

سيكولوجية مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لعلاج تصفية الدم مع عرض حالة نموذجية

د. زناد دليلة
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا
جامعة الجزائر2

الملخص :

نسعى من خلال هذه المقالة أن نعرف بمرض العجز الكلوي المزمن الذي يمس الآلاف من الأفراد نتيجة أسباب وعوامل عديدة منها الفيزيولوجية والبيوكيميائية والوراثية كما سعينا أيضا إلى التعريف بالعلاجات الطبية التي تستخدم في علاجه وركزنا أكثر على تقنية الهيموديايز Hémodialyse لأنها الأكثر استخداما كما عرفنا بالانعكاسات السيكولوجية المصاحبة لهذا المرض وعلاجه المزمين. كما رسمنا ملامحا سيكولوجيا لهؤلاء المرضى وذلك لإبراز أهمية العوامل النفسية والشخصية في تشخيص وعلاج العجز الكلوي المزمن وكذلك تبيان دور الأخصائي النفسي في التكفل بالمرضى المصابين بالأمراض العضوية المزمنة ضمن الفريق العلاجي المتعدد التخصصات والطبيب والممرض والأخصائي النفسي.

Résumé :

A travers cet article, nous voulons faire connaitre cette maladie chronique, qui est l'insuffisance rénale, et qui affecte des milliers de personnes à la suite de nombreuses causes et de plusieurs facteurs, y compris les facteurs physiologiques, biochimiques et génétiques. Ainsi que son traitement de choix qui est l'hémodialyse. Nous avons démontré aussi les déterminants et les conséquences psychologiques associées à cette maladie ainsi que le rôle du psychologue de la santé auprès de ces patients atteints de maladies chroniques organique au sein de l'équipe interdisciplinaire thérapeutique, le médecin, l'infirmier.

مقدمة :

إن بعض الأمراض المزمنة تصيب أو تمس جميع نواحي أو مستويات حياة المريض Bradley et T. Aspenwall et S. E. Taylor, 1990، C. Burih, 1988، في حين أن الأمراض الحادة تكون فيها الاستجابات مؤقتة، حيث تكون كل النشاطات الحياتية مضطربة ومقطعة، وقد تظهر في حالة المرض المزمن الحاجة إلى إحداث تغييرات مؤقتة Temporaire أو ثابتة Constante فيما يتعلق بالنشاطات الفيزيائية، المهنية والاجتماعية، وبالإضافة إلى هذا فإن الذين يعانون من الأمراض

المزمنة يحتاجون إلى إعادة إدماج واستخدام استراتيجيات سيكولوجية للتمكن من التكيف مع مرضهم المزمن أي أن للمريض دور في حدوث تكيفه مع المرض.

في معظم الأوقات نجد أن 50% من الأفراد يعانون من بعض الظروف أو المضايقات المزمنة والتي تتطلب التدخل والتسيير الطبي والنفسي ومن بين هذه الظروف : فقدان، صعوبات وأحداث الحياة الضاغطة، الأمراض المزمنة مثل السرطان، مرض السكري، أمراض القلب، أمراض المفاصل الروماتيزم الذي يمس حوالي 37 مليون شخص في العالم (Laurence et al, 1989) في حين هناك 29 مليون يعانون من الضغط الدموي.

وحسب الإحصائيات فإنه في كثير من الحالات يطور الأفراد بعض الاضطرابات أو الأمراض المزمنة وقد تكون سببا في حدوث الموت عند هؤلاء المرضى، وفي حالات أخرى عند ما يتجه هؤلاء المرضى إلى الطبيب وإجراء الفحص يتبين أن المرض مزمن وتسمع الطبيب يقول " إن المرض مزمن ولا يمكن شفاؤه أو علاجه ما يمكن فعله فقط هو مساندة وتسيير هذا المرض للتوصل إلى التكيف مع هذا المرض وحالة فقدان التي قد تمس الحواس مما يؤدي إلى إعاقة جزئية أو كلية وهذا ما يؤدي إلى تقليص من بعض النشاطات اليومية والمهنية.

نحاول من خلال هذا الفصل حصر المشاكل والمضايقات التي تتجر عن الأمراض المزمنة مراعين بذلك نوعية الحياة. *Qualité de Vie* وطريقة قياسها كذلك نراعي الاستجابات وردود الفعل التي يبديها المرضى تجاه مرضهم المزمن : مثل الإنكار، القلق والاكتئاب، كذلك نراعي مهارات المرضى الذين يبذلون جهدا كبيرا للتعايش والتعامل مع المرض المزمن وتسيير مختلف الاستجابات الانفعالية : إنها جهود المقاومة وكذلك تسيير التصورات والمعارف *Cognition* المتعلقة بمرضهم كما نتعرض إلى إعادة الإدماج وميكانيزماته لأن التكيف يكون مضطربا من جراء المرض المزمن ويدخل في هذا السياق : التحكم الجسمي والعضوي، الوظيفة أو المهنة أو مختلف النشاطات التي يقوم بها المريض والمشاكل التي تصاحب علاقاته وارتباطاته الاجتماعية وفي الأخير اقتراح استراتيجيات لتفهم برامج إعادة الإدماج لأن المرضى لا ينجحون دائما في إيجاد الحلول المرتبطة بالمرض المزمن.

الاستجابات المصاحبة للمرض المزمن :

بعد الإعلان مباشرة عن التشخيص النهائي للمرض المزمن فإن المرضى المصابون يعيشون حالة صدمية وتظهر آثار الصدمة من خلال اضطرابات عضوية، نفسية واجتماعية حيث يختل توازن مختلف هذه الأبعاد (Moos, 1977)، ويعتقد هؤلاء المرضى المزمنين أن استراتيجيات المقاومة التي كانوا يستعملونها سابقا لمواجهة ضغوطات الحياة اليومية لم تعد فعالة وأنها غير

مناسبة للتكيف مع المرض المزمن الذي تم تشخيصه، وانطلاقاً من هذا يعيشون خبرة مؤلمة، إنها خبرة المرض وتتجسد هذه الخبرة من خلال مشاعر القلق، الخوف، الاكتئاب، اليأس، والعديد من الانفعالات السلبية (Aspinwall et Taylor, 1990).

وبالتأكيد فإن بعد مرور مرحلة الصدمة التالية لإعلان تشخيص المرض المزمن فإن المرضى يبدؤون في تطوير معاني ومفاهيم عن كيفية تأثير المرض المزمن على حياتهم وطريقة التكيف معه وإدماجه على المستوى الشخصي والتصوري وتصاحب هذه الفترة بعض المشكلات في التكيف والنقب، وهي مشاكل تمس مختلف المجالات العضوية، المهنية، النفسية.

وفي المرحلة الأولى من التشخيص يشعر المريض أنه أصبح مشوشاً وكأنه فقد التوجه الزمني والمكاني، كما يشعر بالتفكك وكأنه عبارة عن أجزاء من ماضٍ وحاضر، ومستقبل غير قار.

يعتقد المريض المزمن أنه غير قادر على تفهم هذه الوضعية وهذا التغيير المفاجئ لوضعيته السابقة كأن المرض شيء خارجي اقتحم حياته الجسمية، الوجدانية والاجتماعية والسيكولوجية، كما تظهر خلال هذه المرحلة التالية للصدمة أي بعد التشخيص اهتمامات وتساؤلات مختلفة يطرحها المريض المزمن منها: هل فعلاً حياته تتوقف، هل بإمكانه العودة إلى تسيير حياته وانشغالاته، هل بإمكانه أن يزاول الدراسة مثلاً، هل بإمكانه العودة إلى العمل ومواصلة نشاطه المهني، وفي حالة المريضة المزمنة تتساءل هل بإمكانها الزواج والإنجاب والحفاظ على بيتها كما يتساءل المرضى هل بإمكانهم أن تكون لهم حياة تسلية وترفيه كالسفر مثلاً إلى مناطق بعيدة من خلال الطائرة، وتستغرق هذه التساؤلات أياماً عديدة وفي العديد من الحالات تبقى هذه التساؤلات بدون إجابة مقنعة، لأنه في الأخير يصل المريض إلى حقيقة وهو أن للمرض العضوي المزمن انعكاسات كثيرة ويعتبرها كإرغامات Contraintes يجب التكيف معها وذلك من خلال احتمال التوظيف من جديد investissement de nouveau.

إن عدم الإجابة على هذه التساؤلات تجعل المريض غير مسئول على مرضه وعلاجه ويبدأ اهتمامه بمشاكل أحياناً تافهة ولا تدفعه نحو الأمام وينجر عن ذلك عدم اهتمامه بعلاجه المزمن وتظهر عوامل عدم الملائمة لأنماط العلاج المقدمة كحالة الهيمودياليز مثلاً.

