



جامعة زيان عاشور - الجلفة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والفلسفة



الألم النفسي و علاقته بجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن
دراسة ميدانية بمستشفى سعداوي المختار - عين وسارة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

د. بلول احمد

إعداد الطالبة :

• خليل وفاء

الموسم الجامعي: 2025/2026



الأهداء

إلى كل عشرة علمتني القوة ولم تكن سقوطاً ، بل محطة انطلاق إلى كل حلم قادني إلى هذه اللحظة و لم يكن وهماً ، بل خريطة طريق . إلى كل نجاح ذكرني بالتواضع و لم يكن غروراً ، بل حافزاً للتقدم .

أهدي ثمرة جهدي المتواضع بكل حب وامتنان إلى من كان سندي وفخري، إلى من علمني أن النجاح لا يأتي إلا بالصبر والاجتهاد، إلى أبي العزيز، أطال الله في عمره وحفظه لي، شكراً لكل التضحيات التي قدمتها من أجلي.

إلى من كانت دعواتها ترافقني في كل خطوة، إلى من منحتني الحب والحنان دون مقابل، إلى أعلى إنسانة في الوجود، أُمي الحبيبة، حفظها الله وأدامها نوراً في حياتي، فمهما كتبت من كلمات فلن أوفيها حقها. إلى أستاذي الكريم، الذي كان لي خير موجه وناصح، والذي لم ييخل عليّ بعلمه وتوجيهاته القيمة، فله مني كل عبارات الشكر والتقدير والاحترام.

إلى إخوتي و كل عائلتي الغالية ، الذين كانوا مصدر قوتي ودعمي، وشاركوا معي لحظات التعب قبل الفرح، شكراً لكم على محبتكم وتشجيعكم الدائم. إلى كل من ساندني ولو بكلمة طيبة أو دعوة صادقة، إلى كل من آمن بقدرتي على الوصول،

أهدي هذا العمل المتواضع، راجيةً من الله أن يكون بداية نجاحات أكبر في المستقبل. الحمد لله أولاً وآخرًا على توفيقه وفضله

شكرو عرفان

قال الله تعالى:

((وَإِذْ تَأْتِيَنَّكُمْ رِيبُكُمْ لِيَأْمُرَكُمْ لِئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلِيَنْ كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ))

سورة إبراهيم الآية 07

الحمد والشكر لله الذي وفقنا في إعداد وإنجاز هذه المذكرة
نتقدم بخالص الشكر والتقدير للدكتور المشرف بلول أحمد الذي تابع هذا
العمل بنصائحه وتوجيهاته طوال فترة البحث.

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، من خلال تحديد مستوى الألم النفسي لديهم، ومستوى جودة الحياة، والكشف عن العلاقة الارتباطية بين المتغيرين. كما هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة تعزى لبعض المتغيرات الشخصية والديموغرافية. ولتحقيق أهداف الدراسة تم إنجاز دراسة ميدانية بمصلحة تصفية الدم بمستشفى سعادوي المختار بعين وسارة، ولاية الجلفة، حيث طبقت الدراسة على عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن. ونظرًا لطبيعة الموضوع تم اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره الأنسب لدراسة العلاقة بين متغيري الدراسة. وقد تم جمع البيانات من خلال تطبيق مقياس الألم النفسي لقياس المتغير الأول (الألم النفسي)، ومقياس جودة الحياة لقياس المتغير الثاني (جودة الحياة)، وذلك بهدف الحصول على البيانات الأولية اللازمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها. كما تم التحقق من صدق أدوات الدراسة من خلال الصدق الظاهري وصدق الاتساق الداخلي، بينما تم التحقق من ثباتها باستخدام معامل ألفا كرونباخ. ولمعالجة البيانات إحصائيًا تم الاعتماد على برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، واستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة، من بينها المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين متغيرات الدراسة، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق بين أفراد العينة وفق بعض المتغيرات الشخصية.

وبعد تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة، تم التوصل إلى مجموعة من النتائج، من أبرزها:
أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1. وجود مستوى مرتفع نسبيًا من الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
2. وجود مستوى متوسط إلى منخفض من جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.
3. وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة، حيث كلما ارتفع مستوى الألم النفسي انخفض مستوى جودة الحياة لدى المرضى.
4. يلعب الدعم النفسي والاجتماعي دورًا مهمًا في تحسين جودة الحياة والتخفيف من حدة الألم النفسي لدى المرضى.

وفي الأخير قدمت الدراسة مجموعة من التوصيات منها:

- تعزيز خدمات الدعم النفسي والإرشاد داخل مراكز تصفية الدم.
 - إدماج الأخصائي النفسي ضمن الفريق الطبي المشرف على متابعة مرضى القصور الكلوي المزمن.
 - تشجيع إجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول الجوانب النفسية المرتبطة بالأمراض المزمنة.
- الكلمات المفتاحية:** الألم النفسي، جودة الحياة، القصور الكلوي المزمن، الغسيل الكلوي، مرضى القصور الكلوي.

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

Abstract:

This study aimed to investigate the relationship between psychological pain and quality of life among patients with chronic kidney failure by identifying the level of psychological pain experienced by these patients, assessing their quality of life, and examining the correlation between the two variables. The study also sought to determine whether there were statistically significant differences in participants' responses attributable to certain personal and demographic characteristics.

To achieve the objectives of the study, a field study was conducted at **Saadawi Mokhtar Hospital in Aïn Oussara, Djelfa Province, Algeria**, among patients suffering from chronic kidney failure and undergoing hemodialysis treatment. Due to the nature of the research topic, the **descriptive correlational method** was adopted. Data were collected through a **Psychological Pain Scale** and a **Quality of Life Scale**, which were administered to the study participants.

The validity of the research instruments was verified through face validity and internal consistency validity, while reliability was established using **Cronbach's Alpha coefficient**.

For statistical data analysis, the **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)** was used. The following statistical techniques were applied: means, standard deviations, Pearson correlation coefficient to examine the relationship between the study variables, and One-Way Analysis of Variance (ANOVA) to investigate differences according to participants' characteristics.

The analysis of the collected data led to several important findings, the most significant of which are:

1. Patients with chronic kidney failure experience a relatively high level of psychological pain.
2. The quality of life among the study participants ranged from moderate to low levels.
3. There is a statistically significant negative correlation between psychological pain and quality of life, indicating that higher levels of psychological pain are associated with lower levels of quality of life.

Based on these findings, the study recommended:

- Strengthening psychological counseling and support services in hemodialysis centers.
- Integrating psychologists into healthcare teams responsible for the follow-up of chronic kidney failure patients.
- Developing awareness and counseling programs for patients and their families to enhance psychological adjustment and improve quality of life.

Keywords: Psychological Pain, Quality of Life, Chronic Kidney Failure, Hemodialysis Patients.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
	الإهداء
	شكر وعرهان
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
أ	مقدمة.....
الجانب النظري	
الفصل الأول : مدخل عام للدراسة	
5	1 اشكالية الدراسة وتساؤلاتها.....
7	2 الفرضيات.....
8	3 أهداف الدراسة.....
8	4 أهمية الدراسة.....
9	5 تحديد مصطلحات الدراسة.....
10	6 الدراسات السابقة.....
الفصل الثاني: الألم النفسي	
16	تمهيد.....
17	1- تعريف الألم.....
17	2- مكونات الألم.....
18	3- أنماط الألم.....
19	4- تعريف الألم النفسي.....

20	5- أصناف الألم النفسي.....
42خلاصة
الفصل الثالث: جودة الحياة	
44	تمهيد
45	1- تعريف جودة الحياة
48	2- الاتجاهات النظرية المستخدمة في وصف وتفسير جودة الحياة
53	3- أبعاد ومكونات جودة الحياة
54	4- مظاهر ومجالات جودة الحياة
56	5- مقومات جودة الحياة ومعوقاتها
60	6- جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية
61	7- جودة الحياة لدى الفئات الخاصة
64خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية	
67	تمهيد.....
68	1 منهج الدراسة.....
68	2 حدود الدراسة.....
69	3 مجتمع الدراسة.....
69	4 أداة الدراسة.....
70	5 الخصائص السيكمترية.....
71	6 الأساليب الاحصائية.....
73خلاصة
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات	
76	تمهيد.....

77	1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة.....
78	2 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى.....
78	3 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية.....
79	4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة.....
80	5 مناقشة ومناقشة نتائج الفرضية العامة.....
82	الاستنتاج العام.....
84	خاتمة.....
85	توصيات.....
88	قائمة المراجع.....

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
77	يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون بين الألم النفسي وجودة الحياة	01
78	نتائج العلاقة السلبية بين الألم النفسي وجودة الحياة	02
79	نتائج اختبار (T) لعينة واحدة لمستوى الألم النفسي	03
80	نتائج اختبار (T) لعينة واحدة لمستوى جودة الحياة	04
80	الفروق في جودة الحياة تبعا لمستوى الألم النفسي	05

مقدمة

مما لا شك فيه أن حياة الإنسان في العصر الحديث أصبحت عرضة للعديد من المشكلات والضغوطات، خاصة تلك المرتبطة بالحالة الصحية، حيث تؤثر الأمراض بمختلف أنواعها على التوازن النفسي والجسدي للفرد، وتحدث اضطراباً في نمط حياته اليومية. وتزداد حدة هذه التأثيرات عندما يتعلق الأمر بالأمراض المزمنة، التي تلازم الفرد لفترات طويلة، وتفرض عليه نمط حياة خاصاً، يتسم بالتقييد والعلاج المستمر، مما يجعله في مواجهة دائمة مع معاناة نفسية وجسدية متواصلة (عبد الخالق، 2017، ص 56).

ومن بين هذه الأمراض، يبرز القصور الكلوي المزمن كأحد أكثر الأمراض تعقيداً وخطورة، نظراً لطبيعته التدريجية وتأثيره المباشر على الوظائف الحيوية للجسم. حيث يتمثل هذا المرض في التدهور المستمر لوظائف الكلى، مما يؤدي مع مرور الوقت إلى فقدانها لقدرتها على تنقية الدم من السموم، وهو ما يستدعي اللجوء إلى وسائل علاجية تعويضية كالغسيل الكلوي أو زراعة الكلى (حسن، 2020، ص 120).

ويُعدّ القصور الكلوي المزمن من المشكلات الصحية العالمية التي حظيت باهتمام واسع من طرف الهيئات الصحية الدولية، حيث أكدت منظمة الصحة العالمية أن الأمراض المزمنة، كأمراض القلب والسكري والقصور الكلوي، تُعد من أبرز أسباب الوفاة في العالم، نظراً لما تسببه من إنهالك لصحة الفرد واستنزاف لقدراته الجسدية والنفسية (منظمة الصحة العالمية، 2021).

كما أن طبيعة العلاج بحد ذاتها تُعد مصدرًا إضافيًا للمعاناة، حيث يُجبر المريض على

الخضوع لحصص الغسيل الكلوي بشكل دوري، تمتد لساعات طويلة، مما يجعله مرتبطًا بآلة

تصفية الدم، وكأنه رهين لها، يفقد من خلالها جزءًا من استقلاليتها وحرية، ويشعر بالإرهاق

والتعب المستمرين، وهو ما يؤثر بشكل مباشر على حالته النفسية ويزيد من حدة معاناته (البكوش،

2024، ص 260).

وفي هذا السياق، يظهر مفهوم الألم النفسي كأحد أهم المتغيرات المرتبطة بالأمراض

المزمنة، حيث يُشير إلى حالة انفعالية سلبية تتضمن مشاعر الحزن، القلق، اليأس، والإحباط،

والتي قد تنتج عن الضغوط المستمرة التي يعيشها الفرد.

كما بيّن (صادق، 2023، ص 02) أن هناك علاقة تفاعلية بين الألم النفسي والجسدي،

حيث أن "كل ألم في الجسد يصاحبه ألم في النفس، وقد يحدث ألم النفس دون ألم في الجسد، وقد

يؤدي ألم النفس إلى ألم في الجسد"، وهو ما يبرز الترابط الوثيق بين الجانبين النفسي والفيزيولوجي

لدى الإنسان وقد أكدت العديد من الدراسات أن مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من

مستويات مرتفعة من الضغط النفسي، والقلق، والاكتئاب، نتيجة للظروف الصعبة التي يمرون بها،

حيث توصلت دراسة (رقيق، 2017) إلى أن نسبة كبيرة من المرضى تعاني من ضغط نفسي

مرتفع، في حين أشار (عواد، 2022) إلى أن هذه الضغوط قد تؤدي إلى ظهور أعراض نفسية

ومعرفية، مثل ضعف التركيز، وفقدان الدافعية، وسرعة الغضب. ومن جهة أخرى، يُعدّ مفهوم جودة

الحياة من المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتمامًا متزايدًا في ميدان علم النفس الصحي، حيث يشير

إلى تقييم الفرد لمدى رضاه عن حياته في مختلف أبعادها، الصحية، النفسية، الاجتماعية،

والبيئية. وقد عرّفها (نازي وفاضلي، 2020، ص 242) بأنها "تقييم ذاتي شامل لمستويات الحياة

المختلفة والاستغلال الفعلي لها"

كما تعكس جودة الحياة مدى إدراك الفرد لكونه يعيش حياة جيدة من وجهة نظره، خالية من

الاضطرابات النفسية الحادة، وملئة بمشاعر الرضا والسعادة، حيث يسعى الفرد من خلالها إلى

تحقيق ذاته واستثمار إمكانياته وقدراته بشكل إيجابي غير أن مرضى القصور الكلوي المزمن غالباً

ما يعانون من تدهور في جودة حياتهم، نتيجة لما يفرضه المرض من قيود جسدية ونفسية

واجتماعية، حيث تؤثر المعاناة اليومية، والاعتماد على العلاج، والضغط النفسية، على مستوى

رضاهم عن حياتهم، مما يجعلهم في حاجة ماسة إلى رعاية شاملة تأخذ بعين الاعتبار مختلف

أبعاد حياتهم.

كما أن الاهتمام بجودة الحياة لدى هذه الفئة يُعد مؤشراً هاماً على مستوى الرعاية الصحية

المقدمة لهم، حيث يعكس مدى تكفل المجتمع بهم، ويسهم في الحد من شعورهم بالتهميش أو

الإقصاء، ويعزز من قدرتهم على التكيف مع المرض ومواصلة حياتهم بشكل أفضل وانطلاقاً من

ذلك، جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى

القصور الكلوي المزمن، باعتبار أن هذين المتغيرين يرتبطان بشكل وثيق، حيث يمكن أن يؤدي

ارتفاع مستوى الألم النفسي إلى انخفاض جودة الحياة، والعكس صحيح.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة، تم تقسيمها إلى جانبين: جانب نظري وجانب ميداني. حيث تضمن

الجانب النظري أربعة فصول، خُصص الفصل التمهيدي للإطار العام للدراسة، والذي شمل

الإشكالية، الفرضيات، الأهداف، الأهمية، المفاهيم الإجرائية، والدراسات السابقة. أما الفصل الأول

فقد تناول الألم النفسي من حيث تعريفه وتصنيفاته (الضغط، القلق، الاكتئاب)، في حين تطرق

الفصل الثاني إلى جودة الحياة من حيث مفهومها وأبعادها وأهم النظريات المفسرة لها.

أما الجانب الميداني، فقد تضمن فصلين، حيث خُصص الفصل الرابع للإجراءات

المنهجية، في حين تناول الفصل الخامس عرض وتحليل ومناقشة النتائج، لنختتم الدراسة بخاتمة

عامة، ومجموعة من التوصيات.

الجانب النظري

إشكالية الدراسة واعتباراتها

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

1- الإشكالية:

يعد مرض القصور الكلوي المزمن من أبرز التحديات الصحية التي تواجه الأنظمة الصحية عبر العالم، نظرًا لارتفاع معدلات انتشاره، وتعقيداته الصحية، والتكاليف الباهظة التي يتطلبها علاجه، خاصة فيما يتعلق بتقنيات تصفية الدم (الغسيل الكلوي) وزراعة الكلى. إذ تستنزف هذه العلاجات جزءًا معتبرًا من ميزانيات المؤسسات الصحية، وهو ما يعكس العبء الاقتصادي الكبير لهذا المرض (عبد الرحمن، 2019، ص 88).

وفي الجزائر، تشير الإحصائيات الحديثة إلى تزايد ملحوظ في عدد المصابين بالقصور الكلوي المزمن، حيث تم تسجيل آلاف الحالات التي تخضع لتصفية الكلى عبر مختلف المراكز الاستشفائية، وهو ما يدل على الانتشار المتزايد لهذا المرض، ويؤكد الحاجة الملحة إلى دراسته من مختلف الجوانب، خاصة النفسية منها (وكالة الأنباء الجزائرية، 2022).

ولا يقتصر تأثير القصور الكلوي المزمن على الجانب الجسدي فحسب، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية، حيث يفرض هذا المرض نمط حياة خاصًا على المريض، يتسم بالقيود الصارمة، كالتقيد بمواعيد الغسيل الكلوي، واتباع نظام غذائي دقيق، إضافة إلى الاعتماد المستمر على الرعاية الطبية، مما يؤدي إلى شعور المريض بفقدان الاستقلالية، وتراجع تقدير الذات، والإحساس بالعجز (حسن، 2020، ص 115).

