

إدراك الضغوط وعلاقته بالسلوك الانتحاري لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة

إعداد

نورهان محمود محمد الشيخ

أ.د. مايسه محمد شكري

أستاذ علم النفس كلية الآداب - جامعة طنطا

د. طارق محمد فوزي

مدرس علم النفس كلية الآداب - جامعة طنطا

المستخلص:

تبلور موضوع الدراسة حول توضيح العلاقة بين إدراك الضغوط والسلوك الانتحاري لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة (الالتهاب الكبدي الوبائي، الفشل الكلوي)، وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ مريضاً من مرضى الأمراض المزمنة منهم (٣٠) مريضاً بالالتهاب الكبدي الوبائي تراوحت أعمارهم ما بين (٥٣ - ٧٢) عاماً، و(٣٠) مريضاً بالفشل الكلوي، من مستشفى المحلة العام بالمحلة الكبرى ومستشفى طنطا الجامعي تراوحت أعمارهم ما بين (٢٩ - ٥٥) عاماً، وطُبق عليهم مقياس احتمالية الانتحار (إعداد/ عبد الرقيب البحيري، ٢٠١٣)، ومقياس إدراك الضغوط (إعداد/ الباحثة).

وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين السلوك الانتحاري و إدراك الضغوط لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة.

الكلمات الافتتاحية: إدراك الضغوط ، السلوك الانتحاري ، الأمراض المزمنة.

تُعد الضغوط النفسية هي الحالة التي يدركها الفرد الذي يتعرض لأحداث، أو ظروف معينة بأنها غير مريحة، أو مزعجة، أو على الأقل تحتاج إلى نوع من التكيف، أو إعادة التكيف، وأن استمرارها قد يؤدي إلى آثار سلبية كالمرض، والاضطراب، وسوء التوافق (جمعة يوسف، ٢٠٠٧، ١٣).

كما يُعد الانتحار واحداً من أكثر المشكلات التي نالت اهتمام الأوساط الاجتماعية، والتربوية، والنفسية، والقضائية؛ لما لها من تأثير سلبي على حياة الفرد نفسه، وبنية المجتمع وتماسكه واستقراره وهي ظاهرة اجتماعية يكاد لا يخلو منها أي مجتمع من المجتمعات وبخاصة المجتمعات التي عانت من تقلبات ومشاكل سياسية واقتصادية، وما نتج عنها من تأثيرات سلبية اجتماعية ونفسية (علي الجبوري ونازك السلطاني، ٢٠١٠، ٣٦١).

وقد تصاحب الأمراض المزمنة شعور المريض بالإرهاق والألم والخوف، كما أنها تؤثر على أداء الجسم لوظيفته بطريقة طبيعية، فهي تحدث تغيراً في النشاط الحركي وأسلوب حياة المصاب فضلاً عن تأثيرها النفسي على طبيعة اتجاهات وانفعالات المصاب، وغالباً ما يصاب بها الصغار والكبار على حد سواء (كمال سيالم، ٢٠٠٩، ٥٩).

ثانياً: مشكلة الدراسة:

تحدد مشكلة الدراسة في ضوء التساؤل الآتي:

هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين إدراك الضغوط والسلوك الانتحاري لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة؟
أهمية الدراسة:

إعداد برامج وقائية علاجية لذوي الأمراض المزمنة، وتتضمن إجراءات لخفض أعراض الضغوط النفسية للحد من السلوك الانتحاري مستقبلاً، أو التقليل من آثار تلك الظاهرة. تلفت الدراسة الانتباه إلى خطورة السلوك الانتحاري، وما يمكن أن يحدثه من مشكلات نفسية واجتماعية، وذلك من خلال التخطيط ووضع الاستراتيجيات والمقترحات للتخفيف من آثاره.
أولاً: إدراك الضغوط

تعريف الضغوط:

عرف "سارفينو" (Sarfino, 2003, 7) الضغوط بأنها حالة تحدث عندما تقود العوامل البيئية الفرد إلى أن يدرك وجود فروق وفجوة بين متطلبات الموقف وما لدى الفرد من إمكانيات بيولوجية، ونفسية، واجتماعية.

ويعرف (أحمد عبد الخالق، ٢٠١٦، ٤٦) الضغوط بأنها العملية التي تفرض فيها الأحداث الضاغطة، الخارجية أو الداخلية، عبئاً ثقيلاً على الإنسان في مواجهتها، أو تمثل تهديداً له، ويرتبط بهذه العملية تغيرات نفسية وفسولوجية معينة، وقد تكون الضغوط إيجابية، ولكن غالبيتها سلبية يهدد الاتزان الحيوي للإنسان.

أنواع الضغوط:

تتنوع الضغوط النفسية بحسب تأثيرها على الإنسان نفسياً وعقلياً، ومن أنواع الضغوط:

١- الإدراك الإيجابي للضغوط:

وهي تلك الضغوط التي تحدث توتر يؤدي إلى الشعور بالرضا والسعادة والاتزان النفسي.

٢- الإدراك السلبي للضغوط:

فهي تؤدي إلى الشعور بالإحباط والتعاسة وعدم السرور وقد يرافق هذه الضغوط أمراض نفسية، أو فسيولوجية تؤدي إلى الاختلال الوظيفي للأعضاء واختلال في الصحة النفسية (أحمد عربيات وعمر الخرابشة، ٢٠٠٧، ٥٤).

كما يمكن تقسيم الضغوط حسب استمراريتها مع الفرد إلى:

١- ضغوط مزمنة Chronic stress:

هي الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة زمنية طويلة ولا يستطيع الفرد مواجهتها وخاصة إذا كان الموقف الضاغط أشد صعوبة من مقدرة الفرد على التحمل؛ وهذا بدوره سيعرضه إلى الآلام المزمنة والتي تعتبر ضغوط سلبية، حيث يجمع الفرد طاقته لمواجهة هذه الضغوط، ونتيجة لذلك يظهر على الفرد أعراض نفسية فسيولوجية.

٢- ضغوط مؤقتة Temporary stress:

هي ضغوط تحيط بالفرد لفترة زمنية قصيرة ثم تنتهي، مثل: الضغوط الناشئة عن الامتحانات، أو مواجهة موقف صعب مفاجئ، أو الزواج الحديث، إلى غير ذلك من الظروف المؤقتة التي لا تدوم آثارها لفترة طويلة، ومعظم هذه الضغوط تكون سوية (طه حسين و سلامة حسين، ٢٠٠٦، ٣٤).

النظريات المفسرة للضغوط:**١- نظرية سيللي "seley":**

وقد حدد سيللي ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط وأطلق عليها أعراض التكيف العامة:

أ- مرحلة الإنذار Alarm Reaction Stage:

في هذه المرحلة تظهر استجابات الجسم الفسيولوجية للضغط حيث تزداد إفرازات الأدرينالين ويزداد اتساع الجهاز الليمفاوي والتنفس والسكر في الدم والدهون في الدورة الدموية وتُشد العضلات لتهيأ الجسم لعملية المواجهة وتزداد قابلية الجسم للأمراض، وتعرف هذه التغيرات بالاستثارة العامة.

