلة الغسيل طوال حياته إن لم يتسنى له الحصول على عملية زرع الكلى.

و عليه فليس من الصعب تصور مدى معاناة هؤلاء المرضى، فمن جهة حياتهم التي أصبحت مقترنة بالآلة الغسيل و هذا قد ينهي كل طموحاتهم في عيش حياة طبيعية و عادية، و من جهة أخرى العلاج الدوائي و ما يترتب عليه من أعراض ( التعب ، الغثيان، التشنج.....الخ)، بالإضافة إلى نمط الحياة الذي يفرضه عليه المرض فيما يتعلق بالغذاء، و ممارسة مختلف النشاطات وهنا قد يصل الأمر لدى بعض المرضى إلى الحد التام عن أي نشاط بدني. مما يؤثر بدوره على الحياة الاجتماعية للفرد و على نظرتة لمستقبله الصحي.

كل هذه الضغوط تجعل المريض يعيش معاناة نفسية لا تقل أهمية عن الآثار التي تبرز من الجانب العضوي ، تتجلى في مجموعة من الأعراض تشير إلى اختلال التوازن النفسي للمريض و تدل على إصابته باضطرابات نفسية مختلفة و التي نجد منها خاصة القلق ، و الاكتئاب.

Mollahadi et al (2010) تتماشى نتائج دراستنا الحالية و النتائج التي توصل اليها من خلال دراسته التي هدفت إلى مقارنة مستوى القلق ، و التوتر ، و الاكتئاب بين مرضى تصفية الدم وحالات زراعة الكلى. واعتمدت منهجية الدراسة في طريقة بحثها على المقارنة الوصفية (Descriptive - Comparative) حيث تم أخذت عينتين :الأولى تكونت من 147 مريضا من مرضى تصفية الدم، والثانية تكونت من 146 حالة من حالات زراعة الكلية من مشفى واحدة من العيادات الخاصة في طهران عام 2009 ،تم تطبيق مقياس القلق، و مقياس الاكتئاب، ومقياس التوتر النفسي(DASS21)

(Depression, Anxiety and Stress Scale-21questions)، حيث كانت أهم النتائج كتالي بالنسبة لمرضى تصفية الدم 63.9% من المرضى يعانون من القلق، و 60.5% منهم يعانون من الاكتئاب ، و 51.7% يعانون من التوتر النفسي، أما بالنسبة لحالات زراعة الكلية كان هناك 38.4% يعانون من القلق ، و 39% يعانون من الاكتئاب ، و 48،6% يعانون من التوتر النفسي ، و عليه فان الدراسة خلصت الى ان معدل انتشار القلق ، و الاكتئاب ، و التوتر النفسي مرتفع لدى مرضى تصفية الدم ، و مرضى زراعة الكلى كما انه سجل ارتفاعا لدى مرضى تصفية الدم.

في حين نجد من الباحثين أمثال، Bayatetal (2012) الذي سعى إلى تقييم مرضى القصور الكلوي الخاضعين لتصفية الدم من الناحية النفسية من خلال دراسته التي قيم فيها عوامل القلق، والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية لدى مرضى تصفية الدم، والمشكلات النفسية الأخرى المتعلقة بهذه الفئة ، إضافة إلى تحديد العلاقة بين تلك العوامل لدى المرضى واعتمدت منهجية الدراسة على أخذ عينة مقطعية قوامها 218 مريضاً يخضعون لتصفية الدم، وتم تطبيق المقاييس التالية : مقياس القلق و مقياس الاكتئاب المعد من قبل المستشفى

HospitalAnxiety&Depression ومقياس الشخصية والمزاج (TCI)

Temperament&CharacterInventoryScale، ومقياس المساندة الاجتماعية (MSPSS-P) Multidimensionalperceived Social Scale وكانت أهم النتائج:

( 43.6% ) من المرضى يعانون من الاكتئاب، و(43.1%) يعانون من القلق، علماً أن غالبية المرضى كان معدل المساندة الاجتماعية لديهم عالٍ(المساندة الأسرية – مساندة الأصدقاء) ويرجع ذلك إلى الثقافة الإسلامية للمجتمع الإيراني، ( Bayatetal, 2012).

و في نفس سياق اختبار المعاناة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي النهائي ذهب مجموعة من الباحثين منهم Patel et al 2012 الى دراسة القلق و الاكتئاب، والمخاوف الانتحارية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن الخاضعين لعملية تصفية الدم.

هدفت الدراسة إلى تقييم العوامل النفسية والعلاقة بين القلق، والاكتئاب، والإعياء، والصحة السيئة، وزيادة مخاوف الانتحار، واعتمدت منهجية الدراسة على أخذ عينة مقطعية قوامها 150 مريض بالفشل الكلوي المزمن جميعها أكبر من 18 عام، من وحدة الكلى بالمستشفى الطبي في الهند، تم تقييم الحالة النفسية باستخدام المقاييس التالية: مقياس المقابلة العصبية العالمي International Neuropsychiatric، ومقياس القلق والاكتئاب المعد من قبل المستشفى

( Interview ) ( HospitalAnxiety and DepressionScale، ومقياس جودة الحياة ، و جاءت النتائج كما يلي: 70(46.6%) مريض يعانون من الاكتئاب المصاحب بالإعياء، و ( 28.6% ) 43 مريض كان لديهم أفكار انتحارية والقلق ، إضافة إلى سوء جودة الحياة لجميعهم .ومحصلة الدراسة تقول أن مرضى

تصفية الدم يكون لديهم الاكتئاب مصحوباً بالإعياء الجسدي والمشكلات الجسدية، علاوة على ذلك يعتبر الفلق والاكتئاب مؤشراً قوياً لتولد الأفكار الانتحارية (Patel et all, 2012)

و من الدراسات العربية التي تناولت مرضى القصور الكلوي بالدراسة نجد دراسة عوض الله وآخرون (2008) بعنوان "برنامج لتحسين الحالة الانفعالية و المعرفية لدى المرضى الخاضعين لتصفية الدم". هدفت الدراسة إلى الكشف عن آثار الفشل الكلوي المزمن على الحالة الانفعالية والتوافق الاجتماعي والنفسي للمرضى، إضافة إلى دراسة الحالة المعرفية لديهم، كما تم دراسة تأثير برنامج الحالة النفسية للمرضى، حيث تكونت عينة الدراسة من 40 مريضاً بالفشل الكلوي و 40 مريضاً من الأصحاء كعينة ضابطة ، وتم تطبيق "مقياس الحالة الانفعالية"، و"مقياس التوافق النفسي والاجتماعي" مقياس القدرات العقلية الأولية ، ومقياس تقدير عمليات التذكر، وكانت أهم النتائج أن الحالة المعرفية والانفعالية للعينة الضابطة أفضل من العينة المريضة بالفشل الكلوي ، و وجود فروق جوهرية بين المرضى قبل تطبيق البرنامج و بعده (عوض الله وآخرون، 2008) .

بالإضافة إلى هذه الدراسات، نجد دراسة حديثة صادرة عن جامعة الملك خالد، قدمتها الباحثة فاطمة القحطاني، بعنوان "أساليب مواجهة الضغوط، وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى مرضى تصفية الدم " وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (108) مريض بالفشل الكلوي بمدينة أبها، ( 54 )ذكور، و ( 54 ) إناث، مستخدمة المنهج الوصفي .

