



فعالية برنامج علاج سلوكي معرفي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل

ومركز قطر الخيري بمحلية بحري

عبد الرازق عبد الله البوني

فائزة سرالختم علي نقد

المستخلص

هدف البحث إلى التعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي، بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري و الفروق في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير (النوع، العمر، الحالة الإجتماعية) و استخدم الباحثان في دراستها الحالية المنهج التجريبي ذو التصميم شبه التجريبي الذي يقوم على المجموعة الواحدة ذات القياس القبلي والبعدي، وتمثل مجتمع البحث في مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر لغسيل الكلوي، بلغ حجم عينة البحث (187) فرد بواقع (121) فرد من مستشفى الأمل و(66) فرد من مركز قطر لغسيل الكلوي، طبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب المختصر الذي يتكون من (20) عبارة والبرنامج العلاجي من أعداد الباحثان وتمت معالجة البيانات إحصائياً من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (*Statistical Package for Social Sciences-SPSS*) و النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي : أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي يتسم بالفعالية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى)

لصالح النوع (ذكر) وفي الحالة الإجتماعية لصالح الحالة الإجتماعية (متزوج)، عدم وجود فروق

ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر وفي ضوء نتائج البحث الحالي، تم التوصل إلى عدد من الإستنتاجات والتوصيات والمقترحات أهمها: على وزارة الصحة والمستشفيات التي تقدم خدمة الغسيل الكلوي تقديم برامج وفعاليات في الإرشاد النفسي لمرضى الفشل الكلوي للتخفيف من حدة التوتر والقلق والإكتئاب النفسي الذي ينتاب المرضى .

الكلمات المفتاحية : العلاج بالنفسي ، التفكير العقلاني ، السلوك

ABSTRACT

The aim of the research is to identify the effectiveness of the cognitive behavioral therapy program in reducing psychological depression among patients with renal failure, at Al-Amal Hospital and Qatar Charity Center in Bahri locality, and the differences in the level of psychological depression among patients with renal failure after applying the program according to the variable (gender, age, marital status) In its current study, the researchers used the experimental approach with a quasi-experimental design, which is based on a single group with a pre and post measurement, and the research community was represented in patients with renal failure at Al Amal Hospital and Qatar Dialysis Center. The size of the research sample was (187) individuals by (121) individuals from Al-Amal Hospital and (66) individuals from Qatar Dialysis Center. They were applied to the Beck Brief Depression Scale, which consists of (20) phrases and the treatment program from the researchers' numbers. The data was processed statistically through the SPSS-Statistical Package for Social Sciences And the results of the study are: that the cognitive behavioral therapy program in reducing the level of psychological depression in patients with renal failure is effective, and there are statistically significant differences in the level of depression. Psychological father among patients with renal failure after applying the program according to the variable of gender (male, female)

in favor of gender (male) and marital status in favor of marital status (married), there are no statistically significant differences in the level of psychological depression among patients with renal failure after applying the program according to Regarding the age variable, and in light of the results of the current research, a number of conclusions, recommendations and proposals were reached, the most important of which are: The Ministry of Health and hospitals that provide dialysis service should provide programs and activities in psychological counseling for patients with renal failure to alleviate stress, anxiety and psychological depression that plague patients.

Keywords: psychotherapy, rational thinking , behavior

المقدمة:

أن العلاج النفسي السلوكي يقوم على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تفترض أن الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والانفعالات السالبة ليست نتاجاً لقوى خفية تكمن في اللاشعور، ولكنها تنتج عن عمليات شعورية من قبيل: التعلم الخاطيء، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أن التفكير قد يكون وأهماً لأنه قد يكون مستمداً من مقدمات خاطئة ومفاهيم مغلوطة، والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه قد يكون مبنياً على أفكار لا عقلانية، ولما كانت كثير من المشكلات النفسية يمكن حلها عن طريق: شحذ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلم اتجاهات أكثر تكيفاً، وحيث أن الاستبصار واختبار الواقع والتعلم جميعها عمليات معرفية بالدرجة الأولى (Beck Freeman,2001).

أن الاضطراب النفسي من وجهة نظر المعالجين النفسيين هو في الأساس اضطراب التفكير، إذ يقوم الفرد بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية، فتؤثر في عمليات التفكير نظرة الفرد نحو العالم، وينتج عنها انفعالات ومشكلات سلوكية، ومن ثم يحاول المعالج أن يقوم بتعديل سلوك المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير لديه، وذلك بمساعدته على تعيين مفاهيمه الخاطئة وتوقعاته غير الواقعية، واختبار مدى صدقها ومعقوليتها (عراقي، 1991م).

يعتبر اضطراب الإكتئاب احد الاضطرابات النفسية الخطيرة ، حيث يعاني الفرد من مشاعر الحزن وفقدان الطاقة والشعور بالتعب والارهاق وعدم الاهتمام او الاستمتاع بالانشطة الحياتية المختلفة، وزملة اخري من الأعراض الإكتئابية التي تظهر في افكاره وانفعالاته وسلوكه (اسماعيل، 2004م) .

ويضيف الباحثان أن مريض الفشل الكلوي قد يصاب بصدمة عنيفة منذ معرفته بمرضه، ويتمكله الإحساس بالعجز والذعر، والفرع، والإنكار اللاشعوري كآلية من آليات الدفاع النفسي، مما ينعكس على مصير حياته فيقع فريسة لإضطرابات التأقلم مع وجود الإكتئاب الذي يسيطر على عقله وتفكيره معظم الوقت فيحاصر بالأفكار الآلية السالبة التي تعكر صفو حياته.

وبالرغم من ذلك في حدود علم الباحثين لا توجد دراسات سابقة استخدمت العلاج السلوكي المعرفي في البيئة السودانية لمرضى الفشل الكلوي الزمن بمستشفى احمد قاسم، مما دفع الباحثان لتصميم برنامج للعلاج السلوكي المعرفي لمعرفة أثره في تحسين درجات الإكتئاب لدى هذه الفئة، والاستراتيجيات والتقنيات المستخدمة في هذا البرنامج هي عبارة عن جلسات من العلاج السلوكي المعرفي، وواجبات منزلية تكسب المريض مهارات تساعده في تفعيل إمكانياته

وقدراته النفسية وبالتالي الجسدية لحل مشكلاته، وفي تغيير وتعديل أفكاره السالبة، مما يساعده على التعايش والتأقلم مع هذا الواقع الجديد وتحسين درجات الإكتئاب المصاحب، كي يتمتع

بحياة خالية من الضغوط النفسية ينعم فيها بالإستقرار والتوافق النفسي.

مشكلة البحث:

أن الإكتئاب وسط المصابين بالفشل الكلوي المزمن ينتشر بدرجات متفاوتة، وذلك من خلال ملاحظة الباحثان أثناء عملها وخبرتها الميدانية الممتدة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي لمرضى الفشل الكلوي، وهذا مما دفع الباحثان للبحث في هذا المجال.

إن مرض الفشل الكلوي له ردود فعل نفسية وإضطرابات نفسية وعقلية عديدة، حيث تؤدي هذه ردود الفعل تلك إلى إضعاف القدرة على التحكم في المرض، وتشويه البنية المعرفية للمريض، وقد يتفاقم تأثيرها إذا لم يتم تعليم المريض تقنيات وإستراتيجيات معينة لمواجهةها وتعديلها، خاصة إن معالجة هذه الإضطرابات بالأساليب الكيميائية بمفردها، قد لا يكون له تأثيراً كبيراً، حيث يحتاج الأمر إلى العلاج السلوكي المعرفي لتعديل البنية المعرفية وتحسين درجات الإضطرابات النفسية.

ولذلك يسعى الباحثان في الدراسة الحالية للإجابة عن السؤال الرئيسي التالي:
ما مدى فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي في خفض مستوى الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي؟.