يصاحب هذه الفترة سوء التوجه والغموض بالإضافة إلى مشاعر القلق، الاكتئاب، والغضب والضغط. وفي كثير من الأحيان حالة الإنكار للمرض.

1- الإنكار:

يعمل الإنكار كإستراتيجية دفاعية يتبناها البعض من المرضى لتجنب مخلفات وانعكاسات المرض معتقدين أن المرض ليس خطيراً وأن آثاره زائلة وغير دائمة، وفي حالات

أخرى يعتقد بعض المرضى أنهم ليسوا مرضى أي ينكرون تماما وجود المرض بالرغم أنهم تلقوا معلومات واضحة عن التشخيص والمرض.

إن الإنكار هو مرحلة ما قبل الشعور فهو الذي يعرقل تقبل الحقيقة والواقع الذي يشير إلى الإصابة بمرض مزمن وبالتالي إنكار مخلفاته وانعكاساته.

والإنكار استجابة سيكولوجية تجاه المرض المزمن والذي نلاحظه كثيرا عند المرضى المصابين بمرض القلب (Deckel et Krantz, 1983)، وكذا المصابين بنزيف الرأس (Diller, 1976). كما نجده عند المرضى المصابين بالسرطان (Gallagher, 1983 ; Meyerowitz, 1970). (Weiner, Katz J. L. 1970).

وقد اعتبر الإنكار ميكانزما بدائيا واستعماله غير فعال في مواجهة المرض، ولعل اللجوء إليه في المراحل الأولى من المرض يساعد المريض من إخفاء جزء من قلقه وآلامه الناتجة عن المرض المزمن أي أنه ميكانزم مؤقت ولا يمكن استمراره.

وهناك بعض الباحثين يعترفون أو يشيرون بدور الإنكار وأثاره وإلزامياته، إذ يتساءل أحدهم عن متى يكون الإنكار ضروريا ومتى يكون عكس ذلك ؟ وفي دراسة حول مرضى القلب (الإحشاء القلبي) وجد الباحثون أن الإنكار في المرحلة الأولى من المرض يظهر في حالة الأعراض المرضية المكثفة (M. N. Levine et al, 1988)، وقد ظهرت انعكاساته حتى من الناحية البيولوجية حيث ساعد الإنكار في تقليص من مستوى Corticostéroïdes (J. L. Kalz, 1970 et al)، كما أشارت الدراسة أن الإنكار يقلل من معاش الأعراض المؤلمة وبعض آثار العلاج المزعجة مثلا في حالات السرطان وتصفية الدم (Dialyse Leventhal S. E. Ward, 1988) (et love)، كما أن الإنكار يغطي أو يقنع Masquer بعض الإرغامات المرتبطة بالمرض المزمن، وذلك حتى يتمكن المريض من استجماع قوته العضوية والنفسية لمواجهة هذا المرض أي أنه يصبح قادرا على تقبله ومواجهته.

وقد أظهرت دراسات أخرى حول الإدماج أن للإنكار أثارا سلبية إذ يعرقل قدرة المريض على البحث عن المعلومات الضرورية فيما يتعلق بعلاجه وبرنامج تسيير الذات، وقد وجد (Levine et al, 1988)، في دراسته أن المرضى الذين واصلوا استخدام الإنكار أظهروا في الأخير أنهم أقل تكيف مع مرضهم وعلاجهم، كما أظهروا أقل مستوى في الامتثال للتعليمات الطبية Adhérence والعلاج كما أنهم يقضون مرحلة استشفائية أطول مقارنة بالمرضى الآخرين.

وقد يتساءل الباحث عن أسباب ظهور الإنكار وعن العوامل التي تثبته، إن الإجابة على هذا التساؤل يعتمد على معرفة في أي مرحلة من مراحل المرض ظهر فيها ميكانيزم الإنكار

وما هي المؤشرات التي دفعت هؤلاء المرضى إلى إستخدام الإنكار، ومن خلال ذلك يتمكن الباحث من قياس مدى تكيف المريض مع مرضه وعلاجه المزمن (Meyerowitz, 1983).

إن الإنكار للمرض المزمن وأعراضه الظاهرية والباطنية يؤدي بالفرد المريض الذي يستعمله إلى رفض الاستشارة الطبية مباشرة بعد إعلان التشخيص النهائي، وفي حالة بداية بروتوكول العلاج نجد أن هذا المريض لا يلتزم جدياً بالتعاليم الطبية وإرشادات الطاقم الطبي والشبه طبي (Hachett و Cassen, 1973)، (D.A. Matt و Barish 1970 و 1988).

إن الإنكار كميكانيزم مستخدم من طرف المرضى المزمنين تمت دراسته في بعض الأمراض لاسيما المزمدة منها مثل السرطان والقلب وأمراض الكلى، ومع ذلك فإن خلال الفترة الحادة الموائية لإعلان التشخيص النهائي للمرض المزمن حيث يكون خلالها المريض في المستشفى فإن حاجته للإنكار تكون ضرورية، إذ يساعده على مواجهة المشاكل والمضايقات التي تتجر عن المرض والعلاج المزمنين، إنها مرحلة تعد وتتهيئ لمراحل تالية يحتاج فيها المريض المزمن إلى ميكانيزمات واستراتيجيات أكثر نفعاً، إذ في البداية يعتبر الإنكار كميكانيزم إيجابي يجعله يتناسى مرضه المزمن ويخفف عليه المشاعر المصاحبة لذلك من قلق وخوف وغضب (Hackett و Cassen, 1973)، (Mastrovito 1974 و R.S Lasarus 1983).

وفي الأخير فإن الإنكار في المراحل الأولى من المرض يساعد المرضى الذين يستخدمونه على ضبط ومراقبة استجاباتهم الانفعالية (الغضب، الضغط، الصدمة) اتجاه المرض المزمن ولكن الاستمرار في استعماله يتناقض ويتنافى مع كفاءاتهم وقدراتهم على مراقبة ظروفهم واتخاذ الإجراءات الضرورية لمواجهة مرضهم من خلال البحث عن الدعم الاجتماعي الإعلامي، العاطفي وحتى المادي، مما يسمح لهم بتفعيل العلاج المقدم لهم لمواجهة هذا المرض المزمن وبالتالي الشعور بالمسؤولية في التسيير الذاتي للمرض والعلاج.

2- القلق:

مباشرة بعد تشخيص المرض المزمن يظهر القلق كحالة مشتركة عند الكثير من المرضى العضويين المزمنين إذ يشعرون وكأن حياتهم يغمرها الهم والغم نتيجة هذا المرض الذي اجتاحت أجسامهم والمعروف أن القلق يصاحب المرض المزمن من بدايته إذ أن القلق كحالة سيكولوجية تلازم المريض من بداية إصابته بالمرض.

(Hughes, j.E., Popkin, Collies, Lentz 1987، و Colin Sutherland 1988).

ويؤثر القلق في النشاط المعرفي للمرضى حيث يظهر عندهم عجزا ويسبقون الأحداث ويتأثر العلاج المقدم لهم قبل البدء في تطبيقه معتمدين أن كل ما سيفعلونه من أجل الشفاء غير مجد وأن الدواء والوسائل الطبية هي بلا جدوى، (Bovbjerg, jacolisem, و Reddy 1993).

يؤدي القلق دائما إلى ضعف في استعمال إستراتيجيات المقاومة المناسبة لمواجهة المرض مثلا في حالة السرطان Graydon 1988 ويستفيدون أقل من العلاج السيكولوجي المقترح عليهم للتقليل من الضغط المصاحب للعلاج الكيماوي (M.P Carey و Burish 1985).

وهناك بعض الأحداث تزيد من حالة القلق، ويظهر هذا الأخير في حالة المرضى الذين ينتظرون نتائج التحاليل البيولوجية والحصول على التشخيص النهائي " إنه المرض المزمن" ثم انتظار العلاج من خلال وسائل طبية مقحمة "مثلا في حالة العجز الكلوي المزمن" والمعالج عن طريق الدياليز، وهو علاج ثقيل له آثار من الصعب تجاوزها وتحملها فهي تحتاج إلى تقبل ومقاومة Karlsson و B.L Andersen، 1984، Jacolisem وجماعته 1993.

تزداد درجة القلق عندما يلاحظ المرضى أن حياتهم ومختلف مستوياتها قد تغيرت نتيجة المرض سواء على المستوى الشخصي، الاجتماعي، العلائقي والمهني وأنه حتى نمط حياتهم قد تعرض للتغير من حيث العادات الممارسة في مختلف مجالات الحياة ويزداد القلق أكثر عندما يعتقدون أنهم خاضعون للطاغم الطبي والشبه طبي والخضوع التام للآلات الطبية مثلا الدياليز (أو تصفية الدم) وتكرار حصص الدياليز ثلاث مرات في الأسبوع أي أن حتى العلاج مزمن مثل ما هو المرض مزمن (D.W.Scott، 1983، Welch، M. C.Coffrey، Taylor 1985 و 1990، Aspinwall)، وتزداد هذه الحالة حدة في حالة عدم التواصل بين المعالجين والمرضى المزمين حيث لا يزودونهم بمعلومات حول المرض والعلاج (Marks، Sliwinski و Gerdan 1993).