وبينت الدراسة أن الاكتئاب يعتبر من أكثر المشاكل النفسية شيوعاً التي يواجهها مرضى الفشل الكلوي الخاضعين لتصفية الدم، وتشمل أعراضه تدني الحالة المزاجية، وتدني الإهتمام بالأنشطة اليومية، والتمتع بها، والتغير في الوزن، و الأرق و الإعياء، وعدم الراحة، والعجز، واليأس، والشعور بالذنب .وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاكتئاب وبعض أساليب مواجهة الضغوط، و هي إعادة التقييم الإيجابي، وأسلوب اللجوء إلى الله ، و البحث عن المساعدة، والمعلومات، والتنفيس الإنفعالي، كما وجدت فروقاً دالة إحصائياً بين متوسط منخفضي، ومرتفعي الاكتئاب في أسلوب إعادة التقييم الإيجابي، وأسلوب التنفيس الانفعالي ، كما وجدت فروق دالة إحصائياً تبعاً للجنس في أسلوب البحث عن الإثارة البديلة، وفروق تبعاً للعمر في أساليب مواجهة الضغوط التالية (البحث عن الإثارة البديلة ، النظام الغذائي الصحي، التعليمات الطبية (بينما لم تجد فروق في أساليب مواجهة الضغوط تبعاً لمدة العلاج و المستوى الاقتصادي، بينما وجدت النتائج فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، كما توصلت النتائج إلى أن بعض أساليب مواجهة الضغوط إعادة التقييم الإيجابي و التنفيس الانفعالي تنبئ بمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي. (القحطاني، 2015، ص. 12).

إلى جانب هذه الدراسات هناك من الباحثين من أراد التعرف على مدى تأثير الوضع الصحي لمرضى القصور الكلوي و طبيعة العلاج المرتبط بعمل آلة الغسيل على الحياة المستقبلية للمريض ، و في هذا

السياق سعى غالب رضوان(2015) إلى التعرف على مستوى قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في ضوء بعض المتغيرات، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة التالية ( اختبار قلق المستقبل - اختبار المساندة الاجتماعية - اختبار الصبر - اختبار التذكر)، وهي من إعداد الباحث، وقد تكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية قوامها 144 مريضاً، و استخدام الباحث المنهج الوصفي التحليلي. ومن أهم النتائج المتحصل عليها: أولاً أن مستوى الشعور بقلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن كان مرتفعاً (73.0%)، ومستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى أيضاً كانت مرتفعة (82.2%)، حيث احتل بعد المساندة الأسرية المرتبة الأولى (90.4%)، يليه في الترتيب بعد الطاقم الطبي (82.2%)، والأخير بعد الأصدقاء (63.8%)، كما أن مستوى الصبر لديهم كان مرتفعاً جداً (96.2%)، والتذكر كان بدرجة متوسطة (55.9%).

ثانياً عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وبين المساندة الاجتماعية وأبعادها (الأسرة - الأصدقاء - الطاقم الطبي) لدى مرضى الفشل الكلوي، وعدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وبين الصبر لدى هذه الفئة، وقد تبين وجود علاقة طردية موجبة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وبين التذكر.

ثالثاً، عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات قلق المستقبل والمساندة الاجتماعية والصبر والتذكر لدى مرضى الفشل الكلوي يعزى ( للنوع - للحالة الاجتماعية - للحالة الوظيفية - العمر - مدة المرض). 4. وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بقلق المستقبل لدى المرضى يعزى لعدد مرات الغسيل الكلوي ( مرتان - ثلاث مرات )، والفروق كانت لصالح الذين يغسلون ثلاث مرات في الأسبوع، وقد تم تفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري حول متغيرات الدراسة والثقافة الفلسطينية بأبعادها المختلفة، ثم الثقافة الصحية للمؤسسات الصحية العاملة. (غالب، 2015، ص.02).

بعد استعراضنا لهذه الدراسات نستخلص أن مرض القصور الكلوي يمثل وضعية ضاغطة و لا سيما إن تدهورت حالة المريض و وصل الى الغسيل الكلوي مما يزيد من مشقة المريض النفسية والجسدية ، كما تتفاقم الضغوط النفسية لديه لتعدد مصادره، فبالإضافة إلى ضغوط المرض و العلاج يصبح المريض يعاني من ضغوط اجتماعية ، و اقتصادية.....الخ، و عليه و بهدف دراسة مصادر هذه الضغوط و تقييمها قام،(Baldree, Murphy et Powers (1992) بدراسة هدفت إلى تقييم أنواع وشدة الضغوطات، وتحديد استراتيجيات المواجهة المستخدمة عند 35 مريض يخضعون إلى تصفية الدم، أظهرت النتائج بأن الضغوطات التي واجهها المرضى -التي تمّ قياسها بأدوات موضوعية- كانت ضغوطات نفسية اجتماعية، وكان لها أثر مساو للضغوطات الفسيولوجية. كما تمّ تصنيف القيود المفروضة على السوائل كأعلى مصدر للضغط النفسي الاجتماعي، وتمثلت الضغوطات الفسيولوجية في تشنجات العضلات و التعب(Baldree, Murphy et Powers 1992)

كما توصلت العديد من الدراسات حول الضغوطات التي يواجهها مرضى تصفية الدم في حياتهم، بأن هذه الفئة تعاني من ضغوطات نفسية و فيسيولوجية على حد سواء ( Al Nazly et al, 2013; Baldree et Murphy et Powers, 1982 ; Tu et al, 2013) منها التعب و الإجهاد، نقص الحركة، القيود الغذائية والقيود على السوائل، و التي أعتبرت في العديد من البحوث بأنها المشاكل التي يتم إدراكها من طرف المرضى الخاضعين لتصفية الدم الأكثر ضغطا ( Mok et Tam, 2001 ; Sensky, Leger, et Gilmour, 1996 ; Shahrokhi, 2014)

#### • عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

والتي التي تنص على أنه " يلجأ مرضى القصور الكلوي الى استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال أكثر" . للتحقق من نتائج هذه الفرضية نقوم بحساب المتوسطات الحسابية والرتب النسبية (المتوسط الحسابي/ أعلى قيمة للمقياس ضرب 100%) لاستخدام استراتيجيات المواجهة، وترتيبها من الأكثر استخداما إلى الأقل استخداما كما هو موضح في الجدول التالي:

#### الجدول (20): مستويات استخدام استراتيجيات المواجهة.

الرتبة	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد العينة	استراتيجيات المواجهة
2	78.96	8,60379	25,2794	68	المشكل
3	69.57	4,40316	19,4853	68	التجنب
4	63.15	3,41596	12,6324	68	الدعم
1	82.85	3,30227	16,5735	68	التقييم
5	62.56	2,67934	10,0147	68	التأنيب

يتضح من الجدول أعلاه أن أفراد العينة يلجأون إلى استخدام استراتيجية إعادة التقييم الايجابي (وهي من الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال) أكثر من غيرها من الاستراتيجيات الاخرى (حيث جاءت في المرتبة الاولى)، يليها في المرتبة الثانية استراتيجية حل المشكل، وفي المرتبة الثالثة نجد استراتيجية التجنب وهي من استراتيجيات المتمركزة حول الانفعال أيضا، وجاءت استراتيجية البحث عن الدعم في المرتبة الرابعة وهي من استراتيجيات المركزة على المشكل، وفي الاخير جاءت استراتيجية التأنيب الذاتي وهي من استراتيجيات المركزة على الانفعال.

تبين نتائج التحليلات الاحصائية كما جاء في الجدول(20) أن استراتيجية اعادة التقييم الايجابي جاءت في مقدمة الاستراتيجيات بمعنى أن مريض القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضع للآلة يلجأ كثيرا الى هذه الاستراتيجية مقارنة بالاستراتيجيات الأخرى وهي تندرج ضمن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال قد يكون ما يدفعه الى ذلك هو التهديد الكبير الذي يمثله مرض خطير كهذا مما يجعل المريض يحاول اعادة تقييم الوضعية عله يجد حلا لها وقد يكون في نظرنا هذا ما جعله يلجأ فيما بعد الى البحث عن حلول كي يحقق توازنه لكنه أمام وطأة المرض يحاول أن يبتعد بالخيال، التدخين، المهدئات..الخ، أي بمعنى يحاول تجنب وضعية المرض وهي احدى استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال.

