الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض [1]

جزء من رسالة ماجستير في تخصص علم النفس

إعداد/ إيلاف بنت محمد بن عبد العزيز الغفيلي [2]

إشراف / أ.د. / سعد بن عبد الله المشوح[3]

مستخلص الدراسة:

الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، وتكونت العينة من (٢٣٥) مصابا بمرض الفشل الكلوي بالمستشفيات التابعة لوزارة الصحة، واستخدمت الباحثة مقياس الاكتئاب، ومقياس الصلابة النفسية، وأظهرت النتائج وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده (الجانب المعرفي – الوجداني، الجانب الجسدي)، والدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعادها (الالتزام، التحدي، التحكم) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، كما وجدت فروق دالة إحصائيا في الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده (الجانب المعرفي _الوجداني، الجانب الجسدي) تبعًا لمتغير الجنس في اتجاه المرضى الإناث، وكذلك وجدت فروق دالة إحصائيا في الدرجة الكلية للاكتئاب وبعد (الجانب الجسدي) تبعًا لمتغير العمر في اتجاه المرضى ممن فئاتهم العمرية (٦١ سنة فما فوق)؛ ووجدت

---

[1] تم استلام البحث في ٢٠٢٠/٥/٢٠ وتقرر صلاحينة للنشر في ٢٠٢٠/٧/١٢

[2] معيدة بقسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية – جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

ت : ٠٠٩٦٦٥٠٤٥٥٢٥٠٨ Email: emalghofaily@imamu.edu.sa

[3] أستاذ الصحة النفسية – كلية العلوم الاجتماعية – جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

ت: ٠٠٩٦٦٥٥٥١٦٠٩٠ Email: samoshawah@imamu.edu.sa

فروق دالة إحصائيا في الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده (الجانب المعرفي _الوجداني، الجانب الجسدي) تبعًا لمتغير المستوى التعليمي في اتجاه المرضى غير المتعلمين، ووجود فروق دالة إحصائيا في الدرجة الكلية للاكتئاب والبعد (الجانب المعرفي–الوجداني) تبعًا لمتغير الحالة الاجتماعية في اتجاه المرضى غير المتزوجين، ووجود فروق دالة إحصائيا في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها (الالتزام، التحدي، التحكم) تبعًا لمتغير الجنس لصالح المرضى الذكور ولصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (٤١–٦٠سنة)، ولصالح المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر)؛ ولصالح المتزوجين، ويمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من خلال الصلابة النفسية.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب، الصلابة النفسية، مرضى الفشل الكلوي.

الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض [٤]

جزء من رسالة ماجستير في تخصص علم النفس

إعداد/ إيلاف بنت محمد بن عبد العزيز الغفيلي [٥]

إشراف / أ.د. / سعد بن عبد الله المشوح[٦]

مقدمة الدراسة:

واقع الحياة محفوف بالعقبات والأزمات وأشكال الفشل والنكسات والظروف غير المواتية وعدم التوافق معها يشير إلى نقص فعاليات الفرد وقصور كفايته فلا حياة بدون ضغوط، وحيث توجد الحياة توجد الضغوط.

ومن بين الأحداث الحياتية الضاغطة والتي قد تتسبب في ظهور الأعراض النفسية والاعتلال السلوكي لدى الأفراد والمجتمعات الإصابة بالأمراض المزمنة، وأشارت منظمة الصحة العالمية World Health Organization (W.H.O) سنة (٢٠١٣) إلى أن معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية المرتبطة بالأمراض المزمنة في ارتفاع متزايد، ويعد الفشل الكلوي أحد هذه الأمراض التي يعاني منها حوالي (٦٩٠) مليون شخص حول العالم، ويتوقع أن يصل العدد إلى (٩٧٦) مليون شخص عام (٢٠٢٠) .

ويشير (Kimmel and Peterson, 2005) إلى أن للفشل الكلوي له أعراض حادة أو مزمنة وذلك لعجز الكلية عن القيام بالوظائف البيولوجية والحيوية والتي تتمثل بانخفاض في إفراز نواتج الأيض، والذي يؤدي بدوره إلى تسمم دموي يسمى البولينا مرتبط بتراكم هذا السائل في

---

[٤] تم استلام البحث في ٢٠٢٠/٥/٢٠ وتقرر صلاحينة للنشر في ٢٠٢٠/٧/١٢

[٥] معيدة بقسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية – جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

ت : ٠٠٩٦٦٥٠٤٥٥٢٥٠٨ Email: emalghofaily@imamu.edu.sa

[٦] أستاذ الصحة النفسية – كلية العلوم الاجتماعية – جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

ت: ٠٠٩٦٦٥٥٥١٦٠٩٠ Email: samoshawah@imamu.edu.sa

أنسجة الجسم مؤديًا إلى تسمم دموي مرتبط بانخفاض عضلة القلب، وتدهور في الصحة العامة للمريض، ونتيجة لأعراض الفشل الكلوي تتدهور الحالة الصحية للمرضى، وبشكل متسارع، ويصاحب ذلك أعراض اكتئابية مزمنة وانخفاض في تقدير الذات والتكيف.

وبالتالي فإن تأثير الأحداث الحياتية الضاغطة قد يؤدي إلى الشعور بالألم والحزن والفشل الذي يؤدي إلى الإحباط، وبالتالي يترك آثارًا نفسية سيئة على صحة الأفراد، ومن أهم هذه الآثار التي ستركز عليه الباحثة في هذه الدراسة الاكتئاب، حيث يعد من أشد الاضطرابات النفسية انتشارًا وخطورة بعد القلق، كما أنه من أبرز الاضطرابات الوجدانية التي تؤثر في حياة الإنسان وتهدد سعادته؛ لأنه يعطل فعاليات الفرد، ويسلبه القدرة على الاستمتاع بالحياة ,Einwohner (Bernardini, Fried and Pirain,2004).

وبما أن ضغوط الحياة وأحداثها الحرجة هي من طبيعة الوجود الإنساني، إلا أن ذلك قد لا يحدث عند كل الأفراد بدرجة متساوية، فقد لوحظ أن معظم الأفراد يحتفظون بمستوى عالٍ من القوة أو المناعة النفسية، ولا يصيبهم الكرب النفسي بالرغم من تعرضهم لأحداث حياتية ضاغطة. (المفرجي والشهري،٢٠٠٨م).

ومن هنا ترى الباحثة أهمية تجاوز مجرد دراسة العلاقة بين الأحداث الضاغطة، وأشكال المعاناة النفسية إلى الاهتمام أيضًا بتناول العوامل التي تساهم في مساعدة الأفراد على مواجهة هذه الأحداث والظروف والتغلب عليها.

وأشارت (Kobasa, 1979) إلى أن الصلابة النفسية من أول العوامل والمتغيرات التي ساعدت الأفراد على التغلب على هذه الأزمات، وكيفية التعامل معها، وتوصلت إلى أن الصلابة النفسية هي التي تكمن وراء احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسمية، رغم تعرضهم للضغوط، وإلى أنها مجموعة من الخصائص النفسية التي تشمل متغيرات الالتزام والتحكم والتحدي، وهذه الخصائص شأنها المحافظة على الصحة النفسية والجسمية بالرغم من التعرض للأحداث والضغوط. حيث إن تعرضنا للضغوط أمر حتمي لا مفر منه؛ فالحياة معاناة والمهم أن نجد معنى لهذه المعاناة وأن يتمكن الأفراد من استخدام المصادر الشخصية والبيئية المتاحة ليواجهوا بفعالية أحداث هذه الحياة الضاغطة.

مشكلة الدِّرَاسَة:

يعد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المنتشرة، وأحد أهم الأسباب الرئيسة للعجز والوفاة في العالم، وهو مرض شاق، ويؤثر في صحة المريض وحياته النفسية والاجتماعية،

ولذلك أشار (Kimmel,2000) إلى أن هناك علاقة بين ارتفاع المشاعر الاكتئابية والحزن، وظهور أعراض قهر الذات، وبين الإصابة بالفشل الكلوي، كما أفادت الدراسة أن الأعراض الجسدية والاختلال الوظيفي للكلى عند المريض يجعل لديه القابلية للإصابة بالاكتئاب المزمن .

كما أوضحت نتائج دراسة (Kimmel,2000) أن المستويات المرتفعة من الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي الذين يعالجون بالغسيل الدموي ترتبط بزيادة الوفيات، وأن آثار الاكتئاب على حياة وبقاء المريض تصارع في تأثيرها العوامل ذات الخطورة الطبية.

وتظهر لدى مرضى الفشل الكلوي أعراض نفسية غير زيادة درجة القلق والمزاج الاكتئابي، تتمثل بالنظرة الدونية للذات واضطرابات النوم والطعام والخوف من الموت، وعدم التعاون مع الآخرين وفقدان الدور الوظيفي مما يؤثر في نظرة المريض لذاته (Daugirdas, Ing and Blake,2000).

ومن الناحية المعرفية أشارت وهيبة شرقي (٢٠١٥) إلى أن إصابة الإنسان بأحد الأمراض المزمنة أو الحادة من شأنها أن تؤدي إلى اضطراب العمليات المعرفية، وعلى الجانب الاجتماعي أشارت أسماء التويجري (٢٠٠٩) إلى وجود مشكلات اجتماعية مترتبة على الإصابة بالمرض تتمثل في عدم القدرة على تكوين علاقات مع الآخرين والمشاركة في المناسبات الاجتماعية، هذا إلى جانب كثافة المشكلات الأسرية الناتجة عن الإصابة بالمرض والمتمثلة في عدم القدرة على الإنجاب وتدبير احتياجات الأسرة.

وهذه الآثار قد تؤدي إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي؛ لأنها تشكل ضغوطًا نفسية لديهم، ويختلف الأفراد في الأسلوب الذي يواجهون به هذه الضغوط فمنهم من يواجهها بفاعلية وإيجابية، ومنهم من يفشل في ذلك، هذا ويعتبر الأفراد الذين يتسمون بالصلابة النفسية بأنهم أكثر صمودًا واقتدارًا على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، في حين أن الأشخاص الأقل صلابة يشعرون بالضغط والتهديد المستمر وعدم القدرة على التحمّل(Kobasa,١٩٧٩)، ويوضح Burger, ١٩٩٢)) أنه كلما جنح الفرد إلى التحكم في المواقف التي تواجهه كان ذلك أفضل للتوافق النفسي السليم.

وترى الباحثة أن مشكلة الدراسة الحالية تركز بشكل أساسي على معرفة ما إذا كان هناك علاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي والذين تزايدت أعدادهم في السنوات الأخيرة، حيث أفادت الإحصاءات أن وزارة الصحة كانت تقوم بتقديم الرعاية والخدمة العلاجية لـ (١٢,٩٤٤) مريضًا يعانون من الفشل الكلوي في نهاية عام (٢٠١٤) حتى وصل عدد

المرضى إلى (١٧,٦٨٧) مريضا (المركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠١٧).

ووفقًا لما أوصى به تقرير منظمة الصحة العالمية (W.H.O) سنة (٢٠١٣) من ضرورة إجراء دراسات علمية لتوفير الخدمات النفسية والرعاية للمصابين بالأمراض المزمنة، والتي اندرج من ضمنها الفشل الكلوي، وإيمانًا من الباحثة بأهمية الدراسة والحاجة الماسة لإجرائها اختارت إجراء هذا البحث.

أسئلة الدِّرَاسَة:

تتحدد الدراسة الحالية بالتساؤل الرئيس التالي:

١ – ما العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض؟

ويتفرع منه عددًا من الأسئلة الفرعية وهي:

٢ – ما الفروق في مستوى الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وفقًا للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس – العمر – المستوى التعليمي – الحالة الاجتماعية)؟

٣ – ما الفروق في مستوى الصلابة النفسية بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وفقًا للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس – العمر – المستوى التعليمي – الحالة الاجتماعية)؟

٤ – هل يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية؟

أهداف الدراسة:

الهدف الرئيس للدراسة الحالية يتمثل في:

١ – التعرف على العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

٢ – التعرف على الفروق بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض في مستوى الاكتئاب وفقًا لمتغير (الجنس – العمر – المستوى التعليمي – الحالة الاجتماعية).

٣ – التعرف على الفروق بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض في مستوى الصلابة النفسية وفقاً لمتغير (الجنس – العمر – المستوى التعليمي – الحالة الاجتماعية).

٤ – التعرف على إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية لهذه الدراسة فيما يلي:

١ – تنتمي الدراسة إلى تيار علم النفس الإيجابي، والمنحى الوقائي في المجال النفسي، حيث

تتناول أحد المتغيرات النفسية الإيجابية والحديثة نسبيًا وهو (متغير الصلابة النفسية)، ودوره في مساعدة الفرد على التحكم والالتزام والتحدي والسيطرة على المواقف الحياتية.

٢- تستمد الدراسة أهميتها من أهمية العينة التي تتناولها وهي مرضى الفشل الكلوي والتي تعتبر إحدى الفئات التي لم تحظ بكثير من الاهتمام من قبل الباحثين في المجتمع المحلي، فمعظم الدراسات التي أجريت في مجال الصحة النفسية يكاد ينحصر اهتمامها على متغيرات الصحة النفسية لدى الأسوياء، بينما دراسات الأمراض المزمنة تناولتها بعض المراجع العلمية والطبية المتخصصة دون أي تركيز على المتغيرات النفسية المصاحبة لتلك الأمراض.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة فيما يلي :

١ – مساعدة المهتمين في مجال دراسات أمراض الفشل الكلوي وعلاقتها بمستوى الصحة النفسية على التعرف على مدى الارتباط والتأثير المتبادل بين الجوانب الجسمية كالإصابة بالمرض والجوانب النفسية كمستوى الاكتئاب.

