

الفصل الأول الإطار العام

الفصل الأول

م

مقدمة:

لعبت المرأة في المنظوم التاريخي دوراً لا يمكن إنكاره حيث اعتبرها البعض صاحبة الفضل الأول في التقدم التقني الذي تشهده البشرية في المجال الزراعي والإنتاج الغذائي وللمرأة الريفية دور كبير بحيث أنها تنتج 50% من الغذاء علي المستوى العالمي، إلا أن هنالك بعض المعوقات التي تقف أمامها وتعيق سير عملها من هذه المعوقات مرض الناسور البولي الذي ارتبط أساسه بالجهل والممارسات الخاطئة من العادات والتقاليد (هالة أحمد 2008م) .

مرض الناسور موجود من القدم الا أن اكتشافه جاء عن طريق الصدفة اكتشفه الدكتور (جيمس ماريسون سميث) والذي يعتبر الأب الروحي لأمراض النساء (gynocolgy) فقد كان في الماضي المصابات بالناسور البولي ينبذن من المدينة ويعشن في المزارع يشتغلن فيها لإعالة أنفسهن فكان الدكتور سميث يشفق عليهن ويأويهن في مزرعته وقد اكتشف هذا المرض عن طريق الصدفة من إحدى المريضات العاملات بمزرعته وقام الدكتور سميث باختراع أول جهاز كشف للناسور البولي كما اغلق أول ناسور بولي لفتاة عمرها 17 عاما بعد ثلاثة أيام من ولادة متعسرة وفي العام 1855 أعلن الدكتور سميث المبادئ الأساسية لإغلاق الناسور البولي والتي تعتبر مرجع في العصر الحاضر لعلاج الناسور وفي ذات العام قام بإنشاء مستشفى لعلاج الناسور. بعد الدور الكبير الذي لعبه دكتور سميث وزملائه في الاهتمام بالولادة أصبح الناسور أقل حدوثاً في الدول المتقدمة ولكن لا تزال المشكلة قائمة في الدول النامية (د صالح الطاهر 2010م).

ذكرت منظمة الصحة العالمية أن ناسور الولادة عبارة عن ثقب يظهر في قناة الولادة وتعاني النساء المصابات بهذا المرض الذي يمكن توقيه بشكل مستمر

من سلس البول الذي كثيرا ما يؤدي إلى عزلة اجتماعية ومن عداوي جلدية واضطرابات كلوية، ويمكن أن يتسبب المرض حتي في وفاته كما ذكرت أن كل عام يشهد إصابة 50، 000 إلى 100، 000 امرأة في جميع أنحاء العالم بناسور الولادة وتشير التقديرات إلى أن أكثر من مليوني فتاة يتعايشن مع نواسير ولادية لم تعالج في آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

عرف الناسور البولي في العالم العربي فقد كان الدكتور نجيب محفوظ باشا من أوائل المهتمين بعلاج الناسور في مصر بمستشفى القصر العيني وقد قام بعلاج (400) حالة في عهده (1904_1942) وقد حقق نجيب محفوظ شهرة عالمية في جراحات إصلاح الناسور المهبلي بأنواعه المختلفة ليتم عرض عملياته في مستشفيات لندن وأكسفورد وادنبرة وجنوا ولوزان ويفد إلى القصر العيني جراحو أوروبا لمشاهدة هذا النوع من العمليات. تم إنشاء أول مستشفى لعلاج الناسور البولي في أفريقيا في إثيوبيا قام بها الدكتور هاملت وزوجته في عهد الإمبراطور هيلا سيلاسي والذين جاءوا إلى إثيوبيا في سبعينات القرن الماضي وهو يعد المستشفى الثاني في العالم.

وفي السودان تم إنشاء أول مركز لعلاج الناسور البولي علي يد البروفيسور أبو حسن أبو الذي يعد من الرواد السودانيين المهتمين بعلاج الناسور البولي وقد تم إنشاء مركز لجراحة الناسور البولي يحمل اسمه بمستشفى الخرطوم التعليمي أما علي المستوي المحلي وعلي صعيد ولايات دارفور الكبرى، فقد كان الدكتور علي طه بمستشفى الفاشر التعليمي من أوائل المهتمين بالناسور. أنشأ عنبرين بالمستشفى لرعاية مريضات الناسور. أما في الوقت الحالي نجد الدكتور آدم صالح محمدين اختصاصي أمراض النساء والتوليد من الذين وضعوا بصماتهم الواضحة

في مجال علاج الناسور بولاية دار فور ومن إسهاماته الاهتمام بقيام المخيم السنوي لعلاج الناسور مجانا وذلك بمساعدة د. جون كيلى وبعض المنظمات الطوعية العاملة في مجال الصحة وذلك لإجراء العمليات وخاصة المعقدة منها، مما أدى الي انخفاض نسبة الناسور بولاية شمال دارفور ونذكر الدكتور صالح الطاهر بولاية زالنجي والذي بذل مجهودات كبيرة لعلاج حالات الناسور. ودكتور طاهر بشارة فاشر.

مشكلة الدراسة:

تتلخص مشكلة الدراسة في مناقشة الاكتئاب كأثر نفسي لدي المصابات بمرض الناسور البولي وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديموغرافية لدي عينة من المصابات بالمرض بمركز جراحة الناسور - مدينة الفاشر ايضا تكمن مشكلة الدراسة في تفشي مرض الناسور بصورة كبيرة في مجتمع دارفور وبمجتمع الدراسة بصورة أخص كما أن عمل الباحثة كباحثة نفسية في مركز جراحة الناسور البولي ومقابلتها لعشرات المصابات والأعداد المتزايدة بشكل يومي والحالات المتكررة لصغيرات السن والاثار النفسية الحادة الناتجة عن هذا المرض والاثار الاجتماعية الكثيرة وأهمها العزلة والطلاق والهجر وأثره السلبي علي مريضات الناسور والاثار الاقتصادية لهذا المرض علي المجتمع ككل باعتبار أن المرأة دعامة أساسية من دعامات المجتمع كل تلك الأسباب أدي بالباحثة لطرق هذا الموضوع الخطير وتتمثل مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

ماهي السمة المميزة للإصابة بالاكتئاب لدي المصابات بمرض الناسور البولي؟

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدي المصابات بمرض

الناسور البولي تبعا للحالة الاجتماعية (ربة منزل، عاملة)؟

2. هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الاكتئاب لدي المصابات بالناصور البولي

والحالة الاجتماعية (متزوجة، مطلقة، أرملة)؟

3. هل توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب لدي المصابات بالناصور البولي

وعمرهن الزمني؟

4. هل توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب لدي المصابات بالناصور البولي

ومدة الإصابة؟

أهمية الدراسة:

1. التطور الكبير الذي وصل إليه العلم في مجال علم النفس واهتمامه بالإنسان

وحياته النفسية والاجتماعية وتوفير الطمأنينة والسكينة واهتمامه بالأفراد

والمجتمع وبناء الدور المجتمعي تجاه بعضه البعض كل ذلك أدي بالباحثة

للاهتمام بمرض الاكتئاب الذي يحدث نتيجة للإصابة بمرض الناسور البولي.

2. بالرغم من الدراسات التي أجريت في مجال الاكتئاب إلا أن الدراسات تكاد تكون

منعدمة في مجال الناسور البولي وذلك مما حدا بالباحثة إلي تناول هذا

الموضوع للمساهمة في زيادة المعرفة بهذا المرض ونشر الوعي بمخاطرة

الصحية والنفسية للمرأة وأثره الكبير علي المجتمع باعتبار المرأة دعامة أساسية

من دعامات المجتمع.

3. تشكل هذه الدراسة مجالا للدراسات النفسية المتعلقة بمرض الناسور البولي والتي

لا تزال تنتظر الجهد الكثير من قبل الباحثين والمختصين.

4. إثارة اهتمام المسؤولين والمعنيين عموما وفي وزارة الصحة علي وجه أخص

ولفت انتباههم بالمشاكل الصحية التي يعاني منها سكان الأرياف والقري

والمشاكل التي تواجهه المرأة الريفية واثارها النفسية والاجتماعية عليها واثارها الاقتصادية علي كل المجتمع السوداني.

أهداف الدراسة:

1. معرفة السمة المميزة في الاكتئاب لدي المصابات بمرض الناسور البولي؟
2. معرفة الفروق في الإصابة بالاكتئاب لدي المصابات بالناسور البولي تبعا للحالة الاجتماعية (رية منزل، عامله) .
3. معرفة الفروق في الإصابة بالاكتئاب النفسي لدي المصابات بالناسور البولي تبعا للحالة الاجتماعية (متزوجة، مطلقة ، أرملة) .
4. معرفة الفروق في الإصابة بالاكتئاب لدي المصابات بالناسور البولي وعمرهن الزمني
5. معرفة العلاقة بين الإصابة بالاكتئاب لدي المصابات بالناسور البولي ومدة الإصابة.

فروض الدراسة:

1. يتسم الاكتئاب وسط المصابات بالناسور البولي بالارتفاع بدرجة دالة إحصائيا.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدي النساء المصابات بالناسور البولي تبعا للحالة الاجتماعية للمرأة (رية منزل، عاملة) .
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدي النساء المصابات بالناسور البولي تبعا للحالة الاجتماع (متزوجه، مطلقه، أرمله).
4. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدي المصابات بالناسور البولي وعمرهن الزمني.

5. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى المصابات بالناصور

البولي ومدة الإصابة بالناصور.

مصطلحات الدراسة:

الاكتئاب هو قيمة الشعور بالحزن حيث يشعر المكتئب باليأس الشديد في مواجهة الأمل ويشعر بعدم السعادة والتشاؤم، ولديه شعور بالفقر وغير قادر على اتخاذ القرار وأن للاكتئاب جذور في الشعور بالذنب ناتج عن حسابات قديمة وربما ازدواجية لا شعورية. (نبيل الفحل 2009م)

المتغيرات الديموغرافية:

ورد في (الموسوعة الحرة، 2012م) هو علم السكان أو الدراسات السكانية وهو فرع من علم الاجتماع والجغرافيا البشرية تقوم علي دراسة علميه لخصائص السكان المتمثلة في الحجم والتوزيع والكثافة والتركيب والأعراف ومكونات النمو (الإنجاب والوفيات والهجرة) ونسب الأمراض، والحالات الاقتصادية والاجتماعية ونسب الأعمار والجنس.

الناصور:

وينقسم الناسور إلي قسمين: ناسور بولي، وناصور شرجي.

الناصور البولي:

هو اختلاط القناة البولية بالجهاز التناسلي بحيث يكون خروج البول في غير موضعه الطبيعي وذلك عن طريق المهبل من غير تحكم المريضة فيه.

الناصور الشرجي:

هو تكون قناة تصل بين سطح الغشاء من جهة وسطح الجلد الخارجي المحيط بالشرح من الجهة الأخرى، والناصور، عادة يكون مصحوبا بإفرازات صديدية، نتيجة غزو الناسور بالميكروبات المولدة للصدید.

المصابات بالناصور البولي: مجموعة من النساء مصابات بمرض الناسور البولي موجودات بمركز جراحة الناسور البولي مدينة الفاشر من كافة أنحاء دارفور تتفاوت أعمارهم من سن 14_60 سنة.

الولادة المتعسرة:

هي الولادة التي وضعت عن طريق اروسميث وهامليت والتي تؤدي إلى مضاعفات خطيرة من بينها الناسور البولي. كذلك معدل وفيات الأمهات والذي يقدر بـ 1000 من 100، 000 ألف سنويا في الدول النامية.

الولادة التقليدية:

هي الولادة التي تتم بدون وجود كادر صحي مؤهل وتتم بطريقة بدائية جدا وفيه تتعرض المرأة لخطر شديد وقد تستمر لعدة أيام في حال تعسرت الولادة وتقوم به امرأة غير مدربة.

حدود الدراسة:

1. حدود مكانية: ولاية شمال دارفور . مدينة الفاشر . مركز جراحة الناسور والمسالك البولية.

2. الحدود الجغرافية: . مجتمع الدراسة بولاية شمال دارفور في إقليم دارفور في شمال غرب السودان يمتد بين خطي العرض 20، 10 شمالا وخطي الطول 27، 22 شرقا مساحته الكلية 500، 000 كلم ما يعادل خمس مساحة السودان (عبد الغفار أحمد. لايف منقار 2006)

الحدود الزمانية: في الفترة ما بين، 2012م إلي 2015م

مركز جراحة الناسور البولي:

تأسس مركز جراحة الناسور البولي بمدينة الفاشر في العام 2006 بدعم من مؤسسة البر والتواصل وبيعاز من بروفييسور آدم صالح محمدين اختصاصي أمراض النساء والتوليد والذي كان يقوم بعلاج حالات الناسور البولي مجانا من العام 2001 بالتعاون مع دكتور جون كيلى بريطاني الجنسية والذي يقوم بعلاج هذه الحالات مجانا أيضا والمركز يضم مريضات من مختلف أنحاء السودان ودول الجوار.

المركز تم افتتاحه رسميا في العام 2007م ويضم المركز عنبرين + غرفة عمليات مجهزه +غرفة تحضير وتخدير + مكتب للسسترات والدعم النفسي + مكتب للأطباء + استراحة. كل ملفات المريضات، والفحوصات والمقابلات مجانا وذلك بدعم من وزارة الصحة + منظمات عالمية كمنظمة الأمم المتحدة للسكان بالإضافة لديوان الذكاة.

الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول

،

مقدمة:

يعاني حوالي 12% من سكان العالم من مرض الاكتئاب بشكل حاد يحتاج إلى علاج لبعض الوقت أوفي وقت ما في حياتهم. يصاب الناس بالاكتئاب بطرق مختلفة ولكن من أبرز العلامات التي تبدو على مريض الاكتئاب هي معاناته من

حالة مزاجية أو سيئة، أما العلامات الأخرى المعروفة الخاصة بالاكتئاب فتنتمى الخمول ومشكلات في النوم أو الاستيقاظ المبكر والإرهاق الدائم وسيطرة الأفكار السلبية التشاؤمية وصعوبة التفكير المنتظم أو صعوبة الوصول إلى قرارات صائبة ووجود تغير في الشهية وفقدان الرغبة في الحياة.

وبالنسبة لأغلب الناس تتم استشارة رد الفعل الخاص بالاكتئاب من خلال مجموعة من أحداث الحياة التي يجدون أن التعامل معها صعب، وليس من السهل التخلص السريع من الاكتئاب، ولكن هناك بعض الطرق التي يمكن من خلالها أن يخلص المريض نفسه تدريجياً من الاكتئاب. (باول 2008م: 123).

التطور التاريخي للاكتئاب:

اهتم العلماء منذ العهود البعيدة بالاكتئاب فقد تحدث أبو قراط منذ حوالي أربعمئة سنة قبل الميلاد عن الميلانخوليا أو ما يعرف بالسواد أو شدة الانقباض وفي أواخر لبقرن الميلادي الأول أشار ارينوس الذي مارس الطب في روما إلى الاكتئاب بأنه يتصف باليأس وقلة الحيلة والإحساس بالعجز وهي ملاحظات مازال يأخذ بها كثير من الباحثين اليوم حيث يعتبرون اليأس العرض الأساسي في الاكتئاب كما أنه عامل مسبب له.

وفي أوائل القرن التاسع عشر كان اسكيروول أول طبيباً يقدم وصفاً دقيقاً لحالات الاكتئاب وفي عام 1854م نشر طبيب فرنسي يدعى (فالريه) وصفاً لحالات الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية. فقد درس حالات المرضى الذين يعانون من الاكتئاب على مدى ثلاثين عاماً ولاحظ

أن بعض هؤلاء المرضى تتنابهم حالة من النشوة والاستخفاف ثم حالة من الاكتئاب وأطلق على هذا النمط من الاضطرابات لفظ الجنون النوابي. ويشير لفظ الاضطرابات الوجدانية في العصر الحديث إلى نوع من الاضطرابات مظهرها الأساسي هو حالة مستمدة من اضطراب المزاج ويمكن أن يكون المزاج مضطرباً في اتجاه واحد أو اتجاهين، كما يحدث في حالة الهوس أو حالة الاكتئاب ويمكن القول بوجود نمطين من اضطرابات الاكتئاب أحادي القطب Unipolar Dep حيث يعاني المرء من أعراض الاكتئاب دون أن يمر بحالة من الهوس والاكتئاب Bipolar Dep أو ذهان الهوس والاكتئاب. (البوني 2005م:39)

مفهوم الاكتئاب:

الاكتئاب كاضطراب عصابي أو ذهاني يدخل في دائرة ما يعرف بالاضطرابات شيعياً وهي تتضمن الحالات الشاذة والتي يكون فيها اضطراب المزاج أو الانفعال السمة الرئيسية، وهي تتضمن أنواعاً مختلفة من الاكتئاب كما تتضمن اضطراب الهوس الاكتئابين ومجموعة الاضطرابات التي تتراوح بين الاستجابات الخفيفة غير الحادة والذهانية القاسية. (خير السيد 2005م:39)

ويشير بشير الرشيد وآخرون المذكور في كجور إلى مفهوم مصطلح الاكتئاب يستخدم في ثلاثة مفاهيم مختلفة وينطوي تحديد هذه المفاهيم بطرق مختلفة لوصف معين من الشعور أو عرض معين أو مركب من الأعراض أو كينونة من أعراض مرض مميز.

(1) المفهوم الأول: يشير إلى (الشعور بالمزاج المكتئب) ذلك الشعور يدل على الهبوط في المزاج عن المستوى المعتاد أو الشعور العابر أو الوقتي بالحزن،

وقد يتضمن شعوراً بالضجر أو السأم أو التحقير ويستخدم غالباً مصطلح (مكتئب) لتسمية هذه الحالة أو الخبرة الذاتية.

(2) المفهوم الثاني: يستخدم هذا المفهوم باعتبار الاكتئاب مركباً من الأعراض أو (زملة اكتئابيه) فيتحدد على أنه نمط مركب من الانحرافات في المشاعر والمعرفة والسلوكييمثل اضطراباً نفسياً مميزاً، بل يصف تجمعاً من المظاهر والأعراض التي تعتبر في بعض الأحيان أنها بعد نفسي مرضي يتزاح في الكثافة (درجة اللاسوية) بين الدرجة والدرجة الشديدة، وقد تبدو زملة الاكتئاب في بعض الحالات مصاحبة لإضراب نفسي محدد.

(3) المفهوم الثالث: يعتبر الاكتئاب كينونة مميزة من الأعراض، تشير إلى نمط معين أو شكل معين من الاضطرابات الذي قد يصنف اعتماداً إلى تاريخ الحالة والأعراض. (بشير كجور 2003م:49)

تعريف الاكتئاب:

يعرف (أحمد عكاشة الوارد في طيب الأسماء 2009م) الاكتئاب هو حالة تتسم بالأفكار السوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار والمبالغة في الأمور التافهة والأرق الشديد بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية.

ويعرف (رامز طه 2008م) الاكتئاب هو شعور الإنسان بالحزن والكر واليأس وفقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء سار أو ممتع،

فمريض الاكتئاب يفقد الرغبة في الشهية لكل ما كان يشتهي من قبل بل لا يجد طعم أو لذة لأي شيء في الدنيا.

ويشير (سرحان والخطيب والحباشة المذكور في حليلة 2008م:20) إلى وجود عدد من المظاهر الاكتئابية وهي المزاج والمظهر والحركة والنوم والطعام والنشاط والتفكير والأعراض الجسدية والجنس والقدرات العقلية والأعراض الذهانية. ويعرف (طارق كمال 2006م) الاكتئاب هو حالة من انخفاض معنويات المريض وسوء الحالة المزاجية له وقلة النشاط الحركي وصعوبة التصرف في الحالات التي تحتاج إلى ذكاء.

ويعرف (الشريبي 2004م:17) بأن الاكتئاب قد يكون أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف يدعو للشعور بالحزن والأسى كفراق صديق أو خسارة مالية وقد يكون الاكتئاب مصاحباً لأي مرض آخر. والاكتئاب هو أحد الأمراض النفسية المعروفة ويتميز بوجود مظاهر نفسية وأعراض جسدية. ويعرف (الوافي 2002م:19) يعتبر الاكتئاب حالة وجدانية ناتجة من فقدان شيء ما إضافة إلى أن الاكتئاب هو حالة من الهبوط والحزن وتحويل الاهتمام من الخارج إلى الداخل.

ويعرف (مدحت عبد الحميد 2001م:25) الاكتئاب بأنه اضطراب وجداني متعدد الأوجه قد يشير إلى الحالة أو السمة أو أعراض أو زملة أعراض، قد يكون عصاباً ذهنياً أو اضطراب في الشخصية أو المزاج. وفي كل هذا درجة من الشعور بالألم النفسي النسبي ينتج عن انخفاض نسبي في المستوى العام لنشاط المرء، ويتراوح مداه من الشعور بالحزن إلى الشروع في الانتحار.

ويعرف (محمد خير 2000م:5) الاكتئاب بأنه ألم نفسي يتميز المصاب به بالحزن الشديد والتعاسة والعجز عن مواجهة المستقبل والخوف وافتقاد النشاط والإيجابية وصعوبة في العلاقات الاجتماعية وتكرار أفكار يائسة وربما تكرار الأفكار الانتحارية.

تفسيرات الاكتئاب:

النظرة البيولوجية:

التفسير الوراثي للاكتئاب: يفترض هذا التفسير إمكانية انتقال الأعراض الاكتئابية من خلال الجينات الوراثية، وأتى الدليل من خلال دراسات التوائم المتماثلة وغير المتماثلة ودراسات التبني والتاريخ الأسري للحالات المرضية، وقد قدم هذا الخط من الدراسات دليلاً على صحة التفسير حيث وجد أن الوراثة تمارس دوراً هاماً في الإصابة بالاضطرابات النفسية الاكتئابية ولكن ليس دوراً كبيراً للغاية بل أن العوامل البيئية تعد عوامل هامة جداً في الإصابة باضطرابات الاكتئاب أيضاً . (زيزي 2006م)

التفسير الكيميائي الحيوي والتفسير العصبي الغدي: ركز بعض العلماء على دور الناقلات العصبية في الإصابة بالاضطرابات المزاجية، وكانت أول النظريات في هذا الشأن خاصة مادة (الكاتيو كلامين) حيث وجدت دراسة سيكلدر كراوت 1965م دليلاً يؤكد أن النص النسبي للنورنفرين من (الكاتيوكلامين) تسبب الاكتئاب بينما تؤدي الزيادة فيه إلى حدوث الهوس.

دور الشذوذ النيوروفيسولوجي: في محاولات الباحثين الكشف عن الشذوذ النيوروفيسولوجي في حدوث اضطرابات المزاج، ركز الباحثون على دراسة اضطراب النوم أو اضطراب الإيقاع البيولوجي، فالجسم البشري يمر بدورة منتظمة يومية من تغييرات بين حالات النوم واليقظة أو ما يسمى Circadian Rhythms وتؤثر الإفرازات الغدية العصبية في هذه الدورة وفي درجة حرارة الجسم وهذه الدورة تتبع الضوء على مدار النهار والليل، ولأن الأفراد المكتئبين يظهرون اضطراباً في عناصر هذه الدورة فقد افترض الباحثون أن الاكتئاب قد يمثل اضطراباً في التنظيم الطبيعي لدورة النوم واليقظة ولقد بينت الدراسات لرسم الدماغ الكهربائي وجود شذوذ لدى المرضى المكتئبين في قياس النشاط الكهربائي للمخ. (طيب الأسماء 2009م:23)

التأثير الهرموني: هناك أدلة عديدة على أن الاكتئاب يرتبط بالتذبذب في هرمونات الجنس خاصة لدى النساء، فقد وجد أن 41% من النساء اللاتي دخلن مستشفى الأمراض النفسية حدث لهن ذلك قبل موعد الطمث بيوم واحد، وإن كان هذا لا يعني أن الطمث سبب الاكتئاب بل أنه يعتبر مثيراً للاضطراب موجود بحيث يجعله بالشدة الكافية لطلب العلاج. وقد أفرد الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية DSM-IV تشخيصاً سمي بعسر المزاج قبل الطمث في فئة الاضطرابات الاكتئابية غير المحددة. كما وجد أن هرمون الغدة الدرقية يلعب دوراً في الإصابة بالاكتئاب. (طارق طيب الأسماء 2009م:23)

أعراض الاكتئاب:

نجد أن هناك اتفاقاً كبيراً بين الأعراض الواردة في دليل منظمة الصحة العالمية - ICD - 10 ودليل الرابطة الأمريكية للطب النفسي DSM-IV بأن هناك ثلاثة أعراض أساسية وأخرى مصاحبة للاكتئاب الأساسي الخالي من الأعراض الذهنية.

