

فعالية برنامج تدريبي في التخفيض من سلوك العدوانية

لدى مرضى الدياليز Dialyse

د. زناد دليلة، مخبر الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر2

ملخص:

نحاول من خلال هذه المداخلة أن نقدم برنامجا تدريبيا قمنا بإعداده لمساعدة المرضى الذين يعانون من العجز الكلوي المزمن والذين يعالجون عن طريقة تصفية الدم الهيمودياليز Hémodialyse. يعتبر علاج تصفية الدم علاجا مزمنًا حيث يخضع له المريض ثلاث مرات في الأسبوع وعلى مدى الحياة إلا في حالة زرع كلية. يصاحب المرض الكلوي والمعالج عن طريق الدياليز انعكاسات عضوية مثل أمراض القلب والتنفس ولكن سيكولوجية أيضا مثل القلق والاكتئاب وسلوكية مثل العدوانية حيث يظهر هؤلاء المرضى عدوانية تجاه الطاقم الطبي والشبه طبي وحتى تجاه زملائهم المرضى، وللتخفيف من حدة العدوانية وأثارها قمنا بإعداد برنامج تدريبي مستوحى من العلاج السلوكي المعرفي يعتمد على تقنيات مثل الاسترخاء للتخفيف من حدة القلق والتوتر وتقنية حل المشكل من أجل الابتعاد عن حلول سلوك العدوانية وتقنية النمذجة.

1. مقدمة:

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

يشكل العجز الكلوي المزمن مرضا خطيرا ومميتا يحضر المصاب إلى المستشفى ليس للشفاء الكلوي وغياب المرض، ولكن يقترح عليه الطبيب المعالج تقنية علاجية تساعد على المعيشة والبقاء على قيد الحياة.

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

بعد الإعلان مباشرة عن التشخيص النهائي للمرض المزمن فإن المرضى المصابين يعيشون حالة صدمية وتظهر آثار الصدمة من خلال اضطرابات عضوية، نفسية واجتماعية حيث يختل توازن مختلف هذه الأبعاد Moos, 1977، ويعتقد هؤلاء المرضى المزمنين أن استراتيجيات المقاومة التي كانوا يستعملونها سابقا لمواجهة ضغوطات الحياة اليومية لم تعد فعالة وأنها غير مناسبة للتكيف مع المرض المزمن الذي تم تشخيصه، وانطلاقا من هذا يعيشون خبرة مؤلمة، إنها خبرة المرض وتتجسد هذه الخبرة

من خلال مشاعر الاضطرابات، القلق، الخوف، الاكتئاب، اليأس، والعديد من الانفعالات السلبية
Aspinwall et Taylor, 1990.

1. العجز الكلوي وعلاجه:

1.1. العجز الكلوي المزمن:

ليس العجز الكلوي المزمن مرضا بذاته وإنما هو حصيلة نهائية لكثير من الأمراض التي تصيب الجهاز البولي وتكون غير ظاهرة للمريض. وقد ينتج الفشل الكلوي المزمن عند بعض المرضى من الاستهانة والإهمال من جانبهم إذ يعانون من بعض الأعراض البولية التي قد تبدو بسيطة في نظرهم وأحيانا يستعينون عليها بتعاطي المسكنات العادية Antalgiques والعلاجات الخاطئة من تلقاء أنفسهم. توجد أمراض وأسباب كثيرة تؤدي في النهاية إلى حدوث الفشل الكلوي المزمن وهي كالآتي:

1. مضاعفات البلهارسيا البولية.
2. وجود الحصوات Calculi في الكلى أو في الجهاز البولي.
3. التهابات الكلى الميكروبية المزمنة.
4. العيوب الخلقية وخصوصا التكيس الكلوي الخلقي أو التكيس الخلقي بالحالب Uretère والمجاري البولية وعقن المثانة Vessie.
5. ضغط الدم المرتفع والمهمل بدون علاج.
6. البول السكري ومرض النقرس.
7. تضخم البروستاتة hypertrophie de la prostate .
8. الاستعمال الخاطئ لبعض العقاقير والأدوية المسكنة Anti-inflammatoires.
9. التهاب الكلية: glomérulonéphrite: لا يعرف السبب الحقيقي لهذه الإصابة إلا أن إصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى احتلال في الجهاز المناعي للجسم لتتكون مولدات الأجسام المضادة ونتيجة لذلك يقوم الجسم بتكوين مضادات Antigènes ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات antibodies للأجسام الكلوية glomérules .
10. انسداد المجاري البولية: مثل وجود الحصى في الحالب أو المثانة أو الإحليل وتضخم البروستاتة

2.1. تشخيص العجز الكلوي:

يتم تشخيص مرض الفشل الكلوي من خلال الفحوصات السريرية مع بعض الفحوصات المخبرية والأشعة حيث يجد الطبيب المختص عند تحليل دم المريض ارتفاع بعض المكونات

urée و créatinine وزيادتهما هي التي تعمل على تسمم الدم ولهذا يحتاج إلى تصفيته بطريقة آلية في حالة العجز الكلي للكليتين.

