



جامعة العربي بن مهيدي – أم البواقي

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

تخصص : علم النفس العيادي

قلق الموت لدى المصاب بالقصور الكلوي

دراسة ميدانية ب – مركز تصفية الدم Lilack – أم البواقي

مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إشراف:

- د. منيفي ياسمين

إعداد الطالبة :

- شعبة الكاملة

الاسم و القب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
د . عبد الرحيم بن عبيد	أستاذ محاضر أ	جامعة ام البواقي	رئيسا
د. ياسمين منيفي	أستاذ محاضر	جامعة ام البواقي	مشرفا و مقرا
د. سامة بريعم	أستاذ محاضر أ	جامعة ام البواقي	مناقشا

السنة الجامعية 2017_2018

شكر و تقدير

الشكر لله كثيرا و الحمد لله حمدا كثيرا

لا يسعني بعد شكرا لله و حمده إلا أن أتقدم بالشكر و العرفان لكل من ساعدني على انجاز هذا العمل و اخص بالشكر و التقدير و الامتنان للمهرفة الدكتور " منايحي يسمينة " على النصائح و التوجيهات القيمة التي قدمت لي و على جميع الجهود التي بذلتها و التي أسهمت بشكل كبير و فعال لانجاز هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر إلى أعضاء اللجنة لقبول مناقشة هذا العمل المتواضع

و إلى كل الأساتذة الكرام في قسم علم النفس.

كما لا أنسى أصدقائي في مشواري الدراسي.

و إلى كل العاملين في مركز تصفية الدم و مرضى القصور الكلوي (حالات الدراسة) أتقدم بالشكر الجزيل

على حسن استقبالهم و تعاونهم.

و هذا إلى كل من مد لي العون من قريب أو بعيد و لو بكلمة طيبة إلى كل هؤلاء ... أقول شكرا جزيل.

الإهداء

إلى من رباني صغيرا إلى من دفناني بدنائهما

إلى من أحمل اسمه أرجو الله أن يمد في عمرك لتري ثمارا قد حان قطافها بعد طول
انتظار، إلى بسملة الحياة أبي الغالي

إلى من كانه الجنة تحته أقدامها إلى يداييع الحنان والحجج والصبر،

أمي الفاضلة حفظها الله وأدامها تاجا فوق رؤوسنا وجناها عنا خير الجزاء .

إلى جميع أفراد عائلتي دون استثناء حفظهم الله ورحمهم.

إلى كل الأصدقاء والزلاء

فهرس المحتويات	
الصفحة	المحتويات
	شكر وتقدير
	الإهداء
	فهرس المحتويات
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل التمهيدي : طرح إشكالية الدراسة	
2	1 إشكالية الدراسة
3	2 فرضيات الدراسة
3	3 أسباب الدراسة
4	4 أهداف الدراسة
4	5 أهمية الدراسة
4	6 حدود الدراسة
5	7 تحديد المصطلحات الإجراءات للدراسة
الفصل الأول : قلق الموت	
أولا : القلق	
تمهيد	
8	1 - تعريف القلق
10	2- مفهوم القلق
12	3- الفرق بين حالة القلق و سمة القلق
12	4- أنواع القلق
14	5- أعراض القلق
17	6- الفئات الفرعية لاضطراب القلق

18	7- مشاكل و مضاعفات أخرى مصاحبة لاضطراب القلق
19	8- أسباب القلق
20	9- الاتجاهات المفسرة للقلق
22	10- تشخيص القلق
23	11- أساليب و استراتيجيات علاج القلق
	ثانيا : قلق الموت
	تمهيد
26	1 - تعريف قلق الموت
27	2- أنواع قلق الموت
27	3- أسباب قلق الموت
29	4- أعراض قلق الموت
30	5- مكونات قلق الموت
31	6- قياس قلق الموت
35	7- الفرق بين قلق الموت و قلق الاحتضار
38	8- النظريات المفسرة لقلق الموت
39	9- علاج قلق الموت
40	خلاصة
	الفصل الثاني : القصور الكلوي
	أولا : الجهاز الكلوي
	تمهيد
42	1- تعريف الكليتين
42	2- التشريح الفيزيولوجي للكلى
44	3- وظائف الكلى
45	4- اضطرابات الجهاز الكلوي
47	ثانيا: الفشل الكلوي

47	1- تعريف بعض المفاهيم المرتبطة بالقصور الكلوي
49	2- أسباب الفشل الكلوي
52	3- أعراض الفشل الكلوي
53	4- أنواع الفشل الكلوي
55	5- تشخيص الفشل الكلوي
57	6- علاج الفشل الكلوي
60	7- المراحل التي يمر بها المريض
61	8- الآثار المرتبطة بهذه الفئة
62	9- احتياجات مريض القصور الكلوي
62	10- المضاعفات المصاحبة للفشل الكلوي
63	11- نصائح طبية للمحافظة على سلامة الكلى
64	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	
66	1 - التذكير بفرضيات الدراسة
66	2- الدراسة الإستطلاعية
67	3 - المنهج المستخدم في الدراسة
67	4 - عينة الدراسة
68	5 - أدوات الدراسة
71	6- التذكير بحدود الدراسة
71	6 - إجراءات الدراسة
72	خلاصة
الفصل الرابع: دراسة الحالات و مناقشة و تحليل النتائج	
أولا : عرض حالات الدراسة	

74	1 - الحالة الأولى
85	2- للحالة الثانية
92	ثانيا : استنتاج عام للحالتين
93	ثالثا: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
93	الإقتراحات
	الخاتمة
	قائمة المراجع
	الملاحق
	ملخص الدراسة

مقدمة

مقدمة :

مما لاشك فيه أن حياة الإنسان مهددة بمشاكل وضغوطات ناتجة عن اصابته بعدة امراض تؤثر على صحته النفسية، خاصة اذا ماتعلق الامر بمرض معقد ومربك للحياة الاعتيادية كمرض القصور الكلوي الذي يهدد حياة الإنسان ويعيق سيرها الطبيعي نتيجة الاثار التي يخلفها على حياته النفسية والجسمية، الذي يلزم المصاب به ويقف امامه كالحاجز دون العيش حياة طبيعية، فيضطر فيه المريض الى الخضوع لعملية تصفية الدم.

فالمصاب بالقصور الكلوي يعيش وضعية نفسية غير مستقرة، قد تؤدي به الى حياة مليئة بالتوترات والإضطرابات النفسية بما فيها القلق نتيجة عدة عوامل متعلقة بطبيعة المرض وعملية التصفية المستمرة، حيث قام الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين بدور كبير في حل مشاكل هؤلاء المصابين، حيث يرى جولدنبرج أن الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي تتمثل فيما يلي " الأخصائي النفسي الإكلينيكي يشخص اضطرابات الأفراد في العيادات والمؤسسات الأخرى، ويقوم بتنفيذ برامج العلاج، ويقوم بمقابلة المرضى اثناء المواقف التي تصدر عنهم، وينتقي الاختبارات الإسقاطية والنفسية ويطبقها ويفسرها ليشخص الإضطراب، ويضع خطة العلاج ويعالج الإضطرابات النفسية (قلق، توتر (.. لإحداث التوافق، وقد يتعاون مع تخصصات مهنية أخرى مثل اطباء الأمراض العقلية واطباء الأمراض العضوية وغيرهم لتطوير برامج علاج المرض التي تعتمد على تحليل البيانات الإكلينيكية، ويقوم بالبحوث في ميدان تطور الشخصية وتوافقها".

و قد قسمت الدراسة إلى جانبين، جانب نظري و آخر تطبيقي، و لقد احتوى الجانب النظري على الفصول الأتي : **الفصل الأول** : تم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة ، و كذا أسباب اختيار موضوعها و أهدافها و أهميتها و حدودها، و أيضا المصطلحات الأساسية للدراسة.

الفصل الثاني : و خصص لدراسة قلق الموت و قسم إلى جزء الأول الذي احتوى على بمفهوم القلق و اسبابه و اعراضه و انواعه طرق علاجه الجزء الثاني الخاص بقلق الموت فتناولنا فيها المفهوم و التعري انواعه مكوناته طرق قياسه، و أيضا النظريات المفسرة له.

الفصل الثالث : خصص للقصور الكلوي و تناولنا فيه تعريف اسباب اعراض مضاعفات المصاحبة له و كذا طرق تشخيصه الوقاية منه اعراضه.

أما الجانب التطبيقي فقد إحتوى على الفصول التالية :

الفصل الرابع : و تضمن إجراءات الدراسة التطبيقية بدأ بالتذكير بفرضيات الدراسة و المنهج المستخدم و عينة الدراسة و أدواتها ثم إجراءاتها.

الفصل الخامس : فقد تم فيه عرض حالات الدراسة و مناقشة النتائج و تفسيرها وفق فرضيات الدراسة و الدراسات السابقة، ثم استنتاج عام، لتنتهي الدراسة بخاتمة و مجموعة من التوصيات و الاقتراحات في ضوء النتائج المحصل عليها.

الفصل التمهيدي

1 - إشكالية الدراسة :

يعتبر القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية و أصبح القلق حجر الزاوية في كل من الطب النفس جسدي، و النظرية الطب نفسية و التطبيق كذلك.

و إذا كان العصر الحديث هو عصر القلق، إلا أنه مما لا شك فيه أنه في الأزمنة السابقة، عانى الناس من الجوع و المرض و العبودية و الحروب، الكوارث المختلفة، و كل هذا جعلهم معرضين للقلق، و لكن تعقيد الحضارة و سرعة التغير الاجتماعي و الاقتصادي، و صعوبة التكيف مع الشكل الحضاري السريع و التفكك بالرغم من إغراءات الحية و ضعف القيم الأخلاقية والدينية مع التطلعات الإيديولوجية المختلفة تخلق الصراع و القلق عند الكثير من الأفراد في عصرنا الحالي.

و كما هو معروف أن القلق عملية شائعة بين الناس فالكل يشعر به و يعاني منه في بعض المواقف، فهو خبرة يومية حياتية عند الإنسان في مختلف الأعمار.

و لكن لا يمكن اعتبار القلق في جميع الحالات ظاهرة غير طبيعية أو مرضية، فالإنسان السوي يشعر بالقلق في بعض الظروف بدرجات متفاوتة تتناسب مع المثيرات و الأسباب .

و مما لا شك فيه أن قلق الموت نوع من أنواع القلق يشعر به الفرد في مواقف متعددة و صعبة و خاصة عندما يكون تحت تهديد المرض أي عندما لا يبقى لديه أمل في الشفاء من المرض المزمن أو أي موقف طارئ أو في مراحل حياته الأخيرة أي عندما يصل لمرحلة الشيخوخة يبدأ قلقه و خوف من الموت بسبب الخوف و التوتر لما سيؤول إلى الفرد بعد ذلك.

و يعتبر القصور الكلوي من الأمراض الخطيرة و الصعبة المزمنة و الذي يعرف بأنه توقف الكلى على أداء دورها الأساسي في الجسم و هو تصفية الدم، و هذا ما يزيد من حجم المعاناة و يرفع من حدة الألم النفسي و الجسدي و القلق عامة و بالخصوص قلق الموت بدرجة كبيرة و الذي سببه يمكن في حالة المرضية التي ألى إليها الفرد، فالإصابة هي التي تعزز ظهوره لديه بنسبة مرتفعة و مفاجئة، و هذا لشدة خطورة المرض الكلوي و الاستحالة الشفاء منه قريباً أو نهائياً.

و لهذا نطرح التساؤل التالي:

هل يعاني مرض القصور الكلوي من قلق الموت؟

2 - فرضيات الدراسة :

• الفرضية العامة :

- يعاني المصاب بالقصور الكلوي من قلق الموت

• الفرضيات الإجرائية :

3 - أسباب إختيار الموضوع :

ينبع اختيار الباحث لموضوع الدراسة الحالية من خلال جملة من الأسباب نوجزها فيما يلي:

- الانتشار الواسع لظاهرة القلق بصفة عامة وقلق الموت بصفة خاصة بصورة ملفتة للانتباه في أواسط المجتمع و كذلك خطورة مرض القصور الكلوي باعتبارها موضوع واسع وخصب يتطلب البحث والاستقصاء فيه أكثر، وما ينتج عن هذا المرض من مشكلات نفسية
- قابلية البحث للدراسة من الناحية النظرية و الميدانية
- إشباع الفضول العلمي من حيث تناول هذا الموضوع.
- الرغبة الشخصية في التقرب من هذه الفئة ومعرفة المزيد عنها باعتبار أن موضوع القصور الكلوي يدخل ضمن اهتمامنا .

4 - أهداف الدراسة :

- ترتبط قيمة البحث العلمي بقيمة الأهداف التي تسعى إلى بلوغها فالدراسة الحالية تهدف إلى :
- معرفة أثار قلق الموت على المصاب بالقصور الكلوي.
- معرفة مستوى قلق الموت لدى المصابين بالقصور الكلوي.
- معرفة مدى تأثير الجانب العضوي (القصور الكلوي) على الجانب النفسي، و إبراز أهم الآثار النفسية والتغيرات التي تطرأ على حياة هذا المريض .
- استخلاص بعض التوصيات و الاقتراحات للتكفل بالمرضى القصور الكلوي الذين يعانون من قلق الموت .

5 - أهمية الدراسة :

تتحصر أهمية هذه الدراسة فيما يلي :

1-5 الأهمية النظرية :

- توعية الأفراد بخطورة هذا المرض، و الانعكاسات الناجمة عنه.
- اهتمام المختصين إلى هذه الشريحة و محاولة إثراء الجانب التكفلي النفسي (مرضى القصور الكلوي)
- قد تلفت هذه الدراسة نظر المحيط العائلي لأهمية تحسين الجانب النفسي لديهم .

2-5 الأهمية التطبيقية :

- أهمية النتائج التي نأمل أن يتوصل إليها البحث، كتوفير قاعدة بيانات حول قلق الموت في شخصية المريض المصاب بالقصور الكلوي.
- تسليط الضوء على أهم المشاكل و الاضطرابات النفسية التي تعاني منها هذه الفئة.
- المساهمة في التخفيف من معاناة الحالتين من خلال التنفيس الإنفعالي.
- تقديم دراسة نموذجية وفقا لمبادئ علمية، يستفيد منها العاملين بسلك المساعدة النفسية و التعليم، الذين يقدمون خدمات علاجية لهؤلاء الحالات، و ذلك لتحسين تعاملاتهم معهم، و التكفل بهم من أجل تحسين الحالة النفسية لهم.

6- حدود الدراسة :

1-6 الحدود الزمنية :

تم تطبيق هذه الدراسة ابتداء من اليوم 6 فيفري 2018 إلى 1مارس 2018.

2-6 الحدود المكانية :

تم إجراء الدراسة الميدانية لموضوع دراستنا في مركز تصفية الدم بأم البواقي.

7 - تحديد المصطلحات إجرائيا :

7-1 للقصور الكلوي:

هو عجز و قصور دائم للكليتين من أداء دورهما و وظيفتهما الأساسية و هي تصفية الدم من الرواسب و السموم، تخلص الدم من المواد السامة من أجل خلق التوازن داخل الجسم.

7-2 قلق الموت :

هو خوف شديد من مصير مجهول و محتم الحدوث و هو عبارة عن أفكار وسواسية.

الجانِب النظري

الفصل الأول: قلق الموت

تمهيد :

القلق هو عرض عام لجميع الاضطرابات العصابية وعدم ارتياح نفسي و جسمي و يتميز بخوف منتشر غير معروف السبب و شعور بعدم الأمن و توقع حدوث كارثة.

1 - القلق :

1 - تعريف القلق :

تعددت التعاريف و يرجع ذلك إلى تباين التوجهات النظرية للعلماء و الباحثين، و قبل أن تعرض لبعض ذلك التعريفات يجب الإشارة إلى التعريف اللغوي للقلق فيشير المعجم الوسيط إلى أن القلق و قلق و اضطرب و انزعج فهو قلق

و أقلق الهم فلانا أزعجه، و قد أقر مجمع اللغة العربية، استخدام القلق بوصفه حالة انفعالية تتميز بالخوف مهما يحدث، و المقلاق الشديد للقلق . (فايد، 2003، ص44)

• تعريف القلق لغة :

يعرف المعجم الوسيط القلق: على النحو التالي قلق الشيء، حركه و غيره و أزعجه، و المقلق الذي لم يستقر في مكان واحد، و لم يستقر في مكان واحد، و لم يستقر على حاله وقلق اضطرب، و انزعج، فهو قلق: و القلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مهما قد يحدث و المقلاق الشديد الخوف يقال: رجل مقلق .

- و يعرف لسان العرب القلق بأنه: القلق من قلق و القلق و الانزعاج و يقال بات قلقلًا و ألققه غيره، و القلق لا يستقر في مكان واحد .

• تعريف القلق إصطلاحا :

- عرف قاموس المصطلحات النفسية و التحليل النفسي للقلق بأنه: حالة انفعالية غير سارة مستمرة لدى الفرد فيها يفقد الرغبة أو الدافع للهدف .

- كما عرفه أيضا بأنه: شعور بالتهديد خاصة من شيء مجهول دون أن يعرف الشخص ما يهدده.

- و عرفت موسوعة علم النفس و التحليل النفسي للقلق بأنه: عبارة عن شعور بالخوف أو الخشية من المستقبل دون سبب معين يدعو للخوف.

- و يعرف معجم علم النفس و الطب النفسي القلق بأنه: شعور عام بالفراغ والخوف من شر مرتقب و كارثة تو شك أن يحدث، و القلق استجابة لتهديد غير محدد كثير ما يصدر عن الصراعات الاشعورية، و مشاعر عدم الأمن، و النزاعات الغريزية الممنوعة و المنبثثة من داخل النفس، و في الحالتين يعبئ الجسم امكانياته لمواجهة تهديد، فتتوتر العضلات و يتسارع التنفس و نبضات القلب. (الغامدي، 2013، ص ص 35-36)

• تعريفات أخرى للقلق :

- القلق حالة من عدم الارتياح و التوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها .
- فالقلق يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح و الاضطراب و الهم المتعلق بحوادث المستقبل، و تتضمن حالة القلق شعورا بالضيق و انشغال الفكر و ترقب الشر، و عدم الارتياح حيال مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع. (القمش، 2007، ص255).
- و يعرفه "الرفاعي" (1981) على أنه استجابة انفعالية لخطر يخشى من وقوعه و يكون موجها للمكونات الأساسية للشخصية، و تحمل هذه الاستجابة معنى داخليا بالنسبة للفرد يحاول إطلاقه على العالم الخارجي .
- و يعرف "فرج طه و آخرون" (1993): القلق أو الحصر بأنه حالة من الخوف و التوتر و القلق تصيب الفرد، و توجد ثلاثة أنواع من الحصر أو القلق يمكن أن ترد بسهولة لعلاقات الأنا بالعالم الخارجي و الهو و الأنا الأعلى و هي :
- الحصر الواقعي (الموضوعي): و يعني وجود سبب موضوعي موجود في العالم الخارجي سبب الحصر .
- الحصر العصابي: و الذي ينتج تحت وطأة الدفعات الغريزية من جانب الهو
- الحصر الأخلاقي: وهو حصر نتيجة خطر داخلي من جانب الأنا الأعلى.
- و يلاحظ من عرض تعريف "فرج" طه و آخرون أنه تناول مفهوم القلق من وجهة نظر التحليل النفسي الكلاسيكي "فرويد".
- أما "أدлер" « adler » : فيرى أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض النفسية و العقلية ينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص و محاولة الحصول على شعور بالتفوق. (زهران وآخرون، ص191).

- أما أنصار المدرسة السلوكية فيرون أن القلق هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، و يتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب و الأمل. (فايد، 2003، ص45).

2 - مفهوم القلق:

لم ترد كلمة القلق و لا مصدرها الثلاثي في القرآن و لا في حديث الرسول -صلى الله عليه وسلم-، أما في معاجم اللغة العربية فيشير مصطلح القلق غالى حالة الانزعاج و الحركة المضطربة و في اللغة العربية و الانجليزية يعرف في معجم إكسفور (1989) على انه إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل .

كما يعرف في : معجم ويستر على أنه إحساس غير عادي و ظاهر كم الخوف و الخشية و هو دائما يتصف بعلامات فسيولوجية مثل التعرف و التوتر و ازدياد نبضات القلب، و بسبب شك الإنسان بنفسه حقيقة طبيعة التهديد حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح.

كما تزر مؤلفات علم النفس بتعاريف شتى لمفهوم القلق حيث لا يوجد تعريف واحد و نهائي للقلق، فقد عرف العلماء القلق وفقا لتوجهاتهم النظرية، فقد عرف "فرويد" القلق تعريفا تحليليا بقوله أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان و يسبب له كثير من الكدر و الضيق و الشخص يتوقع الشر دائما، و يبدو دائما متشائم و هو يشكك في كل أمر يحيط به و يخشى أن يصيبه منه ضرر، فالقلق يترصد الفرص لكي يتعلق بأنه فكره أو أي أمر من أمور الحياة اليومية، و يبدو الشخص القلق متوتر الأعصاب فاقد الثقة بنفسه مترددا عاجزا عن البحث في الأمور، و هو يفقد القدرة على تركيز الذهن، و لذلك يصعب عليه أحيانا أن يفهم ما يدور حوله فهما واضحا (فرج، 2009، ص127)

كمل يعرفه "أرون بيك" « A. Beck » تعريفا بأنه: انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقرير لخطر محتمل.

- و يتم تعريف القلق باعتباره دافع من ناحية و هدف من ناحية أخرى، حيث هو محاولة للتكيف مع صراعات هذه الدوافع، و ذلك كما في تعريف "هارولد وبيتسكي" للقلق بأنه : دافع غير ملائم أو حالة من التوتر تنتج عن تصارع أو تنافس رغبتين أو أكثر حول استجابة معينة، و تمنع هذه الحالة من التوتر تخفيف حدة دافع هام ملائم.

- كما عرفه "شافر و دوركس" تعريف سلوكيا حيث هو: استجابة مكتسبة تحدث تحت ظروف أو مواقف معينة ثم نعمم الاستجابة بعد ذلك.
 - كما يعرف "الهييتي": القلق بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد للتكيف.
 - و هناك من عرف القلق عن طريق تحديد مظاهره و ليس عن طريق الحديث عن أسبابه، و ذلك كما في تعريف "الزرد" للقلق بأنه: شعور غامض غير سار بالتوقع و الخوف و التحفيز و التوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية و يأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد، و من هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس، أو الشعور بضربات القلب، و الصداع و الشعور بالدوار و الإعياء و كثرة الحركة أحيانا. (فرج، 2009، ص ص 127 128)
 - القلق بأنه: خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد واضحا من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديدا واضحا، وغالبا ما تصاحب هذه الحالة ببعض التغيرات الفسيولوجية.
 - كما يعرف "احمد عكاشة" (1998) القلق بأنه: شعور عام غامض غير سار بالتوقع و الخوف و التوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي و يأتي في صورة نوبات متكررة.
 - ويعرف "عبد الستار إبراهيم" (2002) القلق بأنه: انفعال يتسم بالخوف من أشياء مرتقبة تنطوي على تهديد حقيقي أو مجهول، و يكون من المقبول أحيانا أن نقلق لتحفز النشاط و مواجهة الخطر، و لكن كثيرا من المواقف المثيرة للقلق لا يكون فيها الخطر، حقيقيا بل متوهما و مجهول المصدر.
 - تعريف دليل تشخيص الاضطرابات النفسية و إحصاءها للجمعية الأمريكية للطب النفسي للقلق: هو القلق الزائد، و الهم الذي يظهر في كثير من الأيام، و ليس لفترات محددة، و يستمر لأكثر من ستة أشهر، و يرى الفرد المصاب أنه من الصعب السيطرة على هذا القلق، و يتميز اضطراب القلق بأنه شديد غير واقعي و توقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة و الذي يستمر لمدة 6 أشهر، و أحيانا لا يرتبط القلق بشيء محدد أو موقف أو حادث و لكن يبدو أنه سمة ثابتة لحياة الفرد اليومية و يستخدم لتشخيص اضطراب القلق لوصف هذا التصنيف من الخبرات المرتبطة بالقلق.
- (الغامدي، 2013، ص ص 37-38)

3 - الفرق بين حالة القلق و سمة القلق:

3-1 حالة القلق: هي حالة انفعالية طارئة و فنية و أزلية وهذا يعني أن حالة القلق التي نشعر بها في موقف معين تزول بزوال مصدر التهديد و بالتالي تكون حالة القلق غير ثابتة تتغير من موقف لآخر. مرتبطة بموقف خارجي فإذا انتهى الموقف المفترض أن تنتهي حالة القلق . (غانم، 2011، ص21).

- و حالة القلق هي حالة داخلية تتسم بمشاعر التوتر و الخطر المدركة شعوريا، و التي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي فتظهر علامات القلق حالة، و تختلف هذه في شدتها و تقبلها معظم الوقت. (القمش، 2007، ص256)

3-2 سمة القلق: هي استعداد سلوكي في معظمه يظل كامنا عند الإنسان حتى تتبهره منبهات داخلية أو خارجية، و سمة القلق توجد عند جميع الناس و لكنها بدرجات متفاوتة تتصف بأنها ثابتة نسبيا، و تكون مزمنة دائمة، يعني أن القلق منخفض نسبيا و مدة استمراره غير محددة بل مستمرة. و تتميز سمة القلق بين حالات القلق المختلفة و الظروف البيئية الضاغطة التي تؤدي إلى هذه الحالات و ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة. (القمش، 2007، ص256).

