

## فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمركز الجُميح بمدينة الأبيض

\*\*إعداد 1/ د. عادل إسماعيل عبدالرحمن أبو الحسن ، أستاذ علم النفس التربوي المشارك ، جامعة كردفان، كلية التربية

00249122287676 تلفون ----- [aiabuelhassanadil2025@gmail.com](mailto:aiabuelhassanadil2025@gmail.com)

2 / أ. تيسير اسماعيل مهاجر حمدين ، مرشد نفسى بوزارة الصحة ، مدينة الابيض ، ولاية شمال كردفان

00249964841221 تلفون ----- [Sama89970@gmail.com](mailto:Sama89970@gmail.com)

الملخص :

تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الأبيض ، بالإضافة الى الكشف عن الفروق الفردية في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الأبيض تبعاً لمتغير النوع( ذكر، أنثى) و متغير العمر الزمني للمريض (( 15-25)، (26-35)، (36-45)، (46-59)، (أكبر من 59 سنة)). تم استخدام المنهج التجريبي. بلغت عينة الدراسة 100 مريضاً ومريضةً من مجتمعها البالغ 280 مريضاً ومريضةً ، والتي تم اختيارها بالطريقة القصدية . تمثلت أداة الدراسة في مقياس بيك للإكتئاب ترجمة عبدالفتاح قريب ، وبرنامج العلاج السلوكي المعرفي لتخفيف الاكتئاب من إعداد الباحثين . تم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) من خلال معامل ألفا كرونباخ ومعامل سبيرمان- براون ، واختبار (ت) T.test ، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA) ، والوسط الحسابي والانحراف المعياري. توصلت الدراسة الي النتائج التالية : وجود فروق دالة إحصائياً ( $p < 0.05$ ) في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي قبل وبعد تطبيق البرنامج ، وهي لصالح بعد التطبيق . وجود فروق دالة إحصائياً ( $p < 0.05$ ) في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي تبعاً للنوع ( ذكر ، أنثى ) وهي لصالح الذكور . وجود فروق دالة إحصائياً ( $p < 0.05$ ) في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي تبعاً لمتغير العمر الزمني للمريض (( 15-25)، (26-35)، (36-45)، (46-59)، (أكبر من 59 سنة))،

وهى لصالح الفئة العمرية (46- 59) . لهذا توصى الدراسة بأهمية استخدام العلاج السلوكى المعرفى فى تخفيف الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى .

**كلمات مفتاحية :** العلاج السلوكى المعرفى فى تخفيف الإكتئاب ، الإكتئاب ، مرضى الفشل الكلوى ، مدينة الأبيض .

The effectiveness of cognitive behavioral therapy in alleviating depression in patients with renal failure in Aljomaeh centre in Alobied city

Prepared by:

1- Adil Ismael A. Abu Elhassan, Associate Professor in Educational Psychology , University of Kordofan , Faculty of Education.

[Adil341@yahoo.com](mailto:Adil341@yahoo.com)

2-Tysear Ismael Mohager Hammedain ,Counselor in Ministry of Health , in Alobied Town, North Kordofan State.

### Abstract

This study aimed to identify the effectiveness of cognitive behavioral therapy in alleviating depression among patients with renal failure according to (gender & age )in Aljomaeh centre in Alobied Town . The sample consist of 100 patients (males and females) (55) of males and (45) of females. The study tools are The cognitive behavioral therapy program for depression alleviation prepared by the researchers and the Beck depression scale translated by Abd Alfettah Gareeb. The data were analyzed by using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) programme through Alpha Cronabach coefficient beside, Coefficient of Spearman and Brown, One way analysis (ANOVA), Arithmetic, Mean and Standard deviation. The study attained the following results: Existence of significant statistical differences in effectiveness of cognitive behavioral therapy in alleviating depression among patients with renal failure at the

level (0.05) before and after the application of the cognitive behavioral programme in favour of the post application . Existence of significant statistical differences in effectiveness of cognitive behavioral therapy in alleviating depression among patients with renal failure at the level (0.05) between the average of males and average of females in favour of the males. Existence of significant statistical differences in effectiveness of cognitive behavioral therapy in alleviating depression among patients with renal failure at the level (0.05) according to age((15-25), (26-35) , (36-45), (46-59), (more than 59 years)) in favor of (46-59) . Therefore, the study recommended the use of cognitive behavioral therapy to alleviate depression in patients with renal failure.

**Key words:** Cognitive behavioral therapy in alleviating depression, depression, patients with renal failure, Alobied Town.

#### تمهيد :

إنّ الحالة الصحية للفرد تلعب دوراً حيوياً في صحته النفسية، لأنّ العلاقة بين النفس والجسم علاقة تفاعلية، فقد تلعب الأمراض الجسمية دوراً مهماً في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية، وفي المقابل اتضح بأنّ الحالة النفسية للفرد تؤثر على الحالة الجسمية، ومن بين الاضطرابات النفسية التي نالت الإهتمام الأوفر والأولية في التشخيص والبحث الاكتئاب، فقد حظى هذا الاضطراب باهتمام الباحثين بغرض الكشف عن طبيعته وأسبابه ومدى انتشاره في المجتمع (معمرية: 2000 ، 122 )، كما أنّ الاكتئاب من الأمراض التي لا يزال انتشارها يتسع يوماً بعد يوم؛ الأمر الذي يجعل من الضروري فهم هذا المرض على حقيقته، منعاً للإلتباس، وتسهيلاً لإكتشافه منذ بدايته، وقبل أن يستفحل ويصل إلى مراحل القسوى .

أمّا في العصر الحديث فقد نشط البحث العلمي في مجال الطبّ النفسى بصفة عامة، وظهرت النظريات الحديثة التي تحاول تفسير أسباب الأمراض النفسية ، ووصف علاماتها لاسيما وأنّ الانسان عبر مسيرة حياته يصبح عرضةً للعديد من الاضطرابات النفسية نتيجة لتعقد الحياة وصعوباتها ومشاكلها . وتقوم نظرية "فرويد" بالنسبة لمرض الاكتئاب على أنّه نتيجة مباشرة لفقد شيء مهم بالنسبة للفرد ونتيجة للضغوط والعوامل المحيطة به (الشربيني:26.1991) .

والجدير بالذكر أنّ هنالك علاقة طردية ومتسارعة بين تقدم وتطور المجتمعات، والتسابق المحموم نحو السيطرة، واكتساب الماديات، و انتشار الأمراض الخطيرة ، من بينها الفشل الكلوى، هذا المرض العضال الذى أصبح يشكلّ هاجساً مستمراً للمرضى وأسرهـم ، ممّا يخلف العديد من الاضطرابات النفسية أهمّها الحزن والتشاؤم ، وعدم تقدير الذات، كما أنّ علاجه يصعب تحقيقه على المدى البعيد.

لذا أصبحت دراسة هذا الموضوع مطلباً علمياً، وطبياً، ونفسياً، واجتماعياً وإنسانياً، لهذا تحاول هذه الدراسة الى استخدام برنامج علاجي سلوكي معرفي لتخفيف الإكتئاب لمرضى الفشل الكلوى عينة الدراسة .

**مشكلة الدراسة:** يمكن حصر مشكلة الدراسة فى التساؤلات التالية:

- 1 - ما مدى تأثير العلاج السلوكي المعرفي في خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى بمستشفى الجميح بمدينة الابيض ؟
- 2- هل توجد فروق فردية دالة احصائياً فى تأثير العلاج السلوكي المعرفي فى خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى بمدينة الابيض تعزى لمتغير النوع (ذكر، انثى) ؟
- 3- هل توجد فروق فردية دالة احصائياً فى تأثير العلاج السلوكي المعرفي في خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى بمدينة الابيض تعزى لمتغير العمر الزمني للمريض (( 15-25)، (26-35)، (36-45)، (46-59)، (أكبر من 59 سنة)) ؟

**أهداف الدراسة:** تهدف الدراسة إلى:

- 1- تصميم برنامج علاجي يقوم على استخدام العلاج السلوكي المعرفي لتخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى بمدينة الابيض الذى أعده الباحثان .
- 2- التعرف على تأثير العلاج السلوكي المعرفي فى خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى بمدينة الابيض .
- 3- الكشف عن الفروق الفردية فى تأثير العلاج السلوكي المعرفي فى خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى بمدينة الابيض تبعاً لمتغير النوع (ذكر، انثى).
- 4- الكشف عن الفروق الفردية فى تأثير العلاج السلوكي المعرفي فى خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى بمدينة الابيض تبعاً لمتغير العمر الزمني للمريض (( 15-25)، (26-35)، (36-45)، (46-59)، (أكبر من 59 سنة) .

## أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة في شقيها النظرى والتطبيقي وذلك على النحو التالى:

- **على المستوى النظري:** - تتمثل في ندرة الدراسات العربية بصورة عامة والسودانية على وجه الخصوص التي تناولت العلاج المعرفى السلوكى في خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى على حدّ علم الباحثين، فقد انصبّ الاهتمام الأكبر على دراسة أمراض السرطان وغيرها ، ممّا يشكلّ الفائدة المهمة لدى هؤلاء المرضى.
- **على المستوى التطبيقي:** - تتمثل في توقع استفادة العاملين في برامج الصحة النفسية من هذه الدراسة لمساعدة مرضى الفشل الكلوى على تخفيف الإكتئاب النفسى لديهم من خلال استخدام البرنامج العلاجي المعرفى السلوكى المطبق في هذه الدراسة.

## فروض الدراسة: تتمثل فروض الدراسة فيما يلى :

- 1- فاعلية تأثير العلاج السلوكى المعرفى في خفض الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوى بمدينة الأبيض قبل وبعد تطبيق العلاج المعرفى السلوكى.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تأثير العلاج السلوكى المعرفى في خفض الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوى بمدينة الأبيض ، تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى) .
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تأثير العلاج السلوكى المعرفى في خفض الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى بمدينة الأبيض ، تبعاً لمتغير العمر الزمنى للمريض (( 15-25)، (26-35)، (36-45)، (46-59)، أكبر من 59 سنة)) .

## مصطلحات الدراسة:

**الاكتئاب:** يعرف بيك Beck (1995 ، 40) الاكتئاب على أنه حالة عيادية تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل في صورة الحزن والعزلة واللامبالاة وانخفاض تقدير الذات واضطرابات فى النوم والشهية، ونقص الليبيدو، وعداء الذات وانخفاض فى النشاط.

**التعريف الإجرائى للإكتئاب :** هو مجموع الدرجات أو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص وفقاً لإستجابته على مقياس بيك للإكتئاب المستخدم في هذه الدراسة.

**الفشل الكلوي:** هو قصور في عمل الكلية ووظائفها، مما يؤدي الى اختلال عام في جسم الانسان في معظم حالات الفشل الكلوي المزمن، كيفما كانت الاصابة فهي ناتجة عن تحطم كبير في النورون وحدة عمل الكلية ، والباقي لا يكفي لقيام الكلية بوظائفها(عبد اللطيف: 2001،79).

