

Strategies for Reducing Anxiety and Depression in Chronic Disease Patients

Abdullah Abed Shehab

General Directorate of Education in Anbar, Head of Teachers' Syndicate in Anbar, Ramadi, Iraq
abshe69@gmail.com

KEYWORDS: Anxiety, Depression, Chronic Diseases, Strategy, Reduction.



<https://doi.org/10.51345/v36i1.1058.g522>

ABSTRACT:

Since chronic diseases have a negative impact on both the patient and their community, and given that the number of people suffering from these diseases is continuously increasing, the current research aims to develop a cognitive therapeutic program to help kidney failure patients who visit Ramadi Teaching Hospital reduce their anxiety and depression. This was done by randomly applying two scales to a number of patients representing the research population, which consisted of 50 kidney failure patients. The researcher used an experimental research method with pre and post-tests. From the 30 patients receiving treatment who suffered from anxiety, 10 individuals were randomly selected who agreed to participate in the training program. The researcher developed a cognitive therapeutic program after applying anxiety and depression scales, consisting of 12 sessions. After obtaining written consent from the research sample, therapy sessions were scheduled in coordination with the treating physician on the same day as their doctor's appointments, and after completing their specialist consultation, the researcher would gather the research sample and begin the sessions. At the end of the period, which extended for three months with one session per week (except for the final session at the program's end), both scales were applied in the last session. The researcher found that the experimental group's scores had decreased significantly compared to their scores in the first application at the beginning of the program, indicating that the program had an effect on the research sample as their scores on both anxiety and depression scales decreased.

استراتيجيات خفض القلق والاكتئاب لدى أصحاب الأمراض المزمنة

أ.م.د. عبدالله عبد شهاب

المديرية العامة للتربية في الأنبار، رئيس نقابة المعلمين في الأنبار، الرمادي، العراق

abshe69@gmail.com

الكلمات المفتاحية: القلق، والاكتئاب، امراض مزمنة، استراتيجيات، خفض

<https://doi.org/10.51345/v36i1.1058.g522>

الملخص:

بما ان الامراض المزمنة لها تأثيرا سينا على المريض والمجتمع الذي يعيش فيه وخاصة ان اعداد الأشخاص الذين يعانون من هذه الامراض اصبح في تزايد مستمر لذا يهدف البحث الحالي بناء برنامج علاجي معرفي يساعد مرضى الفشل الكلوي الذين يراجعون مستشفى الرمادي التعليمي لخفض القلق والاكتئاب الذي يعانون منه من خلال تطبيق المقياسين بالطريقة العشوائية على عدد من المراجعين والذين يمثلون مجتمع البحث بلغ عددهم (50) مريضاً من أصحاب الفشل الكلوي، استخدم الباحث طريقة البحث التجريبي ذات الاختبارين القبلي والبعدي، الذين يعانون من القلق تم اختيار (10) اشخاص بطريقة عشوائية من (30) ممن يتلقون العلاج وافقوا على الانخراط في البرنامج التدريبي. قام الباحث ببناء برنامج علاجي معرفي بعد تطبيق مقياسي القلق والاكتئاب تكون من 12 جلسة. بعد ان تمت الموافقة الخطية من قبل عينة البحث تم تحديد جلسة العلاج بالاتفاق مع الطبيب المعالج بنفس يوم مراجعتهم للطبيب وبعد الانتهاء من مراجعة الطبيب المختص يقوم الباحث بجمع عينة البحث والبدء بالجلسات. وفي نهاية الفترة التي امتدت لثلاثة أشهر بمعدل جلسة في الاسبوع عدا الجلسة الاخيرة نهاية البرنامج وقد طبق المقياسين في الجلسة الاخيرة. وقد وجد الباحث ان درجات المجموعة التجريبية قد انخفضت بمستوى دلالة عن درجاتهم في التطبيق الأول عند بداية البرنامج مما يشير الى ان البرنامج له تأثير على عينة البحث حيث انخفضت درجاتهم على مقياسي القلق والاكتئاب.

مشكلة البحث:

للمرض المزمن تأثيرا سينا على المريض وبيئته والمجتمع الذي يعيش فيه منها ويتعامل معه في البد كإن حالته طبيعية وليست مزمنة فيقوم بإعفاء المريض من الدور والمسؤولية المناطة به ويقلل من دوره الوظيفي وهذا الأجراء لا يتناسب مع الشخص ودوره حيث يبقى المريض ملازما له طيلة حياته وهذا يتطلب منه ان يتكيف مع الازمة التي يعاني منها والتي تؤثر على نظرهم لأنفسهم وعوائلهم واصدقائهم واحتياجاتهم. (Bronnon & feist: 2003)

ان اعداد الأشخاص الذين يعانون من الإصابة بالأمراض المزمنة كبيره وفي تزايد مستمر في وقتنا الحالي فقد اشارت دراسة الكردي وجماعته (2004) الى ان اعداد الأشخاص الذين يعانون من مرض الفشل الكلوي موضوع دراستنا تزيد على (700,000) ألف شخص على مستوى العالم ربما الان تكون قد بلغت عدة ملايين (الكردي وآخرون: 2004)

قد يحدث القلق عند الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة ومنهم أصحاب الفشل الكلوي عند تعاملهم مع ظروفهم البيئية الضاغطة والتي تتطلب العديد من المهارات كاستراتيجيات وأساليب تكيفية حيث تشكل الاعراض العضوية والنفسية للمرض ضغطا نفسيا على المريض وعائلته ومجتمعه وهذا مما يتطلب اتخاذ موقف لمواجهة الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد المريض عن طريق استخدام استراتيجيات ومهارات جديدة (Blonnu,2000)

والفشل الكلوي من احدى الامراض المزمنة والذي يصاحبه اعراض نفسيه مؤلمة تبدو على المريض منها زيادة القلق والاكتئاب والاحساس بالضعف وعدم الأهمية واضطرابات النوم وقلق الموت وقله الرغبة في التعاون مع الاخرين سواء في العمل او المنزل (Daugitdsetal,2000).

ونتيجة لظهور اعداد كبيرة من مرضى الفشل الكلوي واهتمام الجهات الصحية في العالم وحرصهم على توفير الصحة النفسية لهذه الفئة من اجل ان يستمر دورها الوظيفي ولا يتعطل وان يتكيف المريض تجاه المرض جاءت الأهمية لهذه الدراسة من اجل معرفة فعالية التدريب على استراتيجيات خفض القلق والاكتئاب الذي يتعرض له مرضى الفشل الكلوي وتعتمد هذه الاستراتيجيات على:

أولاً: تدريب المرضى للتعرف على مدى ارتباط الألم الجسدي ببعض الأفكار العقلية المتعلقة بإحساس المريض بالأعراض النفسية والجسدية والانفعالية لأعاده بناء قدراتهم المعرفية والسيطرة على الألم.