ب- مرحلة المقاومة Resistance Stage:

إذا استمر هذا الموقف الضاغط فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة المقاومة، وفيها يحاول الكائن الحي مقاومة الموقف الضاغط الذي استثارته حالة الإنذار، وتبدأ أعراض الإنذار في الاختفاء وتتم مقاومة الموقف عن طريق النشاط الزائد، وفيها تظهر تغيرات تدل على محاولات التكيف حيث تتراجع إفرازات الغدد.

فينتقل الجسم من مرحلة المقاومة العامة إلى أعضاء حيوية معينة تكون قادرة على صد مصدر التهديد، وإذا استمر تعرض الكائن الحي إلى الضغط الداخلي يضعف التأثير والمقاومة، وينتقل إلى المرحلة الثالثة.

ج- مرحلة الاستنزاف Exhaustion Stage:

مع استمرار الموقف الضاغط يبدأ الجسم في استنزاف قوي للأعضاء الحيوية اللازمة للصمود حيث يمكن أن يحدث اختلال وظيفي للأعضاء الحيوية للجسم، ونجد الكثير من الاختلالات الفسيولوجية التي ظهرت في مرحلة الإنذار تعاود الظهور، والتي يمكن أن تؤدي إلى الموت (محمود عطية، ٢٠١٠، ٦٠-٦١).

٢- نظرية التقييم المعرفي "Lasarus":

وتركز هذه النظرية على معتقدات الفرد ومعارفه عن الأحداث والمواقف الضاغطة، ومن أهم المتغيرات في هذا الصدد المعتقدات غير العقلانية فقد لاحظ "ألبرت أليس" أن معتقداتنا عن الأحداث إضافة إلى الأحداث نفسها يمكن أن تسهم في زيادة الشعور بالضغط (محمد سعد، ٢٠٠٩، ٧٦).

وأكد "لازاروس وفولكمان" (lasarus and folkman, 1980) أهمية التقييم المعرفي الذاتي للموقف الضاغط، حيث حددا عملية تقييم الموقف الضاغط وإدراك الفرد له في مرحلتين، هما:

١- **التقييم المعرفي الأولي:** يشير إلى العمليات العقلية التي تتعلق بإدراك الشخص ومعرفة الأحداث، التي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط.

٢- **التقييم الثانوي:** يتضمن بحث الفرد على المواجهة سواء داخل الفرد والبيئة، ويتضمن التقييم الثانوي أيضاً اتخاذ القرار، واختيار أساليب وطرق المواجهة الفعالة للمشكلات، وهنا يقوم الفرد بتقييم طبيعة الموقف الضاغط وتحديد أسلوب المواجهة المطلوبة بلا خيار بين عدد من البدائل المتاحة (في: السيد السمانوني، ٢٠٠٧، ٢٥٥-٢٥٦).

٣- نظرية سبيلبرجر "Spielberger":

تعد نظرية سبيلبرجر في القلق مهمة لفهم الضغوط، فقد أقام نظريته على أساس التمييز بين القلق كسمة والقلق كحالة ويقول إنَّ للقلق شقين:

الأول: سمة القلق، أو القلق العصابي، أو المزمن وهو استعداد طبيعي، أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية.

الثاني: قلق الحالة وهو قلق موضوعي، أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة.

وبناء على هذا الأساس يربط "سبيلبرجر" بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطاً مسبباً لحالة القلق ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلاً.

كما اهتم سبيلبرجر بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بينها وبين حالات القلق الناتجة عنها، ويميز بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة (كبت، إنكار، إسقاط) وتستدعي سلوك التجنب الذي يسمح بالهروب من الموقف الضاغط، كما يميز سبيلبرجر بين مفهوم الضغط ومفهوم القلق، فالقلق هو عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط، كما ميز بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد من حيث إنَّ الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة التهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير، أو مخيف (أحمد أبو زيد، ٢٠١١، ٤٤-٤٥).

٤- نظرية العجز المكتسب "سيلجمان" (Selgman):

ومن رواد هذه النظرية "سيلجمان" وتشير إلى وجود علاقة بين إدراك الفرد للحدث الضاغط، والقلق والاكتئاب والإحساس بالعجز إذا تكرر الحدث الضاغط، ويشير الضغط إلى الحالة السلوكية والجسمية والنفسية التي يعانيها بعض الأفراد وهو ليس سلبياً في كلِّ حالاته.

وتشير هذه النظرية أن تكرار تعرض الفرد للضغط إذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في الضغوط، أو مواجهتها، أو التنبؤ بعواقبها، فإنَّ هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة وشعور الفرد بالعجز يجعله يبالغ في تقديره للأحداث التي يمر بها، وفي نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على مواجهتها؛ ممَّا يجعله يتوقع الفشل بشكل دائم، ويدرك أن ما يتعرض له من فشل وعدم قدرة على المواجهة سوف يستمر معه في المستقبل، ومن ثمَّ يشعر باليأس (عابدة شكري، ٢٠٠١، ١٦).

ثانياً: السلوك الانتحاري

تعريف السلوك الانتحاري:

عرف (حسين فايد، ٢٠٠٧، ٣٥٥) السلوك الانتحاري بأنه "عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد، وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقاً لتأثير العمليات البيولوجية، والنفسية والاجتماعية".

ويعرفه (Ougrin, 2012, 1220) بأنه رغبة الفرد في التخلص من حياته بسبب ما يُعانيه من الخجل والشعور بالذنب والإحباط واليأس والاكتئاب الناجم عن التعرض للضغوط الحياتية.