الأعراض الأساسية:

- 1) المزاج المكتئب معظم اليوم تقريباً من شكوى المريض بالحزن والخواء
- 2) فقدان الاهتمام والاستمتاع في كل أو معظم الأنشطة.
- 3) تناقص الطاقة الذي يؤدي إلى التعب وقلة أو انعدام النشاط. (بشير كجور 2003م:55)

الأعراض المصاحبة:

- 1) انخفاض واضح في الوزن أكثر من 50%
- 2) الإحساس بانعدام القيمة أو تأثم زائد زيادة غير ملائمة
- 3) اضطراب النوم أو الأرق أو كثرة النوم
- 4) التشاؤم (النظرة السلبية للمستقبل)
- 5) تناقص القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم القدرة على اتخاذ القرارات
- 6) أفكار معاودة الموت أو تفكير متكرر في الانتحار بدون خطة أو محاولة الانتحار وفق خطة محددة لتنفيذ الانتحار. (ICD-I.-WHO)

بينما يرى (البوني 2005م: 5-55) أن أعراض الاكتئاب تنقسم إلى ثلاثة

أولاً: أعراض جسدية:

1. اضطرابات النوم بنسبة 90% لاسيما الأرق
2. الاستيقاظ المبكر بنسبة 80% من المرضى
3. الإمساك بنسبة 80%
4. نقص الوزن بنسبة 70%
5. الضعف والتعب العام بنسبة 70%
6. الدوار بنسبة 70%
7. ضعف الشهوة الجنسية بنسبة 60%
8. أعراض قلبية بنسبة 60%
9. اضطرابات حسية عصبية بنسبة 50%
10. صراع بنسبة 50%
11. الغثيان بنسبة 40%
12. اضطرابات الدورة الشهرية بنسبة 25%

ثانياً: أعراض انفعالية:

1. مزاج متدني كئيب بنسبة 90%
2. مشاعر الإثم واليأس وعدم الدافعية والإحساس بفقد العون بنسبة 80%
3. القلق والتهيح والبكاء بنسبة 70%
4. الخوف من الجنون ومن المرض الجنسي ومن الموت ونوبات القلق بنسبة 60%
5. اجترار الذكريات الماضية والحاضرة والتفكير في المستقبل 50%

ثالثاً: أعراض نفسية:

1. الصباح أسوأ أوقات اليوم ويكون التركيز والانتباه ضعيف بنسبة 90%
2. عدم القدرة على اتخاذ القرار وفقدان الاهتمام بنسبة 80%
3. ضعف الذاكرة بنسبة 60%
4. أفكار انتحارية ورغبة في الموت بنسبة 30%

الشخصية شبه الاكتئابية:

قد لا يوجد نمط من أنماط الشخصية يطلق عليه الشخصية الاكتئابية لكن يمكن استناداً إلى علم الطابع أن نجد بعض الصفات المشتركة يمكن أن تتجمع لتشكيل شخصية خاصة توجد لدى الذين يصابون بالاكتئاب. ومحاولة تصنيف الناس إلى أنماط شخصية مختلفة هي محاولة قديمة تستهدف تحليل انفعالات وأمزجة واتجاهات الأفراد.

من خلال الخصائص الجسمية أو العقلية وقد تعرضت هذه التصنيفات للتشكيك لأن معظم الناس في الواقع يقعون في نماذج متوسطة إذ يحمل كل فرد سمات وخصائص شخصية ليست بالضرورة وضعها في قوالب محددة، ومن النظريات القديمة التي تفسر الشخصية نظرية جاليوس (الأمزجة الأربعة) على ما قاله القدماء من أن العناصر الأربعة (النار، الماء، الهواء، التراب) نمزج بنسب مختلفة فتتكون جميع المواد المعروفة.

وتقوم فرضية جاليوس على أن الأخلاط أربعة الدم والصفاء والسواد والبلغم تمتزج في الإنسان امتزاجاً متكافئاً متوازياً فيكون الشخص متزناً وقد يتغلب أحد هذه

الأخلاق على الأخرى مما يسبب أسلوباً انفعالياً خاصاً بالفرد يسمى بالمزج فإذا زادت نسبة الدم سمي المزاج دموي وإذا زادت نسبة السواد سمي المزاج سوداوي وكان صاحبه متشائماً بطيئاً. (البوني 2005م: 54-55)

القابلية للإصابة بالاكتئاب:

إن بعض الناس يكونون أكثر قابلية للإصابة بالاكتئاب عن غيرهم وهناك عدد من العوامل الوقائية التي يمكن أن تقلل من قابلية الفرد بالإصابة بالاكتئاب وهي كالآتي:

1. ممارسة عادات تفكير ايجابية
 2. إدارة الضغط العصبي
 3. الاستعانة بالنظم الفعالة للدعم الاجتماعي
 4. التعبير بثقة عن الاحتياجات والأفكار والمشاعر
 5. التوازن بين الاحتياجات والموارد والاهتمام بالذات
 6. التمتع بثقة كبيرة في النفس اعتماداً على تقدير الذات وليس على الانجازات.
- (بول 2008م: 123-124)

الاكتئاب والثقافة والمجتمع:

تختلف نسبة وقوع المرض في بلدان العالم المختلفة وهذا التفاوت نتيجة التباين الواضح بين بلدان العالم في النواحي الثقافية والاجتماعية والدينية فهناك بعض الثقافات التي تعكس تأصيل الألم والحزن في نفوس الناس والتي تغذي الشعور بالاكتئاب كمظهر من مظاهر الحياة العاطفية للأفراد الذين ينتمون إلى تلك

الثقافة. ويتضح ذلك من بروز نزعة الكآبة في أوجه الحياة المختلفة من أدب وشعر وموسيقى ورقص وغناء وفنون أخرى ولعل نمط الحياة الاجتماعية في بعض نواحيه لا يمكن تفريقه عن أوجه الحياة الثقافية لشعب ما ولما كان الإنسان وحدة اجتماعية سواء جاء ذلك مطابقاً لطبعه أو بالضرورة فإن المجتمع الثابت والمتماسك يعتبر قوة مانعة لحدوث الاكتئاب، أما تلك المجتمعات التي اتجهت في الحياة أفرادها اتجاهاً فردياً وجدانياً لا اتجاهاً عائلياً متماسكاً فإن الاكتئاب أكثر وقوعاً بين أفرادها.

وللعقيدة الدينية أثرها في توجيه الإنسان نحو الاكتئاب أو عكسها ويكون ذلك عن طريق المدى الذي يؤكد فيه العقيدة على الشعور بالألم وخاصة في المراحل الأولى من الحياة أو عن طريق الطقوس والشعائر الدينية المتبعة في كل عقيدة وعلى سبيل المثال نجد أن المذهب الكاثوليكي في المسيحية أكثر من المذهب البروتستانتي تأثيراً على الشعور بالألم كما أن الطقوس المتبعة تعزز من هذا الشعور وتغذي النزعة الاكتئابية في حياة الفرد.

أما الديانة الإسلامية فهي أقل الديانات توجيهاً للاكتئاب وذلك لأنها مباشرة في تحديد المسؤولية عن الذنب ولا تترك المجال لقيام حالات الصراع النفسي الذي قد نجده في بعض الديانات ومع أهمية الجوانب الثقافية والاجتماعية والدينية في التأثير على نسبة وقوع الاكتئاب. ألا أن تعرض هذه العوامل للتغير أكثر تأثيراً في وقوع حالات الاكتئاب بين الأفراد والجماعات التي يشملها هذا التغير، خاصة إذا كان هذا التغير في اتجاه عزل الفرد وتجريده من الضمانات النفسية. (البوني 205م:40)

الاكتئاب وتقدير الذات:

يرى أصحاب مدرسة الذات أن المريض بالاكتئاب يعاني من وجود فكرة
وضيعة عن نفسه يشعر بها وقد يتخذ المريض عدة سبل ليثبت العكس من ذلك،
فيهرب من نفسه ومواجهة مشكلته ويزيد من أنشطته في محاولة منه لتفادي هذه
الفكرة السلبية عن الذات وتدني تقديرها. (خير السيد 2007م:111)

بالإضافة إلى أن شعور الفرد بالنقص والفشل ولوم الذات والشعور بالإثم
والذنب وتشويه صورة الذات وتدني تقديرها كلها مظاهر لمفهوم الذات السلبي
للمريض بالاكتئاب. (أحمد 2004م:7)

الاكتئاب والنوع:

من الثابت علمياً أن هناك ارتباط وثيق بين الاكتئاب والنوع وأن الاكتئاب
يحدث بين النساء أكثر من الرجال والمعدل الشائع بين التقارير هو أن نسبة
الإصابة بالاكتئاب للنساء مقابل الرجال هي (2:1).

في السودان بينت دراسة هرون 2004م المذكور في خير السيد أن نسبة
إصابة النساء بالاكتئاب إلى الرجال (2:1) كما بينت أن الاكتئاب يتميز
بالاستمرارية أكثر في النساء دون الرجال. وأن النوع الأنثوي أكثر عرضة
لاضطرابات القلق العام والاكتئاب ما بعد النفاس والقلق السابق للدورة الشهرية.

وما يفسر ذلك أيضاً فقدان المرأة للتمتع بالاستقلال الذاتي وسلطة اتخاذ
القرارات المصيرية وفرص الوصول إلى الدخل المالية، ومعظم أوجه حياتها

وصحتها لا تخضع لإدارتها وحكمها، كما يفجر الاكتئاب في أوسط النساء أوضاعاً وتجارب وخبرات تتميز بمشاعر الإهانة والإذلال والوقوع في الفخ. (خير سيد 2007م:112)

تصنيف الاكتئاب:

هناك صعوبة كبيرة في تصنيف الاكتئاب وما زال العلماء مختلفون حتى الآن حول التصنيف الأمثل للاكتئاب، ولعل أول التصنيفات التي أعطيت للاكتئاب ذلك التصنيف الذي أعطاه كراييلن والذي صنف بمقتضاه الاكتئاب إلى نوعين:

1. الاكتئاب الدوري: (النواب) وهو اكتئاب يحمل بعض النسب السيكولوجية كما يبدو أنه غير مرتبط تماماً ببيئة المريض أو طريقة معيشته أو أسلوب حياته، كما أن أسباب حدوثه تعزي على تلك الجذور العميقة للوراثة أو البيئة الجسمية أو الأيض.

2. الاكتئاب النفسي الوراثي: وهو عبارة عن رد فعل صارم وبالغ المدى من ناحية القوة والشدة، ولاسيما قوة الديمومة أو البقاء في حياة المريض وعادة ما يظل في المستوى العصابي. (خير السيد 2007م:90)

ويرى واطس المذكور في خير السيد (2007م:91) أن هناك أربعة أنواع من الاكتئاب هي:

1) اكتئاب تفاعلي: Reactive ويرجع إلى ظروف الحياة اليومية وهو أكثر أنواع الاكتئاب انتشاراً.

(2) الاكتئاب الراجع لعلّة جسمانية: Symptomatic Depression والذي قد يأتي مصاحباً لفيروس مثل الأنفلونزا أو لمرض عصبي باركنسون أو فيروس الكبد الوبائي، كما يمكن حدوثه بواسطة التسمم من المعادن الثقيلة كالزئبق والرصاص، كما أن نقص بعض عناصر الغذاء كفيتامين (ب) يمكن أن يجعل الفرد متأثراً سلباً بالطقس ويشعر بالكآبة.

(3) الاكتئاب الأولي الداخلي المنشأ: Primary Endogenous Depression وهو نوع أكثر إثارة كما أنه مستقل تماماً، وقد يأتي بعدة أسماء مثل الذهان أو ذهان الهوس والاكتئاب الداخلي المنشأ أو المالنخوليا.

(4) الاكتئاب الثانوي الداخلي المنشأ: secondary Endogenous Depression ويرى وليم الخولي أن هناك ثلاثة أنواع من الاكتئاب هي:

- أ. اكتئاب تفاعلي كرد فعل لظروف خارجية
- ب. حالات اكتئابية راجعة لعوامل نفسية فردية لا شعورية يحس بها المريض بالحزن والأسى دون أن يعرف مصدر إحساسه الحقيقي وتعرف بالاكتئاب العصابي.
- ج. حالات اكتئابية ليس لها سبب شعوري يفسرها، ولكنها راجعة لاضطراب في الجهاز المركزي، وفي هذه الحالة يوصف بأنه اكتئاب داخلي منشأ. (خير سيد 2007م:92)

أما التصنيف العالمي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 1992م فقد أشار إلى تصنيف الاكتئاب كما يلي:

1- اكتئاب أولي: Primary

(1) اكتئاب أحادي القطب: Unipolar

• اكتئاب مع القلق: Mixed Dep – Anxiety

• نوبة اكتئابية: Depression

• اضطرابات اكتئاب متكرر: Recurrent

• عسر المزاج: Dysthymia

(2) ثنائي القطب: Bipolar

• اضطراب وجداني: Affective Disorder مع هوس Mania

• دورية المزاج: Cyclothymia

(3) أخرى:

• الاضطرابات الوجدانية الموسمية: Seasonal Affective Disorder

• اكتئاب وجيز متكرر: Brief Recurrent Depression

2- اكتئاب ثانوي: Secondary

وهو كنتيجة للإصابة بمرض آخر عضوي أو نفسي أو من استخدام المخدرات والأدوية، وتتراوح نوبات الاكتئاب بين متوسط Moderate وحادة Sever مع وجود أعراض جسدية Somatic أو ذهنية Psychotic. (WHO1992) وبصف الشربيني (2004م: 187-188) نوعين آخرين من أنواع الاكتئاب علاوة إلى ما سبق هما:

1. اكتئاب المسنين: (سن القعود) وهو مصاحب لمرحلة الشيخوخة والتقدم في السن وما يحدث من تغيرات جسدية ونفسية تكون سبباً في زيادة احتمال الإصابة بالاكتئاب.

2. الاكتئاب المقنع: وهو يعبر عن حالة مرضية لا تظهر فيها أي علامات واضحة للاكتئاب مع وجود شكاوى من أمراض جسدية وليست نفسية.

أما في السودان فيرى طه بعشر المذكور في (خير السيد 2007م:93) أن الاكتئاب يصنف إلى ثلاثة مجموعات: _

- 1) الاكتئاب العصابي: Neurotic ويتضمن الاكتئاب الاستجابي والاكتئاب الموقفي
- 2) الاكتئاب الذهاني: Psychotic ويتضمن اكتئاب سن القعود وذهان الهوس والاكتئاب الداخلي والذي لا تظهر فيه أعراض الهوس.
- 3) اكتئاب الأعراض: Psymptomatic والذي يتضمن الاكتئاب:

1. كحالة ثانوية للأعراض الجسمية الحادة كالأنفلونزا والالتهاب الرئوي والتهاب

الكبد والسحائي والملا ربا وحالات الوهن المزمنة كالكلا زار والبلهارسيا.

2. كحالة ثانوية لاستخدام العقاقير.

3. كحالة ثانوية للأمراض العضوية وضغط الدم والكحولية. (خير السيد

2007م:93)

النظريات النفسية المفسرة للاكتئاب:

هناك أربعة مناح أساسية في دراسة الاكتئاب يرتبط كل منها باتجاه نظري موحد، هذه الاتجاهات النظرية هي نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية ونظرية الذات والنظرية المعرفية، وفيما يلي عرض موجز للافتراضات الأساسية لهذه النظريات:

نظرية التحليل النفسي:

في عام 1911م قدم ابراهام ماسلو أول تفسير أول تفسير سايكودينامي للاكتئاب يعزو فيه الاكتئاب إلى كبت الغرائز وما ينجم عن ذلك من عدوان متحول

إلى الداخل اعتماداً على تفسيرات ماسلو قدم فرويد تفسيرات للاكتئاب تتصف بتحول الانفعالات السالبة إلى داخل الفرد وأعتبر الاكتئاب عدواناً على الذات.

ويتفق كثير من العلماء إلى تفسير التحليلي للاكتئاب يعتمد على فكرة الربط بين فقدان والاكتئاب، والاكتئاب كرد فعل للفقدان فكرة أساسية في كتابات ماسلو والتي بنى عليها فرويد نظريته لاحقاً في الاكتئاب. والعلاقة بين فقدان والاكتئاب في النظرية التحليلية ليس علاقة مباشرة فالإكتئاب ليس تعبيراً مباشراً عن الحزن ومعاناة نتيجة فقدان بل فقدان يتم الشعور به في مستوى اللاوعي بطريقة تتسبب في أن يشعر الفرد بمزيج من الذنب والشعور بالتخلي أو الهجرة، ويمكن القول بأن الذنب قد ينتج عن استجابة لخليط من المشاعر التي توجد لدى الفرد تجاه الآخر ولكن عندما يختفي الآخر ويذهب فإن الفرد يخبر إحساساً بالخواء والفراغ. وفكرة فقدان في تفسير الاكتئاب ليس بالضرورة أن تكون فقداً حقيقياً ، فقد يكون فقدان متخيل لموضوع محبوب، عن طريق الموت، الانفصال، الرفض. والموضوع المفقود عادة هو أفراد مهمون في حياة الطفل المبكر عادة الوالدين خاصة الأم، والفقدان في الطفولة يعمل كعامل يهيئ للاستهداف يقود فيما بعد مرحلة الرشد إلى الاكتئاب إذا ما واجه الفرد فقداناً أو إحباطاً كبيراً. (بشير الرشيد وآخرون 2000م:74-75).

وقد ركز بولبي على أن فقدان الذي يحدث في مراحل الحياة المختلفة والذي قد ينتج عن خبرات الانفصال، والفقدان. حيث أشار إلى أن الأفراد قد يصبحون مكتئبون إذا ما تمت تنشئتهم بواسطة آباء فشلوا في إمدادهم بعلاقة ثابتة وأمنة أو كانوا يكررون على مسامعهم دائماً كيف أنهم غير أكفاء وغير ناجحين مقارنة بقرنائهم وأنهم غير محبوبين ممن حولهم.

ويؤكد أُو فنخل على الفمية في الاكتئاب وذلك من وجهة نظر التحليل النفسي. فهو يرى أن الاكتئاب الشديد يمثل الحالة التي تنتاب الفرد ذا التبعية الفمية حين تتعدم الإمدادات الحيوية والخبرات التي نجعل بالاكتئاب تمثل إما فقداناً لتقدير الذات أو فقداناً للامتداد كأن يأمل المريض أن تحفظ عليه تقدير ذاته أو حتى أن يزيد منها. (زيزي 2006م: 65-66)

النظرية السلوكية:

على عكس التفسير التحليلي للاكتئاب بالرجوع إلى الخبرات المبكرة والعمليات النفسية الداخلية، نجد المدرسة السلوكية التي تحاول تفسير الاكتئاب أساساً في ضوء التعميم المفرط للمنبه والاستجابة، فالفرد المكتئب يببالغ في الاستجابة، مثال ذلك أنه يفقد الاهتمام بمدى واسع من الأنشطة، ويفقد الشهية، ويقل اهتمامه بالجنس، وينخفض تقديره لذاته، رداً على منبه معين. (زيزي 2006م: 67)

يرى بافلوف أن الصدمات التي يتعرض لها الطفل في صغره الناتجة عن تكرار التجارب المؤلمة كال فشل والحرمان والصدود توجه حاله من تطبع المزاج في اتجاه الاكتئاب، مما يمكن استغلال واستثارته في تجارب الكبر خاصة إذا كانت هذه التجارب متشابهة لتجارب الصغر.

كما يرى فريق آخر من السلوكيين أنه حينما تسحب من حياة الفرد مصادر التعزيز المعتاد كالزوج، الوظيفة المرضية، النجاح المادي والأدبي، وإذا لم يتم تعزيز المجهودات التالية لديه فإن معدل نشاطه يقل أكثر فأكثر. وهذا النمط من عدم النشاط يضعف ويزول بواسطة التعاطف والاهتمام من قبل الآخرين. (خير السيد 2007م: 100-101)

النظرية المعرفية:

تختلف الصياغات المعرفية عن السلوكية في جانبين مهمين:

الأول: أنه في حين تركز النماذج السلوكية لتفسير الاكتئاب على السلوكيات الظاهرة، تؤكد الصياغات المعرفية على أهمية السلوك الضمني مثال ذلك: الاتجاهات والعبارات الذاتية والصور والذكريات والمعتقدات.

الثاني: هو أن المناحي المعرفية لتفسير الاكتئاب تعتبر المعارف اللاتكيفية واللاعقلانية والتشويهات المعرفية على أنها هي السبب في الاضطرابات، أي أن المشاعر السلبية ونقص الدافعية والأعراض البدنية والسلوكية والاكتئابية الأخرى ينظر لها على أنها مظاهر ثانوية تنتج عن المعارف اللاتكيفية.

يفترض المنحى المعرفي أن تغييراً خطيراً في الناحية الانفعالية قد تنتج عنه أحداث وقعت لنا في حياتنا أو عن إدراكاتنا لهذه الأحداث. فالأفراد وفقاً لهذه المنحى يصابون بالاكتئاب إذا تعلموا في الخبرات المبكرة من حياتهم أن يستجيبوا بطريقة معينة لبعض أشكال فقدان والأحداث الضاغطة. والأفراد المكتئبين كما يرى بيك يستجيبون للخبرات الضاغطة عن طريق تنشيط مجموعة من الأفكار تدعى بالثالوث المعرفي. وهي النظرة السلبية حيال الذات والعالم والمستقبل هذا الثالوث المعرفي يكون ما يسمى بالمخطط الاكتئابي الذي يجعل الفرد يبدأ الدوران في دائرة التفكير الايجابي.

ويعد منحى بيك في التفسير والعلاج المعرفي للاكتئاب هو أبرز التفسيرات

المعرفية وأكثرها شيوعاً في مجال العلاج المعرفي. (زيزي 2006م: 70-71)

نظرية الذات:

يرى أصحاب مدرسة الذات أن المريض بالاكْتئاب يعاني من وجود فكرة عن نفسه يشعر معها بالضيق، وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته فيحاول جاهداً اتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط ليثبت لنفسه أنه أحسن مما يشعر به وكثيراً ما ينجح في ذلك. ويستمر هروبه من مواجهة نفسه ومشكلته، فإذا انهارت إمكانياته الجسمانية والصحية أحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه، وبذلك يجرّد من سلاحه الذي كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف فيعتريه الاكْتئاب فإذا ما مرت مرحلة الاكْتئاب عاوده نشاطه ليمر بمرحلة هوس تتمثل في نشاط زائد ليقنع نفسه بأنه ليس كما يحس ويشعر. وهكذا تتناوب مراحل الهوس والاكْتئاب والأساس فيها انحطاط فكرة المرء عن نفسه وعجزه عن مواجهة ذلك. (خير السيد 2007م:101)

علاج الاكْتئاب:

علاج الاكْتئاب هو المحافظة على حياة المريض من خطر الانتحار وإزالة شعوره بالكآبة النفسية، وعادة ما يتم علاج الحالات الخفيفة من الاكْتئاب خارج المستشفى ويستحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على المستشفى أو العيادة النفسية بصفة دورية كل ستة أشهر أو كل سنة على الأكثر للتأكد من عدم الانتكاس.

أولاً : الوسائل الطبية:

وصف عقاقير مضادات الاكْتئاب ولها درجات ومستويات مثل:

(1) الامفيتامين Amphetamine ومشتقاته الميثيل فيبيدات واسمه التجاري ريتالين وهي مواد لها مفعول مشابه لمفعول الجهاز السمبتاوي في الجسم ولها تأثيرات على المستوى السطحي.

(2) مضادات الاكتئاب ثلاثية الأكثر عمقاً مثل مجموعة الترانيلسا Tranylcy promin واسمه التجاري بارنيت.

(3) مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ومن أمثلتها المبيرامين Lmiparamin ويعرف تجارياً بالتو فرانييل مع العلم بأن هذه العقاقير تعمل على تسهيل انتقال المواد الكيميائية التي تشبه الانفعال السمبتاوي بين أطراف الأعصاب التفرعية وتأتي بمفعول متأخر ولكنه عميق الجذور وأكثر دواماً وتستخدم في علاج الاكتئاب الذهاني. (زهر الدين 2009م: 67)

العلاجات النفسية للاكتئاب:ـ

يشمل العلاج النفسي لمرض الاكتئاب على العديد من الخطط والبرامج التي تعمل على تخفيف أو إزالة الاكتئاب منها ما يلي:

1. تعليم وتدريب المريض على الاسترخاء العضلي التدريجي
2. زيادة المشاركة في الأنشطة السارة
3. التدريب على المهارات الاجتماعية
4. العلاج الأسري السلوكي والعمل على تغيير بيئة المريض

العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت أليس:

حيث يقوم بإتباع الخطوات التالية:

1. التعرف على أفكار الشخص غير المنطقية وتحديد غير العقلاني منها
2. إخبار المريض بأن اضطرابه إنما يعود إلى تمسكه بالأفكار غير العقلانية

3. تغيير أفكار المريض وفقاً لنظرية ABC

1) حيث أن A تعني Activity Experience وهي خبرة منشطة مثل حدوث حالة طلاق أو وفاة عزيز مع الأخذ في الاعتبار أن الخبرة المنشطة في حد ذاتها الاضطراب السلوكي.