ثانياً: تدريب المرضى لإيجاد مهارات تمكنهم من تغيير طرقهم في التكيف مع المرض (Keefe, Dunsmor 1992) والبرنامج العلاجي المعرفي المقدم في هذا البحث يعتمد على تغيير الأفكار السلبية للمريض ومساعدته في التغلب على القلق والاكتئاب من خلال استخدام استراتيجيات سلوكية تعتمد تمرين النفس مثل الاسترخاء والعقد السلوكي وإعادة البناء المعرفي من اجل ان تصبح العمليات المعرفية أكثر قدرة على الاتصال بالواقع.

أهمية البحث:

لقد حدثت تغيرات كبيرة على حياة الناس قد تؤدي الى تطور في خبراتهم وتغيرها مما يؤدي بالجسم الى عدم التوازن و يحتم علي الشخص استخدام المزيد من طاقته لأعاده التكيف مع التطور مما يضيف أعباء جديدة والتي يتوفر لدى جسم الفرد كميّة محدودة منها لإعادة التكيف الا ان زيادة الأحداث في فترة زمنية محددة يكون الخطر أكثر بتطور المرض ونتيجة للتطور العلمي في الرعاية الصحية أصبحت الأمراض المتعلقة بأساليب الحياة أكثر انتشاراً من بقية الأمراض مما دفع العلماء الى القيام بأجراء دراسات حول الضغوط النفسية وتأثيرها في الكثير من الأمراض الجسدية (Oltmanns & Emery,2000).

للأمراض المزمنة تأثيراً واضحاً ليس على المرضى أنفسهم فقط وإنما يمتد تأثيرها على أسرهم والمحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه وتعد إحدى أهم أسباب الوفيات في العالم وقد أثبتت التجارب أن المريض المزمن لن يعود إلى حالته الطبيعية حتى وإن شعر بتحسن في حالته الصحية لذلك نجد أن أسماء الأمراض المزمنة لها وقع مؤلم على الإنسان تجعله يرتعد خوفاً أمام هذا الداء الذي يعجز العلم في أحياناً كثيرة عن إيجاد حلول له عدا بعض الحالات لعلاجات تعويضية تخفف منه ولكل شخص استجابة خاصة عند التشخيص بإصابته بالمرض تتراوح ما بين الغضب والقلق والإحباط والاكتئاب (Kopp,1992) ومنهم من الذين لديهم الإيمان القوي بالله الذين تكون استجابتهم عادية إيماناً بالقضاء والقدر وحكمة الله.

الأمراض المزمنة ومنها الفشل الكلوي لها آثاراً سيئة على الجسم والعقل والحواس والغدد ومنها ما يؤثر في الحالة النفسية والتحكم فيها مما يؤدي إلى حدوث ضغطاً نفسياً شديداً على المريض ويجعل منه غير قادر على التعامل مع الآخرين وردود أفعالهم نحو مرضه (الحاج 1984). وبذلك وحسب طبيعة المريض وردود أفعاله تكون على شكلين: الأول: نظره سوداوية مظلمة متشائمة ويعاني من مشاعر الحزن والذنب والخوف والابتعاد عن الناس من خلال نظراته لنفسه كفاشل ويعمل على معاقبة نفسه ومحاسبتها ويستسلم للمرض مما يجعله يصاب بالاكتئاب والقلق ويجعلها تؤثر في حياته اليومية ووظائفه الاجتماعية مما ينعكس على مزاجه وتسيطر عليه الأفكار التشاؤمية (Lemoistre,1999)

الثاني: النظرة التفاؤلية لدرجة تؤدي إلى إنكار كل ما يشير إلى وجود المرض لديه ويدعي الشفاء ويروي حكايات عن كيفية علاجه وشفائه من المرض (Lemoistre,1999) وقد يكون ميل الأفراد إلى اعتبار الأمراض المزمنة أمراضاً عادية يمكن الشفاء منها واملهم كبير بالشفاء نتيجة تناول الأدوية واتباع التعليمات الصحية ولديهم أملاً بالشفاء من المرض وقد تكون هذه الاعتقادات صحيحة في حالة الأمراض الحادة ولكن عندما يصل المرض إلى مرحلة المزمن فيكون الأمر مختلفاً ويتطلب من المريض أن يتعلم كيف يمكن أن يتكيف مع الحالة طوال حياته (Brannon&feist,2003)

ونتيجة للمرض قد تعرض الفرد للمشاعر السلبية فهو بحاجة ماسة لإداره هذه المشاعر حول مرضه المزمن كونه يقضي ما تبقى من حياته يعاني من هذا المرض وعدم الجدوى من العمل والكفاءة فتحصل معه تغيرات في المرض نفسه وتعد هذه النقطة مهمه بالنسبة للكادر الطبي الذي يتولى رعايته وعلى إثر ذلك قام الاختصاصيون بالجوانب النفسية بتقديم الإجراءات والمداخلات التي قد تكون مساعده للمرضى أصحاب الأمراض المزمنة على إداره المشاعر والاضطرابات لدى المرضى (Young,1991)

وقد أشار يونك (Young 1991) إلى أن الجماعات الداعمة لا أصحاب الأمراض المزمنة إلى حاجة المريض صاحب المرض المزمن إلى الدعم النفسي كون المرض يصعب الشفاء منه وخاصة حاجتهم إلى الإحساس

بالسيطرة على شؤون حياتهم والتي تعد من اهم حقوقهم على ان يتضمن ذلك الدعم الاهتمام بمشاركه المريض نفسه بتلك الإجراءات التي يقومون بها والتي تعد من حقوق المريض (Young:1991)

ومن المطالب الأخرى للتعامل مع المريض هو إقامة علاقات بيئية وشخصيه وتعاملات مع الآخرين كون الدعم الاجتماعي من العوامل المهمة والمؤثرة على الصحة بصوره عامه وتعد الاسرة من الجهات المهمة لهذا الدعم عندما يقع المرض المزمن وتتغير سلوكيات هؤلاء الأشخاص المرضى من حيث توقعاتهم وعلاقاتهم بالآخرين (Brannon & feist, 2003)

ومن خلال ما تقدم تبدا لنا اهمية دراسة موضوع الاستراتيجيات التي تساعد على خفض القلق والاكتئاب عند أصحاب الامراض المزمنة ومنهم أصحاب الفشل الكلوي.