وانطلاقا من هذه الأبحاث تبين أن بعض الوضعيات تستلزم استجابات القلق Christman وجماعته 1988. إن الأمراض المزمنة مثل السرطان، أمراض القلب، العجز الكلوي المزمن تتطلب علاجات طبية ثقيلة وذات آثار عديدة تمس مختلف جوانب الحياة بالنسبة للشخص المريض والتغيرات المصاحبة لهذا المرض أحيانا تكون حقيقية وتدفع إلى القلق، الخوف، الضغط، هي حالات سيكولوجية ملازمة للمرض المزمن، لأن المريض يبقى يتساءل عن ماله ومستقبله وأن المرض لم يمس الجانب العضوي فقط وإنما السيكولوجي، الاجتماعي والمهني وحتى مسار الحياة في جوانبها الثانوية كالتسلية والترفيه ويصبح المريض حبيس مرضه وعلاجه المزمين (Christman وجماعته 1988).

3- الاكتئاب:

هو استجابة عامة للإصابة بالمرض المزمن ونلاحظ أنه في الممارسة الطبية هناك حوالي 3/1 من المرضى يظهرون أعراض الاكتئاب البسيط مباشرة بعد إعلانهم عن تشخيص المرض العضوي المزمن، و¼ اكتئاب شديد G.Rodin و Voshart، 1986 و L-Mody، M.G Williams و Cormisk، 1990.

ويمكن لاضطراب الاكتئاب أن يظهر مؤخرا في حالة المرض العضوي المزمن لأن المرضى يأخذون وقتا كبيرا لإدراك المرض وتفهم مختلف التغيرات والانعكاسات التي تصاحب إصابتهم بالمرض المزمن، وخلال المرحلة الحادة ومباشرة بعد التشخيص، يستدعي الأمر استشفاء المريض وذلك لإجراء التحاليل الأخرى لتدعيم التشخيص ثم انتظار بروتوكولات protocoles العلاج الملائم والمكيف.

وبعد انتهاء المرحلة الحادة، وخروج المريض من المستشفى وعودته للبيت بعدما ارتبط مصيره بعلاج مزمن، يحتاج بعد ذلك إلى مرحلة أخرى إنها مرحلة التكيف وهي المرحلة الصعبة التي يبدأ فيها المريض إدراك حقيقة وجود المرض المزمن ومختلف انعكاساته الجسمية، النفسية والاجتماعية.

إن التكيف السريع مع المرض المزمن ليس بالأمر السهل والبسيط فمرضى القلب مثلا يرون أنه سهل تقبل التعليمات والإرشادات التي يقدمها الطبيب المختص ولكن تحقيقها واقعا من حيث تغيير النشاطات اليومية والسلوكيات المعتادة يعتبر صعبا فالمبدأ مقبول ولكن تحويله إلى ممارسة واقعية يتماشى مع الظروف الجديدة هو الصعب.

إن الاكتئاب كحالة مزاجية مصاحبة للمرض المزمن تكون ظاهرة من حيث مجموعة من الأعراض عند هؤلاء المرضى، وتؤثر على إعادة الإدماج Primeau، 1988. وقد لاحظ العياديون أن المرض المزمن الذي يشمل إصابة دماغية يعاني مرضاه من أعراض الاكتئاب وذلك لبقائهم مطولا في المستشفى ويحتاجون بعد الخروج إلى مدة أطول من التمريض Cushman، 1986. ويعتقد هؤلاء المرضى أن الاندماج من جديد ليس سهلا وأحيانا لا جدوى منه S.C Thompson و Graham-janigian، 1989 ويكون من الصعب وضع الأهداف والمخططات Signor وجماعته 1986 وكذلك من الصعب إعادة تنظيم أسلوب حياتهم مثلما كان قبل الإصابة بالمرض وتحسين نوعية الحياة (Niemi و Laaksonen، 1988).

أما بالنسبة للمرضى المصابين بداء المفاصل الروماتيزمي فالأكتئاب يؤثر عندهم على العمليات المعرفية خاصة من حيث الإدراك حيث يعممون مرضهم على مختلف جوانب حياتهم

وأن الفشل والفقدان قد مس جميع الجوانب الجسمية، النفسية الاجتماعية والمهنية، ويفسرون سلبيا كل متغيرات الوضعية المرضية أي أن النظرة السلبية تشمل كل مستويات النشاط
1988 Milano ، Peck w. Smith.

ويرتبط الاكتئاب في المرض المزمن والعلاج بمحاولات الانتحار لدى هؤلاء المرضى المزمنين والخاضعين للعلاج المزمن مثلا في حالات السرطان، العجز الكلوي المزمن، إذ هناك من المرضى الذين يتوقفون على مزاولة العلاج ولا يأخذون بجدية الإرشادات والتعليمات الطبية.
1986 K. Jellstrand.

وإذا كان القلق كاستجابة مباشرة لظهور المرض المزمن فإن الاكتئاب يأخذ وقتا حتى يظهر ويكون أشد وأطول فترة Lustman ، Griffith ، و Clause 1988.

إن تقدير وقياس الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالمرض العضوي المزمن صعب ويشكل مشكلا ذلك لأن مجموعة الأعراض الفيزيائية والتي تعتبر كأعراض للاكتئاب مثل التعب الأرق، فقدان الوزن تتداخل مع أعراض المرض العضوي المزمن وقد تتجر عن علاج هذا المرض، فيحدث خلطا وغموضا ويبقى التساؤل هل هذه الأعراض هي أعراض وآثار المرض العضوي أم أنها أعراض الاكتئاب الفيزيائية ويصعب تشخيص حالة الاكتئاب وهكذا يكون التدخل العلاجي مؤخرا J.E.Hughes ، 1987 Massie ، و Holland 1987 ، G.Rodin و Voshart 1986 ، وتظهر هذه الحالات في الأمراض الآتية: السرطان، مرض السكر، الصرع، الصدمات الدماغية، العجز الكلوي المزمن ذلك لأن هذه الأمراض تصيب الجهاز العصبي J.S House 1987 ، Massie و Holand 1987 ، Primeau 1988.

وقد اهتم العديد من الباحثين بالعوامل التي تنبئ بظهور الاكتئاب عند المرضى المصابين بالمرض العضوي المزمن وقد تم تحديد بعض العوامل، وعموما فإن الاكتئاب يزداد في حالة خطورة المرض، إذ كلما كان المرض العضوي خطيرا ومزمن كلما كانت الاستجابة الاكتئابية شديدة Cassileth وجماعته 1985 ، J. Moody ، 1986 Mendelsohn و Dakoff ، وجماعته 1990 ، كما أن الألم وفقدان المهارات والفعالية تعتبر كمؤشرات للاكتئاب و 1988 Hawey إنها علاقة وطيدة بين الألم والضرر العضوي والاكتئاب، كما أن عدم القدرة وفقدان الطاقة الجسمية تعتبر أيضا مؤشرات للاكتئاب. ويقترح البعض أن الاكتئاب يكون حادا وشديدا مباشرة بعد إعلان التشخيص، في حين أن الآخرين يقترحون أن الاكتئاب يزداد شدة بعدما يعرف المرضى التشخيص ويدركون مدى العجز والضعف وتأثير مرضهم على كل جوانب الحياة العملية J.Bam 1982 و J.E Hughes و Lee 1987.

ويرتبط الاكتئاب بعوامل أخرى على غرار العوامل المرتبطة بالمرض مثل: الألم، المضاعفات الجسمية وآثار العلاج المزمن وثقله وكثرة الأدوية، إذن فبالإضافة إلى هذه العوامل، يعيش هؤلاء المرضى أحداثاً حياتية أخرى ضاغطة ومؤثرة مثل: الضغوط الاجتماعية، نقص الدعم الاجتماعي وفي هذه الحالات يزداد الاكتئاب شدة S. Murphy، ظهور الاكتئاب في بداية ظهور المرض العضوي وتعمل العوامل السيكولوجية اللاحقة على تثبيت هذا الاكتئاب.