**العلاج السلوكي المعرفي:** يعرف العلاج السلوكي المعرفي بأنه مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم ووتتبع السلوك ، ويركز هذا المدخل على تطور وتكيف السلوك ، وأيضاً نتيجة السلوك غير التكيفي، كما من خلال هذا المدخل يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات (Beck: 1995,229) ، أما من الناحية الاجرائية استخدام برنامج سلوكي علاجي يعمل على تخيف الاكتئاب لمرضى الفشل الكلوي وهو من إعداد وتنفيذ الباحثين .  
**مركز الجميح:** هو مركز خيرى ، متخصص لمرضى غسيل الكلى، يقع فى الجزء الجنوبي لمستشفى الابيض التعليمى ، يحتوى علي 35 ماكينة لغسيل الكلى ، يضم مجموعة من الأطباء العموميين والإختصاصيين فى مرض الكلى، والتغذية بالإضافة الى الإختصاصيين النفسيين وطاقم التمريض.

**مدينة الأبيض :** هى عاصمة ولاية شمال كردفان التى تقع بين خطي 14,50 درجة شمال و 29,50 درجة شرق ، وهى أكبر بورصة للسمع العربى فى العالم ، من أقدم وأهم المدن السودانية ، حيث كان لها دور مهم فى الحركة الوطنية السودانية بل تعتبر عاصمة لولايات غرب السودان ، كما يوجد مطار الأبيض الذى يعتبر البديل الأول لمطار الخرطوم .أهم قبائلها البديرية والحمر والجوامعة ([www.google.com](http://www.google.com) ويكيبيديا).

### مفهوم العلاج السلوكي المعرفي:

تعددت مفاهيم العلاج السلوكي بين المعالجين السلوكيين حول التحديد الدقيق للعلاج السلوك ذلك لاختلاف رؤية كل منهم لحدود هذا الاتجاه ، فمنهم من يقصره فقط على مبادئ ونظريات التعلم ومنهم من يضم أيضاً نظريات علم النفس بل والبعض يميز بين الفنيات التى تقوم على التشريط الكلاسيكى والتشريط الاجرائى فيعرفه بيك(Beck 1995,229) بأنه مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم و وتتابع السلوك ويركز هذا المدخل على تطور وتكيف السلوك وأيضاً نتيجة السلوك غير التكيفي، من خلال هذا المدخل يتم تعديل العديد من المشكلات الاكلينيكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات، ويستخدم هذا التكنيك فى تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل الأطفال والمراهقين والكبار وفى أماكن مختلفة فى المنزل وفى المدرسة فى العمل، وقد وجد تداخل بين كل من الأساس المعرفى والعلاج السلوكي المعرفى والنظرية المعرفية وتخيّل السلوك المشكل، ووضع خطة للعمل على علاجه حيث إنّ العلاج السلوكي المعرفى يعمل على تغيير السلوك بعدة طرق واضحة هى (التدخل المعرفي -- لعب الدور -التعزيز الايجابى) ، لهذا يرى العيسوى(385,2001) أنّ العلاج

السلوكى هو المستمد من تجارب المدرسة السلوكية ومن تراثها وخاصة نظريات التعلم الشرطى ، ويعتمد على أنّ الامراض هى عادات متعلمة ومن ثمّ يمكن علاجها فى محو أو إزالة أو إلغاء هذا التعلم الخاطىء وغرس أو تعلم عادات سلوكية أخرى أكثر إيجابية ، ويرى ولبه المذكور فى غريب(33,1981) أنّ العلاج السلوكى أو العلاج التشريطى ، هو استخدام مبادئ التعلم التى ثبتت تجريبياً بهدف تعديل السلوك غير التوافقى ، فالعادات غير التوافقية يتمّ إضعافها وإزالتها ، والعادات التوافقية يتمّ ابتعاثها وتقويتها ، إنّ السلوك يمكن تغييره من خلال إحداث تغييرات معرفية ومن هنا يمكن القول إنّ الهدف هو تغيير السلوك الظاهر من خلال تغيير الأفكار والتفسيرات والافتراضات وطرق الاستجابة ، وبهذا قد تحول المفهوم من سلوكية صرفة إلى سلوكية معرفية أو لنموذج هو العلاج العقلانى الانفعالى المعرفى (الزيات:1996, 367).

### طرق العلاج المعرفى السلوكى:

هناك طرق إرشادية وعلاجية تأسست انطلاقاً من المبادئ النظرية للمعنى السلوكى المعرفى وهى تشمل طرق ثلاث رئيسية وهى :

**1- طرق أعاده البنية المعرفية Cognitive Restructuring** تقوم هذه الطرق على افتراض أنّ الاضطرابات الانفعالية إنّما هى نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفى، وتكون مهمة المعالج هنا إعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف(Beck:1995,230)

**2-العلاج من خلال حلّ المشكلة Problem Solving Therapies** إنّ وصفات العلاج يمكن أن توضع فى صورة بسيطة، فالمعالج يساعد المريض على التعرف على تفكيره الشخصى، وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته، وهذه الطريقة تعطى معنى للمرضى لأنها تتيح لهم استخدام معرفتهم عن المفاهيم الخاطئة والتفسيرات الخاطئة فى وقت مبكر يستخدموها خلال الفترات العادية من حياتهم (Rush, & Beek : 2004, 104)

**3-العلاج القائم على تحسن مهارات التعامل Skills Therapies** يظهر فى طريقة ميشينادم فى دراسة التدريب على التعلم الذاتى وخاصة تعليم الأطفال ذوى النشاط الزائد (Hyper Activity) طريقة تعليم أنفسهم السلوك الفعال والمناسب داخل حجرة الفصل الدراسى ( مليكة:1994,176).

**4-النمذجة:** إجراءات النمذجة تتدرج تحت ثلاث فئات : كما جاء مليكة (1989 ، 107)

أ\_الإنطفاء غير المباشر (أو البديل) :- وفيه يُعرض المعالجُ العميلَ لسلسلة من الأحداث النموذجية التي يكون فيها منهج النموذج في مواجهة المنبه الباعث على الخوف أو في مواجهة السلوك المثير للقلق ،مؤدياً الى عواقب إيجابية بدلاً من عواقب نفور .

ب\_الاستثارة غير المباشرة (أو البديلة) : وتستخدم هذه في حالات العملاء الذين يعجزون عن الاستجابة الانفعالية أو الذين يعطون استجابات غير ملائمة لمواقف معينة ، فمثلاً بالاضافة الى إزالة التحسس التدريجي والتدريب على الاسترخاء قد يستعان بعرض افلام تقدم نماذج متدرجة من الاستثارة في مواقف مرتبطة بالموضوع .

ج\_التقليد يستخدم المعالج المحاكاة ،أى مواقف نموذجية تقلد مختلف جوانب بيئة العميل ويسمح ذلك الإجراء للعميل بأن يمارس مع المعالج في المواقف التي ينخفض فيها مستوى الضغط .

6-الأسلوب السقراطي: ويقصد به استخدام أسئلة بنهايات مفتوحة للمرضى لجعلهم يفكرون ملياً في قضاياهم الشخصية وليتوصلوا إلى استنتاجاتهم الخاصة بهم، كما أنه يصنع تأكيد أكبر على مساعدة المرضى على اكتشاف مفاهيمهم المغلوطة والمتعلقة بذواتهم واستخدام نظاماً بنائياً محدداً .

7- الواجبات المنزلية **Home work** وهو من أهمّ الأساليب في العلاج المعرفى ويقوم المعالج بتحديد واجبات ينجزها العميل في منزله بما يتفق مع بيئته الاجتماعية بهدف دمج العميل مع المحيطين به ، ولكى تتحقق فاعلية أسلوب الواجب المنزلى يجب التخطيط الشامل والتطبيق بحرص وعناية، وهذا يعنى أن تكون الواجبات المنزلية سهلة نسبياً وفى متناول خدمات الأسرة ، إذ تسبب الواجبات المنزلية غير الواقعية فى شعور المريض بفشل العلاج ، كما يجب أن يضع المعالج خطة لمتابعة تنفيذ المريض للواجبات المنزلى ، ذلك يساعد على تطوير وتنمية المهارات فى الجلسات العلاجية فى الظروف البيئة الطبيعية والوقائية من انتكاس المريض بالإضافة الى زيادة قدرته على تقدير الذات والضبط الذاتى بعد انتهاء العلاج (Ellis:1997,37).

الأساليب الفنية فى العلاج السلوكي

أ-فنيات التشريط بالنقيض **Counter conditioning**

تدور حول فكره أنّ الاستجابة لمنبه معين يمكن أزلتها أو استبدالها بسلوك آخر نحو نفس المنبه ، وهناك فنيات كثيرة قد اعتمدت فى تطويرها وظهورها على هذا المبدأ مثل:

1\_التطمين التدريجي المنظم **Systematic desensitization**

وتستخدم هذه الفنية لعلاج حالات القلق، وأمكن علاج ما يقرب من 200 حالة من الخوف والقلق بالإعتماد على هذه الفنية والفكرة الرئيسية من مبدأ الكفّ المتبادل مستوحاة من نفس المبادئ التي استخدمها " ماريكوفر جونز " فى العلاج ومؤاذاها أننا: عند النجاح فى استثارة استجابة معارضة للقلق والخوف عند ظهور الموضوعات المثيرة له ، فإنّ هذه الاستجابات المعارضة تؤدى إلى توقف وكفّ كامل أو جزئى للخوف والقلق ، ولهذا يبدأ فى النقضان والاختفاء تماماً بعد ذلك (Makowski: 2004,76)

## 2-الاسترخاء العضلى Muscle relaxation

يعرف الاسترخاء علمياً بأنه توقف كامل لكلّ الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر ، فالاسترخاء حسب نظرية" ولبه" يعتبر من العوامل الكافية للقلق، فلا يمكن أن يكون الشخص مسترخياً وقلقاً فى نفس الوقت، وتعتبر الأساليب الحديثة فى الاسترخاء من أشهر أساليب العلاج السلوكى .

## 3\_التوكيدية ( تأكيد الذات Assertiveness )

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أى انفعال فيما عدا التعبير عن انفعال القلق، إلا أنّ المعالجين السلوكيين يعالجون هذا المفهوم بصورة أكثر اتساعاً، فالشخص التوكيدى ليس فقط من يدرّب نفسه على العدوان وإعطاء الأوامر والتحكم فى الآخرين بل هو أيضاً يستطيع التعبير الايجابى عن كثير من المشاعر الأخرى مثل الصداقة والود، والإعجاب والشكر ولهذا فإنّ العلاج السلوكى القائم على تدريب التوكيدية فى الشخصية لا يقتصر على تعلم التعبير على الاحتياجات والحقوق والهجوم، بل يتضمن تدريب الأشخاص على الاتجاهات الايجابية الدالة على الاستحسان والتقبل وحبّ الاستطلاع وأداء الواجبات، وإظهار الحبّ والتعبير عن المودة والمشاركة الايجابية( محمود: 2010 ، 69 )

ولتدريب القدرة التوكيدية تستخدم فنيات علاجية أخرى منها التدريب على أداء الأدوار الاجتماعية ، والتدريب على تنطيق المشاعر أى تحويل المشاعر الداخلية والانفعالات إلى كلما تصريحية منطوقة بطريقة تلقائية ، وتشكيل السلوك بملاحظة النماذج .