2) أما B فتعني Belief System نظام المعتقدات لدي الفرد، حيث يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء نظام المعتقدات لدي الفرد، وهذا النظام قد يكون عقلانياً ومن هنا فإن الاستجابة أو التوقع تتوقف علي مقدار وحقيقة كيف يتعامل الفرد مع الحادث الواقع ووفقاً للنظام الذي يعتقد به.

3) أما C فتعني Consequence أي النتيجة التي تكون عقلانية ومنطقية أو غير ذلك.

4) إلغاء الأفكار غير العقلانية وإرساء قواعد جديدة للأفكار العقلانية والخلاصة انه يتم دمج الأفكار الغير عقلانية مما يقود إلي إحداث أثر. (طبيب الأسماء 2009م:72-73)

العلاج السلوكي:

ذكر إبراهيم الوارد في (طبيب الأسماء 2009م) أن هناك عدة محاور سلوكية يتبعها المعالجون في علاج حالات الاكتئاب، منها تدريب الفرد علي الاسترخاء العضلي واكتساب المهارات الاجتماعية الفاعلة وفيما يلي يتم تفصيل ذلك:

التدريب علي الاسترخاء:

علي الرغم من أن مرضى الاكتئاب يتصفون بمظاهر التخلف في النشاط الحسي الحركي والذي قد يوحي بأنهم علي درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية

فإن مقارنتهم مع مجموعة الأفراد العاديين علي مقاييس التوتر في الجبهة والكفين والذراعين والقدمين بينت أنهم أكثر توتر من الأسوياء، لذلك أمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم الاكتئاب ويستخدم أسلوب الاسترخاء للتغير من الاعتقادات الفكرية التي قد تكون أحياناً من الأسباب الرئيسية في إثارة الإضرابات الانفعالية يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلانية منطقية.

التدريب علي اكتساب المهارات الاجتماعية:

تكمن أوجه القصور في السلوك الاجتماعي عند المكتئبين في العجز الواضح عن التعامل مع المشاعر الخاصة والشخصية في المواقف الاجتماعية، والطريقة غير الملائمة في التعبير عن تلك المشاعر، ومن أهم الأساليب وأكثرها فعالية في التدريب الفرد علي اكتساب مهارات اجتماعية خاصة. تشجعه وتعوده علي التعبير المعتمد علي انفعالاته بطريقة تلقائية ويطلق علي هذا الأسلوب اسم تطبيق المشاعر أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلي كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية. (طيب الأسماء 2009م:60-61)

المزاوجة بين العقاقير والعلاج النفسي:

يستجيب بعض الأفراد للعقاقير المضادة للاكتئاب وحدها والبعض الآخر يستجيب جيداً للعلاج النفسي وحده خاصة العلاج السلوكي المعرفي، ويعتبر الأسلوبين فعالين في الاكتئاب وحيد القطب ولكن إلي عرف أيهما أفضل علاج حالات الاكتئاب الحادة، كما صمم العلاج الطبي لإنعاش الحالة المزاجية وزيادة الطاقة مباشرة، والعلاج النفسي صمم لإنعاش المزاجية من خلال تحسين العلاقات

الاجتماعية وتغير نمط التفكير، ويبدو ان المزاجية بينهما أكثر فعالية في علاج الاكتئاب من الاستخدام المنفرد. وفي الواقع نجد أن المزاجية مفيدة في الحد من الانتكاسية بنسبة 50% خلال السنة التي أعقبت العلاج. (البوني 2005م:61)

الجراحة النفسية:

تجرى الجراحة النفسية عن طريق قطع الألياف الموصولة بين الفص الجبهي في المخ والثرلاموس وذلك في أي منطقة خلال هذه الدوائر العصبية وذلك في حالة عدم جدوى الأدوية والصدمات الكهربائية وفي حالات الاكتئاب المزمن. ولكن يؤخذ علي هذا الأسلوب انه يحتوي علي بعض المضاعفات كتغيير الشخصية وتبدل الانفعال بعض الشيء وعدم الاستجابة للمنبهات الوجدانية، كما لوحظت بعض المضاعفات الوقتية كالتبول اللاإرادي وكثرة النوم والنوبات الصرعية وبعض الاختلاط العقلي وضعف إحدى جانبي الجسم. (خير السيد 2007م:116).

العلاج بالنوبات الكهربائية: ECT

شاع استخدام العلاج التشنجي الكهربائي علي نطاق واسع في الأربعينيات وأوائل الخمسينيات إلا انه منذ استحداث العلاج بالعقارات أصبح هذا الأسلوب محدوداً ومع ذلك فقد عاد استخدامه في الوقت الحالي بشكل ملحوظ إلا انه يتم البدء أولاً بالعلاج العقاقيري من ثم استخدام العلاج التشخيصي الكهربائي في الحالات التي لا تستجيب للعقاقير. (البوني 2005م:61)

وتقوم نظرية العلاج الكهربائي علي مرور تيار كهربائي محدود الشدة من خلال قطبين يوضعان علي جانبي راس المريض فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشنج يتبعها تحسن في الحالة النفسية للمريض من خلال ما يحدثه التيار الكهربائي من تنظيم

إيقاع الجهاز العصبي والتغيرات الكيميائية التي تصاحب ذلك. ويستخدم العلاج الكهربائي في علاج حالات الاكتئاب النفسي الشديدة التي لا تستجيب للعلاج بالدواء والحالات التي تتطوي علي محاولات انتحارية أو التي يصعب فيها علاج الأرق. (خير السيد 2007م:116)

العلاج الديني:

أورد لطفي العزيز المكور في زهر الدين (2009م) أن الالتزام بروح العقيدة والدين في التعامل مع النفس ومع الآخرين وبالرجوع إلي تعاليم الشريعة في كل السلوكيات يؤدي إلي شعور داخلي بالراحة النفسية مع مواجهة مشاعر الذنب والاكتئاب وفي القرآن والسنة ما يرشد المؤمنين إلي وسائل العلاج لما يصيب الإنسان من إمرض الجسد والنفس قال تعالى **يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّا جَعَلْنَا لَكُمُ الذُّمَّ عَلَىٰ الذُّمِّ لَكُمُ الذُّمُّ عَلَىٰ الذُّمِّ أَنزَلْنَا بِهِ الْقُرْآنَ** سورة يونس الآية "57"

رد فعل المؤمنين إزاء ضغوط الحياة يكون بالرجوع إلي الحياة وهو الأسلوب الأمثل لمواجهة مواقف الحياة العصبية قال تعالى **إِن يَصِبُوا عَلَيْكُمْ إِسْفَارٌ مِّنَ السَّمَاءِ وَغِيْرَ ذَلِكَ فَاعْلَمُوا أَنَّهُ سَمٌّ وَخَيْبٌ مُّوجِئٌ فَأَعْلَمُوا نِسْأَهُنَّ لِيُحْيِيْنَ الْبَنِيْنَ عَلَيْهِنَّ فِيْ سَمِّ الْيَسْرِ وَأَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا كُنْتُمْ فِيْ سَفَرٍ مِّنَ الْأَرْضِ وَقَرَّبْتُم مِّنَ السُّبُخِ بَطْنًا فَامْشُوا فِيْ السُّبُحِ** سورة البقرة الآية "156"

فالتوكل علي الله والاتصال به علي الدوام عن طريق الذكر والصلاة يؤدي إلي الوقاية والخروج من الوهم، كما أن الصبر علي البلاء يؤدي إلي التحمل دون الاستسلام لليأس، كما يضع القرآن الكريم حلولاً إيمانية لمواجهة الاكتئاب. (زهر الدين 2009م: 69-70)

النوبة الاكتئابية الأساسية:

ورد في الدليل التشخيصي للإمراض النفسية أنه لكي يتم تشخيص الاضطرابات الاكتئابية الأساسية فإنه يجب أن يمر الفرد بنوبة اكتئابية واحدة علي الأقل، ومن المحكات الأساسية في تشخيص النوبة الاكتئابية الأساسية أو تستمر لفترة اسبوعين علي الأقل يعاني فيها الفرد من مزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام أو فقدان الشعور بالسعادة في كل الأنشطة تقريباً، وفي حالة الأطفال والمراهقين تتسم بحدة المزاج وليس الحزن، ويجب أن يخبر الفرد أربعة أعراض أخرى من قائمة الأعراض الاكتئابية مثل تغير في الشهية أو الوزن أو النوم والنشاط الحركي ونقص الطاقة ومشاعر عدم القيمة والذنب وصعوبة التفكير والتركيز أو صعوبة اتخاذ قرارات أو أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية، أو خطط أو محاولات انتحارية.

ولكي تحسب كعلامة علي أنها نوبة أساسية فإن العرض يجب أن يكون متواجداً حديثاً أو قد ازداد سوءاً مقارنة بحالة الفرد قبل النوبة. ويجب أن تستمر الأعراض معظم أوقات اليوم كل يوم تقريباً لمدة اسبوعين علي الأقل. ويجب أن يصاحب النوبة كدر وضيق كبير أو انحراف في مجالات التوظيف الاجتماعي أو المهني أو أي مجال هام من مجالات التوظيف النفسي. بالنسبة لبعض الأفراد ذوي النوبات الأخف قد يبدو التوظيف النفسي طبيعياً لكنه يتطلب جهداً كبيراً للقيام به.

(زيزي 2006م:41-42)

المبحث الثاني

الناسور البولي

مقدمة:

ورد في (معجم المعاني الجامع) في تعريف كلمة ناسور الجذر: نسر المجال: لُوية وأمراض وهي قُرحة تمتد في أنسجة الجسم على شكل أنبوبة. اصطلاحاً: هو اختلاط القناة البولية بالجهاز التناسلي بحيث يكون خروج البول في غير موضعه الطبيعي وذلك عن طريق المهبل من غير تحكم المريضة فيه.

الناسور Fistula:

هو معبر غير طبيعي يصل بين عضوين من اعضاء جسم الإنسان أوبين عضو وسطح الجلد، وذلك يتم مباشرة. وعبر جوف ولهذا فإن ما يسري ضمن هذا المجرى مختلف جداً حسب توضعه والأعضاء التي يصل بينها.

الناسور المهبلي:

هو أي فتحة أو قناة بين المهبل والمستقيم، أو المثانة أو الإحليل. ويحدث نتيجة نخر في أنسجة المهبل بعد ولادة عسرة أو مخاض طويل حيث تظهر

علامات الناسور بعد الولادة، كما يمكن أن يحدث بعد عملية جراحية أو معالجة شعاعية للحوض.(أسامه بدران، 2011م) .

ورد في (موقع المعرفة، 2010م) : قد يكون الناسور من منشأ وُلادي Congenital، وأن تظاهر في مرحلة متأخرة من العمر، أو يكون ثانوياً فيسمى المكتسب acquired، وينجم عن مالم تمر فيه طائفة كالالتهابات والأورام في مناطق تماس بين أعضاء متجاورة، أو يتكون إثر رض يتلو في معظم الأحيان عملاً جراحياً وعلاجياً المنشأ.

نشأة المرض:

لا نستطيع تحديد زمن معين لنحدد به تاريخ بداية الناسور لأنه يوجد طالما

كان هنالك

ضعف في خدمات الرعاية الصحية ولكن تشير الدراسات التاريخية إلي عدة حالات لعدد من النساء اللاتي أصبن بالناسور والذي سببه الولادة المتعسرة ومن أشهر الولادات هي حالة الأميرة (شارلوت) اميرة إنجلترا عام 1817(شقيقة الملك جورج الخامس وكانت حادثة من أكثر الحوادث إيلاما في ذلك الزمان فبعد 50 ساعة من العذاب المرير أنجبت الأميرة طفل ميت وبعده بخمس ساعات توفيت الأميرة بسبب مضاعفات الولادة المتعسرة. أيضا في العام 1838 أشار الدكتور بيتر خريج جامعة فرجينيا في مقال يوضح فيه العلاقة بين الناسور البولي والولادة المتعسرة وكذلك يوضح كيف أغلق بنجاح حالة ناسور بولي بين المثانة والمهبل.

(2010، Julia corn)

ورد في (الموسوعة الحرة، 2012م) :عرف الناسور البولي في العالم العربي فقد كان الدكتور نجيب محفوظ باشا من أوائل المهتمين بعلاج الناسور في مصر بمستشفى القصر العيني وقد قام بعلاج (400) حالة في عهده (1904_1942 وقد حقق نجيب محفوظ شهرة عالمية في جراحات إصلاح الناسور المهبلي بأنواعه المختلفة ليتم عرض عملياته في مستشفيات لندن وأكسفورد وادنبره وجنوا ولوزان وبفد إلي القصر العيني جراحو أوروبا لمشاهدة هذا النوع من العمليات. تم إنشاء أول مستشفى لعلاج الناسور البولي في أفريقيا في إثيوبيا قام بها الدكتور هاملت وزوجته في عهد الإمبراطور هيلا سيلاسي والذين جاءوا إلي إثيوبيا في سبعينات القرن الماضي وهو يعد المستشفى الثاني في العالم.

تحدث معظم الإصابات بالناسور المهبلي في الدول النامية نتيجة مشاكل الولادة، فضغط الجنين المتواصل على الأنسجة أثناء الولادات الممتدة الذي يستمر من 3-8 أيام يؤدي بالطبع إلى النخر وبالتالي إلى الإصابة بالناسور المهبلي والذي قد يُصاحب بمضاعفات أخرى مثال إصابة الأعصاب المحيطة التي وضعها smith Arrow تحت اسم مركب إصابات الولادة المعرّقة بالإضافة تعتبر الجراحات البطنية، وعلى الأخص جراحة استئصال الرحم البسيطة من أهم أسباب الإصابة بالناسور المثاني المهبلي كما تحدث بعض الإصابات بالناسور المهبلي نتيجة لتعرض الحوض الصغير للعلاج الإشعاعي وتشمل أسباب الإصابة الأخرى أورام النساء الخبيثة والالتهابات والعدوى ودخول أجسام غريبة مثل التحاميل إلى المهبل والإصابة بالرضوح أثناء الاتصال الجنسي، التشوهات الخلقية. هذا وقد تسبب الغرسات مثل المعلاق الخالي من التوتر أسفل الإحليل أو الغرسات التي

تستخدم في علاج التدلي في الإصابة بالناسور نتيجة التآكل المتواصل. (أسامه بدران، 2013م).

ذكرت منظمة صحة المرأة والتعليم (2012م) هنالك ما يُقدر عددهم بها بين مليونين وثلاثة ملايين من النساء والفتيات في البلدان النامية مصابات بداء ناسور الولادة وهي ظاهرة تم القضاء عليها بصورة فعلية في البلدان الصناعية. وناسور الولادة من الأمراض التي يمكن الوقاية منها ويمكن علاجها الحالات ومع ذلك ننشأ كل عام أكثر من 50.000 إصابة جديدة بالمرض وضحايا ناسور الولادة هن النساء والفتيات. عادة والأميات في اغلب الأحيان واللاتي ليس لهن سوى فرص محدودة للحصول على الخدمات الصحية، بما في ذلك رعاية صحة الأم والصحة الإنجابية.

أوردت (مجلة الصحة العالمية 2010م) تكمن العقاب الطبية والاجتماعية لناسور الولادة في تحطيم حياة العديد من النساء والأطفال وأسرهم وفي 90% من حالات ناسور الولادة يولد الطفل ميتاً أو يموت في غضون الأسبوع الأول وعلى حسب إحصائيات الأمم المتحدة إن هناك 200، 000 إلى 350، 000 من النساء والفتيات يعيشن مع ناسور الولادة ونجد أن منظمة الصحة العالمية. في مسح أجرته في مؤتمر القمة العالمي للأمم المتحدة في العام 2008 توفيت أكثر من 350 ألف امرأة من مضاعفات الحمل أو أثناء الولادة وكان حوالي 99% منهن يُعيش في بلدان نامية ومقابل كل امرأة تموت، تُعاني 20 امرأة أخرى من الإصابة أو العدوى أو العجز فالمضاعفات المتصلة بالجهل من بين الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز بين النساء في الفئة العمرية من 15 - 44 عاماً في البلدان النامية.

الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية مقصدين، يستهدف تحسين صحة الأمهات وتخفيض معدل وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة ارباع بين عامي 1990 و2015 وتحديث نصف وفيات الأمهات تقريباً في افريقيا جنوب الصحراء. ونحو ثلثها في جنوب آسيا. وشهدت المنطقتان معاً حوالي 87% من وفيات الأمهات عام 2008 وتختلف أسباب هذه الوفيات. فالنزيف هو السبب الرئيسي في جنوب آسيا وافريقيا جنوب الصحراء. ولكن ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل والولادة هو السبب الأكثر شيوعاً في منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (مصعب الصاوي، 2010م) .

وتشتمل المشكلات في أن غالبية النساء، ليس لديهن القدرة على الوصول لخدمات الرعاية الصحية وخدمات التزبية الصحية الجنسية التي يحتاجون إليها. وتُعد مضاعفات الحمل والولادة خاصة على مستوى الرعاية أثناء فترة الحمل من الأسباب الرئيسية وراء موت النساء في مرحلة سن الإنجاب. حيث تموت امرأة تقريباً كل دقيقة جراء تلك الأسباب وتصبح حصيلة الوفيات من وراء تلك الأسباب نحو 585000 امرأة كل عام في حين تقع أقل من 1% من نسبة الوفيات بالدول المتقدمة ما يوضح أنه يُمكن تجنب مثل تلك النسبة من الوفيات في حالة تم توفير الخدمات والموارد اللازمة. وبالرغم من أن الجودة العالمية وسهولة الوصول لخدمات الرعاية الصحية جعلتا من موت الأم حدثاً نادراً بالدول المتقدمة، إلا أن تلك المضاعفات قد تصبح مميتة ومهلكة. نتيجة لذلك تُعاني النساء بالدول النامية من معدلات أعلى في الوفاة أثناء الولادة. (طارق طيب الأسماء:2015:51)

أطلق صندوق الأمم المتحدة للسكان (unfpa 2012م) الحملة العالمية للقضاء على ناسور الولادة بدءاً بصحة الأم والصحة الإنجابية وجعل الأولوية للبلدان ذات النسب العالمية لوفيات الأمهات والناسور. ونسبة لذلك ارتفعت نسبة الولادات التي تتم بواسطة معاونين صحيين مهرة من 55% في عام 1990 إلى 65% في المائة في عام 2009م مع الفروق الشاسعة بين المناطق وقد سجلت أفريقيا وجنوب آسيا ادنى مستويات الرعاية والعناية التوالدية توعية وتعبئة المجتمع المحلي هو المكونات الرئيسية لمنع ناسور الولادة والوفيات النفاسية. ويمكن للناجين من مرض الناسور البولي أن يلعبوا دوراً حيوياً كُنعاة في رفع مستوى الوعي بشأن الحاجة إلى التسليم في الوقت المناسب قبل الولادة والرعاية بعد الولادة.

الناسور البولي في السودان:

تتعرض شريحة لا يُستهان بعددها في السودان لخطر مستمر وشبح مخيف يسمى الناسور البولي وهذا المرض عبارته عن اختلاط المثانة بمهبل المرأة بثقب غير طبيعي يحدث أثناء الولادة إما لتعثر الولادة ولما لخطأ يحدث أثناء استعمال أدوات الولادة من مقصات أو مشارط أو ما يسمى بالخطأ الجراحي. وقد يخلط هذا الثُقب بين مكان غير المثانة والمهبل ولكن في النهاية النتيجة واحدة وهي اختلاط الجهاز البولي أو المستقيم بالجهاز التناسلي. (محمود إبراهيم، 2011م).

وهناك عدة أسباب للإصابة بالناسور البولي في السودان:

1. عدم الوعي.

2. تدني المستوى الاقتصادي (الفقر).

3. الزواج المبكر.

4. عدم توفير الرعاية الصحية الأولية للأم الحامل
5. عدم توفر وسائل المواصلات والطرق المعبدة.
6. عدم توفر المؤسسات الصحية والكوادر الطبية المؤهلة لتقديم الرعاية التوالدية.
7. التشويه التناسلي النسائي (female) ((الختان)) .
8. الأمية (إبراهيم عمر، 2010م)
9. عدم الاستقرار والنزاعات اللذان يؤثران على مستوى الخدمات الصحية المقدمة للنساء.

الصحة في دارفور: أثبتت الدراسات الرسمية التي قامت بها العديد من المؤسسات الفجوة الكبيرة في الصحة في إقليم دارفور فعلى سبيل المثال لا الحصر بين مسح الأمومة الآمنة sms الذي نفذته وزارة الصحة الاتحادية بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان unFAP عام 1999م إن معدل وفيات الأمهات في السودان حوالي 509 حالة وفاة في كل 100.000 حالة ولادة حية وهذه النسبة إلا أن هذا المعدل لا يعكس تماماً حجم المشكلة في بعض ولايات السودان ففي إقليم دارفور يزيد من 70 حالة وفاة في كل 100.000 ولادة ومن المعروف أن معدل وفيات الأمهات لا يعكس فقط سوء الخدمات الصحية وشحها ولكن يعكس الظلم الاجتماعي والاقتصادي لذا يُعتبر من أهم المؤشرات للصحة. (الواثق بالله الحمدابي، 2009م).

ذكر الدكتور (أدم صالح، 2012م) اختصاصي أمراض النساء والتوليد ومدير مركز الناسور البولي. أن مرض الناسور البولي يصيب غالباً النساء خارج

المدن وذلك لعدم وجود الرعاية الصحية الأولية للمرأة الحامل بالإضافة إلى وعورة الطريق والتلوث المخيف الجهل، الفقر والمرض كما أوضح ان المرض لا يصيب القرويات فقط بل أن هناك سبب آخر يؤدي لمرض الناسور منها الأخطاء الجراحية التي تحدث في العمليات بالإضافة إلى مرض السرطان الذي يصيب عمق المثانة.

يرى (صندوق الأمم المتحدة للسكان 2012م) أن من العوامل التي تسهم في الإصابة بالناسور عدم الاهتمام برعاية الأم الحامل من تغذية ومتابعة صحية كما يجب إصلاح الطرق التي تربط بين المدن والقرى التابعة لها خاصة وأن المريضة تستغرق من يوم إلى ثلاثة أيام للوصول إلى أقرب مستشفى ولذلك يحدث تمزق في المثانة مما يجعل البول يتدفق من غير أن تتحكم المريضة فيه.

ذكرت الأستاذة (آمنة عبد الرحيم 2011م) مديرة إدارة الضمان الاجتماعي بوزارة الرعاية الاجتماعية وشئون المرأة والطفل أن من العوامل التي تسهم في الإصابة بمرض الناسور بالإضافة للوضع الأمني المتردي في مناطق دارفور. إن مرض الناسور من الأمراض الوخيمة المترتبة عن الولادات المتعسرة التي تصيب النساء في سن الإنجاب وتعتبر من المشكلات التي تعاني منها أعداد كبيرة من النساء. وحسب إحصائية عام 1992م بلغ عددهن 5 آلاف امرأة ومن أكثر الولايات تأثراً بهذا المرض هو ولايات دارفور وكردفان. حيث سجلت نسبة الإصابة 59.7% تليها ولاية الجزيرة 15.5% ثم ولاية الخرطوم 8.5% ثم الولاية الشرقية 7.5% والجنوب 5.6% وسجلت الولاية الشمالية أدنى نسبة 2، 4% وتضيف أن هذا المرض تفتش بصورة كبيرة وسط النساء الريفيات حيث (المرض، الفقر، الجهل).

أفاد الدكتور (بخيت محمد، 2012م) المنسق الوطني لبرنامج الناسور البولي والسلس ورئيس الجمعية السودانية لمرض الناسور والسلس إلى أن هنالك عدة حقائق علمية تتعلق بعملية الولادة وهي

1. تعسر الولادة ويحدث في 5% من الولادات الحية لیتسبب في وقوع 8% من مجموع وفيات الأمومة وليشكل أحد الأسباب الرئيسية الأربعة الكامنة وراء وفاة الأمهات ومريضات الأمومة.
2. ناسور الولادة وتشير التقديرات إلى أن أكثر من 60.000 امرأة يتعايشن مع ناسور الولادة دون أن يتم علاجهن في البلاد.
3. حسب تقديرات المسح القومي الذي قامت به منظمة الأمم ممثلة في صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب السودان في العام 2010م فإن معدلات الإصابة بالمرض تسجل 5000 إصابة سنوياً.
4. تعاني النساء المصابات بالمرض الذي يمكن الوقاية منه بشكل مستمر كثيراً جداً من المضايقات التي يجدها مما يحدو بهن للبقاء في عزلة اجتماعية واضطرابات كلوية.
5. يمكن تجنب الإصابة بناسور الولادة إلى حد كبير بتأخير سن الحمل ووقف الممارسات التقليدية الضارة.

