



نوعية الحياة وعلاقتها بمستوى القلق  
والاكتئاب لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي  
الخاضعين للغسيل الدموي

د. مصطفى علي نمر علي

مدرس بقسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنيا

د. أحمد حسنين أحمد محمد

مدرس بقطاع المعاهد الأزهرية - الأزهر الشريف

DOI: 10.21608/qarts.2021.87512.1158

مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - العدد ٥٤ (الجزء الأول) يناير ٢٠٢٢

الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة ISSN (Print): 1110-614X

الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية ISSN (Online): 1110-709X

موقع المجلة الإلكتروني: <https://qarts.journals.ekb.eg>



## نوعية الحياة وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى عينة من مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الدموي

إعداد

د. مصطفى علي نمر علي

مدرس بقسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنيا

moustafaelnemr@mu.edu.eg

د. أحمد حسانين أحمد محمد

مدرس بقطاع المعاهد الأزهرية، الأزهر الشريف

ahhassalam@yahoo.com

الملخص باللغة العربية:

يهدف البحث الحالي إلى محاولة التعرف على طبيعة العلاقة بين نوعية الحياة وكلّ من درجة القلق والاكتئاب لدى عينة من مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الدموي بالمستشفى العام بمركزي (أبو قرقاص وملوي) -محافظة المنيا، وتكونت عينة البحث الكلية من عدد (١٠٩) مَرْضَى من مَرْضَى الغسيل الكلوي الذين يترددون على قسم وحدة الغسيل الكلوي بمستشفى (أبو قرقاص) ومستشفى (ملوي) العامّين التابعين لمحافظة المنيا (٥٥ ذكراً - ٥٤ أنثى)، وقام الباحثان باستخدام مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية (الصورة المختصرة) لتقييم نوعية الحياة، ومقياس قلق واكتئاب المستشفى لتقدير مستوى القلق والاكتئاب، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب بين المرضى، حيث بلغت نسبة القلق (٦٧.٨١%) وبلغت نسبة الاكتئاب (٧٤.٠٧%) كما كان مستوى نوعية الحياة منخفضاً في جميع المجالات خاصة في المجال الجسمي، وارتبطت نوعية الحياة وبشكل دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) بالقلق والاكتئاب، كما وُجد أيضاً تأثير دال إحصائياً لكل من العمر والحالة الاجتماعية على نوعية الحياة، وتنبأ القلق والاكتئاب بشكل دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) بجميع مجالات نوعية الحياة .

الكلمات المفتاحية: نوعية الحياة، القلق، الاكتئاب، مَرْضَى الفشل الكلوي.

## المقدمة:

تعتبر أمراض الكلى المزمنة (Chronic Renal Failure (CRF مشكلةً صحية شائعة على مستوى العالم، وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية أن أمراض الكلى والمسالك البولية تسهم بما يقارب (٨٥٠٠٠٠٠) حالة وفاة، وأكثر من (١١٥) مليون حالة إعاقةٍ عالمياً، وتصنف أمراض الكلى على أنها السبب الثاني عشر للوفاة والسبب السابع عشر للإعاقة، كما أظهرت بيانات نشرتها منظمة الصحة العالمية أن معدل انتشار امراض الكلى المزمنة عالمياً قد بلغ ٢٨٢ مريضاً لكل مليون نسمة، (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥)، كما أن العدد الإجمالي للمرضى الذين يعانون من أمراض الكلى في الشرق الأوسط يبلغ حوالي (١٠٠٠٠٠٠) مريضٍ وبمعدل انتشار (٤٣٠) مريضاً لكل مليون نسمة. (Kamal, Eldessouki, & Ahmed, 2013)

وتُعرف أمراض الكلى المزمنة على أنها: حالة سريرية تتميز بخسارة لا رجعةٍ فيها في وظائف الكلى؛ إذ يتم تدمير أكثر من (٩٥٪) من نسيج الكُوة لأسباب مختلفة، ومن الممكن أن يصيب جميع الأعمار، ولكنه يتركز عند الأعمار بين (٣٠-٦٢) عاماً، وذلك بسبب الانخفاض في معدل الترشيح الكبيبي الناجم عن مجموعة من الأمراض منها اعتلال الكُوة الناتج عن مرض السُكري، وارتفاع ضغط الدم، والتهاب كبيبات الكلى، والأمراض الخلقية الوراثية ومرض التَكَيُّسات الكُويَّة. (Eslami et al) (2014)

وهناك طرق مختلفة لعلاج أمراض الكلى المزمنة كزراعة الكُوة والغسيل الكُويّ أو البروتوني، ويعتبر الغسيل الكُويّ من أشهرها؛ حيث تتم فيه تنقية دم المريض عبر جهاز الغسيل الكُويّ؛ بهدف التخلص من المواد النيتروجينية السامة، وإزالة السوائل الزائدة من جسم المريض، الأمر الذي ينعكس على قدرة المريض في الوصول لأقصى

درجة من الأداء الوظيفي والراحة النفسية، وشعوره بالقلق والاكتئاب من المستقبل، وأداء أنشطة الحياة اليومية، فيضطر المريض للالتزام بنظام غذائي محدد، ومواجهة العديد من القيود الوظيفية والآثار السلبية للأدوية، وضعف إدراكه لذاته وخوفه من الموت، واعتماده على مُقَدِّمي الرعاية الصحية، واضطراب حياته الزوجية والعائلية والاجتماعية، وانخفاض مستواه الاقتصادي؛ مما يؤثر على نوعية حياته. (kumar et al, 2014)

وقد أدى ظهور العلاج بالغسيل الكلويّ (التحليل الدموي) إلى انخفاض كبير في معدل المرضى، مما أدى لبقاء أطول للمرضى الذين يعانون من القصور الكلويّ المزمن، وقد قُدِّرَ أن أكثر من ١.١ مليون شخص حاليًا يُعالجون بجهاز الغسيل الكلويّ على مستوى العالم، وأن هذا الرقم يزداد بنسبة ٧٪ كل عام؛ مما يفرض على المرضى مع أسرهم تغيير نمط حياتهم للتكيف مع حتمية وتواتر جلسات الغسيل الكلويّ، والتي يمكن أن تصل لثلاث مرات في الأسبوع، وهكذا فإن مرضى القصور الكلويّ المزمن يعانون بشكل كبير من تأثير المرض وعلاجه على حالتهم الوظيفية ونوعية حياتهم (Joshi et al., 2017)؛ لذلك أصبح تقدير نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلويّ أمرًا له أهميته الشديدة لا في مجال الكشف عن مدى تأثر نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى فحسب، وإنما في مجال محاولات علاجهم أيضًا، فنوعية الحياة المرتبطة بالصحة أصبحت هدفًا مهمًا عند اختبار كفاءة علاجات أمراض الكلى وتبعاتها، وتشمل نوعية الحياة إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه، فهو مفهوم معقد متعدد الأبعاد يتضمن الصحة العضوية والنفسية والروحية ومستوى الاستقلالية ومعتقدات الفرد وعلاقاته الاجتماعية، وكذا ارتباطه بالعناصر الأساسية في البيئة التي يعيش فيها. (بركات، وفنيش: ٢٠١٨: ١٠٠)

ومما لا شك فيه أن المرض العضوي المزمن يهدد الأمن الشخصي والنفسي للفرد؛ مما يجعله يعيش حالةً من الاضطراب النفسي والقلق والاكتئاب، خاصة إذا تعلق الأمر بمرض خطير مثل الفشل الكلوي المزمن الذي يبقى المريض طوال حياته تابعاً لجهاز الغسيل الكلوي، والأمل في الشفاء ضعيفٌ جداً؛ لأن عملية زراعة الكلى ليست في متناول كلِّ مريض، فالشخص المصاب يشعر أنه مُهدّد ومضطرب نفسياً مما يؤدي إلى تغيير ردود أفعاله واستجاباته النفسية.

### مشكلة الدراسة:

لقد أصبح موضوعُ نوعية الحياة في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات، خاصة في مجال الرعاية الصحية عندما نُقدت نتائج العلاج الطبي التقليدي المتعلقة بالوفيات والأمراض من حيث تركيزها على مجالٍ ضيق ومحدود، فقد فشلت هذه المؤشرات في تحديد مدى واسعٍ من النتائج الطبية الممكنة، فعلى سبيل المثال: ظهر في علاج السرطان أن آثار العلاج نفسها يمكن أن تتسبب في ضرر بليغ للمريض، ومقابل مثل هذا العلاج فإن الفرد يمكن أن يختار أن يعيش لفترة قصيرة من الزمن مع نوعية حياةٍ جيدة، بدلاً من أن يعيش فترة زمنية أطول مع نوعية منخفضة للحياة.

ولذلك بدأت الدراسات في الاهتمام بالتعرف على طبيعة نوعية الحياة والتنبؤ بها والتعرف على العوامل المؤثرة فيها، خاصة في مجال الأمراض المزمنة ومنها أمراض الكلى، وتناولت هذه الأبحاث العديد من المتغيرات النفسية (القلق والاكتئاب، والضغوط) والديموجرافية (الجنس، مستوى التعليم، عدد مرات الغسيل، تاريخ الغسيل، الحالة الزوجية، الحالة الوظيفية، العرق (AlNashri, Almutary, & Al

**Nagshabandi, 2020; García–Llana, 2014; Zazzeroni, et al 2017; Anees, et al 2014)**

ويعتبر الاكتئاب واحدًا من أهم وأكثر المشكلات شيوعًا لدى مرضى الغسيل الكلوي، فلقد بلغت معدلات انتشاره باستخدام مقاييس التقدير الذاتي (٣٩.٣%) و(٢٢.٨%) باستخدام المقابلات الاكلينيكية المقننة (Palmer et al, 2013)، كما أن معدل الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي أعلى بثلاث مرات منه في عموم السكان (Feroze et al, 2012) ويرتبط لديهم بالعديد من العوامل، بما في ذلك الجنس، والحالة الاجتماعية، والعرق (Palmer et al 2013) ونوعية الحياة- AI (Nashri, & Almutary, 2021)، وإدراك خطورة المرض والالتزام بالعلاج (Nabolsi, Wardam, & Al-Halabi, 2015)، وعدد مرات غسيل الكلى (Teles et al, 2014) وتقبل المرض (Marthoenis et al, 2021) كما يتزامن اضطراب القلق أيضًا مع الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي، فلقد أشارت التقديرات إلى أن ما يقرب من 47.8% من مرضى الغسيل الكلوي يعانون من اضطرابات القلق (Vasilopoulou et al, 2016) كما أنه يرتبط أيضًا بالعديد من العوامل، بما في ذلك الجنس والعمر والفعالية الذاتية (Takaki et al., 2003) وتعاطي الكحول ومؤشر كتلة الجسم (Hou et al, 2014) ونوعية الحياة (EI Filali et al, 2017).

في ضوء العرض السابق يتبين أهمية دراسة نوعية الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب، خاصة في ظل اختلاف طبيعة وأنظمة الرعاية الطبية في المجتمع المصري مقارنةً بالمجتمعات الغربية، مما يُضفي مزيدًا من الأهمية على التعرف على مدى

تطابق بيانات هذه الدراسات وإمكانية تعميم نتائجها على المجتمع المصري؛ مما يحقق الرفاهية والحياة الطيبة للمرضى الذين يُعالجون بالغسيل الكلوي.

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات الآتية:

١. ما مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي؟
٢. ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل؟
٣. هل توجد علاقة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين نوعية الحياة ومستوى القلق والاكتئاب لدى عينة مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل؟
٤. هل يتنبأ القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل بنوعية الحياة عند مستوى دلالة (٠.٠١)؟
٥. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وفقاً للجنس؟
٦. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وفقاً للجنس؟
٧. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وفقاً للحالة الاجتماعية؟
٨. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وفقاً للحالة الاجتماعية؟

٩. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للعمر؟

١٠. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للعمر؟

### أهمية الدراسة:

تحدد أهمية الدراسة الحالية من خلال النقاط التالية:

١. أهمية دراسة موضوع نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، حيث أدى ظهور العديد من أنواع العلاجات الحديثة، خاصة الغسيل الكلويّ في حالة أمراض الكلى إلى تحسين نسب الشفاء وتقليل الوفيات لدى العديد من المَرْضَى، إلا أن ذلك انعكس مباشرة على نوعية الحياة لدى المريض؛ وذلك بسبب ما يتحمله من تعب ومضاعفات وتأثير على نوعية الحياة بأبعادها المختلفة؛ ولذلك أصبح تقييم نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة متطلبًا أساسيًا عند تقديم الرعاية الطبية لهم.

٢. تأتي أهمية الدراسة من أهمية العينة المستخدمة فيها وهم من مرضى الغسيل الكلوي، حيث يعاني هؤلاء المرضى من العديد من المشكلات التي ترتبط بالطبيعة التصاعدية للمرض الذي يعانون منه، والأعراض الجسمية التي ترافق المرض وترافق عملية العلاج، حيث يتطلب ذلك تكيف المريض مع مجموعة كبيرة من القيود مثل: التحكم في النظام الغذائي وتناول السوائل والألم المزمن وعدم الراحة المرتبط بالإجراءات التي تحدث في يوم غسيل الكلى والإقامة المتكررة في المستشفى، وبالتالي فإن دراسة نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى وعلاقتها بالقلق والاكتئاب يمكن أن يوجه الانتباه إلى

الدور المهم الذي يمكن أن تلعبه هذه العوامل في التأثير على المرضى والأعراض التي يعانون منها، وبالتالي أخذها في الاعتبار عند تقديم العلاج لهم.

٣. يمكن أن تفيد نتائج الدراسة في تقديم أدلة علمية توضح أهمية تقييم نوعية الحياة والقلق والاكتئاب ضمن الإجراءات أو البروتوكولات المتبعة في علاج مرضى الغسيل الكلوي، وبالتالي إعداد برامج علاجية تستهدف التعامل مع الحالات التي تعاني من انخفاض معدل نوعية الحياة وارتفاع مستوى القلق والاكتئاب.

#### أهداف الدراسة:

١. التعرف على مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل.
٢. التعرف على مستوى نوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل.
٣. التعرف على طبيعة العلاقة بين نوعية الحياة ومستوى القلق والاكتئاب لدى عينة من مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل.
٤. التعرف على إمكانية التنبؤ بنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا لمستوى القلق والاكتئاب.
٥. التعرف على الفروق في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للجنس.
٦. التعرف على الفروق في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للجنس.

٧. التعرف على الفروق في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وَفَقًا للحالة الاجتماعية.

٨. التعرف على الفروق في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وَفَقًا للحالة الاجتماعية.

٩. التعرف على الفروق في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وَفَقًا للعمر.

١٠. التعرف على الفروق في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وَفَقًا للعمر.

#### حدود الدراسة:

تتضمن حدود الدراسة ما يلي:

**الحدود الموضوعية:** اقتصر البحث على دراسة نوعية الحياة وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى عينة من مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الدموي.

**الحدود البشرية:** اشتملت الحدود البشرية للدراسة على عدد (١٠٩) مَرْضَى بالفشل الكلوي الخاضعين للغسيل بمستشفى (أبو فَرْقاص العام ومستشفى مَلْوي العام) منهم (٥٥) ذكراً و(٥٤) أنثى بمتوسط عمري (٤٥.٩٤) وانحراف معياري (١٣.٤).

**الحدود المكانية:** طُبِّقت أدوات الدراسة بمستشفى (أبو فَرْقاص) ومستشفى (مَلْوي) العامَّين التابعين لمحافظة المنيا.

**الحدود الزمنية:** تم تطبيق أدوات الدراسة الحالية خلال الفترة من شهر ٢٠٢١/١ وحتى شهر ٢٠٢١/٥.

## مصطلحات الدراسة:

## نوعية الحياة:

يتبنى الباحثان تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة؛ حيث عرّفتها بأنها: "إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة في سياق الثقافة ونسق القيم الذي يعيشون فيه، وفي علاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومستوياتهم واهتماماتهم، ويتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله، وعلاقاته الاجتماعية، وعلاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها. (عبد الخالق، ٢٠٠٨: ٢٥٠)

## القلق:

كما يتبنى الباحثان تعريف عبد الخالق (٢٠١٥) للقلق، حيث عرفه بأنه انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد متوقع، أو الشعور الدائم بالهم وبدعم الراحة وعدم الاستقرار، مصحوبًا بخبرة ذاتية تحمل مشاعر الشك والخوف الدائمين من شر مرتقب لا مبرر موضوعي له، واعتقادات سلبية لا أساس منطقي لها.