## ب- فنيات العلاج بالتعلم الفعال:

أمكن اعتماداً على الأفكار النظرية التي دعا إليها " سكينر " تطوير مناهج العلاج السلوكى من خلال تعديل الجوانب الشاذة والمضطربة لدى المرضى وتحويلها إلى جوانب مرغوبة ويتم ذلك من خلال نفس القواعد التي بنى عليها سكينر نظريته فى

التعلم الفعال التي يعتبر التدعيم من أهمها ، وذلك مثل كلمات المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية وقد يكون التدعيم ايجابياً أو سلبياً.

### ج- فنيات العلاج بالتعلم الاجتماعي:

يعتبر باندورا من الاوائل الذين أثبتوا أنّ التعلم الاجتماعي أى التعلم من خلال مشاهدة الآخرين يعتبر من المبادئ الرئيسية التي يجب حسابها فقد تبين بالأدلة التجريبية إنّنا نكتسب من مشاهدة الآخرين جوانب ضخمة من السلوك البسيط والمركب على حدسواء.

### ثانياً:-العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

ويقوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (لأليس) على نظريته التي تفترض أن الاضطرابات النفسية إنّما تنشأ من أنماط تفكير خاطئة أو غير منطقية ، ويرى أليس أنّ الناس يشتركون في غائتين أساسيتين هما المحافظة على الحياة والإحساس بالسعادة النسبية المصحوبة بالتححرر من الألم وتسهم العقلانية في إيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين في حين أنّ عدم العقلانية تخلق نمط من التفكير يقف مجرد عثرة في سبيل عدم تحقيقها.

والغرض من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إنّ يتعلم المسترشدون مهارات تعطيهم أدوات للتعرف وتحديد ومناقضة ودحض المعتقدات اللاعقلانية التي سبق تعلمها والتي هي مبنية ذاتياً ويتم الاحتفاظ بها من خلال التلقين الذاتي ،كما يتعلم المسترشدون كيف يستبدلون مثل هذه الطرق غير الكفء في التفكير بإدراكات فعّالة وعقلانية وكننتيجة لذلك فهم يفيدون ردود فعلهم نحو المواقف . والعملية العلاجية تجعل المسترشدون يستخدمون مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في التغير ليس فقط أمام مشكلة حالية معينة ولكن مع مشاكل أخرى في الحياة أو فيالمستقبل قد يواجهها الفرد، وهذا ما يجعل هذه المدرسة العلاجية تقف في مقدمة مدارس العلاج النفسي (Ellis: 1997,68).

### مفهوم الاكتئاب:

يصف عيد(1997، 201 ) الاكتئاب بأنه" حالة مزاجية وليس بالضرورة حالة باثولوجية، أو عرضاً أو مجموعة أعراض متشابهة ، ويعرف زهران (154,1997) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة ، وتعبّر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه ، ويرى القريطي(1998، 141 ) أنّ الاكتئاب هو حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر، لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنّها تنجم عن خبرات أليمة، وأحداث

مؤثرة انفعالياً قد مرت به، وتتميز هذه الحالة بهبوط في الطاقة النفسية والحركية، والشعور بالإعياء من أقل مجهود، وبالقلق وعدم الارتياح، وفقدان الاهتمام بالأشخاص والأشياء والأحداث، والنشاطات والهوايات والترفيه، وعدم المقدرة على الاستمتاع بالحب، والأحاسيس المبرمجة في الحياة. كما تتميز بسيادة مشاعر اليأس والذنب وفقدان القيمة والحسية والثقة بالنفس، واللامبالاة بالأحداث الجارية، وفقدان المقدرة على التركيز والتحكم، أو الضبط والتوجيه الذاتي، ويصاحب بعض الحالات هذات وأوهام وهلاوس، كما تشيع لدى الحالات الحادة أفكار سوداوية تدور حول العدمية والموت، والمحاولات الانتحارية.

ويعرّف الشافعي (2002، 29) الاكتئاب تعريفاً اجرائياً على أنه "ارتفاع في الدرجة على مقياس الاكتئاب، والتي تدلّ على توافر بعض هذه الأعراض أو أغلبها: التشاؤم، والإحساس بالفشل، والشعور العام بعدم الاستمتاع بالحياة، التصرف الخطأ، القلق التشاؤمي، كراهية الذات، وتخطيئها، الأفكار الانتحارية، البكاء، انخفاض القدرة على تحمل الإحباط، انخفاض الاهتمام الاجتماعي، التردد، تصور سالب للجسم، انخفاض في الدافعية للعمل أو للدراسة، اضطراب النوم، الشعور بالإجهاد، انخفاض الشهية، انشغالات عضوية جسمية، الشعور بالوحدة، ولعلّ هذا أشمل تعريف للاكتئاب. مما سبق يمكن للباحثين بتعريف الاكتئاب هو حالة مزاجية قد ترتبط على سبيل المثال بأحداث محزنة أو إحباطات تنعكس على سمات شخصية الفرد المكتئب وأنماط سلوكه، وتتفاوت حدته وأعراضه من شخص الى آخر، وأحياناً قد يميل فيها المكتئب الي الانتحار.

### أسباب الاكتئاب:

يرجع الميلادى (2004، 65) أسباب الإكتئاب إلى ثلاثة عوامل أساسية هي :-

**(1) الأسباب البيولوجية:** أثبتت الدراسات أنّ حدوث خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبى التى تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيروتونين) هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالإكتئاب النفسى، كما ثبت أنّ الأدوية والعقاقير التى تعالج الإكتئاب، تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات، وقد وجد أنّ هناك خللاً فى إفراز بعض الهرمونات فى مرضى الاكتئاب، وقد يؤدي هذا الاختلال إلى اضطراب الخلايا العصبية التى تحتوى على المثيرات الكيميائية، أيضاً اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية والغدة فوق الكلوية، هذا الإختلال يكون فى أغلبه من مظاهر الإضطراب فى المخ والجهاز العصبى، وقد أثبت الباحثون أنّ هناك خللاً فى الجهاز المناعى لدى مرضى الاكتئاب أو يرى من يعانون من الحزن نتيجة فقد قريب أو صديق أو رفيق، وربما كان هذا الخلل المناعى نتيجة خلل فى الغدد التى لها علاقة بالمناعة وهناك احتمال أقلّ من خلل الجهاز المناعى يؤدي إلى حدوث أعراض نفسية للاكتئاب النفسى.

**(2) العوامل الوراثية:** توضح الدراسات الحديثة أنّ العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية، لها دور مهم في الإصابة بالإكتئاب .

وقد وجد أنّ حوالي 50 % من حالات الإضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه. فإذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض فإنّ طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة 25% - 30% أمّا إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه فإنّ نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى 60% ، ويرى القريطي(1998، 39) أنّ نتائج بعض الدراسات أكدت شيوع الإضطرابات الوجدانية عموماً، والإكتئاب خصوصاً بين التوائم المتشابهة والأقارب، وقد كشفت نتائج الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية عن وجود اضطراب وجداني لدى أقرباء مرضى الإكتئاب في 28.3% من الحالات داخلية المنشأ، ولدى 19.7% من الحالات خارجية المنشأ أي لدى 48% من أفراد العينة الإجمالية.

**(3) ضغوط الحياة والعوامل النفسية:** أثبتت الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية أنّ هناك أحداثاً ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لإضطراب الوجدان أكثر من النوبات التالية، وربما كان الإحتمال في كون الضغوط التي صاحبت النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات مستمرة في الناحية البيولوجية للمخ ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير المثيرات الكيميائية ، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الإكتئاب .

وقد اختلف العلماء على مدى تأثير ضغوط الحياة وظروفها، فالبعض يرى أنّها تلعب دوراً رئيسياً والبعض الآخر يرى أنّ لها دوراً محدداً في حدوث المرض (عكاشة:2008، 413).

بينما يرى الباحثان أنّ واقع الحياة وطغيان الجوانب المادية المنفعية وضغوطها غالباً ما تلقى بظلالها على الجوانب النفسية للشخص فتسبب له أزمة نفسية تختلف من شخص لآخر، إلا أنّ هذا الاختلاف يرجع لمجموعة من المتغيرات التي ترتبط بطبيعة ضغوط الحياة والمتغيرات المرتبطة بها من جانب وبطبيعة شخصية الفرد من جانبٍ آخر، حيث هناك مواقف في الحياة تسبب أزمة نفسية لفردٍ ما ، إلا أنّها تمرّ نفس هذه الأزمة على فردٍ آخر دون أن تؤثر عليه أيّ تأثير ، ولعلّ ذلك يرجع لمدى تماسك الشخصية وصلابتها وقدرتها على مواجهة المشكلات وحلها .

### تصنيفات الإكتئاب :

توجد العديد من التصنيفات للإكتئاب ويرجع هذا الإختلاف والتباين إلى تباين الخلفيات والتوجهات النظرية للعلماء فهناك من ينظر إلى الإكتئاب في ضوء شدّته وفقاً لما يلي :

• نوبة إكتئاب طفيفة أو خفيفة الشدة Mild Severit : وهي أقرب إلى عُسر المزاج، ويكون المزاج الإكتئابي أو متلازمة الإكتئاب فيها أمراً مؤكداً، حيث يشعر المرء بالهمّ وفقدان الإهتمام، كما ينتابه الإحساس بالتعب. وغالباً ما يكون المريض قادراً علي مجابهة مطالب الحياة اليومية وممارسة معظم نشاطاته ، ولكن بصعوبة مع غياب سمات الهياج والأوهام والأفكار الإنتحارية ، كما يلاحظ أنّها ربما قد تنشأ لظروف واقعية عارضة أو لظروف نفسية، غالباً ما تزول آثارها دون الحاجة لخدمة طبية نفسية متخصصة.

• نوبة إكتئابية متوسطة الشدة Moderate Severity: وتؤدي إلى اضطراب الروتين اليومي للمريض وصعوبة قيامه بالأداء الإجتماعي والمهني لكنها لا تعجزه تماماً. ويلاحظ في هذه النوبة وجود تعطل وأفكار خاصة بعدم الكفاءة والفاعلية، وأفكار أخرى ذات مضمون اكتئابي، وبعض الهياج مع عدم وجود أوهام ، ومن الضروري لتشخيصها إضافة ما سبق استمرارها لمدة أسبوعين على الأقل.