أشار د. الواطن إلي أن أمهات دارفور اللاتي نجون ولم يمتن أثناء الحمل والولادة يتريص بهن المرض والإعاقة الدائمة فجميع النساء المريضات بالناسور بمركز ابو للناسور البولي أغلبهن من أقاليم دارفور حسب الإحصائيات الرسمية والناسور البولي الذي يُعتبر من أخطر مضاعفات الولادة المتعسرة نتيجة لغياب

الداية المدربة مع ما تحتاجه من شنطة داية وممتلكاتها فمسح الأمومة الآمنة وغيرها من الدراسات بين الفرق في خدمات التوليد على مستوى المجتمع بين الولايات المختلفة في بعض ولايات الخرطوم وما حولها توجد قابلة قانونية مدربة لكل 1000 - 2000 من السكان (د الوائق بالله الحمدابي، 2009م) .

يقول الدكتور (عبد الحفيظ خوجه 2007م) أن الناسور النسائي من الحالات المعروفة قديماً وبكل أنحاء العالم حتى مطلع القرن التاسع عشر عند أنتشار العمليات القيصرية لإنقاذ تعسر الولادة حيث يضغط الرأس على المثانة عند تعسر الولادة لعدة أيام فتحدث فتحة بين المهبل والمثانة ولم يعد الأطباء يرون مثل هذا النوع من الناسور كثيراً في القرن العشرين إلا في المناطق النائية جداً حيث يصعب الوصول إلى المستشفى لعمل القيصرية.

ذكرت الدكتورة (فاطمة نور 2007م) استشارية النساء والتوليد وجراحة المسالك النسائية أن هنالك نوعاً آخر من الناسور النسائي الذي بدأ يظهر في العهد الحديث حيث التطور السريع وسهولة عمل القيصرية وذلك بسبب خطأ طبي يتم فيه خياطة المثانة بالرحم أو المهبل أو جرحها مما يؤدي إلى وجود فتحة بين الاثنتين أي بالمهبل متصلة بأحد الأعضاء الداخلية كالمثانة أو الأمعاء وإذا كانت الفتحة متصلة بالمثانة يكون عند المرأة سلس مستمر للبول من المهبل أما إذا كان متصلاً بالأمعاء فتخرج الفضلات باستمرار وبدون تحكم من مهبل المرأة المصابة وتحتاج إلى لبس حفاضات واقية طوال اليوم وهذا يؤدي إلي نفور الناس من مريضة الناسور البولي وتصبح في عزلة واكتئاب نفسي وتتعرض حياتها الزوجية للانهايار.

المصابات بمرض الناسور البولي معظمهن من القرى والأرياف وذلك بسبب الزواج المبكر حسب مسح السودان الصحي (2010م) التي بينت أن أكثر الحالات حدوثاً في ولايات دارفور الثلاث حيث لا يكتمل نمو الفتاة ونضجها الجسماني، ضعف وتدهور الخدمات الصحية في دارفور والتي تشكل سبب رئيسي وأساسي في أن لا تجد المرأة الحامل العناية الكافية قبل وأثناء الولادة مما يضطر الكثير جداً من السيدات للولادة بالمنازل بواسطة الدايات التقليديات (داية الحبل) لعدم توفر قابلات مدربات بمناطقهم أو قراهم أو المعسكرات التي يقطنون فيها وحينما تعجز (داية الحبل) في إخراج الطفل توصي بنقلها للمستشفى والذي يستغرق أحياناً أيام للوصول لأقرب مستشفى فإما أن يكون الأم والطفل قد توفيا أو توفي الطفل وأصبحت الأم بالناسور، أيضاً ضعف الوعي الصحي بالإضافة للوضع الأمني المتردي في دارفور (أميرة الفاضل 2010م) .

أشار الدكتور (بخيت محمد 2012م) إلى وقف الممارسات التقليدية الضارة والحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تساعد في إنجاز عملية الولادة بشكل جيد في الوقت المناسب. تحدث معظم الإصابات بين النساء الفقيرات اللاتي يعشن في القرى النائية والتي تفتقر للمواصلات والرعاية الصحية الأساسية وخدمات القبالة المدربة وعدم وجود الخدمات اللازمة لعملية الولادة الطارئة والشاملة وخدمات علاج الناسور. لم يتم خلال السنوات الثلاثة الماضية ولا في هذا العام الحالي تدريب أي من المنتسبين للمهن الصحية على كيفية الوقاية من الإصابة بناسور الولادة وتدريبها علاجياً فإمكان المصابات بناسور غير مصاحب بمضاعفات الخضوع لعملية جراحية بسيطة لإصلاح ثقب المثانة ويمكن العلاج مع ضمان الشفاء لنحو 90% من النساء اللاتي يعانين ناسور الولادة.

أنواع الناسور البولي:

1. الناسور الولادي:

ويحدث نتيجة للولادة المتعسرة لصغر النساء في المناطق النائية في بلادنا التي لا تتوفر فيها الخدمات الطبية اللازمة.

2. الناسور المثاني المهلي Vesicvaginal:

وهو اختلاط القناة البولية بالجهاز التناسلي بحيث يكون خروج البول في غير موضعه الطبيعي وذلك عن طريق المهبل من غير تحكم المريضة.

3. الناسور المهلي المستقيمي Rutovaginal:

هو فتحة بمجرى الولادة متصل بالأعضاء ويسبب ذلك خروج الفضلات باستمرار دون تحكم من مهبل المرأة المصابة وتحتاج إلى لبس حفاضات واقية طوال الوقت. (هبات محمد، 2010م).

4. أما الناسور الرحمي المثاني:

هي فتحة بين الرحم والمثانة لا يظهر إلا بعد فترة من الجراحة ولا يتم تشخيصه إلا بالصبغة للجهاز البولي.

5. ناسور بين المثانة والرحم:

وفيه يتسرب البول بداخل الرحم وتتسرب الدورة الشهرية إلى المثانة وخروج بول مخلوط بالدم أثناء الدورة الشهرية.

• الناسور المهبلي الإحليلي (Urethovaginal) والذي يصل بين الاحليل والمهبل.

• الناسور المهبلي الحالب (Uterovaginal) والذي يصل بين المهبل والحالب الأقصى. (يمني زكي، 2012م).

أفادت الدكتورة (جيهان صبحي، 2012م) إلي أن هناك نوع آخر من أنواع الناسور هو السلس البولي وهو عدم القدرة على التحكم في البول ويحدث تسرب غير مقصود دون وعي او تحكم في البول والتحكم في عملية التبول لم تتم بواسطة بعض الأعضاء والفضلات والأعصاب، حيث إن الكلي ترشح الدم لإزالة الماء ونواتج التمثيل الغذائي ومن الكلى يمر البول في الحالب إلى المثانة وتقوم المثانة بالتمدد لتخزين البول ويترك البول المثانة عبر مجرى البول الي خارج الجسم وتوجد عضلات علي مجري البول مسؤولة عن التحكم اللا إرادي في البول (صمام مجرى البول) وأثناء التبول يرسل المخ إشارات إلى الأعصاب عبر العمود الفقري إلى المثانة لتتقبض وعلى صمام مجرى البول ليرتخي ويسمح بمرور البول إلى الخارج.

السلس البولي يمكن ان يحدث لأي سبب وهو في الغالب مؤقت وينتج من بعض الأمراض مثل الالتهابات المسالك البولية والالتهابات المهبلية والإمساك، وهناك مشاكل أخرى قد تؤدي إلى السلس البولي مثل ضعف المثانة وزيادة نشاط المثانة، ويمكن لإصابات الأعصاب التي تتحكم في المثانة أن تسبب سلساً بولياً

بالإضافة إلى جراحات الحوض وإصابات العمود الفقري (عمرو سيف الدين، 2012م).

هنالك عدة أنواع منها:

1) ناسور نتيجة زيادة ضغط البطن: uncontinence Stress وفيه يتسرب البول بصورة لا إرادية عندما يرتفع الضغط في البطن أثناء السعال أو الضحك أو النهوض المفاجئ، ويحدث نتيجة إرخاء العضلات والأربطة التي تثين مجرى البول في الحوض وتمنع وهناك أسباب أخرى مثل العمليات الجراحية في الحوض تقدم العصر ونقص الهرمون الأنثوي، وهناك نوع منه حيث يكون العيب في الحطام الداخلي لمجرى البول وهذا النوع أكثر حدوثاً بين النساء. (سوسن الحملي، 2014م)

2) ناسور نتيجة زيادة التوتر العصبي للمثانة Uncntinence أو نقص سعة المثانة مع الانقباضات الغير إرادية ويتميز هذا النوع بزيادة عدد مرات التبول وتشعر المرأة فجأة بالرغبة في التبول ولكنها قد لا تستطيع التحكم به فيحدث تسرب للبول منها، كما تحدث أيضاً بعض العمليات الجراحية.

3) السلس الفائض Incontinence Overflow أكثر حدوثاً بين الرجال. ويحدث في حالات قليلة من السلس ويكون السبب الرئيسي هو انسداد في عنق المثانة، أو مجرى البول أو أمراض عصبية أو إصابات العمود الفقري التي تشل نشاط عضلات المثانة ونجد من التفريغ الكامل للمثانة مع بقاء كمية كبيرة من البول بعد الانتهاء من التبول وإذا زادت عن سعة المثانة القصى يحدث سلس غير إرادي للبول. (شريف مراد، 2011م)

4) مزيج من تلك الحالات: في الكثير من الحالات تمتزج تلك الحالات معاً مسببة السلس فتحتاج إلى تشخيص دقيق للحصول على أفضل النتائج ونادراً ما يحصل ناسور ما بين المثانة أو الحالب والمهبل وتكون أسبابها خلقية لتشخيص بالاستجواب.

العلاج الناجح يعتمد على قدرة الطبيب على التشخيص الدقيق للسلس البولي ومعرفة نوعه ومسبباته لأنه يساعد على اختيار العلاج المناسب والخاص بكل حالة. فمن أهم وسائل التشخيص هو أخذ التاريخ المرض وسؤال المريضة حول سلس البول ومدته وشدته ومسبباته وتوقيت حصوله، وتلازمه مع ضغط البطن أو حصوله تلقائياً دون ضغط أو اقترانه بالإلحاح الشديد على التبول. (يمني زكي 2012م)

وكثرة شرب السوائل ووجود امراض مثل الأمراض البولية والعصبية والتناسلية ونوع العقاقير التي تستعملها والأصلية بداء السكري أو امراض أخرى قد يكون لها علاقة بالسلس أو الإفراط في شرب السوائل خصوصاً التي تدر البول كالقهوة والشاي وبعض المرطبات ويطلب من المريضة تدوين اليوميات التي تستعمل كمية السوائل التي تشربها وعدد مرات التبول وكميته ليلاً ونهاراً وحدوث السلس وذلك لمدة 48 أو 72 ساعة، ثم الفحص السريري الدقيق الذي يركز على الجهاز التناسلي والبولي والعصبي. (اختبار ديناميكية التبول: ومن التحاليل المخبرية الأساسية فحص البول المجهرى وقياس كمية البول في المثانة قبل وبعد التبول، وتصوير الجهاز البولي لتشخيص ناسور. مع إجراء تخطيط المثانة ومجرى البول والحطام إلكترونياً ودراسة ديناميكية التبول عند الحاجة. (أسامه بدران، 2011م)

اسباب الناسور البولي:

وللناسور البولي عدة أسباب وهي:

(1) أن يكون بسبب عيب خلقي في أصل تكوين الجهاز البولي وغالباً ما يكون هذا واضحاً منذ الطفولة وربما ارتبط بعيوب أخرى في الجهاز التناسلي وهو نادر الحدوث.

(2) أن يكون السبب جراحياً وذلك أثناء العمليات الجراحية إذ يحدث ثقب أو قطع القناة البولية متمثلاً في الحالب أو المثانة يؤدي بعدها إلى تسرب البول عبر المهبل. وهذا النوع تظهر أعراضه مباشرة بعد العملية، حيث تشعر المريضة بابتلال ملابسها بالبول.

(3) ربما يحدث الاختلاط بين قناتي البول والتناسل بسبب سرطان عنق الرحم الذي يؤدي إلى تآكل الغشاء الفاصل بين القناتين.

(4) ربما يحدث بسبب الإشعاع العلاجي وذلك في المريضات اللاتي تعرضن لجلسات العلاج الإشعاعي لفترة (شهور مثلاً)، حيث يؤدي الإشعاع إلى قتل الخلايا في هذا الغشاء الفاصل، ومن ثم يؤدي إلى حدوث ثقب يؤدي إلى الناسور. (الطيب عبد الخالق، 2006م).

(5) الولادة المتعسرة: وهو من أكثر أنواع الناسور شيوعاً وأخطرها نسبة لحدوثه في النساء صغيرات السن وهو الذي يري في المناطق النائية من بلادنا التي لا تتوفر فيها الخدمات الطبية اللازمة أو تكون نسبة الوعي الصحي فيها منخفضة. وأكثر ما يوجد هذا النوع في مناطق غرب السودان مثل أقاصي دارفور أو مناطق تواجد العرب الرحل وذلك لتوغلهم بعيداً عن الخدمات

الصحية. وتعتبر الحامل البكر في حملها الاول أكثر النساء تضررا.(عبد الحفيظ خوجة2007م)

6) ربما يكون الناسور بسبب التهاب مزمن بمرض البلهارسيا أو مرض السل الذي يصيب أياً من هاتين القناتين.

أيضاً من الأشياء المسببة للناسور البولي الختان الفرعوني:

اختلفت المسببات لعملية بتر الجهاز التناسلي الخارجي للمرأة فأطلق عليها ختان الإناث والطهارة الفرعونية وتسمى بالخفاض وهي عادة اجتماعية موروثية نتيجة التأثير بالمجتمع المصري وذلك قبل المسيحية والإسلام وتقدر الإحصاءات الصحية للمسح الديموغرافي الصحي للعام 1990م أن النسبة المتأثرة بالختان أوساط النساء ترو على (89%) وإذا قدرنا أن نسبة النساء في السودان تبلغ حوالي (50%) من التعداد الكلي فلنا أن نقدر حجم انتشار هذه الظاهرة. (عبد الكريم الكابلي، 2010م).

أشارت (أميرة أزهرى، 2012م) مديرة المشروع القومي لمكافحة ختان الإناث أن نسبة الختان علي المستوي القومي بلغت 565،% مشيرة علي أن أعلى معدلات هذه النسبة توجد في ولاية نهر النيل بنسبة 83، 3% والولاية الشمالية بنسبة 84، 4% وأكدت حدوث وفيات كثيرة نتيجة هذه العادة المتجذرة في المجتمع السوداني. وأوضحت أنهم في المجلس القومي ابتدروا حملة أسموها سليمة، وهي حملة تحترم ثقافة المجتمع السوداني وعاداته وتقاليده وتتخذ شعار كل بنت تولد سليمة يجب أن تترك لتنمو سليمة. وفي رؤيتهم أن هذه الاستراتيجية هي أن يكون السودان خالي من ختان الإناث من 2008 إلى 2018م.

هناك العديد من الأسباب التي ساعدت على انتشار واستمرار ختان الإناث منها:

- 1) الاعتقاد الخاطيء بأن الختان من التعاليم الدينية.
- 2) يمنع الخيانة الزوجية.
- 3) يزيد من متعة الرجل.
- 4) البظر قد يجرح عضو الذكر مما قد يسبب عجز الرجل جنسياً .
- 5) النظافة والنقاء للأنثى.
- 6) يجعل شكل الجهاز التناسلي للمرأة.
- 7) أن البنت الغير مختونة تقل فرصتها في الزواج.
- 8) يحافظ على عفة البنت.
- 9) تسهل عملية الولادة.(فتح الرحمن القاضي، 2010م) .

أضرار الختان:

1. إتلاف الأوعية الدموية (النزيف) .
2. الصدمة العصبية.
3. الالتهاب المتكرر لمجرى البول وتسرب البول.
4. احتباس البول.
5. الألم المصاحب للعادة الشهرية.
6. نقص الخصوبة والذي يصل أحياناً للعقم.
7. صعوبة الاتصال الجنسي وذلك بسبب الالتصاقات التي تحدث في التخزين تؤدي إلى صعوبة الاتصال الجنسي أو الفحص المهبلي. (إيليا أرومي، 2011م)
8. استئالة وصعوبة الولادة وذلك بسبب:
 - أ. التكريسات الجلدية والصديد.

ب. أن الفرج قد يفقد مطاطيته نتيجة للالتئام جرح الختان بنسيج ليفي وإذا لم يتمدد الفرج في الوقت المناسب فإنه قد يؤدي إلى حدوث تمزق في منطقة العجان وقد يمتد إلى عضلة الشرج فلا تستطيع السيدة التحكم في البراز (ناسور شرجي) وقد تؤدي استئصال الولادة إلى حدوث تمزق في الأنسجة المحيطة بفتحة البول (ناسور بولي) مع نزف شديد خصوصاً إذا كان القائم بالولادة ليست لديه الخبرة الكافية لمواجهة مثل هذه الحالات. (الفاضل محمد: 2012م)

ج. تضاعف احتمال وفاة الأم عند الولادة وزيادة احتمال وفاة المولود
د. الآثار النفسية منها: ولادة طفل متخلف عقلياً نتيجة للضغط الزائد على الرأس بسبب طول مدة الولادة.
هـ. الصدمة العصبية.
و. فقدان الكرامة.
ز. فقدان الثقة بمن حولها.
ح. الأذى الجسدي والنفسي يخلق الشعور بالظلم يستمر مع الفتاة طول حياتها.
ط. الوفاة. (ناهد جبر، 2009م)

ي. التشوه الظاهري حيث يحدث التشويه نتيجة لعدم إزالة أجزاء متساوية من على جانبي المنطقة أو نتيجة ترك زوائد جلدية تنمو وتتدلى بعد ذلك مما يستدعي تكرار إجراء العملية في وقت قريب أو يستدعي إعادتها من أن لآخر أن بعض الأورام تظهر في مكان الختان في منطقة البظر نتيجة لدخول خلايا الجلد في المناطق تحت الجلد أثناء التئام الجرح فهي تشوه

المكان وتزداد في الكبر مع الوقت ويستدعي جراحة لإزالتها.(عبد الرحمن القاضي، 2010م) .

أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة عن تشويه الأعضاء الأنثوية وحصائل التوليد وشملت الدراسة إجراء بحوث جليه قبل الولادة لعدد من النساء 28393 امرأة خلال الفترة من نوفمبر 2001 إلى مارس 2003 في 28 مركز من مراكز التوليد في بعض الدول الأفريقية في كل من (بوركينافاسو، غانا، كينيا، نيجيريا، السنغال والسودان) وكانت نتائج الدراسة تشير للاتي:

1. أن المخاطر النسبية لحدوث بعض مضاعفات التوليد لدي النساء اللاتي تعرضن لتشويه أعضائهن التناسلية كما يلي:

2. (الولادة القيصرية 1 و3. نزيف بعد الولادة 1.3 إطالة الإقامة للأم في المستشفى 1.5. وفاة الوليد مبكرا 15.1) . (نفيسة محمد، 2014م) .

رأي الدين في ممارسة ختان الإناث:

أورد الشيخ عبد الجليل الكاروري في كتابه(السنة ختن البنين وعفو البنات) الاتي: إن السنة تدعو لختن البنين وعفو البنات وقال إن هذه النتيجة تم التوصل إليها بعد دراسة بشأن الختان استنادا لأصول الدين وعلوم الطب وشؤون الاجتماع مضيفا اجتهدا في الأصول، فقلنا إن القرآن لم يسكت في شأن ختان الإناث لأنه صريح في اعتماد الفطرة وبالتالي الدعوة لعدم تغيير الخلق) (عبد المنعم الخضر 2012م).

1) الزواج المبكر:

أشارت (رؤي لخالدي 2013م) إلي أن زواج الطفلة صار قضية خطيرة كانت من قبل تحاط بالكتمان وبأن حوالي 38% من النساء في السودان تزوجن في

سن مبكرة حسب مسح 2010م وفي وقت لم يكتمل نمو الفتاة الجسدي والنفسي والاجتماعي.

ومن أضرار الزواج المبكر:

1. الرحم لم يبلغ درجة النضوج الكامل لاستقبال حمل الجنين.
2. الوفاة أثناء الولادة.
3. الإصابة بالناسور البولي والشرجي.
4. تفاقم الوضع الاقتصادي للمجتمع.
5. لن تتاح لهن فرصة للتعليم أو الارتقاء داخل النظام إلى مرتبة تكون أفضل من الناحية الاقتصادية.
6. إجبار الفتيات على الزواج. (فتح الرحمن القاضي، 2010م)
7. الزواج في سن المراهقة يعوق عملية النمو الطبيعي للإنسان عاطفياً ومعرفياً ومصطلح النمو المعرفي يعني ما يصيب الإنسان من تغيرات تحدث في سلوكه ومهاراته وتطور خبراته وتطور قدراته الانفعالية والاجتماعية والجنسية.
8. زواج الأطفال فيه حرمان للبنات الصغيرة من بناء شخصيتها الاجتماعية فتصبح مشوهة من الداخل وتشعر بالضعف تجاه الآخرين وخاصة زوجها فلا تستطيع أن تعبر عن رأيها مهما كانت درجة قناعتها به.
9. تشعر بأنه إنسان أضعف ويلازمها الشعور بالدونية.
10. حرمان الفتاة من حق الاختيار وإبداء الرأي في أمر زواجها لأنها في سن لا يتيح لها أن تدرك وتعي وتختار وترفض يكون سبب أساسي في معاناتها نفسياً في المستقبل حيث إنها لم تشرك في اتخاذ قرار مصيري كالزواج. (عالية بدري، 2014م).

11. التقدم في العمر بسبب نقص الاستروجين.
 12. تعدد الولادات: حيث أن الحمل والولادة يمكن أن يؤذيان الأنسجة الداعمة الطبيعية لعنق المثانة والإحليل القريب
 13. عدم توفر الطرق المعبدة التي تربط القرى بمناطق تمركز العلاج.
 14. عدم توفر المؤسسات الصحية والكوادر الطبية المؤهلة لتقديم الرعاية التوالدية.
 15. عدم توفر الرعاية الصحية الأولية للأم الحامل.
 16. القابلات الغير قانونيات (داية الحبل) .
 17. عوامل اقتصادية: أغلب النساء المتأثرات يكن من الأسر الفقيرة جداً وهم شبه معدمات يعتمدن في الغالب على أسرهن. (ادم صالح، 2012م)
 18. العنف الجنسي.
- تقول الباحثة:** أنها وأثناء وجودها بالمركز وجدت عدد من مريضات الناسور البولي كان سبب إصابتهن بالمرض جراء العنف الجنسي ومعظمهن صغيرات في السن عكس ازواجهن كما لاحظت الباحثة بأنهم أصيبوا بالمرض بعد زواجهن بأيام علي حد قولهن.
19. العمليات الجراحية.
 20. ضعف الثقافة الصحية (عدم زهاب الحوامل للكشف الدوري). (ظاهر بشارة، 2012م) .
- الوقاية من مرض الناسور البولي:**

1. الحيلولة دون الولادة العسرة أو المخاض الطويل. إن الاكتشاف المبكر والتصرف الملائم لمثل هذه الحالات يؤمن الوقاية اللازمة ولا يعرض المرأة لأية أضرار بالحوض.

2. رعاية الحوامل ومراقبة نمو الجنين عن كثب وفحص الحوض الفيزيائي الشامل للمرأة أثناء المخاض إجراءات تساعد على كل المحتمل أن يحدث معها ولادة عسرة أو المخاض الطويل.

3. إجراء الولادة في دار التوليد أوفي المستشفى حيث تتوفر الإمكانيات لإجراء العملية القيصرية أو خزع العجان يقلل من ظهوره وجروح لأعضاء الحوض.

4. تجنب الحمل والولادة قبل سن العشرين.

يتفق الخبراء أن التركيز فيما يتعلق بالسياسة المعنية بناسور الولادة، ينبغي أن ينصب على جهود الوقاية. فالغالبية العظمى من حالات ناسور الولادة تحدث عندما يكون هناك عجز في أخصائي التوليد المهرة أو غياب الرعاية التوليدية الطارئة التي تعد من أكبر العوامل لظهور المرض. (حنان كشة، 2012م) .

أفادت (ريجينا باشتاقي 2013م) اذا حصلت المرأة على الرعاية التوليدية على النحو السليم، فلن تصاب بناسور الولادة، وترى أن ناسور الولادة هو إحدى الحالات النفاسية التي يمكن القضاء عليها إذا تم حل المشكلات الصحية الرئيسية للأمهات. وبالطبع فإن حل هذه المشكلات ليس بالمهمة السهلة يتطلب جهود حثيثة من جانب الحكومات والأمر نفسه ينطبق على الوقاية من الناسور ذاته.

أعراض مرض الناسور البولي:

أولاً : أعراض الناسور المثاني المهبلي:

1. خروج إفرازات مائية من المهبل.