فرضيه البحث:

يفترض البحث الحالي لتحقيق هدفه: (وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات القلق والاكتئاب عند المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج ناتجه عن فاعليه البرنامج التدريبي)

اهداف البحث:

يهدف البحث الحالي الى تعرف أثر استراتيجيات خفض القلق والاكتئاب عند أصحاب الامراض المزمنة (الفشل الكلوي)

تحديد المصطلحات:

1. الامراض المزمنة: هي الامراض التي تستمر لفترة طويله وغير قابله للشفاء منها ويمكن السيطرة على اعراضها عن طريق تنظيم الغذاء والتمارين والأدوية منها السكري والضغط والمفاصل والسرطان والقلب والفشل الكلوي. (Cleveland chin heath system,2004: 96).
2. القلق: عرفه البرت: 2004 هو من الاضطرابات النفسية الشائعة بين المجتمعات سواء الاسوياء او غير الاسوياء يؤثر فيهم ويقلل من القدرة على التفاعل فيما بينهم بما يقلل من القدرة على التركيز. (البرت: 2004: 86)
3. الاكتئاب: عرفه شيفر وميلمان: 2001: هو شعور بالحزن والغم مع انخفاض في فعالية الفرد. (شيفر وميلمان: 2001: 67)
4. الاستراتيجيات: وهي برنامج تدريبي لخفض القلق والاكتئاب. قائم على مبادئ العلاج السلوكي المعرفي.

حدود البحث:

اقتصر البحث الحالي على المرضى المصابين بالفشل الكلوي الذين يراجعون مستشفى الرمادي التعليمي في مدينته الرمادي - محافظه الانبار - المصابين بمرض الفشل الكلوي

إطار نظري ودراسات سابقة:

القلق:

يمثل القلق أحد الاضطرابات المؤثرة على الناس على مستوى العالم مما جعل بعض علماء النفس يطلقون على عصرنا الحالي بعصر القلق. هو خوف لا مبرر له ولا يتناسب مع المؤشرات المولدة له ونسبة شيوعه بين (10 - 15%) من مجموع المرضى الذين يترددون على العيادات الطبية (عبد الرحمن: 2000: 65) والقلق الذي يتعرض له الافراد بسبب ضغوط الحياة حاله عادي يمر بها جميع الافراد الا ان الظروف المحيطة بالفرد فضلا عن طبيعة شخصيته قد تزيد من مستوى القلق أكثر مما هو معتاد (الرفاعي: 1982: 97) وللقلق اعراض يدركها الأشخاص الذين يتعرضون له وهي:

1. الاعراض الجسدية وتلاحظ بوضوح في تعرق الكفين وتوتر عضلات الفرد وزيادة نبضات القلب.
 2. اعراض معرفية: وتتمثل في زيادة ومبالغة في تقدير الخطورة والخوف من عدم وجود مساعدة من الآخرين وتوقع الكوارث.
 3. اعراض سلوكية: وتبدو من خلال تجنب الظروف التي يمكن ان يحدث خلالها القلق ومغادره المناطق التي ييدا فيها ظهور القلق.
- ويرى ألس (Ellis) ان المعتقدات والأفكار اللاعقلانية يمكن ان تؤدي الى حدوث القلق بحجم القلق الذي قد سببه الفرد لنفسه يزداد عندما يعتقد انه يجب ان يكون على درجه كبيره من الكفاءة والمنافسة حتى يكون شخصا ذو اهمية (محمد: 2000: 86)

الاكتئاب:

يعد الاكتئاب من المشكلات النفسية الشائعة الانتشار في جميع الدول ومنها المتقدمة على وجه الخصوص حيث عده أبو حجلة (1998) أحد المشاعر الانسانية الطبيعية ولا يعد عرضا الا إذا لم يكن سببه واضح او قد يكون مبالغ فيه ولا يتناسب مع سبب حدوثه او مبالغ فيه من حيث المدة او الشدة (أبو حجلة: 1998: 110).

فيما عدة (شيفر وميلمان: 2001) هو شعور بالحزن والغم مرتبط بانخفاض فعالية الفرد (شيفر وميلمان: 2010: 225).

وقد أشار **oltmann and Emery, 2000** الى ان المواقف التي تعمل على خفض تقدير الفرد والتي تتضمن احباط الفرد من تحقيق اهد أهدافه المهمة او تفرض عليه ظروفًا ومواقف لا يستطيع حلها او التي تؤدي الى التدهور البدني الناتج عن الامراض يمكن ان تكون كافية لظهور الاكتئاب وللاكتئاب اعراض معرفية وسلوكية.

- **اعراض الاكتئاب المعرفية:** مثل اليأس ولوم الذات وعدم القدرة على التركيز والأفكار الانتحارية.
- **اعراض سلوكية:** تبدو من خلال الانطواء وتجنب الآخرين وعدم الرغبة بإنجاز الاعمال التي كانت منتهى للفرد فيما سبق.

دراسات سابقة:

هناك عدد كبير من الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع بصيغ مختلفة عن هذه الدراسة منها:

1- دراسة: Hargen Peterson: 2001

تكونت عينه الدراسة من 15 مريضاً تتراوح أعمارهم بين (50-86) سنة أظهرت نتائجها وجود العديد من المشكلات النفسية عند مرضى الفشل الكلوي الذين يستخدمون جهاز تنقية الدم وأوضحت ان اعتمادهم الدائم على الجهاز قد أحدث تأثيراً سلبياً على حياتهم العائلية والاجتماعية والزوجية وأحدث الكثير من التحديات مما يجعل تقبل المريض لنوعه العلاج تسهل من عملية توافقه مع نفسه ومرضه المزمن وكان للقائمين على العلاج دوراً مهماً في عملية التكيف والتوافق النفسي للمريض نحو مرضه المزمن.

(Hargen, luzen; 2001p196-202).

2- دراسة التميمي (2003)

هدفت الدراسة الى معرفة العلاقة بين التكيف النفسي ودرجات القلق والاكتئاب لمرضى الفشل الكلوي المزمن وتفحص ما إذا كان لخصائص المريض الديمغرافية علاقة بدرجات التكيف وأوضحت الدراسات ثمانية استراتيجيات تم استخدامها من قبل المرضى وهي الايجابية والعمل والنشاط ومعرفة اشخاص جدد وتوقع العطف والاشتقاق وكان الانخراط في العمل هو اقلها تكيفاً (التميمي: 2003: 96).