ويحتاج الطبيب في تشخيص مرض الفشل الكلوي ودرجة شدته من خلال أخذ عينة من كلية Rein المريض لفحصها Biopsie rénale وذلك حتى يقرر ما إذا كان المريض قد وصل إلى مرحلة متقدمة من المرض وهل يحتاج إلى عملية الغسيل الكلوي Hémodialyse.

3.1. أنواع العجز الكلوي:

هناك نوعان من العجز الكلوي insuffisance rénale الحاد والمزمن، والعجز الكلوي عموما هو حدوث قصور في عمل الكلية Rein ووظائفها مما يؤدي إلى اختلال عام في جسم الإنسان يمس معظم الأجهزة بما في ذلك: جهاز الدوران القلب، جهاز التنفس جهاز الغدد.

1. العجز الكلوي الحاد:

يشير العجز الكلوي الحاد إلى الهبوط المفاجئ والسريع للترشيح وتؤدي هذه الوضعية إلى:

- تراكم الفضلات الآزوتية.
- حموضة أيضية Acidose métabolique
- إفراط في إفراز البوتاسيوم.

2. العجز الكلوي المزمن:

في معظم حالات الفشل الكلوي المزمن يتحطم عدد كبير من وحدات عمل الكلية النفرونات Néphrons والباقي لا يكفي لقيام الكلية بعملها وفي الغالب يكون نتيجة إصابة الكلى لفترة زمنية طويلة.

والعجز الكلوي المزمن تناذر بيولوجي Syndrome biologique وعيادي مرتبط بالتطور المستمر لأمراض الكلية واضطرابات القلب والشرابين (الضغط الدموي، السكري) ويحتاج المريض المصاب إلى تصفية الدم حتى يتسنى له العيش وقد يسعفه الحظ ويحصل على زرع كلية. (Philippe Zaouie, 2004).

ويعرف العجز الكلوي المزمن على أنه التدهور المستمر والنهائي لوظائف الكلية الخارجية والداخلية وتظهر خصوصا من خلال تناقص التصفية مع زيادة في مواد: الكرياتين واليوري الدموية créatine، Urée نتيجة نقص في clairance وهذا ما يؤدي إلى العجز الكلوي المزمن (المرحلة النهائية) مما يحتم ضرورة إيجاد الطرق التعويضية méthode de suppléance épuration extra.

.(Philippe Zaoui) rénale

2 . التقنيات المستخدمة في علاج العجز الكلوي المزمن:

يحتاج المريض الكلوي إلى إحدى التقنيات العلاجية من أجل تعويض وظائف الكلية المتدهورة، وهذه التقنيات هي:

– زرع الكلية: Greffe rénale

– تصفية الدم عن طريق الأكياس: Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA)

– تصفية الدم عن طريق الآلة: Hémodialyse إنها التقنية التي سوف نركز عليها لأنها هي موضوع مداخلتنا.

1.2 . تعريف الهيموداياليز:

إن كلمة الهيموداياليز تتكون من "هيمو" و"دياليز" وهي تعني: "الدم" و"تصفية". بمعنى "تصفية الدم"، هي تقنية تستخدم من أجل علاج مرضى العجز الكلوي المزمن الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية وهي تركز على طرد الفضلات السامة والماء الزائد من الجسم وذلك بتصفية الدم. يعمل جهاز التصفية الدموية وفق نظام توازن الأملاح في الدم والمواد الذائبة في الماء ويعيدها إلى مستواها الأصلي الطبيعي وهو جهاز مزود بآلية تسمح بالترشيح بخروج الماء من الدم.

من أهم مكونات الجهاز: المرشح ودوره كسائل الغسيل حيث أنها تجعله متناسقا على الدوام في التركيز، درجة الحرارة، وسرعة مرور السائل إذ أن هذه العناصر تمثل الدورة الدموية العادية للإنسان (محمد الصبور 1994: 89).