• نوبة إكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية ( Sever Episode depression without Psychotic Symptoms ) وتكون مصحوبة بهياج ملحوظ وأوهام اكتئابية، وأفكار أو خطط أو محاولات إنتحارية، وكذلك بإضطراب الأداء الإجتماعي أو تعطله تماماً، ويستخدم في تشخيصها أيضاً ضرورة استمرارها لدي المرء لمدة أسبوعين على الأقل، بينما نوبة الإكتئاب الحادة مع أعراض ذهانية ( Sever Episode with Psychotic Symptoms ) وهي مثل النوبة السابقة إلا أنّها تتضمن أطواراً حادة، وذهانية، وضلالات، وهلاوس، وبطء نفسحركي، قد يتطور إلى حالة من السبات، وعلامات أخرى تنذر بتهديد حياة المريض من بينها الإضراب عن الطعام، وهياج يصعب السيطرة عليه، أو أعمال إندفاعية إنتحارية وهو ما يطلق عليه السوداوية الفجائية .

### علاج الاكتئاب : Treatment of Depression

يتمّ علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادةً خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطراً مثل محاولة الانتحار، أمّا إن تأكّد بوجود محاولات انتحارية ، هنا يفضل العناية بالمريض داخل المستشفى ، ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرةً كلّ شهر لمدة 6 أشهر إلى سنة ، للتأكد من عدم الانتكاس، وأنّ التحسن ليس مجرد فترة انتقالية إلى طورٍ آخر من الاكتئاب أو الهوس ، وفيما يلي أهمّ معالم علاج الاكتئاب:

## أولاً: العلاج الطبي بالعقاقير (العلاج الكيميائي والفيزيائي):

يقسم حمودة (1990، 338) أنواع العلاج بالعقاقير أو العلاج الكيميائي إلى:  
(1) **مضادات الاكتئاب** : تشمل مجموعات أربعة هي منشطات الجهاز العصبي والمركبات ثلاثية الحلقات ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية بالإضافة إلى مضادات الاكتئاب الحديثة ومن أهمها حالياً مثبطات إعادة أخذ السيروتونين انتقالياً (Fluoxetine) مثل الفلوكستين ( Selective Serotonin reuptake inhibitors ) وسيتالوبرام (Citaloparm) على الاستجابة السابقة للمريض أو على نوع الاكتئاب كيميائياً ( أدريئالياً- أو سيروتونياً ) ، أمّا عكاشة ( 383,1998 ) يقسم العقاقير المضادة للاكتئاب إلى:

أ- **عقاقير منبهة للجهاز العصبي** ومن أمثلتها مشتقات الأَمفيتامين (المنشطات) مثل ( ديكسدرين، بريلودين، اليدبران، وريثالين، مكساتون وغيرها ) وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية وإزالة حالة التأخر وبعث الطاقة الحيوية، إلا أنه قد اكتشف أنّ لها تأثيرات جانبية .

ب - **العقاقير الخفيفة** المضادة للاكتئاب مثل النياميد (Niamid) والماربلان (Marplan) والنارديل ( Nardil ) وتعمل على تغيير كمية الهرمونات العصبية في مراكز الإنفعال كما أنّ لها أعراضاً.  
ج- **العقاقير المتوسطة** المضادة للاكتئاب ومن أمثلتها عقار نوفريل ( Noveril ) وهو ذو فائدة في علاج حالات الاكتئاب النفسي أو الذهاني .

د- **العقاقير الشديدة** المضادة للاكتئاب ومن أمثلتها التوفرانيل (Tofranil) وبيوتوفران (Putofran)

هـ- **العلاج بالجلسات الكهربائية** : (خاصة الاكتئاب المصاحب بميول انتحارية والشديد وتكون مصاحبة بالعقاقير . تنظيم إيقاع المخ) ، وهو أقوى علاج الآن ضدّ الاكتئاب وذلك بالرغم من اكتشاف العقاقير الحديثة السابقة الذكر ، ويحتاج مريض الاكتئاب الى حوالي 6-8 جلسات كهربائية موزعة على أساس جلستين أو ثلاث كلّ أسبوع ، وتقيد الجلسات الكهربائية في تعديل عمل الهيبيوثلاموس وهو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي الإرادي .

و- **العلاج بالجراحة** انخفض معدل استعمال الجراحة بعد استعمال العقاقير مع الكهرباء ، لأنه نادراً ما يفشل مزج هذين العلاجين ، وقد ثبت شفاء معظم حالات الاكتئاب بهما .

## ثانياً : العلاج الاجتماعي للإكتئاب:

يقوم العلاج الاجتماعي للإكتئاب على افتراض أن الاكتئاب ينتج عن خلل في العديد من المهارات البينشخصية، وهذه البرامج والتدريبات تتداخل مع البرامج السلوكية في بعض أهدافها من خلال مساعدة المريض اجتماعياً، وحل مشاكله الاجتماعية، وإحداث التغييرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته ، كزيادة التعزيز الذي يشبه إلى حد كبير ويتداخل مع زيادة المهارات ، ومن ناحية أخرى فقد ركزت على القدرة على التمكن من المهارات النوعية، مثل المهارات التوكيدية، ومهارات حل المشكلات، ومهارات التواصل مع الآخرين والزواج (Rehm:2003, 194).

## تعريف الفشل الكلوي :

هو عجز الكلية عن القيام بوظائفها السوية وهي إفراز نواتج الأيض بمستويات السائل أو أن تستبقى النسبة المناسبة من الشوارد الكهربائية، وإذا لم يعالج أو يصحح هذا الفشل فإنه يؤدي إلى تسمم دموي (بولينا) ويتناقص إفراز البول، ويتراكم السائل في أنسجة الجسم، أو فرط في بوتاسيوم الدم ، مما يحدث ضعفاً عضلياً وتوقفاً في القلب. ويعرّف الفشل الكلوي بأنه حالة فقد جزئي أو كلي لوظائف الكلى، وهذا الفشل لا يحدث إلا بعد تدمير حوالي 75% من النفروتات العاملة بالكلية ، وهو من الأمراض التي تصاب بها الكلية والذي عرف بأنه قصور في أداء الكلية لوظائفها الطبيعية، نتيجة الإصابة بأي مرض من أمراض ارتفاع ضغط الدم، الدرن، فيؤدي الى تراكم وتجميع السموم والفضلات في الدم ، وينعكس بشكل سلبي على صحة الإنسان المصاب بالفشل الكلوي .

## أنواع الفشل الكلوي :

هناك نوعان من الفشل الكلوي كما ورد في السويداء (2010 ، 25).

الفشل الكلوي المزمن وهو النوع الأول (chronic renal failure) وهو نقص وظائف الكلى تدريجياً على مدى السنوات ، ويحدث نتيجة هبوط حاد وشديد في ضغط الدم لفترة طويلة أو نزيف شديد يؤدي إلى نقص كمية الدم بكمية كبيرة أو التعرض للصدمة لنفرونات الكلى للمواد السامة . أما النوع الثاني هو الفشل الكلوي الحاد ، وهو مجموعة من الأعراض الطبية التي تتصف بهبوط سريع في وظائف الكلى مع زيادة مضطربة في مجموعة المركبات النيتروجينية بالدم مثل اليوريا والنتروجين وزيادة الكرياتينين ويحدث الفشل الكلوي الحاد في ساعات أو أيام وممكن أن يكون مصحوباً أو غير مصحوب بإفراز كمية

قليلة من البول ، وعلى الرغم من أنّ الفشل الكلوي الحاد يمكن الشفاء منه تماماً إلا أنّ معدل الوفيات به عالياً بالرغم من تقدم العلاج ( صبور:1994 ، 10).

### أسباب الفشل الكلوي الحاد:

-أسباب ما قبل الكلى : يحدث نتيجة قلة التروية الدموية الشديدة للكلى، وبالتالي يتسبب تلف النفرون، من أمثلة ذلك :  
النقص الشديد في حجم السوائل، والنزف الشديد(عمليات جراحية كبيرة ، القرحة فى الإثني عشر ، الكسور والحوادث ،  
الحروق ، حالات هبوط القلب والجلطات أو الانخفاض الشديد في ضغط الدم ) والتي تؤدي إلى ما يعرف بالصدمة  
" (shock)

-أسباب في الكلى : وسببه هو تلف في الغشاء الحشوي للكلى ، مما يؤدي لعدم قدرة الكلية على تجميع وتركيز  
البول والتخلص من المخلفات النيتروجينية، وفي هذه الحالة يكون تلف النفرون نتيجة:

-خلل أو نقص في تروية أنسجة الكلية، نخر فى الأنابيب الكلوية الحاد، التهاب حاد في الكبيبات الكلوية، تعرض الكلية  
مثلاً لبعض الأدوية أو المضادات الحيوية" الأمينوجليكوسيد - التتراسيكلين مشتقات السلفا" أو الأدوية السرطانية ،  
التصوير بالأشعة أو الصبغات المستخدمة فى الفحوصات، الصدمات ، الأورام ، إرتفاع ضغط الدم، ، تسمم الدم أثناء  
الحمل، إرتقاء مستوى الكالسيوم فى الدم .

أسباب بعد الكلى: وفى هذه الحالة تكون الإصابة نتيجة انسداد مجرى البول (المثانة أو الحالبين معاً) ، وهذا الانسداد  
ناتج عن تكون حصوة فى مجرى البول- الجلطات ، ورم سرطاني ، حدوث تليف ، تضخم في البروستات ، تجلط في  
الأوردة المغذية للكلى ، عيب خلقى فى مجرى البول كما أنّ الفشل الكلوي الحاد يؤدي إلى ارتفاع منسوب البوتاسيوم فى  
الدم والذي بدوره يسبب حالة تسمى اليوريميا (خلل فى توازن الماء والهرمونات والأحماض فى الدم)، والتي تؤثر سلباً على  
جهاز المناعة فى جسم الإنسان (Robinson.et,al : 2012, 260-261).

**طرق علاج الفشل الكلوي المزمن:** تنقسم طرق علاج الفشل الكلوي إلى ثلاثة أنواع وهى :

**أولاً: العلاج التحفظي :** يعنى إنّ المرض لم يصل بعد إلى مرحلة الفشل الكلوي النهائى وأتّه لا يحتاج إلى عمل  
جلسات كلى صناعية ويتمثل العلاج فى خطوات:

-نظام غذائى دقيق يقوم على خفض نسبة البروتينات التى يتناولها المريض فى الوجبات.

- أدوية لعلاج الأنيميا المصاحبة للفشل الكلوى كالحديد والفيتامينات وعلاج ضغط الدم والمحافظة على نسبة الكالسيوم فى الجسم وتحديد كمية السوائل التى يمكن للمريض تناولها يومياً والابتعاد عن تناول الأطعمة الغنية بالبوتاسيوم . وقد ينجح العلاج التحفظى فى وقف أو إبطاء تطور المرض ولكن كثيراً ما يتطور المرض إلى مرحلة الفشل الكلوى المزمن النهائى الذى يستلزم التدخل بوسائل أخرى مثل زرع الكلى أو استخدام الكلية الصناعية أو الغسيل البريتونى (عفيفى:2003 ، 30).

