بحث بعنوان

الضغوط الحياتية وعلاقتها بالأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن

Life stresses and its Relation to hope for patients with chronic renal failure

إعداد

دكتورة/ نعمه نادى عبد السميع أبوزيد

مدرس بقسم العمل مع الأفراد والأسر

كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان

الضغوط الحياتية وعلاقتها بالأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن.

ملخص الدراسة :

استهدفت هذه الدراسة تحديد العلاقة بين الضغوط الحياتية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، كما استهدفت تحديد الفروق بين الذكور والإناث فى عينة الدراسة لكل من الضغوط الحياتية والأمل، وكذلك تحديد العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية وكل من الضغوط الحياتية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، أيضًا هدفت إلى تصميم مؤشرات لدور الأخصائى الاجتماعى للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية وزيادة مستوى الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، وتم اختيار عينة غرضية قوامها (63) مفردة من مرضى القصور الكلوى المزمن (28 ذكور بنسبة 44.4%، 33 إناث بنسبة 55.6%) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا عند مستوى معنوية (0.01) بين الضغوط الحياتية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، كما توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات (الذكور، الاناث) لدى عينة الدراسة على كل من مقياس الضغوط الحياتية، ومقياس الأمل، وتوصلت إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين بعض المتغيرات الديموجرافية (الحالة التعليمية، الوظيفة، الاقامة) والضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن، ووجود علاقة دالة إحصائيًا بين أحد المتغيرات الديموجرافية (الوظيفة) والأمل.

الكلمات المفتاحية : الضغوط الحياتية – الأمل – مرضى القصور الكلوى المزمن.

Abstract:

This study aimed at determining the relationship between life stresses and hope for patients with chronic renal failure, and also aimed at determining the differences between males and females in the study sample in both life stresses and hope, as well as determining the relationship between some demographic variables and both life stresses and hope for patients with chronic kidney failure. It aimed at designing indicators for the role of the social worker for alleviating the severity of life stresses and increasing the level of hope for patients with chronic renal failure. In its results, the study concluded that there is a statistically significant inverse relationship at significant level (0.01) between life stresses and hope for patients with chronic renal failure, as well as the absence of statistically significant differences between the mean scores (males, females) of the study sample on both life stresses scale, and on the hope scale, and it has been found that there is a statistically significant relationship between some demographic variables (educational status, employment, residence). And the life stresses of chronic renal failure patients, and existence of a statistically significant relationship between one of the demographic variables (job) and hope.

Key words: Life stresses - hope - patients with chronic renal failure.

أولًا: مشكلة الدراسة:

تمثل الأمراض المزمنة فى الوقت الحالى أحد الأسباب الرئيسية للوفيات، وتشكل عبئًا كبيرًا على الفرد والأسرة والمجتمع بسبب الضغوط الصحية والنفسية والاجتماعية والأسرية التى تلازم المريض فى حياته وكذلك تكاليف العلاج والرعاية.

وتمثل الضغوط الفسيولوجية مثل الألم وضيق التنفس والتعب والأرق الذى قد يحدث بسبب الأمراض المزمنة عائقًا للفرد لممارسة الأنشطة اليومية إلى حد كبير، وتتأثر حياة المرضى بشكل سلبي نتيجة كثرة إقامتهم بالمستشفى، ويؤدي تدهور نوعية الحياة ومحدودية النشاط البدني إلى الشعور بالوحدة والفشل في تلبية احتياجاتهم الخاصة أو أداء واجباتهم الأسرية، مما يؤدي إلى ضغوط نفسية مثل القلق والاكتئاب (Dogu & Aydemir,2018,p.547)،

وقد أوضحت منظمة الصحة العالمية (2019) أن المصابين بالأمراض المزمنة معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بالقصور الكلوى المزمن، حيث تزداد خطورة حدوث مرض القصور الكلوى لديهم بمعدل ثلاث مرات مقارنة بغيرهم من الأصحاء، لذلك يجب عليهم الالتزام بالفحص المنظم للحد من مخاطر الإصابة بأمراض الكلى وما يتبعها من مشاكل صحية ونفسية واجتماعية، كما أن جلسات الغسيل الكلوى تمثل عبئًا ماديًا على المريض، وقد قدرت منظمة الصحة العالمية تكاليف علاج القصور الكلوى والزراعة فى العالم بنحو تريليون دولار أمريكى خلال العقد المقبل.

ويعد القصور الكلوى المزمن حالة شائعة أثرت على ما يقرب من 700 مليون شخص في جميع أنحاء العالم في عام 2017، ومع ذلك من المتوقع أن ترتفع هذه الأرقام بسبب شيخوخة السكان، وزيادة انتشار ارتفاع ضغط الدم والسكري (Escobar.,et.al, 2021, p.1)

فالقصور الكلوى المزمن من أكثر الأمراض شيوعًا فى هذا العصر باعتباره ظاهرة عالمية مثيرة للقلق، وهذا ما أكدته إحصائيات منظمة الصحة العالمية (2019) حيث أشارت أنه يوجد 850 مليون شخص حول العالم لديهم أعراض الإصابة بنوع من أنواع أمراض الكلى، وأن قرابة 10% من سكان العالم مصابون فعلا بمرض القصور الكلوى المزمن (منظمة الصحة العالمية،2019)، وهو أمر دائم لا رجعة فيه، ومن المتوقع أن يصبح القصور الكلوى المزمن السبب الخامس الأكثر شيوعًا لفقدان سنوات العمر على مستوى العالم بحلول عام 2040. (Gadia, Awasthi, Jain, & Koolwal, 2020, p.4282)

ويقدر مركز السيطرة على الأمراض أن 15٪ من البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية مصابون بمرض الكلى المزمن. من بين 37 مليون شخص يُعتقد أنهم مصابون بمرض الكلى المزمن، ويعد مرض السكري وارتفاع ضغط الدم هما السبب الرئيسي للفشل الكلوي في الولايات المتحدة حيث يمثلان حوالي ثلاث من كل أربع حالات جديدة (Centers for Disease Control and Prevention,2020)

وفى مصر وفقًا لآخر إحصائية صادرة عن الجمعية المصرية لأمراض وزراعة الكلى فى عام 2018 فإن أعداد مرضى القصور الكلوى تبلغ نحو60 ألف مريض، وأشارت الجمعية أيضًا أن 25 % من مرضى القصور الكلوى فى مصر يموتون سنويًا، فى حين لا تتجاوز النسبة العالمية للوفاة بهذا المرض من 7 إلى

10%، وأن معظم مرضى الكلى فى مصر دون سن ال 50 عام يعانون من تردى الرعاية الصحية فيما تنحصر الإصابة فى الدول الأوربية بين سن 70، 80 عام.

وقد يكون للوضع الاجتماعى والاقتصادى المنخفض دور فى حدوث الإصابة بمرض القصور الكلوى المزمن حيث أشارت نتائج دراسة كينونس وحماد Hammad Quinones & (2020) إلى وجود علاقة بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية والقصور الكلوى المزمن، فالأفراد ذوى الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض قد يزيد لديهم انتشار ونسبة حدوث القصور الكلوى المزمن ومضاعفاته لعدم تلقي الرعاية المناسبة لتحسين حالاتهم.

ويتأثر الأفراد الذين يعيشون في المجتمعات الريفية بشكل خاص سلبًا بمرض الكلى المزمن، حيث يعاني سكان الريف من نقص الموارد ويواجهون حواجز إضافية أمام تحقيق الصحة المثلى، بالإضافة إلى الدعم الاجتماعي المحدود، وانخفاض المعرفة الصحية، وعدم الثقة في المؤسسة الطبية، والتحديات الهيكلية المتعلقة بالمعيشة في المناطق الريفية (Pham, Beasley, Gagliardi, Koenig, & Stanifer, 2020, p2952).

ويعانى مرضى القصور الكلوى المزمن وأسرهم العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية حيث توصلت نتائج دراسة عبد الجواد (2014) إلى أن أهم المشكلات الاجتماعية التى تعانى منها أسر مرضى القصور الكلوى رفض بعض المرضى للعلاج، وعدم اتباع التعليمات الطبية المقدمة من قبل الفريق الطبى، وعدم التزام بعض المرضى بتناول الأدوية فى الوقت المحدد. وكذلك أشارت نتائج دراسة آل قراد (2020) إلى المشكلات الاجتماعية والأسرية التى تواجه أسر مرضى القصور الكلوى مثل أن رعاية المريض تستهلك وقت كبير من حياة أفراد الأسرة، بالإضافة إلى ضعف الدعم الاجتماعى الذى تتلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء والجيران. ومشكلات نفسية تمثلت فى إحساس بعض أفراد الأسرة بالخوف من الإصابة بالمرض، والشعور بالوحدة والعزلة بسبب وجود مريض قصور كلوى، ومشكلات اقتصادية تمثلت فى عدم وجود دخل ثابت لبعض مرضى القصور الكلوى، وضعف الدعم المادى للمريض وأسرته من الجمعيات الخيرية.

ويعد مرض القصور الكلوى من الأمراض المزمنة التى تلازم المريض على مدار حياته ويؤثر على توافقه النفسى والاجتماعى مسببًا العديد من الضغوط والمشكلات النفسية والاجتماعية والتى تنعكس على صحته العامة فلا يستطيع القيام بأداوره الاجتماعية كما ينبغى، فضلا عن تكلفة العلاج والقلق المتواصل أثناء عملية الغسيل الكلوى. حيث توصلت دراسة دوران،غونغور Duran &Gungor (2015) التى إستهدفت تحديد المشكلات النفسية والإجتماعية لمرضى الغسيل الكلوى أن أكثر المشكلات النفسية للمرضى هى الشعور بالخوف يليه القلق من عدم القدرة على العمل كما اعتادوا، وكان العامل الأكثر تحدي في عملية الامتثال لغسيل الكلى هو الصعوبات المرتبطة بالعلاج ، وكان التأثير الأكثر سلبية للمرض هو "تراجع الأداء البدني" ، كما توصلت الدراسة فى نتائجها أن المشكلات الاجتماعية لمرضى الغسيل الكلوى تمثلت فى استهلاك معظم الدخل فى الغسيل الكلوى، وضعف علاقات الصداقة عن ذى قبل، محدودية الحياة الاجتماعية من حيث الوقت مما قد يسبب الشعور بالعزلة الاجتماعية والتوتر والقلق ويضر بجهاز المناعة، كما توصلت نتائجها إلى أن المرضى الذين خضعوا لغسيل الكلى لأكثر من أربع سنوات يزداد لديهم القلق.

أيضا توصلت نتائج دراسة خفاجة (2013) أن مريضات القصور الكلوى المزمن تعانين من مشكلات فى العلاقات الأسرية، ومشكلات فى أدائهن لأدوارهن الأسرية وأيضًا مشكلات نفسية واقتصادية.

ويمثل مرض الكلى المزمن وعلاجه ضغطًا كبيرًا على المرضى ويحتاجون إلى توافق اجتماعي كبير (Um-e-Kalsoom, 2020, P.2). كما يعانون من انخفاض كبير في التواصل الاجتماعي بسبب الجدول الزمني المحدد لغسيل الكلى (Sousa, 2019, p.568) أيضًا توصلت نتائج دراسة الجهنى، العتيبى (2017) أن أهم المشكلات التى يعانى منها مريض القصور الكلوى هى صعوبة تكيف المريض مع مرضه، وكذلك صعوبة الحصول على متبرع لزراعة كلى، وأهم المشكلات الاجتماعية التى تواجه المريض ضعف المساندة الاجتماعية من الأسرة، وضعف تواصل الأسرة مع الفريق الطبى، أيضًا عدم إشراك المريض فى المناسبات الاجتماعية، يليها فقدان بعض العلاقات مع الأصدقاء والأقارب نتيجة المرض.كما توصلت نتائج دراسة أبو حمور (2018) أن القصور الكلوى المزمن له علاقة بحدوث مشكلات أسرية بين كل من (الزوج، الزوجة، الأبناء) ، وكذلك مشكلات اقتصادية حيث يتسبب فى استهلاك دخل الأسرة.

كما توصلت نتائج دراسة الياس (2018) إلى أن مريضات القصور الكلوى المزمن تعانين من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية وأسرية وصحية، وإلى وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين الضغوط الحياتية والتوافق الاجتماعى لديهن.