4- العدوانية:

قد تظهر العدوانية كاستجابة تجاه المشرفين على العلاج (الأطباء والمرضى)، وغالبا ما تكون هذه العدوانية تجاه طبيب عام حيث يعتقد هؤلاء المرضى المزمّنين أن هذا الطبيب لا يعرف شيئا ولا يعرف كيف يحل المشاكل المنجّرة عن هذا المرض المزمن. وقد نشاهد أحيانا حالات حقيقية للغضب المفاجئ كتعبير عن ضغوطات وتوترات تكون موجهة نحو العائلة وحتى نحو الآلات المشرفة على تصفية الدم وهي عدوانية بالأقوال وأحيانا بالأفعال. وتعتبر هذه الحالات الانفعالية لدى مرضى الدياليز كحالة مستعجلة لزراعة الكلية، أما الاكتئاب المزمن فهو يطبع يوميات الخاضع لتصفية الدم ومن مظاهره المعتادة: البكاء، السلبية، الخمول، القهم أو فقدان الشهية وأحيانا محاولات الانتحار والشعور بالذنب ذلك أن بعض المرضى يعتبرون علاج الدياليز المزمن كعقاب، ويبقى هؤلاء المرضى يبحثون عن الخطأ الذي ارتكبه حتى حدث لهم هذا المصير حيث تجدهم مثلا يرددون عبارات: "هل فعلت شرا لشخص معين،" وفي حالات أخرى يعيد مرضه لتهاونه في أخذ الأدوية والتباطؤ عن العلاج أي أنه لم يتلاءم مع تعليمات الأطباء أو اتباع الحمية كون أن هذا المريض المزمن بالإضافة إلى تناوله الأدوية فهو يحتاج إلى اتباع حمية شديدة: مثل الإنقاص من السوائل، وعدم أخذ الفواكه.

وفي النهاية فإن المرضى يظهرون عددا من الاستجابات الانفعالية نتيجة المرض المزمن وتشير هذه الاستجابات إلى الإنكار، القلق، الاكتئاب، العدوانية. وفي الحقيقة تعتبر هذه الاستجابات طبيعية وأن نقصها أو عدم تبلورها هو الذي يشير إلى أمر غير طبيعي Lasarus وCohen 1979.

ومن جهة أخرى فإنه بالرغم من توقع الاستجابات الانفعالية في حالة ظهور المرض المزمن إلا أنه لا تكون هذه الاستجابات في صالح هؤلاء المرضى المزمّنين ذلك لأنها تعرقل مسار العلاج، فالإنكار مثلا يحمي المريض من الوقوع في القلق الحاد ولكن في نفس الوقت يعرقل البحث عن العلاج والتماثل للتعليمات الطبية ومتابعة العلاج إلى نهايته، كما أن الاكتئاب كحالة

مزاجية متوقعة ولكن استمرارها وإزمانها يحول دون الشفاء والتفاؤل، وعلى هذا فإن التكيف الانفعالي مع الأمراض المزمنة يحتاج إلى المراقبة والتدخل السيكولوجي خلال مسار العلاج حتى يتمكن المرضى المزمنين من تقبل والتكيف مع مرضهم وعلاجهم دون استجابات انفعالية سلبية تعرقل مسار التكيف وإعادة الاندماج.

وانطلاقاً من هذا فإن تناول الأكثر استعمالاً لدراسة الاستجابات الانفعالية للمرض المزمن هو محاولة فهم ما هي أنواع الانفعالات والوجدانات التي تصاحب ظهور المرض المزمن وما هو احتمال ظهورها وما هي العوامل المساعدة في ظهورها وتزيد في شدتها، والتعرف على مدى إعاقته لأهداف الشفاء وطرق العلاج ثم العمل على إدخال طرق تسيير العلاج لهذا المرض المزمن بالرغم من وجود استجابات انفعالية للمرض المزمن.

وقد أكدت دراسات أن بعض الانفعالات الإيجابية مثل الفرح (Bagly, lee, lwy) و (1986 Iyppman) تؤدي دوراً إيجابياً في الشفاء من المرض كما لها دور في الحماية من الانفعالات السلبية فهي تخفف من آثار تلك الانفعالات السلبية كالقلق، الاكتئاب كما أن التدخل النفسي ضروري في مساعدة المرضى المزمنين على تسيير انفعالهم واستجاباتهم.

إن فكرة العجز والإعاقة يمكن أن تتطور بالتدرج وذلك نتيجة المرض وتكون أكثر خطورة عند المرضى الشباب الذين لم يقدموا شيئاً معيناً في حياتهم مثلاً لم يكملوا دراستهم، لا يعملون أي ليس لديهم دخلاً مادياً، وكذلك لم يتزوجوا وهكذا نلاحظ لديهم شعوراً بالعجز والتعبية للآخرين، إنه شعور الفراغ والضياع وقد يؤدي هذا الشعور إلى الانطواء والانسحاب. كما تظهر لديهم مشاعر الخجل والشعور بالدونية ذلك أنه تحدث عندهم بعض التغيرات والتشوهات على مستوى الجسم وتغير الصورة الجسدية ومن بين هذه التغيرات: ظهور السمّنة أو الهزال، شحوب الوجه نتيجة فقر الدم، الحب أو البثور Boutons على الوجه، الندبات وخاصة على مستوى الذراع لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم إنها الناصور Fistule الذي يحدثه الطبيب للمريض حيث من خلاله تجري حصص تصفية الدم، وهكذا يشعر المريض وكأنه شخص آخر من الناحية الفيزيولوجية مما يؤثر سلباً على الجانب السيكولوجي.

المعاش السيكولوجي لمرضى العجز الكلوي المزمن :

إن الاهتمام الكبير الذي يولييه مختلف المستخدمين في مجال الصحة للاضطرابات السيكولوجية المرتبطة بالأمراض العضوية الخطيرة والثقيلة مثل العجز الكلوي المزمن يحاولون بذلك تحقيق قدر معين من الرفاهية Bien être لمرضاهم.

يشكل العجز الكلوي المزمن مرضاً خطيراً ومميتاً يحضر المصاب إلى المستشفى ليس للشفاء الكلوي وغياب المرض، ولكن يقترح عليه الطبيب المعين تقنية علاجية تساعد على المعيشة والبقاء على قيد الحياة.

تتميز الوضعية الوجودية للمصاب بالعجز الكلوي المزمن بوجود الموت وذلك نتيجة العجز الكلوي والأبدي للكليتين Reins ولكن في نفس الوقت يكون المريض في حاجة ماسة للعلاج (تصفية الدم) وهو علاج مزمن لذلك يبقى في وضعية العاجز والتابع فهو يشبه الرضيع العاجز عن تحقيق حاجاته.

يشير العجز الكلوي المزمن إلى فقدان وظيفة حيوية تصاحبه فقدانات أخرى Perte وتجعل المريض المصاب مطالاً على مجال الحداد اللانهائي ذلك لأنه حتى العلاج (الدياليز) المقدم لا يشفي فهو يساعد على المعيشة ويذكر دائماً بالفقدان الأبدي للكلية، فالدياليز علاج مزمن متكرر ثلاث مرات في الأسبوع ولا يمكن الاستغناء عنه إلا في حالة زرع الكلية، وهو أمر ليس بالسهل نظراً لصعوبات عديدة مثلاً تكاليفها، عدم توفر الكلية، عدم تطابق مواصفات المريض مع صاحب الكلية.

كما أن الدياليز هو معاش العجز على العيش الطبيعي، وتحمل حصص الدياليز حالات القلق والهلع، التوتر التبعية dépendance وعلى المستوى الهوامي Fantasmatique يعتبر المريض آلة تصفية الدم والمعالجين والمرضى كأنهم مصاصي الدماء، كما يشبه مرضى العجز الكلوي الممرضة المشرفة على حصة تصفية الدم بالألم القادرة على فعل كل شيء، وهو ما يؤدي إلى حالات السلبية والانسحابية وإلى النكوص وقد تظهر اضطرابات في الصورة الجسدية وفي إشكالية انسجام الجسم والنفس خاصة عندما يلاحظ المريض دمه خارج أعضاء جسمه على مستوى الآلة من أجل تصفية Le sang dehors son corps، وعلى هذا يشبه مشروع زرع الكلية Transplantation إعادة الميلاد.

إن الصعوبات السيكولوجية والمشقة النفسية التي تلازم المريض ليست نتيجة المرض العضوي المزمن فقط وإنما نتيجة نوعية العلاج الدياليز فهو علاج تعويضي Suppléance يتميز بعراقيل Contraintes، مؤلم خاصة عند الحقن piquage وفي آخر الحصة Débranchement (D. Cupa، 2002).

يولد العجز الكلوي المزمن وضعيات الفقدان، الحرمان، الإحباط عدم الاكتمال، هي حالات سيكولوجية مزمنة تؤدي بدورها إلى ظهور القلق والحصر والاكتئاب، ويعيش المريض

المصاب وضعية الدياليز كوضعية طوارئ ينتظر دائما الأسوأ لأن مضاعفات الدياليز أحيانا تكون أكثر شدة من المرض في حد ذاته خاصة عند إزمانه لسنوات عديدة.