أسباب الانتحار:

تشير أدبيات علم النفس إلى تعدد عوامل الخطر الدافعة لحدوث السلوك الانتحاري، وتعتبر هذه العوامل مؤشرات للعمليات السببية الكامنة التي تؤدي بالفرد إلى قتل نفسه وإنهاء حياته، وتوضح هذه العوامل فيما يلي:

١- العزلة الاجتماعية Factor of social isolation:

يمكن القول إنَّ العزلة الاجتماعية هي العامل الأقوى والأكثر تنبؤاً بالتفكير الانتحاري، والمحاولات، والسلوكيات الانتحارية المميتة بين عينات مختلفة، كما أكد (Van et al., 2010) وجود ارتباطات بين السلوك الانتحاري المميت وجوانب العزلة الاجتماعية المختلفة، بما في ذلك الشعور بالوحدة، والانسحاب الاجتماعي، والعيش وحيداً، وقلة الدعم الاجتماعي، والعيش في أسر غير صحية، وفقدان الزوج/ الزوجة من خلال الوفاة، أو الطلاق. في المقابل، الزواج، والأطفال، وعدد أكبر من الأصدقاء يرتبط بانخفاض خطر السلوك الانتحاري المميت (Van et al., 2010, 579)

٢- الأمراض الجسدية Physical illness factor:

أظهرت مراجعة قام بها "ويتلوك" ١٩٨٦، أن أكثر من ثلث الأشخاص الذين يموتون بسبب الانتحار كان لديهم مرض عضوي، فهناك علاقة قوية بين الأمراض الجسدية والانتحار، وعلى الرغم من ذلك ليس كلَّ الأمراض العضوية الجسدية تُعد عاملاً خطراً، ومسبباً في الانتحار، فمثلاً: التهاب المفاصل، والسكري، وارتفاع ضغط الدم، وفي المقابل هناك أمراض جسدية عضوية لها علاقة وثيقة بالأسباب، كونها عوامل خطر قوية تؤدي إلى الانتحار، مثل: مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، والذي ثبت في العديد من الدراسات أنه يمثل عاملاً خطراً بسبعة أضعاف، وأيضاً مرض سرطان الدماغ، والذي يزداد بمقدار تسعة أضعاف، مقارنة بالأمراض الأخرى كعامل خطر للانتحار، وتعتبر العلاقة بين المرض الجسدي والانتحار



علاقة غير مباشرة، حيث يتم حسابها من قبل العديد من عوامل الخطر الأخرى، بما في ذلك الاضطرابات النفسية (في: Chochinov et al., 2005, 15)

٣- العوامل الحيوية العصبية Neurobiological factors:

تشير الدراسات التي أجريت على التوائم إلى أن الوراثة هي السبب في نحو ٨٤% من محاولات الانتحار، وتدعم دراسات التبنى الوراثة كسبب للنزعة الانتحارية. كذلك فقد اتضح أن انخفاض مستوى الناقل العصبية السيروتونين Serotonin مرتبط بالاكتئاب، وهناك ارتباط بين السيروتونين والانتحار، وظهر انخفاض مستويات السيروتونين في مستقبلة السيروتونين الرئيسية عند المنتحرين، وظهر أن الانخفاض الشديد في مستويات مستقبلات السيروتونين مرتبط بحالات الانتحار العنيفة، فقد وجد أن الانخفاض الشديد في مستوى مستقبلات السيروتونين ترتبط بصورة كبيرة مع حالات الانتحار العنيفة التي تمت دون تدبير مسبق، وكذلك في الجين الناقل للسيروتونين، وتوضح هذه النتائج أن انخفاض السيروتونين قد يتسبب في زيادة مخاطر الانتحار العنيف (أن كرينج وآخرون، ٢٠١٧، ٣٣١).

تصنيفات الانتحار:

قليلًا ما يحرص الاختصاصيون، بوجه عام، على تصنيف الانتحار، ومع ذلك يمكن اعتبار أن النماذج الأربعة التالية تشمل الأنواع الأكثر أهمية وهي كالتالي:

١- الانتحار الهوسي Maniacal suicide:

يعزى هذا الانتحار إما إلى هلوسات، أو إلى تصورات هذيانية، فالمريض ينتحر تخلصًا من خطر، أو فضيحة متخيلة، أو استجابة لنداء خفي تلقاه من أعلى، فدوافع هذا الانتحار الهوسي تظهر وتختفي، أو تتحول بصورة مذهلة.

وفجأة تظهر الهلوسة، أو الهذيان اللذان يدفعان الشخص المهلوس إلى تدمير نفسه، وينجم عن ذلك محاولة الانتحار.

٢- الانتحار المنخولي (الاكتابي) Melancholy suicide:

يرتبط هذا الانتحار بحالة شاملة من الكرب العميق الذي يؤدي بالمريض إلى فقدان التقدير الصحيح للعلاقات التي تربطه بالناس والأشياء من حوله، فهو يرى الدنيا سوادًا حالكًا.

٣- الانتحار الوسواسي Obsessive suicide:

لا يحدث الانتحار في هذه الحالة نتيجة لأي دافع حقيقي، بل بسبب فكرة ثابتة عن الموت تستحوذ على ذهن المريض دون أي سبب يمكن تشخيصه، فالمريض مسكون بالرغبة في الانتحار مع أنه متأكد تمامًا من عدم وجود أي سبب معقول لفعل ذلك.

٤- الانتحار الاندفاعي أو الأتوماتيكي Impulsive or automatic suicide:

ليس هذا الانتحار معللًا وليس له أدنى سبب لا في واقع المريض، أو في مخيلته، وهو ينتج عن نزوة مفاجئة تستثير الفعل، أو على الأقل بدء التنفيذ (Durkheim, 2005, 9-12).

النظريات المفسرة للانتحار:

١- النظرية المعرفية Cognitive theory:

تؤكد النظرية المعرفية على أن الاضطراب النفسي عمومًا هو نتيجة لخلل، أو تشوهات في طريقة تفسير الفرد لوقائع الحياة، وكذلك نتيجة لمعتقدات فكرية خاطئة يكونها الفرد عن نفسه وعن العالم الخارجي، ويرى بيك "Beck" أن المكتئب يكون اتجاهات غير عقلانية تجاه المحيط والمستقبل ينجم عنها توقعات سلبية، وكلما زادت شدة التوقعات السلبية؛ زاد الاكتئاب

وزادت معه الرغبة في الانتحار، كما يفسر الانتحار طبقاً للتخلص المعرفي، ذلك الذي يشير إلى الجمود في التفكير، وصعوبة التركيز والرؤية المعتمة ولا يعرض عند اللحظة التي تسبق موته سوى تشوشات خاصة بالصدمة (زينب سهيري، ٢٠١٣، ٥٧).

٢- نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic theory:

يستند مفهوم الانتحار في هذه النظرية إلى التعبير عن العدوانية تجاه الذات، وتجاه الآخرين، عن طريق تدمير الذات، حيث اعتبر هذا المسبب الرئيسي وراء السلوك الانتحاري، ويعتبر إخفاق دوافع الفرد العدائية نحو التعبير عن نفسها، فتوجه الفرد نحو نفسه لتدميره، وهنا المفارقة، فالإنسان في الموقف الانتحاري تنازعه قوتان: قوة القاتل، وقوة القاتل معاً، قوة الجاني، وقوة المجني عليه في نفس الوقت، فغريزة الموت تنشط في إطار نفسي، حيث يواجه المنتحر إرادته الكاملة للقضاء على نفسه، بحيث تكون الأنا مكتملة الوجود في عملية الانتحار، والذي يكون بمنزلة تأكيد الذات، والتي تصدر الحكم على المحكوم ضدها (Van et al., 2010, 12)

٣- النظرية السلوكية Behavioral theory:

تشير هذه النظرية إلى أن تدمير الذات ما هو إلا نتيجة انتقالية محددة في النمط الشخصي للتعزيزات، فالخاصية الجوهرية لهذا النمط الانتحاري، هو: أن تقدير الذات، أو تميم الشخص للموقف الحياتي الحاضر، لا يشكل مصدرًا يفي بالمراد من التعزيزات؛ وهذا يعني أن الانتحار ينجم عن فقدان فعلي، أو متوقع، أو متصور لمعززات ذات قيمة عالية، مثل: عمل، أو وظيفة، أو صحة، أو أصدقاء، أو عائلة، وما إلى ذلك، فهؤلاء الأشخاص لا يتوقعون الحصول على تعزيزات أخرى، من خلال بقائهم على قيد الحياة؛ لذا يجدون في التفكير بالموت تعزيزًا إيجابيًا، إذ إن انتحارهم يجعل الأشخاص الذين يتركوهم وراءهم يشعرون بالأسف من أجلهم، ويظل الأشخاص الذين سببوا لهم الألم يعانون من تعذيب الضمير طوال حياتهم (قاسم حسين، ٢٠١٥، ٣٢٩).

خامساً: الأمراض المزمنة:

مفهوم الأمراض المزمنة:

الأمراض المزمنة تعتبر من أكثر الأمراض التي تميز العصر الحالي؛ نظرًا لما يتعرض له الفرد من توترات نفسية وضغوط يومية ألحقت به الضرر في كل نواحي حياته الجسمية، والنفسية والاجتماعية (حسن عبد المعطى، ٢٠٠٣، ٩).

ويعرف "طارق إسماعيل" المرض المزمن بأنه "المرض الذي يستمر لدى الفرد لفترة زمنية طويلة قد تكون ثلاثة أشهر فأكثر (طارق إسماعيل، ٢٠١١، ٢١٣).

الأمراض المزمنة بالدراسة الحالية:

أولاً: مرض التهاب الكبد الوبائي:

يعرف "جبر محمد" التهاب الكبد الوبائي بأنه أحد الأمراض التي تصيب الخلايا الكبدية نتيجة العدوى بأحد الفيروسات، أو الإدمان، أو الوراثة، وهو يحدث أضرارًا بالغة بجسم الإنسان وخاصة بالكبد (جبر محمد، ٢٠٠٢، ٢٢٣).

كما يعرف "عبد الرحمن الزيايدي" التهاب الكبد الوبائي بأنه "استمرار الأعراض الآتية لأكثر من (٦) أشهر، وهي: ارتفاع درجة الحرارة، آلام أعلى البطن، الغثيان، القيء، تغير لون البول إلى الداكن، اصفرار العين، التعب، الإرهاق، فقدان الشهية والوزن، الشعور بالألم في الجزء العلوي من البطن، وعسر الهضم، وتورم القدمين" (عبد الرحمن الزيايدي، ٢٠٠٩، ٦٤).

طرق العدوى بالتهاب الكبد الوبائي C:

تتمثل طرق العدوى في الأمور الآتية:

- ١- نقل الدم من الشخص المصاب للشخص العادي: في الوقت الحالي نادراً ما ينتقل فيروس C عن طريق الدم بعد تكثيف جهود العاملين في مجال الصحة، إلى التأكد بشدة قبل نقل الدم من خلال الفحوص الطبية والتحليل المتقدمة.
- ٢- نقل زراعة الأعضاء: وتنتقل العدوى أيضاً بفيروس C، عن طريق زراعة عضو، مثل: القلب، أو الكبد من مريض مصاب بفيروس C، حيث تبلغ نسبة الإصابة بفيروس C في هذه الحالات (٥٠%).
- ٣- الأدوات الشخصية: عن طريق استعمال شفرات الحلاقة، وفرش الأسنان، والسكاكين، والدبابيس، مع مريض مصاب بالفيروس؛ لذلك فمن الضروري وضع علامات واضحة على الأدوات التي يستعملها المريض، حتى لا يحدث خلط، فيستعملها أفراد الأسرة عن طريق الخطأ.
- ٤- استخدام أدوات وتجهيزات المستشفيات التي تتعامل مع دم المصاب، وتكون ملوثة وغير معقمة بشكل كافٍ: والتي تتمثل في أدوات الجراحة، وأدوات طبيب الأسنان، والحُقن، والسرناجات متعددة الاستخدام، أو التي تستخدم لأكثر من شخص.
- ٥- الوشم وثقب الأذن عند الإناث والختان: وذلك في حالة استخدام أدوات ملوثة بالفيروس، أي استخدمها شخص مصاب بفيروس C، وكانت بها آثار دم عالقة. (أمل كمال، ٢٠٠٠، ١٣٢).

أعراض الإصابة بفيروس C:

نادراً ما تكون عدوى فيروس C الحادة شديدة، ولا تظهر أي أعراض للمرض، ومع أن جهاز المناعة يستأصل الفيروس، إلا أن أكثر من ٨٥% من المرضى يتطور عندهم فيروس C المزمن، وبمرور الوقت يحدث أضراراً بالكبد، ومضاعفات شديدة، وتبدأ الأعراض في الظهور، ومن أكثر العوامل التي تسرع من تطور الأعراض، هي: العمر، وخاصة الذين تزيد أعمارهم عن (٤٠) عاماً في وقت حدوث العدوى، خاصة الذكور، بالإضافة للأشخاص الذين يزيد استهلاكهم اليومي لأكثر من (٣٠) جراماً من الكحوليات، ومعظم الذين يموتون بسبب فيروس C تحدث الوفاة عندهم بعد تطور المرض إلى حالة تليف الكبد. (Ward et al., 2004, 50)

ثانياً: الفشل الكلوي:

مفهوم الفشل الكلوي:

ويحدث نتيجة فشل الكليتين في أداء وظائفهم ولا تستعيد الكليتين كفاءتهم مرة أخرى ويصبح المريض مصاباً بمرض مزمن وعندئذ يعيش المريض على الغسيل الدموي، أو البريتوني مدي الحياة حيث يحتاج المريض إلى ١٢ : ١٤ جلسة غسيل في الشهر ونقل دم وهو ما يمثل عبئاً على المريض (أماني المتولي، ٢٠٠٥، ١٢٤-١٢٥).

يعرف "ماهر أبو المعاطي" الفشل الكلوي بأنه "قصور في أداء الكلية لوظائفها الطبيعية نتيجة الإصابة بأي من الأمراض مثل الالتهابات التي تحدث بالكلية وارتفاع ضغط الدم؛ مما يؤدي إلى تراكم وتجميع السموم والفضلات في الدم وينعكس بشكل سلبي على صحة الإنسان (ماهر أبو المعاطي، ٢٠٠٤، ٨٦).