## الاكتئاب:

يتبنى الباحثان التعريف الذي أورده منظمة الصحة العالمية للاكتئاب، حيث عرفته بأنه أحد الاضطرابات النفسية الشائعة، والتي تتميز بالحزن الشديد وفقدان الاهتمام أو المتعة والشعور بالذنب والنظرة الدونية للذات واضطراب في النوم والشهية والشعور بالتعب وضعف التركيز. (World health Organization, 2008).

**الفشل الكلوي المزمن:**

هو تَلَفٌ مستمر غير رجعي في الوَحَدَات الوظيفية للكُلْوَة (النفرونات) مما يزيد من تراكم فضلات الأيض (الهدم والبناء الخُلوي)، والسوائل واليورينا في الجسم والتي تسبب مجموعة من الأعراض والعلامات، منها توقف مفاجئ لوظائف الكُلْوَة، ويتطور المرض على شكل مراحل مختلفة باختلاف نسب إدرار البول، ويتم تحديدها بواسطة الطاقم الطبي المختص. (الباشا، عزب، ٢٠١٥).

**عملية الغسيل الكلوي أو الاستشفاء الكلوي: Hemodialysis Treatment**

هي عملية تنقية الجسم من السوائل والسموم الناتجة من عمليات الأيض، بسبب عدم قدرة الكُلْوَة على القيام بوظائفها بشكل طبيعي. (Smeltzer & Bare, 2000:1112)

**الإطار النظري والدراسات السابقة:****١ - نوعية الحياة: Quality of life**

إن مصطلح نوعية الحياة يمثل ظاهرة متعددة الجوانب، سواء أكانت صحية أم اجتماعية أم اقتصادية أم نفسية، تتأثر بالنظام السائد في المجتمعات، فضلاً عن التقاليد الاجتماعية ومفهوم الرفاهية، ولا نستطيع أن ننكر الدور الكبير لمعتقدات الأفراد وثقافة المجتمعات المختلفة في التأثير على هذا المفهوم، ويعتبر تناول هذا المفهوم من منظور علم النفس الإيجابي يعتبر ضرورة ملحة من جانبين : أولهما كون نوعية الحياة هي في الأساس انعكاس للتقدير الذاتي للفرد بحد ذاته لحياته، وثانيًا كون علم النفس الإيجابي يقدم الاستراتيجيات الملائمة لتحقيق جودة الحياة، ومن هنا تؤكد صانعو القرار أن الحياة لا تقاس بالأرقام والإحصائيات، وإنما هي في حقيقتها استجابات ومشاعر؛ وذلك تأكيدًا لقيمة الإنسانية. (مشري، ٢٠١٤: ٢٢٣).

## تعريف نوعية الحياة:

عرفها روبن (Rubin,1999) بأنها الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية، متضمنة كلاً من المكونات الإدراكية، والذي يشمل الرضا والمكونات العاطفية والسعادة (الإسكافي، ٢٠٢١: ١٣)، في حين عرفها هيجز (Higgs,2007) بأنها تتحدد من خلال مدى شعور الفرد بالسعادة، والتي تتضمن الحالة الاجتماعية والاقتصادية (الوضع المالي والمكانة الاجتماعية)، والحالة الصحية التي تشمل التغذية واللياقة البدنية، وإشباع الحاجات الأساسية، والتعامل مع الضغوط النفسية والتقاؤل وحسن الحال. (عبد الله، ٢٠٠٨: ١٤٧).

## مجالات نوعية الحياة وأبعادها:

هناك مجالات عديدة لنوعية الحياة الأساسية ( الجسدية والنفسية، مستوى الاستقلال، العلاقات الاجتماعية، البيئة الخارجية، الروحانيات، والمعتقدات الشخصية، وقد تمت التوصية بدمج كل القياسات الذاتية والموضوعية واعتبار شروط نوعية الحياة تشمل الدخل وفرص العمل والسكن والتعليم وغيرها من الظروف المعيشية والبيئية، وهناك من أكد على وجود مجالين لنوعية الحياة هما: نوعية الحياة الأسرية وتشمل نوعية الحياة الوالدية ونوعية العلاقة مع الأبناء، وثانياً نوعية الحياة الانفعالية وتشمل الرضا عن الحياة وتقدير الذات والتقاؤل، وقد أكد (Widar et al, 2003) أن هناك أربعة أبعاد أساسية لمفهوم نوعية الحياة وهي: ( البعد الجسدي، البعد الوظيفي، البعد الاجتماعي، البعد النفسي ) وقد تبني الباحثان الأبعاد الموجودة في تصنيف منظمة

الصحة العالمية، حيث قامت المجموعة الدولية بتحديد ستة مجالات لنوعية الحياة وهي:

١- الجانب الجسمي: يتكون من ثلاثة أبعاد هي: الألم وعدم الراحة - الطاقة - النوم والراحة

٢- الجانب النفسي: يتكون من خمسة أبعاد هي: المشاعر الإيجابية - التفكير والتعليم - تقدير الذات - الجسدية والصورة والمظهر - المشاعر السلبية.

٣- جانب الاستقلالية: يتكون من أربعة أبعاد وهي: القدرة (الحركة والتنقل) - أنشطة الحياة اليومية - الاعتماد على الأدوية والعلاجات - القدرة على العمل.

٤- العلاقات الاجتماعية: وتتكون من ثلاثة أبعاد وهي: العلاقات الشخصية - الدعم الاجتماعي - النشاط الجنسي.

٥- الجانب البيئي: ويتكون من ثمانية أبعاد هي: الأمن والسلامة البدنية - البيئة المنزلية - الموارد المالية - الرعاية الصحية والاجتماعية - اكتساب المهارات والمعلومات الجديدة - الترفيه - البيئة الطبيعية (تلوث، ضجيج، مرور، إنتاج) - المواصلات والنقل.

٦- الجانب الديني والمعتقدات الدينية: ويتكون من بعد واحد هو بعد التدين والمعتقدات الدينية، بالإضافة لبعد إضافي تدرج تحته أربع عبارات؛ لقياس نوعية الحياة بشكل عام والصحة العامة، وهذا البعد لا يدخل في مجالات نوعية الحياة الستة، ولكن يتم تحليله كجزء من مقياس نوعية الحياة، وإذا لم تتحقق المؤشرات في مجال من هذه

المجالات، فهذا يعني معاناة الفرد من نوعية حياة رديئة. (WHOQOL Group, 1995; Skevington, 2001)

النظريات المفسرة لنوعية الحياة:

١- نظرية الإدراك الذاتي لمفهوم نوعية الحياة:

صاحب هذه النظرية أوليسون (Oleson, 1990) حيث يرى أن نوعية الحياة ميزة ومعرفة، تتضح من خلال الرضا أو عدم الرضا من أبعاد نوعية الحياة المهمة المتمثلة في أبعاد (الصحة، الوظيفة الجسمية، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، النفسي، الروحاني، الأسري)، وتوضح تلك النظرية أن النتائج الإيجابية وكذلك السلبية لنوعية الحياة تعتمد على إدراك الأفراد لمستويات الرضا وعدم الرضا الناتجة عن أبعاد نوعية الحياة السابقة، وهذه النتائج تؤثر في إدراك الفرد لنوعية الحياة التي يشعر بها سواء تحقيق الذات وارتقاء الإمكانيات أم عدمه. (Vallerand et al, 1998: 46)

٢- نظرية زهان (Zhan, 1992):

طوّر زهان نموذجًا نظريًا لنوعية الحياة يعتمد على تعريف مفهوم نوعية الحياة بأنه: درجة رضا الفرد عن حياته، وأكد أن أبعاد مفهوم نوعية الحياة لا يمكن قياسها سواء بالمنحني الذاتي أم الموضوعي، وحدد هذه الأبعاد في (مقدار الرضا عن الذات، والذات، ومستوى الصحة الوظيفي، العوامل الاقتصادية والاجتماعية)، كما أكد على أهمية العوامل المرتبطة بخلفية الفرد الشخصية والصحية والوضع الاجتماعي والثقافي له، وبالتالي مفهوم نوعية الحياة يتأثر بخلفية الفرد الشخصية والصحية والاجتماعية والثقافية، كما يتأثر هذا المفهوم بالمتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالجنس والعمر والخصائص البيئية التي يعيش فيها.

## ٣- نظرية مفهوم نوعية الحياة في سياق الإصابة:

قدم كووان Cowan، ويونج جراهام Young Graham، وكوشرين Cochrane 1992 نظرية لتفسير مفهوم نوعية الحياة في سياق الإصابة، تتكون هذه النظرية من مجموعة من المتغيرات المستقلة المتمثلة في خطورة الإصابة وشدة العلاج، المستوى الاجتماعي والاقتصادي ومجموعة أخرى من المتغيرات الوسيطة مثل ظهور أعراض المشقة، والتغيرات الوظيفية والتكيف المعرفي، والتغيرات المستقلة هذه في حالة تفاعل دائم مع التغيرات الوسيطة لتكون المتغير التابع، والذي هو "أدراك نوعية الحياة" وهذه النظرية تعرف مفهوم نوعية الحياة بأنه "النطاق الذي يقيس مستوى رضا الفرد عن الحياة والاحساس بالإيجابية من عدمها. (عطية، ٢٠١٤: ٣١).

## ٢- القلق: Anxiety:

هو شعور بعدم الارتياح والتوتر، وعادة ما يكون معممًا وغير مركز على أنه رد فعل مبالغ فيه على الموقف الذي ينظر إليه بشكل شخصي فقط على أنه تهديد. (Bouras, Holt, 2007)، وغالبا ما يكون مصحوبا بتوتر عضلي وأرق وتعب ومشاكل في التركيز، ويمكن أن يكون مناسبًا، ولكن عندما يتعرض شخص بانتظام للإصابة عندها يمكن أن يعاني من اضطراب القلق، والقلق ليس هو نفسه الخوف، وهو رد على تهديد حقيقي أو متصور، وينطوي على توقع التهديد في المستقبل. (American Psychiatric Association, 2013) والأشخاص الذين يواجهون القلق قد ينسحبون من المواقف التي أثارت القلق في الماضي (Barker, 2003).

وقد أكدت غبريال (٢٠٢٠) أن الدليل الإحصائي الخامس (DSM-5) يشير إلى تصنيفات القلق وفقاً لخصائصه السريرية، حيث يتضمن القلق الاضطرابات التالية: اضطراب القلق العام، اضطرابات الهلع، الرهاب النوعي، الرهاب الاجتماعي، الإجهاد الحاد وما بعد الصدمة، اضطراب الوسواس القهري، نوبات الهلع، خوف من الأماكن المكشوفة، قلق الانفصال والقلق الغير محدد. (DSM-5, APA, 2013; 91:201; غبريال، ٢٠٢٠: ١٠٧)

وتُعد اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، وتؤثر على ما يقارب من ٣٠٪ من البالغين في مرحلة ما من حياتهم، لكن اضطرابات القلق قابلة للعلاج، وهناك عديد من العلاجات الفعالة، فالعلاج يساعد معظم الناس على الحياة والعيش حياة طبيعية مثل الآخرين. (American Psychiatric Association, 2019)

### أعراض القلق:

هناك نوعان من الأعراض؛ أولها الأعراض البدنية: وتضم ضربات زائدة أو سرعة ضربات القلب، نوبات من الدوخة والإغماء، تتميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين، غثيان أو اضطراب في المعدة، الشعور بألم في الصدر، فقد السيطرة على الذات، نوبات العرق، سرعة النبض أثناء الراحة، الأحلام المزعجة والتوتر الزائد، ثانياً الأعراض النفسية التي تتمثل في نوبة الهلع التلقائي، والاكتئاب وضعف الأعصاب والانفعال الزائد وعدم القدرة على الإدراك والتمييز ونسيان الأشياء واختلاط التفكير وزيادة العدوانية. (البطنجي، ٢٠١٥: ٣٢).

## أهم النظريات المفسرة للقلق:

تتعدد النظريات المفسرة للقلق بتعدد وجهات نظر العلماء واختلاف الانتماءات النظرية لكل منهم، ومن أشهر النظريات التي تناولت تفسير القلق ما يلي:

١- **نظرية التحليل النفسي:** حيث يرى فرويد أن القلق يظهر في مرحلة مبكرة من الطفولة، وأن الشخص يعتبر عاجزاً نسبياً نتيجة اعتماده على الأشخاص الكبار والمهمين بحياته خصوصاً الوالدين، ليس فقط في إشباع الحاجات المادية الأساسية والحاجات النفسية الممتلئة في الحماية والتدعيم في المواقف الجديدة التي قد تظهر في حياته، والتي يشعر أنه لا يستطيع التعامل معها وحده، وهذا ما يؤدي إلى ظهور القلق والشعور بالتهديد. (عكاشة، عكاشة ٢٠١٨: ٥٨)

٢- **النظرية السلوكية:** تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي والقلق يرتبط بماضي الإنسان، وما واجهه أثناء هذا الماضي في أن الخوف والقلق استجابة انفعالية من نوع واحد، ومصدر القلق أو سببه يخرج من مجال إدراك الفرد، أي أن الفرد لا يكون واعياً بما يثيره القلق. (البطنجي، ٢٠١٥: ٤١)

٣- **النظرية المعرفية:** يرى بيك Beck أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية للمثير الخارجي، وإنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي، وقد ينتج عن ذلك عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية؛ مما يتسبب في الاضطراب السلوكي، فهو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية. (فايد، ٢٠٠١: ٣١).

## ٣- الاكتئاب:

يعد الاكتئاب أحد أنواع الاضطرابات النفسية وأكثرها شيوعاً بين الأفراد، وتأتي في المرتبة الثانية بعد القلق، ويؤثر الاكتئاب على الفرد ويعرضه للمخاطر، والمشكلات والضغوط النفسية، وما يتضمنه من مشاعر سلبية كالآلم والحزن وخذش المشاعر وتدهور الحالة النفسية للفرد. (محافظة، جرادات، ٢٠٢٠: ١٤٠)، كما أكد أنتوني وشيفر أن الاكتئاب يؤثر في عدد من الجوانب المعرفية والجسدية والانفعالية، فهو يصيب الأفراد بخلل في المزاج، وانخفاض تقدير الذات، واضطراب الذاكرة، وكراهية الذات، وتشويه المدركات، ولديه اتجاه نحو الانتحار، واضطرابات فقدان الشهية والنوم والجهاز العصبي، والعجز الجنسي، كما يمنع الفرد من أداء دوره الاجتماعي بصورة صحيحة وطبيعية. (Anthony, Johnson & Schafer, 2015)

ويرى بيك وآخرون (Beck et al (1996) 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 والمستقبل، ويرى أن هناك ثلاثة أشكال من المواقف التي يمكن أن تكون كافية لاستتارة الاكتئاب وهي (المواقف التي تعمل على انخفاض تقدير الذات - المواقف التي تتضمن إعاقة تحقيق الفرد لأهداف مهمة بالنسبة له - المواقف التي تؤدي إلى التدهور البدني والمرض).

## أعراض الاكتئاب:

شأن الاكتئاب شأن كثيرٍ من الاضطرابات النفسية والوجدانية، يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض تشمل على جوانب من السلوك والتفكير والمشاعر، هذا

وتستعرض الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA,2013) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) تسعة أعراض أساسية مميزة للاكتئاب وهي: ( المزاج المكتئب - نقص في الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة - نقص أو زيادة كبيرة في الوزن والشهية - الأرق أو النوم المفرط - تهيج أو تأخر نفس حركي - التعب أو فقدان الطاقة - الإحساس بانعدام القيمة أو الإحساس المفرط أو غير الملائم بالذنب - نقصان القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد - أفكار متكررة عن الموت.(الغفيلي، ٢٠٢٠: ٤٥٧، ٤٥٨ )، في حين صنف أحمد عكاشة (٢٠٠٣) أعراض الاكتئاب إلى أربعة جوانب أساسية وجدانية ونفسية وفسولوجية وسلوكية. (عكاشة، عكاشة ٢٠١٨ : ٤٣٠:٤٤٠)

#### ٤- الفشل الكلوي المزمن:

يُعد 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 دورًا مهمًا 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، كما يعد الفشل الكلوي خللاً وظيفياً؛ نتيجة عجز الكلية عن القيام 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 البولينا؛ وهو السبب الرئيس لتناقص البول لدى المرضى، وكلما ازداد حجم السوائل بجسم المريض، كلما ازدادت نسبة البوتاسيوم بالدم وهو بدوره يؤدي إلى ضعف في عضلة القلب. ( أبو رية، ٢٠٠٢ )، وقد أكد ماك فيرلان وآخرون ٢٠١٣ أن الدراسات المخبرية أشارت إلى أن الفشل الكلوي أو الجزئي

لوظائف الكلي 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 & Redalmeier, 2013).