أما P. Jungers 1988 فيعرف الهيموداياليز كالاتي: هو عبارة عن تبادل بين دم المريض وآلة التصفية التي تحتوي على مركبات كهربائية Composition électrolytique التي تعوض البلازما Plasma مما يسمح عن طريق غشاء شبه نفاذ بالتصفية الدموية. يحدث هذا من خلال تكرار العملية لعدة مرات في الأسبوع، يومين أو ثلاثة أيام في الأسبوع، من أربع إلى خمس ساعات لكل حصة (P. Jungers 1988).

تطبق تقنية تصفية الدم في ثلاث أماكن: إما في المستشفى، أو في مراكز خاصة للدياليز، أو في المنزل. ومن خلال هذا الجهاز يخرج الدم من الجسم ويمر بمصفاة تسمى الكلية الاصطناعية لأنه يطهر الدم بنفس الطريقة التي تطهر بها الكلية (Rostoker وجماعته 1997).

وقد وجد Cimino من جامعة نيويورك طريقة لإيصال الدم مع أنابيب الآلة وذلك

بتحقيق الناصور (Fistule Arterio Veineuse) (FAV) وهي عملية جراحية يجريها الطبيب المختص على مستوى اليد الأمامية بين الوريد والشريان. وهي أساسية بالنسبة لعملية تصفية الدم. وبعد حوالي ثلاث أسابيع من إحداث الناصور تتضخم أوردة الساعد لدرجة تسمح باختراقها بالإبرة التي تنقل الدم إلى جهاز الكلية الاصطناعية وهكذا يمكن استعمال الوصلة الشريانية الوريدية لتصفية الدم لمرات عديدة، وينصح الأطباء المريض بالحفاظ على الناصور حتى يبقى وظيفي (Fistule Fonctionnelle).

يوجه "الهيموداياليز" إذن إلى مرضى العجز الكلوي المزمن وقد سمح لآلاف منهم بالبقاء على قيد الحياة حيث تمكنت هذه التقنية من تعويض بعض الوظائف الأساسية للكلية.

2.2 . كيفية استخدام جهاز التصفية:

إن أجهزة الهيموداياليز كثيرة ومتنوعة نتيجة التطور التكنولوجي لكنها تشغل بطريقة متشابهة إذ العنصر الأول للجهاز هو الكلية الاصطناعية وهي قسمين: قسم للدم وقسم للسائل حيث يسمح بعزل ما أمكن من الشوائب من الدم والقسمان يفصل بينهما غشاء جد رقيق من السيلوفان حيث يمر على بيمين الغشاء الدم وعلى يساره السائل العازل.

هذا الغشاء هو عبارة عن جدار لآلاف من الأنابيب جد صغيرة يسري فيها الدم حيث تكون في سائل الدياليز في الاتجاه المعاكس والشوائب تمر عبر الغشاء الذي يعمل على إقصائها وكلما تم تطهير الدم يعود باستمرار إلى الجسم في حين أن كمية قليلة منه (4%) تدور خارج الجسم حتى لا يكون التأثير كبيرا عليه وأثناء عملية الهيموداياليز يضاف إلى الدم مادة تدعى بـ Héparine كل ساعة حتى تنتهي حصة تصفية الدم.

الهيموداياليز إذن عبارة عن كلية اصطناعية أو آلة خارج الجسم حيث تقوم بتصفية الدم لدى الشخص المريض من الفضلات والماء والبوله لأن الكلية غير قادرة على ذلك باستعمال أجهزة معقمة، كما يصفى الدم من اليوريا Urée، الكرياتينين Créatinine وحض اليوريك Acide Urique والأملاح الزائدة عن حاجة الجسم والمواد الغريبة مثل الأدوية والأصبغ وغيرها من السموم عبر الغشاء نصف النفاذ والذي يسمى Dialyseur (A. Myrier, 1993).

إذن جهاز الكلية الاصطناعية هو عبارة عن مجموعتين من الحجرات تفصل بينهما أغشية نصف نفوذ إذ أنهما تسمح للجزيئات الصغيرة بالمرور عبرها. يمر الدم على إحدى جهتي الغشاء وعلى الجهة الأخرى يمر سائل خاص ومن خلال الضغط بين الدم والسائل، فإن المواد السامة والموجودة في الدم تتوزع بالتساوي على طرفي الغشاء فتمر من الدم إلى سائل الغسيل، ولهذا يجب غسيل الدم (تصفية) عند المريض مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع ومدى الحياة حتى يتم زرع الكلية (عصام

الحمصي، 1996، 180).