تحددت مشكلة البحث الحالي في الاجابة على السؤال التالي:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر؟
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية؟

أهمية البحث:

الأهمية النظرية:

1. يمكن الاستفادة من أدوات هذا البحث على اجراء دراسات وبحوث مستقبلية.
2. حسب علم الباحثه على مرضى الفشل الكلوي والمقيدين بالعلاج بالغسيل الكلوي والذين يعانون من ضغوط نفسية في ضوء بعض المتغيرات(الاجتماعية المسانده الاجتماعية الدينية الصبر على الابتلاء الحاله الوظيفية الحاله المعرفية العقليةالعمر الجنس ومدة المرض وعدد مرات الغسيل).
3. ان فئة مرضى الفشل الكلوي لم تحظ بدراسات بقيه على حد حسب علم الباحثه وبالتالي تعتبر هذه الدراسة اضافة رصيد معرفي لمجال علم النفس والطب.

الأهمية التطبيقية:

1. تقديم برنامج علاجي يمكن أن يساعد في تحسين درجات الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، وخلق روح الأمل في أنفسهم.
2. قد تسهم هذه الدراسة في زيادة تقنيات العلاج النفسي لمرضى الفشل الكلوي ، وربما تصبح تقنية العلاج السلوكي المعرفي من أكثر التقنيات والإستراتيجيات الملائمة والمفيدة لهذه الفئة نسبة لتقاربها مع معتقداتهم ومفاهيمهم.
3. يمكن لهذه الدراسة أن تساعد في وضع الخطط والبرامج الإستشارية والعلاجية لمرضى الفشل الكلوي.

أهداف البحث:

1. معرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري.
2. معرفة الفروق في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع والعمر والحالة الاجتماعية .

فروض البحث:

1. يتسم البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بالفعالية
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

حدود البحث:

الحدود المكانية:

مستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري

الحدود الزمانية: 2019

المصطلحات:

العلاج السلوكي المعرفي:

مجموعة الإجراءات المنظمة التي تتضمن خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حل المشكلات التي يعاني منها ويقابلها في حياته أو التوافق معها، بأنه إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتفسير وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللامنتطقية التي يتبناها المريض من خبراته السابقة وذلك بغرض تعديل سلوكه، لذا يعتمد العلاج على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير في سلوكه، كما يرى هذا الاتجاه أن الإضطراب النفسي يشمل عدة جوانب من الشخصية متمثلة في السلوك الظاهري والإنفعالات

والتغيرات الفسيولوجية والتفكير والتفاعل الإجتماعي، وعلى هذا فالعلاج السلوكي المعرفي يتكون من مكونين هما الجانب المعرفي والجانب السلوكي. (عبد الرحمن، 2000)

البرنامج المعرفي السلوكي:

بأنه هو علاج نفسي تعليمي يركز على مشكلة معينة فضلاً عن أنه موجه نحو هدف محدد ومنصب على السلوك المستقبلي (المهيزع، 2003).

تعريف الإكتئاب:

يعرف بك (1995) الإكتئاب على أنه حالة عيادية تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية في صورة الحزن والعزلة والامبالاة وإنخفاض قدرات الذات واضطرابات النوم والشهية ونقص البيدو وأعداد الذات وإنخفاض والنشاط .

التعريف الاجرائي للإكتئاب:

يمثل الدرجة الكلية على مقياس الإكتئاب العالمي الذي اعده بيك المستخدم في هذا البحث.

الفشل الكلوي:

هو حدوث قصور في عمل الكلية وظائفها مما يؤدي الى اخلال عام في جسم في معظم حالات الفشل الكلوي المزمن كيفما كانت الاصابه فهي ناتجه عن تحطيم كبير في النفرون (وحدة عمل الكلية) والباقي لا يفي لقيام الكلية بعملها (عبداللطيف: 2002).

التحصيل الدراسي: التحصيل هو نتاج للتعلم ومؤشر محسوس لوجوده في الوقت نفسه، أما التحصيل الدراسي فهو (تحصيل إدراكي نظري في معظمه ويتركز على المعارف والخبرات التي تجسدها المواد المنهجية المختلفة في التربية المدرسية كالاقتصاديات، والعلوم الطبيعية واللغات) **التعريف الإجرائي للتحصيل الدراسي:** التحصيل الدراسي وفقاً لإجراءات البحث الحالي هو ما يقيسه مقياس التحصيل الدراسي المستخدم في البحث الحالي.

الاطار النظري والدراسات السابقة :

العلاج المعرفي السلوكي

تعتبر المدرسة المعرفية السلوكية من المدارس الحديثة في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، حيث بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين، ولم يكن ذلك الاهتمام وليد المصادفة، ولكنه كان بمثابة تصديق لفكرة أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث، ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار . (الشناوي وعبد الرحمن، 1998)

ولقد تنبه علماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه، وقد اتصفت آراؤهم في هذا الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية، والعوامل التي تتأثر بها وتؤثر فيها، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به. فقد أوضح "ابن القيم" قدرة الأفكار، إذا لم يتم تغييرها، على التحول إلى دوافع ثم إلى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير، وقد أشار "الغزالي" إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة، ولم يخلُ التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير، ليس فقط في توجيه السلوك ولكن في الحالة الصحية للناس، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور (لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا). (المحارب، 2000)

ويذكر كمال (1994) أنه مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي، وكان نشوء هذا الأسلوب نتيجة التذمر وعدم الرضا الذي ساد بين بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية، وقد بُني هذا التذمر والنقد للمدرسة السلوكية وتقنياتها على أساس أنها مدرسة ميكانيكية مادية، وبأنها لا تأخذ الحياة النفسية والعقلية للفرد بعين الاعتبار، لا في فرضياتها ولا في تطبيقاتها العملية العلاجية، فجاء التطور الجديد بتوجه الاهتمام إلى ما يحمله الإنسان في ذهنه من أفكار، وما يتوجه به من مواقف نحو المحيط والأشياء، وما يستجيب به من مسالك وعواطف، وضرورة أخذ هذا كله بين الاعتبار في العملية العلاجية.

فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن؛ مظلة تنطوي على العديد من أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات. وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأنواع إلا أن أشهرها ما يأتي:

1. التصورات الشخصية لكيلي. Kelly.
2. العلاج العقلاني الإنفعالي لإليس. Ellis.
3. العلاج المعرفي لبيك. Beck.
4. أسلوب حل المشكلات عند جولد فريد وجولد فريد. Goldfred & Goldfred.
5. تعديل السلوك المعرفي عند ميكنباوم). Meichenbaum (المحارب، 2000)

إلا أن بعض العلماء يرى أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم "بيك" Beck ؛ إذ يذكر كمال (1994) أن العلاج المعرفي ارتبط بصورة غالبية باسم "بيك" ، ومع أن "بيك" وضع البنية الأولى لهذا الأسلوب العلاجي. فقد كانت أفكار "كيلي" Kelly حول التصورات الشخصية مصدراً هاماً في العلاج المعرفي، فلقد كان "كيلي" أثراً كبيراً على حركة العلاج المعرفي، لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد ما يدور حوله من تغيير السلوك، أما عالم النفس الشهير "إليس" Ellis فقد درس عدداً كبيراً من الأساليب العلاجية، ثم توصل إلى ما أسماه بالعلاج العقلاني، ولكنه غير اسمه إلى العلاج العقلاني الإنفعالي، فقد اعتمد "إليس" في نظريته على دمج جوانب من العلاجات الإنسانية والسلوكية، وكان "إليس" قد اقترح في بداية صياغته لنظريته العلاج العقلاني الإنفعالي عدداً من الأفكار التي يعتقد أنها المسؤولة عن الاضطرابات العصابية.(المحارب، 2000)

أهداف العلاج المعرفي:

ويشير أنجير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى فهم الأسباب الكامنة وراء الانفعالات السلبية والمعتقدات اللاعقلانية مستعينا بفنيات معرفية وسلوكية لتعديل هذه المعتقدات السلبية، وزيادة الدافعية للتصورات الإيجابية، بحيث تكون النتائج أفضل بالنسبة لتحديات الحياة(Unger,2004).

أن العلاج المعرفي السلوكي بكافة أشكاله وطرائقه يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ، والتشويهات المعرفية، ويسعى إلى تخفيض المشكلات المختلفة (عادل عبد الله، 2000م).