٢- يمكن الاستفادة من نتائج البحث في إمكانية وضع برامج لتنمية الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بصفة عامة ومرضى الفشل الكلوي منخفضي الصلابة النفسية بشكل خاص وإيجاد فنيات تطبيقية لمساعدتهم على مواجهة الاكتئاب.

تحديد المصطلحات الأساسية للدراسة:

١ – الاكتئاب: Depression

تلتزم الباحثة بتعريف غريب (٢٠٠٧: ١٤) للاكتئاب بأنه "حالة تتضمن تغيرًا محددًا في المزاج، والشعور بالوحدة، واللامبالاة، بالإضافة إلى مفهوم سالب عن الذات مصحوب بتوبيخ الذات، وتحقيرها، ولومها، ورغبة في عقاب الذات، بالإضافة إلى الرغبة في الهروب، والاختفاء، والموت"، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة من مرضى الفشل الكلوي على مقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية.

٢ – الصلابة النفسية: Psychological Hardiness

تتبنى الباحثة تعريف مخيمر(١٩٩٦) للصلابة النفسية الذي يعرفه بأنه " نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله، واعتقاد الفرد بأن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث، وإن ما يطرأ على جوانب حياته من تغيير هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدًا وإعاقة"، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة من مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصلابة النفسية .

٣ – الفشل الكلوي: Renal Failure

تعرف الباحثة الفشل الكلوي بأنه قصور شديد في وظائف الكلى بحيث لا يستطيع المريض أن يعيش مالم يحصل على علاج بديل (تعويضي)، ويتلقون خدمات الغسيل الكلوي والعلاج عن طريق التنقية الدموية من المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمدينة الرياض ذكورًا وإناثًا وممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠–٦٠) سنة فما فوق.

حدود الدراسة:

تتحدّد هذه الدراسة في نطاق ما يلي :

الحدود الموضوعية: تتحدّد في التعرف على العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

الحدود المكانية: تم إجراءات الدراسة في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمدينة الرياض (مركز الملك سلمان لأمراض الكلى، مدينة الملك سعود الطبية، متشفى الملك سلمان بن عبد العزيز، مدينة الملك فهد الطبية).

الحدود الزمانية: تم إجراءات الدراسة في الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ١٤٣٨هـ/١٤٣٩هـ.

المفاهيم النظرية للدراسة:

أولا: الاكتئاب:

مفهوم الاكتئاب:

لقد جعل الله الإنسان وحدة متكاملة فريدة للنفس والجسم، وحث الإسلام على التوازن بين متطلبات النفس والجسم، حيث إنه من المعروف أن الحالة الصحية للفرد تؤدي دورًا حيويًا في صحته النفسية، ولأن العلاقة بين النفس والجسد علاقة تفاعلية، فقد تؤدي الأمراض الجسمية دورًا مهما في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية.

وفي المقابل اتَّضح بأن الحالة النفسية للفرد لها نفس التأثير على الحالة الجسمية، ومن بين الاضطرابات النفسية التي نالت الاهتمام الأوفر والأولوية في التشخيص والبحث (الاكتئاب)، فحظى هذا الاضطراب باهتمام الباحثين بغرض الكشف عن طبيعته وأسبابه ومدى انتشاره في المجتمع (معمرية، ٢٠٠٠).

هذا ويعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأفراد في الحياة المعاصرة بصورة أكبر مما كان الناس يعانون منه في الماضي وفي المجتمعات السابقة، لدرجة أن الكثير

من الكتّاب والأدباء يفضلوا أن يصفوا هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب، هذا وتختلف أعراض الاكتئاب من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات ويجيء عند البعض الآخر مختلطاً مع شكوى جسمانية، وأعراض بدنية بصورة لا تعرف الحدود بينها ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس، والتشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس. وربما تجتمع كل هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أمراض نفسية وجسمية أخرى (Akman et al., 2007).

ويعرف الاكتئاب في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض النفسية (DSM-5)Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)American Psychiatric Association, 2013)، بأنه "مزاج مكتئب بشكل مزمن، ومستمر خلال دورة الحياة اليومية، ويستمر لمدة عامين على الأقل، كما يشترط وجود اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال فترات المزاج المكتئب، وهي فقدان أو زيادة الشهية، وأرق أو زيادة في النوم، وهبوط في الطاقة، وانخفاض تقدير الذات، وضعف التركيز، وصعوبة في اتخاذ القرارات، والشعور باليأس أو فقدان الأمل، وعدم القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي والرغبة المتكررة في التخلص من الحياة"(ص١٥٥).

ويرى (Beck, 1991) أن الاكتئاب عبارة عن " اضطراب في المزاج أكثر من أي شيء آخر ينتج عن أنماط تفكير خاطئ، ويرى أنه ناتج عن طريقة الفرد في معالجة المعلومات وطريقة تفسيره للأحداث، واعتقاداته، ورؤيته السلبية للذات والعالم وللمستقبل"(ص١٦٩). كما يرى (Beck, 1996) أن هناك ثلاثة أشكال من المواقف التي يمكن أن تكون كافية لاستثارة الاكتئاب وهي:

- المواقف التي تعمل على انخفاض تقدير الفرد لذاته.
- المواقف التي تتضمن إعاقة تحقيق الفرد لأهداف مهمة بالنسبة له، أو تفرض عليه ظروفًا ومواقف لا قدرة للفرد على حلها.
- المواقف التي تؤدي إلى التدهور البدني والمرض.

أعراض الاكتئاب:

شأن الاكتئاب شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية، يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض تشتمل على جوانب من السلوك، التفكير والمشاعر، هذا وتستعرض الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) تسعة أعراض أساسية مميزة للاكتئاب وهي: (١) المزاج المكتئب، (٢) نقص

في الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة، (٣) نقص كبير في الوزن أو زيادة كبيرة فيه، أو نقص أو زيادة في الشهية، (٤) الأرق أو النوم المفرط، (٥) تهيج أو تأخر نفسحركي، (٦) التعب أو فقدان الطاقة، (٧) الإحساس بانعدام القيمة أو الإحساس المفرط أو غير الملائم بالذنب، (٨) نقصان القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد، (٩) أفكار متكررة عن الموت.

وتقيس قائمة بيك الثانية للاكتئابBDI-II الأعراض التالية: (١) الحزن، (٢) التشاؤم، (٣) الفشل السابق، (٤) فقدان الاستمتاع، (٥) مشاعر الإثم، (٦) مشاعر العقاب، (٧) عدم حب الذات، (٨) نقد الذات ولومها، (٩) الأفكار أو الرغبات الانتحارية، (١٠) البكاء، (١١) الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار) ، (١٢) فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي، (١٣) التردد في اتخاذ القرارات، (١٤) انعدام القيمة، (١٥) فقدان الطاقة على العمل، (١٦) تغيرات في نظام النوم، (١٧) القابلية للغضب والانزعاج، (١٨) تغيرات في الشهية، (١٩) صعوبة التركيز، (٢٠) الإرهاق والإجهاد، (٢١) فقدان الاهتمام بالجنس. (غريب،٢٠٠٠م).

ثانيا: الصلابة النفسية:

إذا كان تعرض الفرض للضغوط أمر حتمي لا مفر منه، حيث أن واقع الحياة محفوف بالعقبات والصعوبات والأزمات وأشكال الفشل والنكسات والظروف غير المواتية، وإذا لم يستطيع أن يتجنب خبرات الإحباط والفقد فإنه يستطيع أن يهتم بدراسة وتقوية مصادر المقاومة أي تلك العوامل والمتغيرات النفسية والاجتماعية والتي من شأنها أن تجعل الفرد يحتفظ بصحته الجسمية والنفسية عند مواجهته للضغوط، ومن أهم هذه المتغيرات مفهوم "الصلابة النفسية"

والذي برز عندما ظهر (Seligman) داعيًا إلى ضرورة التحول من نموذج العجز ودراسة الأمراض النفسية ومظاهر السلوك السلبي إلى نموذج القوة والسمات الإيجابية وهو ما أسماه بعلم النفس الإيجابي (positive psychology) وهو "الذي يعنى بالدراسة العلمية للانفعالات الإيجابية، والسمات الشخصية الإيجابية والمؤسسات الإيجابية التي تمكن الفرد من الإحساس بالرفاهية والسعادة أو التنعم الإنساني العام"(أبوحلاوة،٢٠١٤، ص٢١).

مفهوم الصلابة النفسية:

يعد مفهوم الصلابة النفسية في البيئة العربية من المفاهيم الحديثة نسبيًا، وهو من الخصائص النفسية المهمة للفرد كي يواجه ضغوطات الحياة المتعددة والمتتالية بنجاح.

ونشأ هذا المفهوم على يد كوبازا أثناء إعدادها لرسالة الدكتوراه عام ١٩٧٧م بجامعة شيكاغو بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث لاحظت أن بعض الناس يستطيعون تحقيق ذواتهم

وإمكانياتهم الكامنة رغم تعرضهم للكثير من الضغوط والإحباطات، لهذا كانت ترى أنه يجب التركيز على الأشخاص الأسوياء الذين يشعرون بقيمتهم، ويحققون ذواتهم، وليس المرضى بهدف معرفة المتغيرات الإيجابية سواء كانت نفسية أو اجتماعية، والتي من شأنها أن تجعل الفرد يحتفظ بصحته الجسمية والنفسية عند مواجهته للضغوط بل وتدعم قدرته على مواجهتها بنجاح. (في مخيمر،٢٠١٢م)

هذا واختلفت وتعددت تعريفات الصلابة النفسية بين العلماء، فُرفت الصلابة النفسية بأنها " مجموعة من خصائص الشخصية وظيفتها مساعدة الفرد في المواجهة الفعالة للضغوط وهي تتكون من الالتزام والتحكم والتحدي." (Kobasa,1979,p.11).

كما عرف مخيمر(١٩٩٦: ١٣) الصلابة النفسية بأنها "أحد خصائص الشخصية الإيجابية التي تؤدي إلى المحافظة على سلامة الأداء النفسي والجسمي في حالة التعرض للضغوط والمواقف الشاقة".

أما الصلابة النفسية كإضافة لعلم النفس الإيجابي تعرف بأنها "مجموعة من السلوكيات التي تمنح الجرأة والدافعية للقيام بالعمل الشاق، وتحويل الأحداث الضاغطة من كوارث إلى فرص للنمو" (Maddi,2006, p.160).

ويلاحظ من خلال التعريفات المتعددة أن الصلابة النفسية مؤشر على الصحة النفسية للأفراد وعلامة من علامات السواء النفسي لا تحدد ملامح القوة والتحمل فحسب، بل والتوجه نحو المستقبل بنظرة إيجابية تجعل الفرد متحديًا عقبات الحياة مرحّبًا لكل تغيير ومتقبلًا له.

أبعاد الصلابة النفسية:

إن الأفراد الذين لديهم مستوى عال من الصلابة النفسية لديهم القدرة على إدراك وتحويل المواقف والظروف الضاغطة إلى فرص للنمو والتطور، بالتالي فإن التصرفات الشخصية الكامنة وراء ذلك تكمن في ثلاثة مكونات أو أبعاد هي: الالتزام، التحكم والتحدي والتي تتفاعل معًا بالتآزر لتحفز الفرد مع سلوكيات المواجهة الإيجابية والتي تساعد على إدارة التغيير (Cole, Field andHarris,2004).

ويمكن وصف هذه الأبعاد كالتالي:

١- الالتزام: (Commitment)

يعتبر بعد الالتزام من أكثر أبعاد الصلابة النفسية ارتباطًا بالدور الوقائي للصلابة النفسية

بوصفها مصدرًا لمقاومة مثيرات الضغوط النفسية، وأن غياب هذا البعد يرتبط بالكشف عن الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب. (Johnson and Sarson,1979).

وتشير (Kobasa, 1982, 8) إلى أن الالتزام "نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله".

٢- التحكم (Control):

كما تعرّف (Kobasa, 1982, 8) التحكم بأنه "مدى اعتقاد الفرد أن له القدرة على التحكم فيما يلقاه من أحداث وأنه مسؤول مسؤولية شخصية عما يحدث له، ويتضمن التحكم القدرة على اتخاذ القرارات، والقدرة على تفسير الأحداث، والقدرة على المواجهة الفعالة للضغوط".

ويعد التحكم من المتغيرات الشخصية المهمة التي تقي من الآثار النفسية التي تحدثها الأحداث الضاغطة فهو يخفف ويعدل من العلاقة بين الأحداث الضاغطة وأعراض القلق والاكتئاب(Lefcourt,Martin and Saleh,1984) .

٣- التحدي (Challenge):

وتعرف (Kobasa, 1982, 8) التحدي بأنه" اعتقاد الشخص أن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدًا مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بفاعلية".

وهذا البعد مهم للحفاظ على صحة الفرد تجاه التغيير والمستويات العالية من التوتر والضغوط، فالأفراد الذين لديهم مستوى عال من التحدي يميلون إلى استقبال المواقف الجديدة واعتبارها فرصة للتعلم والنمو والتطور بدلًا من الاستجابة للتوقعات والاحتمالات الجديدة كتهديد، كما يعتقدون أنه بإمكانهم النمو عن طريق خبرات الحياة الإيجابية بالإضافة إلى الخبرات السلبية ويتقبلون بسهولة فكرة أن التغيير خاصية إيجابية وطبيعية في الحياة.(Stek, 2014) .