إن علاج الدياليز المزمن يذكر دائما المريض بذلك الفقدان الأبدي للكليتين ذلك أن هذا العلاج لم يعوض هذه الكليتين المفقودتين وإنما عوض فقط بعض الوظائف مثل وظيفة التصفية épuration أما الوظائف الأيضية métabolisme فتبقى غائبة.

يعيش المصاب بالعجز الكلوي المزمن وضعية النكوص régression خاصة عندما يلاحظ المريض دمه sang خارج الجسم وتصبح الكلية الاصطناعية Rein artificiel الكلية الجديدة لكنها توجد خارج عضويته son organisme وهذا ما يشكل إشكالية عدم إتمام وإكمال الأغلفة الجسمية النفسية Enveloppes somatopsychiques (D. Cupa ، 2002).

كما يعيش مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين للدياليز حياة خاصة جدا، ويحاولون جديا مواجهة هذه الصعوبات والعراقيل إلى جانب الألم المزمن، فالرغبة في الحياة والشعور بالرفاهية Bien être يكتسبه هؤلاء المرضى من خلال تبني استراتيجيات المقاومة Coping وتكون هذه الأخيرة نتاج تاريخ حياة المريض، شخصيته، ورغم ذلك فإن المرضى الذين يتكيفون مع مرضهم يعانون أيضا، ولكن كلما كان الدعم الاجتماعي مرتفعا كلما كان التكيف متزايدا خاصة إذا كان من جانب الطاقم الطبي والشبه طبي، فالأطباء والمرضى يمثلون أهمية كبيرة بالنسبة للمرضى في الدياليز وقد جاء ذلك في دراسات 1971 A.Kaplan Danour

التغيرات التي تحدث في العائلة:

تبين الخبرة العيادية أن عدة تغيرات تحدث في الوسط العائلي نتيجة إصابة أحد أفراد العجز الكلوي المزمن ويتحدد نوع التغيير حسب الشخص المصاب (الأب، الأم، أو أحد الأبناء) ومباشرة بعد الاعلان عن المرض تظهر الانعكاسات النفسية المختلفة من بين هذه التغيرات مثلا:

يطلب الوالد المريض مساعدة كبيرة من الآخرين مثلا كان يتخلى لهم عن كل مسؤولياته وأحيانا يطلب منهم أن تكون له مكانة أكثر من الأول، كما أنه يطالب بالرعاية الكبيرة معتقدا أنه ضحية مطالبهم العديدة والمختلفة وأنه هذا ما جعله يصاب بالمرض.

وينجر من خلال هذا السلوك وسط العائلة قلق واختلال في التنظيم العائلي وخاصة في حالات نكوص الوالد المريض حيث يصبح كطفل مدلل عصبي وغضوب. وفي حالة مرض الأب، يفقد اذن دوره كرب عائلة، كما يفقد الأولاد مصداقيته وسلطته، أما في حالة إصابة الأم فهي تفقد دورها كسيده إنجاز المعاملات بين أفراد العائلة ويصبح الجو العائلي مكهريا وعدوانيا.

في بعض الحالات يصبح النشاط المهني أكثر أهمية حيث يعتبر الشغل ملجأ يستعمله المريض لمواجهة خبرة المرض ولكن في كثير من الحالات يتوقف المريض عن شغله ويصبح أكثر حضوراً في البيت مما يولد حالات التوتر والقلق داخل الأسرة نتيجة ضغوط ومطالب المريض العديدة والتي تسبب حالة الضغط بالنسبة للعائلة.

إن الحياة الزوجية تتغير نتيجة إصابة أحد الزوجين بالعجز الكلوي المزمن حيث نظهر إعادة هيكلة داخل هذه العائلة والمحددات البدنية والجنسية تتضاءل، وقد ينجر عن ذلك رغبة في الانفصال خاصة في حالات عدم الشعور بالذنب. (D. CUPA, 1993)

عمل الأخصائي النفسي مع المرضى ذوي العجز الكلوي المزمن:

من خلال الخبرة العيادية في مصلحة أمراض الكلية تبين أن المرضى ليس هم الذين يطالبون بالفحص النفسي بل الأخصائي هو الذي يعرض خدماته العيادية والسيكولوجية ذلك أن المريض يكون موضوع علاجات وإسعافات عديدة ومتكررة تجعله لا يفكر في طلب المساعدة النفسية وفي حالات أخرى يكون ذلك نتيجة عدم وعي المريض بوجود معاناة سيكولوجية إلى جانب معاناته العضوية (العجز الكلوي).

يعمل الأخصائي النفسي مع الطاقم الطبي والشبه طبي من أجل تحضير وبرمجة لقاءات ومقابلات مع هؤلاء المرضى الذين يكونون في حالة أزمة ضغط، معاناة، فقدان، حالات سيكولوجية مثل: القلق، الاكتئاب، الضغط، ومن مهام الأخصائي النفسي:

- 1- وضع تشخيص للمعاناة التي يعاني منها المريض
- 2- التعرف على كل العوامل والظروف المحيطة بالمريض (المعاش النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي، العلاقات الاجتماعية) كلها عوامل مساعدة في نجاح العلاج أو معرقلة له.
- 3- جعل المريض يهتم بحياته الشخصية والنفسية ويتعرف على معاشه الداخلي واللاشعوري.

وهكذا يتوصل المريض بالتدريج إلى طلب المساعدة النفسية وعلى العموم فإن المرضى يطلبون حلولاً مؤقتة وسريعة للصعوبات النفسية والاجتماعية التي تصادفهم جراء الأزمات والصدمات نتيجة أحداث حياتهم العائلية، المهنية ومثل هذه العراقيل الانتظار الطويل للحصول على زرع كلية، فالدياليز تحدث حالة القلق، التوتر والعدوانية.

يعتقد أصحاب التناول التحليلي أن التدخل السيكولوجي مع هؤلاء المرضى المصابين بالعجز الكلوي المزمن يجب أن يكون مستوحى من التحليل النفسي فهو الأنسب حسب

اعتقادهم. وقد ركز Brusset 1998 على النقاط الآتية أي أن الكفالة النفسية تكون حسب المحاور الآتية:

- الإصغاء الجيد والعميق للعميل لمختلف عباراته، كلامه آهاته، التركيز أيضا على صمته، الكلام الداخلي.

- تشجيع العميل على الحديث، تقديم له إichاءات أو تشجيعه على التداعي الحر، وإعادة الصياغة لعباراته حتى يتمكن الأخصائي من إدراك معاناته وتفهمها وإشعاره بأهمية ما يقوله ومشاطرته وآلامه ومعاناته.

- مساعدة العميل أو المريض على التنفيس الانفعالي، محاولة الربط بين الانفعالات والتصورات بين ما هو ما هو انفعالي وما هو معرفي ذهني وطريقة ترابطهما وتأثير كل جانب في الآخر.

- يعمل الأخصائي على جعل المريض المصاب بالعجز الكلوي يدرك أنه يفهمه ويشاطره خبرة الألم نتيجة المرض المزمن والعلاج المزمن حيث يشير الأخصائي إلى مدى مراعاته لخبرة المعاش الجسدي والنفسي الذي يعبر عنه المريض ولا سيما خبرة الخوف من الموت أو قلق الموت أحد أبعاد المعاناة لدى مرضى العجز الكلوي المزمن.

ومن خلال هذا التدخل السيكولوجي يرى أصحاب التحليل النفسي أن هؤلاء المرضى تتبلور عندهم صيرورة أو عملية processus يصلون من خلالها إلى وضعية أخرى، فإلى جانب الآلام وصعوباتهم يجدون نوعا من الراحة ويبدؤون بالاهتمام بتوظيفهم النفسي والجسدي بحيث يعيدون بناء توازنهم النرجسي homeostasie narcissique.

ولعل أهم ما يشعر به هؤلاء المرضى بعد حصولهم على التدخل النفسي هو أن الإحساس الأول بالجسم الفارغ وعديم الإحساسات الإيجابية كالإحساس بالذقة ينقص، وهكذا تبدأ عوامل الاكتئاب في التلاشي ويظهر المرضى أكثر تكيفا مع خبرة المرض وخبرة العلاج "الدياليز".

كما يؤدي التدخل النفسي إلى إعطاء المرضى قدرة على التحكم في الآليات الدفاعية حيث تكون الميكانزمات الأولية أقل حضورا وتتطور العلاقات الشخصية المرنة وتلاشي السلوكات السلبية مثل العدوانية والإجتماعية.

وهكذا يتعامل المريض العاجز كلويا مع خبرة العلاج الدياليز بكثير من المرونة حيث لا ينظر إلى الحصص المبرمجة خلال الأسبوع كعامل اضطهادي facteur persécutant أو أنه هاجس لا بد منه وإنما تصبح حصص الدياليز عبارة عن مواعيد صداقة بين المرضى، أو لقاءات حميمية بين هؤلاء المرضى حيث تتكون فيما بينهم علاقات صداقة وأخوة ومساعدة ذلك لأنهم تربطهم خبرة واحدة (المرض والعلاج المزمنين).

