



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

فعالية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي
للحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي - دراسة
ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد مدغري بعين تموشنت -

تحت إشراف الأستاذ:

أ. سعدي زينب

من إعداد الطالبتين:

- كلاش لامية

- جعيدر إكرام

تاريخ المناقشة: 2026/06/15

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
زاوي أمال	أستاذ محاضر - أ -	رئيسا
سعدي زينب	أستاذ محاضر - ب -	مشرفا ومقررا
بن عيسى رحال نوال	أستاذ محاضر - ب -	مناقشا

السنة الجامعية 2025-2026



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

التصريح الشرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز بحث علمي
(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)
أنا الممضي أسفله،

الطالب (ة): جديدن الحسرام
الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: (146601070000) الصادرة في تاريخ: 2023.09.22
دائرة: حصام بوجمبر ولاية: عين تموشنت
والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية
قسم: علم النفس

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس الحيادي
والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:
فعالية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي لجماعتي للحد من
الشعور بالوحدة النفسية لدى مريض القصور الكلوي

أصرح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز مذكرة
الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: 2026/06/28

امضاء المعني

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث علمي

(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضي أسفله،

الطالب (ة): ككاش لا هية

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 110011463022170009

الصادرة في: تاركة بتاريخ: 2020-11-06

دائرة: هالح ولاية عين تموشنت

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس الحيادي

والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

فعالية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي اجتماعي لأحد

من الشغور بالوحدة النفسية لدى مرضى التصوير الملوي

أصرح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في

إنجاز مذكرة الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: 2020/06/28

امضاء المعني



الترخيص بإيداع مذكرة الماستر

اسم الأستاذ(ة) المشرف(ة): الدكتور ز. زينب
مذكرة التخرج في الماستر الموسومة: فعاليات برنامج علاجي قائم على الترتيبات
الدعم النفسي الجماعي للحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى
القصور الكلوي

من انجاز الطالب (بين):

1. جعيد زكرا

2. كلية نيل لاهية

ميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس الحيادي

أشهد أن الطالب(بين) قد قام(ا) برفع كل التحفظات المطلوبة من طرف لجنة المناقشة،
وبإمكانه(ها) إيداع النسخة الالكترونية المصححة على مستوى المستودع الرقمي لجامعة عين تموشنت.

عين تموشنت في:

امضاء رئيس اللجنة

الاسم واللقب

د. راوي أمال

امضاء المشرف

الاسم واللقب

د. سوي زينب
أستاذ محاضر

تأشيرة رئيس القسم



أحمد
سم
عافية



شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، نحمده سبحانه وتعالى على توفيقه لنا لإتمام هذا

العمل.

نتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذتنا الفاضلة سعدي زينب، على إشرافها القيم، وتوجيهاتها السديدة، وصبرها ودعمها المتواصل، فقد كان لنصائحها وخبرتها الأثر الكبير في إنجاز هذه المذكرة.

كما نتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى جميع الأساتذة الكرام الذين أشرفوا على تكويننا طيلة سنوات الدراسة، ولم يبخلوا علينا بعلمهم وإرشاداتهم.

ولا يفوتنا أن نتقدم بالشكر إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل، سواء بتقديم المساعدة أو الدعم المعنوي.

كما نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى المؤسسة الاستشفائية التي احتضنت الجانب التطبيقي لهذه الدراسة، على تعاونها وتسهيلها لإجراءات العمل الميداني، مما ساهم في إنجاز هذا البحث في ظروف مناسبة.

كما نتوجه بخالص الامتنان والتقدير إلى الحالات محل الدراسة، على تعاونهم وتفهمهم ومشاركتهم الفعالة، راجين لهم دوام الصحة والعافية.

كما نعبر عن امتناننا لكل من ساندنا ووقف إلى جانبنا خلال مسيرتنا الدراسية.

وفي الأخير، نسأل الله أن يجزي الجميع خير الجزاء، وأن يوفقنا لما فيه الخير والنجاح.

إهداء

﴿وآخر دعوانهم أن الحمد لله رب العالمين﴾،

أهدي هذا العمل المتواضع أولاً إلى نفسي، إلى تلك الروح التي آمنت بحلمها، وصبرت في وجه الصعوبات، وتمسكت بالأمل حتى وصلت إلى هذه المحطة التي تمثل بداية جديدة نحو مستقبل أفضل إلى من كانوا لي الداعم والمساند في كل خطوة، إلى أعزتي والدي، الذين قدّموا لي كل الحب والتضحية، وعلموني معنى الاجتهاد والسعي نحو النجاح، لا توجد كلمات تكفي للتعبير عن مدى امتناني لكما، فقد كنتما النور الذي أنار طريقي، والسند الذي أستند عليه في كل لحظة من حياتي.

إلى إخوتي الأعزاء، الذين كانوا دائماً سندي وقوتي، شكراً لوقوفكم بجانبني ودعمكم المتواصل. إلى أخواتي الغاليات، مصدر الحنان والدفع، شكراً لوجودكن في حياتي، ولدعمكن وتشجيعكن الذي لم ينقطع، كنتن دائماً أقرب الناس إلى قلبي.

إلى أبناء أختي العزيزين عبد الإله وكوثر، أنتما البهجة التي تملأ حياتي، وسبب ابتسامتي في أصعب الأوقات، أسأل الله أن يحفظكما ويبارك فيكما.

إلى أستاذتي الفاضلة سعدي زينب، التي كانت مثلاً في العطاء والتفاني، شكراً لك على دعمك، توجيهاتك، وصبرك، فقد كنت من أهم الأسباب التي ساعدتني على التقدم وتحقيق هذا الإنجاز، ولن أنسى فضلك أبداً.

بهذا التخرج، أهدي إنجازي لأحبتني جميعاً، وأتعهد أن أستمّر في العمل بجد لتحقيق ما يليق بتضحياتكم، وأدعو الله أن أكون دائماً عند حسن ظنكم بي، وأن أستطيع رد جزء من الجميل الذي قدمتموه لي. دمت لي دائماً، وعسى أن أكون فخراً لكم كما أنتم فخري.

كلاش لامية

إهداء

من قال أنا لها نالها، وأنا لها، وإن أبت رغما عنها أتيت بها.

لم تكن الرحلة قصيرة ، ولم يكن الطريق مفروشا بالتسهيلات، ولم يكن الحلم قريبا لكن بالإرادة والصبر
تحقق الحلم.

اليوم أضع نقطة النهاية لمسيرة من التعب و الجهد، ليكون هذا اليوم مسك الختام ويوما من أجمل أيام
العمر.

بسم الله الرحمان الرحيم

أصلي و اسلم على سيد الخلق وخاتم الأنبياء والمرسلين، سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.
أما بعد:

احمد الله حمدا كثيرا على ما وفقني إليه، وافتخر بما حققته بفضلته، وأسأله أن يجعل هذا العمل خطوة
مباركة في مسيرتي العلمية.

إلى من ذكرهما الله في كتابه الكريم، وجعل برهما من أعظم القربات، إلى من كانا سندي و دعمي في
كل خطوة من حياتي.

أبي وأمي العزيزين، بارك الله فيهما وأطال الله عمرهما، وجعلني دائما سببا في فخرهما وسعادتهما.
وإلى أساتذتي الذين كانوا خير سند وبالأخص أساتذتي الفضيحة سعدي زينب التي أضاعت دربي
بنصحتها وتوجيهها خلال مسيرتي العلمية.

صديقتي ورفيقة النجاح اسأل الله أن يديم صداقتنا وأن يوفقنا معا في حياتنا القادمة كما وفقنا في
مشوارنا الجامعي.

إلى كل أفراد عائلتي ومن كانوا معي في مشواري هذا حفظهم الله ورعاهم.

جعيدر إكرام

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي. وتتعلق الدراسة من إشكالية مفادها: ما مدى فعالية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في الحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى؟

ولتحقيق أهداف الدراسة، تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي إلى جانب دراسة الحالة، من خلال تطبيق برنامج علاجي على عينة مكونة من 04 حالات (02 ذكور و02 إناث) من مرضى القصور الكلوي. كما تم استخدام مقياس راسل للوحدة النفسية.

وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يدل على فعالية البرنامج في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية. كما بينت النتائج عدم وجود فروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي، وهو ما يعكس استمرارية أثر البرنامج العلاجي، إضافة إلى تسجيل حجم أثر مرتفع يؤكد قوة وفعالية التدخل المطبق.

وبناءً على ذلك، خلصت الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي يُعد تدخلاً فعالاً في الحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، ويساهم في تحسين حالتهم النفسية والاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي، الدعم النفسي الاجتماعي، الوحدة النفسية، القصور الكلوي.

Abstract :

The present study aims to examine the effectiveness of a therapeutic program based on psychosocial support strategies in reducing feelings of loneliness among patients with renal failure. The study is guided by the following research question: To what extent is a therapeutic program based on psychosocial support strategies effective in reducing feelings of loneliness among kidney disease patients?

To achieve the objectives of the study, a quasi-experimental design was used alongside a case study approach, by applying a therapeutic program to a sample of 04 cases (02 males and 02 females) suffering from renal failure. The UCLA Loneliness Scale (Russell) was also used.

The results showed statistically significant differences between the pre-test and post-test measurements in favor of the post-test, indicating the effectiveness of the program in reducing feelings of loneliness. The findings also revealed no significant differences between the post-test and follow-up measurements, which reflects the sustainability of the program's effect. In addition, a high effect size was recorded, confirming the strength and effectiveness of the applied intervention.

Accordingly, the study concluded that the therapeutic program based on psychosocial support strategies is an effective intervention in reducing loneliness among patients with renal failure and contributes to improving their psychological and social well-being.

Keywords: Therapeutic program, Psychosocial support, Loneliness, Renal failure.

قائمة المحتويات

الرقم	العنوان	الصفحة
/	شكر وتقدير.	أ
/	إهداء.	ب
/	إهداء.	ج
/	ملخص الدراسة باللغة العربية.	د
/	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.	هـ
/	فهرس المحتويات.	ز
/	فهرس الجداول.	ك
/	فهرس الأشكال.	ك
/	فهرس الملاحق.	ل
/	مقدمة.	5-2
	الفصل الأول: إشكالية الدراسة والدراسات السابقة	6
01	إشكالية الدراسة.	12-7
02	فرضيات الدراسة.	12
03	أهداف الدراسة.	13-12
04	أهمية الدراسة.	13
05	المفاهيم الإجرائية للدراسة.	15-14
06	حدود الدراسة.	15
07	عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها.	19-16
	الفصل الثاني: الدعم النفسي الاجتماعي، الوحدة النفسية، القصور الكلوي	20
/	تمهيد.	21
/	أولاً: الدعم النفسي الاجتماعي.	22
01	تعريف الدعم النفسي الاجتماعي.	25-23

26-25	أنواع الدعم النفسي الاجتماعي.	02
28-27	النماذج المفسرة للدعم النفسي الاجتماعي.	03
30-29	مصادر الدعم النفسي الاجتماعي.	04
31-30	شروط الدعم النفسي الاجتماعي.	05
32-31	أهمية وأهداف الدعم النفسي الاجتماعي.	06
33	ثانياً: الوحدة النفسية	/
33	تعريف الوحدة النفسية.	01
35-33	النظريات المفسرة للوحدة النفسية.	02
36-35	مظاهر الشعور بالوحدة النفسية.	03
38-36	أنواع الشعور بالوحدة النفسية.	04
39-38	استراتيجيات مواجهة الوحدة النفسية.	05
40-39	أسباب الشعور بالوحدة النفسية.	06
41	ثالثاً: القصور الكلوي	/
41	بنية الكلية.	01
41	وظيفة الكلى.	02
42	تعريف القصور الكلوي.	03
43-42	أعراض القصور الكلوي.	04
44-43	أنواع القصور الكلوي.	05
45-44	أسباب القصور الكلوي المزمن.	06
46	خلاصة.	/
47	الفصل الثالث: البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.	
48	تمهيد.	/
49	تعريف البرنامج العلاجي.	01
50-49	الأساس النظري للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.	02

50	الأهداف العامة للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.	03
50	الأهداف الخاصة للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.	04
51	أهمية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.	05
53-51	شروط تصميم وتطبيق البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.	06
59-53	مراحل سير البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.	07
61-60	خطوات البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.	08
66-61	توزيع الجلسات العلاجية.	09
74-67	محتوى أنشطة البرنامج العلاجي.	10
75	خلاصة	/
76	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
77	تمهيد.	/
78	أولاً: الدراسة الاستطلاعية.	/
79-78	أهداف الدراسة الاستطلاعية.	01
79	حدود الدراسة الاستطلاعية.	02
84-80	أدوات الدراسة الاستطلاعية.	03
85	منهج الدراسة الاستطلاعية.	04
86	مراحل القيام بالدراسة الاستطلاعية.	04
86	الأساليب الإحصائية للدراسة الاستطلاعية.	05
87-86	نتائج الدراسة الاستطلاعية.	06
88	ثانياً: الدراسة الأساسية.	/
88	متغيرات الدراسة	01
89-88	منهج الدراسة الأساسية.	02

90-89	عينة الدراسة الأساسية.	03
90	أدوات الدراسة الأساسية.	04
91	الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية.	05
92	الفصل الخامس: عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة.	
93	تمهيد.	/
94	أولاً: عرض وتقييم نتائج الحالات التي خضعت للبرنامج العلاجي.	/
100-94	الحالة الأولى.	01
107-100	الحالة الثانية.	02
113-107	الحالة الثالثة.	03
120-114	الحالة الرابعة.	04
120	ثانياً: عرض نتائج الدراسة.	/
121-120	عرض نتائج الفرضية الرئيسية.	01
121	عرض نتائج الفرضيات الفرعية.	02
122-121	عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى.	03
123-122	عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية.	04
124-123	عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة.	05
124	ثالثاً: مناقشة نتائج الدراسة.	/
126-124	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية.	01
126	مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات الفرعية.	02
128-127	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى.	03
130-129	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية.	04
131-130	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة.	05
132	استنتاج عام.	/
133	الخاتمة	/
137-134	توصيات واقتراحات.	/

142-138	المراجع.	/
160-143	الملاحق.	/

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح نموذج روكاتش لأسباب الشعور بالوحدة النفسية.	40-39
02	يمثل مراحل تطبيق البرنامج العلاجي.	59-58
03	يمثل وصف عام لجلسات البرنامج العلاجي.	67-61
04	يمثل محتوى أنشطة البرنامج.	74-67
05	يمثل أبعاد المقياس.	82
06	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية.	82
07	يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس الشعور بالوحدة النفسية.	84-83
08	يوضح: ثبات استبيان الشعور بالوحدة النفسية بمعادلة ألفا كرونباخ.	84
09	يبين نتائج درجات التطبيق القبلي والبعدي للبرنامج التجريبي على مقياس الوحدة النفسية.	87
10	يمثل الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسيين القبلي والبعدي.	112
11	يمثل الفروق في متوسط درجات الأفراد المجموعة في القياسيين البعدي والتتبعي.	113
12	يوضح اثر البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم	114

	النفسي و الاجتماعي.	
--	---------------------	--

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل الدعم الاجتماعي	28
02	يوضح التصميم التجريبي للدراسة.	89

قائمة الملاحق:

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	مقياس الوحدة النفسية لراسل.	144
	مقياس الوحدة النفسية المطبق على الحالات.	153-145
03	المعالجة الإحصائية.	155-154
04	رخصة التريض.	159-156
05	بطاقة الإشراف.	160

مقدمة

مقدمة:

يشهد العالم في الوقت الراهن تزايدًا ملحوظًا في انتشار الأمراض المزمنة، والتي أصبحت تمثل أحد أبرز التحديات الصحية والنفسية والاجتماعية في العصر الحديث، نظرًا لما تفرضه من أعباء طويلة المدى على الفرد والمجتمع على حد سواء. ولا تقتصر آثار هذه الأمراض على الجانب العضوي فقط، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد، مما يجعل التعامل معها يتطلب مقاربة شمولية تجمع بين العلاج الطبي والدعم النفسي والاجتماعي.

ويُعد القصور الكلوي المزمن من بين هذه الأمراض التي تفرض على المريض نمط حياة خاصًا ومقيّدًا في كثير من جوانبه، حيث يتطلب متابعة طبية مستمرة، وجلسات علاجية متكررة مثل تصفية الدم (القصور الكلوي)، إضافة إلى الالتزام بنظام غذائي صارم وتعديلات كبيرة في أسلوب الحياة اليومي. هذه التغيرات لا تؤثر فقط على الحالة الجسدية للمريض، بل تنعكس بشكل مباشر على توازنه النفسي واستقراره الاجتماعي، مما قد يجعله أكثر عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة.

وفي خضم هذه التغيرات الجذرية، يواجه مرضى القصور الكلوي مجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية، والتي تُعد نتيجة طبيعية لتأثير المرض على مختلف مجالات حياتهم. ولعل من أبرز هذه الضغوط الشعور بالوحدة النفسية، التي تُعتبر من الظواهر النفسية الشائعة لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة. فالوحدة النفسية لا تعني فقط غياب العلاقات الاجتماعية أو نقص عددها، بل هي حالة انفعالية ذاتية يشعر فيها الفرد بالعزلة والانفصال عن الآخرين، حتى وإن كان محاطًا بهم، وذلك نتيجة إدراكه لضعف الدعم الاجتماعي أو عدم إشباع حاجاته النفسية والعاطفية.

وتشير العديد من الدراسات النفسية إلى أن الشعور بالوحدة النفسية يرتبط بعدة مظاهر سلبية، مثل ارتفاع مستويات القلق، وظهور أعراض الاكتئاب، وضعف تقدير الذات، إضافة إلى تراجع القدرة على التوافق النفسي والاجتماعي. كما أن هذه الحالة قد تؤثر على الدافعية للعلاج والالتزام بالتوصيات الطبية، مما يزيد من تعقيد الوضع الصحي للمريض.

وتزداد حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي بشكل خاص، بسبب القيود التي يفرضها المرض على حياتهم اليومية، مثل قلة النشاط الاجتماعي، والتغيب المتكرر عن العمل أو الدراسة، واعتمادهم شبه الكلي على الرعاية الطبية. كما أن الإحساس بالاختلاف عن الآخرين، والخوف من المستقبل الصحي، والشعور بفقدان الاستقلالية، كلها عوامل تساهم في تعزيز الإحساس بالعزلة والانطواء، مما قد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي وتدني جودة الحياة.

وانطلاقاً من هذا الواقع، تبرز أهمية التدخلات النفسية والاجتماعية كجزء أساسي من التكفل الشامل بهذه الفئة من المرضى، حيث لم يعد العلاج الطبي وحده كافياً لضمان تكيفهم الجيد مع المرض. ويُعد الدعم النفسي الاجتماعي أحد أهم المداخل العلاجية الفعالة في هذا المجال، إذ يهدف إلى تعزيز الروابط الاجتماعية للمريض، وتوفير بيئة داعمة تساعد على التعبير عن مشاعره وانفعالاته، وتخفيف الشعور بالعزلة النفسية.

كما يقوم الدعم النفسي الاجتماعي على مجموعة من الاستراتيجيات التي تهدف إلى تحسين التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، من خلال تنمية مهارات التكيف، وتعزيز الإحساس بالدعم من الأسرة والمجتمع والفريق الطبي، إضافة إلى تقوية الجوانب الإيجابية في شخصية المريض. وقد أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج العلاجية المبنية على هذا النوع من الدعم تساهم بشكل فعال في تقليل مستويات الوحدة النفسية، وتحسين جودة الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة.

وعليه، تسعى هذه الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في الحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، وذلك من خلال تصميم برنامج تدخلي مبني على أسس علمية، وتطبيقه على عينة من المرضى، ثم تقييم أثره على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لديهم، ومدى تحسن توافقهم النفسي والاجتماعي.

ومن خلال هذا الطرح، تتضح أهمية الموضوع في كونه يجمع بين البعد الطبي والبعد النفسي والاجتماعي، كما يسلط الضوء على فئة تعاني في صمت، وتحتاج إلى تدخلات نفسية مدروسة تساعد على التكيف مع وضعها الصحي وتحسين جودة حياتها.

وانطلاقاً من طبيعة الموضوع وأبعاد الدراسة، تم تقسيم هذا البحث إلى جانبين أساسيين: جانب نظري وجانب تطبيقي، وذلك قصد الإحاطة بمختلف الجوانب المرتبطة بمتغيرات الدراسة وربطها بالواقع الميداني بشكل علمي ومنهجي.

فبالنسبة للجانب النظري، اشتمل على الفصل الأول في الإطار العام للدراسة، من خلال عرض إشكالية البحث وتساؤلاته الفرعية، إلى جانب تحديد الفرضيات، وأهداف الدراسة، وأهميتها العلمية والتطبيقية، ثم التطرق إلى حدودها المنهجية، مع عرض مجموعة من الدراسات السابقة ومناقشتها وتحليلها بهدف إبراز موقع الدراسة الحالية ضمن السياق البحثي العام.

أما الفصل الثاني، فقد خُصص للجانب النظري لمتغيرات البحث، حيث تم تناول الدعم النفسي الاجتماعي من حيث مفهومه، أنواعه، نماذجه، مصادره وشروطه، وأهميته، إضافة إلى التطرق إلى الوحدة النفسية من حيث تعريفها، نظرياتها، مظاهرها، وأنواعها، مع إستراتيجياتها وأسبابها. كما تم التطرق أيضاً إلى القصور الكلوي من حيث بنية الكلى ووظيفتها، تعريفها، أعراضها وأنواعها، أسبابه.

في حين حُصص الفصل الثالث لعرض البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي، من خلال تحديد تعريف البرنامج وأهدافه العامة والخاصة، ومراحله المختلفة، والتقنيات النفسية المعتمدة فيه، إضافة إلى عرض مفصل للجلسات العلاجي، وأيضاً عرض لأنشطة البرنامج العلاجي.

أما الجانب التطبيقي، فقد تضمن فصلين ، حيث حُصص الفصل الرابع للإجراءات المنهجية للدراسة، وتم فيه عرض الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، مع توضيح كيفية تطبيق أدوات البحث والتحقق من صدقها وثباتها، المنهج، الأساليب الإحصائية.

أما الفصل الخامس، فقد تناول عرض وتحليل النتائج المتوصل إليها، من خلال اختبار الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، ثم مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، مع تقديم استنتاج عام حول مدى فعالية البرنامج العلاجي في تحقيق أهداف الدراسة.

الفصل الأول:

مدخل إلى الدراسة.

- إشكالية الدراسة.
- فرضيات الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- المفاهيم الإجرائية للدراسة.
- حدود الدراسة.
- عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

إشكالية الدراسة:

يعد مرض الكلى المزمن من الأمراض العضوية الخطيرة التي لا تقتصر آثارها على الجانب الجسدي فقط، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض. إذ يجد المريض نفسه أمام واقع صعب يتطلب تكيفاً مستمراً مع علاج طويل الأمد مثل جلسات الغسيل الكلوي، وما يرافقها من قيود صحية وغذائية واجتماعية، مما يولد لديه شعوراً بالعزلة الاجتماعية والانطواء النفسي، ويتطور أحياناً إلى شعور عميق بالوحدة النفسية التي تعد من أبرز الاضطرابات الانفعالية المرافقة للأمراض المزمنة. هذه الوحدة قد تضعف دافعية المريض للعلاج، وتقلل من شعوره بالانتماء والدعم، مما يؤثر سلباً في توازنه النفسي وجودة حياته. وفي مقابل ذلك، يعتبر الدعم النفسي الاجتماعي من الركائز الأساسية في المقاربات العلاجية الحديثة، حيث أصبح ينظر إليه كعامل مكمل للعلاج الطبي. فالعلاج الجسدي وحده لا يكفي لتحقيق التوازن النفسي والشفاء الكامل، بل لا بد من إرساء شبكة دعم تشمل المختصين النفسيين، والأطباء، والعائلة والأصدقاء، بهدف تخفيف معاناة المريض ومنحه الثقة والقدرة على مجابهة مرضه. ولأن العلاقة بين الدعم النفسي والاجتماعي والحالة النفسية للمرضى لا تزال تحظى باهتمام متزايد في البحوث الحديثة، فقد تعددت الدراسات التي حاولت تسليط الضوء على تأثير هذا الدعم في تعزيز التكيف النفسي والصحة النفسية عند فئات مختلفة من المرضى. بعض هذه الدراسات ركزت على الدعم بوصفه متغيراً مستقلاً يؤثر في جودة الحياة، بينما تناولت أخرى أثره في تخفيف الضغوط الانفعالية والاضطرابات النفسية.

وفي هذا السياق، نجد مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدعم النفسي والاجتماعي والوحدة النفسية في مختلف السياقات المرضية، من بينها دراسة (حمو علي، 2018) مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة النفسية لدى المسنين وكان الهدف من هذه الدراسة معرفة العلاقة

بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية، ومعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع وذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض والتي تعزى لمتغير الجنس، الحالة الاجتماعية ومكان الإقامة، وللتأكد من تحقق فرضيات الدراسة تم استخدام مجموعة من المقاييس، تمثلت في مقياس الصحة النفسية، واستبيان الدعم النفسي الاجتماعي، من إعداد الباحثة. باستخدام المنهج الوصفي على عينة مكونة من 121 مسن ومسنّة وأظهرت نتائج الدراسة على وجود مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى عينة الدراسة، توجد علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى المسنين. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي ومنخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس، الحالة الاجتماعية، ومكان الإقامة. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة. يتضح من خلال نتائج هذه الدراسة أن الدعم النفسي الاجتماعي يلعب دوراً حاسماً في تعزيز الصحة النفسية والتخفيف من المشاعر السلبية المرتبطة بالعزلة، خاصة لدى الفئات التي تعاني من الأمراض المزمنة أو من التقدم في السن. هذه النتائج تبرز أهمية بناء برامج علاجية تعتمد على هذا النوع من الدعم لما له من أثر إيجابي على التوازن النفسي وجودة الحياة. وفي هذا الإطار، جاءت دراسات أخرى لتعمق الفهم حول تأثير الدعم الاجتماعي على الجوانب الانفعالية والنفسية المختلفة، من بينها دراسة (بوبكر عبلة، 2022) دور الدعم النفسي الاجتماعي في تعزيز المرونة النفسية لمريض السرطان البروستات إذ هدفت هذه الدراسة إلى توضيح دور الدعم والمساندة بأنواعها سواء اجتماعية من طرف الأصدقاء والعائلة، أو نفسية من قبل مختصين وداعميه في تعزيز المرونة النفسية لمريض السرطان

البروستات لتزداد قدرته على مواجهة ومحاربة هذا اللعين، وذلك باستخدام المنهج العيادي.

وهذه الدراسة جرت بهدف معرفة مستوى المرونة النفسية عند مريض سرطان البروستات بعد تلقيه الدعم الذي يحتاجه مع التعرف على أنواع هذا الدعم وكيف يؤثر على المصاب فكانت النتائج كالتالي، تم ملاحظة أن المريض الذي يتلقى الدعم الكافي نجد أن مستوى المرونة النفسية لديه مرتفع مقارنة مع المريض الذي ليس لديه دعم أو مساندة الغير ضعيفة، فنجد أن هذه الفئة تتميز بفقدان الأمل وليس لديها رغبة في تلقي العلاج وعدم تقدير الذات وبالتالي الاستسلام للمرض.

ومن خلال ما توصلت إليه دراسة حفيدو بوبكر، يتضح أن الدعم النفسي والاجتماعي يلعب دوراً أساسياً في التخفيف من حدة الضغوط النفسية وتحسين التكيف مع المرض، حيث يُعدّ عاملاً حامياً من الانهيار النفسي ومصدراً لتعزيز الأمل والثقة بالنفس لدى المريض هذه النتائج أكدت أهمية إدماج الدعم كجزء من البرامج العلاجية، خاصة مع الفئات التي تواجه أمراضاً مزمنة تتطلب صبراً وتكيفاً طويلاً المدى. وفي هذا السياق، جاءت دراسة (صباحي فوزية وبوفاتح هاجر، 2022) تحت عنوان الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى مرضى السرطان المسنين حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والضغوط النفسية لدى مرضى السرطان المسنين، حيث انطلقت من الفرضية التالية توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم النفسي الاجتماعي والضغوط النفسية لدى مرضى السرطان المسنين. وللتحقق من صحتها تم استخدام المنهج الوصفي وتم الاعتماد على مقياس الدعم النفسي الاجتماعي ومقياس الضغوط النفسية، وقد تمثلت عينة الدراسة في 32 حالة من مرضى السرطان المسنين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 60 إلى 85 سنة بمصلحة طب الأورام بمستشفى أول نوفمبر ولاية وهران. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي لدى أفراد العينة وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي

تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. كما أن أفراد العينة يعانون من ضغوطات نفسية متوسطة متباينة المصادر كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات هذه الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير الجنس لدى أفراد العينة.