2. السلس البولوي.
3. تهيج المهبل.
4. تسرب البول عبر المهبل.
5. تكرار حدوث التهاب المثانة أو التهاب المهبل (عمرو سيف الدين، 2013م)

أعراض الناسور الإحليلي المهبلي والناسور المهبلي:

1. خروج إفرازات مائية من المهبل.
2. السلس البولوي.
3. تهيج المهبل.
4. تسرب البول من المهبل. (مراد شريف، 2013م)

أعراض الناسور المستقيمي المهبلي:

1. تسرب البراز إلى المهبل.
2. خروج البراز غير الإرادي.
3. تهيج المهبل.

أعراض الناسور الحالبى المهبلي:

1. تسرب البول أثناء التبول.
2. السلس البولوي.
3. تهيج المهبل. (إلهام عثمان، 211م)

يُضاً من أعراض الناسور البولوي:

فبحسب حجم الناسور وموقعه. فقد تعاني المرأة إما من أعراض طفيفة أو مشاكل بليغة متعلقة بالسلس أو النظافة الشخصية وتتضمن أعراض وعلامات الناسور المستقيمي المهبلي ما يلي:

1. خروج الغازات أو البراز أو القيح من المهبل.
2. إفرازات مهبلية كريهة الرائحة.
3. إنتانات متكررة في المهبل أوفي المسالك البولية.
4. ألم أو تخريش في الفرج والمهبل. والمنطقة بين المهبل والشرج (العجان).
5. ألم أثناء النشاط الجنسي.
6. شعور المريضة بخروج سائل مائي من المهبل بعد إجراء عملية الولادة ب (6-7) أيام مع ظهور آلام شديدة ومستمرة بالبطن وحدث خمول وسخانة في الأمعاء. (هبات محمد، 2010م)

تشخيص مرض الناسور:

لمعرفة سبب وجود الناسور المستقيمي المهبلي، سيقوم الطبيب بإجراء فحص طبي في محاولة لتحديد موقع الناسور والتحقق من وجود كتلة أو عدوى أو خراج للورم. الاختبار قد يتضمن الفحص البصري للمهبل والشرج والمنطقة التي بينها. سيقوم الطبيب بإجراء اختبار رقمي، ويقوم بإدخال إصبع بالقفاز ومشحم في المهبل في حين يستشعر الورم عن طريق إصبع آخر، ومن ثم إجراء امتحان المستقيم بإدخال الإصبع بعد إرتداء القفازات في فتحة الفرج. إذا لم يكن الناسور منخفض جداً في المهبل. ومرئي بسهولة فالطبيب قد يستخدم منظار للرؤية داخل المهبل. وهذا قد يسمح له أن يرى فتحة الناسور داخل المهبل، ويمكن إدخال أداة

متشابهة للمنظار، وتدعى منظار المستقيم، إلى فتحة الشرج والمستقيم للتحقق من صحة المستقيم. (أسامة بدران، 2011م)

أوردت (مجلة نرجس 2011م) أنه يمكن بسهولة اكتشاف الناسور كبير الحجم أثناء الفحص بالمنظار المهبلي. تحدث الإصابة بالناسور التالي لجراحة استئصال الرحم عامة في الطرف النهائي من المهبل أوفي الجزء العلوي من جزء المهبل الأمامي. أما اكتشاف الناسور صغير الحجم فقد تمثل صعوبة وبالتالي قد يضطر الطبيب عند الشك في الحالة إلى حقن مادة ملونة داخل المثانة (محلل القرمز النيلي) للتعرف على الناسور، بينما تتطلب بعض الحالات التي تصاب بالناسور الصغير جداً ملء المثانة تماماً في إطار اختبار Valsalva Maneuver للتعرف على إفراغ الصبغة.

تشكو معظم السيدات المصابات بالناسور المستقيمي المهبلي من عدة أعراض تشمل الالتهابات المهبلية المتكررة والإفرازات المختلطة بالبراز وجروح البراز والهواء من المهبل أو النزف من المستقيم، بينما يظل عدد قليل فقط من تلك السيدات دون شكوى. يمكن في معظم الحالات رؤية الناسور المستقيمي المهبلي أثناء الفحص الإكلينيكي وفي كثير من الحالات يمكن كذلك التعرف على البراز أو الإفراز داخل المهبل. (رماء الفارس، 2011م) .

كذلك من طرق التشخيص التصوير بالرنين المغناطيسي (M R I) هذا الاختبار يستخدم المجال المغناطيسي والموجات اللاسلكية لخلق صور من الأنسجة الرخوة في الجسم، يمكن للتصوير بالرنين المغناطيسي تبين مكان وجود المرض فضلاً عن أجهزة الحوض أو وجود ورم. (خالد زين، 2011م)

أيضاً يوجد أسلوب آخر للتشخيص وهي الموجات فوق الصوتية الشرجية هذا الإجراء يستخدم الموجات الصوتية لإنتاج صورة فيديو لفتحة الشرج والمستقيم ويمكن للموجات فوق الصوتية الشرجية تقييم هيكل العضلة العاصرة الشرجية ويمكن أن يظهر العيوب الناجمة عن جرح التوليد. كذلك يوجد أسلوب آخر لقياس الضغوط الشرجية في هذا الاختبار، يتم إدخال أنبوبة مرنة ضيقة إلى فتحة الشرج والمستقيم، ويتم توسيع بالون صغير في طرف الأنبوب. والاختبار يقيس مدى حساسية وظيفة المستقيم ويمكن أن يوفر معلومات مفيدة عندما يكون الناسور ناتج عن مرض كرون أو الإشعاع. هذا الاختبار لا يحدد مكان الناسور ولكن يمكن أن يساعد في التخطيط للإصلاح. (زكريا الشيخ، 2010م)

هناك اختبارات أخرى في حالة اشتباه الطبيب بوجود مرض التهاب الأمعاء، فيجوز له أن يأمر بفحص القولون بالمنظار. وهذا الاختبار يسمح بمرض القولون المريض باستخدام أنبوبة مرنة دقيقة، مضادة مع كاميرا مرفقة أثناء الإجراء. كما يمكنه أخذ عينات صغيرة من النسيج (خزعة) للتحليل المختبري والتي يمكن أن تساعد في تأكيد التشخيص من مرض كرون. (حسام الدين فؤاد، 2012)

كيف يحدث الناسور:

ذكر الطيب عبد الخالق (2006م) يحدث الناسور البولي في حالة ضيق، أو حينما يكون رأس الجنين أكبر من مخرج الحوض، أو أن يكون رأس الجنين غير معتدل في جلسته في الحوض أثناء الولادة. ومعلوم أن الولادة تتعثر وتسير ببطء، حيث يضغط الجنين برأسه محاولاً الخروج دون جدوى، وفي هذه الأثناء وبالضغط المستمر تحت تأثير الطلق يحصل ضغط على الأوردة الموجودة في المنطقة، مما يسبب انقطاع الدم المغذي للغشاء الفاصل بين المثانة البولية والمهبل وكلما كانت

المدة طويلة كلما كان احتمال انقطاع الدم وموت الخلايا أكثر وقوعاً ، مما يؤدي في نهاية الأمر إلى تهتك الغشاء الفاصل وامتزاج القناتين .

وعادة ما يظهر الناسور بعد (7-10) أيام من الولادة، وهي المدة التي تتآكل فيها الخلايا الميتة وتنزاح لتترك فجوة بين القناتين تعرف فيما بعد بالناسور، ويخرج من خلالها البول من المثانة مباشرة عن طريق المهبل دون أدنى تحكم من المريضة. وهذه الفتحة بين المثانة والمهبل قد تكون صغيرة، وقد تكون كبيرة يصعب رتقها، وذلك لأن هذه الحالات تأخذ أياماً في الولادة قبل الوصول إلى أقرب مركز خدمات طبية، ويكون في هذه الأثناء قد انقطع الدم المغذي تماماً عن الغشاء الفاصل. (هبات محمد، 2010م)

الآثار المترتبة على الناسور:

1. خروج البول صباحاً ومساءً من غير تحكم مما يجعل منه مشكلة صحية واجتماعية محرجة.
2. ينجم عن خروج البول من غير موضعه ترسب الأملاح على أعضاء المرأة التناسلية ومنطقة الفخذين، مما يسبب تقرحات وحكة شديده.
3. البول الخارج من غير تحكم يسبب رائحة نتنة يشمئز منها اقرب الناس للمرأة
4. وصلت حالات الطلاق المترتبة علي هذا المرض وما يسببه من تقرحات ورائحة كريهة الي (90%) من الحالات المصابة. (أدم صالح، 2011م)
5. يسبب الناسور التهابات المسالك البولية. (الطيب عبد الخالق، 2010م)

6. صعوبة علاج هذه الحالات وهذا موضوع مهم لان الخبرة الطبية والجراحية في علاج هذه الحالات محدودة ومحصورة في عدد قليل من أطباء التوليد، وعادة ما تنحصر في مراكز معينة لصعوبة هذه الحالات وارتباطها بالفشل في اغلبها وفشل العلاج الجراحي يأتي من أن الفتحة غالبا ما تكون كبيرة يصعب رتقها أو تكون الأوردة الدموية في المنطقة قد تقطعت ولا يوجد مغذ يساعد في نمو الرتق نفسه.

ولعل اشهر المراكز الجراحية لإصلاح الناسور في افريقيا، أو ربما العالم كله هو الموجود بأديس أبابا بأثيوبيا ومثله بالسودان مركز البروفيسور (أبو) للناسور البولي بمستشفى الخرطوم. (حنان كشة 12م)

7. من الآثار المترتبة علي الناسور أيضا أنه في حالة فشل العلاج الجراحي في المرة الاولي تتضاءل نسبة النجاح في المرات الأخرى وذلك لأن المنطقة نفسها صغيرة والجراحات الكثيرة فيها قد تضر أكثر مما تنفع، لذلك ينصح الأطباء دائما بعدم إصلاح الناسور إلا في مراكز الناسور.

8. بعض الحالات المستعصية تنتهي إما بتحويل مجري البول مع مجري البراز، أو إغلاق فتحة الفرج تماما من الخارج ليخرج دم الدورة ا لشهرية والبول معا من مخرج البول.

9. أخيرا يترتب علي الناسور بعض المشاكل التي تتعلق بالطهارة والصلاة (محمود ابراهيم، 2011م) .

علاج مرض الناسور:

أوردت جيهان صبحي (2012م) هنالك درجات عديده من العلاج تسير من العلاج التحفظي الي الجراحة وهنالك عدة طرق للعلاج:-

العلاج التدريبي: يقوم على أساس إعادة تدريب المثانة البولية على التحكم بالبول والتفريغ مع تمارين تقوية عضلات الحوض مع إنقاص الوزن وبالإقلاع عن المشروبات التي تدر البول والمحتوية على الكافيين.

1. الأدوية لعلاج تهيج وزيادة نشاط المثانة المصاحب لالتهابات المسالك البولية والتهابات الأعصاب لتقلل من عدد مرات التبول والإلحاح الشديد للتبول وما يصاحبه من حدوث سلس بولي.

2. العلاج غير الجراحي ويسهل التنبيه الكهربائي لتقوية عضلات الحوض وعضلة التحكم بالبول الداخلية.

3. العلاج الجراحي فيعتمد على تعديل وضع المثانة ومجرى البول لتحسين التحكم العضلي لعملية التبول إما بعملية جراحية أو استخدام طرق جديدة لوضع شريط لرفع مجرى البول وُعق المثانة ومره أخرى جميعها لعلاج الأعراض وجميعها لها فوائدها واعراضها الجانبية وينبغي أن يوصف حسب كُلى حالة. (ختام لبان، 2012م)

العلاج الجراحي:

يعتمد اختيار الجراحة على سبب الإصابة بالناسور وكذلك على حالة الأنسجة المحيطة، فيجب أن تكون منطقة الجراحة نظيفة تماماً مما يعني خلوها من الالتهاب أو النخر. كما يجب قبل الجراحة التحام الأنسجة واستعادة قدر واف من إمداد الدم بها، والذي قد يستغرق ما بين 8 - 12 اسبوعاً. أما في حالات الإصابة.

(جيهان صبحي، 2011م)

تعتبر الإصابة بالناسور نتيجة العلاج الإشعاعي أكثر الأنواع التي تتطلب فترات انتظار طويلة، فقد يستغرق التخلص من تأثيرات الإشعاع على حافة الناسور

أكثر من عام كامل. كما يعد اكتشاف انتكاس الورم بعد عطل الخزعة من حافة الناسور من موانع التطبيق العلاج الجراحي للناسور. قد تستخدم مستخدمات الاوكسجين لعلاج داعم أثناء مرحلة التحضير، بالإضافة إلى علاج إصابات المجرى البولي. (عمرو سيف، 2011م)

عملية الشريط لعدم التحكم البولي:

ذكرت (يمني زكي، 2013م) استشارية أمراض النساء وجراحات التجميل أن في هذه العملية يتم وضع شريط طبي تحت قناة البول على شكل حرف U وهذا يؤدي إلى شد القناة وكذلك التعويض عن ضعف عضلات قناة البول إن وجد وهي عملية ذات نتيجة ممتازة.

العملية تتم من خلال 3 جروح صغيرة واحدة منها في الجدار الأمامي المهبلي تحت قناة البول بطول 2-3 سم ومن خلالها يتم تمرير نهايتي الشريط إلى اليمين والأخرى إلى اليسار إلى نقطة مخرج بطول نصف سم من الجزء الداخلي من الفخذين ليصبح شكل الشريط مثل U مفتوحة الدرجة وهذا النوع مناسب عندما يكون السبب هو الحركة الزائدة لقناة البول ولكن بدون ضعف في عضلاتها. أما إذا كان هناك ضعف بعضلات قناة البول بالإضافة إلى الحركة الزائدة فيستحسن تمرير الشريط إلى نقطتي خروج حول قناة البول أسفل البطن ليصبح شكل الشريطان U حادة الدرجة ليسمح للجراح بتحديد درجة شد الشريط بشكل مناسب حيث إنه يتم ملء المثانة بالماء والطلب من المريضة بأن تسعل عدة مرات ومراقبة خروج أو عدم خروج الماء من المثانة والذي يسمح للجراح بشد أو إرخاء الشريط ليقوم بالمهمة المطلوبة وهي التحكم بالبول ولكن بدون إيجاد مشكلة حصر بول. وفي حالات قليلة جداً يمكن أن يحدث التهاب حول الشريط يؤدي إلى عدم

التهاب الجرح مما يدعو إلى إزالته أو إزالة جزء منه في حالات نادرة يمكن أن يدخل الشريط تدريجياً عضلة المثانة مما يتطلب تداخلات جراحية إضافية (شريف مراد، 2011م)

علاج الناسور المهبلي العلوي أو الرحمي المثاني:

أورد عبد الحفيظ خوجة (2007م) يصعب الوصول إليه عن طريق المهبل، فتُجرى العملية عن طريق البطن. تفتح البطن تم تفتح المثانة حتى يظهر الناسور، يُزال الناسور كلياً وتفصل أنسجة المثانة عن الأنسجة الأخرى الصلبة (مهبلي أو رحم). إذا كان الناسور قريباً جداً من فتحات الحالب. تتم الاستعانة بجراح المسالك البولية لإدخال قسطرة بالحالب وتترك لمدة 15 يوماً يتم بعدها خياطة المثانة بعدة طبقات باستعمال الفايكريل وخياطة المهبل أو الرحم باستعمال الفايكريل. إذا كان الناسور الرحم المثاني كبيراً يتم إزالة الرحم لمنع حصول الناسور مرة أخرى أو حدوث مضاعفات في الحمل مرة أخرى.

تستغل المساريقة (بوليس البطن) ، وهو دهن يغطي الأمعاء كحاجز حيث تُحاط بين المثانة والمهبل والمثانة والرحم لمنع عودة حدوث الناسور أو حدوث مضاعفات بعد العملية.

وتستخدم قسطرة بولية عن طريق فتحة المثانة وأخرى من البطن وتترك الأولى لمدة اسبوعين أما الثانية فلعدة أيام حتى يتوقف خروج الدم من المثانة ويصبح البول صافياً .

تعمل للمريضة اشعة بالصيغة الملونة عن طريق القسطرة وتصور المثانة للتأكد من تمام الالتئام، بعدها تُزال القسطرة وتتطلق المريضة بعد زوال الاكتئاب والعلّة المريرة. (أسامة بدران، 2011م)

العلاج الجراحي في حالة الناسور المثاني المهبلي:

ذكر (ادم صالح، 2012م) أخصائي أمراض النساء والتوليد انه يتوافر أسلوبان جراحيان لعلاج الناسور المثاني المهبلي: فيركز إجراء الجراحة عن طريق المهبل أو عبر البطن، على شرط أن تتوفر رؤية واضحة للناسور أو إمكانية تطبيق خطوات جراحية إضافية من أجل الحصول على الرؤية الواضحة. تُعتبر الجراحة عن طريق المهبل من الجراحات البسيطة الأكثر راحة للمريضة والمصاحبة بأخطار ضئيلة. أما دواعي تطبيق الجراحة البطنية في علاج الناسور المثاني المهبلي، تشمل عدم توافر رؤية كافية للناسور بالمدخل المهبل عند ارتفاع موضعه، أو في حالة انكماش الناسور مع ضيق المهبل، أو في حالات الناسور القريب من الحالب، أو حدوث التغيرات الباثولوجية في الحوض الصغير وكذلك الإصابة المتعددة بالناسور.

ترتفع نسبة نجاح جراحة إغلاق الناسور في الجراحات الأولى بينما يزداد خطر الانتكاس في حالة الإصابة المتعددة مع زيادة قطر الناسور عن 1 سم، وأيضاً في حالات الناسور الناتج عن الولادة المعقدة. (صالح الطاهر، 2010م)

عملية حقن البول لزيادة السماكة:

في بعض الحالات يكون هناك ضعف في عضلات قناة البول ولكن بدون حركة دائمة في قناة البول. عادة يكون هذا الوضع في المرضى الكبار سناً أو نتيجة عمليات سابقة متعددة. في هذه الحالة فإن قناة البول تسمح بخروج البول بشكل غير إرادي حتى لو كانت المثانة شبه فارغة، القيام بحقن مادة في جدار قناة البول يزيد من سماكتها ويساعد على إغلاق عنق المثانة مما يسمح للمريضة بالتحكم بشكل أفضل. المادة المحقونة يُمكن أن تكون من الطبقة الدهنية في جسم

المريضة أو مادة مصنفة مثل التي تستخدم لتكبير حجم الشفاه وقد يحتاج المريض إلى إعادة الحقن مره كل سنة.(إلهام عثمان، 2011م)

الجراحة عن طريق المهبل:

عند تحريك الأنسجة المحيطة بالناصور يجب مراعاة تحقيق هدفين رئيسيين:
أولاً: توفير إمكانية إغلاق طبقات الناسور المختلفة كل علي حده ومن ناحية أخرى الوقاية ضد تكون الجوف يتم التعرف على فتحة الحالب إما عن طريق منظار المثانة، أو من خلال فتحة الناسور داخل المهبل في حالة الناسور كبير الحجم، كما يجب توسيع دواعي إدخال القنطار إلى الحالب بهدف التعرف عليه طوال الجراحة وبالتالي خفض خطر جرح الحالب إلى أدنى درجة. هذا وقد اختلفت الآراء حول مدى استئصال الأنسجة الصلبة. فقد نصح Symmonile عام 1984م بعمل استئصال موسع لكنه يؤدي إلى فقدان مقدار كبير من الأنسجة اللازمة لإغلاق الناسور، ويتسبب في النزف الذي يضيق الجراحة وقد يؤدي على عملية الالتئام فيما بعد، ينصح الكثير من المؤلفين الآخرين بمجرد استئصال حافة الناسور وحتى إغلاق حافة الناسور داخل المثانة في حالات الناسور صغير الحجم.(عمرو سيف الدين، 2013م).

الجراحة لا تتطلب استئصال حافة الناسور، لأن هذا الأسلوب يعمل من ناحية على توسيع الناسور ومن ناحية أخرى يُقلل من الأنسجة المتبقية في جدار المثانة، يتم إغلاق الفتحة في جدار المثانة من خلال طبقتين منفصلتين ودون أي شد باستخدام الخيوط الجراحية القابلة للامتصاص مثل (Victyl - 30) ويجب دائماً الاهتمام بالوقاية ضد حدوث العدوى وبالتالي خفض خطر تعرض الأنسجة للنخر إلى الحد الأدنى وكذلك وقف النزف فوراً وتصريف من المثانة عن القنطار 10 -

14 بعد الجراحة مع تناول المضاد الحيوي كإحدى وسائل الوقاية. (أسامه بدران، 2011م)

علاج الصمام الأيضي الداخلي:

ذكر في مجلة صحتك (2006) لعلاج صمام الأيضي يمكن حقن بعض المواد المضخمة مثل الكاجين حول الأيضي بالإبرة تحت بنج موضعي لمساعدة التئامه وإغلاقه بنجاح قد يصل إلى حوالي 40% من هذه الحالات على المدى الطويل وأحياناً بعد محاولات. وقد تستغل أيضاً الجراحة المفتوحة مع رفع المثانة وعنقها والأيضي معاً نحو الحوض بتخييط الأنسجة حول الأيضي وعنق المثانة إلى رباط (كوبر) في الحوض الواقع في أسفل عظم العانة مع نجاح في حدود 90% على المدى الطويل. (الطيب عبد الخالق، 2010م)

وقد استعمل حديثاً على الألاف من المرضى عالمياً وهي وسيلة عملية ومبتكرة وناجحة مبنية على غرز شريط مصنوع من مادة (البوليبيروبيلين) تحت وسط الأيضي وتمريه إلى فوق العانة تحت الجلد بدون أي تخييط أو تثبيت وذلك تحت بنج موضعي أو عام وأحياناً بدون الحاجة إلى الاستشفاء لمعالجة كل حالات السلس البولي تحت الضغط إذا ما كان سببها تلف وتعطيل في الصمام الأيضي الداخلي أو فرط تحرك الأيضي إلى الأسفل وذلك بنجاح في حوالي 85% من الحالات على مدى 5 سنوات ويعمل هذا الشريط بإغلاق الأيضي عند زيادة الضغط في البطن ومن مضاعفات تلك الجراحة التي تحصل بنسبة 10% تقريباً اختراق المثانة أو الشريط أثناء العملية مع عواقب قد تكون وخيمة ونادراً مميتة في القليل من الحالات ما بين مئات الألوف التي استعملت فيها هذه العملية الجراحية، بدون أية مضاعفات ومع الاحتباس البولي بعد العملية وتآكل نسيج الأيضي والمهبل

وُغق المثانة وحدث الحاح وتأثير تلقائي للمثانة ويجب التشديد أنه يجب الامتناع عن اجراء تلك العمليات إذا ما ارادت المرأة أن تحمل من جديد لأنها ستفشل حتما بعد الولادة.(جون كيلى، 2012م).

وبالرغم من ذلك فإن تلك الوسيلة هي من أبسط الوسائل الجراحية إذا ما اجريت على يد أخصائي لديه الخبرة الواسعة والمهارة العالية في إجراء تلك العمليات. (صالح الطاهر، 2010م)

العلاج الجراحي للناصور المستقيمي المهبلي:

قد يُساعد العلاج الدوائي لتنظيم عملية التبرز أو عمل الفغرة على تخفيض حدة الالتهاب الموضعي، وتخفيف التورم لكنه نادراً ما يؤدي إلى إغلاق الناصور، يمكن تطبيق جراحة الناصور المستقيم المهبلي عن طريق المهبل أو عبر البطن ويمكن الاختيار بين المدخل عبر الصفاق أو عبر المصرة أو عبر الشرج، يفضل اطباء النساء غالباً عمل الجراحة عن طريق المهبل، ويصعب تقييم حالة الناصور قبل الجراحة وتقييم حالة الأنسجة المحيطة وحالة عضلة المصرة والكشف عن الأمراض المصاحبة دوراً غاية في الأهمية في نجاح الجراحة، فخلو الأنسجة المحيطة بالناصور من المتغيرات الالتهابية يرفع من فرص الشفاء بشكل واضح. (بشارة البذرة، 2010م) .

يجب مراعاة الجوانب التالية:

تحريك الأنسجة المحيطة بالناصور بقدر واف واستئصال مدخل الناصور المغطي بالظهارة، ووقف النزف تماماً ، وغلق مختلف طبقات الناصور كل على حده

دون شد ومن أجل تحسين الالتئام والوقاية ضد الانتكاس، ينصح بوضع حاجز من الأنسجة الصحيحة بين جدار المهبل والمستقيم. إلى جانب استخدام سديلة من الثرب الكبير، يمكن استخدام سديلة مأخوذة من العضلة المستقيمة البطنية أو العضلة الخياطية أو جزء من العضلة الإليوية وكذلك العضلة الناجلة. كما يمكن استخدام سديلة دهنية تكتسب من منطقة العضلة البصلية الكهفية (Marius flap) وفي حالة اتساع القناة المهبلية بدرجة وافية يمكن تعديل وضع العضلات الرافعة لتعمل كحاجز بين المستقيم والمهبل. (أسامه بدران، 2011م).