يحتل الدعم الاجتماعي المرتبة الرابعة وهو يندرج حسب مقياس بولهان(1949) ضمن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، نلاحظ أن اللجوء اليه لم يكن مشددا وقد ترجع هذه النتيجة في نظرنا الى الفرق بين الدعم الاجتماعي المدرك والدعم الاجتماعي المقدم فعلا مما يجعل المريض لا يوليه أهمية كبيرة سيما أن الكثير من المرضى يصرون بابتعاد الأهل والأصدقاء والأقرباء عنهم، وربما هذا ما يدفع المريض الى البحث عن الحلول بمفرده.

لا يلجأ المريض الى تأنيب الذات الذي يعد استراتيجية انفعالية إلا بصفة قليلة مقارنة بالاستراتيجيات الأخرى ونعزو هذه النتيجة الى أن أفراد عينتنا لا يلومون أنفسهم على المرض وقد يرجع هذا لتبنيهم للمواجهة الدينية (كما جاء في نتائج الفرضية الأولى) والتي تعتبر المرض قضاء وقدر أو مكتوب الله على حد تعبيرهم.

تبين نتائج التحليلات الاحصائية كما جاء في الجدول ( 20 ) أن استراتيجية إعادة التقييم الايجابي جاءت في مقدمة الاستراتيجيات بمعنى أن مريض القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضع للآلة يلجأ كثيرا إلى هذه الاستراتيجية مقارنة بالاستراتيجيات الأخرى وهي تندرج ضمن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال ، قد يكون ما يدفعه الى ذلك هو التهديد الكبير الذي يمثله مرض خطير كهذا مما يجعله يحاول إعادة تقييم الوضعية عله يجد حلا لها ، وقد يكون في نظرنا هذا ما جعله يلجأ فيما بعد الى البحث عن حلول كي يحقق توازنه . لكنه أمام وطأة المرض يحاول أن يبتعد بالخيال، التدخين، المهدئات..الخ، أي يحاول تجنب وضعية المرض وهي احدى استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال.

يحتل الدعم الاجتماعي المرتبة الرابعة وهو يندرج حسب مقياس بولهان(1949) ضمن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، نلاحظ أن اللجوء اليه لم يكن مشددا وقد ترجع هذه النتيجة في نظرنا الى الفرق بين الدعم الاجتماعي المدرك والدعم الاجتماعي المقدم فعلا ، مما يجعل المريض لا

يوليه أهمية كبيرة سيما أن الكثير من المرضى يصرون بابتعاد الأهل والأصدقاء والأقرباء عنهم، وربما هذا ما يدفع المريض الى البحث عن الحلول بمفرده.

لا يلجأ المريض الى تأنيب الذات الذي يعد استراتيجية انفعالية الا بصفة قليلة مقارنة بالاستراتيجيات الأخرى ونعزو هذه النتيجة الى أن أفراد عينتنا لا يلومون أنفسهم على المرض وقد يرجع هذا لتبنيهم للمواجهة الدينية (كما جاء في نتائج الفرضية الأولى) والتي تعتبر المرض قضاء وقدر أو مكتوب الله على حد تعبيرهم.

#### • عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص علنتوجد علاقة بين مستوى الارجاعية ومدة خضوع المرضى الى تصفية الدم عن طريق الآلة . و للتحقق من نتائج هذه الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين مستويات الصحة النفسية ومدة الخضوع لتصفية الدم لدى افراد عينة الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (21): قيمة معامل الارتباط بين الصحة النفسية ومدة الخضوع للغسيل الكلوي.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	عدد العينة	
,008	-,318**	68	معامل الارتباط بين الصحة النفسية ومدة الخضوع للغسيل الكلوي

• \*\* ارتباط دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول أنّ قيمة معامل الارتباط هي (-,318) وهي قيمة سالبة و ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01، وعليه نستنتج أنّ هناك علاقة عكسية بين درجة الصحة النفسية ومدة خضوع المرضى الى تصفية الدم عن طريق الآلة. أي أنه كلما زادت مدة خضوع المريض إلى تصفية الدم كلما انخفض مستوى الصحة النفسية وهي نتيجة منطقية.

جاءت هذه النتيجة متفقة مع ما أسفرت عنه بغض الدراسات النفسية، كدراسة MawufemoYawoviTsevi (2016) والآخرين حول تصفية الدم عن طريق الآلة والاكنتاب لدى المرضى الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة بمستشفى Lomé بطوغو (Togo) والتي ضمت 88 مريض حيث 61.4 / كانوا رجال ، 64 مريض أي 52.3 / كانت مدة معالجتهم بتصفية الدم بالكلية الاصطناعية تتراوح بين سنة وأربع (04) سنوات، أثبتت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الاكنتاب ومدة تصفية الدم بواسطة الآلة. (MawufemoYawovi, 2016)

في حين اختلفت نتيجة بحثنا مع ما أشارت اليه دراسة Djibo Douma , Abdou Ide, HassoumiLarabou, HoudouSeyni et Amadou SidikouMaiga حول القلق والاكنتاب لدى المرضى الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة بمستشفى

لموردي Lamordé وذلك سنة 2013 والتي أثبتت أن انتشار القلق و الاكتئاب كانا في بداية الحياة مع تصفية الدم المزمنة بواسطة الآلة.

وأظهرت من جهتها دراسة غالب رضوان نياي مقداد (2015) حول قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي .وعلاقته ببعض المتغيرات عينة عشوائية قوامها ( 144 ) مريض أنه عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات قلق المستقبل والمساندة الاجتماعية والصبر و التذكر لدى مرضى الفشل الكلوي يعزى ( للنوع، للحالة الاجتماعية،الحالة الوظيفية، العمر،مدة المرض وعدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بقلق المستقبل لدى المرضى يعزى لعدد مرات تصفية الدم عن طريق الآلة( مرتان – ثلاث مرات)، والفروق كانت لصالح الذين يخضعون لتصفية الدم ثلاث مرات في الأسبوع.

إن خضوع مريض القصور الكلوي المزمن النهائي للعلاج التلطيفي بواسطة تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية يدخله في مرحلة جديدة من حياته سيما أن هذا المرض صامتا لا تظهر له أعراض الا في المرحلة النهائية، وأغلب المرضى يتفاجؤون به مما يزيد من معاناتهم ، يبدأ هذه المرحلة بإجراء عملية جراحية من أجل خلق الوصلة الشريانية الوريدية (الناسور) والتي تصبح تذكره فيما بعد ودائما بالجسم الغريب الموجود بيده مما تجعل عملية الحداد مع المرض صعبة جدا ثم إيصاله بالآلة مرتين أو ثلاث في الأسبوع، هذا الشيء الغريب عنه والذي يصفى دمه، اذ رؤية المريض لدمه خارج جسمه يزيد من معاناته، ضف الى ذلك تواجهه بمصلحة تصفية الدم لأربع ساعات في كل جلسة تصفية والذي فيه تقييد كبير لحريته كما أنه ينعكس سلبا على حياته المهنية ناهيك عن المضاعفات العديدة التي يتعرض لها كارتفاع ضغط الدم، الأنيميا، ارتفاع الفوسفور، الإبتانات، الالتهابات الفيروسية. الخ، هذا بالإضافة الى الحمية الشديدة التي يخضع اليها المريض كتحديد السوائل والبروتينات وكذا الكثير من الخضروات والفواكه، كما يعاني هؤلاء المرضى من مشاكل جنسية هذا كله قد ينعكس على حالته النفسية وهذا ما يجعل هؤلاء المرضى حسب نظرنا وحسب ماجاء في الدراسات السابقة يعانون من مستوى متدني من الصحة النفسية كالاضطرابات الانفعالية المتعددة كالقلق والاكتئاب ، ارتفاع مستوى قلق المستقبل، محاولات انتحارية وكذا مشاعر العدوانية، مخاوف مرضية ..الخ. خاصة كلما تقدم في المرض أو بمعنى اخر كلما زادت مدة المرض يضعف ويكاد يتلاشى أمله في الحصول على كلية.