تتكون الكلية الاصطناعية من أنبوب ملتف من السيلوفان في محمول خاص، إنه غشاء الديليزة ويكون مغمورا في محلول يحتوي مادة بيكاربونات وكلوريدات الصوديوم والبوتاسيوم بنفس نسبة وجودها في دم الشخص العادي ويعتبر مرشح الكلية الاصطناعية. يتصل أنبوب السيلوفان في نهايته بأنابيب توصيل حيث يتصل أحد الطرفين بالشريان الدموي والطرف الآخر بالوريد الدموي في يد المريض.

3.2 . توظيف جهاز تصفية الدم:

يسحب دم المريض من الشريان بواسطة أنبوب السيلوفان الذي يحيط به محلول البيكاربونات وكلوريد الصوديوم وهنا يتم انتقال جزيئات مادة اليوري *Urée* والكريتين *Acide urique* من الدم إلى المحلول عبر مساحات غشاء السيلوفان في حين تبقى جزيئات البروتينات والأحماض الأمينية في بلازما الدم كما يبقى فيها الماء ويعود الدم الذي تخلص من جزء كبير من المواد السامة المذكورة عبر أنبوب توصيل إلى الوريد الدموي في يد المريض (عائدة عبد الهادي، 1996، 361).

يغرس الممرض إبرتين في وريد ساعد المريض من جهة وبالشريان من جهة أخرى فتشكل رباط شرياني وريدي ولهذا فالكلية الاصطناعية (جهاز تصفية الدم) تكون موجودة في دائرة يعبر منها الدم خارج الجسم تكون بدايتها عرق أو شريان يخرج منه الدم ونهايتها عرق آخر مع العلم أن خلال هذه العملية يجب أن تضاف مادة *Héparine* كما ذكرنا سابقا وذلك حتى لا يتخثر دم المريض ويصبح غير صالح مما يؤدي إلى حالات فقر الدم *Anémie* وحتى لا تتفتح الأوعية الدموية في كل مرة من حصة الدياليز، توضع للمريض قطعة شريانية اصطناعية لكي تسهل عملية الدياليز.

4.2 . مسار عملية تصفية الدم:

بعد توصيل المريض بالكلية الاصطناعية (الجهاز) من خلال الناصور *Fistule*، تثبت كل المؤشرات، وزنه قبل الحصة أخذ مؤشر الضغط الدموي *Prise de tension*، تبدأ عملية الدياليز حيث ينتقل دم المريض داخل *Dialyseur* الذي يوجد فيه غشاء رقيق جدا نصف نفاذ *Semi perméable* والذي يسمح بمرور الماء والجزيئات الصغيرة المنحلة، توجد أنواع عديدة من الأغشية *Capillaires* تختلف حسب سمكها وتقدم للمرضى حسب خصائصهم الفيزيولوجية، فالمرضى الراشد والثخين *Obèse* يحتاج إلى *Capillaire* سميك في حين المريض النحيف يحتاج إلى الأقل سمكا.

وخلال العملية تقوم مضخة كهربائية *Pompe* بسحب الدم من الشريان في الساعد وتدفعه في أنبوبتين من السيليلوز ذات جدران دقيقة جدا، تكون الأنابيب داخل الجهاز مغمور في سائل به

محلول أوكسجين يشبه بلازما الدم وتخرج جزيئات النفايات بقوة إلى السائل أثناء مروره داخل أنابيب الكلية الاصطناعية ويعود الدم المتبقي بعد ترشيحه واحتجاز النفايات، تستلزم هذه العملية مراقبة درجة حرارة في الحوض 38° والضغط والتدفق والمقاومة حيث يكون صافيا، معقما خاليا من الجراثيم ويكون محتواه قريبا من محتوى الدم العادي، تتكرر هذه العملية مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع لمدة 4 إلى 5 ساعات لكل حصاة، وفي كل مرة يفقد المريض وزنا ما بين 1.5 كلف - 2.5 كلف عند كل حصاة (1993 Myrier).

5.2. تحضير المريض لبرنامج تصفية الدم:

تكون متابعة العاجز كلويا منذ الوهلة الأولى وذلك وفق مخطط متناسق وبعد أن يعرف الطبيب أن مريضه وصل إلى المرحلة النهائية من العجز الكلوي، يبدأ تحضيره، يكون التحضير طبيا وسيكولوجيا ذلك لأن دخول آلة التصفية في حياة المريض سيحدث تغيرا شاملا على مختلف الجوانب (الجسمية، النفسية الاجتماعية، المهنية والعلاقية).