إجراءات البحث:

- **مجتمع البحث:** يتكون مجتمع البحث من المرضى المصابين بالفشل الكلوي المراجعين الى مستشفى الرمادي التعليمي في الانبار والذين تجاوز عددهم (60) فرداً

- **عينه البحث:** تكونت عينه البحث من (10) افراد من مرضى الفشل الكلوي الذين يعالجون عن طريق غسيل الكلى والذين تم اختيارهم بعد عرض فكرة البرنامج وتطبيق اختباري القلق والاكتئاب على عدد من المرضى بلغ (50) مريضاً وقد تم اختيار (10) مرضى منهم وهم الذين كانت درجاتهم عالية على اختباري القلق والاكتئاب وقد ابدى عدد منهم الاستعداد للاستعداد للالتحاق بالبرنامج العلاجي والذي يطبق من خلال القعة الموجودة في عيادة الطبيب بعد ان تم الاتفاق مع الطبيب بفحصهم بيوم واحد، الواحد تلو الآخر

- **أدوات البحث:** أعد الباحث مقياسين لقياس القلق والاكتئاب من خلال مراجعة الدراسات والادبيات والأبحاث السابقة وقد مرت الأدوات بإجراءات اعداد المقاييس وتأكد من صلاحيتها لقياس ما وضعت لأجله عن طريق عرضها على عدد من الخبراء في مجال (العلوم التربوية والنفسية والصحة النفسية والقياس النفسي) ملحق (1)

1- مقياس القلق: أعده الباحث يتكون من (25) فقرة بعد ان مر بمراحل اعداد المقياس ووجد له صدق وثبات.

2- مقياس الاكتئاب: وقد تكون كذلك من (25) فقرة بعد ان مر بمراحل اعداد المقياس كما سبق ذكره.

3- ونظرا لكون العينة من المرضى ولكون المجموعة التجريبية قد تبرعوا في الانخراط في البرنامج وصعوبة البقاء على تواصل مع المجموعة الثانية الضابطة واحضارهم لإجراءات البرنامج من الضبط وتطبيق المقاييس عليهم بعد التنفيذ فقد اكتفى الباحث بإجراءات القياس قبل البرنامج وبعد تطبيقه على المجموعة التجريبية لإمكانية تحقيق ذلك بسهولة.

الوسائل الإحصائية:

استخدم الباحث الوسائل الإحصائية لإكمال متطلبات بحثه (المتوسط الحسابي - الانحراف المعياري - الاختبار التائي - **T test** - اختبار ولكوكسن).

البرنامج العلاجي المعرفي:

لقد تم اعداد جلسات البرنامج لاستراتيجيات خفض القلق والاكتئاب النفسي لمرضى الفشل الكلوي من اجل اكساب المرضى استراتيجيات ومهارات للتعامل مع المرض من خلال أساليب سلوكية ومعرفية ومهارات تؤدي الى خفض القلق والاكتئاب ومن خلال اطلاع الباحث على عدد من الدراسات التي استخدمت برامج علاجية واسس بناء البرامج وعدد من الدراسات التي تعاملت مع المرضى واعداد برامج لهم واعتماد

نتائج ادائي القياس (مقياس القلق والاكتئاب) والتي من خلالها تم تحديد الجلسات اعتمادا على حده الفقرات والتي كان وسطها الحسابي يتراوح بين (2، 70-1,90) وانحرافها المعياري بين (1.20-1.74) على مقياس القلق.

وتراوحت درجات المتوسط الحسابي للمجموعة على مقياس الاكتئاب بين (2.46- 3.21) وانحراف معياري بين (1.08-1.62) حيث كانت حدة الفقرات اعتمادا على وسطها الحسابي وانحرافها المعياري وقد تم عرض البرنامج بصيغته الأولية على عدد من الخبراء والمختصين في ميدان علم النفس والقياس النفسي للتأكد من مدى مناسبة لأهداف والأنشطة التي استخدمت فيه والفترة الزمنية لتحقيق الأهداف وتحديد زمن الجلسات: وقد اعتمد الباحث نموذج (بوردر ودروري 1992) **Borders&Drury: 1992** في بناء البرنامج والذي يتبع الخطوات الآتية في تخطيط البرنامج وهي:

1. تقرير وتحديد احتياجات المرضى من الموضوع
2. وضع اهداف للبرنامج يسعى لتحقيقها
3. تحديد الأهداف حسب الأولويات
4. ترشيح الأشخاص المتقدمين للبرنامج
5. اختيار وتنفيذ النشاطات المستخدمة في البرنامج
6. التقييم النهائي لكفاءة البرنامج. (**Borders&Drury: 1992p487**)

اهداف البرنامج التدريبي الارشادي:

هدف البرنامج التدريبي الى اكساب عيने مرضى الفشل الكلوي المزمن كيفية التعامل مع المرض وفق أساليب معرفية وسلوكيه تؤدي الى خفض القلق والاكتئاب مما يؤدي الى زيادة التوافق النفسي ويهدف البرنامج استخدام استراتيجيات معرفية مثل الاسترخاء واعاده البناء المعرفي وتزويد المرضى ببعض أنماط التفكير العقلاني ونظم معرفية تؤثر إيجابا في سلوكهم وافكارهم وفق الخطوات التالية:

- 1- اقناعهم بان أفكارهم التي يؤمنون بها هي التي تؤدي الى تحريك انفعالاتهم وسلوكهم.
- 2- تدريبهم على كيفية تحديد الأفكار المنطقية التي تعد الحرك الأساس لانفعالاتهم وسلوكهم.
- 3- تقديم أفكار جديده إيجابيه وعقلانية بدلا من الأفكار التي تم الاستغناء عنها.

جلسات البرنامج التدريبي الارشادي لخفض القلق والاكتئاب:

الجلسة الأولى: مدتها 25 دقيقة

الحاجات المرتبطة بالموضوع: تهيئة افراد المجموعة للبرنامج التدريبي الارشادي والتعارف فيما بينهم

الهدف العام: تهيئة افراد المجموعة للتعارف وبناء علاقة ثقة بينهم وبين الباحث والتفاعل مع البرنامج.

الهدف الخاص: ان يتعرف افراد المجموعة فيما بينهم وان يتعرفوا اهداف البرنامج والإجراءات المطلوبة منهم. وان يتعرفوا معنى القلق والاكتئاب وما هو تأثيره على حالتهم الصحية.

الاستراتيجيات المستخدمة: اللقاء عبر الانترنت عن طريق برنامج الواتس اب - ومناقشة افراد المجموعة بما يشعرون به وماهي تصوراتهم عن حالتهم المرضية.

التقويم: توجيه سؤال الى افراد المجموعة لمعرفة رأيهم في البرنامج وتوقعاتهم وقناعاتهم عن الفائدة المتحققة التي يمكن ان يحصلوا عليها.

وسيقصر الباحث عرض تفاصيل الجلسة هنا لعدم وجود المجال ويكتفي بعرض مختصر لكل جلسة من الجلسات فقط بموضوعها وما سوف يدور فيها والاستراتيجيات المستخدمة فيها دون عرض تفصيل كامل لتخطيط الجلسة واجراءها في هذه الجلسة وجميع الجلسات.