4 - أنواع القلق:

4-1 القلق الخارجي المنشأ: هو الذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية كرد الفعل على الضغط النفسي أو الخطر، فعندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضع شيئا يتهدد أمانة أو سلامته، كأن يصوب لص مسدسا إلى رأسه، فهو عندئذ يشعر بالاضطراب و الارتجاف، فيجف ريقه، و تعرف يداه و جبهته و تزيد نبضات قلبه، و تحتاج معدته و يشتد توتره، و يحس أغلب الناس بهذه المشاعر في أوقات الخطر، أو الضغط و كذلك إذا تعرض الفرد للهجوم عليه مرات متكررة أو للخوف في موقف معين، فانه يتعلم الإحساس بالخوف كلما واجه هذا الموقف، و تلك الاستجابة دافعية عادية، فذا عض كلب شرس أي إنسان مرات عديدة فسرعان ما يصبح حذرا من الكلاب و خائفا عند رؤيتها، و هذا هو القلق الذي يكون استجابة سوية للضغط من خارج الفرد. (القمش، 2007، ص255).

4-2 القلق داخلي المنشأ: و تتكاثر الآن دلائل توحى بأن حالات القلق من هذا النوع الثاني، إنما هي حالة مرضية، و يبدو أن لدى ضحايا هذا المرض استعداد وراثي له، و هو يبدأ عادة بنوبات من القلق الدائم تدهم المصابين فجأة أو بغتة دون إنذار أو سبب ظاهر، و كثيرا ما يخطئ الأسوياء من الناس

فينظرون إلى أعراض المريض على أنها مشابهة لإستجاباتهم عندما يواجهون منغصا و تهديد و من اليسير جدا على العارفين بهذا المرض أن يهونوا من خطورة المشكلة و أن يظنوا أن الراحة و الاسترخاء أو الإجازة الطبية سوف تحل المشكلة. (القمش، 2007، ص 256)

4-3 القلق الموضوعي: أشار "فرويد" إلى نوعين من القلق هما القلق الموضوعي (السوي) الذي اعتبره رد فعل يمر به الفرد لدى إدراكه خطرا خارجيا، يكون محددا أو يتوقع وجوده بناء على وجود إشارة تدل عليه . (القمش، 2007، ص 257)

4-4 القلق العصابي: و الذي يتصف بالغموض و عدم الصلة بالواقع الموضوعي.

4-5 قلق الإمتحان: أشار علماء النفس إلى إن الامتحانات و خاصة الصعبة منها، تثير القلق لدى بعض الطلبة فيقومون باستجابات غير مناسبة مثل التوتر و الانزعاج و الخوف من الفشل، أو الإحساس بعدم الكفاءة و توقع العقاب، بل يتوقف عند بعض الطلبة القدرة على الاستمرار في الموقف الاختباري و إتماما الامتحان الأمر الذي يؤدي بدوره إلى التحصيل المتدني، ويرى "وين" أن الأفراد ذوي قلق الامتحان المرتفع غالبا ما يوزعون انتباههم بين الأمور المرتبطة بالذات، على حين أن الأفراد ذوي قلق الامتحان المنخفض غالبا ما يركزون على الأمور المرتبطة بالمهام المطلوبة فقط بدرجة أكبر، كما يتزايد قلق الامتحان من التنافس الشديد بين الطلبة، و التأكيد المتطرف على أهمية النجاح، و تزيد درجات الطلبة في ضوء معايير خارجية، كما إن العقوبات المترتبة على الفشل هي من العوامل التي تثير قلق الطلبة و مخاوفهم، و تؤدي إلى خفض دفعاتهم و فشلهم، و بما إن قلق الإمتحان هو حالة من القلق العام، فمن الممكن تطبيق مبادئ نظرية التحليل النفسي على حالة قلق الامتحان، فمثلا يعرف "يونج"

« Young » القلق بأنه" عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير مقبولة صادرة من اللاشعور الجمعي" و من الممكن ربط هذا التعريف بقلق الامتحان و التي يتخيلها الطالب قبل أو أثناء تأديته للإمتحان و التي قد تراوده كفكرة تسلطية من خلال الاشعور.

أما "بنجامين" ورفقاه فقد قدموا نموذج معالجة المعلومات و الذي يزودنا بمفاهيم مفيدة في تحليل موقف قلق الإمتحان، و وفقا لهذا النموذج فإن قصور الطلبة ذوي قلق الإمتحان المرتفع يعود إلى مشكلات في تعلم المعلومات، تنظيمها أو مراجعتها قبل الإمتحان أو إستدعائها في موقف الإمتحان الملائم في عمليات الترميز أو تنظيم المعلومات و إستدعائها في موقف الإمتحان . (القمش، 2007، ص 275)

4-6 قلق الأطفال: ينشأ هذا النوع من القلق و المخاوف كإستجابة لمراحل التطور المختلفة و يرى "شتاينر" أنه ينشأ لدى الأطفال عندما يبدو في تعلم مهارات جديدة و قدرات جديدة و أهم هذه الأنواع

"قلق الانفصال" و هو أحد المخاوف المهمة التي يعاني منها الأطفال، و في الغالب يظهر الخوف كجزء من النمو بشكل نمطي حوالي الشهر الثامن و يبلغ أوجه منتصف السنة الثانية، و يختفي عادة في السنة الثالثة من العمر، و في بعض الحالات يتطور إلى مخاوف مرضية مثل الخوف من الغرباء، أو الحيوانات أو الظلمة، و نجد الأطفال يركزون أعراضهم البدنية في العادة، فهم يصفون حرفيا كيف تؤثر النوبات في أجسامهم و أين مكانها فقد يخاف هؤلاء الأطفال من الانفصال بصفة خاصة عن أهلهم و المخاوف المرضية من المدرسة، من بين المظاهر الشائعة بنوع خاص لمثل ذلك القلق من الانفصال و قد يمر بعض الأطفال خلال مراحل كهذه ثم تختفي الحالة بصورة غامضة كما بدأت لتعود مرة أخرى. (القمش، 2007، ص 258).

4-7 قلق الموت: يمكن اعتبار قلق الموت أحد أنظمة القلق التي هي أساس كل قلق و يرى "كارل يونج" أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي خصوصا في النصف الثاني من حياة الإنسان، بينما يعتقد "ارنست بيكر" أن مشكلات التكيف و الإضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت.

و يرى "ألفرد أدلر" أن المرض العقلي يكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت كما أفرد "ستانلي هول" نوعا من الفوبيا أطلق عليه مخافة الموت. (عثمان، 2001، ص 83) و يعتبر قلق الموت محور بحثنا هذا و الذي سنتطرق من خلاله إلى تعريف قلق الموت و أنواعه و أسبابه و أعراضه و كذلك أهم النظريات المفسرة له.

5 - أعراض القلق:

يمكن تقسيم هذه الأعراض إلى أعراض جسمية و أعراض نفسية و أعراض. سيكوسوماتية

5 - 1 الأعراض الجسمية: و تظهر هذه الأعراض على أعراض متعددة جدا فتشمل القلب و ارتفاع في نبضاته و تقلصات مؤلمة له، و ارتفاع ضغط الدم كما يشمل الجهاز الهضمي و التنفسي فيشعر المصاب بالقلق بصعوبة في البلع أو الإحساس بغصة بالإضافة إلى ضيق في التنفس أو سرعة، و يشعر باضطراب معوي مما قد يحدث غثيانا أو إسهالا أو إمساكا، و الجهاز العضلي يتأثر كذلك حيث يحدث تقلصات عضلية مؤلمة في الساقين والذراعين و الأم في الصدر، بالإضافة إلى إحساس جلدي

بالحرارة و التعرق و التمثل، و كذلك برودة الأطراف و اضطرابات في النوم و الصداع و فقدان الشهية، و تجدر الإشارة إلى انه كلما زادت حدة القلق زادت هذه الأعراض و تعددت. (فرج، 2009، ص154)

5 - 2 الأعراض النفسية: و أولها الخوف و هو مقترن تماما مع القلق، و قد يتجاوز إلى خوف مفرط حين يشتد القلق، و يصاب المريض بالتوتر و التهيج العصبي و سرعة الانفعال و الغضب و يفقد الشهية للطعام، و توقع الأذى و المصائب و عدم الثقة و الطمأنينة، و الرغبة في الهرب عند مواجهة أي مواقف الحياة، بالإضافة لهذا كله تحدث للقلق بعض الأعراض العقلية مثل: ضعف التركيز و كثرة النسيان و الأوهام المرضية الجسمية، و في حالات حادة ينتاب المريض شعور بانفصال الجسد عن البيئة و انفصال الذات عن الجسد. (فرج، 2009، ص153)

5 - 3 الأعراض السيكوسوماتية: و يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تنشأ نتيجة بسبب معاناة القلق النفسي و الانفعالات الشديدة، كما يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض إلى حالات القلق النفسي و التوترات الشديدة، و في مثل هذه الحالات يكون علاج القلق و الانفعالات أساسيا لشفاء المريض و من أجل صحته العامة، و من أهم هذه الأمراض : ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية للقلب، الربو الشعبي، الروماتيزم، البول السكري، قرحة المعدة... الخ. (فرج، 2009، ص154).

- **الأعراض الجسمية:** و هذه الأعراض الأكثر شيوعا توجد في مختلف أعضاء الجسم التي يغذيها الجهاز العصبي اللاإرادي، الذي يسيطر عليه الهيئة ثلاثوموس المتصل بمركز الانفعالات، و لذا يؤدي الانفعال إلى تنبيه هذا الجهاز و تظهر أعراض عضوية حشوية مختلفة، و من أهم هذه الأعراض ما يلي : الأعراض الجسمية أعراض الجهاز القلبي الدوري: هنا يشعر المريض بألام عضلية فوق القلب مع سرعة دقات القلب بل و الإحساس بالنبضات في كل مكان، و إذا حاول المريض النوم فانه يشعر بالنبضات في رأسه و مخه مما يجعله في حالة زعر من احتمال حدوث انفجار في المخ، كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب غير المنتظمة، و يكون ضغط الدم مرتفعا بعض الشيء بسبب الانفعال.

أعراض الجهاز الهضمي: وهو من أهم الأجهزة التي تتأثر بالقلق النفسي، ويظهر ذلك أحيانا على شكل صعوبة في البلع، أو الشعور بغصة أو سوء الهضم، و انتفاخ البطن أو الإسهال أو الإمساك، بل يتعرض المريض أحيانا إلى ألام و مغص شديد تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة.

- **أعراض الجهاز النفسي:** و هنا يشكو المريض من سرعة التنفس و ضيق الصدر و عدم القدرة على استنشاق الهواء، و أحيانا ما يؤدي فرط التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون أو تغير درجة حموضة

الدم، و قلة الكالسيوم النشط في الجسم، مما يجعل الفرد عرضه للشعور بالتتمل في الأطراف وتقلص العضلات ودوار و تشنجات عصبية و أحيانا الإغماء.

- **أعراض الجهاز العصبي:** و يظهر القلق هنا في شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض مع اتساع حدقة العين وارتجاف الأطراف خصوصا لأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة و الصداع.

- **أعراض الجهاز البولي التناسلي:** يتعرض معظم الأفراد أثناء حالات القلق والانفعال الشديد إلى كثرة التبول و إلى الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، ومن أهم أعراض القلق النفسي في الجهاز البولي التناسلي هو فقدان القدرة الجنسية عند الرجل.

- **أعراض الجهاز العضلي :** يشكو معظم المصابين بحالات القلق النفسي من آلام مختلفة في الجسم وهنا يعاني المريض من آلام في الساقين والذراعين أو الظهر أو فوق الصدر.

- **أعراض روماتيزم:** و يبدأ المريض يأخذ العقاقير و لكن دون فائدة واضحة، و الواقع أن معظم الآلام نفسية بحتة وذلك بسبب القلق النفسي.

- **الأعراض الجلدية:** يكون القلق النفسي عاملا أساسيا في أسباب و نشأة الكثير من الأمراض الجلدية مثل حب الشباب مرض الصدفية و سقوط الشعر و الحساسية العامة.

- **أعراض جهاز الغدد الصماء:** يسبب القلق الشديد و الانفعالات المستمرة العديد من أمراض الغدد الصماء، و أهم هذه الأمراض الغددية زيادة إفراز الغدة الدرقية و البول السكري، مع زيادة هرمون الأدرينالين من الغدة فوق الكلوية. (الغامدي، 2013، ص ص 96-98)

- **الأعراض النفسية:** و هو ما يشعر به الإنسان من الخوف و التوتر والانزعاج وعدم الاستقرار النفسي، وكذلك قد تضعف قدرة المريض على الانتباه و التركيز و هذا الضعف قد يخلل للأخريين أن المريض يعاني من اضطراب في الذاكرة، و يقضي الإنسان المصاب بالقلق وقتا طويلا بالتفكير في الأمور السلبية في حياته فيفكر في احتمال الفشل و الإخفاق و احتمال التعرض للحوادث و الأخطار و لا يعود يرى إلا الجانب المظلم المتشائم في حياته السلبية بالضرورة أن يستمر هذه المشاعر النفسية السلبية كما هو الحال في الاكتئاب.

- و يشير "أحمد عبد الخالق" (2000) إلى أن من الأعراض النفسية للقلق الحساسية المفرطة للضوضاء وشروء الذهن فضلا عن التردد الشاذ و الشك و صعوبة اتخاذ القرارات و تزامم الأفكار المزعجة على المريض مع فقدان الشهية للطعام.

- وخوف المريض من كل شئ من المرض العقلي أو المرض العضوي أو الموت. ويتسبب هذا الخوف في شعور بالتوتر الداخلي فيصنف نفسه أنه يشعر بالتوتر وأنه غير قادر على الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار المعلقة إلى جانب فقدان الثقة بالنفس.
- **الأعراض المعرفية:** تعكس الأعراض المعرفية في اضطراب القلق إدراك الفرد وتوقعه لسوء الطالع و ارتقاب خطر أو شر وشيك الوقوع فمثلا عندما يوجد الفرد الذي يشعر بالخوف في وسط جماعة أو جمهور يستغرق قدر كثيرا من الوقت في الشعور بالهم و الضيق وراء تلك الأشياء المروعة التي قد يحدث على الملا و في حضيرة الآخرين و بذلك تجدى بخطط كيف يتجنب تلك الأشياء و بالتالي يكون مشئت الانتباه و ينتج عن هذه الحالة نقص في التركيز الانتباه أو عدم ملاءمته، و أن الفرد غالبا لا يعمل و لا يدرس بفاعلية الأمر الذي يضيف مضاعفات إلى قلقه.
- وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميز لمريض القلق من وجهة نظر بيك فيما يلي:
 - (1) أفكار متكررة عن الخطر، فمريض القلق هو دائما أسير أفكار لفظية وصورية تدور حول وقائع مؤذية (إنذارات كتذبة)
 - (2) نقص القدرة على استبعاد الأفكار الطخيفة أو قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، و لكن قدرته على التقدير الموضوعي و إعادة التقييم قاصرة.
 - (3) تعميم المؤثر: يتسع مجال المؤثرات المثيرة للقلق بحيث يمكن لأي قنوات أو حركة تغيير شئ أن يدرك بوصفه خطرا.
- فإذا وجد مريض القلق صعوبة في التركيز على مهمة شره قد يبتدر إلى الحدس أن انتبته هذا المريض هو من التشتت بحيث لا يمكنه أن يبقى لصيقا بشئ أو موضوع معين لفترة طويلة. (الغامدي، 2013، ص ص 99_100)

6 - الفئات الفرعية لاضطرابات القلق:

توجد فئات فرعية متعددة لاضطرابات القلق، و تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بأعراض القلق و السلوك التجنبي، ففي اضطرابات الهلع والقلق يكون القلق هو العرض الشائع، وسلوك التجنب يوجد غالبا في اضطرابات الهلع صاحب بالخوف من الأماكن المتسعة، و في اضطرابات الذهان يجبر الفرد القلق عند مواجهة الموضوع (أو الموقف) المرهوب، و في اضطراب الوسواس القهري يجبر الشخص القلق إذا

حاول أن يقاوم الوسواس أو الطقوس، أما سلوك التجنب فيوجد غالبا في اضطرابات الرهاب و كثيرا ما يوجد اضطراب الوسواس القهري. (محمود، 1990).

- و قد حدد كثير التشخيص الإحصائي الثالث المراجع ست فئات لاضطرابات القلق و هي :

(1) اضطراب الهلع :

- الهلع المصحوب برهاب الأماكن الواسعة.

- الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن الواسعة.

(2) الرهاب:

- رهاب الأماكن الواسعة بدون تاريخ لاضطراب .

- الرهاب الاجتماعي.

- الرهاب البسيط.

(3) اضطراب الوسواس القهري.

(4) اضطراب الانعصاب التالي للصدمة.

(5) اضطراب القلق العام.

(6) اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر.

- أما كتيب التشخيص الإحصائي الرابع (1994) فقد أضاف إلى تلك الفئات السابقة مجموعة من اضطرابات القلق متمثلة في:

الاضطراب الحاد للضغوط و اضطراب القلق نتيجة الإصابة بحالة طبية عامة، و اضطراب القلق الناتج عن تعاطي المواد المؤثرة نفسيا. (فايد، 2003، ص ص50-51)

7 - مشاكل و مضاعفات أخرى مصاحبة للقلق:

يرافق مرض القلق الكثير من المشاكل الإضافية التي قد يواجهها الأفراد أثناء تطور المرض و فيما يلي بعض أهم هذه المشاكل:

7-1 اضطرابات نمط النوم: و هو ما يعرض اصطلاحيا بالأرق المبدئي أو المبكر و قد يصحب ذلك القيام في منتصف الليل نتيجة نوم مضطرب لا يستقر (الأرق المتوسط) أو يقظه في الصباح المبكر كما تسمى (الأرق النهائي) يغلب كثيرا أن يراها في الحالة المعروفة بالاكنتئاب داخلي المنشأ أو بمرض

الاكتئاب الكبير وهي صورة عنيفة من الاكتئاب تصاحبها تغيرات كيميائية حيوية في الجهاز العصبي المركزي، وهناك عرض يسمى الهلع الليلي و اسمه في الاصطلاح الطبي فقد يكون المريض مستغرقا في اليوم ثم يصحو فجأة حالة شديد وقد استولى عليه الهلع، و كثيرا ما يربط بهذه الحالة قصر في النفس و زيادة في سرعة دقات القلب، وغالبا ما يصاحبها شعور بالموت، و قد تحدث الكوابيس المخيفة أحيانا.

- إن بعض هذه المشاهدات وهي تتكرر في الغالب قد ترتبط بنوبات الهلع الليلي، أما مشكلة النوم الأخيرة فهي النوم المفرط الزائد و يصحو المصابين بهذه الأعراض و هم يشعرون بحالة من الإعياء و التعب كالتي شعروا بها تماما حين ذهبوا إلى الفراش، و كثيرا ما يطلق على هذا التعب الزائر أثناء النهار في الاصطلاح الطبي ("Newrasthenia")

- وقد تكون كثرة النوم تعبيرا عن صراع نفسي، أو هروب من واقع معين كذلك قد تكون تغييرا عن حالة الاكتئاب و القلق. (فاروق، 2011، ص21)

7-2 اختلال الشهية: تذهب الشهية للطعام ضحية الفزع و يمكن أن تحدث تغيرات تتراوح بين النقيضين على طول المدى فيها يبدو إذ يفقد بعض الأفراد القلقين شهيتهم و ينقص وزنهم، بينما تجد الآخرين في تناول الطعام تهدئة لأنفسهم، وكذلك يزدون في الوزن.

7-3 الإدمان على الخمر و العقاقير: تبلغ نسبة المدمنين على الخمر أو العقاقير من ضحايا القلق في وقت ما من سبب المريض، واحدا من خمسة تقريبا، وذلك في محاولة للسيطرة على الأعراض، وحين يزول أثرها تحدث ردة فعل في الأعراض المتعلقة بالمرض وبحس واهله الشارب بزيادة قلقه للأمر الذي يدفعه إلى المزيد من الشارب، وكذلك توجد عقاقير كثيرة لها تأثير جزئي أو وقتي في تخفيف الأعراض كالخمر. خلال مراحل كهذه ثم تختفي الحالة بصورة غامضة كما بدأت لتعود مرة أخرى. (القمش، 2007، ص 264-265)

8 - أسباب القلق:

افترض العلماء -في البداية- أن أسباب القلق تعود إلى عامل البيئة الضاغطة، و لم يكن "فرويد" قانع بأن نموذج ضغط البيئة يفسر أعراض القلق تفسيراً كاملاً، و أراد أن يلتبس تفسير أشمل فجعل يبحث بحثاً سيكولوجية العقل، و أقام نمودجا مفصلا مبنيا على أساس من سيكولوجية العقل و من دور الصراعات الداخلية في نشأة القلق وبقائه، و لكن النمودج النفسي عانى من جوانب القصور أيضا، وقد

ذهب كثير من مشاهير الأطباء إلى احتمال وجود أساس بدني جسمي في القلق المرضي، و تتجمع الآن أدلة على احتمال وجود سبب بدني لمرض القلق أو بوضوح كيف يتم الارتباط بين (نوبات الهلع غير المتوقعة و نوبات الأعراض الأخرى، و المخاوف المرضية)، بطريقة معقولة تعكس الواقع بدقة، و يجب على مثل هذا النموذج أن يصف الأساليب أو الميكانيزمات الكامنة وراء نشأة الأعراض المختلفة و المخاوف المرضية، كما يجب أن يحدد أيضا كيف يحدث التسلسل، ذلك أن وصف كيفية وقوع التسلسل هو وحده الذي يزيد من قدرتنا على التنبؤ حول المرض و يعلمنا السيطرة عليه بفعالية أكبر.

9- الإتجاهات المفسرة للقلق :

9-1 الاتجاه البيولوجي: يفترض هذا الاتجاه أن هناك اضطرابا بيولوجيا، أو كيميائيا يسبب المرض، وقد أجريت دراسات إحصائية عن المدى انتشار و أفضل التخمينات الاضطراب بين أقارب المصابين من الناس، ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بالإنسان مرض بالحالة أكبر من احتمال إصابة ممن لا تربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى، وأشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلا أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لوكانا توأمين متماثلين أو توأمين متطابقين مما لوكانا توأمين غير متطابقين، ومن الممكن أن يؤدي هذا الضعف الوراثي إلى نشأة ألوان من الشذوذ الكيميائي الحيوي، وبالتالي إلى ظهور الأعراض الجسمية التي يشعر بها المرضى، والسؤال هو كيف نحدده ونصف وجه الدقة قدر المستطاع؟

- حتى الآن يرد القلق إلى اختلالات فسيولوجية بنبهات الأعصاب و المستقبلات في الجهاز العصبي المركزي التي تصنع وتستقبل الرسائل الكيميائية التي تنبه وتستثير المخ، حيث أن هناك مواد عديدة تنظم النشاط الكهربائي للأعصاب وهي تعمل مثل المعجلات أو الكوابح لعملية النشاط الكهربائي وتشمل هذه المواد (البروستا جلاندينات) وهي منظمات محلية، والايونات خاصة أيونات الكالسيوم، وهي التي تعبر أغشية الخلايا

9-2 الاتجاه السلوكي:

- الاشرط الكلاسيكي (التعلم الشرطي): إن العامل ثاني الرئيسي لمرض القلق يتضمن عدة أنواع مختلفة من التعلم الشرطي، ومن طبيعة الإنسان أنه يستجيب لنوبات القلق التلقائية بمحاولة تجنبها، لكن هذه العمليات التي تهدف إلى حفظ الذات قد تزيد في تقييد المريض وفي أوجه العجز والاكتئاب عنده، فكلما

قويت استجابة حفظ الذات ازدادت درجة العجز والقصور في العادة، ومن الممكن أن يرتبط أي حدث بالاستجابة خاصة معينة، والآثار التي تحدثها نوبات القلق التلقائية في الإنسان مباشرة وواضحة فهي تؤدي إلى أعراض في الجسم كله كما تؤدي إلى استجابة القلق التلقائية يكتسب هذا المثير القدرة على إحداث استجابة القلق الخوف حتى وإن لم تكن هناك نوبة من نوبات التلقائية، وتعمم هذه الاستجابة في مواقف أخرى وتعرف هذه الظاهرة باسم (الأثر التموجي) وقد دلت الدراسات أن هذا التعميم لمثير يكون أكبر وأوسع.

عندما يكون الفرد مدرك لما يثير القلق عنده، وبما أن المصابون بمرض القلق يتعرضون لنوبات مفاجئة من القلق التلقائي، يحدث من غير استثارة وبدون إنذار، فإن قلقهم قابل للانتشار مثل التموجات، ويشمل أنواعا جديدة من الفوبيا المرضية بسرعة أكبر.

- الاشرط الإجرائي (التعلم بالمكافئة و التدريب على التجنب):

أجرى "سكينر" سلسلة من الدراسات تهدف إلى بيان كيفية تأثير التعلم في السلوك، وقد وجد أن كل سلوك يزداد تكرارا وشدة حين يعقبه التعزيز، وهناك طرق عديدة قد يؤثر بها هذا المبدأ الآخر، فهو التدريب على الهرب والتدريب على التجنب ففي التدريب على الهرب يحدث الارتياح المترتب على الهرب من شيء كرهه، تحت صدمة كهربائية نوعا من الإثابة أو المكافأة الايجابية، وفي مرض القلق يرى "سكينر" أن الهرب موقف سبق أن حدثت فيه نوبة تلقائية مدعاة إلى زيادة الاحتمال في هرب الشخص في المرة التالية، ربما في وقت أقصر وبسرعة أكبر وذلك يصبح الهرب مرتبطا بالارتياح من القلق وفي التدريب على التجنب يصبح كل سلوك يمنع ظهور الخبرة الكريهة ويبقى الفرد منها نوعا من الإثابة بالفعل.

9-3 الاتجاه التحليلي: تصف الأبحاث في التحليل النفسي أنواعا عديدة من القلق يقال أنها نمطية شائعة في الطفولة، وأول هذه الأنواع يسمى (قلق النزعة) ويقال انه يحدث حين تغطي على الرضيع الحاجات والمشاعر التي يعجز عن السيطرة عليها في حالته هو عليها من العجز والقصور، وقد يؤدي النكوص أو الارتداد نحو هذا السلوك القلق إلى تنشيط المخاوف من السيطرة على الذات.