أسباب الفشل الكلوي:

الأسباب الأكثر شيوعاً له هو ارتفاع ضغط الدم والسكري، وهو يرتبط بنسبة كبيرة بأمراض القلب والأوعية الدموية، حيث يؤدي بمعظم المرضى إلى الموت، إلى جانب أن أسباب الوفاة بمرض الفشل الكلوي المزمن أكثر انتشاراً من مرض السرطان، وأن ارتفاع ضغط الدم هو من

أهم العوامل المسببة للأمراض التي تسهم في تدهور وظيفة الكلى (Bakris & Ritz, 2009, 144)

ومن الأسباب الأخرى للفشل الكلوي:

- ١- أسباب وراثية
- ٢- التهابات الكلى الحادة والمزمنة
- ٣- التهابات ميكروبية بالكلى
- ٤- البلهارسيا
- ٥- سوء استخدام الأدوية وخاصة المسكنات
- ٦- ويحدث بنسبة كبيرة لدى الأطفال بسبب انسداد الشعب الهوائية، والتهاب الكلى الوراثي (Brakeman, 2005, 236).

أعراض الفشل الكلوي:

يؤثر الفشل الكلوي المزمن على جميع أعضاء الجسم؛ وذلك نتيجة تعدد وظائف الكلى، بالإضافة إلى وظيفتها الأساسية في تنقية وإخراج البول والأعراض كثيرًا ما تكون مضللة فقد تكون غير مصحوبة بألم الكليتين، أو تغير واضح بالبول وتظهر أولاً في أعضاء مختلفة بالجسم كما يلي:

- اختلال في السوائل والأملاح: ويؤدي ذلك إلى زيادة في السوائل بالجسم وأحياناً تورم بالساقين، أو ارتشاح بالرئة، أو الغشاء البلوري المحيط بالرئة.
- اختلال في وظائف الغدد: يؤدي إلى ضعف بالعظام نتيجة نقص فيتامين (د) النشاط وزيادة في نشاط الغدة جار درقية وارتفاع في الدهون الثلاثية بالدم وقصور في نمو الجسم (يكون أكثر وضوحاً لدى الأطفال)، وضعف جنسي وانقطاع الطمث لدى النساء (عادل عفيفي، ٢٠٠٣، ٣٥).

فروض الدراسة:

توجد علاقة دالة احصائياً بين إدراك الضغوط والسلوك الانتحاري لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة الدراسات السابقة:

المحور الأول: دراسات تناولت العلاقة بين إدراك الضغوط والسلوك الانتحاري

دراسة (Christodoulou et al., 2017) بعنوان "دراسة حالة وضوابط لليأس والسلوك الانتحاري في مدينة أثينا باليونان".

هدفت الدراسة إلى فحص الخصائص السيكومترية لمقياس بيك لليأس خاصة من ناحية العمر والتأثير المحتمل للأزمة المالية على اليأس والقدرة التنبؤية للانتحار، وشملت الدراسة مجموعة ٣٤٠ فرداً، (١٧٠) محاولة انتحار، (١٧٠) فرداً لم يحاولوا الانتحار كمجموعة ضابطة، وأظهرت النتائج أن الأفكار الانتحارية تزداد مع زيادة العمر مقارنة بالأفراد الأصغر سناً، وكان الأفراد الأقل تعليماً والعاطلين عن العمل والمشاركين ذوي الوضع المالي المنخفض أظهروا مزيداً من اليأس؛ وبالتالي التفكير في الانتحار.

دراسة (Tuveson et al., 2018) بعنوان "إرهاق الحياة والأفكار الانتحارية في أواخر العمر: دراسة وطنية في السويد".

هدفت الدراسة إلى التحقيق في نقطة انتشار ضجر الحياة والأفكار الانتحارية وعلاقتها بالخصائص الاجتماعية والديموغرافية في مجموعة من كبار السن في السويد، وتم استخلاص البيانات من ٧٩١٣ فرداً تتراوح أعمارهم بين ٦٠ عاماً وما فوق من الدراسة الوطنية السويدية حول الشيخوخة والرعاية، وتم قياس إرهاق الحياة والأفكار الانتحارية من خلال عنصر واحد

مشتق من مقياس تصنيف الاكتئاب "مونتغمري أسبيرج"، وأظهرت النتائج أن العيش في المناطق الحضرية وشبه الحضرية والتقدم في السن وانخفاض المستوى التعليمي كان مرتبطاً بشكل كبير بضجر الحياة، كما أن العيش في منشأة رعاية سكنية، أو الصعوبات المالية مرتبط أيضاً بإرهاق الحياة والأفكار الانتحارية، كما أظهرت النتائج أن الجنس لا علاقة له بإرهاق الحياة، أو الأفكار الانتحارية.

دراسة (Dendup et al., 2020) بعنوان "عوامل الخطر المرتبطة بالتفكير الانتحاري ومحاولات الانتحار في بوتان".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل التي تؤثر على التفكير الانتحاري في بوتان، استخدمت هذه الدراسة مجموعة البيانات الخاصة بمسح بوتان المتدرج على المستوى الوطني، وتضمنت عينة الدراسة ٢٨١٦ مشاركاً وتم منح الموافقة الأخلاقية لهذه الدراسة من قبل مجلس أخلاقيات البحث في الصحة في بوتان، وأشارت النتائج أن معدلات الانتحار كانت أعلى بين سكان الريف والمزارعين، وكذلك الذين لديهم تعليم ودخل منخفض، كما تم التسلط على العنف المنزلي والمشاكل الزوجية والضغط الأكاديمي وأحداث الحياة المجهدة والضيق وتعاطي الكحول والشعور باليأس كعوامل منبئة بالتفكير الانتحاري، حيث كان معدل انتشار الأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار في بوتان ٣.١% و ٧.٠% على التوالي.

المحور الثاني: دراسات تناولت العلاقة بين إدراك الضغوط والأمراض المزمنة

دراسة (Aghanwa and Ndububa (2002) بعنوان "الأمراض النفسية لدى عينة من مرضى التليف الكبدي في المستشفى العام بنيجيريا".

هدفت الدراسة إلى معرفة نسبة انتشار بعض الأمراض النفسية لدى عينة من مرضى التليف الكبدي في المستشفى العام بنيجيريا، توزيعها كالاتي: (٤٠) مريضاً بمرض التليف الكبدي من المترددين على عيادات الباطنة، (٢٠) لديهم توتر شديد، (٢٠) مشاركاً من الأصحاء كمجموعة ضابطة، وتم استخدام اختبار الصحة النفسية، وخلصت الدراسة إلى النتائج الآتية: ٥٥% من مرضى التليف الكبدي تطورت لديهم أمراض نفسية (كالالاكتئاب- اضطراب القلق العام- اضطراب في التكيف)، وذلك بنسبة (١٥%) لدى المجموعة التي لديها توتر زائد، و(٥%) لدى مجموعة الأصحاء.