ثانياً: العلاج بالكلية الصناعية : يوجد منها نوعان:

(أ)الغسيل البريتونى: تتم هذه العملية عن طريق حقن لتر أو لترين من محلول الاستصفاء البريتونى داخل تجويف البطن (الغشاء البريتونى ) عن طريق إدخال أنبوب لين فى تجويف البريتون تحت مخدر موضعى ويبقى طرفه الآخر خارج البطن مع وجود عدة ثقوب فى طرف الأنبوب داخل البطن ليدخل ويخرج منها المحلول المستخدم فى الغسيل ويمكن إجراء هذه العملية فى المستشفى أو فى المنزل بعد تدريب المريض أو أحد أفراد العائلة على الخطوات الصحيحة التى تضمن عدم دخول أى ميكروبات فى تجويف البطن .

(ب)الاستصفاء الدموى: وتتم هذه العملية عندما يقرر الطبيب أنّ حالة مريض الفشل الكلوى قد أصبحت فشلاً كلياً نهائياً وأنه يجب أن يقوم بعمل استصفاء دموى وفى هذه العملية يتم الحصول على الدم من المريض، ثم يبقى فى الماكينة ويعاد إلى المريض مرة ثانية ، وذلك عن طريق خراطيم(أنابيب) تتصل بالمريض بإحدى طرق ثلاثة:

(\* ) طريقة فستولا : وهى الطريقة العادية التى تسمح للمريض بالحركة بين الغسلات وتكون بوضع إبرتين للمريض إحداها لسحب الدم من المريض والأخرى لإعادته مرة أخرى إليه، وهاتان الإبرتان متصلتان بالخراطيم التى تحمل الدم من وإلى الغسيل وتجرى هذه العملية لاستحداث وعاء دموى يتحمل تلك العملية وبدون هذا الوعاء الدموى لا يمكن أن يتم الغسيل حيث إنّ الأوعية الدموية العادية لا يمكن لها تحمل تلك العملية ، وبدون هذا الوعاء لا يمكن عمل الغسيل الدموى (أبو زيد: 2006، 33).

(\*\* ) طريقة الوصلة الوريدية الشريانية : وهى عبارة عن وصلة صناعية دائمة بين الشريان والوريد سواءً فى اليد أو الرجل وهذه الوصلة توصل بخراطيم آلة الغسيل ثم يوصل الشريان بالوريد مرة أخرى بعد الغسيل وتقلل بعد الاستعمال (أبورية: 2002 ، 53).

(\*\*\*) **طريقة أنبوبة تحت الترقوة** : وهى غرس أنبوبة لينة تحت عظمة الترقوة وتترك فى مكانها وتقل على سطح الجلد فى حالة عدم استعمالها، وتستعمل فقط فى حالة الطوارئ إذا فشلت الوصلة الوريدية الشريانية (خضر:1994,15).

**ثالثاً - زراعة الكلى الاستباقي** : زراعة الكلى الاستباقي يلجأ المريض لإجراء عملية زراعة الكلى من شخص متوفى دماغياً أو من شخص حى فى معظم الأوقات، قبل اللجوء لعملية الغسيل الدموي أو البروتينى، وتعتبر هذه الطريقة هى الطريقة الفضلى، لأنه يتجنب كثيراً من المضاعفات الطبية التى قد تحدث للمريض خلال فترة الغسيل الدموي أو البروتينى، ومن ثم يعيش الشخص لفترة أطول بإذن الله حياة ذات نوعية ممتازة. (السنيدي:2010,19).

#### الدراسات السابقة :

**1- دراسة ألتشولر ( Altschuler 1991 )** بعنوان: المراقبة ومرض الفشل الكلوي النهائى، دراسة إرشادية للعوامل الأسرية التى تساعد على التكيف مع المرض والعلاج"، هدفت إلى محاولة دراسة العوامل الأسرية التى تساعد المريض على التكيف مع المرض والعلاج، تكونت العينة من مجموعة من المرضى المراهقين ( 6 من المرضى ذكور، 2 من إناث) وأسرههم . أظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائياً بين الاضطرابات النفسية والميول العدوانية وبين استجابة المريض نحو المرض والعلاج، حيث أظهرت النتائج أنّ المراهقين الذين لديهم ميول للمشاكل النفسية كانوا أكثر ميلاً للعدوانية وأقلّ مقدرة على التكيف مع المرض والعلاج. وأنّ المراهقين الأكثر ميلاً واستجابة للمشاكل النفسية هم الذين أتوا من عائلات غير منظمة وبها ميول عدوانية كبيرة .

**2- دراسة فرناندز " ( Fernandez ) 1994** بعنوان مدى كفاية التدخل السيكولوجي لعلاج الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي المزمن " ، وهدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير التدخل السيكولوجي لعلاج الاكتئاب الناتج عن مرض الفشل الكلوي المزمن. أجريت الدراسة على عدد ( 6 ) من المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن تتراوح أعمارهم بين 70 ، 46 عاماً. الأدوات المستخدمة حيث تلقى المبحوثون علاجاً نفسياً تكون من ستة جلسات تبلغ كلّ جلسة 30 دقيقة، وتمّ تقييم النتائج وفقاً لمستويات الاكتئاب قبل وبعد العلاج ، أثبتت نتائج الدراسة كفاءة العلاج بالتعزيز الإيجابي والتمارين فى علاج الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى .

**3- دراسة خليل ( 1998 )** بعنوان : المتغيرات النفسية المرتبطة بمرضى الفشل الكلوي فى مصر " دراسة سيكومترية هدفت إلى محاولة الوقوف على أهمّ المتغيرات النفسية المرتبطة بمرضى الفشل الكلوي ، كذلك التعرف على اتجاهات المرضى نحو المرض ونحو أسلوب العلاج ونحو الفريق المعالج لهم، بالإضافة الى محاولة التعرف على اتجاهات الأسرة نحو المريض

ونحو أسلوب العلاج المتبع معه وأيضاً تجاه الفريق المعالج له ، حيث بلغ حجم العينة (170) مريضاً ومريضة من مرضى الفشل الكلوى النهائى، و(75) فرداً من أفراد أسرّ المرضى المرافقين لهم أثناء جلسة الغسيل الكلوى، توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ أهمّ السمات والخصائص النفسية التي تميز مريض الفشل الكلوى هي القلق والاكتئاب والإرهاق. وإنّ إظهار تلك السمات سوف يساعد على تحسين الخدمات العلاجية المقدمة إلى المرضى.

4- **دراسة توفيق (1999)** بعنوان الدراسة: التوافق النفسى والاجتماعى لدى الأطفال المصابين بالفشل الكلوى" حيث هدفت إلى معرفة مدى اختلاف المستويات الاجتماعية والاقتصادية ودورها المهم فى ازدياد التوافق أو قلته حيث أنّ لها دور كبير فى هذا المجال، طبقت الدراسة على عينة بلغت نحو (124) طفلاً وطفلةً موزعين بالتساوى بين الذكور والإناث مصابين وغير مصابين تتراوح أعمارهم ما بين 12-15 سنة - مقياس التوافق النفسى والاجتماعى من أعداد عطية هنا 1960 ، استمارة المستوى الاقتصادى من أعداد عبد العزيز الشخص 1994. أشارت نتائج الدراسة إلى أنّ الأطفال المصابين بالفشل الكلوى أقلّ اعتماداً على أنفسهم وأقلّ شعوراً بحريتهم وأقلّ تحرراً مع الميل إلى الانفراد ، كما أنّ الأطفال المصابين يتسمون بالقصور فى الحركة والاتصال والمشاركة الكاملة فى أغلب أوجه النشاط. وأظهرت النتائج أنّ الإناث أكثر تأثراً من البنين من حيث تأثير المرض عليهم. وأنّ الأطفال يبدأون فى التوافق مع عملية الغسيل ويقتنع أنّها العلاج الوحيد له. وأنّ المستويات الاجتماعية والاقتصادية لها دوراً كبيراً فى التأثير على درجة التوافق النفسى والاجتماعى حيث نجد أنّ المستويات الاجتماعية تلعب دوراً كبيراً حيث الاهتمام بالطفل .

5- **دراسة الطيب (2000)** بعنوان : العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوى المزمن تحت العلاج بالاستصفاة الدموى" هدفت إلى قياس نوعية حياة مرضى الفشل الكلوى تحت العلاج بالاستصفاة الدموى ، وذلك من خلال معرفة العوامل التي تؤثر على نوعية حياة هؤلاء المرضى، وتقييم أنشطة العناية الذاتية للمرضى بناءً على احتياجاتهم. تكونت العينة من (100) مريضاً بالفشل الكلوى ، وأوضحت النتائج أنّ أغلب المرضى كانت تتراوح أعمارهم ما بين (20) وأقلّ من 40 سنة ) وأنّ هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المرضى كاضطراب اللياقة الجسمية واللياقة النفسية واضطراب الاهتمامات الاجتماعية والدعم الروحى. كما أنّ الحالة الاجتماعية والاقتصادية، القلق، الاكتئاب، حالة المنزل والعناية الذاتية التي يقوم بها المريض تعتبر من العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوى .

6- **دراسة هويدا حسب الرسول احمد علي (2001)** بعنوان الدراسة: برنامج مقترح للعلاج المعرفى السلوكى لمرضى السكري المصابين بالاكتئاب ، وهدفت الى اعادة البناء المعرفى أو تقويته لمريض السكرى المصاب بالاكتئاب الخالى من الاعراض الذهانية ، وذلك من خلال ممارسة تقنيات واستراتيجيات العلاج السلوكى المعرفى المختلفة التي يتمّ تعليمها للمريض وتدريبه

عليها من خلال الجلسات العلاجية .:شملت عينة الدراسة عدد17 فرداً (ذكور واث ) وقد تمّ اختيارهم بطريقة العينة العشوائية وخلصت نتائج الدراسة الى أنه توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى دلالة 5% ممّا يشير الى فاعلية العلاج بالبرنامج السلوكي المعرفي المقترح في علاج الاكتئاب لدى مرضى السكري .

7- دراسة وورث وتوتو , ( Wuerth & Toto ) (2001) بعنوان التعرف على الاكتئاب وعلاجه لدى مرضى الغسيل البريتوني المزمّن " هدفت الدراسة إلى تقدير عدد المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ومحاولة تقديم العلاج لهم.