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدعم النفسي والاجتماعي، نلاحظ أن أغلبها ركز على دوره في تعزيز الصحة النفسية العامة والتكيف مع الضغوط والمرض، سواء عند فئة المصابين بالأمراض المزمنة أو كبار السن غير أن هذه الدراسات على أهميتها، لم تتطرق بعمق إلى أحد الجوانب النفسية الحساسة المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالحالة الانفعالية للمريض، والمتمثل في الشعور بالوحدة النفسية. فالوحدة النفسية تعد من أبرز المشكلات التي يعاني منها الأفراد في ظروف المرض والعزلة، وهي لا تقل خطورة عن الأعراض الجسدية نفسها، إذ تؤثر على الدافعية للعلاج وعلى نوعية الحياة النفسية للمريض. فالمصاب الذي يشعر بالانعزال ونقص التفاعل الاجتماعي غالباً ما يظهر ضعفاً في التكيف النفسي، وقد يعاني من تراجع الروح المعنوية وفقدان الأمل والرغبة في المشاركة في الأنشطة العلاجية أو الاجتماعية، مما يزيد من معاناته النفسية والجسدية على حد سواء.

وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن الوحدة النفسية تعتبر من أبرز المتغيرات الانفعالية التي ترافق الأمراض المزمنة خصوصاً في حالات العلاج الطويل المدى كالفشل الكلوي، إذ يواجه المريض فترات علاجية متكررة تتسم بالروتين والانعزال داخل المستشفى أو مراكز تصفية الدم، ما يجعله أكثر عرضة للشعور بالوحدة والانطواء، كما أن طول فترة المرض وما يصاحبها من فقدان في الأدوار الاجتماعية والمهنية يجعل الفرد يعيش نوعاً من القطيعة العاطفية والاجتماعية التي تقاوم حالتها النفسية. ومن هذا المنطلق نجد مجموعة من الدراسات لتسلط الضوء على مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الوحدة النفسية. من بينها دراسة (سعيد إيمان، 2023) الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى

الطلبة الجامعيين، هدف البحث إلى اكتشاف العلاقة بين الوحدة النفسية و القلق من المستقبل لدى عينة من طلبة ورقلة، وكانت أهم النتائج التي توصل إليها أنه يوجد علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية والقلق من المستقبل لدى الطلبة الجامعيين كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالوحدة النفسية و قلق المستقبل لدى الطلبة باختلاف الجنس و أيضا باختلاف المستوى الدراسي. يتضح من هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين، مما يدل على أن ارتفاع مستوى الوحدة النفسية يزيد من حدة القلق تجاه المستقبل، كما أن هذه العلاقة لا تتأثر بمتغيري الجنس أو المستوى الدراسي.

ووجدنا بدراسة (سي بوعزة، 2024) التي هدفت إلى معرفة مساهمة العلاج المتمركز حول العميل في خفض الشعور بالوحدة النفسية للمصابين بداء السكري، وذلك من خلال تصميم برنامج عاجي، بحيث تم الاعتماد على المنهج الإكلينيكي المرتكز على أسلوب دراسة الحالة وأدواته، مع تطبيق مقياس الوحدة النفسية لراسل 1996 على حالتين "ذكر وأنثى"، وأعمارهم تتراوح من 39 إلى 52 سنة، وقد تمت هذه الدراسة في مستشفى بني صاف، خلصت الدراسة إلى النتائج التالية: أن العلاج الممركز حول العميل يساهم في خفض الشعور بالوحدة النفسية عند مرضى داء السكري، ويعزى ذلك إلى متغير السن والجنس. ويتضح من النتائج التي توصلت إليها أن فعالية العلاج المتمركز حول العميل في خفض الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى داء السكري، حيث ساهم البرنامج العلاجي في تحسين الحالة النفسية للحالات المدروسة، مع الإشارة إلى تأثير النتائج بمتغيري السن والجنس.

ودراسة (سبع سهام، 2015) هدفت إلى التعرف على مستوى التفاؤل والتشاؤم والوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، كما اعتمدت على مقياس التفاؤل والتشاؤم ومقياس الوحدة النفسية، تكونت عينة الدراسة

من أربع حالات. واعتمدت في دراستها على المنهج العيادي، أظهرت نتائج دراستها إلى أن التفاعل يحد من الوحدة النفسية وشدها، أما التشاؤم يساهم في رفع درجة الوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن التفاعل يلعب دورًا إيجابيًا في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، في حين أن التشاؤم يساهم في زيادتها، مما يؤكد أهمية العوامل النفسية في التأثير على الحالة الانفعالية لهؤلاء المرضى.

وعلى الرغم من أهمية هذه النتائج، إلا أن أغلب الدراسات ركزت على العلاقة الوصفية بين الدعم النفسي الاجتماعي وبعض المتغيرات العامة مثل الصحة النفسية، الضغوط أو المرونة، دون التطرق إلى الوحدة النفسية كمتغير أساسي ومباشر، ودون اختبار فعالية برنامج علاجي قائم على الدعم النفسي الاجتماعي للحد من هذا الشعور السلبي. ومن هنا تتجلى الفجوة العلمية، إذ نلاحظ نقص الدراسات التي فسرت أو تناولت هذا الموضوع، وندرة الأبحاث التي دمجت بين الدعم النفسي الاجتماعي والوحدة النفسية في إطار تطبيقي. ولذلك، ونظرًا لهذا النقص في الدراسات السابقة، جاء اختيار هذا الموضوع كمحاولة علمية لسد هذه الفجوة من خلال تصميم برنامج علاجي قائم على مبادئ الدعم النفسي الاجتماعي يهدف إلى التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى، وإثراء الميدان التطبيقي في علم النفس العيادي والصحي.

وعليه يطرح التساؤل الإشكالي الرئيسي التالي:

ما مدى فعالية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي للحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي؟

1- التساؤلات الفرعية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الوحدة النفسية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الوحدة النفسية؟
- هل هناك أثر للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض من مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي؟

2- فرضيات الدراسة:

- للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي فعالية في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الوحدة النفسية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الوحدة النفسية.
- يوجد أثر دال إحصائيًا للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

3-

أهداف الدراسة: يمكن تلخيص الأهداف

التي تسعى لتحقيقها هذه الدراسة في النقاط التالية:

- التعرف على فعالية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.
- الكشف عن الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- التحقق من استمرارية أثر البرنامج العلاجي من خلال مقارنة نتائج القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية.
- قياس حجم الأثر الذي يحققه البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

4-

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية: تتمثل الأهمية النظرية لهذه الدراسة في:

- إثراء الرصيد المعرفي في مجال علم النفس العيادي، خاصة فيما يتعلق بموضوع الوحدة النفسية لدى مرضى الكلى.
- تسليط الضوء على دور استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية.

- فتح المجال أمام دراسات مستقبلية تهتم بالجانب النفسي لمرضى الأمراض المزمنة.

الأهمية التطبيقية: تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في:

- اقتراح برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي يمكن تطبيقه داخل المصالح الطبية.
- اقتراح برنامج علاجي قابل للتطبيق في المصالح الطبية الخاصة بمرضى القصور الكلوي، من طرف الأخصائيين النفسيين، بهدف مساعدة المرضى على التخفيف من شدة الاضطرابات النفسية وتحسين توافقهم النفسي والاجتماعي.
- تحسين التوافق النفسي والاجتماعي للمرضى، مما يساهم في رفع جودة حياتهم.
- لفت انتباه الطاقم الطبي إلى أهمية التكفل النفسي إلى جانب العلاج الطبي.

5- المفاهيم الإجرائية للدراسة:

البرنامج العلاجي: ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة على أنه مجموعة الجلسات العلاجية المنظمة والتي قمنا بإعدادها مسبقا، والتي تعتمد على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي، وتهدف إلى مساعدة مرضى الكلى على التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين توافقهم النفسي والاجتماعي.

الدعم النفسي الاجتماع: ويعرف إجرائيا على أنه مجموعة الأساليب والفنيات المستخدمة ضمن

جلسات البرنامج العلاجي والمتمثلة في: التعاطف، المشاركة، التدريب على التواصل، الدعم الجماعي.

الوحدة النفسية: وتعرف إجرائيا على أنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها المريض في مقياس الوحدة

النفسية المعتمد في الدراسة، حيث تعكس هذه الدرجة مستوى الشعور بالعزلة الاجتماعية والنقص في

العلاقات الداعمة والإحساس بالفراغ العاطفي.

وتشير الدرجات المرتفعة إلى ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية، في حين تدل الدرجات المنخفضة

على انخفاض هذا الشعور لدى مرضى القصور الكلوي.

مرض الكلى: ويعرف إجرائياً على أنهم الأفراد الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن، ويخضعون للعلاج الطبي الدوري، تم اختيارهم ضمن عينة الدراسة بناءً على التشخيص الطبي، إضافة إلى تسجيلهم درجات مرتفعة في مقياس الوحدة النفسية.

6- حدود الدراسة: تمثلت حدود الدراسة في ما يلي:

الحدود المكانية: أجريت هذه الدراسة على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية المستشفى العمومي أحمد مدغري، بولاية عين تموشنت، والتي تُعد من المؤسسات الصحية التي تستقبل مرضى القصور الكلوي وتوفر لهم خدمات العلاج والمتابعة الطبية.

الحدود الزمنية: امتدت هذه الدراسة خلال الفترة الزمنية ما بين 15 مارس 2026 إلى 14 أبريل 2026، حيث تم خلال هذه المدة تطبيق البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي، وإجراء القياسين القبلي والبعدي والتتبعي على الحالات المدروسة.

الحدود البشرية: شملت الدراسة على عينة مكونة من 04 حالات (02 إناث) (02 ذكور) من مرضى الكلى الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية، تم اختيارهم بناءً على نتائج المقياس القبلي، حيث تراوحت مستويات الوحدة النفسية لديهم بين المتوسطة والمرتفعة، وتم تطبيق البرنامج العلاجي عليهم بشكل فردي.

7- عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

من حيث الهدف: هدفت دراسة سبع سهام (2015) إلى التعرف على مستوى التناول والتشاؤم والوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، كما هدفت دراسة خديجة حمو علي سنة (2018) إلى معرفة العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية، ومعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع وذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض والتي تعزى لمتغير

الجنس، الحالة الاجتماعية ومكان الإقامة. كما هدفت دراسة حفيدو بوبكر عبله سنة (2022) إلى توضيح دور الدعم والمساندة بأنواعها سواء اجتماعية من طرف الأصدقاء والعائلة، أو نفسية من قبل مختصين وداعميه في تعزيز المرونة النفسية لمريض السرطان البروستاتا لتزداد قدرته على مواجهة ومحاربة هذا اللعين، وجاءت دراسة صباحي فوزية وبوفاتح هاجر (2022) بهدف التعرف على العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والضغط النفسية لدى مرضى السرطان المسنين، بينما هدفت الدراسة الحالية على الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي للحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى. أما دراسة سعيدي إيمان (2023) هدفت إلى اكتشاف العلاقة بين الوحدة النفسية والقلق من المستقبل لدى عينة من طلبة ورقلة، وهدفت أيضا دراسة سي بوعزة رهام (2024) إلى معرفة مساهمة العلاج المتمركز حول العميل في خفض الشعور بالوحدة النفسية للمصابين بداء السكري وذلك من خلال تصميم برنامج علاجي.

أما في الدراسة الحالية فهدفت إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي للحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى.

من حيث الأدوات: تكونت أدوات الدراسة عند سبع سهام (2015) من مقياس التفاؤل والتشاؤم ومقياس الوحدة النفسية، وتكونت أدوات الدراسة عند خديجة حمو علي سنة (2018) من مقياس الصحة النفسية، واستبيان الدعم النفسي الاجتماعي، من إعداد الباحثة. كما اعتمدت حفيدو بوبكر عبله سنة (2022) في دراستها على مقياس المرونة النفسية، أما في دراسة صباحي فوزية وبوفاتح هاجر (2022) اعتمدت على مقياس الدعم النفسي الاجتماعي ومقياس الضغوط النفسية، ودراسة سعيدي إيمان (2023) اعتمدت مقياس راسل للوحدة النفسية، كما اعتمدت سي بوعزة رهام (2024) في دراستها على نفس المقياس راسل للوحدة النفسية. أما في الدراسة الحالية فقد تم الاعتماد على نفس المقياس (مقياس راسل للوحدة النفسية).

من حيث العينة: تكونت عينة الدراسة لسبع سهام (2015) من أربع حالات، وتكونت عينة دراسة خديجة حمو علي سنة (2018) على 121 مسن و مسنة، وبلغت عينة دراسة حفيدو بوبكر عبلة سنة (2022) 4 حالات مصابين بسرطان البروستات تتراوح أعمارهم بين 60 - 88 سنة، وأيضا دراسة فوزية وبوفاتح هاجر (2022) التي تم الاعتماد على 32 حالة من مرضى السرطان المسنين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 60 إلى 85 سنة، بلغت عينة سعيدي إيمان (2023) من 240 طالب جامعي، وتكونت عينة دراسة سي بوعزة رهام (2024) من حالتين "ذكر و أنثى"، وأعمارهم تتراوح من 39 الى 52 سنة. أما في الدراسة الحالية فبلغت عينة الدراسة من 04 حالات (02 إناث) (02 ذكور) من مرضى القصور الكلوي.

من حيث المنهج: اعتمدت سبع سهام (2015) في دراستها على المنهج العيادي واعتمدت خديجة حمو علي سنة (2018) في دراستها على المنهج الوصفي، وتم الاعتماد على المنهج العيادي في دراسة حفيدو بوبكر عبلة سنة (2022)، أما في دراسة صباحي فوزية وبوفاتح هاجر (2022) اعتمد على نفس المنهج دراسة خديجة حمو علي سنة (2018) وهو المنهج الوصفي، واعتمدت سعيدي إيمان (2023) على المنهج الوصفي الارتباطي، كما اعتمدت سي بوعزة رهام (2024) على المنهج الإكلينيكي. وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي.

من حيث النتائج: أظهرت نتائج دراسة سبع سهام (2015) أن التفاؤل يحد من الوحدة النفسية وشدتها، أما التشاؤم يساهم في رفع درجة الوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وأظهرت نتائج دراسة خديجة حمو علي سنة (2018) على وجود مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى عينة الدارسة، توجد علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى المسنين. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي ومنخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي

الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس، الحالة الاجتماعية- ومكان الإقامة. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس. الحالة الاجتماعية. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة.

وفي دراسة حفيدو بوبكر عبله سنة (2022) توصلت إلى أن المريض الذي يتلقى الدعم الكافي نجد أن مستوى المرونة النفسية لديه مرتفع مقارنة مع المريض الذي ليس لديه دعم أو مساندة الغير ضعيفة، فنجد أن هذه الفئة تتميز بفقدان الأمل وليس لديها رغبة في تلقي العلاج وعدم تقدير الذات وبالتالي الاستسلام للمرض.

وأيضاً دراسة صباحي فوزية وبوفاتح هاجر (2022) أظهرت نتائجها على وجود مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي لدى أفراد العينة وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. كما أن أفراد العينة يعانون من ضغوطات نفسية متوسطة متباينة المصادر كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات هذه الضغوطات النفسية تبعا لمتغير الجنس لدى أفراد العينة.

كما توصلت دراسة سعيدي إيمان (2023) إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالوحدة النفسية وقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين باختلاف الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالوحدة النفسية وقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين باختلاف المستوى الدراسي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالوحدة النفسية وقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين باختلاف التخصص.

كما توصلت دراستنا الحالية افتراضيا على أن:

- للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات

الدعم النفسي الاجتماعي فعالية في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين

متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الوحدة النفسية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين

متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الوحدة النفسية.

- يوجد أثر دال إحصائيًا للبرنامج العلاجي القائم

على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

الفصل الثاني:

الدعم النفسي الاجتماعي، الوحدة النفسية، القصور الكلوي.

تمهيد.

أولاً: الدعم النفسي الاجتماعي: 1- تعريف الدعم النفسي الاجتماعي.

- | | |
|------------------------------|----|
| أنواع الدعم النفسي | -2 |
| الاجتماعي. | |
| النماذج المفسرة للدعم النفسي | -3 |
| الاجتماعي. | |
| مصادر الدعم النفسي | -4 |
| الاجتماعي. | |
| شروط الدعم النفسي | -5 |
| الاجتماعي. | |
| أهمية وأهداف الدعم النفسي | -6 |
| الاجتماعي. | |

ثانياً: الوحدة النفسية: 1- تعريف الوحدة النفسية.

- | | |
|---------------------------|----|
| النظريات المفسرة للوحدة | -2 |
| النفسية. | |
| مظاهر الشعور بالوحدة | -3 |
| النفسية. | |
| أنواع الشعور بالوحدة | -4 |
| النفسية. | |
| استراتيجيات مواجهة الوحدة | -5 |
| النفسية. | |
| أسباب الشعور بالوحدة | -6 |
| النفسية. | |

ثالثاً: مرض الكلى: 1- بنية الكلية.

تمهيد:

يعد مرض الكلى من الأمراض المزمنة التي لا تقتصر آثارها على الجانب العضوي فحسب، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض، حيث يفرض نمط حياة خاصا يتسم بالعلاج المستمر، القيود الصحية، وتغير الأدوار الاجتماعية، مما قد يؤدي إلى تراجع التفاعل الاجتماعي والشعور بالعزلة. وفي هذا السياق، يُعتبر الشعور بالوحدة النفسية من أكثر الاضطرابات الانفعالية شيوعاً لدى مرضى الكلى، نتيجة ضعف الدعم الاجتماعي، الخوف من المستقبل، وفقدان الإحساس بالأمان والانتماء. ومن هنا تبرز أهمية الدعم النفسي الاجتماعي كآلية تدخل أساسية في المجال العيادي، لما له من دور فعال في مساعدة المرضى على التكيف مع المرض، التعبير عن مشاعرهم، وتعزيز علاقاتهم الاجتماعية. إذ يسهم هذا النوع من الدعم في تخفيف حدة الضغوط النفسية، تحسين التوازن الانفعالي، والحد من الشعور بالوحدة النفسية، من خلال توفير بيئة داعمة قائمة على التفهم، الإصغاء والتفاعل الإيجابي.

وعليه، يهدف هذا الفصل إلى تناول الإطار النظري لكل من الدعم النفسي الاجتماعي والوحدة النفسية والقصور الكلوي.

أولاً: الدعم النفسي الاجتماعي

1- تعريف الدعم النفسي الاجتماعي:

1-1 تعريف الدعم:

الدعم لغة: من دعم الشيء أسنده أو أعانه و قواه، والسند من الإسناد، وكل شيء أسندت إليه شيئاً، فهو سند وما يسند إليه يسمى مسنداً وسنداً وجمعه المساند، وساندت الرجل مساندة إذا عاضدته وكاتفته (ابن منظور، ب.ت، ص 12-57).

الدعم اصطلاحاً: يختلف الباحثون حول تعريفه وفقاً لتوجهاتهم النظرية، فمن منظور سوسيولوجي ينظر إلى عملية الدعم في ضوء عدد وقوة اتصالات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، وهذا التكامل الاجتماعي قد يرفع من مستوى الصحة النفسية بصفة عامة. (الزبيدي، 1991، ص 12).

2-1 تعريف الدعم النفسي:

يعرف الدعم النفسي في القرآن الكريم بأنه الخطاب الرباني الموجه للمؤمنين في كتاب الله عز وجل بقصد إسنادهم من الناحية النفسية وتقوية معنوياتهم والتسرية عن نفوسهم وتطوير كفاءاتهم الذاتية في مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن مصاعب الحياة العديدة ووقايتهم من إحباطات نفسية محتملة (الشوري، 2015، ص 55).

1-3 تعريف الدعم الاجتماعي:

يعتبر الدعم الاجتماعي من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفه وفقا لتوجهاتهم النظرية فمن منظور سيوسولوجي ينظر إلى الدعم الاجتماعي في ضوء عدد وقوة اتصالات الفرد بالآخرين في البيئة الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، وهكذا التكامل قد يرفع من مستوى الصحة (bunk et hooens, 1992: 446).

1-4 تعريف الدعم النفسي الاجتماعي:

يشير إلى الترابط المشترك بين العمليات النفسية والاجتماعية، وإلى حقيقة أن كل منهما يتفاعل مع الآخر، باستمرار ويؤثر فيه (شعبان، 2013، ص 19).

فهو مصطلح يدل على تقديم المساعدة لمن يحتاجها على أسس نفسية اجتماعية، أي أن هناك عوامل نفسية اجتماعية مسؤولة عن سلامة الأفراد تهدف إلى حماية السلامة النفسية والاجتماعية أو الوقاية ومعالجة الاضطرابات للوصول للصحة النفسية (حميد الدين، 2022، ص 123).

يعرف (دوليت 2004) الدعم النفسي الاجتماعي بأنه الأدوات والإمكانيات المقدمة للأفراد أو الفئات الذين يتعرضون لمشاكل من أجل تحفيزهم للوصول إلى حياة صحية، وذات مستوى نفسي واجتماعي مقبول. ويعرفه (عبد الهادي 2013) بأنه المساعدة التي يتم تقديمها على أسس اجتماعية ونفسية، من أجل الحماية والعلاج من الاضطرابات النفسية.

أما (طلعت 2007) فيرى أنه كل أنواع الدعم والمساندة المقدمة لأسر الأطفال ذوي الإعاقات وتتضمن الخدمات الرسمية التي تقدم من طرف الأخصائيين والمؤسسات والجمعيات. (جريفي، 2023، ص 302).

يمكن أن يكون الدعم النفسي الاجتماعي وقائيا وعلاجيا، انه وقائي عندما يقلل من خطر الإصابة بمشاكل الصحة العقلية وعلاجي عندما يساعد الأفراد والمجتمعات على التغلب على المشكلات النفسية

والاجتماعية، التي تكون قد نشأت عن الصدمات، وأثار الأزمات والتعامل معها، يساهم هذان الجانبان من جوانب الدعم النفسي الاجتماعي في بناء القدرة على مواجهة الصمود في مواجهة الأزمات الجديدة، أو غيرها من ظروف الحياة الصعبة. (الرفاعي وآخرون، 2022، ص 295).

يعرفه (النوحي) بأنه إبداء الاهتمام بمشاكل و احتياجات الأفراد و الأسر و توفير كل الإمكانيات المتاحة في كل الأوقات، وإظهار الاهتمام و الانتباه لكل ما يحتاجون إليه حتى يستعيدوا قدراتهم و أدائهم الاجتماعي (النوحي، 1999 ص 116).

ويمكن القول بأن الدعم النفسي الاجتماعي هو مجموعة من أشكال المساندة التي تُقدّم للفرد من طرف محيطه الاجتماعي أو من قبل المختصين، والتي تجمع بين الجوانب النفسية والاجتماعية، وتهدف إلى مساعدته على التكيف مع مختلف الضغوط والأزمات، من خلال تعزيز صحته النفسية وتقوية علاقاته الاجتماعية بما يحقق له التوازن النفسي والاجتماعي.

2- أنواع الدعم النفسي الاجتماعي

الدعم عملية أساسية لتدعيم مواطن القوة، وأداة للوقاية من تراكم العثرات و النظرات التي تعترض الفرد، والتي تكون عائق أساسيا غير مباشرا في طريق تعليمات أخرى تبدو الأول وهلة على غير علاقة مباشرة بها، فثغرات قد يكون مظهرها معرفيا تحصيليا، لكن وجهها الخفي قد يكون اجتماعيا أو نفسيا أو صحيا.

2-1 الدعم الوجداني (المعنوي): وهو إظهار التعاطف، والاهتمام والمودة والمحبة والثقة،

والتقبل والألفة، والتشجيع والرعاية للفرد، وإشعاره بقيمته ، ويسمى أحيانا بدعم للدفع والحنان أو يدعم التقدير.

2-2 الدعم الملموس (المادي): وهو تقديم المساعدة المالية أو السلع أو الخدمات، ويسمى

أيضا بالدعم الفعال، وهذا الشكل من أشكال الدعم الاجتماعي يشمل الطرق المادية المباشرة لمساعدة الناس لبعضهم البعض.

2-3 الدعم المعلوماتي: وهو تقديم النصيحة والتوجيه والاقتراحات والمعلومات المفيدة للشخص،

وهذا النوع من المعلومات من شأنه أن يساعد الآخرين في حل مشكلاتهم.

2-4 دعم الرفقة (الرفاق والوسط المحيط): وهذا النوع من الدعم يشعر الفرد بالانتماء

الاجتماعي ويسمى أيضا بالانتماء، ويمكن ملاحظة بوجود الأصحاب والانخراط في الأنشطة الاجتماعية المشتركة معهم (B,Uchino,2004,P.16-17).

ويرى ويلز (1985) أن هناك أنواع أخرى للدعم النفسي الاجتماعي وهي:

الدعم المتوقع والدعم المتلقي: الدعم المتوقع يعود إلى الحكم الشخصي للمستفيد على ما سيوفره مقدمو الدعم من مساعدة فاعلة عند الحاجة.

وأما الدعم المتلقي يسمى بالدعم الفعال الذي يعود أفعال أو إجراءات داعمة محددة، مثل نصيحة أو طمأننة، وتقديم من الداعمين عند الحاجة.

دعم هيكلي ودعم وظيفي: الدعم الهيكلي يسمى أيضا بالتكفل الاجتماعي حيث يكون المدعوم

متصلا بشبكة اجتماعية مثل العلاقات الاجتماعية العائلية والصداقات وعضوين في مختلف النوادي والمنظمات مما يعزز التكافل الاجتماعي.

وأما الدعم الوظيفي فينظر إلى الوظيفة المحددة التي يمكن للعضو في الشبكة الاجتماعية أن يقدمها، وقد تكون آلية معلوماتية أو مجموعات داعمة مذكورة سابقاً.

الدعم الخفي: هذا النوع يكون بغير وعي الشخص الداعم قد يكون هو الأكثر فائدة.

(Wills, T, A, 1985, P.61-82).

3- النماذج المفسرة للدعم النفسي الاجتماعي:

3-1 نموذج الأثر المباشر: Modèle des effets directs

يرى رواد هذه النماذج ومن بينهم " كوهن " و " ويليس " (1985) أن الدعم الاجتماعي له أثر مباشر وإيجابي في الصحة وهذا بأوجه مختلفة، فالشبكة الاجتماعية تسمح بتقديم خبرات إيجابية منظمة وجملة من العلاقات الاجتماعية المستقرة والمعززة لهذا النوع من الدعم يسمح بالحصول على عواطف إيجابية، استقرار وأمان، يوفر الشعور العام بالصحة النفسية ويسمح بالاعتراف بالقيمة الشخصية، هذه الحالات النفسية الإيجابية تكون ذو فائدة على صحة الفرد، ومن بين وظائفه تسهيل ميكانيزمات التعديل الجهاز الغدي، ويؤثر كذلك في تبني السلوكيات السوية والرغبة في العناية بالذات وكل هذا بمعزل عن حالات الضغط (ساعو، 2011، ص 36).

3-2 نموذج تخفيف الأثر:

حيث يفترض هذا النموذج أن المساعدة الاجتماعية تستطيع أن تخفف من الضغط النفسي حتى يستعيد الفرد نواحي النقص التي نشأت لديه بسبب الحزن، وتقدم هذه النظرية مفهوماً نظرياً جديداً هو النموذج الحماية، ويقصد به أن المساعدة الاجتماعية المرتفعة تحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حالته الصحية.

أي أن هذا النموذج يرتبط بالصحة فقط بشكل أساسي للأفراد الذين يقعون تحت الضغط، وينظر فيه إلى أن المساندة الاجتماعية تحمي الأفراد الذين يتعرضون لضغوط من احتمال التأثير الضار لها،

ومن ثم فإن المساندة تقوم بدورها في نقطتين مختلفين بين الضغط والمرض وهي:

- 1- تتدخل المساندة بين الحدث الضاغط أو توقعه وبين فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الفرد أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الإمكانيات اللازمة قد تجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف، ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط.
- 2- تتدخل المساندة بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية (باثولوجية) عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط بالتأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية، وقد تزيل المساندة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة.