جاءت نتائج البحث متفقة مع ما أسفرت عنه بعض الدراسات النفسية، كدراسة MawufemoYawoviTsevi (2016) واخرون حول تصفية الدم عن طريق الآلة والاكتئاب لدى المرضى الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة بمستشفى Lomé بطوغو (Togo) والتي ضمت 88 مريض حيث 61.4 / كانوا رجال ، 64 مريض أي 52.3 / كانت مدة معالجتهم بتصفية الدم

بالكلية الاصطناعية تتراوح بين سنة وأربع (04) سنوات، أثبتت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب ومدة تصفية الدم بواسطة الآلة. (MawufemoYawovi, 2016)

اختلفت نتيجة بحثنا مع ما أشارت إليه دراسة Abdou Djibo Douma Maiga , Ide, Hassoumi Larabou, Houdou Seyni et Amadou Sidikou حول القلق والاكتئاب لدى المرضى الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة بمستشفى لموردي Lamordé وذلك سنة 2013 والتي أثبتت أن انتشار القلق و الاكتئاب كانا في بداية الحياة مع تصفية الدم المزمنة بواسطة الآلة. وأظهرت من جهتها دراسة غالب رضوان نياي مقداد (2015) حول قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي و علاقته ببعض المتغيرات لدى عينة عشوائية قوامها (144) مريض ، عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات قلق المستقبل والمساندة الاجتماعية والصبر و التذكر لدى مرضى الفشل الكلوي يعزى ( للنوع، للحالة الاجتماعية، الحالة الوظيفية، العمر، مدة المرض وعدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بقلق المستقبل لدى المرضى يعزى لعدد مرات تصفية الدم عن طريق الآلة) مرتان - ثلاث مرات)، والفروق كانت لصالح الذين يخضعون لتصفية الدم ثلاث مرات في الأسبوع.

إن خضوع مريض القصور الكلوي المزمن النهائي للعلاج التلطيفي بواسطة تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية يدخله في مرحلة جديدة من حياته سيما أن هذا المرض صامت لا تظهر له أعراض الا في المرحلة النهائية، وأغلب المرضى يتفاجؤون به ، مما يزيد من معاناتهم ،حيث تبدأ هذه المرحلة بإجراء عملية جراحية من أجل خلق الوصلة الشريانية الوريدية (الناصور) والتي تصبح تذكره فيما بعد ودائما بالجسم الغريب الموجود بيده ، مما يجعل عملية الحداد مع المرض صعبة جدا ثم ايصاله بالآلة مرتين أو ثلاث في الأسبوع، هذا الشيء الغريب عنه والذي يصفى دمه باستمرار ، عند رؤيته ( المريض ) لدمه خارج جسمه يزيد من معاناته، ضف الى ذلك تواجهه بمصلحة تصفية الدم لأربع ساعات في كل جلسة تصفية والذي فيه تقييد كبير لحريته ، كما أنه ينعكس سلبا على حياته المهنية ، ناهيك عن المضاعفات العديدة التي يتعرض لها كارتفاع ضغط الدم، الأنيميا، ارتفاع الفوسفور، الإنتانات، الالتهابات الفيروسية.... الخ. هذا بالإضافة الى الحمية الشديدة التي يخضع اليها المريض كتحديد السوائل والبروتينات وكذا إضافة الكثير من الخضروات والفواكه، كما يعاني أغلب هؤلاء المرضى من مشاكل جنسية ، هذا كله قد ينعكس على حالته النفسية وهذا ما يجعل هؤلاء المرضى حسب نظرنا وحسب ما جاء في الدراسات السابقة يعانون من مستوى متدني من الصحة النفسية كالاضطرابات الانفعالية المتعددة كالقلق والاكتئاب ، ارتفاع مستوى قلق المستقبل، محاولات انتحارية وكذا مشاعر العدوانية، مخاوف مرضية ... الخ. خاصة كلما تقدم في المرض أو بمعنى اخر كلما زادت مدة المرض يضعف ويكاد يتلاشى أمله في الحصول على كلية.

• عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

والتي تنص على توجد علاقة بين درجة الارجاعية ودرجة الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي". للتحقق من نتائج هذه الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة الارجاعية ودرجة الصحة النفسية لدى افراد عينة الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (22): قيمة معامل الارتباط بين الارجاعية والصحة النفسية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	عدد العينة	
,000	-,489**	68	معامل الارتباط بين الارجاعية والصحة النفسية

• \*\* ارتباط دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول أن قيمة معامل الارتباط هي (-,489\*\*) وهي قيمة سالبة وذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01، وعليه نستنتج أن هناك علاقة عكسية بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الارجاعية لدى افراد العينة. أي أنه كلما زاد مستوى الارجاعية كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.

لم تتفق نتائج دراستنا مع ما جاء في التراث السيكولوجي من ارتباط الارجاعية بالصحة النفسية كدراسات ورنوغارميزيوروتر، كما أوضحت دراسة حدادي وبشارت Haddadi et Bescharat (2010) وجود علاقة ايجابية بين الارجاعية والسعادة النفسية، وعلاقة سلبية بين الارجاعية والضغط النفسية (محمد أحمد الزعبي، 2016، ص 38) ونعزو هذه النتيجة الى أن وطأة المرض بما تحمله من مضاعفات وتعقيدات ، ضف إليها الوسائل القليلة والوضعية المزرية لمصالح تصفية الدم . كما أن عملية زرع الكلى الأمل الوحيد للمريض تكاد تكون مستحيلة جعلت بالرغم من محاولته التأقلم والتكيف وتفعيل مصادره الداخلية ( أي أن يكون ارجاعي ) إلا أنه لم يتمكن من الاحتفاظ بمستوى مقبول من الصحة النفسية .

• عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة :

والتي تنص على "توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي" . للتحقق من نتائج هذه الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة استراتيجيات المواجهة ودرجة الصحة النفسية لدى افراد عينة الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (23): قيمة معامل الارتباط بين الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	عدد العينة	
,000	-,522**	68	معامل الارتباط بين استراتيجية حل مشكل والصحة النفسية
,041	,248*	68	معامل الارتباط بين استراتيجية التجنب والصحة النفسية
,342	-,117	68	معامل الارتباط بين استراتيجية الدعم والصحة النفسية
,000	-,562**	68	معامل الارتباط بين استراتيجية التقييم والصحة النفسية
,016	,292*	68	معامل الارتباط بين استراتيجية التأنيب والصحة النفسية

• \*\* ارتباط دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول أنّ قيم معاملات الارتباط لمختلف استراتيجيات المواجهة والصحة النفسية متباينة، بحيث نجد أنّ ، قيمة معامل الارتباط بين استراتيجية حل مشكل والصحة النفسية كانت (- 0.522) وهي قيمة سالبة وذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01، وعليه نستنتج أنّ هناك علاقة عكسية بين استراتيجية حل المشكل والصحة النفسية لدى افراد العينة. أي أنه كلما زادت درجة استخدام هذه الاستراتيجية كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.