كما يلاحظ السيكلوجي أن هناك تغيرا معرفيا أو تغييرا على مستوى التفكير حيث يصبح المريض أقل صلابة بل أكثر إبداعا وتفاؤلا وذلك نتيجة مواجهة القلق المزمن.

كما تصبح الآليات الدفاعية أكثر نضجا مما يؤدي إلى تبلور التوازن الحيوي (الجسمي والنفسي) ويعتقد المريض أن ماله pronostic أقل تهديدا.

مهما يكن فإن الأطباء المختصون في أمراض الكلية والأطباء العامون généralistes الذين يشتغلون في مصلحة أمراض الكلية يهتمون أيضا بالجانب النفسي والاجتماعي للمرضى الذين يعانون من أمراض الكلية المزمنة والخاضعين لتصفية الدم حيث يهتم هؤلاء الأطباء بمرضاهم ويحاولون التعرف على معاناتهم النفسية إلى جانب المعاناة الجسمية وكذلك التعرف على مشاعرهم ومعاشهم اليومي النفسي والاجتماعي وحتى المرضى يولون أهمية للجانب النفسي عند هؤلاء المرضى ونتيجة تكرار حصص الدياليز 3 مرات أسبوعيا تتكون علاقات وصدقات بين المرضى فيما بينهم ومع المعالجين (الأطباء والمرضى).

وعندما يتعرض المريض إلى خبرة معينة في حياته فإن كل المشرفين على العلاج يشاركونه هذه الخبرة ويظهر جو من الإحاطة بهذا المريض حيث تزداد مقومات الدعم الاجتماعي، الإعلامي وحتى المادي.

وإذا كان الطبيب المعين يهتم بعضو الكلية Rein المريضة والتي فقدت وظائفها وتم بعد ذلك تعويضها من خلال آلة تصفية الدم فإن المريض يبقى محتاجا إلى تدخل شامل ويطالب الطاقم الطبي بكفالة كاملة.

التكيف السيكلوجي مع تصفية الدم:

انه عبارة عن عملية أو مسار تكيفي مستمر ومتواصل وعوامله وأنماطه تختلف حسب نمط أو شكل الدخول في المرض المزمن. وحسب النظرية التطورية يحدث تغيرا معتبرا على مستوى أفكار ومعتقدات المريض. إن أغلبية المرضى المصابين بالعجز الكلوي المزمن يخضعون للدياليز بالرغم أنه لم تظهر بعد عندهم اضطرابات، ولكن قد تظهر مظاهر مرضية متعلقة بتصفية الدم منها: اختلافات في التوازن الحيوي، اضطرابات هضمية وحتى سيكاترية.

يشير التكيف النفسي مع عملية تصفية الدم إلى استخدام استراتيجيات المقاومة والى المراحل الأربعة التي يمر بها المريض:

مرحلة الخمول والسلبية.

مرحلة الفرح والحيوية الناتجة عن التحسن الذي يصاحب عملية تصفية الدم.

مرحلة القلق أو الضغط نتيجة الإرغامات والضغط الناتجة عن العلاج المزمن والثقيل تصفية الدم.
مرحلة التكيف والمقاومة للمرض المزمن والعلاج المزمن.
وهذه المراحل الأربعة ما هي إلا وضعية للمسار الذي يخوضه المريض المصاب بالعجز
الكلوي المزمن والخاضع لتصفية الدم.

ويمكن أن نجمع هذه المراحل في مرحلتين:

1- **المرحلة الأولى:** ويمكن وصفها على أنها مرحلة البهتان والسلبية، إنها مرحلة صدمة
تصاحبها مجموعة من التغييرات والاضطرابات الانفعالية، يشعر المريض وكأنه يتعرف على
الهوامات المرتبطة بداخل الجسم.

2- **المرحلة الثانية:** وهي تشير إلى حالة التكيف أو التوافق المزمن، وهنا يحقق المريض
أنماطا تكيفية مختلفة حيث يصبح الأنا أكثر مرونة، كما أنه عملي ووظيفي بعدما كان
في حالة البهتان ويعمل من خلال ذلك على وضع مجموعة من الميكانزمات الدفاعية خاصة:
النكوص والتماهي، هي مرحلة تتميز بالمراقبة والضبط للداخل والخارج Dedans et Dehors.
(G. BURLAUX ، 2004).

وهنا تظهر فعالية تدخل الأخصائي النفسي لمساعدة المريض المزمن على تخطي هذه
المرحلة وجعلها أكثر فعالية حتى يصل إلى مرحلة تقبل المرض والتكيف معه.

وتشكل الحصص الأولى من الدياليز Dialyse مرحلة فاصلة إذ ما كان غير معروف،
مكبوت ومنبوذ يصبح واقعا ويبدأ المريض في لمس والتحقق منه. إنها مرحلة كف inhibition
بالنسبة للمريض كما نلاحظ ظهور قلق تصاحبه أعراضا اكتئابية.

ولعل المؤشر الأول للدخول في مسار العلاج المزمن (تصفية الدم)، وهو كعلاج للعجز
الكلوي المزمن وهو المؤشر الذي يؤكد حدوث ما لا يستطيع المريض نكرانه، إنه قرار
الفرقة الطبية بوضع FAV Fistule Arterio Veineuse، وهي عبارة عن عمية جراحية تجرى
على مستوى الساعد avant bras وهي التي تسمح بتنقل الدم وخروجه إلى آلة تصفية الدم ثم
رجوعه إلى الجسم. ولعل المشاعر التي تظهر عند المريض جراء هذه الوضعية هي مشاعر
هوامات التعدي أو العدوان.

وهناك البعض من المرضى الذين يعتبرون la fistule كباب porte مفتوح على داخل
الجسم، فهي تخرج منها أصوات تشبه الخرير أو الخرخرة) وهذا ما ينبؤ على أنها وظيفية

fonctionnelle، ولكن في نفس الوقت هي أصوات مخيفة لأنها تعبر عن سريان الدم في الشرايين والأوردة.

وتشير الحصة الأولى من تصفية الدم إلى انتهاء مرحلة الانتظار والقلق، فهي تحمل نوعاً من الراحة والترويح كما أنها تحدد درجة التحمل.

إن عدم إدراك المرض وتقبله، يؤدي إلى ظهور عند العديد من المرضى تساؤلات واستفسارات عديدة ومتكررة، كأن يقول أحد المرضى: عندما نتماثل للشفاء يمكن الاستغناء عن هذه الآلة التي تصفي الدم، ولعل هذه التساؤلات هي التي تشكل عوامل الاتجاهات "رفض المرض والعلاج". وتظهر هذه الحالة نتيجة مرحلة من الأمل حيث يشعر المريض بتحسّن حالته الجسدية نتيجة الحمصص الأولى من الدياليز حيث يبدأ المريض في الأكل والشرب، ويستعيد بعض الوظائف الحيوية كالخروج والمشي وكذا الممارسات الحياتية اليومية، ولكن عند بعض الحالات يزداد القلق ويصبح الحصر شديداً: إنه قلق الموت أو قلق على الحياة، كما أنه الخوف من المستقبل، ويأخذ هذا القلق شكل المطالب وادعاءات غير منتهية كما أنه يشكل ضغوطات وصعوبات على الطاقم الطبي والشبه طبي إنها صعوبات ترتبط بالحالة المرضية خلال الحمصص الأولى من الدياليز والتي تحمل درجة من عدم الارتياح، المضايقات العضوية والإرغامات النفسية ولعل من أهمها: ارتفاع الضغط الدموي، الغثيان، القيء، التشنجات ويصاحب هذه الوضعيات حالات: صعوبة التكيف، الرفض الحاد الهروب، التغيّب والتسيب وهي كحالات لمحاولة انتحار.

خاتمة:

وحتى تتحقق عملية التكيف مع وضعية الضغط (تصفية الدم) يحتاج المريض إلى أن يعترف لنفسه ويدرك أن المرض مزمن ولا يوجد علاجاً سحرياً يشفى منه كلياً إلا في حالة زرع الكلية Rein وأنه فقد وظيفة كليته للأبد وأنه فقد التوازن العضوي الحيوي الذي كان يتمتع به سابقاً وأنه فقد استقلالته وقدرته على التكفل بنفسه بصفة كلية، وأنه دائماً في حاجة إلى شخص يساعده مادياً ومعنوياً. وقد تستمر الأعراض الفيزيائية والنفسية خلال هذه المرحلة وذلك بالرغم من تحسّن الحالة العامة للمريض وأحياناً تكون مذهلة، إن للأخصائي النفسي دور كبير في مساعدة المريض على التكيف مع العلاج المزمن تصفية الدم من خلال تشجيع وتثمين تلك الرغبة الشديدة التي يظهرها في التحكم ومعرفة تقنية تصفية الدم وكيفية تسيير تلك الآلة لأن معرفة المرض وتفهمه شرط أساسي في تقبله والتكيف معه.