وللقصور الكلوى المزمن تأثير كبير على تغيير نمط حياة المرضى وعاداتهم اليومية خاصة في المرحلة النهائية، وأيضًا على الأنشطة البدنية التي يمكنهم القيام بها، مما يتسبب في حدوث تغييرات عادات نومهم، ويتطلب الالتزام بخطة علاج صارمة بشكل خاص(Theodorou, V., 2020, p.5)

أيضًا يؤدى الغسيل الكلوى إلى معاناة المرضى من العديد من الضغوط النفسية والاجتماعية والبدنية التي تؤثر على نوعية حياتهم وكذلك على القائمين برعايتهم (Tan Woei Ling,2021, p32) فهو عامل ضغط نفسي إجتماعي للمرضى، حيث أظهرت دراسة مانيجوي وآخرون Manigoue, et.al (2018) الضغوط الفسيولوجية والنفسية الاجتماعية التي يواجهها المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى، وتوصلت إلى معاناة جميع المرضى على الأقل من واحد أو أكثر من الضغوط الفسيولوجية والنفسية الاجتماعية، ومن بين الضغوطات الفسيولوجية كان الشعور بالتعب أكثر شيوعًا، ومن بين الضغوط النفسية الاجتماعية كان الذهاب والعودة من وإلى المستشفى، وكذلك تكلفة العلاج وحدود وقت ومكان الأجازة، يليها تقييد الأنشطة البدنية وطول الوقت الذي يستغرقه الغسيل الكلوى، وعدم اليقين بشأن المستقبل، والتغيرات في نمط الحياة، وزيادة الاعتماد على الآخرين واضطرابات النوم.

كما هدفت أيضًا دراسة بارلاس (2005) Barlas إلى تحديد الضغوط المرتبطة بالعلاج لمرضى القصور الكلوى المزمن، وتوصلت نتائجها إلى أن الضغوط الأكثر شيوعًا لمرضى القصور الكلوى المزمن هي تقييد الإجازة، يليها التعب، وقلق المستقبل.

ويعتمد المرضى الذين يخضعون للغسيل الكلوى بشكل مستمر على آلة الغسيل علاوة على ذلك، يجب أن يلتزموا بشكل مستمر بالقيود الغذائية والسوائل لبقية حياتهم وقد تؤدي مثل هذه القيود إلى العزلة الاجتماعية للمرضى بسبب حاجتهم إلى علاج غسيل الكلى الذي يستغرق وقت طويل بشكل مستمر (Lam LW, Lee).

DT, Shiu AT, 2014, p.911) وفى هذا الصدد هدفت دراسة سالدانه وآخرون (2020) Saldanha, et.alإلى الكشف عن معاني الحفاظ على العلاج لدى المصابين بأمراض الكلى المزمنة، وأظهرت نتائجها أن النظام الغذائي والخوف أثناء العلاج بغسيل الكلى يؤدي إلى عدم اليقين والقلق وعدم الشعوربالأمان، بالإضافة إلى تغيير واسع ومؤثر في حياة المرضى.

وأوضح أونتس وآخرون (2010) أن مرضى القصور الكلوى المزمن يتعرضون لضغوط نفسية متعددة نتيجة مرضهم (Pierce,2020, p.3) حيث أشارت نتائج دراسة باوتوفيتش وآخرون (2014) Bautovich,et.alأن القلق والاكتئاب أكثر شيوعًا بين مرضى القصور الكلوى المزمن عن عامة السكان ويؤديان إلى زيادة خطر عدم الامتثال للعلاج، وانخفاض جودة الحياة، وزيادة معدلات الوفيات، ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كاو وآخرون (2020) Kao,et.al فى أن القلق والاكتئاب واضطراب النوم هي المشاكل النفسية الثلاثة الأكثر شيوعًا بين مرضى القصور الكلوى، فى حين أشارت نتائج دراسة دوجو وأيدمير (2018) Dogu & Aydemir أن المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى المنتظم لديهم معدلات قلق وإكتئاب أقل من مرضى الأمراض المزمنة الأخرى، وذلك نظرًا لأن مرضى القصور الكلوى المزمن قد يكون لديهم اتصال مع مرضى آخرين أثناء غسيل الكلى مما قد يساهم في تقليل درجات القلق والاكتئاب لديهم. كما أظهرت نتائج دراسة أم كلثوم (2020) Um-e-Kalsoom أن مرضى القصور الكلوى الذكور لديهم مزيد من القلق والاكتئاب مقارنة بالإناث.

كما هدفت دراسة جاديا وآخرون (2020) Gadia,et.al إلى تقييم اضطرابات الاكتئاب والقلق وعلاقتها بالعوامل الاجتماعية والديموجرافية في المرضى الذين يعانون من مرض الكلى المزمن، وتوصلت الدراسة فى نتائجها أن غالبية مرضى القصور الكلوى (54%) كانوا ينتمون إلى الفئة العمرية من 41 إلى 60 عامًا، ومتزوجين، ولديهم دخل شهري منخفض. وبلغ معدل انتشار اضطراب الاكتئاب والقلق بين مرضى القصور الكلوى المزمن على التوالي حوالي 66٪ و 61٪ وارتبط الاكتئاب والقلق بشكل كبير مع الجنس والمهنة والدخل ومدة غسيل الكلى في هؤلاء المرضى.

أيضًا هدفت دراسة أوك وأيسى (2019) Ok& Işı إلى تقييم الحالة النفسية لمرضى القصور الكلوى المزمن وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية، وتوصلت الدراسة فى نتائجها أن المرضى الذين ليس لديهم تأمين عام، والذين انفصلوا عن شريكهم ولديهم علاقات أسرية ضعيفة بعد المرض لديهم درجات أعلى في مؤشرات الأعراض النفسية، ووُجد أن عشرات مؤشرات الأعراض النفسية كانت عالية في مجالات مثل صورة الجسم وتقدير الذات، والمشاكل الجنسية المتعلقة بالمرض، والعزلة الاجتماعية والاعتماد على المستشفى.

وتفسر النظرية الأيكولوجية العلاقة التأثيرية المتبادلة بين الانسان والبيئة الاجتماعية المحيطة به ومن الأهمية تحديد الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن لما لها من تأثير فى حدوث العديد من المشكلات التى قد تؤثر على التوافق الشخصى والاجتماعى لديهم .

ووفقًا للنظرية المعرفية لا تسبب الضغوط الحياتية القلق والتوتر فى حد ذاته ولكن الأفكار والمعتقدات الخاطئة واللاعقلانية التى يكونها مريض القصور الكلوى من الموقف باعتباره يمثل تهديد وضرر له هو السبب

فى حدوث الضغوط ومن ثم فإن تغيير الأفكار غير المنطقية والأحاديث السلبية التى يكونها الفرد عن الحدث الضاغط يؤدى إلى تغيير الاستجابة الانفعالية والسلوكية نحو الحدث.

ورغم أن الأمراض المزمنة قد تسبب الشعور باليأس لدى بعض المرضى إلا أن لديهم أمل فى وجود علاجات مستقبلية ونسبة شفاء تساعدهم على الحياة.

فالقصور الكلوى كمرض مزمن لا يمثل بالضرورة نهاية نشاط المريض ومستقبله، ولا يلغى قيمته كعضو فعال فى المجتمع، فعلى مريض القصور الكلوى التمسك بالأمل(العقاد، 2015، ص. 4).

وأشار(ديغم، 2008) أنه بدأ الاهتمام بالأمل منذ بداية الخمسينات من القرن العشرين وخاصة فى الدراسات التى إهتمت بمستوى التوافق والصحة العامة والمرض حيث توجد علاقة بين الأمل وكل من الصحة العامة والسرعة فى الشفاء والشعور بالهناء الشخصى والقدرة على التعلم(معمرية،2011،ص .184)، وقد تم إدخال مفهوم الأمل تدريجيًا في المجال الطبي في السنوات الأخيرة، ويعد الأمل أمر حيوي لجميع جوانب الحياة فالأمل لديه قوة اختراق قوية ويمكن أن يحفز من نشاط وحيوية الفرد(Wang & Miao, 2016, p.148). فالأمل هو آلية تكيف قوية للمرضى بأمراض مزمنة ويمكن للأشخاص المتفائلين التعامل بسهولة مع أزمة المرض، علاوة على ذلك فإن الأمل هو مركز الرغبة والاهتمام لدى الأفراد وهو عامل أساسي للبقاء واستمرارية الحياة (Pasyar, N., Rambod, M., & Jowkar, M., 2020, p.42)

ويتجلى الدور الفعال للأمل لدى أصحاب الأمراض المزمنة كمرضى القصور الكلوى المزمن، فهم فى أمس الحاجة إلى الأمل لمساعدتهم على تقوية الإرادة وتجديد الثقة والتمسك بالحياة، لتتكون لديهم أهداف جديدة يسعون إلى تحقيقها، وتبديل الألم واليأس إلى أمل وتفاؤل(العقاد، 2015،ص.ص27-28).فالأمل هو أحد أهم مصادر التوافق لمرضى القصور الكلوي المزمن للبقاء على قيد الحياة، علاوة على ذلك يعتبر اليأس معيارًا مهمًا في الإقلاع عن العلاج والنظام الغذائي، والميل إلى الموت، والتفكير في الانتحار. (Fazel, Aghajani, et.al, 2013, p.293)

ويمثل الأمل جانب قوة وتحدى يساعد مرضى القصور الكلوى على حل المشكلات وتحقيق الأهداف فهو يعد بمثابة الدافع نحو التزام المرضى بمقاومة المشاعر السلبية للمرض وتوقع الصعوبات، ومد المرضى بالقدرة على الصبر(عبد العزيز،2021، ص. 91). ويميل المرضى الذين يشعرون بالأمل إلى التعامل بسهولة أكبر مع غسيل الكلى والصعوبات في الأسرة والعمل والحياة الاجتماعية (Yucens., et.al, 2019, pp.44) حيث توصلت نتائج دراسة سوليوتيس وآخرون (2016) Souliotis& et.al إلى وجود علاقة إيجابية بين إرتفاع مستوى الأمل والرفاهية الجسدية والنفسية، وارتفاع تقدير الذات، والتفكير الإيجابي والعلاقات الاجتماعية الجيدة.

فإذا كان لدى المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى أمل، فمن الممكن أن يشعروا بتحسن في جوانب مختلفة من نوعية حياتهم، وإذا حدث ذلك فإن التمتع بحياة مرغوبة يمكن أن يزيد من الشعور بالأمل لدى هؤلاء المرضى (Fouladi, Ebrahimi, Manshaei, Afshar, Fouladi, 2014, p573) حيث هدفت دراسة الرواشدة ، الشريفين ، ربابة وعاشور (2020)Al-Rawashdeh, Alshraifeen, Rababa & Ashour إلى فحص العلاقة بين الأمل و نوعية الحياة لدى مرضى القصور الكلوى المزمن ومقدمي الرعاية في الأسرة،

وتوصلت إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيًا بين الأمل ونوعية الحياة وإنه يمكن تحسين مستوى نوعية الحياة من خلال استهداف وتحسين الأمل لدى كل من المرضى أسرهم.

إن مرضى القصور الكلوى المزمن الذين لديهم أمل أكبر يلتزمون بالنظام الغذائى والدوائى، ونتيجة لذلك قد يكونون أكثر قدرة على الحفاظ على صحة جيدة نسبيًا(Kurita, et.al, 2020, p.2) حيث هدفت دراسة مطاريح،محمدين، بحر، كيارسى (2020),Motahareh, Mohammadian, Bahar & Kiarsi إلى تحديد العلاقة بين الرفاهية الروحية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن من خلال الالتزام بالنظام الغذائي، وتوصلت نتائجها إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأمل والرفاهية الروحية مع المعايير الموضوعية للالتزام بالنظام الغذائي لدى مرضى القصور الكلوى المزمن، كما أظهرت النتائج أن معظم المرضى لديهم مستوى عالى من الأمل

قد يكون المرضى عرضة للعجز واليأس والقلق والاكتئاب أثناء العلاج طويل المدى كالقصور الكلوى المزمن، حيث ترتبط الحالة النفسية للمريض ارتباطًا وثيقًا بمستوى الأمل(Wang& Miao, 2016,p.149).

وفى هذا الصدد توصلت نتائج دراسة بالسانيللي ، جروسي ، هيرث Balsanelli, Grossi, Herth. (2010) إلى وجود علاقة عكسية بين الأمل لمرضى القصور الكلوى وكل من القلق والاكتئاب، ووجود علاقة إيجابية بين الأمل وتقدير الذات فعندما يكون مستوى الأمل مرتفع يرتفع تقدير الذات أيضًا وتنخفض درجات القلق والاكتئاب.