### الغسيل الكلوي: Hemodialysis

يسمى الغسيل الدموي أو الاستصفاء أو التنقية عن طريق الدم، وتتم هذه العملية عندما يقرر الطبيب أن حالة مريض الفشل الكلوي قد أصبحت فشلًا كليًا نهائيًا، وأنه يجب أن يقوم بعمل استصفاء دموي، والذي بواسطته يقوم المريض بالغسيل ٣ مرات أسبوعيًا، وتستغرق كل جلسة ٣-٤ ساعات، وخلال عملية الغسيل الدموي يتم وضع إبرتين في وصلة شريانية موجودة باليد، ثم توصل الإبر بالأنبوب الذي يحمل الدم إلى الجهاز، ويتم سحب الدم بإحدى الإبرتين وإدخاله إلى فلتر للتنقية، ثم يعاد إلى الجسم عن طريق الإبرة الأخرى. (خميس، ٢٠١٣: ٤٨).

### الدراسات السابقة:

أُجريت العديد من الدراسات التي تناولت نوعية الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب كمؤشرات للصحة النفسية لدى مريض الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الدموي، ويتناول العرض التالي أهم هذه الدراسات في ضوء علاقتها بالبحث الحالي.

أجرى فاسكيز وآخرون (Vázquez et al (2003) دراسة بهدف التعرف على نوعية الحياة وبعض المتغيرات التي تؤثر فيها لدى عينة مكونة من (١١٧) مريضًا بالفشل الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى، وتم استخدام مقياس نوعية الحياة لأمراض الكلى (KDQOL-SF) كما تم تقييم أعراض الاكتئاب والقلق والدعم الاجتماعي، وأظهرت النتائج انخفاض مستوى نوعية الحياة خاصة البعد الجسمي، كما

أظهر تحليل التباين المتعدد أن الجنس، والعمر (الأكبر سنًا)، والحالة الوظيفية (لا يعمل)، والدعم الاجتماعي المنخفض، وانخفاض مستويات الهيموجلوبين، كان لهم تأثيرات سلبية متوسطة على نوعية الحياة، وكانت أهم المؤشرات المؤثرة على نوعية الحياة مستوى القلق والاكتئاب.

وفي تركيا أجرى دوغان وآخرون (Dogan, et al (2005) دراسة بهدف التعرف على العلاقة بين الاكتئاب والقلق وبعض المتغيرات المعملية ونوعية الحياة لدى مَرْضَى غسيل الكلى وتكونت العينة من (٤٣) مريضًا (متوسط العمر ٤٠.٥ +/- ١٥.٢ ؛ ذكور = 28، إناث = ١٥) واستخدمت الدراسة مقياسي هاملتون للاكتئاب، والقلق، واستبيان المسح الصحي المختصر لتقييم نوعية الحياة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الدرجات المرتفعة من الاكتئاب والمستويات المنخفضة من الهيموجلوبين والألبومين، والمستويات المرتفعة من بروتين سي التفاعلي (CRP)، وكذلك المستويات المنخفضة لنوعية الحياة (البعد النفسي والجسمي)، والمرتفعة من القلق.

وهدف دراسة مٌلاهادي وآخريين (Molahadi et al (2010) إلى المقارنة بين مَرْضَى الغسيل الكلويّ ومَرْضَى زراعة الكلى في القلق والاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (٢٩٣) مريضًا منهم (١٤٧) مريضًا بالغسيل الكلويّ، و(١٤٦) مريضًا ممن أجريت لهم عملية زراعة الكلى في مستشفى طهران، وأشارت النتائج أن ٦٣.٩٪ من مَرْضَى غسيل الكلى يعانون من القلق، ٦٠.٥٪ يعانون من الاكتئاب و٥١.٧٪ يعانون من الضغوط، أما بالنسبة لحالات زارعي الكلى فقد وجد أن ٤٨.٦٪ منهم يعانون من القلق، و٣٩٪ منهم يعانون من الاكتئاب، ٣٨.٤٪ منهم يعانون من الضغوط، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق في معدل انتشار القلق والاكتئاب

والضغوط بين مَرَضَى الغسيل الكلويّ ومَرَضَى زراعة الكلى لصالح مَرَضَى الغسيل الكلويّ.

وفي دراسة قام بها محمد (٢٠١٠) هدفت إلى التعرف على طبيعة القلق والاكتئاب لدى عينة مكونة من (٢١٥) مريضًا بالفشل الكلويّ منهم (١٢٤) ذكرًا، (٩١) أنثى طُبِق عليهم مقياس تاييلور للقلق ومقياس بيك المعدل للاكتئاب، وتم التوصل إلى أن معدلات القلق والاكتئاب كانت منخفضة، كما لم توجد فروق في القلق والاكتئاب وفقًا لمتغير النوع، ولم توجد علاقة دالة بين القلق والاكتئاب والمستوى التعليمي، كما لم توجد فروق في القلق تبعًا لمتغير العمر، في حين وجدت فروق دالة في الاكتئاب تبعًا لمتغير العمر.

وللتعرف بشكل منهجي على الدور الذي تلعبه المتغيرات النفسية (الاكتئاب والقلق والضغوط) والالتزام بالعلاج في التأثير على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى مَرَضَى غسيل الكلى أجرى غارسيا-لالانا وآخرون **García-Llana, et al (2014)** مراجعة بعدية للدراسات التي تناولت نوعية الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب والضغوط لدى مَرَضَى الغسيل الكلويّ والمنشورة في الفترة من ٢٠٠٢ إلى ٢٠١٢ وبالبالغ عددهم (٣٨) دراسة، وأشارت نتائج المراجعة البعدية إلى أن ١٠٠٪ من الدراسات توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين مؤشرات القلق والاكتئاب والضغوط ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة، مما يشير إلى أن هذه المتغيرات تعد عوامل خطر لنوعية الحياة، كما ارتبط الالتزام بالعلاج بالعوامل النفسية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

وفي دراسة قام بها يوسف (٢٠١٥) هدفت إلى التعرف على نوعية الحياة وعلاقتها بظهور الاستجابة الاكتئابية لدى عينة مكونة من (٧) حالاتٍ من مَرَضَى الغسيل الكلويّ تتراوح أعمارهم ما بين ٤٠ إلى ٥٥ سنة بمستشفى (بني مسوس) بالجزائر وأسفرت النتائج أن هناك علاقة بين الاكتئاب ونوعية الحياة كما ارتبطت المستويات المرتفعة لنوعية الحياة بانخفاض الاستجابة الاكتئابية.

وللتعرف على العلاقة بين نوعية الحياة، والاكتئاب، وإدراك خطورة المرض، والالتزام بالعلاج أجرى النابلسي ووردم والحلي **Nabolsi, Wardam, & Al-Halabi, (2015)** دراسة على عينة مكونة من (٢٤٤) مريضًا بالفشل الكلويّ في مرحلته الأخيرة تم اختيارهم من أربع وحدات غسيل كلى رئيسة في عمان، وتم استخدام مقياس بيك ومؤشر جودة الحياة لتقدير الاكتئاب ونوعية الحياة، وأشارت النتائج إلى أن ٥٠% من أفراد العينة حصلوا على درجات ما بين متوسطة إلى شديدة في الاكتئاب، كما وُجدت علاقة سالبة ودالة إحصائيًا بين نوعية الحياة والاكتئاب، ووجدت فروق بين الذكور والإناث في الاكتئاب لصالح الإناث، بينما لم توجد فروق بينهما في نوعية الحياة وارتبط ارتفاع نوعية الحياة بإدراك خطورة المرض وزيادة الالتزام بنظام العلاج، وكانت معدلات نوعية الحياة منخفضة بشكل عام.

وللوقوف على دور بعض المتغيرات النفسية والديمجرافية في التأثير على نوعية الحياة أجرى لي وكيم وكيم **Lee, Kim, & Kim, (2015)** دراسةً هدفت إلى تحديد العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة لدى عينة مكونة من (١٤١) مريضًا من مَرَضَى الغسيل الكلويّ الكوريين، وتم تقييم نوعية الحياة بمقياس الصورة المختصرة لنوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية، كما تم تقييم القلق والاكتئاب وبعض المتغيرات الديمجرافية (المستوى التعليمي، والمهنة، والدخل الشهري، والنفقات الطبية، والحالة

المعيشية)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن متوسط نوعية الحياة بلغ (3.09)، وهي تشير إلى مستوى متوسط لنوعية الحياة، كما وجدت علاقة سالبة ودالة إحصائياً بين نوعية الحياة والتعب والقلق والاكتئاب، وعلاقة إيجابية ودالة مع الصورة المدركة للحالة الصحية، وكانت أكثر العوامل تأثيراً على نوعية الحياة التعب والاكتئاب والحالة الاجتماعية (متزوج) والمساعدة في النفقات الطبية (من الذات أو من الوالدين).

وفي نفس اتجاه الدراسة السابقة أجرى فاسيلوبولو وآخرون (Vasilopoulou et al, 2015) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر القلق والاكتئاب على نوعية الحياة لدى عينة مكونة من (٣٩٥) مريضاً بالغسيل الكلوي، وتم استخدام مقياس ميسولا لمؤشرات نوعية الحياة (MVQOLI) كما تم استخدام مقياس قلق واكتئاب المستشفى لتقدير القلق والاكتئاب، وأظهرت النتائج أن نسبة أعراض القلق بين أفراد العينة بلغت ٤٧.٨٪ ونسبة أعراض الاكتئاب بلغت ٣٨.٢٪ كما أن متوسط الدرجة الكلية لنوعية الحياة بلغت (١٧.١٤) ويتراوح المتوسط العام للمقياس (ما بين ٠ إلى ٣٠)، كما ارتبطت الدرجة الكلية وبشكل دال إحصائياً بالحالة الأسرية ( $p = 0.007$ )، والمستوى التعليمي ( $p < 0.001$ )، وعدد الأطفال ( $p = 0.001$ )، والنظام الغذائي المقترح ( $p = 0.002$ ) وعلاقات المرضى بأوامر الأطباء، ( $p = 0.003$ ) والنظام الغذائي المقترح ( $p = 0.002$ ) وعلاقات المرضى بأخصائيين الرعاية الصحية والمرضى الآخرين ( $p = 0.001$ )، ولم ترتبط إحصائياً بالجنس والعمر وتاريخ بداية الغسيل وعدد مراته، كما أظهرت النتائج أيضاً أن الدرجات المرتفعة من القلق والاكتئاب ارتبطت وبشكل دال إحصائياً بالمستويات المنخفضة لنوعية الحياة.

وفي إيران أجرى كلٌّ من شفيبور وآخرون (Shafipour et al., 2015) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين نوعية الحياة والاكتئاب والقلق والضغط

لدى عينة مكونة من ١٦٠ مريضاً من المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى، وتم استخدام استبيان المسح الصحي لتقدير نوعية الحياة ومقياس قلق واكتئاب المستشفى لتقدير القلق والاكتئاب، وقد أشارت النتائج أن نسبة ٨٨.٨% و ٩٢.٥% و ٨٥.٦% من أفراد العينة يعانون من الاكتئاب الشديد والقلق والضغط على التوالي، كما وجدت علاقة سالبة ودالة إحصائياً بين المجالين الجسدي والنفسي لنوعية الحياة والاكتئاب ( $r = -0.38$ ،  $r = -0.29$ )، القلق ( $r = -0.48$ ،  $r = -0.45$ ) والضغط ( $r = -0.57$ ،  $r = -0.5$ )، ( $P < 0.001$ ).

وهدفت دراسة دنيا وآخرين (Donia et al (2015) إلى التعرف على العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وأعراض الاكتئاب لدى عينة مكونة من ٧٦ مريضاً بأمراض الكلى والمسالك البولية بوحدة غسيل الكلى بمركز أمراض الكلى والمسالك البولية، جامعة المنصورة (متوسط العمر  $43.2 \pm 15$  سنة؛ ٥٤ من الذكور و ٢٢ من الإناث)، تم تقييم الاكتئاب بمقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية، كما تم تقييم نوعية الحياة بمقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، وأشارت النتائج أن نسبة (٧٦.٣%) من المرضى كانت لديهم أعراض اكتئابية منهم ١٨ (٢٣.٧%) و ١٥ (١٩.٧%) و ٢٥ مريضاً (٣٢.٩%) كانوا يعانون من اكتئاب خفيف ومتوسط وشديد على التوالي، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في جميع أبعاد نوعية الحياة بين المرتفعين في الاكتئاب والمنخفضين لصالح المنخفضين.

واهتم لي وآخرون (Li et al (2016) بالتعرف على طبيعة العلاقة بين نوعية الحياة والقلق والاكتئاب والأداء والنشاط البدني لدى عينة مكونة من (٧٢) مريضاً بمرض الكلى المزمن الخاضعين للغسيل الكلي ومقارنتهم بعينة مكونة من (٣٦) من الأسوياء من نفس الفئة العمرية، تم تقييم نوعية الحياة باستخدام مقياس

نوعية الحياة لمَرْضَى الكَلَى (الصورة المختصرة)، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض معدلات نوعية الحياة في جميع الأبعاد مقارنة بالأسوياء، كما وجدت علاقة سالبة بين الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة والقلق والاكتئاب ( $P < 0.05$ ) وكانت نوعية الحياة أكثر انخفاضًا في المَرْضَى الذين يعانون من القلق والاكتئاب.

كما أجرى أوترفيت (Ottaviani et al (2016) دراسة هدفت إلى التحقُّق من معدلات انتشار الاكتئاب والقلق لدى عينة مكونة من ٢٠٥ مريضًا يخضعون للعلاج ببدائل الكَلَى، تم قياس نوعية الحياة بمقياس الصحة العامة، كما تم تقدير القلق والاكتئاب باستخدام قائمة بيك للاكتئاب والقلق، وقد أشارت النتائج أن نسبة أعراض الاكتئاب والقلق كانت ٤١.٧% و ٣٢.٣% لدى مَرْضَى غسيل الكَلَى و ١٣.٣% و ٢٠.٣% لدى مَرْضَى زارعي الكَلَى على التوالي، كما أشارت النتائج أيضًا أن معدلات نوعية الحياة كانت منخفضة في جميع الأبعاد وبشكل دال لدى المَرْضَى الذين يعانون من أعراض القلق والاكتئاب مقارنة بالمَرْضَى الذين لا يعانون من القلق والاكتئاب، كما ارتبط القلق سلبياً وبدرجة متوسطة بكل من الألم، والتفاعل الاجتماعي، والطاقة / التعب، الرفاهية النفسية.

وهدفنا دراسة رافاغي وآخرين (Ravaghi et al (2017) إلى التعرف على معدلات انتشار الاكتئاب ودرجة تأثيره على نوعية الحياة لدى عينة مكونة من ٢٩٤ مريضًا بالفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الدموي، وتضمنت أدوات الدراسة مقياس بيك لتقدير الاكتئاب ومقياس الصحة العامة لتقدير نوعية الحياة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن معدل انتشار الاكتئاب بلغ ٢٧.٩%، وكان أعلى بشكل ملحوظ لدى النساء، وكبار السن، وأولئك الذين لديهم مستوى تعليمي منخفض وفي المَرْضَى العاطلين عن العمل ( $P < 0.05$ )، كما كان متوسط نوعية الحياة منخفضًا وبشكل دال إحصائيًا لدى

المَرْضَى الذين حصلوا على درجات مرتفعة في الاكتئاب وارتبط الاكتئاب سلبياً بجميع أبعاد نوعية الحياة، وكان أقصى ارتباط بالجانب الجسمي.