الجلسة الثانية: الشعور بالغضب مدتها 20 دقيقة

ويقدم فيها الباحث شرحا عن معنى الغضب من منظور الإسلام وانه شعله من نار اقتبست من نار الله الموقدة وماهي نتائج الغضب -الحقد ومساوئه وفضائل كتم الغيظ (الغضب) ويذكرهم بالآية الكريمة (وعباد الرحمن الذين يمشون على الارض هونا واذا خاطبهم الجاهلون قالوا سلاما) (الفرقان: 63) ويذكرهم بان قدرة الله اعظم من قدرتهم على غيرهم والهدف من الجلسة مساعده افراد المجموعة على تجنب انفعال الغضب ومناقشتهم من خلال الآيات القرآنية والاحاديث النبوية ووجهة نظر العلماء المسلمين وعن الاثار الناتجة عن الغضب على صحتهم النفسية والجسمية وخاصة وهم بحاجة الى الراحة.

الجلسة الثالثة: التسامح والتوكل على الله مدتها 20 دقيقة

ويقدم فيها الباحث توضيح لمعنى التسامح والتوكل على الله فهو القادر على تسهيل الأمور سبحانه وتعالى

الحاجات المرتبطة بالموضوع: معرفة فضل من عفا عن إساءة الآخرين عند الله سبحانه وتعالى

الهدف العام: ان يعرف افراد المجموعة عادات التعامل والتسامح مع الآخرين

الهدف الخاص: معرفة اهمية التوكل على الله وعادات التعامل مع الآخرين لكي يفوز بالثواب عند الله سبحانه وتعالى وعند الآخرين ويشعره بالارتياح: ومن، الاستراتيجيات المستخدمة: محاضره عبر (الواتس اب) يبين فيها فوائد العفو عن الإساءة من الآخرين عند الله والتوكل على الله وما ينتج من شعور بالراحة

الجلسة الرابعة: الاكتئاب مدتها 30 دقيقة

الحاجات المرتبطة: معرفة معنى الاكتئاب واثاره السيئة على صحة المريض

الهدف العام: مساعدة المجموعة على تحديد أسباب الاكتئاب

الهدف الخاص: تنمية قدرات افراد المجموعة على مقاومة الاكتئاب وان يتعرفوا على اعراضه واثاره السلبية على الفرد والمجتمع.

الاستراتيجيات: يقدم الباحث نموذجا لأشخاص تعرضوا للاكتئاب ويوضح تأثيراته على الافراد وعلى عوائلهم من الناحية النفسية والاثار التي يتركها على الفرد. وفي نهاية الجلسة يقدم سؤالاً لمعرفة مدى الاستفادة التي تحققت للمجموعة.

الجلسة الخامسة: الثقة بالنفس مدتها 20 دقيقة

الحاجات: ان يكتسب افراد المجموعة الثقة بأنفسهم والآخرين.

الهدف العام: اكتساب المجموعة الثقة بأنفسهم وبالآخرين والقدرة على التعامل معهم

الهدف الخاص: ان يعرف افراد المجموعة دور الثقة بالنفس في نجاح الفرد في تجاوز المشكلة التي تعترض حياته. **الاستراتيجيات:** أسلوب المحاضرة فيتحدث لهم الباحث عن أهمية الثقة بالنفس لرفع الروح المعنوية والحصول على الخبرات وقدرات التعامل مع الآخرين ليتجنب المواقف التي تجلب له الضرر ويستشهد بأمثله من الحياة عن بعض الأشخاص الذين يضعون العراقيل امام أنفسهم ولا يثقون بما فيفسلون في تحقيق أهدافهم على عكس أصحاب الثقة العالية بالنفس. ثم يطرح سؤالاً في نهاية الجلسة لمعرفة مدى الاستفادة من الجلسة.

الجلسة السادسة: القلق مدتها 30 دقيقة

الحاجات المرتبطة: معرفة القلق وانواعه واسبابه وتأثيراته

الهدف العام: مساعده الافراد على معرفة معنى القلق وتحديد الأسباب التي تؤدي اليه واثاره السلبية على الفرد المريض والمجتمع.

الهدف الخاص: تنمية قدرة الفرد على مقاومة القلق والتغلب عليه وتجنب اثاره.

الأساليب: المساعدة على تحديد اعراض القلق وتعليمهم مهاره سجل الأفكار وتطبيقها في حالات القلق ومن ثم يقدم سؤالاً في نهاية الجلسة الى افراد المجموعة لمعرفة ما تم الاستفادة منه في الجلسة لمعرفة معنى القلق واسبابه وكيفية التغلب عليه.

الجلسة السابعة: التفكير العقلاني مدتها 30 دقيقة

الحاجات: معرفة معنى التفكير العقلاني

الهدف العام: مساعدة افراد المجموعة على التفكير بطريقه عقلانية

الهدف الخاص: تنمية قدرات افراد المجموعة على التفكير بطريقه عقلانية ودحض الأفكار غير العقلانية ومساعدتهم على الاقتناع بان هناك أفكار غير عقلانية تنتاب تفكيرهم.

الاستراتيجيات: يقدم الباحث المحاضرة عن معنى التفكير غير العقلاني وما هو تأثير الأفكار غير العقلانية والتي تسبب لهم سلوك غير مقبول ومساعدتهم على تجاوز واكتساب أفكار عقلانية وان يكتسبوا القدرة على التمييز بين المعتقدات الخاطئة والمنطقية ويوضح لهم معنى الأفكار غير العقلانية والتي تؤثر في سلوكهم ومشاعرهم وتعيقهم عن الشعور بالارتياح وزيادة القلق ويقدم لهم امثله على ذلك. اما الأفكار العقلانية فهي الأفكار المنطقية التي يتبناها الفرد والتي تؤدي به الى الشعور بالرضا والارتياح ويوضح لهم خطورة الأفكار اللاعقلانية والتمسك وما ينتج عنها من اضطراب وكثير من المشكلات التي تعيق قدرتهم على التوافق وتزيد من خطورة المرض. ويقدم في نهاية الجلسة سؤالاً لمعرفة مدى الفائدة المتحققة التي اكتسبها..

الجلسة الثامنة: التعامل مع الاحداث الضاغطة مدتها 20 دقيقة

الحاجات المرتبطة: تحديد مفهوم الضغوط النفسية وانواعها واسبابها وتأثيرها الجسدي والنفسي

الهدف العام: التعرف على مفهوم الضغوط النفسية وانواعها واسبابها.

الهدف الخاص: ان يتمكن افراد المجموعة من التخفيف من حدة الضغوط النفسية ليهم ويتمكنوا من التعبير عن مشاعرهم بحرية وتحديد مصادر الضغوط لديهم واسبابها.

الاستراتيجيات: يقدم الباحث عبر تطبيق الواتس اب عرضاً عن موضوع الاحداث الضاغطة وانواعها واسبابها ومساعدتهم على فهم وتحديد مصادر الضغوط الخاصة بهم ويتم تدريبهم على ممارسة خطوات حل المشكلات المتمثلة بادراك الفرد بوجود المشكلة وتوظيف المهارات التي اكتسبها لخفض الأثر التي تعرض لها وتحديد المشكلة ومحاولة إيجاد حلول لها ومن ثم اتخاذ القرار الملائم ويدم في نهاية الجلسة سؤال لتقييم الجلسة ومدى الفائدة التي تمت.