- أما مرحلة القلق النمطية الثانية التي قد الأطفال في عمر يتراوح بين 8 شهور وثلاث سنوات تسمى "قلق الغريب" والنكوص أو الارتداد إلى هذه الاستجابة قد يتم تنشيطه ليتخذ صورة فوبيا أو مخاوف مرضية اجتماعية.

- أما مرحلة القلق الثالثة: وتشاهد بصورة نمطية في الأطفال فيما بين سنتين وأربع سنوات من العمر، فتعرف "بقلق الانفصال" والنكوص أو الارتداد إلى هذه الاستجابة المرضية من الأماكن العامة حيث يخافون من البعد عن الدار، أو البعد عن الأصدقاء أو العائلة، أو من يتركوا وحدهم.

- و يفترض أن قلق الانفصال يضمنحل في سن الرابعة أو الخامسة، و قد يسمى "فرويد" هذا الخوف "قلق الخساء" وقد يبدو النكوص أو الارتداد إلى هذه المخاوف في صورة المواقف المرضية أو توهم المرض وقد ساهم الاتجاه التحليلي مساهمة كثيرة في توجيه الاهتمام إلى القلق وأهميته في حياة الإنسان، حيث اعتبره فرويدا ساس العصاب والظاهرة المحورية في جميع الصراعات العصابية.

9-4 الاتجاه البيئي الاجتماعي: أصبح من الحقائق المسلم بها أن ضغوط البيئة قوة تسبب القلق، والمشكلة هي أن هذا التفسير يبدو من الواضح بحيث أصبح مقبولا على أنه التفسير الوحيد فقط لخبرة القلق، ويؤكد سولفيان على أهمية العلاقات بين الطفل والقائمين على تربيته، حيث يفترض أن التنشئة الاجتماعية وتحديد القواعد الاجتماعية المقبولة، وغير المقبولة اجتماعيا يكسب الطفل نظاما للسلوك، وأن أية خبرة تهدد هذا النظام بسبب القلق. (القمش، 2007، ص268)

10 - تشخيص القلق:

تتضمن عملية تشخيص حالة القلق خطوات متسلسلة يمكن إجمالها بما يلي :

1- فحص طبي شامل، والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية أو مشاكل جسمية تسبب هذه الأعراض انه كثيرا يفترض المرضى أن المشكلة سيكوسوماتية أو نفس جسمية أو عصبية في الأصل، ليكتشفوا فيها بعد فقط أنها الأعراض الأولى لمرض طبي، ثم أن التسمم الدريقي، و أورام الغدد فوق الكلوية والصرع، وبعض الأمراض المعدية كمرض البروسيلا، و الاضطرابات العصبية، كالتصلب المنتشر، قد تسبب أعراضنا مثل أعراض القلق.

2- استبعاد الحالات النفسية المرضية الأخرى التي قد تظهر بصورة مشابهة مثل الاضطرابات الذهانية لمرض الفصام، و مرض الهوس الاكتئابي.

3 - تشخيص حالات الفوبيا إن وجدت. (القش، 2017، ص268)

11 - أساليب و استراتيجيات علاج القلق:

تهدف عملية معالجة القلق بشكل عام الى تحقيق الأهداف التالية:

- السيطرة على جوهر الايضا.
 - التغلب على المخاوف المرضية أو الفوبيا.
 - التعامل مع الضغوط النفسية البيئية.
 - الرعاية على المدى الطويل.
- و بناء عليه نتحضر المهمات الإستراتيجية الإجمالية في علاج القلق بما يلي:
- الوصول إلى التشخيص الصحيح.
 - السيطرة على الأساس الأيضي للمرض عن طريق العلاج بالدواء.
 - التغلب على القيود التي تفرضها ردود فعل القلق بواسطة العلاج السلوكي.
 - تناول المشكلات النفسية عن طريق العلاج النفسي (التحليل المعرفي).
 - منع النكسات عن طريق توعية المريض، وضمان الرعاية على المدى الطويل. (القش، 2007، ص270)

و يمكن إجمال طرق معالجة القلق بما يلي:

- أولاً: العلاج بالعقاقير:** أصبح الأطباء أكثر تطوراً و دقة في اختياراتهم و استخدامهم أدوية الطب النفسي، و فيها يلي قائمة من الأدوية التي يظهر أنها فعالة في السيطرة على مرض القلق.
- كابات الأمينات الأحادية المؤكسدة مثل: فينيلزان (نادريل).
 - مضادات الاكتئاب الدائرية الثلاثية مثل: اميرامين (توفرانيل) - يزيبرامين (نوربرامين) - أميتريبتلين (ايلافيل) - مابروتيلين (لوديوميل).
 - يزيبرامين (نوربرامين) - أميتريبتلين (ايلافيل) - مابروتيلين (لوديوميل).

ثانياً: العلاج السلوكي: و يتضمن طرائق عديدة من العلاج يشمل وسائل مختلفة، إذا تقوم على أساس الافتراض بان الإنسان يتعلم أو يكتسب الاستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية، وطرائق العلاج إنما تحاول أن تعكس العملية فهي بالتالي وسائل تمحو التعلم أو تعيد تعلم استجابات تكون أقرب إلى الاستجابات السوية ومن أشهر هذه الأساليب ما يلي :

1. إزالة الحساسية بطريقة منظمة: إن إزالة الحساسية المنظمة تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الاسترخاء العميق للعضلات، و تكون المواجهة أولا في الخيال ثم في الواقع فيما بعد، أي أنها عملية منطقية لطيفة ومنظمة، ولكنها بطيئة، وتتطلب خبيرا مدريا على استخدامها.

2. العلاج بالتعرض أو المواجهة: أصبح شعار العلاج بالتعرض أو المواجهة التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب منه، حيث لاحظ بعض الباحثين أن مواجهة المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية تقلل من الأعراض، ولكن العيب الوحيد أن المرض في بعض الحالات لا يستطيعون التعاون، والعلاج النفسي هنا يعمل على مساعدة المرضى على تناول ضغوط البيئة أو التعامل معها، يتضمن هذا الأسلوب ثلاث خطوات هامة هي:

- الاستماع: مرض القلق موضوع يمكن بحثه، ولكن لكل مصاب به فريدته ونوعه الخاص من المرض؟
 - توضيح المشكلة: وفي غضون الاستماع للمريض تظهر المشكلات التي تواجهه بصورة أوضح وهناك أحيانا ضغوط تؤدي إلى تنشيط الاستعداد البيولوجي للمريض.
 - تأييد التغييرات: وبعد أن يتم اتضاح المشكلات تصبح الحلول أكثر جلاء ووضوحا ويستدعي أفضل الحلول عادة في إجراء تغييرات في أسلوب الحياة.
 - ترايازولوبيردين: مثل ترازودون (ديزيرين).
 - مضادات الاكتئاب الرباعية مثل: ماييزيرين (تولفون)
 - بتروديازين، ألبرازولام (زاناكس) كلونازيبام (كلونوبين) ديازيبام.
 - وتتباين استجابة الأفراد لهذه العقاقير على الرغم من أنها فعالة جدا، في العادة عند استخدامها بصورة صحيحة إلا أن لها آثار جانبية تؤدي إلى انقطاع كثير من المرضى عنها خلال الأسابيع القليلة الأولى، كما أنها تحتاج إلى ثلاثة أسابيع أو أربعة أسابيع على قبل أن يسيطر على النوبات التلقائية، وتعمل الأدوية على مقاومة عنصر الايض الجوهري في المرض: وتمنع النوبات المتوقعة، إلا أن تأثيرها على الفوبيا أو المخاوف المرضية أقل وضوحا وأكثر بطئا، أو علاقتها أو اتجاهاتها، ولما كان كل فرد هو أحسن من يعرف ظروفه الفريدة والضغوط التي يتعرض لها، نجده في آخر الأمر الوحيد الذي يستطيع اختيار أفضل الحلول في الميزان المناسب له. (شعلان، 1988، ص 58)
3. المحو أو الإطفاء: و يشمل المحو على تقليل السلوك تدريجيا من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي، والإطفاء واضحا وبسيطا نظريا إلا أن تطبيقه صعب للغاية

فهو لا يقلل الأعراض السلوكية، إلا إذا لم تحدد جميع المعززات ذات العلاقة وذلك بهدف ليس من السهل تحقيقه في كثير من الأحيان.

ثالثا: العلاج التحليلي: يرى "فرويد" بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية، حيث يقول بأنه عملة متداولة تبدل بها كل الحالات الانفعالية التي خضعت للكبت ويهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج اللاشعور المكبوت إلى حيز الشعور، لكي يعييه الفرد ويتعامل معه، ولجا "فرويد" إلى طريقة التداعي بغية إعادة الذكريات المغذية إلى ساحة الشعور، و بالتالي الوصول إلى الشفاء. (القش، 2007، ص271)

// - قلق الموت :

تمهيد

قال الله تعالى: "كل نفس ذائقة الموت (أل عمران، الآية 185)

يعني الإنسان والناس تماما أن وجودهم سينتهي أخيرا دون معرفة الزمان أو المكان أو الطريقة التي يموتون بها قال عزوجل قائل "أو ما تدري نفس ماذا تكسب غدا، وما تدري نفس بأي أرض تموت" (لقمان، الآية 34)

أيما تكونوا يدرككم الموت ولو كنتم في بروج مشيدة" (النساء، الآية 78)

ومن الممكن القول بأن الخوف من الموت أمر شائع وعام لدى البشر، ذلك أن الموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطريقة شتى ولأسباب متعددة، سواء أكانت هذه الأسباب بيئية خارجية كموت عزيز مثلا، أم نفسية داخلية كمرض يصيب الإنسان أو اكتئاب يعتريه، أو عند ما يحبط عمله وهكذا و إذا كان الموت والقلق منه لا يمثلان أمام أذهاننا وخواطرنا في كل لحظة وأن فأنهما في الحقيقة لا يغيبان كثيرا عن فكرنا وحياتنا ومجتمعنا وبذكرنا ذلك بقول الفيلسوف الإغريقي (هيراقليطس عم 505ق،م) مؤداه: (أن كل ما نراه هو الموت) ومن بين معاني هذا القول: أن كل شيء إلى زوال ومن بين العبارات المأثورة في التراث العالمي عن الاحتضار "نحن نحتضر منذ اللحظة التي نولد فيها " وبيدكرنا ذلك بأن الحياة مستمرة، وأنها على الرغم من استمرارها فإنها مرتبطة دائما بالموت.

ولقلق الموت أو الخوف منه وهما متردبان في دراسات القلق:

- 1 - أحد أنواع القلق أو محاولاته.
- 2 - مصدر من مصادر القلق العام.

ففي الجانب الأول تكمن الباحثون من عزل أنواع او تصنيفات فرعية وقطاعات للقلق العام مثل: قلق الموت والحبس والامتحان ومواجهة الجمهور وغيرها، أما الجانب الثاني والذي يتداخل مع الأول - فيتمثل في أن الموت يمكن أن يكون مصدرا من مصادر القلق العام ومسبباته، خاصة من ظروف معينة، ولدى فئات خاصة، ومن ناحية أخرى يدخل موضوع قلق الموت في "علم دراسة الموت والاحتضار" (عبد الخالق، 1987، ص ص 37-38).

1 - تعريف قلق الموت:

- **تعريف قلق الموت:** قلق الموت استجابة انفعالية، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل به الموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه. (غانم، 2011، ص 31)
- **تعريف أرنست بيكر:** يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت. (عثمان، 2001، ص 74)
- **تعريف هولتر:** أنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من مظاهر العديدة المرتبطة بالموت.
- **تعريف تمبلر:** هو حالة انفعالية غير سارة يجعل بها تأمل الفرد في وفاته.
- **تعريف ديكستايين:** بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة. (عبدالخالق، 1987، ص 38)
- **تعريف فرويد:** هو قلق الأنا الأعلى، أي أنه أدى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صده في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح شهواته. (فاروق، 2001، ص 75)

2- أنواع قلق الموت:

- لقلق الموت نوعان: حيث يعتمد في التمييز بينهما على أساس:
- حدة قلق الموت شدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص وهما:
- قلق الموت المزمن: وهو كالمرض الذي طال مدته، و ازدادت معانات المريض به.
- قلق الموت الحاد: هو القلق الذي يظهر في جملة أعراض، تكون عنيفة ملحة وفي زمن قصير وترتبط بخبرات الحياة، كموت قريب أو مريض شديد. (فقيري، 2015، ص77)

3 - أسباب الخوف والقلق من الموت:

- يعد الموت أعظم غموض وأكبر سر واجه الإنسان، وبديهي أن يصيب الإنسان القلق تجاهه، ولهذا القلق أسباب شتى، وقد وضح هذه الأسباب الفلاسفة وعلماء النفس، كما أجريت دراسات امبريقية في هذا الصدد.
- حسب رأي مسكويه: ذكر الفيلسوف الاسلامي مكسويه أن الخوف من الموت ليس يعرض الألم من لا يدري ما الموت على الهيئته
- أو لأنه يظن أن بدنه إذا الخل وبطل تركيبة فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان تركيبة فقد وأن العالم سيبقى موجودا وليس هو بموجود فيه .
- أو لأنه يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض التي ربما تقدمته، وأدت إليه غير ألم سبب حلوله.
- ولأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت.
- أو لأنه متحيز لا يدري على أي شيء يقدم بعد الموت.
- أو لأنه يأسف على ما يخلفه من المال وهذه كلها ظنون باطلة لا حقيقة لها. (عبد الخالق، 1987، ص191)

أسباب قلق الموت من وجهة النظر السيكلوجية:

الخوف من الموت كما يرى (فيفل - هو خوف من الإبادة)، أو المحق التام وفقد الذاتية، ولكن حالة الموت

كما أشار (ماسرمات): لا أساس لها في الخبرة الشخصية، ومن ثم في أبعد من الخيال والتصور وليس في مقدور أي شخص أن يتخيل فعلا ما الذي يمكن أن يكون عليه عدم الوجود التام، أو أن يفقد الوعي الفريد وهو الذات، أو أن يحدث انعدام الشعور إلى الأبد.

- فالشخص لا يعرف تماما ما الذي يخاف منه، أن الرهب الناتج عن فقد الذات (والذي لا يمكن تخيله) يمكن أن يعبر عنه في صورة قلق تسببه آلاف الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى الموت كالمرض والحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها، وما ذلك إلا الظهر الخادع.

- ولقد قدم كل من (ديجوري وروتمان) افتراضا بديلا، إذا يريان أن الشخص يخاف الموت لأنه ينهي فرصته في السعي نحو الأهداف المهمة بالنسبة لتوفيره ذاته وتقديرها.

- كما أورد (شر لترز) أيضا الأسباب الأتية:

الخوف من المعانات البدنية و الآلام عند الاحتضار.

- الخوف من الإذلال نتيجة لألم الجسمي.

- توقف السعي نحو الأهداف، إذا تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.

و ليس بالعمر الذي قضية فيها، ويصدق ذلك على الأكاديمين بوجه خاص فعند ما يطلب من أحدهم تحديد المدة التي ينتهي أن يعيشها، فإن أستاذا جامعيا يمكن أن يقول حتى أكتب كتابين آخرين.

- تأثيرات الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.

- الخوف من العقاب الإلهي (وخاصة لدى المتدينين).

- الخوف من العدم.

من الأسباب كذلك:

- الخوف من نهاية الحياة

- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.

- الخوف من الموت بعد مرض عضال.

- الخوف من الموت في أي لحظة وفي أي مكان.

- الخوف من العقاب على الأعمار الدينيوية .

- الخوف من مفارقة وترك الأهل و الأحباب .

- عدم معرفة المصير بعد الموت.

- الخوف من ظلام القبر وعذابه.

- الخوف من الاحتضار ،وسوء الخاتمة.

4 - أعراض قلق الموت:

هناك أعراض لقلق الموت منها ما هي مدنية وما هي نفسية:

- الأعراض البدنية:

التوتر الزائد

الأحلام المزعجة

سرعة النبض أثناء الراحة.

فقد السيطرة على الذات.

نوبات العرق.

غثيان واضطراب المعدة.

تتميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين.

- الأعراض النفسية:

نوبه من الهلع التلقائي.

الاكتئاب

الانفعال الزائد.

عدم القدرة على التمييز.

اختلاط التفكير.

زيادة الميل للعدوان.

سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة سرعة الغضب و الهيجان وتوتر الأعصاب الشعور بالموت الذي

قد يصل إلى درجة الفزع. (شعلان، 1998، ص35)

5 - مكونات قلق الموت:

حدد فيلسوف "جال شورون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي :

- الخوف من الاحتضار.

- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- الخوف من توقف الحياة
- كما ذكر " كافانو" في كتابه مواجهة الموت وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة الى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي :
- عملية الاحتضار .
- الموت الشخصي.
- فكرة الحياة الأخرى.
- السمة السخيفة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر .
- كذلك ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة من الموت تتمثل في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: الموت، الاحتضار، الذات، ومن ثم تشمل هذه الجوانب على ما يلي:
- *الخوف من موت الذات.
- *الخوف من احتضار الذات.
- *الخوف من موت الآخرين.
- *الخوف من احتضار الآخرين.
- ولهذا التعدد في الأبعاد المكونة لقلق الموت مزايا عدة، ذلك أن افتراض مكونات متعددة لقلق الموت بعد أفضل من المكون الأحادي البعد من حيث ما يترتب عليه من مزايا سيكومترية (متصلة بالقياس النفسي للظاهرة موضوع البحث).
- وقد اقترح "هولتر" على أساس من الدراسات السابقة، ونتائج التحليل العاملي التي أجراها مفهوما متعددة الأبعاد للخوف من الموت، وقد ضمن هذه الأبعاد الثمانية في مقياسه، وهي كما يلي: الخوف من :عملية الاحتضار الميت التحطيم بعد الموت مباشرة، موت الآخرين ممن لهم ،أهمية في حياة الشخص، المجهول، موت الشعور، الحسد بعد الموت، الموت قبل الأوان.
- كما ميز " لحنوت" وزملاؤه بين أربعة أبعاد مستقلة في قلق الموت وهي الخوف من: المجهول، المعاناة، الوحدة، التلاشي الشخصي.
- ولقد وضع "تمبلر" مقياس قلق الموت على أساس افتراض الجوانب الآتية:عملية الاحتضار، الموت بوصفة حقيقة مطلقة ونهائية، الجثث الدفن. (عبد الخالق، 1987، ص ص 46-47)

6 - قياس قلق الموت:

يقاس قلق الموت بعدة طرق أهمها المقابلة الشخصية، والطرق الاسقاطية وقوائم الاختبار والوسائل الفيزيولوجية، والتقديرية اللغوية الفارقة والاستخبارات، وتعد الأخيرة أكثر هذه الطرق استخداما.

6-1 المقابلة الشخصية:

استخدمت المقابلة الشخصية أو الاستبيان أما وحدها و إما بالإضافة إلى الاستخبارات أو بديلا عن الأخيرة، وقد يستخدم الاختبار أساسا للمقابلة بحيث يمكن إضافة أي سؤال يعد ضروريا لتحديد اتجاه المفحوص، ويسهل استخدام هذه الطريقة مع الأطفال كما يمكن الحصول على معلومات عن اتجاهات الأطفال بواسطة كتابة المقالات خلال المقابلة الفردية أو الجماعية، حيث يمكن أن يطلب منهم مثلا تدوين كل ما يتبادر إلى أذهانهم عن الموت، كذلك يمكن أن يطلبوا بتقديم رسوم عن الموت، وقد استخدمت طرق أخرى لقياس الاتجاه نحو الموت من خلال المقابلة الفردية أو الجماعية مثل مقياس التقدير وطريقة قوائم الاختيار، كما استخدم أسلوب تحليل المضمون، فقد قام بيرنارد " بفحص مذكرات فتيات صغار على حين فحص "أنتوني" إجابات أسئلة معينة في مقياس بينية" للذكاء مرتجة تيرمان وميريل " بينما طلب "روبين" من الفحوص أن يعرفوا كلمات مرتبطة بالموت.

6-2 الطرق الاسقاطية:

استخدمت بعض الطرق الاسقاطية التقليدية في قياس قلق الموت مثل اختبار تفهم الموضوع TAT، والذي تم تطبيقه بالطريقة المألوفة، بحيث يحدد الانشغال بالموت من خلال ظهوره في القصة التي يقدمها المفحوص، كذلك يتم تقدير الانشغال بالموت طبقا لدرجات من 1-3 واعتمادا على التكرار المألوف لموضوع لموضوع الموت في كل بطاقة، كما يحدد هذا الانشغال على أساس دراسة استطلاعية، وقد استخدم بعض الباحثين طريقة أو أخرى من الطرق الاستطلاعية الآتية:

✓ مقياس تكلمة الجمل.

✓ أن يطلب من المفحوص تأليف قصة، أو كتابة مقال كما يتبادر الى ذهنه عندما يفكر في الموت.

✓ أن تقدم صورة لشخص مضطجع ثم يطلب من المفحوص تحديد ما اذا كانت هذه الصورة نائم أو ميت.

- على حين استخدم باحثون آخرون طريقة التداعي الحر، بأن طلبوا من المفحوصين أن يسترجعوا ردود فعلهم لفكرة الموت خلال شبابهم مثلاً.
- وتقدم الآن مثلاً لمقياس لتكملة الجمل عندما يستخدم في دراسة قلق الموت، وفيها يلي عدد من العبارات الناقصة، والمطلوب منك أن تكمل كل بند حتى تكون جملة مفيدة .
- 1. الموت...
- 2. كان الموت..
- 3. الاحتضار...
- 4. أخاف الموت لأنه...

3-6 الاستجابة الجلفانية للجلد:

اهتم عدد قليل من الباحثين في قياس قلق الموت بالاستجابة الجلفانية للجلد (GSR). وتستخدم هذه الطريقة لقياس درجة توصيل سطح الجلد للتيار الكهربائي، نتيجة إفراز كميات مختلفة من العرق بتأثير منبهات معينة مثل: كلمات ذات صبغة انفعالية كما في اختبار تداعي الكلمات أو آثار ذكرى ماضية أو خبرة سابقة أو ضوضاء مفاجئة كذلك استخدمت الصدمة الكهربائية منبهاً، ولكنها تعد تستخدم الآن نظراً لأن قوانين التجريب وقياس تحظر استخدامها الأدميين.

➤ وقد قام تمبلر بدراسة عن قلق الموت كما يعبر عنه لفظياً (مقياس قلق الموت من وضعه).

➤ كما يظهر بشكل غير لفظي على أساس فيزيولوجي (الاستجابة الجلفانية للجلد) وهدف من هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين قلق الموت كما يعبر عنه بهدفين الأسلوبين، وبديهي أن استجابة الجلد الجلفانية قد حددت عن طريق جهاز (السيكوجلفانومتر) في موقف قياس فردي، قام فيه الباحث بتوصيل أقطاب كهربائية بأصبعي البنصر والسبابة لليد اليسرى، ثم ألقى على المفحوص التعليمات الآتية بعد أن غادر الحجرة بقليل سوف تسمع عدد من الكلمات، أرجو أن تسمع إليها بعناية

➤ وبعد قليل قدمت للمفحوص 30 كلمة بطريقة عشوائية، بحيث فصل بين كل كلمة وأخرى بثلاثين ثانية.

➤ وكانت هذه الكلمات إما متصلة بالموت وإما محايدة أو إما ذات طبيعة انفعالية.

➤ أما الكلمات العشر المرتبطة بالموت فكانت "جنازة، موت، دفن، انتحار، قتل، تابوت، سرطان، مقبرة، خلود، جنة".

- كما كانت الكلمات العشر المحايدة نسبيا كما يلي: قبعة، مصباح، كتاب، حصان، جذع، بطانية، مقعد، حين كانت الكلمات العشر ذات الصبغة الانفعالية كما يلي: "حب، والد، ثدي، نار، جماع، أم، قتل، خمر، مص، قذارة.
- وقد ظهر من هذه الدراسة أن هناك ارتباطا موجبا بين الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس خلق الموت وبين استجابة الجلد الجلفانية للكلمات المتصلة بالموت، مما يشير إلى كفاءة الطريقة الأخيرة في قياس قلق الموت، و استخدمت استجابة الجلد الجلفانية في دراسات عديدة منذ الدراسة الرائدة التي قام بها كل "ألكسندر وكولي" وأدلى ستاين" عام 1957.
- وقد أوضحت هذه الدراسات بشكل متسق أن الكلمات المرتبطة بالموت كان لها تأثير في الجهاز العصبي الاتونومي، أكثر من الكلمات المحايدة أو القاعدية، ولكن من الصعوبة بمكان أن نستوضح الفرق بين الكلمات المرتبطة بالموت والكلمات الأخرى ذات الوقع الانفعالي، إذا أن التنبه التلقائي (الأتونومي) قد يصاحبه وعي شعوري وقد لا يصاحبه ومن ثم لا يمكن أن نفترض اتخاذه دليلا ثابتا على القلق غير الموضوع في ألفاظ، وذلك يؤدي بالتالي إلى الشك في فعالية استخدام الاستجابة للجلد مقياسا لقلق الموت.

4-6 التقديرات اللغوية الفارقة:

التقديرات اللغوية الفارقة، مقياس ورقة وقلم يقدم فيه للمفحوص سلسلة من أزواج الصفات المتعارضة مثل: موت، حياة، قوة، ضعف وبطلب منه أن يحدد موقعا لنفسه على متصل يضم زوجي الصفات، وقد استخدم بعض الباحثين هذه الطريقة لتقدير مفهوم الموت، مع افتراض عام مؤدان أن هناك علاقة التقديرات القيمة لمفهوم الموت ومقاييس الخوف من الموت وقد أكدت الدراسات ليستر حيث أثبتت علاقة جوهرية بينهما، وتشير هذه النتائج إلى أن المقاييس القيمة المستخرجة من التقديرات اللغوية الفارقة لمفهوم الموت يمكن أن تطرق الخوف من الموت.