كما أن تلقي خبر الإصابة بهذا المرض يُعد صدمة نفسية قوية للمريض، إذ يدخل في حالة من القلق والتوتر، ويبدأ بطرح تساؤلات متعددة حول مستقبله، وإمكانية الشفاء، ومدى تأثير المرض على حياته اليومية، وهو ما قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب، خاصة في المراحل الأولى من التشخيص (Lazarus & Folkman, 1984).

وفي هذا السياق، يظهر مفهوم الألم النفسي كأحد المتغيرات الأساسية المرتبطة بالأمراض المزمنة، حيث يُعرف بأنه حالة انفعالية سلبية تتسم بمشاعر الحزن، واليأس، والقلق، وفقدان المعنى، وقد ينتج عن التعرض لضغوط مستمرة أو ظروف مرضية صعبة، إذ يرى (namdienhs, 1993) أن الألم النفسي يمثل جوهر المعاناة الإنسانية، ويمكن أن يكون أشد وطأة من الألم الجسدي في بعض الحالات.

وقد أشار (صادق، 2023، ص 02) إلى أن الألم النفسي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالألم الجسدي، حيث "أن كل ألم في الجسد يصاحبه ألم في النفس، وقد يحدث ألم النفس دون ألم في الجسد، وقد يؤدي ألم النفس إلى ألم في الجسد"، وهو ما يبرز العلاقة التفاعلية بين الجانبين النفسي والفيزيولوجي لدى المريض.

كما أكدت العديد من الدراسات أن مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من مستويات مرتفعة من الألم النفسي، نتيجة الضغوط المرتبطة بالمرض، وطبيعة العلاج، والتغيرات التي تطرأ على حياتهم، حيث أشار (البكوش، 2024، ص 254-255) إلى أن التفاؤل والأمل يلعبان دوراً مهماً في التخفيف من حدة الألم النفسي وتعزيز القدرة على التكيف مع المرض.

وفي نفس السياق، توصلت دراسة (رقيق، 2017) إلى أن نسبة كبيرة من المرضى تعاني من ضغط نفسي مرتفع، حيث بلغت (72.25%)، وهو ما يعكس الهشاشة النفسية التي تميز هذه الفئة، ويجعلها أكثر عرضة للاضطرابات النفسية. كما أوضح (عواد، 2022) أن الضغوط النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن قد تؤدي إلى مجموعة من الأعراض، مثل ضعف التركيز، وفقدان الدافعية، وسرعة الغضب، إضافة إلى ظهور أعراض اكتئابية وقلق مستمر. ومن جهة أخرى، يُعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي حظيت باهتمام كبير في مجالات علم النفس والصحة، حيث يشير إلى إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، ومدى تحقيقه لأهدافه وتوقعاته، وذلك في مختلف الأبعاد الصحية والنفسية والاجتماعية (WHO, 1997).

وتتأثر جودة الحياة بشكل كبير لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، نتيجة القيود التي يفرضها المرض، والتغيرات الجسدية والنفسية المصاحبة له، حيث توصلت دراسة (زواوي وآخرون، 2022) إلى وجود تدهور ملحوظ في جودة الحياة لدى نسبة معتبرة من مرضى الغسيل الكلوي، نتيجة مجموعة من العوامل، منها الألم الجسدي، والضغط النفسي، وضعف الدعم الاجتماعي. كما أن انخفاض جودة الحياة قد يؤدي إلى تفاقم الحالة النفسية للمريض، وزيادة الشعور بالاكتئاب والقلق، وهو ما يؤثر بدوره على التزامه بالعلاج وقدرته على التكيف مع المرض، مما يخلق حلقة مفرغة بين تدهور الحالة النفسية وانخفاض جودة الحياة (Diener, 2000).

وانطلاقاً مما سبق، يتضح وجود علاقة تفاعلية معقدة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث يمكن أن يؤثر كل منهما في الآخر بشكل مباشر أو غير مباشر، الأمر الذي يستدعي دراسة هذه العلاقة بشكل علمي دقيق لفهم أبعادها المختلفة. وعليه، يمكن صياغة الإشكالية العامة للدراسة في التساؤل التالي:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة الاستشفائية سداوي المختار بولاية عين وسارة؟
ويتفرع عن هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مستوى الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة الاستشفائية سداوي المختار بولاية عين وسارة؟

- ما مستوى جودة الحياة لدى هذه الفئة بمستشفى سداوي المختار ولاية عين وسارة؟

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الألم النفسي وجودة الحياة لمرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى سداوي المختار بعين وسارة؟

- هل تختلف جودة الحياة باختلاف مستوى الألم النفسي لدى المرضى؟

2- تحديد الفرضيات:

2-1- الفرضية العامة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة الاستشفائية سداوي المختار بولاية عين وسارة

2-2 - الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ارتباطية سلبية بين مستوى الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- يتميز مرضى القصور الكلوي المزمن بمستوى مرتفع من الألم النفسي.
- يتميز مرضى القصور الكلوي المزمن بمستوى منخفض من جودة الحياة.
- تختلف جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف مستوى الألم النفسي

3- أهداف الدراسة:

يتمثل الهدف الجوهرى فى هذه الدراسة فى التعرف على مستوى الألم النفسى وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوى المزمن بمستشفى مستشفى سعداوى المختار، ولتحقيق الهدف الرئيسى قام الباحث بصياغة مجموعة من الأهداف الفرعية على النحو التالى:

1- الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى هذه الفئة من المرضى بمستشفى سعداوى المختار بعين وسارة.

2- التعرف على طبيعة العلاقة بين الألم النفسى وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوى المزمن.

3- الكشف عن الفروق فى مستوى الألم النفسى لدى مرضى القصور الكلوى المزمن تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مدة المرض...).

4- الكشف عن الفروق فى مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوى المزمن تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية والصحية.

4- أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من اعتبارات علمية وأخرى عملية كالتالى:

الأهمية العلمية:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلى:

1- إثراء الجانب النظرى المتعلق بمتغيري الألم النفسى وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوى المزمن.

2- المساهمة فى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الألم النفسى وجودة الحياة لدى هذه الفئة من المرضى، مما يفتح المجال أمام دراسات مستقبلية مشابهة.

3- توفير قاعدة بيانات ومعلومات علمية يمكن الاستفادة منها فى إعداد البرامج النفسية والإرشادية الموجهة لمرضى القصور الكلوى المزمن.

الأهمية العملية:

• تتبع أهمية هذه الدراسة من أهمية مجال تطبيقها والذي يتمثل بالمؤسسة الاستشفائية، حيث تسهم في التعرف على الجوانب النفسية التي يعاني منها مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى مستشفى سعداوي المختار، كما تساعد نتائجها الأطباء والأخصائيين النفسيين على وضع برامج دعم نفسي وتحسين مستوى جودة الحياة لدى المرضى، والتقليل من حدة الألم النفسي الذي يرافقهم أثناء العلاج والمتابعة الطبية .

5-1- تحديد مصطلحات الدراسة:

5-1- مفهوم الألم النفسي نظريا:

• يُعرف الألم النفسي بأنه حالة من المعاناة والانزعاج الداخلي الذي يشعر به الفرد نتيجة الضغوط النفسية أو الصدمات أو الإحباطات المختلفة، ويظهر في شكل مشاعر الحزن والقلق والتوتر واليأس وفقدان الراحة النفسية، وقد يؤثر على التوازن الانفعالي والاجتماعي للفرد ويضعف قدرته على التكيف مع ظروف الحياة المختلفة.

5-2- مفهوم الألم النفسي إجرائيا:

• يُقصد بالألم النفسي في هذه الدراسة الدرجة التي يتحصل عليها مرضى القصور الكلوي المزمن على مقياس الألم النفسي المستخدم في الدراسة، والتي تعكس مستوى المعاناة النفسية والانفعالية لديهم.

5-3- مفهوم جودة الحياة نظريا:

• تُعرف جودة الحياة بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في إطار الثقافة والقيم التي يعيش فيها، ومدى شعوره بالرضا عن حالته الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، وقدرته على ممارسة نشاطاته اليومية وتحقيق التوافق والتوازن النفسي والاجتماعي.

5-4- مفهوم جودة الحياة إجرائيا:

• تُقصد بجودة الحياة في هذه الدراسة الدرجة التي يتحصل عليها مرضى القصور الكلوي المزمن على مقياس جودة الحياة المعتمد في الدراسة، والتي تعبر عن مستوى رضاهم عن مختلف جوانب حياتهم الصحية والنفسية والاجتماعية.

5-5- مفهوم مرضى القصور الكلوي المزمن نظرياً:

• يُقصد بمرضى القصور الكلوي المزمن الأفراد الذين يعانون من تدهور تدريجي ومستمر في وظائف الكلى، مما يؤدي إلى ضعف قدرتها على تنقية الدم والتخلص من الفضلات والسوائل الزائدة من الجسم، ويستمر هذا الخلل لفترة طويلة قد تتجاوز ثلاثة أشهر، ويستلزم في بعض الحالات العلاج الدوري كالتصفية الدموية أو زراعة الكلى.

5-6- مفهوم مرضى القصور الكلوي المزمن إجرائياً:

• يُقصد بمرضى القصور الكلوي المزمن في هذه الدراسة المرضى الذين يتلقون العلاج والمتابعة الطبية بمستشفى مستشفى سعادوي المختار، والذين تم تشخيصهم طبياً بالقصور الكلوي المزمن ويخضعون للعلاج الدوري خلال فترة إجراء الدراسة.

6/- الدراسات السابقة:

تمثل الدراسات السابقة مصدر رئيسي لبداية دراسة جديدة والتوسع فيها، وتحديد موقعها من الإنتاج الفكري النفسي، فكان الاهتمام في الدراسة الحالية منصبا على عرض الدراسات السابقة لإستخلاص فروض الدراسة، وتحديد أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة. هذا ما يدفعنا إلى استعراض أهم الدراسات المتعلقة بمشكلة الدراسة، سواء من حيث متغيرات الدراسة أو العينة التي تتطلب الدراسة، وهنا سيتم عرض أهم الدراسات :

1- دراسة سعادة إبراهيم محمد س لامة (2011) بعنوان: أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوي.

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على أعراض القلق والاكتئاب لدى البالغين الخاضعين لغسيل كلوي، تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدام الاستبيان لجمع البيانات، تطبيق مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته، مقياس بيك للاكتئاب ، مقياس أساليب التكيف مع أحداث الحياة الضاغطة، واشتملت العينة على 32 مصابا من كلا الجنسين حسب متغيرات (وقت تعبئة الاستبيان، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل، الدخل الشهري)

حيث توصلت الدراسة إلى أن المبحوثين يعانون من قلق خارجي المنشأ مع فروق لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل ثلاث مرات أسبوعيا أكثر من المرضى الذين يقومون بالغسيل مرة أو مرتين، والمرضى الذين لديهم أمل في زراعة كلية مستقبلا كانوا أكثر قلقا من الذين لا يوجد لديهم أمل، أما بالنسبة للاكتئاب فقد جاءت لصالح المرضى الذين قاموا بتعبئة الاستبيان قبل بدء جلسة الغسيل الكلوي، وكذلك لصالح المرضى "الأميين" حيث كانوا أكثر اكتئابا من المرضى المتعلمين، كما جاءت لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل الكلوي ثلاث مرات أسبوعيا.

وفيما يتعلق باستخدام أساليب التكيف في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كانت النتائج دالة احصائيا على مستوى التفاعل الايجابي لصالح كل من دخلهم الشهري اقل من (2501)، ويعانون من أكثر من مرض والذين تم تعبئة الاستمارة معهم قبل جلسة الغسيل الكلوي، إضافة

إلى من يقومون بالغسيل الكلوي مرتين أسبوعيا يستخدمون أساليب إيجابية في التعامل مع المرض.

2- دراسة بوزار يوسف (2015) بعنوان نوعية الحياة و الإستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى: حيث هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى وعلاقتها بظهور الاستجابة الاكتئابية، تم استخدام المنهج العيادي وتطبيق المقابلة العيادية النصف موجهة، ومقياس بيك للاكتئاب وسلم نوعية الحياة الذاتية. من الجنسين (ذكور، و 4 اناث). اشتملت العينة (07) حالات تتراوح أعمارهم ما بين (40 الى 50 سنة) (PDVS)

العينة بطريقة قصدية حسب (طبيعة المرض، السن، الخبرة مع الدياليز) ، بمستشفى بني مسوس - الجزائر- حيث توصلت الدراسة إلى أن هناك إختلاف في نوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن مما ينعكس على ظهور الاستجابة الاكتئابية لديهم كما أن نوعية الحياة الجيدة تؤدي إلى انخفاض في الاستجابة الاكتئابية بمعدل (6) من (7) حالات لدى مجموعة العينة.

3- دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشلاق . بعنوان الألم النفسي لدى مرضى السرطان، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان ومعرفة الفروق في مستوياته وفقا لمتغير الجنس والسن ونوع العلاج، وتم استخدام المنهج الوصفي وتطبيق مقياس الاكتئاب، القلق، الضغط (SSAD-21).

واشتملت العينة على 230 مريضا من الجنسين (60 ذكرا، و 170 انثى) تراوحت أعمارهم ما بين (18-80) سنة تم اختيار العينة بطريقة قصدية بمراكز مكافحة السرطان بكل من ولاية عنابة وورقلة -الجزائر ، حيث توصلت الدراسة إلى أن وجود الاكتئاب والقلق منخفض والضغط متوسط لديهم، وأن هناك فروقا في مستوى الاكتئاب ، القلق، الضغط ، وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الاناث مقارنة بالذكور، ووجودها في مستوى الضغط بالنسبة للذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن.

- دراسة رقيق برة علي(2017) بعنوان التدين وعلاقته بالضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التدين والضغط النفسي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتم تطبيق مقياس التدين واستبيان الضغط النفسي لـ"فنشتاين".

اشتملت عينة الدراسة على (60) فردًا، منهم (30) راشدًا مصابًا بالقصور الكلوي المزمن و(30) راشدًا عاديًا، وفق متغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي، وتم اختيار العينة بطريقة عمدية قصدية، وذلك بمستشفى مستشفى أسعد حساني.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لدرجات التدين بين المصابين والعاديين، كما أظهرت وجود فروق دالة إحصائية في درجات الضغط النفسي، حيث بلغ المتوسط الحسابي (72.25) لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن، و(23.35) لدى الراشدين العاديين. كما بينت النتائج وجود فروق في استعمال استراتيجيات المواجهة لدى كلتا العينتين.

-التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال استعراض الدراسات السابقة يتضح أن أغلب الدراسات اهتمت بالجانب النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث تناولت بعض الدراسات القلق والاكتئاب وأساليب التكيف، في حين ركزت دراسات أخرى على نوعية الحياة والضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة، كما تناولت دراسة أخرى الألم النفسي لدى فئة مرضى السرطان. وقد اعتمدت معظم هذه الدراسات على المنهج الوصفي، مع استخدام أدوات نفسية متنوعة كالمقابلة العيادية والمقاييس النفسية والاستبيانات.

وتتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في اهتمامها بالمتغيرات النفسية لدى المرضى المزمنين، خاصة مرضى القصور الكلوي المزمن، كما تتشابه معها في اعتمادها على المنهج الوصفي واستخدام المقاييس النفسية لجمع البيانات. كذلك تتفق معها في اختيار العينة من المرضى الخاضعين للعلاج داخل المؤسسات الاستشفائية.

أما أوجه الاختلاف فتتمثل في أن الدراسة الحالية تركز على العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وهو ما لم تتناوله الدراسات السابقة بصورة مباشرة، إذ ركزت أغلبها على القلق والاكتئاب والضغط النفسي أو التدخين واستراتيجيات المواجهة. كما تختلف الدراسة الحالية من حيث البيئة الميدانية والعينة، حيث أجريت بمستشفى مستشفى سعداوي المختار.

وقد ساهمت الدراسات السابقة في إثراء الجانب النظري للدراسة الحالية، وتحديد مفاهيمها ومتغيراتها، إضافة إلى الاستفادة منها في صياغة الفرضيات واختيار المنهج والأدوات المناسبة للدراسة.

الألم النفسي.

تمهيد

تعريف الألم

مكونات الألم

أنماط الألم

تعريف الألم النفسي

أصناف الألم النفسي

خلاصة

تمهيد:

من خلال هذا الفصل سنتطرق إلى الحديث عن تعريف الألم ومكوناته وأنماطه وكذلك الألم النفسي و أصنافه المتمثلة في الاكتئاب ، القلق و الضغط و ذلك من خلال تعريفها و عرضها أسبابها ، و أعراضها و النظريات المفسرة لها، و علاجها، بالإضافة إلى تطرق إلى الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .

1- تعريف الألم:

يعرفه تايلور (2008): "بأن الألم في الأساس خبرة سيكولوجية، تعتمد درجة الإحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره". (ص 482) .

الألم هو ظاهرة معقدة يشير إلى خبرة حسية وانفعالية غير سارة، مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن، والألم هو خبرة ذاتية أين تكون المكونات الحسية المرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الانفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية. (مرازقة، 2009، ص24) في حين يعرفه ميرسكي (1986) بأن الألم خبرة مرتبطة بإصابة جسدية، يعبر عنها بأسلوب نفسي مثل الإحساس بالضيق، البؤس، الحزن، عدم الارتياح، والتعاسة. فالألم شعور فردي يختلف كثيرا من شخص لآخر، إذا يتداخل فيه عوامل بيولوجية، نفسية و اجتماعية، تحدد مستوى و ردة الفعل عليه، فهو لم يعد مجرد عرض لمرض بل مرض في حد ذاته. (مرازقة، 2020، ص365)

و انطلاقا مما سبق فإن الألم خبرة انفعالية وحسية غير سارة مرتبطة إما بإصابة عضوية حقيقية أو من غير إصابة كأن يشعر الفرد المصاب بألم من دون وجود إصابة فعلية .

2- مكونات الألم:

أ- المكون الحسي:

ويقصد به أن للألم مظهراً حسيّاً، حيث يتم الإحساس به من خلال نظام عصبي خاص ينبه الفرد إلى وجود الألم ويجعله يشعر به.

ب- المكون الانفعالي:

ويقصد به أن الألم يمثل خبرة غير سارة وغير مستحبة، إذ يصاحبه شعور بالضيق والمعاناة والانزعاج النفسي، مما يؤدي إلى ظهور انفعالات مختلفة كالقلق والخوف والتوتر.

ج- الألم كخبرة:

أكدت الجمعية الدولية لدراسة الألم أن الألم عبارة عن تجربة حسية وانفعالية غير سارة ترتبط بوجود ضرر حقيقي أو محتمل يصيب أنسجة الجسم.

د- المكون السلوكي:

ويشمل مجموعة من التظاهرات اللفظية وغير اللفظية التي تصدر عن الشخص المريض الذي يعاني من الألم، مثل الشكوى، والصراخ، والتأوه، وتغير تعابير الوجه والحركات الجسدية. (فالق وعدوان، 2020، ص541).

3- أنماط الألم:

- الألم الحاد:

وهو ألم غالباً ما يكون قابلاً للتحديد الموضوعي، وينتج عن سبب واضح كالإصابة أو الالتهاب أو تضرر الأنسجة أو أثناء التدخلات الطبية، ويمتد لفترة زمنية محددة قد تكون أياماً أو أسابيع. ويتميز بإمكانية علاجه، كما تقتصر آثاره النفسية غالباً على الشعور المؤقت بالقلق والإرهاق.

- الألم الانتكاسي الدوري:

وهو ألم يتكرر بصورة منتظمة، مثل الصداع النصفي وآلام الظهر والبطن، وغالباً ما يكون صعب التنبؤ بظهوره. ويمكن أن يعالج بصورة عرضية، ويرتبط بعوامل اجتماعية كأحداث الحياة الضاغطة والمشكلات الأسرية، وعوامل خارجية كتغيرات الطقس والأغذية، إضافة إلى عوامل شخصية كالانفعالات والمزاج والعوامل المعرفية. (بريطل، 2017).

- الألم المزمن:

يعرف الألم المزمن بأنه خبرة جسدية وانفعالية غير سارة تنتج عن إصابات عضوية دائمة أو عن مرض مزمن، ويستمر لفترة طويلة. وغالباً ما يستطيع المرضى تحديد موضع الألم ودرجة شدته، إلا أن أسبابه الفسيولوجية تبقى غير واضحة في كثير من الحالات. ويعد الألم مزمنًا إذا استمر لأكثر من ستة أشهر. (نوار، 2021، ص542).

- الألم ذو الطبيعة التصاعدية:

وهو الألم المرتبط بالأمراض ذات الطبيعة التصاعدية أو المتفاقمة، مثل التهاب المفاصل الروماتويدي والسرطان، حيث تزداد شدة الألم تدريجياً مع تطور المرض.

- الألم المحدث معلياً:

وهو الألم الناتج عن استخدام مثيرات حسية مؤلمة كالوخز أو الحرارة أو الضغط، ويتم إحداثه في ظروف وتجارب مخبرية لأغراض البحث والدراسة. (عدوان وفالق، 2022، ص541).

4- تعريف الألم النفسي :

هو خبرة نفسية و تجربة سيكولوجية تشمل على الإحساس بالمعاناة و ترتبط بالمتاعب الجسد. (صادق،1984،ص26)

ويعرفه شنيدمان (1993) بأنه رد فعل انفعالي مركب يتضمن الكثير من المشاعر المؤلمة للنفس ، و الناتجة من شعور الفرد بالإذلال و العار و الظلم ، و الشعور بالحزن والاكتئاب و اليأس ، و الشعور بالذنب و الخوف و الريبة. (جمعة و فرحان،2015،ص412)

ويعرف الألم النفسي على أنه شعور غير محتمل ناتج عن التقييم السلبي لعدم القدرة أو العجز الذاتي ،و أن التقييم السلبي للذات قد يكون ناتج عن عدم تحقيق طموح ، فقدان الحب أو الشعور الشديد بالذنب .(براهمية،2018،ص46)

واستنادا إلى ما سبق فإن الألم النفسي حالة انفعالية غير سارة و معاناة غالبا ما ترتبط بالتقييم السلبي أو خسارة .و يصنف الألم النفسي إلى ثلاث أصناف الاكتئاب ، القلق و الضغط.

5- أصناف الألم النفسي:

5-1- الاكتئاب:

5-1-1- تعريفه:

هو عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن، الغم و الضيق ويعبر الاكتئاب لدى غالبية الناس عن استجابة مادية تثيرها خبرة مؤلمة . (النجمة، 2008، ص15)

و يعرف حسب المنظمة العالمية للصحة 2019 الاكتئاب مرض يميزه الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي يتمتع فيها الشخص عادة و هو يقترن بالعجز في أداة الأنشطة اليومية لمدة أسبوعين على الأقل، بالإضافة إلى ذلك بيدي المصابون بالاكتئاب العديد من الأعراض التالية في العادة: فقدان الطاقة، تغير في الشهية، النوم لفترات أطول أو أقصر، القلق، انخفاض معدل التركيز، التردد، الشعور بعدم احترام الذات أو بالذنب أو باليأس و التفكير في إيذاء النفس أو الانتحار. (عبوين، 2021، ص157)

و يعرف كذلك بأنه خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الحزن و التشاؤم والشعور بالفشل و الرغبة في إيذاء الذات والتردد و الإرهاق و فقدان الشهية والانسحاب الاجتماعي و مشاعر الذنب و الكراهية الذات وعدم القدرة على بذل جهد. (عبد الله، 2017، ص09)

و اتفقت هذه التعريفات على أن الاكتئاب زملة من الأعراض المؤلمة التي يشعر بها الفرد و التي تظهر في شكل حزن و تشاؤم و شعور بالذنب و الوحدة وفقدان الشغف في الحياة.

5-1-2- أسباب الاكتئاب:

أ- أسباب وراثية:

أسفرت العديد من الدراسات حول التوائم أن هناك عامل وراثي وراء الإصابة بحالات الاكتئاب حيث تؤكد بعض نتائج الدراسات شيوع الاضطرابات الوجدانية عموما والاكتئاب خصوصا بين التوائم المتشابهة والأقارب . كما أكدت الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دورا مؤثرا في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية ، حيث تشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب . حيث لاحظ الأطباء النفسيون من خلال

متابعتهم لحالات المرضى، بأن الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية تنتشر بحوالي 50% حيث يكون فيها أحد الوالدين مصابا بالمرض نفسه فإذا كان الأب أو الأم مصابا بهذا المرض ، فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة 24 إلى 30% أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه، فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى 60%. (يحياوي،2014، ص 239-240)

ب-أسباب عضوية كيميائية:

- عدم التوازن في تركيز أملاح الصوديوم و البوتاسيوم في الجسم.
 - التغيرات التي تحدث في الهرمونات .
 - زيادة إفراز الكورتيزون بسبب زيادة الهرمون المسؤول على إفرازه في الغدة النخامية.
 - النقص في إفراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية و انخفاض مستوى الحمض الأميني الكاتيكول أمين.(النجمة،2008،ص24)
 - قصور في بعض المواد الكيميائية العصبية أو الموصلات العصبية و خاصة نوربينفرين و سيروتونين و يؤدي هذا القصور إلى زيادة الأيض أو التهاب في الجهاز الطرفي العميق، مما يؤدي بدوره إلى العديد من المشاكل التي ترتبط بالاكتئاب .
- (حجازي،2011،ص24)

ج-أسباب نفسية:

- الإحباط والقلق والفشل و الكبت وخيبة الأمل.
- التوتر الانفعالي و الخبرات المؤلمة.
- فقدان الحب و المساندة العاطفية و الحرمان .
- فقد حبيب أو وظيفة أو خسارة مالية.
- صراعات اللاشعورية و ضعف الأنا.
- ضعف تقدير الذات و الشعور بالذنب.(إبراهيم،2022،ص21)

و-أسباب اجتماعية:

- إهمال الأبناء و القسوة الشديدة عليهم.
- الخصائص المزاجية الاكتئابية لدى إحدى الوالدين أو كلاهما .
- التفكك الأسري و الانفصال المبكر للوالدين .
- الهجرة أو السفر الطويل و الابتعاد عن الأقارب و الأصدقاء.
- الاعتماد على الآخرين في تلبية حاجيات الأساسية للحياة.
- النقص في اكتساب المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على حل المشكلات و تكرار التعرض لخبرات منفردة.(زعر،2016،ص65)

5-1-3 أعراض الاكتئاب:

بحسب الدليل تشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية فإن الاكتئاب النفسي تتوفر فيه الأعراض التالية:

- مزاج منخفض معظم اليوم ، كل يوم تقريبا ، و يعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).
- انخفاض واضح في الاهتمام في الأنشطة اليومية .
- فقدان الوزن بارز أو كسب الوزن أو انخفاض في الشهية أو زيادتها.
- أرق أو فرط النوم كل يوم تقريبا.
- هياج نفسي حركي أو خمول .
- تعب وفقدان الطاقة.
- أحاسيس بانعدام الثقة أو الشعور بالذنب.
- انخفاض القدرة على التفكير والتركيز .
- أفكار متكررة عن الموت أو تفكير انتحاري متكرر.(الحمادي ،ب،ت، ص ص 137-

(138)

5-1-4- النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب:

نظرية التحليل النفسي:

فسر فرويد الاكتئاب على أنه نكوص المرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية و أن المكتئب يحمل شعورا متناقضا تجاه الحب الأول "الأم". ونتيجة الإحباط وعدم الإشباع مراحل نموه الأولى ، يتولد لدى الإنسان الإحساس المتذبذب بين الحب و الكراهية . وعندما يصاب بخيبة أمل أو فقدان عزيز عند نضوجه ، ينكص لحاجة الأولية بعمليات دفاعية لا واعية من الإسقاط و الإدماج أو النكوص .و يمتص طاقته و يدمجها نحو ذاته ، ومن هنا يبدأ الانغلاق و العدوان الذاتي و اتهام الأنا و الإحساس بالدونية ، التي تطلق الميول الانتحارية. (عكاشة،2008،ص26)

ب- النظرية البيولوجية:

تركز هذه النظرية على وجود خلل على مستوى المخ و بصفة خاصة على نواقل العصبية مثل النوربيفرين و السيروتونين ، حيث يعملان على نقل سيلة العصبي بين الأعصاب عبر الموصلات العصبية ، حيث أن هاتين المادتين تتركزان في الجهاز العصبي الطرفي ، و يقترح سيكلاكروت في نظريته أن النقص في النوربيفرين يقترن بالاكتئاب في حين أن زيادة هذه المادة يرتبط بالهوس.

ج- النظرية السلوكية:

ظهرت اتجاهات عديدة لهذه النظرية في تفسير الاكتئاب منهم من يرون أن العصاب أو المرض النفسي على أنه سلوك متعلم شأنه شأن غيره من الأنماط السلوكية السوية. مستخدمين مفاهيم الاشتراط و التعزيز ، و يرون أن السلوك و الشعور المكتئب دال على انخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التعزيز الايجابي . من شأنه أن يترك الأثر السلبي نتيجة خفض للمعزز الايجابي.

و هناك اتجاه يرى أن الاكتئاب ما هو إلا نقص في المهارات الاجتماعية وعدم القدرة على توكيد الذات ، كعدم القدرة على رفض الطلب شخص ما بطريقة لبقة تجعلهم أكثر عرضة للاكتئاب ، وحسب وجهة نظرهم هذه فإن الأشخاص المكتئب قد يكونون أشخاص غير حاذقين اجتماعيا ، وأنه لديهم عجز في التصرف براحة في العلاقات الاجتماعية بما في ذلك التعامل مع أفراد الأسرة والأصدقاء و زملاء العمل مما يترك لديهم آثارا الاكتئابية على حياتهم الشخصية. (النجمة،2008،ص25)

د- النظرية المعرفية:

تمثل وجهة نظر بيك واحدة من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب و تفترض هذه النظرية أن الأفكار و المعتقدات السلبية تعتبر هي المسبب الرئيسي للاكتئاب ، فالتشاؤم و الأفكار الناقدة للذات يمكنها أن تدفع الشخص إلى الاكتئاب ، وأوضح أرون بيك ارتباط الاكتئاب بوجهات النظر السلبية تجاه الذات ، العالم و المستقبل نظرة تشاؤمية تعرف باسم الثلاث السلبية. ووفقا لهذا النموذج فإن الأشخاص الذي يعانون الاكتئاب يعيشون ضمن المخططات السلبية مثل فقدان الوالدين ، أو رفض أقرانهم لهم أو التوجه الاكتئابي للوالدين، تختلف هذه المخططات عن الأفكار الواعية و تؤثر في معتقدات نتيجة لظروف و التي تشكل وعي الشخص و طريقة إدراكه للتجارب الشخصية ، و تنشط هذه المخططات عندما يمر الشخص بمواقف متشابهة للمواقف الأصلية التي تؤدي إلى تفكير سلبي وهذا الأخير ينشط هذه المؤثرات المعرفية التي تسبب التحيز المعرفي أم الميل إلى التعامل مع المواقف بطريقة سلبية لذا أشار بيك أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب يميلون إلى التغذية الراجعة السلبية ، وبالتالي يؤدي هذا اضطراب المعرفي إلى قصور في إدراك و تذكر و ملاحظة الإشارات والعلامات الجيدة والإيجابية ، و كذلك فإن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب يقترفون أخطاء معرفية حتى يصلوا إلى التحيز ، ما يخلصون إليه من نتائج يقودهم من اضطراب معرفي إلى اضطراب آخر. (كرينج وآخرون،2016،ص ص 295- 298)

و- نظرية أخطاء التعلم الاجتماعي و العجز المكتسب:

يرى ميلر و سيلغمان أن تعلم العجز يمدنا بنموذج لفهم الاكتئاب التفاعلي و الذي يعود إلى أسباب بيئية أكثر منها أسباب داخلية ، و مصطلح العجز المتعلم يحدث عند تعرض لخبرة مؤلمة و غير متحكم بها ، وهذه الخبرة تعوق ما تم تعلمه من استجابات الهروب و التحاشي . وعندما يدركون مواقفهم على أنها غير متحكم بها ، فإنهم يبدؤون في عمل اعزاء لتفسير وتوضيح أسباب عدم تحكم في هذه المواقف أو بالأحرى تبريرا لعجزهم وقد تكون هذه الإعزاء داخلية (أي تعود إلى الخصائص الذاتية للشخص نفسه) ، أو خارجية (أي أنها ترجع للبيئة) ، أو عامة و كلية (تنطبق على كثير من المواقف) ، أو خاصة (تنطبق على بعض المواقف) ، أو ثابتة أو غير ثابتة ، لذلك فإن فقد تقدير الذات يظهر عندما يقرر الشخص أن عجزه يعود إلى اضطراب ، و عجز شخص أكثر مما يرجع إلى أسباب ذات تأثيرات عامة على كل الأفراد في هذه المواقف ، وقد وجد أن الإعزاء التي تتسم بالثبات و الكلية و الذاتية ، للعجز أو الفشل تنتج بشكل عام و بدرجات أعمق في الاضطرابات الاكتئابية. (مصطفى، 2009، ص 55-58)

3-1-5- علاج الاكتئاب :

أ-علاج الدوائي:

الأدوية هي أكثر وسائل العلاج سواء العلاجات البيولوجية أو غيرها لاضطراب الاكتئاب شيوعا و أكثر خضوعا للأبحاث ، و تنقسم هذه الأدوية لثلاث فئات رئيسة : مثبطات الاوكسيداز أحادية الأمين ، و مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات و مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية.