وتلعب المساندة الاجتماعية دورًا إيجابيًا مع مرضى القصور الكلوى المزمن حيث هدفت دراسة يوسينزوآخرون Yucens.,et.al (2019) إلى تحديد مستوى الأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن مقارنة بمجموعة ضابطة، وتحديد العلاقة بين الأمل وبين القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي المتصور لدى مرضى الكلى المزمن، وتوصلت الدراسة فى نتائجها إلى وجود علاقة عكسية حيث إنخفاض مستوى الأمل وإرتفاع درجات القلق والاكتئاب في المرضى الذين يعانون من القصور الكلوى المزمن مقارنة بالمجموعة الضابطة حيث وجد أن مستويات القلق والاكتئاب لها تأثير سلبي على مستوى الأمل، وأن الدعم الاجتماعي المتصور من قبل الأسرة له تأثير إيجابي على مستوى الأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن.كما أظهرت النتائج أن المرضى الذين يعانون من مرض الكلى المزمن أقل تفاؤلاً وأكثر اكتئابًا من الأفراد الأصحاء، أيضًا أقل أملًا كلما زاد قلقهم أو اكتئابهم ، وأكثر تفاؤلاً عندما يحصلون على المزيد من الدعم الاجتماعي.

كما أشارت نتائج دراسة رامبود وباسار ومختار Rambod, Pasyar & Mokhtarizadeh (2020) إلى تحديد المؤشرات النفسية والاجتماعية والروحية والطبية الحيوية للأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، وتوصلت الدراسة فى نتائجها إلى أن مرضى القصور الكلوى لديهم مستويات معتدله من الأمل والقلق والاكتئاب، بالإضافة إلى التزام معظمهم بالقيود الغذائية والسوائل.

ويعد مستوى الأمل المرتفع لدى مرضى القصور الكلوى المزمن مؤشر هام فى النظر إلى الحياة نظرة إيجابية ويساعد ذلك فى التغلب على الصعوبات والتعامل معها بكفاءة. وفى هذا الصدد توصلت نتائج دراسة أوتافياني وآخرون Ottaviani,et.al (2014) إلى أن مستوى الأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن كان أعلى من المتوسط المتوقع، ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من العقاد (2015)، تافاسولي،

دارفيشبور، منصور غنائي، أتركروشان (2019) Tavassoli, Darvishpour, Mansour,Ghanaei, Atrkarroushan إلى إرتفاع ملحوظ فى مستويات الأمل لدى هذه الفئة.

فى حين توصلت دراسة جاو، تشو، جوه وتشاو (2016) GAO, Zhou, Guo, Zhao إلى أن مستويات الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن كانت معتدلة.

ويختلف مستوى الأمل باختلاف مرحلة مرض الكلى المزمن حيث هدفت دراسة كوريتا وآخرون (2020) Kurit., et.al إلى تحديد العلاقة بين مراحل مرض القصور الكلوى المزمن والأمل، وتوصلت الدراسة فى نتائجها إلى أن المشاركين فى المرحلة الرابعة والخامسة من مرضى القصور الكلوى المزمن كان لديهم درجات أقل من الأمل عن المرضى في المرحلة الثانية أو الثالثة .

وتؤثر بعض المتغيرات الديموجرافية على مستوى الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن حيث توصلت نتائج دراسة العقاد (2015) إلى عدم وجود فروق فى درجات الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن تعزى إلى المتغيرات التالية (النوع– الحالة الاجتماعية – العمر – الحالة المهنية – مدة المرض). كما توصلت نتائج دراسة جاو وآخرون (2016)Gao et al إلى عدم وجود فروق في درجات الأمل بين المرضى من مختلف الأعمار، والمستوى التعليمي ، ومدة الغسيل الكلوى ومع ذلك، كانت هناك فروق في درجات الأمل بين المرضى وفقًا للدخل الشهري المختلف لصالح الدخل الشهرى المرتفع.

كما هدفت دراسة يوسينزوآخرون (2019) Yucens.,et.al إلى تحديد طبيعة العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع، ودرجة المرض، والمهنة، والمستوى التعليمي،السن) والأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن، وتوصلت النتائج إلى عدم وجود ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين تلك المتغيرات والأمل.كما توصلت النتائج إلى عدم وجود أي فرق بين الذكور والإناث فيما يتعلق بدرجة الأمل، وأيضًا توصلت دراسة مطاريح وآخرون (2020) Motahareh,et al إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأمل وكل من (الجنس ، والحالة الاجتماعية، ومدة غسيل الكلى).

يعد الأمل عامل مهم لدى مرضى القصور الكلوى فهم فى حاجة لتعزيز الأمل لديهم بهدف حثهم على الالتزام بالعلاج والغذاء والتفاؤل بالشفاء، وإن نقص الأمل لدى المرضى يؤدى إلى معاناتهم من الانفعالات والسلوكيات السلبية.

ووفقًا للنظرية المعرفية فأفكار ومعتقدات مريض القصور الكلوى حول تمسكه بالأمل مقابل اليأس تحدد مشاعره ومن ثم سلوكه، حيث يركز أصحاب النظرية المعرفية على أهمية عملية التفكير في تشكيل سلوك المريض فالأفكار اللاعقلانية أو النقص في المعلومات والمعارف لدى المريض تساهم بدرجة كبيرة في تحديد مستوى الأمل لديه.

ونظرًا لأن مريض القصور الكلوى يعانى من ضغوط حياتية متعددة نفسية واجتماعية واقتصادية وصحية كما أنه قد يشعر باليأس لطول فترة العلاج وارتباطه بآلة الغسيل الكلوى بما قد يؤثر على شفائه وأيضًا يعد الأمل ذو أهمية فى الشفاء حتى يستمر فى العلاج ونظرًا لما أوضحته نتائج الدراسات السابقة أن مرضى القصور الكلوى يختلف شعورهم بالأمل طبقا للمراحل العلاجية ما بين مرتفع ومتوسط ومنخفض لذلك تحددت

مشكلة الدراسة فى التساؤل التالى: ما طبيعة العلاقة بين الضغوط الحياتية والأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن؟

ثانيًا: أهمية الدراسة:

1) تتماشى الدراسة الحالية مع المبادرات الصحية التى أطلقتها الدوله "مبادرة علاج الأمراض المزمنة والاكتشاف المبكر للإعتلال الكلوى" للاكتشاف المبكر لهذا المرض حتى يسهل علاجه ضمن تفعيل المبادرة الرئاسية "100 مليون صحة".

2) يعد مرض القصور الكلوى المزمن من أكثر الأمراض شيوعًا فى هذا العصر باعتباره ظاهرة عالمية مثيرة للقلق، وقد أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية (2019) أنه يوجد 850 مليون شخص حول العالم لديهم أعراض الإصابة بنوع من أنواع أمراض الكلى.

3) ما أشارت إليه آخر إحصائية صادرة عن الجمعية المصرية لأمراض وزراعة الكلى فى مصر عام 2018 أن أعداد مرضى القصور الكلوى بلغوا نحو60 ألف مريض، وأن 25 % من مرضى القصور الكلوى فى مصر يموتون سنويًا.

4) ما تمثله جلسات الغسيل الكلوى من عبئ مادي على المريض، وقد قدرت منظمة الصحة العالمية تكاليف علاج القصور الكلوى والزراعة فى العالم بنحو تريليون دولار أمريكى خلال العقد المقبل.

5) الضغوط الحياتية المرتبطة بمرض القصور الكلوى المزمن مما يكون له تأثير سلبى على المريض والمحيطين به وبالتالى سوء التوافق بينه وبين البيئة الاجتماعية المحيطة كما أوضحته الدراسات السابقة.

6) قد تساهم نتائج الدراسة الحالية فى إجراء بحوث مستقبلية لزيادة مستوى الأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن.

ثالثًا: أهداف الدراسة:

1) تحديد طبيعة العلاقة بين الضغوط الحياتية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، ويتحقق ذلك من خلال:

أ- تحديد مستوى الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن.

ب- تحديد مستوى الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن.

2) تحديد الفروق بين الذكور و الإناث فى عينة الدراسة لكل من الضغوط الحياتية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن.

3) تحديد العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية وكل من الضغوط الحياتية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن.

4) الوصول إلي مؤشرات لدور الأخصائي الاجتماعي فى المجال الطبى للتخفيف من الضغوط الحياتية وزيادة مستوى الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن.

رابعًا: مفاهيم الدراسة:

1- مفهوم الضغوط الحياتية:

تعرف الضغوط الحياتية بأنها تلك المواقف التى يمر بها الفرد فى حياته ويعتقد أنها تفوق قدراته وإمكاناته وموارده الشخصية والبيئية اللازمة للتعامل معها، وبالتالى تسبب له شعور بالقلق أو الخوف أو عدم القدرة على السيطرة عليها(النوحى،2001، ص 97).

وتعرف الضغوط بأنها الأحداث التى تكون على درجة من الشدة والدوام بما يثقل القدرة التوافقية للفرد، والتى تؤدى إلى الإختلال السلوكى والوظيفى(عبد المعطى،2006،ص. 23).

كما يعرف قاموس الخدمة الاجتماعية الضغط بأنه أى تأثير يتدخل فى التوظيف الطبيعى للكائن الحى وينتج عنه توترات داخلية مرتبطة بالأبعاد البيئية، وأى تأثير يتعارض مع الآداء الوظيفى العادى للكائن الحى وينتج عنه إنفعال داخلى أو توتر(السكرى، 2013،ص. 517).

وتعرف الضغوط الحياتية نظريًا "بأنها مجموعة المواقف المهدده التى يتعرض لها مريض القصور الكلوى المزمن فى حياته اليومية، ويستجيب لها عبر تغيرات فسيولوجيه، وانفعالية، ومعرفية، وسلوكية تكشف عن عدم قدرته على المواءمة بين ما لديه من إمكانات وبين ما تتطلبه البيئة المحيطة من أفعال، ومنها الضغوط الاجتماعية والأسرية والنفسية والصحية والاقتصادية والتى تؤثر على توافقة الشخصى والاجتماعى".

وتقاس الضغوط الحياتية إجرائيًا بالدرجة التى يحصل عليها مريض القصور الكلوى المزمن على مقياس الضغوط الحياتية وأبعاده كالتالى:

1) **الضغوط الاجتماعية:** تتمثل فى مجموعة الأحداث والمواقف الضاغطة التى يتعرض لها المريض وتتمثل فى ظهور اضطرابات فى علاقاته الاجتماعية وعدم المشاركة فى الأنشطة الاجتماعية جراء إصابته بالمرض.

2) **الضغوط الأسرية:** تتمثل فى اضطراب العلاقة بين الزوجين، الانسحاب التدريجى للمريض من الواجبات والمسؤليات الأسرية.

3) **الضغوط النفسية:** تتمثل فى ردود الفعل والاستجابات المتعلقة بالنواحى الانفعالية والوجدانية كالخوف والقلق والإحباط والحزن لدى المريض.

4) **الضغوط الصحية:** تتمثل فى ردود الفعل الفسيولوجيه للمريض تجاه المثيرات الضاغطة والتى تظهر على شكل أعراض جسمية .

5) **الضغوط الاقتصادية:** وتتمثل فى نقص الامكانيات المادية وصعوبة الحصول على الأدوية.

2- مفهوم الأمل:

عرَّف هيرث (1993) الأمل بأنه قوة داخلية ديناميكية متعددة الأبعاد استجابة لأحداث الحياة التي تساعد الأفراد على اجتياز التحديات أو الأحداث بأمان وتجلب لهم وعيًا إيجابيًا جديدًا (Al-Rawashdeh, et.al, 2020, p.82)

وحدد ميلر وزملاءه (1998) Miller أربعة معانى للأمل إستنادًا إلى طبيعة الأمل وأصل الكلمة ووصفوا الأمل على أنه سلسلة من التوقعات المرتبطة بوضع جيد لبعض الأفراد، فالأمل قدرة كفؤة وتستجيب لشيء ما، والأمل هو نوع من الرضا النفسي والروحي، كما أنه تجربة الإحساس بالهدف والمعنى في الحياة وشعور مليء بإمكانية غير محدودة في الحياة(Wang& Miao , 2016,p.148).