لدى المفحوصين، ومع ذلك فهذه الطريقة ليست واسعة الاستخدام لقياس قلق الموت.

6-5 الاستخبارات:

من الطرق الشائعة لقياس قلق الموت الاستخبارات و التي يوجد منها الآن مالا يقل عن خمسة وعشرين اختبارا لقياس قلق الموت، أو الخوف منه والانشغال به والاتجاه نحوه، ولا يتسع المجال لأن نعرض لها جميعا، فضلا عن أن بعضها قد تم نشره منذ مدة طويلة، ولم يعد يستخدم نظرا لمشكلات منهجية فيها، على حين أن بعضها الآخر قد تم نشره منذ عهد قريب ولم تنتج بيانات تفصيلية عنها، كما لم تخضع بعد للنقد أو المحك الاستخدام الواسع وتجدر الإشارة إلى أن "تمبلر وليستر" قد حاولا اشتقاق مقياس لقلق الموت من قائمة "منيسوتا" المتعددة الأوجه للشخصية ولم يتمكنوا من ذلك.

وم ع ذلك ففي عام 1836، وضع "فختر" أحد مؤسسي علم النفس التجريبي "كتابا صغيرا عن الحياة بعد الموت" وأعجب وليم جيمس بهذا العمل وكتب عام 1910 عن الخلود على حين أجرى "ستانلي" هول 1915 دراسة امبريقية مكبرة عن رهاب الموت أو مخوفة الموت.

وكذلك اهتم علم الاجتماع بالموت "كتاب"دوركايم " عن الانتحار كما نلمس اهتمام الأنثروبولوجيا الشديد بالموضوع ذاته فمن الصعب أن نتخيل هذا المجال الأخير دون فحص مفصل لممارسات الجنازة وطقوس الحداد، وغيره ذلك وفي عام 1901 قدم مشيرنكوف و هو حاصل على جائزة نوبل في البيولوجيا الطبية مصطلح "علم دراسة الموت والاحتضار.

وفي الخمسينيات من هذا القرن بدأ اهتمام علم النفس والمجالات القريبة منه بشكل مفصل بالموت والموضوعات به، وفي عام 1970 أسست مجلة النهاية: مجلة الموت والاحتضار. روأوميجا هي آخر حروف الهجاء اليوناني وتشير إلى النهاية. وهناك أيضا دورشان هما: مجلة علم الموت والاحتضار.

ومجلة التربية المتصلة بالموت وفي عام 1977 صدر أول مسح نقدي لسيكولوجية الموت بين دفتي دورية: (العرض السنوي لعلم النفس)، كما صدرت في السنين الأخيرة بحوث متعددة عن خبرة الاقتراب من الموت، أما يسمى بعلم دراسة مشارف الموت .

■ ولقد ارتبط التطور في مجال دراسة قلق الموت بتطوير أدوات موضوعية للقياس، فوضع بويار "مقياس الخوف من الموت في رسالته للدكتوراه عام 1964 وقدم تمبلر مقياس قلق الموت لرسالته التي قدمها للحصول على قدمها للحصول على الدكتوراه عام 1967.

■ ويذكر تمبلر أنه في منتصف الستينيات كان الموت موضوعا محرما ليس، فقط لدى الجمهور العام ولكن أيضا عند العلماء السلوكيين العاملين في مهنة الصحة النفسية ثم زادت البحوث في قلق الموت في العقدين الأخير بمن زيادة كبيرة يلمسها المطلعون عليها على مجلة التقارير السيكولوجية. (عبد الخالق، 1987، ص ص 39-40).

7 - الفرق بين قلق الموت وقلق الاحتضار:

حاول بعض المختصين في هذا المجال التمييز بين قلق الموت وقلق الاحتضار حيث يشير الأول الى قلق متصل بالموت بوصفة فعلا منتهيا لأرجعه فيه.

بينما يشير قلق الاحتضار إلى نوع من القلق الموجه إلى المرض الأخير الذي يعاني منه المريض على فراش الموت وما يستتبعه من ألام و معاناه يتصور بعض ذوي القلق المرتفع أنها مبرحة وعنيفة أي أن قلق الاحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه العملية غير المنتهية، وما يتنازع الشخص فيها من أمل في ألا يكون هذا هو المرض الأخير، أو اليأس والقنوط من الشفاء لأن هذه المرة ليست ككل مرض الخ، وقد يغذي هذا القلق بعض الاعتمادات الدينية المتصلة بخروج الروح من الجسد وما يستلزمه من كرب ومشقة وهلع، وعلى الرغم من أنه يمكن التفرقة على أساس نظري.

بين قلق الموت وقلق الاحتضار فان معظم الباحثين يعدون الأخير، أحد مكونات الأول وليس بعدا منفصلا عنه. (عبد الخالق، 1987، ص 42)

ليس قبله حادث أهم، وليس بعده حركة منظورة ولا توقعات قريبة ولا آمال عريضة ليس ثمة أعمال بعده أعمال تكتسب ولا ذنوبا ترتكب وكل ذلك علمه عند ربي" وما أوتيت من العلم إلا قليلا" (الإسراء، الآية، 85)

إن اتجاهنا نحو الموت بوجه عام اتجاه متناقض يستدعي الانتباه ويتعين التوقف عنده، ومرجع تناقضه أننا نسلم به ولا ننكره ولكننا مع ذلك نكرهه ونمقته، نتوقعه، ولكن معظمنا يود تصميم قلبه أن يتأخر مجيئه ولكننا في خضم الحياة الدنيا ومعتزك المطالب وننساه أو نتساه، نعتقد مخلصين أنه لا مفر منه، ولكننا نعتبره مشكلة أجلة أو غير عاجلة نرى أن الموت حق على الجميع ولكننا نجمل متى يجئ الأجل فيطرق بابنا، الطريقة الأخيرة وعلى الرغم من أن جميع البشر فانون:

قوله تعالى "انك ميت و أنهم ميتون". (الزمر، الآية: 30)

والموت نهاية حياة علمنا طرف منها، وبداية حياة أخرى نجهل تقريبا كل شيء فيها.

- تناقض اتجاهاتنا نحو الموت:

يمر كل إنسان بأحداث في حياته يدعوها مهمة وأساسية، أو يعدها علامات بارزة في تاريخه الشخصي، مثال ذلك: التخرج من المدرسة أو الجامعة، العمل، الزواج، الإنجاب، الترقى، الاعتزال، أو الإحالة إلى الاستيداع، زوج الأبناء، ميلاد الأطفال وغير ذلك من الأحداث وقد يتصور الإنسان إبان مروره بهذه الأحداث ومعايشة لها أن وراءها نوعا من السعادة أو قدرا من السرور، أو درجة من تحقيق الذات، وعلى الرغم من أن الموت هو "على الأقل تقدير واحد من هذه الحوادث المهمة في حياة كل إنسان فليس وراءها من سعادة أو سرور لدى غالبية البشر.

الموت إذن حادث من نوع مختلف تماما، انه حادث _حوادث_ ليس مثلها جميعا، انه بالنسبة لنا أو لغيرنا حادث عنيف يكسر إيقاع الحياة الرتيب نسبيا، وليس هذا فقط بل انه يوقف دولاتها ويجعلها تقف جامدة عند تاريخ يستحيل أن تتحرك بعده فإذا كانت في الحياة الدنيا للإنسان حوادث مهمة فان الموت أخرها وأهمها ومنها.

إن جميع الكائنات والموجودات على ظهر الأرض سوف تفي وتموت عاجلا أو آجلا، وعلى الرغم من ذلك، فان الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك تماما أنه سيموت كما قال فولتير، ما أجل ذلك يعتمد الإنسان بحق أن كل الموجودات فانية، وأن كل وجود ينزع إلى العدم. (عبد الخالق، 1987، ص17)

- اختلاف النظرة إلى الموت:

تختلف النظرة إلى الموت اختلافا كبيرا تبعا لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه، فقد ميز شروت ثلاث مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي:

1. الموت بوصفه وسيلة يحاول الفرد بها اشتقاق أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.

2. الموت بوصفه انتقالا إلى حياة أخرى، و التي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة شنيعة أو مجيدة رائعة، ينتظرها الشخص بهدوء أو خوف.

3. الموت بوصفه نهاية نتوقعها.

كذلك يرى فيفل أنه يمكن النظر إلى الموت على أنه راحة من الألم أو الموت في سلام، بينما يعتقد كابريو أن الموت قد ينظر إليه على أنه عقاب، أو انفصال عن يحبهم الإنسان على الأرض أو اجتماع الشمل مع أولئك الذي هم في السماء وقد ينظر إليه على أنه أمر غير حقيقي كما في أفكار الأطفال.

ويقترح ماكلياند " أنه يمكن النظر إلى الموت على أنه "الحبوب" عندما يظهر في الراحل التي توجد فيها هلاوس لدى المرضى على فراش الموت.

- هل من الطبيعي أن نخاف الموت:

الخوف انفعال سلبي يوجد لدى الإنسان والحيوان ويميل الإنسان عادة إلى الخوف من المجهول والغريب وغير متوقع، وفي الموت جوانب كثيرة مجهولة وغامضة وخفية وغير متوقعة.

- كما أن الموت خبرة جديدة غير مسبقة من أجل ذلك يخاف كل إنسان تقريبا من الموت .

* وعلى الرغم من ذلك فإن هناك عوامل كثيرة تؤثر في مدى خوفنا من الموت وكرهنا له.

* ولعل أبرز أسباب هذا الخوف من الموت في مجتمعنا خاصة.

* ضعف الإيمان.

* عدم قوة العقيدة.

* تناقض التسليم بأمور الدين.

- و إذا كان الألم من أهم مصاحبات المرض، كما أننا اعتدنا على أن نلاحظ أن المرض يفض في بعض الحالات إلى الموت وأن الموت يحدث في معظم الحالات نتيجة المرضي فإن الثلاثية: "الألم، المرض، الموت" لكن المسألة ليست إلى هذا الحد بسيطة.

فهناك عوامل شتى تتضافر معا وتتفاعل سويا لينشأ عنها قلق الموت، منها يجدر بنا إلى القول بأن "كل إنسان يخشى الموت" وهي قضية صادقة على معظم الحالات، ولكن القضية الكلية التالية و التي تستغرق السابقة .

- تعد أدق و منطوقها كل إنسان يخشى الموت بدرجة معينة.

وقد جعل الله لكل شيء قدرا. (الطلاق، الآية: 03)

ذلك أن كل ما يوجد يوجد بمقدار كما قال ثورندايك عالم النفس الأمريكي، أن التقدير الكمي للظواهر من أهم خصائص المنهج العلمي إذ الرقم روح العلم.

-لقد كشفت بحوث علماء النفس منذ زمن ليس بالقريب أننا لسنا جميعا متساوين في كل شيء، فليس لدينا جميعا الدرجة ذاتها في كل من الذكاء والقلق والاندفاع والاجتماعية والعصبية والسيطرة، واللباقة في الوقت ذاته، وما ذلك إلا الفروق الفردية، وهي مبدأ مقرر في علم النفس ينسحب على السمات الشخصية والعقلية والانفعالية والجسمية، وهذا ما يشير إليه الحس المشترك لدى العامة إذ يقولون بصدق أصابعك ليست كبعضها .

8 - النظريات المفسرة لقلق الموت:

8-1 النظرية السلوكية: يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف و الألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويشير موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، و القلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفاً.

كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فان التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال و أصبحت الحالة الانفعالية مزمنة نفقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة يصعب الانفعال فيها. (راجع، 1994، ص ص 15_16)

8-2 النظرية المعرفية السلوكية: أمثال اليس يعتبرون الاضطرابات السلوكية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لهل فيكسب أفكار لا منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت.

9 - علاج قلق الموت:

يعد قلق الموت نوعا من أنواع القلق، ويصلح لعلاج ما يستخدم في علاج القلق من طرق فنية محددة، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعا وانتشارا، وهو كذلك أفضلها من حيث أنه يحقق أعلى نسب للشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة، وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على ناتج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم والاسترخاء) مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع.

وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية المنظم والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته، بالمقارنة بالمجموعة التي تتلق علاجا، كما كانت هذه العينات السلوكية أمثر فاعلية من البرامج التعليمية، أو

البرامج قصيرة المدى و التي اتبعت في بعض الدراسات السابقة، وقد أشار الباحثون إلى أن ازدياد عدد المرضى في النزاع الآخرين بالمستشفيات أصبح يحتم بقليل قلق الموت لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية (وهم يركزون بطبيعة عملهم على تحسين ظروف الحياة).

وذلك تحت تذل صعوبات التعامل بكفاءة مع المتحضرين.

ومن ناحية أخرى أورد (حون تيسا) نتائج سلبية، فقد بدا بحثه اعتمادا على وجه نظر (تمبلر) وزملائه القائلة بأن قلق الموت بوصفه وحدة ومعرضة لتأثير الحوادث البيئية،فانه يمكن أن يعالج بمختلف طرق العلاج السلوكي،ولم تتجح دراسة (تيسا) في تقليل قلق الموت لدى 48مرمضة عن طريق تقليل الحساسية المنظم الجمعي، أو العلاج الانفجاري الجمعي، ويفسر (تيسا) هذه النتيجة السلبية على ضوء المدة الزمنية المحدودة التي استغرقها العلاج، والتي بلغت خمس جلسات سابقة الأعداد مدة كل منها 50 دقيقة، كما أن الممرضات لم يخترن على أساس ما كشفن عنه من درجة ملائمة من قلق الموت،ويرى كاتب هذه السطور أيضا أن هناك تفسيراً آخر محتملاً مؤداه أن علاج قلق الموت قد يؤدي إلى نتائج أفضل بإتباع العلاج الفردي أكثر من الجمعي.

وقد اعتمد (تمبلر) على نظرية العاملين في قلق الموت، حيث رأى أنه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحباً أولاً لحالة مرضية أكثر شمولاً كالاكتئاب أو أعصاب القلق،أو الوسواس القهري،فان هذه الرملة يجب أن تعالج علاجاً عرضاً بالعلاج السلوكي أو العقاقير أو العلاج الكهربائي التشنجي،أياً ما كان اختيار المعالج أما إذا كان قلق الموت المرتفع عرضاً مستقلاً نسبياً لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساساً، بالإضافة إلى كونه نتاجاً لخبرات بيئية غير مواتية فانه يجب أن يخفف مباشرة بطرق العلاج السلوكي كتقليل الحساسية المنظم .

إن قلق الموت المرتفع، عند معظم المرضى يعد نتاجاً لكل من الاضطراب النفسي العام،والخبرات المحددة المتصلة بالموت،وفي هذه الحال يجب أن يعالج قلق الموت لديهم بكل من الطرق المباشرة وغير المباشرة. (عبد الخالق، 1987، ص205)

خلاصة

نستنتج مما سبق أن الموت أمر مخيف يثير مخاوف كل إنسان ويجعله يتساءل عن مصيره، بعد موته وعن المكان الذي سيتجه إليه، وهل حياته الجديدة ستكون مطمئنة أو شقية ويعد قلق الموت من بين المشكلات الصعبة التي تؤرق الفرد.

الفصل الثاني:

القصور الكلوي

تمهيد :

يعد مرض الفشل الكلوي من أهم الأمراض المزمنة التي يجب على المريض أن يتعامل معها بعناية وحذر، وإتباع إرشادات الأطباء المتخصصين، ويرجع الكثير من أسباب الفشل الكلوي إلى داء السكري البولي وارتفاع ضغط الدم، بالإضافة إلى حصوات الكلى وانسداد المسالك البولية و التكيّسات الخلقية وهذا ما سنتطرق إليه بالتفصيل في هذا الفصل من الدراسة.

أولا : الجهاز الكلوي :

1 - تعريف الكليتين:

هما عضو الإفراغ تشبهان حبة الفاصولياء في شكلهما أو قبضة اليد لونهما بني (باشا ، ص61)

2- الملامح التشريحية والوظيفية للكلى:

تعتبر الكلى عضوا مركبا و معقدا، و هي تتكون من زوج من الأعضاء و تتمركز الكليتان في تجويف البطن خلف الغشاء البريتوني على جانبي العمود الفقري و على مستوى الفقرات القطنية من الأولى إلى الثالثة،و يحيط بالكلى عدد من أعضاء الجسم ،داخل تجويف البطن، حيث يعلو الكلية اليمنى الكبد الذي يدفعها بضخامة جسمه إلى مستوى أسفل مقارنة بالكلية اليسرى و يجاورها الإثنا عشر و الأمعاء الدقيقة داخل الغشاء البريتوني، أما الكلية اليسرى فيعلوها الطحال، و يجاورها و يغطي أجزاء منها كل من البنكرياس و الأمعاء .

- ويغذي الكلى شريان رئيسي ينبع من الشريان الأورقي البطني، وينقسم هذا الشريان إلى مجموعة من الشرايين الفرعية، الذي يغذي كل منها جزء من الكلى، كما يخرج من كل كلية عدد من الأوردة التي تصب في الوريد الأجوف السفلي.

- ويخرج أيضا من كلية حالب يمر فيه البول ليصل إلى المثانة البولية التي تجمع البول لحين التخلص منه نهائيا أثناء عملية التبول.

- وعند النظر للوصف التشريحي للكلى، نجد أنها تحاط بغشاء ليفي يسمى الحافظة لحمايتها من الصدمات والعدوى، وتتكون الكليتين ثلاث طبقات، هي:

1- **القشرة:** هي الطبقة الخارجية للكلى وتتركز فيها الكبيبات الكلوية

2 - **النخاع:** وتقع طبقة النخاع خلف طبقة القشرة وهو منطقة تحتوي على حوالي 8 - 18 قطاعا تتخذ شكل الأهرامات، التي تتكون من العديد من البنيات الكلوية

3- **حوض الكلئ:** وهو المنطقة الوسطى في الكلئ والتي تتصل بوعاءين دمويين هما الشريان الكلوي والوريد الكلوي إضافة إلى أنه يخرج منهما الحالب.

- وبدراسة التركيب الدقيق للكليتين نجد أن كلا منهما يحتوي على نحو مليون وحدة كلوية، تربطها أنسجة ضامة، وتغذيها مشبكة من الشرايين والشعيرات والأوعية الدموية وتتكون كل وحدة كلوية من جزأين: هما الكبيبات و النبيبات جمعا وتصغيرا للكلية والأنبوبة. (محمد الشويخ، 2009، ص-ص 38-39).

- كما يلعب الجهاز الكلوي الذي يتكون من الكليتين والحالبين والمثانة البولية ومجرى البول دورا مهما أيضا في عملية الأيض.

- فالكليتان: مسؤولتان عن تنظيم سوائل الجسم ووظيفتهما الرئيسية: إنتاج البول

- أما الحالبان: فيحتويان على أنسجة عضلية صغيرة تعمل تقلصاتها على إنتاج موجات متعاقبة لا إرادية تحول البول باتجاه المثانة:

- وهي عبارة عن وعاء عضلي يتجمع فيه البول

- ويقوم الإحليل بتوصيل البول من المثانة إلى خارج الجسم (تايلور، 2008، ص97)

3 - وظائف الكلى:

- **إخراج البول:** وهي عملية معقدة يصعب فهمها لغير المختصين ولكن للتبسيط و التيسير نقول إنها عملية الاستقطاب لكل ما هو زائد من أملاح ومواد ضارة وعقاقير وماء وتبدأ بعملية الترشيح الدموي من خلال الكبيبات الكلوية ومن ثم المرور بعد ذلك بالأنابيب المرشحة التي تمتص الأملاح والسوائل بمعدلات متوازنة بحسب حاجة الجسم وتطرح الزائد مع السموم والنواتج الضارة لعملية التشكيل الغذائي في البول.

- **التحكم بضغط الدم:** تقوم الكليتان في حالة انخفاض ضغط الدم على سبيل المثال بإفراز هرمون الرنين الذي يقوم بتحفيز مجموعة من الهرمونات التي تؤدي إلى حدوث انقباض الشرايين الطرفية و زيادة منحى الدم إلى القلب، وبالتالي ارتفاع ضغط الدم، وعند حدوث العكس من ارتفاع بضغط الدم تقوم الكلى بفرز بعض المواد التي تؤدي إلى انبساط الشرايين الطرفية ومن ثم اتساعها واستيعابها لكمية أكبر من الدم بتخفيض الضغط داخل الشرايين.

- **تنشيط فيتامين (د):** حيث أن الجميع لديه فكرة جيدة عن أهمية فيتامين (د) للعظام والأسنان حيث ينظم امتصاص الكالسيوم من الأمعاء و تربيته في العظام ولكن الكثير لا يعمل أن عملية تنشيط هذا الفيتامين تتم في الكلى والكبد.

- **ضبط الإلح الهيدروجيني بالدم:** حيث تقوم الكلى بإفراز الأيونات الحمضية الزائدة مثل الهيدروجين واستحداث الكربونات في حالة حامضية الدم، وحين حدوث العكس نقوم بالتخلص من بربونات وتحتفظ بالهيدروجين حتى تظل نسبة الإلح الهيدروجيني في المستوى المسموح به وهو من (4.35 - 4.45) للحفاظ على الوظائف الحيوية للجسم (إسماعيل، 2014، ص 25)

- **التحكم بمستوى الماء:** قال تعالى؛ "وجعلنا من الماء كل شيء حي" (الأنبياء) (30).

يشكل الماء ما يقارب 50 % إلى 60% من الجسم الحي، ولكي يقوم بالجسم بالوظائف الأساسية على الوجه المطلوب يجب أن يحتوي على الكمية المتوازنة من الماء يستهلك الإنسان كميات مختلفة من السوائل، ولكن لا بد من المحافظة على كميات مختلفة من السوائل ولكن لا بد من المحافظة على كميات الماء داخل الجسم من المستوى الطبيعي، لذلك تتخلص الكلى من الماء الزائد عن حاجة وعند

نقص كمية من الماء في الجسم فهي تقلل من الماء المطرود في البول، ويلاحظ ذلك كثيرا في فصل الصيف أو عند الصيام.

- **الكلية تزيل الفضلات والأملاح الزائدة عن حاجة الجسم:** تجلت قدرة الخالق سبحانه وتعالى في جسم الإنسان "وفي أنفسكم أفلا تبصرون" وإحدى هذه القدرات هي مقدرة الكلية على المحافظة على تركيز المواد العضوية وحموضة الدم والأملاح في مستويات دقيقة، كثير من فضلات الطعام السام للجسم، فالكلية تؤدي دورا كبيرا في طرد هذه السموم بشكل مستمر، كذلك يتم التخلص من الفضلات كالبولينا (Urea) و الكيرياتين والسموم الأخرى التي يجب إزالتها من الجسم، وهذه الفضلات تتكون بعد حرق الجسم للبروتينات عندما تضعف الكلية فإن مادة البولينا والكيرياتين، تبدأ بالتجمع في الدم وترتفع مستوياتها، لذلك يتم قياس هذه المواد في الدم لكي يتعرف الطبيب على مستوى عمل الكلية.

- تدخل أملاح الصوديوم و البوتاسيوم إلى الجسم عن طريق الطعام، وهي أملاح أساسية يحتاج إليها الجسم كي يؤدي وظائفه، ولكن عند ازدياد مستوياتها في الدم، فهي تؤثر سلبا في الجسم لذلك يجب المحافظة عليها ضمن مستويات محددة، من هنا تتخلص الكلية من الأملاح والمعادن الزائدة عن حاجة الجسم في البول، وأهم هذه الأملاح والمعادن هي الصوديوم و البوتاسيوم والكالسيوم والفوسفات وغيرها.

- **الكلية تنتج الهرمونات:** تفرز الكلية الطبيعية مواد كيميائية للتحكم في وظائف خلايا الجسم تسمى بالهرمونات (Hormones) هذه الهرمونات تصل إلى خلايا الجسم عن طريق الدم لكي تتحكم في بعض وظائف الجسم كضغط الدم وتكوين كريات الدم الحمراء وامتصاص الكالسيوم من الأمعاء، فهرمون الأثروبوتين يحفز نخاع العظم على تكوين كريات الدم الحمراء.

- كذلك تحول الكلية فيتامين (د) إلى الشكل الفعال النشط، ويحتاج الجسم إلى فيتامين (د) لأنه يحافظ على قوة العظام كما يحافظ على نشاط الغدة الجاردرقية بشكل متزن. (السويدان، 2010، ص 18)

4 - اضطرابات الجهاز الكلوي:

يتعرض الجهاز الكلوي إلى الإصابة بعدد من الاضطرابات ومن أكثرها شيوعا هو:

- **التهاب الجهاز البولي:** الذي يصيب النساء بشكل خاص، ويمكن أن يسبب ألما شديدا، لا سيما في عملية التبول وقد يسبب إصابات أكثر خطورة إذا لم يعالج.

- **التهاب الكلية الكبيبي الحاد:** فهو مرض ينتج عن ردود فعل الأجسام المضادة لمواد المضادات مما يؤدي إلى حدوث التهاب قوي في الكبيبات، وهذه الكبيبات قد تحدث انسدادا كاملا أو جزئيا لعدد كبير من الكبيبات، مسببة زيادة القابلية النفاذية في أغشيتها، فيتسع المجال لكميات كبيرة من البروتين للخروج، وعندما يحدث تمزق في الغشاء فإن كميات كبيرة من خلايا الدم الحمراء قد تعبر إلى ترشحات الكبيبات وفي الحالات الشديدة يحدث انغلاق كلوي كامل. (تايلور، 2008، ص99).