ويشير مخيمر (٢٠١٢) إلى أن الصلابة النفسية تفيد في كثير من مجالات الحياة كالتخلص من الوزن الزائد ومقاومة الأمراض الجسمية وسرعة الشفاء منها وفي النجاح الدراسي والتغلب على خبرات الفقد والفشل في العلاقات أو الدراسة أو العمل وفي مرحلة المراهقة والشباب للمساعدة في تحقيق الأهداف والهوية من خلال (التحكم والتحدي والالتزام).

ولكي يكون الفرد في حالة صلابة نفسية ولديه الشجاعة والدافعية في التعامل مع الأحداث

الحياتية الضاغطة يجب توافر كلًا من الالتزام والتحكم والتحدي وليس من الكافي أن يكون لدى الفرد واحدًا منها أو اثنين دون الآخر (Maddi,2006).

الفشل الكلوي

ثالثا: مفهوم الفشل الكلوي:

جسم الإنسان مصنع بيو كيميائي تحدث فيه عمليات حيوية عدة ينتج عنها مواد صالحة للجسم ومواد أخرى غير صالحة بل سامة إذا ما تراكمت في الجسم وتؤدي الكلى دورا مهما في التخلص من النواتج الضارة التي يجب أن يتخلص منها الجسم وبصفة خاصة المركبات النيتروجينية الناتجة عن تكسير البروتينات مثل اليوريا والتي تخرج عن طريق البول.

ويعد الفشل الكلوي خللًا وظيفيًا نتيجة عجز الكلية للقيام بالوظائف الحيوية الأساسية والتي تؤدي إلى إفراز نواتج الأيض بمستويات السوائل أو إبقاء نسبة من الشوارد الكهربائية داخل الجهاز البولي والتي تؤدي بدورها إلى تسمم دموي يسمى بالبولينا (أبو رية،٢٠٠٢م).

وهو السبب الرئيسي لتناقص البول لدى المرضى وكلما ازداد حجم السوائل بجسم المريض كلما ازدادت نسبة البوتاسيوم بالدم وهو بدوره يؤدي إلى ضعف في عضلة القلب، وتشير الدراسات المخبرية أن الفشل الكلي أو الجزئي لوظائف الكلى عند الإنسان يحدث بسبب عطب أكثر من (٧٥%) من النفرونات العامة بالكلية نتيجة تجمع السموم والفضلات وغالبًا ما تؤدي الأمراض الوراثية دورًا بارزًا في حدوث الفشل الكلوي مثل الإصابة بضغط الدم والسكري والأمراض المزمنة (McFarlane, Bayoumi, Pierratos and Redalmeier,2013).

الدراسات السابقة:

ستعرض الباحثة في هذا الفصل أهم الدراسات التي تناولت الاكتئاب والصلابة النفسية والعلاقة بينهما، وسيتم تقديم الدراسات من الأقدم للأحدث، ثم التعليق عليها في ضوء الهدف منها، والمنهج والعينة، والأدوات المستخدمة فيها.

وسوف يتم عرض بعض الدراسات في كل محور من المحاور على النحو التالي:

١ - دراسات تناولت الاكتئاب:

قام اللحياني (١٩٩٦) بدراسة للكشف عن العلاقة بين مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى ومريضات الفشل الكلوي بمنطقة مكة المكرمة مستخدمًا مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس قلق الموت وكشفت الدراسة عن وجود فروق دالة احصائيًا في مستوى الاكتئاب بين مرضى

الفشل الكلوي المزمن والعاديين لصالح المرضى، وبين الذكور والإناث لصالح الإناث، كما بينت الدراسة أن مستوى الاكتئاب لدى مرضى ومريضات الفشل الكلوي لم يتأثر باختلاف أعمارهم، أو مستوياتهم التعليمية أو حالاتهم الاجتماعية.

وأشار (Baykan & Yargic, 2012) في دراستهما حول الاكتئاب والقلق وجودة الحياة واستراتيجيات مواجهة الضغوط بين مرضى الفشل الكلوي؛ وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين الإصابة بالفشل الكلوي والتشخيص والتنبؤ بوجود الاكتئاب والقلق، كما أظهرت النتائج أن الاكتئاب يمثل الدرجة الأولى من حيث عدد المصابين به من مرضى الفشل الكلوي ثم القلق يليه انخفاض استراتيجيات مواجهة الضغوط لديهم، كما ظهر أن المرضى المتزوجين أظهروا أعراضًا اكتئابية أكثر وضوحًا من غير المتزوجين لكلا الجنسين، في حين لم تظهر الدراسة أن للمستوى الاجتماعي والاقتصادي أثرًا في انخفاض الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الفشل الكلوي.

وتناولت فاطمة القحطاني (٢٠١٤) أساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة أبها على عينة تكونت من (١٠٨) مريضى، منهم (٥٤) ذكرا و(٥٤) أنثى، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس أساليب مواجهة الضغوط، وكشفت النتائج وجود علاقة بين الاكتئاب وأساليب مواجهة الضغوط وهي:(أسلوب إعادة التقييم الإيجابي، وأسلوب اللجوء إلى الله، وأسلوب البحث عن المساعدة والمعلومات وأسلوب التنفيس الانفعالي)، وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الاكتئاب تبعًا لمتغير (الجنس، والعمر، ومدة العلاج، والمستوى الاقتصادي)، كما وجدت فروق دالة إحصائيًا في مستوى الاكتئاب تبعًا لمتغير (الحالة الاجتماعية).

وهدفت دراسة المشوّح (٢٠١٥) إلى معرفة العلاقة بين فعالية الذات والاكتئاب لدى المصابين بالفشل الكلوي في مدينة الرياض، وتكونت العينة من (٢٨٧) مريضا ومريضة تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٥٠) سنة فما فوق، واستخدم مقياس فعالية الذات، ومقياس بيك للاكتئاب؛ وأظهرت الدراسة وجود علاقة بين فعالية الذات والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، وبينت أن ارتفاع درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس فعالية الذات والذي يشير إلى انخفاض الفعالية الذاتية يرتبط طرديًا وبدلالة إحصائية مع ارتفاع درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب، كما أشارت النتائج إلى أن هناك ارتباط بين التقدم في العمر وظهور الاكتئاب، وبوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاكتئاب لصالح المستويات التعليمية المنخفضة، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيا على مقياس الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية.

٢ - دراسات تناولت الصلابة النفسية:

تناولت عزة الرفاعي (٢٠٠٣م) دراسة عن الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها، وتكونت العينة من (٣٢١) طالبًا وطالبة منهم (١٦١) ذكرا، و(١٦٠) أنثى وممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٩-٢٦) سنة، وتم تطبيق مقياس الصلابة النفسية، ومقياس إدراك أحداث الحياة الضاغطة، ومقياس أساليب المواجهة؛ وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في الصلابة النفسية، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين الصلابة النفسية وكل من إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب المواجهة الأكثر فعالية.

وهدفت دراسة (Raz & Solomon, 2006) إلى فحص إسهامات الصلابة النفسية والتقييم المعرفي في التوافق النفسي لدى مرضى السرطان؛ وذلك على عينة قوامها (٣٠٠) ممرض منهم (١١٨) ذكرا و(١٨٢) أنثى تتراوح أعمارهم ما بين (٢٥-٦٠)سنة، واستخدام مقياس التقييم المعرفي للصحة، ومقياس الصلابة النفسية، وتوصلت النتائج إلى أن الصلابة النفسية أسهمت بقدر كبير من التباين الكلي في الشعور بالوجود الأفضل وتدني المحن النفسية، كما أظهرت فروقًا بين الجنسين لصالح الذكور وأدت إلى التوافق مع المرض.

وأجرت هويدة محمود (٢٠١٢) دراسة الصلابة النفسية وإدارة الذات وعلاقتها بالصحة النفسية والنجاح الأكاديمي لدى طلاب الدبلوم المهني بكلية التربية؛ واشتملت على (١٨٨) طالبا وطالبة؛ وطبقت مقياس إدارة الذات، ومقياس الصحة النفسية وأعدت مقياس لقياس الصلابة النفسية؛ وأسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين الصلابة النفسية وإدارة الذات وكل من الصحة النفسية والنجاح الأكاديمي، كما أشارت النتائج بأنه يمكن التنبؤ بالصحة النفسية من خلال الصلابة النفسية وإدارة الذات، كما وجدت فروق دالة إحصائيًا في كل من الصلابة النفسية وإدارة الذات بين الذكور والإناث لصالح الذكور، وبين المتزوجين وغير المتزوجين لصالح المتزوجين.

كما هدفت دراسة نورة الدامر (٢٠١٤) إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض على عينة مكونة من (٦٠) مريضة من المصابات بالسرطان؛ وبلغ عدد المستأصلات للثدي (٣٠) مستأصلة، بينما بلغ عدد المعالجات (٣٠) معالجة؛ وتم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس مخيمر للصلابة النفسية؛ وتوصلت نتائجها إلى وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية

للمساندة الاجتماعية لدى كل من المستأصلات والمتعالجات من سرطان الثدي، ووجدت فروق جوهرية بين المعالجات والمستأصلات في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لصالح المتعالجات؛ ولم توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات أبعاد الصلابة والمساندة الاجتماعية لدى عينة الدراسة تبعًا لمتغير المستوى التعليمي، والحالة الصحية والحالة المزاجية؛ وبالنسبة للدرجة الكلية للصلابة النفسية وبعد الالتزام يتضح أن الفروق جاءت بين مفردات عينة الدراسة لصالح ذوات الأعمار الأصغر سنًا.

٣ - دراسات تناولت العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية:

أجرى مخيمر (١٩٩٧) دراسة للتعرف على أثر الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرين من متغيرات المقاومة والوقاية من آثار الأحداث الضاغطة خاصة الاكتئاب؛ وبلغت العينة (١٧١) طالبًا جامعيًا بواقع (٧٥) ذكرا و(٩٦) إنثى تقع في الفئة العمرية من (١٩-٢٤) سنة، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين أحداث الحياتية الضاغطة والاكتئاب؛ وأيضًا تعمل الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية على التخفيف من حدة الضغوط وترتبط الصحة النفسية والجسمية للفرد بالصلابة النفسية لديه، كما توجد علاقة سالبة بين الصلابة النفسية والاكتئاب؛ كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في الصلابة النفسية والضغوط النفسية لصالح الذكور، بينما لم توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في الاكتئاب.

كما أجرى (Green, Oades, Grant & Rynsaard, 2007) بدراسة تناولت الصلابة النفسية والشعور بالأمل باعتبارها سمات إيجابية وعلاقتها بالاكتئاب، وتكونت العينة من (٥٦) طالبة، وتم تطبيق مقياس الصلابة النفسية ومقياس الشعور بالأمل ومقياس للاكتئاب، وأظهرت النتائج عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين كل من الصلابة النفسية والشعور بالأمل لدى عينة الدراسة، كما أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والاكتئاب.

وهدفت دراسة سيّد (٢٠١٢م) إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة، وتكونت العينة من (٤١٢) طالبًا، منهم(٢٠١) من المتضررين من السيول و(٢١١) من غير المتضررين؛ وتم استخدام مقياس مخيمر للصلابة النفسية، ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الاكتئاب، وتوصلت النتائج إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائيا بين درجات

طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول على مقياس الصلابة النفسية وبين درجاتهم على مقياس الاكتئاب.

وأجرى المريمي (٢٠١٢) دراسة عن الصلابة النفسية وأساليب مواجهة الضغوط الحياتية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة الليبيين، وتكونت العينة من مجموعة من طلبة وطالبات العلوم الإنسانية ومجموعة من طلبة وطالبات العلوم التطبيقية ؛ واستخدم الباحث مقياس الصلابة النفسية واستبيان أحداث الحياة الضاغطة للشباب الجامعي، واستبيان أساليب مواجهة أحداث الحياة، واختبار حالة وسمة القلق للكبار ومقياس الاكتئاب(د)، وكشفت النتائج عن وجود درجة من الصلابة النفسية لدى طلاب الجامعة الليبيين مع وجود درجة من الضغوط الحياتية، وتوجد علاقة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية والضغوط الحياتية لدى طلاب الجامعة الليبيين، ووجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجة الطلبة على كل من مقاييس الصلابة والضغوط الحياتية والقلق والاكتئاب وفقًا لمتغير الجنس والسنة الدراسية.

وتناولت دراسة مقدادي والإبراهيم (٢٠١٤) الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن، على عينة (١٤٠) منهم(٦٧) مُسِن و(٧٣) مُسِنّة؛ واستخدم الباحث مقياس الصلابة النفسية ومقياس الرضا عن الحياة ومقياس الاكتئابأ وأظهرت النتائج أن مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة منخفض وأن مستوى الاكتئاب مرتفع، وإلى وجود علاقة إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة، كما توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المسنين والمسنات لصالح المسنين على مقياس الصلابة النفسية.

وهدفت دراسة ربا التويجري (٢٠١٨) إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة والضغوط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وتكونت العينة من (٣٣١) مريضا تتراوح أعمارهم ما بين(٢٠-٦٠ سنة)، واستخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية، مقياس الاكتئاب، ومقياس الصلابة النفسية، وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائيا بين الاكتئاب والصلابة النفسية والضغوط النفسية، ووجود علاقة سالبة دالة إحصائية بين الصلابة النفسية بأبعادها والاكتئاب لدى مرضى السكري، ووجود فروق في الاكتئاب تبعًا لمتغير النوع لصالح الإناث، وفي الحالة الاجتماعية لصالح غير المتزوجين، أما الفروق في الصلابة النفسية كانت لصالح الذكور والمتزوجين، وبالنسبة لمتغير العمر فكانت الفروق دالة إحصائيًا في الصلابة النفسية والاكتئاب لصالح المرضى من ذوات الفئات العمرية المنخفضة، بينما لم توجد فروق في

الاكتئاب والصلابة النفسية تبعًا لمتغير المستوى التعليمي.