بالرغم من استخدام المضاد الحيوي في الوقاية ضد العدوى قبل وبعد الجراحة وبالرغم من الحذر الشديد أثناء تطبيق أساليب الجراحة الدقيقة يظل علاج الناسور المستقيمي المهبلي من المهام الصعبة التي يواجهها الجراح كما تتخفف فرص الشفاء مع تكرار العلاج الجراحي، فترتبط نسبة النجاح ارتباطاً مباشراً مع عدد الجراحات السابقة حيث ترتفع إلى 88% في الجراحات الأولى، وتتنخفض إلى 85% مع الجراحة الثانية وإلى 55% مع الجراحة الثالثة. (حسام أحمد فؤاد، 2013م).

الخلاصة:

يرجع الفضل في انخفاض عدد حالات الإصابة بالناسور في الدول المتقدمة في المقام الأول إلى وسائل الرعاية الطبية الحديثة ويرتفع معدل المآل في حالات الناسور المهبلي الناتج عن الولادة المعقدة أو عن جراحات الجهاز التناسلي الأنثوي لعلاج الأورام الحميدة مقارنة بحالات الناسور الناتج عن جراحة الأورام الخبيثة أو عن العلاج الإشعاعي يتراوح متوسط النجاح في الجراحات الأولى ما بين 70%

إلى: المتخصصة أحدث أساليب علاج الناسور مما يعود بفائدة كبيرة على المريضات. (أسامة بدران، 2011م)

الناسور الشرجي:

هو وجود فتحة أو فتحات في أسفل منتصف الظهر وهناك بعض الإفرازات الخارجة منها وقد تكون قيحاً أو دماً وعادة تكون هناك بعض الفقرات التي تكون بها آلام مبرحة ولا توجد إفرازات Agraunand Twinset

خلفية تشريحية لحدوث الناسور الشرجي:

الشرح:

يمتد الشرج بعد نهاية المستقيم لمسافة ثلاثة سنتيمترات تقريباً وتحوطه وتحكمه عضلتان عاصرتان داخلية وخارجية ويتكون الغشاء المخاطي المبطن للشرج عند هذه العضلات إلى بشرة جلدية سميكة على شكل خط متعرج يشبه أسنان المشط ويحتوي هذا الجزء من الشرج على مجموعة من الأوردة والشرابين والأعصاب والغدد والتجاويف التي تسهل إصابتها، فتصبح مصدراً للمتاعب. (الطيب عبد الخالق، 2010م)

وظائف الشرج:

التبرز هي الوظيفة الرئيسية لفتحة الشرج، وهي عملية خروج الفضلات الناتجة عن هضم الطعام، حين يصل الطعام بعد 24 ساعة تقريباً من تناوله إلى المستقيم، مما يؤدي إلى انتفاخ هذا الجزء من القناة الهضمية ويحدث التبرز الذي

يمكن إلي حد كبير التحكم إراديا في موعده عن طريق انقباض عضلات الشرج الخارجية، ويؤدي ارتخاء هذه العضلات إلي حدوث التبرز (حسام فؤاد، 2013م).

إضافة إلي عوامل أخرى مساعدة مثل:

1. تقليص وانقباض عضلات جدار البطن مما يؤدي إلي ارتفاع الضغط داخل البطن فيسبب ضغطاً على المستقيم فيخرج البراز.

2. الشهيق العميق وكتم النفس لفترة طويلة ما يسمى بالحدق يؤدي إلي انخفاض الحجاب الحاجز وارتفاع الضغط داخل البطن.

3. يشبه تمدد المعدة وامتلاؤها بالطعام. (طاهر بشارة، 2010م)

فيحدث هذا الهرمون انقباضاً في المستقيم، يسبب الحاجة إلي التبرز بعد الطعام مباشرة وهو ما يحدث كثيراً عند الأطفال، أما عند البالغين فإن التبرز يمكن التحكم فيه إرادياً حسب الظروف الخارجية والعادات المصاحبة لعملية التبرز.

(سوسن الحملي، 2014م)

أنواع الناسور الشرجي:

يوجد نوعان من الناسور الشرجي، أحدهما النوع البسيط الذي يفتح على الجلد بفتحة واحدة .

والآخر الناسور المركب أو متعدد الفتحات، الذي يفتح على الجلد بعدة فتحات ويسمي الناسور أيضا (ناسور أمامي) في حالة وجود فتحة خارجية واحدة مهما كان عدد الفتحات الداخلية أو ما يسمي (خلقي) في حالة وجود فتحة داخلية واحدة في الغشاء المخاطي للشرج مهما كان عدد الفتحات الخارجية. (بشارة البزرة، 2010م)

أسباب الناسور الشرجي:

• مضاعفات للخراج الشرجي: يعد الخراج والناصور مرحلتان لمرض واحد هو المرض الناسوري في الشرج، فالخراج هو المرحلة الحادة والناصور هو المرحلة المزمنة، وهما إصابتان شرجيتان لا تعالجان إلا جراحياً، ويبدأ الخراج بالتهاب في إحدى غدد الشرج وتجاويفه الكامنة، ثم يتقيح ويصبح مصدراً للألم الشديد فإذا كان سطحياً أمكن تداركه بالمضادات الحيوية أو بشق محدود يفرغ منه الصديد. أما إذا كان الخراج عميقاً فتصاحبه أعراض عامة كارتفاع درجة الحرارة وتورم المنطقة المحيطة بالشرج، كما يمكن تحسسه بالأصبع من خلال الشرج، فمثل هذا الخراج يجب شقه سريعاً وإلا تسرب ودفق طريقه إلي داخل الشرج، والي الجلد المحيط به وتحول إلي ناسور واحد أو أكثر. (خالد عبد الغفار، 2014م).

• إصابة المستقيم بالتهاب نتيجة أمراض مزمنة، كالالتهابات التقرحية المزمنة، التي تصيب الامعاء الدقيقة أو القولون.

• في بعض الأحيان، يكون الناسور الشرجي مصاحباً للإصابات بالأورام الخبيثة للشرج والمستقيم. وفي مثل هذه الحالات يكون الناسور متعدد ومتكرر، ويصاحبه إفرازات مخاطية، مع نزول دم الشرج. (أحمد حسام، 2012م)

أعراض الناسور الشرجي:

يكون العرض الأساسي للناصور الشرجي غالباً وجود خراج تصاحبه آلام في الشرج، مع تورم وارتفاع في درجة الحرارة أما اذا ترك هذا الخراج ينفجر تلقائياً، تخنقي الأعراض الحادة للخراج فيزول الألم والتورم، وتعود درجة الحرارة إلي طبيعتها، لكن يستمر وجود إفرازات صفراء تخرج من فتحة حول الشرج، وقد يتكرر

حدوث الالتهابات في الناسور مما لا يمكن علاجها دوائياً وتتطلب تدخلاً جراحياً .
(خالد عبد الغفار ، 2014م)

أما الناسور الثانوي والنابع من أمراض مزمنة فأعراضه هي أعراض المرض الأساسي، مع وجود فتحة بجوار الشرج تفرز إفرازات صفراء أو مدممة، ولا يسبب الناسور الشرجي آلاماً إلا في حالات الالتهاب فقط. (حسام أحمد، 2012م)

العلاج الدوائي والجراحي للناسور الشرجي:

أ. العلاج الدوائي:

يستخدم العلاج الدوائي في الأطفال حديثي الولادة، حتى عمر سنتين وهو عادة ما يكون مراهم موضعية من المضادات الحيوية توضع بصفة مؤقتة في حالة وجود التهاب في الناسور. أما إذا تحول التهاب الناسور إلي خراج شرجي فيجب فتحه جراحياً ، مع الاهتمام بالنظافة الموضعية للطفل. ويستمر العلاج الدوائي لدي حديثي الولادة حتى عمر سنتين أملاً في اختفاء الناسور الشرجي. ويحدث ذلك في حوالي 95% من الحالات، وإذا فشل العلاج الدوائي بعد عمر سنتين فيفضل العلاج الجراحي. (ناجي محمود، 2011م).

ب. العلاج الجراحي:

أورد موقع (ويب طب، 2011م) أن العلاج الجراحي يستخدم في حالات الناسور المزمن المتكرر، ويكون أما في صورة استئصال جراحي كامل للناسور مع استئصال الفتحة الخارجية والداخلية له، وأما بفتح الناسور طولياً بحيث يكون تجويفه متصلاً بالجلد ويترك دون غلق جراحي حتى يلتئم بالكامل من الداخل الي

الخارج، ويراعى في مثل هذه الحالات التأكد من عدم التئام الجلد خارجياً قبل التئام الأغشية الداخلية حتى لا يتكرر حدوث الناسور مرة أخرى.

وعند علاج الناسور جراحياً يحدد مجراه باستعمال قضيب معدني رفيع يمرر برفق من فتحة الناسور لتحديد مساره ومصدره، ثم يستأصل ويحرص الجراح دائماً على سلامة العضلة العاصرة الداخلية، حتى لا يسبب سلس البراز وهو عدم القدرة على التحكم في البراز، ما يسمى بالتبرز غير الإرادي.

تمريض عمليات الناسور:

تقول الباحثة: أن نجاح العملية يتوقف على التمريض الجيد وهو بالتالي يتطلب ممرضين مدربين لتمريض حالات الناسور البولي وسسترات مشرفات علي المرضى.

ذكر (د ادم صالح واخرون، 2012م) أن عند تمريض عمليات الناسور البولي يجب الاتي:

اولاً: تمريض عملية إصلاح الناسور المثاني المهلي:

1. تفصل المثانة عن المهبل وتتم خياطة كل منهما قبل العملية.
2. تفحص المريضة عموماً والبول خاصة.
3. تعمل غسولات مثانية يومية بمحلول مطهر.
4. يقوم الطبيب بعلاج أي التهاب فرجي أو مهلي أو مثاني.
5. وكذلك تعالج أي رواسب فوسفاتية موجودة بالبول يستمر العلاج لمدة تقرب من ثلاثة لسته أشهر لإعطاء الناسور فترة يشفي تلقائياً.

6. في حالة إجراء العملية تعطي المريضة حقنة مورفين أثروبيين قبل العملية بنصف ساعة حتى تفيق من المخدر.

7. تعطي مورفين عند النوم لمدة يومين أو ثلاثة أيام.

8. يلاحظ كمية البول ووجود نزف به أو عدم مروره من القسطرة لانسداده أو فشل الجراحة.

تقاس كمية البول وتسجل مع خواصها مع عمل خريطة سوائل (قياس كمية السوائل الداخلة والخارجة) .

كما يجب ملاحظة القسطرة وعدم إنزلاقها وإبلاغ الطبيب عند انسدادها لتغيير أو إزالة الانسداد ويرفعها الطبيب بعد التئام الناسور حوالي اليوم العاشر الي اليوم الرابع عشر بعد العملية.

تعطي المريضة مضادات حيوية لمدة اسبوع إلي عشرة ايام بعد العملية. (طاهر بشارة، 2012م) .

تمريض ما بعد عملية جراحة تحويل الحالبين الي القولون:

عند تمريض عملية تحويل الحالبين يجب الاتي:

(1) تلاحظ المريضة حتى تفيق من المخدر.

(2) ترجع المريضة من وحدة العمليات وبها أنبوبة شرجية توصل بزجاجة لجمع البول الذي يجب أن يلاحظ كميته وخواصه ولا ترفع هذه الأنبوبة إلا عندما تتبرز المريضة حوالي اليوم السادس.

(3) يستمر إعطاء المريضة البنسلين والاسستروبن ميليسين والسلفا جوانين لمدة اسبوع أو عشرة أيام بعد العملية.

(4) تعطي المريضة مورفين عند النوم لمدة ليلتين أو ثلاثة ليال بعد العملية.

5) تُغذى المريضة بالسوائل لمدة خمسة أيام بعد العملية. (حسام زين العابدين، 2012م)

تمريض عملية إصلاح الناسور المهبل الشرجي:

عند تمريض عملية الناسور المهبل الشرجي تبدأ من قبل العملية فيجب:

1. التأكد من وظائف الرئتين والقلب والكليتين والحالة العامة.
2. يُعالج أي التهاب فرجي أو مهبلي أو شرجي وينظف مكان العملية.
3. يجب التأكد من حالة البول وعدم وجود حالات غير طبيعية له.
4. يجب عمل غسيل مهبلي وغسيل قولوني يومياً لمدة 4 - 15 يوم قبل العملية مع إعطاء المريضة سلفاجوانين وسلفاسكسيوبين يومياً .
5. في المساء السابق ليوم العتية تعطى المريضة 60cm^3 زيت برفاين ويعمل لها غسيل قولوني في صباح يوم العملية مبكراً. (صالح الطاهر، 2012م)

يكون التمريض كما في حالات رفو التمزق العجاني الكامل كما يلي:

1. تُعطى المريضة كميات إضافية من السوائل وتُغذى بأغذية لا تترك فضلات مثل العصير للفواكه وخلصة اللحوم كما تُعطى أمبولة مورفين كل 24 ساعة لبضعة أيام.
2. تعطى المريضة أمبولة مورفين اثروبين قبل العملية بنصف ساعة.
3. في مساء اليوم الرابع أو الخامس للعملية تُعطى المريضة 60cm^3 زيت برفاين صباح اليوم السادس إذا لم تتبرر تلقائياً تُعطى لها حقنة شرجية حيث يحقن في المستقيم 150cm^3 زيت زيتون أوزيت برفاين - تعطى المريضة حبوب ملينة كل ليلة من حبوب الكاسكارا. (فضل عبد المجيد، 2012م)

الآثار النفسية والاجتماعية:

هنالك اثار نفسية مدمرة تتعرض لها النساء المصابات بالناصور حيث يشعرون بالعزلة وعدم الرغبة في وجودهن وتدرجيا يتخلي عنهن الالهل وحتى داخل المنازل يتعرضن الي سوء المعاملة بعزلهن بعيدا عن أفراد الأسرة بسبب رائحة البول الكريهة مما يتسبب في سوء الحالة النفسية فتراودها الافكار للتخلص من الحياة بأي وسيلة. ومن هذه الاثار:

1. الاكتئاب والشعور بالحزن.

2. تدني تقدير الذات: تقول الباحثة وهو شعور المرأة بأنها عار علي أسرتها ومجتمعها وبأنه ليس بإمكانها القيام بشيء وبانها عبأ علي أسرتها ولا أحد أسوأ منها.

3. الشعور بالدونية.

تقول الباحثة: أن مريضة الناسور البولي دائما ما تردد بأنها أقل من غيرها وتلوم نفسها وأنها تستحق ما يحصل لها بالأخص في حالات الولادة الغير شرعية.(شهلة الطيب، 2014م)

4. الرغبة في الموت أو الانتحار.

تقول الباحثة: كل المريضات بالناصور البولي يفكرن بالموت ويفضلنه علي الحياة التي يعشنها ولكن وربما بسبب الوازع الديني فحالات الانتحار وسط المصابات بالناصور البولي تكاد تكون منعدمة في مجتمع الدراسة.

ثانيا: الاثار الاجتماعية:

(1) الطلاق.

تقول الباحثة: أن معظم المصابات بالناصور البولي مطلقات أو انفصل عنهن أزواجهن بسبب رائحة البول وأحيانا لعدم تحمله لمسؤولية علاجها. (هدي أحمد، 2013م).

(2) العزلة.

لاحظت الباحثة: بأن مريضة الناسور تعيش في عزله اجتماعيه وبيتعد عنها الاهل والاقارب والاصدقاء بسبب رائحة البول ولا يزورها احدو تنقطع عن المشاركة في المناسبات المختلفة لأنها ستقابل بالوصم إذا ذهبت مما يخلق لديها حاجز نفسي حتى بعد العلاج.

(3) الهجر:

لاحظت الباحثة: بأن الكثيرات من المريضات لم يطلقهن أزواجهن أحيانا لصلة القرابة الموجودة أصلا بين الزوجين وأحيانا لاعتبارات أخري ولكنه هجرها أو أرسلها لبيت ذويها وتزوج غيرها.

الدعم النفسي والاجتماعي للمصابات بالناصور البولي:

1. الاعتناء بالمرأة التي ستعيش مع الناسور لبقية حياتها.

لأنها يمكن أن تعاني من الخوف، والاكتئاب، الشعور بأنها قد تصاب بالجنون. (إيمان، 2014م)

لاحظت الباحثة: أن هنالك حالات وصلت إلي درجة مستعصية وأحيانا تكون المثانة قد وصلت لمرحلة يستحيل معه الرثق وفي مثل هذه الحالات الطب يقف عاجزا وهذه المريضة بالذات يجب إيلاؤها اهتماما أكبر من الناحية النفسية والمعنوية فهي بحاجة:

1. لدعم نفسي إضافي ودعم عاطفي وتدخل علاجي.
 2. مشاركة الزوج وأفراد الأسرة والاشخاص الذين سوف تتأثر حياتهم بالمعلومات والوعي المتعلقة بالمرض.
 3. كل أفراد الاسرة يجب جعلهم يشعرون بأهمية رعايتهم ودعمهم المادي والمعنوي للمريضة.
 4. فيما يتعلق بالعلاقة الجنسية عندما يكون الشفاء من الناسور لا يمكن حدوثه يتطلب إرشاد أكثر حساسية للمريضة والشريك. (عالية بدري، 2014م)
- وعلي المرشدين النفسيين والاجتماعيين إعطاء مريضات الناسور معلومات ضرورية هم بحاجة إليها منها:
- الدعم العاطفي والمعنوي.**

المرشدين بحاجة لضمان أن مريضة الناسور:

1. يجب أن تشعر بأنها مرحب بها في المركز العلاجي أو المستشفى.
 2. توفير الخصوصية والسرية لها.
 3. الشعور بالراحة مع الموظفين، والعملاء الاخرين في المستشفى.
 4. إشعارها بالراحة عند مناقشة مشاعرها ومخاوفها وتساؤلاتها واحتياجاتها. دعمها معنويا لتثق بنفسها. (مني 2014م).
 5. تبديد مخاوفها.
- مراعاة مشاعرها واحتياجاتها.

6. الدعم الكافي (العاطفي، والجسدي، والمادي).
7. استيعابها أنها ليست الوحيدة ممن يعانون من هذه الحالة.
8. تملكها مهارات التأقلم لا دارة الاكتئاب أو العواقب العاطفية الأخرى الناجمة عن الناسور.
9. فهم مسببات حالتها (لدحض أي خرافات أو إدراكات خاطئة) حتي تتمكن من المشاركة في معالجة حالتها. (إيمان، 2014م)
10. فهم نوع الناسور المصابة به ودرجة ومدى تضررها، ويفضل استخدام الرسم التوضيحي. (هدي أحمد، 2013م)

لاحظت الباحثة: يمكن للباحثين أو الطبيب أو الممرضات شرح الكيفية التي جعلتها تصاب بالناسور وكيف كان بإمكانها أن تتفادي الإصابة بالمرض، ونقل هذه المعلومة لكل النساء في محيطها.

11. تعريفها بمدى علاج الناسور.
12. مصارحتها بالنتائج المحتملة للعلاج.
13. فهم دورها الخاص في إدارة حالتها.

وذلك من خلال التزامها بإرشادات الطبيب قبل وبعد العملية.

14. تملكها لتوجهات واضحة لما قبل وبعد الجراحة (شهلة الطيب، 2014م).

تقول الباحثة: أن من المهم جدا بالنسبة للباحث النفسي في تعامله مع مريضة الناسور أن يتعلم مهارة الاستماع الجيد للمريضة وألا يظهر ضجره من شكواها وآلامها النفسية حتي ولو تكررت ومن المهم جدا الا يشمئز أو يسد أنفه من رائحة البول لأنهن حساسات جدا ويجب علي الباحثين أيضا تنبيه العاملين في عنابر الناسور البولي من عاملات نظافة والممرضات والسسترات وغيرهم ان يراعو

مشاعرهن ويعاملوهن بلطف وان يلبوا طلباتهم في حدود الممكن لان معظمهن إما مطلقات أو مهجورات من قبل أزواجهن وكلهن تقريبا عشن في عزله تامه وذلك لكي يتعافوا ليس فقط جسديا بل نفسيا واجتماعيا ومعنويا.

المبحث الثالث

الدراسات السابقة

اجتهدت الباحثة في البحث عن دراسات ذات صلة وثيقة بموضوع البحث وذلك في كافة مكتبات الجامعات السودانية ومواقع الإنترنت المختلفة فلم تجد إلا عدد قليل من الدراسات والتي هي ذات صلة مباشرة بالموضوع وقد استعرضت الباحثة الدراسات السابقة والتعقيب عليها في هذا المبحث
أولاً: الدراسات التي تناولت موضوع الاكتئاب:

(1) دراسة (مني معاوية 2002م، بعنوان (الاكتئاب لدي مرضي الفشل الكلوي)
. دراسة بمركز الخرطوم لغسيل وزراعة الكلي).

هدفت هذه الدراسة:

1. إلي محاولة التعرف علي درجة انتشار الاكتئاب لدي مرضي الفشل الكلوي.

2. مقارنة الاكتئاب لدى مرضي الفشل الكلوي مع مجموعة ضابطة (أصحاء) لمعرفة الفروق في الاكتئاب لدى المجموعتين ومن ثم معرفة دلالة الزيادة في الاكتئاب الناجمة عن الاصابة بالفشل الكلوي.

3. معرفة العلاقة بين الاكتئاب والخصائص الاجتماعية و الديموغرافية (النوع، العمر الخ) لدى مرضي الفشل الكلوي والتحقق من الاختلاف في درجات الاكتئاب لدى اولئك المرضى.

4. التحقق من الاختلاف في انواع العلاجات المختلفة للفشل الكلوي.

بلغت حجم العينة (180) مناصفة بين مرضي الفشل الكلوي وبين الاصحاء.

أهم ما خلصت إليه نتائج الدراسة:

1. وجود فروق في درجة الاكتئاب بين مرضي الفشل الكلوي والأصحاء.

2. الاكتئاب بين مرضي الفشل الكلوي ينتشر بدرجة خفيفة.

3. توصلت إلي أنه لا توجد فروق في درجات الاكتئاب بين الاناث والذكور المصابين بالفشل الكلوي.

4. لا توجد علاقة بين الإصابة بالاكتئاب والعمر.

5. لا توجد علاقة ارتباطية بين المستوي التعليمي ودرجة الاكتئاب في حين أنه

توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى المصابين بالفشل الكلوي تعزي لنوع

العلاج الذي يتلقاه مرضي الفشل الكلوي

(2) دراسة ريم إبراهيم (2002م):

بعنوان (برنامج علاجي مقترح لعلاج الاكتئاب لدى مرضي الفشل الكلوي
المزمن تحت الغسيل الدموي) .

مركز الخرطوم لغسيل وزراعة الكلي.

دراسة شبه تجريبية.

هدفت الدراسة الي:

1. تصميم وتنفيذ برنامج علاجي نفسي يساعد المريض والمعالج معا لتخفيف

حدة الاكتئاب.

2. رفع الروح المعنوية للمريض الأمر الذي يساعد علي تقبلها للعلاج بصورة

إيجابية أكثر كما يحثه علي المواظبة عليه.

3. تنمية وتدعيم العامل الديني وتقويته من خلال بعض النشاطات الموجودة

بالبرنامج.

4. معرفة مدي فعالية البرنامج في تخفيف حدة الاكتئاب.

5. معرفة العوامل التي تساعد علي إنجاح هذا البرنامج.

6. معرفة العوامل التي أعاققت إنجاح البرنامج.

7. علاقة الوضع الاجتماعي والتعليمي والعمر والحالة الاجتماعية بالاكتئاب

لدى أفراد العينة.

8. بيان لبعض الطرق والاليات التي تساعد في علاج الاكتئاب لدى مرضي

الفشل الكلوي المزمن.

بلغ حجم العينة (65) مريضه.

وتوصلت الدراسة الي نتائج مفادها، إمكانية تطبيق البرنامج المقترح وثبات
فعاليته في تخفيف حدة الاكتئاب العصابي الخالي من الأعراض الذهانيين لدي
مرضي الفشل الكلوي المزمن تحت الغسيل الدموي.
بينما لم تشر النتائج إلي وجود علاقه بين التحسن وانخفاض الاكتئاب وبين النوع
والمستوي الاجتماعي والتعليمي والعمر.وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين
المرضي.

(3) دراسة هدي أحمد شرفي (2014م)

بعنوان: الناسور البولي التجارب والتحديات التي تواجه النساء السودانيات
جامعة الأحفاد. كلية العلوم، رساله غير منشوره

هدفت هذه الدراسة لتقييم تجربة النساء السودانيات وتحدياتهم في التعايش مع تجربة
الناسور البولي قبل وبعد العملية. وأيضا هدفت الي محاولة التعرف علي العوامل
التي تساعد في عملية إعادة الدمج. اعتمدت الباحثة المنهجين الكيفي والكمي
وتكونت عينة الدراسة من (15) امرأة تم اختيارهن بطريقه مقصوده وأجريت لهن
مقابلات بالإضافة الي مجموعتين من أفراد الأسرة والكوادر الطبية كما أخذت ثلاث
نساء لسرد تاريخ حياتهن ووصف تجربتهن مع اللحظات الحرجة قبل وبعد عمليه
الناسور البولي أما الدراسة فقد احتوت علي استبيان مفصل من 150 أمراه مصابه
بالناسور البولي.