ويشير كوستر إلى أن النظرية المعرفية السلوكية تهدف إلى دحض الأفكار السلبية لدى الأفراد من خلال مناقشة التطور الطبيعي لديهم، والتركيز على حل المشكلات، والانفعالات، والعلاقات الشخصية التي تسهم في ضبط الانفعالات السلبية: كالعدوان والغضب، والإكتئاب، والقلق، وضعف الانتباه، وفرط النشاط(Custer, 2001).

أن العلاج المعرفي السلوكي إنما يهدف إلى تدريب الأفراد على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر، والتعامل مع الأفكار بصورة نقدية، واستخدام المراقبة الذاتية للأفكار، والتخيلات السلبية، و إخراجها إلى حيز التفكير، التدريب على استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات ايجابية، ذلك من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية وملء الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية للفرد، وحمله على اختيار الواقع، وتدقيق

الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على الوجوبية وصولاً إلى رؤية الواقع بصورة إيجابية (حسن عبد المعطي، 1998م).

الفشل الكلوي

الفشل الكلوي يعرف بأنه تدهور قدرة الكلية المريضة على ترشيح الشوائب من الدم ويتخذ الفشل الكلوي صورتين: حادة ومزمنة، وتسمى المرحلة الأخيرة من هذا المرض الكلوي بالفشل الكلوي في المرحلة النهائية، عند الإصابة بالفشل الكلوي تصبح الكليتان غير قادرتين على أداء وظيفتهما الطبيعية في تصفية النواتج الثانوية للجسم من الدم، ونتيجة لذلك تتراكم الفضلات ويتجمع السائل في الجسم.

الفشل الكلوي الحاد Acute kidney failure

الفشل الكلوي الحاد هو فقدان المفاجيء لوظائف الكلى، وهو يصيب حوالي 3 اشخاص من كل 10 آلاف شخص في الولايات المتحدة كل عام.

الفشل الكلوي الحاد يمكن أن يسبب حالة خطيرة مهددة للحياة من تراكم السوائل والنفايات في الجسم وما يتبعها من اختلال لتوازن الكيماويات التي تقاوم الكلى السليمة بتنظيمها في الحالة الطبيعية.

والفشل الكلوي يمكن أن يكون حاداً أو مزمنًا، الفشل الكلوي الحاد غالباً يحدث بطريقة سريعة، على العكس الفشل الكلوي المزمن عادةً فتنطور مستمر بطيء ويتطلب بدء الغسيل الدموي أو زرع الكلية لإعطاء فترة إعاشة أطول (بيومي 2:20).

أكثر أسباب الفشل الكلوي شيوعاً هو الهبوط المفاجيء في تدفق الدم في الكليتين الناتج عن النزيف الزائد (ويشمل ما يحدث أثناء العملية الجراحية) أو الصدمة أو الجفاف الشديد.

كما يمكن أن ينتج الفشل الكلوي الحاد عن الأدوية التي تسبب الالتهاب الكلوي البيني، أو عن تضيق الشريان الكلوي أو عن انسداد أو إعاقة خروج البول من الكليتين، وهذا يمكن أن يحدث في حالات تضخم البروستات أو أورام المثانة، أو عن الأمراض التي تبدأ في الكلى مثل الالتهاب الكلوي الكبيبي.

الفشل الكلوي الحاد يمكن أن يهدد الحياة إذا لم يعالج، قد يكون من الضروري إجراء غسيل للكلى (وهو الاجراء الذي يتم أحياناً بصفة مؤقتة).

الفشل الكلوي الحاد يمكن عادة شفاؤه إذا تم علاج سبب حدوثه. احتمال الوفاة يكون أعلى بين المسنين والأشخاص الذين يتناولون عقاقير مثبطة لجهاز المناعة، والأشخاص الذين يعانون من أمراضاً مزمنة خطيرة مثل أمراض الكبد والقلب أو الرئتين.

الأعراض:

قد تشتمل أعراض الفشل الكلوي الحاد النقص الهائل في إنتاج البول والغثيان والقيء وفقدان الشهية والنعاس والصداع وقد تتورم الساقان مع تراكم السوائل. وقد تظهر تغيرات ذهنية مثل الاعياء والهباج والارتباك وتقلبات المزاج. يجب ملاحظة أن الإرتباك والنعاس يسبقان الغيبوبة في المرضى الذين لا يتم علاجهم. تعتمد الأعراض الأخرى على الحالة التي تسبب الفشل الكلوي، ففي بعض الأشخاص قد لا يكون ثمة أعراض على الإطلاق، وقد يتم تشخيص التغير في وظائف الكلى في شخص ما عندما تجرى له اختبارات الدم لسبب آخر.

المشكلات النفسية:

أن العلوم السيكولوجية والحالات النفسية عادة ما يتم إنكارها وتجاهلها في مجتمعاتنا العربية، فبالرغم من التقدم العلمي المذهل في أغلب مجالات العلم، ولا سيما العلوم الطبية، إلا أنا معارفنا وثقافتنا في تلك الجزئية تحديداً ما تزال في حالة من الإنكار، بدعوى أنه من العار أن نصاب بالأمراض أو الاختلالات ذات البعد النفسي والسيكولوجي.

لذا دعونا نبدأ بمكاشفة النفس، فالدراسات النفسية الحديثة تشير إلي أن مريض الفشل الكلوي عادة ما يصاحبه شعور بالإكتئاب. وهذا الإكتئاب يرجع سببه غالباً إلى أنه يعيش في حلقة مفرغة لا نهاية منها، فلا بديل أمامه سوى جلسات الغسيل الكلوي.

والتي يشعر بأنها تسلب جزءاً هاماً من حياته وروحه، وتعطيه بدلاً منها ساعات من الألم والترقب والإنتظار في المستشفى ومراكز غسيل الكلوي. الحالة النفسية لمرضي غسيل الكلى والغسل الكلوي والمحزن في هذا الأمر أن المريض عادة ما يعاني في صمت راضاً ان يشارك من حوله المه وإحباطه، حتي لا يظهر بمظهر الشخص الضعيف من ناحية، إلى جانب رفضه التام أن يجلب للمحيطين به الشعور بالقلق أو الشفقة منهم عليه (محمد الفيومي، 2017).

الإكتئاب

إن طبيعة الإنسان هي التأثر بالموثرات الحياتية والتفاعل معها من خلال انفعالاته المتنوعة (كالفرح، والحب، والخوف،... الخ) والحزن من ابسط صور الإكتئاب النفسي الذي يعرض للإنسان أثناء تفاعله مع مثيرات الحياة في مواقف الفشل والإحباط والمرض. ومما يميز الحزن عن الإكتئاب إن الحزن استجابة انفعالية تتفق مع درجة الفقد أو الضرر الذي يلحق بالفرد يمكن تعديله باستخدام المنطق، أو بفعل ملائم عن طريق التفريغ الإنفعالي،

ويمكن أن يتحول من عانى منه من هذه الحالة وان يتعلم من واقع تلك الخبرة كيفية التفاعل مع المواقف المماثلة بشكل أسرع وان يحقق قدرا من التكيف (إسماعيل ، د ت) أما الإكتئاب فانه يعني الإنخفاض في المعنويات والجهد والشعور بالضيق وفقدان الأمل وعدم الجدوى. أما الإكتئاب فانه يعني الإنخفاض في المعنويات والجهد والشعور بالضيق وفقدان الأمل وعدم الجدوى (فاضل، 1997).

تعريف الإكتئاب:

ورد الإكتئاب في الحضارات القديمة لدى الاغريق كاضطراب في المزاج. وكذلك في النصوص الانجليزية القديمة حيث تشر كلمة المبخوليا Melancholia الي السوداوية وهي الكلمة التي استخدمت طوال عدة قرون لوصف اضطراب المزاج. وظل مصطلح الإكتئاب يفنقر الي تعريف دقيق وشامل نظرا لأعراضه المتنوعة وانواعه المختلفة.

يعرف ايرلبرج الإكتئاب بانه عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي وزيادة العدوان تجاه الذات والنقد الذاتي ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي واتهام الذات وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب.