قيمة معامل الارتباط بين استراتيجية التجنب والصحة النفسية كانت (\*248) وهي قيمة موجبة وذات دلالة احصائية عند مستوى 0.05، وعليه نستنتج أنّ هناك علاقة طردية موجبة بين استراتيجية التجنب والصحة النفسية لدى افراد العينة. أي أنه كلما انخفضت درجة استخدام هذه الاستراتيجية كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.

قيمة معامل الارتباط بين استراتيجية الدعم والصحة النفسية كانت (-,117) وهي قيمة غير دالة احصائياً، وعليه نستنتج أنّه لا توجد علاقة بين استراتيجية الدعم والصحة النفسية لدى افراد العينة.

قيمة معامل الارتباط بين استراتيجية التقييم والصحة النفسية كانت (\*-,562) وهي قيمة سالبة وذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01، وعليه نستنتج أنّ هناك علاقة عكسية بين استراتيجية حل التقييم والصحة النفسية لدى افراد العينة. أي أنه كلما زادت درجة استخدام هذه الاستراتيجية

كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.

قيمة معامل الارتباط بين استراتيجية التآنيب والصحة النفسية كانت (\*292) وهي قيمة موجبة وذات دلالة احصائية عند مستوى 0.05، وعليه نستنتج أن هناك علاقة طردية موجبة بين استراتيجية التآنيب والصحة النفسية لدى افراد العينة. أي أنه كلما انخفضت درجة استخدام هذه الاستراتيجية كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.

تعد استراتيجيات المواجهة طرق وأساليب يستعملها الفرد بغية التخفيف من الضغوط وتحقيق الاتزان النفسي، وهي تنقسم إلى استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال والاستراتيجيات المركزة على حل المشكل. ونلاحظ من خلال نتائج هذه الفرضية وجود ارتباط سالب بين إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي والصحة النفسية ، وتعد هذه النتيجة منطقية اذ أنه كلما أكثر المريض من إعادة تقييمه للموقف فإن هذا لن يفيد بل بالعكس يخفض من صحته النفسية، ونلاحظ أنه يلجأ إلى إستراتيجية حل المشكل بصفة متوسطة إذ ارتبطت سلبا بالصحة النفسية أي أنه كلما حاول التخطيط والبحث عن أسباب المشكل وحله فإن هذا لا يفيد ، ويبقى يشكل تهديدا بالنسبة ، له مما جعل الصحة النفسية ضعيفة وهذا يتفق مع نتيجة الفرض الثاني والتي تظهر أن مستوى الصحة النفسية لدى أفراد عينتنا ضعيفا.

أما بالنسبة لاستراتيجيات التجنب والتآنيب فقد أوضحت النتائج ارتباطا موجبا وضعيفا بينهما وبين الصحة النفسية حيث لم يمكنهما من الرفع من مستوى الصحة النفسية.

## خاتمة

هدف البحث الحالي إلى محاولة الكشف عن مستويات الارجاعية والصحة النفسية وكذا العلاقة بين الصحة النفسية ومدة تصفية الدم عن طريق الكلية الاصطناعية وكذا العلاقة بين الارجاعية والصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي. ووفق هذا التصور حاولنا دراسة العلاقة بين الارجاعية واستراتيجيات المواجهة لدى هذه الفئة من المرضى ، وذلك من أجل الوقوف على الدور الذي يمكن أن تلعبه هذه المتغيرات في تحقيق الاتزان النفسي لدى المريض، وبالتالي تفعيلها وادماجها في تقديم كفالة صحية متعددة التخصصات في اطار علم النفس الصحي.

ومن أجل الإجابة على تساؤلات البحث والتحقق من فرضياته، اخترنا عينة من ثمان وستين مريضاً، كما اخترنا أدوات قياس مناسبة تمثلت في مقياس الارجاعية لدافيدسون (2003) ومقياس استراتيجيات لبولهان(1994) ومقياس الصحة النفسية SCL- 90Symptoms Check List-R، كما استخدمنا المنهج الوصفي الارتباطي.

توصلت نتائج الدراسة الى مجموعة من النتائج ندرجها فيما يلي:

- مستوى الارجاعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي فوق المتوسط.
  - مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي ضعيف.
  - توجد علاقة عكسية بين الارجاعية ودرجات الصحة النفسية أي أنه كلما ارتفعت الارجاعية كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.
  - توجد علاقة عكسية بين استراتيجيات التقييم الايجابي ودرجات الصحة النفسية أي أنه كلما ارتفع كلما التقييم الايجابي كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.
  - توجد علاقة عكسية بين استراتيجيات حل المشكل ودرجات الصحة النفسية أي أنه كلما ارتفع حل المشكل كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.
  - توجد علاقة موجبة بين استراتيجيات التجنب وتأنيب الذات ودرجات الصحة النفسية أي أنه كلما ارتفع التجنب وتأنيب الذات كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.
- إن هذه النتائج التي توصلنا إليها تخص عينتنا وحسب ، وحتى يتم تعميمها على المجتمع العام تحتاج لاختبارها على عينات أوسع وعلى بيانات متباينة.
- وعلى ضوء ما قدمناه نخلص الى تقديم مجموعة من المقترحات فيما يلي:

### ➤ المقترحات

- **خلص البحث الحالي** " علاقة الارجاعية واستراتيجيات المواجهة بالصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي- دراسة مقارنة بين مجموعة من المرضى المعالجين بتصفية الدم عن طريق الآلة ومجموعة من المرضى المعالجين عن طريق تصفية الدم الصفاقية(الحشوية) " إلى

جملة من المقترحات التي يمكن الاستفادة منها في المجال الخاص بهذه الفئة ، و نعرضها فيما يلي:

- محاولة إعداد ودراسة مدى فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي من أجل تحسين الارجاعية وتنويع استخدام استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المومن النهائي والخاصعين لتنصيف الدم عن طريق الآلة. وهذا للتخفيف من حجم معاناة المرضى بالإضافة لمساعدتهم على الانصياع إلى التعليمات الطبية .
- محاولة الكشف عن دور الارجاعية واستراتيجيات المواجهة في تحسين الصحة النفسية ، وذلك من خلال القيام بدراسة مقارنة بين المرضى المسنين والمرضى الشباب. للتعرف على مكانتها وأهميتها والوقوف عليها حصرا .
- محاولة فحص العلاقة بين الارجاعية و جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي ، وهذا للتمكن من استغلال هذا المتغير في تحسين نوعية حياة هذه الفئة .

#### ➤ التوصيات

في ضوء ما توصلت اليه نتائج الدراسة الحالية نقدم بعض التوصيات نجملها فيما يلي:

- الاهتمام بالجانب النفسي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي.
- توفير كفالة متعددة التخصصات multidisciplinaire في ظل علم النفس الصحة، يشارك فيها الطبيب المختص في أمراض الكلى، السيكايري، المختص النفساني الصحي ، وكذا المختص النفسي العيادي، والمختصة الاجتماعية ، وهذا حتى يتسنى تقديم كفالة متكاملة تعمل على رفع مستوى صحة المريض.
- ايلاء الأهمية الكبرى لمتغيرات الارجاعية واستراتيجيات المواجهة وإدماجها في الكفالة النفسية للمريض وذلك للدور الكبير الذي يمكن أن تلعبه في تحسين الصحة النفسية لدى مريض القصور الكلوي المزمن النهائي.
- اعداد برامج علاجية وارشادية تركز على مصادر المريض الشخصية أو بمعنى آخر المتغيرات السلوكية والمعرفية أو العوامل الحامية لديه وذلك بتحسينها و تحقيق الاتزان النفسي لدى الفرد.