كما عرف سنايدرالأمل بأنه "حالة تحفيزية إيجابية تستند إلى شعور مشتق بشكل تفاعلي للنجاح ويتضمن الإرادة (الطاقة الموجهة بالهدف)، والمسارات (التخطيط لتحقيق الأهداف) " (Snyder., et.al, 2000, p.749)

وأشار جروبمان(2005)Groopman أن الأمل مرتبط بالتفكير المستقبلي أو التأقلم في الوقت الحاضر، ويتم تصنيفه على أنه حالة شعور تحول الفرد من نظرة سلبية بالكامل إلى نظرة أكثر دقة (Ruden.,2019, P.301).

كما عرف شيفينزوآخرون (2006) Cheavens JS,et.al الأمل بأنه عملية معرفية مصممة لإعلان الأهداف ومتابعتها واكتشاف طريقة لتحقيقها وتمكين الدافع ومتابعة الاتجاه نحو تحقيق تلك الأهداف (Rahimipour, Shahgholian, & Yazdani, 2015, p.695)واتفق معه بيلنجنون وآخرون Billington, et.al (2008) فى أن الأمل عملية معرفية تتعلق بالأهداف ويوفر الأساس لتحقيق تلك الأهداف (Motahareh, et.al, 2020, p.504).

كما عرف الأمل على أنه طريقة تفكير موجهة نحو الهدف تمكن الناس من إيجاد طرق نحو أهدافهم، وأيضًا الحفاظ على دافعهم لتحقيق تلك الأهداف(Kurita.,et.al, 2020, p.2)

ويعرف الأمل نظريًا فى الدراسة الحالية بأنه مجموعة المشاعر الإيجابية التفاؤلية لمريض القصور الكلوى المزمن التى تتكون من خلال التوازن بين متطلبات حياته وقدرته على وضع خطط بديلة عند العقبات، وكذلك الأفكار التى يمكن أن يولدها لتحقيق أهدافه.

ويقاس الأمل إجرائيًا بالدرجة التى يحصل عليها مريض القصور الكلوى المزمن على مقياس الأمل وأبعاده كالتالى:

1) **الإرادة أو الطاقة أو القدرة على الفعل:** وتقيس درجة دافعية الفرد للتحرك نحو أهدافه كما يدركها.

2) **السبل أو المسارات :** تقيس قدرة الفرد على إيجاد طرق أو مسالك علمية للوصول إلى أهدافه كما يدركها فى ظل ظروف معوقة أو غير معوقة للسعى نحو الهدف.

خامسًا: النظريات الموجهه للبحث :

1- النظرية الأيكولوجية.

تركز النظرية الأيكولوجية على الشخص في البيئة والتفاعلات والمعاملات المستمرة بين الأشخاص والأسر والجماعات والمجتمعات ويسعى الأخصائي الاجتماعي لتحقيق فهم كامل للتفاعلات المعقدة بين العميل وجميع مستويات الأنساق الاجتماعية والمادية بالإضافة إلى المعنى الذي يعينه العميل لكل من هذه التفاعلات(Teater, 2014,p23) .

ويؤكد جيتمان وهيلر Gitterman and Heller (2011) على الترابط بين الناس وبيئتهم وأهمية فهم هذه العلاقة وهذا يقود الاخصائى الاجتماعى بعيدًا عن رؤية الأحداث لمرة واحدة، ونموذج السبب والنتيجة، إلى استكشاف العلاقات المتبادلة بين الناس وبعضهم البعض وبين الناس وبيئتهم. وهذا يشجع الأخصائيين الاجتماعيين على التحول من فكرة البحث عن أسباب المشكلات إلى "ما الذي يحدث؟" و "كيف يمكن التغيير؟" بدلاً من "من يجب أن يتغير". وهذا يعكس الطبيعة الدائرية للعمليات البيئية – والتغييرات الجارية بين الشخص والبيئة والاستجابات لبعضهم البعض. وتؤكد النظرية الايكولوجية على "حسن الموائمة" بين الناس وبيئاتهم (Tunmore, 2017, p89).

2- النظرية المعرفية.

النظرية المعرفية هى مجموعة من المفاهيم المتعلقة بالطريقة التي يطور بها الأفراد القدرات الفكرية لتلقي المعلومات ومعالجتها والتصرف بناءً عليها (Thyer& Myers, 2014, p34).

توضح النظرية المعرفية الطبيعة والسلوك البشرى على أنهما يعكسان أفكار المرء، " ما نفكر فيه نحن". ففي العلاج المعرفي يُنظر إلى التغيير على أنه ضمن قوة الفرد لتحقيق التغيير الواعي للأفكار، "لتغيير ما نحن عليه، يجب علينا تغيير ما نفكر فيه". ففي التفسير المعرفي للمشكلات، الأحداث نفسها ليست مسؤولة عن إزعاج المشاعر أو السلوك المضطرب بل إن الأفكار الوسيطة هي التي تحدد المشاعر والسلوك المضطرب (Early& Grady, 2017, p43).

وتفترض النظرية المعرفية أن الطريقة التي نفكر بها تؤثر على الطريقة التي نشعر بها، لذلك فالعلاج المعرفي يهدف إلى تحديد المعتقدات المشوهة أو التفكير الخاطئ للعميل الذي يدعم المشكلة الحالية، ويقدم تدخلات من شأنها تحدي هذه المعتقدات والأفكاراللاعقلانية، والعمل مع العميل لخلق معتقدات وأفكار جديدة أكثر إيجابية ومقبولة للعميل وهذا من شأنه أن يقلل أو يخفف من المشكلة القائمة(Teater, 2014,p153) .

ومن ثم فأفكار ومعتقدات مريض القصور الكلوى حول تمسكه بالأمل تحدد مشاعره ومن ثم سلوكه، حيث يركز أصحاب النظرية المعرفية على أهمية عملية التفكير في تشكيل سلوك المريض، فالأفكار والمفاهيم الخاطئة، أو النقص في المعلومات والمعارف لدى المريض تساهم بدرجة كبيرة في مستوى الأمل لديه.

سادسًا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

1- نوع الدراسة والمنهج المستخدم:

تنتمي هذه الدراسة إلي نمط الدراسات الوصفية، حيث سعت لتحديد العلاقة بين متغيرين، وهما: الضغوط الحياتية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، واعتمدت الدراسة الراهنة على منهج المسح الاجتماعى بطريقة العينة الغرضية.

2-فروض الدراسة:

- **الفرض الأول للدراسة:** " توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً بين الضغوط الحياتية بأبعادها المختلفة (الاجتماعية، الأسرية، النفسية، الصحية، الاقتصادية) والأمل (الإرادة، السبل) لدى مرضى القصور الكلوى المزمن".

- **الفرض الثانى للدراسة:** توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات (الذكور، الاناث) لدى عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن على مقياس الضغوط الحياتية.

- **الفرض الثالث للدراسة:** توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات (الذكور، الاناث) لدى عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن على مقياس الأمل.

- **الفرض الرابع للدراسة:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين بعض المتغيرات الديموجرافية لمرضى القصور الكلوى المزمن (النوع، السن، الحالة التعليمية، الوظيفة، الإقامة، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) والضغوط الحياتية لديهم.

- **الفرض الخامس للدراسة:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين بعض المتغيرات الديموجرافية لمرضى القصور الكلوى المزمن (النوع، السن، الحالة التعليمية، الوظيفة، الإقامة، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) والأمل لديهم.

3- أدوات الدراسة :

(أ) مقياس الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن (إعداد الباحثة)

تكون المقياس فى صورته النهائية من (52) عبارة موزعة على **خمسة أبعاد كالتالى:-**

البعد الأول: الضغوط الاجتماعية ويشمل العبارات أرقام (ا، 2 ، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10)

البعد الثانى: الضغوط الأسرية ويشمل العبارات أرقام (11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20).

البعد الثالث: الضغوط النفسية ويشمل العبارات أرقام (21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32)

البعد الرابع: الضغوط الصحية ويشمل العبارات أرقام (33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42).

البعد الخامس:الضغوط الاقتصادية ويشمل العبارات أرقام (43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52)

طريقة تصحيح المقياس: للمقياس ثلاث استجابات (دائمًا، أحيانًا، أبدًا) أوزانهم على التوالى (3، 2، 1)، وتقع الدرجات ما بين(52: 156) حيث تعبر الدرجة 52 عن الحد الأدنى من الضغوط الحياتية والدرجة 156 تعبر عن وجود الحد الأعلى من الضغوط الحياتية.

صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بالطرق الآتية صدق المحكمين، وصدق الاتساق الداخلى.

- **صدق المحكمين:** تم عرض المقياس فى صورته الأولية على عدد خمسة من أساتذة الخدمة الأجتماعية جامعة حلوان، لإبداء الرأى فى صلاحية الأداة وتم الاعتماد على نسبة 80% على الأقل موافقة على العبارة الواحدة.

- **صدق الاتساق الداخلي:** قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من مرضى القصور الكلوى المزمن لهم نفس خصائص عينة الدراسة وعددهم (10) مفردة من خارج حالات عينة الدراسة، وتم إجراء حساب معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل بعد من أبعاد المقياس وبين المجموع الكلى لدرجات المقياس. وذلك على النحو التالي:

جدول (1) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات المتضمنة فى الأبعاد الرئيسية الخمسة والدرجة الكلية للبعد (ن=10)

رقم العبارة	معامل الارتباط ودلالته	رقم العبارة	معامل الارتباط ودلالته	رقم العبارة	معامل الارتباط ودلالته	رقم العبارة	معامل الارتباط ودلالته
1	.882**	14	.734*	27	.908**	40	.865**
2	.721*	15	.884**	28	.713*	41	.704*
3	.711*	16	.684*	29	.812**	42	.683*
4	.716*	17	.884**	30	.698*	43	.854**
5	.882**	18	.849**	31	.650*	44	.913**
6	.793**	19	.874**	32	.640*	45	.882**
7	.711*	20	.825**	33	.799**	46	.706*
8	.851**	21	.640*	34	.644*	47	.676*
9	.691*	22	.713*	35	.655*	48	.749*
10	.851**	23	.798**	36	.637*	49	.772**
11	.832**	24	.773*	37	.732*	50	.904**
12	.718*	25	.857**	38	.907**	51	.831**
13	.735*	26	.649*	39	.730*	52	.637*

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق ارتفاع قيم معامل الارتباط وهى دالة عند مستوى معنوية (0.01)، (0.05) مما يشير إلى صدق المقياس والوثوق به.

جدول (2) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط الحياتية (ن=10)

م	الأبعاد	معامل الارتباط ودلالته
1	بعد الضغوط الاجتماعية	*.656
2	بعد الضغوط الأسرية	**.912
3	بعد الضغوط النفسية	**.911
4	بعد الضغوط الصحية	**.856
5	بعد الضغوط الاقتصادية	**.875

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة معنويًا، مما يشير إلى صدق المقياس فيما صمم من أجله وصلاحيته للاستخدام.

قامت الباحثة بإجراء عمليات ثبات المقياس بعدة طرق للتحقق من مدى مناسبته للبحث الحالي، حيث طبقت الأداه على عينه مكونة من (10) مفردة دون عينة البحث الأساسية ولها نفس الخصائص وقد تم التحقق من الثبات بعدة طرق تمثلت فى التالى:

جدول (3) معاملات الثبات لمقياس الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن

م	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الفا كرونباخ	التجزئة النصفية		
				التجزئة النصفية	التصحيح باستخدام سبيرمان براون	التصحيح باستخدام معادلة جتمان
1	الضغوط الاجتماعية	10	.349	.925	.961	.925
2	الضغوط الأسرية	10	.692	.934	.966	.965
3	الضغوط النفسية	12	.429	.346	.515	.346
4	الضغوط الصحية	10	.459	.760	.864	.850
5	الضغوط الاقتصادية	10	.635	.937	.967	.964
	المقياس ككل	52	.798	.956	.977	.977

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل بلغ (.798) ، وطريقة التجزئة النصفية بلغ (.956) وباستخدام معامل سبيرمان براون قيمته (.977) وباستخدام معادلة جتمان (.977) وهو معامل عال، ويشير ذلك إلى صلاحية المقياس للتطبيق.