كما أجرى الفيلاي وآخرون (2017) El Filali et al دراسة هدفت إلى التعرف على معدلات الاكتئاب واضطرابات القلق والتفكير الانتحاري ونوعية الحياة وعلاقتهم ببعض المتغيرات لدى عينة مكونة من ١٠٣ مريضاً من مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل بمستشفى الفارابي بمدينة (جدة) بالمملكة العربية السعودية، وتم استخدام المقابلة المختصرة للطب النفسي؛ لتقييم القلق والاكتئاب والصورة المختصرة للمقياس الأوروبي لنوعية الحياة الأبعاد الخمسة (EQ-5D) لتقييم نوعية الحياة، وقد أشارت النتائج إلى أن ٣٤٪ من أفراد العينة تُطبق عليهم معايير نوبة اكتئاب كبرى (MDE) بينما لوحظ اضطراب القلق في ٢٥.٢٪ منهم كما بلغت معدلات الأفكار الانتحارية ١٦.٥٪ وخطط ١.٩٪ منهم للانتحار، وبلغ مؤشر نوعية الحياة (EQ-5D 0.41 ± 0.36) وأظهر التحليل المتعدد للمتغيرات أن الاكتئاب ارتبط بثلاثة عوامل: الحالة الاجتماعية، والألم، واضطراب القلق، كما وُجد ارتباط بين اضطراب القلق والعمر وارتبط التفكير الانتحاري بالحالة الاجتماعية واضطرابات القلق. وتؤكد هذه النتائج على أهمية التعاون بين أطباء الكلى والأطباء النفسيين من أجل رعاية أفضل لمَرْضَى HD.

وهدفت دراسة الهاجم (2017) Alhajim إلى تقييم نوعية الحياة بالنسبة لمَرْضَى الغسيل الكلوي واشتملت العينة على ١٠٤ مَرْضَى بمستشفى البصرة بالعراق ممن يعانون من مرض كلوي في مراحله الأخيرة ويتلقون غسلاً كلويًا، وتم جمع البيانات باستخدام استبيان منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، وتبين من النتائج تأثير جميع مجالات نوعية الحياة (الصحة البدنية والنفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئة)،

كما تأثر المجال البدني تأثيرًا بالغًا، وارتبطت عوامل تقدم العمر وانخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي وطول فترة العلاج بغسيل الكلى والقسطرة الوريدية المركزية والإصابة بالسكري والإصابة بالالتهاب الكبدي ارتباطًا دالًا إحصائيًا بانخفاض نوعية الحياة.

كما أجرى جانو وآخرون (Ganu et al (2018) دراسة بهدف التعرف على مستوى نوعية الحياة ومعدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة مكونة من ١٠٦ مَرَضَى بالفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل الدموي بوحدة الغسيل الكُلَوِيّ في مستشفى كورلي بو التعليمي في أكرا، غانا، وتم استخدام استبيان صحة المريض والصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية؛ وذلك لتقييم الاكتئاب ونوعية الحياة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن ٤٥ % في المائة من أفراد العينة أظهروا مستويات مرتفعةً من أعراض الاكتئاب كما حصل ١٩٪ تقريبًا على درجات منخفضة في نوعية الحياة بشكل عام، كما كانت هناك ارتباطات سلبية ودالة بين الاكتئاب ونوعية الحياة الكلية، ومدة العلاج، ومستوى الدخل، كما كان هناك ارتباط إيجابي بين نوعية الحياة الكلية ومدة الغسيل الكُلَوِيّ والعلاج والدخل.

وفي دراسة قام بها محمد (٢٠١٩) هدفت إلى دراسة العلاقة بين القلق العام والتشاؤم والفشل الكُلَوِيّ من جهة ودراسة علاقتها بمتغيرات معينة مثل: الجنس والمستوى التعليمي وعدد مرات الغسيل الكُلَوِيّ ومدة الإصابة بالمرض لدى ١٢٨ مريضًا لبنانيًا ممن يعانون من مرض الفشل الكُلَوِيّ المزمن ويخضعون لعلاج الغسيل الكُلَوِيّ في المستشفيات، وكانت أهم نتائج دراسته: ارتفاع معدلات القلق العام والتشاؤم لدى مَرَضَى الفشل الكُلَوِيّ المزمن، أيضًا عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في متغير القلق العام والتشاؤم، ولم توجد أية فروق في معدلات القلق العام والتشاؤم لدى

المَرَضَى تبعًا لمتغيرات المستوى التعليمي وعدد مرات الغسيل الكُلويّ ومدة الإصابة بالمرض.

وقامت قريط (٢٠٢٠) بدراسة وصفية هدفت إلى تقييم نوعية الحياة لدى عينة مكونة من (٣٠) مريضًا من قسم الكلى الصناعية بمستشفى تشرين الجامعي، وتم استخدام مقياس نوعية الحياة المطوّر من قبل منظمة الصحة العالمية، وبينت النتائج أن مستوى نوعية الحياة لدى أفراد العينة كان منخفضًا في بُعد الصحة البدنية والبيئية ومتوسطًا في بُعد الصحة النفسية.

وأجرى مارثونيس وآخرون (2021) . **Marthoenis et al** دراسة بهدف التعرف على معدلات انتشار القلق والاكتئاب ودور تقبّل المرض في التأثير على نوعية الحياة لدى عينة مكونة من ٢١٣ مريضًا يخضعون لغسيل الكلى في ثلاث مستشفيات عامة في آتشيه، إندونيسيا، وتم تقييم الاكتئاب والقلق ونوعية الحياة باستخدام مقياس قلق واكتئاب المستشفى والصورة المختصرة لمقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية، وأشارت النتائج أن معدلات انتشار الاكتئاب والقلق كانت ٤٦٪ و ٣٠.٥٪ على التوالي، وارتبط الاكتئاب إيجابيًا بالقلق ومدة غسيل الكُلويّ، كما ارتبط القلق والاكتئاب سلبياً بنوعية الحياة وارتبطت نوعية الحياة العامة بالعمر ومؤشر كتلة الجسم وتقبل المرض.

وهدف دراسة النشري والموتري (2021) **Al-Nashri & Almutary** إلى تقييم تأثير القلق والاكتئاب على نوعية الحياة لدى عينة مكونة من ١١٤ مريضًا بالفشل الكُلويّ والخاضعين لغسيل الكلى، تم جمع البيانات باستخدام مقياس نوعية الحياة لمَرَضَى الكلى ومقياس قلق واكتئاب المستشفى، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن متوسط درجة القلق لدى أفراد العينة بلغ  $7.7 \pm 0.3$ ، بينما كان متوسط درجة

الاكتئاب  $7.01 \pm 4.2$ . وبناءً على درجة القطع، كان ٥٠٪ من المشاركين يعانون من القلق، و٤٤.٧٪ من الاكتئاب، كما وُجدت علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائياً بين القلق ونوعية الحياة ( $r = -0.599$ ,  $p < 0.001$ ) وبين الاكتئاب ونوعية الحياة ( $r = -.599$ ,  $p < .001$ )، كما كانت نوعية الحياة الجسمية وعبء المرض من أكثر المتغيرات تأثراً بالقلق والاكتئاب.

#### تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال الاستعراض الذي تمّ للدراسات السابقة نجد أن هناك دراسات هدفت إلى معرفة العلاقة بين نوعية الحياة والقلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي مثل دراسة كل من (Dogan et al., 2005; García-Llana et al 2014; Shafipour, Alhani & Kazemnejad, 2015; Vasilopoulou et al., 2016; Li et al., 2016; Ottaviani et al., 2016; Marthoenis et al., 2021; Al-Nashri, & Almutary, 2021) في حين هناك دراسات أجريت بهدف معرفة نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي (Vázquez et al., 2003; Lee, Kim, & Kim, 2015; Alhajim, 2017; قريط، ٢٠٢٠)، كما أجريت دراسات عن نوعية الحياة وعلاقتها بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي كما في دراسة (يوسف، ٢٠١٥; Nabolsi, Wardam, & Al-Halabi, 2015; Donia et al., 2015; Ravaghi, et al., 2017; Ganu, et al., 2018)، في حين هدفت دراسة شويخ (٢٠٠٦) إلى إعداد برامج تدريبية لتحسين بعض المتغيرات النفسية، وخفض القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي.

أما بالنسبة للعينة فهناك دراسات اشتملت على عينات صغيرة من المرضى كما في دراسة (يوسف، ٢٠١٥، قريط، ٢٠٢٠; Dogan et al., 2005) García-Llana et al 2014; في حين أجريت بعض الدراسات على عينات كبيرة من مرضى الفشل الكلوي مثل دراسة (Nabolsi, Wardam, & Al-Halabi, 2015; Vasilopoulou et al., 2016; Ottaviani et al., 2016; Ravaghi, et al., 2017; Marthoenis et al., 2021; Al-Nashri, & Almutary, 2021) كما أجريت دراسات مقارنة على مرضى الفشل الكلوي والأسوياء كما في دراسة **عدائكة (٢٠١٧)**، ومقارنة بين مرضى الغسيل الكلوي ومرضى زراعة الكلي كما في دراسة مولهادي وآخرين ( ) Molahadi et al 2010 وقد أجريت معظم الدراسات على مرضى من أعمار متوسطة، في حين أجريت دراسة **عدائكة (٢٠١٧)** على المسنين.

أما فيما يتعلق بأهم النتائج فكانت تشير إلى انخفاض مستوى نوعية الحياة بالنسبة لمرضى الفشل الكلوي مقارنة بالأسوياء كما في دراسات كل من (Lee, Kim, 2016; Ottaviani et al., 2016; Kim, 2015; & Kim, 2015; قريط، ٢٠٢٠)، وهناك دراسات أكدت نتائجها على زيادة نسبة القلق والاكتئاب كما في دراسة دوجان وآخرين Dogan et al., (2005) ، ولم توجد فروق في القلق والاكتئاب وفقاً للنوع والمستوى التعليمي والعمر كما في دراسة (Marthoenis et al., 2021; Shafipour, Alhani & Kazemnejad, 2015; محمد، ٢٠١٩) ، كما ارتبط ارتفاع نوعية الحياة بانخفاض القلق والاكتئاب (Nabolsi, Wardam, & Al-Halabi, 2015; Ganu et al., 2018).

ونتيجة لاختلاف العينات والمتغيرات المستخدمة في الدراسات السابقة؛ لذلك حاول البحث الحالي دراسة نوعية الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من مَرْضَى الغسيل الكُلَوِيّ، وقام بصياغة فروض البحث كالتالي.

#### فروض الدراسة:

١- مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل الكُلَوِيّ يتميز بالارتفاع.

٢- مستوى نوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل يتميز بالانخفاض.

٣- توجد علاقة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين نوعية الحياة ومستوى القلق والاكتئاب لدى عينة مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل.

٤- يتنبأ القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل بنوعية الحياة عند مستوى دلالة (٠.٠١).

٥- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل وَفُقًا للجنس.

٦- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل وَفُقًا للجنس.

٧- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل وَفُقًا للحالة الاجتماعية.

٨- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للحالة الاجتماعية.

٩- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للعمر.

١٠- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للعمر.

### منهج الدراسة وإجراءاتها:

#### منهج الدراسة:

نتيجة لطبيعة الأهداف التي يسعى هذا البحث إلى تحقيقها ومن خلال الفروض التي يحاول التحقق منها، فقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي المقارن باعتباره المنهج المناسب لطبيعة أهداف وفروض البحث.

#### عينة الدراسة:

تكونت عينة البحث الحالي من عینتين مستقلتين، العينة الأولى وهي العينة الأساسية للبحث، واشتملت على عدد (١٠٩) مَرْضَى بالفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل بمستشفى (أبو فُرْقاص العام ومستشفى مَلْوي العام) منهم (٥٥) نكراً و(٥٤) أنثى بمتوسط عمري (٤٥.٩٤) وانحراف معياري (١٣.٤) ويوضح الجدول التالي خصائص هذه العينة.

## جدول (١) خصائص عينة الدراسة

المتغيرات	الفئات	التكرار	النسبة
الجنس	ذكور	٥٥	٥٠.٥
	إناث	٥٤	٤٩.٥
العمر	من ٢٠ إلى ٣٠	٢٥	٢٢.٩
	٣١ إلى ٤٠	٣١	٢٨.٤
	٤١ إلى ٥٠	٢١	١٩.٣
	أكبر من ٥٠	٣٢	٢٩.٤
الحالة الاجتماعية	متزوج	٦٥	٥٥.٠
	غير متزوج	٤٥	٤٠.٤

بينما تكونت العينة الثانية للبحث والخاصة بالتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس من عدد (٥٠) مريضاً بالفشل الكلوي منهم (٣٠) نكراً و(٢٠) أنثى بمتوسط عمري (٤٢.١٥) وانحراف معياري (٣.٣٣).

أدوات الدراسة:

## ١. مقياس نوعية الحياة (الصورة المختصرة)

يعتبر هذا المقياس واحداً من أكثر المقاييس استخداماً في مجال تقييم نوعية الحياة لدى المرضى والأسوياء عبر العديد من الثقافات المختلفة، وقد أعدته منظمة الصحة العالمية كصورة مختصرة من المقياس المنوي لنوعية الحياة (١٠٠- WHOQOL) والذي بدأ إعداداه في عام (١٩٩١) عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في ١٥ دولة لبناء مقياس عالمي؛

لقياس نوعية الحياة يغطي الجوانب المختلفة لنوعية الحياة التي تناولتها أو لم تناولها الأدوات التقليدية لتقدير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (The WHOQOL GROUP، 1995)، وأدت جهود المنظمة إلي تطوير المقياس المئوي لنوعية الحياة والذي تم إعداده من خلال خمسة عشر مركزاً ميدانياً تابعاً للمنظمة عبر اثنتي عشرة لغة، وحددت هذه المراكز جوانب الحياة التي تعد مهمة في قياس نوعية الحياة ووضعت بنوداً لقياسها، وشملت الصيغة الاستطلاعية الأصلية (٢٣٥) بنوداً، وطبقت هذه الصيغة في خمسة عشر مركزاً ميدانياً بلغات مختلفة عبر العالم، وتم اختيار أفضل مائة بندٍ، وسُميت هذه الصيغة: المقياس المئوي لنوعية الحياة (-WHOQOL 100)، ويتكون المقياس من ستة مجالات أساسية هي: الجسمية، النفسية، الروحية، البيئية، ومستوى الاستقلال، والعلاقات الاجتماعية، وهذه المجالات تحتوي على أربعة وعشرين عاملاً أو مقياسٍ فرعي، كل مقياس يندرج تحته أربع عبارات، وبذلك يصبح عدد العبارات (٩٦) عبارة إضافة إلي ذلك يوجد بُعد إضافي يندرج تحته أربعة بنود؛ لقياس نوعية الحياة بشكل عام والصحة العامة، وهذا البعد لا يدخل في مجالات نوعية الحياة، ولكن يتم تحليله كجزء من مقياس نوعية الحياة، ويتم الإجابة على بنود هذا المقياس على تدرج من خمس نقاط؛ لتقدير الشدة والتكرار أو لتقييم الصفات المختارة لنوعية الحياة؛ ونظراً لأن مائة سؤال قد تكون طويلة جداً في الاستخدام العملي، فقد اشتمت صيغة مختصرة لتناسب البحوث الوبائية، وسميت (WHOQOL-BREF)، واشتملت على (٢٦) سبباً وعشرين فقرةً موزعة على أربعة مجالات هي: ١- البعد الجسدي ٢- البعد النفسي ٣- العلاقات الاجتماعية ٤- البيئة، بالإضافة إلي سؤالين لتقدير نوعية الحياة بشكل عام، وكذلك الصحة العامة، وللمقياس خصائص سيكومترية جيدة سواء في صيغته المئوية أو الصيغة المختصرة له؛ حيث تشير مؤشرات التحليل العاملي إلى وجود بنية عاملية جيدة لهذه الصورة، كما أن مؤشرات الثبات باستخدام

معامل ألفا كرونباخ تراوحت ما بين ٠.٦٠ إلى ٠.٩٠ ، وهي تشير إلى معاملات ثبات مرضية بالنسبة للمقياس (Skevington, Lofffy, & O'Connell, 2004.)

### صدق وثبات المقياس في البحث الحالي:

للتحقق من صدق المقياس في البحث الحالي استخدم الباحث الأساليب التالية:

#### - صدق المحكمين.

تم عرض فقرات المقياس بعد اشتقاقها من النسخة العربية المترجمة للمقياس المئوي لنوعية الحياة والتي أعدها (حسانين، ٢٠١١) على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس الإكلينيكي، والإيجابي بالجامعات المصرية والعربية؛ لتقدير مدى صلاحية الفقرات ومناسبتها للبعد الذي تنتمي إليه، ويوضح الجدول التالي التكرارات والنسب المئوية للاتفاق حول صلاحية فقرات المقياس لتقدير نوعية الحياة.