- **قصور كلوي جاء نتيجة الانحلال العضلي:** يشكل القصور الكلوي الناجم عن انحلال العضلات بنسب ضئيلة ومعروفة وهو ناتج عن حالات هدم في حالات السقوط والازدحام الشديد، وغالبا ما يتم علاجه إلا في بعض الحالات يتم العلاج بواسطة الدياليز ثم الشفاء وقد يحدث خلال انحلال عضلي لأسباب متعددة منها:

- الحالات الكحولية.
- عدم التحرك لمدة طويلة.
- التعرض للبرد الشديد وكذلك الحروق (باشا نوال، 2009، ص64)

- **الاعتلال الكلوي السكري:**

هو الاعتلال الوظيفي والترتبيبي عن الكبيبات الناجمة عن مرض السكري إذا لم تتم السيطرة على مرض السكر بطريقة جيدة بإمكان المستويات العالية من الغلوكوز في الدم أن تتلف الأوعية الدموية للكليتين مما يسبب تسرب الزلال (البروتين) بينما يمنعهما ضغط الدم العالي في الأوعية الدموية من تصفية الفضلات.

- **أعراض الاعتلال الكلوي السكري:**

- تورم في القدمين.
- التعب والحكة.
- ضيق التنفس والألم في الصدر
- احتباس البول.

- كيفية الوقاية منه:

- المحافظة على مستوى الجلوكوز والضغط والدهون في الدم.

- إتباع حمية غذائية مناسبة قليلة النشويات والدهون والأملاح.

- المواظبة على الرياضة.

- تناول الفاكهة والخضروات المناسبة لمرضى السكري.

(الغامدي، 2004، ص20)

ثانيا : القصور الكلوي

تمهيد :

يشكل القصور الكلوي الناجم عن انحلال العضلات بنسب ضئيلة ومعروفة وهو ناتج عن حالات هدم في حالات السقوط والازدحام الشديد، وغالبا ما يتم علاجه إلا في بعض الحالات يتم العلاج بواسطة الدياليز ثم الشفاء وقد يحدث خلال انحلال عضلي لأسباب متعددة منها:

1 - تعريف بعض المفاهيم المرتبطة بالفشل الكلوي:

- **الأنيميا (Anemia):** نقص مستوى الهيموجلوبين الموجود داخل كريات الدم الحمراء، والذي ينقل الأكسجين إلى أعضاء الجسم.

- **البوتاسيوم (Potassuim):** أحد أملاح الجسم ويكثر وجوده داخل الخلايا.

- **التقنية: الغسيل الدموي (Hemo-Dialysis):** ضخ الدم خارج الجسم خلال الكلية الصناعية مما يسمح للسموم والسوائل بالرشح من خلال الغشاء الصفاقي ويتم ضخ السائل وسحبه بطريقة يدوية أو عن طريق استخدام الأجهزة الآلية.

- **التهاب الكبيبات الكلوية: (Glomerulonepritis):** إلهاب وحدة التصفية الكلوية مما يؤدي إلى ظهور الزلال أو الدم في البول مع اضطراب وظائف الكلى وارتفاع ضغط الدم.

- الحالب (Ureter) - أنبوب يصل بين الكلية والمثانة.
- الداء السكري **diabetesmellitus**: هو ارتفاع مستوى السكر في الدم ويكثر حدوثه عند الأشخاص البدينين وقليلي الحركة ويؤثر سلبا في عشرة من الأعضاء ومنها شبكية العين والأوعية الدموية والكلى والأعصاب.
- التنقية **Dialysis**: عملية إزالة السموم والأملاح والسوائل الزائدة من الدم وهي نوعان: الدموي و البريتوني.
- الزلال الخفيف: **Micro-allriminuria**: ظهور كميات خفيفة من بروتين الألبومين وهي تعكس المراحل المبكرة لتأثر الكلى بداء السكري وقد يصاحب أمراضا أخرى كضغط الدم ويستلزم قياسه تحاليل مخبرية خاصة.
- الخزعة الكلوية **Kidneybiopsy**: أخذ عينة من الكلى لمعرفة نوع الالتهاب الحاصل داخل الكلية.
- سائل التنقية: (الغسيل) **Dialysisfluid**: سائل نقي يحتوي على الماء يضاف إليه الأملاح والمعادن وجلوكوز، يتم داخل التجويف البطني في الغسيل البريتوني أو الكلية الصناعية في الغسيل الدموي.
- علم أمراض الكلى **Nephologyno phologist** هو الطبيب المتخصص في أمراض الكلى.
- الغشاء الصفاقي: **ponotonne almembrane**: غشاء يبطن التجويف البطني ويغطي الأمعاء.
- المثانة البولية: **blader**: هي عضو لتخزين البول.
- معدل طرد الكلية للسموم: **Glomerular Filtration Rate**
- هو معيار يعكس كمية الدم التي تتم تنقيتها من السموم في الدقيقة الواحدة وهو مقياس دقيق لوظائف الكلى، ويتم قياسه إما عن طريق قياس الكرياتينين في البول خلال 24 سا أو الأشعة النووية.
- النفرون أو الكبيبات الكلوية: **(Nephromor Glomerulus)**
- وهذه التصفية داخل الكلى وهي التي تطرد السموم والسوائل والأملاح الزائدة عن حاجة الجسم ويوجد في كل كلية مليون نفرون.
- الوعاء الدموي الطبيعي **Fisiula**: هو وصل شريان بوريد مجاور له لكي يضمن منح كمية كافية من الدم، إلى جهاز التنقية (الغسيل الدموي).

- الوعاء الدموي الصناعي **Grafa**: هو وصل الشريان بوريد مجاور عن طريق استخدام أنبوب صناعي لكي يضمن ضخ كمية كافية من الدم إلى جهاز التنقية (الغسيل الدموي) في حالة تعذر عمل الوعاء الدموي الطبيعي.
- الفشل الكلوي الحاد: (Acute Renal failure): تعطل وظائف الكلى خلال أيام وتعود الكلى مرة أخرى للعمل مع العناية الطبية في كثير من الأحيان.
- الفشل الكلوي المزمن: Chronic Renal failure: تعطل وظائف الكلى خلال أشهر إلى سنوات تفقد الكلى وظائفها بشكل دائم.
- الفيريتين، **ferritin**: هو بروتين يعكس مخزن الحديد في الجسم.
- قسطرة الغسيل البريتوني: Peritoneal Dialysis Catheter: أنبوب يتم وضعه في تجويف البطن ويتم إدخال وإخراج سائل التنقية عن طريق:
- الصوديوم: Sodium أحد أهم أملاح الجسم ويكثر وجوده خارج الخلايا.
- الكلية الصناعية: hemodialysis filter أسطوانة يوجد داخلها غشاء يسمح للسموم والأملاح بالانتقال من الدم إلى سائل التنقية بينما يمنع مكونات الدم الأخرى من الانتقال إلى سائل التنقية.
- الكرياتينين: Creatinin: مادة يتم تكوينها من العضلات وتطردها الكلى وهي تقاس في الدم وتعكس مستوى وظائف الكلى حيث يرتفع مستواه مع تعثر وظائف الكلى.
- الهرمون: Hormones: مواد كيميائية في الدم تفرزها الغدد وتتحكم في وظائف خلايا وأعضاء الجسم.
- اليوريا: Blood Urea Nitrogen: فضلات وسموم يتم تكوينها مع حرق خلايا الجسم للبروتين ويتم إزالتها عن طريق الكلى وهي تقاس في الدم وتعكس مستوى وظائف الكلى. (السويداء، 2010، ص ص 90-91)

2 - أسباب انتشار المرض

بالرغم من عدم وضوح العوامل المسببة لمرض الفشل الكلوي المزمن، فإن هناك بعض العوامل المهيئة للإصابة فتزيد هذه العوامل عند توافرها من استهداف الفرد للإصابة بالمرض وتتحصر هذه العوامل في فئتين:

1-2 العوامل الوراثية

وهي تؤدي دورا في الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن وإن لم يكن القدر نفسه الذي تسهم به العوامل الأخرى حيث يشيع المرض بين أفراد الأسرة الواحد وبين مجموعات محددة مما يدل على وجود عنصر وراثي له دور في الإصابة بالمرض.

ومن أهم الأسباب الوراثية لمرض الفشل الكلوي المزمن:

- **مرض الكلى متعدد الأكياس:** وهو مرض وراثي ينتج عنه تكوين أكياس غير طبيعية داخل الكلى وتسبب هذه الأكياس تلف وعطب الكبيبات الكلوية مما يترتب عليه إعاقة الكلى عن القيام بوظائفها وتظهر فرص الإصابة بهذا المرض عند الأبناء صغار السن بحوالي 50% عند إصابة أحد الوالدين، أما الأبناء كبار السن فتصل نسبة الإصابة عندهم إلى 100%.
 - **زملة البورت:** تسبب هذه الزملة التهابات مزمنة داخل الكلى وعادة ما تظهر في مرحلة الطفولة وتنتشر هذه الالتهابات لتشمل جميع الوحدات الكلوية داخل الكلى مما يترتب عليه ظهور الدم والزلال في البول، وتتطور هذه الأعراض إلى الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن.
 - وهناك بعض العوامل الوراثية الأخرى التي تصيب وظائف النيببات الكلوية وتضعف من قدراتها على التعامل مع مكونات الترشيح الكلوية مما يسبب اضطرابا في حموضة الدم يتطور إلى الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن. (الشويخ، 2009، ص ص 43-44).
- من الأسباب كذلك:

- تلف أنسجة الكلية
- إصابة الكلية بالتهاب حاد ومزمن
- التعود على عادات غذائية يكون فيها الغذاء غير متوازن.
- والسبب الرئيسي للفشل الكلوي النهائي في المملكة هي مرض سكر الدم كما هو الحال في معظم دول العالم ثم يليه مرض ارتفاع ضغط الدم. (القاسم، 2010، ص 26)

2-2 العوامل المكتسبة:

- تتعدد العوامل المكتسبة التي تساهم بشكل كبير في تطور الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن ومن هذه العوامل نجد
- **مرض السكر:**

فهو من أكثر الأسباب المؤدية للإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن، حيث يؤدي مرض السكر إلى اضطراب نظام الترشيح الكلوي الناتج عن تلف الأوعية داخل الكلى، وتبدأ إصابة الكلى بعد حوالي 15-20 سنة من الإصابة بمرض السكر لدى المرضى المعتمدين على الأنسولين، بحيث يكاد ينعدم احتمال حدوثها مع مرور السنين، بحيث يكاد ينعدم إذا لم تحدث بعد 35 سنة، أما المرضى الغير معتمدين على الأنسولين، فتبدأ أصابتهم بأمراض الكلى بعد حوالي 5-10 سنوات من بداية ظهور مرض السكر.

- ارتفاع ضغط الدم:

يمثل العمل الثاني المؤدي للإصابة بمرض الفشل الكلوي لدى 15-20% من مرض الفشل الكلوي المزمن، ويعرف ارتفاع ضغط الدم عندما يزداد $14/9^{\circ}$ مم زئبق، حيث يؤدي ارتفاع ضغط الدم المتكرر إلى حدوث ضيق في الشرايين المغذية للكلى وبالتالي تضمر منطقة القشرة في الكلى، مما يؤدي إلى الإصابة بالفشل الكلوي المزمن.

- ارتفاع الكبيبات:

يترتب على اضطراب جهاز المناعة في الجسم، زيادة نشاط الخلايا للمفاوية المنتجة للأجسام المضادة في الدم ويتسبب في مرور هذه الأجسام في الأوعية الدموية في الكلى في حدوث عدوى تصيب الكلى بالتهاب مزمن مما يترتب عليه خلل في القيام بوظائفها.

- التهاب حوض الكلى:

يحدث في بعض الأحيان رجوع البول من الحالب إلى حوض الكلى نتيجة لوجود عيب خلقي، أو لتضخم البروستات وفي حالة رجوع البول عدة مرات ولفترات طويلة، يسبب التهابات بكتيرية، تؤدي إلى تلف أنسجة حوض الكلى والنخاع، والإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن، ومن أشهر هذه المكروبات بكتيريا السبحية.

- حصوات في الكلى:

تتكون الحصوات من مواد متبلورة مثل الكالسيوم وعندما تتكون داخل الكلى تسبب انسداد في المجاري البولية، مما يحدث عدوى والتهابات.

- الاستخدام المفرط لبعض الأدوية:

يؤدي هذا الاستخدام لبعض الأدوية لفترات طويلة وبجرعات عالية إلى تلف نخاع الكلى، وهذا التلف يمتد إلى حوض الكلى أيضا والعقاقير المسكنة مثل الباراسيتامول، والأسبرين، وعقاقير الروماتيزم مثل:

- الفينوبروفين، و الأندوميثاسيبين، وبعض عقاقير المضادات الحيوية مثل: مشتقات الأمينوجلايكوزايد، وبعض العقاقير المضادة للأورام.
- من الأسباب كذلك تلف أنسجة الكلية
 - إصابة الكلية بالتهاب حاد ومزمن
 - التعود على عادات غذائية غير مرغوب فيها ويكون الغذاء غير متوازن من حيث الكم والنوع (رضوان مقداد، 2015، ص 8)

3 - أعراض الفشل الكلوي:

- مع بداية الإصابة بالمرض، هناك بعض الأعراض التي يعتمد عليها الطبيب في التشخيص، أو على الأقل يبدأ في توجيه المريض لإجراء بعض الفحوصات الطبية اللازمة للتأكد من وجود المرض ومن هذه الأعراض ما يلي:
- الشعور بالتعب و الإرهاق الجسدي والذهني.
 - القيء والغثيان.
 - صعوبة التنفس
 - فقدان الشهية.
 - كثرة التبول (خاصة ليلا) مع وجود خرقان أثناء التبول.
 - تورم بعض أجزاء الجسم خاصة حول العين والركبة
 - وجود ألم في الظهر.
 - تغير لون البول إلى الأحمر
 - ارتفاع ضغط الدم
 - حكة جلدية شديدة
 - تذبذب الوزن سواء بالزيادة أو النقصان.
 - سهولة الاستثارة
 - رعشة الأطراف
- (الشويخ، 2009، ص ص 48-49)

ونظرا لأن وجود هذه الأعراض وحدها لا يكفي لتشخيص المريض فإن الطبيب يحتاج إلى عمل عدة فحوصات للتأكد من وجود المرض من عدمه وكذلك في حالة وجوده، فإنه يحتاج إلى تحديد حجم مرض الفشل الكلوي المزمن، وبالتالي لمعرفة هذه الخطوات لابد من إجراء الفحوصات والاختبارات الطبية الدقيقة (نفس المرجع السابق ص 50)

من بين الأعراض كذلك نجد:

- ظهور البروتين في البول

- الأنيميا

- ارتفاع البولينا والكرياتينين وحمض اليوريك في الدم

- هبوط القلب

من بين الأعراض أيضا: نجد أن مريض الفشل الكلوي غالبا لا يشكو من أية أعراض حتى تظهر أعراض ارتفاع نسبة البولينا في الدم.

وهنا يشكو المريض من:

- القيء المستمر

- ضعف في الشهية

- أنيميا

- ضعف عام في الحالة الصحية

- عدم القدرة على بذل أي مجهود

- وجود حكة بالجسم

- صعوبة في التنفس.

4- أنواع الفشل الكلوي:

4-1 الفشل الكلوي الحاد:

يعرف بأنه نقص في معدل الإدرار بحيث يصبح أقل من 30 ملل/الساعة وقد يتطور الأمر إلى عدم إخراج البول نهائيا.

- أعراضه:

- ألم الخاصرة بحيث يشعر المريض بألم شديد في البطن وارتفاع ضغط الدم
- تورم الأطراف السفلية نتيجة احتباس البول وعدم نزوله، وقد يتطور التورم حتى يشمل كل الجسم والوجه، وقد يعاني المصاب من الارهاق المستمر.
- فقدان الشهية والغثيان، والقيء وقد يشعر المريض بطعم الحديد في فمه.
- تغير مستوى الوعي، والحساس بالدوار قد يفقد المريض الوعي ويصاب بالغيوبة.
- اضطراب الحالة العصبية، واختلال وظيفة الجهاز العصبي والتحكم والاحساس (الببيب، 2014، ص 34)

- أسبابه:

- فقدان السوائل
- التهابات الكلية الحادة الناتجة عن الأمراض المناعية والميكروبية.
- حالات تسمم الحمل.
- التسمم بالأدوية مثل: الأسبيرين.
- حالة انسداد حادة للقنوات البولية (معتر محمد، ص 64)

4-2 الفشل الكلوي المزمن:

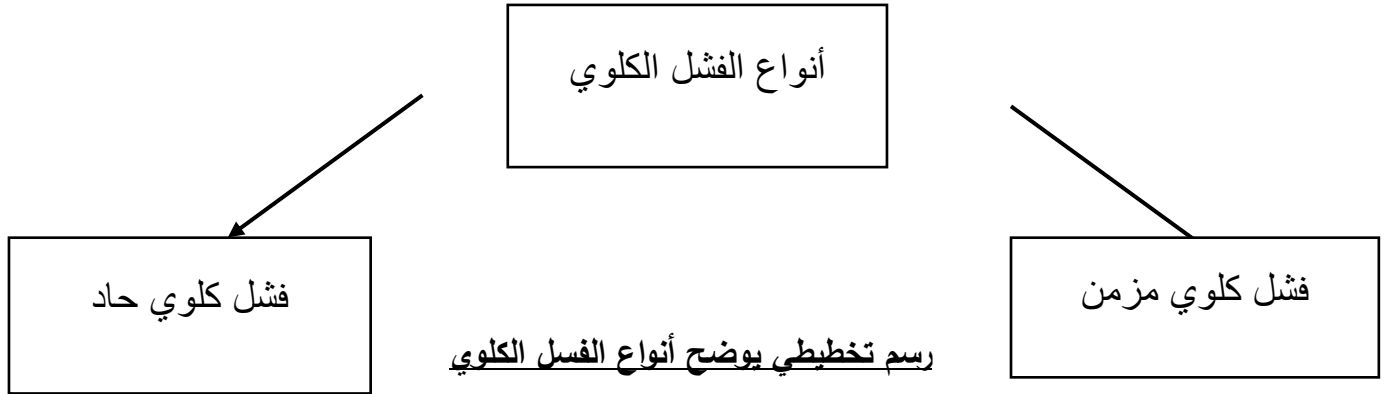
تعريفه: هو فقدان متطور وسريع لوظيفة الكلى، بحيث ينخفض معدل الترشيح الوحدات الكلوية إلى أقل من 10 ملل (جزء من ألف اللتر) في دقيقة، أي تصل كفاءة الكلى إلى أقل من 10% من كفاءتها الطبيعية.

- أعراضه:

- الأعراض العصبية: وهي الخمول والاضطرابات والهيّاج العصبي العضلي، وهي قد تتطور تدريجيا وفجأة تزيد حدتها بتواجد كمية من البولينا في الدم.
- الأعراض القلبية الوعائية: وهي ارتفاع التوتر الشرياني والتهاب التامور وهو أخطر هذه الأعراض حيث أنه من الممكن أن يؤدي إلى ارتشاح دموي في الغشاء التاموري مما قد يؤدي إلى الوفاة إذا كان شديدا.
- الأعراض الهضمية: - تغير رائحة الفم إلى رائحة البولينا والطعم المعدني بالفم وأيضا التهابات المعدة.

- القىء المستمر

- الشعور بالغثيان (الببيب، 2014، ص34)



5 - طرق التشخيص:

عند التشخيص لابد من معرفة التاريخ الطبي الكامل للمريض، لذا يسأل المريض عن صحته العامة، وعن العوامل التي يحتمل أن تكون وراء الإصابة بالمرض مثل: مرض السكري وارتفاع ضغط الدم، أو التهابات الكلى، ثم يوجه العميل لعمل سلسلة من الاختبارات التي تساعد الطبيب في معرفة ما إذا كان المرض موجوداً أم لا وإذا كان فيما هو حجمه ومرحلته، ومن هذه الاختبارات نجد.

5-1 تحليل مستوى الكرياتينين وتصفية الكرياتينين:

تنتج هذه المادة في العضلات من خلال تمثيل مادة الكرياتين التي يستخدمها الجسم لتوفير الطاقة اللازمة للنشاط والحركة، وتقوم الكلى بالتخلص من هذه المادة عن طريق ترشيحها إلى البول، ولكن في حالة حدوث اضطرابات في الكلى، فهي لا تستطيع القيام بهذه المهمة، مما يؤدي إلى زيادة نسبة هذه المادة في الدم، ويأخذ هذا الاختبار عينتين: أحدهما عينة من الدم والأخرى عينة من البول المجمع كل 24 ساعة، ويتم المقارنة بين نسبة تركيز هذه المادة في العينتين، فإذا كانت الكلى لا تعمل بكفاءة فتزداد نسبة "الكرياتينين" في الدم بالمقارنة بنسبتها في البول.

5-2 مستوى البوليما النتروجين في الدم (BUN):

تنتج البوليما النتروجين من تحليل البروتين في الجسم، وتقوم الكلى بالتخلص منها عن طريق ترشيحها إلى البول، ولكن مع وجود خلل في الكلى تزداد نسبة بوليما النتروجين عن المدى الطبيعي لها في الدم.

5-3 تحليل البول:

في هذا الاختبار يتم قياس كمية المزلال والبروتين المجمع في البول خلال 24 ساعة، حيث أنه من المتوقع أن تقوم الكلى بإعادة امتصاص البروتين لأنه من المواد المفيدة لبناء أنسجة الجيم، وبالتالي إذا وجد ارتفاع في نسبة تركيز مادة البروتين في البول، فيعد ذلك على مؤشر على وجود قصور في وظيفة الكلى، كما قد يطلب عمل مزرعة للبول وحساسة لبيان مدى انتشار الالتهابات في الكلى.

4-5 اختبارات أيونات الأملاح في الدم ونسبة الحموضة أو القلوية:

تعمل الكلى على تنظيم أيونات الأملاح في الدم، مثل البوتاسيوم، الصوديوم، الفوسفات، والكالسيوم والمغنيزيوم، كما أنها تحافظ على كون الدم متعادلا بين الحموضة والقلوية، وعند حدوث اضطرابات في الكلى يحدث اختلال في نسبة تركيز هذه الايونات في الدم، وفي توازن الحمض، والقلوية في الدم، لذا يعتمد هذا الاختبار على قياس نسبة تركيز هذه المواد في الدم.

5-5 استئصال عينة من نسيج الكلى:

تستأصل عينة من نسيج الكلى عن طريق إبرة، ويتم فحصها بشكل دقيق تحت المجهر لتحديد نسبة الفشل الكلوي المزمن ونسبته

5-6 تحليل الدم: (CBC)

يعد تحليل الدم من أكثر الاختبارات شيوعا في تشخيص مرض الفشل الكلوي المزمن، حيث تفحص الخلايا المكونة للدم، فالدم يتكون من 3 خلايا هي:

1- خلايا الدم الحراء: وهي مختصة بتوصيل الأكسجين إلى أنسجة الجسم، وتسحب ثاني أكسيد الكربون من هذه الأنسجة

2- خلايا الدم البيضاء: ودورها محاربة العدوى والفيروسات التي تغزو الجسم

3- صفائح الدم: وتساعد هذه الخلايا على توقف النزيف من خلال تجلط الدم في الأوعية الدموية.

- وتتعاون هذه الأنماط الثلاثة من خلايا الدم للقيام بوظائف الجسم الحيوية، عند حدوث مرض الفشل الكلوي المزمن، يحدث خلل ملحوظ في نسبة هذه الخلايا لذا يعتمد الاختبار على تقدير نسبة خلايا الدم الثلاثة

5-7 معدل ترشيح الكبيبات (GFR):

وهو مقياس لكفاءة الوحدات الكلوية في ترشيح المواد الفائضة والماء والأملاح الزائدة، حيث يتم المقارنة بين نسبة تركيز هذه المواد في عينتين، احدهما من دم المريض والأخرى من بوله

5-8 الأساليب التصويرية:

وتعد هذه الأساليب التصويرية من الوسائل الفعالة، في تشخيص مرض الفشل الكلوي المزمن زمنها
تكنيك الموجات فوق الصوتية على الكلى، والمسح الذري على الكلى، والأشعة العادلة، وهذه الأساليب
تساعد على توضيح حجم الكلى وإظهار التكبيبات والأورام أو الحصوات أو أي انسداد في المجاري
البولية، بالإضافة إلى تدفق الدم بالكلى.

- هذه أهم الاختبارات والفحوصات المستخدمة في تشخيص وفحص مرض الفشل الكلوي المزمن، والتي
يعتمد عليها الطبيب لتأكيد التشخيص وتحديد مرحلة المرض، واختيار انسب العلاجات لحالة المريض.

- وتظهر أهمية تقدير مستوى الفسل الكلوي عند تقديم العلاج المناسب لحالة المريض والذي يختلف من
حالة لأخرى حسب نسبة الاضطراب الكلوي، وعمر المريض وجنسه (الشويخ، 2009، ص ص 49-
(52)

6 - علاج القصور الكلوي:

بعد الانتهاء من الفحوصات والاختبارات المعملية اللازمة للتشخيص يحدد الطبيب العلاج المطلوب
بناء على اعتبارات منها:

- مرحلة المرض وكذلك يأخذ بعين الاعتبار عمر المريض وصحته، هناك أنماط متعددة لعلاج هذا
المرض وبالرغم من قدرة بعضها على تحقيق قدر من الشفاء للمريض، فهي تنطوي على بعض
السلبيات.

وفيما يلي نتعرف على أهم الأنماط العلاجية المستخدمة من حيث الغرض منها، وكيفية آداءها
والمضاعفات المرتبطة بها والنظام الغذائي المتبع ونختتم هذا الجزء بتوضيح ما ينطوي عليه كل نمط من
العلاج من إيجابيات وسلبيات.