وفيما يلي توضيح العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل الدعم الاجتماعي:

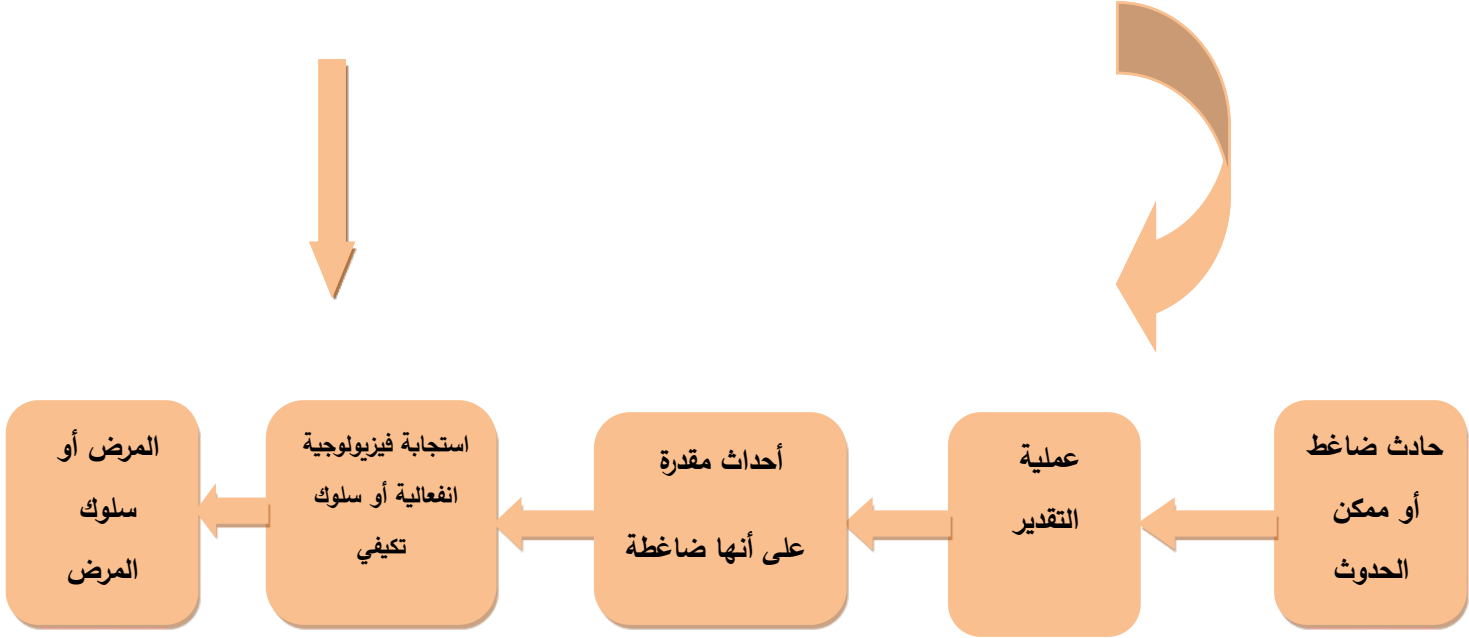
الدعم الاجتماعي يمنع

الدعم الاجتماعي قد ينتج عنه إعادة

التقدير أو كف الاستجابة غير التوافقية تسهيل

تقدير الضغط

أو الاستجابات التوافقية المضادة لها



شكل (01) يوضح العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل الدعم

الاجتماعي. (قنون، 2006، ص 84).

4- مصادر الدعم النفسي الاجتماعي:

اتفق علماء النفس أن هناك مصدرين للدعم النفسي الاجتماعي، فتنوع مصادره المختلفة وكذا فاعليتها طبقاً للظروف المتاحة لها وهي:

■ مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الرسمية: هي المحترفين في المساعدة (الطبقات

المجتمعية، المنظمات، مجموعات الخدمة الاجتماعية).

■ مصادر الدعم النفسي الاجتماعي غير الرسمية: تتمثل في الوالدين، الأصدقاء،

الزملاء... الخ .

لأهمية ذلك فكل الأعمال المرتبطة بالدعم تهتم بنشاط المساندين غير الرسميين، وكذا جماعات الخدمة في التدخل. فقد لخص "توربك" مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر كما يلي:

الزوجة أو الزوج، الأسرة، الأقارب، الجيران، زملاء العمل وزملاء الدراسة، الأفراد الذين يوفران الرعاية الصحية والنفسية والمرشد والمعالج النفسي ورجال الدين.

هنا يشير " ليفي " Levey (1983) إلى أن المساندة الاجتماعية تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة الاجتماعية متمثلة في الأسرة (الأم و الأب و الأشقاء). وفي مرحلة المراهقة تتمثل في (جماعات الرفاق و الأسرة). وفي مرحلة الرشد تتمثل في (الزوج أو الزوجة وكذلك علاقات العمل و الأبناء).

■ علاقات العمل: التي تقلل من تأثير الضغوط النفسية إذ أن التماسك في جماعة العمل وارتفاع

درجة التفاعل الايجابي والمودة بين العاملات وبين القيادة يؤدي إلى انخفاض تأثير الضغوط عليهن وإلى التمتع بالصحة النفسية السليمة.

■ الدعم الأسري (العائلة): حيث يتجلى الدعم العائلي في المساندة الوجدانية، وفي مدى تفهم

الوالدين لسلوك الابن وتصرفاته إظهار قدر من الحب والتشجيع له، ولإنجازاته أمام الآخرين والاهتمام بمطالبه، وتوجيهه برفق ومودة، ومشاركته في أنشطته، إشباع حاجاته.

■ دعم الرفقة (الأصدقاء): تعتبر جماعة الرفاق ذات دور إيجابي في عملية الدعم، فهي التي تؤثر

في معايير الفرد الاجتماعية، في حين تعتبر (نعيمه، 2002) أن لجماعة الرفاق أثرا كبيرا في سلوك

الفرد، قد يفوق أثر المنزل أو المدرسة، حيث تهيئ للطفل الجو المناسب للمعاملات الاجتماعية، وتنمي روح الانتماء لديه، وتبرز مواهبه الاجتماعية (طاجين، 2014، ص 121).

5- شروط تقديم الدعم النفسي الاجتماعي:

ويرى "تايلور" (taylor1995) أن نمط الدعم أو السند الاجتماعي الذي يحتاجه الفرد يختلف باختلاف مرحلة الضغط أو المشقة التي يمر بها، فالفرد الذي يحتاج السلوى والطمأنينة من الأهل والأقارب، إذا تلقى من الأهل النصح والإرشاد في تلك المرحلة فمن المحتمل أن يصيبه هذا النوع من خيبة الأمل، بالرغم من تلقيه نمط السند، لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت ونمط السند اللازمان في وقت المشقة حتى يكون للسند أثاره الإيجابية المتوقعة لذلك فهناك بعض شروط يجب أن تتوفر في عملية السند النفسي والاجتماعي عند تقديمه كما حددها كل من "واد" و"تافريس" (1987) وتتمثل هذه في:

- **مصدر الدعم:** لا بد أن تتوفر بعض الخصائص لدى مانح الدعم، والتي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهم بقدر فعال في تقديم الدعم.
- **كمية السند:** لا بد أن يكون معدل السند الاجتماعي معتدل عند تقديمها للمتلقي حتى لا يجعله أكثر اعتمادية وينخفض بالتالي تقديره لذاته (شهرزاد، 2009، ص 53).
- **اختيار التوقيت المناسب لتقديم الدعم:** إن من المهارات الاجتماعية تقديم المساعدة الاجتماعية في وقتها المناسب فيكون تأثيرها إيجابيا على المتلقي، ما في وقت لا يحتاج إليها المتلقي أو بعد فوات الأوان فإنها لا تعني له شيئا وقد تسبب له مشكلات.
- **كثافة المساعدة:** ويقصد بها تعدد مصادر المساعدة الاجتماعية لدى المتلقي مما قد يساهم سريعا في حل المشكلة التي يمر بها ويساعده على تخطي الأزمات المختلفة في حياته.

- التشابه والفهم المتعاطف: إن المساندة أو الدعم يمكن تقبله بشكل أفضل في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للنماذج والمتلقي، وخاصة إذا كانت الظروف التي يمران بها متشابهة (نبيلة، 2012، ص52).

6- أهمية وأهداف الدعم النفسي الاجتماعي:

- إن للدعم النفسي الاجتماعي أهمية جوهرية و أهداف متعددة وأهمها يكمن في:
- يعمل الدعم النفسي الذي يتلقاه الفرد على تخفيف من حدة المعاناة العاطفية وحتى الجسدية وتحسين حالة الأفراد على المدة القصير، كما أنه يقلل التوتر والقلق ويعزز ثقة الفرد بنفسه. أما على المدى البعيد فإنه يحد من الآثار النفسية، فمن خلال تقديم الدعم المناسب في وقت مبكر يمكن من تخفيف مستويات التوتر والضغط النفسي والوقاية من التأثيرات السلبية بعيدة المدى.
- يساعد الدعم النفسي الاجتماعي الفرد على التكيف مع التحديات والمصاعب في حياتهم.
- إن الدعم النفسي الاجتماعي يمكن الفرد من استعادة صورته السابقة التي شوهتها الظروف الصعبة التي مر بها كما أن إمكانية التمتع والاسترخاء والعمل على توفير قاعدة آمنة له ولحياته.
- يشعر الفرد عند تلقيه الدعم النفسي الاجتماعي بأن الآخرين يتماثلن معه ويهتمون بمشكلته وأنه غير منبوذ ولديه حقيقة أشخاص آخرين هم سند له ويجدهم عند الحاجة ولهذا يعد الدعم النفسي الاجتماعي أعمدة التكيف والتأقلم مع الضغوط (حمو علي، 2020، ص70).

ثانياً: الوحدة النفسية

1- تعريف الوحدة النفسية:

يعرفه كوبستانت (1979) حيث يرى أن الوحدة النفسية تعتبر ظاهرة منفصلة ينبغي تناولها لوحدها ولا يمكن تصنيف أو إدماج الظاهرة مع ظاهرة أخرى يبدو أنها ترتبط بها على هذا النحو (سعداوي، 2018، ص21).

بينما يرى سيرمات (Sermat) أن الوحدة النفسية هي الشعور بالحرمان ينشأ عندما يحدث خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد التي كانت لديه خلال مرحلة ما والتي يريد أن تكون لديه ويؤدي هذا الخلل إلى الشعور بالفراغ العاطفي (مراكشي، 2014، ص 75).

رأت "روكاش Rokach" أن الوحدة النفسية هي حالة إنسانية حتمية يتعذر الهروب منها، يعاني من ألمها بدون استثناء الغني والفقير، الحكيم والجاهل، المؤمن بالله والملحد، السليم جسمياً والعليل في هذا الكون (Rokach، 2004، ص.26).

والوحدة النفسية هي حالة شعورية ذاتية يعاني فيها الفرد من إحساس بالفراغ العاطفي والعزلة، تنشأ نتيجة خلل أو نقص في العلاقات الاجتماعية التي يرغب في تحقيقها، مما يؤدي إلى شعوره بعدم الانتماء وضعف الارتباط بالآخرين.

2- النظريات المفسرة للوحدة النفسية:

حسب فرويد: فسر فرويد الشعور بالوحدة النفسية بأنها عملية تتأخر المكونات داخل الفرد (الهو، والانا، والانا الأعلى)، مما يؤدي إلى سوء توافقه مع نفسه ومع بيئته الاجتماعية من حوله، ويمكن النظر إلى الشعور بالوحدة النفسية بأنه نتيجة للتلف العصبي الطفولي وله وسيلة دفاعية نفسية تعمل للحفاظ على الشخصية من التهديد الناشئ من البيئة الاجتماعية ويعبر عنه في صورة عزلة أو انسحاب (بن عمرو، 2015، ص 50).

حسب أدلر: فسر أدلر الشعور بالوحدة النفسية بأنه حالة عرض مرضي عصبي يحدث بسبب نقص الاهتمام الاجتماعي للفرد، بحيث يكون غير مرغوبة فيه اجتماعيا ويعبر عنه بأنه خطأ في أسلوب حياة الفرد الذي تكون في طفولته (شيببي، 2005، ص 33).

حسب يونغ: فسر يونغ الشعور بالوحدة النفسية على أنه عملية تفرد وسعي شخص ينمو من خلال العالقة مع الآخرين ويهدف إلى تكوين ارتقاء البني الأساسية للشخصية وهي (القناع، الظل، الأنيميا، الأنيموس) التي تحدد الصور والرموز النوعية المرتبطة بكل بنية، أي الشعور بالوحدة النفسية يعبر عن محاولة للتوافق النفسي مع الحياة (خويطر، 2010، ص 126).

حسب زيلبورج: والذي يعد أول من قام بتحليل علمي عن الوحدة وفرق بين الشخص الذي ينتابه شعور مؤقت بالوحدة النفسية والشخص الوحيد، فالشعور المؤقت بالوحدة النفسية شعور طبيعي وحالة عقلية عابرة، وتنتج عن فقدان شخص معين، أما الوحدة المزمنة فهي استجابة لفقدان الحب أو شعور الفرد بأنه شخص غير مرغوب فيه وإل فائدة منه، مما يؤدي به إلى الاكتئاب والانهيار العصبي، وتعود جذور الوحدة النفسية إلى المهد (شيببي، 2005، ص 33).

النظرية المعرفية: يرى "جونز Jones وزملاؤه" أن الشعور بالوحدة النفسية يعود إلى الأفكار والتصورات الخاطئة التي يحملها الفرد عن ذاته، والتصورات هذه ماهية إلا طريقة للتفسير والتفكير حول واقعنا اليومي، كما يعتبرون أن كمال من السلوك والوجدان إنما يتحدان من خلال عمليات معرفية ضمنية وهذا

يجعل المهارات الاجتماعية لشخص ما تختل بتأثر من أفكاره غير الواقعية، وغير المتوافقة، فقد يظن هذا الشخص أن زملاءه سوف يرفضونه إذا حاول أن يعقد صداقات معهم، ويؤدي هذا الظن إلى إثارة قلقه وتوتره إلى الحد الذي يدفعه إلى تجنب الآخرين والعزوف عن المبادرة بالتفاعل الاجتماعي كي لا يوقع نفسه في الحرج الناتج عن نبد الآخرين وإهمالهم له (مراكشي، 2014، ص 103).

النظرية الاجتماعية : تركز هذه النظرية على أهمية عملية التنشئة الاجتماعية وترى أن الوحدة النفسية هي ناتج عن تأثيرات البيئة الكلية، وقد افترض بومان (Biumman) أن هناك ثالث قوى اجتماعية تؤدي إلى الوحدة النفسية هي:

- ضعف علاقة الفرد بالأسرة.
- زيادة الحراك في الأسرة.
- زيادة الحراك الاجتماعي.

وركز سارتر (Slater) على كون الوحدة النفسية سلوك شاذ وعادي في نفس الوقت، ناتج عن التقدم التكنولوجي المعاصر الذي أثر على العلاقات الشخصية بين أفراد الأسرة والمجتمع عموماً (أبو زيد، 2004، ص 26).

من خلال ما قدمته هذه النظرية يتبين أن النظرية الاجتماعية فسرت الشعور بالوحدة النفسية على أساس عملية التنشئة الاجتماعية ومخلفات التطور التكنولوجي والتغير الاجتماعي وما طرأ على العلاقات الاجتماعية النفسية كضرورة حتمية للتطورات الحاصلة في حياة الأفراد ولم تسعى لتقديم الحلول مع التقليل من أهمية هذه المشكلة.

3- مظاهر الشعور بالوحدة النفسية: يرتبط الشعور بالوحدة النفسية بعدد من الأعراض أو

المظاهر التي يمكن تقسيمها إلى 3:

1- مظاهر تتعلق بالذات : وهي تنقسم

السمات الشخصية: تعبر السمات الشخصية عن الاتجاه المعرفي وتركز على أهمية الإدراكات الشخصية ونظام تفكير الوحيد نفسياً. ولقد لوحظ أن مظاهر الشعور بالوحدة النفسية هي فقدان الثقة بالنفس وضعف مفهوم الذات، والخجل والعدوان والشعور بالتفاهة وعدم الأهمية، وعدم الجاذبية، وتبني استراتيجيات غير فعالة لحل المشاكل، وعدم القدرة على المشاركة في الرأي والشعور بانعدام الأمن، اغتراب الذات بسبب الشعور بالفراغ الداخلي

2- مظاهر نفسية جسمية: تظهر بعض الأعراض النفسية الجسمية على الفرد نتيجة لمعاناته من الوحدة النفسية منها الصداع والشعور بالضعف وفقدان الشهية والنوم الزائد.

3- مظاهر تتعلق بالعلاقة مع الآخرين: هناك ارتباط وثيق بين تقدير الفرد ومشاعره نحو الآخرين، فالشعور بغض الذات لا ينفصل عن الشعور ببعض الآخرين، فإن من أهم مظاهر الوحدة النفسية: عدم الحساسية تجاه الآخرين، فقدان القدرة على كشف مشاعر، وفقدان القدرة على التواصل والاتصال مع الآخرين، سواء اجتماعياً أو انفعالياً، والعجز الاجتماعي والانطواء ونقص المهارات الاجتماعية، والعزلة الاجتماعية. وترى الباحثتين أن هناك اقتراباً كبيراً بين عناصر الشعور بالوحدة النفسية ومظاهر الشعور بالوحدة النفسية، فجميعها لا تخرج عن عدة مشاعر مؤلمة، وعزلة اجتماعية، عاطفية، ونفسية تؤثر على شخصية الفرد وعلى علاقتها مع نفسه أو مع الآخرين (سعيد، 2023، ص 41).

4- أنواع الشعور بالوحدة النفسية: تعددت أشكال وصور الشعور بالوحدة النفسية، واختلف العلماء فيما بينهم بخصوص صورها وأشكالها، ومن بين هذه التصنيفات نجد منها:

4-1- تصنيف ويس Weiss قد ميز بين شكلين من أشكال الوحدة النفسية

4-1-1 الوحدة النفسية العاطفية: تنشأ جراء الافتقار إلى صلة حميمة وثيقة بشخص آخر،

فالأفراد الذين قد انفصلوا عن أزواجهم بالوفاء مثال نجدهم يعيشون هذا النوع من الوحدة النفسية، كذلك فقدان العلاقات الودودة والحميمية بشخص معين كالوالدين أو شريك يشاطر الشخص تجاربه العاطفية.

4-1-2 الوحدة الاجتماعية: وتنشأ من غياب شبكة العالقات الاجتماعية المشبعة أو كنتيجة ثانوية

لفقدان شخص عزيز، مما يؤدي إلى عزلة وجدانية عدم الانغماس مع زملاء العمل أو الأقارب (بركات، 2008، ص44).

4-2 تصنيف يونغ: وقد ميز بين ثلاثة أنواع من الوحدة النفسية وهي:

4-2-1 الشعور بالوحدة النفسية العابرة: والتي تتضمن فترات من الوحدة النفسية على الرغم من أن

حياة الفرد الاجتماعية تتسم بالتوافق والمواءمة.

4-2-2 الشعور بالوحدة النفسية التحولية: وفيها يتمتع الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في

الماضي القريب ولكنهم يشعرون بالوحدة النفسية حديثا نتيجة لبعض الظروف المستجدة كالتفراق أو وفاة شخص عزيز.

4-2-3 الشعور بالوحدة النفسية المزمنة: والتي قد تستمر لفترات طويلة تصل إلى حد السنين

وفيها لا يشعر الفرد بأي نوع من أنواع الرضا فيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية (سعيد، 2023، ص44).

4-3 تصنيف قشقوش: قسم الوحدة النفسية إلى نوعين رئيسيين وهي:

4-3-1 الوحدة النفسية الأولية: وهي اضطراب في إحدى سمات الشخصية المرتبطة بالانسحاب

الانفعالي، ويؤثر في عدد كبير من صور وأشكال السلوك الاجتماعي، وهذا النوع ينقسم إلى قسمين هما:

- الوحدة النفسية الناتجة عن تخلف نمائي في الشخصية: ويقصد به تباطؤ أو تخلف في التتابع الطبيعي

لنمو الشخصية.

- الوحدة النفسية الناتجة عن قصور في السلوك: وهذا النوع يرتبط بعجز أو قصور في الوظائف النفسية التي تحكم عملية التفاعلات الشخصية المتبادلة.

4-3-2 الوحدة النفسية الثانوية: وهي تمثل استجابة انفعالية في جانب الفرد لتغيير ما يحدث في بيئته، ويترتب عليه حرمان الفرد من الانخراط في علاقات هامة كانت متاحة لديه قبل حدوث هذا التغيير، ومع افتقاد الفرد لهذه العلاقة يصبح غير قادر على أن يفي بمتطلبات بعض الأدوار والممارسات الهامة في حياته، وهذا يرتبط بثلاثة محاكاة هي :

- نتيجة تمزق مفاجئ في البيئة الاجتماعية للفرد.

- تحدث فجأة كاستجابة لحرمان مفاجئ .

- سكن عندما يتغير الموقف المؤلم الذي طرأ على حياة الفرد (سعيد، 2023، ص 44).

5- استراتيجيات مواجهة الوحدة النفسية: لمواجهة الشعور بالوحدة النفسية يجب عليهم إشباع احتياجاته للتواصل الاجتماعي بزيادة كمية أو نوعية العلاقات الاجتماعية لسد الفجوة النفسية الداخلية للفرد، ومن أهم الاستراتيجيات التي يلجأ إليها الأفراد الذين يعانون من الإحساس بالوحدة منها:

- البحث عن الأصدقاء .
- مشاهدة التلفاز و المطالعة.
- ممارسة هوايات جديدة و أنشطة جديدة كرياضة الجري و الرسم و الحياكة و غيرها.
- استخدام الكحوليات و المخدرات للتخلص من مشاعر الوحدة.
- العودة إلى هوايات و اهتمامات الماضي (محمود، 2016، ص 25-26).

وهذه بعض الاستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد للتكيف مع مشاعر الوحدة، منها ما يعد تكيفا إيجابيا وبه ينجح الفرد في التخلص من هذه المشاعر والعودة إلى الحياة من جديد كالبحث عن الأصدقاء وممارسة هوايات جديدة مفيدة، وبعضها يعد تكيفا سلبيا كاللجوء إلى الهروب من الموقف كاللجوء إلى المخدرات والمسكرات والقمار والعقاقير المهدئة والتي تزيد المشكلة سوءا.

6- أسباب الشعور بالوحدة النفسية : لقد حاول الباحثون النظر عن كثب إلى الأسباب المؤدية

للشعور بالوحدة النفسية، فقد حصر روكاتش وزملاؤه (1988) الأسباب المؤدية في ثلاث نقاط وهي

موضحة بالجدول التالي :

- العجز الشخصي النمائي.
- الفشل في إقامة العلاقات.
- الهامشية الاجتماعية التي يعيشها الشخص.

الجدول رقم (01): يوضح نموذج روكاتش لأسباب الشعور بالوحدة النفسية.

الشعور بالوحدة النفسية	نقص العلاقات الاجتماعية	نفس المساندة	ضعف المساندة الاجتماعية	عدم الانتماء
		الاغتراب الاجتماعي	الانفصال عن الأشخاص المحبوبين	العزلة عن الآخرين
		اضطراب العلاقات	علاقات غير مشبعة	علاقات ضارة

	الأحداث الصادمة	التنقل والهجرة	البعد عن العائلة	الانفصال عن العائلة
		الاقتقاد	الموت	انقطاع العلاقة
		الأزمات	عدم التكيف	التغيير المفاجئ في المحيط
	الشخصية والمغيرات النمائية	القصور النمائي	العلاقات الفاترة	تصدع العائلة أو غياب الأب
		القصور الشخصي	الخوف من العلاقة	نقص مهارات و إدراك سلبي للذات

وقد حصرت شقير (2002) أسباب الشعور بالوحدة النفسية من خلال الدراسات التي تناولت الوحدة

النفسية في عدة نقاط وهي كالآتي :

- 1- التعرض إلى مشكلات جسمية صحية أو عقلية بما في ذلك إدمان الكحوليات.
- 2- التعرض إلى بعض التغيرات الديمغرافية مثل: انخفاض الدخل و الانتقال والهجرة.
- 3- انخفاض الوعي الذاتي والاجتماعي.
- 4- نقص المهارات الاجتماعية لدى الفرد.

5- التقييم السلبي والخطأ للذات والآخرين (نسرين، 2016، ص 20).

ثالثاً: القصور الكلوي:

1- بنية الكلية: تعتبر الكلية العضو الأهم في الجهاز البولي المتكون من الكليتين الحالبان والمثانة

ومجرى البول وتوجد الكلية اليسرى أعلى من اليمنى وتوجد الكلية في الجهة اليمنى وتزن ما بين

130 و150 جراماً وتتكون الكلية من ثلاث مناطق وهي:

- البشرة وهي الجزء الخارجي من الكلية وهي ذات المظهر جبيبي.
- النخاع يقع في الداخل من القشرة ويترتب على المجموعة من المناطق الهرمونية الشكل.
- العريض يقع في مركز الكلية ويشبه شكل القمح.
- يدخل الدم إلى الكلية بواسطة الشريان الكلوي، ويخرج منها بواسطة الوريد الكلوي وتحتوي كل كلية على مليون نفرون، ويتركب النيفرون من أنبوبة دقيقة تبدأ بالانتفاخ فبدايتها يسمى بمنطقة يومان وتفتت في النهاية في قناة جامعة للبول والتي تفتح بدورها في حوض الكلية (الكرمي، 1988، ص 77).

2- وظيفة الكلى:

- تجميع البول.
- التخلص من المواد السامة الناتجة عن عمليات الأيض.
- المحافظة على توازن الأملاح والماء في الجسم.
- المحافظة على تعادل الدم بين الحموضة والقولية (علي البار، 1992، ص 39).

3- تعريف القصور الكلوي:

القصور لغة : قَصَرَ يَقْصُرُ قُصُورًا عن الأمر: عجز وكف عنه.

الكلية لغة : الكلية هي غدة لازقة بعظم صلب عند الخصرة تنقي الدم وتفرز البول وهما كليتان (مومني، د.ت، ص 58).

يعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي.

القصور الكلوي اصطلاحاً : فالقصور الكلوي حاد كان أم مزمنًا ليس مرضاً في حد ذاته بل ناتج عن أمراض تصيب الكلى والتي تتميز بانخفاض عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم وإنتاج البول (رزقي، 2011، ص 86).

يعرف ديفيدسون القصور الكلوي على أنه قصور الوظيفة الاطراحية للكليتين والذي يؤدي غلى احتباس الفضلات النيتروجينية الناجمة عن الاستقلاب بنفس الوقت قد تصاب وظائف كلوية أخرى متعددة بالقصور بما فيها تنظيم السوائل و الشوارد والوظيفة الغدية الصماوية للكلية وبالتالي قد يظهر طيف واسع من الظاهر السريرية (ديفيدسون، 2005، ص 43).

والقصور الكلوي هو حالة مرضية تتمثل في انخفاض قدرة الكليتين على أداء وظائفهما الحيوية، خاصة تصفية الدم من الفضلات وتنظيم توازن السوائل والأملاح في الجسم، نتيجة تضرر الوحدات الوظيفية للكلية (النيفرونات)، سواء كان ذلك بشكل حاد أو مزمن، مما يؤدي إلى اختلال في التوازن الداخلي للجسم.

4- أعراض القصور الكلوي:

لا يسبب الفشل الكلوي أعراضاً إلا في المراحل المتأخرة وهذه الأعراض تتمثل في:

أعراض عامة وظيفية: وتتمثل في وهن وقصور في نمو الجسم ويكون أكثر وضوحاً لدى الأطفال حكة

تصيب الجلد وذلك لزيادة نسبة الفوسفور في الدم هبوط حرارة الجسم، زيادة السوائل في الجسم.

أعراض هضمية: وتشمل الغثيان، فقدان الشهية، ورغبة في القيء وذلك نتيجة لتراكم المواد السامة في

الجسم بحيث يحصل فقدان وزن بشكل متزايد مما ينتج عنه فقر الدم، إسهال، آلام هضمية وحرقان معدية.

أعراض قلبية: وتتمثل في ارتفاع ضغط الدم بسبب ارتفاع نسبة الصوديوم وقلة استخدامه عبر الكلية

التالف، فشل عضلة القلب واضطراب نبضاته، فقر الدم الشديد بسبب نقص هرمون الأريثروبيتين، التهاب

عضلة القلب، التجويف الذي يحتويه.

أعراض عصبية نفسية: وتتمثل في إرهاق وتعب عام وقلق وتوتر نفسي، تغير في مستوى الوعي، الرغبة

الدائمة في النوم، الشعور بالصداع، عدم القدرة على التفكير بشكل جيد والإحباط وغالباً يكون في بداية

المرض (بورقة، 2000، ص 30-32).

5- أنواع القصور الكلوي:

قصور كلوي حاد: يعرف بأنه نقص في معدل الإدرار بحيث يصبح أقل من 33 ملل وقد يتطور الأمر

إلى عدم إخراج البول نهائياً.

يعرف "روبينيوس وآخرون" (2012) القصور الكلوي الحاد على أنه عبارة عن توقف مفاجئ وشبه كامل لوظائف الكلى، وتتميز بارتفاع في مستويات النيتروجين والكرياتين في الدم وعدم مقدرة الكلى على حفظ توازن وتنظيم الماء والأحماض والمواد الكيميائية مثل الصوديوم والبوتاسيوم ويحدث هذا العجز المفاجئ خلال عدة ساعات أو أيام ويختلف عن القصور المزمن في أنه يمكن علاجه إذا ما تم تشخيصه مبكراً ومعرفة أسباب حدوثها ويؤدي إلى الوفاة إذا تم إهماله.

قصور كلوي مزمن: هو فقدان متطور وسريع لوظيفة الكلية، بحيث ينخفض معدل الترشيح لوحدات الكلية إلى أقل من 10 ملل (جزء من ألف لتر) في الدقيقة، أي تصل كفاءة الكلية إلى أقل من 10 من كفاءتها الطبيعية كما يعرف بأنه خلل مزمن لوظائف الكلية، والذي يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص كمية البول المفترزة في وقت محدد ومن الناحية الفسيولوجية فإن هذا المرض هو عبارة عن إصابة الوحدات الوظيفية في الكلية (النيفرونات) وبالتالي يؤدي إلى نقص في القدرة على التحكم في تركيز الأملاح في البول (الصبور، 1989، ص50).