دراسة (Coughlan, B., Sheehan, J., Carr, A., Cockram, A., & Crowe, J. (2004) بعنوان "برنامج العلاج النفسي/ التربوي الموجز القائم على مجموعة من النساء المصابات بعدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي المزمن".

هدفت الدراسة إلى فحص الآثار النفسية والاجتماعية لدى الإناث المصابات بفيروس C، وتكونت عينة الدراسة من ٨٣ امرأة شُخصن على أنهن مصابات بفيروس C، و ١٩ امرأة منهن قبل العلاج و ٦٤ امرأة بعد العلاج، وكلهن طبقن عليهن المقاييس النفسية المميزة للمرض ومقياس التوافق المرضي HCV قبل وبعد العلاج، وأظهرت النتائج أن هناك مستويات مرتفعة من الغضب واللوم لدى الإناث حيث شعرن أن مستقبلهن غير واضح مادياً، بالإضافة إلى أنهم أكثر آلاماً وتقديرهم الذاتي منخفض بالإضافة إلى عدم الراحة النفسية وشكاوي من زيادة الضغوط النفسية عليهن، بينما بعد العلاج أبلغن عن قدرة أكبر على التحكم في حياتهن وشعرن بمزيد من الإيجابية تجاه المستقبل.

دراسة Nagano, J., Nagase, S., Sudo, N., & Kubo, C. (2004) بعنوان "الضغوط النفسية والاجتماعية لدى مرضى التهاب الكبد الوبائي".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية والاجتماعية والشخصية لدى مرضى التهاب الكبد الوبائي وعلاقتها بشدة المرض، تكونت عينة الدراسة من ٩٦ من مرضى التهاب الكبد الوبائي، اشتملت أدوات الدراسة على تقرير ذاتي عن الضغوط النفسية والاجتماعية والشخصية لدى مرضى التهاب الكبد الوبائي، وتقارير من الطبيب المعالج لمعرفة شدة المرض لدى الحالة، وأظهرت نتائج الدراسة أن الضغوط النفسية والاجتماعية والشخصية منتشرة لدى مرضى التهاب الكبد الوبائي، وترتبط إيجابياً مع شدة المرض، ومدته، والعمر، والتدخين، والإدمان.

المحور الثالث: دراسات تناولت العلاقة بين الأمراض المزمنة والسلوك الانتحاري

دراسة Andrade, S., Sesso, R., & Diniz, D. (2015) بعنوان "اليأس والتفكير في الانتحار لدى مرضى الفشل الكلوي الذين يخضعون لغسيل الكلى".

هدفت الدراسة إلى التحقق مما إذا كانت هناك اختلافات في التفكير في الانتحار وأعراض الاكتئاب بين مرضى الكلى المزمن الذين يخضعون لغسيل الكلى، وشملت عينة الدراسة على (٥٠) مريضاً لغسيل الكلى المزمن مستقرين سريريًا و٥٠ وتم تطبيق مقياس بيك لليأس (BHS)، مقياس بيك للأفكار الانتحارية (BSI)، وانتهت الدراسة إلى وجود علاقة إحصائية موجبة بين الإصابة بالأمراض المزمنة وبين التفكير، أو محاولة الانتحار، وتوصي الدراسة بوجود مراقبة هؤلاء المرضى والعناية بهم.

دراسة Joshi, P., Song, H., & Lee, S. (2017) بعنوان "علاقة انتشار الأمراض المزمنة ونوعية الحياة بالتفكير المرتبط بالانتحار ومحاولة الانتحار".

هدف الدراسة التحقق من العلاقة ما بين انتشار الأمراض المزمنة (CDP) وبين التفكير بالانتحار ومحاولة الانتحار، تم جمع البيانات من خلال المسح الوطني لفحص الصحة والتغذية في كوريا، وتكونت عينة الدراسة من ٥٧٧٣ مشاركاً، وتم استخدام نماذج الانحدار اللوجستي المتعددة لفحص نسبة الأرجحية بعد التعديل حسب العمر والجنس، والحالة الاجتماعية والتعليم، والمهنة ودخل الأسرة، والحالة المرضية مثل مرضى فيروس سي، والفشل الكلوي، السرطان، والسكري، والفشل الكلوي، والاكتئاب، باستثناء ارتفاع ضغط الدم. وانتهت الدراسة إلى أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض القلب والفشل الكلوي، والاكتئاب على الأرجح تكون لديهم زيادة في احتمال الإصابة بالتفكير في الانتحار وانخفاض في جودة الحياة بشدة.

دراسة Gurhan et al., (2019) بعنوان "السلوك للانتحاري لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة".

هدفت الدراسة إلى تحديد مخاطر الانتحار والاكتئاب لدى الأفراد المصابين بأمراض مزمنة. وتكونت عينة الدراسة من (٢٨٦) شخصاً من مرض فيروس سي وتم استخدام مقياس احتمالية الانتحار (SPS) ومقياس بيك للاكتئاب (BDS) لجمع البيانات. تم استخدام اختبار Mann Whitney T-test واختبار Kruskal Wallis ومعامل ارتباط Pearson؛ وذلك بهدف تحليل البيانات وانتهت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين متوسط الدرجات عينة الدراسة فيما يتعلق بالسلوك الانتحاري الناتج عن إصابتهم بأمراض مزمنة وفقاً لهذه النتائج، يُعد المرض المزمن عاملاً خطراً قد يؤدي إلى التفكير في الانتحار والمحاولة. وفقاً للتحليل الإحصائي، أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأشخاص الذين يعانون من فيروس سي كانوا أكثر عرضة للاكتئاب والسلوك الانتحاري مقارنة مع الآخرين.

منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة على المنهج الارتباطي.

عينة الدراسة:

عينة حساب الكفاءة السيكومترية و يبلغ عددها (ن = ٣٠)، والهدف منها التحقق من معايير الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة وذلك من خلال حساب معاملات الصدق والثبات لاختباراتها. العينة الأساسية و يبلغ عددها (ن = ٦٠) من مرضى الأمراض المزمنة منهم (٣٠) مريضاً بالالتهاب الكبدي الوبائي تراوحت أعمارهم ما بين (٥٣ - ٧٢) عاماً، بمتوسط عمري ٦٢.٨٣، وانحراف معياري ٥.٤٣٤ و (٣٠) مريضاً بالفشل الكلوي، من مستشفى المحلة العام بالمحلة الكبرى ومستشفى طنطا الجامعي تراوحت أعمارهم ما بين (٢٩ - ٥٥) عاماً، بمتوسط عمري ٤١.١٠، وانحراف معياري ٧.٣٧٤.

أدوات الدراسة:

١- مقياس احتمالية الانتحار (إعداد/ عبد الرقيب البحيري، ٢٠١٣).