أ. **الإعدادات السيكلوجي:** يكون ذلك قبل بضعة أشهر من بداية تطبيق بروتوكول التصفية الدموية حيث يشرح له الطبيب ميكانيزم التقنية، أهداف الدياليز، انعكاسات علاج الدياليز على المدى القريب وال المدى البعيد، والتأكيد خاصة أن هذا العلاج المزمن يخضع لشروط يجب تطبيقها كالمواظبة على الحصة، الإنقاص من السوائل، تناول الأدوية، الإقلاع عن التدخين، ذلك لأنه بالرغم من فعالية هذا العلاج إلا أنه لا يعوض تماما وكلها وظائف الكلية المتدهورة، ولكن قد يسمح علاج تصفية الدم بنوعية حياة اجتماعية ومهنية وذلك إذا امتثل المريض للتعليمات الطبية.

ب. **وضع الناصور الشرياني الوريدي FAV:** هي خطوة أساسية في حياة المريض المصاب بالعجز الكلوي وضرورية إذ هي التي تسمح بتحقيق حصص التصفية وذلك قبل ثلاث أسابيع من بداية الدياليز. وينتظر الطبيب حتى تتطور وتصبح وظيفية قابلة للتشغيل.

ج. **محركات الفعالية لعلاج تصفية الدم:** هناك مجموعة من المحركات العيادية والبيولوجية تساعد في فعالية علاج الدياليز:

- ضغط دموي مستقر من خلال الأدوية أو بدون الأدوية.
- فقر الدم معتدل أو مصحح.
- غياب الاختلافات الكبرى لعمليات الأيض لـ (الفوسفور والكالسيوم).
- تركيز اليوري والكرياتين متوسط.
- جودة الحياة (النفسية الاجتماعية والعلاقية) مع وجود الدعم الاجتماعي (المادي

والمعنوي). (1988 P. Jungers).

3. المضاعفات الناتجة عن علاج تصفية الدم:

تكون حصص التصفية مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع ما بين ثلاث إلى أربع ساعات في اليوم وهذا لمدة سنوات مما يجعل ظهور تعقيدات فيزيولوجية، بيوكيميائية ونفسية أهمها:

1. اضطرابات قلبية وعائية: حيث نجد اضطرابات الضغط الدموي أكثرها حالات ارتفاع الضغط الدموي.
2. اضطرابات دموية Hématologique مثل فقر الدم، إصابة الكريات البيضاء والصفائح الدموية.
3. اضطرابات عصبية: هي تعود إلى تسمم اليوري مما يؤدي إلى التهابات الدماغ Encéphalopathies قد تؤدي إلى اضطرابات عقلية.
4. اضطرابات هرمونية: أهمها اضطرابات الغدد جارات الدرقية Parathyroïdes التي تؤدي إلى هشاشة العظام، مع اضطراب الوظائف الجنسية والتناسلية عند المرأة والرجل حيث يظهر عندهما العجز الجنسي، العقم عند المرأة وصعوبة الإخصاب عند الرجل.
5. أمراض الكبد: الناتج عن فيروس B أو C وقد يعود ذلك إلى العدوى بين المرضى أو تحقن الدم المتكرر مما يؤدي إلى ضعف في الجهاز المناعي ونقصان المقاومة ولهذا يحتاج مرضى الدياليز إلى التطعيم المسبق ضد هذه الأمراض.

وعلى هذا يحتاج هؤلاء المرضى إلى متابعة دورية حيث تجرى لهم فحوصات مستمرة (فحص الناصور، فحص الدم، أشعة القلب والشرانين) وهذا ما يساعدهم على متابعة مسار العلاج المزمّن: الدياليز.

6. اضطرابات نفسية: يدرك المصاب بالعجز الكلوي المزمّن والخاضع للدياليز أن حياته تغيرت ويجب أن يتكيف مع هذه التغيرات مثل ترك العمل لأنه لم يعد قادرا على القيام به، ظهور بعض المشاكل الأسرية بين الزوجين إذا كان أحدهما هو المريض، شعور المريض أن هناك تغيرا في صورته الجسدية، وقد تظهر خلال هذه المرحلة بعض الاضطرابات النفسية كاستجابة للوضعية الجديدة، الهيموديايز، إذ نجد حالات القلق والاكتئاب، اضطرابات النوم والتغذية، عدم الامتثال للتعليمات الطبية وسلوك العدوانية وهذا ما يدعو إلى تدخل الأخصائي النفسي الذي يهيئ برنامجا للتكفل هؤلاء المرضى الخاضعين لتصفية الدم إذ أن للعوامل النفسية والاجتماعية دور هام في التكيف النفسي مع هذا العلاج وتقبله. سوف نركز على سلوك العدوانية كاضطراب سلوكي لدى هؤلاء المرضى.