مستويات المتوسطات الحسابية لمقياس الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن

إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 : 1.66	**مستوى منخفض**
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1.67 : 2.33	**مستوى متوسط**
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 2.34: 3	**مستوى مرتفع**

(ب) مقياس الأمل لسنايدر تعريب (عبد الخالق ،2004)

وضع سنايدر وزملاءه هذا المقياس عام 1991 وقام عبد الخالق (2004) بترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية ويشمل المقياس 12 عبارة، ثمانية منها لقياس الأمل، وأربعة عبارات إضافية عبارة عن مشتتات لا علاقة لها بمقياس الأمل، وبالتالى لا تصحح. وقد تم تصميم عبارات الأمل لقياس مدى وجود أفكار مرتبطة بالتوجه نحو الهدف لدى الفرد. وتتوزع عبارات مقياس الأمل على بعدين، البعد الأول: أطلق عليه الإرادة أو الطاقة أو القدرة على الفعل ويتكون من أربعة بنود تقيس درجة دافعية الفرد للتحرك نحو أهدافه كما يدركها وأرقامها هى (2، 9، 10، 12)، والبعد الثانى: أطلق عليه السبل أو المسارات ويتكون من أربعة عبارات تقيس قدرة الفرد على إيجاد طرق أو مسالك علمية للوصول إلى أهدافه كما يدركها فى ظل ظروف معوقة أو غير معوقة للسعى نحو الهدف وأرقامها هى (1، 4، 6، 8) أما البنود التى تحمل أرقام (3، 5، 7، 11) فهى مشتتات لا تصحح، ويتم الاجابة على بنود المقياس ضمن أربعة بدائل هى (خطأ تماما، خطأ غالبًا، صحيح غالبًا، صحيح تمامًا) وتم استعماله مع الراشدين والأسوياء والمرضى والطلاب وتصحح الاجابات بتدرج الدرجات من 1 إلى 4 وبالتالى تتراوح الدرجة الكلية بين 8، 32 وارتفاع الدرجة يدل على ارتفاع الشعور بالأمل، وقد قام العقاد (2015) بحساب صدق المقياس وثباته لدى عينة من مرضى القصور الكلوى المزمن، وتم التأكد من صدق المقياس بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معاملات الارتباط بين درجات عبارات كل بعد من مقياس الأمل والدرجة الكلية للبعد وكانت جميعها دالة عند مستوى معنوية 0.01 ، كما تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمته (0.82)، وطريقة التجزئة النصفية بنسبة (0.86)، وباستخدام معادلة سبيرمان براون بلغت (0.92) وهو معامل ثبات مرتفع، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات.

وقد قامت الباحثة بإعادة إجراء عمليات صدق وثبات للمقياس للتحقق من مدى مناسبته للبحث الحالي. وقد تم التحقق من الصدق والثبات، وذلك كما يلي:

صدق المقياس: صدق الاتساق الداخلي قامت الباحثة بتطبيق الأداه على عينه مكونة من (15) مفردة دون عينة البحث الأساسية ولها نفس الخصائص ، وتم إجراء حساب معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل بعد من أبعاد المقياس وبين المجموع الكلى لدرجات المقياس. **وذلك على النحو التالي:**

جدول (4) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة فى الأبعاد الرئيسية والدرجة الكلية للبعد (ن=10)

رقم العبارة	معامل الارتباط ودلالته	رقم العبارة	معامل الارتباط ودلالته
1	*.695	8	*.642
2	*.677	9	**.942
4	*.685	10	**.937
6	**.879	12	**.929

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن قيم معامل الارتباط الناتجة مرتفعة ودالة عند مستوى معنوية (0.01)،(0.05) مما يشير إلى صدق المقياس بدرجة مناسبة حيث يمكن الاعتماد عليه.

جدول (5) الاتساق الداخلي بين أبعاد مقياس الأمل ودرجة المقياس ككل (ن=10)

م	الأبعاد	معامل الارتباط ودلالته
1	بعد الإرادة	.968**
2	بعد السبل	.854**

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة معنويًا، مما يشير إلى صدق المقياس فيما صمم من أجله وصلاحيته للاستخدام.

ثبات المقياس: تم حساب الثبات بعدة طرق تمثلت فى التالى:

جدول (6) معاملات الثبات لمقياس الأمل

م	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الفا كرونباخ	التجزئة النصفية		
				التجزئة النصفية	التصحيح باستخدام سبيرمان براون	التصحيح باستخدام معادلة جتمان
1	الارادة	4	.959	.816	.899	.874
2	السبل	4	.692	.469	.639	.613
المقياس ككل		8	.882	.815	.898	.885

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل بلغ (.882) ، وطريقة التجزئة النصفية بلغ (.815) وباستخدام معامل سبيرمان براون قيمته (.898) وباستخدام معادلة جتمان (.885) وهو معامل عال، ويشير ذلك إلى صلاحية المقياس للتطبيق.

مستويات المتوسطات الحسابية لمقياس الأمل

إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 -2	مستوى منخفض
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين من 2 -3	مستوى متوسط
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 3 إلى 4	مستوى مرتفع

(ب) مجالات الدراسة :-

أولًا : المجال المكاني :تم إجراء الدراسة بمستشفى الشاملة بشبين القناطر لعام (2021) نظرًا لموافقة إدارة المستشفى على إجراء الجانب العملى للدراسة وتوافر عينة البحث.

ثانيًا: المجال البشرى:

إطار المعاينة: بلغ إطار المعاينة من مرضى القصور الكلوى المزمن المترددين على وحدة الغسيل الكلوى بالمستشفى(242) مريض.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (63) مريض بالقصور الكلوى المزمن الذين يتلقون الغسيل الكلوى فى مستشفى الشاملة بشبين القناطر لعام (2021) ونوعها عينة غرضية.

شروط عينة الدراسة:

1- أن يتراوح عمر المريض/ المريضة ما بين (40: 50) عام وهى الفترة التى ترتفع فيها نسبة الإصابة.
2- إجادة القراءة والكتابة على الأقل.
3- أن تشخص الحالة بالفشل الكلوى والحاجة إلى غسيل 3 مرات أسبوعيًا.
4- أن يمضى على الغسيل الكلوى فترة لا تقل عن سته شهور ولا تزيد عن سنتين حيث يظهر تأثير الغسيل الكلوى على ضغوط المريض أو الأمل لديه.
5- أن يكون المريض / المريضة متزوج ولديه أبناء ويقيم فى أسرته الطبيعية.
6- أن يوافق المريض/ المريضة على التعاون مع الباحثة.

جدول (7) وصف خصائص عينة الدراسة

م	المتغيرات	فئات المتغير	ع	%	م	المتغيرات	فئات المتغير	ع	%
1	النوع	ذكر	28	%44.4	5	الاقامة	ريف	57	%90.5
		أنثى	35	%55.6			حضر	6	%9.5
		الاجمالى	63	%100			الاجمالى	63	%100
2	السن	من 40 سنة لأقل من 45 سنة.	33	%52.4	6	متوسط دخل الأسرة بالجنية المصرى	المتوسط الحسابى	726.21	
		من 45 سنة إلى 50 سنة.	30	%47.6			الانحراف	1101.3	

		الاجمالى	63	%100			المعيارى		
		متوسط السن	45						
		الانحراف المعيارى	3.5						
3	الحالة التعليمية	يقرا ويكتب	26	%41.3	7	عدد الأبناء	المتوسط الحسابى	3	
		مؤهل متوسط	25	%39.7					
		مؤهل فوق متوسط	5	%7.9			الانحراف المعيارى	1.5	
		مؤهل جامعى	7	%11.1					
		الاجمالى	63	%100					
4	الوظيفة	لا يعمل/ ربة منزل	37	%58.7	8	مدة الإصابة بالمرض	من سته شهور إلى سنه	14	22.2 %
		يعمل / تعمل بالقطاع الحكومى	13	%20.6			من سنة إلى سنتين	49	77.8 %
		يعمل / تعمل بالقطاع الخاص.	2	%3.2			الاجمالى	63	%100
		أعمال حرة	11	%17.5			متوسط مدة الاصابة بالمرض	1.7	
		الاجمالى	63	%100			الانحراف المعيارى	0.41	

– يتضح من الجدول السابق أن النسبة الأعلى من عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن من الإناث بنسبة (55.6%)، ونسبة المرضى من الذكور(44.4%).

– كما أتضح أن متوسط السن لعينة الدراسة (45) سنة بانحراف معيارى (3.5) وتم إختيار هذة الفئة للمرضى حيث أنها مرحلة الزواج والإنجاب ويتفق ذلك مع شروط عينة الدراسة، كما يتفق مع ما توصلت إليه نتائج دراسة جاديا وآخرون (2020) Gadia,et.al أن غالبية مرضى القصور الكلوى ينتمون إلى الفئة العمرية من 41 إلى 60 عامًا، ومتزوجين.

– أتضح أيضًا أنه بالنسبة للمستوى التعليمى أكبر نسبة (41.3%) من فئة يقرأ ويكتب وهذا يعكس إنخفاض المستوى التعليمى للعينة والذى قد يساهم فى ضعف وعى المريض بالجوانب المختلفة للمرض وكيفية التعامل معه فالمستوى التعليمى للعينة يعكس طبيعة فهم الفرد لمجريات الأمور.

– كما أتضح أن أعلى نسبة (58.7%) من الإناث لا تعملن وقد يرجع ذلك لأن نسبة كبيرة من عينة الدراسة من ربات البيوت اللاتى لا تعملن ويتفق ذلك مع جدول الحالة التعليمية والنوع حيث أن أكبر نسبة من الإناث بعينة الدراسة "تقرأ وتكتب" مما قد يؤدى إلى ضغوط إقتصادية على الأسرة وخاصة أن المريضة ربة منزل.

– كما أتضح أنه بالنسبة لمتغير الإقامة أعلى نسبة (90.5%) يقيمون فى الريف وهذا يعكس معاناة المرضى للانتقال من وإلى المستشفى ثلاث مرات أسبوعيا أى ما يعادل 12 مرة شهريا لتلقى العلاج مما يمثل ضغوطًا نفسية واقتصادية عليهم، ويتفق ذلك مع ما ورد بالإطار النظرى حيث يتأثر الأفراد الذين يعيشون في المجتمعات الريفية بشكل خاص سلبًا بمرض الكلى المزمن، حيث يعاني سكان الريف من نقص الموارد ويواجهون حواجز إضافية أمام تحقيق الصحة المثلى، بما في ذلك الدعم الاجتماعي المحدود، وضعف الوعى الصحى (Pham, Beasley, Gagliardi, Koenig, & Stanifer, 2020, p2952).

– أتضح من نتائج عينة الدراسة أن متوسط دخل الأسرة بالجنية المصرى (726.21) ويشير ذلك إلى تدنى الوضع الاقتصادى للأسر مما يمثل ضغوطا اقتصادية على الأسرة نتيجة تكاليف نفقات العلاج، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة عبد الجواد (2014) أن المشكلات الاقتصادية لمرضى القصور الكلوى تمثلت فى عدم وجود دخل ثابت، وضعف الدعم المادى للمريض وأسرته من الجمعيات الخيرية، ويتفق أيضًا مع ما توصلت إليه نتائج دراسة جاديا وآخرون (2020) Gadia,et.al أن غالبية مرضى القصور الكلوى لديهم دخل شهري منخفض، وكذلك نتائج دراسة كينونس وحماد (2020) Quinones & Hammad التى أوضحت وجود علاقة بين الحالة الاقتصادية والقصور الكلوى المزمن، فالأفراد ذوى الوضع الاقتصادي المنخفض قد يكون لديهم انتشار ونسبة حدوث قصور كلوى مزمن أعلى من مستويات الحالات الاقتصادية الأخرى.

– ويوضح الجدول أن متوسط عدد الأبناء (3) بالإضافة إلى الأب والأم فالأسرة تتكون من خمسة أفراد وهذا يمثل ضغط اقتصادى وأسرى حيث قد يؤدى إلى عدم قيامهم بأدوارهم ومسؤلياتهم تجاه الأسرة.

– كما أتضح من الجدول السابق أن متوسط مدة الإصابة بالمرض (1.7)، كما يتضح أن أعلى نسبة من عينة الدراسة (77.8%) مدة إصابتهم بالمرض من سنة إلى سنتين.

ثالثًا: المجال الزمني :استغرق إجراء الدراسة سبعة أشهر فى الفترة من يناير إلى أغسطس2021 لجمع البيانات والمعلومات النظرية من المراجع العلمية والدراسات السابقة وإجراء الدراسة الميدانية والتحليل الاحصائى واستخلاص النتائج وكتابة التقرير النهائى للبحث.