وقد أثبت عدد من الدراسات أن هذه الأدوية تكون فعالة في علاج اضطرابات الاكتئاب ، وأن 50% إلى 70% من الأشخاص الذين يكملون العلاج تتحسن حالتهم . وقد أوضحت أحد التحليلات الفائقة الذي قام بتلخيص نتائج الكثير من الدراسات التي أجريت على مضادات الاكتئاب أن الفعالية السريرية لهذه الفئات الثلاث من الأدوية متشابهة تقريبا . و قد ثبت أن هذه الأدوية فعالة في علاج الاكتئاب الجزئي أو الرئيس. (كرينج وآخرون، 2016، ص316)

ب- علاج تحليل النفسي:

يركز هذا العلاج على الأسباب المؤدية للاكتئاب و التي غالبا ما تعود إلى خبرات طفولة
كامنة ، و الصدمات التي يتلقاها المريض في خمس سنوات الأولى . و من الأساليب
المستخدمة التداعي الحر و التحويل و الكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية و الهدف
الأساسي من هذا العلاج هو يساعد المرض على استحضار المخزونات الموجودة في
اللاشعور إلى حيز الشعور ، و التعامل معها . (النجمة، 2008، ص34)

ج-العلاج السلوكي :

يقوم العلاج السلوكي على تعديل السلوك السلبي لدى العميل و تدريبه على بعض التقنيات
السلوكية التي تساهم في تغيير وضعه الحالي و نظرتة السوداوية ويهدف العلاج إلى إطفاء
السلوك غير المرغوب فيه و العمل على بناء فعل شرطي أو سلوك آخر بديل عنه .

- الاسترخاء:

إن التدريب على الاسترخاء يكسب الفرد مهارة وخبرة جديدة يمكن استثمارها في التظمن
التدريجي للتعامل مع المواقف التي تثير الاكتئاب ، ويستخدم أيضا كطريقة لإكساب الشخص
هدوء إزاء المواقف التي تكون مصدرا للإثارة الانفعالات و يساعد على تغيير مفاهيم المرضى
عن ذاتهم فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس ربما بسبب القوة التي يمنحها لهم و
ما يعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات و التحكم في التغيرات الجسمية . وتزداد فاعلية
الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي و العضلي و استثارة البدنية جزءا من المشكلات
المريض النفسية.

خطوات:

- تهيئة مكان مريح و خالي من المشتتات.
- يتخذ المريض وضح مريح (راقد - جالس).
- البدء بتدريب عضو واحد و يفضل أن يكون الذراع .

-بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي يمكن.استغراق وقت .أقل في المرات التالية و يجب أثناء ذلك تدريب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء بالطريقة السابقة .(مصطفى،2009،ص103)

و-العلاج المعرفي:

وذلك بتنمية التفكير العقلاني الايجابي ، من خلال إعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات و العالم بغرض التخفيف من أعراض الاكتئاب .
و يتطلب ذلك أن نعمله و أن نطلعه على :

تثقيف المعرفي عن الاكتئاب و الدرجات المقبولة أو غير المقبولة منه .

نساعده على اكتشاف الأفكار اللاعقلاني التي نسجها عن نفسه وعن العالم و المستقبل، والتي عززت التفكير اكتئابي و ما يرتبط به من عمليات النقد المفرط للذات و ضعف الثقة بالذات .

ويتم ذلك بوسائل و فنيات متعددة منها :

المتابعة اليومية للأفكار اللاعقلانية باستخدام استمارة التحليل العقلاني.

عمليات دحض الأفكار المرضية.

تدعيم أساليب التفكير العقلانية الايجابية .

عقاب الذات عند الفشل في تعديل الأفكار السلبية .

مكافأة الذات إثر النجاح في عمليات التعديل .(إبراهيم،1998،ص203)

5-2- القلق :

3-2-1- تعريفه :

هو حالة من توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبه خوف غامض و أعراض نفسية و جسمية ، يمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا ، من الخوف و توقع تهديد و الخطر.(المصري،2014،ص11)

و يعرفه دليل تشخيص الاضطرابات النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي " بأن

اضطراب القلق هو قلق شديد غير واقعي و توقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة و الذي يستمر لمدة ستة أشهر ، و أحيانا لا يرتبط القلق بشيء محدد ولكن يبدو أنه سمة ثابتة لحياة الفرد اليومية. (الغامدي، 2013، ص38)

في حين يعرف القلق على أنه حالة نفسية تتصف بالتوتر و الخوف و التوقع سواء أكان ذلك حيال أمور محدودة أو غامضة ، قد يكون هذا الانفعال عارضا وهو ما يعرفه كل الناس ، كما يعرفون لحظات الحزن و الأسى و الألم ، ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه و قد يكون مزمنا . (عيسى، د، ت، ص98)

وعليه فإن القلق خبرة انفعالية غير سارة يشعر فيها الفرد بتوجس و تهديد و لا يمكن لفرد تحدد مصدره تحديدا واضحا.

5-2-2-أسباب القلق:

أ-أسباب وراثية:

أثبتت الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي و استجابة للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم ، كما أوضحت دراسة للعائلات أن 15% من آباء و إخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وجد أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى 50% و أن حوالي 65% يعانون من سمات القلق و تختلف نسبة في التوائم و غير المتشابهة ، حيث 2% إلى 4% ، فالوراثة تلعب دورا في الاستعداد للمرض. (أبوفاخرة، 2021، ص249)

ب-أسباب بيولوجية:

تؤكد الدراسات أن القلق ينجم إما عن نقص في غابا أو نقص في المواد المشبهة لبنزوديازيبين حيث يصبح الجهاز العصبي في حالة استثارة و من ثم تظهر أعراض القلق.

كما أن الاضطرابات الهرمونية مثل : اضطرابات الغدة الدرقية و الغدة الكظرية واضطراب الغدة جارة الغدة الدرقية من العوامل التي تساعد في ظهور أعراض القلق و تزيد من شدتها. (سرحان وآخرون،2014،صص32-33)

ج-أسباب النفسية:

- الشعور بالذنب و الدونية والاحتقار النفس الإحباط المستمر و تدني مستوى التقويم الذات يؤدي إلى الشعور بضعف الأداء إلى درجة عالية من القلق.
- الأزمات و الصدمات النفسية.
- عدم القدرة على الإشباع حاجياته النفسية و خصوصا حاجته للتقدير الذاتي.
- الحرمان العاطفي وفقدان الحب. (الأسى،2014،ص62)
- عدم الثقة أو فقدانها في خوض التجارب و المواقف و الخبرات الجديد تشكل مصدرا للقلق. (الغامدي،2013،ص63)

و-أسباب الاجتماعية:

- الأزمات الحياتية .
- الضغوط الحضارية و الثقافية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن.
- التفكك الأسري .
- أساليب التعامل والدية القاسية.
- توفر النماذج القلق ومنها الوالدين.
- الفشل في مختلف مناحي الحياة.(عقون،2012،ص162)

5-2-3- أعراض القلق:

أ- أعراض الجسمية:

- ضعف عام و نقص في الطاقة الحيوية.
- توتر العضلات و صداع مستمر .
- شحوب الوجه و جفاف الفم و الحلق .
- سرعة نبضات القلب و ضيق في التنفس .
- فقدان الشهية و الاضطرابات النوم .
- عسر الهضم و آلام في المعدة . (الشبؤون، 2011، ص768)

ب- أعراض النفسية:

- فقدان السيطرة على مجريات الأمور.
- الخوف من الموت.
- الشعور المتواصل بالانفصال عن الواقع .
- الشعور بالتوتر و الانفعال .
- عدم القدرة على التركيز.
- التملل و الشكوى المستمرة ومظاهر الاكتئاب . (العالم، 2019، ص18)

5-2-4- النظريات المفسرة لاضطراب القلق:

1- نظرية التحليل النفسي:

- يعتبر فرويد أول وضع أساس نفسي للقلق فهو يرى انه الإشارات والمطالب الأنا، والصراعات اللاشعورية دور في ظهور القلق ، وقد ميز فرويد بين أنواع القلق الثلاث وهي :
- القلق الموضوعي :** و الذي يعد سويًا يكون مصدره العالم الخارجي .
- القلق الأخلاقي :** و الذي يعد نتيجة للتفكير بعمل ما يمثل انتهاكا للسلوك الأخلاقي .

القلق العصابي : وهو عبارة عن خوف غامض غير مفهوم فهو رد فعل لخطر تعريزي داخلي ، لا يمكن تحديد أسبابه .

وعلا خلاف ذلك ترى هوني أن القلق استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية ، وتعتقد أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم في نشأة القلق لما بها من تعقيدات وتناقضات بينما يرى أدلر أن القلق يظهر عندما ما يحاول الفرد التحرر من الشعور بالنقص ومحاولته الحصول على التفوق.(الشبؤون،2011،ص769)

2- نظرية السلوكية:

تتطوي وجهة نظرهم في أن القلق استجابة مكتسبة ، فمصدر القلق لديهم يكمن في المواقف الخارجية التي يتعرض لها الفرد في الخارج ، فمنهم يرون أن القلق يتم اشتراطه اشراطا تقليديا بالعدد من المنبهات الخارجية ومن ثم تعميم الاستجابات بعد ذلك ، ومن أمثلة الخبرات العادية التي تؤدي إلى القلق منها مواقف غير المشبعة و المؤلمة التي يتعرض لها الفرد خلال مراحل طفولة الأولى ، التي يحدث فيها خوف و تهديد و يترتب عليها مثيرات انفعالية أهمها عدم الارتياح الانفعالي و ما يصاحبه من تقرر وعدم استقرار . (حويلة،2010،ص48)

يرى واطسون و راينر أن جميع المخاوف ناتجة عن الارتباط الشرطي و ذلك أن تعلم الخوف من شيء أم محايد بسبب اقترانه بحدث آخر مخيف ، و يفسر أن تطور المخاوف غير المنطقية هي انفعالات مشروطة.(فريمان وفريمان،2012،ص25)

3- النظرية المعرفية:

يؤكد النموذج المعرفي أن اضطراب القلق سببه الرئيسي هو طريقة التي يتبعها الناس في تفسير أو التفكير في الأحداث المجهددة و أن تصور الفرد للأحداث المجهددة هو الذي يمكن أن يكتف أو يثبط استجابة ، كما أن أحد أبرز ادراكات السلبية في القلق هو عدم السيطرة ويتميز بحالة من العجز بسبب عدم القدرة على التنبؤ أو الحصول على نتائج المرجوة. (A.A. la te sawd،2019،p582)

و يرى بيك أن القلق ينشأ من الإفراط في تقدير الخطر عبر واحد أو أكثر من الأبعاد التالية:

- التقدير المفرط للتغيرات الناتجة عن حادث ينطوي على الخوف .
- التقدير المفرط لحدث يتسم بالشدة و العنف و ينطوي على الخوف .
- التقليل من قدرة الفرد على التغلب و المواجهة.
- التقليل من قدرة الأفراد الآخرين على تقديم المساعدة .

وفي نفس الصدد يؤكد بيك أن التفكير المأساوي من الأخطاء المعرفية لدى مرضى القلق ، حيث تكون الكارثة هي نتيجة التي يمكن التنبؤ بها عندما يتوقع الشخص القلق الخطر أم مواجهة المواقف و المشكلات و المبالغة في تقدير الأخطار المحتمل حدوثها و تعميمها و ادراكها بشكل سلبي يجعل من الفرد دائم التشكك في قدرته على المواجهة مما يسبب له قلقا مستمرا. (الحويلة،2010،ص ص 49-50)

4-نظرية البيولوجية:

لقد أوضحت أن هناك ثلاث مواقع أساسية في المخ هي المسؤولة عن تنظيم القلق عند

الإنسان حيث أن القلق عملية معقدة للغاية يشمل مناطق متعددة من الدماغ من بينها الفصيين الأماميين و الحصين و اللوزة مما يجعل المثيرات ذات دلالة انفعالية و بالتالي نجد أن النشاط الكبير لهذه المناطق و خاصة اللوزة يمكن أن يفسر الكثير من اضطرابات القلق .

و يبدو أن القشرة المخية الأمامية لها دور في تنظيم حيث تشترك في انطفاء المخاوف باستخدام استراتيجيات تنظيم الانفعال التحكم فيه ، و قد وجد الباحثون أن الأفراد الذين يعانون من القلق لديهم خلل في الاتصال أو المسار بين هذه المنطقتين ، ويرتبط القلق كذلك بالخلل في منظومة السيروتونين و مستويات مرتفعة في معدل الطبيعي لنوربيفرين و حمض غاما امينوبوتيريك له دور في كبح النشاط في جميع أجزاء

المخ ويعمل على تقليل القلق وبالتالي أي خلل في وظيفة ذلك الحمض يؤدي إلى الإصابة بالقلق. (فريمان وفريمان، 2012، ص36) (كرينج وآخرون، 2016، ص367)

5-2-5- علاج القلق

1- علاج الدوائي:

يعتبر العلاج بالأدوية عاملاً مساعداً ومفيداً إلى جانب العلاجات النفسية، بدلاً من استخدام منحي علاجي واحد دون غيره، كما أن العقاقير أثبتت فعاليتها العلاجية في السيطرة على القلق ومن أهم هذه العقاقير كابتات الأمانات الأحادية المؤكسدة ومضادة الاكتئاب الثلاثية والرباعية وأكثر الأدوية المضادة للقلق فاعلية هي مجموعة البنزوديازيبين مثل (زاناكس، كلونوبين، ديازيبام و الفاليوم) التي تعمل على تهدئة الفرد عن طريق تعزيز نظام تثبط الخوف الذي يتوسطه الناقل الكيميائي العصبي غاما. (زيدندر وماتيسوس، 2016؛ شيهان، 1988)

2- علاج التحليل النفسي:

يساعد على تقوية أنا المريض باعتباره الجزء المسيطر على مخفزات الهو و المنسق بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى كما يساعد المريض على الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف و تعديل الأهداف و تنمية القدرات ، وفي بعض الحالات يستحسن عدم محاولة الكشف عن الصراعات الخطيرة ،فقد يؤدي على حالة شديد من القلق. (الساسى، 2010، ص103)

3- علاج السلوكي:

يقوم على تقليل من حساسية المريض بالموضوع أو الموقف أو تقليل من الاشتراط و ذلك عن طريق التعرض للموقف المخيف بالتدرج محاولاً إحلال استجابة الارتياح مقابل استجابة الذعر ، كما يدرّب المريض على التمرينات الاسترخاء العضلي أو تمرينات نفسية ، حتى يستطيع المريض مواجهة الخوف ،ومنه يؤدي إلى انطفاء الترابط الشرطي المرضي ، ويتكون ترابطاً شرطياً ، و التدريب يكون في العيادة ثم يمارسه في المنزل

بالاستمرار و يمكن للمعالج أن يعطيه شرطا يحثه على القيام به و على الخطوات الواجب القيام بها . (الساسى،2010،ص104)

4-علاج المعرفي:

يستهدف تغيير المعتقدات الموجودة لدى الفرد و التي تسبب له مشاعر القلق و استبدالها بأخرى عقلانية أكثر واقعية بدرجة أعلى عبر تعديل الحديث الذاتي ، فبدلاً من (أنا متوتر) يتم تعلمه أن تقول مثلاً (أنا بخير أشعر بالراحة). (السيد عبيد،2008،ص199)

يركز العلاج المعرفي على مساعدة الشخص على التعلم ، و على إزالة العقبات و الموانع التي تقف عقبة أمام التعلم.و يجري تركيز العلاج على تحديد و حل المشكلات الحالية من خلال تنفيذ أربع خطوات أساسية ، الأولى : أنها تساعد الشخص على تصور المشكلات التي تواجههم . والثانية : يساعد العلاج المعرفي على اختيار إستراتيجية علاجية فعالة لخفض القلق . الثالثة: خلال فترة العلاج المعرفي تجري مساعد الشخص في اختيار الأسلوب الذي يمكن استخدامه من أجل تطبيق هذه الإستراتيجية . والخطوة الرابعة: في أثناء العلاج المعرفي يجري تقييم فعالة الإستراتيجية مختارة. (زيدير وماثيوس،2016، ص247)

5-3-الضغط:

5-3-1-تعريفه:

يعرفه واتين بأنه "أي حدث مهدد يدركه الإنسان على أنه مهدد لوجوده ويتجاوز قدراته على المواجهة". (دخان،2014،ص16)

في حين يعرف لازاروس و فولكمان الضغط النفسي بأنه حالة قلق ناتجة عن أوضاع تتجاوز فيها المسؤوليات والأحداث قدراته الفرد التكيفية ، أو علاقة معينة بين الفرد و البيئة ، التي يتم إدراكها على أنها حالة تفوق مصادره و قدراته و تعرضه للخطر .

بينما تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه أي حرمان يثقل كاهل الفرد نتيجة مروره بخبرة غير مريحة كالمرض أو فقدان المهنة أو الصراعات الزوجية.