- 1.6. التكيف السيكولوجي مع تصفية الدم: عبارة عن عملية أو مسار تكييفي مستمر ومتواصل عوامله وأنماطه تختلف حسب نمط أو شكل الدخول في المرض المزمّن. وحسب النظرية التطورية يحدث تغيرا معتبرا على مستوى أفكار ومعتقدات المريض. إن أغلبية المرضى المصابين بالعجز الكلوي المزمّن يخضعون للدياليز

بالرغم أنه لم تظهر بعد عندهم اضطرابات، ولكن قد تظهر مظاهر مرضية متعلقة بتصفية الدم منها: احتلالات في التوازن الحيوي، اضطرابات هضمية وحتى سيكاترية.

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

1. مرحلة الخمول والسلبية.
2. مرحلة الفرح والحيوية الناتجة عن التحسن الذي يصاحب عملية تصفية الدم.
3. مرحلة القلق أو الضغط نتيجة الإرغامات والضغطات الناتجة عن العلاج المزمن والثقيل تصفية الدم.
4. مرحلة التكيف والمقاومة للمرض المزمن والعلاج المزمن.

وهذه المراحل الأربعة ما هي إلا وضعية للمسار الذي يخوضه المريض المصاب بالعجز الكلوي المزمن والخاضع لتصفية الدم. ويمكن أن نجمع هذه المراحل في مرحلتين:

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

-**المرحلة الثانية:** وهي تشير إلى حالة التكيف أو التوافق المزمن، وهنا يحقق المريض أنماطا تكيفية مختلفة حيث يصبح الأنا أكثر مرونة، كما أنه عملي ووظيفي بعدما كان في حالة البهتان ويعمل من خلال ذلك على وضع مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية خاصة: النكوص والتماهي، هي مرحلة تتميز بالمراقبة.

2.6 . الاستجابات المصاحبة للمرض المزمن: إن الاهتمام الكبير الذي يوليه مختلف المستخدمين في مجال الصحة للاضطرابات السيكولوجية المرتبطة بالأمراض العضوية الخطيرة والثقيلة مثل العجز الكلوي المزمن يحاولون بذلك تحقيق قدر معين من الرفاهية Bien être لمريضهم.

يشكل العجز الكلوي المزمن مرضا خطيرا ومميتا يحضر المصاب إلى المستشفى ليس للشفاء الكلوي وغياب المرض، ولكن يقترح عليه الطبيب المعالج تقنية علاجية تساعد على المعيشة والبقاء على قيد الحياة.

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

بعد الإعلان مباشرة عن التشخيص النهائي للمرض المزمن فإن المرضى المصابون يعيشون حالة صدمية وتظهر آثار الصدمة من خلال اضطرابات عضوية، نفسية واجتماعية حيث يختل توازن مختلف هذه الأبعاد Moos, 1977، ويعتقد هؤلاء المرضى المزمنين أن استراتيجيات المقاومة التي كانوا يستعملونها سابقا لمواجهة ضغوطات الحياة اليومية لم تعد فعالة وأنها غير مناسبة للتكيف مع المرض المزمن الذي تم تشخيصه، وانطلاقا من هذا يعيشون خبرة مؤلمة، إنها خبرة المرض وتتجسد هذه الخبرة من خلال مشاعر الاضطرابات، القلق، الخوف، الاكتئاب، اليأس، والعديد من الانفعالات السلبية مثل العدوانية Aspinwall et Taylor, 1990.

وبالتأكيد فإن بعد مرور مرحلة الصدمة التالية لإعلان تشخيص المرض المزمن فإن المرضى يبدأون في تطوير معاني ومفاهيم عن كيفية تأثير المرض المزمن على حياتهم وطريقة التكيف معه وإدماجه على المستوى الشخصي والتصورى وتصاحب هذه الفترة بعض المشكلات في التكيف والتقبل، وهي مشاكل تمس مختلف المجالات العضوية، المهنية، النفسية. ولعل من الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تظهر عند هؤلاء المرضى العدوانية .

4 . العدوانية:

ظاهرة عامة بين البشر يمارسها الأفراد بأساليب مختلفة ومتنوعة وتأخذ صورا عديدة مثل التنافس في العمل وفي التجارة وفي التحصيل المدرسي بل وفي اللعب كما يتخذ العدوان صورا أخرى مثل التعبير باللفظ أو العدوان البدني وقد يتخذ العدوان صورا أخرى أيضا كالضرب والإتلاف والشتيم وحتى العدوانية الموجهة نحو الذات.