التعليق على الدراسات السابقة:

من حيث الموضوع

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة تبين أن هناك بعض الدراسات التي اهتمت بموضوع الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي في الدول العربية والأجنبية؛ حيث تمت دراسة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي في دراسة اللحياني(١٩٩٦م)، و بايكن ويارجيك Baykan and Yargic (٢٠١٢م)، وفاطمة القحطاني(٢٠١٤م)، والمشوح (٢٠١٥م).

وبالنسبة للدراسات التي تناولت الصلابة النفسية فلم تحصل الباحثة على حد علمها على بحث مستقل ومباشر يربط بين الصلابة النفسية والفشل الكلوي إلا أن بعض الدراسات اهتمت بموضوع الصلابة النفسية لدى المصابين بالأمراض المزمنة، حيث هدفت دراسة راز وسولمون Raz and Solomon(٢٠٠٦م) إلى فحص إسهامات الصلابة النفسية والتقييم المعرفي في التوافق النفسي لدى مرضى السرطان، و دراسة نورة الدامر(٢٠١٤م) تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي، وهدفت دراسة ربا التويجري(٢٠١٨م) إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة والضغوط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

من حيث العينة:

تكونت عينة معظم الدراسات التي تناولت الاكتئاب من مرضى الفشل الكلوي من ذلك دراسة اللحياني (١٩٩٦م)، بايكن ويارجيك Baykan and Yargic(٢٠١٢م)، فاطمة القحطاني(٢٠١٤م)، المشوح(٢٠١٥م).

أما عينة بعض الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية فقد تكونت من المصابين بالأمراض الجسمية والمزمنة من ذلك دراسة راز وسولمون Raz and Solomon(٢٠٠٦م) والتي كانت لدى مرضى السرطان، ودراسة نورة الدامر(٢٠١٤م) والتي كانت لدى المصابات بسرطان الثدي، بينما أجريت بعض الدراسات على عينة من الطلاب والطالبات من ذلك دراسة عزة الرفاعي(٢٠٠٣م)، وهويدة محمود(٢٠١٢م).

وفيما يتعلق بالدراسات التي تناولت الاكتئاب والصلابة النفسية فمعظمها كانت لدى عينة من الطلاب والطالبات من ذلك دراسة مخيمر(١٩٩٧م)، وجرين ووادسوقرانت ورينسارد Green,Oades,Grant and Rynsard(٢٠٠٧م)، وسيد(٢٠١٢م)، والمريمي(٢٠١٢م)، وفي

دراسة مقدادي والإبراهيم(٢٠١٤م) كانت لدى عينة من المسنين والمسنات، بينما الدراسة التي اشتملت على عينة من المرضى هي التي قامت بها ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي تناولت الاكتئاب وعلاقته بالصلابة والضغوط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني بمستشفيات مدينة الرياض.

من حيث المنهج:

تنوعت مناهج الدراسة التي اعتمدت في الدراسات السابقة من قبل الباحثين، إلا أن معظم الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي متفقين بذلك مع الدراسة الحالية.

من حيث الأدوات:

استخدم معظم الباحثين والذين تناولوا الاكتئاب في دراستهم قائمة بيك للاكتئاب متفقين في ذلك مع الدراسة الحالية، بينما استخدم سيد(٢٠١٢م) مقياس الاكتئاب إعداد الدليم وآخرون(١٩٩٣م)، وكان مقياسPHQ-9 للاكتئاب هو المستخدم في دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م).

هذا وتنوعت المقاييس التي استخدمها الباحثين في دراستهم للصلابة النفسية فاستخدم بعض الباحثين مقاييس من إعدادهم من ذلك هويدة محمود(٢٠١٢م)، ربا التويجري(٢٠١٨م)، في حين استخدم مقدادي والابراهيم(٢٠١٤م) مقياس حجازي وأبو غالي(٢٠١٠م) للصلابة النفسية، هذا واتفقت دراسة سيد(٢٠١٢م)، ونورة الدامر(٢٠١٤م) في اعتمادها على مقياس مخيمر (٢٠١٢م) للصلابة النفسية.

من حيث النتائج:

اختلفت النتائج التي توصلت لها الدراسات السابقة وكانت على النحو التالي:

حيث اتضح من نتائج الدراسات وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الاكتئاب والصلابة النفسية وتمثل ذلك في دراسة مخيمر(١٩٩٧م)، وجرين ووادس وقرانت ورينسارد ,Green Oades,Grant and Rynsard(٢٠٠٧م)، وربا التويجري(٢٠١٨م) في حين لم تكن هناك علاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية في الدراسة التي أجراها سيد(٢٠١٢م).

أما نتائج الدراسات المتعلقة بالاكتئاب فتشير إلى أن هناك فروقًا ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث كما في دراسة اللحياني(١٩٩٦م)، ربا التويجري(٢٠١٨م)،

في حين كانت نتيجة دراسة كلًا من مخيمر(١٩٩٧م)، وفاطمة القحطاني(٢٠١٤م)، والمشوح(٢٠١٥م) تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الاكتئاب تبعًا لمتغير الجنس؛ وبالنسبة لنتائج الدراسات التي تناولت متغير العمر فقد أوضحت دراسة المشوح(٢٠١٥م)على وجود فروق ذات دلالة احصائية في الاكتئاب لصالح أفراد العينة من ذوي الفئات العمرية المتقدمة ، بينما كانت نتيجة دراسة ربا التويجري(٢٠١٨م) تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة، في حين أشارت نتيجة دراسة كلًا من اللحياني(١٩٩٦م)، وفاطمة القحطاني(٢٠١٤م) إلى عدم وجود فروق في الاكتئاب تبعًا لمتغير العمر؛ وبالنسبة لنتائج الدراسات التي تناولت متغير المستوى التعليمي فقد أشارت نتيجة دراسة المشوح (٢٠١٥م) إلى أن الاكتئاب يزداد لدى الذين لديهم مستوى منخفض في التعليم؛ أماعن نتائج الدراسات التي تناولت متغير الحالة الاجتماعية فقد أشارت نتيجة دراسة فاطمة القحطاني(٢٠١٤م) إلى وجود فروق دالة احصائيًا تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وأشارت نتيجة دراسة بايكن ويارجيك Bayka and Yargic(٢٠١٢م) إلى أن الفروق كانت لصالح المتزوجين، بينما كانت الفروق لصالح غير المتزوجين في دراسة ربا التويجري(٢٠١٨م).

أما نتائج الدراسات المتعلقة بالصلابة النفسية فتشير إلى أن هناك فروقًا ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور كما في دراسة مخيمر(١٩٩٧م)، راز وسولمون Raz and Solomon(٢٠٠٦م)، هويدة محمود(٢٠١٢م)، مقدادي والإبراهيم(٢٠١٤م)، وربا التويجري(٢٠١٨م)، في حين كانت نتيجة دراسة عزة الرفاعي(٢٠٠٣م)، تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الصلابة النفسية تبعًا لمتغير الجنس. وبالنسبة للدراسات التي تناولت متغير العمر فقد أشارت نتيجة دراسة نورة الدامر(٢٠١٤م)، وربا التويجري(٢٠١٨) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لصالح أفراد العينة من ذوي الفئات العمرية المنخفضة ؛ وبالنسبة لنتائج الدراسات التي تناولت متغير المستوى التعليمي فقد اتفقت دراسة كلًا من نورة الدامر(٢٠١٤م)، وربا التويجري(٢٠١٨م) على عدم وجود فروق في الصلابة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي؛ أما عن نتائج الدراسات التي تناولت متغير الحالة الاجتماعية فقد أشارت نتيجة دراسة هويدة محمود(٢٠١٢م)، وربا التويجري(٢٠١٨م) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لصالح المتزوجين.

ما تنفرد به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة تشابه واختلاف الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية اتضح انفراد الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بعدة أمور هي:

١-تنفرد الدراسة الحالية بأنها تدرس العلاقة بين متغيري الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي.

٢-طبقت هذه الدراسة على عينة من مرضى الفشل الكلوي بالمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في مدينة الرياض.

٣-تناولت الاكتئاب وقارنت بين أبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب الجسدي، الجانب المعرفي-الوجداني) لدى مرضى الفشل الكلوي.

٤-هدفت إلى التعرف على إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

استفادت الباحثة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة في إثراء الإطار النظري والتعرف على منهجيتها، واختيار الأدوات، وكيفية تحديد حجم العينة.

فروض الدِّرَاسَة:

١- توجد علاقة دالة إحصائيا بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

٢- توجد فروق دالة إحصائيا بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكتئاب الصورة الثانية BDI-II تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية).

٣- توجد فروق دالة إحصائيا بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية).

٤- يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

إجراءات الدراسة:

أولا: منهج الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة وفروضها استخدمت الباحثة (المنهج الوصفي) بشقية (الارتباطي/ المقارن) " وهو ذلك النوع من أساليب البحث الذي يمكن بواسطته معرفة ما إذا كان هناك ثمة علاقة بين متغيرين أو أكثر، فالمنهج الوصفي الارتباطي لمعرفة العلاقة بين الاكتئاب

والصلابة النفسية، أما المنهج الوصفي المقارن لتحديد الفروق ومعرفة دلالتها الإحصائية بين الاكتئاب والصلابة النفسية تبعا لمتغيرات الدراسة (الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية).

ثانيا: العينة:

١ – مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى الفشل الكلوي الذين يتلقون خدمات الغسيل الكلوي والعلاج عن طريق التنقية الدموية بالمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمدينة الرياض (مركز الملك سلمان لأمراض الكلى، مدينة الملك سعود الطبية، مستشفى الملك سلمان بن عبد العزيز، مدينة الملك فهد الطبية)، حيث بلغ عددهم (٥٩٢) (المركز السعودي لزراعة الأعضاء،٢٠١٧).

٢ – عينة الدراسة:

بناء على المعايير التي حددها مورجان (Morgan, 1970) لتحديد حجم العينة تكوّنت عينة الدراسة من(٢٣٥) من مرضى الفشل الكلوي من الذكور والإناث والذين تتراوح أعمارهم من سن (٢٠) سنة إلى (٦٠) سنة فما فوق، والذين يتلقون خدمات الغسيل الكلوي والعلاج عن طريق التنقية الدموية، وتم اختيارهم بالطريقة العمدية (القصدية) التي تناسب طبيعة مجتمع الدراسة.

ثالثا : أدوات الدراسة:

١ – مقياس بيك للاكتئاب:

يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس النفسية شيوعًا واستخدامًا في الوطن العربي سواء على العينات الإكلينيكية أو العينات غير الإكلينيكية، وقام بإعداده الطبيب النفسي الأمريكي (E.Beak) وهو يحتوي على (٢١) بندا، وترجمه إلى اللغة العربية غريب (٢٠٠٠) أمّا البند رقم (٢١) والذي يقيس فقدان الاهتمام بالجنس حسب المواصفات السيكومترية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب عند معرّب المقياس غريب (٢٠٠٠) والمعتمد في هذه الدراسة غير دالة فتم استبعادها.

وكانت البنود مقسمة على محورين (البعد المعرفي الوجداني – والبعد الجسدي) كما أوضحت نتائج التحليل العاملي، وتم التحقق من ذلك في الدراسة الحالية بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه العبارة على العينة الاستطلاعية والمكونة من (٥٠) مفردة، وكانت دالة عند مستوى (٠,٠١)، وتشير هذه النتائج إلى مؤشر الصدق التكويني المستخدم في الدراسة الحالية.

وللتحقق من ثبات المقياس حسبت الباحثة معامل ثبات ألفا كرونباخ، واتضح أن مقياس الدراسة يتمتع بثبات مقبول إحصائياً، حيث بلغت قيمة معامل الثبات الكلية (ألفا) (٠,٨٣٥)، وهي درجات ثبات عالية، كما بلغت معاملات ثبات أداة الدراسة (٠,٧٩١، ٠,٨٠٤)، بمعامل ألفا كرونباخ، وهي معاملات ثبات مرتفعة يمكن الوثوق بها في تطبيق أداة الدراسة الحالية.

ثانياً: مقياس الصلابة النفسية:

يعد مقياس الصلابة النفسية الذي أعدّه مخيمر(٢٠١٢) كأداة تعطي تقديرًا كميًا لصلابة الفرد النفسية، ويتكون المقياس من (٤٧) بندا تتوزع على أبعاد الصلابة النفسية الثلاثة (الالتزام، التحكم، التحدي)

وتم التحقق من حساب الاتساق الداخلي للمقياس في الدراسة الحالية بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للبُعد الذي ينتمي إليه البند على العينة الاستطلاعية، واضح أن جميع البنود والأبعاد دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، كما يشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية.

وللتحقق من ثبات المقياس حسبت الباحثة معامل ثبات ألفا كرونباخ، واتضح أن مقياس الدراسة يتمتع بثبات مقبول إحصائياً، حيث بلغت قيمة معامل الثبات الكلية (ألفا) (٠,٨٩٨)، وهي درجات ثبات عالية، كما تراوحت معاملات ثبات أداة الدراسة ما بين (٠,٧٦١، ٠,٨٦١)، بمعامل ألفا كرونباخ، وهي معاملات ثبات مرتفعة يمكن الوثوق بها في تطبيق أداة الدراسة الحالية.

إجراءات الدراسة:

١-الحصول على خطاب تسهيل مهمة باحث من عمادة كلية العلوم الاجتماعية في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

٢-حصر مجتمع الدراسة على مرضى الفشل الكلوي المترددين على عيادات الغسيل الكلوي بالمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمدينة الرياض وهي: (مركز الملك سلمان لأمراض الكلى، مدينة الملك سعود الطبية، مركز الملك سلمان بن عبد العزيز، مدينة الملك فهد الطبية) والبالغ عددهم (٥٩٢).