استخدمت الباحثة حزمة التحليل الاحصائي (SPSS) إصداره (16)، أداة
لتحليل نتائج العينات.

توصلت الدراسة ألي نتائج مفادها أن النساء السودانيات اللاتي لديهن تجربه
مع الناسور البولي الناتج من عسر الولادة هن في الغالب غير متعلمات فقيرات

ومن اسر ريفيه بعينه كما وجدت ان 85، 1%منهن مختونات ونصفهن تقريبا قد تم ختانهن ختانا فرعونيا مما يسهم في تعسر الولادة وبالتالي حدوث الناسور.

(4) دراسة طارق محمد طيب الاسماء. (2012م)

بعنوان (تصميم برنامج ارشادي، معرفي لتخفيف الضغوط النفسي لدي مريضات الناسور البولي والكشف عن فعاليته، وعلاقة ابعاد الضغوط المختلفة (الذاتية، الاجتماعية، الصحية، الاسرية، الاقتصادية) بالمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المهنة، فترة الاصابة، فترة الاقامة، محل السكن.) تكونت عينة الدراسة من (50) مريضة بالناسور البولي وتم اتباع المنهج التجريبي في وصف البيانات، وأداة الدراسة المستخدمة هي مقياس الضغوط النفسية كما استخدم الباحث لتحليل البيانات، نظام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) وقد استخدمت في الدراسة المعالجات الاحصائية الاتية معامل الفكرونباخ للاتساق الداخلي، اختبار (ت) لعينة واحدة، اختبار (ت) لعينتين قبلي وبعدي ؟ اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، اختبار (ف) لتحليل التباين. معامل ارتباط بيرسون، اختبار كاي تربيع لاختبار أراء اتجاهات المفحوصين حول ابعاد الضغوط النفسية وقد توصلت الدراسة الي النتائج التالية: تتسم مريضات الناسور البولي بدرجة مرتفعة من الضغوط النفسية. ولا توجد علاقه ارتباطيه داله إحصائيا بين متوسط الدرجات للقياس القبلي والقياس البعدي بين المجموعة تعزي لمتغير العمر، لا توجد علاقه ارتباطيه داله.

(5) دراسة د إبراهيم حسن الكردي، أ. سماح مصطفى محجوب (2010م)

بعنوان الاحترق النفس لدي النساء المصابات بمرض الناسور البولي بمركز د. أبو القومي، للناسور والسلس البولي بمستشفى الخرطوم التعليمي.

هدفت هذه الدراسة الحالية الي معرفة ما اذا كانت النساء المصابات بالناصور البولي يعانين من الاحتراق النفسي، ولقد تم استخدام المنهج الوصفي وتكونت العينة من النساء المصابات بالناصور المقيمت بمرکز د. أبو القومي للناصور والسلس البولي، وبلغت العينة (40) مصابه بالناصور البولي. خضعت استمارة مقياس الاحتراق للخطوات السيكو متريه تمهيدا لمرحلة التحليل الاحصائي، والذي قد تم عن طريق استخدام برنامج (SPSS). وكانت من أهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة أن النساء المصابات بالناصور البولي يعانين من الاحتراق النفسي. ولا توجد فروق ذات دلالة احصائية في الاحتراق النفسي لدي النساء المصابات بالناصور البولي تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي لدي المصابات بالناصور البولي تعزي لمتغير العمر لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي لدي النساء المصابات بالناصور تعزي لمتغير مدة الإصابة. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي لدي النساء المصابات بالناصور البولي تعزي لمتغير تكرار العملية.

(6) دراسة محمد نجيب الصبوة واخرون. (2010م)

(استراتيجيات المواجهة والتصدي التي يوظفها مرضي المثانة السرطانية للتخفيف من حدة المشقة الناجمة عن الإصابة بالمرض).

هدفت هذه الدراسة الي فحص استراتيجيات التعايش للتخفيف من حدة المشقة النفسية وذلك من خلال المقارنة بين مجموعتين. الاولي مجموعة من امراض المثانة السرطانية والثانية مجموعه من غير المرضي، وتكونت المجموعة التجريبية من (40) مريضا بأورام المثانة السرطانية، بمتوسط عمر قدره (52)،

5_+6، 3) أما المجموعة الضابطة فشملت (50) من غير المرضى، بمتوسط عمر قدره (8.7+50.3) وللتحقق من صحة فروض الدراسة تم تطبيق بطارية من الاختبارات مكونة من مقياس استراتيجيات التعايش ومقياس المشقة النفسية، واختبار المفردات (من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين. وقد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها:

1. وجود فروق دالة بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى في توظيف استراتيجيات التعايش.

2. وجود تباين في شدة المشقة النفسية بتباين توظيف غير المرضى لاستراتيجيات التعايش، ونوقشت النتائج في ضوء الدلالات النظرية والتطبيقية لنتائج الدراسة. ومدى اتساقها مع دراسات اهتمت بهذه المتغيرات.

(7) دراسة أيوب واخرون (2007م)

بعنوان علاج الناسور النسائي (دراسة أجريت في الوحدة النسائية في باكستان).

هدفت هذه الدراسة إلي إعادة النظر في حالات الناسور النسائي وذلك لتقييم حجم المشكلة ولمشاركة الخبرة مع اخصائيين في هذا المجال، عقدت هذه الدراسة في وحدة الامراض النسائية في باكستان في الفترة من يونيو 1996 الي ديسمبر 2007 م الطرق الاحصائية بواسطة تحليل (spss) المنوال +المدى والانحراف المعياري والنسبة.

النتائج:

خلال فترة الدراسة تم التعامل مع 287 مريضة متوسط أعمار مريضات الناسور البولي كانت (15، 17، 31) سنة مدة الناسور تفاوتت من (يوم واحد إلي خمسة وعشرين سنة).

كانت الولادة المتعثرة أكثر مسببات الناسور بنسبة 88% أكثر أنواع الناسور شيوعاً "الناسور المهلي.

معدل نسبه النجاح 85% ، 91% ، 96% علي التوالي.

يعتبر الناسور مرض نادر في الدول المتقدمة وهي من المشاكل الموجودة والمتكررة في الدول النامية مثل باكستان وغالبا يحدث نتيجة لطول مده الولادة المتعثرة نسبه لضعف الرعاية الطبية وأوصت الدراسة باستغلال مبادئ الجراحة الاساسية.

التعقيب علي الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة يتضح الاتي:

أولاً: اتفقت دراسة كل من مني معاوية وريم إبراهيم مع الدراسة الحالية في شدة انتشار مرض الاكتئاب لدي المصابين بالفشل الكلوي والذي يمثل جزء من المسالك البولية كما أطفقت الدراسات مع الدراسة الحالية في أنه لا توجد فروق في الاكتئاب تعزي للمستوي الاجتماعي والمستوي التعليمي.

ثانياً: الدراسات التي تناولت الناسور البولي:

معظم هذه الدراسات أجريت علي النساء (الناسور النسائي) اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة كل من طارق ودراسة هدي ودراسة خالد وسماح في تناولهم لأمراض نفسيه مصاحبة لمرض الناسور البولي خلصت معظم هذه الدراسات لنتائج مشابهه لنتائج الدراسة الحالية. واختلفت معهم في أن الدراسة الحالية استخدمت

الطريقة الوصفية والدراسات الثلاث سابقة الذكر استخدمت طرق أخرى تجريبية،
كمي وغيرها من الطرق.

ثالثاً: لاحظت الباحثة التفاوت الواضح في حجم العينة.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

1. استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في إثراء الجانب النظري للدراسة
الحالية.

2. استفادت الباحثة من نتائج هذه الدراسات عند مناقشة نتائج بحثها.

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

أ- تناولت الدراسة الحالية مرض الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات
الديموغرافية وتوصلت الدراسة إلى أن الاكتئاب يتسم بالارتفاع وسط المصابات
بالناسور البولي.

ب- تتمثل عينة الدراسة في مجموعة من النساء المصابات بمرض الناسور
البولي ذلك ما يتفق والدراسات السابقة.

ج-توصلت الدراسة الحالية إلى العلاقة التي تربط بين الاكتئاب وعمر المصابات
الزمني. عكس نتائج الدراسات السابقة.

د- كما أن الدراسة الحالية توصلت إلى وجود علاقة بين الاكتئاب ومدة الإصابة
بالناسور البولي. خلاف نتائج الدراسات السابقة.

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة الميدانية

الفصل، الثالث

منهج وإجراء ة الميدانية

تمهيد:

في هذا الفصل تتناول الباحثة بالتفصيل وصفا للمنهج الذي استخدمته في البحث مرورا بمجتمع الدراسة ووصف العينة المختارة من مجتمع الدراسة وأدوات جمع البيانات وكيفية تحديد متغيرات الدراسة وأخيرا الاساليب الاحصائية التي تم اتباعها لتحليل بيانات البحث وذلك للتأكد من صحة الفروض.

وَألاً : منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي كونه انسب المناهج للبحث والذي يقوم بوصف الظاهرة المدروسة كما هي في الواقع دون إحداث أي تغيير فيها ويتضمن جمع البيانات وتبويبها وتحليلها وتفسيرها بالإضافة الي وصف الظواهر الاجتماعية ومناسبتها لموضوع الدراسة.

مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في مريضات الناسور البولي بمركز جراحة الناسور البولي بمدينة الفاشر ويضم هذا المركز الذي أسس في العام 2007م عدد كبير من المريضات أثناء المخيم وتصل احيانا لأكثر من 100 الي 150 مريضة وهي تضم مريضات من كافة انحاء دارفور من حيث العمر تتراوح اعمار أفراد العينة ما بين 14 الي 30 عاما وقد رأت الباحثة بأن هذا العدد يمثل كل مجتمع الدراسة.

من حيث النوع: فجميع افراد العينة من الإناث

من حيث البعد الجغرافي: يضم مجتمع مريضات الناسور الموجودات بالمركز والقادمات من مناطق مختلفة من دارفور والسودان.

البعد الزمني: اجري البحث الميداني الدراسة لعامي 2012م_2013م

مبررات مجتمع الدراسة:

وقع اختيار الباحثة علي مركز دراسة الناسور البولي بمدينة الفاشر لعملها داخل المركز كباحثة نفسية والاعداد الكبيرة للمريضات اللاتي يحضرن للمركز كل عام واللاتي هن في تزايد مستمر ومعاناة هؤلاء المريضات من الاكتئاب والمشاكل النفسية الأخرى هذا مما جعل الباحثة تقدر خطورة هذه المشاكل النفسية والاجتماعية لمريضات الناسور البولي وقد تسهم نتائج هذه الدراسة في تحديد أسباب المشكلة والتي يمكن وضع الخطط والحلول لها.

للقاية من المرض وتوعية المجتمع ومساندة هؤلاء المريضات للتعافي من هذا المرض جسديا ونفسيا واجتماعيا كما ايضا ندرة البحوث التي تناولت مرض الناسور البولي بمتغيراته المتعددة من حيث (العمر، والحالة الاجتماعية، مدة الإصابة، المهنة).

عينة الدراسة:

يقصد بالعينة مجموعة من الافراد مشتقة من المجتمع الاصلي ويفترض فيها انها تمثل المجتمع الاصلي تمثيلا حقيقيا صادقا ويقصد بتمثيل العينة للمجتمع تمثيلا صادقا ان تتمثل في العينة المتغيرات موضوع الدراسة بنفس مستواها التي توجد بها في المجتمع (رجاء ابو علام، 1998: 167).

خطوات اختيار العينة:

اتخذت الباحثة عدة خطوات عند اختيار العينة:

1. تعريف مجتمع الدراسة.
2. تحديد حجم العينة.
3. تحديد المتغيرات الديموغرافية للمجتمع (العمر -النوع-المنطقة السكنية- المراحل التعليمية)

4. اختيار العينة، وأفضل طريقة لاختيار العينة هي الطريقة العشوائية

قامت الباحثة باختيار (50) مريضة من اجمالي المريضات الموجودات وذلك بعد الكشف عليهن وتشخيصهن بالإصابة بمرض الناسور وبعد ذلك قامت الباحثة بإخذ مجموعة من العينة المختارة وإعادة عليهن الاختبار وأدخلتها الحاسب الآلي لمعرفة المهن والحالة الاجتماعية والعمر ومدة الإصابة بينهن وبعد ذلك قامت بإخاطرهن بموضوع الدراسة وطمنتتهن علي سرية المعلومات التي سيدلين بها وانها لغرض الدراسة العلمية فقط وذلك عن طريق المقابلة الشخصية مع الباحثة بالإضافة

لاستعانة الباحثة ببعض العوامل بالمركز لكسر حاجز اللغة لبعض اللاتي لا يجدن اللغة العربية.

جدول (1) يوضح وصف العينة للمعلومات الاساسية للنساء المصابات بالناصور البولي بمركز جراحة الناسور.

جدول (1) جدول المعلومات الأولية

| المتغيرات | مستويات المتغير | التكرار | النسبة المئوية |
|-------------------|-----------------|---------|----------------|
| العمر | 18_14 | 14 | 28.0 |
| | 24_19 | 08 | 16.0 |
| | 29_25 | 15 | 30.0 |
| | 30 فأكثر | 13 | 26.0 |
| الحالة الاجتماعية | متزوجة | 15 | 30.0 |
| | مطلقة | 21 | 42.0 |
| | أرملة | 14 | 28.0 |

| | | | |
|------|----|-----------------|-------------|
| 34.0 | 17 | أقل من عام | مدة الاصابة |
| 30.0 | 15 | 3_1 | |
| 20.0 | 10 | 7_4 | |
| 16.0 | 08 | 7 أعوام فما فوق | |
| 76.0 | 38 | ربة منزل | الوظيفة |
| 24.0 | 12 | عاملة | |

أدوات الدراسة:

- قامت الباحثة باستخدام مقياس بيك للاكتئاب وتتكون أدوات الدراسة من:
- 1) استمارة البيانات: وتحتوي علي المعلومات الاولية وبعض المتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، مدة الاصابة، الوظيفة).
 - 2) مقياس بيك للاكتئاب.

وصف مقياس بيك:

قام بوضع هذا المقياس العالم والطبيب النفسي الامريكي (AarOn beck) الاستاذ بجامعة بنسلفانيا وهومن المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي للاكتئاب وغيره من الامراض النفسية وقام بترجمة هذا المقياس للغة العربية ونشره الدكتور عبد الستار ابراهيم كلية الطب جامعة الملك فيصل ويتكون هذا المقياس من 21 مجموعه من الأسئلة وكل مجموعه تصف أحد الاعراض السريرية للاكتئاب

ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعته وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه وتصف مشاعره بوضع دائرة حول رقم العبارة والمقياس يقيس الاعراض التالية:

الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، الشعور باستحقاق العقاب، كراهية الذات، اتهام الذات، الرغبة في إيذاء الذات، التعرض لنوبات البكاء حدة الطبع، الانسجام الاجتماعي، العجز عن البت في الامور، تصور الجسم، هبوط الهمه في العمل، اضطراب النوم، القابلية للعب، فقدان الشهية، النقص في الوزن، الانشغال علي الصحة، فقدان الاهتمام بالجنس. (خالد بن عوف، 2013م،

طريقة التصحيح:

9_0 لا يوجد اكتئاب

10_15 اكتئاب بسيط.

16_23 اكتئاب متوسط.

24_36 اكتئاب شديد.

37_ فأكثر اكتئاب شديد جدا.

سبب اختيار المقياس:

(1) سهولة ووضوح العبارات.

(2) سهولة تصحيح المقياس.

(3) تمتع المقياس بدرجة كبيرة من الموضوعية في قياس أعراض الاكتئاب

(4) التدرج في قياس حدة الأعراض.

5) كثرة استخدامه في الدراسات العربية والاجنبية.

صدق البناء (الاتساق الداخلي):

لمعرفة الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الاكتئاب فقد قامت الباحثة بتطبيقه علي عينة استطلاعية حجمها (30) مفحوصا تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة من مجتمع الدراسة الحالية ومن ثم قامت الباحثة بعد التصحيح بإدخال البيانات الحاسب الالي، ومن ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل بند مع مجموع بنود المقياس، فأظهرت نتيجة هذا الاجراء:

جدول (2) معامل يوضح معامل ارتباط بيرسون لمعرفة علاقة كل بند مع مجموع

البنود لمقياس الاكتئاب النفسي

| معامل الارتباط | رقم البند | معامل الارتباط | رقم البند | معامل الارتباط | رقم البند | معامل الارتباط | رقم البند |
|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|
| 0.814 | 46 | 0.609 | 31 | 0.593 | 16 | 0، 531 | 1 |
| 0.635 | 47 | 0.723 | 32 | 0.723 | 17 | 0، 656 | 2 |
| 0.313 | 48 | 0.727 | 33 | 0.521 | 18 | 0، 554 | 3 |
| 0.311 | 49 | 0.687 | 34 | 0.556 | 19 | 0، 751 | 4 |
| 0.557 | 50 | 0.487 | 35 | 0.277 | 20 | 0، 665 | 5 |
| 0.458 | 51 | 0.839 | 36 | 0.351 | 21 | 0، 434 | 6 |
| 0.505 | 52 | 0.778 | 37 | 0.383 | 22 | 0، 264 | 8 |
| 0.707 | 53 | 0.710 | 38 | 0.380 | 23 | 0، 629 | 9 |
| 0.410 | 54 | 0.731 | 39 | 0.775 | 24 | 0، 693 | 10 |
| 0.594 | 55 | 0.758 | 40 | 0.656 | 25 | | 11 |
| 0.572 | 56 | 0.684 | 41 | 0.630 | 26 | | 12 |
| 0.812 | 57 | 0.786 | 42 | 0.812 | 27 | | 13 |

| | | | | | | | |
|--|--|-------|----|-------|----|-------|----|
| | | 0.642 | 43 | 0.686 | 28 | 482،0 | 14 |
| | | 0.755 | 44 | 0.578 | 29 | 639،0 | 15 |
| | | 0.607 | 45 | 0.651 | 30 | 573،0 | |
| | | | | | | 652،0 | |
| | | | | | | 725،0 | |
| | | | | | | 720،0 | |

معامل الثبات:

يتضح من جدول (2) أن جميع البنود موجبه وغير صفرية الارتباط مع مجموع بنود المقياس، لذلك تم استخدام كل البنود لإيجاد معاملي الصدق والثبات، فقد بلغ معامل الثبات باستخدام معادلة الفاكرونباخ (0.970) ولإيجاد معامل الصدق الذاتي فقد تم اختيار الجذر التربيعي لمعامل الثبات فقد بلغ (0.9848) وهي معاملات مرتفعة تمكن الباحثة من استخدام هذه المقياس لقياس الصفة المرادة (الاكتئاب) وسط مجتمع الدراسة.

الطرق الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة اختبار (ت) للمجموعة الواحدة اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين، اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، اختبار سبي رمان الرتبي. وقامت الباحثة بإدخال البيانات الحاسب الالي ومن ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل بند مع مجموع بنود المقياس ولإيجاد معامل الصدق الذاتي فقد تم إيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات فقد بلغ (0.9848).

الصعوبات التي واجهت الباحث:

هنالك عدد من الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء الدراسة منها:

- 1) اللغة فالكثيرات من المصابات لا يتحدثن اللغة العربية والبعض منهن يتحدثن بلغة عربية ضعيفة.
- 2) عدم توفر المراجع والمصادر حتي في كتب الطب لا يوجد سوى فقرات بسيطة عبّاره عن تعريف بالمرض.
- 3) عدم فهم المصابات للقراءة والكتابة.
- 4) عدم فهم الأسئلة مما أدي بالباحثة لتكرار السؤال الواحد أكثر من مرة وتبسيط الأسئلة.

الفصل الرابع

عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها

ابع عرض مناقشتها

تمهيد:

يتم في هذا الفصل عرض النتائج التي توصلت لها الدراسة من خلال جمع البيانات المستخدمة، وذلك عن طريق عرض كل فرض والنتائج المتعلقة به، ومن ثم التعليق عليها. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة الحالية:

الفرض الاول:

ينص الفرض الاول علي أنه (هنالك سمة مميزة للاكتئاب لدي المصابات بمرض الناسور البولي). ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة جدول رقم (3) يوضح اختبار (ت) للمجموعة الواحدة لمعرفة السمة العامة المميزة للاكتئاب وسط عينة الدراسة فأظهرت نتيجة التحليل:

| عدد الأسئلة | المتوسط النظري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) | القيمة الاحتمالية | الاستنتاج |
|----------------|-------------------|--------------------|----------------------|-------------|----------------------|-----------|
|----------------|-------------------|--------------------|----------------------|-------------|----------------------|-----------|

| | | | | | | |
|--|-------|------|------|-------|-----|----|
| يتسم الاكتئاب بالارتفاع بدرجة دالة إحصائيا وسط النساء المصابات | 0.001 | 9.69 | 23.5 | 146.3 | 114 | 57 |
|--|-------|------|------|-------|-----|----|

مناقشة الفرض الاول:

ينص الفرض الاول علي أنه (يتسم الاكتئاب وسط المصابات بالناصور البولي بمركز جراحة الناسور البولي مستشفى الفاشر التخصصي. بالارتفاع بدرجة دالة نسبيا) ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) للمجموعة الواحدة لمعرفة السمة العامة المميزة للاكتئاب وسط عينة الدراسة حيث وصلت قيمة المحسوبة (ت) 9.69 وذلك مما يتوافق مع نص الفرض: (يتسم الاكتئاب بالارتفاع بدرجة داله إحصائيا وسط النساء المصابات بالناصور). وبالرجوع للدراسات السابقة فهذه الدراسة تتفق مع ما توصلت اليه دراسة هدي أحمد (2014م) من خلال تجاربهم المؤلمة مع المرض الي أن المصابات بالناصور معظمهن صغيرات في السن ويشيع وسطهن مشاعر الحزن والكآبة والبكاء والتشاؤم وكذلك دراسة طارق محمد (2012م) مما تقاسيه مريضة الناسور من عزله وهجر زوجها لها ونفوره من مظهر زوجته الجديد وعدم قدرته علي التعايش معها بصوره طبيعيه كل ذلك مما يزيد من اصابتها بالإكتئاب. وتفسر الباحثة ذلك لما تختبره مريضة الناسور من خبرات مؤلمة تصاحبها مدي الحياة خاصة ولا ننسي التكوين العاطفي للمرأة وخبرات التعلق والفقد فقدان الأمل في المستقبل، وفقدان الصحة، وفقدان الشريك في أغلب الأحيان، والعمل إن كانت تعمل، فقدان الثقة بالنفس، أيضا كثيرات منهن

يفقدن أولادهن أثناء الولادة بعد أن تكون قد تعلقت بالمولود الذي بداخلها وارتبطت به وقد بنت عليه الكثير من الآمال فإذا بالمولود يموت أثناء الولادة ومن ثم تجد نفسها لا تستطيع التحكم بالبول وبأن رائحتها أصبحت كريهة علماً بأن المرأة في أي مجتمع كانت ريف أو حضر تهتم بمظهرها وبرائحة جسدها وتتفق في سبيل ذلك الغالي والنفيس فيصعب عليها أن تتعامل مع هذه الرائحة الكريهة التي تلازمها علي الدوام ومهما تعطرت بأي عطر مهما كانت قوته فإن رائحة البول تطغي عليه كذلك زوجها الرجل الذي تعهد أمام الله وامام أبيها وأهلها بصيانتها والقيام بشؤونها ورعايتها واستحل معاشرتها بشرع الله فإنه يتخلي عنها لمرض يتحمل هو فيه الجزء الأكبر من المسؤولية.