أجريت الدراسة على عدد (136) مريضاً يتلقون غسيل كلوي .تمّ استخدام مقياس (بيك) للاكتئاب معهم وهو استبيان يدار ذاتياً ومقياس هاملتون للاكتئاب. وكان المرضى الذين يحصلون على درجات من (11) فأعلى يحولون إلى طبيب نفسي وبلغ عدد المرضى الذين حصلوا على(11) درجة وأكثر عدد (67) مريض وبلغ عدد المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الإكلينيكي (23) مريض و(22) آخرين كانوا مؤهلين لتلقى العلاج المضاد للاكتئاب بناءً على ما حصلوا عليه من درجات في مقياس هاملتون للاكتئاب وأثناء المقابلات التشخيصية، توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ الاكتئاب يعدّ انتشاره واسعاً بين مرضى الغسيل البريتوني المزمّن، وأنّ مقياس أو قائمة بيك للاكتئاب تعدّ أداة مفيدة للتعرف على الاكتئاب، وأنّ الاكتئاب الإكلينيكي يمكن علاجه بالأدوية في هذه الفئة من المرضى.

8- دراسة عوض الله ( 2007 ) بعنوان : برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستصفاة الكلوي" هدفت الى دراسة الحالة الانفعالية والمعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمّن مقارنة بالأصحاء ، تمّ اختيار عينة قوامها ( 80 ) فرداً منها ( 40 ) فرداً من مرضى الفشل الكلوي المزمّن، 40 فرداً من الأصحاء من أسرّ المرضى .أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمرضى في الاستجابة على مقياس الحالة الانفعالية ، وأيضاً على مقياس الحالة المعرفية لصالح القياس البعدي، ويبرهن ذلك على نجاح البرنامج التدخلي وتأثيره في خفض حدّة الحالة الانفعالية وتحسين الحالة المعرفية للمرضى. وقد نتج هذا عن طريق التغلّب على المشكلات الأسرية التي يعاني منها المريض. توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ الاكتئاب يعدّ انتشاره واسعاً بين مرضى الغسيل البريتوني المزمّن، وأنّ مقياس أو قائمة بيك للاكتئاب تعدّ أداة مفيدة للتعرف على الاكتئاب، وأنّ الاكتئاب الإكلينيكي يمكن علاجه بالأدوية في هذه الفئة من المرضى.

**وصف العينة :** يمكن وصف عينة الدراسة من خلال الجداول التالية :

جدول رقم (1) توزيع عينة الدراسة حسب النوع :

النسبة المئوية	التكرار	النوع
55%	55	ذكر
45%	45	أنثى
100%	100	المجموع

جدول رقم (2) توزيع عينة الدراسة حسب العمر الزمني :

النسبة المئوية	التكرار	العمر الزمني
23%	23	25-15
13%	13	35-26
10%	10	45-36
33%	33	59-46
21%	21	أكثر من 59
100%	100	المجموع

جدول رقم (3) توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي :

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
34%	34	أمّي
33%	33	اساس
19%	19	ثانوي
14%	14	جامعي
0%	لا يوجد	فوق الجامعي
100	100	المجموع

جدول رقم (4) توزيع المبحوثين حسب السكن :

النسبة المئوية	التكرار	السكن
38%	38	الريف
62%	62	المدينة
100%	100	المجموع

جدول رقم (5) توزيع المبحوثين حسب المهنة

النسبة المئوية	التكرار	المهنة
%24	24	طالب
%22	22	ربة منزل
%6	6	اعمال حرة
%6	6	موظف
%45	45	لايعمل
%100	100	المجموع

جدول رقم (6) توزيع المبحوثين حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
%34	34	عازب
%55	55	متزوج
%3	3	مطلق
%8	8	أرمل
%100	100	المجموع

#### أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات التالية:

مقياس بيك للاكتئاب:

وصف المقياس:

أعدّه بيك وعزّبه غريب عبد الفتاح ، يزود بتقدير سريع وصادق لمستوى الاكتئاب لدى المفحوص وقد استخدم في البيئة العربية في عدّة دراسات كما تم استخدامه في البيئة السودانية بكثرة وأثبت درجات صدق وثبات عالية .

صدق المقياس :

لقد تمّ التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس من خلال استخدام:

1-صدق المحكمين:

تمّ عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من ذوى الاختصاص، فى مجال العلاج الطبى لمرضى الكلى والمتخصصين فى عملية العلاج والارشاد النفسى ، وقد أشار بعضهم بتعديل صياغة بعض العبارات وقد تمّ تعديلها فعلاً.

2- معامل الثبات والصدق الذاتى للمقياس فى الدراسة الحالية:

لمعرفة معامل الثبات ، تمّ اختيار عينة عشوائية مقدارها (40) مفحوصاً ، وأجرى عليها اختبار تحليل التباين وفق معادلة ألفا كرونباخ "Cronbach's alpha" بخيار Scale if Item Deleted للتحقق إلى أيّ مدى يتحسن معامل الثبات بحذف كلّ عبارة من العبارات بالتتابع أو العكس. وكانت النتائج مبينة في الجدول الآتي :

جدول رقم (7) يوضح قيم معاملات ارتباطات بنود مقياس بيك للاكتئاب بالدرجة الكلية لمقاييسها الفرعية (ن = 40) في الدراسة الحالية

رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط
1	0,645	8	0,567	15	0,479
2	0,578	9	0,538	16	0,317
3	0,592	10	0,553	17	0,525
4	0,551	11	0,387	18	0,224
5	0,621	12	0,304	19	0,331
6	0,721	13	0,344	20	0,427
7	0,551	14	0,444	21	0,73

توضح النتائج بالجدول رقم (7) أنّ معاملات ارتباط جميع البنود موجبة، وهي أكبر من 0,2 عدا العبارة رقم 21 التي بلغ معدل ارتباطها أقلّ من 0,2 وبذا قد تمّ استبعاده ليصبح المقياس في صورته النهائية 20 عبارة فقط.

**معامل الصدق والثبات لمقياس بيك للاكتئاب في الدراسة الحالية :**

قد تمّ استخدام معامل ألفا كرونباخ لمقياس بيك للاكتئاب حيث بلغت 0,889 وهي تشير لتمتع المقياس بدرجة ثبات عالية ، وبلغ معامل الصدق 0,93 مما يدلّ على صدق المقياس في قياس ما وضع لأجله .

**الاداة الثانية:**

**ثانياً برنامج العلاج السلوكي المعرفي:** عرض البرنامج على نفس المحكمين ، للحكم على مدى صلاحيته ، وقدّ أكدّ معظم المحكمين علي صلاحيته مع إبداء بعض التعديلات ، وقدّ قام بها الباحثان .

ويشمل الأساليب العلاجية التي تمّ استخدامها في البرنامج مثل :

**أ- الأساليب المعرفية:**

وهي تساعد مرضى الفشل الكلوي على إعادة الفهم وإعادة البناء المعرفي وكذلك بالنسبة للأفراد المحيطين بالمرضى.

-التوضيح والشرح المبسط (التفسير).

-المناقشة المنطقية والحوار

-التشجيع.

-التحليل المنطقي للأفكار اللامنطقية.

-التحدى، المواجهه، التنفيذ، الاستبصار، الإقناع، ويساعد استخدام هذه الأساليب على إدراك مرضى الفشل الكلوى للأفكار اللامنطقية والافتناع بأنها تؤدي الى الاكتئاب لها تأثيرات سلبية على صحة المريض وتطور المرض ، وتهيئة المرضى على التكيف النفسى والاجتماعى.

**ب- الأساليب الانفعالية:**

وتساعد على التخلي عن الأحاديث الانهزامية المدمرة للذات. ومن هذه الأساليب:

-التقبل: حيث يتقبل المريض فكرة أنّ استجاباته الانفعالية مرتبطة بأفكار وأحاديث لاعقلانية وتقبل ذاته وتقبل عبارات ذاتية أو استبدالها بعبارات جديدة أكثر عقلانية، وتقبل الباحثين للمريض.

-المرح: للتقليل من الأفكار المثيرة للاضطراب.

-ضبط الانفعال: يتعلم أفكار أكثر منطقية وعبارات جديدة ترجع المسؤولية أو اللوم على الأحداث وليست على الذات.

-التخيل الانفعالى المنطقى: وذلك لتخفيف حدة مشاعر العدوان على الذات.

-تعليم مهارات حلّ المشكلة: ووضع الحلول والبدائل لعلاجها بالتفكير العلمى المنطقى السليم.

-لعب الأدوار: لإدراك العبارات الانهزامية، والانفعالات السالبة.

-التأمل: وذلك عن طريق تأمل أفكار وعبارات لاكتشاف عدم عقلانيتها وتبنى أفكار وعبارات تخفف من حدة الانفعالات .

**ج- الأساليب السلوكية: وتهدف إلى تعديل السلوك.**

-التدعيم الموجب: بمكافأة الجهود الناجحة للمريض لتغيير الأفكار اللاعقلانية والتحكم فى الانفعالات السالبة واتباع التعليمات الطبية.

-الواجبات المنزلية البسيطة والمحدودة: بما يتناسب مع الظروف الصحية لمريض الفشل الكلوى. مثل قراءة موضوع متعلق بمرض الفشل الكلوى ومناقشة المريض فيه ، وتسجيل المريض لانفعالاته وسلوكه وتعريف المريض على سلوكه وتصرفاته الخاطئة ومحاولة تعديله.

- النمذجة: بإعطاء المريض نماذج تساعد على التخفيف من الآثار السلبية للمرض ، وتقدم له نماذج استطاعت كنماذج ضبطت انفعالاتها.

-الحث: بهدف حثّ المريض على الإندماج فى أنشطة جديدة وتكوين صداقات وحضور المناسبات الاجتماعية.

**جدول رقم (8) يوضح عملية تنفيذ برنامج العلاج المعرفي السلوكى .**

الجلسة	الموضوع	اولاً	ثانياً
الاولى	لقاء تعارف	تعريف بالبرنامج وأهدافه	تطبيق اختبار بيك القبلى

التاريخية	استشارة الدافعية نحو البرنامج العلاجي	الخلفية الثقافية والوعي المعرفي تجاه مرض الفشل الكلوي.	تلخيص وتقويم كلما دار في المقابلة
الثالثة	التعرف على الاكتئاب وعلاقته بمرض الفشل الكلوي	التحليل المنطقي للأفكار اللامنطقية	تلخيص وتقويم كل ما دار في المقابلة
الرابعة	مناقشة الأفكار السلبية والانفعالات الناتجة عنها	تدريب المريض على دحض الأفكار السلبية.	تلخيص وتقويم كلما دار في المقابلة
الخامسة	تعويد المريض على استخدام تمارين الاسترخاء بصفة مستمرة.	الاستماع والمناقشة المنطقية والحوار	تلخيص وتقويم كلما دار في المقابلة
السادسة	ختام البرنامج وتوجيهه الشكر وعمل مراجعة شاملة	مراجعة لتمرين الاسترخاء	تطبيق اختبار بيك البعدي

مدّة الجلسة كانت بين (40 الى 45) دقيقة ، حيث استمر البرنامج العلاجي لمدّة خمسة أشهر بواقع جلستين كلّ أسبوع ( أى ثمان جلسات كلّ شهر) ، لكلّ مريض على حده.

#### الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لتحليل نتائج الدراسة وتحديد أثرها على التدخل المهني في تخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، تمّ استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية والتحليلية لمعالجة البيانات بالاستعانة ببرامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (spss) "Statistical Package for Social Sciences" الإصدار (20) بواسطة الحاسوب. وشمل ذلك:

- معادلة ألفا كرونباخ "Cronbach's alpha" لتحليل التباين وإيجاد الثبات.
- معادلة الصدق الذاتي.
- معاملات ارتباط بيرسون "Pearson Correlation"
- اختبار "ت" للعينات المستقلة "Independent –Samples– Test"
- اختبار "ت" للعينة الواحدة "One –Samples– Test".

- أختبار تحليل التباين الثنائي. "One way ANOVA"
- التكرارات و النسب المئوية.
- الوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.

عرض ومناقشة نتائج فروض الدراسة:

عرض نتيجة الفرض الأول:

لاختبار صحة الفرض الأول والذي نصه "فاعلية تأثير العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي". تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، وخلص هذا الإجراء إلى الجدول الآتي:

جدول (9) يوضح نتيجة اختبار "ت" (T.test) لعينتين مستقلتين Independent Sample-Test لفحص الفروق النوعية في درجة الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي ( عينة الدراسة ) بمركز الجميع بمدينة الأبيض ، قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي :

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (ت) "t.test"	درجة الحرية "df"	مستوى الدلالة
قبل تطبيق البرنامج	100	22,91	8,44	6,178	198	0,001
بعد تطبيق البرنامج	100	16,93	5,44			

يتضح من الجدول السابق جدول رقم (9) أنّ هنالك فرق دالة إحصائياً في درجة الاكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي، حيث بلغت قيمة (ت) (6,178) ، وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقلّ من 0,05، حيث يتبين أنّ درجة الاكتئاب انخفضت بعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي.

مناقشة نتيجة الفرض الأول:

يمكن تفسير هذه الفروق في ضوء الاطار النظري الذي تمّ عرضه مسبقاً، كما أوضحت النتائج أنّ مرضى الفشل الكلوي المزمن يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة تؤثر على السمات الشخصية للمريض ، والمرضى في ضوء النتائج السابقة يعانون من الاكتئاب وهذا ناتج عن الظروف الصحية السيئة وقلّة الدخل والمشكلات التي تحيط بالمريض ، وتتفق هذه نتائج دراسة الحالية مع كلّ من خليل (1998) التي توصلت الى أنّ أهمّ السمات والخصائص النفسية التي تميز مريض الفشل الكلوي المزمن هي القلق والاكتئاب ، ومع نتائج دراسة خضر (1994) التي أكدت أنّ مرضى الفشل الكلوي تكون لديهم نسبة

مرتفعة من القلق عن غيرهم والتي أكدت جميعها على أنّ القلق والاكتئاب أهمّ ما يميز مرضى الفشل الكلوي المزمن ، وأيضاً اتفقت مع دراسة وورث وتوتو (2001) التي أبانت أنّ الاكتئاب يعدّ انتشاره واسعاً بين مرضى الغسيل البريتوني المزمن. كما توصلت نتائج الدراسة أنّ المرضى لديهم اعتماديه بدرجة قوية وهذا ناتج من الضغوط الواقعة على المريض وأعباء المرض والغسيل بالإضافة الى أنّ الوقت الطويل الذي يقضيه داخل مركز غسيل الكلى يجعله يضطر الى التنازل عن بعض المسؤوليات للمحيطين به، ويستخدم المريض عدم قدرته الصحية للهروب من أدائه لمسؤولياته سواءً كانت رعاية ذاته أو أسرته ممّا يشعره بعدم احترام الذات وفقدانه لتقدير الآخرين، ممّا يؤدي الى انسحاب المريض من معتزك الحياة الاجتماعية والسلبية التي هي مظهر من مظاهر العودة الى حالة من الطفولة المبكرة.

وتعنى هذه النتائج أنّ برنامج التدخل العلاجي قدّ حقق أهدافاً إيجابية وأدى الى تحسن الحالة الانفعالية لمرضى الفشل الكلوي على كافة بنود المقياس ، وكان هذا التحسن نتيجة استخدام العلاج المعرفي السلوكي، حيث كان البرنامج متكامل يعتمد على دحض وتصحيح الافكار السلبية لمريض الفشل الكلوي المزمن وتوعية المرضى وأسرههم ومتابعة التغذية السليمة والاهتمام بدعم المريض نفسياً واجتماعياً وبصفة خاصة من جانب الأسرة والمحيطين وهيئة التمريض وطاقم العلاج الطبي وتوجيه المريض للمؤسسات التي يمكن أن تقدم له مساعدات مالية ، ممّا يخفف الضغوط الواقعة على المريض ومحاولة تهيئة البيئة الاجتماعية لمساعدة المريض على تحسن حالته الانفعالية ، وقد اتفقت مع نتيجة دراسة فرناندز (1994) التي أثبتت كفاءة العلاج بالتعزيز الإيجابي والتمارين في علاج الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن تتراوح أعمارهم بين 70 ، 46 عاماً ، وكذلك دراسة هويدا (2001) التي أكدت وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى دلالة 5% ممّا يشير الى فاعلية العلاج بالبرنامج السلوكي المعرفي المقترح في علاج الاكتئاب لدى مرضى السكري .

ويؤكد ذلك على أنّ مرضى الفشل الكلوي المزمن يحتاجون الى العلاج النفسي وهذا ما أوصت به دراسة خليل (1998) حيث أوصت الدراسة بضرورة تواجد خدمة نفسية تقدم الى مرضى الفشل الكلوي حتى تؤتي العملية العلاجية ثمارها المرجوة وهذا ما دعا لضرورة القيام بهذه الدراسة الحالية.

ويرجع هذا التحسن في الحالة الانفعالية للمرضى الى تأثير العلاج السلوكي المعرفي الذي تضمنه برنامج التدخل المهني لدحض الأفكار السلبية للمريض واستبدالها بأفكار إيجابية ممّا كان له تأثير فعّال في خفض جِدّة الاضطرابات الانفعالية للمرضى، حيث كشفت العديد من الدراسات عن نجاح العلاج السلوكي المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى القلق والاكتئاب والخوف والشعور بالذنب مثل دراسة عوض الله (2007) التي أثبتت أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب.

لذلك قام الباحثان بإجراء هذه الدراسة لمعرفة فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي لتخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، وقد أظهرت النتائج السابقة وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج وأنّ

درجة الاكتئاب انخفضت بشكل ملحوظ لديهم بعد تطبيق البرنامج مما يدل على نجاح البرنامج وفعاليتها، هذه النتيجة وافقت ما افترضه الباحثان.

ومما سبق وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة وما أكدته المادة النظرية ، يمكن للعلاج المعرفى السلوكى أن يؤدي لتخفيف الاكتئاب لمرضى الفشل الكلوى المزمن ، وهى نتيجة علمية فى ضوء ما سبق من إجراءات .

**عرض نتيجة الفرض الثاني:** لاختبار صحة الفرض الثانى والذى ينص على " توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوى قبل وبعد استخدام البرنامج العلاجى السلوكى المعرفى بمدينة الأبيض تبعاً للنوع (ذكر، أنثى) " ، تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفرق بين متوسطى مجموعتين مستقلتين .

جدول رقم (10) يوضح نتيجة اختبار "ت" لفرق بين عينتين مستقلتين "Independent –Samples– Test" فى الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوى بمدينة الأبيض قبل وبعد استخدام البرنامج العلاجى السلوكى المعرفى ، تبعاً للنوع (ذكر، أنثى).

المجموعة	مجموعتا المقارنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار (ت) "t"	درجة الحرية "df"	مستوى الدلالة
قبل البرنامج العلاجي	ذكر	55	20,40	6,88	-3,681	98	0,000
	أنثى	45	25,98	6,28			
بعد البرنامج العلاجي	ذكر	55	15,43	5,07	-3,166	98	0,002
	أنثى	45	18,75	5,37			

يتضح من الجدول أعلاه ، عند المقارنة بين مرضى الفشل الكلوى ( عينة الدراسة ) فى حدة الاكتئاب ، الى وجود فروق ذات دلالة احصائية تبعاً للنوع (ذكر، أنثى) ، قبل وبعد استخدام البرنامج العلاجي السلوكى المعرفى وهى لصالح الذكور .

#### مناقشة نتيجة الفرض الثاني :

جاءت نتيجة الفرض الثانى موافقة لما افترضه الباحثان وذلك بوجود فروق دالة إحصائياً فى الاكتئاب لصالح الذكور؛ فى مجتمع الدراسة قبل وبعد البرنامج العلاجي السلوكى المعرفى.

يرى الباحثان أنّ سبب ارتفاع الإكتئاب لدى الإناث يعزى الى أنّ الإكتئاب يعتبر مشكلة عامة وهو من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً ، فلم يسلم من الإصابة به الكبار والأطفال ، وقد أشارت معظم الدراسات إلى أنّ الإناث أكثر إكتئاباً من الذكور، ويرجع ذلك إلى عملية التنشئة الاجتماعية وطبيعة الأنثى العاطفية و التى ما زالت رهينة القيم والتقاليد ، فالمجتمع لا يعطى الأنثى الحرية الكاملة للتعبير عن نفسها وممارسة الأنشطة المختلفة مثل الذكور ولا تستطيع أن تسلك سلوكاً أو تتصرف تصرفاً إلاّ فى ضوء معايير الأسرة وتقاليدها والعودة إليها.

وهذا يؤدي إلى المزيد من الإحساس باليأس والحزن مما يجعلها أكثر عرضة لمشاعر الاكتئاب وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة عبد الخالق والنيال(1991) والتي أشارت إلى أنّ نسبة انتشار الاكتئاب بين الإناث أكثر من الذكور .

### عرض نتيجة الفرض الثالث:

لإختبار صحة الفرض الثالث والذي نصه "توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الإكتئاب بين مرضى الفشل الكلوى تبعاً للعمر الزمنى للمريض (( 15 - 25)، (26-35)، (36-45)، (46-59)، (أكبر من 59 سنة) ، تمّ استخدام تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA، وأسفر الإجراء عن الجداول التالية:

جدول رقم (11) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق فى الإكتئاب بين مرضى الفشل الكلوى تبعاً للعمر الزمنى للمريض :

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	4	435,581	108,895	4,133	.004
داخل المجموعات	95	2502,9	26,347		
المجموع	99	2938,510			

جدول رقم (12) يبين نتائج اختبار دونت س للمقارنات البعدية Dunnett's C Post Hoc Tests لدرجة الإكتئاب بين مجموعات الفئات العمرية لمرضى الفشل الكلوى بمدينة الأبيض.