٣- تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة والمكونة من(ن=٢٣٥) مريضًا ومريضة من مرضى الفشل الكلوي المترددين على عيادات الغسيل الكلوي، وشرح التعليمات من الباحثة بنفسها حفاظًا على سرية المعلومات وطبقًا للميثاق الأخلاقي للبحث العلمي.

٤-تحليل النتائج ومناقشتها.

٥-كتابة التوصيات.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Sciences والتي يرمز لها اختصارًا بالرمز(SPSS) لإجراء المعالجات الإحصائية وحددت الأساليب الإحصائية بحسب ما يتناسب مع فروض البحث وتمثلت في الآتي:

١- التكرارات، والنسب المئوية، للتعرف على الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة.

٢- معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لحساب الاتساق الدّاخلي لأداة الدراسة، وكذلك للتعرف على العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

٣-معامل ألفاكرونباخ (Cronbach's Alpha) لحساب معامل ثبات المحاور المختلفة لأداتي الدراسة.

٤-اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent Sample T-Test)؛ للتعرف على الفروق في الاكتئاب والصلابة النفسية باختلاف متغيري (الجنس، والحالة الاجتماعية).

٥-تحليل التباين الأحادي (One Way Anova)؛ للتعرف على الفروق في الاكتئاب والصلابة النفسية باختلاف متغيري (العمر، والمستوى التعليمي).

٦-تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)؛ للتعرف على مدى إمكانية التنبؤ بالاكتئاب من خلال مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي.

نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول: والذي ينص على: "وجود علاقة دالة إحصائيا بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض"، وللتعرف على طبيعة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation) وذلك كما يتضح من خلال الجدول (١) التالي:

جدول (١) نتائج معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض (ن=٢٣٥)

م	الاكتئاب	الصلابة النفسية			
		الالتزام	التحدي	التحكم	الدرجة الكلية للصلابة النفسية
١	الجانب المعرفي – الوجداني	-٠,٥١٧**	-٠,٥٥١**	-٠,٥٠٣**	-٠,٦٣٨**
٢	الجانب الجسدي	-٠,٤٥٢**	-٠,٥٢٢**	-٠,٤٤٨**	-٠,٥٧٩**
الدرجة الكلية للاكتئاب		-٠,٥٢١**	-٠,٥٧١**	-٠,٥١١**	-٠,٦٥٢**

** دال عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من خلال الجدول (١) أن هناك علاقة (سلبية) دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) بين الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي – الوجداني، الجانب الجسدي)، والدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحدي، التحكم) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، حيث بلغت قيمة معاملات ارتباط بيرسون للدرجة الكلية لتلك المتغيرات (-٠,٦٣٨، -٠,٥٧٩، -٠,٦٥٢).

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة مخيمر (١٩٩٧)، والتي توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين الصلابة النفسية والاكتئاب لدى أفراد الدراسة، ودراسة جرين وآخرون Green, et al., 2007)، والتي توصلت إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية والاكتئاب لدى أفراد الدراسة، ودراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي توصلت إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية والاكتئاب لدى مرضى السكري، في حين اختلفت النتيجة مع نتيجة دراسة سيد (٢٠١٢) والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية والاكتئاب لدى أفراد الدراسة من المتضررين وغير المتضررين من السيول.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الضغوط التي قد يتعرض لها مرضى الفشل الكلوي، والقيود في السفر والتنقل ونوعية التغذية والتي تفرض عليهم بسبب مرضهم، هذا إلى جانب المشاعر التي تنتابهم من قبيل الإحساس بأنهم عبء على الآخرين والخوف من المستقبل قد تُسهم في شعورهم بالألم والفشل والإحباط وكل هذا من شأنه أن يؤثر بصورة سلبية فى صحتهم النفسية، وضعف قدرتهم على مواجهة تلك الضغوط وهذا ما أشار إليه مخيمر(٢٠١٢) إلى أن المكتئبين تنخفض لديهم الدافعية والفاعلية والصلابة النفسية.

كما ترى الباحثة أن لنظرة المرضى للتشخيص فيما إن كانت تمثل تحديًا أم خطرًا، والوعي بالقدرة على التحكم فيما إن كانت جزئية أم معدومة تؤثر فى مزاجهم وصحتهم النفسية؛ حيث إن المفاهيم السلبية والتشاؤم بشأن العلاج يجعل المريض يشعر بالاكتئاب وهذا ما أشارت

إليه النظرية المعرفيه (Beck,1979).

٢ – **نتائج الفرض الثـــاني:** والذي ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائيا بين مرضى الفشـــل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكتئاب الصورة الثانية BDI-II تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية):

أ – الجنس:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent Sample T-Test)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٢)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٢) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس (ن=٢٣٥)

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي – الوجداني	ذكر	١٣٠	١٥,٢٢	٧,٣٣	٣,٠٥٣	٠,٠٠٣
	أنثى	١٠٥	١٧,٩٨	٦,٣٣		
الجانب الجسدي	ذكر	١٣٠	٧,٩١	٤,٠٩	٣,١٩٢	٠,٠٠٢
	أنثى	١٠٥	٩,٥٩	٣,٩٢		
الدرجة الكلية للاكتئاب	ذكر	١٣٠	٢٣,١٢	١٠,٨٥	٣,٢٩٢	٠,٠٠١
	أنثى	١٠٥	٢٧,٥٧	٩,٥٧		

يتضح من خلال الجدول (٢) أن هناك فروقًا دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي – الوجداني، الجانب الجسدي) باختلاف متغير الجنس، وذلك لصالح المرضى الإناث بمتوسط درجات (١٧,٩٨) للجانب المعرفي – الوجداني، وبمتوسط درجات (٩,٥٩) للجانب الجسدي، وبمتوسط درجات (٢٧,٥٧) للدرجة الكلية للاكتئاب، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى الإناث لديهن مستوى أعلى من الاكتئاب من المرضى الذكور.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة اللحياني (١٩٩٦) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الجنس لصالح الإناث، ودراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي توصلت إلى وجود فروق لدى مرضى السكري من النوع الثاني تبعًا لمتغير الجنس لصالح الإناث.

في حين اختلفت النتيجة مع نتيجة دراسة مخيمر (١٩٩٧) والتي توصلت إلى عدم وجود

فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث لدى طلاب الجامعة، ودراسة كلا من فاطمة القحطاني (٢٠١٤)، والمشوح(٢٠١٥) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الجنس.

وتعزو الباحثة ذلك إلى طبيعة المرأة النفسية والبيولوجية والتي تتأثر نفسياً من أبسط المواقف التي قد تتعرض لها، مما يجعل النساء المصابات بمرض الفشل الكلوي أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الرجال، حيث أن زيادة استهداف المرأة للاكتئاب يرجع إلى خصائص بيولوجية تختص بها المرأة ككائن حي في كل مكان، إضافة إلى أن المرأة مهيأة للإصابة بالاكتئاب في فترات معينة من حياتها (فترة الحيض والحمل والولادة، ومرحلة منتصف العمر والتي تنتهي بانقطاع الحيض)، وهذه الفترات من حياة المرأة ترتبط بوجود تغيرات في مستويات الهرمونات وخاصة هرموني (estrogen)، (progesterone) وغيرهما من الهرمونات، وهذا ما أشار إليه (الحويلة وآخرون، ٢٠١٧) إلى أن النساء اليافعات تنتابهن عديدًا من مسببات الإجهاد النفسي والضغط بشأن ما يتعلق بدورهن في الحياة، وهيئة أجسامهن وميلهن إلى اجترار المشاعر السلبية التي تنتج عن ذلك؛ وكل هذا من شأنه أن يُسهم بدرجة كبيرة في زيادة مسببات الاكتئاب لديهن.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه النظرية البيولوجية التي تشير إلى أن الاكتئاب هو اضطراب وظيفي يحدث نتيجة لعوامل وراثية، أو اختلال في التنظيم البيو كيميائي والهرموني، وأن الاكتئاب يرتبط بالتذبذب في هرمونات الجنس خاصة عند النساء (فرحان،٢٠١٢).

ب – العمر:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٣)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٣) نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي – الوجداني	بين المجموعات	١٥٩,١٦٣	٢	٧٩,٥٨٢	١,٦٢١	٠,٢٠٠
	داخل المجموعات	١١٣٨٩,٠٢٤	٢٣٢	٤٩,٠٩١		
	المجموع	١١٥٤٨,١٨٧	٢٣٤			
الجانب الجسدي	بين المجموعات	٢٩٦,٦٨١	٢	١٤٨,٣٤١	٩,٤٨٦	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٣٦٢٨,٠٨٥	٢٣٢	١٥,٦٣٨		
	المجموع	٣٩٢٤,٧٦٦	٢٣٤			
الدرجة الكلية للاكتئاب	بين المجموعات	٨٨٥,٢٥٥	٢	٤٤٢,٦٢٨	٤,١١٢	٠,٠١٨
	داخل المجموعات	٢٤٩٧٣,٨٦٨	٢٣٢	١٠٧,٦٤٦		
	المجموع	٢٥٨٥٩,١٢٣	٢٣٤			

يتضح من خلال الجدول (٣) أنه لا توجد هناك فروق دالة إحصائيا في الجانب المعرفي – الوجداني لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,٢٠٠)، وهي قيمة أكبر من (٠,٠٥) أي غير دالة إحصائياً، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الجوانب المعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي لا ترتبط بعمر معين، فإصابة الإنسان كما أشارت وهيبة شرقي (٢٠١٥) بأحد الأمراض المزمنة من شأنها أن تؤدي إلى اضطراب العمليات المعرفية، كما أن المرضى على اختلاف مستوياتهم العمرية يكون لديهم نوع من الحزن والتشاؤم نتيجة لمرضهم، حيث يُعد الفشل الكلوي سبباً رئيسياً للعجز والوفاة وهذا ما أكد عليه kimmel, (2000) حيث أشار إلى أن هناك علاقة بين ارتفاع المشاعر الاكتئابية والحزن وظهور أعراض قهر الذات وبين الإصابة بالفشل الكلوي.

في حين أوضحت النتائج بالجدول (٣) أن هناك فروقًا دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠٥) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض والبُعد الفرعي (الجانب الجسدي) باختلاف متغير العمر، ولمعرفة اتجاه الفروق ولصالح أي فئة من فئات متغير العمر، وتم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٤)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤) اختبار أقل فرق معنوي للفروق في مستوى الاكتئاب

لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر (ن=٢٣٥)

الأبعاد	العمر	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	٢٠-٤٠ سنه	٤١-٦٠ سنه	٦١ فما فوق
الجانب الجسدي	٢٠-٤٠ سنه	٥٧	٧,٤٠	٢,٩٩	-		-٣,٠**
	٤١-٦٠ سنه	١١٥	٨,٣٢	٤,٣٣		-	-٢,٠٩**
	٦١ فما فوق	٦٣	١٠,٤١	٤,٠٠	٣,٠*	٢,٠٩**	-
الدرجة الكلية للاكتئاب	٢٠-٤٠ سنه	٥٧	٢٢,٧٧	٧,٥٧	-		-٥,٢٩**
	٤١-٦٠ سنه	١١٥	٢٤,٦٥	١١,٧٤		-	-٣,٤١**
	٦١ فما فوق	٦٣	٢٨,٠٦	٩,٨٨	٥,٢٩**	٣,٤١**	-

**** دال عند مستوى (٠,٠١)**

يتضح من خلال الجدول (٤)، والذي يُبين نتائج المقارنات البعدية لمتوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكتئاب باختلاف متغير العمر، حيث يتضح أن الفروق جاءت بين المرضى ممن عمرهم (٦١ فما فوق) والمرضى من الفئات العمرية الأخرى، وذلك لصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (٦١ سنة فما فوق) بمتوسط حسابي (١٠,٤١) للجانب الجسدي، وبمتوسط (٢٨,٠٦) للدرجة الكلية للاكتئاب، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى ممن عمرهم (٦١) سنه فما فوق لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب من المرضى من الفئات العمرية الأخرى، واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المشوح(٢٠١٥)، والتي توصلت إلى أنه كلما تقدم عمر مرضى الفشل الكلوي كلما ازداد شعورهم بالاكتئاب، في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيًا لدى مرضى السكري من النوع الثاني لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة، واختلفت مع دراسة كل من اللحياني (١٩٩٦)، وفاطمة القحطاني (٢٠١٤) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير العمر.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المرضى الأكبر عمراً هم الأقل صحة وقدرة على مقاومة أعراض المرض، إضافة إلى ما سبق فإن ضعف النواحي الاجتماعية لدى المرضى الأكبر سناً وذلك لاعتبارات السن وضعف القدرة على الحركة يُسهم في زيادة عزلتهم، وبالتالي زيادة مستويات التفكير السلبي والخوف من الموت، وشعورهم بأن المتبقي من العمر أقل مما ذهب، وهذا بدوره يُساهم بدرجة كبيرة في زيادة مستوى الاكتئاب لديهم وهذا ما أشارت إليه بركات

(٢٠٠٠).

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه النظرية السلوكية، حيث أوضحت النظرية أن الاكتئاب نتاج انسحاب مصادر التعزيز المعتادة كالوظيفة أو النجاح، وبالتالي فإن عدم قدرة الفرد على ممارسة أعماله وشعوره بالإنجاز الوظيفي يُعزز من ظهور أعراض الاكتئاب لديه، كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نظرية العجز المتعلم، حيث كشفت النظرية على أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة يؤدي إلى اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة، ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة، ثم ينبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى.