سابعًا: نتائج الدراسة الميدانية:

المحور الأول: مستوى الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن

جدول (8) يوضح مستوى أبعاد الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن (ن= 63)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
1	بعد الضغوط الاجتماعية	2.11	0.47	متوسط	3
2	بعد الضغوط الأسرية	1.87	0.58	متوسط	5
3	بعد الضغوط النفسية	2.24	0.48	متوسط	2
4	بعد الضغوط الصحية	2.39	0.43	مرتفع	1
5	بعد الضغوط الاقتصادية	2.09	0.59	متوسط	4
أبعاد الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى ككل		2.15	0.42	متوسط	

يتضح من الجدول السابق أن مستوى أبعاد الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.15)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول بعد الضغوط الصحية بمتوسط حسابي (2.39)، يليه الترتيب الثاني بعد الضغوط النفسية بمتوسط حسابي (2.24)،يليه الترتيب الثالث بعد الضغوط الاجتماعية بمتوسط حسابى(2.11)،يليه الترتيب الرابع بعد الضغوط الاقتصادية بمتوسط حسابى(2.09) وأخيراً الترتيب الخامس بعد الضغوط الأسرية لمرضى القصور الكلوى المزمن بمتوسط حسابي (1.87).

المحور الثانى: مستوى أبعاد الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن

جدول (9) يوضح مستوى أبعاد الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن(ن=63)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
1	بعد الإرادة	2.69	0.74	متوسط	2
2	بعد السبل	2.78	0.73	متوسط	1
أبعاد الأمل ككل		2.74	0.67	متوسط	

يتضح من الجدول السابق أن مستوى أبعاد الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.74)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول بعد السبل بمتوسط حسابي (2.78)، يليه الترتيب الثاني والأخير بعد الإرادة بمتوسط حسابي (2.69).

ثامنًا: اختبار فروض الدراسة:

اختبار الفرض الأول للدراسة: " توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً بين الضغوط الحياتية بأبعادها المختلفة (الاجتماعية، الأسرية، النفسية، الصحية، الاقتصادية) والأمل (الإرادة، السبل) لدى مرضى القصور الكلوى المزمن".

جدول (10) العلاقة بين الضغوط الحياتية والأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن (ن=63)

م	الأبعاد / الأبعاد	بعد الضغوط الاجتماعية	بعد الضغوط الأسرية	بعد الضغوط النفسية	بعد الضغوط الصحية	بعد الضغوط الاقتصادية	أبعاد الضغوط الحياتية ككل
1	بعد الإرادة	-.387**	-.498**	-.399**	-.271*	-.485**	-.510**
2	بعد السبل	-.134	-.416**	-.309*	-.176	-.406**	-.369**
أبعاد الأمل ككل		-.287*	-.501**	-.389**	-.246	-.489**	-.483**

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يتضح من الجدول السابق أنه توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين أبعاد الضغوط الحياتية والأمل ككل لمرضى القصور الكلوى المزمن، فكلما زادت الضغوط الحياتية إنخفض مستوى الأمل لدى مرضى القصور الكلوى. مما يجعلنا نقبل الفرض الأول للدراسة والذى مؤداه " توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً بين الضغوط الحياتية بأبعادها المختلفة (الاجتماعية، الأسرية، النفسية، الصحية، الاقتصادية) والأمل (الإرادة، السبل) لدى مرضى القصور الكلوى المزمن". وعلى الرغم من وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين أبعاد الضغوط الحياتية ككل والأمل ككل لمرضى القصور الكلوى المزمن، لكنها ليست معنوية بين بعض الأبعاد الفرعية وبعضها البعض حيث توصلت الدراسة فى نتائجها إلى عدم وجود علاقة بين بعد السبل وكل من بعدى الضغوط الاجتماعية والضغوط الصحية، وكذلك بين أبعاد الأمل ككل وبعد الضغوط الصحية.

الفرض الثانى للدراسة: توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات (الذكور، الاناث) لدى عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن على مقياس الضغوط الحياتية.

جدول (11) يوضح فروق متوسطات درجات (الذكور، الإناث) عينة الدراسة فيما يتعلق بمستوى الضغوط الحياتية.

(ن=63)

م	المتغيرات	الذكور ن=28		الإناث ن=35		قيمة (ت- T)	درجة الحرية df	مستوى الدلالة Sig(2-taild)
		م	ع	م	ع			
1	بعد الضغوط الاجتماعية	20.07	3.96	21.97	5.17	-1.602	61	.114 غير دالة
2	بعد الضغوط الأسرية	17.14	5.19	20.11	6.14	-2.041	61	.046 غير دالة
3	بعد الضغوط النفسية	25.50	5.93	28.08	5.56	-1.779	61	.080 غير دالة
4	بعد الضغوط الصحية	21.64	4.03	25.85	3.58	-4.384	61	.000 غير دالة
5	بعد الضغوط الاقتصادية	18.53	5.84	22.91	5.43	-3.074	61	.003 غير دالة
6	أبعاد الضغوط الحياتية ككل	102.8	18.65	118.9	21.88	-3.085	61	.003 غير دالة

**** معنوي عند (0.01)** *** معنوي عند (0.05)**

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين درجات (الذكور، الاناث) عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن فيما يتعلق بالضغوط الحياتية بشكل عام، **وبالتالى رفض الفرض الثانى للدراسة الذى مؤداه**" توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات (الذكور، الاناث) لدى عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن على مقياس الضغوط الحياتية".

الفرض الثالث للدراسة: توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات (الذكور، الاناث) لدى عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن على مقياس الأمل.

جدول (12) يوضح فروق متوسطات درجات (الذكور، الإناث) عينة الدراسة فيما يتعلق بمستوى الأمل.

م	المتغيرات	الذكور ن=28		الإناث ن=35		قيمة (ت- T)	درجة الحرية df	مستوى الدلالة Sig(2-taild)
		م	ع	م	ع			
1	بعد الإرادة	11.60	2.71	10.14	3.08	1.972	61	.053 غير دالة
2	بعد السبل	11.64	2.19	10.74	3.38	1.217	61	.228 غير دالة
3	أبعاد الأمل ككل	23.25	4.38	20.88	5.95	1.754	61	.085 غير دالة

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين درجات (الذكور، الاناث) عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن فيما يتعلق بالأمل بشكل عام، **وبالتالى عدم صحة الفرض الثالث للدراسة الذى مؤداه**" توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات (الذكور، الاناث) لدى عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن على مقياس الأمل".

الفرض الرابع للدراسة: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين بعض المتغيرات الديموجرافية لمرضى القصور الكلوى المزمن (السن، الحالة التعليمية، الوظيفة، الإقامة، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) والضغوط الحياتية لديهم.

جدول (13) العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية والضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن (ن=63)

م	المتغيرات الديموجرافية	مستوى الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن		
		المعامل المستخدم	قيمته ودلالته	
1	السن	بيرسون	-.037	
2	الحالة التعليمية	كا2	*159.9	(D.F=123)
3	الوظيفة	كا2	*156.8	(D.F=123)
4	الاقامة	كا2	*108.2	(D.F=82)
5	متوسط دخل الأسرة	بيرسون	-.128	
6	عدد الأبناء	بيرسون	-.056	
7	مدة الإصابة بالمرض	بيرسون	.090	

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يتضح من الجدول السابق أنه توجد علاقة دالة إحصائيا بين بعض المتغيرات الديموجرافية (الحالة التعليمية، والوظيفة، والاقامة) والضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن، وبالنسبة لباقى المتغيرات الأخرى (السن، ومتوسط دخل الأسرة، وعدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) لا تختلف الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن باختلافها

مما يجعلنا نقبل الفرض الرابع للدراسة والذى مؤداه "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين بعض المتغيرات الديموجرافية لمرضى القصور الكلوى المزمن (السن، الحالة التعليمية، الوظيفة، الإقامة، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) والضغوط الحياتية لديهم".

الفرض الخامس للدراسة: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين بعض المتغيرات الديموجرافية لمرضى القصور الكلوى المزمن (السن، الحالة التعليمية، الوظيفة، الإقامة، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) والأمل لديهم.

جدول رقم (14) العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن (ن=63)

م	المتغيرات الديموجرافية	مستوى الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن		
		المعامل المستخدم	قيمته ودلالته	
1	السن	بيرسون	-.101	
2	الحالة التعليمية	كا2	59.89	(D.F=51)
3	الوظيفة	كا2	*69.62	(D.F=51)
4	الاقامة	كا2	41.46	(D.F=34)
5	متوسط دخل الأسرة	بيرسون	-.128	
6	عدد الأبناء	بيرسون	-.126	
7	مدة الإصابة بالمرض	بيرسون	-.174	

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يتضح من الجدول السابق أنه توجد علاقة دالة إحصائيًا بين أحد المتغيرات الديموجرافية (الوظيفة) والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، وبالنسبة لباقى المتغيرات الأخرى (السن، الحالة التعليمية، الاقامة، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) لا يختلف الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن باختلافها.**مما يجعلنا نرفض الفرض الخامس للدراسة والذى مؤداه** " توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين بعض المتغيرات الديموجرافية لمرضى القصور الكلوى المزمن (السن، الحالة التعليمية، الوظيفة، الإقامة، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) والأمل لديهم".

تاسعًا:مناقشة النتائج

– استهدفت الدراسة الحالية تحديد مستوى الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن حيث أوضحت نتائج الدراسة أن مستوى أبعاد الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن متوسط وترتيب تلك المؤشرات وفقًا لترتيب المتوسط الحسابى كالتالى: بعد الضغوط الصحية، بعد الضغوط النفسية، بعد الضغوط الاجتماعية، بعد الضغوط الاقتصادية، بعد الضغوط الأسرية لمرضى القصور الكلوى المزمن، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة بارلاس (2005) Barlas التى استهدفت تحديد الضغوط المرتبطة بالعلاج لمرضى القصور الكلوى المزمن(الضغوط الصحية)، وكذلك نتائج دراسة كل من دوران،غونغور (2015) Duran &Gungor، ودراسة الجهنى، العتيبى (2017)، ودراسة أبو حمور (2018) فى معاناه مرضى القصور الكلوى المزمن من ضغوط ومشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية وأسرية، وكذلك نتائج دراسة مانيجوي وآخرون (2018) Manigoue, et.al التى توصلت إلى معاناة جميع هؤلاء المرضى على الأقل من واحد أو أكثر من الضغوط الفسيولوجية والنفسية الاجتماعية، ويتفق أيضًا مع ما توصلت إلية نتائج دراسة كل من سلامة (2011) ، ودراسة باوتوفيتش وآخرون (2014)Bautovich,et.al ، ودراسة دوجو وأيدمير(2018) Dogu & Aydemir ، ودراسة هيتياراتشي وأبيسينا (2018) Hettiarachchi& فى معاناة مرضى القصور الكلوى المزمن من ضغوط نفسية ممثلة فى (القلق، الاكتئاب).

ويتفق ذلك مع ما ورد بالإطار النظرى فى أن مرض الكلى المزمن وعلاجه يمثل ضغطًا كبيرًا على الأشخاص المصابين ويحتاجون إلى توافق اجتماعي كبير (Um-e-Kalsoom, 2020, P.2). حيث أوضح أونتس وآخرون (2010) أن مرضى القصور الكلوى المزمن يتعرضون لضغوط جسدية ونفسية متعددة نتيجة مرضهم (Pierce, 2020, p.3)

وترى الباحثة أن الضغوط الصحية التى يتعرض لها مريض القصور الكلوى المزمن (كضغوط داخلية) والقيود التى تفرض عليه بسبب مرضه فى التنقل ونوعية الغذاء إلى جانب الضغوط النفسية (كضغوط داخلية) متمثلة فى المشاعر التى تنتابهم مثل الشعور بأنهم عبء على الآخرين والخوف من المستقبل قد يؤدى إلى ضغوط اقتصادية وأسرية واجتماعية (كضغوط خارجية) مما قد يؤدى إلى شعورهم بالإحباط واليأس (كضغوط داخلية) وهذا من شأنه أن يؤثر على مستوى الأمل لديهم وضعف قدرتهم على مواجهة تلك الضغوط مما يؤدى إلى سوء التوافق الشخصى والاجتماعى للمرضى.

– كما أشارت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن متوسط وترتيب تلك المؤشرات وفقًا لترتيب المتوسط الحسابى بعد السبل، بعد الارادة لمرضى القصور الكلوى المزمن، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كل من جاو وآخرون (2016)Gao et al ، ونتائج دراسة رامبود وباسار ومختار(2020) Rambod, Pasyar & Mokhtarizadeh فى أن مرضى القصور الكلوى لديهم مستويات معتدله من الأمل.