أ-العدوان:

سلوك يقصد به المعتدى إيذاء الآخرين وقد عرف العدوان من قبل العديد من علماء النفس وتطلق صفة العدوان على أشكال محددة من السلوك (كالضرب والصدم) أو على أشكال معينة من الحوادث الانفعالية أو كليهما معا أو على الظواهر المرافقة للحوادث الاجتماعية (كالغضب والكراهة) أو على مضامين دافعية (كالغريزة والدافع).

- يشير السلوك العدواني إلى أنواع السلوك التي تستهدف إيذاء الآخرين أو تسبب القلق عندهم.
- هو استخدام القوة للإضرار وإيقاع الأذى بالأشخاص والممتلكات فعلى المستوى الوصفي يشير المفهوم إلى القوة المستخدمة للإضرار وعلى المستوى الأخلاقي يشير إلى استخدام قوة غير مقبولة لإيقاع الأذى بالأشخاص والممتلكات.

ب- المشاعر العدائية:

وإذا كان العدوان الصريح يأخذ أشكال ظاهرة تتمثل في الاعتداء البدني أو الاعتداء اللفظي أو بالتخريب أو بالمشاكسة والعناد ومخالفة الأوامر والعصيان والمقاومة فإن المشاعر العدائية أو العدوانية تتخذ شكل العدوان المضمّر غير الصريح مثل الحسد والغيرة والاستياء كما تتخذ شكل العدوان الرمزي الذي يمارس فيه سلوك يرمز إلى احتقار الآخرين أو توجيه الانتباه إلى إهانة تلحق بهم أو الامتناع عن النظر إلى الشخص وعدم الرغبة في مبادرته بالسلام أو رد السلام عليه. وقد حدد علماء النفس أن العدوان يعود إلى بعض الوضعيات السيكلوجية أهمها :

الإحباط:

وهو حاله شعورية تعترى الفرد إذا ما فشل في تحقيق غاية يريد الوصول إليها وإذا حال بينه وبين تحقيق هدفه عائق يعجز عن التغلب عليه ويكون الشعور بالإحباط نتيجة أيضا للقمع الذي يصطدم به الفرد متمثلا في وقوف السلطة من الكبار المحيطين به أو من القوانين والنظم حائلا دون وصوله إلى الهدف. ويصنف علماء النفس الإحباط إلى :

أ/ إحباط أولى:

حين يوجد الفرد في موقف يشعر فيه بالحُرمان نتيجة لعدم إمكان الوصول إلى الهدف الذي تسعى الحاجة النشطة إلى تحقيقه كعدم وجود الطعام.

ب/ إحباط ثانوي:

عندما توحد عقبة تمنع من الاقتراب من موضوع الهدف.

إن الإحساس بالنبذ والإحباط يؤدي إلى تكوين المشاعر العدوانية وقد يؤدي إلى العدوان الطفل الذي يشعر بالإحباط نحو تحصيله الدراسي والذي تشعره الجماعة المحيطة به أنه أقل ذكاء من الآخرين وكذلك الذي يتناوب الإحساس بالعجز والقلق نحو التعامل مع الآخرين والذي يشعر بعدم الرضا عن مظهره أو صفاته الشخصية والذي لا يعرف إن كان ناجحا أم فاشلا كل هؤلاء يشتركون في الشعور بالنقص وبالعدوانية ويجسسون بالعجز في مواجهة الآخرين وقد يصلون إلى نوع من الرفض وعدم التقبل للذات نتيجة لما يشعرون به من الهزيمة من الداخل.

عرف علماء النفس العدوانية بأنها "أي شكل للسلوك يوجه نحو هدف الأذى أو إصابة فرد آخر يتحفز ليتجنب مثل هذا الشيء" كما قال بارون وريتشارد (Rechard, 1994, p.7 & Baron). وعند اختيار هذه التعاريف المشابهة اظهر كيل أربع تعاريف للعدوان:

1- أهما السلوك.

2- أهما الانشغال بالأذى والإصابة.

3- إنما مواجهة نحو حياة منظمة.

4- إنما تنشغل بالهدف.

يعرف أندري العدوانية على أنها مكون أساسي لكل كائن فهو يظهر من خلال تأكيد الذات والرغبة في الحياة فهي تأخذ أشكال العدائية وتوبيخ الآخر وتحقيره.