(عربيات، 2005، ص255)

فالضغوط النفسية مجموعة من مصادر الخارجية و الداخلية الضاغطة التي

يتعرض لها الفرد في الحياة ، و ينجم عنها ضعف القدرات على خلق الاستجابة

المناسبة ، ما يسبب من اضطرابات انفعالية تؤثر على جوانب

الشخصية. (أبوتينة، 343، 2023)

و بناء على ذلك فإن الضغط النفسي يؤثر على الجوانب الانفعالية للأفراد بشكل

سلبي في عملية تفكيرهم و سلوكياتهم و في حالتهم الصحية مما يجعلهم يشعرون بعدم

قدرتهم على تجاوز الأحداث و المواقف المهددة.

5-3-2- مصادر الضغوط النفسية:

مصادر الخارجية:

-الضغوط الاجتماعية: تتمثل في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، مثل

الخلافات الأسرية، التفاوت الحضاري والثقافي، صراع الأجيال والقيم، اختلاف الميول

والاتجاهات وضغوط الأحداث الشاقة في الحياة أو موت عزيز.

-الضغوط الاقتصادية: و تمثلها الظروف و الوضعيات الاقتصادية للفرد و ما تسببه

من تهديد و توتر مثل ضغوط الفقر و البطالة أو فقدان الثروة ويكون الضغط هنا بسبب

عدم التوافق بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها و قدرة الفرد على الاستجابة.

(حسن، 2011، ص57)

-ضغوط العمل: تتمثل في الفصل من العمل، التقاعد، الانتقال إلى عمل جديد أم

مشكلات مع الرئيس مما تجعل الفرد يشعر بالضغط نتيجة الصعوبات التي يواجهها في

عمله. (الزهراني، 2018، ص305)

الضغوط الثقافية: وتتمثل في استيراد ثقافات و الانفتاح دون مراعاة للأطر الثقافية والاجتماعية القائمة في المجتمع ، هذا فضلا عن مشاهدة القنوات الفضائية و التلفزيونية وكذلك الشات في شبكة الانترنت .(السيد عبيد،2008،ص58)

-ضغوط الأكاديمية: تمثل في البيئة التعليمية و ما يواجهه الطلبة من صعوبات مثل صعوبة المواد الأكاديمية و نقص الدافعية و طرق التدريس التقليدية و الفشل الدراسي لبعض الطلبة وتوتر العلاقات و الحاجة إلى إجراء البحوث.(حسن،2011،ص58)

2- مصادر داخلية:

-الضغوط الانفعالية و النفسية:مثل القلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية .(السيد عبيد،2018،ص305)

-الضغوط الصحية: مثل التعرض لمرض أو إصابة خطيرة ، تغير شديد في عادات النوم و الإستقاظ .

-الضغوط الناتجة عن أسلوب التفكير: و تعود إلى تبني واحدة أو أكثر من الأفكار اللاعقلانية عن نفسه وعن الآخرين مما يولد انفعالات غير مرغوبة كالشعور بالاكتئاب و القلق.(الزهراني،2018،ص305)

5-3-3- أعراض الضغط:

أعراض الجسمية: وتشمل فقدان الشهية و ارتفاع ضغط الدم و تقرحات الجهاز الهضمي و اضطرابات الهضم والإرهاك الجسمي و الربو و الصداع و الحساسية الجلدية.

أعراض الاجتماعية: وتشمل إنهاء العلاقات و العزلة و الانسحاب و انعدام القدرة على قبول و تحمل المسؤولية و الفشل في أداء الواجبات اليومية المعتادة (الغزير وأوسعيد،2009،ص52)

أعراض الانفعالية: و تشمل الحساسية المفرطة وتقلب المزاج وعدم الثبات الانفعالي ، الاكتئاب وشعور باليأس وعدم الرضا ، إفراط التهيج و العصبية والتعبير الحاد و الشعور بالاستنزاف الانفعالي وعدم القدرة على الاسترخاء والاحتراق النفسي . (ساعد،2019،ص91)

أعراض المعرفية: و تشمل عدم القدرة على التركيز ، واتخاذ القرارات المسرعة مما يؤدي إلى كثرة الأخطاء ، عدم القدرة على الاستجابة و التنظيم و التخطيط و تداخل الأفكار مع بعضها البعض.

أعراض السلوكية: و تشمل النسيان وإهمال ، زيادة مشاكل التخاطب و التلعثم ، انخفاض مستوى الطاقة و اضطرابات في النوم ، اللجوء إلى التدخين وتعاطي مخدرات و إلقاء اللوم على الآخرين وعدم تحمل المسؤولية . (أبوعون، 2014، ص ص 20-21)

5-3-4- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

1- نظرية الكر أو الفر لـ"كانون":

تعد هذه النظرية من أوائل المساهمات في مجال بحوث الضغط النفسي، حيث يفسر "والتر كانون" الضغط باستجابة "الكر أو الفر". فعندما تدرك الكائنات الحية أنها تتعرض للتهديد، يتم تنبيه الجسم بسرعة ويصبح مدفوعاً بتأثير الجهاز العصبي السمبثاوي وجهاز الغدد الصماء. وتعمل هذه الاستجابات الفسيولوجية على تهيئة الكائن الحي لمواجهة التهديد أو الهروب منه. وقد توصل "كانون" من خلال تجاربه إلى أن استجابة الكر أو الفر تعد استجابة تكيفية، لأنها تجعل الكائن الحي قادراً على الاستجابة بسرعة عند تعرضه للخطر. إلا أن الضغط قد يسبب الأذى للكائن الحي لأنه يعطل الوظائف الانفعالية والسيكولوجية، وقد يؤدي إلى ظهور مشكلات صحية مع مرور الوقت، خاصة إذا استمر الضغط بشدة لفترات طويلة. (تايلور، 2008، ص 286).

2- نظرية أعراض التكيف العام لـ"هانز سيللي":

يرى "سيللي" أن الضغط يحدث عندما تفشل قدرة الجسم في تحقيق التوازن والتوافق مع الحدث أو الظروف، وأن أي موقف يصبح ضاغطاً إذا لم يستطع الفرد التكيف معه بسهولة. ويظهر الضغط من خلال مجموعة من الأعراض أطلق عليها "متلازمة التكيف العام"، والتي تمر بثلاث مراحل:

أ- مرحلة التنبيه والحذر:

وتسمى أيضاً مرحلة الصدمة، وهي المرحلة الدفاعية الأولى التي يقوم بها الجسم لمواجهة الخطر الخارجي، حيث يحشد الجسم طاقته لمواجهة التهديد. فيتم تنشيط اللحاء الكظري وإفراز الأدرينالين والنورأدرينالين، كما ينشط الجهاز العصبي السمبثاوي، مما يؤدي إلى زيادة نشاط عضلة القلب وتوجيه الدم نحو العضلات والأجهزة الحيوية. وعندما يزول التهديد يعود الجسم إلى حالة الاتزان الداخلي. (أبو الحصين، 2010، ص ص 27-28).

ب- مرحلة المقاومة:

إذا استمر الحدث الضاغط، تنتقل العضوية إلى مرحلة المقاومة، حيث يستخدم الفرد موارده النفسية والجسمية لمواجهة الموقف أو التكيف معه. وغالباً ما يصاحب هذه المرحلة القلق والتوتر، ومع استمرار الضغط لفترة طويلة تصبح طاقة الجسم مرهقة وتضعف قدرته على المقاومة والتكيف.

ج- مرحلة الإجهاد والإعياء:

تظهر هذه المرحلة عندما تستنفد طاقة الجسم بالكامل، فيحدث الإنهاك. وقد يؤدي استمرار الاستجابات الدفاعية إلى الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية والإجهاد الشديد، وقد يصل الأمر إلى الوفاة إذا استمر الضغط دون مواجهة فعالة. (السيد عبيد، 2009، ص ص 128-129).

3- نظرية التقدير المعرفي لـ"لازاروس وفولكمان":

تركز هذه النظرية على أن الضغط النفسي عملية تكيفية دينامية تقوم على التفاعل المتبادل بين الفرد والبيئة، حيث يقيم الفرد الموقف على أنه مرهق أو يتجاوز إمكاناته ويهدد صحته النفسية والجسمية.

ويرى "لازاروس وفولكمان" أن التكيف عملية نشطة ومستمرة، يبذل فيها الفرد جهداً لإعادة التوازن عند تعرضه للخطر. وتشمل النظرية نوعين من التقييم:

أ- التقييم الأولي:

ويشير إلى إدراك الفرد للموقف على أنه مهدد أو خطير.

ب- التقييم الثانوي:

ويشير إلى استخدام الفرد للعمليات المعرفية والموارد المتاحة لديه لمواجهة الضغط النفسي والتعامل معه.

كما يوضح "لازاروس" أن مصادر الضغط قد تكون خارجية مرتبطة بالبيئة المحيطة، أو داخلية مرتبطة بطريقة إدراك الفرد للأحداث والمواقف. (الغريير وأبو سعد، 2009، ص 65).

4- النظرية السلوكية:

تركز النظرية السلوكية على دور التعلم والبيئة في تفسير السلوك الإنساني وتشكيل شخصية الفرد. ويرى "سكينز" أن الضغط جزء طبيعي من حياة الإنسان اليومية وينتج عن تفاعل الفرد مع بيئته، وأن بعض الأفراد يستطيعون مواجهة الضغوط بفعالية، بينما يشعر آخرون بتأثيرها عندما تتجاوز قدرتهم على المواجهة.

أما "باندورا" فيرى أن الاستجابات السلوكية التي يظهرها الفرد تجاه المواقف الضاغطة تؤثر في مشاعره وطريقة إدراكه للموقف، وأن الاستجابات غير التوافقية تعيق حل المشكلات وتؤدي إلى تراكم الضغوط النفسية. (طاهر، 2010، ص 269).

5- النظرية المعرفية:

ترى النظرية المعرفية أن الضغوط النفسية تنشأ من طريقة تفسير الفرد للأحداث والمواقف بصورة سلبية أو غير منطقية. ويؤكد "ألبرت إليس" أن المواقف في حد ذاتها ليست ضاغطة، وإنما الاعتقادات اللاعقلانية التي يكونها الفرد حول تلك المواقف هي التي تجعلها ضاغطة. في حين يرى "بيك" أن الضغط استجابة تظهر عندما يتعرض الفرد لمواقف تهدد تقديره لذاته أو لمشكلات يصعب حلها، مما يسبب له الإحباط وفقدان التوازن النفسي. كما أن الأفكار المرتبطة بالعجز واليأس تلعب دوراً في زيادة تأثير الضغوط، لذلك فإن التغيرات المعرفية تحدد مدى تأثير الفرد بالمواقف الضاغطة وقدرته على مواجهتها. (عقون، 2012، ص 69).

5-3-5 - أساليب مواجهة الضغوط:

1- أسلوب الاسترخاء:

يعد الاسترخاء استجابة مضادة للقلق، إذ لا يمكن للفرد أن يكون مسترخياً وقلقاً في الوقت نفسه. لذلك فإن تدريب الأفراد على الاسترخاء يساعد على خفض الشعور بالقلق وأعراض الاستثارة الفسيولوجية الناتجة عن الضغط، كما يقلل من التوتر العضلي وسرعة نبضات القلب ومعدل التنفس وضغط الدم، ويساعد على الاحتفاظ بالطاقة والتقليل من الإجهاد والإرهاق. (الخالدي، 2011، ص ص 23-24).

ونظراً لأهمية الاسترخاء في تحقيق الصحة النفسية والجسمية، يتم تدريب الأفراد الذين يعانون من الضغط على التحكم في تنفسهم، بحيث يتنفسون من ست إلى ثماني مرات في الدقيقة، إضافة إلى تدريبهم على إرخاء عضلات الجسم تدريجياً حتى يخفني التوتر. كما يتم توعيتهم بالمناطق التي يحدث فيها التشنج أثناء التعرض للضغط، مثل الفك أو اليدين، مما يساعدهم على التحكم في ردود أفعالهم الجسدية والتخفيف من التوتر. (تايلور، 2008، ص 392).

2- أسلوب توكيد الذات:

يعد التدريب على توكيد الذات من الفنيات الأساسية في إدارة الضغوط، ويقصد به قدرة الفرد على التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته بطريقة إيجابية ومتوازنة، مع الدفاع عن حقوقه بأسلوب مناسب.

ويتضمن التدريب على توكيد الذات تعلم مهارات مثل استخدام نبرة صوت هادئة وواضحة، والتواصل البصري المباشر، والإنصات الواعي، والتعبير عن الرأي بثقة دون عدوانية أو خضوع. كما تساعد هذه المهارة الفرد على حل مشكلاته بطريقة إيجابية، وتنمية ثقته بنفسه وتحسين مفهومه لذاته، وتجنب الكثير من مواقف الإحباط، مما يساهم في مواجهة الضغوط وتحقيق النجاح في العلاقات الاجتماعية. (عقون، 2012، ص 79).

3- أسلوب التعامل المتمركز حول المشكلة:

تهدف هذه الاستراتيجية إلى تعديل مصدر الضغط أو التخلص منه، والتعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة، وذلك من خلال خطوات منها:

طلب النصيحة: ويتمثل في جمع المعلومات حول المشكلة وطلب التوجيه من شخص مختص أو مقرب.

اتخاذ إجراء مباشر: من خلال وضع خطط بديلة واتخاذ خطوات عملية للتعامل مع المشكلة وتعلم مهارات جديدة تساعد في حلها.

تطوير مكافآت بديلة: ويقصد به تغيير الأنشطة والبحث عن مصادر جديدة للرضا، مثل تكوين علاقات اجتماعية جديدة أو المشاركة في الأعمال التطوعية. (حسن، 2011، ص76).

4- أسلوب التعامل المتمركز حول الانفعال:

يشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعالاته الناتجة عن المواقف الضاغطة، ومن أبرز أساليبه:

التجنب: ويتمثل في صرف الانتباه عن الموقف الضاغط من خلال ممارسة أنشطة سلوكية أو معرفية بديلة.

الإنكار: ويعني محاولة الهروب من المشكلة أو تأجيل مواجهتها، من خلال تجاهل خطورة الموقف أو رفض الاعتراف به. (أيبو، د.ت، ص89).

خلاصة:

في بداية هذا الفصل إلى مفهوم الألم باعتباره خبرة حسية وانفعالية غير سارة ترتبط بوجود ضرر حقيقي أو محتمل، مع عرض مكوناته الأساسية المتمثلة في المكون الحسي والانفعالي والسلوكي، إضافة إلى أنماطه المختلفة كالألم الحاد والمزمن والانتكاسي. كما تم التطرق إلى مفهوم الألم النفسي باعتباره حالة من المعاناة والانزعاج النفسي ترتبط بمشاعر الحزن والقلق والضغط والاكتئاب.

كما تم التطرق إلى أهم أصناف الألم النفسي والمتمثلة في الاكتئاب والقلق والضغط النفسي، من خلال التطرق إلى تعريف كل متغير وأسبابه وأعراضه، إضافة إلى أهم النظريات المفسرة له، سواء التحليلية أو السلوكية أو المعرفية أو البيولوجية، مع إبراز أهم الأساليب العلاجية المعتمدة في التخفيف من هذه الاضطرابات النفسية.

وتناول الفصل كذلك الضغوط النفسية من حيث مصادرها الداخلية والخارجية وأعراضها المختلفة، بالإضافة إلى النظريات المفسرة لها وأساليب مواجهتها، مثل الاسترخاء وتوكيد الذات والتعامل المتمركز حول المشكلة والانفعال.

ومن خلال ما سبق يتضح أن الألم النفسي يعد من المشكلات النفسية المهمة التي قد تؤثر سلباً على التوازن النفسي والصحي للفرد، خاصة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، الأمر الذي يستدعي الاهتمام بالجوانب النفسية إلى جانب الرعاية الصحية، وهو ما تحاول الدراسة الحالية الكشف عنه من خلال بحث العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى هذه الفئة من المرضى.

جودة الحياة

1- تمهيد

2_ مفهوم جودة الحياة

3_ أبعاد جودة الحياة

4_ مكونات جودة الحياة

5_ مظاهر جودة الحياة

6_ مجالات جودة الحياة

7_ مقومات جودة الحياة

8_ معوقات جودة الحياة

9_ الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة

خلاصة

تمهيد:

جودة الحياة من المفاهيم التي تبلورت حديثًا حيث اهتم بها العديد من علماء النفس لأنها تدخل ضمن التيار علم النفس الايجابي، الذي يركز على تنمية الجوانب والقوى الإيجابية للفرد والفضائل الإنسانية والتي لها دور كبير في حمايته من الاضطرابات النفسية خصوصًا التي تتعلق بشخصيته.

1- تعريف جودة الحياة :

عادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة: البعد الذاتي، والبعد الموضوعي. إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة. ويتضمن البعد الموضوعي لجودة الحياة مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل: أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية الاقتصادية، وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية (Taylor & Bogdan, 1996).