6- أسباب القصور الكلوي المزمن:

العوامل الوراثية: وهي تؤدي دوراً في الإصابة بمرض الفشل الكلوي وإن لم يكن القدر نفسه الذي تسهم به العوامل الأخرى حيث يشيع المرض بين الأفراد الأسرة الواحدة وبين مجموعات محددة مما يدل على وجود عنصر وراثي له دور في الإصابة بالمرض.

العوامل المكتسبة:

الداء السكري: هو من أكثر الأسباب المؤدية لإصابة بالقصور الكلوي المزمن، حيث يؤدي مرض السكر إلى اضطراب نظام التشريح الكلوي الناتج عن تلف الأوعية داخل الكلى، وتبدأ إصابة الكلية حوالي

15- 20 سنة من الإصابة بمرض السكر لدى المرضى المعتمدين على الأنسولين، بحيث يكاد ينعدم احتمال حدوثها مع مرور السنين، كما يكاد ينعدم إذا لم تحدث بعد 35 سنة أما المرضى الغير معتمدين على الأنسولين فتبدأ إصابتهم بأمراض الكلى بعد حوالي 5 أو 10 سنوات من بداية ظهور مرض السكري.

ارتفاع ضغط الدم: يمثل العامل الثاني المؤدي لإصابة بمرض القصور الكلوي لدى 15- 20 سنة من مرض القصور الكلوي المزمن، ويعرف ارتفاع ضغط الدم عندما يزداد 14/9 من زئبق حيث يؤدي ارتفاع ضغط الدم المتكرر إلى حدوث ضيق في الشرايين المغذية للكلى و بالتالي تضمر منطقة القشرة في الكلى، مما يؤدي إلى الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.

- التهاب حوض الكلى.
- حصوات الكلى.
- استخدام المفرط لبعض الأدوية. (شويخ، 2009، ص 43-44).

خلاصة:

ومنه نستنتج أن العناصر الثلاثة التي تمت دراستها في هذا الفصل، والمتمثلة في الدعم النفسي الاجتماعي، الوحدة النفسية، القصور الكلوي، تتداخل فيما بينها لتوضح الصورة الكاملة للتحديات النفسية والاجتماعية التي يواجهها مرضى الكلى. إذ يتأثر مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المرضى بغياب الدعم النفسي الاجتماعي، مما يخلق صعوبات في التكيف النفسي والاجتماعي ويضعف قدرتهم على الانتماء لمحيطهم الاجتماعي. كما يظهر من تحليل القصور الكلوي أن الحالة المرضية نفسها تزيد من حدة هذه التحديات.

الفصل الثالث:

البرنامج العلاجي المقترح.

تمهيد

- 1- تعريف البرنامج العلاجي.
- 2- الأساس النظري للبرنامج العلاجي المقترح.
- 3- الأهداف العامة للبرنامج العلاجي المقترح.
- 4- الأهداف الخاصة للبرنامج العلاجي المقترح.
- 5- أهمية البرنامج العلاجي المقترح.
- 6- شروط تصميم وتطبيق البرنامج العلاجي المقترح.
- 7- مراحل سير البرنامج العلاجي المقترح.
- 8- خطوات البرنامج العلاجي المقترح.
- 9- توزيع الجلسات العلاجية.
- 10- أنشطة البرنامج العلاجي.

خلاصة

تمهيد:

يشهد المجال الصحي في الوقت الراهن اهتمامًا متزايدًا بالجوانب النفسية والاجتماعية المصاحبة للأمراض المزمنة، حيث لم يعد التركيز مقتصرًا على العلاج العضوي فقط، بل أصبح من الضروري التكفل بالحالة النفسية للمريض، نظرًا لما لها من تأثير مباشر على مسار المرض وجودة الحياة. ويُعد مرض القصور الكلوي من بين الأمراض المزمنة التي تفرض على المريض نمط حياة خاصًا، يتسم بالخضوع المستمر للعلاج، خاصة جلسات الغسيل الكلوي، الأمر الذي قد يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية، من أبرزها الشعور بالوحدة النفسية.

ويُعتبر الشعور بالوحدة النفسية من المشكلات الشائعة لدى مرضى الكلى، نتيجة العزلة الاجتماعية، وتغير نمط الحياة، وضعف التفاعل الاجتماعي، مما ينعكس سلبيًا على حالتهم النفسية وقدرتهم على التكيف مع المرض. ومن هذا المنطلق، تبرز أهمية إعداد برامج علاجية نفسية قائمة على استراتيجيات الدعم النفسي والاجتماعي، تهدف إلى التخفيف من حدة هذا الشعور، وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي لدى المرضى.

وعليه، تم إعداد هذا البرنامج العلاجي المقترح، الذي يعتمد على مجموعة من الأنشطة والتقنيات النفسية، بهدف خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى، وتنمية مهاراتهم في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وتعزيز تقدير الذات لديهم، في إطار بيئة علاجية آمنة تقوم على الدعم، والتقبل، والتفاعل الإيجابي.

1- تعريف البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي:

البرنامج العلاجي هو برنامج تدخل نفسي اجتماعي منظم ومخطط، موجه لمرضى القصور الكلوي المزمن من الجنسين، تم تطبيقه في إطار المؤسسة الإستشفائية العمومية أحمد مدغري بمصلحة تصفية الدم، ويتكون من 13 جلسة تتراوح مدة كل منها بين 30 و45 دقيقة. يعتمد هذا البرنامج على مجموعة من التقنيات النفسية، ومن بينها التفريغ الانفعالي، لعب الأدوار، الحوار السقراطي، الأنشطة المنزلية، الاستبصار، إعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات، الحوار التحليلي، النمذجة...، يهدف إلى التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية من خلال تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي، وتقوية التفاعل مع الآخرين، وتحسين قدرة المرضى على التكيف مع وضعهم الصحي.

2- الأساس النظري للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي

الاجتماعي:

يعتمد البرنامج العلاجي في هذه الدراسة على مجموعة من النظريات النفسية المتكاملة، حيث يستند أساساً إلى النظرية المعرفية السلوكية التي وضع أسسها كل من أرون بيك (Aaron Beck) وألبرت إليس (Albert Ellis)، والتي تركز على العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوك، وتستخدم تقنيات مثل إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي والنمذجة والتعزيز الإيجابي ولعب الأدوار. كما يعتمد على النظرية السلوكية التي أسسها إيفان بافلوف (Ivan Pavlov) وبورهوس سكينر (B.F. Skinner) وطورها ألبرت باندورا (Albert Bandura)، والتي تهتم بتعلم السلوك من خلال التعزيز والملاحظة. إضافة إلى ذلك، يستند إلى النظرية الإنسانية التي برزت مع كارل روجر (Carl Rogers)، والتي تركز على التعاطف والتقبل غير المشروط والإصغاء الفعال كعوامل أساسية في العلاقة العلاجية. كما يوظف البرنامج بعض تقنيات العلاج الجشطالتي الذي أسسه فريتز بيرلز (Fritz Perls) مثل تقنية الكرسي

الفارغ، إلى جانب مفاهيم التحليل النفسي الذي وضعه سيغموند فرويد (Sigmund Freud) خاصة فيما يتعلق بالاستبصار والكشف عن الصراعات اللاشعورية. كما تُستخدم تقنيات التفريغ الانفعالي والاسترخاء لدعم التوازن النفسي وخفض التوتر.

3- الأهداف العامة للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي

الاجتماعي:

- خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى.
- تنمية مهارات التواصل الاجتماعي الفعال.
- تحسين التكيف النفسي مع الضغوط المرتبطة بالمرض.
- تنمية التفاعل والعلاقات الاجتماعية الايجابية.
- تعزيز الشعور بالانتماء وتقدير الذات.

4- الأهداف الخاصة للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي

الاجتماعي:

يسعى البرنامج إلى:

- تخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.
- تعزيز الشعور بالدعم النفسي والاجتماعي.
- تحسين القدرة على التعبير الانفعالي والتفريغ العاطفي.
- تنمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي.
- تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالمرض والعزلة.
- تعزيز تقدير الذات والثقة بالنفس.

- تحسين التكيف النفسي مع المرض المزمن.
- تقوية العلاقات الاجتماعية داخل الوسط العلاجي.

5- أهمية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي:

- يساهم في خفض الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى.
- يعزز الدعم النفسي والاجتماعي بين المرضى.
- يساعد المرضى على التكيف مع المرض المزمن.
- ينمّي مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي.
- يعزز الشعور بالانتماء وعدم الإحساس بالعزلة.
- يرفع مستوى تقدير الذات والثقة بالنفس.
- يدعم دور الأخصائي النفسي في مرافقة مرضى الأمراض المزمنة.

6- شروط تصميم وتطبيق البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي

الاجتماعي:

يرتكز تصميم وتطبيق البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي على مجموعة من الشروط المنهجية والعلمية، التي تهدف إلى ضمان فاعليته وملاءمته لخصائص العينة المدروسة، ويمكن تحديدها فيما يلي:

1- العمر الزمني للعينة:

يراعى في تصميم البرنامج العمر الزمني لأفراد العينة، حيث يوجه البرنامج إلى مرضى القصور الكلوي من فئة الراشدين، بما يتلاءم مع خصائصهم النمائية والنفسية والاجتماعية، ويعتمد في محتوى الجلسات أسلوب يتناسب مع قدراتهم المعرفية ومستوى وعيهم وخبراتهم الحياتية.

2- الخصائص النفسية والاجتماعية للعينة:

تم تصميم البرنامج بما يتوافق مع الخصائص النفسية والاجتماعية لمرضى القصور الكلوي، خاصة ما يتعلق بتجارب المرض المزمن، والشعور بالعزلة الاجتماعية، ونقص الدعم النفسي والاجتماعي، مع مراعاة الفروق الفردية بين أفراد العينة.

3- مستوى شدة الشعور بالوحدة النفسية:

يطبق البرنامج على أفراد يعانون من مستوى مرتفع إلى متوسط من الشعور بالوحدة النفسية، وذلك بناءً على نتائج القياس القبلي باستخدام مقياس الوحدة النفسية المعتمد في الدراسة، حيث تم تكييف الأنشطة العلاجية بما يتناسب مع درجة الشدة دون إحداث ضغط نفسي إضافي.

4- المدة الزمنية للبرنامج:

تم تحديد مدة البرنامج بما يضمن تحقيق الأهداف العلاجية، حيث يتكون من 13 جلسة علاجية، بمعدل 3 جلسات أسبوعياً، وتتراوح مدة كل جلسة بين 30-45 دقيقة، مع مراعاة الحالة الصحية والنفسية لأفراد العينة.

5- تدرج الصعوبة في محتوى الجلسات:

رُوعي في تصميم البرنامج مبدأ التدرج من السهل إلى الصعب، حيث تبدأ الجلسات ببناء العلاقة العلاجية والتعارف، ثم الانتقال تدريجياً إلى التعبير الانفعالي، وتنمية المهارات الاجتماعية، وتعديل الأفكار السلبية، وصولاً إلى تعزيز الاستقلالية والتكيف الاجتماعي.

6- ملائمة الأنشطة العلاجية :

تم اختيار الأنشطة العلاجية بما يتلاءم مع الحالة الصحية لمرضى الكلى، مع تجنب الأنشطة المجهدة جسدياً أو نفسياً، والتركيز على أنشطة تفاعلية داعمة وأمنة نفسياً.

7- شروط تطبيق البرنامج:

- توفير فضاء علاجي مناسب يتسم بالهدوء والخصوصية.
- التزام المعالج بمبادئ أخلاقيات الممارسة النفسية.
- ضمان الانتظام في حضور الجلسات.
- تهيئة مناخ علاجي قائم على الثقة والدعم المتبادل.

8- تقويم البرنامج العلاجي:

يراعى في تطبيق البرنامج إجراء تقييم قبلي وبعدي لقياس مستوى الشعور بالوحدة النفسية.

الفئة المستهدفة:

- مرضى الكلى (خاضعون للعلاج الدوري/ الغسيل الكلوي).
- ممن يعانون من مستويات مرتفعة من الشعور بالوحدة النفسية.
- يتم اختيارهم بناء على نتائج مقياس الوحدة النفسية والمقابلة العيادي.

9- عدد جلسات البرنامج:

- يتكون البرنامج من 13 جلسة علاجية.

10- مكان الجلسات:

- مصلحة غسيل الكلى بالمستشفى (في قاعة العلاج)، مع مراعاة الخصوصية والراحة النفسية والحالة الصحية للمرضى.

1- 7- مراحل سير البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي

الاجتماعي:

تبدو الإشارة إلى أن البرنامج العلاجي يركز على أربع مراحل لتطبيقه نوردتها كما يلي:

المرحلة الأولى: (مرحلة ما قبل التطبيق أو التجربة) خطوة تمهيدية تجرى فيها عملية القياس القبلي

لمستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة، وذلك تمهيداً لتنفيذ البرنامج العلاجي، وتشمل هذه

المرحلة عدة خطوات منظمة كما يلي:

- 1- جمع المعلومات المتعلقة بالخلفية النفسية والاجتماعية لأفراد العينة.
- 2- تحديد طبيعة المشكلة المشتركة التي يعاني منها أفراد العينة والمتمثلة في الشعور بالوحدة النفسية.
- 3- وضع تشخيص أولي بالاعتماد على المقابلات العيادية و الملاحظات العيادية.
- 4- تحديد الأعراض النفسية والاجتماعية البارزة لدى أفراد العينة.
- 5- تطبيق القياس القبلي باستخدام مقياس الوحدة النفسية لتحديد مستوى الشعور بالوحدة قبل الشروع في تنفيذ البرنامج العلاجي.

المرحلة الثانية: وتسمى مرحلة التطبيق أو التجربة،

أ- الاستعانة بالشروط المسيرة للتغيير العلاجي:

1- بناء علاقة علاجية من خلال الإصغاء الفعال:

يتم ذلك عبر الاقتراب من المريض بلطف والانتباه الكامل لما يقوله، مع تجنب كل ما قد يسبب له

إزعاجاً، والتأكد من وضوح المعلومات.

يهدف هذا إلى تعزيز الثقة بين المريض والمختص، وإظهار الرغبة الصادقة في العمل معه، ومساعدته

على فهم حالته النفسية والعاطفية.

1- بناء علاقة علاجية تعاطفية:

من خلال مشاركة المريض مشاعره والاستماع له بعناية، وتوجيهه بطريقة لطيفة، والوصول إلى فهم حالته النفسية والاجتماعية.

يساعد هذا في تهدئته والتأكيد له أنه ليس وحده في معاناته، وأن الدعم موجود لمعالجة مشكلاته النفسية والاجتماعية.

3- التقبل الغير مشروط:

يشمل قبول حالة المريض كما هي، مع احترامه وتقديره وإعطائه الفرصة الكاملة للتعبير عن مشاعره وأفكاره بدون خوف أو قلق.

يعزز هذا شعور المريض بالأمان النفسي، ويساعد على التعبير عن المشاعر بحرية، ويمكن المختص من التمييز بين مشاعر المريض المختلفة وفهمها بعمق.

ب- تطبيق التقنيات العلاجية في البرنامج:

1- الإصغاء الفعال: التركيز الكامل على كلام المريض مع إعادة صياغة مشاعره والتأكد من فهمه دون إصدار أحكام.

2- التقبل الغير المشروط والتعاطف: إظهار الاحترام والتقدير للمريض مهما كانت مشاعره وأفكاره، مما يعزز شعوره بالقيمة والانتماء.

3- إعادة البناء المعرفي: مساعدة المريض على التعرف على الأفكار السلبية المرتبطة بالعزلة والمرض، والعمل على تعديلها بأفكار أكثر واقعية وتكيفاً.

4- تدريب مهارات حل المشكلات: تعليم المريض خطوات عملية للتعامل مع المواقف الاجتماعية

أو الصحية التي تزيد شعوره بالوحدة

5- التفرغ الانفعالي: إتاحة المجال للمريض للتعبير عن الحز، الخوف أو الغضب المرتبط بمرضه

المزمن في بيئة آمنة.

6- تمارين الاسترخاء: تدريب المريض على تقنيات التنفس والاسترخاء بسيطة لتقليل التوتر والقلق

المرتبطتين بالمرض والعزلة.

7- إعادة الصياغة: هي أن يقوم الأخصائي بإعادة كلام المريض بأسلوب أوضح وبكلمات

مختلفة، مع الحفاظ على نفس المعنى، بهدف التأكد من الفهم وتشجيع المريض على الاستمرار في

الحديث.

8- الحوار السقراطي: تقنية تعتمد على طرح أسئلة متسلسلة تساعد المريض على التفكير في

أفكاره واكتشاف أخطائه بنفسه بدل أن يتم إقناعه مباشرة.

9- الكرسي الفارغ: تقنية تخيلية يُطلب فيها من المريض أن يتحدث مع شخص غير موجود (أو

جزء من نفسه) على كرسي فارغ، للتعبير عن مشاعره المكبوتة.

10- لعب الأدوار: تقنية يتم فيها تمثيل مواقف حقيقية أو مستقبلية بهدف تدريب المريض على

سلوكيات جديدة أو تحسين طريقة تفاعله مع الآخرين.

11- التعزيز الإيجابي: هو تشجيع السلوكيات الجيدة لدى المريض من خلال المكافأة أو الثناء، مما

يزيد من احتمال تكرارها.

12- النمذجة: تعني تعلم السلوك من خلال ملاحظة شخص آخر وتقليده، سواء كان هذا الشخص

المعالج أو فردًا ناجحًا في نفس السلوك.

13- الحوار التحليلي: هو تحليل كلام المريض وأفكاره بهدف الكشف عن الصراعات النفسية

أو الخبرات الماضية المؤثرة على حالته.

14- الاستبصار: هو وصول المريض إلى فهم أعمق لسبب مشكلته النفسية وربطها بأحداث أو

تجارب سابقة.

المرحلة الثالثة:خصص هذه المرحلة لإجراء القياس البعدي على أفراد العينة بعد الانتهاء من تطبيق

البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي ويهدف هذا القياس إلى رصد درجات

المرضى على مقياس الشعور بالوحدة النفسية من أجل التعرف على مدى التغير الذي طرأ على حالتهم

النفسية.

يتم تطبيق نفس الأداة التي استخدمت في القياس القبلي، وفي نفس الظروف تقريبا، لضمان موضوعية

النتائج وإمكانية المقارنة بين القياسين. ويسمح هذا الإجراء بتحديد فعالية البرنامج العلاجي في خفض

مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى.

كما تستخدم النتائج المتحصل عليها في هذه المرحلة لإجراء المقارنات الإحصائية بين المتوسطات قبلية

والبعدية، مما يساعد على التحقق من صحة فرضيات الدراسة المتعلقة بتأثير البرنامج العلاجي.

المرحلة الرابعة: وهي المرحلة الأخيرة في الدراسة، وتهدف إلى تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية

على أفراد عينة الدراسة بعد مرور فترة زمنية محددة من انتهاء البرنامج العلاجي. ويقصد من هذا الإجراء

تتبع مدى استمرار فعالية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض

الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى.

يسمح القياس التتبعي بمعرفة ما إذا كانت التحسّنات التي ظهرت في القياس البعدي قد استمرت مع مرور الوقت، أو ما إذا كان هناك تراجع في مستوى التحسن، مما يقدم مؤشرا مهما حول الأثر طويل المدى للتدخل العلاجي.

وتقارن نتائج هذا القياس بنتائج القياسين القبلي والبعدي، بهدف تكوين صورة شاملة حول تطوّر الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد العينة عبر مختلف مراحل البرنامج العلاجي.

الجدول رقم (02): يمثل مراحل تطبيق البرنامج العلاجي.

مراحل البرنامج	محتوى الجلسات	رقم الجلسة
المرحلة الأولى	- التعارف بين المريض والمختص، وشرح أهداف الدراسة والبرنامج العلاجي. - التأكيد على سرية المعلومات - تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية.	2-1
المرحلة الثانية	- تعزيز شعور لمريض بالأمان والدعم النفسي. - تمكين المريض من التعبير عن مشاعره وأفكاره - تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالوحدة.	11-3

	- تنمية لمهارات الاجتماعية وحل المشكلات - تعزيز الدعم الاجتماعي - تقليل مستويات الشعور بالوحدة النفسية. - تطبيق التقنيات العلاجية (بناء علاقة علاجي، الإصغاء الفعال، إعادة البناء المعرفي، تمارين الاسترخاء...)	
12	- تطبيق مقياس الوحدة النفسية. - تقييم التغير في الشعور بالوحدة النفسية بعد البرنامج. - مقارنة النتائج بالقياس القبلي.	المرحلة الثالثة
13	متابعة استمرار أثر البرنامج على الشعور بالوحدة النفسية بعد فترة محددة.	المرحلة الرابعة

8- خطوات البرنامج العلاجي المقترح:

1- التحضير النفسي للمريض:

- تهيئة المريض نفسياً وتهيئة البيئة المناسبة قبل البدء في البرنامج.
- تهدف هذه المرحلة إلى تقليل القلق والخوف المرتبط بالجلسات العلاجية، وجعل المريض أكثر استعداداً للتفاعل.

2- شرح المفهوم العام للعلاج:

- تقديم معلومات مبسطة حول طبيعة البرنامج وأهدافه.
- توضيح ماهية الدعم النفسي والاجتماعي وكيفية عمل التقنيات العلاجية بشكل عام.

3- تحديد الهدف من العلاج:

- الاتفاق مع المريض على الأهداف الأساسية للبرنامج، مثل التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين التفاعل الاجتماعي.

- تحديد أهداف قابلة للقياس وواقعية حسب حالة المريض.

4- رسم الخطة العلاجية لكل جلسة:

- تحديد الإطار الزمني لكل جلسة وعدد الجلسات اللازمة.
- تخطيط توزيع الأنشطة العلاجية على جميع الجلسات وفق احتياجات المريض ودرجة الإصابة.

5- تطبيق التقنيات العلاجية حسب الاضطراب ودرجة الإصابة:

- اختيار وتكييف المعرفي السلوكي، النسقي، التحليلي، الإنساني. بما يتناسب مع حالة المريض النفسية والاجتماعية.

- تنفيذ الأنشطة العلاجية بشكل تدريجي ومراقبة الاستجابة الفردية.

6- تقديم المساعدة للمريض والعمل على الوصول إلى أقصى درجات الدعم النفسي

والاجتماعي:

- تعزيز الشعور بالأمان والانتماء لدى المريض.

- تحفيز المشاركة الاجتماعية وتحسين جودة الحياة اليومية.

7- التخفيف من الوحدة النفسية:

- متابعة تقدم المريض في تقليل مشاعر العزلة.

- استخدام أساليب الدعم النفسي والاجتماعي لتقوية التفاعل الاجتماعي وبناء شبكة دعم.

8- العقد العلاجي (التفاهم العلاجي):

- اتفاقية مبرمة بين المختص والمريض خلال المقابلات الأولى بعد التشخيص.

- تشمل تخطيط الأهداف، خطوات البرنامج، المدة الزمنية لكل جلسة، وطريقة تطبيق التقنيات.

- الهدف منها ضمان التزام المريض والمختص بنفس خطة العلاج وتحقيق أفضل النتائج.

9- توزيع الجلسات العلاجية:

جدول رقم (03): يمثل وصف عام لجلسات البرنامج العلاجي.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط
1	- التعارف و التهيئة النفسية	40 د	- التعرف على المريض	- بناء علاقة علاجية	- تقديم المريض للمختص والعكس

		- شرح أهداف البرنامج - التأكيد على سرية المعلومات			- الحديث عن خلفية المريض - شرح أهداف البرنامج وكيفية سير الجلسات - التأكيد على سرية الجلسات
2	- القياس القبلي للشعور بالوحدة	- تحديد مستوى الشعور بالوحدة النفسية	30 د	- تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية	- شرح طريقة تعبئة المقياس - تطبيق المقياس على المريض - توضيح أي أسئلة أو صعوبات
3	- بناء الثقة والعلاقة العلاجية	- توفير جو آمن وداعم - تعزيز الثقة والراحة النفسية	45 د	- التعاطف - التقبل - الإصغاء الفعال - الاسترخاء	- الترحيب بالمريض وإعادة التأكيد على أمان الجلسة - الحوار عن مشاعر المريض

					وتجربته مع المريض
4	- التعبير عن المشاعر	45 د	- تمكين المريض من التعبير عن مشاعره - تعزيز شعور المريض بالاستماع والتفهم	- التفريغ الانفعالي - الإصغاء الفعال - إعادة الصياغة - الاسترخاء	- المريض يعبر عن مشاعره وأفكاره - المختص يعيد صياغة المشاعر لتأكيد الفهم
5	- الدعم النفسي الذاتي	45 د	- تعزيز الحوار الداخلي الإيجابي لدى المريض - تقليل الأفكار السلبية وتعزيز الأفكار الداعمة للذات - تنمية مهارة تقديم الدعم النفسي الذاتي	- إعادة البناء المعرفي - الحوار السقراطي - تقنية الكرسي الفارغ - تقنية الاسترخاء	- مناقشة الحوار الداخلي للمريض (كيف يتحدث مع نفسه) - التعرف على الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وواقعية - تطبيق تقنية الكرسي الفارغ

					للتعبير عن الذات الداخلية ومواجهة الأفكار السلبية - تعزيز فكرة “التحدث مع الذات بطريقة داعمة”
6	- تعديل الأفكار السلبية	45 د	- تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالوحدة - تنمية التفكير الايجابي	- إعادة البناء المعرفي - الحوار السقراطي - الاسترخاء	تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالوحدة تنمية التفكير الإيجابي
7	- تعزيز التفاعل الاجتماعي	45 د	- تشجيع المريض على الانخراط في تفاعلات الاجتماعية - تعزيز الثقة بالنفس	- لعب الأدوار - التعزيز الايجابي - النمذجة -الاسترخاء	- المواقف الاجتماعية تمثيلية - وضع خطة خطوات صغيرة وقابلة للتطبيق لتعزيز المشاركة الاجتماعية - ممارسة أنشطة جماعية أو تمارين

محاكاة للتفاعل الاجتماعي داخل الجلسة					
- تحديد موقف صعب - مناقشة حلول ممكنة - اختيار خطة عمل وتجربتها	- التدريب على حل المشكلات - الاسترخاء	- تمكين المريض من مواجهة مواقف العزلة - تطوير مهارات حل المشكلات	45 د	- مواجهة المشكلات اليومية	8
- السماح للمريض بالتعبير عن الغضب، الحزن أو القلق - إعادة صياغة المشاعر لتفريغها بطريقة صحية	- التفريغ الانفعالي - التقبل - إعادة التوجيه - الاسترخاء	- التعبير عن المشاعر المكبوتة - تخفيف الضغط النفسي	45 د	- التعبير الانفعالي	9
- نقاش حول تأثير المرض على الحياة اليومية	- الحوار التحليلي - الاستبصار	- فهم أثر المرض على صورة الذات	45 د	- استكشاف المعاني النفسية للمرض	10

		- تعزيز الإدراك النفسي للتغيرات الحياتية	- الاسترخاء	- حوار عن تغير الأدوار الاجتماعية
11	- مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي	45 د	- تعزيز الانتماء الاجتماعي - تبادل الخبرات والمشاعر بين المرضى	- جلسة جماعية - مشاركة المرضى خبراتهم وتجاربهم - نقاش حول استراتيجيات التغلب على الوحدة
12	- القياس البعدي	30 د	- تقييم التغير في الشعور بالوحدة بعد البرنامج - مقارنة النتائج بالقياس القبلي	- إعادة تطبيق المقياس لكل مريض - توضيح أي أسئلة للمريض أثناء القياس
13	- القياس المتبعي	30 د	- متابعة استمرار أثر البرنامج - مقارنة النتائج	- تطبيق المقياس بعد فترة محددة - تسجيل النتائج لمتابعة فعالية

طويلة المدى	النفسية	مع القياس البعدي			
-------------	---------	---------------------	--	--	--

10- محتوى أنشطة البرنامج العلاجي:

جدول رقم (04): يمثل محتوى أنشطة البرنامج.