الجلسة التاسعة: ضبط الذات مدتها 20 دقيقة

الموضوع: التحكم وضبط الذات اثناء جلسات العلاج

الحاجات المرتبطة بالموضوع: تنمية مهارات مواجهة الضغوط والمواقف الصعبة.

الأهداف العامة: تعليم افراد المجموعة اهمية تعلم مهارات السيطرة وضبط الذات في المواقف التي تسبب الضغط والتوتر

الأهداف الخاصة: ان يتعلم افراد المجموعة مهارات التحكم بالذات والسيطرة على المواقف الصعبة.

الاستراتيجيات: يقدم الباحث محاضرة عن اهمية قدرة الفرد على ضبط النفس والتحكم بها في المواقف التي يتعرض لها خلال مراجعاته للعيادة من اجل العلاج والتغلب على المواقف التي تواجهه مع الآخرين في فترة العلاج مثل عدم احترام تسلسل المراجعة لتلقي العلاج وما تسببه من تدمير للفرد وما هو المطلوب منه للحفاظ على هدوءه في سبيل صحته وماهي التصرفات البديلة من اجل تجاوز الموقف وضبط الذات.

الجلسة العاشرة: المرونة في التعامل مع الأحداث الضاغطة مدتها 20 دقيقة

الحاجات المرتبطة: توضيح مفهوم الضغوط النفسية

المهدف العام: التعرف على مفهوم الضغوط النفسية وكيفية التعامل معها وانواعها والعوامل المسببة لها وتأثيرها على الافراد.

المهدف الخاص: مساعدته الافراد على كيفية التخفيف من الضغوط النفسية وحدتها والقدرة على التعبير عن مشاعرهم بحرية وتحديد مصادر الضغط واسبابه.

الاستراتيجيات: يقدم الباحث محاضره عن مفهوم الأحداث الضاغطة والتي تعني حاله من التوتر الشديد بسبب بعض العوامل التي تؤدي الى اختلال التوازن واضطراب السلوك بما يساعدهم على تحديد مصادر السلوك وكيفية تجاوز اثار الضغوط السيئة ومن ثم توجيه سؤال عن مدى استفادة المجموعة من الجلسة.

الجلسة الحادية عشر: تنمية المشاعر الايجابية نحو الذات مدتها 20 دقيقة

الحاجات المرتبطة: تنمية مفهوم إيجابي للفرد نحو نفسه والآخرين

المهدف العام: العمل على ازالة الممارسات السلبية وتعليم ممارسات بديلة عنها ايجابية

المهدف الخاص: ان يتعلم افراد المجموعة تطبيق العمل بنفسه وتكوين علاقات اجتماعية ايجابية بوعي ونجاح بما يؤدي الى ارتقاء الأنماط السلوكية.

الاستراتيجيات: المحاضرة عبر برنامج الواتس اب لمساعدة المجموعة على تنمية مفهوم ومشاعر ايجابية نحو الذات ومراجعة الفرد لنفسه وحرصه على تكوين علاقات وديه مع الآخرين وتقسيم المجموعة الى مجموعتين تقوم كل مجموعته بتقديم ممارسات ايجابية نحو الآخرين والثانية أدوار ايجابية نحو الممتلكات في ظل الدعم والتعزيز وتوظيف هذه التقنيات لممارسة خطوات الجلسة من خلال وضع أحد أعضاء المجموعة في موضع ضاغط ويطلب منه تطبيق الخطوات التي تعلمها وبقية الافراد الآخرين ضمن دائرة واحدة ومن حوله الأعضاء

لتحقيق فائدة أكبر ورؤيته انفسهم في مواقف متعددة من التفاعل الاجتماعي لإكسابهم طرق التفاعل والحوار والمهارات الاجتماعية التي تخفف الضغوط ومن ثم توجيه سؤال للمجموعة عن مدى استفادتهم من الجلسة بهدف التقويم.

الجلسة الثانية عشر: انهاء البرنامج المدة 40 دقيقة

الحاجات: التذكير بما دار في الجلسات بصوره سريعة

المهدف العام: تقييم فاعليه البرنامج الارشادي

المهدف الخاص: ان يتعرف افراد المجموعة على مدى فاعليه البرنامج

الاستراتيجيات: يقدم الشكر لا افراد المجموعة على تعاونهم ومواظبتهم على حضور الجلسات وموافقتهم على الدخول في البرنامج ومتابعه الجلسات. ويطلب منهم إعطاء آرائهم كل على انفراد بالبرنامج وأخيرا تطبيق المقياسين البعدين (القلق والاكتئاب) على افراد المجموعة ويطلب منهم الإجابة على الفقرات واعادتها عن طريق الانترنت.

النتائج وتفسيرها:

هدف البحث: يهدف البحث الى تعرف أثر الاستراتيجيات المستخدمة من قبل مرضى الفشل الكلوي في خفض القلق والاكتئاب وقد استخدم اختبار (ت) للتأكد فيما إذا كانت هناك فروق دالة احصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق والاكتئاب في القياس القبلي.

جدول (1) يبين نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق في متوسط درجات القلق والاكتئاب عند المجموعة التجريبية في القياس القبلي والتي

عددها (10) افراد

المتغير	عدد افراد المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة عند 0,05
القلق	10	23,116	3,498	1,420	غير دالة
الاكتئاب	10	6,555	4,351	0,970	غير دالة

يبين لنا الجدول (1) متوسط درجات القلق والانحراف المعياري قبل تنفيذ البرنامج الارشادي فقد كان متوسط درجات القلق (23,116) والانحراف المعياري (3.498) وبالنظر الى مقياس القلق الذي أعده الباحث يتبين لنا متوسط درجات المجموعة في اجاباتهم على المقياس تتراوح بين (2,70) و(1,90) وهذا يشير وجود قلق عالي لدى افراد المجموعة التجريبية جدول 2. وبالنظر الى متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب وجد ان متوسط درجاتهم كان (6,555) والانحراف المعياري (4,351) وبالنظر الى مقياس الاكتئاب يتبين ان متوسط درجات إجابات المجموعة يتراوح بين (3,21) و(2,35)