ويعرف وولمان الإكتئاب بانه الاحساس بمشاعر العجز واليأس والنقص والحزن ولعل هذه الأعراض يمكن ان تعبر عن اضطرابات عديدة وعامة يمكن لهذه المشاعر ان تحدث ايضا لدى الافراد الاسوياء (طه ، 2010).

ويعرف زهران (2005) الإكتئاب بانه عبارة عن حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الاليمة وتعبر عن شئ مفقود وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي الحزنه.

ويعرف الإكتئاب في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (D.S.M4) بانه مزاج كدر او فقدان للاهتمام والثقة في معظم او كل الانشطة المعتادة وتشتمل على فقدان الشهية للطعام تغير في الوزن، الشعور بالذنب، صعوبة التركيز وافكار حول المدن والانتحار او محاولات انتحارية والشخص الذي يعاني من زمله الأعراض الإكتئابية يوصف مزاجه انه مكتئب وحزين وبأئس وحائر وهابط او ما شابه ذلك من الصغات (طه، 2010).

وعلى ضوء التعريفات السابقة يرى الباحثان انه يمكن تعريف الإكتئاب على انه حالة شعورية بالحزن وفقد الامل في الحياة المستقبلية للفرد تصاحبها تغيرات داخلية وخارجية في الجسم.

أعراض الإكتئاب:

ذكر عبد الستار (2009) ان الإكتئاب يكشف عن نفسه مجموعة من الأعراض الاكلينيكية وتكون تحت ظواهر اربعة:

1. **الأعراض الإكتئابية الوجدانية:** تتميز بظاهرة مهمة هي التغير النهاري وذلك ان شدة الأعراض تزيد في فترة الصباح تتحسن تدريجيا اثناء اليوم حتى تقل مساءً فيصحو المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق والإكتئاب.

2. **الأعراض النفسية (السيكولوجية):** وتعني بها الوظائف العقلية التي تتصف هيئها بالبطء وقلة الانتباه والسرمان وعدم القدرة على التركيز، وقد تتأثر الذاكرة ويتخلل لهذه الأعراض تردد واضح في اتخاذ القرار وارتباك في السلوك (سلوي ، 2001). ان الأعراض النفسية لمريض الإكتئاب فهي اليأس واليأس وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه، وانحراف المزاج وتقلبه مع عدم قدره على ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والانطواء والانسحاب والنظرة السوداء والاعتقاد ان لا امل في الشفاء. والتبرم باوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها، اللامبالاة، والنقص في الميول والاهتمامات والدافعية بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز.

3. **الأعراض الفسيولوجية:** ذكر فرح (2001) من الأعراض الجسمية: فقدان الشهية ورفض

4. الطعام ونقص الوزن والامساك الصداع والتعب بأقل جهد، وخمور الهمة، والألم وخاصة الام الظهر ضعف النشاط العام والتأخر النفسي، والحركي والبطء وتأخر زمن الرجوع. نقص الشهوة

6. الجنسية او الضعف الجنسي والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية عند النساء وتوهم المرض (الانشغال عن الصحة الجسمية).

7. **الأعراض السلوكية:** تشمل المظهر الخارجي حيث يبدو على الفرد المكتب الحزن والكآبة وأهمال المظهر ونقل قدرة المريض على العمل كما يعزف عن ممارسة اي نشاط الي جانب الهبوط الحركي والكسل العام والخمول الذهني والجسدي وصعوبة الدخول في النوم والميل للعزلة ومحاولة الانتحار حيث يعتبر الانتحار اكثر الأعراض خطورة طه (2010)

وانها الاحتقار، الضجر، الشكوي الجسمية، عدم التركيز الذهني ، البكاء الخوف، القلق، الارق اضطراب الشهية التعب عدم الاستقرار التثاؤم(سلوي، 2004).

الدراسات السابقة

3. **دراسة أدريس سامية (2008) بعنوان الدراسة:** فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الإستصفاء الدموي

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على درجة التحسن من القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الإستصفاء الدموي - في مراكز علاج أمراض الكلى بولاية الخرطوم، ومعرفة العلاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب وعمر المريض والمدة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي. وكذلك معرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والاكتئاب التي تعزى للنوع الاجتماعي (الجندر)، الوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى حيث استخدم الباحثان أدوات للدراسة تمثلت في الآتي: استمارة البيانات الأساسية و مقياس القلق والاكتئاب العيادي (هادس)، قبلي، بعدي وبرنامج العلاج السلوكي المعرفي (من تصميم الباحث و كانت عينة الدراسة (60) مريضاً مصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين تم تشخيصهم مسبقاً بأنهم يعانون من القلق والاكتئاب منهم (55) سنة (31) ذكر و(29) أنثى، تراوحت أعمارهم ما بين (20 - 55) و كانت نتائج الدراسة كالاتي: حقق تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي تحسناً جوهرياً في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب وعمر المريض والجنس والوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في زراعة الكلى وأظهرت النتائج وجود علاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب والمدة الزمنية لظهور الفشل الكلوي.

4. دراسة مكايوي ' صلاح فؤاد محمد (1997) بعنوان (فاعلية برنامج للعلاج بالمعني في خفض مستوىالاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي).

هدفت هذه الدراسة إلى استخدام منحي علاجي في التعامل مع ظاهرة الإكتئاب والتحقق من مدى فاعليته في خفض مستوى الإكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي و اشتملت أدوات الدراسة على مقياس بيك للإكتئاب ، واختبار تقدير المعنى إعداد وترجمة (TAT) (إعداد الباحث)، واختبار تفهم الموضوع التات لهنري موراي محمد عثمان نجاتي وأنو حمدي، واستمارة مقابلة لدراسة بعض المتغيرات لدى المكتئبين (إعداد الباحث)، والملاحظة الكليينكية غير المباشرة وتكونت عينة الدراسة الكلية من (490) طالب وطالبة ،جرى تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين، تجريبية وقوامها (31) فردا تم تقسيمها إلى مجموعة تجريبية ذكور قوامها (10) طلاب ممن لم يتلقوا أي علاج نفسي أو طبي، ومجموعة تجريبية إناث قوامها (10) طالبات ممن لم يتلقين أي علاج نفسي أو طبي، ومجموعة تجريبية من الذكور قوامها (5) طلاب ممن تلقوا علاجاً نفسياً أو طبياً، ومجموعة تجريبية إناث قوامها (6) طالبات ممن تلقين علاجاً نفسياً أو طبياً، ومجموعة ضابطة وقوامها (31) فردا تم تقسيمهم بذات الترتيب والعدد للمجموعة

التجريبية وأسفرت نتائج الدراسة عن: فاعلية العلاج بالمعني في خفض مستوى الإكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج و كشفت النتائج عن عدم وجود أي اختلافات في مستوى الإكتئاب لدى ذكور وإناث المجموعة التجريبية في القياس البعدي والمتابعة كما أوضحت الدراسة الكلينية أن المكتئب ينقصه الإمدادات النرجسية من جانب الأم، وعدم الرعاية من جانب الأب، وعدم قدرته على تخطي العقد الأوديبيية، وكذلك البناء النفسي لدى المكتئب يتسم بالاضطراب، ولأن الأنا لدى المكتئب ضعيفة فإن أهم ما يتصف به المكتئب هو الكف والعدوان، وعدم قدرته على توجيه العدوان إلى الخارج، فيتجه إلى تدمير ذاته باتجاهه إلى الانتحار والتفكير القهري فيه.