وتختلف مع دراسة يوسينزوآخرون (2019) Yucens., et.al التى توصلت نتائجها إلى إنخفاض مستوى الأمل لمرضى القصور الكلوى.

وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من أوتافياني وآخرون (2014) Ottaviani,et.al، والعقاد (2015)، وتافاسولي وآخرون (2019)Tavassoli., et al ، مطاريح وآخرون (2020) Motahareh,et al فى إرتفاع مستوى الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، وترى الباحثة أن الاختلاف في نتائج هذه الدراسات عن نتائج الدراسة الحالية يعزى إلى الاختلافات الثقافية التي تؤثر على قبول المرض ونوعية الرعاية الطبية ومستوى المساندة الاجتماعية المقدمة.

ويتفق ذلك مع ما ورد بالإطار النظرى أنه أثناء العلاج طويل المدى كالقصور الكلوى المزمن، قد يكون المرضى عرضة للعجز واليأس والقلق والاكتئاب حيث ترتبط الحالة النفسية للمريض ارتباطًا وثيقًا بمستوى الأمل(Wang-Y, Miao-L.c ,2016,p.149).

وترى الباحثة أن مستوى الأمل المتوسط في الدراسة الحالية يرجع إلى الخوف من المستقبل، ومضاعفات المرض، أو الخوف من الموت لذلك، فمن غير المتوقع أن يكون لدى مرضى القصور الكلوى مستويات عالية من الأمل.

- كما أوضحت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين أبعاد الضغوط الحياتية والأمل ككل لمرضى القصور الكلوى المزمن، فكلما زادت الضغوط الحياتية أدت إلى إنخفاض مستوى الأمل لدى مرضى القصور الكلوى، ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه نتائج دراسة بالسانيللي وآخرون(2010)Balsanelli et al التى أوضحت وجود علاقة عكسية بين الأمل لمرضى القصور الكلوى وكل من القلق والاكتئاب، وكذلك نتائج دراسة الياس (2018) التى توصلت إلى وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين الضغوط الحياتية لمريضات الفشل الكلوى والتوافق الاجتماعى لديهن، ودراسة الرواشدة وآخرون (2020)Al-Rawashdeh,et al التى توصلت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيًا بين الأمل ونوعية الحياة حيث يمكن تحسين مستوى نوعية الحياة من خلال استهداف وتحسين الأمل لدى كل من المرضى وأسرهم.

ويتفق ذلك مع ما ورد بالاطار النظرى فى أن الأمل يمثل جانب قوة وتحدى يساعد مرضى القصور الكلوى على حل المشكلات وتحقيق الأهداف فهو يعد بمثابة الدافع نحو التزام المرضى بمقاومة المشاعر السلبية للمرض وتوقع الصعوبات، ومد المرضى بالقدرة على الصبر(عبد العزيز،2021، ص. 91). ويميل المرضى الذين يشعرون بالأمل إلى التعامل بسهولة أكبر مع غسيل الكلى والصعوبات في الأسرة والعمل والحياة الاجتماعية (Yucens, et.al, 2019, pp.44) حيث توصلت نتائج دراسة سوليوتيس وآخرون (2016) Souliotis& et.alأن المستويات العالية من الأمل لها علاقة إيجابية مع الرفاهية الجسدية والنفسية، وإرتفاع تقدير الذات، والتفكير الإيجابي والعلاقات الاجتماعية الجيدة.

فالأمل هو أحد أهم مصادر التوافق لمرضى القصور الكلوي المزمن للبقاء على قيد الحياة، علاوة على ذلك يعتبر اليأس معيارًا مهمًا في الإقلاع عن العلاج والنظام الغذائي، والميل إلى الموت، والتفكير في الانتحار. (Fazel, et.al, 2013, p.293)

فالقصور الكلوى كأحد الأمراض المزمنة يعد أحد ضغوط الحياة الداخلية الجسمية التى تواجه الفرد ووفقًا للعلاقة الدائرية بين الأنساق التى تقوم عليها النظرية الايكولوجية فإن ضغوط الحياة الصحية الداخلية (مرض القصور الكلوى المزمن) تؤدى إلى الضغوط الخارجية (الاجتماعية، الأسرية، الاقتصادية) والتى تزيد أيضًا من حجم الضغوط الداخلية والعكس، وتفسر النظرية الأيكولوجية العلاقة بين الانسان والبيئة الاجتماعية المحيطة به ومن الأهمية تحديد الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن لما لها من تأثير فى حدوث العديد من المشكلات التى قد تؤثر على التوافق الشخصى والاجتماعى للمريض ومن ثم قد يكون لها تأثير على مستوى أملهم فى الحياة.

ووفقًا للنظرية المعرفية لا تسبب الضغوط الحياتية القلق والتوتر فى حد ذاته ولكن الأفكار والمعتقدات الخاطئة واللاعقلانية التى يكونها مريض القصور الكلوى من الموقف باعتباره يمثل تهديد وضرر له هو السبب فى حدوث الضغوط ومن ثم فإن تغيير الأفكار غير المنطقية والأحاديث السلبية التى يكونها الفرد عن الحدث الضاغط يؤدى إلى تغيير الاستجابة الانفعالية والسلوكية نحو الحدث، فالأفكار والمفاهيم الخاطئة ، أو النقص في المعلومات والمعارف لدى المريض تساهم بدرجة كبيرة في إنخفاض مستوى الأمل لديه.

وعلى الرغم من وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين أبعاد الضغوط الحياتية ككل والأمل ككل لمرضى القصور الكلوى المزمن، لكنها ليست معنوية بين بعض الأبعاد الفرعية وبعضها البعض حيث توصلت الدراسة فى نتائجها إلى عدم وجود علاقة بين بعد السبل وكل من بعدى الضغوط الاجتماعية والضغوط الصحية، وكذلك بين أبعاد الأمل ككل وبعد الضغوط الصحية.وترى الباحثة أن هذه النتيجة منطقية حيث أن إرتفاع أو إنخفاض مستوى الأمل قد لا يكون له علاقة بالضغوط الصحية للمريض من إرهاق وتعب والآلام جسمية نتيجة المرض بقدر ما له من علاقة بأسلوب التفكير والخبرات السابقة حول المرض.

– كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجات (الذكور، الإناث) عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن فيما يتعلق بالضغوط الحياتية بشكل عام، وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة هيتياراتشي وأبيسينا (2018) Hettiarachchi& التى توصلت أن النساء المصابات بمرض الكلى المزمن يعانين من اضطرابات نفسية أكثر بثلاث مرات من الذكور مرضى الكلى المزمن، ودراسة أم كلثوم (2020) Um–e–Kalsoom التى هدفت إلى تحديد دور الجنس في الشعور بالقلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوى المزمن، وأظهرت نتائجها أن الذكور لديهم مزيد من القلق والاكتئاب مقارنة بالإناث.

– كما توصلت الدراسة فى نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجات (الذكور، الاناث) عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوى المزمن فيما يتعلق بالأمل بشكل عام، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كل من العقاد (2015) ، ودراسة يوسينزوآخرون (2019) Yucens.,et.al ، ودراسة مطاريح وآخرون (2020) Motahareh,et al ، وتفسر هذه النتيجة فى ضوء أن كل من الذكور والإناث من مرضى القصور الكلوى المزمن يحتاجون دائمًا للأمل ليقوى من عزيمتهم على تحمل الألم والمشقة الناتجة عن المرض.

– كما توصلت الدراسة فى نتائجها إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين بعض المتغيرات الديموجرافية (الحالة التعليمية، الوظيفة، الإقامة) والضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن، وبالنسبة لباقى المتغيرات

الأخرى (السن، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) لا تختلف الضغوط الحياتية لمرضى القصور الكلوى المزمن، ويختلف ذلك مع دراسة جاديا وآخرون (2020) Gadia,et.al التى توصلت نتائجها إلى إرتباط الاكتئاب والقلق لمرضى القصور الكلوى المزمن بشكل كبير مع المهنة والدخل.

– كما أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى أنه توجد علاقة دالة إحصائيًا بين أحد المتغيرات الديموجرافية (الوظيفة) والأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن، ويختلف ذلك مع دراسة كل من العقاد (2015)، دراسة يوسينزوآخرون (2019) Yucens.,et.al التى توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية فى متوسطات درجات الأمل لدى مرضى القصور الكلوى والمهنة.

وبالنسبة لباقى المتغيرات الأخرى (السن، الحالة التعليمية، الاقامة، متوسط دخل الأسرة، عدد الأبناء، مدة الإصابة بالمرض) لا يختلف الأمل لمرضى القصور الكلوى المزمن.

ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كل من العقاد (2015)، دراسة جاو وآخرون (2016) Gao et al ، ودراسة يوسينزوآخرون (2019) Yucens.,et.al التى توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية فى متوسطات درجات الأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن تعزى إلى المتغيرات التالية (السن– مدة المرض – المستوى التعليمي). وتختلف مع نتائج دراسة جاو وآخرون (2016)Gao et al إلى وجود فروق في درجات الأمل بين المرضى وفقًا للدخل الشهري المختلف لصالح الدخل الشهرى المرتفع.

فالأمل يلعب دور هام وحيوى لدى مرضى القصور الكلوى بخلاف السن فالمريض أى كان عمره ،وحالته التعليمية (مستوى منخفض/ مستوى عالى) وإقامته (ريف/ حضر)، متوسط دخل الأسرة (مرتفع / منخفض) وأيا كان عدد الأبناء ومدة الاصابة بالمرض فهو بحاجة إلى الأمل.

مؤشرات لدور الاخصائي الاجتماعي للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية وزيادة مستوى الأمل لدى مرضى القصور الكلوى المزمن.

1- **دور المعالج:** إقناع المريض بالتخلى عن الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمرض مع إستخدام الأسرة كداعم للمريض وبث الأمل ومساعدته على التوافق نفسيا واجتماعيا مع المرض، وتصميم برامج علاجية تتضمن أساليب روحية للتخفيف من الضغوط الحياتية للمريض ولتدعيم ذات المريض وتقوية الجانب الايمانى للصبر على المرض، وتعديل حديث الذات والتأمل الذاتى والتخيل باستخدام أساليب معرفية كالمناقشة المنطقية والاقناع والمواجهة والتشجيع والتقارير الذاتية، وأساليب سلوكية كالنمذجة والواجبات المنزلية.

2- **دور المستشار** : للتعرف على المؤسسات الموجودة بالمجتمع والجمعيات العاملة برعاية مرضى القصور الكلوى للاستفادة من خدماتها فى تقديم المساعدات للمرضى.

3- **دور المحفز** : من خلال قيام الأخصائى الاجتماعى بدفع وحث المريض على الالتزام بالعلاج الطبى والنظام الغذائى وممارسة السلوك الصحى والعناية بالذات والانتظام بحضور جلسات الغسيل الكلوى

وكذلك دفع أسرة المريض على تقديم الدعم اللازم له مما يساعده على التخفيف من حدة الضغوط الحياتية وبث الأمل.

4- **دور المعلم** : تعليم المريض أساليب جديدة لمواجهة الضغوط الحياتية وأسلوب حل المشكلة ومواجهة الواقع وذلك من خلال بعض الأساليب كأسلوب المواجهة النشطة للتعامل الفعال مع المشكلة، وأسلوب المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعى، وأسلوب المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

5- **دور المساعد أو المعين** : بتشجيع المريض على الحديث والتعبير عن نفسه والتعبير عن مشاعره حيال عناصر الموقف الذى يواجهه وتشجيع المريض على النشاط الذاتى لخدمة نفسه، والتصرف باستقلالية، ومعاونته على العثور على مصادر القوى الكامنة فى نفسه، وإمكاناته، وموارده، واستثمار كل ذلك فى التخفيف من حدة الضغوط الحياتية وزيادة مستوى الأمل لدى المريض.

المراجع

أبو حمور، شروق عيسى أحمد(2018) المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة (الفشل الكلوى والسرطان): دراسة مسحية على المرضى المراجعيين لمستشفى البشير ومستشفى الأردن، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية، مج 45،ع 1،ص.ص 183، 201.