جـ – المستوى التعليمي:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٥)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٥) نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي – الوجداني	بين المجموعات	١٢٥٦,٨٢٢	٢	٦٢٨,٤١١	١٤,١٦٦	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	١٠٢٩١,٣٦٥	٢٣٢	٤٤,٣٥٩		
	المجموع	١١٥٤٨,١٨٧	٢٣٤			
الجانب الجسدي	بين المجموعات	٥١٢,٨٦٢	٢	٢٥٦,٤٣١	١٧,٤٣٧	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٣٤١١,٩٠٤	٢٣٢	١٤,٧٠٦		
	المجموع	٣٩٢٤,٧٦٦	٢٣٤			
الدرجة الكلية للاكتئاب	بين المجموعات	٣٣٢٧,٣٢٠	٢	١٦٦٣,٦٦٠	١٧,١٣٠	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٢٢٥٣١,٨٠٣	٢٣٢	٩٧,١٢٠		
	المجموع	٢٥٨٥٩,١٢٣	٢٣٤			

يتضح من خلال الجدول (٥) أن هناك فروقًا دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي – الوجداني، الجانب الجسدي) باختلاف متغير المستوى التعليمي،

ولمعرفة اتجاه الفروق ولصالح أي فئة من فئات متغير المستوى التعليمي، تم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٦)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٦) اختبار أقل فرق معنوي للفروق في مستوى الاكتئاب

لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المستوى التعليمي	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	غير متعلم	ثانوي فأقل	جامعي فأكثر
الجانب المعرفي – الوجداني	غير متعلم	٦٣	١٨,٧١	٦,٧٣	–		٦,٣٦**
	ثانوي فأقل	١١٩	١٧,٠٨	٧,١٩		–	٤,٧١**
	جامعي فأكثر	٥٣	١٢,٣٦	٥,١٧	-٦,٣٦**	-٤,٧١**	–
الجانب الجسدي	غير متعلم	٦٣	١٠,٥٤	٤,٠٤	–		٤,٢١**
	ثانوي فأقل	١١٩	٨,٧١	٣,٩٤		–	٢,٣٩**
	جامعي فأكثر	٥٣	٦,٣٢	٣,٣٢	-٤,٢١**	-٢,٣٩**	–
الدرجة الكلية للاكتئاب	غير متعلم	٦٣	٢٩,٢٥	٩,٩٧	–		١٠,٥٧**
	ثانوي فأقل	١١٩	٢٥,٧٨	١٠,٥٨		–	٧,١٠**
	جامعي فأكثر	٥٣	١٨,٦٨	٧,٧٨	-١٠,٥٧**	-٧,١٠**	–

** دال عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من خلال الجدول (٦)، والذي يُبين نتائج المقارنات البعدية لمتوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكتئاب باختلاف متغير المستوى التعليمي، حيث يتضح أن الفروق جاءت بين المرضى ممن مستواهم التعليمي جامعي فأكثر والمرضى من المستويات التعليمية الأخرى (غير متعلم، ثانوي فأقل)، وذلك لصالح المرضى ممن مستواهم التعليمي (غير متعلم) بمتوسط حسابي (١٨,٧١) للجانب المعرفي – الوجداني، وبمتوسط حسابي (١٠,٥٤) للجانب الجسدي، وبمتوسط حسابي (٢٩,٢٥) للدرجة الكلية للاكتئاب، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى من غير المتعلمين لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة المشوح (٢٠١٥) والتي أظهرت أن هناك فروقًا دالة إحصائيا لصالح المستويات التعليمية المنخفضة في الإصابة بالأعراض الاكتئابية لمرضى الفشل الكلوي، في حين اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة اللحياني (١٩٩٦) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير المستوى التعليمي، واختلفت أيضًا مع دراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق في الاكتئاب تبعًا لمتغير المستوى التعليمي.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن أمية المريض (المريض غير المتعلم)، تُسهم في عدم وعي المريض بالجوانب المختلفة للمرض وكيفية التعامل معه، وعلاقة التدهور الصحي بالحالة النفسية

للمرضى و أوضح كويكن وآخرون Kuyken, et al. (٢٠٠٨م) ان الاكتئاب يزداد بازدياد شدة المرض وأن حالة القصور الجسمي تسهم في الاكتئاب الشديد وتشير الباحثة إلى أهمية العامل التعليمي في رفع مستوى الوعي وبضرورة وجود عنصر التثقيف الصحي للمرضى وأسرهم حول طرق التعامل مع المرض، حيث يسهم التثقيف الصحي في تصحيح المفاهيم الصحية السلبية عن الفشل الكلوي، وفي تخفيض نسبة كبيرة من الوفيات الناجمة عن المرض، كما أن له دورا كبيرًا في مساعدة المرضى على ممارسة السلوك الصحي، والعناية بالذات واتباع الارشادات والعادات الصحية السليمة كالالتزام بتناول الأدوية ونوعية الغذاء المناسب والانتظام بحضور جلسات الغسيل الكلوي والتي ينعكس الالتزام بها إيجابيًا على صحة المريض الجسمية والنفسية.

د – الحالة الاجتماعية:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٧)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٧) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية (ن=٢٣٥)

الأبعاد	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي – الوجداني	متزوج	١٣٤	١٥,٣٤	٦,٨١	-٢,٨٢٦	٠,٠٠٥
	غير متزوج	١٠١	١٧,٩٢	٧,٠٧		
الجانب الجسدي	متزوج	١٣٤	٨,٢٥	٤,٠٢	-١,٧٩٠	٠,٠٧٥
	غير متزوج	١٠١	٩,٢١	٤,١٥		
الدرجة الكلية للاكتئاب	متزوج	١٣٤	٢٣,٥٩	١٠,٢٠	-٢,٥٨٦	٠,٠١٠
	غير متزوج	١٠١	٢٧,١٣	١٠,٦٣		

يتضح من خلال الجدول (٧) أنه لا توجد هناك فروقًا دالة إحصائيا في متوسطات درجات أفراد الدراسة حول الجانب الجسدي للاكتئاب باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,٠٧٥)، وهي قيمة أكبر من (٠,٠٥) أي غير دالة إحصائياً، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الجوانب الجسدية للاكتئاب والتي تتمثل في فقدان الطاقة أو التغيرات في النوم أو فقدان الشهية والتي تحدث للمرضى لا ترتبط بكون المريض متزوج أو غير متزوج، وإنما ترتبط بالحالة الصحية له، وبالعديد من النواحي النفسية والشخصية للمريض، مثل وعيه بمرضه، وكيفية التعامل مع ذلك المرض.

في حين أوضحت النتائج بالجدول رقم (٧) أن هناك فروقًا دالة إحصائيا عند مستوى

(٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض والبُعد الفرعي المتمثل في (الجانب المعرفي – الوجداني) باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، وذلك لصالح أفراد الدراسة من غير المتزوجين بمتوسط حسابي (١٧,٩٢) للجانب المعرفي – الوجداني، وبمتوسط حسابي (٢٧,١٣) للدرجة الكلية للاكتئاب، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى غير المتزوجين لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة فاطمة القحطاني (٢٠١٤) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، واتفقت أيضًا مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي أشارت إلى وجود فروق في الاكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الثاني لصالح غير المتزوجين، في حين اختلفت مع نتيجة دراسة كل من اللحياني (١٩٩٦)، والمشوح (٢٠١٥) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، كما اختلفت مع نتيجة دراسة (Baykan & Yargic, 2012) والتي توصلت إلى أن المرضى المتزوجين أظهروا أعراضًا اكتئابيه أكثر وضوحًا من الغير متزوجين لكلا الجنسين.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المرضى غير المتزوجين ربما يعانون من الوحدة بصورة كبيرة، وذلك لعدم وجود شريك حياة يقدم الدعم النفسي الذي يساعدهم على مواجهة الضغوط وتحمل أعباء المرض، وأوضحت آسيا بركات (٢٠٠٠م) أن الوحدة و عدم الزواج أحد العوامل التي تتسبب في إصابة الإنسان بالاكتئاب، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه النظرية السيكوديناميةوالتي أشارت إلى أن الاكتئاب يمثل عدم قدرة الفرد على إشباع الحاجات والتطلعات الأساسية للفرد كالحاجة إلى الحب والتقدير والحاجة إلى الأمن والقوة، كما تتفق هذه النتيجة أيضا مع ما أشارت إليه النظرية السلوكية، حيث يذهب بعض السلوكيين إلى أن الاكتئاب نتاج انسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياة الفرد، كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو النجاح.

٣ – نتائج الفرض الثاني: والذي ينص على أنه: "توجد فروق دالة إحصائيا بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس– العمر– المستوى التعليمي– الحالة الاجتماعية):

أ – الجنس:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين

مستقلتين، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٨)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٨) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس (ن=٢٣٥)

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الالتزام	ذكر	١٣٠	٣٧,٤٢	٥,٥٩	٢,٦٣١	٠,٠٠٩
	أنثى	١٠٥	٣٥,٥٥	٥,١٤		
التحكم	ذكر	١٣٠	٣٤,٨٦	٥,٢٣	٣,٣١٠	٠,٠٠١
	أنثى	١٠٥	٣٢,٤٩	٥,٧٥		
التحدي	ذكر	١٣٠	٣١,٣٢	٥,٦٤	٥,٠٥٤	٠,٠٠٠
	أنثى	١٠٥	٢٧,٤٤	٦,١٣		
الدرجة الكلية الصلابة النفسية	ذكر	١٣٠	١٠٣,٦٠	١٣,٨٦	٤,٥٦٠	٠,٠٠٠
	أنثى	١٠٥	٩٥,٤٨	١٣,٢٢		

يتضح من خلال الجدول (٨) أن هناك فروقًا دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير الجنس، وذلك لصالح المرضى الذكور بمتوسط حسابي (٣٧,٤٢) لبُعد الالتزام، وبمتوسط حسابي (٣٤,٨٦) لبُعد التحكم، وبمتوسط درجات (٣١,٣٢) لبعد التحدي، وبمتوسط حسابي (١٠٣,٦٠) للدرجة الكلية للصلابة النفسية، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى الذكور لديهم مستوى أعلى من الصلابة النفسية.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة مخيمر (١٩٩٧) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد الدراسة باختلاف متغير الجنس لصالح أفراد الدراسة من الذكور، كما اتفقت مع نتيجة دراسة(Raz and Solomon, 2006) والتي توصلت إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان باختلاف متغير الجنس لصالح أفراد الدراسة من الذكور، كما اتفقت مع نتيجة دراسة هويدة محمود (٢٠١٢) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى طلاب الدبلوم المهنية بكلية التربية باختلاف متغير الجنس لصالح الذكور، كما اتفقت مع نتيجة دراسة مقدادي والإبراهيم (٢٠١٤) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين المسنين والمسنات لصالح المسنين، كما اتفقت مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير الجنس لصالح الذكور. في حين اختلفت مع نتيجة دراسة عزة الرفاعي

(٢٠٠٣) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد الدراسة باختلاف متغير النوع.

وتعزو الباحثة ذلك إلى طبيعة الرجل، فالرجال أكثر قدرة من الإناث على التحمل والتعامل مع المشكلات التي قد تواجههم، وبالتالي فهم أكثر قدرة على التعامل مع المرض وتفهمه، كل هذا من شأنه أن يُساهم في زيادة قدرة الرجال على الوفاء بالتزاماتهم المختلفة سواء العملية أو الاجتماعية، وكذلك زيادة قدرتهم على تحدي الظروف الصحية التي يمروا بها؛ فالصلابة النفسية تعمل على مساعدة الفرد على البقاء والقدرة على التكيف مع متطلبات الحياة والظروف الضاغطة والأمراض مهما كانت شديدة إضافةً لدورها البارز والمهم في تغيير الأفكار اللاعقلانية التي تنتاب الفرد عند تعرضه لاضطراب أو مرض معين وماله من انعكاسات نفسية تؤثر عليه، وفي تقوية عزيمة الفرد ومساعدته على العيش كغيره من الأشخاص السليمين وأن تصبح ردود أفعاله مثالًا للاستحسان العزام (٢٠١٤)، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نظرية (Kobasa1982) والتي أوضحت أن إدراك الفرد الإيجابي لقدراته المختلفة سواء النفسية أو الاجتماعية يؤدي إلى تضاؤل شعوره بالتهديد، وبالتالي زيادة قدرته على التعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها.