جدول 3

جدول (2) يبين درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق والذي يضم (25) فقرة وقد بلغ عدد الفقرات المتحققة (20) فقرة تراوحت اوساطها الحسابية بين 2,70 و 2,10) وانحرافها المعياري بين (1,74 و 1,25)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات	تسلسل الفقرة في المقياس	تسلسل الفقرة
1,74	2,70	أشعر بالتوتر ولا أستطيع النوم	7	1
1,72	2,69	أعتقد بأني عصبي أكثر من الآخرين	3	2
1,67	2,65	اتعرض للاستثارة بأبسط الأمور	8	3
1,64	2,63	لا أستطيع الجلوس طويلا في غرفة الانتظار	9	4
1,62	2,59	أشعر بآلام والتعب دائما	10	5
1,58	2,55	ثقتي بنفسي قليلة	5	6
1,57	2,51	اتعرض للآلام في المعدة في كثير من الأحيان	13	7
1,55	2,49	تصيبني نوبات من الغثيان	14	8
1,53	2,43	تؤلمني نظرات الشفقة من الآخرين نحوي	15	9
1,49	2,35	رايتي لا يكفي لسد احتياجات مراجعات الطبيب	18	10
1,47	2,31	أشعر بالقلق من المستقبل بعدم الشفاء	19	11
1,45	2,29	يصيبني التوتر عندما أرى أعدادا كبيرة من المراجعين في العيادة	20	12
1,42	2,27	يضايقني كثرة الاقتراحات من الأصدقاء والأقرباء عن حالتي	21	13
1,39	2,24	نومي مضطرب ومتقطع	1	14
1,35	2,23	أكون عصبي جدا خلال الانتظار عند الطبيب	6	15
1,34	2,20	أشعر بالتعب وان الحياة لا تستحق ان أعيشها	16	16
1,32	2,19	أخشى من حالتي المرضية	23	17
1,29	2,16	أشعر بالآلام والضيق نتيجة النفاق الاجتماعي	24	18
1,26	2,13	أشعر بالجوع والحاجة الى الطعام دائما	4	19
1,25	2,10	محاوئي كثيره عند مقارنتها بأصدقائي	12	20
1,22	2,08	لا أستطيع التركيز جيدا نتيجة التفكير بحالتي	22	21
1,19	2,05	لا أستطيع التركيز جيدا اثناء العمل	11	22
1,15	2,03	أشعر ان مهاراتي لا تمكنني من كسب قوتي	17	23
1,13	1,95	أشعر بانني لا أستطيع التفكير جيدا بحالتي	25	24
1,10	1,90	لا أستطيع النوم بسبب التفكير بحالتي	2	25

جدول (3) مقياس الاكتئاب

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات	تسلسل الفقرة في المقياس	تسلسل الفقرات
1,62	3,21	أشعر بالحزن اغلب الأوقات	1	1
1,58	3,19	ثقتي بنفسي قليلة	6	2
1,57	3,17	أشعر بانني شخص فاشل	3	3
1,55	3,14	أشعر بالكره تجاه نفسي	7	4

5	4	اشعر بالحزن لدرجة لا يستطيع تحملها	3,12	1,49
6	5	اشعر بالألم وتأتب الضمير دائما	3,10	1,45
7	21	أرى بان الأمور لا تسير لصالحى	3,08	1,41
8	12	ارغب في تصعب وتعقيد الأمور	2,95	1,40
9	10	لدي الرغبة في البكاء	2,90	1,38
10	13	اشعر بفقدان الأمان	2,88	1,37
11	15	اشعر بخيبة امل دائما	2,86	1,35
12	23	لا استمتع بالأشياء رغم حاجتي لها	2,85	1,32
13	16	اتوتر كثيرا عندما افكر في وضعي الحالي	2,82	1,29
14	14	يدور في ذهني بعض الأفكار التافهة	2,79	1,26
15	20	اشعر بفتور همتي تجاه مشكلتي	2,75	1,25
16	17	أتوقع ان يقع علي عقاب	2,73	1,24
17	18	دائما افكر بالانتحار	2,69	1,20
18	4	يؤنني ضميري على العديد من الأشياء	2,68	1,19
19	11	اعتقد بانى اقلق كثيرا	2,67	1,17
20	19	الوم نفسي على أمور حدثت دون ارادتي	2,66	1,15
21	9	اتعب بسرعة شديدة	2,65	1,12
22	18	انقد نفسي على أخطاء ليس لي ذنب فيها	2,45	1,11
23	24	اشعر بالتوتر لدرجة لا يستطيع النوم	2,40	1,10
24	22	اشعر بان الأمور لا تسير بصالحى	2,39	1,09
25	25	ابكي كثيرا حتى لو كان الامر بسيطا	2,35	1,08

يتبين من الجدول (3) انه يضم (25) فقرة وقد بلغ عدد الفقرات المتحققة (25) فقرة تراوحت اوساطها بين (2,35-3,21) وانحرافها المعياري بين (1,62-1,08)

جدول (4) يبين درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق والاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج

المتغير	قبل تطبيق البرنامج			بعد تطبيق البرنامج		
	عدد افراد المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	عدد افراد المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	10	23,116	3,498	10	20,410	2,980
الاكتئاب	10	6,555	4,351	10	2,40	2,980

وللتأكد من صحة النتائج استخدم الباحث اختبار ولكوسكن كما في الجدول (5)

جدول (5)

المجموعة التجريبية	العينة	قيمه(و)الصغرى	المحسوبة الكبرى	قيمه(و)الجدولية	مستوى الدلالة عند 0,05
10	صفر	4,57	8	دالة احصائية	

النتائج المرتبطة بفرضيه البحث وتفسيرها:

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات القلق في المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج ناتجة عن البرنامج التدريبي الارشادي ومن اجل التأكد من صحة الفرضية فقد تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للقلق للمجموعة قبل البرنامج فكان المتوسط (23,116) والانحراف المعياري (3,498) فيما كانت بعد البرنامج (20,410) وانحراف معياري (20,98) وهذا يشير الى انخفاض درجات القلق للمجموعة بعد تطبيق البرنامج عليهم.

اما في مقياس الاكتئاب فقد وجد ان المتوسط الحسابي لدرجاتهم كان (6,555) والانحراف المعياري (4,351) بينما ظهرت درجات المجموعة على مقياس القلق (2,40) وانحراف معياري (2,980) كما في الجدول (4) وهذا يشير الى ان البرنامج التدريبي الارشادي كان له تأثير في خفض القلق والاكتئاب لدى افراد المجموعة المصابين بالفشل الكلوي والذين يراجعون مستشفى الرمادي التعليمي.