## المراجع

## المراجع باللغة العربية:

1. ابراهيم لطفي، ( 1994)، مقياس عمليات تحمل الضغوط،، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
2. أبو نجيلة سفيان محمد، (2015)، الصحة النفسية وقضايا المجتمع، مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية، الطبعة 2، دار المقداد للطباعة ، غزة، فلسطين.
3. أبو هين، فضل (1992) تقنين قائمة الأعراض المرضية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، التقييم والقياس النفسي التربوي، العدد 1
4. أحمد البحراوي،(2003)، الضغوط النفسية والاجتماعية المدرسية وأساليب المواجهة، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة الأزهر، القاهرة.
5. أحمد محمد الزعبي،(2016)، المرونة النفسية كمتغير وسيك بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى عينة من طلبة دمشق، مجلة جامعة دمشق، المجلد 32، العدد الثاني.
6. اسمهان عزوز ، نور الدين جبالي،(2014)، مصدر الضبط الصحي وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدمر ضايق القصور الكلوي. مجلة العلوم الاجتماعية، 210 العدد 19 ديسمبر.
7. أمال عبد القادر جودة،(2004)، أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من الطلاب و الطالبات جامعة الأقصى، بحث مقدم للمؤتمر التربوي الاول، كلية التربية بالجامعة الإسلامية، فلسطين.
8. ايت حمودة حكيمة، (2005)، دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
9. باشا نوال،(2009)، تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين، دراسة سوسيوولوجية بقسم مرضى القصور الكلوي المزمن المعالجين بآلة الدياليز بمستشفى الجامعي بني مسوس. رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر -2.
10. بتسام محمود شتات، ( 2008)، العلاقة بين إدارة الوقت و أساليب مواجهة الضغوط و دافعية الانجاز لدى طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه، قسم الدراسات النفسية و الاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
11. بركوش فايزة، (2017). الاحتراق النفسي وسياق الارجاعية لدى المختصين في التخدير والانعاش - أطباء وتقنيين ساميين - رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم، تخصص علو النفس العيادي.

12. بروزان حسيبة،(2014)، فعالية استراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، الجزائر، العدد 29، ص 91-105.
13. بوسنة عبدالوافي زهير، عثمانى مراب وصورية، (2015)، نموذج عوامل الجدل النفسي عند الطفل المصدوم، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 19، جامعة بسكرة، من 123-131
14. بيتر شولتس وديريك هيلهامر (1997)، ترجمة سامر رضوان. وجوه سيكولوجية للأمراض المزمنة، مجلة الثقافة النفسية المختصة، المجلد السابع، العدد السابع والعشرون.
15. جودة آمال، (2004)، أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الاقصى، المؤتمر التربوي الأول التربية في فلسطين ومتغيرات العصر، الجزء الثاني، الجامعة الاسلامية بغزة.
16. حساني فاطمة، (2015)، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهقين المتمدرسين، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة ورقلة.
17. حسن عبد المعطي، (2006)، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها، القاهرة، مكتبة الزهراء.
18. حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة، (2006)، استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
19. حفنيقديري، (2002)، أساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب الإعدادية والثانوية دراسة مقارنة بين الريف والحضر، رسالة دكتوراه، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
20. دليلة زناد، (2007). سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم: دراسة ميدانية من خلال نموذج علم نفس الصحة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر-2.
21. ذياب غالب رضوان، (2015)، قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية غزة، ص 1-181.
22. ذياب غالب رضوان، (2015)، قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية غزة.
23. ربيعة مانه زيدان الحمداني، صباح مرشود منوخ، (2013)، مستوى المرونة النفسية لدى طلبة المرحلة

24. رشيد رزقي، (2012)، الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم نفس الصحة، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
25. الرشيد بشير، و ابراهيم الخلفي، (1997)، سيكولوجية الأسرة و الوالدية، الكويت، ذات السلاسل.
26. رنيامحمدحسين أبوالمصان، (2017)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى
27. رياض العاسمي، على بدرية، (2018)، التنظيم الانفعالي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة السويداء، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية \_ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد 40 العدد(3)، ص ص 61-81 .
28. ريمة صندلي، (2012)، الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار، رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف.
29. زكريا آدم محمد صالح مكي، (2002)، الصحة النفسية لدمرضى الفشل الكلوي، بمركز مستشفى جياذ لجراحة وأمراض الكلى -ولاية الجزيرة - السودان. بحث تكميلي مقدم لنيل درجة ماجستير العلوم في علم النفس الصحي. قسم علم النفس الصحي. كلية العلوم الطبية التطبيقية. جامعة الجزيرة، السودان.
30. زهران نيفين محمد، (2003)، وجهة الضبط وعلاقتها بكل من الضغوط النفسية وبعض أساليب الآباء في تنشئة الأبناء لدى عينة من المراهقين من الجنسين ، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس القاهرة.
31. زهران، حامد عبدالسلام، (2003)، دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط1، القاهرة، عالم الكتب .
32. زهران، حامد عبدالسلام، (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، القاهرة، عالم الكتب .
33. سالم بن صالح بن سيف الفردي، (2001)، المرونة النفسية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى طلبة كلية العلوم الشرعية بسلطنة عمان، ماجستير في التربية، تخصص الإرشاد النفسي، كلية العلوم وارداب، قسم التربية والدراسات النفسية بسلطنة عمان.
34. سامية حجازي ادريس، (2007)، فعالية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن (تحت الاستقصاء الدموي)، دكتوراه الفلسفة في علم النفس، قسم علم النفس، آلية الآداب، جامعة الخرطوم.

35. سامية ياحي ،(2007)،الاكتئاب وإستراتيجيات المواجهة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر-2.
36. سامية ياحي ،(2013)،علاقة الارجاعية وإستراتيجيات المواجهة بالصحة النفسية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي جامعة الجزائر-2.
37. سعادة إبراهيم محمد سلامة، (2011)، أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين.
38. السمدوني، السيد عبدالرحمن، ( 1990)، إدراك المتفوقين عقلياً للضغوط والاحتراق النفسي في الفصل المدرسي وعلاقته ببعض المتغيرات .بحث مقدم في المؤتمر السادس لعلم النفس،كلية التربية،جامعة الفيوم : مصر.
39. السنيد،محمد،(2010)،الفشل الكلويوكيفية التعامل معه" ،مجلة بلسم -جمعيةالهلالالأحمرالفلسطيني، 17 th سنة ،ع 426 ،صص17-19)
40. السهلي عبدالله،(1431)، أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى لشباب من المترددين على مستشفى الطبال نفسي بالمدينة المنورة وغيرالمرضى.رسالة دكتوراه غيرمنشورة،قسم علم النفس،كليةالتربية،جامعة أمالقرى،مكةالمكرمة.
41. شريت ، اشرف محمد عبد الغنى وحلاوة ، محمد السيد،(2002)، الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، الإسكندرية،المكتب الجامعي الحديث.
42. صالح،قاسمحين،(2004)، المرجعالوجيزفناضطراباتالنفسو-العقلو-سيكولوجيا الشواذ ،شبكة العلوم النفسية العربية .
43. صلاح الدين الضامن قاسم سمور،(2017)، فاعلية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي لخفض العجز المتعلم وتحسين المرونة النفسية لدى الأطفال المساء إليهم في المدارس الحكومية في لواء بني كنانة، المجلةالأردنية في العلوم التربوية، مجلد 13، عدد 2، 2017 ، 171 - 191
44. طه عبد العظيم حسين، وسلامة عبد العظيم حسين ،(2006)،إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية،الطبعة الأولى،دار الفكر،الأردن.