6-1 العلاج بالاستصفاء الدموي المتكرر لتصفية الدم (الدياليزية):

هو طريقة آلية بديلة لتتقية الدم من المواد الفائضة والماء و الأملاح الزائدة في الجسم في بعض حالات
الفشل الكلوي عن طريق خاصية الانتشار الغشائي، ويتم بمقتضاها سحب دم المريض عن طريق أحد
الشرايين إلى آلة أو جهاز بدوره مشابه لما تقوم به الكلى الطبيعية، حيث يعزل المواد الضارة الزائدة من
الدم، ثم يرجع الدم نظيفا مرة أخرى إلى الجسم عن طريق الوريد ويحتاج المريض إلى 6 ساعات

- وإذا خضع المريض لعلاج الاستشفاء الدموي المتكرر فهناك بعض التجهيزات التي لابد من توفيرها للمريض قبل بدأ العلاج بشهور يأتي على رأسها: " عمل منفذ لمرور الدم " من الجسم إلى جهاز الكلى الصناعية وإعادته للجسم مرة أخرى، وهناك 3 أنواع من المنافذ هي:
 - **منفذ الفستيولا:** ويتم فيه عمل الجراحة لتوصيل شريان بالوريد بشكل مباشر في ساعد المريض ويصبح هذا المنفذ جاهز للاستخدام بعد عدة أسابيع من الجراحة.
 - **منفذ الرقعة:** وفيه يتم اتصال الشريان بالوريد عن طريق استخدامهما مباشرة بعد تركيبها.
 - **القسطرة:** قد لا يكون هناك وقت كافٍ لعمل منفذ وعائي دائم كالفستيولا قبل الخضوع لعلاج الاستشفاء الدموي المتكرر، لذا يمكن استخدام القسطرة، وهي أنبوب توصل مباشرة جهاز الكلى الصناعية بالوريد الموجود بالرقبة، أو بالصدر، أو بالفخذ.
- ويمكن إجراء علاج الاستشفاء الدموي المتكرر بالمركز الطبي، حيث يخضع لإشراف من قبل الأطباء والممرضين وبمنزل المريض ويجب في هذه الحالة تدريب المريض أو أحد أقاربه على كيفية العلاج وبالرغم من سهولة إجراء هذا العلاج إلا أنه يواجه بعض المشكلات هي
 - **مشكلات أثناء عملية الاستشفاء الدموي المتكرر:**
 - تتمثل في التغيرات السريعة في مستوى الماء في الجسم أثناء العلاج والتي تسبب حدوث تشنجات عملية وانخفاض ضغط الدم والشعور بالدوخة
 - آلام في المعدة:
 - وهذا النمط من المشكلات يمكن تجنبه باتباع نظام غذائي محدد، وتحديد كمية السوائل المتناولة وأخذ الدواء بشكل منتظم
 - يجب على الأخصائي الغذائي وضع نظام غذائي يلائم كل مريض على حدا
 - **مشكلات خاصة بالمنفذ:**
 - مثل حدوث عدوى للمنفذ أو تجلط للدم، أو ضعف في تدفق الدم، هذا النمط من الشكاوي يؤدي لخضوع المريض لعدة جراحات متكررة، لعمل منفذ وعائي دائم، ولكن يمكن تفادي هذا النمط من الشكاوي من خلال الحفاظ على المنفذ جافاً ونظيفاً، وتناول المريض جرعات من مادة (الهيبارين) لمنع تجلط الدم.
 - **إنقاذ السائل عن طريق الغشاء البريتوني:**
 - ويتم ترشيح الدم عن طريق الغشاء البريتوني وهو عبارة عن طبقة من الخلايا التي تغلق معظم أعضاء البطن، بحيث تسمح بازالتها على بعضها البعض، وتمنع التصاقها وهو على شكل كيس كبير جداره

الخلف يغلق الأعضاء وجداره الأمامي ملتصق بجدار البطن الأمامي، ويغذب هذا الكيس شعيرات دموية خارجة من الأعضاء التي يغلفها

- ويحدد الطبيب المختص أي نمط من أنماط الإنقاذ يستخدمها المريض، ومن أكثر المشكلات المرتبطة بهذا النمط وهي: التهاب الغشاء البريتوني خاصة عند فتحة القسطرة ولتجنب هذه المشكلة يجب تدريب المريض على الاكتشاف المبكر لمؤشرات وجود الالتهاب مثل:

- وجود ألم حول القسطرة

- ارتفاع الحرارة

- تغير لون المحلول

كما يجب وضع قيود على الأطعمة والسوائل المتأولة (الشويخ، 2009، ص ص 58-59)

6-2 زرع الكلى: ويتم هنا زرع كلى جديدة من أحد أفراد الأسرة أو من الأقارب أو الأصدقاء أو من شخص آخر لحظة وفاته شريطة أن يكون توافق نسيجي بين المريض والمتبرع وعادة توضع الكلى قرب الأوعية الدموية للحوض وتبدأ الكلى بإفراز البول بعد انتهاء من الجراحة وتستغرق العملية حوالي 3-4 ساعات

وبالرغم من أن زرع كلى جديدة يعد علاجاً فعالاً، إلا أنه يواجه نتيجة مشكلة الرفض الكلى، حيث يقوم الجهاز المناعي بتكوين أجسام مضادة لهذا العضو الجديد، وبالتالي تفشل الجراحة، ويتجه المرض إلى الاستئصال الدموي المتكرر مرة أخرى

ويجب مراعاة الإجراءات الطبية إلى استمرار الكلى الجديدة في أداء وظائفها بنسبة 95% ومن أهم هذه الإجراءات:

- وجود تطابق شديد بين المريض والمتبرع في فصيلة الدم.

- إعطاء علاجات مضادات لجهاز المناعة يمنع مهاجمة الكلى الجديدة.

- ويستمر المريض في أخذ هذه العلاجات

وحتى في ظل بدأ الكلى الجديدة في أداء عملها ولا يتطلب هذا النمط من العلاج وجود قيود على

الأطعمة كما في الاستئصال الدموي المتكرر والإنقاذ عن طريق الغشاء البريتوني

(الشويخ، 2009، ص ص 53-59).

6-3 الأدوية التي يكثر مرضى الفشل الكلوي من استخدامها:

يضطر الكثير من المرضى المصابين بالفشل الكلوي إلى استخدام أدوية متعددة للحفاظ على الصحة الجسم ومن بينها:

- 1- **الأدوية الخافضة لضغط الدم:** لأن القصور الكلوي يصاحبه ارتفاع ضغط الدم، لذلك تستلزم حالة المريض الصحية أخذ هذه الأدوية لمنع حدوث الآثار السلبية لارتفاع ضغط الدم
- 2 - **الأدوية الحافظة للكوليسترول** الحديد لتزويد الجسم بمكونات أساسية لتكوين كريات الدم الحمراء
- 3 - **الأدوية المنشكة لتكوين الدم:** كأبريكس (eprex) أو روكورمون (roccormon) أو أرانسيب (aransep)

وهي تنشط نخاع العظم لتكوين كريات الدم الحمراء حيث يعاني الكثير من المرضى من الفقر الدموي - **فيتامين(د):** للمحافظة على صحة العظام

- 4- **الأدوية الرابطة للفوسفات:** فالكلية الطبيعية تزيل ملح الفوسفات وعند حدوث القصور الكلوي فإن مستويات الملح ترتفع في الدم، لذلك يضطر كثير من المرضى إلى أخذ هذه الأدوية الرابطة للفوسفات مثل: الكالسيوم وريناجيل (renagiel) التي تربط الفوسفات الموجود في الطعام أثناء وجوده في القناة الهضمية، وتطرحه في البراز. (السويداء، 2009، ص39)

4-6 العلاج بالأدوية:

- **العلاج بالحمية الغذائية:** حمية قليلة الصوديوم لتجنب المريض تناول الملح، المايونيز، رقائق البطاطس، المكسرات، الزيتون وغيرها من الأطعمة الغنية بالصوديوم.
- **حمية قليلة الفوسفور:** يتجن المريض تناول المشروبات الغازية والشيكولاتة والسمك.
- **حمية قليلة البروتين:** شرب كمية محدودة من السوائل تتراوح من نصف - 1 لتر
- **الغسيل الكلوي (لؤلؤة، 2010، ص ص10-14)**

7- المراحل التي يمر بها المصاب بالقصور الكلوي في التعايش مع مرضه

- 1 - **الإنكار:** عملية لا شعورية تحمي الأنا من مواجهة الواقع أو الحقيقة المؤجلة، ويختلف الإنكار عن الكبت في أن مصدر الخطر هنا هو العالم الخارجي وليس اندفاعات الهو (أبو حماد، 2008، ص57)
- 2 - **الإحباط:** FRUSTRATION يعتبر من المفاهيم الأساسية في مجال الصحة النفسية حيث يرتبط بالنشاط النفسي للإنسان، ويقصد به مواجهة الفرد لما يمنعه أو يعيقه على تحقيق غايته

- وهو الحيلولة بين الفرد وبين هدفه وغايته أو بمثابة غياب الفرصة المناسبة لاختزال أو اشباع حاجة مرغوب بها لديه (الخالدي، 2009، ص 110)

8- الآثار النفسية المرتبطة بهذه الفئة:

يترتب عن هذا المرض آثار جانبية منها:

8-1 آثار جسمية: يصاحب المرض منذ ظهوره مجموعة من الأمراض التي تسبب للمريض الشعور بالمعاناة كالحرقاات أثناء عملية التبول وفقدان الشهية والشعور بالألم والوهن، كما يشتكى مريضى الفشل الكلوي المزمن من اضطرابات النوم أثناء الليل فيما يعد النسيج العضلي وهشاشة العظام والتعب والأنيميا والحكة الجلدية الشديدة من أهم مصادر المشقة الجسمية لدى المريض الخاضعين للعلاج بالاستصفاء الدموي المتكرر بالإضافة إلى الأعراض الأخرى التي تفوق قدرة المريض على التحمل.

8-2 الآثار المرتبطة بالتشخيص: يعد التشخيص بمرض الفشل الكلوي المزمن صدمة نفسية مما يرتبط بالشخص من تغير في وظائف الجسم وأسلوب الحياة هذا بالإضافة إلى أن المريض يبدأ رحلة التشخيص يمر بعدد من الإجراءات التشخيصية التي تعد مجملها مصدر المعاناة لدى المريض

8-3 الآثار المرتبطة بالعلاج: بعد رحلة التشخيص يخضع المريض لفترة علاج مستمرة و متكررة كل فترة وأثناء خضوعه للعلاج هناك مصدران للمعاناة يواجههما المريض هما:

- الاعتماد على آلة الاستصفاء الدموي المتكرر

فبقاء المريض حيا يعتمد على هذه الآلة التي تعوض فقدان وظائف الكلى، يشعر المريض بصدا ع دائم بين الاعتماد على هذه الآلة واستمرار حياته.

- القيود العلاجية المرتبطة بالنظام الغذائي والحركة.

حيث يخضع المريض لقيود صارمة يختص بعضها بالنظام الغذائي المتبع، حيث يعود فيه تناول السوائل الغذائية من أكبر القيود الغذائية التي تمثل شعورا بالمعاناة لدى المريض، والبعض الآخر يتعلق بحرية السفر والانتقال فينقلص نشاط المريض بعد المرض وتتحصر قدرته على القيام بأنشطة الحياة اليومية ورجع ذلك لانخفاض قدرته الجسمية.

8-4 الآثار الاجتماعية: نتيجة التغيرات المصاحبة للتشخيص والعلاج تتغير شبكة العلاقات

الاجتماعية يميل إلى الانسحاب الاجتماعي وتنقلص أدواره الاجتماعية مما ينعكس على علاقاته بالآخرين.

8-5 الآثار المرتبطة بالعمل:

يترتب على الإصابة بهذا المرض انخفاض في مستوى طاقة المريض وصعوبة التركيز مما يحول بينه وبين الاستمرار في أداء وظيفته بكفاءة وينعكس ذلك بالسلب على أداء وظيفته.

8-6 الآثار الجنسية: تعد الاضطرابات الجنسية من المشاكل الشائعة بين مرضى الفشل الكلوي المزمن، والتي تنتج من حدوث بعض التغيرات البيولوجية وتؤثر بشكل كبير على عملية الانتصاب لدى الذكور.

9 - احتياجات المريض بالقصور الكلوي:

- احتياجات بيولوجية وطبية: وتتمثل في دليل خاص بالغذاء يحتوي على توضيحات تمكن مريض القصور الكلوي والحفاظ على سلوك غذائي صحي يمنع المضاعفات، كما تتمثل أيضا في ادوية وأدوات التصفية.

الاحتياجات النفسية: إن الاهتمام بالعوامل النفسية عند المصاب بالقصور الكلوي من شأنه أن يخلص المريض من الشعور بالقلق والإحباط الناتجين عن عدم الشعور بالأمن والخوف من الموت لذلك نجد مريض القصور الكلوي في حاجة إلى الرعاية النفسية التي تمكنه من التكيف مع مرضه (حلواني، 2000، ص 60)

10 - المضاعفات المصاحبة للفشل الكلوي:

يؤدي تدهور وظائف الكلى إلى مضاعفات عديدة منها:

- 5 ارتفاع ضغط الدم
- 6 تجمع السوائل في الجسد.
- 7 نقص الدم أو الأنيميا.
- 8 ارتفاع ملح البوتاسيوم في الدم
- 9 أمراض العظام
- 10 تأثر الأعصاب
- 11 تغيرات في بشرة الجلد
- 12 ضعف المقدرة على إنجاب الأطفال (السويداء، 2010، ص35)

11- نصائح طبية للحفاظ على سلامة الكلى:

- 1 - الحفاظ على ممارسة الرياضة بانتظام حيث تساعد الرياضة على عدم زيادة الوزن وتقي من ارتفاع ضغط الدم.
- 2 - راقب ضغط الدم، وعند إصابتك بارتفاع الضغط * لا سمح الله - احرص على تناول الأدوية المحفوظة للضغط الدموي
- 3 - ابتعد عن التدخين الذي يؤدي إلى نقص كمية الدم المتدفقة للكلى ويزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الكلى ويرفع ضغط الدم.
- 3 - راقب وزن الجسم حتى لا تصاب بالبدانة التي تزيدك تعرضا للإصابة بأهم سببين للفشل الكلوي وهما:
 - مراقبة مستوى السكر
 - وراقب مع طبيبك العلامات الأولى لتأثر الكلى بالسكري
- 5- أجز الفحص الدوري لوظائف الكلى وذلك لأن كثيرا من الأمراض الكلى تتميز بأنها خفية
- 6- تجنب أخذ الأدوية المسكنة والمضادات الحيوية من تجنب أخذ الأدوية المسكنة والمضادات الحيوية من غير إشراف طبي،
- 7- تجنب أخذ الأدوية الشعبية التي تحتوي على مواد سامة وضارة بالكلى. - احرص على الغذاء الصحي وتجنب الإفراط في استهلاك الملح واللحوم والمشروبات الغازية.
- 8- احرص على استهلاك كمية كافية من الماء التي تعادل ثمانية أكواب يوميا مما يسهل على الكلى طرد الفضلات كما تقي من الإصابة بالحصيات (السويداء، 2010، ص21).

خلاصة:

يعد القصور الكلوي من الاضطرابات الخطيرة مع أن الإجراءات التكنولوجية تستطيع أن تنظف الدم، وتخلص الجسم من المياه الفائضة والأملاح، إلا أنها إجراءات طبية مضمّنة للغاية، فزراعة الكلية يصاحبها الكثير من المخاطر الصحية ويمكن أن يكون غسيل الكلى مصدر إزعاج شديد لم يجرى لهم من المرضى، لذا فإن علم النفس الصحي يولي اهتماما خاصا للمشاكل التي يعاني منها مرضى الكلى.

الجانِب التطبيقية

الفصل الثالث: إجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد :

إن البحث عملية منظمة لجمع و تحليل البيانات و الحصول على المعلومات بطرق ثابتة و لها قيمتها، و يمكن الثقة فيها و الإعتماد عليها، فالإجراءات المنهجية إذن ليست أنشطة عشوائية، و إنما هي عمليات يتم التخطيط لها بعناية من خلال الاختبار المناسب للأدوات المستخدمة و بنائها و تقنيات للتمكن من جمع البيانات و تحليلها بأكبر درجة ممكنة من الثقة و الوصول في النهاية إلى حل المشكلة من المشكلات و المساهمة بالتالي في التراكمية المعرفية.

سنعرض في هذا الفصل المنهجية التي إتبعناها لإنجاز هذه الدراسة و التي تتضمن الإجراءات و الخطوات المختلفة المتبعة في ذلك من اجل اختبار فرضيات الدراسة، حيث تطرقنا إلى التذكير بالفرضيات، المنهج المستخدم، عينة الدراسة، و الأدوات المستخدمة فيها، و كذا إجراءاتها.

1 - التذكير بفرضيات الدراسة :

• الفرضية العامة :

- يعاني المصاب بالقصور الكلوي من قلق الموت

2 - الدراسة الإستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسا جوهريا لبناء البحث العلمي، فهي تمثل الخطوة الأولى للدراسة الميدانية، إذ من خلالها يسعى الباحث إلى إلقاء نظرة توافد جدية الموضوع المطروح، فهي تساعد على التعرف عن قرب عن الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث و تبيان الصعوبات التي قد يتعرض لها الباحث و هذا لتفاديها في الدراسة الأساسية، فضلا عن كونها تساعد في جمع المعطيات الأولية عن مكان و مجتمع الدراسة ومن ثمة تحديد كيفية اعتماد طريقة اختبار عينة البحث بمراعاة خصائصها لما جاء في الطرح النظري لموضوع الدراسة.

و نظرا لأهمية هذه الخطوة فقد قمت بإجراء زيارة ميدانية لمركز تصفية الدم بأم البواقي.

✓ أهداف الدراسة الاستطلاعية :

- الإهتمام بالتصور الشامل للبحث
- إستكشاف ميدان الدراسة الإستطلاعية
- تحديد عينة الدراسة

- الصياغة السليمة لفروض البحث وضبط متغيراتها على ضوء ما تم إستخلاصه ميدانيا وليس نظريا فقط وبالتالي جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات.
 - التزود بالمعلومات عن عينة الدراسة
 - التعرف على الصعوبات التي يمكن مواجهتها .
 - التقرب و الإندماج مع حالي الدراسة.
- و قد سمحت لنا الدراسة الإستطلاعية بالتحدث مع الأخصائية النفسانية للتعرف على الحالات و مدى ملائمة ظروف القيام بهذه الدراسة.

3 - منهج الدراسة :

بناءا على طبيعة البحث اتبعنا المنهج الإكلينيكي حيث يقوم على دراسة الفرد تحت ظل إشكالية تستدعي التفسير، و يعرف هذا المنهج على انه الطريقة التي تعنى بالتركيز على الفردية التي تمثل الظاهرة المراد دراستها حيث يقوم الباحث باستخدام أدوات البحث النفسي المختلفة، و التي تمكنه من دراسة الحالة دراسة شاملة، و معمقة حتى يصل إلى فهم العوامل العميقة في شخصية المبحوث و التي تأثرت بالظاهرة موضوع الدراسة أو أثرت فيها. (عبد القادر طه، 2000، ص 91)

• دراسة الحالة :

كتقنية من تقنيات المنهج العيادي إعتدنا على دراسة الحالة حيث تعتبر هذه الأخيرة، الوعاء الذي ينظم، و يقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات و النتائج التي تحصل عليها من العميل، و ذلك بواسطة الملاحظة، و المقابلة، بالإضافة إلى التاريخ الاجتماعي، و الفحوصات الطبية، و الاختبارات السيكولوجية.

فدراسة الحالة تسمح بوصف ظواهر سوية، و غير سوية، مألوفة، و نادرة، و وضع فرضيات لأجل دراسة الشخصية، و البحث في السببية المرضية أو العلاج الإضطرابات النفسية. (أبو سنة، 2012، ص 32)

4 - عينة الدراسة :

العينة هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي و تتوفر على نفس خصائصه، و لأنه يستحيل في الكثير من الأحيان إجراء الدراسة على المجتمع ككل، فإن الهدف من اختيار العينة يتمثل

في الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها، إذ تسمح لنا بالحصول على البيانات و المعلومات بأقل تكلفة و أقصر مدة. (ذوقان، 2003، ص195)

و تتمثل طبيعة المجتمع الأصلي لموضوع دراستنا في فئة مرضى القصور الكلوي والذين يعانون من قلق الموت، وتتكون عينة بحثنا من حالتين، فقد اعتمدنا على عينة قصدية مكونة من إمرأتين، حيث تتراوح أعمارهن ما بين 26 إلى 47 سنة.

و السبب الذي يكمن وراء اختياري لهذه العينة لأنها تتناسب و طبيعة الدراسة المتمثلة في قلق الموت لدى المصاب بالقصور الكلوي.

5 - أدوات الدراسة :

في كل بحث يعمل الباحث على جمع معلومات على موضوع بحثه، و لتحقيق ذلك يقوم الباحث بالاعتماد على مجموعة من الأدوات و الوسائل لمساعدته، و قد تطلبت الدراسة الحالية الإستعانة بمجموعة من الأدوات هي :

5- 1 الملاحظة :

تمثل الملاحظة أحد المصادر الهامة للحصول على معلومات عن الفرد موضوع الدراسة من حيث عاداته نشاطاته و سلوكاته المختلفة في مواقف الحياة اليومية العادية ومواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعه، وهي أقدم الوسائل لجمع المعلومات ، وقد تعددت أنواع الملاحظة :

- الملاحظة المباشرة : و تكون مع العميل وجها لوجها.
- الملاحظة الغير مباشرة : و هي التي تحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظ والملاحظ ودون

أن يدرك الملاحظ أنه محل ملاحظة.(راشد، 2008، ص108)

حيث يرى معجم أكسفورد الدقيق أن الملاحظة: هي مشاهدة صحيحة تسجل الظواهر كما تقع في الطبيعة، وذلك بأخذ أسباب ونتائج العلاقة المتبادلة بعين الاعتبار.(مزيان، 1999، ص97)

ولقد تم اعتمدنا الملاحظة المباشرة لغرض التعرف على المظهر العام للحالة ووضعية الجسم ومجموعة السلوكات التي يمكن أن تصدر عن الحالة أثناء القيام بالمقابلة من إيماءات ولحظات صمت وتردد في الإجابة وكل هذا يساعدنا في تحليل كل حالة موضوع الدراسة .

5-2 المقابلة العيادية :

تعتبر المقابلة الإكلينيكية وسيلة هامة في جمع البيانات والمعلومات وتهيئة الفرصة أمام الأخصائي الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة المطروحة وذلك عن طريق المحادثة والفهم الشامل لما يعانيه العميل أو المشكلة التي يتصدى لها وتبرز أهمية المقابلة الإكلينيكية بشكل خاص في أنها عملية ديناميكية تتيح للعميل فرصة التعبير عن مشاعره وأرائه واتجاهاته كما أنها في الوقت نفسه ترمي إلى تشخيص

الحالة وملاحظة سلوكها كليا، وتتحقق ديناميية المقابلة عن طريق إقامة الثقة والتفاعل المتبادل بين الأخصائي والعميل، والمقابلة الإكلينيكية ثلاثة أنواع : موجهة ،نصف موجهة، غير موجهة (حرة) وقد تم اختيارنا واعتمادنا في دراستنا هذه على المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة.(مزيان ،1999، ص99)

5-2-2- المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة:

هي مقابلة تتميز بنوع من الخصوصية، فهي عبارة عن حوار يتحدث خلاله العميل بنوع من الحرية مع تدخل الأخصائي الذي يكون نوعا ما توجيهي عندما يلاحظ خروج المفحوص عن الموضوع فيحاول الأخصائي حصره في إطار الموضوع لكن يترك له حرية الكلام.(راشد، 2008، ص115)

ولقد تم تبني المقابلة النصف الموجهة في هذه الدراسة قصد توجيه الحالة نحو موضوع محدد وبغية الوصول إلى المعلومات المراد الحصول عليها والمقترنة بوجه الدراسة وقد شملت المقابلة النصف الموجهة محاور تم بنائها على أساس فرضيات الدراسة و هي كالتالي :

المحور الأول : البيانات الشخصية

المحور الثاني : طبيعة العلاقات الإجتماعية

المحور الثالث : مرض القصور الكلوي

المحور الرابع : قلق الموت

5-3 تحليل محتوى المقابلة :

و هو الأسلوب الذي يتم من خلاله تحليل المقابلات، و يعرف تحليل المضمون على انه البحث عن المعلومات الموجودة بالمستند و إبراز معاني الشيء المقدم، و يتم بصياغة و ترتيب محتواه .

أشارت " أنطوان ليون " (Antoieneleon) إلى أن تشكيل وحدات التحليل، يعتمد على اختيار عبارات ذات معنى، سواء كانت جملة أو كلمة، وانه بعد تحديد الفئات، تأتي عملية التكميم التي فيها حساب

تواتر هذه الفئات، عن طريق حساب العدد الكلي للوحدات، التي تدخل في كل فئة، و كذلك لحساب عدد الأفراد الذين تطرقوا لفئة معينة.

و عليه يتطلب تحليل المحتوى الموضوعية، إذ تعتبر المعطيات أو المعلومات القابلة للدراسة العلمية، قابلة للوصف و التحليل، و تقسيمها إلى عناصر شاملة، دون نسيان أو تجاهل أي بند أو موضوع، هذا التقسيم يجب أن يكون كمي بمعنى التوصل إلى حسابات و قياسات و إلى تقييمات دقيقة و محددة. (نحوي، 2010، ص 146)

5-4 مقياس قلق الموت لتمبلر :

5-4-1 توزيع فقرات المقياس :

توزيع فقرات المقياس حسب أربع مجالات و هي على النحو التالي :

1- مخاوف تتعلق الجانب المعرفي الإنفعالي : و التي تحتوي على الفقرات (1،2، 3، 4، 5، 21، 23، 24، 25).

2- مخاوف تتعلق بموت النفس : و التي تحتوي على الفقرات (6، 7، 8، 9، 10).

3- مخاوف تتعلق بموت الآخرين : و التي تحتوي على الفقرات (11، 12، 12، 13، 14)

4- مخاوف تتعلق بمرض الشخص : و التي تحتوي على الفقرات (15، 16، 17، 18، 19، 20).