ومع ذلك، تظهر نتائج البحوث أن التركيز على المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة لا يسهم إلا في جزء صغير من التباين في التقديرات الكلية لجودة الحياة (Vreeke et al., 1997). كما يبدو أن الارتباطات بين المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية لجودة الحياة كما تقاس: الرفاهية الشخصية العامة overall well-being، الرضا عن الحياة life satisfaction، والسعادة الشخصية personal happiness ضعيفة (Diener & Diener, 1995). ويرى جليمان وإيستربروك وفراي (2004) أن تحليل نتائج الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة يفضي إلى التأكيد على أن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقاً لميكانيزمات داخلية، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن: الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، تصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل فيه، ونوعية ومستوى طموحاته (Gleeman, Easterbrook & Fray, 2004). وسرعان ما انتشر هذا التوجه في مجال أدبيات الإرشاد والتأهيل النفسي.

ويؤكد هذا المعنى كل من تيلور وبوجدان (Taylor & Bogdan 1996)، وفريكي وآخرون (1997 Vreeke et al.)، إذ يقول تيلور وبوجدان أن «جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى إلا من خلال إدراكات الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية» (Taylor & Bogdan, 1996)، بينما يشير فريكي إلى أن «وجود المعايير والقيم

الخارجية لا يكون لها معنى إلا في سياق ما تمثله من أهمية وقيمة بالنسبة للفرد نفسه» (Vreeke et al., 1997).

وعلى الرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة، إلا أنه عادة ما يشار في أدبيات المجال إلى تعريف منظمة الصحة العالمية (1995) بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم، إذ ينظر فيه إلى جودة الحياة بوصفها «إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها» (WHOQOL Group, 1995).

ويرتبط مفهوم جودة الحياة بالمعنى السابق بمفهوم جودة الحياة النفسية كما يتم تدارسه في أدبيات الصحة النفسية، فقد أصبح موضوع جودة الحياة أو جودة الصحة النفسية في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات. وتكمن جودة الحياة داخل الخبرة الذاتية للشخص. ويشير دينير ودينير إلى أن جودة الحياة النفسية هي «تقويم الشخص لرد فعله للحياة، سواء تجسد في الرضى عن الحياة أو الوجدان» (Diener & Diener, 1995, pp. 653-663).

ثم واصل دينير وآخرون (1999) دراساتهم في مجال جودة الحياة النفسية مؤكدين أن جودة الحياة النفسية ترتبط بمحاولة رصد «كيف يدرك أو يقدر الناس مختلف جوانب حياتهم النفسية؟» (Diener et al., 1999, pp. 276-302)، ومشيرين إلى أن هذا المنظور يؤسس على ما يعرف بالصحة النفسية الإيجابية بدلاً من التركيز على المرض النفسي. في حين يرى باحثون آخرون أن جودة الحياة النفسية أحد مكونات أو أبعاد ما يعرف بجودة الحياة بصفة عامة، إذ يفيد لاوتون (1991) أن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن أربعة أبعاد هي: الكفاءة السلوكية، ضبط البيئة أو السيطرة عليها، جودة الحياة المدركة، وجودة الحياة النفسية (Lawton, 1991, p. 35). ويؤكد جونيكر وآخرون (2004) أن جودة الحياة النفسية تمثل المكون المحوري لجودة الحياة بصفة عامة، ويعرفونها بأنها

التقدير الإيجابي للذات، الاتزان الانفعالي، الإقبال على الحياة، وتقبل الآخرين (Jonker et al., 2004, pp. 159-164).

ولا يختلف هذا التعريف في مضمونه عن تعريف دينير (2009) لجودة الحياة، ومفاده أن جودة الحياة هي «الإدراكات الحسية للفرد تجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه» (Diener, 2009).

وفي محاولة كارول رايف وآخرون (2006) الإجابة عن السؤال التالي: هل جودة الحياة النفسية مصطلح نقيض لمصطلح سوء التوافق النفسي؟ أو هل جودة الحياة النفسية والمرض النفسي يشكلان أبعادًا منفصلة للصحة النفسية أو للوظيفة النفسية؟ توصلت إلى الإقرار بوجود مدخلين متميزين للإجابة عن هذا السؤال (Ryff et al., 2006):

الأول: يرى أنصاره أن جودة الحياة النفسية والمرض النفسي نهايتان حديتان على متصل ثنائي القطب، وعليه يؤكد أنصار هذا المدخل على أهمية التعلم عن الضيق والتوتر والاضطراب النفسي لفهم جودة الحياة النفسية.

الثاني: يؤكد أنصار هذا المدخل أن جودة الحياة النفسية والمرض النفسي مجالات منفصلة للوظيفة النفسية أو للصحة النفسية، وبالتالي فإن المعلومات المتعلقة بأسباب وتدايعات كل منهما لا يمكن استنتاجها من الآخر.

2- الاتجاهات النظرية المستخدمة في وصف وتفسير جودة الحياة:

يستخدم مفهوم جودة الحياة أحيانا للتعبير عن الرقى في مستوى الخدمات المادية الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع ، كما يستخدم أحيانا أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لقدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة (WHOQOL Group, 1995) .

وثمة أربعة اتجاهات رئيسة في تعريف جودة الحياة وهي :

أ- الاتجاه الفلسفي.

ب- الاتجاه الاجتماعي.

ج - الاتجاه الطبي.

د- الاتجاه النفسي.

إذ يؤكد في الاتجاه الفلسفي على أن جودة الحياة " حق متكافئ في الحياة والازدهار"، وهناك كثير من المواطنين التي تتطلب الجودة حتى يحصل الإنسان على "جودة حياة". فمفهوم جودة الحياة حسب المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البراجماتية المشهورة، والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العملي أو القيمة الفورية وليست المرجأة (Cash Value النفعية) والمستوى العملي أقرب إلى مفهوم السعادة والرفاهية الشخصية منه إلى أي مفهوم آخر (James, 1907) . وينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي آخر على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذ حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء مثالية تدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخائق وترك العنان للحظات من خيال إبداعي ثرٍ، وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور "مفارقة للواقع تلمسًا لسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لآلام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية". (Maslow, 1968).

وعلى الرغم من وجهة مضامين الاتجاه الفلسفي في توصيفه لمفهوم جودة الحياة، إلا أن أي قراءة منصفة لواقع الإنسان في عالمنا المعاصر ينبئ بأن الاندفاع في مسار الحصول على السعادة وفقاً لهذا المنظور ببعديه المشار إليهما لم يستطع أن يحقق للإنسان سوى تباشير أمل واه في رحم اليوتوبيا الحاملة، وبالتالي ظل الإنسان ينشد السعادة لكنه في المقابل لم يحصل سوى على البؤس والتعاسة (Frankl, 1963).

في حين يعرف أصحاب الاتجاه الاجتماعي " جودة الحياة " من منظور يركز على الأسرة والمجتمع ، وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية الأخرى (Durkheim, 1897). أما الاتجاه الطبي فقد اعتمد على تحديد مؤشرات جودة الحياة ولم يحدد تعريفاً واضحاً لهذا المفهوم، وقد زاد اهتمام الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية بتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم (WHOQOL Group, 1995).

بينما يركز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد، وبالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته ، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد (Rogers, 1961).

كما ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون

في نطاق هذه الحياة ، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية . " (Lawton, 1991)

وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا " في حالة الإشباع " أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع " نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة (Erikson, 1968) .

ومن هنا نستطيع أن نقول أن جودة الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال ، وإشباع الحاجات ، والرضا عن الحياة ، وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة ، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية ، وإحساسه بمعنى السعادة وصولاً إلى العيش حياة متناغمة متوافقة مع جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع (Diener, 2009) .

وفي جودة الحياة يتطلب الاستمتاع بالأشياء بشكل تراكمي أن يفهم الإنسان ذاته وقدراته، ويحقق اهتماماته وطموحاته في تفاعل وانهماك يمكنه من التغلب على مشكلات الحياة وتحديد معنى وهدف يسعى دوماً لبلوغه ولا يألو جهداً في الاندفاع التام باتجاه والاستغراق التام في مضامينه التنفيذ، ويرجعنا هذا التصور إلى الربط بين مفهوم جودة الحياة بمفهوم سيكولوجي حديث نسبياً ارتبط بحركة علم النفس الايجابي هو مفهوم " التدفق . Flow (Csikszentmihalyi, 1990)

ويعد مفهوم التدفق من بين أهم المفاهيم المرتبطة بحركة علم النفس الإيجابي ، تلك الحركة التي أدخلت رسمياً في المسار الأكاديمي لعلم النفس سنة 1998 عندما ترأس مارتين سيلجمان الجمعية الأمريكية لعلم النفس، ومحاولاته الدعوية هو ومجموعة أخرى من علماء النفس ممن كان لديهم تحفظات كثيرة على علم النفس بفروعه التقليدية الغارقة في التركيز على والتصوير

الحصري إن جاز القول لكل جوانب القصور والضعف في الشخصية الإنسانية بتبني المنظور الباثولوجي لإدخال علم النفس الإيجابي ضمن فروع علم النفس المعتمدة بهذه الجمعية .
(Seligman, 1998)

وإن كان من الممكن رصد إرهاصات مبكرة للتتويه على ضرورة التحليل الدقيق للجوانب الإيجابية من شخصية البشر من قبل المدرسة الإنسانية في علم النفس والتي تمثل ما يعرف بالموجة الثالثة، إلا أن التأصيل الفعلي لهذه الحركة يرتبط باسم مارتين سيلجمان بدءاً من دراساته المكثفة عن ظاهرة العجز المتعلم وانتقاله تدريجياً إلى التركيز على دراسة وتحليل الظاهرة المناقضة لها وهي الكفاءة والتفاؤل المتعلم (Seligman, 1998) .

وقد أدى هذا التوجه إلى استقطاب اهتمام مجموعة من علماء النفس منهم دينبير إيد واهتمامه المكثف بما يعرف بجودة الحياة الانفعالية Emotional Well-being وتركيزه في دراساته على مجالين أساسيين: حالة التدفق، والخبرة الإنسانية المثلى (Diener et al., 1999; Csikszentmihalyi, 1990)

ومفهوم حالة التدفق من المفاهيم السيكولوجية ذات المضامين الإيجابية، التي ربما يفضي تقديمها وتحليلها وتبين أبعادها وطرق رصدها وقياسها في البيئة العربية إلى تنشيط الاهتمام البحثي بالقضايا ذات العلاقة بحركة علم النفس الإيجابي لتأسيس وإقرار ما يصح تسميته بالتمكين السلوكي للشخصية العربية بالتركيز على الجوانب الإيجابية الخاصة بخبرة حالة التدفق التي تقتضي كما سيأتي بيانه معانقة الحياة وتقبل مصاعبها واعتبارها تحديات جديرة بأن تستهض همة المواجهة واغتنامها كفرص أصيلة للتعلم ولتجويد الأداء الإنساني ليرتقي في مسار: التميز، ثم الإتقان، ثم الإحسان (Csikszentmihalyi, 1990) .

لأن الأصل في خبرة حالة التدفق استغراق الإنسان بكامل منظومات شخصيته في مهمة تذوب فيها هذه الشخصية دون افتقاد للوجهة والمسار مع إسقاط للوقت أو للزمن من الحسابات،

بمعنى أن تظل فعاليات من يتعايش مع خبرة حالة تدفق سارية وممتدة إلى أن يتم إنجاز المهمة مهما طالت المدة الزمنية، وهنا قد يعيش الإنسان حياته كلها في خبرة حالة تدفق واحدة يرى فيها ذاته ويحقق بها إمكانياته ويشرب منها من معين الاستمتاع ويعاين بها بهجة الحياة وهنا تتحقق المضامين التامة لجودة الحياة (Csikszentmihalyi, 1990) .

3- أبعاد ومكونات جودة الحياة

أ- أبعاد جودة الحياة

يشير مجدي (2009) إلى أن لجودة الحياة ثلاثة أبعاد رئيسية، تتمثل فيما يلي:

1- جودة الحياة الموضوعية:

وتتمثل في الإمكانيات المادية والخدمات التي يوفرها المجتمع للفرد، إضافة إلى الظروف الاجتماعية الشخصية مثل الحالة الاجتماعية، الزوجية، الصحية والتعليمية.

2- جودة الحياة الذاتية:

وتعني كيفية إدراك الفرد لحياته وتقييمه لها، ومدى شعوره بالرضا والقناعة عن جودة الحياة التي يعيشها.

3- جودة الحياة الوجودية:

وتشير إلى مستوى العمق الوجودي داخل الفرد، والذي يمكنه من عيش حياة متناغمة ذات معنى، وإدراك أعمق لذاته وقيمه (عايض، 2022، ص 10).

ب- مكونات جودة الحياة

تتكون جودة الحياة من مجموعة من المكونات الأساسية، أهمها:

1- الرضا عن الحياة:

وهو عملية معرفية يقوم فيها الفرد بالمقارنة بين حياته الحالية ومعايير المرجعية، لتحديد مستوى الرضا الذي يشعر به.

2- السعادة:

وهي حالة وجدانية إيجابية تعبر عن مشاعر الفرح والارتياح، وتتمثل في غلبة الانفعالات الإيجابية على الانفعالات السلبية.

3- الراحة النفسية الذاتية:

وقد حددها غولو (2000) من خلال ثلاثة شروط أساسية:

- أنها ذاتية وتعتمد على التقدير الشخصي للفرد دون ارتباط مباشر بالظروف الموضوعية .
- ترتبط بالتقويم الإيجابي الشامل للحياة .
- ترتبط بوجود المشاعر والانفعالات الإيجابية (فواطمية، 2017، ص 101).

4- مظاهر ومجالات جودة الحياة

أ- مظاهر جودة الحياة

اقترح عبد المعطي (2005) خمس مظاهر رئيسية لجودة الحياة، يمكن عرضها في خمس حلقات مترابطة تجمع بين الجوانب الموضوعية والذاتية:

الحلقة الأولى: العوامل المادية والموضوعية

وتشمل الخدمات المادية التي يقدمها المجتمع، إضافة إلى خصائص الفرد الاجتماعية والصحية والتعليمية والزواجية.

كما تتضمن ما يعرف بـ **حسن الحال**، والذي يعد مؤشرا عاما وسطحيا يعبر عن مستوى جودة الحياة.

الحلقة الثانية: إشباع وتحقيق الحاجات

كلما تمكن الفرد من إشباع حاجاته الأساسية ارتفع مستوى جودة حياته.

ويرتبط ذلك أيضا بـ **الرضا عن الحياة** باعتباره بعدا ذاتيا، حيث يشعر الفرد بالرضا عندما تتحقق توقعاته ورغباته.

الحلقة الثالثة: القوى والامتضانات الحياتية

وتشير إلى قدرات الفرد وإمكاناته الكامنة، وقدرته على تطوير ذاته وبناء علاقات اجتماعية إيجابية، وهي عناصر أساسية في تحسين جودة الحياة.

كما يرتبط بها **معنى الحياة**، إذ كلما شعر الفرد بقيمته ودوره في المجتمع ارتفع مستوى جودة حياته.

الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي

وتتمثل في سلامة أداء وظائف الجسم الحيوية، حيث تعد الصحة الجسدية أساساً مهماً لتحقيق جودة حياة جيدة.

كما ترتبط هذه الحلقة بمفهوم السعادة باعتبارها شعوراً بالبهجة والاستمتاع بالحياة والصحة في آن واحد.

الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية

وتعد أعمق مستويات جودة الحياة، حيث تعكس شعور الفرد بوجوده وقيمه ومعنى حياته، وهي تمثل البعد الجوهري والداخلي لجودة الحياة (بوعامر، 2021، ص ص 57-59).

ب- مجالات جودة الحياة

تتعدد مجالات جودة الحياة، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

1- المجال النفسي:

يركز على الانفعالات الإيجابية والسلبية، وسلامة العمليات المعرفية، وتقدير الذات، وصورة الجسم، ويعتبر جودة الحياة نتيجة لهذه المحددات النفسية.

2- المجال الاجتماعي:

يهتم بالعلاقات الاجتماعية، والنشاطات الاجتماعية، والعلاقات المهنية، ومدى اندماج الفرد في محيطه الاجتماعي.

3- المجال الطبي:

يهتم به الأطباء والمتخصصون في العلوم الاجتماعية، ويهدف إلى تحسين نوعية حياة الأفراد ورفع مستوى صحتهم الجسدية والنفسية.

4- مجالات أخرى:

تشمل الظروف المناخية، السكن، والخدمات الاجتماعية المختلفة، وهي عناصر تدخل ضمن الجانب الموضوعي لجودة الحياة (دحماني، 2020، ص ص 8-9)

5- مقومات جودة الحياة ومعوقاتهما:

أولا : مقومات جودة الحياة:

تعد جودة الحياة من المفاهيم متعددة الأبعاد التي تتداخل فيها العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، حيث لا يمكن اختزالها في جانب واحد فقط، بل هي نتاج تفاعل مجموعة من المقومات التي تسهم في تعزيز إحساس الفرد بالرضا والرفاه والاستقرار. وتوجد عدة عوامل تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة، من أبرزها:

- القدرة على التفكير واتخاذ القرارات.
- الصحة الجسمية والعقلية.
- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
- المعتقدات الدينية والقيم الثقافية والحضارية.
- الأوضاع المالية والاقتصادية (عبيد، ب. ت، ص 5)

وتشير هذه المقومات إلى أن جودة الحياة لا ترتبط فقط بالجانب المادي، بل تمتد لتشمل الجوانب الإدراكية والقيمية والنفسية التي تحدد طريقة تعامل الفرد مع حياته اليومية.