وتدل هذه النتيجة ان الأساليب التي استخدمت في البرنامج اثبتت فاعليته في خفض القلق في هذا البحث وبعض الدراسات الأخرى وان الأساليب المعرفية لها دور كذلك في التخفيف من حدة القلق عن طريق تغيير طريقته تفكير الفرد وهذا مما له الدور المباشر في تغيير ادراك الفرد لنفسه وللموقف الذي هو فيه مما جعل ذلك ينعكس على مستوى القلق الذي يعاني منه ويخففه وأفاد البرنامج في تعليم افراد المجموعة بعض الاستراتيجيات في كيفية التعامل مع حاله القلق والاكتئاب عن طريق تغيير بناهم المعرفية تجاه المرض وساعدهم في القدرة على التكيف مع ظروفهم بصوره ايجابية وادراك ذلك بطريقة افضل مما ساعد على خفض درجات القلق التي يعاني منها افراد المجموعة قبل البرنامج وقد بدا ذلك واضحا بعد اكمال البرنامج على سلوك افراد المجموعة نتيجة الفائدة التي حصلوا عليها واحساسهم بالقدرة على المشاركة ببعض الفعاليات اليومية مما انعكس على سلوكهم في ظهور أفكار ايجابية استطاعت ان تحسن من وضعهم النفسي وهذا ينطبق مع ما اشارت اليه نتائج بعض الدراسات من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الاضطرابات السلوكية والنفسية لا صاحب الامراض المزمنة مما له تأثير على حياتهم وتشجيعهم على القيام بفعاليات ونشاطات يومية مما يجعلهم اكثر إحساسا بالنشاط والكفاءة الذاتية وتقبل الألم المرض والعلاجات التي يتعاطونها يوميا والمتمثلة بغسيل الكلى وبذلك تفهم أعضاء المجموعة الارشادية اعراض القلق والاكتئاب ومن خلال ربطها بأفكارهم السلبية واستبدالها بأفكار ايجابية متوازنة ساعدهم على عدم الانسحاب من الموقف والمشاركة في الفعاليات والممارسات العائلية نظرا لاعتقادهم بإمكانية النجاح والتغلب على المرض والاستمرار بالحياة.

التوصيات والمقترحات:

التوصيات:

في ضوء النتائج التي توصل اليها البحث يوصي الباحث بما يلي:

1. ضرورة الاهتمام بمجال الارشاد النفسي في المستشفيات ومراكز معالجة مرضى الامراض المزمنة لما له من دور في مساعدتهم على تجاوز مشكلاتهم المرضية حيث ان للجانب النفسي دور مهم في عمليات الشفاء.
2. ان يكون هناك تفاعل وتعاون بين مراكز الارشاد والاسناد النفسي وعائلات الأشخاص أصحاب الامراض المزمنة وتفعيل دور الارشاد الاسري لتلك العائلات من اجل تقديم الدعم لأبنائهم المرضى من خلال تفهم الاسر لمتطلبات أبنائهم المرضى.
3. العمل على توظيف البرامج العلاجية المقدمة للمرضى وإبراز دور الارشاد النفسي والذي تؤكد عليه الدراسات الحديثة.

المقترحات:

1. العمل على اجراء دراسات تأخذ على عاتقها الجمع بين الارشاد المعرفي والسلوكي للمرضى من خلال الجلسات المختلفة.
2. اجراء دراسات لاحقة لمعرفة مدى فاعليه الأساليب السلوكية والمعرفية في تحقيق التوافق للمرضى مع أنفسهم من خلال جلسات العلاج.

المصادر والمراجع:

1. البرت، كارل (2004)، أنماط الشخصية اسرارها وخفاياها، ط1 ترجمة حسين حمزة، دار كنوز المعرفة للنشر، عمان، الأردن.
2. أبو، حجله 1998: الطب النفسي الحديث-مطبعة الصفدي-عمان، الأردن.
3. باديسكي، كريستي، وغريتر، باديسكي (2001) العقل فوق العاطفة -ترجمة مبيضين، مأمون ط1، المكتب الإسلامي بيروت.
4. التميمي، امينة (2003) التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن، رسالة ماجستير غير منشورة-الجامعة الأردنية.
5. الحاج، فائز محمد (1984) الصحة النفسية ط2، المكتب الإسلامي.
6. الرفاعي، نعيم (1982) الصحة النفسية (دراسة نفسية في سيكولوجية التكيف) ط6، جامعة دمشق
7. شارلز، شيفرووارد ميلمان (2001) مشكلات الأطفال المراهقين وأساليب المساعدة فيها ط2-ترجمة نسمة داوود ونزيه حمدي، منشورات الجامعة الأردنية، عمان.
8. عبد الرحمن، محمد السيد (2000) علم الامراض النفسية والعقلية-الأسباب والاعراض والتشخيص والعلاج، دار بقاء للطباعة والنشر، القاهرة.
9. الكردي، سامر، وثورن ديفيد، وحازم حجازي، وغادة عمار (2004) عرض مقترح للتخفيف من كلفة علاج مرض غسيل الكلى في الأردن- باكسيت-مستودع ادويه الكردي.
10. Brannon & Fesit (2003) Health Psychology and introduction to behavior and Health, 5z eds worth publishing company. New york.
11. Blonn, R (2000) coping with stress in changing and, edition McGraw_ Hall companies – Boston.
12. Daugirdas, John Ing – Tadas and Blake Deter (2000) Han Book of Dialysis, third edition, New york: NX.

- Cleveland clinic health system (2004) http www health him for motion home(2200-2282) index. .13
- Keefe, Francis J. Dunsmore, Jolie& Burnett. Rachel.(1992) Behavioral & Cognitive- Behavioral .14
- Approaches to chronic pain. Journal of consulting clinical Psychosocial vol (4) (P 528- 536).
- Kopp, J (1992) Psychosocial factors correlated to Diabetes Renal Dysfunction, American .15
- Nephrology nurse Association Journal VOL (19) p 432- 437.
- Lemaistre, J (1999) After the diagnosis coping with chronic illness -Alpine child, New york. .16
- Oltmanns & Emery (2000) Abnormal psychology and edition prentice Hall. New Jerseys. .17
- Yong (1991) locus of control. Depression Anger among native American, Journal of psychology. .18
- No.4 p 583

ملحق (1)

أسماء السادة التدريسين الخبراء الذين استعان بهم الباحث في تحكيم المقاييس والبرنامج الارشاد مرتبه حسب
القدم العلمي والحروف الابجدية

ت	المرتبة العلمية	الاسم الثلاثي	مكان العمل	التخصص
1	أستاذ دكتور	حسن حمود الفلاح	جامعة الانبار	علم نفس
2	أستاذ دكتور	صبري بردان علي الحياني	جامعة الانبار	ارشاد نفسي
3	أستاذ دكتور	صباح مرشود العبيدي	جامعة تكريت	علم النفس التربوي
4	أستاذ دكتور	صفاء حامد تركي الراشد	جامعة الانبار	علم النفس
5	أستاذ دكتور	عبد الواحد حميد الكبيسي	جامعة الانبار	طرائق تدريس
6	أستاذ دكتور	عبد الغفار عبد الجبار القيسي	جامعة بغداد	علم النفس
7	أ.م.د.	صافي عمال صالح	جامعة الانبار	علم النفس التربوي