كما يعرف بورو العدوانية أنها في المعنى البيولوجي تشير إلى إطار التفاعلات بين الكائن الحي ومحيطه (ANDRE P. (1997, p.2)

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

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

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

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

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

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

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

5. برنامج تدريبي في التخفيض من سلوك العدوانية لدى مرضى الدياليز:

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

(العجز الكلوي).

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

- 1- وضع تشخيص للمعاناة التي يعاني منها المريض
- 2- التعرف على كل العوامل والظروف المحيطة بالمريض (المعاش النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي، العلاقات الاجتماعية) كلها عوامل مساعدة في نجاح العلاج أو معرقة له.
- 3- جعل المريض يهتم بحياته الشخصية والنفسية ويتعرف على معاشه الداخلي والاشعوري.
- 4- الإصغاء الجيد والعميق للمريض لمختلف عباراته، كلامه آهاته، التركيز أيضا على صمته، الكلام الداخلي.

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

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

يعمل الأخصائي على جعل المريض المصاب بالعجز الكلوي يدرك أنه يفهمه ويشاطره خبرة الألم نتيجة المرض المزمن والعلاج المزمن حيث يشير الأخصائي إلى مدى مراعاته لخبرة المعاش الجسدي والنفسي الذي يعبر عنه المريض ولاسيما خبرة الخوف من الموت أو قلق الموت أحد أبعاد المعاناة لدى مرضى العجز الكلوي المزمن. وهكذا يتوصل المريض بالتدريج إلى طلب المساعدة النفسية وعلى العموم فإن المرضى يطلبون حلولاً مؤقتة وسريعة للصعوبات النفسية والاجتماعية التي تصادفهم جراء الأزمات والصدمات نتيجة أحداث حياتهم العائلية، المهنية ومثل هذه العراقيل الانتظار الطويل للحصول على زرع كلية، فالدياليز تحدث حالة القلق، التوتر والعدوانية.

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

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

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

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

كما يلاحظ السيكلوجي أن هناك تغيرا معرفيا أو تغييرا على مستوى التفكير حيث يصبح المريض أقل صلابة بل أكثر إبداعا وتفاؤلا وذلك نتيجة مواجهة القلق المزمين. كما تصبح الآليات الدفاعية أكثر نضجا مما يؤدي إلى تبلور التوازن الحيوي (الجسمي والنفسي) ويعتقد المريض أن ماله *pronostic* أقل تهديدا.

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

خاتمة:

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

المراجع باللغة العربية:

- 1- المشكلات النفسية عند الأطفال: أ.د محلم، سامي محمد، دار الفكر. 2007
- 2- مشكلة العدوان في سلوك الأطفال: الهشمري، محمد قطب، مكتبة العبيكان.
- 3- العيدروس، عقيل حسين (1996): "أمراض الكلية وارتفاع ضغط الدم"، مؤسسة مكة للطباعة والإعلام.
- 4- رويحة، أمين (1972): "أمراض الجهاز البولي، الكلى والبروستات"، دار القلم، بيروت، لبنان. 4

المراجع بالأجنبية:

- 1- Boubchir. M; (2004): « monographie sur l'insuffisance rénale chronique », OPU, Alger.
- 2- Bourgeois M. (1994): «Psychologie de la santé, psychologie médicale, psychosomatique et psychiatrie de liaison»; in Ann, méd-psychol, 1994, 152, n° 10.
- 3- Brillon. P ; (2004): « se relever d'un traumatisme », les éditions Quebecor, Canada.
- 4- Broca. A ; (2002): « Douleurs, soins palliatifs »: Deuils, Masson, Paris.
- 5- Burloux. G ; (2004): « le corps et sa douleur », Dunod, Paris.
- 6- Chabrol, H et Callahan, S; (2004): « mécanismes de défense et coping », dunod, paris.
- 7- Chiland. C ; (1983): « l'entretien clinique » PUF, Paris.
- 8- Churchill. Dm, Wallace J.E et Beecroft ML; (1991): «A comparison of evaluative indices of quality of life and cognitive function in hemodialysis patients control clin trials, S 159-67, PMID.»
- 9- Clére. J. (1981): « problèmes psychologique des insuffisants rénaux chronique », in cah, med, 6, 28, 1791 1810.

Résumé

Notre étude porte sur l'élaboration d'un programme d'entraînement à la réduction du comportement d'agressivité diagnostiqués chez les insuffisants rénaux chroniques et traités par hemodialyse. cette agressivité destinée contre les médecins et les infirmiers et même contre d'autres malades .Ce programme est issu de la thérapie cognitivo-comportementale tel que: la relaxation, probleme-solving ainsi que le modeling.