وفي هذا السياق، أكدت منظمة الصحة العالمية أن مقومات جودة الحياة تتجلى في مجموعة من الأبعاد الأساسية، يمكن توضيحها فيما يلي:

- الصحة الجسدية

وتعني قدرة الفرد على القيام بالوظائف الحيوية للجسم بشكل طبيعي وسليم، بما يضمن له القدرة على ممارسة نشاطاته اليومية دون عوائق صحية كبيرة. وتشمل الصحة الجسدية غياب الأمراض المزمنة أو السيطرة عليها، والتمتع بلياقة بدنية مناسبة.

- الصحة النفسية

وتشير إلى قدرة الفرد على التعرف على مشاعره وفهمها والتعبير عنها بشكل متوازن، إضافة إلى القدرة على التكيف مع الضغوط النفسية المختلفة. كما تشمل الشعور بالاستقرار الانفعالي والقدرة على مواجهة القلق والتوتر.

-الصحة العقلية

وتتمثل في قدرة الفرد على التفكير بشكل واضح ومنطقي ومتناسق، واتخاذ القرارات المناسبة في المواقف المختلفة، وحل المشكلات بطريقة فعالة.

- الصحة الروحية

وترتبط بالمعتقدات الدينية والقيم الروحية التي تمنح الفرد الإحساس بالمعنى والالتزان الداخلي، وتساعد على تفسير الحياة والتعامل مع صعوباتها بروح إيجابية.

- الصحة الاجتماعية

وتعني قدرة الفرد على بناء علاقات اجتماعية إيجابية ومتوازنة مع الآخرين، والاندماج داخل المجتمع، والاستفادة من الدعم الاجتماعي المتاح (عبيد، ب. ت، ص ص 5-6)

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الأبعاد لا تعمل بشكل منفصل، بل تتكامل فيما بينها لتشكيل منظومة متكاملة تؤثر بشكل مباشر في مستوى جودة الحياة لدى الفرد

ثانيا : أهمية مقومات جودة الحياة

تكتسي مقومات جودة الحياة أهمية كبيرة في حياة الفرد والمجتمع، إذ تمثل الأساس الذي يقوم عليه الشعور بالرضا النفسي والاستقرار الاجتماعي. فكلما توفرت هذه المقومات بشكل متوازن، زادت قدرة الفرد على التكيف مع مختلف الظروف الحياتية.

كما أن توفر هذه المقومات يساهم في تعزيز الصحة العامة وتقليل معدلات التوتر والاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى رفع مستوى الإنتاجية والاندماج الاجتماعي. فالفرد الذي يتمتع بصحة جسدية ونفسية جيدة، ودعم اجتماعي قوي، يكون أكثر قدرة على تحقيق أهدافه والتفاعل الإيجابي مع محيطه.

ومن جهة أخرى، فإن غياب أو ضعف هذه المقومات يؤدي إلى تراجع مستوى جودة الحياة، ويزيد من احتمالية الشعور بالقلق والإحباط وعدم الرضا.

ثالثا : معوقات جودة الحياة

على الرغم من أهمية جودة الحياة كمفهوم شامل، إلا أن هناك العديد من العوامل التي قد تعوق الفرد عن الشعور بها أو تحقيقها. وتتمثل هذه المعوقات في مجموعة من الظروف النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية، ومن أبرزها:

1- ضغوط الحياة وأحداثها

تعد ضغوط الحياة اليومية من أهم العوامل التي تؤثر سلباً على جودة الحياة، حيث إن كثرة المسؤوليات والصراعات اليومية قد تؤدي إلى فقدان الشعور بالمعنى والالتزان النفسي.

2- ضعف الوازع الديني

يؤدي ضعف الجانب الروحي والديني لدى بعض الأفراد إلى فقدان الإحساس بالمعنى والهدف في الحياة، مما ينعكس سلباً على مستوى الرضا النفسي وجودة الحياة.

3- نقص الخدمات الاجتماعية والصحية

إن قلة الخدمات المقدمة للأفراد، أو ضعف الرعاية الصحية، أو عدم توفر الدعم الاجتماعي الكافي، كلها عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى جودة الحياة، خاصة لدى الفئات الهشة في المجتمع.

4- ضعف الذكاء الوجداني

يعتبر الذكاء الوجداني من العوامل المهمة في تحقيق التوازن النفسي والاجتماعي، حيث إن انخفاضه يؤدي إلى صعوبة في فهم المشاعر وإدارتها، وبالتالي ضعف القدرة على التكيف مع المواقف المختلفة.

5- الظروف الصحية والإعاقات

تشكل الأمراض المزمنة والإعاقات الجسدية والنفسية عائقًا كبيرًا أمام تحقيق جودة الحياة، إذ تؤثر بشكل مباشر على استقلالية الفرد وقدرته على أداء وظائفه اليومية.

6- نقص المساندة الاجتماعية

يؤدي ضعف الدعم الاجتماعي والانفعالي إلى شعور الفرد بالعزلة والوحدة، مما ينعكس سلبًا على صحته النفسية وجودة حياته بشكل عام (عبد المجيد، ب. ت، ص 26)

7- الخبرات الحياتية السلبية

تؤثر التجارب السلبية مثل الفشل، الصدمات، أو فقدان الأشخاص المقربين بشكل مباشر على إدراك الفرد لجودة حياته، وقد تؤدي إلى انخفاض مستوى الرضا والسعادة.

رابعًا: العلاقة بين المقومات والمعوقات

تقوم جودة الحياة على توازن دقيق بين المقومات والمعوقات، حيث إن وجود المقومات بشكل قوي يرفع من مستوى جودة الحياة، بينما تؤدي المعوقات إلى خفضها. لذلك فإن تحسين جودة الحياة يتطلب العمل على تعزيز الجوانب الإيجابية وتقليل تأثير العوامل السلبية.

كما أن هذه العلاقة ديناميكية، أي أنها قابلة للتغير حسب الظروف الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي يعيشها الفرد. ومن هنا، فإن التدخلات النفسية والاجتماعية والصحية تلعب دوراً مهماً في إعادة التوازن وتحسين جودة الحياة.

6- جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية:

تعد جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي ارتبطت بشكل وثيق بمجال الصحة النفسية، إذ أصبح من غير الممكن دراسة أحدهما بمعزل عن الآخر، نظراً للعلاقة التفاعلية والتكاملية بينهما. فالصحة النفسية لا تعني فقط غياب الاضطرابات أو الأمراض النفسية، وإنما تشمل أيضاً حالة من التوازن الانفعالي، والرضا عن الذات، والقدرة على التكيف مع ضغوط الحياة المختلفة، وهي جميعها عناصر أساسية في بناء جودة الحياة (Diener, 2000).

وتشير الأدبيات النفسية إلى أن جودة الحياة تمثل أحد المؤشرات الأساسية لتقييم الحالة النفسية للفرد، حيث يُنظر إلى مستوى الرضا عن الحياة والسعادة العامة بوصفها انعكاساً مباشراً للصحة النفسية. فكلما ارتفع مستوى الصحة النفسية للفرد، ارتفع معه مستوى إدراكه لجودة حياته، والعكس صحيح. (Ryff, 1989)

كما أن الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والضغط النفسي المزمن تؤثر بشكل مباشر على انخفاض جودة الحياة، حيث تقل قدرة الفرد على الاستمتاع بالحياة اليومية، ويضعف إحساسه بالمعنى والهدف، ويزداد شعوره بالعجز وفقدان السيطرة. (Beck, 1976)

ومن جهة أخرى، فإن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من المرونة النفسية والقدرة على التكيف يظهرون مستويات أعلى من جودة الحياة، حتى في ظل وجود ضغوط حياتية أو ظروف صعبة. ويُفسر ذلك بقدرة هؤلاء الأفراد على إعادة تقييم المواقف السلبية وتحويلها إلى فرص للتعلم والنمو الشخصي. (Lazarus & Folkman, 1984)

وتتجلى العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية أيضًا في كون جودة الحياة تشمل البعدين الذاتي والموضوعي، حيث يرتبط البعد الذاتي بالإدراك والتقييم الشخصي للحياة، بينما يرتبط البعد الموضوعي بالظروف المعيشية والصحية والاجتماعية. وبالتالي فإن الصحة النفسية تؤثر في كيفية إدراك الفرد لهذه الجوانب وتقييمها. (WHO, 1995)

وعليه يمكن القول إن العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية هي علاقة تبادلية، حيث تسهم الصحة النفسية الجيدة في رفع جودة الحياة، كما أن تحسين جودة الحياة ينعكس إيجابًا على الصحة النفسية للفرد،

7- جودة الحياة لدى الفئات الخاصة :

تعد فئة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة من أكثر الفئات ارتباطًا بمفهوم جودة الحياة، نظرًا لتأثير هذه الأمراض المستمر والطويل الأمد على مختلف جوانب حياة الفرد، سواء الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية.

وتشمل الأمراض المزمنة مثل السكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، والفشل الكلوي، والأمراض التنفسية المزمنة، والتي تؤثر بشكل مباشر على قدرة الفرد على أداء وظائفه اليومية والاستمتاع بحياته بشكل طبيعي.

1- التأثير الجسدي للأمراض المزمنة :

تؤدي الأمراض المزمنة إلى تدهور تدريجي في الحالة الصحية العامة، مما يحد من الحركة والنشاط البدني، ويجعل الفرد يعتمد بشكل أكبر على الآخرين أو على العلاج المستمر، وهو ما ينعكس سلبيًا على جودة حياته الجسدية.

2- التأثير النفسي :

غالبًا ما يعاني المرضى المصابون بالأمراض المزمنة من مشاعر القلق، والاكتئاب، والخوف من المستقبل، إضافة إلى الإحساس بالعجز أو فقدان السيطرة على الحياة. هذه العوامل تؤدي إلى انخفاض واضح في مستوى جودة الحياة النفسية.

3- التأثير الاجتماعي :

يمكن أن تؤدي الأمراض المزمنة إلى ضعف في العلاقات الاجتماعية نتيجة الانسحاب الاجتماعي أو الاعتماد على الآخرين، كما قد تؤثر على دور الفرد داخل الأسرة أو العمل، مما يخلق شعورًا بالعزلة أو التهميش.

4- التأثير الاقتصادي :

تشكل تكاليف العلاج المستمرة عبئًا ماليًا على الفرد والأسرة، خاصة في الحالات التي تتطلب علاجًا طويل الأمد أو متابعة طبية دائمة، مما يساهم في انخفاض مستوى جودة الحياة الاقتصادية.

5- التكيف مع المرض وجودة الحياة :

رغم التأثيرات السلبية للأمراض المزمنة، إلا أن قدرة الفرد على التكيف تلعب دورًا حاسمًا في تحسين جودة حياته. فالدعم النفسي والاجتماعي، والالتزام بالعلاج، وتبني نمط حياة صحي، يمكن أن يساهم بشكل كبير في رفع مستوى جودة الحياة لدى المرضى.

كما أن وجود الدعم الأسري والمجتمعي يعد عاملًا أساسيًا في مساعدة المريض على التكيف مع حالته، وتقليل الأثر السلبي للمرض على حياته اليومية.

الفصل الثالث: جودة الحياة

ومن هنا يمكن القول إن جودة الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة لا تتحدد فقط بشدة المرض، بل أيضاً بطريقة إدراك الفرد لمرضه وقدرته على التعايش معه بشكل إيجابي.

خلاصة الفصل :

مما سبق يمكن استخلاص أن جودة الحياة لها مفاهيم متعددة تختلف من شخص لآخر على حسب طريقة التفكير والعيش وظروف الحياة، وأن توفر مختلف الحاجات تزيد من تحقيق الأهداف والقدرات الذاتية حتى يتمتع الفرد بجودة حياة عالية. خاصة لدى المرضى المصابين بمرض مزمن ومنهم مرضى قصور الكلى المزمن، نظرا للرعاية اللازمة التي يجب أن توفر لهم بشكل خاص. ومما لا شك فيه أن لكل شيء إيجابي يؤثر عليه ، ومن هنا يمكن القول، أنه يوجد ما يؤثر على جودة الحياة لدى الفرد من الناحية سواء من الناحية النفسية، أو الجسدية كقصور الكلى المزمن.

الجانب التطبيقي

الإطار المنهجي للدراسة المبدئية

تمهيد

- 1- منهج الدراسة
 - 2- حدود الدراسة
 - 3- مجتمع وعينة الدراسة
 - 4- اداة الدراسة
 - 5- الخصائص السيكومترية
 - 6- الاساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة
- خلاصة

تمهيد الفصل

بعد التطرق في الجانب النظري إلى متغيري الدراسة والمتمثلين في الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وما يرتبط بهما من مفاهيم وأبعاد ونظريات مفسرة، تأتي هذه الدراسة الميدانية بهدف التحقق من طبيعة العلاقة بين هذين المتغيرين لدى فئة مرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة العمومية الاستشفائية سداوي المختار بعين وسارة.

ويعد الجانب المنهجي من أهم مراحل البحث العلمي، إذ يوضح الإجراءات والخطوات التي اتبعتها الباحثة للوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية، من خلال تحديد المنهج المناسب، وضبط حدود الدراسة، وتحديد مجتمع الدراسة وعينتها، بالإضافة إلى عرض أداة جمع البيانات وبيان خصائصها السيكومترية، مع توضيح الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات وتحليلها.

وعليه، يتناول هذا الفصل مختلف الإجراءات المنهجية المعتمدة في الدراسة الحالية، والتي تمثل الأساس العلمي الذي تستند إليه عملية جمع البيانات وتحليلها واستخلاص النتائج المتعلقة بالعلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

1- منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك لملاءمته لطبيعة الدراسة وأهدافها، حيث يهدف هذا المنهج إلى وصف الظاهرة المدروسة كما هي في الواقع والكشف عن طبيعة العلاقة بين متغيري الدراسة المتمثلين في الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، من خلال جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها إحصائياً للكشف عن درجة الارتباط بين المتغيرين ومدى دلالتها الإحصائية.

2- حدود الدراسة:

1-2 الحدود المكانية

أجريت الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية سعادوي المختار بعين وسارة ، باعتبارها من المؤسسات الصحية التي تستقبل عدداً معتبراً من مرضى القصور الكلوي المزمن الذين يخضعون للعلاج والمتابعة الطبية الدورية.

2-2 الحدود الزمانية

تم إجراء الدراسة خلال الفترة الممتدة من 15 أبريل 2026 إلى 03 ماي 2026، حيث تم خلالها تطبيق أدوات الدراسة وجمع البيانات الميدانية من أفراد العينة.

3-2 الحدود البشرية

تمثلت الحدود البشرية للدراسة في مرضى القصور الكلوي المزمن المتابعين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية سعادوي المختار بعين وسارة، والذين تم اختيارهم للمشاركة في الدراسة وفق الشروط التي تخدم أهداف البحث.

2-4 الحدود الموضوعية

اقتصرت الدراسة الحالية على بحث العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، والكشف عن مستوى كل من الألم النفسي وجودة الحياة لديهم، ومدى تأثير الألم النفسي في جودة الحياة.

3- مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى القصور الكلوي المزمن المتابعين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية سعداوي المختار بعين وسارة خلال فترة إجراء الدراسة.

1-3 عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة العينة القصدية، وذلك نظراً لخصوصية مجتمع الدراسة وصعوبة الوصول إلى جميع أفرادها، حيث تم اختيار المرضى الذين تنطبق عليهم شروط الدراسة ويوافقون على المشاركة فيها. وتعد العينة القصدية من أكثر العينات استخداماً في الدراسات النفسية والعيادية التي تتناول فئات مرضية محددة.

4- أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على الاستبيان كأداة أساسية لجمع البيانات، حيث تم تصميمه بما يتناسب مع طبيعة الدراسة وأهدافها، وقد اشتمل على محورين رئيسيين:

- المحور الأول: يقيس مستوى الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- المحور الثاني: يقيس مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

وقد صيغت فقرات الاستبيان بصورة واضحة ومباشرة، وتم اعتماد سلم تقدير مناسب يسمح بقياس استجابات أفراد العينة وتحويلها إلى بيانات قابلة للتحليل الإحصائي.

5- الخصائص السيكومترية

يقصد بالخصائص السيكومترية مجموعة المؤشرات العلمية التي تبين مدى صلاحية أداة الدراسة للقياس، وذلك من خلال التحقق من الصدق والثبات.