الجلسة	الأنشطة
1	1. تقوم الطالبتان بتقديم نفسها للمريض وخلق جو من الألفة والطمأنينة، مع محاولة تخفيف التوتر الأولي وبناء علاقة علاجية إيجابية. - يتم تقديم المريض للمختص والعكس بطريقة بسيطة لتعزيز التواصل وكسر الحاجز النفسي الأولي. - الاتفاق على القواعد الأساسية للجلسات (السرية، احترام الآخر، عدم إصدار الأحكام، احترام الوقت والكلام). 2. يتم إجراء حديث أولي مع المريض حول خلفيته العامة وظروفه الحالية، بهدف جمع معلومات أولية وبناء فهم أولي للحالة. 3. تقوم الطالبة بشرح أهداف البرنامج العلاجي بشكل واضح وبسيط، مع توضيح طبيعة الجلسات وكيفية سيرها التدريجي. 4. التأكيد على مبدأ سرية المعلومات وأهمية الالتزام به داخل الجلسات لخلق شعور بالأمان والثقة لدى المريض.
2	1. تقوم الطالبتان بتهيئة المريض للجلسة من خلال شرح الهدف منها، والمتمثل في

خلق جو من الهدوء والطمأنينة. 2. يتم تقديم مقياس الشعور بالوحدة النفسية للمريض مع شرح طريقة الإجابة على بنوده بشكل واضح وبسيط، والتأكد من فهمه لكل التعليمات قبل البدء. 3. يتم تطبيق المقياس على المريض بشكل فردي، مع مراعاة توفير الدعم عند الحاجة دون التأثير على إجاباته. 4. تقوم الطالبة بتوضيح أي أسئلة أو صعوبات قد يواجهها المريض أثناء الإجابة، مع الحرص على الحياد وعدم التوجيه في الإجابات.	
تقوم الطالبتان بتهيئة جو علاجي آمن وداعم من خلال الترحيب بالمريض وإعادة التأكيد على سرية الجلسة وأهمية الشعور بالأمان داخل العلاقة العلاجية، بهدف تقليل القلق وتعزيز الارتياح النفسي. 2. يتم اعتماد مهارات التعاطف والتقبل غير المشروط والإصغاء الفعّال خلال الحوار مع المريض، من أجل تعزيز الثقة وبناء علاقة علاجية إيجابية قائمة على الفهم والدعم. 3. يتم فتح حوار مع المريض حول مشاعره الحالية وتجربته النفسية، مع تشجيعه على التعبير الحر عن أفكاره وانفعالاته دون حكم أو نقد. 4. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التنفس العميق) في نهاية الجلسة لمساعدته على تخفيف التوتر وتعزيز الشعور بالهدوء والراحة النفسية.	3
1. تقوم الطالبتان بتهيئة جو علاجي داعم يسمح للمريض بالتعبير الحر عن مشاعره وأفكاره، مع التأكيد على مبدأ الأمان النفسي داخل الجلسة وتشجيعه على الإفصاح دون خوف أو تردد.	4

2. يتم تمكين المريض من التعبير عن مشاعره المرتبطة بتجربته النفسية، مع اعتماد أسلوب التفريغ الانفعالي بهدف تخفيف الضغط النفسي والكبت العاطفي. 3. يتم استعمال مهارتي الإصغاء الفعّال وإعادة الصياغة من طرف المختص، من أجل توضيح وفهم مشاعر المريض بشكل دقيق وتعزيز شعوره بالتفهم والدعم. 4. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التنفس العميق) في نهاية الجلسة لمساعدة المريض على تنظيم انفعالاته وتحقيق حالة من الهدوء والالتزان النفسي.	
1. تقوم الطالبتان بتهيئة جو علاجي يساعد المريض على استكشاف طبيعة الحوار الداخلي لديه، مع التركيز على فهم الطريقة التي يتحدث بها مع نفسه في المواقف اليومية وتأثير ذلك على حالته النفسية. 2. يتم اعتماد إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي من أجل مساعدة المريض على التعرف على الأفكار السلبية المرتبطة بالذات، ومناقشتها بطريقة منطقية بهدف تعديلها واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وواقعية. 3. يتم تطبيق تقنية الكرسي الفارغ لمساعدة المريض على التعبير عن صراعه الداخلي بين الأفكار السلبية والداعمة، وتعزيز الوعي الذاتي بالحوار الداخلي. 4. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التصور الإيجابي) من خلال توجيه المريض لتخيل صوت داخلي داعم ومطمئن يساعده على تعزيز الثقة بالنفس والتخفيف من التوتر.	5
1. تقوم الطالبتان بتهيئة جو علاجي يساعد المريض على التعرف على الأفكار السلبية المرتبطة بالشعور بالوحدة، مع تشجيعه على ملاحظتها دون حكم أو نقد، بهدف رفع مستوى الوعي المعرفي لديه. 2. يتم اعتماد على إعادة البناء المعرفي من خلال مساعدة المريض على إعادة تقييم	6

أفكاره السلبية واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وإيجابية. 3. يتم استخدام الحوار السقراطي عبر طرح أسئلة موجهة تساعد المريض على التفكير في صحة أفكاره السلبية ومدى منطقيتها. 4. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التنفس العميق) خلال الجلسة لتقليل التوتر المصاحب للأفكار السلبية وتعزيز التركيز أثناء إعادة البناء المعرفي.	
1. تقوم الطالبتان بتهيئة جو علاجي داعم يشجع المريض على الانخراط في التفاعل الاجتماعي، مع التركيز على تقليل الخوف الاجتماعي وتعزيز الشعور بالأمان أثناء التواصل مع الآخرين. 2. يتم اعتماد أسلوب لعب الأدوار من خلال تمثيل مواقف اجتماعية بسيطة تساعد المريض على تدريب نفسه على مهارات التواصل والتفاعل. 3. يتم استعمال النمذجة من خلال تقديم أمثلة لسلوكيات اجتماعية إيجابية يمكن للمريض ملاحظتها وتقليدها تدريجياً. 4. يتم استخدام التعزيز الإيجابي لدعم أي محاولة ناجحة من المريض في التفاعل الاجتماعي وتشجيعه على الاستمرار. 5. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التنفس العميق) في بداية أو نهاية الجلسة لتخفيف التوتر الاجتماعي وتعزيز الثقة أثناء التفاعل. 6. يتم توجيه المريض إلى وضع خطة بسيطة بخطوات صغيرة وقابلة للتطبيق بهدف تعزيز مشاركته الاجتماعية تدريجياً في حياته اليومية.	7
1. تقوم الطالبتان بتهيئة جو علاجي يساعد المريض على إدراك أهمية مواجهة المشكلات اليومية بدل تجنبها، مع التركيز على تنمية الشعور بالقدرة على التحكم	8

في المواقف الصعبة المرتبطة بالعزلة. 2. يتم اعتماد تدريب حل المشكلات من خلال تعليم المريض خطوات منظمة للتعامل مع المواقف الصعبة بطريقة عقلانية وفعّالة. 3. يتم توجيه المريض إلى تحديد موقف صعب يواجهه في حياته اليومية، ثم مناقشته بشكل مشترك لفهم أبعاده بشكل واضح. 4. يتم تشجيع المريض على اقتراح عدة حلول ممكنة للمشكلة، ثم مساعدته على تقييمها واختيار الحل الأنسب والأكثر واقعية. 5. يتم الاتفاق على خطة عمل بسيطة وقابلة للتطبيق لتجربة الحل المختار في الحياة اليومية. 6. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التنفس العميق) خلال الجلسة لتقليل التوتر وتحسين القدرة على التفكير الهادئ واتخاذ القرار.	
1. تقوم الطالبتان بتهيئة جو علاجي آمن وداعم يسمح للمريض بالتعبير عن مشاعره المكبوتة، مع التأكيد على عدم الحكم أو النقد بهدف تعزيز الشعور بالأمان النفسي. 2. يتم اعتماد أسلوب التفريغ الانفعالي من خلال السماح للمريض بالتعبير عن مشاعر الغضب، الحزن أو القلق بشكل حر ومنظم داخل الجلسة، بهدف تخفيف الضغط النفسي. 3. يتم تطبيق مبدأ القبول غير المشروط أثناء الاستماع للمريض، مع احترام مشاعره وتأكيد حقه في التعبير عنها. 4. يتم استخدام إعادة التوجيه لمساعدة المريض على تحويل التعبير الانفعالي من	9

شكل سلبي مكبوت إلى تعبير أكثر تنظيمًا وصحة نفسية. 5. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التنفس العميق) خلال الجلسة لتخفيف التوتر المصاحب للانفعالات وتعزيز الهدوء النفسي. 6. يتم إعادة صياغة المشاعر من طرف المختص بهدف مساعدة المريض على فهم انفعالاته وتفريغها بطريقة صحية ومتوازنة.	
1. تقوم الطالبتان بتهيئة جو علاجي يسمح للمريض بالتعبير والتفكير في معنى المرض وتأثيره على حياته النفسية، مع توفير بيئة آمنة قائمة على التقبل والإصغاء الفعال. 2. يتم اعتماد الحوار التحليلي من خلال مناقشة تجربة المرض وتأثيره على صورة الذات، بهدف مساعدة المريض على فهم أعمق لتغييراته النفسية. 3. يتم توظيف الاستبصار لمساعدة المريض على إدراك العلاقة بين مرضه والتغيرات التي طرأت على أدواره الحياتية والاجتماعية. 4. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التنفس العميق) خلال الجلسة لتخفيف التوتر الناتج عن التفكير في التجربة المرضية وتعزيز الهدوء النفسي. 5. يتم فتح نقاش حول تأثير المرض على الحياة اليومية وتغيير الأدوار الاجتماعية، بهدف تعزيز الوعي النفسي والتكيف مع الوضع الحالي.	10
1. تقوم الطالبتان بتهيئة جو جماعي داعم يساعد المرضى على الشعور بالانتماء والأمان النفسي داخل المجموعة، مع التأكيد على قواعد الاحترام المتبادل والإصغاء الفعال بين الأعضاء. 2. يتم اعتماد الدعم الجماعي من خلال تشجيع المرضى على مشاركة خبراتهم	11

ومشاعرهم المتعلقة بالشعور بالوحدة، بهدف تقليل الإحساس بالعزلة وتعزيز الدعم المتبادل. 3. يتم توظيف النمذجة عبر استفادة المرضى من تجارب بعضهم البعض، حيث يقدم كل فرد طرقه الخاصة في التعامل مع الوحدة والتحديات النفسية. 4. يتم تنظيم نقاش جماعي حول استراتيجيات مواجهة الشعور بالوحدة، مع تشجيع تبادل الأفكار والخبرات بين المشاركين. 5. يتم إدماج تقنية الاسترخاء (التنفس العميق الجماعي) في بداية أو نهاية الجلسة بهدف تخفيف التوتر وتعزيز الشعور بالهدوء والارتياح داخل المجموعة.	
1. تقوم الطالبتان بتهيئة المريض للجلسة من خلال شرح الهدف منها والمتمثل في تقييم مستوى الشعور بالوحدة النفسية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي، مع التأكيد على أهمية الصدق في الإجابة للحصول على نتائج دقيقة. 2. يتم إعادة تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على المريض بشكل فردي، مع تقديم التوضيحات اللازمة حول طريقة الإجابة على بنوده. 3. يتم مقارنة النتائج الحالية بالمقياس القبلي بهدف تحديد مدى التغير الحاصل في مستوى الشعور بالوحدة بعد تطبيق البرنامج العلاجي. 4. يتم الرد على استفسارات المريض وتوضيح أي صعوبات قد يواجهها أثناء تعبئة المقياس، مع الحفاظ على الحياد وعدم التأثير على إجاباته.	12
1. تقوم الطالبة بتهيئة المريض للجلسة من خلال شرح الهدف منها والمتمثل في متابعة مدى استمرار أثر البرنامج العلاجي على المدى البعيد، مع التأكيد على أهمية التعاون لضمان نتائج دقيقة وموثوقة.	13

2. يتم تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على المريض بشكل فردي بعد فترة زمنية محددة من انتهاء البرنامج، بهدف تقييم استمرارية التغيرات الإيجابية. 3. يتم مقارنة النتائج المتحصل عليها في القياس التتبعي مع نتائج القياس البعدي، وذلك لتحديد مدى ثبات التحسن واستمرارية أثر البرنامج العلاجي. 4. يتم تسجيل النتائج النهائية بهدف استخدامها في تقييم فعالية البرنامج العلاجي على المدى الطويل.	
--	--

خلاصة:

في ضوء ما تم عرضه، يتضح أن البرنامج العلاجي المقترح يمثل محاولة منظمة للتدخل النفسي لدى مرضى القصور الكلوي، من خلال الاعتماد على استراتيجيات الدعم النفسي والاجتماعي، التي تهدف إلى التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية، وتعزيز التكيف مع المرض المزمن.

وقد روعي في تصميم هذا البرنامج مجموعة من الأسس العلمية والمنهجية، من حيث: خصائص الفئة المستهدفة، والتدرج في تقديم الأنشطة، وتنوع التقنيات المستخدمة، بما يضمن تحقيق الأهداف العلاجية المسطرة. كما تم التركيز على تنمية مهارات التواصل، والتعبير الانفعالي، وتعديل الأفكار السلبية، وتعزيز تقدير الذات، لما لها من دور أساسي في تحسين الصحة النفسية للمريض.

ويمكن القول إن هذا البرنامج لا يقتصر فقط على خفض الشعور بالوحدة النفسية، بل يساهم أيضًا في تحسين جودة الحياة النفسية والاجتماعية لمرضى الكلى، وتعزيز قدرتهم على التكيف مع ظروفهم الصحية، مما يؤكد أهمية إدماج الأخصائي النفسي ضمن الفريق العلاجي في مثل هذه الحالات.

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية.

- 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.
- 2- حدود الدراسة الاستطلاعية.
- 3- أدوات الدراسة الاستطلاعية.
- 4- منهج الدراسة الاستطلاعية.
- 5- مراحل القيام بالدراسة الاستطلاعية.
- 6- الأساليب الإحصائية للدراسة الاستطلاعية.
- 7- نتائج الدراسة الاستطلاعية.

ثانياً: الدراسة الأساسية.

1- متغيرات الدراسة.

المتغير المستقل.

المتغير التابع.

- 2- منهج الدراسة الأساسية.
- 3- عينة الدراسة الأساسية.
- 4- أدوات الدراسة الأساسية.
- 5- الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية.

تمهيد:

بعد عرض الجانب النظري لمتغيرات الدراسة والمتمثلة في الوحدة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لدى مرضى القصور الكلوي، يأتي هذا الفصل ليعالج الجانب التطبيقي للدراسة. حيث سيتم من خلاله توضيح الإجراءات المنهجية المعتمدة، من خلال تحديد متغيرات الدراسة، واختيار المنهج المناسب، إضافة إلى عرض مجتمع الدراسة والعينة، وأدوات جمع البيانات المستخدمة.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

في هذا السياق، قمنا بإجراء دراسة استطلاعية بهدف جمع البيانات الأولية وفهم طبيعة المشكلة محل الدراسة، والمتمثلة في الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، وكذا التعرف على مدى احتياجاتهم لتدخل نفسي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.

كما سعت هذه الدراسة إلى استكشاف الخصائص النفسية والاجتماعية لهذه الفئة، وتحديد أهم العوامل المرتبطة بظهور الشعور بالوحدة النفسية لديهم، بالإضافة إلى اختبار أدوات القياس والتأكد من ملاءمتها لبيئة الدراسة.

وقد سمحت لنا هذه الدراسة الاستطلاعية بتكوين تصور أولي حول فعالية البرنامج العلاجي المقترح القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي، مما ساهم في ضبط إجراءات الدراسة الأساسية وتحسين دقتها ومنهجيتها.

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

يقوم أي باحث بالدراسة الاستطلاعية لتحقيق الأهداف التالية:

- تحديد عينة الدراسة الأساسية والتعرف على خصائصها النفسية والاجتماعية.
- التحقق من أدوات الدراسة وتجريبها والتأكد من صدقها وملاءمتها.
- أخذ نظرة أولية حول كيفية تطبيق أدوات الدراسة في الميدان.
- التعرف على الصعوبات التي قد تعترض الباحث أثناء التطبيق.

وقد تمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية للدراسة الحالية في

- استطلاع الميدان (المؤسسة الاستشفائية) من أجل تحديد عينة الدراسة من مرضى الكلى.

- التعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية لمرضى القصور الكلوي، خاصة ما يتعلق بالشعور بالوحدة النفسية.

- التحقق من ملائمة أدوات الدراسة (مقياس الوحدة النفسية) للعينة المستهدفة.

- تجربة تطبيق أدوات القياس قبلياً للتأكد من وضوحها وسهولة فهمها من طرف المرضى.

- التعرف على درجة انتشار الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى محل الدراسة.

- تحديد الحالات التي تعاني من مستوى متوسط أو مرتفع من الوحدة النفسية لاختيارها في الدراسة الأساسية.

- التطبيق التجريبي للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في الميدان.

- التعرف على الصعوبات الميدانية (تنظيم الوقت، الحالة الصحية للمرضى، مدى تقبلهم للجلسات العلاجية).

- جمع معلومات أولية حول تفاعل المرضى مع أساليب الدعم النفسي والاجتماعي.

2- حدود الدراسة الاستطلاعية:

- **الحدود الزمنية:** امتدت الدراسة الاستطلاعية من 1 مارس 2026 إلى 15 مارس 2026.

- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة الميدانية في المستشفى العمومية أحمد مدغري عين تموشنت بمصلحة تصفية الدم.

- **الحدود البشرية:** شملت الدراسة (4 حالات) كلهم إناث، وذلك بغرض التطبيق التجريبي للبرنامج العلاجي وتطبيق مقياس الوحدة النفسية.

3- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

تم الاعتماد في الدراسة الاستطلاعية على الأدوات التالية بغرض جمع المعلومات وهي كالتالي:

1- الملاحظة العيادية:

هي توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك وخصائصه فهماك ظواهر لا يتمكن الباحث من دراستها عن طريق المقابلة أو الاستبانة ولابد من اختيارها بنفسه مباشرة مثل العادات والتقاليد والاحتفالات والأعياد وغيرها حيث تتطلب هذه المواقف من الباحث أن يعيشها بنفسه بملاحظة واعية (محمد وآخرون، 2006، ص254).

2- المقابلة العيادية:

إنها تفاعل لفظي بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول أحدهما وهو الباحث القائم بالمقابلة أن يستثير بعض المعلومات أو التعبيرات لدى الآخر وهو المبحوث والتي تدور حول آرائه ومعتقداته وبصورة أكثر بساطة يمكن القول بأن المقابلة لقاء بين الباحث والمستجيب بهدف الحصول على المعلومات بصورة شفوية و تعد أداة لجمع المعلومات (مريد، 2018، ص85).

3- الاختبارات النفسية:

3-1 مقياس الوحدة النفسية

3-1-1 وصف الاختبار:

يقيس الاختبار الشعور بالوحدة وهذا الشعور يحدث بسبب غياب العلاقات الاجتماعية والاختبار يتكون من 20 عبارة وأمام كل عبارة أربعة اختيارات، ويناسب مستوى عمري 16 سنة فما فوق، ويطبق فردياً أو جمعياً.

3-1-2 مفتاح التصحيح :

يعطى المفحوص درجات حسب الاختيارات على النحو التالي في العبارات أرقام

2,3,7,8,11,12,13,14,17,18

✓ لا يحدث أبدا درجة واحدة.

✓ يحدث نادرا درجتان.

✓ يحدث أحيانا ثالث درجات.

✓ يحدث دائما أربع درجات

تعكس الدرجات في العبارات 1,4,5,6,9,10,15,16,19,20 ويكون التصحيح على النحو الآتي:

✓ لا يحدث أبدا أربع درجات.

✓ يحدث نادرا ثالث درجات.

✓ يحدث أحيانا درجتان.

✓ يحدث دائما درجة واحدة.

تتراوح الدرجات بين 20- 80 درجة، دلالات الدرجة بحسب معيار الارباعيات

✓ 20 اقل درجة منخفضة في الشعور بالوحدة.

✓ 20 - 40 درجة متوسطة في الشعور بالوحدة 55 .

✓ 41 - 60 درجة فوق المتوسط في الشعور بالوحدة.

✓ 61 - 80 درجة عالية في الشعور بالوحدة.

جدول رقم (05): يمثل أبعاد المقياس.

الرقم	الأبعاد	أرقام العبارات	المجموع
1	البعد العاطفي	-12-10-8-7-5-3 17-16-15-14	10
2	البعد الاجتماعي	-11-9-6-4-2-1 20-19-18-13	10
	المجموع		20

3-1-3 الخصائص السيكومترية للمقياس:

1- الصدق:

أ/ صدق المقارنة الطرفية:

الجدول رقم (06): يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية.

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة العليا	14	59,6429	36828'6	26	دال عند
الفئة الدنيا	14	37,9286	4,99945		0.01

يتضح من الجدول رقم (06) أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العليا و الدنيا و أن قيمة " ت" المحسوبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 01.0 ، و هذا ما يدل على صدق الأداة وأنها صالحة للتطبيق.

ب-الصدق الذاتي : يعبر عنه بالجذر التربيعي لمعامل الثبات ويقدر بالجذر التربيعي لمعامل

الثبات ألفا كرونباخ المقدر ب (0.769) والذي يساوي ناجته (0.916).

ج- صدق الاتساق الداخلي:

جدول رقم (07): يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس الشعور بالوحدة النفسية.

رقم العبارة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	العبارة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	0.303*	0.032	11	0.622	0.000
2	0.527**	0.000	12	0.7430**	0.000
3	0.650**	0.045	13	0.636**	0.000
4	0.109	0.452	14	0.437**	0.002
5	0.353	0.012	15	0.431**	0.002
6	0.664**	0.000	16	0.378**	0.007
7	0.587**	0.000	17	0.594**	0.000

0.002	0.431**	18	0.000	0.731	8
0.009	0.368**	19	0.000	0.622**	9
0.022	0.322*	20	0.000	0.599**	10

**دال عند مستوى دلالة (01.0)*/دال عند (05.0)

نلاحظ من خلالا لجدول رقم (07) أن معاملات الارتباط تتراوح ما بين (0.303 - 0.721) بحيث أن كل قيم الاستبيان دالة عند (0.01) أو عند (0.05).

من خلال ما سبق ذكره يتضح لنا أن المقياس صادق وهذا ما يظهر يف النتائج المتحصل عليها فيما سبق.

2-الثبات:

حساب الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ : ولقد تم حساب الثبات وفق معادلة ألفا كرونباخ كما يلي:

الجدول رقم (08):يوضح :ثبات استبيان الشعور بالوحدة النفسية بمعادلة ألفا

كرونباخ.

ألفا كرونباخ	الاستبيان
0.769	الشعور بالوحدة النفسية

يتضح من الجدول رقم (08) أن قيمة ألفا كرونباخ هي 0.769 هي قيمة عالية وهذا ما يدل على أن

مقياس الشعور بالوحدة النفسية ثابت (عبده،2026).

4- منهج الدراسة:

هذا ويعتبر المنهج شبه التجريبي من أدق أنواع أساليب ومناهج البحث وأكفأها في التوصل إلى نتائج دقيقة يوثق بها وذلك للأسباب التالية: أنه يسمح بتكرار التجربة تحت شروط واحدة مما يتيح جمع الملاحظات والبيانات عن طريق باحث واحد أو أكثر. وهذا يحقق للباحث التحقق من ثبات النتائج وصدقها. ويتيح المنهج التجريبي التغيير عن قصد وعلي نحو منظم متغير معيّن وهو (المتغير التجريبي أو المستقل) لرؤية مدى تأثير هذا المتغير علي متغير آخر (المتغير التابع) مع ضبط جميع المتغيرات الأخرى ، وهذا يساعد علي تقدير الأثر النسبي للمتغيرات (ملحم، 2000، ص54).

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي، وذلك نظراً لملاءمته لطبيعة البحث الذي يهدف إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في الحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى.

حيث تم تطبيق هذا المنهج على التصميم التجريبي ذو المجموعة واحدة بعدة قياسات قبلي، بعدي، تتبعي مكونة من (04) حالات، وذلك من خلال إجراء قياس قبلي لمستوى الوحدة النفسية، ثم تطبيق البرنامج العلاجي، يليه قياس بعدي بهدف مقارنة النتائج ومعرفة مدى التغير الذي طرأ على أفراد العينة، وبعد فترة زمنية معينة تم إجراء القياس التتبعي، وذلك من أجل معرفة مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي.

كما اعتمدنا إلى جانب ذلك على أسلوب دراسة الحالة، من خلال إجراء مقابلات عيادية مع أفراد العينة، قصد التعمق في فهم المعاش النفسي لديهم، والكشف عن مختلف التغيرات النفسية التي رافقت تطبيق البرنامج العلاجي.

5-مراحل القيام بالدراسة الاستطلاعية:

اعتمدت الطالبتان على التطبيق التجريبي للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي، وذلك بعد التعرف على مجتمع الدراسة وتحديد خصائصه، حيث تم حصر الأفراد الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية. بالاستعانة بالأخصائية النفسية في مصلحة تصفية الدم. تم اختيار (04) حالات تتوفر فيهم خصائص الدراسة، بهدف التأكد من ملائمة أدوات الدراسة وإجراءات التطبيق. كما تم تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على العينة المختارة قبل الشروع في تنفيذ التطبيق التجريبي للبرنامج العلاجي المقترح، وذلك للتأكد من وضوح البنود وسهولة فهمها من طرف المفحوصين. بعد ذلك، تم تطبيق بعض جلسات البرنامج العلاجي بصورة أولية، قصد اختبار مدى ملائمة الأنشطة والأساليب المستخدمة.

6- الأساليب الإحصائية للدراسة الاستطلاعية:

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على الحزمة الإحصائية (Spss) إصدار 30، لمعالجة البيانات إحصائياً واستخراج الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل ويلكسون لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين استخدم لدراسة الفرق بين المجموعة عندما لا تتبع البيانات التوزيع الطبيعي (القياس القبلي والبعدي)
- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.

7- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

تم تنفيذ تطبيق أولي تجريبي لجلسات البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي على عينة استطلاعية مكونة من أربعة (04) حالات، حيث يهدف هذا التطبيق إلى قياس

مدى استجابة الفئة المستهدفة للبرنامج والتأكد من وضوح محتوى الجلسات وتعليمات البرنامج بصورة أولية قبل الانتقال إلى التطبيق الفعلي في الدراسة الأساسية.

وبناءً على ما تم ملاحظته خلال هذا التطبيق الأولي، صيغت الفرضية التالية:

■ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للتطبيق التجريبي للبرنامج

العلاجي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى.

الجدول رقم (09): يبين نتائج درجات التطبيق القبلي والبعدي للبرنامج التجريبي على

مقياس الوحدة النفسية.

المتغير	العينة	القياس القبلي		القياس البعدي		Z	مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الشعور بالوحدة النفسية	4	51.50	4.04	30.50	7.23	6.93	0.006	دالة إحصائية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن متوسط درجات أفراد العينة في القياس القبلي بلغ (51.50)

مقابل (30.50) في القياس البعدي، عند قيمة معامل Z مقدار (6.93) ومستوى دلالة (Sig =)

0.006

وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05). ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين متوسط درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على

استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي، لصالح القياس البعدي.

ومن خلال هذه النتائج يمكن القول أن البرنامج العلاجي أثبت فعاليته بشكل أولي في الدراسة التجريبية، ومنه يمكن الاستمرار في اعتماده وتطبيقه على العينة الأساسية للتحقق من نتائجه بشكل أوسع.

ثانياً: الدراسة الأساسية:

1- متغيرات الدراسة: تعتمد هذه الدراسة على مجموعة من المتغيرات التي تم تحديدها وفقاً لأهداف

البحث وتساؤلاته، والمتمثلة في:

المتغير المستقل: ويتمثل في البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي،

والذي تم تصميمه وتطبيقه على أفراد العينة بهدف التأثير على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لديهم.

المتغير التابع: ويتمثل في الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، والذي تم قياسه

من خلال تطبيق مقياس الوحدة النفسية قبل وبعد تنفيذ البرنامج العلاجي.

2- منهج الدراسة:

دامت الدراسة الأساسية من 15 مارس 2026 إلى 14 أبريل 2026، حيث تم اعتماد المنهج شبه

التجريبي باستخدام تصميم المجموعة الواحدة، مع القياس القبلي والبعدي (والمتبعي)، وذلك لقياس فعالية

البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض الشعور بالوحدة النفسية

لدى مرضى القصور الكلوي.

كما تم الاعتماد على أسلوب دراسة الحالة لتدعيم الدراسة من خلال الفهم المتعمق للحالات وتتبع تطورها

أثناء تطبيق البرنامج.



الشكل (02) يوضح التصميم التجريبي للدراسة. (إعداد الطالبتان)

3- عينة الدراسة الأساسية:

قمنا باختيار أفراد العينة الأساسية بالطريقة القصدية من بين مرضى الكلى المزمنة، وذلك بناءً على توفر مجموعة من الشروط المرتبطة بموضوع الدراسة، والمتمثلة في: المعاناة النفسية لأفراد عينة الدراسة وشعورهم بالوحدة النفسية، وهذا ما لمسناه أثناء إجراء المقابلات حيث أبدوا استعداداً للمشاركة في جلسات البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.

وقد تكونت العينة من (04) حالات (02 إناث)، (02 ذكور)، تم اختيارهم من داخل المؤسسة الإستشفائية، حيث يخضعون للمتابعة الطبية الدورية، مما يسهل عملية تطبيق البرنامج. وقد روعي في

اختيار العينة التقارب في الخصائص العامة مثل العمر، ومرحلة المرض، والقدرة على التواصل والمشاركة في الأنشطة.

كما تم توزيع أفراد العينة حسب الجنس ومكان التواجد (داخل المصلحة الإستشفائية)، مع مراعاة توحيد ظروف وإجراءات التطبيق من حيث الزمان والمكان، بما يضمن تقليل تأثير المتغيرات الخارجية على نتائج الدراسة.