آل قراد، منصور محمد منصور(2020) المشكلات التى تواجه أسر مرضى الفشل الكلوى ودور الخدمة الاجتماعية فى التخفيف من حدتها، المجلة العربية للعلوم الاجتماعية، المؤسسة العربية للإستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية،ع 17،ج 3،ص.ص 142: 172.

الجمعية المصرية لأمراض وزراعة الكلى (2018)، القاهرة.

الجهنى، عبد الرحمن بن جميل؛ العتيبى، جابر بن عويض (2017) المشكلات الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها، المركز القومى للبحوث، عزة، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، مج1، ع 5، ص.ص 86: 104.

خفاجة،أمال عبد الفتاح عوض مرسى(2013) العلاقة بين مشكلات الفشل الكلوى للمتزوجات وتوافقهن الأسرى، رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

السكرى، أحمد شفيق(2013) قاموس الخدمة الاجتماعية والخدما ت الاجتماعية، الاسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

سلامة، سعادة ابراهيم محمد (2011) أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل الكلوى فى مشافى محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير، كلة الصحة العامة، جامعة القدس.

عبد الخالق، أحمد محمد(2004) الصيغة العربية لمقياس سنايدر للأمل، مجلة دراسات نفسية ،مج 14،ع 2،القاهرة،رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية ،ص.ص 183: 192.

عبد العزيز، نادية محمد غنيم(2021) النمو الإيجابى بعد الصدمة وعلاقته بالأمل والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوى، كلية التربية، جامعة الأزهر، ج1،ع 189،ص.ص 51: 97.

عبد المعطى، حسن مصطفى(2006) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

عبدالجواد، جيهان محمد(2014) المشكلات الاجتماعية التى تواجه أسر مرضى الفشل الكلوى ودور طريقة خدمة الفرد فى مواجهتها، رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

العقاد، سارى أحمد(2015) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأمل والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوى فى محافظات غزه، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأقصى.

معمرية، بشير(2011) تقنين استبيان لقياس الأمل (قياس الأهداف) على البيئة الجزائرية، مجلة التنمية البشرية، العدد3، ص.ص 181: 204.

منظمة الصحة العالمية (2019) التقرير العالمى حول الأمراض المزمنة، القاهرة.

النوحى، عبد العزيز فهمى (2001) الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية (عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقى أيكولوجى، مكتبة سمير، القاهرة، ط2.

الياس، نرمين مجدى عوض(2018) العلاقة بين الضغوط الحياتية لمريضات الفشل الكلوى وتوافقهن الاجتماعى، رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

Al-Rawashdeh, S., Alshraifeen, A., Rababa, M., & Ashour, A. (2020). Hope predicted quality of life in dyads of community-dwelling patients receiving hemodialysis and their family caregivers. Quality of Life Research, 29(1), 81–89. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02378-4

Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth K. (2010) Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers. Acta Paulista De Enfermagem; 24:354-358.

Barlas, C, A. (2005): Stressors and Coping Strategies in Hemodialysis Patients, Journal of Medical Science, Professiona Medical Publication

Bautovich A, Katz I, Smith M, Loo CK, Harvey SB.(2014) Depression and chronic kidney disease: a review for clinicians. Aust N Z J Psychiatry; 48:530-541.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). about social determinants of health (SDOH). https://www.

Dogu, O., & Aydemir, Y. (2018). Anxiety and depression as emotional problems in patients with chronic heart, kidney and respiratory disorders. International Journal of Caring Sciences, 11(1), 543-549. Retrieved from https://www.proquest.com/scholarly-journals/anxiety-depression-as-emotional-problems-patients/docview/2058267456/se-2?accountid=178282

Duran S, Gungor E. (2015) Diyaliz Hastalarinin Duygusal ve Sosyal Sorunlarinin Belirlenmesi. Uludag Oniversitesi Tip Fakultesi Dergisi; 41:59-63.

Early, B.P., Grady, M.D. (2017) Embracing the Contribution of both Behavioral and Cognitive Theories to Cognitive Behavioral Therapy: Maximizing the Richness. Clin Soc Work J 45, 39–48 https://doi.org/10.1007/s10615-016-0590-5

Escobar, C., Palacios, B., Aranda, U., Capel, M., Sicras, A., Sicras, A., Hormigo, A., Alcázar, R., Manito, N., & Botana, M. (2021). Costs and healthcare utilisation of patients with chronic kidney disease in Spain. BMC Health Services Research, 21(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06566-2

Fazel, M., Aghajani, M., et.al (2013) “The Effect of Spiritual. Counseling on the Hope in Hemodialysis Patient **", Life**. **Science Journal**, 10(s), 293-297.

Fouladi Z, Ebrahimi A, Manshaei GH, Afshar H, Fouladi M.(2014) Investigation of relationship between positive psychological variables (spirituality and hope) psychopathology (depression, stress, anxiety) and quality of life in hemodialysis patients Isfahan - 2012. J Res Behav Sci; 11:567-77.

Gadia, P., Awasthi, A., Jain, S., & Koolwal, G. (2020). Depression and anxiety in patients of chronic kidney disease undergoing haemodialysis: A study from western Rajasthan. Journal of Family Medicine & Primary Care, 9(8), 4282–4286. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_840_20

GAO Y, Zhou Y, Guo C-X, Zhao J-F. (2016)The relationship among hope, symptom distress, social support, coping style and monthly income in maintenance hemodialysis patients: a structural equation model. *Int J Clin Exp Med.* 2016; 9(10):19717-19724.

Hettiarachchi, R., & Abeysena, C. (2018). Association of Poor Social Support and Financial Insecurity with Psychological Distress of Chronic Kidney Disease Patients Attending National Nephrology Unit in Sri Lanka. International Journal of Nephrology, 1–6. https://doi.org/10.1155/2018/5678781

Kao, Y.-Y., Lee, W.-C., Wang, R.-H., & Chen, J.-B. (2020). Correlation of sociodemographic profiles with psychological problems among hospitalized patients receiving unplanned hemodialysis. Renal Failure, 42(1), 255–262. https://doi.org/10.1080/0886022X.2020.1736097

Kurita, N., Wakita, T., Ishibashi, Y., Fujimoto, S., Yazawa, M., Suzuki, T., Shibagaki, Y. (2020). Association between health-related hope and adherence to prescribed treatment in CKD patients: Multicenter cross-sectional study. BMC Nephrology, 21, 1-11. doi:http://dx.doi.org/10.1186/s12882-020-02120-0

Lam LW, Lee DT, Shiu AT. (2014) the dynamic process of adherence to a renal therapeutic regimen: perspectives of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. Int J Nurs Stud.; 51:908-16.

Manigoue Tchape, O. D., Tchapoga, Y. B., Atuhaire, C., Priebe, G., & Cumber, S. N. (2018). Physiological and psychosocial stressors among hemodialysis patients in the Buea Regional Hospital, Cameroon. Pan African Medical Journal, 30, 1–7. https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.49.15180

Motahareh, M. G., Mohammadian, S., Bahar, M. N., & Kiarsi, M. (2020). Relationship between spiritual health and hope by dietary adherence in haemodialysis patients in 2018. Nursing Open, 7(2), 503-511. doi:http://dx.doi.org/10.1002/nop2.412

Ok, E., & Işı, Ö. (2019). Assessment of the mental status of patients with chronic kidney disease. Journal of Psychiatric Nursing / Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 10(3), 181–189. https://doi.org/10.14744/phd.2019.35119

Ottaviani AC, Souza EN, Drago ND, Mendiondo MS, Pavarini SC, Orlandi FD.(2014) Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Rev Lat Am Enfermagem.*; 22(2):248-254. doi:10.1590/0104-1169.3323.2409

Pasyar, N., Rambod, M., & Jowkar, M. (2020). The effect of peer support on hope among patients under hemodialysis. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease, 13, 37-44. doi:http://dx.doi.org/10.2147/IJNRD.S240756

Pham, T. V., Beasley, C. M., Gagliardi, J. P., Koenig, H. G., & Stanifer, J. W. (2020). Spirituality, Coping, and Resilience among Rural Residents Living with Chronic Kidney Disease. Journal of Religion & Health, 59(6), 2951–2968. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00892-w

Pierce, T. G. (2020). Roles of nephrology social workers in health literacy (Order No. 27962449). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2412192860). Retrieved from https://www.proquest.com/dissertations-theses/roles-nephrology-social-workers-health-literacy/docview/2412192860/se-2?accountid=178282

Quinones, J., & Hammad, Z. (2020). Social determinants of health and chronic kidney disease. *Cureus*, 12(9), e10266. https://doi.org/10.7759/cureus.10266

Rahimipour, M., Shahgholian, N., & Yazdani, M. (2015). Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 20(6), 694-699. doi:http://dx.doi.org/10.4103/1735-9066.170007

Rambod, M., Pasyar, N., & Mokhtarizadeh, M. (2020). Psychosocial, spiritual, and biomedical predictors of hope in hemodialysis patients. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease, 13, 163-169. doi:http://dx.doi.org/10.2147/IJNRD.S255045

Ruden, M.H. (2019) Correction to: A Call for Hope-Centered Work: A Preliminary Study of Oncology Social Workers' Perceptions of the Role and Value of Hope at End-of-Life. *Clin Soc Work J* 47**,** 308 https://doi.org/10.1007/s10615-019-00717-z

Saldanha Xavier, B. L., Amaral Hermógenes, J. F., Cristiane Ribeiro, Y., Silveira de Sá, A. C., Pereira Ávila, F. M. V., & Peclat Flores, P. V. (2020). Senses and Meanings of Conservative Treatment in People with Chronic Kidney Disease. Aquichan, 20(3), 1–11. https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.5

Snyder, C.R., Hardi, S.S., Cheavens, J., Michael, S.T., Yamhure, L., & Sympson, S., (2000). The Role of Hopein Cognitive_Behavior Therapies. Cognitive Therapy and Research, Vol 24, N 6, PP 747_762.

Souliotis, K., Alexopoulou, E., Papageorgiou, M., Politi, A., Litsa, P., & Contiades, X. (2016). Access to care for multiple sclerosis in times of economic crisis in Greece - the HOPE II study. *International Journal of Health Policy Management*, 5(83-89).

Sousa, H., Ribeiro, O., Paúl, C., Costa, E., Miranda, V., Ribeiro, F., & Figueiredo, D. (2019). Social support and treatment adherence in patients with end-stage renal disease: A systematic review. Seminars in Dialysis, 32(6), 562–574. https://doi.org/10.1111/sdi.12831

Tan Woei Ling. (2021). Coping Strategies of Patients with End Stage Kidney Disease on Hemodialysis: A Systematic Review. Nephrology Nursing Journal, 48(1), 31–48. https://doi.org/10.37526/1526-744X.2021.48.1.31

Tavassoli N, Darvishpour A, Mansour-Ghanaei R, Atrkarroushan Z. (2019) A correlational study of hope and its relationship with spiritual health on hemodialysis patients. J Educ Health Promot. 8(1):146. doi:10.4103/jehp.jehp_461_18

Teater, B (2014) Applying social work theories and methods (2 nd edition).maidenhead: Open University press.

Theodorou, V., Karetsi, E., Daniil, Z., Gourgoulianis, K. I., & Stavrou, V. T. (2020). Physical Activity and Quality of Sleep in Patients with End-Stage Renal Disease on Hemodialysis: A Preliminary Report. Sleep Disorders, 1–5. https://doi.org/10.1155/2020/6918216

Thyer, B., & Myers, L. (2014). Behavioral and cognitive theories. In J. Brandell Essentials of clinical social work (pp. 21-41). SAGE Publications, Ltd, https://www.doi.org/10.4135/9781483398266.n3

Tunmore, j. (2017) General systems and ecological theories.In Deacon, L&Macdonald, J.S (Eds.), Social Work Theory&Practice (pp.81:92) .UK, SAGE.

Um-e-Kalsoom. (2020). Gender role in anxiety, depression and quality of life in chronic kidney disease patients. Pakistan Journal of Medical Sciences, 36(2), 1–4. https://doi.org/10.12669/pjms.36.2.869

Wang-Yang Lu, Miao-Ling Cui (2016)Research progress at hope level in patients with chronic non-malignant diseases,Chinese Nursing Research,Volume 3, Issue 4,PP. 147-150,ISSN 2095-7718,https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.11.002.

Yucens, B., Kotan, V. O., Ozkayar, N., Kotan, Z., Yuksel, R., Bayram, S., Dede, F., & Goka, E. (2019). The association between hope, anxiety, depression, coping strategies and perceived social support in patients with chronic kidney disease. Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 32(1), 43–51. https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2019.00006