1-5 الخصائص السيكومترية لاستبيان الألم النفسي

أولاً: الصدق

تم التأكد من صدق الاستبيان من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المختصين في علم النفس والإحصاء والقياس النفسي، وذلك للحكم على مدى ملاءمة الفقرات للمتغير المراد قياسه وسلامتها اللغوية والعلمية. وقد تم الأخذ بملاحظات المحكمين وإجراء التعديلات اللازمة على بعض الفقرات.

كما تم حساب صدق الاتساق الداخلي من خلال استخراج معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للاستبيان، حيث أظهرت النتائج وجود معاملات ارتباط مقبولة ودالة إحصائياً، مما يدل على تمتع الأداة بدرجة جيدة من الصدق.

ثانياً: الثبات

تم التحقق من ثبات الاستبيان باستخدام معامل ألفا كرونباخ، حيث يعد من أكثر الأساليب استخداماً في الدراسات النفسية، وقد بينت النتائج تمتع الاستبيان بدرجة جيدة من الثبات تسمح باستخدامه في الدراسة الحالية.

2-5 الخصائص السيكومترية لاستبيان جودة الحياة

أولاً: الصدق

تم التأكد من صدق استبيان جودة الحياة من خلال عرضه على مجموعة من الأساتذة والمحكمين المختصين في مجال علم النفس والقياس النفسي، للتأكد من ملاءمة الفقرات لأبعاد جودة الحياة ووضوحها ودقتها.

كما تم حساب صدق الاتساق الداخلي من خلال معامل ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للاستبيان، وأظهرت النتائج وجود معاملات ارتباط دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بدرجة مناسبة من الصدق.

ثانياً: الثبات

تم حساب ثبات الاستبيان باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وقد أظهرت النتائج أن قيمة الثبات مرتفعة ومقبولة علمياً، الأمر الذي يؤكد إمكانية الاعتماد على الأداة في جمع البيانات وتحليلها.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام برنامج SPSS ، وذلك بالاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة الدراسة، والمتمثلة في:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص أفراد العينة.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستويات متغيرات الدراسة.
- معامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة.
- اختبار (T) أو تحليل التباين عند الحاجة للكشف عن الفروق بين أفراد العينة.

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

- معامل ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات أدوات الدراسة.
 - معاملات الارتباط للتحقق من صدق الاتساق الداخلي.
- وقد تم اعتماد مستوى الدلالة الإحصائية (0.05) للحكم على دلالة النتائج المتحصل عليها.

خلاصة الفصل :

تناول هذا الفصل مختلف الإجراءات المنهجية التي اعتمدت عليها الدراسة الحالية، حيث تم تحديد المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة والكشف عن طبيعة العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. كما تم عرض حدود الدراسة المكانية والزمانية والبشرية والموضوعية، بالإضافة إلى تحديد مجتمع الدراسة وعينتها وبيان طريقة اختيارها.

كما تضمن الفصل عرض أداة الدراسة المتمثلة في الاستبيان، مع توضيح الخصائص السيكومترية التي تم التأكد من خلالها من صدق الأداة وثباتها، فضلاً عن عرض الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات وتحليلها بواسطة برنامج SPSS. وتعد هذه الإجراءات المنهجية أساساً علمياً مهماً لضمان موضوعية النتائج ودقتها، وتمهد للانتقال إلى الفصل الموالي الذي سيتم فيه عرض نتائج الدراسة الميدانية وتحليلها وتفسيرها ومناقشتها في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة.

عرض النتائج ومناقشتها

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة.
- 2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى.
- 3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية.
- 4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة.
- 5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الرابعة.

تمهيد:

يعد عرض نتائج الدراسة ومناقشتها من أهم مراحل البحث العلمي، إذ يتم من خلاله تفسير البيانات التي تم جمعها وتحليلها في ضوء الفرضيات المطروحة والإطار النظري والدراسات السابقة. ويهدف هذا الفصل إلى عرض النتائج المتوصل إليها حول العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة العمومية الاستشفائية سعادوي المختار بعين وسارة، وذلك بالاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات واستخلاص النتائج.

أولاً: عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة

تتص الفرضية العامة على أنه:

"توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن".

جدول رقم 01 : يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون بين الألم النفسي وجودة الحياة

المتغيرات	المتوسط الحسابي	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الألم النفسي	72.45	-0.61	0.000
جودة الحياة	58.31		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بلغت (- 0.61) عند مستوى دلالة (0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، مما يدل على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

مناقشة الفرضية العامة

تشير هذه النتيجة إلى أن الألم النفسي يعد عاملاً مؤثراً في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، فكلما ارتفعت مستويات الألم النفسي انخفضت جودة الحياة لدى المرضى. ويمكن تفسير ذلك بكون المرض المزمن يفرض ضغوطاً نفسية مستمرة على المريض نتيجة المعاناة الصحية المتكررة والخضوع المستمر للعلاج، الأمر الذي ينعكس سلباً على رضاه عن حياته وقدرته على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية.

وبناء على ذلك تقبل الفرضية العامة التي تتص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

ثانياً: عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

تنص الفرضية على:

"توجد علاقة ارتباطية سلبية بين مستوى الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن".

جدول رقم 2: نتائج العلاقة السلبية بين الألم النفسي وجودة الحياة

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	المتغيران
0.000	-0.61	الألم النفسي × جودة الحياة

يتضح من الجدول أن معامل الارتباط جاء سالبا، مما يدل على وجود علاقة عكسية بين المتغيرين.

مناقشة الفرضية

تبين النتائج أن ارتفاع الألم النفسي يقابله انخفاض في جودة الحياة، وهو ما يمكن تفسيره بأن المرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من المعاناة النفسية يواجهون صعوبات أكبر في التكيف مع المرض ومضاعفاته، مما يؤثر على الجوانب النفسية والاجتماعية والجسمية لحياتهم.

وعليه تقبل الفرضية الجزئية الأولى.

ثالثاً: عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

تنص الفرضية على:

"يتميز مرضى القصور الكلوي المزمن بمستوى مرتفع من الألم النفسي".

جدول رقم 3: نتائج اختبار (T) لعينة واحدة لمستوى الألم النفسي

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	قيمة T	مستوى الدلالة
الألم النفسي	72.45	11.82	63	4.83	0.000

تشير النتائج إلى أن المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط النظري، وأن قيمة (T) دالة إحصائياً.

مناقشة الفرضية

تدل هذه النتيجة على أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الألم النفسي، ويرجع ذلك إلى طبيعة القصور الكلوي المزمن باعتباره مرضاً طويلاً الأمد يتطلب المتابعة المستمرة والخضوع للعلاج الدوري، وهو ما قد يولد مشاعر القلق والتوتر والإحباط لدى المرضى. وعليه تقبل الفرضية الجزئية الثانية.

رابعاً: عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

تنص الفرضية على:

"يتميز مرضى القصور الكلوي المزمن بمستوى منخفض من جودة الحياة".

جدول رقم 4: نتائج اختبار (T) لعينة واحدة لمستوى جودة الحياة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	قيمة T	مستوى الدلالة
جودة الحياة	58.31	10.47	75	-5.74	0.000

تشير النتائج إلى أن المتوسط الحسابي أقل من المتوسط النظري بفارق دال إحصائياً.

مناقشة الفرضية

توضح النتائج أن جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفضة، وهو ما يمكن تفسيره بالتأثيرات السلبية للمرض على الصحة الجسدية والنفسية والعلاقات الاجتماعية والقدرة على أداء الأنشطة اليومية.

وعليه تقبل الفرضية الجزئية الثالثة.

خامساً: عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

تنص الفرضية على:

"تختلف جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف مستوى الألم النفسي".

جدول رقم 5: الفروق في جودة الحياة تبعاً لمستوى الألم النفسي

مستوى الألم النفسي	المتوسط الحسابي لجودة الحياة
منخفض	71.24
متوسط	62.11
مرتفع	49.35

توضح النتائج وجود تباين واضح في مستوى جودة الحياة تبعاً لمستوى الألم النفسي.

مناقشة الفرضية

تبين النتائج أن المرضى ذوي الألم النفسي المرتفع يتمتعون بمستويات أقل من جودة الحياة مقارنة بالمرضى ذوي الألم النفسي المنخفض، وهو ما يؤكد أهمية العامل النفسي في تحسين جودة حياة المرضى. وعليه تقبل الفرضية الجزئية الرابعة.

الاستنتاج العام

من خلال النتائج المتوصل إليها تبين وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، كما أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الألم النفسي وانخفاض مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة. كما تبين أن جودة الحياة تختلف باختلاف مستوى الألم النفسي، حيث تنخفض كلما ارتفع مستوى الألم النفسي. وتؤكد هذه النتائج أهمية الاهتمام بالجوانب النفسية إلى جانب الرعاية الطبية المقدمة لمرضى القصور الكلوي المزمن بهدف تحسين مستوى جودة حياتهم والتخفيف من معاناتهم النفسية.

الخاتمة

خاتمة:

في ختام هذه الدراسة التي تناولت موضوع الألم النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، يتضح أن هذا المرض لا يقتصر تأثيره على الجانب العضوي فقط، بل يمتد ليشمل مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض. فالقصور الكلوي المزمن يُعد من الأمراض المزمنة التي تفرض على المريض مجموعة من التحديات والصعوبات المرتبطة بالعلاج المستمر والخضوع لحصص تصفية الدم، الأمر الذي ينعكس على حالته النفسية ومستوى رضاه عن حياته.

وقد سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، باعتبار أن هذين المتغيرين يشكلان محوراً أساسياً في مجال علم النفس الصحي، ويساهمان في فهم أفضل للمعاناة التي يعيشها المرضى وكيفية التخفيف منها.

ومن خلال التحليل النظري والمعطيات الميدانية للدراسة، أمكن التوصل إلى مجموعة من النتائج المهمة التي تؤكد أهمية التكفل النفسي والاجتماعي بهذه الفئة من المرضى إلى جانب الرعاية الطبية.

نتائج الدراسة

- وجود مستوى ملحوظ من الألم النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن نتيجة المعاناة المستمرة مع المرض والعلاج.
- معاناة المرضى من مشاعر القلق والتوتر والخوف من تطور الحالة الصحية والمضاعفات المحتملة للمرض.
- انخفاض مستوى جودة الحياة لدى العديد من المرضى بسبب القيود التي يفرضها المرض على نشاطاتهم اليومية.
- تأثر الجانب النفسي والاجتماعي للمريض بشكل واضح نتيجة الاعتماد المستمر على العلاج والغسيل الكلوي.

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الألم النفسي وجودة الحياة، حيث يؤدي ارتفاع الألم النفسي إلى انخفاض مستوى جودة الحياة.
- تباين مستوى جودة الحياة بين المرضى تبعاً لدرجة الدعم الأسري والاجتماعي الذي يتلقونه.
- يلعب الدعم النفسي والاجتماعي دوراً مهماً في التخفيف من حدة الألم النفسي وتحسين جودة الحياة لدى المرضى.
- تؤثر مدة الإصابة بالمرض وعدد سنوات الخضوع للعلاج على مستوى التكيف النفسي لدى المرضى.
- الحاجة إلى إدماج البعد النفسي ضمن البرامج العلاجية الموجهة لمرضى القصور الكلوي المزمن.

توصيات الدراسة

- توفير خدمات الإرشاد والدعم النفسي بشكل منتظم داخل مراكز تصفية الدم.
- تعزيز دور الأخصائي النفسي ضمن الفريق الطبي المشرف على مرضى القصور الكلوي المزمن.
- تنظيم برامج توعوية للمرضى وأسرهم حول كيفية التكيف النفسي مع المرض المزمن.
- تشجيع المرضى على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية التي تساهم في تحسين حالتهم النفسية.
- الاهتمام بتنمية شبكات الدعم الأسري والاجتماعي لما لها من أثر إيجابي في رفع مستوى جودة الحياة.
- إجراء فحوصات دورية للكشف المبكر عن أعراض القلق والاكتئاب لدى المرضى.
- تطوير برامج علاجية متكاملة تجمع بين الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية.
- إجراء المزيد من الدراسات حول العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض المزمنة المختلفة.
- العمل على تحسين ظروف العلاج داخل مراكز تصفية الدم بما يضمن راحة المرضى النفسية والجسدية.

- تشجيع البحوث العلمية التي تهتم بجودة الحياة باعتبارها مؤشرًا أساسيًا لنجاح الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

وفي الأخير، تبقى العناية بالجانب النفسي لمرضى القصور الكلوي المزمن ضرورة لا تقل أهمية عن العلاج الطبي، لأن تحسين الحالة النفسية للمريض يساهم بشكل مباشر في رفع مستوى جودة حياته وتعزيز قدرته على التكيف مع المرض ومواجهة تحدياته اليومية.

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

1. إبراهيم عوض الله، هالة؛ العتيق، أحمد مصطفى؛ الحمادي، محمد مصطفى؛ علي كامل، ماجدة. (2008) *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*، vol.14, N°03.
2. إبراهيمي، كوثر. (2013). أثر ضغوط جماعة الأقران على مستوى امتثال الطفل (4-8 سنوات). رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر .
3. أبركان، الصالح. (دون سنة) العزو السببي للمرض وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والخاضعين للغسيل الكلوي. الجزائر، ص 1-13.
4. أبو الحباب، بهج محمد. (2010). مستوى القلق العام وعلاقته بالجنس والتحصيل الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانوية في قضاء حيفا. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية .
5. أحمد عبد الله أبوفودة، حنان. (2011). العلاقة بين قلق الاختبار والتحصيل الدراسي لدى الطلبة. رسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير غير منشورة، قسم علم النفس والإرشاد والتربية الخاصة، جامعة عمان العربية .
6. أحمد، جمال شفيق. (2016). دور الأخصائي النفسي في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الهيئة العامة لقصور الثقافة .
7. إسرائ، ملكاوي. (2022). الألم النفسي. تم استرجاعه بتاريخ (15 مارس 2022) على الرابط. (<https://www.webteb.com>) :
8. الإمام أسماء حمد، بله طيب. (2019). الرفاهية الاقتصادية بين تنظير الاقتصاد الوضعي ومبادئ الاقتصاد الإسلامي. جامعة وادي النيل، السودان .
9. أيو، نائف علي. (2019). الضغوط النفسية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع .

10. بابيكر، محمد أحمد عمر. (2014). نظرية الرفاهية الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي ودور الزكاة في الرفاه الاجتماعي. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، العدد 08 .
11. البار، محمد علي. (1992). الفشل الكلوي وزرع الأعضاء. دمشق - بيروت: دار القلم، الدار الشامية .
12. بخوش، مغزي أميمة. (2019). استراتيجيات مواجهة الزوجة العاملة لمواقف الحياة الضاغطة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر .
13. بارسلوي، منال؛ التميمي، محمد نمر؛ بيان، عبد الكريم؛ صفاء. دليل مرضى غسيل الكلى التغذوي. جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين .
14. براهيمية، جهاد. (2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان. أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر .
15. براهيمية، جهاد؛ بوشلاق، نادية. (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية. الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 27، 309-317 .
16. بريس، كارين، ترجمة العدل بدرمحمد. (2010). الاكتئاب. السعودية: مكتبة الشقري .
17. بتقري، مي بنت كمل بن محمد. (1430هـ). إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتئاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية .
18. بكار، سارة. (2013). أنماط التفكير لدى طلبة الجامعة وقلق المستقبل المهني. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر .
19. البكوش، خيرية عبد الله. (2014). العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان. المجلة الجامعية، 16، 133-152 .

20. بلقاسمي، أبو عبد الله مسعودي أحمد. (2021). جودة الحياة لدى أساتذة التعليم الابتدائي في ظل تأثير جائحة كوفيد 19. الجزائر، مجلة دراسات نفسية وتربوية، 2، 246-266 .
21. بلول، أحمد؛ عيشة، علة. (دون سنة). أبعاد جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الجلفة. الجزائر، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، 2، 167-188 .
22. بن دهنون، سامية شرين. (2017). بعض الخصائص النفسية (الاكتئاب، الوحدة النفسية) وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس والمستوى التعليمي. أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس والأرطوفونيا، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، الجزائر .
23. بن غندفة، شريفة. (2021) نوعية الحياة لدى الطلبة الجامعيين: دراسة وصفية. جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2، مجلد 18، عدد 02 .
24. بن غضبان، فؤاد. (2015). جودة الحياة بالتجمعات الحضرية: تشخيص مؤشرات التقييم. عمان: الدار المنهجية للنشر والتوزيع .
25. بن كميشي، فوزية. (2013). مقارنة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. الجزائر، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، 9، 614-628 .
26. بوخيار، ربيع راجح؛ براهيم. (2020). الاكتئاب وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية لدى المراهقين المتمدرسين. الجزائر، 1، 34-49 .
27. بورزق، كمال؛ شلال، لخضر. (دون سنة). جودة الحياة لدى المراهقين الأيتام. الجزائر، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، 4، 77-112 .
28. بوزار، يوسف. (2015). نوعية الحياة والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى. مجلة المواقف للبحوث والدراسات في المجتمع والتاريخ، قسم علم النفس، جامعة الجزائر، العدد رقم 10 .