٢- مقياس إدراك الضغوط (إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة وتفسيرها:

اختبار صحة الفرض الذي ينص على: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين إدراك الضغوط و السلوك الانتحاري لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة"

لاختبار هذا الفرض استخدمت الباحثة معامل الارتباط البسيط لبيرسون؛ وذلك لحساب معاملات الارتباط بين السلوك الانتحاري وإدراك الضغوط لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة، ويبين الجدول التالي قيم معاملات الارتباط ومستوى دل

جدول (١)

معاملات الارتباط بين السلوك الانتحاري وإدراك الضغوط لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة

الدرجة الكلية للسلوك الانتحاري	العداوة	تقييم الذات السلبي	تصور الانتحار	الشعور باليأس	تابع مستقل
**٠.٥٨١	**٠.٣٥٥	*٠.٣٢٧	**٠.٤٨٦	**٠.٧٣	ضغوط اجتماعية
**٠.٧٢٦	**٠.٤٧٩	**٠.٤٥٧	**٠.٩٣٩	**٠.٥٧٩	ضغوط نفسية
**٠.٦١٩	**٠.٤١٣	**٠.٣٦٩	**٠.٥٥٧	**٠.٦٩٣	ضغوط صحية
**٠.٧٨٤	**٠.٥٠٦	**٠.٤٦٦	**٠.٧٧٧	**٠.٨٤٣	الدرجة الكلية لإدراك الضغوط

** تعني أن معامل الارتباط دال عند ٠.٠١.

من الجدول السابق يتضح أنه يوجد ارتباط بين السلوك الانتحاري (الأبعاد والدرجة الكآبية) وإدراك الضغوط (الأبعاد والدرجة الكآبية) لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة؛ حيث جاءت قيم "ر" موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١، أي أن الارتباط طردي فكلما زاد السلوك الانتحاري لدى مرضى الأمراض المزمنة؛ زاد مستوى إدراك الضغوط لديهم.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة Zhang et al. (2015) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أحداث الحياة السلبية أي الضغوط والسلوك الانتحاري، فكلما زادت الضغوط؛ زاد السلوك الانتحاري. كما تتفق أيضاً دراسة Li Hong, et al (2017) التي توصلت نتائجها إلى أن الضغوط المالية والاكتئاب والوحدة مرتبطة بشكل كبير بالأفكار الانتحارية، أي أن كلما زاد الضغط والاكتئاب زاد السلوك الانتحاري، ودراسة Tuvesson et al (2018) التي أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الأفكار الانتحارية والضغوط.

كما تتفق نتيجة هذا الفرض على ألا تؤثر طريقة إدراك الفرد للضغط دون تدخل متغيرات أخرى تتركز أساساً على استراتيجيات التعامل، فكل الناس يتعرضون للضغوط ولمصادره المختلفة، لكن الفرق بينهم يكمن في أساليب التعامل معها. ومن هنا يمكن الإشارة إلى أنه لا توجد استراتيجية واحدة تكون فعالة في كلّ المواقف الضاغطة ويستخدمها الأفراد في التغلب على كلّ حدث ضاغط يواجههم في حياتهم، وطبقاً لنموذج لازاروس وفولكمان "Lazarus, Folkman" نشير إلى أن فاعلية كلّ من هذين النوعين من الاستراتيجيات لا يعتمد فقط على نوعها، لكن أيضاً على سياق الموقف والمصادر الشخصية المتاحة لدى الفرد، وذلك من حيث إنّ كلا من التقييم المعرفي واستراتيجيات التعامل يتوسطان العلاقة بين الضغط وعملية التسوية؛ وبالتالي فالإنسان الذي لا يستطيع مواجهة المواقف الضاغطة في حياته يمكن أن يفكر في الانتحار؛ للتخلص من ضغوط الحياة المختلفة لديه (سلامة عبد العظيم حسين، وطه عبد العظيم حسين، ٢٠٠٦، ٥٩).

بينما تتفق نتيجة هذا الفرض مع وجهة نظر النظرية السلوكية التي تشير إلى أن تكرار تعرض الفرد للضغط إذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في الضغوط، أو مواجهتها، أو التنبؤ بعواقبها، فإنّ هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة وشعور الفرد بالعجز يجعله يبالغ في تقديره للأحداث التي يمر بها، وفي نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على مواجهتها؛ ممّا يجعله يتوقع الفشل بشكل دائم، ويدرك أن ما يتعرض له من فشل، وعدم قدرته على المواجهة سوف يستمر معه في المستقبل؛ ومن ثمّ يشعر باليأس، ويستطيع أن يتخلص من الضغوط المختلفة من خلال التفكير في الانتحار (عايدة شكري، ٢٠٠١، ١٦).

وتفسر الباحثة تلك النتيجة إلى أن العلاقة ارتباطية موجبة بين الضغوط والسلوك الانتحاري، أي كلما زاد الضغط لدى مرضى الأمراض المزمنة؛ كلما زادت نسبة السلوك الانتحاري لديهم والعكس صحيح؛ حيث إنّ للضغط عوامل كثيرة من شأنها أن ترفع نسبة السلوك الانتحاري لدى الإنسان بشكل ملحوظ، مثل: الوضع الاقتصادي السيء الذي يعيشه هؤلاء مرضى الأمراض المزمنة، والعامل المهم من ذلك طبيعة الإصابة التي أصيب بها هؤلاء مرضى الأمراض المزمنة.

قائمة المراجع:

أولاً المراجع باللغة العربية:

أحمد عبد الحليم عربيات، عمر محمد الخرايشة. (٢٠٠٧). الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطلبة المتفوقون واستراتيجية التعامل معها، مجلة اتحاد الجامعات العربية، مجلد ٥، العدد ٢.

أحمد محمد أبو زيد. (٢٠١١). بحوث في الصحة النفسية والتربية الخاصة، الطائف، دار العلم والأمان للنشر والتوزيع.

أحمد محمد عبد الخالق. (٢٠١٦). الضغوط والأمراض مدخل في علم نفس الصحة، القاهرة: الأنجلو المصرية.

أماني السيد المتولي. (٢٠٠٥). المشكلات النفسية والاجتماعية لأخوة يعانون من مرض الفشل الكلوي المزمن. رسالة ماجستير، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

أمل كمال. (٢٠٠٠). المشكلات الاجتماعية لمرضى الكبد والتخطيط لمواجهتها، رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

أن كرينج، شيرى جونسون، جيرالد دافيسون، جون نيل. (٢٠١٧). علم النفس المرضى: استناداً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس. ترجمة: أمثال الحويلة، فاطمة عياد، هناء شويخ، ملك الرشيد، نادية الحمدان. القاهرة: الأنجلو المصرية.

جبر محمد جبر. (٢٠٠٢). مستويات الدفاع لدى مرضى التهاب الكبد الوبائي C مقارنة بالأصحاء، مجلة المنهج العلمي والسلوك. المجلد الأول. ص ٢٢٩-٢٧٦.