الفئة العمرية (أ)	الفئة العمرية (ب)	الفرق بين وسطى المجموعتين (أ) - (ب)	الخطأ المعياري
15 - 25 سنة	26 - 35 سنة	2,15385	1,89330
	36 - 45 سنة	1,80000	2,26306
	46 - 59 سنة	5,36364*	1,58903
	أكبر من 59 سنة	4,00000	1,62143
26 - 35 سنة	26 - 35 سنة	2,15385-	1,89330
	36 - 45 سنة	0,35385-	2,22332
	46 - 59 سنة	3,20979	1,53191
	أكبر من 59 سنة	1,84615	1,56550
36 - 45 سنة	26 - 35 سنة	1,80000-	2,26306
	36 - 45 سنة	0,35385	2,22332

1,97068	3,56364	59-46 سنة	
1,99690	2,20000	أكبر من 59 سنة	
1,58903	5,36364*-	26-35 سنة	46-59 سنة
1,53191	3,20979-	36-45 سنة	
1,97068	3,56364-	59-46 سنة	
1,17950	1,36364-	أكبر من 59 سنة	
1,62143	4,00000-	26-35 سنة	أكبر من 59 سنة
1,56550	1,84615-	36-45 سنة	
1,99690	2,20000-	59-46 سنة	
1,17950	1,36364	أكبر من 59 سنة	
* الفروقات ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية أقل من 0,05			

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (12) أنّ هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي تبعاً للعمر الزمني للمريض ، فقد بلغت قيمة "F" 4,133 وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من 0,05. ولفحص مصادر الفروقات في الإكتئاب بين مجموعات الفئات العمرية (( 15-25)، (26-35)، (36-45)، (46-59)، (أكبر من 59 سنة) ، فقد استخدم اختبار دونت سي للمقارنات البعدية Dunnett's C Post Hoc Tests. وقد تبين أنّ مصادر الفروقات بين المجموعات العمرية التي أظهرها تحليل التباين الأحادي كانت بين مجموعة الفئة العمرية (15-25 سنة) ومجموعة الفئة العمرية (46-59 سنة). حيث بلغ الفرق بين متوسطي المجموعتين 5,4 لصالح الفئة العمرية (15-25 سنة) ، أي هي أكثر إكتئاباً.

#### مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

يرى الباحثان أنّ سبب ارتفاع الإكتئاب لدى الفئة العمرية (15-25 سنة) وهم المراهقون والشباب وهي المرحلة التي يتطلع فيها كلّ شخص للتفكير في المستقبل وتحقيق الآمال والطموحات من تكلمة الدراسة والقيام بعمل والزواج وتكوين أسرة وغيرها ، فعند الإصابة بمرض مزمن خلال تلك الفترة مثل الفشل الكلوي غالباً ما يؤدي الى الشعور بنهاية أو توقف الحياة في بدايتها ومواجهة صعوبات في المقدرة على إكمال المرحلة التعليمية بنفس المستوى السابق للإصابة بالمرض أو القيام بالأعمال كما السابق أو الاضطرار الى التخلي عن العمل نتيجة للمرض ، ومنع المرضى من مزاوله الاعمال المجهدة للبدن حتى لا يفشل عمل الاجهزة المغروسة داخل الأيدي مما يؤدي الى شعور الفرد في هذه المرحلة العمرية بالاحباط ، وكذلك النظرة التشاؤمية التي تكونت نحو المستقبل باكراً وذلك بعكس الفئة العمرية (46-59 سنة) ، وهم كبار السن الذين عملوا الكثير في حياتهم قبل الإصابة بالمرض وأصبح لديهم الأبناء الراشدون العاملون الذين يقفون معهم في ظروفهم الحالية

،بالإضافة الى أنّ هؤلاء المرضى مروا بتجارب كثيرة في حياتهم اكتسبتهم خبرات وزادت من نضجهم وبالتالي تقبلهم للأحداث من حولهم بنوع من الرضى ويتفق ذلك مع دراسة ألتشولر " ( Altschuler 1991 ) التي أكدت على أنّ الاطفال المصابين بالفشل الكلوى أقلّ اعتماداً على أنفسهم ويميلون إلى الإنفراد ويتسمون بالقصور فى الحركة والاتصال والمشاركة فى أغلب أوجه النشاط.

#### أهمّ النتائج التى توصلت إليها الدراسة :

1. إنّ تطبيق البرنامج العلاجى السلوكى المعرفى المستخدم فى هذه الدراسة يؤدى الى خفض درجة الاكتئاب النفسى لدى مرضى الفشل الكلوى.
2. وجود فروق ذات دلالة احصائية لدى مرضى الفشل الكلوى ( عينة الدراسة ) تبعاً للنوع ( ذكر ، انثى ) ، قبل وبعد استخدام البرنامج العلاجى السلوكى المعرفى وهى لصالح الذكور .
3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى تبعاً للعمر الزمنى للمريض ، وقد تبين أنّ مصادر الفروقات بين المجموعات العمرية التى أظهرها تحليل التباين الأحادى كانت بين مجموعة الفئة العمرية (15- 25 سنة) ومجموعة الفئة العمرية ( 46-59 سنة). حيث بلغ الفرق بين متوسطى المجموعتين 5,4 وهى لصالح الفئة العمرية (15- 25 سنة ) .

#### توصيات ومقترحات :

من خلال ما أسفرت عنه نتائج الدراسة يمكن صياغة التوصيات والمقترحات التالية :

1. أهمية استخدام البرنامج العلاج السلوكى المعرفى المستخدم فى هذه الدراسة وذلك لثبات جدواه فى تخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى .
2. الاهتمام بجميع مرضى الفشل الكلوى لاسيما بفئة المراهقين والشباب ، بحكم رؤيتهم السوداوية لما تؤول إليه حياتهم المستقبلية وهذا المرض ، وحلّ مشاكلهم والمساعدة فى علاجهم علاجاً جذرياً بزراعة كلية لديهم .
3. إجراء دراسات وبحوث علمية مستخدمة برنامج العلاج السلوكى المعرفى فى تخفيف الاكتئاب لدى مرضى السرطان والايذ وكورونا 19 والسكرى والضغط وغيرها من الأمراض المزمنة ومقارنتها بمدى فاعلية استخدام برنامج العلاج السلوكى المعرفى فى تخفيف الاكتئاب لدى مرضى.

## المصادر والمراجع :

-القران الكريم :

- 1- أبو ريّة، سامى (2002). الفشل الكلوى الوقاية والعلاج ، سلسلة إقرأ رقم 573، القاهرة: دار المعارف،
- 2- أبو زيد ، محمود (2006). الفشل الكلوى، الوقاية والعلاج ، القاهرة: دارالمعارف .
- 3-حمودة ،محمود عبد الرحمن .( 1990 ) النفس، أسرارها وأمراضها .القاهرة: مكتبة الفجالة.
- 4-خضر ، عبد الباسط متولى(1994) دراسة قلق الموت لدى عينة من مرضى القلب والفشل الكلوى والأسوياء، مجلة كلية التربية،العدد54 .
- 5- الشافعى ، رجيعه إبراهيم ( 2002): المهارات الاجتماعية والتوافق الدراسى وعلاقتها بالاكنتاب لدى طلاب الجامعة فى ضوء المتغيرات"دراسة تنبؤية"، المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس،311-344.
- 6- زهران ، حامد عبد السلام(1997). الصحة النفسية والعلاج النفسى،القاهرة : عالم الكتب.
- 7- الزيات ،فتحى مصطفى .( 1996) **علم النفس العام**، القاهرة: دار الوثائق القومية .
- 8-السنيدي ، محمد ": ( 2010 ) الفشل الكلوى وكيفية التعامل معه ، "مجلة بلسم- جمعية الهلال الأحمر الفلسطينى ،ص.ص 19- 36
- 9- السويداء،عبدالكريم عمر (2010) المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوى .المملكة العربية السعودية : وهج الحياة للنشر .
- 10- الشربينى، لطفى ( 1991 ) الإكنتاب النفسى مرض العصر .الإسكندرية :المزار العربى .
- 11- صبور،محمد صادق(1994): أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها،القاهرة، دار الشروق .
- 12-عبد اللطيف، حسن إبراهيم (2001) الاكنتاب النفسى، دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين ، مجلة دراسات نفسية.المجلد السابع ، ص.ص 35\_43.
- 13-عفيفى، عادل (2003) كتاب الهلال الطبى، الكلى العناية بها تحميك من أمراضها، سلسلة إقرأ، رقم 54 ، حلوان .

- 14- عكاشة ، أحمد(1998) علم النفس الفسيولوجي، القاهرة ، دار المعارف .
- 15- عكاشة ،أحمد(2008) الطب النفسى الحديث، القاهرة ،الأنجلو المصرية .
- 16- عيد، محمد إبراهيم (1997) الاغتراب النفسى، القاهرة ، الرسالة الدولية للإعلان .
- 17 - العيسوى ، عبدالرحمن محمد (2001) الجديد فى الصحة النفسية ، منشأة المعارف بالاسكندرية .
- 17-القريطى ،عبد المطلب ( 1998 ) الصحة النفسية ،القاهرة: دار الفكر العربي .
- 18- محمود،ريم يوسف (2010) .دراسة برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي رسالة ماجستير (منشورة )،كلية التربية .الجامعة الإسلامية ،غزة .
- 19- معمريه، بشير(2000) مدى إنتشار الاكتئاب النفسى بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة علم النفس ، الهيئة العامة للكتاب،العدد ، 53 القاهرة ص ص 53\_56.
- 20- مليكة، لويس كامل ( 1989). **العلاج السلوكى و تعديل السلوك** ، ط،1بدون ناشر.
- 21-مليكة، لويس كامل(1994). **العلاج السلوكى و تعديل السلوك**، ط،2بدون ناشر
- 22- الميلادى، عبد المنعم (2004) الأمراض والاضطرابات النفسية .الأسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة.
- 23 0.Beck. J.S.(1995). **Cognitive therapy, basics and beyond** new York: Guilford press
- 24 .Beck. J.S.(1995). **cognitive therapy**, basics and beyond new York: Guilford press.
- 25.Ellis, A. (1997). **Journal of Individual Psychology**, Vol 13, 38-44
- 26-. Ellis, A.(1987). **The Evolution of Rational-Emotive Therapy andCognitive Behavior Therapy CBT The Evolution of Psychotherapy**, New York: Beruner.

27. Makowski, B. (2004) .Low self esteem as it relates to Anxiety and depression  
**.Dissertation Abstract international** Vol.42, 5. **England Journal** Vol. 7, 5 .
- 28 . Rehm, P. (2003). Psychotherapies for Depression. In Kenneth D. Craig Anxiety and Depression in Adults and Children. Dobson (Ed).
29. Rush, J. & beek, (2004).**cognitive therapy** in Kaplan & sa dock's comprehensive, text book of psychiatry, Lippincott .
30. [www.google.com](http://www.google.com)