ب – العمر:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر، تم استخدام تحليل التباين الأحادي وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٩)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-٩) نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الالتزام	بين المجموعات	٢٥٥,٢٠٧	٢	١٢٧,٦٠٣	٤,٣٩٩	٠,٠١٣
	داخل المجموعات	٦٧٢٩,٩٢٥	٢٣٢	٢٩,٠٠٨		
	المجموع	٦٩٨٥,١٣٢	٢٣٤			
التحكم	بين المجموعات	٣٥٣,٢١٦	٢	١٧٦,٦٠٨	٥,٨٩٨	٠,٠٠٣
	داخل المجموعات	٦٩٤٦,٣٨٤	٢٣٢	٢٩,٩٤١		
	المجموع	٧٢٩٩,٦٠٠	٢٣٤			
التحدي	بين المجموعات	٣٧٥,٢٥٤	٢	١٨٧,٦٢٧	٥,١٢١	٠,٠٠٧
	داخل المجموعات	٨٤٩٩,٧٠٨	٢٣٢	٣٦,٦٣٧		
	المجموع	٨٨٧٤,٩٦٢	٢٣٤			
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	بين المجموعات	٢٨٧٤,٣٦٧	٢	١٤٣٧,١٨٣	٧,٥٩٢	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٤٣٩١٦,٤٢٥	٢٣٢	١٨٩,٢٩٥		
	المجموع	٤٦٧٩٠,٧٩١	٢٣٤			

يتضح من خلال الجدول (٩) أن هناك فروقًا دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير العمر، ولمعرفة اتجاه الفروق ولصالح أي فئة من فئات متغير العمر، تم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (١٠)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-١٠) اختبار أقل فرق معنوي للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر (ن=٢٣٥)

الأبعاد	العمر	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	٢٠-٤٠ سنه	٤١-٦٠ سنه	٦١ فما فوق
الالتزام	٢٠-٤٠ سنه	٥٧	٣٦,٥٣	٥,٥٨	-		
	٤١-٦٠ سنه	١١٥	٣٧,٤٩	٥,٥٦		-	**٢,٥٠
	٦١ فما فوق	٦٣	٣٤,٩٨	٤,٨٦		**٢,٥٠-	-
التحكم	٢٠-٤٠ سنه	٥٧	٣٤,٤٢	٤,٨٦	-		**٢,٦٤
	٤١-٦٠ سنه	١١٥	٣٤,٦٠	٥,٨٧		-	**٢,٨٢
	٦١ فما فوق	٦٣	٣١,٧٨	٥,٢٤	**٢,٦٤-	**٢,٨٢-	-
التحدي	٢٠-٤٠ سنه	٥٧	٣٠,١٦	٥,٦٣	-		**٢,٦٥
	٤١-٦٠ سنه	١١٥	٣٠,٤٤	٦,٥٣		-	**٢,٩٤
	٦١ فما فوق	٦٣	٢٧,٥١	٥,٤٧	**٢,٦٥-	**٢,٩٤-	-
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	٢٠-٤٠ سنه	٥٧	١٠١,١١	١٢,٨٨	-		**٦,٨٤
	٤١-٦٠ سنه	١١٥	١٠٢,٥٣	١٤,٨٩		-	**٨,٢٦
	٦١ فما فوق	٦٣	٩٤,٢٧	١٢,٢٩	**٦,٨٤-	**٨,٢٦-	-

**** دال عند مستوى (٠,٠١)**

يتضح من خلال الجدول (١٠)، والذي يُبين نتائج المقارنات البعدية لمتوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلابة النفسية باختلاف متغير العمر، حيث يتضح أن الفروق جاءت بين المرضى ممن عمرهم (٦١ فما فوق) والمرضى من الفئات العمرية الأخرى، وذلك لصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (٤١-٦٠ سنه) بمتوسط حسابي (٣٧,٤٩) لبُعد الالتزام، وبمتوسط حسابي (٣٤,٤٢) لبُعد التحكم، وبمتوسط درجات (٣٠,٤٤) لبُعد التحدي، وبمتوسط حسابي (١٠٢,٥٣) للدرجة الكلية للصلابة النفسية، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى ممن عمرهم يتراوح ما بين (٤١-٦٠) سنه لديهم مستوى أعلى من الصلابة النفسية.

واختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة نورة الدامر (٢٠١٤) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في الدرجة الكلية للصلابة النفسية وبُعد الالتزام لدى المصابات بسرطان الثدي باختلاف متغير العمر لصالح الأصغر سناً، كما اختلفت مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير العمر لصالح الأصغر سناً.

وتعزو الباحثة ذلك إلى الخصائص الجسمية والنفسية للأفراد في تلك المرحلة، فهي مرحلة النضج البشري، ففيها يصل العقل البشري إلى أقصى مراحل النضج، وبالتالي تزداد قدرة الأفراد

على الالتزام والعطاء والتحدي، ففي تلك المرحلة يكون الإنسان على وعي كافي بأهدافه المختلفة في الحياة سواء العملية أو الاجتماعية، وبالتالي تزداد قدرته على البذل والعطاء والتحدي؛ فالأفراد الذين لديهم مستوى عال من التحدي يميلون إلى استقبال المواقف الجديدة واعتبارها فرصة للتعلم والنمو والتطور بدلًا من الاستجابة للتوقعات والاحتمالات الجديدة كتهديد، كما يعتقدون أنه بإمكانهم النمو عن طريق خبرات الحياة الإيجابية بالإضافة إلى الخبرات السلبية ويتقبلون بسهولة فكرة أن التغيير خاصية إيجابية وطبيعية في الحياة (Stek, 2014) ، وهذا ما أكدت عليه نظرية (Kobasa) حيث أشارت إلى أن الأشخاص الذين يشعرون بالتحدي وبأن التغيير ضروري للحياة وليس تهديدًا لهم يحتفظون بصحتهم الجسمية والنفسية عند مواجهة الضغوط أكثر من الذين يشعرون بالتهديد ويتوقعون الخطر كذلك فهم يشعرون بالإيجابية، وينظرون للحياة على أنها مليئة بالخبرات المشوقة كما أنهم يسعون إلى التغيير ولديهم القدرة على تحقيق الأهداف (in: Kobasa and Pucceti,1983).

جـ – المستوى التعليمي:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي ، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (١١)، وذلك على النحو التالي:

جدول (١١) نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الالتزام	بين المجموعات	٨٥٩,٢٨١	٢	٤٢٩,٦٤٠	١٦,٢٧١	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٦١٢٥,٨٥١	٢٣٢	٢٦,٤٠٥		
	المجموع	٦٩٨٥,١٣٢	٢٣٤			
التحكم	بين المجموعات	١١٢٣,١٣٧	٢	٥٦١,٥٦٩	٢١,٠٩٤	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٦١٧٦,٤٦٣	٢٣٢	٢٦,٦٢٣		
	المجموع	٧٢٩٩,٦٠٠	٢٣٤			
التحدي	بين المجموعات	٢٠٦٢,٢٢١	٢	١٠٣١,١١١	٣٥,١١٣	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٦٨١٢,٧٤٠	٢٣٢	٢٩,٣٦٥		
	المجموع	٨٨٧٤,٩٦٢	٢٣٤			
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	بين المجموعات	١١٦١٤,٢٦٤	٢	٥٨٠٧,١٣٢	٣٨,٣٠٠	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٣٥١٧٦,٥٢٨	٢٣٢	١٥١,٦٢٣		
	المجموع	٤٦٧٩٠,٧٩١	٢٣٤			

يتضح من خلال الجدول (١١) أن هناك فروقًا دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير المستوى التعليمي، ولمعرفة اتجاه الفروق ولصالح أي فئة من فئات متغير المستوى التعليمي، تم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (١٢)، وذلك على النحو التالي:

جدول (١٢) اختبار أقل فرق معنوي للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

الأبعاد	العمر	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	غير متعلم	ثانوي فأقل	جامعي فأكثر
الالتزام	غير متعلم	٦٣	٣٤,٢١	٤,٩٧	–		-٥,٤٥**
	ثانوي فأقل	١١٩	٣٦,٤٧	٥,٤٦		–	-٣,١٩**
	جامعي فأكثر	٥٣	٣٩,٦٦	٤,٥٤	٥,٤٥**	٣,١٩**	–
التحكم	غير متعلم	٦٣	٣١,٢١	٥,٦٤	–		-٦,٢١**
	ثانوي فأقل	١١٩	٣٣,٥٦	٥,٢٢		–	-٣,٨٥**
	جامعي فأكثر	٥٣	٣٧,٤٢	٤,٣٥	٦,٢١**	٣,٨٥**	–
التحدي	غير متعلم	٦٣	٢٥,٤٤	٥,٢٤	–		-٨,٤٢**
	ثانوي فأقل	١١٩	٢٩,٨٧	٥,٦١		–	-٣,٩٩**
	جامعي فأكثر	٥٣	٣٣,٨٧	٥,١٩	٨,٤٢**	٣,٩٩**	–
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	غير متعلم	٦٣	٩٠,٨٦	١١,٨٨	–		-٢٠,٠٩**
	ثانوي فأقل	١١٩	٩٩,٩١	١٣,١٦		–	-١١,٠٤**
	جامعي فأكثر	٥٣	١١٠,٩٤	١٠,٧٣	٢٠,٠٩**	١١,٠٤**	–

**** دال عند مستوى (٠,٠١)**

يتضح من خلال الجدول (١٢)، والذي يُبين نتائج المقارنات البعدية لمتوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلابة النفسية باختلاف متغير المستوى التعليمي، حيث يتضح أن الفروق جاءت بين المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر) والمرضى من المستويات التعليمية الأخرى (غير متعلم – ثانوي فأقل)، وذلك لصالح المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر) بمتوسط حسابي (٣٩,٦٦) لبُعد الالتزام، وبمتوسط حسابي (٣٧,٤٢) لبُعد التحكم، وبمتوسط درجات (٣٣,٨٧) لبُعد التحدي، وبمتوسط حسابي (١١٠,٩٤) للدرجة الكلية للصلابة النفسية، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر) لديهم مستوى أعلى من الصلابة النفسية.

واختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة نورة الدامر (٢٠١٤) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابات بالسرطان باختلاف متغير المستوى التعليمي، كما اختلفت مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير المستوى التعليمي.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الخبرة التعليمية للأفراد تعكس مزيداً من الوعي النفسي والاجتماعي لهم، فتمتع الفرد بمستوى تعليمي مرتفع (جامعي فأكثر) يُسهم في زيادة وعيه بقدراته وإمكاناته العملية والاجتماعية، وبالتالي زيادة قدرته على التعامل بإيجابية مع الضغوطات المختلفة التي قد يتعرض لها، إضافة إلى زيادة قدرته على الوفاء بالتزاماته المختلفة سواء كانت عملية أو اجتماعية، وهذا يتفق مع ما توصل إليه (Kobasa and Puccetti, 1983) في أن الاشخاص الأكثر شعورًا بالالتزام (تجاه أنفسهم والآخرين والقيم) هم أكثر صحة نفسية من الأشخاص الذين يشعرون بالاغتراب وذلك عند مواجهتهم للضغوط فالأشخاص الذين يشعرون بالالتزام لديهم قيم ويشعرون بالالتزام والمسؤولية تجاه ذواتهم وتجاه الآخرين ولديهم أهداف يسعون إلى تحقيقها ويحققونها تحت الضغوط، كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه نموذج (funk, 1992)، حيث توصل إلى ارتباط الالتزام بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستخدام استراتيجيات التعايش الفعال خاصة استراتيجية ضبط الانفعال، كما ارتبط بعد التحكم إيجابيا بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف على أنه أقل مشقة، واستخدام استراتيجية حل المشكلات للتعايش.

د -الحالة الاجتماعية:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين ، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (١٣)، وذلك على النحو التالي:

جدول (١٣) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الالتزام	متزوج	١٣٤	٣٧,٤٩	٥,٢٦	٢,٩٨٩	٠,٠٠٣
	غير متزوج	١٠١	٣٥,٣٨	٥,٥٢		
التحكم	متزوج	١٣٤	٣١,١٦	٥,٦٢	٤,٧٢٣	٠,٠٠١
	غير متزوج	١٠١	٢٧,٥٠	٦,٢٥		
التحدي	متزوج	١٣٤	٣٤,٧٥	٥,٢٠	٣,٠٤٤	٠,٠٠٣
	غير متزوج	١٠١	٣٢,٥٤	٥,٨٥		
الدرجة الكلية الصلابة النفسية	متزوج	١٣٤	١٠٣,٤٠	١٣,٢٩	٤,٤٥٦	٠,٠٠١
	غير متزوج	١٠١	٩٥,٤٢	١٤,٠١		

يتضح من خلال الجدول (١٣) أن هناك فروقًا دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) في

الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام ، التحكم، التحدي) باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، وذلك لصالح المرضى المتزوجين بمتوسط حسابي (٣٧,٤٩) لبُعد الالتزام، وبمتوسط حسابي (٣١,١٦) لبُعد التحكم، وبمتوسط درجات (٣٤,٧٥) لبعد التحدي، وبمتوسط حسابي (١٠٣,٤٠) للدرجة الكلية للصلابة النفسية، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى المتزوجين لديهم مستوى أعلى من الصلابة النفسية.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة هويدة محمود (٢٠١٢) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في الصلابة النفسية لدى طلاب الدبلوم المهنية بكلية التربية باختلاف متغير الحالة الاجتماعية لصالح أفراد الدراسة من المتزوجين، كما اتفقت مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين.

وتعزو الباحثة ذلك إلى الدعم الذي يوفره الجو الأسري للفرد متمثل في الزوج والزوجة، حيث أشار مخيمر(٢٠١٢) إلى أن الزواج والمساندة النفسية من العوامل التي تساهم في سلامة الأداء النفسي وتزيد من قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة والتعامل مع التوتر الناتج عن الضغوط.

نتائج الفرض الرابع: والذي ينص على أنه " يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية"، وللتعرف على ما إذا كانت هناك إمكانية للتنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية، تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (١٤)، وذلك على النحو التالي:

جدول (١٤) تحليل الانحدار المتعدد لمدى إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية (ن=٢٣٥)

(الصلابة النفسية)	(الاكتئاب)				
	قيمة B	الخطأ المعياري	قيم بيتا	قيم ت	مستوى المعنوية
الثابت	٧٢,٣٤٣	٣,٨٤٦		١٨,٨١١	٠,٠٠١
الالتزام	-٠,٤٠٣	٠,١٢٤	-٠,٢١٠	-٣,٢٦٥	٠,٠٠١
التحكم	-٠,٤٢٣	٠,١١٧	-٠,٢٢٥	-٣,٦٠٨	٠,٠٠١
التحدي	-٠,٦١٥	٠,١٠٢	-٠,٣٦٠	-٦,٠٣٩	٠,٠٠١
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	-٠,٤٨٥	٠,٠٣٧	-٠,٦٥٢	-١٣,١٢٨	٠,٠٠١
قيمة ف = ٥٨,٠٣٩ مستوى دلالتها = ٠,٠٠١ معامل التحديد =٠,٤٢٢					

يتضح من خلال الجدول رقم (١٤) أنه يُمكن القول أن نموذج تحليل الانحدار المتعدد للعلاقة بين الصلابة النفسية والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي يتمتع بمعنوية إحصائية مرتفعة، وذلك وفق ما تشير له قيمة اختبار "F" (٥٨,٠٣٩)، ومستوى دلالتها (٠,٠٠١) وهي أقل من مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) مما يعني أن النموذج بمتغيراته المستقلة صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع، كما يُشير معامل التحديد R2 (٠,٤٢٢) أن الصلابة النفسية مسؤولة عن تفسير ما يقارب من (٤٢,٢%) من التباين في الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، وباقي النسبة تعود لعوامل أخرى.