تقديم الحالة:

أ - **البيانات العامة:** [ح.ب] امرأة تبلغ من العمر 49 سنة، عازبة، مستواها التعليمي ثانوي، متحصلة على شهادة تقنية سامية في البيولوجيا، مستواها الاقتصادي متوسط، وهي تعمل كتقنية في أحد المخابر للتحاليل الطبية، تسكن لوحدها بعدما مات والداها وتزوج كل إختها (عدد 12) وهي تقطن بالجزائر العاصمة.

ب - **تاريخ المرض والعلاج:** يعود مرض [ح.ب] بالعجز الكلوي المزمن إلى مرحلة الطفولة وقد كان عمرها آنذاك 05 سنوات وذلك إثر إصابتها بحمى ناتجة عن التهاب المسالك البولية (تقول المفحوصة لم يتم علاجها بطريقة فعالة نظرا لإمكانيات والديها المادية المحدودة آنذاك)، تطور الالتهاب ليصيب الكليتين، وبدأ تدهور مكونات الكلية (Nephrons) بالتدرج إلى أن وصل إلى المرحلة النهائية Stade terminal وما زاد تبلور العجز الكلوي هو ارتفاع الضغط الدموي الذي كان يصل حسب المفحوصة إلى 10 - 23 أو حتى 12 - 27 الدرجة القصوى. دخلت [ح.ب] المستشفى وأجريت لها كل الفحوصات المخبرية والأشعة وتم تشخيص الحالة: العجز الكلوي المزمن الناتج عن الضغط الدموي المرتفع، وبعد ذلك تم تحويلها إلى مصلحة تصفية الدم، وهكذا أصبحت [ح.ب] تتردد على الدياليز 03 مرات في الأسبوع ولمدة 04 ساعات لكل حصة، كان عمرها 21 سنة ابتداء من 1987 وهي تعتبر من أقدم المريضات داخل مصلحة تصفية الدم.

ج - **التقرير الذاتي للمريضة:** تقول [ح.ب] في أحد مقاطع المقابلة: "كنت دائما مريضة منذ طفولتي، لكن كنت أعتقد أنني سوف أشفى خاصة في مرحلة المراهقة، كنت نحيفة جدا" وتواصل: "لم أفكر أبدا أن تكون هكذا نهايتي".

رغم ظروف المرض تمكنت [ح.ب] من مواصلة دراستها (الثانوية) وحصولها على دبلوم في التحاليل الطبية وكان ذلك من اختيارها إذ تقول: "أردت أن أكون متخصصة في المجال الطبي حتى أفهم مرضي وأتمكن من مقاومته".

فعلا لقد استفادت [ح.ب] من تخصصها حيث أصبحت أكثر وعيا بأعراض مرضها، وأصبحت تقرأ في مجال خصائص الكلية، أمراضها وخاصة علاج تصفية الدم وكيف يمكن تضادي الوقوع في الانعكاسات الناتجة عن إزمان Chronicité الدياليز مثل هشاشة العظام، مشاكل قلبية، الحوادث التي تعيق الناصور Fistule وهي العنصر الأساسي في ديمومة الدياليز. وهكذا عرفت [ح.ب] أن المواظبة على الحضور إلى الحمص وتناول الأدوية في مواعيدها وإتباع حمية هي شروط نجاح علاج تصفية الدم وتحقيق درجة عالية من نوعية الحياة.

وفي بداية التحاق [ح.ب] بالدياليز انضمت إلى جمعية مرضى العجز الكلوي، كان المشرف عليها طبيبا يخضع للدياليز، كانت تعمل على توعية المرضى، وتساعد المحتاجين منهم ماديا وتقول "كنت نشطة كثيرا، أردت من خلال عملي ونشاطي في الجمعية أن أثبت ذاتي وأبين أن المريض بإمكانه أن يقوم بدور اجتماعي".

تتميز [ح.ب] بخصائص شخصية تتمثل في: القدرة على الحوار والتواصل، الانضباط، ثقافة طبية جيدة، حل المشكل، ولذلك كان المرضى يستشيرونها ويعتبرونها المثل الأعلى، من يراها خارج مصلحة الدياليز لا يعرف أنها مريضة رغم السنوات العديدة وهي تخضع لتصفية الدم، ولعل هذا يعود إلى مدى امتثالها للتعليمات الطبية.

لم تستفد [ح.ب] من زرع الكلية مع أنه كان حلمها الكبير حيث تقول: "كنت أعتقد أن زرع الكلية سيكون لي الفرج من شقاء الدياليز ولكن لم يحدث" كانت تعتقد بما أنها أصغر أخواتها سيقوم أحدهم بالتبرع بكلية، ولكن ولا واحد منهم ذكر ذلك.

عملت [ح.ب] على إعادة بناء معرفتي وقد ساعدها ذلك في تقبل مرضها وعلاجها المزمين، وقد وظفت كل جهودها في عملها، نشاط الجمعية، إذ تقول: "أصبح لدي أصدقاء كثيرين ليس لدي الوقت في التفكير المستمر في المرض".

نلاحظ من خلال هذا أن [ح.ب] وجدت استراتيجيات لمواجهة خبرة المرض تتمثل في البحث عن حلول وليس الهروب، فهي تعمل، تتشغل في جمعية، تبحث عن الدعم الاجتماعي من خلال الأصدقاء، كما تقول أنها تجد أوقاتا للتسلية والإلهاء حيث تذهب للتبضع والتنزه على المحلات التجارية، فهذه كلها مهام تساعد المفحوصة في التكيف مع العلاج الثقيل كما تسميه: الدياليز.

د - تقرير الطبيب المعين: تقول الطبيبة عن [ح.ب] إنها المثال الحقيقي للمريض المتمثل للتعليمات الطبية، فكل المؤشرات مضبوطة مثل الضغط الدموي، تمرکز الكالسيوم والبوتاسيوم والصوديوم، ولهذا فهي لا تعاني من اضطرابات في القلب، أو هشاشة العظام، ذلك لأنها تأخذ أدويتها (الأدوية الخاصة بالضغط الدموي والأدوية الحافظة Traitement conservateur) هي أدوية توصف لكل المرضى في الدياليز مثل أقراص الكالسيوم فيتامين D والأهم أيضا أنها تحافظ على الحمية ولهذا لا يتعدى حمل الوزن Prise de poids بين حصتي الدياليز 1.5 كغ، كما أن وزنها الجاف Poids sec مستقر.

وبعد إجراء هذه المقابلات الأولية التي سمحت لنا بالتعرف على المفحوصة [ح.ب] قمنا بتطبيق بطارية المقاييس وكانت النتائج كالآتي:

هـ - نتائج المقاييس النفسية:

1- نتائج مقياس تقدير الملائمة:

مقياس تقدير الملائمة	
النتيجة الكلية للمقياس	النتيجة المتحصل عليها
18	14

جدول (01) يوضح نتائج [ح.ب] على مقياس تقدير الملائمة.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن [ح.ب] قد حصلت على درجة عالية على مقياس تقدير الملائمة (14) وهذا ما يؤكد أقوال الطبيبة التي أثبتت في تقريرها أن [ح.ب] ممتثلة للتعليمات الطبية وأنها تطبق شروط علاج تصفية الدم (الدواء، الحمية، المواظبة، التقليل من السوائل).

2- نتائج مقياس: استبيان إدراك المرض - المعدل:-

النتائج المتحصل عليها	المقاييس الفرعية
08	الهوية (تعريف المرض)
29	المدة: حاد/مزمن
02	الانعكاسات
17	الضبط الشخصي
16	ضبط العلاج
16	تفهم المرض
14	المدة/دوري
25	تصور الانفعالات
15	- داخلية
26	- خارجية

جدول (02) يوضح نتائج [ح.ب] على مقياس استبيان إدراك المرض - المعدل -

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المفحوصة حصلت على درجة (8) على مقياس "الهوية" وهذا يعني أنها تدرك فعالية علاجها (الدياليز) وبالتالي لم تتحدث عن أعراض وآثار مرضها، إذ أنه كلما كانت الدرجة عالية فهذا يشير إلى أن المريض يدرك كثرة الأعراض المرضية

وبالتالي يعيش حدودا (Limites أكثر من المتوقع)، ورغم ذلك قد حصلت على درجة (29) على مقياس المدة مزمن/حاد، فهي تدرك أن مرضها مزمن ورغم فعالية العلاج إلا أنها تعيش إرغامات المرض (إذ تقول مثلاً في أحد مقاطع المقابلة: "صعب أن أسافر إلى مكان بعيد ربما لا أجد فيه مركزاً لتصفية الدم") لهذا نلاحظ أن [ح.ب] حصلت على درجة (25) على مقياس "الانعكاسات"، في حين أنها حصلت على درجة (16) على مقياس "تفهم المرض" هي درجة عالية إذ تشير إلى مدى تفهم المفحوصة لمرضها وعلاجها من حيث (تعريفهما، أسبابهما، مآلهما)، لكنها حصلت على درجة عالية على مقياس تصور الانفعال (25) وهذا يشير إلى أنه بالرغم من أن [ح.ب] تدرك وتفهم مرضها إلا أنها تعيش حالات انفعالية مصاحبة لعلاجها، أما أسباب مرضها فإنها تعتقد أنها خارجية وقد أشارت إلى ذلك في المقابلة إذ تقول "لم تكن هناك كفاءة طبية جيدة وبالتالي تفاقم مرضي" وحصلت على درجة (26).