تم إجراء التشخيص الأولي لحالات الدراسة داخل المؤسسة الإستشفائية (مصلحة تصفية الدم)، وذلك بالتنسيق مع الأخصائي النفسي بالمصلحة، الذي ساهم في اختيار الحالات، ومتابعة سير التطبيق، وتوفير الظروف المناسبة لجمع البيانات.

تم تطبيق هذه الأدوات بشكل فردي مع كل حالة، مع مراعاة الحالة الصحية للمريض، واعتماد أسلوب مرن يتناسب مع ظروفهم داخل المستشفى. كما تم الحرص على بناء علاقة مهنية قائمة على الثقة والدعم النفسي، بهدف تخفيف القلق وتعزيز شعور المرضى بالأمان، وتشجيعهم على التعبير الحر عن مشاعرهم خلال مراحل التشخيص والتدخل العلاجي.

3- أدوات الدراسة الأساسية: تم الاعتماد على:

- **المقابلة العيادية (النصف الموجهة):** بهدف جمع المعلومات الشخصية والاجتماعية والطبية، والتعرف على طبيعة العلاقات الاجتماعية ومستوى الدعم النفسي الذي يتلقاه المريض.
- **الملاحظة العيادية:** تم تسجيلها خلال اللقاءات التمهيديّة، لرصد السلوكيات الدالة على الشعور بالوحدة النفسية.

- مقياس الشعور بالوحدة النفسية. (عبد، 2026)

- البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي. (إعداد الطالبان)

4- الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية:

تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحليل بيانات الدراسة، وذلك من خلال برنامج SPSS الإصدار 30، وتمثلت في:

- المتوسط الحسابي: وذلك لتحديد مستوى القياس القبلي والبعدي والتتبعي لدى أفراد العينة.
- الانحراف المعياري: لقياس مدى تشتت الدرجات حول المتوسط الحسابي في مختلف القياسات.
- اختبار ويلكسون للترتيب الإشارية: لدراسة الفروق بين القياسات المرتبطة، سواء بين القياس القبلي والبعدي أو بين القياس البعدي والتتبعي، نظراً لصغر حجم العينة ($N=4$).
- مستوى الدلالة الإحصائية: (Sig) لتحديد مدى دلالة النتائج الإحصائية، حيث تم اعتماد مستوى (0.05) كمعيار للحكم.
- حجم الأثر: لقياس قوة تأثير البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في التغير الحاصل لدى أفراد العينة.

الفصل الخامس:

عرض وتفسير ومناقشة نتائج

تمهيد.

أولاً: عرض نتائج الدراسة.

1- عرض نتائج

الفرضية الرئيسية.

2- عرض نتائج

الفرضيات الفرعية.

1-2 عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى.

2-2 عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية.

3-2 عرض نتائج

الفرضية الفرعية الثالثة.

ثانياً: عرض وتقييم نتائج الحالات التي خضعت للبرنامج العلاجي.

1- الحالة الأولى.

2- الحالة الثانية.

3- الحالة الثالثة.

4- الحالة الرابعة.

ثالثاً: مناقشة نتائج الدراسة.

1- مناقشة وتفسير

نتائج الفرضية الرئيسية.

2- مناقشة وتفسير

نتائج الفرضيات الفرعية.

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية، حيث تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات المتمثلة في الملاحظة، والمقابلة العيادية، ومقياس الوحدة النفسية، بالإضافة إلى تطبيق البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي.

ويهدف هذا الفصل إلى عرض مختلف المعطيات التي تم جمعها قبل وأثناء وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وذلك من أجل الإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها، خاصة فيما يتعلق بمدى فعالية البرنامج في الحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

كما يتضمن هذا الفصل تقديم ملخص وتحليل للمقابلات العيادية، وعرض نتائج الملاحظة، ثم تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية من خلال مقارنة القياسين القبلي والبعدي، إضافة إلى القياس التتبعي، من أجل الوقوف على التغيرات التي طرأت على الحالة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وفي الأخير، تم تفسير النتائج المتوصل إليها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وصولاً إلى

استخلاص أهم النتائج العامة للدراسة.

أولاً: عرض وتقييم نتائج الحالات التي خضعت للبرنامج العلاجي:

1- الحالة الأولى.

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: ح.ب.

السن: 41.

الجنس: أنثى.

المستوى الدراسي: أولى متوسط.

المهنة: ربة بيت.

عدد الإخوة: 04.

الترتيب بين الإخوة: 03.

الحالة المدنية: أرملة.

عدد الأبناء: 03.

الحالة الاقتصادية: متوسطة.

مدة الإصابة: 10 سنوات.

الإطار الفكري: منطقي.

الإطار الانفعالي: متقلب.

التاريخ الصحي:

السوابق المرضية: القلب، ضغط الدم، السكري.

الحالة الصحية العامة: عادية.

نوع المرض: القصور الكلوي المزمن.

السوابق العائلية للمرض: لا توجد.

ثانياً: شبكة الملاحظة:

المظهر الخارجي للحالة: مقبول.

السلوك: منسحب.

كلام الحالة: مترابط.

العاطفة والوجدان: عاطفية.

المزاج: قلق ومتقلبة.

الهندام: مرتب.

التعاون: متعاونة.

الانتباه والتركيز: تركيز وانتباه عادي.

الدافعية للعلاج: متوسطة.

ثالثاً: أهداف المقابلات العيادية:

- التعرف على الخصائص الشخصية والاجتماعية والصحية للحالة.

- الكشف عن مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الحالة.

- التعرف على تأثير مرض القصور الكلوي المزمن على الحياة النفسية والاجتماعية للحالة.

- تحديد طبيعة العلاقات الأسرية والاجتماعية ومصادر الدعم المتاحة.
- جمع المعطيات اللازمة لفهم الحالة وبناء البرنامج العلاجي المناسب لها.

رابعاً: التاريخ النفسي والاجتماعي والأعراض المستخلصة

التاريخ النفسي والاجتماعي:

الحالة امرأة تبلغ من العمر 41 سنة تعاني من القصور الكلوي المزمن منذ عشر سنوات، حيث تم اكتشاف المرض أثناء فترة حملها بابنها الثالث. منذ ذلك الحين أصبحت تخضع لحصص تصفية الدم ثلاث مرات أسبوعياً، الأمر الذي فرض عليها تغييرات عديدة في نمط حياتها اليومية. واجهت الحالة صعوبة كبيرة في تقبل المرض في بدايته، إلا أنها تمكنت تدريجياً من التكيف معه. وقد شكلت وفاة زوجها حدثاً مؤثراً في حياتها النفسية، كونه كان يمثل المصدر الأساسي للدعم النفسي والاجتماعي بالنسبة لها، حيث كانت تشاركه مختلف انشغالاتها ومشكلاتها. وبعد وفاته أصبحت تميل إلى كتمان مشاعرها وعدم الإفصاح عن معاناتها الصحية أو النفسية لأفراد أسرتها. كما تراجعت علاقاتها الاجتماعية والعائلية، وأصبحت لقاءاتها بوالدتها وأخواتها تقتصر على المناسبات فقط، مع شعورها بضعف الدعم المقدم من طرفهم. وتبين من خلال المقابلات أنها لا تلجأ إلى أبنائها عند تعرضها لمشكلات صحية أو نفسية، بل تفضل تحملها بمفردها، مما ساهم في زيادة شعورها بالعزلة والوحدة النفسية.

الأعراض المستخلصة:

- الشعور بالوحدة النفسية.

- ضعف الدعم الاجتماعي المدرك.
- العزلة الاجتماعية النسبية.
- كتمان المشاعر وعدم الإفصاح عنها.
- التعب والإرهاق الجسدي المرتبط بالمرض.
- الحزن الناتج عن فقدان الزوج.
- انخفاض الرغبة في ممارسة بعض الأنشطة اليومية.

خامسا: محتوى الجلسات المطبقة على الحالة:

الجلسة الأولى: تم استقبال الحالة والترحيب بها والعمل على خلق جو من الألفة والطمأنينة. تم التعريف بالباحثين وتوضيح أهداف البرنامج العلاجي ومراحل تطبيقه، كما تم الاتفاق على قواعد العمل العلاجي المتمثلة في السرية والاحترام المتبادل والالتزام بمواعيد الجلسات. تم توظيف المقابلة العيادية والتهيئة النفسية وبناء العلاقة العلاجية من أجل كسب ثقة الحالة وتشجيعها على المشاركة. وخلال الحوار الأولي تحدثت الحالة عن إصابتها بالقصور الكلوي منذ عشر سنوات واكتشاف المرض أثناء الحمل بابنها الثالث، كما أبدت استعدادها للتعاون والمشاركة في البرنامج.

الجلسة الثانية: تم استقبال الحالة وتهيئتها للجلسة من خلال طمأننتها والتأكيد على سرية المعلومات. تم تقديم مقياس الشعور بالوحدة النفسية وشرح طريقة الإجابة على بنوده. وخلال تطبيق المقياس تم توظيف الملاحظة والمقابلة العيادية للكشف عن ردود أفعال الحالة وانفعالاتها أثناء الإجابة. بعد الانتهاء من التطبيق تم فتح حوار قصير حول بعض الجوانب التي استحضرتها الحالة أثناء الإجابة، حيث أشارت إلى ضعف تواصلها مع أفراد أسرتها وعدم مشاركتهم تفاصيل معاناتها الصحية والنفسية.

الجلسة الثالثة: تم الترحيب بالحالة والتأكيد على أهمية التعبير الحر عن المشاعر. تم توظيف الإصغاء الفعال والتقبل غير المشروط والتعاطف من أجل تشجيعها على الحديث عن تجربتها مع المرض. صرحت الحالة بأنها لم تتقبل المرض في البداية وشعرت بالخوف والقلق عند اكتشافه، كما تحدثت عن انزعاجها من حصص تصفية الدم الطويلة. تم الإصغاء إليها ومساعدتها على التعبير عن انفعالاتها بحرية، وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق للتخفيف من التوتر.

الجلسة الرابعة: تم تشجيع الحالة على التعبير عن مشاعرها المرتبطة بعلاقاتها الأسرية والاجتماعية. وخلال الجلسة تم توظيف التفريغ الانفعالي والإصغاء الفعال وإعادة الصياغة، حيث تحدثت عن ضعف علاقتها بوالدتها وأخواتها بعد المرض، وعن شعورها بعدم تلقي الدعم الكافي من محيطها العائلي. ساعدتها الباحثتان على التعبير عن مشاعر الحزن والانزعاج المرتبطة بهذه المواقف، ثم تم تطبيق تقنية التنفس العميق في نهاية الجلسة.

الجلسة الخامسة: تم توظيف إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي من أجل مناقشة الأفكار السلبية التي تحملها الحالة حول طلب المساعدة من الآخرين. صرحت بأنها كانت تشارك زوجها جميع مشكلاتها، إلا أنها بعد وفاته أصبحت تفضل الصمت وعدم الحديث عن معاناتها. كما تم استخدام تقنية الكرسي الفارغ لمساعدتها على التعبير عن مشاعرها المرتبطة بفقدان الزوج، وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التصور الإيجابي لتعزيز الشعور بالأمان والدعم النفسي.

الجلسة السادسة: تم التركيز على الأفكار السلبية المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية. ومن خلال إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي تمت مناقشة اعتقاد الحالة بأن الآخرين لا يستطيعون مساعدتها أو فهم معاناتها. تم تشجيعها على إعادة تقييم هذه الأفكار والبحث عن جوانب إيجابية في علاقاتها الحالية، كما تم تطبيق تقنية التنفس العميق لتخفيف التوتر وتعزيز التركيز.

الجلسة السابعة: تم العمل على تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الحالة. تم توظيف لعب الأدوار من خلال تمثيل مواقف تواصلية بينها وبين أبنائها، كما تم استخدام النمذجة والتعزيز الإيجابي لتشجيعها على التعبير عن احتياجاتها ومشاعرها بصورة مباشرة. تحدثت الحالة عن عدم إخبار أبنائها بمشكلاتها الصحية حتى في المواقف المهمة، وتمت مناقشة أهمية طلب الدعم عند الحاجة.

الجلسة الثامنة: تم استخدام تقنية حل المشكلات لمساعدة الحالة على التعامل مع بعض الصعوبات اليومية المرتبطة بالمرض. تم اختيار مشكلة واقعية تتمثل في تحملها للأعباء النفسية بمفردها وعدم طلب المساعدة من الآخرين، ثم تمت مناقشة أسباب المشكلة واقتراح مجموعة من الحلول الواقعية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق.

الجلسة التاسعة: تم توظيف التفريغ الانفعالي والتقبل غير المشروط وإعادة التوجيه وإعادة الصياغة. عبرت الحالة عن مشاعر الحزن المرتبطة بفقدان زوجها وعن إحساسها بالوحدة بعد غيابه. تم السماح لها بالتعبير بحرية عن مشاعرها مع مساعدتها على فهم انفعالاتها والتعامل معها بطريقة أكثر إيجابية. واختتمت الجلسة بتقنية التنفس العميق.

الجلسة العاشرة: تم استخدام الحوار التحليلي والاستبصار لمساعدة الحالة على فهم تأثير المرض على حياتها النفسية والاجتماعية. تحدثت عن تأثير المرض على النوم والشهية والنشاط اليومي، كما ناقشت الباحثتان معها التغيرات التي طرأت على أدوارها الاجتماعية بعد الإصابة بالمرض. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق.

الجلسة الحادية عشرة: شاركت الحالة في جلسة دعم جماعي مع مرضى آخرين يعانون من القصور الكلوي. تم توظيف الدعم الجماعي والنمذجة والمناقشة الجماعية، حيث تبادل المشاركون تجاربهم

وخبراتهم في مواجهة المرض والشعور بالوحدة النفسية. كما تم تطبيق تمرين التنفس العميق الجماعي بهدف تعزيز الشعور بالراحة والانتماء.

الجلسة الثانية عشرة: تم إعادة تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي. وخلال الجلسة تم توظيف الملاحظة والمقابلة القصيرة لمناقشة شعور الحالة بعد انتهاء البرنامج، حيث أشارت إلى أنها أصبحت أكثر قدرة على التعبير عن بعض مشاعرها مقارنة بالسابق.

الجلسة الثالثة عشرة: تم تطبيق القياس التتبعي للحالة من أجل متابعة استمرارية أثر البرنامج العلاجي. كما تم فتح حوار ختامي معها حول تجربتها خلال الجلسات. وأشارت الحالة إلى أهمية الحديث عن المشاعر وعدم الاحتفاظ بها بشكل دائم، كما عبرت عن ارتياحها للاستفادة من البرنامج العلاجي.

2- الحالة الثانية.

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: س.ن.

السن: 31.

الجنس: ذكر.

المستوى الدراسي: أولى ثانوي.

المهنة: عامل في صيانة الأجهزة الكهربائية والمنزلية.

عدد الإخوة: 05.

الترتيب بين الإخوة: 05.

الحالة المدنية: أعزب.

الحالة الاقتصادية: متوسطة.

مدة الإصابة: سنة واحدة.

الإطار الفكري: منطقي.

الإطار الانفعالي: متقلب.

التاريخ الصحي:

السوابق المرضية: ضغط الدم، السكري.

الحالة الصحية العامة: عادية.

نوع المرض: القصور الكلوي المزمن.

السوابق العائلية للمرض: لا توجد.

ثانياً: شبكة الملاحظة:

المظهر الخارجي للحالة: مقبول.

السلوك: متعاون.

كلام الحالة: مترابط .

العاطفة والوجدان: عاطفي

المزاج: قلق ومتقلب.

الهندام: مرتب.

التعاون: متعاون.

الانتباه و التركيز: تركيز وانتباه عادي.

الدافعية للعلاج: مرتفعة.

ثالثاً: أهداف المقابلات العيادية:

- التعرف على الخصائص الشخصية والاجتماعية والصحية للحالة.

- الكشف عن مستوى الشعور بالوحدة النفسية.

- التعرف على تأثير المرض على العلاقات الاجتماعية والانفعالية للحالة.

- تحديد مصادر الدعم النفسي والاجتماعي المتوفرة.

- جمع المعلومات اللازمة لبناء خطة التدخل العلاجي.

رابعاً: التاريخ النفسي والاجتماعي والأعراض المستخلصة

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة (س.ن):

الحالة شاب يبلغ من العمر 31 سنة، أعزب، يعاني من القصور الكلوي المزمن منذ سنة واحدة. يتميز بطموح مرتفع ورغبة قوية في العلاج وتحقيق أهدافه المستقبلية رغم ظروفه الصحية. وقد شكلت الإصابة بالمرض نقطة تحول مهمة في حياته، حيث أثرت على علاقاته الاجتماعية والانفعالية. ففي بداية المرض حظي بدعم ومساندة من أفراد أسرته، إلا أن هذا الدعم تراجع تدريجياً مع مرور الوقت نتيجة انشغال كل فرد بحياته الخاصة، الأمر الذي جعله يشعر بالإهمال في بعض الأحيان. كما تعرض لخبرة انفعالية مؤلمة تمثلت في تخلي خطيبته عنه بعد علمها بإصابته بالمرض، وهو ما ترك أثراً نفسياً واضحاً لديه.

بالإضافة إلى ذلك، ابتعد عنه بعض أصدقائه بعد المرض بينما استمر البعض الآخر في دعمه ومساندته. وعلى المستوى المهني، أصبح عمله غير مستقر بسبب وضعه الصحي، حيث يعمل أحياناً ويتوقف أحياناً أخرى. وقد ساهمت هذه الظروف مجتمعة في شعوره بالوحدة النفسية، خاصة مع اقتصار علاقاته مع المرضى والأطباء على أحاديث سطحية لا تحقق له الإشباع النفسي والاجتماعي الذي يحتاجه.

الأعراض المستخلصة:

- الشعور بالوحدة النفسية.
- الإحساس بالتخلي من طرف بعض المقربين.
- نقص الدعم الاجتماعي المدرك.
- القلق وتقلب المزاج.
- التأثير النفسي بانفصال الخطيبة.
- محدودية العلاقات الاجتماعية العميقة.
- الشعور بالإهمال من طرف بعض أفراد المحيط الاجتماعي.

خامساً: محتوى الجلسات العلاجية المطبقة على الحالة (س.ن):

الجلسة الأولى: تم استقبال الحالة والترحيب بها والعمل على خلق جو من الألفة والطمأنينة من أجل بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة. تم التعريف بالباحثتين وشرح أهداف البرنامج العلاجي ومراحله، مع توضيح قواعد الجلسات المتمثلة في السرية والاحترام المتبادل. تم توظيف المقابلة العيادية والتهيئة النفسية

وبناء العلاقة العلاجية لجمع المعلومات الأولية حول الحالة. تحدثت الحالة عن إصابتها بالقصور الكلوي المزمن منذ سنة واحدة، وعن رغبتها في العلاج وتحقيق أهدافها المستقبلية رغم الصعوبات التي يواجهها.

الجلسة الثانية: تم استقبال الحالة وتهيئتها للجلسة من خلالطمأننتها والتأكيد على سرية المعلومات.

تم تقديم مقياس الشعور بالوحدة النفسية وشرح طريقة الإجابة على بنوده. وخلال تطبيق المقياس تم توظيف الملاحظة والمقابلة العيادية للكشف عن ردود أفعال الحالة وانفعالاته أثناء الإجابة. بعد الانتهاء من التطبيق تم فتح حوار قصير حول بعض الجوانب التي استحضرتها الحالة أثناء الإجابة، حيث أشار إلى شعوره بتغير علاقاته الاجتماعية بعد المرض.

الجلسة الثالثة: تم الترحيب بالحالة والتأكيد على سرية الجلسة وأهمية التعبير الحر عن المشاعر. تم توظيف الإصغاء الفعال والتقبل غير المشروط والتعاطف من أجل تشجيعه على الحديث عن تجربته مع المرض. أوضح أن الإصابة بالقصور الكلوي شكلت صدمة بالنسبة له وغيرت الكثير من جوانب حياته.

كما تحدث عن مخاوفه المتعلقة بالمستقبل وعن تأثير المرض على حياته اليومية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق للتخفيف من التوتر.

الجلسة الرابعة: تم توظيف التفريغ الانفعالي والإصغاء الفعال وإعادة الصياغة لمساعدة الحالة على التعبير عن مشاعرها المرتبطة بعلاقاتها الاجتماعية. تحدثت الحالة عن تخلي بعض الأصدقاء عنها بعد الإصابة بالمرض، كما عبرت عن الألم النفسي الذي سببه لها انفصال خطيبته عنها بعد علمها بحالته الصحية. تم تشجيعه على التعبير بحرية عن مشاعر الحزن والخذلان التي يعيشها، مع مساعدته على فهمها والتعامل معها بطريقة صحية.

الجلسة الخامسة: تم العمل على الأفكار السلبية التي تكونت لدى الحالة بعد المرض. ومن خلال إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي تمت مناقشة بعض الأفكار المرتبطة بالرفض الاجتماعي والخوف من نظرة الآخرين إليه. كما تم استخدام تقنية الكرسي الفارغ للتعبير عن المشاعر المرتبطة بخطيبته السابقة وما خلفه الانفصال من أثر نفسي. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التصور الإيجابي لتعزيز الأمل والثقة بالنفس.

الجلسة السادسة: ركزت الجلسة على الأفكار السلبية المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية. صرح بأنه يشعر أحياناً بأن المرض جعله مختلفاً عن الآخرين وأن الكثير من الأشخاص ابتعدوا عنه بسببه. تم توظيف إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي لمساعدته على إعادة تقييم هذه المعتقدات والنظر إلى المواقف بطريقة أكثر واقعية وإيجابية. كما تم تطبيق تقنية التنفس العميق للتقليل من التوتر.

الجلسة السابعة: تم العمل على تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الحالة. تم استخدام لعب الأدوار والنمذجة والتعزيز الإيجابي من خلال تمثيل مواقف اجتماعية مختلفة تساعده على التعبير عن احتياجاته ومشاعره بصورة مناسبة. كما تمت مناقشة أهمية المحافظة على العلاقات الإيجابية مع الأشخاص الذين ما زالوا يقدمون له الدعم والمساندة.

الجلسة الثامنة: تم توظيف تقنية حل المشكلات لمساعدة الحالة على التعامل مع بعض الصعوبات اليومية المرتبطة بالمرض والعمل. ناقشت الحالة عدم استقرارها المهني نتيجة وضعها الصحي، وتم تحديد المشكلة وتحليل أسبابها واقتراح مجموعة من الحلول الواقعية التي تساعدها على التكيف مع ظروفها الحالية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق.

الجلسة التاسعة: تم تخصيص الجلسة للتفريغ الانفعالي، حيث عبرت الحالة عن مشاعر الحزن والإحباط الناتجة عن فقدان بعض العلاقات المهمة في حياتها بعد المرض. تم توظيف التقبل غير المشروط وإعادة التوجيه وإعادة الصياغة لمساعدته على التعبير عن انفعالاته بطريقة صحية، مع التأكيد على أهمية عدم كبت المشاعر السلبية.

الجلسة العاشرة: تم استخدام الحوار التحليلي والاستبصار لمناقشة تأثير المرض على صورة الذات والطموحات المستقبلية للحالة. تحدث عن أهدافه التي ما يزال يسعى لتحقيقها رغم ظروفه الصحية، كما تمت مناقشة تأثير المرض على نظرته لنفسه وعلى أدواره الاجتماعية والمهنية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق.

الجلسة الحادية عشرة: شاركت الحالة في جلسة دعم جماعي مع مجموعة من مرضى القصور الكلوي. تم توظيف الدعم الجماعي والنمذجة والمناقشة الجماعية، حيث تبادل المشاركون تجاربهم المتعلقة بالتعايش مع المرض والشعور بالوحدة النفسية. وقد أبدى اهتماماً كبيراً بتجارب الآخرين واستفاد من أساليبهم في مواجهة الضغوط النفسية. كما تم تطبيق تمرين التنفس العميق الجماعي.

الجلسة الثانية عشرة: تم إعادة تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي. كما تم إجراء مناقشة قصيرة مع الحالة حول التغيرات التي لاحظها على مستوى أفكاره وعلاقاته الاجتماعية. وقد أشار إلى أنه أصبح أكثر قدرة على التعبير عن مشاعره والتواصل مع الآخرين مقارنة بالفترة السابقة.

الجلسة الثالثة عشرة: تم تطبيق القياس التتبعي لمتابعة استمرارية أثر البرنامج العلاجي. كما تم فتح حوار ختامي حول تجربة الحالة مع البرنامج، حيث عبر عن ارتياحه للاستفادة من الجلسات وأكد أن البرنامج ساعده على فهم مشاعره والتعامل معها بصورة أفضل، كما عزز لديه الأمل والثقة في مواصلة العلاج والتكيف مع المرض.

3- الحالة الثالثة.

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: ن.ك.

السن: 45 سنة.

الجنس: أنثى.

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ثانوي.

المهنة: ربة بيت.

عدد الإخوة: 04.

الترتيب بين الإخوة: 04.

الحالة المدنية: عزباء.

الحالة الاقتصادية: متوسطة.

مدة الإصابة: 16 سنة.

الإطار الفكري: منطقي.

الإطار الانفعالي:

التاريخ الصحي:

السوابق المرضية: القلب، ضغط الدم، الغدة الدرقية.

الحالة الصحية العامة: جيدة.

نوع المرض: القصور الكلوي المزمن.

السوابق العائلية للمرض: لا توجد.

ثانيا: شبكة الملاحظة:

المظهر الخارجي للحالة: تبدو متعبة وشاحبة قليلا.

السلوك: متعاونة قليلا.

كلام الحالة: واضح و مفهوم.

العاطفة والوجدان: عادي.

المزاج: متقلب مع بعض القلق.

الانتباه والتذكر: سليم.

دافعية للعلاج: لديها رغبة في العلاج.

الهندام: نظيف ومرتب.

ثالثاً: أهداف المقابلات العيادية:

- التعرف على الخصائص الشخصية والاجتماعية والصحية للحالة.
- الكشف عن مستوى الشعور بالوحدة النفسية.
- التعرف على تأثير المرض على العلاقات الاجتماعية والانفعالية للحالة.
- تحديد مصادر الدعم النفسي والاجتماعي المتوفرة.
- جمع المعلومات اللازمة لبناء خطة التدخل العلاجي.

رابعاً: التاريخ النفسي والاجتماعي والأعراض المستخلصة

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة (ن.ك):

الحالة شابة تبلغ من العمر 45 سنة، عزباء، تعاني من القصور الكلوي المزمن منذ 16 سنة. تتميز بطموح مرتفع ورغبة قوية في العلاج من اجل رؤية ابنتها المتبناة. وقد شكلت الإصابة بالمرض نقطة تحول مهمة في حياتها، حيث أثرت على علاقاتها الاجتماعية والانفعالية. ففي بداية المرض حظيت بدعم ومساندة من أفراد أسرتها، إلا أن هذا الدعم تراجع تدريجياً مع مرور الوقت نتيجة انشغال كل فرد بحياته الخاصة، الأمر الذي جعلها تشعر بالإهمال في بعض الأحيان. كما أيضاً وفاة والديها وبقاؤها عند أخويها المتزوجين جعلها تشعر بالحرج وعدم الارتياح وخلق لها اثر نفسي يصاحبها. بالإضافة إلى ذلك،

ابتعدت عن كل العائلة بسبب المرض بينما استمر إخوتها في دعمها ومساندتها.

الأعراض المستخلصة:

- الشعور بالوحدة النفسية.
- الإحساس بالتخلي من طرف العائلة.
- نقص الدعم الاجتماعي المدرك.
- القلق وتقلب المزاج.
- التأثير النفسي بوفاة الوالدين.
- محدودية العلاقات الاجتماعية العميقة.
- الشعور بالإهمال من طرف بعض أفراد المحيط الاجتماعي.

خامسا: محتوى الجلسات العلاجية المطبقة على الحالة (ن.ك):

الجلسة الأولى: تم استقبال الحالة والترحيب بها والعمل على خلق جو من الألفة والطمأنينة من أجل بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة. تم التعريف بالباحثتين وشرح أهداف البرنامج العلاجي ومراحله، مع توضيح قواعد الجلسات المتمثلة في السرية والاحترام المتبادل. تم توظيف المقابلة العيادية والتهيئة النفسية وبناء العلاقة العلاجية لجمع المعلومات الأولية حول الحالة. تحدثت الحالة عن إصابتها بالقصور الكلوي المزمن منذ 16 سنة، وعن رغبتها في العلاج.

الجلسة الثانية: تم استقبال الحالة وتهيئتها للجلسة من خلال شرح الهدف منها والمتمثل تم فتح حوار قصير حول بعض الجوانب التي استحضرتها الحالة أثناء التطبيق، حيث أشارت إلى شعورها بتغيير علاقاتها الاجتماعية بعد المرض.

الجلسة الثالثة: تم الترحيب بالحالة والتأكيد على سرية الجلسة وأهمية التعبير الحر عن المشاعر. تم توظيف الإصغاء الفعال والتقبل غير المشروط والتعاطف من أجل تشجيعها على الحديث عن تجربتها مع المرض. أوضح أن الإصابة بالقصور الكلوي شكلت صدمة بالنسبة لها وغيرت الكثير من جوانب حياتها. كما تحدث عن مخاوفها المتعلقة بالمستقبل وعن تأثير المرض على حياتها اليومية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق للتخفيف من التوتر.