وبإمعان النظر في القيم الإحصائية في الجدول (١٤) وجد أن هناك تأثير واضح للدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام ، التحكم، التحدي) على مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، حيث بلغت قيمة (ت) لبُعد الالتزام (-٣,٢٦٥) بمستوى دلالة (٠,٠٠١)، ولبُعد التحكم (-٣,٦٠٨) بمستوى دلالة (٠,٠٠١)، ولبُعد التحدي (-٦,٠٣٩) بمستوى دلالة (٠,٠٠١)، وللدرجة الكلية للصلابة النفسية (-١٣,١٢٣) بمستوى دلالة (٠,٠٠١)، وتُشير النتيجة السابقة إلى أنه يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

وتعزو الباحثة ذلك إلى الدور المهم للصلابة النفسية في حماية ووقاية الإنسان من مشاكل نفسية خصوصًا إذا كان الفرد يعاني من مرض مزمن أو ضغوطات حياتية أو صراعات؛ حيث أن إصابة الفرد بمرض مثل الفشل الكلوي قد يؤثر بصورة كبيرة في النواحي النفسية فتعمل

الصلابة النفسية على مساعدة الفرد على التكيف مع الظروف الضاغطة والأمراض مهما كانت شديدة. (مخيمر،١٩٩٧).

توصيات الدراسة:

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها توصي الباحثة بما يلي:

١. ضرورة توفير الرعاية لمرضى الفشل الكلوي ومحاولة توسيع مجال الخدمة المقدمة لهم لتشمل الجوانب الجسدية والنفسية والروحية والاجتماعية من قبل فريق متعدد التخصصات وزيادة المساهمة الفعالة وذات الأهمية من قبل الاختصاصيين النفسيين في الدور العلاجي وتقديم الرعاية التلطيفية لهؤلاء المرضى.

٢. ضرورة العمل على التثقيف النفسي الصحي لمرضى الفشل الكلوي وأسرهم بتقديم المعلومات الخاصة بالمرض والعلاجات اللازمة واستراتيجيات المواجهة للتوافق مع المرض وبخاصة غير المتعلمين منهم وكبار السن.

٣. بناء وتقديم برامج إرشادية وتثقيفية تتعلق بتوجيه مرضى الفشل الكلوي إلى كيفية التعامل مع آثار المرض.

٤. ضرورة دعم البرامج والمؤسسات الخيرية والجمعيات العاملة برعاية مرضى الفشل الكلوي بإبراز مناشطها ودورها في خدمة المرضى وتوعيتهم.

٥. تقديم جلسات العلاج الجمعي النفسي لزيادة الثقة والتفاؤل لدى مرضى الفشل الكلوي وتشجيعهم بوضع أهداف خاصة تتعلق بنمط حياة جديد يتناسب مع حالتهم مثل التغذية والتمارين الرياضية.

٦. تعزيز مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي من قبل الأخصائيين النفسيين؛ وذلك من خلال توعيتهم بقدرتهم على التعامل مع المرض، والبُعد عن التفكير السلبي.

المراجع:

المراجع العربية:

أبو حلاوة، محمد السعيد (٢٠١٤). علم النفس الإيجابي: ماهيته ومنطلقاته النظرية وآفاقه المستقبلية. إصدارات ***شبكة العلوم النفسية العربية***، (٣٤). مسترجع من: http:// arabpsynet.com/INDEX.Ar.ASP.

أبو رية، سامي (٢٠٠٢). ***الفشل الكلوي، الوقاية والعلاج***. القاهرة: دار المعارف.

التويجري، أسماء (٢٠٠٩) المشكلات التي تواجه مريضات الفشل الكلوي المزمن وتصور مقترح

من منظور نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد في مواجهتها. ***رسالة ماجستير***، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.

التويجري، ربا (٢٠١٨). الاكتئاب وعلاقته بالصلابة والضغوط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني بمستشفيات مدينة الرياض. ***رسالة ماجستير***، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.

الحويلة، أمثال وعياد، فاطمة وشويخ، هناء والرشيد، ملك والحمدان، نادية. (٢٠١٧م). علم النفس المرضي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الدامر، نورة (٢٠١٤). الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض. ***رسالة ماجستير***، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

الرفاعي، عزة (٢٠٠٣). الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها. ***رسالة دكتوراه***، جامعة الحلوان، القاهرة.

العزام، زياد (٢٠١٤). الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد. ***رسالة ماجستير***، جامعة اليرموك، الأردن.

القحطاني، فاطمة (٢٠١٤). أساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة أبها. ***رسالة ماجستير***، جامعة الملك خالد، أبها.

اللحياني، سامي (١٩٩٦). مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية" مكة-جدة -الطائف". ***رسالة ماجستير***، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

المركز السعودي لزراعة الأعضاء (٢٠١٧). ***التقرير السنوي***. المملكة العربية السعودية: المركز السعودي لزراعة الأعضاء.

المريمي، الصديق (٢٠١٢). الصلابة النفسية وأساليب مواجهة الضغوط الحياتية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة الليبيين. بحث مقدم ***لدورية كلية الآداب***، جامعة بنغازي، ليبيا.

المشوح، سعد (٢٠١٥). فعالية الذات وعلاقتها بالاكتئاب لدى المصابين بالفشل الكلوي في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. ***مجلة العلوم الإنسانية والإدارية***، ١(٧)، ١-٤٢.

المفرجي، سالم والشهري، عبد الله (٢٠٠٨). الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة. ***مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية***،

٢(١٩)، ١٤٩-٢٠٦.

بركات، آسيا (٢٠٠٠). العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف. ***رسالة ماجستير***، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

سيّد، الحسين (٢٠١٢). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة. ***رسالة ماجستير***، جامعة أم القرى، مكة.

شرقي، وهيبة. (٢٠١٥). ***الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان***. رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

غريب، عبد الفتاح (٢٠٠٠). المواصفات السيكو مترية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب BDII-II في البيئة المصرية. ***دراسات نفسية***،١٠(٤)، ١-٢٩.

غريب، عبد الفتاح (٢٠٠٧). الاضطرابات الاكتئابية التشخيص عوامل الخطر النظريات والقياس. ***المجلة المصرية للدراسات النفسية***، ١٧ (٥٦)، ١٤-٤٦.

فرحان، أحمد (٢٠١٢). ***الاكتئاب وطرق علاجه***. الرياض: دار الزهراء.

محمود، هويدة (٢٠١٢). الصلابة النفسية وإدارة الذات وعلاقتهما بالصحة النفسية والنجاح الأكاديمي في ضوء بعض المتغيرات لدى طلاب الدبلوم المهنية بكلية التربية. ***دراسات عربية في علم النفس***،١١(٣)، ٥٤١-٦١٨.

مخيمر، عماد (١٩٩٦). إدراك القبول/الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة. ***مجلة دراسات نفسية***، ٦(٢)، ٢٧٥-٢٩٩.

مخيمر، عماد (١٩٩٧). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين الضغوط وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. ***المجلة المصرية للدراسات النفسية***، ٧(١٧)، ٦-١٠.

مخيمر، عماد (٢٠١٢). ***استبيان الصلابة النفسية***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

معمريه، بشير (٢٠٠٠). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. ***مجلة علم النفس***، ١(٥٣)، ٥٣ -٥٦.

مقداي، يوسف، والإبراهيم، أسماء (٢٠١٤). الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات في دور الرعاية في الأردن. ***مجلة المنارة***،٢٠(٢)، ٣١٧-٣١٨.

المراجع الأجنبية:

Akman B, Uyar M, Afsar B, Sezer S, Ozdemir FN, Haberal .(2007). Adherence, depression and Quality of life on renal transplantation waiting list. ***Transplant International***, 20(8)682-687.

American Psychiatric Association. (2013). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM –5***. Arlington: VA.

Baykan, H., Yagric, I. (2012). Depression, anxiety Disorders, Quality of Life and Stress Coping strategies in Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. ***Bulletin of Clinical Psychopharmacology,*** 1(2), 167-176.

Beck, A. (1979).Cognitive theory of depression. New York: Guilford press.

Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A30 - year retrospective. ***American Psychologist***, 61(3), 194-198.

Beck, A., Steer, R., &Brown, G. (1996). ***Manual for Beck Depression Inventory –II. San Antonio***, TX: Psychological Corporation.

Burger, J.M. (1992). ***Desire for control; Personality, social, and clinical perspective***. New York: Plenum Press.

Cole, M., Field, H. & Harris, S. (2004). Student learning Motivation and Psychological Hardoness: Interactive Effect on Student's Reactions to a Management Class. ***Academy of Management Learning and Education***, 3(1), 64-85.

Daugirdas, J., Ing, T., & Blake, P. (2000). ***handbook of dialysis***. New York: NY.

Einwohner, R., Bernardini, J., Fried, L., &Piraino, B. (2004). The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. ***Peritoneal Dialysis International***, 24(3), 256-263.

Funk, S. C. (1992). Hardiness; A review of theory and research. ***Health Psychology,*** 11 (5), 335-345.

Green, L. S., Oades, L. G., Grant, A. M. & Rynsaard, D. S.(2007). Cognitive-Behavioral, Solution-focused life coaching: Enhancing goal Striving, Well-being and hope. ***Journal of Positive Psychology***, 1(3), 142-149.

Johnson, J.H. & Sarason, I. G. (1979). Life stress, depression and anxiety: Internal-External control as a moderator variable. ***Journal of Psychosomatic Research***, 22 (6), 148-288.

Kimmel, P. (2000).Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. ***Am J Kidney Dis,*** 35(4), 132-140.

Kimmel, P., &Peterson, R., (2005). Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and

needs. ***Kidney Int,*** 18(2), 7-91.

Kobasa, S. (1979). Stressful life events, Personality and health: An inquiry into hardiness**.** ***Journal of Personality and social Psychology***, 37(1), 1-11.

Kobasa, S. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 45(4), 839-850.

Kobasa, S.E & Puccetti, M.C. (1983). Personality and Social resource in Stress resistance. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 45(4), 839-850.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K. et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 76(6), 966–978.

Lefourt, H.M., Martin, R.A & Saleh, W.E (1984). Locus of Control and Social Support: Interactive Moderators of Stress. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 47(2), 378-389.

Maddi, S.R. (2006). Hardiness; The courage to grow from stresses. Journal of positive psychology, 1 (3), 160-168.

McFarlane, P. A., Bayoumi, A.M., Pierratos, A., &Redelmeier, D.A. (2013). The quality of life and cost utility of home nocturnal and conventional in-center hemodialysis. ***Kidney Int,*** 64 (3), 1004-1011.

Miura, H.; Kitagami, T. and Otha, T. (1999). Application of the Zung Self-rating depression scale to patients before and after introduction to hemodialysis. ***Psychiatry & Clinical Neurosciences***, 1(3), 381-385.

Morgan, Krejcie. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. ***Educational and psychological measurement***, 30(3), 607-610.

Raz, Y. & Solomon, Z. (2006). Psychological adjustment of Melanoma survivor: the contribution of Hardiness, Attachment, and cognitive Appraisal. ***Journal of Individual Differences***, 27(3), 172-182.

Stek N.(2014). ***Stress-Hardiness: The path to resilience for lawyers***. New Jersey Lawyers Assistance Program.

World Health Organization,(2013). ***Annual Data Report for Renal Disease***. Geneva: W.H.O .

Title of Thesis: Depression and Its Relation to Psychological Hardiness for Kidney Failure Patients in Riyadh city.

Elaf Mohammed Alghofaily

Teaching A ssistant

Psychology Department

Social Sciences College

Imam Mohammed Bin Saud University

Prof. Saad A Almoshawah

Professor of Health Psychology

Psychology Department

Social Sciences College

Imam Mohammed Bin Saud University

Abstract:

The aim of the current study is to determine the association between the depression and psychological hardiness of kidney failure patients in Riyadh city. The study sample included (235) kidney failure patients from The Ministry of Health hospitals. The researcher used Beck's Depression Scale and the psychological Hardiness scale. The study showed There is a statistically significant negative associative relation between the total degree of depression and its sub-dimensions (the cognitive-emotional side, the physical side) and the total degree of psychological hardiness and its sub-dimensions (commitment, challenge, and control) in the study population. The study show depression is more common in females and in uneducated patients. There are no statistical differences in the total degree of depression and sub-dimension according to the age variable for age younger than 61, however older Patients have scored higher rate of total degree of depression and higher score in physical side dimension of depression. Unmarried patients have statistically higher score in total degree of depression and in the cognitive-emotional side. Regarding the psychological hardiness -Total

degree of hardiness and its sub-dimensions is significantly higher in males, married, highly educated and age group (41-60 years). These findings suggest that it is possible to predict the degree of depression in kidney failure patients through their psychological hardiness.

Key word: Depression, Psychological hardiness, kidney Failure.