5-4-2 طريقة تصحيح المقياس :

يتكون المقياس من 25 فقرة من نمط "ليكرت" و أمام كل عبارة من عبارات المقياس تتم الإستجابة لها وفقا لتدرج المقياس خماسي، "بدرجة كبيرة جدا" تعطى خمس درجات، و الإستجابة، "بدرجة كبيرة" أربع درجات، و الإستجابة "بدرجة متوسطة" ثلاث درجات، و الإستجابة "بدرجة قليلة" درجتان، و الإستجابة "بدرجة قليلة جدا" درجو واحدة، و يمكن لدرجات المفحوصين أن تتراوح بين 25-125 درجة، و يستغرق تطبيق المقياس من 10-15 دقيقة، و قد صنفت مستويات قلق الموت إلى ثلاث فئات لإختيارية على النحو التالي:

1- فئة قلق الموت مرتفع : و هم من حصلوا على درجة 75 فأكثر على إعتبار أن الحد الأدنى لفئة من أجاب على الفقرات بدرجة كبيرة أو أكثر هو 3 مضروبا بعدد فقرات المقياس (25).

2- فئة قلق الموت المتوسط : و هم من حصلوا على درجة تقع ضمن 55-74 على إعتبار أن الحد الأدنى لفئة من أجاب على الفقرات بدرجة متوسطة هو 2، 2 و الحد الأعلى لهذه الفئة 2، 96.

3- فئة قلق الموت المنخفض :

و هم من حصلوا على درجة دون 54 درجة على إعتبار أن الحد الأعلى لفئة من أجاب على الفقرات بدرجة قليلة فما دون هو أقل من 2، 16.

6 - التذكير بحدود الدراسة :

6-1 الحدود الزمنية :

تم تطبيق هذه الدراسة ابتداء من اليوم 6 فيفري 2018 الى 1مارس 2018.

6-2 الحدود المكانية :

تم إجراء الدراسة الميدانية لموضوع دراستنا في مركز تصفية الدم بأم البواقي.

7 - إجراءات الدراسة :

بعد الحصول على الترخيص من الجامعة الذي يمكننا من الاستقصاء عن الحالات التي تخدم موضوع دراستنا، تم التوجه إلى مؤسسة مركز تصفية الدم بأم البواقي، و بعد إذن من مدير المؤسسة الذي استقبلنا ورحب بنا وخصص لنا مكتب الأخصائية النفسانية لإجراء المقابلات مع الحالتين، كما تعريفنا على الأخصائية النفسية التي قامت بتعريفنا على الحالات التي تناسب موضوع دراستنا، و بعد طلبنا الإذن من الحالتين في الزيارة الأولى لكل حالة تم توضيح الوضعية على أنها دراسة ميدانية مكملة لشهادة الماستر بالإضافة إلى توضيح الموضوع الذي تدور حوله الدراسة، و كان الأمر صعب يميزه نوع من التردد و عدم الثقة، لكن تغير ذلك خلال الزيارة الثانية بخلق جو من المودة و هنا تم استخدام أول أدوات الدراسة و هي الملاحظة، حيث تم تسجيل بعض الملاحظات أثناء الحديث مع الحالة، و في الزيارات المتبقية لجأنا إلى المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة التي استغرقت بعض الوقت، و بعدها طبقنا مقياس قلق الموت على الحالتين.

خلاصة :

تعرضنا في هذا الفصل إلى الإجراءات الميدانية المتبعة في الدراسة حيث تطرقنا إلى الدراسة الإستطلاعية ثم المنهج المستخدم و المتمثل في المنهج الإكلينيكي وبالاعتماد على دراسة حالة، عينة الدراسة حيث إعتمدنا على العينة القصدية و تمثلت في حالتين، ثم تناولنا أدوات الدراسة التي تم الاعتماد عليها في جمع البيانات و هي : الملاحظة، المقابلة العيادية، و مقياس قلق الموت.

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

أولا : عرض حالات الدراسة

الحالة الأولى :

1 - تقديم الحالة الأولى:

الحالة (خ) تبلغ من العمر (26) سنة، تسكن بمدينة عين فكرون، ترتبها في الأسرة الرابعة، عدد الإخوة (7)، غير متزوجة، أستاذة بالتعليم المتوسط، الأب متوفي، الأم مأكثة بالبيت، الحالة الاقتصادية متوسطة، كانت الحالة لها سوابق مرضية حيث كانت تعاني من مرض على مستوى الكلى منذ سنة (2014)، و كانت تعالج عليه، إلى أن وصلت إلى المرحلة النهائية حيث أصيبت بالفشل الكلوي المزمن في (2016)، بدأها المرض و بدأت تظهر عليها أعراض منها إرتفاع ضغط الدم، فنقلت بعدها للمستشفى لإجراء عملية تصفية الدم، حيث أصيبت الحالة بصدمة كبيرة فلم تتقبل الحالة الوضع الذي ألت إليه و بدأت حالتها النفسية تتدهور.

2 - الملاحظة :

ملاحظات مباشرة	ملاحظات غير مباشرة
الحالة	- التوتر
- نظيفة الجسم و الهندام	- تحريك اليدين
- نحيفة	- فترات الصمت
- متسقة اللباس	- الشرود
- شحوبة الوجه	

التحليل الكمي للحالة الأولى:

من خلال معايشة الحالة وملاحظتها في مواقف حياتية مخلفة والتي تمت من خلال الملاحظة المباشرة والغير المباشرة نستنتج أن الحالة (خ) و من خلال الأعراض الجسدية المختلفة و المصاحبة للمرض والتي ظهرت من خلال أعراض جسدية متمثلة في جسم نحيف وشاحب وحالات سوداء شحوبة الوجه و التي انعكست سلبا على استقرار حالتها النفسية وظهر هذا في شكل أعراض نفسية وسلوكية منها حركة اليدين والشرود وفترات الصمت هذا ما أضر نوعا ما تآثرها الشديد بالمرض وتفكيرها الدائم فيه والذي

سيطر عليها وظهر في شكل سلوكيات مختلفة وتصرفات لا ارادية معبرة على حجم معاناتها وألمها النفسي الداخلي والذي ترجم في شكل ردود أفعال جد مؤثرة ومعبرة للوضع الذي أله اليه سواء من خلال الجسد والذي يعبر عن خطورة اصابتها نحو تأثيرها البليغ والنفسي من خلال حالة الحزن البادية عليها والشروء أحيانا والذي يظهر في شكل فترات من الصمت والشروء والذي يعتبر نوع من أنواع المقاومة.

3 - تحليل محتوى المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة :

أ - تقطيع المقابلة إلى وحدات :

الرقم	العبرة
1	الام نتاعي مليحة بزاف معايا
2	تحبني
3	تقدرني بزاف
4	تعاملني معاملة مليحة
5	هي الام و الاب في نفس الوقت
6	متخلنيش نخدم في الدار
7	علاقتي بالاخوة نتاعي مليحة بزاف
8	يشتيوني
9	يقدروني
10	خاصة لولاد ملاح معايا بزاف
11	علاقتي معاهم مليحة بزاف
12	نتعامل معاهم في الخدمة
13	كامل يحبوني بزاف
14	مساعديني بزاف
15	خاصة كي مرضت
16	واقفين معايا
17	جيران نعمة الناس
18	يعاملوني مليح
19	كنت مريضة من قبل بكلاويا
20	و كنت نداوي عليهم
21	حتى حبسوا خلاص

22	و هنا زادت حالتي
23	وليت ننهج
24	و نفشل
25	و تنفخت بزاف
26	بديت اول حاجة رحت نسقي على التصفية و الماشينة على خاطر جامي شفت الماشينة
27	فقدت الوزن
28	حالتي تدهورت
29	وش راح نقلك غاضتني روجي كيفاش كنت
30	و كيفاش وليت
31	ولات عندي صعوبة في التنفس
32	منقدرش نرقد
33	تشوكيت
34	صح كنت مريضة بكلاويا
35	بصبح محتيطش يحبسو خلاص
36	غاضتني روجي بزاف
37	بزاف حوايج ولات ناقصة فيا
38	وليت نحب نقعد وحدي
39	لدرجة انو 4 شهر و انا في الدار
40	وليت منشيتش نخرج خلاص
41	منحبش نشوف حتى واحد
42	لدرجة اني رحت 3 اخصائين نفسانيين
43	مفهموش عليا
44	كامل قالولي نفس لهدرة
45	خميّتي في فكرة الانتحار و لالا
46	قتلهم مخنيش فيها
47	انا صح تأثرت بزاف بمرضي
48	بصح مش لدرجة الانتحار
49	عطاوني دواوات
50	زادو عليا

51	لدرجة وليت نشوف في حوايج و كوابيس
52	و مباعد حبستهم لدرجة رقاد تقطع عليا
53	بديت نوالف
54	واش راح ندير
55	كيما بديت نصفي اول مرة صح متقبلتش خلاص
56	و نقلك ساعات نكره
57	بصح ضرك نتعامل مع مرضي عادي
58	نورمال متعايشة معاه
59	ولا امر عادي بالنسبة ليا
60	قبل ما نروح نصفي نكره ساعات
61	و ساعات نورمال
62	كي نكمل التصفية ساعات نحس روعي غلبانة
63	نقلق بزاف خلاص
64	نحس ديما بحاجة تخنقني
65	أكثر حاجة تقلقني نظرة الشفقة نتاع دارنا
66	و نتاع الناس
67	خاصة كيما يققولولي مسكينة
68	منخافش من الموت
69	هاذي حاجة ربي
70	كي نشوف الميتين قدامي نخشع
71	و نقول هاذي حالتنا كامل
72	بصح في نفس الوقت و كي نشوف جنازة برا نقول أنا ثاني جاي نهار و نموت
73	كي يحكيولي على الموت تزيد الرهبة نتاعي منها
74	و نحس بحاجة تخنق فيا
75	و نقولهم عادي ميتين ميتين
76	المرض نتاعي مش عادي
77	ماهوش ساهل
78	في سبة المرض هذا خسرت بزاف حوايج
79	خسرت صحتي

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

80	نظرتي للمستقبل محدودة بزاف
81	بصح كي نخم في مستقبلي نقلق بزاف
82	خاطر أمالي كامل تحطمت
83	واش راح نفاك
84	نحس روعي إنسانة ناقصة
85	المرض هذا ميخلنيش نزوج
86	ما ندير الدار
87	ما نجيب لولاد
88	وقتي كامل راح في التصفية
89	يخليني كي شغل مقيدة
90	نحس روعي ميش مستقلة
91	ميش قادرة ندير حتى حاجة
92	راحت النفحة في كلش
93	وليت نودر في الوقت بزاف
94	نتمنى مزوج
95	نولي إنسانة طبيعية
96	و نعيش حياة طبيعية
97	نزوج
98	و نجيب لولاد
99	هذي أمنية لحل واحد مريض كيما مرضي

ب - توزيع و تجميع الوحدات في فئات وحساب تكرارها :

الجدول الأول : العلاقات الإجتماعية

لفئة الرئيسية	الفئة الفرعية	العبارات الدالة عليها	التكرار	النسبة المئوية
العلاقات الاجتماعية	طبيعة العلاقات الاجتماعية و نمط المعاملة	/	/	/
	المعاملة من طرف الأم	/6/5/4/3/2/1	6	%33.33
	المعاملة من طرف الإخوة	/11/10/9/8/7	5	%27.77
	المعاملة من طرف زملاء العمل	/16/15/14/13/12	5	%27.77
	المعاملة من طرف الجيران	/18/17	2	%11.11
المجموع	/	/	18	99.98

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول رقم (1) و الذي يمثل فئة العلاقات الاجتماعية، كفة رئيسية إشتملت على 4 فئات فرعية تمثل طبيعة العلاقات الاجتماعية و نمط المعاملة من طرف الأم و الإخوة و زملاء العمل و الجيران، حيث نلاحظ أن فئة المعاملة من طرف الأم جاءت بأعلى تواتر 6 و بنسبة مئوية تقدر ب %33.33، تليها فئة المعاملة من طرف الإخوة و زملاء العمل بنفس التواتر 5 و بنسبة مئوية تقدر ب %27.77، في حين جاءت فئة المعاملة من طرف الجيران بتواتر 2 و بنسبة مئوية تقدر ب %11.11.

الجدول الثاني : القصور الكلوي

الفئة الرئيسية	الفئات الفرعية	العبارات الدالة عليها	التكرار	النسبة المئوية
القصور الكلوي	بداية الإصابة	/35/34/21/20/19	5	%10
	الأعراض الجسدية	62/32/31/27/25/24/23	7	%14
	الأعراض النفسية	/36/33/30/29/28/26/22 /43/42/41/40/39/38/37 50/49/48/47/46/45/44 67/66/65/64/63/60/52/51	31	%62
	التعايش مع المرض	61/59/58/57/55/54/53	7	%14
	المجموع	/	50	100

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول رقم (2) و الذي يمثل محور الإصابة بالقصور الكلوي لفئة رئيسية إشتملت على 4 فئات فرعية تمثل فئة بداية الإصابة و فئة الأعراض الجسدية و فئة الأعراض النفسية و فئة التعايش مع المرض، حيث جاءت فئة الأعراض النفسية بأعلى تواتر 31 و بنسبة مئوية تقدر ب %62، تليها فئة الأعراض الجسدية و التعايش مع المرض بنفس التواتر 7 و بنسبة مئوية تقدر ب %14، و في الأخير تأتي فئة بداية المرض بتواتر 5 و بنسبة مئوية تقدر ب %10.

الجدول الثالث : قلق الموت

الفئة الرئيسية	الفئات الفرعية	العبارات الدالة عليها	التكرار	النسبة المئوية
قلق الموت	الآثار النفسية	78/77/76/72/71/69 70/79	8	66%
	أثار الخوف من الموت	75/74/73/68	4	33.33%
المجموع	/	/	12	99.33%

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول رقم (3) الذي يمثل فئة قلق الموت كفئة رئيسية إشتملت على فئتين فرعيتين الأولى تمثل قلق الموت و الثانية تمثل فئة آثار الخوف من الموت، و الملاحظ أن فئة الآثار النفسية جاءت بأعلى تواتر 10 تكرارات و بنسبة مئوية تقدر ب 66%، في حين كانت آثار الخوف من الموت بتواتر 4 و بنسبة مئوية تقدر ب 33.33%.

الجدول الرابع : الآفاق المستقبلية

الفئة الرئيسية	الفئات الفرعية	العبارات الدالة عليها	التكرار	النسبة المئوية
الآفاق المستقبلية	النظرة للمرض	89/88	2	10.52%
	النظرة للمستقبل	96/95/94/82/81/80 99/98/97	9	50.26%
	النظرة للذات	91/90/87/86/85/84 92	7	38.88%
المجموع	/	/	18	99.96%

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول رقم (4) و الذي يمثل الآفاق المستقبلية كفئة رئيسية و الذي يشتمل على ثلاث فئات فرعية تتمثل في نظرة الحالة للمرض، نظرتها للمستقبل و النظرة للذات، و ما نلاحظه أن أعلى تواتر

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

كان لفئة النظرة للمستقبل ب 9 و بنسبة مئوية تقدر ب 50.26%، تليه فئة النظرة للذات بتواتر 7 و بنسبة مئوية تقدر ب 38.88%، يليه في الأخير النظرة للمرض بتواتر 2 و بنسبة مئوية تقدر ب 10.52%.

الرقم	الفقرة	درجة جدا	درجة كبيرة	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
1	يزعجني أنني لن أعود إلى الحياة الدنيا بعد موتي	X					
2	أحاول تجنب التفكير في الموت	X					
3	أنزعج عند سماعي أحاديث عن الموت	X					
4	أود لو يبتعد الناس عن إستخدام كلمة(الموت)		X				
5	أتمنى لو ان الموت داء له دواء						
6	أشعر بالضيق و الحزن عندما أرى جنازة				X		
7	أخاف الإقتراب من النعش و لمسها	X					
8	أخاف زيارة المقابر بمفردي	X					
9	أفرع لو رأيت قبرا مفتوحا	X					
10	أخاف أن اموت بطريقة مؤلمة	X					
11	أخاف أن أكون وحدي عندما أموت	X					
12	أخاف أن أموت بشكل مفاجيء		X				
13	أخاف ان أنام و لا أستيقظ بعد ذلك						X
14	أخاف من عملية الإحتضار		X				
15	يزعجني ترك الأحبة خلفي عندما أموت	X				X	
16	أنزعج عند المشاركة بغسيل جثة ميت	X					
17	أكره الجلوس بجانب شخص يحتضر	X					
18	أخاف من المشاركة بغسيل جثة ميت		X				
19	أخاف رؤية وجه الميت	X					
20	مرضي يجعلني أخاف من الموت				X		
21	ينتابني الخوف إذا أبلغني الطبيب أن	X					

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

					أجري عملية جراحية	
22				X	أخاف من توقف قلبي بشكل مفاجيء	
23				X	أشعر بالقلق إذا نفذ علاج المرض الذي أعنيه من عندي	
24				X	أنزعج عندما أسمع أن أحد الأشخاص توفي بمثل مرضي	
25				X	ينتابني القلق إذا اضطرت لزيارة مريض بمثل مرضي في المستشفى	

4 - التحليل الكيفي للحالة الأولى :

تبين من خلال نتيجة مقياس قلق الموت أن الحالة تحصلت على درجة (64) و هي أقل من (75) و هذا يدل على أن درجة قلق الموت لدى الحالة متوسطة.

و تبين من خلال المقابلة أن الحالة لها علاقات جيدة مع العائلة و هذا حسب قولها : " علاقتي مليحة معاهم" و أيضا : " كامل واقفين معايا"، و كون الحالة عاشت صدمة نفسية نتيجة إصابتها بالقصور الكلوي و هذا ما عبرت عنه في خطابها : " مصدقتش كيفاه كنت و كيفاه وليت"، حيث أن الحالة تأثرت كثيرا بهذا المرض مما أثر بدوره على نفسيته و غير نمط حياتها و هي ريعان شبابها، و هذا المرض جعلها مقيدة تشعر بأنها غير مستقلة كما صرحت : " المرض هذا يخليني كي شغل مقيدة .. نحس روعي ميش مستقلة .. منقدر ندير حتى حاجة"، كما أن الحالة تواجه قلق الموت بأسلوب متكيف نوعا ما و يظهر هذا حسب قولها : " منخافش من الموت" و كذلك قولها : " نقولهم عادي ميتين ميتين..". و هذا يجعل من نظرة الحالة للمستقبل نظرة يائسة يتخللها آمنيات الشفاء و العيش حياة طبيعية مثل بقية أقرانها على حد تعبيرها : " نتمنى نولي إنسانة طبيعية ... و نعيش حياة طبيعية" و هذا يدل على المعاناة النفسية جراء هذا المرض الخطير الذي خلف أثاره في حياة الحالة.

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
1	يزعجني أنني لن أعود إلى الحياة الدنيا بعد موتي	X				

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

2	أحاول تجنب التفكير في الموت	X			
3	أنزعج عند سماعي أحاديث عن الموت	X			
4	أود لو يبتعد الناس عن إستخدام كلمة(الموت)	X			
5	أتمنى لو ان الموت داء له دواء	X			
6	أشعر بالضيق و الحزن عندما أرى جنازة	X			
7	أخاف الإقتراب من النعش و لمسہ	X			
8	أخاف زيارة المقابر بمفردي	X			
9	أفرع لو رأيت قبرا مفتوحا	X			
10	أخاف أن اموت بطريقة مؤلمة	X			
11	أخاف أن أكون وحدي عندما أموت	X			
12	أخاف أن أموت بشكل مفاجيء	X			
13	أخاف ان أنام و لا أستيقظ بعد ذلك	X			
14	أخاف من عملية الإحتضار	X			
15	يزعجني ترك الأحبة خلفي عندما أموت	X			
16	أنزعج عند المشاركة بغسيل جثة ميت	X			
17	أكره الجلوس بجانب شخص يحتضر	X			
18	أخاف من المشاركة بغسيل جثة ميت	X			
19	أخاف رؤية وجه الميت	X			
20	مرضي يجعلني أخاف من الموت	X			
21	ينتابني الخوف إذا أبلغني الطبيب أن أجري عملية جراحية	X			
22	أخاف من توقف قلبي بشكل مفاجيء	X			
23	أشعر بالقلق إذا نفذ علاج المرض الذي أعنيه من عندي	X			
24	أنزعج عندما أسمع أن أحد الأشخاص توفي بمثل مرضي	X			
25	ينتابني القلق إذا اضطرت لزيارة مريض بمثل مرضي في المستشفى	X			

الحالة الثانية :

1 - تقديم الحالة الثانية :

(م) أنثى تبلغ من العمر 47 سنة متزوجة، ليس لديها أطفال مستواها الدراسي السادسة إبتدائي، مستواها الإقتصادي متوسط تعيش مع زوجها و زوجته الثانية و ابن الزوجة البالغ من العمر 3 سنوات، أم الحالة مريضة و مقعدة في الفراش، الأب متوفي لها أختها مريضة أيضا بالفشل الكلوي منذ 3 سنوات.

2 - الملاحظة

ملاحظات مباشرة	ملاحظات غير مباشرة
الشرود . - ذات طبع إجتماعي -	الحالة (م) نضيفة الجسم و الهندام - متسقة اللباس - استعمال اليدين بكثرة أثناء الحديث - الإبتسام - شحوبة الوجه -

التحليل الكمي للملاحظة للحالة الثانية:

من خلال المقابلات التي اجريها مع الحالة (م) في حصص عديدة وذلك من خلال اعتمادي على الملاحظة المباشرة و غير المباشرة تبين أن الحالة جد متأثرة من الوضع الذي ألت اليه ويتجلى ذلك من خلال الاعراض الجسدية البادية عليها والتوتر الشديد حيث تستعمل اليدين بكثرة أثناء الحديث وأحيانا الابتسامة وشحوبة الوجه والاصفرار أحيانا والشكوى الدائمة من ألم الرجلين كما تبدو عليها أعراض نفسية منها القلق والشرود وهذا ما أدى بها الى الشعور الدائم بالقلق وخوفها الشديد من قلق الموت في قولها أخاف من الموت فجأة(على غفلة) وفي قولها أيضا الخوف من ترك أفراد عائلتي بعدي كما أن الحالة تتميز بأنها ذات طابع اجتماعي لها علاقات طيبة مع المرضى والعمال.

3 - تحليل محتوى المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة :

أ - تقطيع المقابلة إلى وحدات :

الرقم	العبرة
1	لباس
2	ملوحة
3	مع خاوتي كيف كيف
4	مع الجيران ملوحة
5	كي تكون مناسبة نروحو
6	عندي 13 سنة و انا نصفي
7	السبة تاعي لاطونسيو
8	كنت بالحمل عندي 7 شهر
9	كي رحت لطبيب قالي لاطونسيون تاعك راهي طالعة
10	و مانتلك الصغير في كرشك
11	زت في الحمل الثاني كيف كيف ماتلي الصغير
12	محسيت بوالو كي طلعتلي لاطونسيو
13	كي قالي الطبيب حبسو كلاويك
14	مصدقنش
15	حاجة ربي
16	العائلة ثاني تقبلوا
17	قالوا حاجة ربي
18	زوج تاعي واقف معايا
19	ميخلنيس نخدم في الدار
20	خاصة نهار كي نجي نصفي
21	ربي يسمحوا
22	واقف معايا حتى بعد ما تزوج
23	راني ساكنة معاه و مع الزوجة نتاعو
24	عندي ثاني مرض التهاب المفاصل

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

25	عندي اختي ثاني عندها 3 سنين و هي تصفي
26	عندي رجليا يوجعوني بزاف
27	قالي الطبيب مندرلكش العملية ذرك
28	كي نكمل التصفية نحس روجي غلبانة
29	و نحب كي نروح نرقد
30	أثر عليا
31	وليت نحس روجي منيش قادرة نتحمل مسؤولية الدار
32	بصح حمد لله
33	راجلي معاوني بزاف
34	ساعات نرقد مليح
35	و ساعات لالا
36	تقلقني لافيس تيل
37	نخاف لا تحبلي
38	صعيبية بزاف
39	نخاف من الموت
40	كي نشوف واحد ميت
41	نقول حتى انا تجي دالتي
42	نتمنى ميحبسوش رجليا
43	نتمنى ربي يعطينا الصبر
44	و ربي يجبلنا الشفا

ب - توزيع و تجميع الوحدات في فئات وحساب تكرارها :

الجدول الأول : العلاقات الإجتماعية

لفئة الرئيسية	الفئة الفرعية	العبارات الدالة عليها	التكرار	لنسبة المئوية
العلاقات الاجتماعية	طبيعة العلاقات الاجتماعية و نمط المعاملة	/	/	/
	المعاملة من طرف الأم	/3	1	%11.11
	المعاملة من طرف الإخوة	/4	1	%11.11
	المعاملة من طرف الزوج	35/25/24/23/21/20	6	%66.66
	المعاملة من طرف الجيران	/5	1	%11.11
المجموع	/	/	9	%99.33

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول رقم (1) و الذي يمثل فئة العلاقات الاجتماعية، كفئة رئيسية إشتملت على 4 فئات فرعية تمثل طبيعة العلاقات الاجتماعية و نمط المعاملة من طرف الأم و الإخوة و زملاء العمل و الجيران، حيث نلاحظ أن فئة المعاملة من طرف الزوج جاءت بأعلى تواتر 6 و بنسبة مئوية تقدر ب 66%، تليها فئة المعاملة من طرف الأم و الإخوة والجيران بنفس التواتر 1 و بنسبة مئوية تقدر ب 11.11%.