2. دراسة لين وآخرون , (Lynne et, al 2007) بعنوان الدراسة: (العلاج المعرفي لإنخفاض تقدير الذات في معالجة الإكتئاب لدى كبار السن)

هدفت هذه الدراسة إلى تحسين تقدير الذات المنخفض كعنصر (مكون تحتي) من الإكتئاب عن طريق التدخل المعرفي و تكونت عينة الدراسة الكلية من امرأة كانت تعاني من أعراض القلق والإكتئاب مع وجود أفكار إنتحارية، بعمر زمني (79) عامًا و اشتملت أدوات الدراسة على التقارير الشفوية من الحالة، وبرنامج للعلاج المعرفي قصير الأمد وأسفرت نتائج الدراسة عن: - فاعلية العلاج المعرفي قصير الأمد في التدخلات الرامية للحد من تدني تقدير الذات لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية حيث أظهرت المريضة عقب الانتهاء من التدخل نتائج إيجابية وتحسينات كبيرة في تقدير الذات، وإنخفاض مستوى الإكتئاب، واختفاء الأفكار الإنتحارية التي كانت لديها قبل التدخل وكانت نتائج الدراسة بوجه عام تشير إلى إمكانية استخدام التدخل المعرفي بنجاح مع المرضى الأكبر سنًا، كما إنه يوفر للمرضى المشاركة الفعالة والإيجابية في علاج الإكتئاب، وأن العلاج المعرفي له من الكفاءة والقدرة على التصدي وبصرامة للتقييمات السلبية الذاتية عميقة الجذور.

4. دراسة هويل وآخرون (Hiwel et al 2006). بعنوان الدراسة: (تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع المرضى لخفض مستوى الإكتئاب)

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وجدواه في خفض الأعراض الإكتئابية لدى بعض المكتئبين واشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومدته (12) أسبوع و تكونت العينة الكلية من (51) مريضا، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وقوامها (26) فرد، والمجموعة الضابطة وقوامها (25) فرد و أسفرت نتائج الدراسة عن: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، (BDI) ومقياس بيك للإكتئاب

الجماعي في خفض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة كما أوضحت النتائج أيضا استمرار بعض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المتابعة ولكن بمستوى متدني بالنسبة لنفس المجموعة قبل اشتراكها في البرنامج.

منهج وإجراءات البحث :

منهج البحث:

استخدم الباحثان المنهج التجريبي ذو التصميم شبه التجريبي الذي يقوم على المجموعة الواحدة ذات القياس القبلي والبعدي، وذكر المليجي نقلا عن العيسوي أن المنهج التجريبي من أكثر الطرق التي يمكن الاعتماد عليها في الحصول على الحقائق، أي ملاحظة الحقائق تحت شروط مضبوطة، وهو يعتبر أكثر المناهج العلمية صلاحية لوصف الظواهر الطبيعية والتنبؤ بها (محمد عبد الرحمن، 1999).

مجتمع البحث:

يتكون مجتمع البحث الحالي من مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري، ويعرف مجتمع البحث بأنه مجموعة من الأفراد أو الأشياء أو الأحداث أو المعرفة المحددة مسبقا بحدود زمنية أو مكانية ثابتة. (محمد حسن ومحمد نصر الدين، 2000) وبلغ حجم المجتمع (500) شخص أثناء تطبيق البرنامج أنظر الجدول (1/3).

عينة البحث:

تم اختيار العينة بالطريقة القصدية والتي تعرف بأنها اختيار أي فرد من أفراد المجتمع كعنصر من عناصر العينة، فكل فرد فرصة متساوية لاختياره ضمن العينة، واختيار فرد في العينة لا يؤثر على اختيار أي فرد آخر (رجاء محمود، 2007).

اشتملت عينة البحث على مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري والذي يتكون من (40) مبحوث.

أدوات الدراسة:

قائمة حالة الإكتئاب :

استخدم الباحثان قائمة حالة الإكتئاب لمرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر لغسيل الكلى كأداة للبحث الحالي، وتعرف أداة البحث بأنها عبارة عن أداة تتضمن مجموعة من الأسئلة أو الجمل الخبرية، التي يطلب من المفحوص الإجابة عنها بطريقة يحددها الباحث

(عودة ملكاوي، 1992)، وأضاف الباحثان استمارة بيانات أولية لمرضي الفشل الكلوي بغرض الحصول على معلومات للمتغيرات المرتبطة بالبحث.

وصف المقياس:

استخدم الباحث مقياس بيك للإكتئاب المختصر أعده (بيك) وعربه (غريب عبد الفتاح، 1990)، وهو يزود الباحث أو المعالج النفسي بتقدير سريع وصادق لمستوى الاكتئاب لدى المفحوصين، حيث يطلب منه قراءة كل فئة ثم يختار منها ما تبدو أنها تناسبه وتصف حالته في الإِسبوع الأخير وحتى يوم الإختبار ويضع حولها دائرة، ويتكون في صورتين أصلية من (13) قائمة تم التوصل إليها بعد دراسات قام بها (بيك) نفسه والقوائم هي: (الحزن، التشاؤم، الفشل، عدم الرضا، الذنب والندم، العقاب، النفس، اللوم، القرار والتردد، الشكل والصورة، العمل، الإجهاد، شهية الطعام).

الصدق الظاهري للأداة (التحكيم):

عرف العساف (1995) صدق المحكمين بأنها أحد أنواع الصدق الذي يعني مدى تمثيل الإختبار للمحتوى المراد قياسه (صالح بن حمد، 1995)، ويعد الإختبار صادقاً بعد عرضه على عدد من المختصين والخبراء في المجال الذي يقيسه الإختبار، فإذا أقر الخبراء أن هذا الإختبار يقيس السلوك الذي وضع لقياسه، يمكن للباحث الاعتماد على حكم الخبراء (خير الدين علي، 1999).

الخصائص السيكومترية لمقياس بيك للإكتئاب:

1. صدق فقرات: مقياس بيك للإكتئاب:

وللتثبت من صدق المقياس حسب معامل إرتباط (بيرسون K. Person) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المقياس البالغة (20) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (01) ومستوى دلالة (05). حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى دلالة (01) ومستوى الدلالة (05). أنظر الجدول (1)

جدول رقم (1)

يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمقياس بيك للإكتئاب

مدلالة Level	القيمة الاحتمالية Sig	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	الانحراف المعياري Std. Deviation	الوسط الحسابي Mean	رقم الفقرة
.01	.000	.603**	.73554	1.8500	1
.05	.028	.347*	.66986	1.7500	2
.01	.000	.559**	.87119	2.1000	3
.01	.004	.445**	.52563	2.6750	4
.01	.001	.511**	.80024	1.7750	5
.01	.000	.662**	.75786	2.2000	6
.01	.000	.532**	.73336	1.7750	7
.01	.000	.571**	.72324	2.3000	8
.01	.000	.590**	.78078	1.5750	9
.01	.004	.442**	.69982	1.3500	10
.01	.000	.557**	.71208	1.5750	11
.01	.000	.682**	.90582	2.0000	12
.01	.001	.494**	.69982	1.6500	13
.01	.000	.711**	.73554	1.8500	14
.01	.005	.435**	.63246	1.4000	15

.01	.000	.598**	.78283	1.5500	16
.01	.000	.608**	.71208	1.5750	17
.01	.000	.546**	.86380	2.3500	18
.01	.000	.597**	.84124	1.9000	19
.01	.000	.545**	.85335	2.3000	20
			8.37885	37.5000	المجموع

2. صدق مقياس بيك للإكتئاب

من خلال التثبت من صدق فقرات مقياس بيك للإكتئاب حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات مقياس بيك للإكتئاب البالغة (20) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) ومستوى دلالة (.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى دلالة (.01) ومستوى الدلالة (.05) (أنظر الجدول رقم ١))
وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن مقياس بيك للإكتئاب صادق في قياس ما وضع لقياسه.

3. ثبات مقياس بيك للإكتئاب:

وللتثبت من ثبات المقياس استخدم الباحثان في حساب الثبات معادلة (الفاكرونباخ)، حيث تعد معادلة (الفاكرونباخ) من أساليب استخراج الثبات . وقد استخراج الباحث الثبات باستخدام هذه الطريقة حيث بلغت قيمة معامل الثبات العام (.881) وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بثبات عالي.

جدول (٢) نتائج اختبار ألفا كرونباخ لمقياس بيك للإكتئاب

عدد الفقرات	قيمة معامل ألفا كرونباخ
-------------	-------------------------

4. الصدق التجريبي لمقياس مقياس بيك للاكتئاب:

وعلى ضوء حساب قيمة معامل (ألفاكرونباخ) البالغة (.881) فإن الصدق التجريبي للمقياس يساوي (.939) وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وهذا يشير أيضاً إلى أن مقياس بيك للاكتئاب يتمتع بصدق عالي.