جدول (٢) التكرارات والنسب المئوية للاتفاق حول صلاحية فقرات المقياس لتقدير نوعية الحياة.

الفقرة	التكرار	النسبة	الفقرة	التكرار	النسبة	الفقرة	التكرار	النسبة
١	٨	%٨٠	١٠	١٠	%١٠٠	١٩	١٠	%١٠٠
٢	١٠	%١٠٠	١١	١٠	%١٠٠	٢٠	١٠	%١٠٠
٣	١٠	%١٠٠	١٢	١٠	%١٠٠	٢١	١٠	%١٠٠
٤	١٠	%١٠٠	١٣	٩	%٩٠	٢٢	٩	%٩٠

الفقرة	التكرار	النسبة	الفقرة	التكرار	النسبة	الفقرة	التكرار	النسبة
٥	٩	%٩٠	٢٣	١٠	%١٠٠	١٤	٩	%٩٠
٦	٩	%٩٠	٢٤	١٠	%١٠٠	١٥	٩	%٩٠
٧	١٠	%١٠٠	٢٥	٨	%٨٠	١٦	١٠	%١٠٠
٨	١٠	%١٠٠	٢٦	٩	%٩٠	١٧	١٠	%١٠٠
٩	١٠	%١٠٠		١٠	%١٠٠	١٨	١٠	%١٠٠

ومن الجدول السابق يتضح أن نسب الاتفاق حول صلاحية الفقرات وانتمائها للمحاور تراوحت بين (٨٠%) و(١٠٠%) مما يشير إلى معامل صدق جيد للمقياس.

#### - صدق الارتباط بالمحك:

لتقدير معاملات صدق الارتباط بالمحك تم حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد عينة الصدق على درجات الأبعاد في الصيغة المختصرة ودرجاتهم على نفس الأبعاد في الصيغة الكلية للمقياس، وذلك بعد تطبيق الصيغة المئوية للمقياس على عدد (٥٠) مريضاً من مَرَضَى الفشل الكُلَوِيِّ، ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الارتباط ودلالاتها الإحصائية.

## جدول (٣) معاملات صدق الارتباط بالمحك للصورة المختصرة لمقياس نوعية الحياة

معاملات الارتباط بالمحك (درجة المجالات على الصيغة الكلية للمقياس)	مجالات نوعية الحياة
٠.٨٥	المجال الجسمي
٠.٨٨	المجال النفسي
٠.٨٥	المجال الاجتماعي
٠.٩٠	المجال البيئي

يتبين من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين المجالات في الصورة المختصرة والصورة المئوية للمقياس كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١)، مما يشير إلى معاملات صدق جيدة بالنسبة للصورة المختصرة للمقياس.

## - ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات المقياس في الدراسة الحالية تم استخدام التناسق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ على نفس عينة الصدق، ويوضح الجدول التالي قيم معامل ألفا لكل مجال من المجالات الفرعية للمقياس.

## جدول (٤) قيم معامل ألفا لكل مجال من المجالات الفرعية لمقياس نوعية الحياة

مجالات نوعية الحياة	عدد الفقرات	قيم معامل ألفا
المجال الجسدي	٧	٠.٨٠
المجال النفسي	٦	٠.٧٠
المجال الاجتماعي	٣	٠.٨٣
المجال البيئي	٨	٠.٨٧

يتبين من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الثبات سواء كانت دالة ومُرضية؛ مما يشير إلى معاملات ثبات جيدة للمقياس.

## ٢. مقياس قلق واكتئاب المستشفى

أعد هذا المقياس زيجمند وسنايتز (Zigmond & Snaith, 1983)؛ لتقدير شدة القلق وأعراض الاكتئاب في المستشفيات العامة (غير النفسية) أو العيادات الخارجية، ويتميز هذا المقياس في تشخيصه للقلق والاكتئاب باستبعاد المظاهر الجسدية (على سبيل المثال: اضطراب الشهية، ومشاكل النوم، والتعب، وما إلى ذلك)؛ وذلك لتجنب الإفراط في تشخيص القلق والاكتئاب بين المَرْضَى الذين يعانون من حالات جسدية باعتبار أن هذه الأعراض شائعة لديهم نتيجة الأمراض التي يعانون منها، ويتكون المقياس من (١٤) فقرة موزعة على بعدين: بُعد القلق (٧) فقرات، وبعد الاكتئاب (٧) فقرات، ويُجاب على فقرات المقياس على متصل مكون من (٤) نقاط، يتراوح ما بين (٠) إلى (٣)؛ حيث تشير الدرجة (٠) إلى غياب الأعراض، بينما تشير

الدرجة (٣) إلى أعراض شديدة، وتشير الدرجة المرتفعة على بُعدي القلق والاكتئاب إلى وجود قلق واكتئاب وتتراوح الدرجة الكلية ما بين (٠) و(٤٢)، بينما الدرجة على مقياس الاكتئاب ما بين (٠)، (٢١)، وكذلك الدرجة بالنسبة لمقياس القلق، ولقد تُرجم هذا المقياس إلى العديد من اللغات، وأُجريت عليه العديد من الدراسات للتحقق من خصائصه السيكومترية، وقد أظهرت نتائجها دائماً حساسية وموثوقية كافية في التمييز بين القلق والاكتئاب، (Soderman, et al,2002) وفي مراجعة بعدية لعدد (٧٤٧) دراسة تناولت الخصائص السيكومترية لمقياس قلق واكتئاب المستشفى أشارت نتائج التحليل إلى أن للمقياس بنية عاملية جيدة وقدرة عالية على التمييز بين فئات المرضى، كما أن معاملات الثبات كانت مرتفعة فقد تراوحت قيم معامل ألفا ما بين ٠.٦٨ إلى ٠.٩٣. لأعراض القلق و٦٧.٠ إلى ٩٠.٠ لأعراض الاكتئاب.

#### ترجمة المقياس وإعداده للدراسة الحالية.

قام الباحثان باتباع الخطوات التالية في إعداد وترجمة المقياس:

- قام الباحث بمراسلة مُعد المقياس؛ وذلك من أجل الحصول على النسخة الأصلية للمقياس وأخذ الموافقة على الترجمة.
- بعد أن حصل الباحث على المقياس قام بترجمته إلى اللغة العربية، ولقد راعى الباحث أثناء الترجمة شروط صياغة البنود للاختبارات النفسية، كما تم عرض هذه النسخة على أحد المتخصصين في اللغة العربية لمراجعتها لغوياً ونحوياً<sup>(١)</sup>.
- قام أحد المتخصصين في اللغة الإنجليزية بإعادة ترجمة المقياس من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية مرة أخرى<sup>(٢)</sup>.

- تم مقارنة النسخة المترجمة عكسيًا للمقياس ومطابقتها للبنود في المقياس الأصلي، وعمل التغييرات المطلوبة مع مراعاة اختلاف السياق الثقافي والخلفية الحضارية لكل من العرب والأجانب.

- بعد إجراء التعديلات اللازمة للصورة العربية، تم تقديم هذه الصورة إلى عينة من الأفراد؛ حيث طُلب منهم قراءة كلِّ عبارة، وذكّر ماذا تعني العبارة كما فهموها، كما طُلب منهم أن يُشيروا إلى الكلمات التي يَرَوْنَ أنها كلمات غامضة أو صعبة أو غير مفهومة.

- أظهرت نتائج هذا التطبيق أن جميع بنود المقياس واضحة ومفهومة، ولم تصدر تعليقات أو طلب إيضاح لأي بند من بنود المقياس.

### صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية:

#### - صدق المحكمين

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس بالجامعات المصرية وبعض الجامعات العربية؛ لتقدير مدى صلاحية الفقرات ومناسبتها للبعد الذي تنتمي إليه، ويوضح الجدول التالي التكرارات والنسب المئوية؛ للاتفاق حول صلاحية فقرات المقياس.

جدول (٥) التكرارات والنسب المئوية للاتفاق حول صلاحية فقرات المقياس

مقياس الاكتئاب			مقياس القلق		
النسبة	التكرار	الفقرة	النسبة	التكرار	الفقرة
%١٠٠	١٠	٢	%١٠٠	١٠	١
%١٠٠	١٠	٤	%١٠٠	١٠	٣
%٩٠	٩	٦	١٠٠	١٠	٥
%٩٠	٩	٨	%٩٠	٩	٧
%٩٠	٩	١٠	%٩٠	٩	٩
%١٠٠	١٠	١٢	%٩٠	٩	١١
%١٠٠	١٠	١٤	%١٠٠	١٠	١٣

ومن الجدول السابق يتضح أن نسب الاتفاق حول صلاحية الفقرات تراوحت بين

(٩٠) و(١٠٠) مما يشير إلى معامل صدق جيد للمقياس.

- صدق الارتباط بالمحك:

لتقدير معاملات صدق الارتباط بالمحك تم حساب معاملات الارتباط بين درجات

أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس قلق واكتئاب المستشفى ودرجاتهم على مقياس

القلق ومقياس الاكتئاب المشتقين من قائمة الأعراض المرضية (البحيري، ٢٠٠٥)،

ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الارتباط ودلالاتها الإحصائية لمقياس قلق واكتئاب المستشفى والمقياس المحكي.

جدول رقم (٦) معاملات صدق الارتباط بالمحك لمقياس قلق واكتئاب المستشفى

المتغيرات	مقياس القلق (قائمة الأعراض المرضية)	مقياس الاكتئاب (قائمة الأعراض المرضية)
مقياس قلق واكتئاب المستشفى (بعد القلق)	٠.٨٦	
مقياس قلق واكتئاب المستشفى (بعد الاكتئاب)	٠.٧٧	٠.٧٨

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين مقياس قلق واكتئاب المستشفى ومقياس القلق والاكتئاب المشنقين من قائمة الأعراض المرضية كانت دالة عند مستوى (٠.٠١) مما يشير إلى معاملات صدق جيدة للمقياس.

ثبات المقياس.

للتحقق من ثبات المقياس في الدراسة الحالية تم استخدام التناسق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ على نفس عينة الصدق، ويوضح الجدول التالي قيم معامل ألفا لكل مجال من المجالات الفرعية للمقياس .

جدول (٧) قيم معامل ألفا كرونباخ لمقياس قلق واكتئاب المستشفى

مجموعات نوعية الحياة	عدد الفقرات	قيم معامل ألفا
مقياس القلق	٧	٠.٨٨
مقياس الاكتئاب	٧	٠.٩١

يتبين من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الثبات كانت دالة ومُرضية؛ مما يشير إلى معاملات ثبات جيدة للمقياس.

#### إجراءات البحث وأخلاقياته:

تم تطبيق أدوات الدراسة الحالية خلال الفترة من شهر ٢٠٢١/١ وحتى شهر ٢٠٢١/٥ بمستشفى أبو قرقاص ومستشفى مَلَوِي العام، وكان التطبيق يتم بشكل فردي قبل إجراء عملية الغسيل، وكان التطبيق من قبل المشاركين يتم بشكل اختياري لضمان جدية الاستجابة، وذلك بعد تقديم شرح للهدف من عملية التطبيق.

#### الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.

تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)؛ لتحليل البيانات الخاصة بالبحث واستخدمت الأساليب الإحصائية التالية: (المتوسطات والانحرافات المعيارية - معامل ارتباط بيرسون - اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات - تحليل التباين - تحليل الانحدار).

## نتائج البحث ومناقشتها:

١. نتائج الفرض الأول: ينص هذا الفرض على: "مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل يتميز بالارتفاع".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب عدد الحالات التي حصلت على درجة أكبر من أو تساوي درجة القطع لمقياس قلق واكتئاب المستشفى وهي الدرجة (١١)، ويوضح الجدول التالي التكرارات والنسب المئوية للذكور والإناث والعينة الكلية.

جدول (٨) التكرارات والنسب المئوية لمعدلات القلق والاكتئاب لدى عينة الدراسة من مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل

المتغيرات	درجة القطع	ذكور		إناث		المجموع	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
الاكتئاب	١١	٣٠	%٥٤.٥٤	٣٩	%٧٢.٢٢	٦٩	%٦٣.٣٠
القلق	١١	٣٤	%٦١.٨١	٤٠	%٧٤.٠٧	٧٤	%٦٧.٨٨

يتبين من الجدول السابق أن معدلات انتشار الاكتئاب والقلق لدى مَرْضَى الغسيل الكلوي تراوحت ما بين (٥٤.٥٤ إلى ٧٢.٢٢) و(٦١.٨١ إلى ٧٤.٠٧) على التوالي، وتشير هذه النتائج إلى تحقق الفرض الأول للدراسة؛ حيث تعتبر هذه النسب مرتفعة مقارنة بنسب الانتشار في المجتمع العام، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التي تناولت معدلات انتشار القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الغسيل الكلوي مثل دراسات كِلِّ من (Molahadi et al 2010; Marthoenis et al, 2015; Ottaviani et

al, 2016; Nabolsi & Al-Halabi, 2021; Al-Nashri & Almutary, 2021)

ويمكن تفسير ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الغسيل الكلويّ في ضوء عوامل عديدة منها: عوامل طبية وعوامل اجتماعية وعوامل بيئية، فعملية الغسيل الكلويّ تتطلب أن يتكيف المريض مع مجموعة كبيرة من القيود مثل: التحكم في النظام الغذائي وتناول السوائل والألم المزمن وعدم الراحة المرتبط بالإجراءات التي تحدث في يوم غسيل الكلى (إدخال الإبرة في الشريان الوريدي، وزرع القسطرة الوريدية المركزية، والأصوات التي تصدر من آلة الغسيل، وتغيير طاقم العمل أثناء عملية الغسيل)، والإقامة المتكررة في المستشفى، فضلاً عن الإصابات المتكررة أثناء حالة المريض الضعيفة بعد عملية غسيل الكلى، كما أن مشاكل الأداء اليومي والخوف من المستقبل يؤثر بلا شك على ظهور أعراض الاكتئاب والقلق، فضلاً عن ذلك فإن عملية الغسيل على المدى الطويل تؤدي إلى صورة ذاتية سلبية عن الذات مما يتسبب في العديد من المشاعر السلبية مثل: اليأس والغضب وعدم الرضا وخيبة الأمل، كما أنها تحدّ من نشاطات المريض الاجتماعية والترفيهية وتؤدي إلى العزلة، ويمكن أن تفسر لنا هذه العوامل أسباب زيادة معدلات القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الغسيل الكوي.

٢. نتائج الفرض الثاني: ينص هذا الفرض على: "مستوى نوعية الحياة لدى

مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل يتميز بالانخفاض".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم تحويل الدرجات الخام لأفراد العينة إلى النظام المئوي ووفقاً لما قدمته منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 1996, p13) وبناءً على هذا النظام يمكن الحكم على مستوى

نوعية الحياة ووفقاً لاقترابها أو ابتعادها عن الدرجة (١٠٠)، ويوضح الجدول التالي المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على أبعاد مقياس نوعية الحياة بعد تحويلها للنظام المئوي.

جدول (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس نوعية الحياة بعد

تحويلها للنظام المئوي

الأبعاد	الذكور		الإناث		المجموع	
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف
المجال الجسمي	٣٦.٣٠	١٥.٠٨	٢٨.٠٧	١٨.٢٧	٣٢.٢٢	١٧.١٦
المجال النفسي	٤١.٢٠	١٣.٠٨	٣٧.٨١	١٥.٢٢	٣٩.٥٢	١٤.٢٢
المجال الاجتماعي	٥٠.٤٥	٢٠.٤٥	٤٠.٦٨	٢١.٩٢	٤٥.٦١	٢١.٦٦
المجال البيئي	٣٧.٧٤	٩.٨٢	٣٤.١٨	١٤.٩٨	٣٥.٩٨	٢٠

يتبين من الجدول السابق أن مستويات نوعية الحياة لدى أفراد العينة من مرضى الغسيل الكلوي كانت منخفضة؛ حيث تراوحت ما بين (٢٨.٠٧ إلى ٥٠.٤٥) وحصل المجال الجسمي على أقل المتوسطات سواء بالنسبة للذكور أم الإناث أم العينة ككل، كما حصل المجال الاجتماعي على أعلى متوسط مقارنة بالمجالات

الأخرى، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت نوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل؛ ففي مراجعة بعدية للدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل توصل سينيريانت وآخرون (Sunariyanti.,et al . 2021) إلى أن نوعية الحياة تتميز بالانخفاض في جميع المجالات لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ، كما أشارت أيضًا دراسة الناشري والمطيري (Al-Nashri, & Almutary, 2021) إلى وجود انخفاض دال في مجالات نوعية الحياة المختلفة وخاصة نوعية الحياة الجسمية لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل الدموي، ويمكن تفسير ذلك إلى طبيعة المرض والتي تؤثر على الصحة الجسمية للمريض بسبب عملية الغسيل والآثار المترتبة عليها، وكذلك يؤدي الغسيل المتكرر إلى الحد من أنشطة المريض الاجتماعية والترفيهية، والذي ينعكس بدوره على تقديره المنخفض لجوانب حياته.