45. عادل الهلالي، (2009)، بعض أساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب مرحلتي التعليم المتوسط و الثانوي بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
46. عبد الحفيظ جدو، (2013)، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة سطيف 2، الجزائر.
47. عبد الخالق، أحمد محمد، (2001)، أصول الصحة النفسية، ط2، القاهرة دار المعرفة الجامعية.
48. عبد الوافي زهير بوسنة، فضيلة لحر، (2016)، مؤشرات الجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان، (دراسة عيادية من خلال اختبار روشاخ)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية-جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي العدد 02، ديسمبر 2002. (ص ص 175-187)
49. عبدالرحيم هالة شوقي، (2001)، مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض درجة الضغوط النفسية لدى الطالبات المستجدات بالمدن الجامعية بجامعة حلوان. رسالة ماجستير، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
50. عبدالله، محمد قاسم، (2004)، مدخل إلى الصحة النفسية، ط2، عمان: دار الفكر.
51. العجيلي شذى عبدالباقي، (2001)، دراسة مقارنة في الضغوط النفسية لدى الطلبة المسرعين في العراق ونظرائهم في الأردن. بحث غير منشور، كلية التربية، جامعة بغداد.
52. عكاشة، أحمد، (2003)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
53. علي عسكر، (2003)، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها، (ط.3)، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
54. عماره الزين عباس، (2006)، مدخل إلى الطب النفسي، شبكة العلوم النفسية العربية .
55. الفرخ، كامل وتيم، عبد الجابر، (1999)، الصحة النفسية للطفل، ط1، عمان : دار صفاء.
56. فيصل محمد خير الزراد، (2000 )، الأمراض النفسية الجسدية، ط1، دار الصفاء، الأردن
57. القحطاني فاطمة، (2015)، أساليب مواجهة الضغوط، وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، مجلة الجزيرة، الخميس 14 جمادي الأول، العدد 15498. الرياض.
58. كامل علوان الزبيدي، (2009)، الصحة النفسية من وجهة نظر علماء النفس، الطبعة الأولى، منشورات دار علاء الدين، دمشق.
59. لطفي الشرييني، (2001)، موسوعة شرح المصطلحات النفسية، (ط1)، دار النهضة للطباعة و النشر، بيروت.

60. ليث محمد عياش،(2018)،غفران الذات وعلاقته بالمرونة النفسية لدى طلبة الجامعة، مجلة (IJSR) International Journal of Science and Research، جانفي، كلية التربية للعلوم الصرفة ابن الهيثم، جامعة بغداد، من 1-15 .
61. ليلي عبد الله المزروع، (2009)، أنماط التعلق و علاقتها بالرضا عن الحياة و أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى عينة من الزوجات في منتصف العمر، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
62. ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، (2008)، الضغط النفسي و مشكلاته و أثره على الصحة النفسية، ط 1، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان.
63. مايسة شكري،(1999)، التفاؤل و التشاؤم و علاقتها بأساليب مواجهة المشقة، مجلة الارشاد النفسي، عدد 10، 1-42.
64. المجنوني، نسيم بنتماطر المسفري، جغرافيا مرض الكلى، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإجتماعية ، جامعة أم القرى.
65. محمد جواد الخطيب،(2007)، تقييم عوامل مرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة.مجلة الجامعة الإسلامية،(سلسلة الدراسات الإنسانية)،المجلد الخامس عشر،العدد الثاني،ص1051- 1088، يونيو، غزة، فلسطين.
66. محمد عصام أبو ندى،(2015)، الضغط النفسي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى العاملين بمستشفى كمال عدوتن بحافظة شمال غزة، ماجستير في علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
67. محمد فرج الله مسلم أبو الحصين، (2010)، الضغوط النفسية لدى الممرضين والمرمضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات،مذكرة ماجستير في علم النفس،الجامعة الإسلامية،غزة.
68. مرسى، كما إبراهيم،(ب ت )، المدخل إلى علم الصحة النفسية ، الكويت، دارالقلم.
69. مصطفى حجازي،(2005)، الإنسان المهدور: دراسة تحليلية نفسية اجتماعية، الطبعة الأولى، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، المغرب.
70. المطلقات في محافظات غزة.الماجستير في صحة نفسية ومجتمعية بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة.
71. المطيري، معصومة سهيل،(2005)، الصحة النفسية مفهومها-اضطراباتها، ط1، الكويت، مكتبة الفلاح.

72. هالة إبراهيم عوض الله، احمد مصطفى العتيق، محمد مصطفى الحمادي، ماجدة علي كامل، (2008)، برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستشفاء الكلوي، المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد الرابع عشر، العدد 3، 2008، ص ص 673-662

73. هالة خير سناوي اسماعيل،(2017)، المرونة النفسية وعلاقتها باليقظة العقلية لدى طلاب كلية التربية، مجلة الارشاد النفسي، العدد 50، جزء 1، أبريل، ص ص 334-288 .

74. هالة عبد كامل مدوخ،(2013)، مرضى الفشل الكلوي المزمن في حالات غزة، دراسة في الجغرافيا الطبية، رسالة ماجستير في الجغرافيا، الجامعة الاسلامية غزة.

75. الوسيلة،أمانا الطيب،(2008)، القلق النفسى لدى المصابين بأمراض الكلى، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية العلوم الطبية التطبيقية ، جامعة الجزيرة .

76. ولاء اسحق حسان،(2009)، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، لماجستير في الإرشاد النفسي بقسم علم النفس في كلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة.

77. وليد السيد خليفة ،مراد عيسى، (2008)، الضغوط النفسية و التخلف العقلي، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر،السكندرية، مصر .

78.

المراجع باللغة الأجنبية:

79. Allen, L., Santrock, J. (1993). Psychology W.M.C.,New York: New American, Library.

80. Amandine Theis(2006). Approche psychodynamique de la resilience. These de doctorat nouveau régime, spécialité:Psychologie Clinique. Université de Nancy 2, France.

81. Anderson, R-j., Barry, D-w. (2004).Diagnostic clinique et biologique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 18-059-A-.

82. Michallet ..B (2006)Résilience Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques, Frontières, Résilience et deuil Volume 22, numéro 1-2, automne–printemps 2009–2010, Université du Québec à Montréal

83. Baldree, Ks., Murphy, Sp., & Powers, MJ.(1982).Stress identification and Coping patterns in patients on Hemodialysis, Nursres, 31(2), 107-112.