البرنامج الإرشادي:

إسم البرنامج:

برنامج علاج سلوكي معرفي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى الكلوي

أهداف البرنامج:

يهدف برنامج التدخل الإرشادي إلى:

- محاولة التخفيف من حدة الآثار النفسية السلبية الناتجة عن المرض الفشل الكلوي.
- استخدام الفنيات العلاجية والإرشادية المناسبة والأكثر فعالية للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى مرضي الفشل الكلوي.

يتحقق ذلك من خلال الأهداف الإجرائية التالية:

- زيادة وعي وإدراك مريض الفشل الكلوي بالمتغيرات النفسية التي لها علاقة بحالته النفسية وتأثير ذلك على الحالة الصحية.
- مناقشة الأخطار غير العقلانية التي تؤثر على حالة المريض المعرفية والانفعالية ودفعهم نحو التفكير بأسلوب عقلائي منطقي.
- تحديد الانفعالات غير المناسبة المرتبطة بتلك الأفكار والتي تؤدي بالمريض إلى إهمال العلاج وعدم اتباع النظام الغذائي المحدد والتعليمات الطبية، ودفع المرضى نحو الانفعال بأسلوب ملائم للمواقف والأحداث.
- اقتناع المريض بضرورة تحدى هذه الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية.
- إقناع المريض بأنه هذه المعتقدات والأفكار ذات الصلة بالأحداث هي التي تؤدي حتماً إلى الاضطرابات الانفعالية والمعرفية وبالتالي تؤثر على حالته الصحية.
- مساعدة المريض وأسرته على كيفية استثمار الإمكانيات المتاحة لديهم والمتاحة في المجتمع المحلي بهدف مواجهة المشكلات وتدعيم بعض القيم الايجابية لدى المريض وأسرته لتحمل المسؤولية والتعاون والقدرة على مواجهة المشكلات.
- توجيه المريض على استخدام فنيات العلاج السلوكي الاسترخائي.

أسس البرنامج الإرشادي:

إن البرامج المستخدمة في المجال النفسي، تلتزم بأسس علم النفس وتسعى لتحقيق أهدافه، ويمكننا القول أن البرامج هي إحدى الوسائل التي تقدم بواسطتها خدمات المساعدة النفسية، ولعلها أكثر الوسائل النفسية دقة وتحديداً ومرونة في نفس الوقت. والبرنامج يعرف على أنه (خطة عمل تصمم وتنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات النفسية المباشرة وغير المباشرة، من أجل تحقيق أهداف علم النفس الإنمائية والوقائية والعلاجية).

محتوى البرنامج:

ويشمل الأساليب العلاجية ومراحل التدخل المهني التي تم استخدامها في البرنامج مثل:

أ/ الأساليب المعرفية:

- وهي تساعد مرضي الفشل الكلوي على إعادة الفهم وإعادة البناء المعرفي وكذلك بالنسبة للأفراد المحيطين بالمرضى.
 - التوضيح والشرح المبسط (التفسير).
 - المناقشة المنطقية والحوار.
 - التشجيع.
 - التحليل المنطقي للأفكار اللامنطقية.
 - التحدي ، المواجه ، المعارضة، الهجوم ، التنفيذ، الاستبصار، التشتت المعرفي، الاقتناع.
 - ويساعد استخدام هذه الأساليب على إدراك مرضي الفشل الكلوي للأفكار اللامنطقية والاقتناع بأنها تؤدي إلى الاكتئاب لها تأثيرات سلبية على صحة المريض وتطور المرض، وتهيئة المرضى على التكيف النفسي والاجتماعي.
- ب/ الأساليب السلوكية: وتهدف إلى تعديل السلوك:

- التدعيم الموجب: بمكافأة الجهود الناجحة للمريض لتغيير الأفكار اللاعقلانية، والتحكم في الانفعالات السالبة وإتباع التعليمات الطبية.
- الواجبات المنزلية البسيطة والمحدودة: بما يتناسب مع الظروف الصحية لمريض الفشل الكلوي. مثل قراءة موضوع متعلق بمرض الفشل الكلوي ومناقشة المريض فيه، وتسجيل المريض لانفعالاته وسلوكه وتعريف المريض على سلوكه وتصرفاته الخاطئة ومحاولة تعديله.
- النمذجة: بإعطاء المريض نماذج تساعد على التخفيف من الآثار السلبية للمرض. ويقدم الباحثان نفسها كنموذج عند ضبط انفعالاتها.

- الحث: بهدف حث المريض على الاندماج في أنشطة جديدة وتكوين صداقات وحضور المناسبات الاجتماعية، وذلك عن طريق مساعدة أسر المرضى.
- الانماط التوعيمية التي يمكن تقديمها:
- التدعيم الانفعالي والتدعيم المعرفي والتدعيم الاجتماعي والتدعيم الذاتي والتدعيم الديني والتدعيم المجتمعي.

مراحل التدخل الإرشادي:

وتتكون من مرحلة الإعداد ومرحلة التدخل المهني ومرحلة الانهاء.

أ/ مرحلة الإعداد:

هناك العديد من الضوابط التي يتم مراعاتها عند الإعداد للبرنامج الحالي حتي يمكن الاعتماد على التجربة في تفسير النتائج مثل:

1. اختيار اعضاء الجماعة التجريبية بإتباع معاينة سليمة ونم مجتمع واحد مما يؤكد ضمان تشابه الأعضاء.
2. أن تكون المقاييس المستخدمة في الدراسة على درجة مقبولة من الثبات والصدق بحيث يمكن الاعتماد على نتائجها والتأكد من أن الفروق التي نحصل عليها قبل التدخل المهني وبعده ترجع الى البرنامج الإرشادي.
3. تحديد الأساليب المناسبة للتدخل الإرشادي سواء كانت اساليب معرفية او انفعالية او سلوكية.
4. وصف برنامج التدخل المهني للمرضي بلغة سهلة واضحة مع تجنب استخدام المصطلحات العلمية، لتوضيح التأثير الايجابي للبرنامج على تحسن الاضطراب الانفعالي والمعرفي والسلوكي للمريض وأيضاً على تحسن حالته الصحية.
5. عقد اتفاق بين الباحثين والمرضى وتحديد فترة العلاج ونهايته وتحديد الهدف من العلاج وتحديد مهام المرضى ومهام الباحثان ومهام الأسرة.
6. تكوين علاقة مهنية أساسها الاحترام والتقبل والموضوعية والثقة مع مرضي الفشل الكلوى ومن لهم علاقة بهم.

ب/ مرحلة التدخل المهني:

الإعداد القبلي: وتهدف إلى إعداد المجموعة وتهيئتها لتلقي المقرر العلاجي ، وزيادة توجهها واستعدادها للاستفادة من الجلسات العلاجية، وتم الاستعانة بالمقابلات الفردية لكل فرد في

الجماعة على حده، ثم استخدام الألفة الجماعية لزيادة المعرفة والثقة والأمان وتقليل حدة الاكتئاب واستغرقت هذه المرحلة جلسيتين.

التقويم القبلي وتحديد المشكلة: وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد المشكلة أو المشكلات الخاصة بأفراد الجماعة وهي في الدراسة الحالية (الاكتئاب) ومحاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية على المرضى، وتحديد طبيعته وشدته، وذلك باستخدام المقاييس المعدة لذلك وتكون هذه المقاييس بمثابة التقويم القبلي.

ج/ مرحلة الإنهاء والتقويم:

وقد استخدم الباحثان نوعين من التقويم: من خلال ملاحظة الباحثين للسلوكيات المباشرة للمريضات، خلال تطبيق البرنامج ومن خلال فحص الحالة النفسية بداية كل جلسة، ثم الانتهاء التدريجي من التدخل المهني ومساعدة الاعضاء في تحديد اهم الإنجازات التي تم تحقيقها خلال مدة التدخل ثم التقويم البعدي بتطبيق القياس البعدي لقياس الفروق بين القياس القبلي والبعدي بعد انتهاء التجربة ورصد التغيرات الناجمة عن تطبيق البرنامج ومقارنة حالة الاكتئاب قبل وبعد الانتهاء من البرنامج ومن ثم ختام البرنامج وإنهائه.