الجلسة الرابعة: تم توظيف التفريغ الانفعالي والإصغاء الفعال وإعادة الصياغة لمساعدة الحالة على التعبير عن مشاعرها المرتبطة بعلاقاتها الاجتماعية. تحدثت الحالة عن تخلي بعض من عائلتها عنها بعد الإصابة بالمرض، كما عبرت عن الألم النفسي الذي سببه لها انفصال عن والديها. و تشجيعها على التعبير بحرية عن مشاعر الحزن والخذلان التي تعيشها، مع مساعدتها على فهمها والتعامل معها بطريقة صحية.

الجلسة الخامسة: تم العمل على الأفكار السلبية التي تكونت لدى الحالة بعد المرض. ومن خلال إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي تمت مناقشة بعض الأفكار المرتبطة بالرفض الاجتماعي والخوف من نظرة الآخرين إليه. كما تم استخدام تقنية الكرسي الفارغ للتعبير عن المشاعر المرتبطة بوفاة والديها و أنها لم تبقى وحيدة فلها إخوتها و ابنتها المتبناة وما خلفه الانفصال من أثر نفسي. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التصور الإيجابي لتعزيز الأمل والثقة بالنفس.

الجلسة السادسة: ركزت الجلسة على الأفكار السلبية المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية. صرحت بأنها تشعر أحياناً بأن المرض جعلها مختلفة عن الآخرين وأن الكثير من الأشخاص ابتعدوا عنها بسببه. تم توظيف إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي لمساعدتنا على إعادة تقييم هذه المعتقدات والنظر إلى المواقف بطريقة أكثر واقعية وإيجابية. كما تم تطبيق تقنية التنفس العميق للتقليل من التوتر.

الجلسة السابعة: تم العمل على تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الحالة. تم استخدام لعب الأدوار والنمذجة والتعزيز الإيجابي من خلال تمثيل مواقف اجتماعية مختلفة تساعدنا على التعبير عن احتياجاتها ومشاعرها بصورة مناسبة. كما تمت مناقشة أهمية المحافظة على العلاقات الإيجابية مع الأشخاص الذين ما زالوا يقدمون لها الدعم والمساندة.

الجلسة الثامنة: تم توظيف تقنية حل المشكلات لمساعدة الحالة على التعامل مع بعض الصعوبات اليومية المرتبطة بالمرض والعمل. ناقشت الحالة عدم استقرارها المهني نتيجة وضعها الصحي، وتم تحديد المشكلة وتحليل أسبابها واقتراح مجموعة من الحلول الواقعية التي تساعدنا على التكيف مع ظروفها الحالية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق.

الجلسة التاسعة: تم تخصيص الجلسة للتفريغ الانفعالي، حيث عبرت الحالة عن مشاعر الحزن والإحباط الناتجة عن فقدان بعض العلاقات المهمة في حياتها بعد المرض. تم توظيف التقبل غير المشروط وإعادة التوجيه وإعادة الصياغة لمساعدتها على التعبير عن انفعالاتها بطريقة صحية، مع التأكيد على أهمية عدم كبت المشاعر السلبية.

الجلسة العاشرة: تم استخدام الحوار التحليلي والاستبصار لمناقشة تأثير المرض على صورة الذات والطموحات المستقبلية للحالة. تحدث عن أهدافها التي ما تزال تسعى لتحقيقها رغم ظروفها الصحية، كما

تمت مناقشة تأثير المرض على نظرتها لنفسها وعلى أدوارها الاجتماعية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق.

الجلسة الحادية عشرة: شاركت الحالة في جلسة دعم جماعي مع مجموعة من مرضى جماعي مع مجموعة من مرضى القصور الكلوي. تم توظيف الدعم الجماعي والنمذجة والمناقشة الجماعية، حيث تبادل المشاركون تجاربهم المتعلقة بالتعايش مع المرض والشعور بالوحدة النفسية. وقد أبدت اهتماماً كبيراً بتجارب الآخرين واستفادت من أساليبهم في مواجهة الضغوط النفسية. كما تم تطبيق تمرين التنفس العميق الجماعي.

الجلسة الثانية عشرة: تم إعادة تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي. كما تم إجراء مناقشة قصيرة مع الحالة حول التغيرات التي لاحظتها على مستوى أفكارها وعلاقاتها الاجتماعية. وقد أشارت إلى أنها أصبحت أكثر قدرة على التعبير عن مشاعرها والتواصل مع الآخرين مقارنة بالفترة السابقة.

الجلسة الثالثة عشرة: تم تطبيق القياس التتبعي لمتابعة استمرارية أثر البرنامج العلاجي. كما تم فتح حوار ختامي حول تجربة الحالة مع البرنامج، حيث عبرت عن ارتياحها للاستفادة من الجلسات وأكدت أن البرنامج ساعدها على فهم مشاعرها والتعامل معها بصورة أفضل، كما عزز لديها الأمل والثقة في مواصلة العلاج والتكيف مع المرض.

4- الحالة الرابعة.

أولاً: البيانات الأولية

الاسم: م.ي.

السن: 50 سنة.

الجنس: ذكر.

المستوى الدراسي: رابعة متوسط.

المهنة: متقاعد.

عدد الإخوة: 02.

الترتيب بين الإخوة: 01.

الحالة المدنية: أعزب.

الحالة الاقتصادية: متوسطة.

مدة الإصابة: 5 سنوات.

الإطار الفكري: منطقي.

الإطار الانفعالي: متوازن.

التاريخ الصحي:

السوابق المرضية: القلب، ضغط الدم، السكري.

الحالة الصحية العامة: متوسطة.

نوع المرض: القصور الكلوي المزمن.

السوابق العائلية للمرض: لا توجد.

ثانيا: شبكة الملاحظة:

-المظهر الخارجي للحالة: متعب .

السلوك: متعاونة كثيرا.

كلام الحالة: واضح ومفهوم.

العاطفة والوجدان: عادي.

المزاج: جيد.

الانتباه والتذكر: سليم.

دافعية للعلاج: لديه رغبة في العلاج.

الهندام: نظيف.

ثالثا: أهداف المقابلات العيادية:

- التعرف على الخصائص الشخصية والاجتماعية والصحية للحالة.

- الكشف عن مستوى الشعور بالوحدة النفسية.
- التعرف على تأثير المرض على العلاقات الاجتماعية والانفعالية للحالة.
- تحديد مصادر الدعم النفسي والاجتماعي المتوفرة.
- جمع المعلومات اللازمة لبناء خطة التدخل العلاجي.

رابعاً: التاريخ النفسي والاجتماعي والأعراض المستخلصة

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة (م.ي):

الحالة رجل يبلغ من العمر 50 سنة ، أعزب، يعاني من القصور الكلوي المزمن منذ 5 سنوات. يتميز بطموح مرتفع ورغبة قوية في العلاج وتحقيق أهدافه المستقبلية رغم ظروفه الصحية. وقد شكلت الإصابة بالمرض نقطة تحول مهمة في حياته، حيث أثرت على علاقاته الاجتماعية والانفعالية. ففي بداية المرض حظي بدعم ومساندة من أفراد أسرته، إلا أن هذا الدعم تراجع تدريجياً مع مرور الوقت نتيجة انشغال كل فرد بحياته الخاصة، الأمر الذي جعله يشعر بالإهمال في بعض الأحيان. حيث قام إخوته ب التخلي عنه ووجد ابنة عمه الوحيدة الداعمة له رغم أنها متزوجة و مسؤولة عن عائلتها إلا أنها لم تتخلى عنه عنه بعد علمها بإصابته بالمرض، وهو ما ترك أثراً نفسياً واضحاً لديه بالإضافة إلى ذلك، ابتعد عنه بعض أصدقائه بعد المرض بينما استمر البعض الآخر في دعمه ومساندته. وعلى المستوى المهني، أصبح عمله غير مستقر بسبب وضعه الصحي، حيث يعمل أحياناً ويتوقف أحياناً أخرى. وقد ساهمت هذه الظروف مجتمعة في شعوره بالوحدة النفسية، خاصة مع اقتصار علاقاته مع المرضى والأطباء على أحاديث سطحية لا تحقق له الإشباع النفسي والاجتماعي الذي يحتاجه.

الأعراض المستخلصة:

- الشعور بالوحدة النفسية.
- الإحساس بالتخلي من طرف الإخوة.
- نقص الدعم الاجتماعي المدرك.
- القلق وتقلب المزاج.
- التأثير النفسي بأنه ليس له داعم إلا ابنة عمه.
- محدودية العلاقات الاجتماعية العميقة.
- الشعور بالإهمال من طرف بعض أفراد المحيط الاجتماعي.

خامسا: محتوى الجلسات العلاجية المطبقة على الحالة (م.ي):

الجلسة الأولى: تم استقبال الحالة والترحيب بها والعمل على خلق جو من الألفة والطمأنينة من أجل بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة. تم التعريف بالباحثين وشرح أهداف البرنامج العلاجي ومراحله، مع توضيح قواعد الجلسات المتمثلة في السرية والاحترام المتبادل. تم توظيف المقابلة العيادية والتهيئة النفسية وبناء العلاقة العلاجية لجمع المعلومات الأولية حول الحالة. تحدثت الحالة عن إصابتها بالقصور الكلوي المزمن منذ 5 سنوات، وعن رغبتها في العلاج وتحقيق أهدافها المستقبلية رغم الصعوبات التي يواجهها.

الجلسة الثانية: تم استقبال الحالة وتهيئتها للجلسة من خلال شرح الهدف منها والمتمثل تم فتح حوار قصير حول بعض الجوانب التي استحضرتها الحالة أثناء التطبيق، حيث أشار إلى شعوره بتغير علاقاته الاجتماعية بعد المرض.

الجلسة الثالثة: تم الترحيب بالحالة والتأكيد على سرية الجلسة وأهمية التعبير الحر عن المشاعر. تم توظيف الإصغاء الفعال والتقبل غير المشروط والتعاطف من أجل تشجيعه على الحديث عن تجربته مع المرض. أوضح أن الإصابة بالقصور الكلوي شكلت صدمة بالنسبة له وغيرت الكثير من جوانب حياته. كما تحدث عن مخاوفه المتعلقة بالمستقبل وعن تأثير المرض على حياته اليومية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق للتخفيف من التوتر.

الجلسة الرابعة: تم توظيف التفريغ الانفعالي والإصغاء الفعال وإعادة الصياغة لمساعدة الحالة على التعبير عن مشاعرها المرتبطة بعلاقاتها الاجتماعية. تحدثت الحالة عن تخلي اخوتها عنها بعد الإصابة بالمرض، كما عبرت عن الألم النفسي الذي سببه لها وإن الداعم الوحيد ابنة عمه. تم تشجيعه على التعبير بحرية عن مشاعر الحزن والخذلان التي يعيشها، مع مساعدته على فهمها والتعامل معها بطريقة صحية.

الجلسة الخامسة: تم العمل على الأفكار السلبية التي تكونت لدى الحالة بعد المرض. ومن خلال إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي تمت مناقشة بعض الأفكار المرتبطة بالرفض الاجتماعي والخوف من نظرة الآخرين إليه. كما تم استخدام تقنية الكرسي الفارغ للتعبير عن المشاعر المرتبطة باخوته وما خلفه الانفصال من أثر نفسي. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التصور الإيجابي لتعزيز الأمل والثقة بالنفس.

الجلسة السادسة: ركزت الجلسة على الأفكار السلبية المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية. صرح بأنه يشعر أحياناً بأن المرض جعله مختلفاً عن الآخرين وأن الكثير من الأشخاص ابتعدوا عنه بسببه. تم توظيف إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي لمساعدته على إعادة تقييم هذه المعتقدات والنظر إلى

المواقف بطريقة أكثر واقعية وإيجابية. كما تم تطبيق تقنية التنفس العميق للتقليل من التوتر.

الجلسة السابعة: تم العمل على تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الحالة. تم استخدام لعب الأدوار والنمذجة والتعزيز الإيجابي من خلال تمثيل مواقف اجتماعية مختلفة تساعده على التعبير عن احتياجاته ومشاعره بصورة مناسبة. كما تمت مناقشة أهمية المحافظة على العلاقات الإيجابية مع الأشخاص الذين ما زالوا يقدمون له الدعم والمساندة.

الجلسة الثامنة: تم توظيف تقنية حل المشكلات لمساعدة الحالة على التعامل مع بعض الصعوبات اليومية المرتبطة بالمرض والعمل. ناقشت الحالة عدم استقرارها المهني وان الشركة التي يعمل بها منحتة تقاعد بسبب مرضه نتيجة وضعه الصحي، وتم تحديد المشكلة وتحليل أسبابها واقتراح مجموعة من الحلول الواقعية التي تساعدها على التكيف مع ظروفها الحالية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق.

الجلسة التاسعة: تم تخصيص الجلسة للتفريغ الانفعالي، حيث عبرت الحالة عن مشاعر الحزن والإحباط الناتجة عن فقدان بعض العلاقات المهمة في حياتها بعد المرض. تم توظيف التقبل غير المشروط وإعادة التوجيه وإعادة الصياغة لمساعدته على التعبير عن انفعالاته بطريقة صحية، مع التأكيد على أهمية عدم كبت المشاعر السلبية.

الجلسة العاشرة: تم استخدام الحوار التحليلي والاستبصار لمناقشة تأثير المرض على صورة الذات والطموحات المستقبلية للحالة. تحدث عن أهدافه التي ما يزال يسعى لتحقيقها رغم ظروفه الصحية، كما تمت مناقشة تأثير المرض على نظرتة لنفسه وعلى أدواره الاجتماعية والمهنية. وفي نهاية الجلسة تم تطبيق تقنية التنفس العميق.

الجلسة الحادية عشرة: شاركت الحالة في جلسة دعم جماعي مع مجموعة من مرضى القصور الكلوي. تم توظيف الدعم الجماعي والنمذجة والمناقشة الجماعية، حيث تبادل المشاركون تجاربهم المتعلقة بالتعايش مع المرض والشعور بالوحدة النفسية. وقد أبدى اهتماماً كبيراً بتجارب الآخرين واستفاد من أساليبهم في مواجهة الضغوط النفسية. كما تم تطبيق تمرين التنفس العميق الجماعي.

الجلسة الثانية عشرة: تم إعادة تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي. كما تم إجراء مناقشة قصيرة مع الحالة حول التغيرات التي لاحظها على مستوى أفكاره وعلاقاته الاجتماعية. وقد أشار إلى أنه أصبح أكثر قدرة على التعبير عن مشاعره والتواصل مع الآخرين مقارنة بالفترة السابقة.

الجلسة الثالثة عشرة: تم تطبيق القياس التتبعي للحالة من أجل متابعة استمرارية أثر البرنامج العلاجي. كما تم فتح حوار ختامي معها حول تجربتها خلال الجلسات. وأشارت الحالة إلى أهمية الحديث عن المشاعر وعدم الاحتفاظ بها بشكل دائم، كما عبرت عن ارتياحها للاستفادة من البرنامج العلاجي.

ثانياً: عرض نتائج الدراسة:

1- عرض نتائج الفرضية الرئيسية:

والتي تنص على: "للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي فعالية في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي".

يتبين من خلال اختبار الفرضية العامة للدراسة أن البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي كان له أثر إيجابي في التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، وهم أفراد العينة محل الدراسة. وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم الاعتماد على المنهج شبه

التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة، من خلال تطبيق قياسات قبلية وبعدي وتتبعية على أربع حالات (02 إناث، 02 ذكور)، بهدف تتبع التغير الحاصل في مستوى الشعور بالوحدة النفسية عبر مختلف مراحل التدخل العلاجي. وقد أظهرت النتائج وجود تحسن واضح في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، مع استمرار هذا التحسن خلال القياس التتبعي، مما يعكس استمرارية أثر البرنامج العلاجي وفعالته في تحقيق الأهداف المرجوة.

وفي مايلي عرض نتائج الفرضيات الفرعية:

1-1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

التذكير بنص الفرضية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الوحدة النفسية".

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل ويلكسون لدراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (10): يمثل الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي.

المتغير	العينة	القياس القبلي		القياس البعدي		Z	مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الشعور بالوحدة النفسية	4	41	8.04	39.5	8.2	-1,89	0.05	دالة إحصائية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن متوسط درجات الأفراد في القياس القبلي بلغ (41) مقابل

(39.5) في القياس البعدي عند قيمة معامل (Z) مقدر ب (-1.89) ومستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة

اصغر من الدلالة المعنوية 0.05 ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسيين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الوحدة النفسية، لصالح القياس البعدي.

1-2 عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

التذكير بنص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الوحدة النفسية".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل ويلكسون لدراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم(11): يمثل الفروق في متوسط درجات الأفراد المجموعة في القياسيين البعدي والتتبعي.

المتغير	العينة	القياس البعدي		القياس التتبعي		Z	مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الشعور بالوحدة النفسية	4	39.5	8.04	60.7	5.3	-1,84	0.06	ليست دالة إحصائية

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط درجات الأفراد في القياس البعدي بلغ (39.5) مقابل (60.7) في القياس التتبعي عند قيمة معامل (z) مقدر ب (-1.84) ومستوى الدلالة 0.06 وهي قيمة اكبر من الدلالة المعنوية 0.05 ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد

المجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الوحدة النفسية.

3-1 عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

التذكير بنص الفرضية: " يوجد أثر دال إحصائيًا للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا معامل ويلكسون لدراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين بالإضافة إلى حساب حجم أثر البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي و الاجتماعي عن طريق المعادلة. كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (12): يوضح اثر البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي والاجتماعي.

نوع القياس	العينة	z	حجم الأثر	مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية
الوحدة النفسية	4	-1.89	0.9	0.05	دالة إحصائية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن قيمة (z) قدرت ب (-1.89) عند مستوى الدلالة 0,05 وهي قيمة اصغر من الدلالة المعنوية 0.05 ومنه نستنتج يوجد اثر للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي بحجم تأثير قدر ب 0.9.

ثالثا: مناقشة نتائج الدراسة:

1- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية:

تشير نتائج الفرضية الرئيسية التي تم عرضها سابقاً إلى أن البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي قد حقق فعالية واضحة في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، وتُعد هذه الفرضية الأساس الذي بُنيت عليه الدراسة، حيث انطلقت من توقع مفاده أن التدخل العلاجي المقترح سيكون له أثر إيجابي في تحسين الحالة النفسية للمشاركين والتقليل من الإحساس بالعزلة الاجتماعية والنفسية.

وقد أظهرت النتائج الإحصائية المتوصل إليها أن تطبيق البرنامج العلاجي أدى إلى انخفاض ملحوظ في مستوى الشعور بالوحدة النفسية بين القياس القبلي والبعدي، مع استمرار هذا التحسن في القياس التتبعي، وهو ما يدل على أن تأثير البرنامج لم يكن ظرفياً أو مؤقتاً، بل امتد ليستمر بعد انتهاء التدخل العلاجي. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن البرنامج اعتمد على مجموعة من استراتيجيات الدعم النفسي والاجتماعي التي ساعدت المرضى على إعادة بناء توازنهم النفسي والاجتماعي، من خلال خلق فضاء علاجي يسمح بالتفاعل والتعبير الانفعالي ومشاركة التجارب بين أفراد العينة، مما ساهم في تقليل الشعور بالعزلة الناتج عن طبيعة المرض المزمن وظروفه العلاجية.

كما أن إدماج تقنيات مثل الدعم العاطفي، وتنمية مهارات التواصل، والتفريغ النفسي، وتعزيز العلاقات الاجتماعية، ساهم في تحسين قدرة المرضى على التكيف مع وضعهم الصحي، وجعلهم أكثر تقبلاً للمرض وأكثر انفتاحاً على محيطهم الاجتماعي بدل الانسحاب والانعزال.

إضافة إلى ذلك، فإن استمرار التحسن في القياس التتبعي يشير إلى أن أفراد العينة تمكنوا من اكتساب مهارات واستراتيجيات مواجهة جديدة خلال البرنامج، وأصبحوا يوظفونها في حياتهم اليومية، مما ساعدهم على الحفاظ على مستوى منخفض من الشعور بالوحدة النفسية حتى بعد انتهاء الجلسات العلاجية. وتتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة سبع سهام (2015) التي أكدت أن العوامل النفسية

الإيجابية مثل التفاؤل تساهم في تقليل الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، في حين يؤدي التشاؤم إلى زيادتها، مما يبرز دور الجوانب النفسية في تفسير هذه الظاهرة. كما تتوافق مع دراسة خديجة حمو علي (2018) التي بينت أن الدعم النفسي الاجتماعي يرتبط ارتباطاً إيجابياً بتحسين الصحة النفسية، ويُعد عنصراً مهماً في تعزيز التكيف النفسي والحد من الإحساس بالعزلة.

وتدعمها كذلك دراسة حفيدو بوبكر عبل (2022) التي أوضحت أن توفر الدعم النفسي والاجتماعي لدى المرضى يعزز المرونة النفسية لديهم، ويساعدهم على مواجهة المرض بشكل أكثر فاعلية، مما ينعكس إيجاباً على حالتهم النفسية العامة.

ويمكن تفسير فعالية البرنامج العلاجي المتوصل إليها كذلك في ضوء البناء المنهجي للبرنامج وما سبقه من مقابلات عيادية وجلسات علاجية متدرجة، إذ لم يكن التدخل العلاجي قائماً على تطبيق فنيات بصورة عشوائية، بل اعتمد على فهم أولي ودقيق للحالات من خلال المقابلات العيادية التي ساعدت على جمع المعطيات المتعلقة بالتاريخ الصحي والنفسي والاجتماعي للمرضى، واستكشاف مستوى الشعور بالوحدة النفسية لديهم، إضافة إلى تحديد طبيعة الدعم النفسي والاجتماعي المتوفر ودافعية الحالات للعلاج.

وقد شكلت هذه المقابلات قاعدة أساسية في توجيه التدخل العلاجي وتكييفه مع خصوصية كل حالة، مما ساعد على تحقيق تفاعل إيجابي مع البرنامج منذ بدايته. كما لعبت الجلسات العلاجية دوراً محورياً في تحقيق النتائج المسجلة، حيث أسهمت جلسة التعارف والتهيئة النفسية في بناء العلاقة العلاجية وتعزيز الثقة والشعور بالأمان، وهو ما وفر مناخاً مناسباً للتدخل النفسي.

كما ساعدت جلسات بناء الثقة، والتعبير عن المشاعر، والتعبير الانفعالي على تمكين المرضى من الإفصاح عن مخاوفهم ومشاعرهم المرتبطة بالمرض وتجاربهم مع العزلة النفسية والاجتماعية، الأمر الذي ساهم في تخفيف التوتر النفسي وإشباع حاجتهم إلى الإصغاء والتفهم. وفي المقابل، ركزت جلسات الدعم النفسي الذاتي وتعديل الأفكار السلبية على إعادة بناء الأفكار المرتبطة بالوحدة والعجز والانسحاب الاجتماعي، من خلال تنمية التفكير الإيجابي وتعزيز الحوار الداخلي الداعم للذات.

كما ساهمت جلسات تعزيز التفاعل الاجتماعي ومواجهة المشكلات اليومية ومجموعات الدعم النفسي الاجتماعي في تدريب المرضى على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وتبادل الخبرات، مما عزز لديهم الشعور بالانتماء وخفف من الإحساس بالعزلة. وعليه، فإن فعالية البرنامج لا ترجع إلى فنية واحدة أو جلسة منفردة، وإنما إلى التكامل بين المقابلات العيادية والجلسات العلاجية والفنيات المستخدمة، وهو ما منح البرنامج طابعاً شمولياً وقدرة أكبر على التأثير في الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

وبغرض التعمق في تحليل نتائج الدراسة ميدانياً وإثراء جانبها التطبيقي بشكل مفصل، تم تفكيك الفرضية الرئيسية إلى ثلاث فرضيات فرعية، وذلك قصد توضيح مختلف جوانب التأثير المدروس بدقة أكبر، ولتوضيح نتائج الدراسة ميدانياً بشكل أكثر دقة. وسيتم مناقشة هذه الفرضيات وتحليل نتائجها بشكل متتابع وفق الترتيب المنهجي المعتمد في الدراسة والمتمثل فيما يلي:

مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات

-2

الفرعية.

1-2 مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:

تنص الفرضية على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الوحدة النفسية".

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن البرنامج العلاجي ساهم بشكل مباشر في تقليل الشعور بالوحدة النفسية لدى المرضى من خلال خلق بيئة علاجية قائمة على التفاعل والدعم والتقبل، حيث ساعدت الجلسات العلاجية على كسر حالة العزلة النفسية التي يعيشها المريض بسبب طبيعة المرض المزمن وتكرار جلسات العلاج، والتي غالبًا ما تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي والشعور بالانفصال عن الآخرين. كما أن استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي المستخدمة داخل البرنامج، ساعدت على تخفيف الضغط النفسي الداخلي وإعادة بناء الإحساس بالانتماء الاجتماعي، مما انعكس إيجابًا على انخفاض مستوى الشعور بالوحدة النفسية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة سبع سهام (2015) التي أكدت أن العوامل النفسية الإيجابية مثل التفاؤل تساهم في خفض الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، في حين أن التشاؤم يرتبط بارتفاعها، مما يبرز أهمية تعديل الجانب النفسي في خفض هذا الشعور.

كما تدعمها دراسة خديجة حمو علي (2018) التي بينت وجود علاقة إيجابية بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية، حيث يعد الدعم الاجتماعي عاملاً أساسياً في تحسين التكيف النفسي وتقليل الإحساس بالعزلة.

وتتوافق كذلك مع دراسة حفيدو وبوكر عبلة (2022) التي أوضحت أن المرضى الذين يتلقون دعمًا نفسيًا واجتماعيًا كافيًا يتمتعون بمستوى أعلى من المرونة النفسية، مما يساعدهم على مواجهة المرض بشكل أفضل ويقلل من الإحساس بالاستسلام والوحدة.

ويمكن تفسير الفروق المسجلة بين القياس القبلي والبعدي أيضًا في ضوء المقابلات العيادية والجلسات العلاجية التي تم تطبيقها ضمن البرنامج. فقد ساهمت المقابلات الأولية في بناء تصور شامل حول الحالة النفسية والاجتماعية للمرضى، حيث أتاحت المقابلة الأولى التعرف على الحالة وكسب ثقتها، بينما ركزت المقابلات اللاحقة على استكشاف التاريخ الصحي، والعلاقات الاجتماعية، ومستوى الدعم النفسي والاجتماعي، إضافة إلى تحديد مظاهر الشعور بالوحدة النفسية ودافعية الحالة للعلاج.

كما لعبت الجلسات العلاجية دورًا أساسيًا في إحداث التغير المسجل، إذ ساهمت جلسة التعارف والتهيئة النفسية في بناء العلاقة العلاجية وتعزيز الشعور بالأمان والثقة، وهو ما هيا المرضى للانخراط الإيجابي في البرنامج. كما ساعدت جلسات بناء الثقة والتعبير عن المشاعر والتعبير الانفعالي على إتاحة الفرصة للمرضى للتفريغ النفسي والتعبير عن الخبرات الانفعالية المرتبطة بالمرض، مما خفف من حدة المشاعر السلبية المرتبطة بالعزلة والوحدة النفسية.

إضافة إلى ذلك، ساهمت جلسات الدعم النفسي الذاتي وتعديل الأفكار السلبية في إعادة بناء الأفكار المرتبطة بالوحدة والانسحاب الاجتماعي، من خلال تنمية التفكير الإيجابي وتعزيز الحوار الداخلي الداعم للذات، وهو ما انعكس بصورة مباشرة على انخفاض درجات الشعور بالوحدة النفسية في القياس البعدي.

2-2 مناقشة الفرضية الفرعية الثانية:

تنص الفرضية على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الوحدة النفسية".

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس التتبعي، مما يدل على استمرارية التحسن واستقرار مستوى الشعور بالوحدة النفسية بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن أفراد العينة تمكنوا من استدماج المهارات والاستراتيجيات التي اكتسبوها خلال البرنامج العلاجي في حياتهم اليومية، خاصة تلك المتعلقة بمهارات التواصل، طلب الدعم الاجتماعي، والتعبير عن المشاعر بدل كبتها، مما ساعدهم على الحفاظ على مستوى منخفض من الشعور بالوحدة النفسية حتى بعد انتهاء التدخل.

كما أن هذا الاستقرار يشير إلى أن التغيير الذي حدث لم يكن مؤقتًا، بل أصبح جزءًا من نمط التكيف النفسي والاجتماعي لدى المرضى، حيث أصبحوا أكثر قدرة على مواجهة المواقف الضاغطة المرتبطة بالمرض بشكل إيجابي بدل الانعزال.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة حفيدو وبوكر عبلة (2022) التي أكدت أن الدعم النفسي والاجتماعي المستمر يعزز المرونة النفسية على المدى الطويل، ويساعد المرضى على التكيف مع المرض المزمن بشكل أفضل، مما يساهم في الحفاظ على استقرار حالتهم النفسية.