- 84.** Bayat, A. ,Kazemi, R., et.al (2012)" Psychological Evaluation in Hemodialysis Patients" J, Pak, Med, Assoc,Vol.62,No.3
- 85.** BENNOUNA, N (2017).INSUFFISANCE RÉNALE AIGUE EN MILIEU DE RÉANIMATION ET PERIOPERATOIRE
- 86.** Bootzin,R., (1991) , Psychology today, An introduction, 7<sup>th</sup>, ed. Mc Graw-Hill, Inc.
- 87.** Boudarene, M. (2005). Le stress entre bien etre et souffrance, bertiédition , Alger.
- 88.** Campbell-Sills, L.,Cohan, S-L., Stein, M-B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour Research and Therapy, pp585-599.
- 89.** Charlène Le Neindre, Damien Bricard, Catherine Sermet, Florian Bayer, Cécile Couchoud, Mathilde Lassalle
- 90.** CHEURFA, Nouara KAÏD TLILANE,112, p115.L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- 91.** Cinar,S., Barlas, GU.,&Alpar, SE.(2009), Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. Pak JMedSci, 25 (3), 447-452.
- 92.** Claire MEPLON – DUQUENNE(2017). Place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en dialyse. THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE.UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2.FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
- 93.** Cohen, S. (1988), Psychosocial models of social support in the etiology of physical disease. Health psychology, 7, 269- 297.
- 94.** Colmean, J., C, Morris & G.G. Gloras, A,G. 1987.
- 95.** Contemporary psychology and effectivebehavior, 6th edSeott, Forman and Comp.- Bootzin,R., (1991) , Psychology today, An introduction, 7<sup>th</sup>, ed. McGraw- Hill, Inc.Contemporary psychology and effectivebehavior, 6th edSeott, Forman and Comp.
- 96.** Delmas, V., Bernoit, G. (1989). Insuffisance rénale chronique. Encyclopédie Médicale, 180016C, 10, 12.Paris.
- 97.** Goussé, v (2008). Apport de la génétique dans les études sur la résilience: l'exemple de l'autisme.Annales Médico-psychologiques,166
- 98.** Jungers, P. (1998). Insuffisance rénale chronique: prévention et traitement. Edition Flammarion, Paris
- 99.** Idier. L. (2012). Education thérapeutique chez les patients en dialyse:Impact de la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique

en auto-dialyse sur l'adhésion thérapeutique, la qualité de vie et l'état anxio-dépressif à partir d'une approche transactionnelle. Thèse de doctorat, université de Bordeaux Segalen.

**100.** Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. Springer, publishing company, New York.

**101.** Lok, P., (1996), Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing* 23(5), 873-881

**102.** Magali Dufour, M.H., Nadeau, L., Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : Etat de question, *Child Abuse and Neglect*, vol.24, N°6, PP781-797.

**103.** Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers* N° 82 – Septembre, pp 4-11.

**104.** Marie Anaut (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. Dans *Recherche en soins infirmiers*, février, (N° 121), pages 28 à 39. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htm?retour=noten05?contenu=article21.38>

**105.** Schweitzer, M-B. (2001) : Concepts, stress, coping (le coping et les stratégies d'ajustement face au stress), *Recherche en soins infirmiers*, N67, Université Victor Segalen Bordeaux, France.

**106.** Meyrier, A. (1985). Maladies rénales de l'adulte. Algérie: Edition Berti.

**107.** Mok, E, & Tam, B. (2001), Stressors and Coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 503-511.

**108.** Mollahadi, M, Tayyebi, A., et al (2010) " Comparison of Anxiety, Depression and Stress Among Hemodialysis And Kidney Transplantation Patients", *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 2(4), 153-156 octobre 2018, Agence de la biomédecine, Irdes

**109.** Page, P. (1995). Néphrologie, Editions Ellipses

**110.** Patel, M., Sachan, R., et al (2012) " Anxiety And Depression- A suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance Hemodialysis" *International Journal of Scientific and Research Publication*, Vol.2, ( 3), 2250-3153.

**111.** Pierluigi Graziani, Joel Swendsen (2003) : Le stress émotions et stratégies d'adaptation, Armand Colin, Paris, France.

**112.** Poilpot, M- P. (1999). Souffrir mais se construire. Edition Erès. France

113. Radja Bouzeriba(2013). LA RÉSILIENCE Émergence et Conceptualisation du Phénomène. Revue des sciences de l'homme et de la société2013/n°6

114. Smeltzer, S. & Bare, B.(2000):"Burnner&SuddarthsTextt Book of Medical Surgical Nursing",9th ed.

115. Szerman,S.(2006). Vivre et revivre.Edition Robert Lafond,Paris

116. Tu, HY., Shao, JH., Wu, FJ., Chen, SH., & Chuany, YH, (2013), Stressors and Coping Strategies of 20- 45 year old hemodialysis patients. Australian college of Nursing, 21(3), 185- 192

117. Weiten, w.(2001): Psychology Themes And Variation /,Wads War Worth .U.S.A

المواقع الالكترونية:

1 -(www.afenet.net)

-MawufemoYawovi Tsevi1,& SaliouSalifou, AkomolaKossi Sabi1, Befa Noto-Kadou-Kaza1, Eyram Yoan Amekoudi, SimliwaKolouDassa (2016).

Hémodialyse chronique et dépression au Centre Hospitalier Universitaire SylvanusOlympio de Lomé (Togo).Pan AfricanMedical Journal – ISSN: 1937- 8688 ([www.panafrican-med-journal.com](http://www.panafrican-med-journal.com))

Published in partnership with the African Field Epidemiology Network (AFENET).

10/10/2019

21 ساو 15د

2- [https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htmretournoten05?contenu=article\(2015\)](https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htmretournoten05?contenu=article(2015))

– Marie Anaut. La résilience :évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. Dans Recherche en soins infirmiers, février, (N° 121), pages 28 à 39.

09/10/2019

À 21h38

3-ATLAS de l'insuffisance rénale chronique terminale en France

– <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/004-atlas-de-l-insuffisance-renale-chronique-terminale-en-france.pdf>

Le Neindre,CBricard. D, Sermet,Florian.C Bayer Couchoud. C, Lassalle. M

– octobre 2018, Agence de la biomédecine,Irdes

– le 08/09/2019 à 20h10min

–

4– C:\Users\fbs\Pictures\rein2.gif

– يوضح عرض تخطيطي للكلية

– الساعة 21.38

– التاريخ: 2019-10-20

–

## فهرس المحتويات

### فهرس الجداول

الصفحة	الجدول
77	جدول رقم (01) يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية.
77	جدول رقم (02) يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي.
78	جدول رقم (03) يوضح توزيع العينة حسب الجنس.
78	جدول رقم (04) يوضح توزيع العينة حسب متغير السن.
79	جدول رقم (5) يوضح توزيع العينة حسب متغير سنوات تصفية الدم عن طريق الالة.
83	جدول رقم (6) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء التحكم الشخصي.
85	جدول رقم (8) يبين معاملات الارتباط بيندرجة كل بند مع الدرجة الكلية لبعءالقيادة.
86	جدول رقم (9) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء المواجهة الدينية.
82	جدول رقم (10) يبين نتائج معامل ثبات ألفاكرومباخ للأبعاد الأربعة لمقياس الإرجاعية.
90	جدول رقم(11) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء استراتيجيات حل المشكل
91	جدول رقم (12) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء استراتيجية التجنب.
91	جدول رقم (13) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء استراتيجية التجنب.
92	جدول رقم (14) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء التقييم الايجابي.
94	جدول رقم (15) يبين معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لبعء استراتيجية

	التأنيب الذاتي.
92	جدول رقم (16) يمثل نتائج الصدق البنائي لمقياس استراتيجية المواجهة.
93	جدول رقم (17) يمثل نتائج معاملات الفا كرونباخ لمقياس استراتيجية المواجهة وابعاده.
101	الجدول رقم (18) يوضح مستويات الإرجاعية لدى عينة الدراسة.
102	الجدول رقم (19) يوضح مستويات الصحة النفسية لدى عينة الدراسة.
108	الجدول (20) مستويات استخدام استراتيجيات المواجهة.
110	الجدول رقم (21) قيمة معامل الارتباط بين الصحة النفسية ومدة الخضوع لتصفية الدم عن طريق الآلة.
113	الجدول رقم (22) قيمة معامل الارتباط بين الإرجاعية والصحة النفسية
114	الجدول رقم (23) قيمة معامل الارتباط بين الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة.

#### فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل
16	الشكل رقم 1 يوضح عرض تخطيطي للكلية
24	الشكل 2 يوضح كيف تتم عملية التصفية
35	شكل رقم (5): خصائص الإرجاعية حسب الباحثان ولان