طريقة جمع البيانات:

تم تطبيق الأدوات بصورة فردية لعدد كبير من أفراد العينة لتعذر صعوبة التطبيق الجمعي. نظراً لطبيعة هذا المرض وقسوته وإحساس المريض بأنه سيفارق الحياة في أي وقت فكان بعض المرضى في بداية التعامل معهم لا يقبلوا ويرفضوا التعامل مع الباحثين بحجة أن لا فائدة في شفاءهم، وقد أمكن التغلب على هذه الصعوبة من خلال إقناع المريض أن ذلك في صالحهم أولاً وأخيراً ومن خلال العلاقة المهنية بين الباحثين والمريض التي يسودها الحب والاحترام والتقبل من جانب الباحثان للمرضي ومن خلال معرفة المريض بأهمية الدور الذي يلعبه الباحثان معها لمساعدتها على تخفيف مشكلاتها النفسية والاجتماعية والصحية.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في القياس والتحليل:

تم معالجة بيانات البحث إحصائياً من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (*Statistical Package for Social Sciences-SPSS*) وباستخدام الأساليب التالية:

1. معامل ارتباط (بيرسون **Person**) العزمي: لقياس صدق المقياس وقراته.
2. معادلة ألفا كرونباخ: لحساب ثبات المقياس وقراته.
3. تحليل التباين الأحادي (أنوفا - **Anova**): لقياس الفروق بين المتغيرات.
4. إختبار (T): لقياس الفروق بين المتغيرات.

5. إختبار (LSD): لمعرفة أدق الفروق بين المتغيرات.

عرض ومناقشة النتائج :

عرض نتيجة الفرضية الأولى: (يتسم البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بالفعالية) الفرضية الصفرية $H_0 - Null Hypothesis$: تعني أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري يتسم بعدم بالفعالية.

الفرضية البديلة $H_1 - Alternate Hypothesis$: تعني أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري يتسم بالفعالية.

للتحقق من الفرضية الثانية قام الباحثان بحساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة البحث لكل فقرة على حدة، ولإختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الوسط الحسابي للإختبار القبلي والوسط الحسابي للإختبار البعدي، إستخدم الباحثان إختبار (T). والجدول رقم (2/4) يوضح ذلك:

جدول رقم (٣) إختبار (ت) لعينه واحده لقياس فعالية البرنامج العلاجي السلوكي

المعرفي في خفض مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري

القيمة الاحتمالية	الدرجة الحرة	قيمه (ت)	الوسط الحسابي للإختبار البعدي	الوسط الحسابي للإختبار القبلي
-------------------	--------------	----------	-------------------------------	-------------------------------

.004

39

3.016

2.200

1.875

يلاحظ من الجدول رقم (2/4) أن قيمة الوسط الحسابي المحسوب للاختبار البعدي يساوي (2.200) وهي أكبر من قيمة الوسط الحسابي للاختبار القبلي (1.875)، وأن القيمة التائية قد بلغت (3.016) وأن قيمتها الإحتمالية كان مقدارها (004) وهي أقل من مستوى الدلالة (05)، إذن نرفض الفرض الصفري الذي ينص على أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري يتسم بعدم بالفعالية، ونقبل الفرض البديل الذي ينص على أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري يتسم بالفعالية، وهذا يشير إلى أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض مستوى الإكتئاب النفسي لدى

مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى:

من خلال التحليل الإحصائي تأكد صحة الفرض القائل أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري يتسم بالفعالية.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة إدريس، س. (2008) التي أشارت إلى أن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي حقق تحسناً جوهرياً في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، دراسة مكاوي (1997) حيث أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج بالمعني في خفض مستوى الإكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج، دراسة هويل وآخرون، (Hiwel et al 2006) حيث أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، (BDI) ومقياس بيك للاكتئاب الجماعي في خفض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج.

ويرى الباحثان أنه رغم عدم توافر عينة الدراسة كلها في وقت واحد مما اضطر الباحثان لإجراء البرنامج العلاجي مرات عديدة وبشكل متساوي لكل من مستشفى الأمل ومركز قطر الخيري، ورغم أن فريق التمريض لم يتلق تدريباً كافياً في مهارات التعامل مع مرضى، فقد بذل الباحثان جهوداً حسب تقديرها في سبيل إنجاح البرنامج الإرشادي وذلك من خلال تأكيد أهمية الدعم الاجتماعي وتقديم الخدمات النفسية وشرح أساليب حل المشكلات وضرورة تحسين الاتصال بين المرشد والمرضى لمساعدتهم على التكيف والتوافق النفسي.

ويرى الباحثان أن تفاعلها الاجتماعي والإنساني مع المرضى والكادر الطبي وما ساد فترة تطبيق البرنامج من ود ومحبة وقبول بين الباحثين والمرضى وإحساسهم بجدية وإصرار الباحثان على مساعدتهم لتجاوز مشاكلهم النفسيه الناجمة عن إصابتهم بمرض الفشل الكلوي، إضافة إلى أن الجلسات الإرشادية تم تطبيقها بعلمية ومهتية عالية، فإن كل هذه الخطوات ساعدت في نجاح البرنامج الإرشادي وإظهار فعاليته.

ويررى الباحثان أن التدخل المعرفي نجح مع المرضى لأنه وفر لهم المشاركة الفعالة والإيجابية في علاج الإكتئاب، وأن العلاج المعرفي له من الكفاءة والقدرة على التصدي وبصرامة للتقييمات السلبية الذاتية عميقة الجذور.

عرض نتيجة الفرضية الثانية:

نص الفرضية: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع)

لحساب الفروق في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى)، قام الباحثان بحساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار (ت)، الجدول رقم (4) يوضح ذلك:

جدول ٤: (يوضح قيم الوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية لقياس الفرق في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
ذكر	44.5000	7.73828	39.074	39	.000

نلاحظ من الجدول أعلاه أن القيمة التائية قد بلغت (39.074) وأن القيمة الإحتمالية لإختبار (ت) كانت مقدارها (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى) لصالح النوع (ذكر).

مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية:

من خلال التحليل الإحصائي تأكد صحة الفرض القائل بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع لصالح النوع (ذكر).

إختلفت هذه النتيجة مع دراسة إدريس، س. (2008) حيث أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب وعمر المريض والجنس والوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في زراعة الكلى، دراسة مكاي (1997) حيث كشفت النتائج عن عدم وجود أي اختلافات في مستوى الإكتئاب لدى ذكور وإناث المجموعة التجريبية في القياس البعدى.

ويرى الباحثان أن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع لصالح النوع (ذكر)، يؤكد ما أشارت به الإحصائيات الرسمية في كثير من الدول إلى أن النساء أكثر عرضة من ضعفين إلى ثلاثة أضعاف في أرجحية تشخيص أحوالهن بالإكتئاب مما يؤدي إلى إنطباع مشترك أن الإكتئاب هو عموماً من الأمراض التي تصيب المرأة (الشبكة العنكبوتية، قناة العربية التلفزيونية، 2017). كذلك فإن النساء يقمن بتضخيم الأعراض المحتملة للإكتئاب بينما يقلل الرجال من حدة تلك الأعراض، إضافة إلى أن الرجال يقومون بالتفريغ عن النفس والذي يؤدي بدوره من التخفيف من الحزن المرضي والوحدة والإغتراب عندهم ويرتبط هذا بمفهوم (الإكتئاب المقنع)

عرض نتيجة الفرضية الثالثة:

نص الفرضية: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر)

لحساب الفروق في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر (من 15 إلى 24 سنة، من 25 إلى 34 سنة، من 35 إلى 44 سنة، من 45 إلى 54 سنة، من 55 إلى 64 سنة، من 65 إلى 74 سنة)، قام الباحثان بحساب تحليل التباين الأحادي، الجدول رقم (4/4) يوضح ذلك:
الجدول ٥) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	القيمة الفائية	القيمة الاحتمالية
S.V	S.S	D.F	M.S	F	Sig
بين المجموعات	225.911	5	45.182	.965	.453
داخل المجموعات	1592.089	34	46.826		
الكلي	1818.000	39			

يبين الجدول (٥) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر (من 15 إلى 24 سنة، من 25 إلى 34 سنة، من 35 إلى 44 سنة، من 45 إلى 54 سنة، من 55 إلى 64 سنة، من 65 إلى 74 سنة)، وذلك استناداً إلى قيمة (F) المحسوبة لمتغير العمر (.965)، وقيمتها الإحصائية التي تساوي (.453) وهي أكبر من مستوى الدلالة (.05)، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر.

مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثالثة:

من خلال التحليل الإحصائي تأكد عدم صحة الفرض القائل بوجود فروق ذات دلالة إحصائية مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر.

لم تتناول الدراسات السابق الفروق في إحصائية مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر.

ويرى الباحثان أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر، يعود إلى أن ليس للعمر تأثير في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي، بل أن الفروق تنجم عن عوامل أخرى (نفسية، إجتماعية، ذاتية... إلخ).
عرض نتيجة الفرضية الرابعة:

نص الفرضية: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية)

لحساب الفروق في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل)، قام الباحثان بحساب تحليل التباين الأحادي، الجدول رقم (5/4) يوضح ذلك:

الجدول ٦ (نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية

القيمة الاحتمالية	القيمة الفائية	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
Sig	F	M.S	D.F	S.S	S.V
.007	5.648	212.613	2	425.226	بين المجموعات
		37.643	37	1392.774	داخل المجموعات

			39	1818.00 0	الكلية
--	--	--	----	--------------	--------

يبين الجدول (٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل)، وذلك استناداً إلى قيمة (F) المحسوبة لمتغير الحالة الإجتماعية (5.648)، وقيمتها الإحتمالية التي تساوي (0.007) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية لصالح الحالة الإجتماعية (متزوج)

جدول (٧) يبين الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الحالة الإجتماعية

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الحالة الإجتماعية
4.56696	37.5000	أعزب
6.44664	45.6774	متزوج
.	44.0000	أرمل

مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الرابعة:

من خلال التحليل الإحصائي تأكد صحة الفرض القائل بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية لصالح الحالة الإجتماعية (متزوج).

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة إدريس (2008) حيث أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب وعمر المريض والجنس والوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في زراعة الكلية.

ويرى الباحثان أن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية لصالح الحالة الإجتماعية (متزوج) يعود إلى طبيعة الرجل البيولوجية والنفسية ومهامه الحياتية التي تختلف عن المرأة، حيث جعلت هذه الطبيعة

للرجل قدرة عالية على تحمل مشاكل الحياة، وهذا ما أشارت إليه دراسة بريطانية والتي أعلن من خلالها علماء بريطانيون أنهم عثروا على دلائل تشير إلى أن الحياة الزوجية تحفز لدى الأزواج (نشاطات لا تزال محيرة) حيث تقودهم إلى وضع صحي أفضل وعمر مديد مقارنة بالعزاب. وأشارت دراسة أجريت على (20) ألف رجل من المتزوجين على مدى (20) عاماً إلى أنهم يعيشون بمعدل (3) أعوام أكثر من الرجال العزاب. ويعزو العلماء ذلك إلى أن الزواج يجعل المتزوجين يعيشون نمطاً صحياً أكثر قوة من العزاب، كما يدفعهم إلى العمل الدؤوب للعناية بعائلاتهم وبيوتهم. وقال البروفسير (أنريو أسوالد) من جامعة أويك أن الزواج به فوائد للصحة النفسية والعقلية للمتزوجين.

النتائج:

1. أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري يتسم بالفعالية.
2. 3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى) لصالح النوع (ذكر).
3. 4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر.
4. 5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الأمل ومركز قطر الخيري بمحلية بحري بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح الحالة الاجتماعية (متزوج).

التوصيات:

- في ضوء النتائج التي أسفرت عنها البحث الحالي يقترح الباحثان عدداً من التوصيات، وهي ما يلي:
1. أن تقوم وزارة الصحة والمستشفيات التي تقدم خدمة الغسيل الكلوي بتقديم برامج وفعاليات في الإرشاد النفسي من قبل مختصين لمرضى الفشل الكلوي للتخفيف من حدة التوتر والقلق والإكتئاب النفسي الذي ينتاب المرضى.
 2. أن تقوم وزارة الصحة والمستشفيات التي تقدم خدمة الغسيل الكلوي بتعيين اخصائيين نفسيين واجتماعيين مؤهلين للتعامل مع مرضى الفشل الكلوي.

3. بعد التحقق من فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض مستوى الإكتئاب النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي لمستخدم في الدراسة الحالية يمكن تعميم تطبيقه في جميع المستشفيات.
4. إصدار نشرات توعية للمرضى حول المرض وما يتصل به من تغذية خاصة وأنماط حياتية خاصة.

المصادر والمراجع

أولاً: المصادر:

- القرآن الكريم

ثانياً: المراجع

أ. المراجع العربية.

1. إبراهيم ، عبد الستار (2009). الاكتئاب والكر النفسي فهمه وأساليبه من منظور معرفي - نفسي ، القاهرة: دار الكاتب للطباعة والنشر والتوزيع ، الطبعة الثانية .
2. اسماعيل ، عزت اسماعيل (2004) الإكتئاب النفس اعراضه وانماطه واسبابه وعلاجه ، وكالة المطبوعات ، الكويت.
3. بيك ، أرون ، العلاج المعرفي والاضطرابات الإنفعالية ، ترجمة عادل مصطفى (2000) ، دار النهضة العربية الطبعة الاولى .
4. بيك ، أرون ، سكوت ، جان ، وليامز ، مارك ، - (2000)، العلاج المعرفي والممارسه الإكلينيكية ، ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
5. حسين ، طه عبد العظيم ؛ الصحة النفسية ومشكلاتها لدى الأطفال ، مصر، دار الجامعة الجديدة(2010).
6. زهران ،حامد عبد السلام (2005) الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
7. زهران، حامد عبد السلام (2001) الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
8. الشناوي ، محمد محروس و عبدالرحمن، محمد السيد (1998م) العلاج السلوكي الحديث : أسسه وتطبيقاته ، دار قباء للطباعة والنشر ، القاهرة .
9. عبد الباقي ، سلوي (2002) الاكتئاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية، ج2 العدد 3 ص 479-437.

10. عبد اللطيف، حسن إبراهيم (2001): الاكتئاب النفسي، دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين دراسات نفسية. المجلد السابع .
11. العساف ، صالح بن حمد (1995) المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. ط1. الرياض: مطبعة شركة العبيكان للطباعة والنشر الرياضي.
12. عكاشة ، احمد (2003) الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة..
13. فاضل، خليل(1997): الصحة النفسية للأسرة ، الدار العربية للنشر والتوزيع، جدة.
14. فرج عبد القادر طه (2000) أصول علم النفس الحديث ، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
15. المحارب، ناصر بن إبراهيم(2000): المرشد في العلاج الإستعرافي السلوكي. دار الزهراء، الرياض.
16. محمد ، عادل عبدالله (2000م) العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات ، دار الرشاد ، القاهرة .
1. أدريس، سامية (2008). فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الإستصفاء الدموي)، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم.
2. صلاح الدين عراقي (1991م) . العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعليته في علاج الاكتئاب العصابي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بنها . 02001
3. مكاوي، صلاح فؤاد محمد (1997)، فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي، أطروحة دكتوراه. كلية التربية، جامعة عين شمس.

ب. المراجع الأجنبية:

1. Hiwel, C. Band, R. Ju, A. Chang, Ming, D. Chu, Ru, K. Chou, (2006). **The Evaluation of Cognitive Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self Esteem.**Archives of Psychiatric Nursing. Vol. 20, 1,3-11.