٣. نتائج الفرض الثالث: ينص هذا الفرض على: "توجد علاقة سالبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين نوعية الحياة ومستوى القلق والاكتئاب لدى عينة مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس نوعية الحياة ومقياس قلق واكتئاب المستشفى، ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الارتباط ودلالاتها الإحصائية.

جدول (١٠) قيم معاملات الارتباط ودلالاتها الإحصائية للعلاقة بين نوعية الحياة ومستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ

المجال الجسمي	المجال النفسي	المجال الاجتماعي	المجال البيئي	
الاكتئاب	-.652 <sup>**</sup>	-.690 <sup>**</sup>	-.638 <sup>**</sup>	-.619 <sup>**</sup>
القلق	-.622 <sup>**</sup>	-.581 <sup>**</sup>	-.644 <sup>**</sup>	-.615 <sup>**</sup>

\*\*دالة عند مستوى (٠.٠١)

يتبين من الجدول السابق وجود علاقة سالبة ودالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة ومستوى الاكتئاب والقلق لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل، وتتسق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين نوعية الحياة ومستوى القلق والاكتئاب سواء على المستوى العربي أم الأجنبي كما في دراسة كل من (بركات، فنيش، ٢٠١٨؛ Vázquez, et al 2005; Theofilou ,2012; 2015; Shafipour et al, 2015; El Filali et al, 2017; Kim & Woo, 2018; Al-Nashri & Almutary, 2021; Marthoenis et al, 2021) حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن وجود علاقة سالبة ودالة إحصائيًا بين نوعية الحياة ومستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل، ويمكن تفسير تأثير القلق والاكتئاب على نوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلوي في ضوء الأعراض المزعجة التي يسببها الاكتئاب والقلق من اضطراب في النوم وشعور بالضيق والانزعاج، وتدني مفهوم الذات والنظرة التشاؤمية للمستقبل وفرط الاستثارة والشعور بالذنب والتعب والألم؛ كل ذلك يؤدي إلى إدراك منخفض لنوعية الحياة لدى المرضى.

٤. نتائج الفرض الرابع: ينص هذا الفرض على: "تتنبأ الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة وبشكل دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بمستوى القلق والاكتئاب لدى عينة مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد باعتبار الأبعاد الفرعية لنوعية الحياة المتغير التابع والقلق والاكتئاب المتغير المستقل، ويوضح الجدول (٩) قيم معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية لأثر القلق والاكتئاب في نوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل.

جدول (١١) قيم معاملات الانحدار المتعدد ودلالاتها الإحصائية لأثر القلق والاكتئاب في نوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل

المتغيرات التابعة	النموذج	المعاملات غير المعيارية		المتغيرات المستقلة	مستوى دلالة (ت)	معامل التحديد	معنوية النموذج	
		المعامل البائي	الخطأ المعياري				قيمة (ف)	الدلالة
المجال الجسمي	ثابت	27.536	1.288	21.383	0.000	0.48	49.00	0.000
	الانحدار	-0.461	0.105	-4.379	0.000			
	القلق	-0.412	0.122	-3.370	0.001			
المجال النفسي	ثابت	23.448	0.919	25.524	0.000	0.49	52.24	0.000
	الانحدار	-0.433	0.075	-5.772	0.000			
	القلق	-0.182	0.087	-2.086	0.039			
المجال الاجتماعي	ثابت	14.924	0.700	21.310	0.000	0.48	50.03	0.000
	الانحدار	-0.218	0.057	-3.816	0.000			
	القلق	-0.268	0.067	-4.025	0.000			

المتغيرات التابعة	النموذج	المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	قيمة (ت)	مستوى المعنوية	معامل التحديد	معنوية النموذج	
		المعامل البائي	الخطأ المعياري					قيمة (ف)	الدلالة
المجال البيئي	ثابت	27.973	1.052		26.582	.000	0.44	43.27	0.000
	الانحدار								
	الاكتئاب	-.318	-.086	-.370	-3.704	.000			
القلق		-.359	.100	-.359	-3.589	.001			

يتبين من الجدول (٩) أن هناك تأثيراً معنوياً وداًلاً إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) للقلق والاكتئاب على الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة، وذلك من خلال قيمة (ف)، كما أن قيمة معامل التحديد بلغت بالنسبة للمجال الجسمي (٠.٤٨)، وتشير إلى أن ما مقداره (٤٨٪) من التباين في البعد الجسمي لنوعية الحياة يمكن تفسيره بالقلق والاكتئاب، أما بالنسبة للمجال النفسي فقد بلغت قيمة معامل التحديد (0.49)، وتشير إلى أن ما مقداره (٤٩٪) من التباين في البعد النفسي لنوعية الحياة يمكن تفسيره بالقلق والاكتئاب، أما بالنسبة للمجال الاجتماعي فقد بلغت قيمة معامل التحديد (0.48)، وتشير إلى أن ما مقداره (٤٨٪) من التباين في البعد الاجتماعي لنوعية الحياة يمكن تفسيره بالقلق والاكتئاب، وأخيراً بالنسبة للمجال البيئي بلغت قيمة معامل التحديد (0.44) وهي تشير إلى أن ما مقداره (٤٤٪) من التباين في البعد البيئي لنوعية الحياة يمكن تفسيره بالقلق والاكتئاب، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة التي تناولت تأثير مستوى القلق والاكتئاب على نوعية الحياة لدى مَرَضَى الغسيل الكُلَوِيّ ويتضح ذلك في دراسة (Li et al, 2016) ، والتي أشارت نتائجها إلى أن القلق والاكتئاب يعتبران مُحدِّدَيْن أساسيين لنوعية الحياة لدى

مرضى الغسيل الكلوي، وهذا ما أيدته أيضًا دراسة النشاري والموتاري (AI- Nashri & Almutary, 2021)؛ حيث أشارت نتائج هذه الدراسة أيضًا إلى أن ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب يرتبطان بالمستويات المنخفضة لنوعية الحياة وينبئان بها، ويمكن تفسير تأثير مستوى القلق والاكتئاب على نوعية الحياة في ضوء التأثيرات المختلفة لأعراض القلق والاكتئاب والتي تتضمن أعراض فسيولوجية ونفسية ومعرفية تؤثر بشكل مباشر في طبيعة ونمط الحياة للمريض وهذا ما أيدته دراسة (Li et al. 2016)؛ حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الفروق بين مرضى الغسيل الكلوي والعاديين في نوعية الحياة تختفي عندما يتم التحكم في مستوى القلق والاكتئاب، وبالتالي يمكن القول إن القلق والاكتئاب محددان أساسيين لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل.

٥. نتائج الفرض الخامس: ينص هذا الفرض على: "توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وفقًا للجنس".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول رقم (١٢) قيمة اختبار (ت) ودلالاتها الإحصائية للفروق في القلق والاكتئاب وفقاً للجنس

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة	الجنس
الاكتئاب	ذكر	55	12.02	4.201	-1.125	107	0.263
	أنثى	54	12.96	4.560			
القلق	ذكر	55	13.1273	3.70712	-2.581	107	0.011
	أنثى	54	14.9444	3.64157			

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من مَرَضَى الغسل الكُلُويّ في القلق، وكانت هذه الفروق في اتجاه ارتفاع مستوى القلق لدى الإناث مقارنة بالذكور، كما لم توجد فروق بين الجنسين في مستوى الاكتئاب، وتشير نتائج الدراسات السابقة في هذا السياق إلى وجود تباين حول الفروق في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرَضَى الغسيل الكُلُويّ، في حين أشارت دراسة عبد الرحمن (٢٠١٥) إلى وجود فروق في مستوى القلق لدى مَرَضَى الغسيل الكُلُويّ لصالح الإناث، وأكّد ذلك أيضًا دراسة (Theofilou. 2011) والتي اهتمت بالتعرف على أثر بعض المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية على مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرَضَى الغسيل الكُلُويّ، كما أشارت دراسة (Hou et al. 2014) إلى أن درجات القلق لدى مَرَضَى الغسيل الكُلُويّ من الإناث أعلى منه لدى الذكور، كما أشارت نتائج دراسة الغفيلي (٢٠٢٠) والتي أشارت إلى ارتفاع درجات الاكتئاب لدى مَرَضَى الغسيل الكُلُويّ من الإناث مقارنة بالذكور، وفي نفس الاتجاه أيضًا كانت دراسة النشاري (Al-Nashri & Almutary, 2021)، والتي أشارت إلى وجود فروق في القلق والاكتئاب لدى مَرَضَى الغسيل الكُلُويّ لصالح الإناث، بينما أشارت دراسات أخرى إلى عدم وجود

فروق في القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الغسيل الكُلْوِيِّ وَفَقًا للجنس مثل: دراسة محمد (٢٠١٩) ودراسة (Zavvare & Ravary, 2014) وبشكل عام يمكن تفسير هذا الاختلاف في ضوء اختلاف أدوات القياس المستخدمة في الدراسات، وكذلك طبيعة العينات ومستوى شدة أعراض المرض، كما يمكن تفسير نتائج هذا الفرض في الدراسة الحالية إلى أن المرأة بحكم تكوينها الفسيولوجي تتعرض لتغيرات يمكن أن تُسهم بدورها في زيادة مستوى القلق والاكتئاب.

٦. نتائج الفرض السادس: ينص هذا الفرض على: "توجد فروق دالة إحصائية في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرْضَى الفشل الكُلْوِيِّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للجنس".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (١٣) قيمة اختبار (ت) ودلالاتها الإحصائية للفروق في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة وَفَقًا للجنس

المتغيرات	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ذكر	55	17.20	4.093	2.739	107	0.007
	أنثى	54	14.78	5.094			
المجال النفسي	ذكر	55	15.87	3.145	1.185	107	0.239
	أنثى	54	15.09	3.713			

المتغيرات	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
المجال الاجتماعي	ذكر	55	9.05	2.445	2.554	107	0.012
	أنثى	54	7.81	2.621			
البيئي	ذكر	55	19.53	2.968	1.586	107	0.116
	أنثى	54	18.39	4.402			

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.05) بين الذكور والإناث من مَرَضَى الفشل الكلويّ في المجال الجسمي والاجتماعي، وكانت هذه الفروق في اتجاه ارتفاع متوسطات الذكور مقارنة بالإناث بينما لم توجد فروق دالة فيما يتعلق بالمجال النفسي والبيئي، وتعد الفروق الجنسية في نوعية الحياة من النقاط التي يوجد بها تباين كبير في نتائج الدراسات، ففي حين أظهرت نتائج دراسة (Rostami et al, 2013) إلى أن مستوى نوعية الحياة لدى الذكور مرتفع مقارنة بالإناث، وجدت دراسات أخرى أن نوعية الحياة لدى الإناث مرتفع مقارنة بالرجال كما في دراسة (Bayoumi et al, 2013)، وعلى النقيض من الاتجاهين السابقين أشارت دراسات أخرى مثل دراسة (Pakpour et al, 2010) إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في نوعية الحياة، وهناك بعض الموضوعات المهمة التي يجب ملاحظتها حول تأثيرات الجنس على نوعية الحياة، والتي يمكن أن تساعد في إزالة اللبس في هذا الموضوع: أولاً: ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات النفسية وشدتها مثل اضطراب الاكتئاب الشديد واضطراب القلق لدى الإناث بسبب انخفاضاً في نوعية الحياة لدى النساء أكثر من الرجال. ثانياً: يبدو أن الإناث أكثر قدرة من الذكور على تقديم الدعم العاطفي وتلقّيه، ثالثاً: تستفيد النساء أكثر من دعم الأسرة،

لكن الرجال يتلقون المزيد من الدعم من مهن الرعاية الصحية، رابعًا: الإناث المصابات بمرض الكلى المزمن لديهن قوة قبضة أقل، وتحمل أقل للتمرين، ودهون أكبر في الذراع، ومنطقة عضلية أقل من الذكور، (Constantin et al, 2002) ارتفاع معدل انتشار التهاب الكبد الفيروسي عند الذكور عند غسيل الكلى (Rostami et al, 2013) يمكن أن يؤثر على معدل نوعية الحياة لديهم، كل هذه العوامل يمكن أن تنعكس على تباين نوعية الحياة حسب الجنس لدى مَرْضَى الغسيل الكلوي، وذلك حينما لا يتم ضبط هذه المتغيرات في الدراسات التي تتناول نوعية الحياة لدى هؤلاء المَرْضَى.

٧. نتائج الفرض السابع: ينص هذا الفرض على: "توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل وفقًا للحالة الاجتماعية".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (١٢) قيمة اختبار (ت) ودلالاتها الإحصائية للفروق في درجة القلق والاكتئاب  
وَقَفًا للحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الحالة الاجتماعية	
0.890	107	-0.139	4.268	12.43	60	متزوج	الاكتئاب
			4.574	12.55	49	غير متزوج	
0.002	107	-3.114	3.53398	13.0500	60	متزوج	القلق
			3.73756	15.2245	49	غير متزوج	

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين المتزوجين وغير المتزوجين من مَرَضَى الفشل الكلوي في مستوى القلق، وكانت هذه الفروق في اتجاه ارتفاع درجة القلق لدى غير المتزوجين مقارنة بالمتزوجين، كما لم توجد فروق في الاكتئاب وَقَفًا للحالة الزوجية في مستوى الاكتئاب، وتتفق هذه النتيجة فيما يتعلق بالقلق مع الدراسات السابقة التي تناولت مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرَضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل مثل دراسة كل من (عبد الرحمن, ٢٠١٥, Al-Nashri, & Almutary, 2021)، والتي أشارت نتائجها إلى وجود فروق في مستوى القلق والاكتئاب لصالح غير المتزوجين، ويمكن تفسير الفروق في مستوى القلق بإرجاعها إلى الدور الكبير الذي يمكن أن يلاقيه المريض من شريك الحياة وما يقدمه له من دعم ومشاركه وجدانية ومودة تساعد المريض على التكيف مع مرضه والتوافق مع متغيراته، فضلاً عن ذلك فإن غير المتزوجين يمكن أن يعانون من مصادر قلق إضافية تتعلق بالضغوطات المتعلقة بالتفكير في موضوع الزواج وطبيعة الأعراض

المرضية التي يعانون منها ومخاوفهم من النتائج المترتبة عليه، كل ذلك يمكن أن يفسر الفروق في مستوى القلق بين المتزوجين وغير المتزوجين.

٨. نتائج الفرض الثامن: ينص هذا الفرض على: "توجد فروق دالة إحصائية في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة لدى مَرَضَى الفشل الكُلُويّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للحالة الاجتماعية".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (١٣) قيمة اختبار (ت) ودلالاتها الإحصائية للفروق في الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة وَفَقًا للحالة الاجتماعية

المتغيرات	الحالة الزوجية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
المجال الجسدي	متزوج	60	16.50	4.107	1.218	107	0.226
	غير متزوج	49	15.39	5.423			
المجال النفسي	متزوج	60	15.73	3.303	0.828	107	0.410
	غير متزوج	49	15.18	3.621			
المجال الاجتماعي	متزوج	60	8.85	2.462	1.842	107	0.068
	غير متزوج	49	7.94	2.696			
البيئي	متزوج	60	19.25	2.784	0.877	107	0.383
	غير متزوج	49	18.61	4.721			

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المتزوجين وغير المتزوجين من مَرَضَى الفشل الكلويّ في مجالات نوعية الحياة المختلفة، وعلى الرغم من وجود دراسات أشارت إلى وجود فروق في نوعية الحياة لصالح غير المتزوجين مثل دراسة كلٍّ من (Wassef et al, 2018; Anees et al, 2014) ، إلا أن العديد من الدراسات التي تناولت متغير الحالة الزوجية وعلاقته بنوعية الحياة مثل دراسة (Sabbah, 2003; Bohlke, 2008; Zyoud et al, 2016; Xiaoshuang et al , 2017; Alosaimi et al ,2020; El-Habashi 2020) حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى عدم وجود فروق في نوعية الحياة ووفقًا للحالة الزوجية لدى مَرَضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل الكلويّ، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء تشابه البيئة الثقافية والاجتماعية التي يعيش فيها المتزوجون وغير المتزوجين، بالإضافة إلى أن عينة الدراسة الحالية تم أخذها من مستشفى عام، وبالتالي فمعظم الأفراد الذين يترددون على مستشفى عام؛ لتلقي خدمة الغسيل يتشابهون في الظروف والعوامل التي يمكن أن تؤثر في نوعية الحياة لدى كل منهم.