الفرض الثاني:

والذي ينص علي أنه (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإكتئاب لدي مريضات الناسور البولي تعزي لمتغير الحالة الاجتماعي). (ربة منزل، عاملة) .
جدول (4) اختبار (ت) لمعرفة الفروق في الاكتئاب بين النساء المصابات بالناسور تبعاً للحالة المهنية.

| الإستنتاج | القيمة الاحتمالية | قيمة (ت) | الانحراف المعياري | المتوسط | العدد | الحالة المهنية |
|---|-------------------|----------|-------------------|---------|-------|----------------|
| لا توجد فروق داله إحصائيا بين المجموعتين في | 0.088 | 0.74 | 19.6 | 149.5 | 38 | ربة منزل |
| | | | 32.01 | 136.1 | | |

| | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|---|--------|
| الاكتئاب | | | | | 2 | عامل 1 |
|----------|--|--|--|--|---|--------|

مناقشة الفرض الثاني:

والذي ينص علي أنه (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدي مريضات الناسور البولي تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية) استخدمت الباحثة اختبار (ت) لمجموعتين وقد جاءت نتيجة الفرض عكس ما ذهبت اليه الباحثة من إدعاء وذلك يتفق مع دراسة (خالد الكردي، وسماح (2010م) علي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدي النساء المصابات بالناسور تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية وكذلك دراسة مني معاوية(2010م) والتي أشارت لانتشار الاكتئاب وسط مرضي الفشل الكلوي. وتفسر الباحثة ذلك إلي أنه حينما تصاب المرأة العاملة بالناسور فإنها لا تستطيع أن تواصل عملها في معظم الحالات بسبب الوصمة الاجتماعية التي توصل بها مريضة الناسور البولي كما أن بعض الاعمال لا تتوافق وطبيعة مرض الناسور والتي تضطر الي تغيير الحفاظ الواقية طوال الوقت مما يقلل من انتاجها . كذلك ربة المنزل والمجهود الذي تبذله كمديره للمنزل فهي لا تستطيع الجلوس لفترة طويلة ولا البقاء طويلا أمام النار كما أنها ربما لو طبخت فلا أحد سيأكل من طعامها وربما يشمئزون منها بسبب مرضها ويقل مجهودها تماما في

البيت فتصبح عالة علي أسرتها بعد أن كانت معيله لذا تتساوي درجات الإصابة بالاكئاب لدي المصابات بالناصور البولي عاملة كانت أوربة منزل.

الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض علي أنه (توجد فروق داله في الاكئاب لدي النساء المصابات بالناصور البولي تبعا للحالة الاجتماعية(متزوجة، مطلقة، أرملة) ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي(ANOVA) فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي:

جدول (5) تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في الاكئاب وسط النساء المصابات بالناصور البولي تبعا للحاله الاجتماعية (متزوجة، مطلقة، ارملة):

| الاستنتاج | القيمة الاحتمالية | قيمة (ف) | متوسط الربعات | درجات الحرية | مجموع المربعات | مصدر التباين |
|--|-------------------|----------|---------------|--------------|----------------|----------------|
| لا توجد فروق دالة في الاكئاب داخل المجتمع تبعا للحالة الاجتماعية | 0.867 | 0.144 | 82.66 | 2 | 165.33 | بين المجموعات |
| | | | 575.17 | | 27033.1 | داخل المجموعات |
| | | | | | | الكلي |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|----|---------|--|
| | | | | 49 | 27198.5 | |
|--|--|--|--|----|---------|--|

مناقشة الفرض الثالث:

والذي ينص علي أنه (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدي المصابات بمرض الناسور البولي تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوجه، مطلقه أرمله) وقد جاءت نتيجة الفرض علي عكس ما افترضته الباحثة وكذلك دراسة الطيب عبد الخالق (2006م) حيث انه ذهب إلى الآثار الاجتماعية للناسور التي تتسبب في حدوث الطلاق والإهمال من قبل الاسرة والأصدقاء بالإضافة للآثار البدنية الوخيمة. وتفسر الباحثة ذلك لأن المجتمع لا يفرق في نظرتة لمريضة الناسور متزوجه كانت أو مطلقه أو أرمله فهي في كل الحالات تعزل وأول من يعزلها زوجها بتطليقها وارسالها لبيت أهلها هذه المطلقة أما المتزوجة فإن زوجها في معظم الأحيان لا يقربها إن لم يطلقها فهولا يسأل عنها ويتركها مهمله ويتزوج غيرها وفي حالات كثيره لا يرافقها في رحلة البحث عن علاج ولا دفع تكاليف العلاج أما الأرملة فإن المجتمع الذي لايزال يعتبر الأرملة نحس وبالذات مجتمع الريف فهي قلما تجد من يحضرها لتلقي العلاج وبالأخص إذا كان أبنائها صغار

السن. وتقول الباحثة بأن كثيرات من الأرامل حضرن المركز لوحدهن من غير مرافق. لذلك تساوت درجة إصابتهن بالاكنتاب علي الرغم من اختلاف الوضع الاجتماعي بينهن.

الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض علي أنه (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكنتاب لدي المصابات بالناسور البولي وعمرهن الزمني) ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار سبيرمان الرتبي، فأظهرت نتيجة هذا الاجراء الجدول التالي:
جدول (6) اختبار سبيرمان لمعرفة العلاقة بين العمر والاكنتاب وسط المصابات بالناسور البولي بمستشفى الفاشر (ن=50):

| المتغير | معامل الارتباط بالاكنتاب | القيمة الاحتمالية | الاستنتاج |
|---------|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| العمر | 0.339 | 0.008 | توجد علاقة عكسية دالة بين المتغيرين. |

مناقشة الفرض الرابع:

وجاءت نتيجة التحليل موافقه لما ذهبت اليه الباحثة أنه: (توجد فروق دالة إحصائية في الاكنتاب لدي المصابات بالناسور البولي وعمرهن الزمني) وقد اختلفت هذه الدراسة مع دراسة مني معاوية(2002م) والتي قالت بعدم وجود علاقه بين الاصابة بالاكنتاب والعمر، كذلك دراسة خالد الكردي وسماح (2010م) والتي توصلت لعدم وجود علاقة بين الاصابة بالاكنتاب والعمر. وتفسر الباحثة ذلك بأنه

من الملاحظ بأن معظم المصابات بالناصور البولي هن صغيرات في السن وخبرتهن في الحياة قليلة وهن اكثر ميلا للاستمتاع بمباهج الحياة الذي سيعشنه وهن الأكثر تطلعا للمستقبل لذلك حينما يصيبهن مرض الناسور هذا الكابوس المرعب نجد بأن كل أمالهن وأحلامهن وكل ما يتطلعن إليه من مستقبل قد إنهار لذلك هن اكثر عرضة للاكتئاب من اللاتي أصابهن المرض في عمر أكبر لأن كبيرات السن يكن قد خبرن الحياة ومعظمن لديهن أبناء فذلك بمثابة عزاء لهن فدرجة الاكتئاب يقل لديهن من صغيرات السن وتقول الباحثة أنه ومن خلال عملها فهي تجد بأن صغيرات السن يقل لديهن الصبر فهم في حالة سؤال دائم عن العملية ومدى نجاحها وهل سترجع بعد العملية كما كانت من قبل وهل ستلد أم لا وعندما تفشل عملية إحداهن يدخلن في حالة عصبية من الهياج والبكاء ويزداد اكتئابهن أكثر وقد يرفضن الذهاب لمناطقهن الا بعد التعافي من المرض عكس كبيرات العمر واللاتي يكن أكثر صبرا وتماسكا وإيماننا وبأنه قضاء قدره الله لهن.

الفرض الخامس:

ينص هذا الفرض علي أنه(توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدي المصابات بالناصور البولي ومدة الاصابة بالناصور) ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار سبيرمان: الرتبى، فأظهرت نتيجة هذا الاجراء الجدول التالي:

جدول (7) اختبار سبيرمان لمعرفة العلاقة بين مدة الاصابة والاكتئاب وسط المصابات بالناصور البولي بمستشفى الفاشر التخصصي (ن=50)

| المتغير | معامل الارتباط بالاكتئاب | القيمة الاحتمالية | الاستنتاج |
|----------------|-----------------------------|----------------------|--|
| مدة الاصابة | -0.259 | 0.035 | توجد علاقة عكسية دالة بين المتغيرين |

مناقشة الفرض:

وجاءت نتيجة الفرض مع ما افترضته الباحثة علي أنه توجد علاقة داله إحصائيا بين الاكتئاب ومدة الاصابة وقد اختلفت معها دراسة كل من خالد الكردي وسماح (2010م) من أنه لا توجد علاقة بين الاكتئاب ومدة الإصابة ودراسة طارق محمد (2012م) أيضاً ذهبت لعدم وجود علاقة بين الاكتئاب ومدة الإصابة. وتفسر الباحثة بأن مدة الإصابة بالمرض تؤثر في الإصابة بالاكتئاب لأن التي مر عليها شهر يكون اكتئابها أكثر حدة من التي مر عليها عام والتي مر عليها عام يكون اكتئابها أكثر من التي مر عليها سنتين وثلاثة او أكثر ونجد أنه كلما زادت مدة الاصابة بالناصور كلما أصبحت المصابة أكثر تقبلا للتعايش مع المرض وخفت درجة الاكتئاب وكلما قلت المدة كلما تزايدت أعراض الاكتئاب وازدادت حدته.

الفصل الخامس الخاتمة والتوصيات والمقترحات

الخاتمة

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مرض الاكتئاب وعلاقته بالعوامل الديموغرافية لدى المصابات بمرض الناسور البولي وأجريت هذه الدراسة في

مستشفى الفاشر التخصصي (مركز جراحة الناسور البولي) بمدينة الفاشر ولقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي وبعد إجراء الدراسة وتحليل البيانات توصلت الدراسة إلي النتائج التالية:

(1) يتسم الاكتئاب بالارتفاع بدرجة دالة إحصائيا وسط النساء المصابات بالناسور البولي.

(2) لا توجد فروق دالة إحصائيا في الاكتئاب وسط النساء المصابات بالناسور البولي تبعا للحالة الاجتماعية (رية منزل، عاملة).

(3) لا توجد فروق دالة إحصائيا في الاكتئاب وسط النساء المصابات بالناسور البولي للحالة الاجتماعية (متزوجة، مطلقه، أرملة).

(4) توجد فروق دالة إحصائيا بين الاكتئاب وسط النساء المصابات بالناسور البولي وعمرهن الزمني.

توجد علاقة دالة إحصائيا بين الاكتئاب وسط المصابات بالناسور البولي ومدة الإصابة بالناسور البولي.

التوصيات:

علي ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج توصي الباحثة بالاتي:

(1) القيام بإنشاء مراكز للإرشاد النفسي والاجتماعي بكل المستشفيات والمراكز الصحية.

- (2) علي المسؤولين عن الباحثين النفسيين والاجتماعيين بتوزيعهم في مراكز ومستشفيات خارج المدن وذلك لما للإرشاد النفسي من أهمية.
- (3) تدريب قابلات قانونيات من كل المناطق البعيدة عن المدن ومناطق العلاج وتوظيفهم برواتب ثابتة وإرجاعهم للعمل بمناطقهم.
- (4) قيام قوافل توعوية من قبل المرشدين النفسيين والاجتماعيين لبث الوعي ووقف الممارسات التي تضر بالمرأة والمجتمع.
- (5) تدريب الباحثين النفسيين والاجتماعيين بطرق الارشاد الفردي والجماعي لمريضات الناسور البولي.

المقترحات:

تقدم الباحثة حزمة من المقترحات يمكن أن تكون عناوين لدراسات مستقبلية حتي تتضح الرؤية أمام المهتمين وتمكنهم من إيجاد الحلول لعلاج هذه الظاهرة.

المقترحات هي:

- 1) تصميم برنامج إرشادي نفسي للعلاج الجماعي لمريضات الناسور البولي.
- 2) علي الباحثين إدخال المزيد من المتغيرات الديموغرافية في الدراسات المستقبلية.
- 3) دعم الزوج العاطفي والمعنوي وأثره علي التوافق النفسي والاجتماعي لمريضات الناسور البولي.
- 4) القلق لدي المصابات بمرض الناسور البولي.
- 5) الدعم النفسي الاجتماعي وأثره علي إعادة الدمج الاجتماعي لمريضات الناسور البولي.
- 6) تشجيع تعليم البنات لما له من أثر في ترقية كل المجتمع.

المصادر والمراجع

وَأولاً : المصادر

1- القرآن الكريم.

ثانياً : المراجع

- 1) احمد محمد الحسن (2004م)، مقدمة في علم النفس، الخرطوم، منشورات جامعة السودان المفتوحة.
- 2) الشرييني لطفي، (2004م)، الاكتئاب العرضي والعلاج، الاسكندرية، منشأة المعارف.
- 3) تريفير باول (2008م)، الصحة النفسية، دار الفاروق للنشر والتوزيع، ط 2.
- 4) زيزي احمد ابراهيم، (2006م)، العلاج المعرفي للاكتئاب، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 5) رجاء ابو علام، (2006م)، مناهج البحث، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
- 6) عبد الغفار محمد احمد، د. لايف مانقار، ترجمة محمد علي جادين، (2006)، دارفور اقليم العذاب، منشورات جامعة بيرجن، هولندا.

ثالثاً: الرسائل والبحوث

- 1) آدم بشير كجور، (2003) ، القلق والاكتئاب النفسي لدى مرضى الايدز وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ام در مان الاسلامية، الخرطوم.
- 2) حليلة ابراهيم احمد محمد، (2008م)، الصراعات الاسرية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المراهق الكويتي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان لعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم.
- 3) خالد ابراهيم حسن كردي، سماح مصطفى محبوب مصطفى، (2010)، الاحتراق النفسي لدى النساء المصابات بالناصور البولي، جامعة النيلين، دراسة في مجلة الدراسات النفسية، العدد 8.

4) زهر الدين الامين حامد الامين، (2009م) ، أثر العلاج النفسي المزدوج

الجماعي الدوائي في معالجة اعراض الاكتئاب لدى معتادي الحشيش بولاية

الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة ام درمان الاسلامية، الخرطوم.

5) سعاد النور عبد الله، (2007م)، الضبط الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي

وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ام

درمان الاسلامية، الخرطوم.

6) طارق محمد طيب الاسماء، (2012م) ، تصميم وتطبيق برنامج ارشادي نفسي

معرفي لتحقيق الضغوط النفسية لدى مريضات الناسور البولي، رسالة ماجستير

غير منشورة، جامعة الخرطوم، الخرطوم.

7) عبد الرازق عبد الله البوني، (2005م) ، قلق. والاكتئاب العصابي

وعلاقتها بأساليب الاستذكار لدى طلاب بعض الجامعات السودانية، رسالة

دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم.

8) محمد احمد خير السيد، (2007م) ، التفوق والتأخر الدراسي وعلاقتها بالقلق

والاكتئاب وتقدير الذات لدى طلاب جامعة القصارف، رسالة دكتوراه منشورة،

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم.

9) هدى احمد الطيب شرفي، (2014م) ، الناسور البولي التجارب والتحديات التي

تواجه النساء السودانيات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الاحفاد، الخرطوم.

رابعاً: المجالات والدوريات

1) الطيب عبد الخالق، (اكتوبر 2006م)، الناسور البولي، مجلة صحتك، العدد

السادس.

- (2) الوثائق بالله علي الحمدابي، (اغسطس 2009م) ، الفجوة النوعية والكمية في الصحة، اقليم دارفور، صحيفة سودان جم.
- (3) هارون صلاح، (ابريل 2004م)، الاكتئاب عند النساء لماذا؟، اخبار اليوم صحيفة يومية، 3405.
- (4) ورشة تدريب الدعم النفسي الاجتماعي للناجيات من الناسور البولي (2013م) ، جامعة الاحفاد.
- (5) ورشة إعادة الدمج الاجتماعي للناجيات من مرض الناسور البولي (2014م)، جامعة الاحفاد.
- (6) مطبق عن ختان الاناث، (2014م)، جامعة الاحفاد.
- (7) مطبق عن زواج الاطفال، (2014م)، جامعة الاحفاد.

المراجع باللغة الانجليزية:

- 1) Amircan psychological AssociationCAP (2010) publication manual of the American Psychological Association. (6thed) washigton ·Dc: American psychological Assocation .
- 2) ALAHdath/19385(2012) <http://www.sudaress.com> .
- 3) Alrakoba. netinews. astions sho-id – 1020710htm<http://www.broon>
- 4) yah. net/vbt.34505.htm .
- 5) Diseases/eligestive. sytemm. Diseases – htm. <http://www.al3laj.com> .
- 6) Mohammed ،ptalBmepregnancy and child birth (2011 . (
- 7) <http://www.biomedcentral.com/11471.2393/11/102> .
- 8) Julia corn ،md(2003jun) medsape Gennerral medicin 5 (3) haitimedical.com erated this page ino.17 sec.
- 9) World ealth arganization – the LCD -101992 classifiction for mental and behavioral elisorelees clinical duscption and diagnostic – Genava .

- 10) The World Health Organization. 2011 available from: <http://www.everywomeneverchild.org/images/content/files/accountability/commission/final/report2012> .
- 11) [Http://www.alkabli.net/fgm/fgm_unfpa/fpa.htm](http://www.alkabli.net/fgm/fgm_unfpa/fpa.htm).(2010)
- 12) [Diseas/fistula/fistula.htm104032#.v1j5pasgbm](http://www.123esaaf.com/Diseas/fistula/fistula.htm104032#.v1j5pasgbm).<http://www.123esaaf.com>.
- 13) <http://drbdran.com/ar?98>.
- 14) <http://www.digitalaharm.org/egarticals.aspx?serial,32108ei16939>(2010)
- 15) [medical.guide/ferility/105205/212x01ferility-urinary.tracts/symptoms.htm](http://www.medicalguide.com/ferility/105205/212x01ferility-urinarytracts/symptoms.htm)(2010) <http://www.wixosob.com>.
- 16) <http://www.helalia.com/ub/showthreat.php?t-14672>(2011) .
- 17) http://www.narjesmag.com/news.php?action=view_log7.
- 18) [http://sudan today online.com/news.php?action=showed-2412](http://sudan.todayonline.com/news.php?action=showed-2412).
- 19) <http://www.starttims.com.aspx?mode=f8&member=1832583>(2008) .
- 20) Hilton, Visico. Vaginal fistula: new perspective current opinion in obstetric and gynecology(2001) :13(5) .513.
- 21) <http://www.who.int/media-center>.
- 22) Practical Academic/Center for Complementary Alternative Medicine/<http://paccam.com>.
- 23) [filesaccountability/commission/final/report2012](http://www.filesaccountability.com/commission/final/report2012) .
- 24) [filesaccountability/commission/final/report2012](http://www.filesaccountability.com/commission/final/report2012) .

الملاحق

(

قائمة بأسماء المختصين الذين قاموا بـ الدراسة:

(1) بروفيسور _ إسماعيل حسين هاشم _ أستاذ علم النفس _ عميد كلية الدراسات العليا _ جامعة الفاشر.

(2) بروفيسور _ عبد الباقي دفع الله أحمد _ أستاذ علم النفس _ نائب أمين الشؤون العلمية _ جامعة الخرطوم.

3) دكتور عثمان علي أحمد-أستاذ علم النفس _ عميد كلية التنمية البشرية _
جامعة الفاشر.

4) أستاذ خالد حسن جاد الله _ أستاذ علم النفس _ مدير قسم علم النفس _
جامعة الفاشر.

أختي الكريمة:

بين يديك استبيان لقياس الاصابة بمرض الاكتئاب للمريضات المصابات
بمرض الناسور البولي فالرجاء التكرم بمنحي المعلومات الصحيحة، وأطمأنك على
أن هذه المعلومات سرية وهي لأغراض البحث العلمي فقط.

المعلومات الأولية:

الرجاء اتباع الإرشادات الخاصة بملء الاستمارة التي بين يديك بوضع علامة (√) امام الخيار المناسب لك.

- 1/ العمر من: أ- (14 - 18) سنة () ب- (19 - 24) ()
ج- (25 - 29) سنة () د- (30) سنة ()
- 2/ السكن: أ- شمال دارفور () ب- جنوب دارفور ()
- 3/ الحالة الاجتماعية: أ- متزوجة () ب- منفصلة ()
ج- مطلقة () د- ارملة ()
- 4/ مدة الاصابة: أ- اقل من عام () ب- من (1 - 3) اعوام ()
ج- من (4-7) اعوام () د- من 7 فما فوق ()
- 5/ المهنة: أ- بدون عمل () ب- اعمال حرة ()
ج- موظفة () د- وظيفة اخري ()
- 6/ المستوى التعليمي: أ- امي () ب- خلوة ()
ج- ابتدائي () د- ثانوي ()
- 7/ الفارق العمري بين الزوجين: أ- (1-5) سنة ()
ب- (6 - 10) سنوات () ج- (11 - 15) سنة ()
د- (16 - 20) سنة ()
- 8/ فترة الاقامة بالمستشفى: أ ()
- 9/ مكان حدوث الولادة: أ- المستشفى () ب- البيت () ج- الطريق ()
- 10/ المدة التي استغرقتها الولادة بالساعات: ()
- 11/ المشرف على الولادة: أ- كادر طبي () ب- قابلة قانونية ()
ج- قابلة تقليدية (داية جبل) ()

12/ الختان: أ- مختونة ب- غير مختونة ()

13/ هل سمعت بمرض الناسور؟ نعم () لا ()

| م | السؤال | دائماً | احياناً | لا يحدث |
|----|---|--------|---------|---------|
| 1 | اشعر بالحزن | | | |
| 2 | احس بأني كئيبة | | | |
| 3 | يلازمني الانقباض طوال الوقت واعجز عن الفكاك منه | | | |
| 4 | احس بأني شخص تعيس | | | |
| 5 | اشعر بالقلق والتشاؤم حيال مستقبلي | | | |
| 6 | لا امل لي في مستقبل مشرق | | | |
| 7 | استطيع التخلص من متاعبي | | | |
| 8 | اشعر باليأس الشديد حينما افكر بالمستقبل | | | |
| 9 | اشعر بانى انسان فاشل | | | |
| 10 | دائماً افشل عند قيامي باي عمل | | | |
| 11 | اشعر بأنني فاشلة كزوجة | | | |
| 12 | اشعر بالسخط على الحياة التي اعيشها | | | |
| 13 | ينتابني الملل كل الوقت | | | |
| 14 | حياتي ليست فيها متعة | | | |
| 15 | استمتع بالأشياء اقل من ذي قبل | | | |
| 16 | ينتابني الملل في كل شيء | | | |
| 17 | أحس بالندم الشديد | | | |
| 18 | اشعر بأن هناك عقاب سيحل بي | | | |
| 19 | شعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث لي | | | |
| 20 | اشعر بأن ما حدث لي عقاب رباني | | | |
| 21 | استحق ما حصل لي | | | |
| 22 | أشعر بالرغبة في أن أعاقب | | | |

| م | السؤال | دائماً | احياناً | لا يحدث |
|----|--|--------|---------|---------|
| 23 | اتضايق من نفسي | | | |
| 24 | اشمئز من نفسي | | | |
| 25 | اكره نفسي | | | |
| 26 | اشعر بأنني اسوأ من أي شخص | | | |
| 27 | دائماً ما اشعر بأنني ضعيف وارتكب كثير من الاخطاء | | | |
| 28 | الوم نفسي كثيراً | | | |
| 29 | انا سبب كل ما يحدث لي | | | |
| 30 | تراودني افكار بالتخلص من حياتي ولكني لا انفذها | | | |
| 31 | اتمنى الموت على الحياة التي اعيشها | | | |
| 32 | افضل لعائلتي أن اموت | | | |
| 33 | ابكي كثيراً مما هو معتاد | | | |
| 34 | انزعج هذه الايام بسرعة | | | |
| 35 | لم اعد اهتم بالأخرين كما في السابق | | | |
| 36 | أؤجل اتخاذ القرارات اكثر من ذي قبل | | | |
| 37 | اعجز تماماً عن اتخاذ أي قرار | | | |
| 38 | اشعر بالقلق بانني ابدو اقل جاذبية | | | |
| 39 | لا اعمل بنفس الكفاءة كما كنت من ذي قبل | | | |
| 40 | احتاج الي مجهود خالص لكي ابدأ شيئاً | | | |
| 41 | ادفع نفسي بقوة لكي اعمل أي شئ | | | |
| 42 | اعجز عن اداء أي عمل | | | |
| 43 | لا اناام جيداً كما تعودت | | | |
| 44 | استيقظ مرهقاً في الصباح اكثر من قبل | | | |

| م | السؤال | دائماً | احياناً | لا يحدث |
|----|---------------------------------------|--------|---------|---------|
| 45 | استيقظ من 2 ال 3 صباحا مبكرا عمل | | | |
| 46 | اشعر بالتعب حتى ولوم افعل شيئاً | | | |
| 47 | احساسى بالتعب ملازم لي دائماً | | | |
| 48 | شهيتي اسوأ من السابق | | | |
| 49 | وزني ثابت لم يتغير | | | |
| 50 | اشعر بأن وزني يتناقص كل يوم | | | |
| 51 | اشعر بالهزال اكثر من السابق | | | |
| 52 | اصبحت مشغولاً على صحتي اكثر من السابق | | | |
| 53 | اشعر بأنني دون الناس جميعاً | | | |
| 54 | اشعر بالخجل من نفسي | | | |
| 55 | انني عار على اسرتي | | | |
| 56 | الجميع ينظر الي بإشمئزاز | | | |
| 57 | هناك تغيرات حديثة في رغبتى الجنسية | | | |
| 58 | أصبحت أتل اهتماماً بالجنس من ذي قبل | | | |
| 59 | قلت تماماً رغبتى الجنسية | | | |