3- نتائج مقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة: الصورة المصغرة:

المقاييس الفرعية	النتائج المتحصل عليها
محور الجانب العضوي PCS	50
محور الجانب العقلي MCS	55

جدول (03) يوضح نتائج [ح.ب] على مقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المفحوصة حصلت على درجة (50) على مقياس نوعية الحياة (محور الجانب العضوي) هي درجة معتبرة إذ تشير إلى أنه بالرغم من المرض والعلاج المزمين إلا أن المفحوصة لا تعبر عن وجود حدود في نشاطاتها الجسمية أي أنها تتمتع بالطاقة والحيوية وأنها غير عاجزة عن تحقيق حاجاتها التي تعتمد على التوظيف العضوي أو الجسمي، كما أنها حصلت على درجة (55) على مقياس نوعية الحياة (محور الجانب العقلي) وهذا يعني أن [ح.ب] تدرك صحتها العقلية وتتحكم في انفعالاتها، وتلعب دوراً اجتماعياً (وقد وجدنا هذا خلال المقابلة حيث عبرت لنا عن مشاركتها في جمعية مرضى العجز الكلوي) ولهذا جاءت نتائج نوعية الحياة المرتبطة بالعجز الكلوي عالية.

4- نتائج مقياس استبيان إيزنك للشخصية:

أبعاد الشخصية	النتائج المتحصل عليها
الذهانية	04
العصائية	15
الانبساط	12
الكذب	09

جدول (04) يوضح نتائج [ح.ب] على مقياس استبيان إيزنك للشخصية

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المفحوصة حصلت على درجة عالية على مقياس بعد العصابية (15) وهذا يشير إلى أن المفحوصة تتميز ببعض الخصائص العصابية مثل القلق، الكآبة، التوتر، في حين أنها انبساطية واجتماعية وقد حصلت على بعد الانبساط على درجة (12) كما أنها تميل إلى الجاذبية الاجتماعية حيث ترغب في الامتثال لقواعد اجتماعية ولهذا قد حصلت على بعد "الكذب" على درجة (09)، أما درجة (04) على بعد الذهانية فهي ضعيفة جدا أي أن المفحوصة ليست عدوانية، منعزلة.

5- نتائج مقياس استراتيجيات المقاومة للوضعيات الضاغطة:

المقياس الفرعية	النتائج المتحصل عليها
المهام	57
الانفعال	52
التجنب	51
التسلية	51
الإلهاء الاجتماعي	55

جدول (05) يبين نتائج [ح.ب] على مقياس المقاومة للوضعيات الضاغطة

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المفحوصة تحاول استخدام مختلف استراتيجيات المقاومة لمواجهة وضعيات الضغط التي تعيشها (المرض والعلاج) وجاءت درجات المقياس متقاربة فيما بينها مع اختلافات طفيفة، نجد مثلا درجة (57) على بعد المهام ويعني هذا أن المفحوصة تعمل جاهدة لإيجاد حلول لمواجهة وضعية الدياليز الثقيلة إذ تبحث دوما عن الدعم الاجتماعي (المعنوي والإعلامي) كما تحاول إيجاد حلول فعلية (العمل والنشاط في الجمعية) لكن هذا لم يمنعها من تبني استراتيجيات مركزة حول الانفعال إذ حصلت على درجة (52) و(51) على بعد التجنب و(51) للتسلية الاجتماعية إذ تقول المفحوصة "أحب الخروج مع الزملاء، الذهاب للتبضع والإلهاء الاجتماعي حيث حصلت على درجة (55).

يتضح إذن من خلال نتائج المقياس أن المفحوصة تعتمد أكثر على استراتيجيات "المهام" لتواجه خبرتها الضاغطة (العلاج المزمن) وهذا مؤشر ايجابي لتطوير سلوك الملائمة.

خلاصة الحالة:

نلاحظ من خلال معطيات المقابلات العيادية ويطارية المقياس أن [ح.ب] تتعامل مع مرضها بكل تفهم وترق وأنها تمثل للتعليمات الطبية (الملائمة) وهذا ما جعلها مثلا للمرضى حسب عبارات

الطبيبة، وقد يعود سلوك الملائمة عند [حب] إلى إدراك المرض حيث ظهر من خلال النتائج أنها تفهم مرضها وتتحكم فيه، كما أنها تستخدم استراتيجيات المقاومة بنوعها المركزة حول المشكل والمركزة حول الانفعال وقد انعكس سلوك الملائمة على نوعية حياتها (الجسمية والعقلية) وبالتالي نستطيع القول أن المفحوصة تتكيف مع مرضها وعلاجها المزمين.

المراجع باللغة العربية

1. العيدر وس، عقيل حسين (1996): "أمراض الكلية وارتفاع ضغط الدم"، مؤسسة مكة للطباعة والإعلام.
2. الكرمي، زهير، صبالي، محمد سعيد (1988): الأطلس العلمي فيزيولوجيا الإنسان، دار الكتاب اللبناني، بيروت.
3. رويحة، أمين (1972): "أمراض الجهاز البولي، الكلى والبروستات"، دار القلم، بيروت، لبنان.
4. شلش، صبحي عمران (1992): "الدراسات العملية في علم وظائف الأعضاء العام"، مؤسسة المجلس الأعلى العربي للعلوم والتكنولوجيا.

المراجع بالأجنبية:

1. Bruchon- Schweitzer. M. et quintard. B. (2001) : « personnalités et maladies », édition dunord, Paris.
2. Bruchon- Schweitzer. M. et R. Dantzer ; (1994) : Introduction à la psychologie de la santé », édition PUF, Paris.
3. Boubchir. M; (2004) : « monographie sur l'insuffisance rénale chronique », OPU, Alger.
4. Bourgeois M. (1994) : « Psychologie de la santé, psychologie médicale, psychosomatique et psychiatrie de liaison » ; in Ann., méd-psychol, 1994, 152, n° 10.
5. Bourignon. O et Byllowski ; (1995) : « la recherche clinique en psychopathologie », édition PUF, Paris.
6. Brammer. L.M ; (1991) « How to cope with life transitions, HPC, Hemisphere publishing corporation.
7. Brillon. P ; (2004) : « se relever d'un traumatisme », les éditions Quebecor, Canada.

8. Broca. A ; (2002) : « Douleurs, soins palliatifs » : Deuils, Masson, Paris.
9. Brownlee-Duffeck. M, Peterson. L et Simonds. J.F; (1987): « the role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes » ; Journal of consulting and clinical psychology, Vol, 55, N° 2, 139-144.
10. Burloux. G ; (2004) : « le corps et sa douleur », Dunod, Paris.
11. Chabrol, H et Callahan, S; (2004) : « mécanismes de défense et coping », dunod, paris.
12. Chiland. C ; (1983) : « l'entretien clinique » PUF, Paris.
13. Chistensen. A.J; (1996): « Patient adherence to medical treatment regimens », in journal of personality, Vol 64, N° 4, PP 815-835.
14. Christensen A. et al ; « Body consciousness, illness – related impairment, adherence in Hemodialysis », in journal of consulting and clinical psychology, 1996, Vol 64, n° 1, 147-152.
15. Christensen A.J. (1996) : « Patient adherence to medical treatment regimens » ; in journal of personality, Volume (64) (4), P.P 815-835.
16. Christensen. A.J, Weibe. J.S et Edwards. D.L; (1996): « Body consciousness, illness-related impairment, and adherence in hemodialysis », journal of consulting and clinical psychology, Vol, 64, N° 1, 147-152.
17. Churchill. Dm, Wallace J.E et Beecroft ML; (1991): «A comparison of evaluative indices of quality of life and cognitive function in hemodialysis patients control clin trials, S 159-67, PMiD. »
18. Clére. J. (1981): « problèmes psychologique des insuffisants rénaux chronique », in cah, med, 6, 28, 1791 1810.
19. Conguilhem. G ; (1975) : « le normal et le pathologique », 3^{ème} édition Puf, Paris.