٩. نتائج الفرض التاسع: ينص هذا الفرض على: "توجد فروق دالة إحصائيًا في مجالات نوعية الحياة لدى مَرَضَى الفشل الكلويّ الخاضعين للغسيل ووفقًا للعمر".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه للتعرف على الفروق في مجالات نوعية الحياة لدى عينة البحث ووفقًا للعمر \* \* ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (١٤) قيمة اختبار (ف) ودلالته الإحصائية للفروق في مجالات نوعية الحياة  
وَفَقًا للعمر

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	بين المجموعات	222.753	3	74.251	3.516	0.018
	داخل المجموعات	2217.247	105	21.117		
	الكلي	2440	108			
المجال النفسي	بين المجموعات	41.77	3	13.923	1.18	0.321
	داخل المجموعات	1239.46	105	11.804		
	الكلي	1281.229	108			
المجال الاجتماعي	بين المجموعات	6.386	3	2.129	0.309	0.819
	داخل المجموعات	722.477	105	6.881		
	الكلي	728.862	108			
المجال البيئي	بين المجموعات	88.148	3	29.383	2.128	0.101
	داخل المجموعات	1449.706	105	13.807		
	الكلي	1537.853	108			

\*\*١- (من ٢٠-٣٠) ٢- (من ٣١-٤٠) ٣- (من ٤١ إلى ٥٠) ٤- (٥١ فما فوق)

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (٠.٠٥) في المجال الجسمي لدى عينة البحث وَفَقًا للعمر، بينما لم توجد فروق في

باقي المجالات؛ وللوقوف أكثر على اتجاه هذه الفروق تم إجراء تحليل بعدي باستخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (١٥) نتيجة اختبار (LSD) للمقارنات البعدية للتعرف على اتجاه الفروق بين المجموعات في المجال الجسمي لنوعية وفقاً للعمر

العمر (I)	متوسط الفرق	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	العمر (I)
0.024	2.00	2.837°	1.235	1.00 المتوسط (18.16)
0.323	3.00	1.350	1.360	
0.003	4.00	3.723°	1.227	
0.024	1.00	-2.837°	1.235	2.00 المتوسط (15.32)
0.255	3.00	-1.487	1.299	
0.446	4.00	0.885	1.158	
0.323	1.00	-1.350	1.360	3.00 المتوسط (16.81)
0.255	2.00	1.487	1.299	
0.069	4.00	2.372	1.291	
0.003	1.00	-3.723°	1.227	4.00 المتوسط (14.44)
0.446	2.00	-0.885	1.158	
0.069	3.00	-2.372	1.291	

١ (من ٢٠-٣٠) ٢ (من ٣١-٤٠) ٣ (من ٤١ إلى ٥٠) ٤ (٥١ فما فوق)

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة الأولى والثانية، وكانت الفروق لصالح المجموعة الأولى، وبين المجموعة الأولى والرابعة، وكانت الفروق لصالح المجموعة الأولى مقارنة بالمجموعات الأخرى، وبالنظر إلى

متوسطات الدرجات يمكن القول إن الفئة العمرية أكبر من ٥١ عامًا حصلت على أقل المتوسطات فيما يتعلق بالبعد الجسمي لنوعية الحياة، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (Bohlke et al , 2008; Kang et al , 2015; El-Habashi et al, 2020) ، والتي أشارت نتائجها إلى أن نوعية الحياة لدى كبار السن أقل منها لدى صغار السن، ويمكن تفسير ذلك في ضوء التزامن المرضي وطول مدة الإصابة والتدهور التدريجي الذي يتعرض له مَرَضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل كلما تقدم العمر؛ حيث تؤثر كل هذه المتغيرات على تدني مستوى نوعية الحياة لدى هؤلاء المَرَضَى، خاصة فيما يتعلق بالبعد الجسمي النوعية الحياة.

١٠. نتائج الفرض العاشر: ينص هذا الفرض على: "توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرَضَى الفشل الكُلَوِيّ الخاضعين للغسيل وَفَقًا للعمر".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه للتعرف على الفروق في درجة القلق والاكتئاب لدى عينة البحث وَفَقًا للعمر ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

#### جدول رقم (١٦) قيمة اختبار (ف) ودلالاته الإحصائية للفروق في درجة القلق والاكتئاب وَفَقًا للعمر

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	بين المجموعات	232.623	3	77.541	4.409	0.006
	داخل المجموعات	1846.607	105	17.587		
	الكلي	2079.229	108			
القلق	بين المجموعات	86.276	3	28.759	2.084	0.107
	داخل المجموعات	1448.642	105	13.797		
	الكلي	1534.917	108			

١\*\* (من ٢٠-٣٠) ٢ (من ٣١-٤٠) ٣ (من ٤١ إلى ٥٠) ٤ (٥١ فما فوق)

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في الاكتئاب لدى عينة البحث وفقاً للعمر، بينما لم توجد فروق في مستوى القلق؛ وللوقوف أكثر على اتجاه هذه الفروق تم إجراء تحليل بعدي باستخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

**جدول (١٧) نتيجة اختبار (LSD) للمقارنات البعدية للتعرف على اتجاه الفروق بين المجموعات في الاكتئاب وفقاً للعمر**

المقارنات	متوسط الفرق	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	المقارنات
0.051	2.00	-2.223	1.127	1.00 (10.68)
0.682	3.00	-0.510	1.241	
0.001	4.00	-3.664 <sup>*</sup>	1.119	
0.051	1.00	2.223	1.127	2.00 (12.90)
0.151	3.00	1.713	1.185	
0.176	4.00	-1.441	1.057	
0.682	1.00	0.510	1.241	3.00 (11.19)
0.151	2.00	-1.713	1.185	
0.009	4.00	-3.153 <sup>*</sup>	1.178	
0.001	1.00	3.664 <sup>*</sup>	1.119	4.00 (14.34)
0.176	2.00	1.441	1.057	
0.009	3.00	3.153 <sup>*</sup>	1.178	

١ - (من ٢٠-٣٠) ٢ - (من ٣١-٤٠) ٣ - (من ٤١ إلى ٥٠) ٤ - (٥١ فما فوق)

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين المجموعات، وكانت هذه الفروق في اتجاه ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى الفئة العمرية أكبر من ٥١ عامًا، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والعمر لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي كما في دراسة (Bornivelli et al, 2021; Al-Nashri & Almutary, 2021; Theofilou, 2011) حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى وجود علاقة بين العمر والأعراض الاكتئابية لدى مَرْضَى الغسيل الكلوي، وأن العمر يتنبأ وبشكل دال إحصائياً بمستوى الاكتئاب لدى هؤلاء المَرْضَى، ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء ما تم الإشارة إليه سابقاً من أن التقدم في العمر يرتبط بزيادة الأعراض وزيادة مستوى الألم والمعاناة، فضلاً عن ذلك، فإن الطبيعة التصاعدية لمرض الفشل الكلوي يمكن أن ترتبط بمشاعر الأسى والضيق بسبب طول مدة المرض، وكذلك الآثار الجسمية التي تتركها عملية الغسيل من وجود تلف في الأنسجة وحدوث تورمات وطول فترة الغسيل على عكس صغار السن تكون درجة الأعراض ومدة الغسيل أقل مقارنة بكبار السن؛ مما يترتب عليه انخفاض مستوى الاكتئاب لديهم مقارنة بكبار السن.

#### التوصيات والبحوث المقترحة:

في ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج نُوصي بما يلي:

١. في ضوء ما أشارت إليه نتائج الدراسة من ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل نوصي بضرورة الاهتمام بإعداد برامج علاجية نفسية تُقدّم جنباً إلى جنب مع العلاجات الدوائية لمَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل.

٢. ضرورة الاهتمام بإجراء تشخيص للقلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل عند تقديم الرعاية الطبية لهم.
٣. الاهتمام ببرامج تحسين نوعية الحياة لدى هؤلاء المَرْضَى في ضوء النتائج التي أشارت إلى انخفاض مستوى نوعية الحياة لديهم.
٤. التركيز بشكل كبير على كبار السن من المَرْضَى وإعطاء الأولوية لهم في برامج التدخل سواء الطبي أم النفسي، وذلك في ضوء ما أشارت إليه نتائج الدراسة من أن تقدم العمر يؤثر بشكل سلبي على نوعية الحياة لدى مَرْضَى الغسيل الكلوي.
٥. إجراء مزيد من الأبحاث حول تقييم فعالية التدخلات النفسية في تحسين نوعية الحياة ومستوى القلق والاكتئاب لدى هؤلاء المَرْضَى.
٦. إجراء دراسات تتناول دور بعض المتغيرات النفسية مثل صورة الجسم وتقدير الذات والتدين والفعالية الذاتية في التأثير على نوعية الحياة والقلق والاكتئاب لدى مَرْضَى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل.

#### الهوامش:

(١) د. نمر أحمد نمر، مدرس النحو والصرف كلية دار العلوم جامعة المنيا

(٢) أ. سلامة أحمد علي، ماجستير في الأدب الإنجليزي، جامعة المنيا

## المراجع

## المراجع العربية:

- أبورية، سامي (٢٠٠٢): الفشل الكلوي، الوقاية والعلاج، دار المعارف، القاهرة.
- ادروب، شذى محمد هاشم صالح (٢٠١٧): التفاؤل وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بولاية كسلا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة النيلين، السودان.
- الباشا، محمد عمر، وعزب، السيد عزب (٢٠١٥): التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للفشل الكلوي عند مرضى الفشل الكلوي المزمن بمستشفى الزهراء لعلاج وجراحة الكلى، مجلة كلية التربية، جامعة الزاوية بليبيا، العدد الثالث، ١٥٩-١٧٣.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد، (٢٠٠٥): قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90)، مركز الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة أسيوط.
- بركات، حمزة، وفنيش، حنان (٢٠١٨): نوعية الحياة وعلاقتها بكل من التدخين والاكنتاب النفسي لدى المصابين بالأمراض الإنتانية: دراسة ميدانية على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي " C " بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، جامعة الجزائر ٢، العدد السابع، ٩٩: ١١٢.
- البطنيجي، عايدة أحمد سليم (٢٠١٥): فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.

بن كمشي، فوزية (٢٠١٨): مقارنة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن: دراسة ميدانية بولاية باتنة، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية بالجلفة بالجزائر، العدد التاسع، ٦١٤-٦٢٨.

خميس، محمد سليم (٢٠١٣): فعالية برنامج علاجي معرفي- سلوكي للتخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى المصابين بالأمراض المزمنة، رسالة دكتوراه، قسنطينة، الجزائر.

رزيقة، محذب (٢٠١٥): الذكاء الانفعالي وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى الطالب الجامعي الجزائري (١٩-٢٦) سنة، رسالة دكتوراه، جامعة مولود معمري- تيزي اوزو، الجزائر.

زريق، علي، والمصطفى، فرح (٢٠٢٠): نوعية الحياة عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لجلسات التحال الدموي، مجلة جامعة حماة، سوريا، المجلد الثالث، العدد الثامن، ١٠٠: ١١٣.

السكافي، فاتن أحمد (٢٠٢١): لماذا وكيف نقيس نوعية حياة الأفراد؟ مجلة أفاق للعلوم بالجزائر، المجلد ٦، العدد ١، ١٠: ٢٦.

شويخ، هناء أحمد محمد (٢٠٠٦) فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والفيسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للعلاج بالاستصفاة الدموي المتكرر، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.

عباس، مي كمال أحمد (٢٠١٧): قلق الموت والاكنتاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الملك نمر الجامعي وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة النيلين بالسودان.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٨): الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية، مجلة دراسات نفسية، القاهرة، المجلد ١٨، العدد ٢، ٢٤٧-٢٥٧.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠١٥) أصول الصحة النفسية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعي.

عبد الرحمن، إخلص محمد (٢٠١٥): القلق النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي: دراسة حالة مرضى الفشل الكلوي المترددين على مستشفى الجزيرة لجراحة وأمراض الكلي، مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية بالسودان تصدر عن مركز جيل البحث العلمي، العدد ١٢، ١١٥: ١٢٦.

عبد الله، هشام إبراهيم (٢٠٠٨): جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان، المجلد ١٤، العدد ٤، ١٣٧: ١٨٠.

عداثة، سامية (٢٠١٧): المعاش النفسي لدي المسن المصاب بداء القصور الكلوي "دراسة ميدانية بمركز تصفية الدم بالوادي"، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمه الأخضر بالوادي، العدد ٢٣، ١٠٥: ١١٤.

العطاونة، ربيد حامد (٢٠١٦): نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى غسيل الكلى واختلافهما في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم، جامعة عمان الأهلية، الأردن.

عطية، علي عمر أبو الطيبة (٢٠١٤) نوعية الحياة وبعض الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية "دراسة مقارنة بين ذوي الشلل المكتسب والأصحاء"، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة المنوفية.

عكاشة، أحمد، عكاشة، طارق (٢٠١٨): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، المجلد الأول، الطبعة ١٧.

غبريال، إيريني سمير. (٢٠٢٠) القلق والاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة. مجلة التربية الخاصة والتأهيل، ٣٨ (١٠) الجزء الثاني، ٩٧-١٢٩.

الغفيلي، إيلاف بنت محمد بن عبد العزيز (٢٠٢٠): الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض المصرية للدراسات النفسية بالقاهرة، العدد ١٠٩، المجلد الثلاثون، ٤٤٩: ٤٩٨.

فايد، حسين على (٢٠٠١): الاضطرابات السلوكية: تشخيصها، أسبابها، علاجها، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة.

قريط، فاطمة عبد الجبار (٢٠٢٠): تقييم نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، مجلة جامعة حماة، سوريا، المجلد الثالث، العدد الأول، ١٤: ٢٤.

حسانين، أحمد محمد (٢٠١١). الخصائص القياسية للمقياس المئوي لنوعية الحياة (WHOQOL-100) الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من المجتمع الليبي. مجلة دراسات نفسية، تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية، الجزائر، العدد الرابع، ٨٩-١٠٧.

محمد، أم كلثوم احمد (٢٠٢٠): قلق الموت لدى المرضى المصابين بالفشل الكلوي وداء الهيموفيليا، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، مركز رفاة للدراسات والأبحاث بالأردن، المجلد السابع، العدد الثاني، أبريل ٢٠٢٠، ٢١٩: ٢٣١.

محمد، مبارك عثمان الشيخ (٢٠١٠): سمات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة النيلين بالسودان.

محمد، نبال الحاج (٢٠١٩): القلق العام والتشاؤم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، مجلة الطفولة العربية بالكويت، ٢١(٨١)، ٥٧: ٧٦.

مشري، سلاف (٢٠١٤): جودة الحياة من مفهوم علم النفس الإيجابي (دراسة تحليلية)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي بالجزائر المجلد الثاني، العدد الخامس، ٢١٥: ٢٣٧.

المشوح، سعد عبد الله (٢٠١٥): فعالية الذات وعلاقتها بالاكتئاب لدى المصابين بالفشل الكلوي في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، مجلة العلوم الإنسانية والإدارية، جامعة المجمعة بالسعودية، العدد السابع، ١٢٣: ١٦٦.

منظمة الصحة العالمية. (٢٠١٥) التقرير الخاص بالصحة. بحوث التغطية

الشاملة. متاحة على الرابط: <http://www.who.int>

يوسف، بوزار (٢٠١٥): نوعية الحياة والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، مجلة المواقف للبحوث والدراسات في المجتمع والتاريخ، الجزائر، العدد ١٠، ٣٦٧: ٣٨٨.