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

النسبة المئوية	التكرار	العبارات الدالة عليها	الفئات الفرعية	الفئة الرئيسية
%22.22	6	/13/12/11/10/9/8	بداية الإصابة	القصور الكلوي
%14.81	4	/28/27/26/7	مدة المرض	
%22.22	6	/37/36/31/30/15/14	الأعراض الجسدية	
%25.92	7	40/39/38/33/32/17/16	الأعراض النفسية	
%7.40	2	/29/22	العلاج	
%7.40	2	/34/19	التعايش مع المرض	
%77.75	27	/	/	المجموع

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول رقم (2) و الذي يمثل محور الإصابة بالقصور الكلوي لفئة رئيسية إشملت على 4 فئات فرعية تمثل فئة بداية الإصابة و فئة الأعراض الجسدية و فئة الأعراض النفسية و فئة التعايش مع المرض، حيث جاءت فئة الأعراض النفسية بأعلى تواتر 7 و بنسبة مئوية تقدر ب 25.92%، تليها فئة بداية الإصابة و الأعراض الجسدية بتواتر 6 و بنسبة مئوية تقدر ب 22.22%، ثم تليها فئة مدة المرض بتواتر 4 و نسبة مئوية تقدر ب 14.81%، و يليها فئة العلاج و التعايش مع المرض بنفس التواتر 2 و بنسبة مئوية تقدر ب 7.40%.

الجدول الثالث : قلق الموت

النسبة المئوية	التكرار	العبارات الدالة عليها	الفئات الفرعية	الفئة الرئيسية
%66.66	2	43/41	الآثار النفسية	قلق الموت
%33.33	1	42	أثار الخوف من الموت	
%99.99	3	/	/	المجموع

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول رقم (3) الذي يمثل فئة قلق الموت كفئة رئيسية إشتملت على فئتين فرعيتين الأولى تمثل قلق الموت و الثانية تمثل فئة آثار الخوف من الموت، و الملاحظ أن فئة الآثار النفسية جاءت بأعلى تواتر 2 تكرارات و بنسبة مئوية تقدر ب 66.66%، في حين كانت آثار الخوف من الموت بتواتر 1 و بنسبة مئوية تقدر ب 33.33%.

الجدول الرابع : الأفاق المستقبلية

الفئة الرئيسية	الفئات الفرعية	العبارات الدالة عليها	التكرار	النسبة المئوية
الأفاق المستقبلية	النظرة للمرض	40	1	20%
	النظرة للمستقبل	46/45/44	3	60%
	النظرة للذات	33	1	20%
المجموع	/	/	5	100%

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول رقم (4) و الذي يمثل الأفاق المستقبلية كفئة رئيسية و الذي يشتمل على ثلاث فئات فرعية تتمثل في نظرة الحالة للمرض، نظرتها للمستقبل و النظرة للذات، و ما نلاحظه أن أعلى تواتر كان لفئة النظرة للمستقبل ب 3 و بنسبة مئوية تقدر ب 60%، تليه فئة النظرة للذات بتواتر و بنسبة و النظرة للمرض بتواتر 1 و بنسبة مئوية تقدر ب 20%.

الرقم	الفقرة	درجة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
1	يزعجني أنني لن أعود إلى الحياة الدنيا بعد موتي	X				
2	أحاول تجنب التفكير في الموت		X			
3	أنزعج عند سماعي أحاديث عن الموت	X				
4	أود لو يبتعد الناس عن إستخدام كلمة(الموت)		X			
5	أتمنى لو ان الموت داء له دواء	X				
6	أشعر بالضيق و الحزن عندما أرى جنازة	X				
7	أخاف الإقتراب من النعش و لمسها	X				

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج

8	أخاف زيارة المقابر بمفردي	X			
9	أفرع لو رأيت قبراً مفتوحاً	X			
10	أخاف أن أموت بطريقة مؤلمة				
11	أخاف أن أكون وحدي عندما أموت	X			
12	أخاف أن أموت بشكل مفاجيء		X		
13	أخاف ان أنام و لا أستيقظ بعد ذلك	X			
14	أخاف من عملية الإحتضار		x		
15	يزعجني ترك الأحبة خلفي عندما أموت		X		
16	أنزعج عند المشاركة بغسيل جثة ميت				X
17	أكره الجلوس بجانب شخص يحتضر	X			
18	أخاف من المشاركة بغسيل جثة ميت	X			
19	أخاف رؤية وجه الميت	X			
20	مرضي يجعلني أخاف من الموت			X	
21	ينتابني الخوف إذا أبلغني الطبيب أن أجري عملية جراحية			X	
22	أخاف من توقف قلبي بشكل مفاجيء	X			
23	أشعر بالقلق إذا نفذ علاج المرض الذي أعنيه من عندي		X		
24	أنزعج عندما أسمع أن أحد الأشخاص توفي بمثل مرضي	X			
25	ينتابني القلق إذا اضطرت لزيارة مريض بمثل مرضي في المستشفى	X			

4 - التحليل الكيفي للحالة الثانية:

- الحالة (م) أنتى تبلغ من العمر 47 سنة تعاني من أمراض عضوية منها إلتهاب المفاصل.
- علاقتها مع زوجها جيدة و مع زوجته كذلك لقولها : "ملاح معايا الساعة هاذي نقولو الحمد لله"، و الحالة تنثني على زوجها لأنه قدم لها الدعم.
- لها علاقات إجتماعية جيدة لقولها "الأطباء و الفراملا متهلين فينا رب يسمحلهم".

- و الحالة تخاف كثيرا من الموت لقولها : "تخاف نشوف ميت قدامي منشيتش".
- كما أن الحالة لديها خوف كبير من توقف لافيستسل لقولها : "صعبية بزاف و المرض هذا صيب بزاف تحبس لافيستيل"
- لديها إضطرابات في النوم حسب خطابها : "ساعات منرقدش".
- و في الأخير نستنتج أن الحالة (م) لديها قلق موت مرتفع بنسبة 110 درجة و ذلك بسبب قلقها على أمها المتبقية و أختها.

ثانيا : الاستنتاج العام للحالات:

بعد تطبيق مقياس قلق الموت وتحليل النتائج على ضوء الفرضيات والتحليل الكمي والكيفي للمقابلات النصف التوجيهية استنتجنا أن مرضى القصور الكلوي والذي يعتبر مرض مزمن وخطير على حياة المصاب ويجعله في حالة من التهديد المستمر والخوف الشديد من الموت في أي لحظة بسبب أعراضه البادية والمؤثرة من الناحية الجسدية والنفسية بسبب فشل الجهاز الكلوي عن تادية وظيفته الاساسية والمتمثلة في عملية التصفية والتي تجعل الشخص المصاب به في حالة نفسية وجسدية جد متهورة مما يؤثر نفسيا عليهم ويجعلهم في حالة انهيار دائم واحساس بالنقص ونظرا كذلك من خطورة المرض والذي يؤدي الى شعورهم بحالة دائمة من الخوف والذي يتطور تدريجيا كما هو الحال مع الحالتين الى قلق الموت والذي أصبح هاجس كبير في حياتهم وانعكس ذلك جليا عليهم من خلال أفكارهم السوداوية واضطراب نومهم وكل هذا بسبب طبيعة المرض وخطورته التي تعتبر كمحك أساسي لتطور فكرة الموت وسيطرتها عليهم وعلى حالتهم النفسية خاصة قبل عملية التصفية وبعدها وأثناء رؤيتهم للأجهزة في أول مرة والصدمة الشديدة التي يتلقونها اول مرة عند اخبارهم بانهم مصابون بالفشل الكلوي وأنهم مجبرون على استعمال التصفية وهذا ما خلف لديهم جرح عميق واسى شديد لمى اصبحو عليه الآن.

نستنتج أن الحالتين لديهم الشعور بالنقص بسبب المرض هذا ما أكدته "آدler" في قوله : "الشعور بالنقص عنده يتضمن معنى القلق إهتم به و إعتبره الدافع الأساسي للأمراض العصبية.

و هذا ما أكدته الحالة الأولى في قولها (هذا المرض مانزوجج ما نجيب ولاد).

و الحالة الثانية ترى بأنها و غير أصبحت عاجزة عن أداء دورها كزوجة و غير قادرة على تحمل المسؤولية.

ثالثا : تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

تتمحور إشكالية دراستنا حول قلق الموت لدى المصابين بالقصور الكلوي، حيث إنطلقنا من فرضية عامة تمثلت في: يعاني المصاب بالقصور الكلوي وقلق الموت و قد إعتدنا على المنهج العيادي و إستخدمنا أدوات تمثلت في المقابلة العيادية النصف موجهة و مقياس قلق الموت.

و بعد دراستنا للجانبين و تحليل النتائج الحاليتين نشعران بالنقص و هذا ما أكدته "أدلر" في قوله و كذلك يشتركون في الآثار التي سيتركها الموت على أفراد الأسرة.

يشتركان في العلاقات الإجتماعية .

هنا تحققت الفرضية العامة : يعاني المصاب بالقصور الكلوي من قلق الموت.

الإقتراحات :

في إطار الدراسة التي قمنا بها و النتائج التي توصلنا إليها، نود أن نضيف في الأخير بعض الإقتراحات في هذا المجال و التي تتمثل فيما يلي :

- 1- توسيع نطاق البحث بين مختلف الاختصاصات العلمية التي لها صلة بالموضوع.
- 2- تفعيل الوسائل الإعلامية المختلفة التي تلعب دورا كبيرا في توعية الناس و تعريفهم بأهم الأمراض التي تصيب الكلى و التي تعتبر مؤشرا للقصور الكلوي، و ذلك لأهمية اكتشاف المرض في الوقت المبكر و تشخيصه قبل أن يتفاقم المرض و يصعب علاجه.
- 3 - توعية الأسرة بدورها الكبير في التكفل بمرضى القصور الكلوي، انطلاقا من الاكتشاف المبكر وصولا إلى كيفية التعامل معه.
- 4- الاهتمام أكثر بهذه الشريحة الهامة و إلقاء الضوء عليها، لأنها حقا تستحق العناية جراء معاناتهم من قلق الموت.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

- 1- أديب محمد الخالدي، (2009)، المرجع في الصحة النفسية، ط1، دار وائل للنشر و التوزيع.
- 2- أمل إبراهيم عبد الخالق رؤوف، (2013)، قلق التفاعل، ط1، عمان، دار الصفاء للنشر و التوزيع.
- 3- حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي، (2013)، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء للطباعة و النشر.
- 4- حسين فايد، (2003)، الإضطرابات السلوكية تشخيصها-أسبابها-علاجها، طيبة للنشر و التوزيع.
- 5- سامي محمد الختاتنة، (2013)، دليل المقاييس و الإختبارات النفسية و التربوية، الأردن، دار النشر و التوزيع.
- 6- شيلي تايلور، (2008)، علم النفس الصحي، ط1، عمان، دار حامد للنشر و التوزيع.
- 7- صالح محمد أبو جادو، (2004)، علم النفس التطوري الطفولة و المراهقة، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- 8- صقر محمد صقر، الطب و الحياة، أمراض الكلى.
- 9- عبد اللطيف حسين فرج، (2009)، الإضطرابات النفسية، ط1، دار الحامد للنشر و التوزيع.
- 10 غفيل الغامدي، (2004)، رعاية الكلى، العدد
- 11- فاروق السيد عثمان، (2001)، القلق و إدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي للطبع و النشر.
- 12- فاروق مصطفى، (2011)، مدخل إلى علم الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- 13- محمد جاسم العبيدي، (2009)، علم النفس الإكلينيكي، ط1، عمان، دار الثقافة.
- 14- محمد حسن غانم، (2011)، المرأة و إضطرابات القلق، القاهرة، إيتراك للنشر و التوزيع.

15-مصطفى نوري القمش، (2007)، الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع.

16-ناصر الدين أبو حامد، (2008)، الإرشاد النفسي و التوحيد المهني، ط1، عمان، جدا للكتاب العالمي للنشر و التوزيع.

17- نايفة فطامي، (1989)، طرق دراسة الطفل، ط1، دار وائل للنشر و التوزيع.

18-نبيل صالح سفيان، (2004)، المختصر في الشخصية و الإرشاد النفسي، ط1، القاهرة، إيتراك للنشر و التوزيع.

19- هناء أحمد محمد الشويخ، (2009)، برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية و الفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء للطباعة و النشر.

20- وليد يوسف سرحان، (2013)، الصحة النفسية، ط1، القاهرة.

رسائل الماجستير:

1-غالب رضوا مقداد،(2011)،قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات.

2-باشا نوال، (2009)، تفسير مرضى القصور الكلوي المزمن و أثره على العلاقات الإجتماعية للمصابين بالفشل الكلوي.

المراجع باللغة الأجنبية :

Speillger,1983,contenparrrnyBèchassionstherapny,My life publishurycompany.

قائمة الملاحق

الملاحق

الملحق رقم (1) : بروتوكول الحالة الأولى :

س : كيف هي علاقتك بأهلك ؟

ج1- الأم نتاعي مليحة بزافمعايا، تحبني و تقدرني بزاف تعاملني معاملة مليحة، هي الأم و الأب في نفس الوقت متخلنيش نخدم في الدار.

س كيف هي علاقتك بإخوتك؟

ج2- علاقتي بالإخوة نتاعي مليحة بزاف يشتوني و يقدروني خاصة لولاد ملاح معايا بزاف.

س كيف هي علاقتك بزملاء العمل ؟

ج3- علاقتي معاهم مليحة بزاف و نتعامل معاهم في الخدمة كامل يحبوني و مساندينين بزاف خاصة كي مرضت واقفين معايا.

س : كيف هي علاقتك بجيرانك ؟

ج4- جيرانا نعم الناس كامل يعاملوني مليح.

س : كيف اكتشفتي المرض اول مرة ؟

ج5- كنت مريضة من قبل بكلاويا و كنت نداوي عليهم عامين و انا نداوي عليهم حتى حبست خلاص و هنا زادت حالتي وليت نهج و نفشل و تنفخت بزاف.

س : ماهي الاجراءات التي قمتي بها ؟

ج6- بديت اول حاجة رحت نسقي على التصفية كيفاش و كتاش على خاطر جامي شفت الماشينة.

س : ما هي الاعراض التي بدأت تظهر عليك ؟

ج7- فقدت الوزن، حالتي تدهورت وش راح نقلك غاضتني روحي كيفاش كنت و كيفاش وليت ولات عندي صعوبة في التنفس منقدرش نرقد.

س كيف كانت ردة فعلك عند اكتشاف المرض ؟

ج8- تشوكتيت صح كنت مريضة بكلاويا بصح محطيتشي حبسو خلاص غاضتني روحي بزاف، بزاف حوايج ولات ناقصة فيا وليت نحب نقعد وحدي لدرجة أنه 4 شهر و أنا فالدار وليت منشيتش نخرج خلاص منحش نشوف حتى واحد، لدرجة أي رحت 3 أخصائيين نفسانيين مفهموش عليا كامل قالولي نفس لهدرة و خميتي في فكرة الإنتحار و لا لا لا ؟ قلناهم مخميتش فيها أنا صح تأثرت بزاف بمرضي

بصح مش لدرجة الإنتحار عطاوني الدواوات زادو عليا لدرجة وليت نشوف في حوايج و كوابيس و مباعد حسبتهم لدرجة رقاد تقطع عليا.

س كيف تتعاملين مع مرضك ؟

ج9- بديت نوالف واش راح ندير كيما بديت نصفي أول مرة صح متقبلتش خلاص و نقلك ساعات نكره بصح ضرك نتعامل مع مرضي عادي نورمال متعايشة معاه ولى أمر عادي بالنسبة ليا.

س كيف تكون حالتك قبل عملية التصفية ؟

ج10- قبل مانروح نصفي نكره ساعات و ساعات نورمال.

س بعد الانتهاء من التصفية بماذا تشعرين ؟

ج11- كي نصفي و نكمل ساعات نحس روعي غلبانة آخر لدرجة نولي منحسش.

س هل تقلقين ؟

ج12- نقلق بزاف خلاص نحس ديما بحاجة تخصني.

س هو الشيء الذي يجعلك تقلقين ؟

ج13- أكثر حاجة تقلقني نظرة الشفقة نتاع دارنا و نتاع الناس خاصة كيما يقولولي مسكينة.

س هل تخافين من الموت ؟

ج14- منخافش من الموت هاذي حاجة ربي.

س عندما ترين شخص ميت امامك بماذا تحسين ؟

ج15- كي نشوف الميتين قدامي نخشع و نقول هاذي حالتنا كامل بصح في نفس الوقت و كي نشوف جنازة برة نقول انا ثاني جاي نهار و نموت.

س عندما يحدثونك عن الموت بماذا تشعرين ؟

ج16- كي يحكولي على الموت، تزيد الرهبة نتاعي منها و تحس بحاجة تخنق فيا، و نقولهم عادي ميتين ميتين.

س ما هي نظرتك للمرض ؟

ج17- المرض نتاعي مش عادي ماهوش ساهل في سبة المرض هذا أخسرت بزافحوايج خسرت صحتي.

س ماهي نظرتك للمستقبل ؟

ج18- نظرتي للمستقبل محدودة بزاف، بضح كي نحم في مستقبلي نقلق بزاف أمالي كامل تحطمت .
س ما هي نظرتك لذاتك ؟

ج19- واش راح نقولك، نحس روحي إنسانة عاجزة، ناقصة، المرض هذا ميخليني نزوج ماندير دار ما نجيب ولاد، وقتي كامل راح في التصفية يخليك كشغل مقيدة نحس روحي منيش مستقلة.
- منيش قادرة ندير حتى حاجة حتى نروح هكاك فرات راحت النفحة في كلش وليت نودر في الوقت فرات.

س ماذا تتمنين ؟

ج21- نتمنى نولي إنسانة طبيعية و نعيش حياة طبيعية نزوج و نجيب ولاد هذي أمنية كل واحد مريض كيما مرضي.

ملحق رقم (2) : إستجابات مقياس قلق الموت للحالة الأولى:

التعليمة : بين أيديكم مجموعة من الأسئلة، راجيا التكرم بالإجابة عليها، و ذلك بوضع إشارة (X) أمام كل فقرة، بحسب البديل الذي ترويه يناسبكم و نأمل توخي الصدق و الدقة و الموضوعية في ذلك خدمة لأهداف البحث العلمي، عما بأن الإستجابات ستعامل بسرية تامة و لن تستخدم إلا لأغراض البحث باشا نوال، (2009)، تسيير مرضى القصور الكلوي المزمن و أثره على العلاقات الإجتماعية للمصابين بالفشل الكلوي باشا نوال، (2009)، تسيير مرضى القصور الكلوي المزمن و أثره على العلاقات الإجتماعية للمصابين بالفشل الكلوي هي علاقتك مع اخوتك ؟

ج مع خاوتي كيف كيف

س كيف هي علاقتك مع الجيران ؟

ج مع الجيران مليحة كي تكون مناسبة نروح

س كم عندك و انت مصابة ؟

ج عندي 13 سنة و انا نصف السبة تاعي لاطونسيون كنت بالحمل عندي 7 شهر كي

رحت لطبيب قالي لاطونسيون تاعك طالعة و ماتلك الصغير في كرشك زت في الحمل

الثاني كيف كيف ماتلي الصغير

س ما هي الاعراض التي ظهرت عليك في بداية المرض ؟

ج ماحسيت بوالو كي طلعتلي لاطونسيون

س كيف كانت ردت فعلك ؟

ج مصدقتش من بعد قلت حاجة ربي

س كيف كانت رد فعل العائلة ؟

ج قالولي حاجة ربي

س كيف كانت ردة فعل زوجك ؟

ج الزوج تاعي واقف معايا ميخلينيش نخدم في الدار خاصة كي نهار نجي نصفي ربي

يسمحلو واقف معايا حتى بعد ما زوج

س هل يسكن معك و مع زوجته ؟

ج ايه راني ساكنة معاه و مع الزوجة تاعو

س هل لديك امراض اخرى ؟

ج عندي ثاني مرض التهاب المفاصل و عندي ختي ثاني عندها 3 سنين و هي تصفي و

عندي رجليا يوجعوني بزاف قالني الطبيب مندرلكش العملية ذرك

س بعد الانتهاء من التصفية بماذا تشعرين ؟

ج كي نكمل التصفية نحس روجي غلبانة و نحس كي نروح نرقد

س هل اثر المرض على علاقتك الزوجية ؟

ج هيه وليت نحس روجي منيش قادرة نتحمل مسؤولية الدار بصح حمد لله راجلي معاوني

بزاف

س هل لديك اضطرابات في النوم ؟

ج ساعات نرقد مليح و ساعات لالا

س ما هو اكثر شيء يقلقك ؟

ج تقلقني لافيستيل فرات نخاف لتحبسلي خاطر صعبية بزاف

س هل تخافين من الموت ؟

ج هيه نخاف من الموت

س كيف تكون ردة فعلك عندما ترين شخص امامك ميت ؟

ج نقول حتى انا تجي دالتي

س ماذا تتمنين ؟

ج نتمنى ميجبسوش رجيا نتمنى ربي يعطينا الصبر و يجبلنا الشفا .

ملحق رقم (4) : مقياس قلق الموت للحالة الثانية

التعليمة : بين أيديكم مجموعة من الأسئلة، راجيا التكرم بالإجابة عليها، و ذلك بوضع إشارة (x) أمام كل فقرة، بحسب البديل الذي ترونه يناسبكم و نأمل توخي الصدق و الدقة و الموضوعية في ذلك خدمة لأهداف البحث العلمي، عما بأن الإستجابات ستعامل بسرية تامة و لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
1	يزعجني أنني لن أعود إلى الحياة الدنيا بعد موتي					
2	أحاول تجنب التفكير في الموت					
3	أنزعج عند سماعي أحاديث عن الموت					
4	أود لو يبتعد الناس عن إستخدام كلمة(الموت)					
5	أتمنى لو ان الموت داء له دواء					
6	أشعر بالضيق و الحزن عندما أرى جنازة					
7	أخاف الإقتراب من النعش و لمسها					
8	أخاف زيارة المقابر بمفردي					
9	أفزع لو رأيت قبرا مفتوحا					
10	أخاف أن اموت بطريقة مؤلمة					
11	أخاف أن أكون وحدي عندما أموت					

					أخاف أن أموت بشكل مفاجيء	12
					أخاف ان أنام و لا أستيقظ بعد ذلك	13
					أخاف من عملية الإحتضار	14
					يزعجني ترك الأحبة خلفي عندما أموت	15
					أنزعج عند المشاركة بغسيل جثة ميت	16
					أكره الجلوس بجانب شخص يحتضر	17
					أخاف من المشاركة بغسيل جثة ميت	18
					أخاف رؤية وجه الميت	19
					مرضي يجعلني أخاف من الموت	20
					ينتابني الخوف إذا أبلغني الطبيب أن أجري عملية جراحية	21
					أخاف من توقف قلبي بشكل مفاجيء	22
					أشعر بالقلق إذا نفذ علاج المرض الذي أعنيه من عندي	23
					أنزعج عندما أسمع أن أحد الأشخاص توفي بمثل مرضي	24
					ينتابني القلق إذا إضطرت لزيارة مريض بمثل مرضي في المستشفى	25

الخاتمة

خاتمة :

من خلال ما توصلنا إليه في هذه الدراسة تبين أن المصابين بالقصور الكلوي يعانون من قلق الموت و لكن بدرجات مختلفة فمنهم من لديه قلق مرتفع و منهم من لديه قلق متوسط و يبقى موضوع قلق الموت من المواضيع الصعبة خاصة إذا كان هذا القلق مصاحب لمرض خطير ألا و هو مرض الفشل الكلوي و الذي يترك آثار نفسية و إجتماعية عميقة.

ان ما يمكننا ان نختتم به هذه الدراسة هو التاكيد على مدى ضرورة واهمية ارفاق العلاج الطبي بتدخل وتكفل نفسي، من شأنه ان يخفف من وطأة الإصابة بالقصور الكلوي التي لاتقل اثارها النفسية عن الإصابة نفسها، ولهذا يجب الإهتمام بهذه الفئة من المرضى، ليكون من هنا دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي التدخل والتكفل النفسي، والتي من شأنها ان تمتص نقمة المريض على الإصابة، وتخفف من حدة القلق، وربما امكن اخراجه من دائرة الاكتئاب، وابعاده عن فكرة الموت وجعله اكثر تقبلا لمرضه ولذاته، واكثر تواصلا مع من حوله، والتي يعتمدونها بمؤشرات التوافق النفسي، ومن اهم الأهداف التي يسعون اليها، ولتحقيق هذه الأهداف ذات الوزن الثقيل يكون من الأجدر توفير احسن الطرق والتقنيات وتكون كامل ومتكامل للأخصائي النفسي الإكلينيكي وفقا لما يخدم هذه الأهداف

ملخص الدراسة :

- تهدف الدراسة الحالية الى معرفة مستوى قلق الموت لدى المصابين بالقصور الكلوي وقد اعتمد في الدراسة على مايلي:
- المنهج العيادي الذي يشتمل على دراسة الحالة والمقابلة العيادية نصف توجيهية والملاحظة كما اعتمدتو على مقياس قلق الموت لرونلد تمبلر واعتمدنا على فرضية عامة يعاني المصاب بالقصور الكلي من قلق الموت وكانت اشكالية الدراسة :
- ما مستوى نسبة قلق الموت لدى المصاب بالقصور الكلوي.

الكلمات المفتاحية:

قلق الموت،القصور الكلوي

Rèsumè

La prèsent ètude vise a dè terminer le niveau d'anxiete de la mort chez les patients atteints d'insuffisance rènale

L'etude était sasée sur cequisuit : l'appach clinique que compremnait

l'ètude de cas et l'entretienne clinque semi dirigée et l'observation

il a également ètè adaptè a' l'èchelle de l'anxiète de la mort par Ronald

Timbler

il était basè sur une prèmisse gènèrale :

le patient avec l'insuffisance rènale souffre de l'angoisse de la mort

avec de diffèrents vilos

le problème de l'étude était Le niveau d'anxiété de mort chez le patient
atteint d'insuffisance rénale

_les _mots clés :

Anxiété de la mort _insuffisance rénale