جمعة سيد يوسف. (٢٠٠٧). إدارة الضغوط، القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث.

حسن مصطفى عبد المعطي. (٢٠٠٣). الأمراض السيكوسوماتية: التشخيص- الأسباب- العلاج. القاهرة: دار زهراء الشرق.

حسين فايد. (٢٠٠٧). دراسات في السلوك والشخصية (الاكتئاب النفسي، الهلع، اضطرابات الأكل، الانتحار، الغضب). القاهرة. دار طيبة للنشر والتوزيع.

زينب سهيري. (٢٠١٣). دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.

سلامة عبد العظيم حسين، وطه عبد العظيم حسين. (٢٠٠٦). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، الأردن: دار الفكر.

السيد السمدوني. (٢٠٠٧). الذكاء الوجداني (أسسه- تطبيقاته- تنميته)، عمان. الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.



طارق محمد إسماعيل. (٢٠١١). أساليب مواجهة الضغوط لدى المراهقين المصابين بأمراض مزمنة- دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

عادل عفيفي. (٢٠٠٣). الكلى - العناية بها تحميك من أمراضه، دار الهلال، العدد (٣٣)

عايدة شكري حسن. (٢٠٠١). ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات "دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

عبد الرحمن الزيايدي. (٢٠٠٩). الكبد" الدليل المتكامل للكبد" (الأمراض- التشخيص-العلاج)، القاهرة: دار الشروق.

علي محمود الجبوري ونازك شطب السلطاني. (٢٠١٠). قياس الميل نحو الانتحار لدى طلبة المرحلة الإعدادية، جامعة بغداد، مجلة كلية التربية للبنات للعلوم الإنسانية.

قاسم حسين صالح. (٢٠١٥). الاضطرابات النفسية والعقلية نظرياتها وأسبابها وطرق علاجها. عمان: دار دجلة.

كمال سيالم. (٢٠٠٩). المعاقين جسمياً وصحياً في المدارس العامة. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

ماهر أبو المعاطي. (٢٠٠٤). الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة مع نماذج من رعايتهم في بعض الدول الخليجية، سلسلة مجالات وطرق الخدمة الاجتماعية، الكتاب الثالث والعشرون، القاهرة.

محمد سعد محمد. (٢٠٠٩). الضغوط النفسية وتعاطي المخدرات، القاهرة، دار النصر للنشر والتوزيع.

محمود عطية. (٢٠١٠). ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهتها، الأنجلو المصرية، القاهرة.



قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- Aghanwa, H., & Ndububa, D. (2002). Specific psychiatric morbidity in liver cirrhosis in a Nigerian general hospital setting. *General hospital psychiatry*, 24(6), 436-441.
- Andrade, S., Sesso, R., & Diniz, D. (2015). Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *Brazilian Journal of Nephrology*, 37, 55-63.
- Bakris, G., & Ritz, E. (2009). The message for World Kidney Day 2009: hypertension and kidney disease a marriage that should be prevented. *Journal of human hypertension*, 23(3), 222-225.
- Brakeman, P. (2005). Chronic renal failure source: Handbook of pediatric, Urology (2 nd Edition) PP.236-238.
- Chochinov, H., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*, 23(24), 5520-5.
- Christodoulou, C., Efstathiou, V., Michopoulos, I., Ferentinos, P., Korkoliakou, P., Gkerekou, M., & Douzenis, A. (2017). A case-control study of hopelessness and suicidal behavior in the city of Athens, Greece. The role of the financial crisis. *Psychology, Health & Medicine*, 22(7), 772-777.



Coughlan, B., Sheehan, J., Carr, A., Cockram, A., & Crowe, J. (2004). Evaluation of a brief group based psychological/educational treatment programme for women with an iatrogenic chronic hepatitis C virus infection. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 303-314.

Dendup, T., Zhao, Y., Dorji, T., & Phuntsho, S. (2020). Risk factors associated with suicidal ideation and suicide attempts in Bhutan: An analysis of the 2014 Bhutan STEPS Survey data. *PLoS one*, 15(1), e0225888.

Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology*. London & New York: Routledge.

Gürhan, N., Beser, N., Polat, U., & Koc, M. (2019). Suicide risk and depression in individuals with chronic illness. *Community mental health journal*, 55(5), 840-848.

Joshi, P., Song, H., & Lee, S. (2017). Association of chronic disease prevalence and quality of life with suicide-related ideation and suicide attempt among Korean adults. *Indian journal of psychiatry*, 59(3), 352.

Li, H., Luo, X., Ke, X., Dai, Q., Zheng, W., Zhang, C., & Ning, Y. (2017). Major depressive disorder and suicide risk among adult outpatients at several general hospitals in a Chinese Han population. *PloS one*, 12(10), e0186143.

Nagano, J., Nagase, S., Sudo, N., & Kubo, C. (2004). Psychosocial stress, personality, and the severity of chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 45(2), 100-106.



Ougrin, D. (2012). Commentary: Self-harm in adolescents: the best predictor of death by suicide?—reflections on Hawton et al.(2012). *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(12), 1220-1221.

Sarfino, E. (2003): Health psychology .New york: Jolth Wiley and sons

Tu vesson, H., Hellström, A., Sjöberg, L., Sjölund, B. M., Nordell, E., & Fagerström, C. (2018). Life weariness and suicidal thoughts in late life: a national study in Sweden. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1365-1371.

Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Joiner, E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.

Ward, R., Kugelmas, M., & Libsch, K. (2004). Management of hepatitis C: Evaluating suitability for drug therapy. *American Family Physician*, 69(6), 1429-1436.

Zhang, W., Jia, C., Zhang, J., Wang, L., & Liu, X. (2015). Negative life events and attempted suicide in rural China. *PLoS one*, 10(1), e0116634.



**Perception of stress and its relationship to suicidal behavior
in a sample of people with chronic diseases**

By

Nourhan Mahmoud Mohamed Elshikh

Prof.Dr.Maysa Mohamed shokry

Professor of Clinical Psychology Faculty of Art – Tanta University

Dr.Tarek Mohamrd Fawzy

Lecture of Psychology Faculty of Art – Tanta University

Abstract:

The subject of the study was crystallized around clarifying the relationship between stress perception and suicidal behavior in a sample of people with chronic diseases (hepatitis C, kidney failure). - 72 years old, and (30) patients with kidney failure, from Al-Mahalla General Hospital in Al-Mahalla Al-Kubra and Tanta University Hospital, their ages ranged between (29-55) years, and a measure of the possibility of suicide was applied to them (prepared by / Abdel-Raqeeb Al-Bhairiy, 2013), and a measure of awareness Pressures (prepared by the researcher).

The results of the study revealed that there is a positive correlation between suicidal behavior and stress perception in a sample of people with chronic diseases.

key words: Perception of stress - suicidal behavior - chronic diseases.