المراجع الأجنبية:

Alhajim, S, A. (2017). Assessment of the quality of life in patients on hemodialysis in Iraq. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(12), 815-820.

Al-Nashri, F., & Almutary, H. (2021). Impact of anxiety and depression on the quality of life of haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*.

Alosaimi, F. D., Alshahrani, S. M., Aladhayani, M. H., Alwethenani, Z. K., Alsahil, M. J., & Fadhul, H. A. (2020). Psychosocial predictors of quality of life among chronic hemodialysis patients. *Saudi Medical Journal*, 41(9), 990-998.

AL-Sadi, Rihab Aref (2020): Perceived social support and its relationship to the quality of life among patients with renal failure in Palestine: An Applied study in Jenin Governorate, *Journal of Al-Quds Open University for Educational & Psychological Research & Studies*, Vol. (11) - No. (31) - August 2020 .pp 1:16.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2019). What are anxiety disorders? <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>.

Anthony, J. S., Johnson, A., & Schafer, J. (2015). African American Clergy and Depression: What they know; What they want to know. *Journal of Cultural Diversity*, 22(4).

APA (American Psychiatric Association). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anees, M., Malik, M. R., Abbasi, T., Nasir, Z., Hussain, Y., & Ibrahim, M. (2014). Demographic factors affecting quality of life of hemodialysis patients - Lahore, Pakistan. *Pakistan journal of medical*.

Baiano M., Salvo P., Righetti P., Cereser L., Baldissera E., Camponogara I., Balestrieri M.(2014). Exploring health-related quality of life in eating disorders by a cross-sectional study and a comprehensive review. *BMC Psychiatry*;14:165. doi: [10.1186/1471-244X-14-165](https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-165).

Barker, P. (2003). *Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring*. London: Edward Arnold.

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.

Bayoumi M, Al Harbi A, Al Suwaida A, Al Ghonaim M, Al Wakeel J, Mishkiry A.(2013) Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2013;24(2):254–9.

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

Berlim M.T., Pavanello D.P., Caldieraro M.A., Fleck M.P.(2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual. Life Res.* ;14:561–564. [doi: 10.1007/s11136-004-4694-y](https://doi.org/10.1007/s11136-004-4694-y).

Bjelland I, Dahl AA, Haugc TT, Neckelmannnd D.(2002) The validity of the hospital anxiety and depression Scale An updated literature review. *J Psychosomatic Research*;52:69–77.

Bohlke M, Nunes DL, Marini SS, Kitamura C, Andrade M, Von-Gysel MP. (2008) Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J*;126: 252-6.

Bornivelli C, Aperis G, Giannikouris I, Paliouras C, Alivanis P (2012). Relationship between depression, clinical and biochemical parameters in patients undergoing hemodialysis *Ren Care* ;38:93–97.

Bouras, N; Holt, G. (2007). Psychiatric and Behavioral Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities (2nd ed.). Cambridge University Press.

Bulamu N.B., Kaambwa B., Ratcliffe J.(2015). A systematic review of instruments for measuring outcomes in economic evaluation within aged care. Health Qual. Life Outcomes,13:179. [doi: 10.1186/s12955-015-0372-8](https://doi.org/10.1186/s12955-015-0372-8).

Chaturvedi S, Chandra K.(1994). Detection of anxiety and depression in cancer patients. NIMHANS J 1994;12:141-144.

Constantin Teodosiu D, Young S, Wellock , Young S, Wellock F, Short AH, Burden RP, Morgan AG, et al.(2002). Gender and age differences in plasma carnitine, muscle strength, and exercise tolerance in hemodialysis patients. Nephrol Dialysis Transplant;17(10):1808–13.

Cruz, Maria., Carolina Andrade and Ricardo de Castro (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. Universidad Sao Paulo. Brazil.2011. Jan,66, (6): 991-995.

Dogan, E., Erkoc, R., Eryonucu, B., Sayarlioglu, H., & Agargun, M. Y. (2005). Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients. Renal failure, 27(6), 695–699. <https://doi.org/10.1080/08860220500242728>

DSM- 5. (2015). American Psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Washington ,DC ,American Psychiatric Association.

Donia, A. F., Zaki, N. F., Elassy, M., & Elbahaey, W. (2015). Study of depression and quality of life among hemodialysis patients: an Egyptian experience. *International urology and nephrology*, 47(11), 1855-1862.

Dubbai, H. M. (2008). An Evaluation of The Quality of UK Websites on Depression. published Master thesis. University of Strathdyde. British.

El Filali, A., Bentata, Y., Ada, N., & Oneib, B. (2017). Depression and anxiety disorders in chronic hemodialysis patients and their quality of life: A cross-sectional study about 106 cases in the northeast of morocco. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 28(2), 341.

El-Habashi, A. F., El-Agroudy, A. E., Jaradat, A., Alnasser, Z. H., Almajrafi, H. H., Alharbi, R. H., ... & Alqahtani, A. M. (2020). Quality of life and its determinants among hemodialysis patients: A single-center study. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 31(2), 460.

Eslami, A; Rabiei, L; Khayri, F; Nooshabadi, R; Massoudi, R. (2014). Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(7), 1-7.

Feroze, U., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., Kim, J. C., Reina-Patton, A., & Kopple, J. D. (2012). Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. *Journal of Renal Nutrition*, 22(1), 207-210.

Garcia, T. W., Veiga, J. P. R., Motta, L. D. C. D., Moura, F. J. D. D., & Casulari, L. A. (2010). Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(4), 369-374.

García-Llana, H., Remor, E., Del Peso, G., & Selgas, R. (2014). The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients' health-related quality of life: a systematic review of the literature. *Nefrologia : publication official de la Sociedad Espanola Nefrologia*, 34(5),637–657. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959>

Herrmann C.(1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression scale — A review of validation data and clinical results. *J Psychism Res*;42:17 – 41.

Hou, Y., Li, X., Yang, L., Liu, C., Wu, H., Xu, Y., Yang, F., & Du, Y. (2014). Factors associated with depression and anxiety in patients with end-stage renal disease receiving maintenance hemodialysis. *International urology and nephrology*, 46(8), 1645–1649. <https://doi.org/10.1007/s11255-014-0685-2>.<https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959>

Ilić, I., Šipetić, S., Grujičić, J., Mačužić, I. Ž., Kocić, S., & Ilić, M. (2019). Psychometric Properties of the World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire in Medical Students. *Medicine (Kaunas, Lithuania)*, 55(12), 772. <https://doi.org/10.3390/medicina55120772>.

JOSHI, U; SUBEDI, R; POUDEL, P; GHIMIRE, P; PANT, S; SIGDEL, M. (2017) Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis using WhOQOL - Bref questionnaire: a

multicenter study. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease Vol 10, 195-203.

Kamal, N; Kamel, G; Eldessouki, H; Ahmed, G. (2013). Health-related quality of life among hemodialysis patients at El-Minia University Hospital, Egypt. Journal of Public Health, 21(2), 193-200.

Kang GW, Lee IH, Ahn KS, Lee J, Ji Y, Woo J.(2015). Clinical and psychosocial factors predicting health-related quality of life in hemodialysis patients. Hemodial Int. 19(3):439–46.

Kim, M. K., Kim, T., Moon, H. G., Jin, U. S., Kim, K., Kim, J., ... & Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 41(3), 426-432.

Kim, K., Kang, G. W., & Woo, J. (2018). The quality of life of hemodialysis patients is affected not only by medical but also psychosocial factors: a canonical correlation study. Journal of Korean medical science, 33(14).

Kumar, V., Abbas, K; Fausto, N; Aster, C. (2014). Robbins and Cotran pathologic basis of disease, professional edition. 8th Ed. USA: Elsevier health sciences.

Li, Y. N., Shapiro, B., Kim, J. C., Zhang, M., Porszasz, J., Bross, R., Feroze, U., Upreti, R., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2016). Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. Chronic diseases and

translational medicine, 2(2), 110–119.  
<https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2016.09.004>.

Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012) Depression WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Retrieved March 10, 2018, from - [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf).

Marthoenis, M., Syukri, M., Abdullah, A., Tandi, T. M. R., Putra, N., Laura, H., ... & Schouler-Ocak, M. (2021). Quality of life, depression, and anxiety of patients undergoing hemodialysis: Significant role of acceptance of the illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 56(1), 40-50.

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. *Kindney Int*, 64 (3), 1004-1011.

Mollahadi, M., Tayyebi, A., Ebadi, A., & Daneshmandi, M. (2010). Comparison of anxiety, depression and stress among hemodialysis and kidney: Transplantation patients. *Iranian Journal of Critical Care. Nursing*, 2 (4) pp.153-156.

Nabolsi, M. M., Wardam, L., & Al-Halabi, J. O. (2015). Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *International journal of nursing practice*, 21(1), 1-10.

Ottaviani, A. C., Betoni, L. C., Pavarini, S. C. I., Gramani Say, K., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. D. S. (2016). Association between

anxiety and depression and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25.

Pakpour AH, Saffari M, Yekaninejad MS, Panahi D, Harrison AP, Molested S. (2010). Health-related quality of life in a sample of Iranian patients on hemodialysis. *Iran J Kidney Dis.*;4(1):50–9.

Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., ... & Strippoli, G. F. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney international*, 84(1), 179-191.

Patel, M., Sachan, R., Nischal, A., & Surendra (2012). Anxiety and depression: A suicidal risk in patients with chronic renal failure on maintenance hemodialysis. *International Journal of Scientific and Research Publication*, vol. 2 (3), pp 2250-3153.

Ramírez, S.P., Macêdo, D., Sales, P., Figueredo, S.M., Daher, E., Araújo, S., Pargament, K., Hyphenates, T., & Carvalho, A. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research*, 72 2, 129-35 .

Ravaghi, H., Behzadifar, M., Behzadifar, M., Taheri Mirghaed, M., Aryankhesal, A., Salemi, M., & Luigi Bragazzi, N. (2017). Prevalence of depression in hemodialysis patients in Iran a systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of kidney diseases*, 11(2).

Rostami Z, Lessan Pezeshki M, Soleimani Najaf Abadi A, Einollahi B.(2013). Health related quality of life in Iranian

hemodialysis patients with viral hepatitis: changing epidemiology. *Hepat Mon.*;13(6):e9611 .

Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M( 2003 ). Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health Qual Life Outcomes*;1:30. sciences, 30(5), 1123–1127. <https://doi.org/10.12669/pjms.305.5239>.

Shafipour, S. Z., Sheikhi, A., Mirzaei, M., & KazemnezhadLeili, E. (2015). Parenting styles and its relation with children behavioral problems. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 25(2), 49-56.

Skevington, S. M., Loftfy, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOLBREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: a report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299–310.

Smeltzer, S. & Bare, B.(2000):" Burnner &Suddarths textbook of Medical Surgical Nursing",9th ed.

sspers J, Nygren A, Soderman E.( 1997)Hospital anxiety and depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatry Scand*;96:281-286.

Stasiak, C., Bazan, K., & Kuss, R.S.(2014). Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology*, 36 (3), pp. 325-331.

Tanvir, S., Butt, G., & Taj, R (2013) Prevalence of depression and anxiety in chronic kidney disease patients on hemodialysis, *Ann. Pak. Ins. Med. Sc.*, 9 (2) pp: 64 – 67.

Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H., & Kuboki, T. (2003). Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress, depression, and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, 29(3), 107-112.

Tel, H. & Tel, H. (2011). Quality of life and social support in Hemodialysis patients. *Journal of Medical Sciences. Pakistan* 27(1) ,64 - 67.

Teles, F., Azevedo, V. F. D. D., Miranda, C. T. D., Miranda, M. P. D. M., Teixeira, M. D. C., & Elias, R. M. (2014). Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. *Clinics*, 69, 198-202.

The World Health Organization. (1996). Quality of Life Group . The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Program on Mental Health; Geneva, Switzerland.

Theofilou P. (2011). Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: The effect of sociodemographic characteristics. *Int JNephrol.*;2011:514070.

Turkistani, I., Nuqali, A., Badawi, M., Taibah, O., Alserihy, O., Morad, M., & Kalantan, E. (2014). The prevalence of anxiety and

depression among end-stage renal disease patients on hemodialysis in Saudi Arabia. *Renal failure*, 36(10), 1510-1515.

Vellerand, A., Breckenridge, N., & Hodgson, N. A. (1998). Theories and conceptual models to guide quality of life related research. Eds.: King CR & Hinds PS: *Quality of life: From nursing and patient perspectives. Theory-Research-Practice Sudbury Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, 37-53.*

Vasilopoulou, C., Bourtsi, E., Giaple, S., Koutelekos, I., Theofilou, P., & Polikandrioti, M. (2016). The impact of anxiety and depression on the quality of life of hemodialysis patients. *Global journal of health science*, 8(1), 45.

Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Gómez, J. M., Moreno, F., Sanz-Guajardo, D., & Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group (2005). Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(1), 179–190. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-3919-4>

Wassef, O.M., el-Gendy, M., El-Anwar, R.M., El-Taher, S.M., & Hani, B. (2018). Assessment of health-related quality of life of hemodialysis patients in Banha City, Qalyubia Governorate. *Menoufia Medical Journal*, 31, 1414 - 1421.

Weykamp, J. M., Nunes, M., Cecagno, D., & de Siqueira, H., Crecencia Heckler. (2017). Quality of life and chronic renal failure. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 9(4), 1113-1120. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1113-1120> .

Widar, M., Samuelsson, L., Karlsson-Tivenius, S., & Ahlström, G. (2003). Long-term pain after stroke. In Nursing Congress.

Wim, L. Loosman, Marcus, A. Rottier, A., Honig, Carl, E. H. & Siegert (2015). Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in Dutch chronic kidney disease patients: A prospective cohort study. Bio MEDICAL Center, 16, 155. [DOI :10.1186/s12882-015-0149-7](https://doi.org/10.1186/s12882-015-0149-7).

WHOQoL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In Quality of life assessment: International perspectives (pp. 41-57). Springer, Berlin, Heidelberg.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.

Xiaoshuang Zhou, Fuping Xue, Hui Wang, Yufeng Qiao, Guangzhen Liu, Liping Huang, Deqian Li, Shuanggui Wang, Qunyuan Wang, Larong Li & Rongshan Li (2017) The quality of life and associated factors in patients on maintenance hemodialysis – a multicenter study in Shanxi province, Renal Failure, 39:1, 707-711, [DOI: 10.1080/0886022X.2017.1398095](https://doi.org/10.1080/0886022X.2017.1398095).

Zavvare, R., & Ravary, A. (2014). Evaluation of anxiety and depression in dialysis patients. International Journal of Surgery, 2 (1), pp 70:74.

Zazzeroni, L., Pasquinelli, G., Nanni, E., Cremonini, V., & Rubbi, I. (2017). Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic

Review and Meta-Analysis. *Kidney & blood pressure research*, 42(4), 717–727. <https://doi.org/10.1159/000484115>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zyoud, S.H., Daraghmeh, D.N., Mezyed, D.O. et al. (2016). Factors affecting quality of life in patients on hemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrol* 17, 44 <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0257-z>.

## **Quality of Life and its Relationship to Anxiety and Depression in a Sample of Patients with Renal Failure**

Prepared by:

Dr. Moustafa Ali Nemr Ali

A Lecturer at the Department of Sociology  
Faculty of Arts, Minia University

Dr. Ahmed Hassanin Ahmed Mohamed

A Teacher at the Sector of Azharian Institutes

### **Abstract**

The current research aims to try to identify the nature of the relationship between quality of life and each of the degree of anxiety and depression among a sample of renal failure patients undergoing hemodialysis at the General Hospital in Abu Qurqas and Mallawi centers - Minya Governorate, and the total research sample consisted of (109) dialysis patients who They visit the dialysis unit department at (Abu Qurqas) and (Malawi) General Hospitals in Minya Governorate (55 males - 54 females). The results of the study showed a high level of anxiety and depression among patients, where the percentage of anxiety reached (67.81%) and the percentage of depression (74.07%), and the level of quality of life was low in all areas, especially in the physical field, and the quality of life was statistically significant at the level of Significance (0.01) of anxiety and depression was also found to have a statistically significant effect of age and marital status on quality of life, and predicted anxiety and depression in a statistically significant manner. At the level of significance (0.01) in all areas of quality of life.

**Keywords:** quality of life, anxiety, depression, patients with kidney failure.