كما تدعمها دراسة صباحي فوزية وبوفاتح هاجر (2022) التي بينت أن الدعم النفسي والاجتماعي يساهم في تخفيف الضغوط النفسية لدى المرضى المزمنين بشكل مستمر، وليس فقط خلال فترة التدخل.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي باستمرارية أثر الجلسات العلاجية وما وفرته من مهارات قابلة للتطبيق في الحياة اليومية. فقد ساهمت جلسات تعزيز التفاعل الاجتماعي ومواجهة المشكلات اليومية في تدريب المرضى على التعامل مع مواقف العزلة وتطوير مهارات حل المشكلات، مما مكنهم من توظيف ما تعلموه بعد انتهاء البرنامج.

كما كان لجلسة استكشاف المعاني النفسية للمرض دور مهم في مساعدة المرضى على فهم تأثير المرض على صورة الذات والأدوار الاجتماعية، وهو ما ساعدهم على إعادة تفسير خبرتهم المرضية بطريقة أكثر تقبلاً وتكيفاً. إضافة إلى ذلك، أسهمت جلسات مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي في تعزيز الشعور بالانتماء وتبادل الخبرات بين المرضى، الأمر الذي دعم استقرار التحسن النفسي واستمرار انخفاض الشعور بالوحدة النفسية خلال القياس التتبعي.

2-3 مناقشة الفرضية الفرعية الثالثة:

تنص الفرضية على أنه " يوجد أثر دال إحصائياً للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى الكلى".

تشير نتائج الفرضية إلى وجود أثر دال إحصائياً للبرنامج العلاجي القائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، حيث سجل حجم أثر مرتفع، مما يدل على قوة وفعالية التدخل العلاجي.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن قوة تأثير البرنامج تعود إلى شموليته واعتماده على مجموعة من الاستراتيجيات النفسية والاجتماعية المتكاملة التي استهدفت مختلف أبعاد الشعور بالوحدة النفسية، سواء العاطفية أو الاجتماعية، وليس فقط الجانب الظاهري منها.

كما أن الحجم المرتفع للأثر يدل على أن التغير الحاصل كان جوهريًا وملموًا في حياة المرضى، حيث لم يقتصر على انخفاض درجات المقياس فقط، بل انعكس على طريقة تفكيرهم وتفاعلهم الاجتماعي ونظرتهم لذواتهم ولمحيطهم.

وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة سبع سهام (2015) التي أبرزت دور العوامل النفسية الإيجابية في تعديل الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، كما تتماشى مع دراسة خديجة حمو علي (2018) التي أكدت أن الدعم النفسي الاجتماعي يعد عنصرًا أساسيًا في تحسين الصحة النفسية والتكيف. كما تدعمها دراسة حفيدو بوبكر عبلة (2022) التي بينت أن الدعم النفسي والاجتماعي يرفع من مستوى المرونة النفسية لدى المرضى، مما يساعدهم على مواجهة المرض بشكل أفضل ويعزز توازنهم النفسي والاجتماعي.

أما فيما يتعلق بحجم الأثر المرتفع المسجل للبرنامج العلاجي، فيمكن تفسيره بشمولية التدخل وتكامله، حيث لم يقتصر على قياس مستوى الوحدة النفسية فقط، بل سبقته مقابلات عيادية سمحت بفهم الخصائص النفسية والاجتماعية للحالات، وهو ما ساعد على تكييف التدخل العلاجي وفق احتياجاتهم النفسية.

كما أن تنوع الجلسات العلاجية والفنيات المستخدمة، مثل الإصغاء الفعال، وإعادة البناء المعرفي، ولعب الأدوار، والتفريغ الانفعالي، والدعم الجماعي، جعل البرنامج أكثر قدرة على التأثير في مختلف أبعاد الشعور بالوحدة النفسية، سواء المرتبطة بالأفكار أو المشاعر أو العلاقات الاجتماعية، وهو ما يفسر حجم الأثر المرتفع الذي تم التوصل إليه.

5- استنتاج عام:

تُصنّف مشكلة الشعور بالوحدة النفسية ضمن أبرز الاضطرابات النفسية المرتبطة بالأمراض المزمنة، إذ تتداخل فيها العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية، مما يجعل المريض في حالة من الانسحاب الاجتماعي وضعف التفاعل مع المحيط. وقد أكدت العديد من الدراسات أن التدخلات النفسية والاجتماعية تمثل وسيلة فعالة للحد من هذه الظاهرة من خلال تعزيز الدعم الاجتماعي وتحسين التكيف النفسي.

وفي هذا السياق، جاءت الدراسة الحالية لمعالجة هذه الإشكالية من خلال تصميم برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي، يهدف إلى خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

وقد أسفرت النتائج المتوصل إليها عن فعالية هذا البرنامج، حيث تم تسجيل انخفاض واضح في مستوى الوحدة النفسية بين القياس القبلي والبعدي، مع استمرار التحسن في القياس التتبعي، إضافة إلى حجم أثر مرتفع يعكس قوة تأثير التدخل العلاجي.

وبناءً على ذلك، يمكن التأكيد أن الدراسة الحالية جاءت لتثبت ما تم الانطلاق منه نظرياً، إذ قامت الطالبتان بتصميم برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي، وقد بينت النتائج أن

لهذا البرنامج دورًا فعالًا في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى

مرضى القصور الكلوي.

الخاتمة:

في ختام هذه الدراسة، يمكن التأكيد على أن مرض القصور الكلوي لا يقتصر تأثيره على الجانب العضوي والصحي فحسب، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض، حيث يُعد الشعور بالوحدة النفسية من أكثر المشكلات النفسية شيوعاً لدى هذه الفئة نتيجة التغيرات التي تفرضها طبيعة المرض والعلاج المستمر وما يرافقه من ضغوط نفسية واجتماعية قد تؤثر سلباً على جودة الحياة والتوافق النفسي والاجتماعي للمريض.

وانطلاقاً من ذلك، سعت الدراسة الحالية إلى اختبار فعالية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، وذلك من خلال تطبيق برنامج علاجي على مجموعة من الحالات ومتابعة أثره قبل التطبيق وبعده ثم خلال القياس التتبعي. وقد أظهرت النتائج وجود تحسن ملحوظ لدى أفراد العينة وانخفاض في مستوى الشعور بالوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج، كما بينت النتائج استمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي وقدرته على إحداث تغيير إيجابي ومستدام في الحالة النفسية للمشاركين. وتبرز هذه النتائج الأهمية الكبيرة للدعم النفسي الاجتماعي باعتباره أحد المداخل العلاجية الفعالة في التكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي، حيث يساهم في تعزيز العلاقات الاجتماعية، وتنمية الشعور بالانتماء والتقبل، وتقوية الثقة بالنفس، والتخفيف من المشاعر السلبية المرتبطة بالعزلة والوحدة النفسية. كما تؤكد ضرورة إدماج الأخصائي النفسي ضمن فرق التكفل الطبي بهذه الفئة من المرضى من أجل تقديم خدمات نفسية متخصصة تراعي احتياجاتهم النفسية والاجتماعية إلى جانب احتياجاتهم الصحية. ورغم النتائج الإيجابية التي توصلت إليها الدراسة، إلا أنها تبقى محدودة بحجم العينة وطبيعة المنهج المستخدم، الأمر الذي يستدعي إجراء المزيد من الدراسات على عينات أكبر وفي بيئات مختلفة، مع

التوسع في دراسة متغيرات نفسية أخرى كالاكتئاب والقلق وجودة الحياة والصمود النفسي، بهدف إثراء المعرفة العلمية وتطوير البرامج العلاجية الموجهة لمرضى الأمراض المزمنة. وفي الأخير، نأمل أن تسهم هذه الدراسة في لفت الانتباه إلى أهمية الجانب النفسي في التكفل بمرضى القصور الكلوي، وأن تكون إضافة علمية متواضعة تفتح المجال أمام المزيد من البحوث والتطبيقات الميدانية التي من شأنها تحسين الصحة النفسية والاجتماعية لهذه الفئة، والارتقاء بجودة حياتهم وتمكينهم من التكيف الإيجابي مع ظروف المرض ومتطلباته.

التوصيات والاقتراحات

التوصيات:

استنادًا إلى ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يمكن تقديم التوصيات التالية:

- ضرورة إدماج البرامج العلاجية القائمة على استراتيجيات الدعم النفسي الاجتماعي ضمن بروتوكولات التكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي داخل المؤسسات الاستشفائية.

- تعزيز حضور الأخصائي النفسي داخل وحدات تصفية الدم باعتباره عنصرًا أساسيًا في التكفل الشامل بالمريض وليس فقط كدعم ثانوي.

- العمل على تنظيم جلسات دعم نفسي جماعي بشكل دوري، بهدف تقوية الروابط الاجتماعية بين المرضى وتخفيف الشعور بالعزلة النفسية.

- توعية الأسر بأهمية الدور العاطفي والاجتماعي في دعم المريض، باعتبارها مصدرًا أساسيًا للأمان النفسي والاستقرار الانفعالي.

- إدماج برامج تكوين لفائدة الطاقم الطبي حول مهارات التواصل والدعم النفسي الإنساني مع المرضى.

- تطوير برامج تدخل نفسي موازية للعلاج الطبي تأخذ بعين الاعتبار البعد النفسي والاجتماعي للمرضى المزمن.

الاقتراحات:

- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر وأكثر تنوعًا من مرضى القصور الكلوي للتحقق من تعميم نتائج البرنامج.

- تطبيق البرنامج العلاجي على فئات مرضية مزمنة أخرى مثل مرضى السرطان أو السكري، بهدف مقارنة الفعالية بين الفئات.
- دراسة العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي ومتغيرات نفسية أخرى مثل القلق، الاكتئاب، وجودة الحياة النفسية.
- تصميم برامج علاجية أكثر تطوراً تعتمد على مزيج من التدخلات التقليدية والتقنيات الحديثة مثل الدعم النفسي عن بعد.
- إجراء دراسات طويلة لمتابعة الأثر البعيد المدى للبرامج العلاجية على استقرار الصحة النفسية لدى المرضى المزمنين.

قائمة المراجع والمصادر

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- ابن منظور، وآخرون. (ب.ت). *المعجم الوسيط*. مكتبة مشكاة الإسلامية.
- أبو زيد، أحمد. (2004). *تكنولوجيا الاتصال: هل تدعم الفرد والانعزال*. المجلة العربية الكويتية، (544)، الكويت.
- بن عمر، نور الهدى. (2015). *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته ببعض السمات الشخصية (الخلج، العدوان) لدى الأطفال الصم من وجهة نظر المربين*: دراسة ميدانية بمدرسة صغار الصم ميلة. مذكرة ماستر. جامعة محمد بوضياف.
- بورقبة، أمال. (2000). *الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة*. دار النساء.
- الجريفي، سناء. (2023). *مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في خفض قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*. مجلة ابن خلدون للدراسات والأبحاث، 3(10)، 297-310.
- حميدان، محمد المحسن. (2022). *دور التفكير الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لتعزيز* *مجمع الإرادة والصحة النفسية*. المجلة العلمية لكلية الآداب - جامعة أسيوط، (85)، مصر.
- حميد الدين. (2022). *دور الابتكار الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع* *الإرادة والصحة النفسية*. المجلة العلمية لكلية الآداب - جامعة أسيوط، (85)، مصر.
- حمو علي، خديجة. (2020). *مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة النفسية لدى عينة من المسنين*. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 2.

- خليل، محمد عباس، وآخرون. (2006). *مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس*. دار المسيرة.
- خويطر، وفاء، و سين علي. (2010). *الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) وعلاقتها ببعض المتغيرات*. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية. غزة.
- ديفيدسون. (2015). *أمراض الكلى والجهاز التناسلي (ترجمة محمد عبد الرحمن العينية)*. دار القدس للعلوم.
- الرفاعي، نور أحمد بحر، وآخرون. (2022). *فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى الدعم النفسي الاجتماعي في رفع مستوى التمكين النفسي لدى اللاجئين*. المجلة الدولية للبحوث النفسية والتربوية، 2(2)، 291-309.
- رزقي، رشيد. (2012). *الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن*. مذكرة ماجستير. جامعة الحاج لخضر.
- سامي، ملحم. (2000). *مناهج البحث في التربية وعلم النفس*. دار المسيرة.
- سليمة، طاجين. (2014). *الصدمة وعلاقتها بالقلق النفسي المرضي*. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر.
- 2.
- ساعو، مراد. (2011). *تأثير السند الاجتماعي في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية*. رسالة ماجستير. جامعة مولود معمري.
- سعيداوي، نعيمة. (2018). *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى النساء ضحايا العنف الزوجي*. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر.
- سعيد، إيمان. (2023). *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بتقدير الذات لدى طلبة جامعة الجزائر*.

- رسالة ماجستير. جامعة الجزائر.
- شعبان، حسن سليمان. (2013). *الدعم النفسي ضرورة مجتمعية*. شبكة العلوم النفسية العربية، (31).
- الشوري، أروى. (2015). *الدعم النفسي للزوجة*. تم الاسترجاع في 17 أبريل 2022، من موقع الوطن.
- شهرزاد، بوشدوب. (2009). *المساندة الاجتماعية وأثرها على بعض العوامل الشخصية*. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 2.
- شبيبي الجوهر، عبد القادر. (2005). *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بسمات الشخصية*. رسالة ماجستير. جامعة أم القرى.
- شويخ، هناء. (2009). *برنامج تطبيقي لتحسين نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي*. دار الوفاء.
- صبور، محمد صادق. (1989). *أمراض الكلى وزرع الأعضاء*. دار القلم.
- طاجين، سليمة. (2014). *الدعم الاجتماعي ودوره في العلاقة بين الصدمات وعواقبها النفسية*. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 2.
- عبد العزيز، النوحى. (1999). *خدمة الفرد السلوكية*. القاهرة.
- عبد، فرحان الحميري. (2026). *موقع الدكتور عبده فرحان الحميري*. تم الاسترجاع من الموقع الرسم: <https://dr-farhan.ahlamontada.net/>.
- قنون، خميسة. (2007). *الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية*. رسالة ماجستير. جامعة محمد خيضر.
- الكرمي، زهير. (1988). *الأطلس العلمي: فزيولوجيا الإنسان*. دار الكتاب اللبناني.
- مرتضى الزبيدي، محمد. (1991). *تاج العروس من جواهر القاموس*. دار الكتب العلمية.
- مريد، يوسف كلاب. (2018). *أسس البحث العلمي: أهميته ومناهجه*. القاهرة.

- موسوعة علم النفس العام. (1993). مكتبة النور الوطنية. دمشق.
- مريم، مراكشي. (2014). *استخدام شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية*. رسالة ماجستير. جامعة محمد خيضر.
- محمد، علي البار. (1992). *الفشل الكلوي: أسبابه وطرق الوقاية والعلاج*. مومني، عيسى. (ب.ت). *المنار: قاموس مدرسي للطلاب*. دار العلوم.
- نبيلة، ناوية. (2012). *الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي*. أطروحة دكتوراه. جامعة قاصدي مرباح.
- نسرين، محمود محمد النيرب. (2016). *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالنسق القيمي لدى مدمني مواقع التواصل الاجتماعي*. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية.

المراجع الأجنبية:

- Buunk, B, & Hoorens, V. (1992). Social support and stress: The role of social comparison and social exchange processes. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Uchino, B. N. (2004). Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships. Yale University Press.
- Wills, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 61–82). Academic Press

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس راسل للوحدة النفسية.

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك				
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة				
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد				
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد				
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة				
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة				
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد				
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار				
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي				
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس				
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ				
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى				
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا				
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين				
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد				
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا				
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج				
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك				
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه				
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد				

الملحق رقم (02): مقياس الوحدة النفسية المطبق على الحالات.

مقياس الوحدة النفسية القبلي المطبق على الحالة الأولى.

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك	x			
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة				x
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد				x
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد				x
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة		x		
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة		x		
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد			x	
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار			x	
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي	x			
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس			x	
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ		x		
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى		x		
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا				x
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين				x
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد		x		
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا			x	
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج			x	
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك			x	
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه	x			
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد		x		

مقياس الوحدة النفسية البعدي المطبق على الحالة الأولى.

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك			x	
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة	x			
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد		x		
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد		x		
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة			x	
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة			x	
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد	x			
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك		x		

قائمة الملاحق

				الاهتمامات والأفكار	
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي	x			
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس	x			
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ		x		
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى		x		
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا	x			
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين		x		
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد	x			
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا	x			
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج		x		
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك		x		
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه	x			
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجا إليه عندما تريد	x			

مقياس الوحدة النفسية التبعي المطبق على الحالة الأولى.

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك			x	
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة	x			
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجا إليه عندما تريد		x		
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد		x		
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة			x	
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة			x	
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد	x			
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار	x			
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي			x	
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس			x	
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ	x			
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى	x			
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا		x		
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين	x			
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد			x	
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا			x	
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج	x			
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك	x			
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه			x	
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجا إليه عندما تريد			x	

--	--	--	--	--	--

مقياس الوحدة النفسية القبلي المطبق على الحالة الثانية.

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك	x			
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة			x	
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد			x	
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد			x	
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة		x		
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة	x			
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد				x
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار			x	
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي	x			
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس		x		
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهممل و منبوذ			x	
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى				x
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا			x	
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين				x
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد		x		
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا		x		
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج		x		
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك				x
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه		x		
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد	x			

مقياس الوحدة النفسية البعدي المطبق على الحالة الثانية.

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك		x		
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة		x		
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع		x		

قائمة الملاحق

				أن تلجأ إليه عندما تريد	
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد	×			
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في جماعة	×			
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة		×		
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد		×		
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار		×		
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي	×			
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس	×			
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهممل و منبوذ		×		
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى		×		
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا		×		
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين			×	
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد	×			
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا	×			
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج			×	
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك		×		
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه	×			
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد	×			

مقياس الوحدة النفسية التبعي المطبق على الحالة الثانية.

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك			×	
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة		×		
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد		×		
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد			×	
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في جماعة	×			
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة		×		
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد		×		
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار		×		
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي			×	
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس	×			
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهممل و منبوذ		×		

قائمة الملاحق

12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى	×		
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا	×		
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين		×	
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد	×		
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا	×		
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج		×	
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك	×		
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه	×		
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجا إليه عندما تريد	×		

مقياس الوحدة النفسية القبلي المطبق على الحالة الثالثة:

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك		×		
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفقد الصحبة		×		
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجا إليه عندما تريد			×	
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد			×	
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة			×	
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة		×		
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد			×	
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار			×	
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي		×		
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس			×	
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ		×		

12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى				×
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا			×	
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين			×	
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد	×			
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا		×		
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج		×		
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك		×		
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه			×	
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجا إليه عندما تريد			×	

--	--	--	--	--	--

مقياس الوحدة النفسية البعدي المطبق على الحالة الثالثة:

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك			x	
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة		x		
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد			x	
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد			x	
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة			x	
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة			x	
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد	x			
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار		x		
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي			x	
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس				x
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ		x		
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى		x		
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا		x		
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين			x	
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد			x	
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا			x	
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج			x	
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك				x
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه			x	
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد			x	

مقياس الوحدة النفسية التبعي المطبق على الحالة الثالثة:

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك			x	
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة		x		
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد			x	
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد			x	
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة			x	
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة			x	
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد	x			

قائمة الملاحق

08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار	x	
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي	x	
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس	x	
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ	x	
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى	x	
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا	x	
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين	x	
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد	x	
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا	x	
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج	x	
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك	x	
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه	x	
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد	x	

مقياس الوحدة النفسية القبلي المطبق على الحالة الرابعة:

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك			x	
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفقد الصحبة			x	
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد		x		
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد			x	
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة	x			
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة			x	
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد			x	
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار		x		
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي	x			
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس	x			
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ			x	
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى			x	
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا			x	
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين			x	
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد	x			
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا		x		
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج			x	
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك			x	

قائمة الملاحق

19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه	x	
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجا إليه عندما تريد	x	

مقياس الوحدة النفسية البعدي المطبق على الحالة الرابعة:

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك			x	
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة			x	
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجا إليه عندما تريد		x		
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد			x	
05	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة	x			
06	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة			x	
07	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد			x	
08	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار		x		
09	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي			x	
10	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس	x			
11	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل و منبوذ			x	
12	إلى أي مدى تشعر بان علاقتك مع الآخرين بدون معنى			x	
13	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا			x	
14	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين			x	
15	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد	x			
16	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهموك جيدا		x		
17	إلى أي مدى تشعر بالخلج			x	
18	إلى أي مدى تشعر بان الناس من حولك لكنهم ليسوا معك			x	
19	إلى أي مدى تشعر بان هناك من تستطيع أن تتحدث معه			x	
20	إلى أي مدى تشعر بان هناك من يمكنك أن تلجا إليه عندما تريد			x	

مقياس الوحدة النفسية التتبعي المطبق على الحالة الرابعة:

رقم العبارة	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك			x	
02	إلى أي مدى تشعر بأنك تفتقد الصحبة			x	
03	إلى أي مدى تشعر بان لا يوجد لشخص الذي لا تستطيع أن تلجا إليه عندما تريد		x		
04	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد			x	

قائمة الملاحق

			x	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة	05
x				إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس أشياء عديدة	06
x				إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من أحد	07
	x			إلى أي مدى تشعر بأن الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات والأفكار	08
	x			إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي	09
			x	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس	10
x				إلى أي مدى تشعر بأنك مهممل و منبوذ	11
	x			إلى أي مدى تشعر بأن علاقتك مع الآخرين بدون معنى	12
x				إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد شخص يفهمك جيدا	13
	x			إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين	14
			x	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد	15
		x		إلى أي مدى تشعر بأن هناك آخرين يفهموك جيدا	16
x				إلى أي مدى تشعر بالخجل	17
	x			إلى أي مدى تشعر بأن الناس من حولك لكنهم ليسوا معك	18
	x			إلى أي مدى تشعر بأن هناك من تستطيع أن تتحدث معه	19
	x			إلى أي مدى تشعر بأن هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد	20

الملحق رقم (03): المعالجة الإحصائية.

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	Percentiles 25e
درجات الأفراد على الوحدة النفسية قياس قبلي	4	41,00	8,042	31	50	33,00
درجات الأفراد على الوحدة النفسية قياس بعدي	4	39,50	8,266	30	49	31,50

Tests statistiques^a

	درجات الأفراد على الوحدة النفسية قياس بعدي - درجات الأفراد على الوحدة النفسية قياس قبلي
Z	-1,890 ^b
Sig. asymptotique (bilatérale)	,059

Statistiques descriptives

	N	Moy enn e	Ecar t type	Mini mum	Maximu m	Percentiles 25e
درجات الأفراد على الوحدة النفسية قياس بعدي	4	39,5 0	8,26 6	30	49	31,50
درجات الأفراد على الوحدة النفسية قياس تنبجي	4	60,7 5	5,37 7	54	67	55,50

	درجات الأفراد على الوحدة النفسية قياس تنبجي - درجات الأفراد على الوحدة النفسية قياس بعدي
Z	-1,841 ^b
Sig. asymptotique (bilatérale)	,066

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية
Université Ain Témouchent Belhadj Bouchaib
Faculté des lettres et des langues et des sciences sociales

عين تموشنت في:

22 فيفري 2026

طلب ترخيص بإجراء دراسة ميدانية

إلى السيد(ة) /

المؤسسة العمومية للتعليم العالي والبحث العلمي

نرجو منكم التفضل بقبول استقبال الطالب:

الاسم واللقب (ة): كلشن لامية

تاريخ ومكان الميلاد: 17.09.2001 عين تموشنت

المسجل في: السنة الثانية ماستر علم النفس العمادي

وذلك من أجل إجراء تربص ميداني داخل مصالحكم. يهدف هذا التربص إلى تدعيم التكوين بتطبيق المعارف النظرية التي تم تدريسها لهم بالمؤسسة الجامعية.

تاريخ فترة التربص: من: 01 مارس 2026 إلى 31 مارس 2026

الأستاذ(ة) المشرف(ة): سعد زيب

خلال هذا التدريب، الطالب ملزم بالامتثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن. نعتمد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا، سيدي وسيدة، خالص شكرنا وتحياتنا.

السيد(ة) المستقبلة
مديرة فرعية الموارد البشرية

رئيس القسم أو المسؤول البيداغوجي
قسم العلوم الاجتماعية
رئيس قسم العلوم الاجتماعية

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب - ص.ب 284 عين تموشنت - الجزائر
UNIVERSITY AIN TEMOUCHENT BELHADJ BOUCHAIB
BP 284 Route de SIDI BELABBES - AIN TEMOUCHENT-46000 - ALGERIE

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
جامعة عين تموشنت بلهادج بوشايب
Faculté des lettres et des langues et des sciences sociales
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

عين تموشنت في:

22 فيفري 2026

طلب ترخيص بإجراء دراسة ميدانية

إلى السيد(ة) /
المؤسسة المرموقة 19 ستيفانيت المرموقة مد غري

نرجو منكم التفضل بقبول استقبال الطالب:

الاسم واللقب (ة): جعفر إكدام

تاريخ ومكان الميلاد: 2000 / 12 / 13 حمام بوججر

المسجل في: هاسنر 05 علم النفس الحياضي

وذلك من أجل إجراء تربص ميداني داخل مصالحكم. يهدف هذا التربص إلى تدعيم التكوين بتطبيق المعارف النظرية التي تم تدريسها لهم بالمؤسسة الجامعية.

تاريخ فترة التربص: من: 01 مارس 2026 إلى 31 مارس 2026

الأستاذ(ة) المشرف(ة): للسحدي زينب

خلال هذا التدريب، الطالب ملزم بالامتنثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن. نعتد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا، سيدتي وسيدي، خالص شكرنا وتحياتنا.

المؤسسة المستقبلة
السيدة شعبة نوال
مديرة فرعية لشؤون البسرية

رئيس القسم أو الممثل أو المندوب
رئيس قسم العلوم الاجتماعية
جامعة عين تموشنت بلهادج بوشايب

جامعة عين تموشنت بلهادج بوشايب / طريق سيد بلعاس ص - 284 عين تموشنت - الجزائر
UNIVERSITY AIN TEMOUCHENT BELHADJ BOUCHAIB
BP 284 Route de SIDI BELABBES - AIN TEMOUCHENT-46090 - ALGERIE

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة

المدرسة العمومية الاستشفائية أحمد مدغري
المدرسة العمومية للصحة العامة البشرية
المدرسة العمومية للموارد البشرية
مكتب التفتيش
رقم: 2026/...

توجيه متـرخص (كـة يـو التـرجـمـ)

السيد (ة): كـلاش لـامـية
التخصص: علم النفس (الثانية ماستر)
المرجع: إرسالية صادرة 2026 مـن: جامعة بلحاج بوشعيب حـين تـوشـفـت -
بحول إلى مصلحة: تـصـرـيـح
إتـمـا مـن: 05 أفريل 2026 إلى غاية 14/04/2026
ملاحظة: يتبع منها بآثا القيام بالتـرـصـ أثناء المناوبة الليلية

05 أفريل 2026
التـسـتـيـقـيـق
مـنـيـرة فـرـعـة المـوـاـرـد البـشـريـة
المـلـيـر

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة

المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد مدغوري
المدوية العسكرية للموارد البشرية
مكتب التكويد
رقم: 2026/14

توجيه متـربص (عـدـد 1)

السيد (ة): جعيلر أكرم
التخصص: علم النفس (الثانية ماستر)
المرجع: إرشادية صادرة 2026 مـن: جامعة بلعاج بوشعيب سجين توفيق -
بحول إلى مصلحة: تـمـر عـنـد 1 م
انتماء من: 2026/04/14 إلى غاية 2026
ملاحظة: يتبع منها بالاقام بالترص بالانتهاء المناوبة الليلية

2026 05
السيدة: مـرـيـم
مديرة فرقة الموارد البشرية
المدير

الملحق رقم (05): بطاقة الإشراف.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de L'enseignement
Supérieur et de La Recherche
Scientifique
Université Ain
Témouchent Belhadj Bouchaïb
Faculté des lettres, langues et des
sciences sociales
Département des sciences sociales



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب، اللغات و العلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

السنة الجامعية: 2025- 2026

بطاقة الإشراف على مذكرة التخرج

الاسم و اللقب للطالب (ة): تاريخ و مكان الازدياد: 13/1/12
الاسم و اللقب للطالب (ة): تاريخ و مكان الازدياد: 13/1/12
الشهادة المحضرة: التخصص:
عنوان المذكرة:
الاسم و اللقب الأستاذ المشرف:
مكان التبرص:

التاريخ
...../...../.....
05 أفريل 2026
تأشيرة رئيس القسم
قسم العلوم الاجتماعية
رئيس قسم العلوم الاجتماعية

التاريخ
2026/1/13
إمضاء الأستاذ المشرف
.....

التاريخ
2026/1/13
إمضاء الطالب
.....