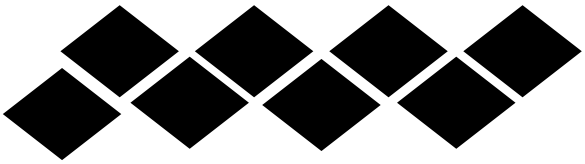

الصمود النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى مرضى الفشل الكلوي

أحمد جمعة محمود أحمد

DOI: 10.21608/qarts.2021.90364.1194

مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)

مجلة كلية الآداب بقنا – جامعة جنوب الوادي – العدد ٥٤ (الجزء الثاني) 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

الصمود النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى مرضى الفشل الكلوي

أعداد

أحمد جمعة محمود أحمد

الملخص

هدف البحث الحالي إلى التحقق مما إذا كانت هناك فروق في مستوى الصمود النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي وفقًا لبعض المتغيرات الديموغرافية: الجنس (ذكور– إناث)، الحالة الاجتماعية (أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة)، المستوى الاقتصادي (منخفض – متوسط – مرتفع). وتكونت عينة البحث من (١٤٠) مريضًا موزعين على بعض المتغيرات الديموغرافية تراوحت أعمارهم من (٦٥–١٨) عامًا بمتوسط عمري قدره (٤٥,١١) عامًا وانحراف معياري قدره (١٣,٦٥)، واستخدم الباحث مقياس الصمود النفسي من إعداد الباحث. وأسفرت نتائج البحث عن: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في الأبعاد التالية لمقياس الصمود النفسي (الكفاءة الشخصية – التفاؤل – العزيمة والإرادة)؛ في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في بعدين من أبعاد الصمود النفسي (المرونة – الإيمان بالله) وفي الدرجة الكلية للمقياس وكانت الفروق في اتجاه الذكور مقارنة بالإناث. أيضًا أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وأبعاده وفقًا لمتغيرات (الحالة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي).

الكلمات المفتاحية: الصمود النفسي – الفشل الكلوي– المتغيرات الديموغرافية.

مقدمة:

يعتبر الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة واسعة الانتشار التي تلازم الإنسان لفترة طويلة من حياته مما يؤثر على حالة المريض الانفعالية والمعرفية وعلى توافقه النفسي والاجتماعي، وبالتالي ينعكس ذلك على صحته العامة بل بالإضافة إلي ذلك فإن طريقة علاجه بحد ذاتها تشكل معاناة حقيقية للمصابين به ممن لم تتح لهم فرصة زرع كلية جديدة ويعتمدون على جلسات الغسيل الكلوي لتعويض دور الكلية المصابة، إذ لا يعتبر علاجًا نهائيًا للمرض، ومع استمرار المعاناة الجسمية لهؤلاء المرضى تتولد لديهم المعاناة النفسية نتيجة لحرمانهم من ممارسة حياتهم الطبيعية وأنشطتهم اليومية، وذلك لما تمليه عليهم ظروفهم الصحية، فهؤلاء المرضى يواجهون باستمرار مواقف عصبية ونفسية ضاغطة ناجمة عن شعورهم بمدى تعاستهم وإحباطهم واستيائهم نتيجة عدم قدرتهم أو تحملهم لهذه الأعباء الجسمية والنفسية والتي تؤدى بهم إلى الشعور بسوء نوعية حياتهم وشيوع العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية بينهم .

ويعد الصمود النفسي ذا أهمية تطبيقية وعملية كثيرة في مجال الأمراض المزمنة ومجال الرعاية الصحية، باعتباره أحد المتغيرات التي تعمل كملطف من تأثير الإصابة بالأمراض المزمنة، وهو تلك العملية الدينامية التي تؤدي إلى التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد والصدامات والأزمات النفسية التي قد يواجهها الفرد، سواء كانت مشكلات اجتماعية أو كوارث طبيعية أو حروب دامية أو أمراض مزمنة أو مشكلات أسرية أو غيرها من الصدامات العنيفة، كما ينطوي هذا المفهوم علي القدرة علي التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد والنكبات وتجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار (American psychological association,2003).

أيضًا يعتبر الصمود قدرة تساعد الفرد في مواجهة المحن والأزمات والشدائد والضغوط التي يتعرض لها في حياته سواء كانت مهنية أو أسرية، فالأفراد الصامدون يميلون إلى التغلب على الانتكاسات أو الصدمات النفسية، كما أن لديهم مجموعة من الخصائص المشتركة التي تساعدهم على مواجهة التحديات في الحياة، كما يعد الصمود النفسي أحد البناءات التي تحمي وتحد من التعرض للخطر، ويتميز هذا المفهوم بالوضوح إذا ما نظرنا إلى المصادر الأساسية الداعمة والمسببة لتكوين الصمود النفسي لدى الفرد والتي يمكن تلخيصها في المعاملة الوالدية الإيجابية والمساندة الاجتماعية ومجموعة الأقران ودعم الأسرة والنظرة الإيجابية للمستقبل، حيث يتكون الصمود في وقت مبكر من حياة الفرد ويتشكل خلال مراحل نموه في حياته، بالإضافة إلى أن الفرد الذي يتميز بالصمود يتصف بالمرونة في الحياة التي تجعله يقف صلبًا أمام المحن والأزمات، والضغوط التي يتعرض لها بحيث تجعله ينظر إلى الأمام دون النظر إلى التأثير السلبي لهذه المحن والأزمات والضغوط (سحر فاروق علام،٢٠١٣:١١٠)، في حين يشير جيانسيني (Gianesini,2011: 11-12) إلى أن الصمود النفسي يعد قدرة الفرد على مواجهة الشدائد في حياته وتحديد التفاعلات المعقدة بين البنية الوراثية، والتعرض السابق للضغوط، وأنماط التعامل مع الشخصية، وتوافر الدعم الاجتماعي، واستخدام التصميمات متعددة المتغيرات، ويشمل الصمود الاتجاهات المعرفية والسلوكية التي تعكس الصفات الشخصية وأنماط السلوك التي وضعت من خلال الخبرات الحياتية، وتحديد الاختلافات الفردية في الاستجابة لأحداث الحياة الصادمة، ويركز الصمود النفسي على مواطن القوة لدى الفرد، ويعتبر أحد مصادر المقاومة لدية، ويكسبه القدرة على التفاعل مع عوامل الخطر ومواجهة أحداث الحياة، ويعدل من إدراكه للأحداث ويجعلها أقل وطأة، أو يستبعدها بصورة مباشرة ونهائية، ويجعله يستعيد حيويته ويحفز

أداءه الفعال برغم الظروف الضاغطة؛ الأمر الذي يساعده على التوافق والمضي قدمًا نحو المستقبل بتفاؤل وتوقعات ايجابية مرتفعة (محمد رزق البحيري ،٢٠١١: ٤٨١).

وقد كشفت دراسة بايت (Bayat.M,2007:712) عن أهمية دور الصمود النفسي في تنمية ثلاثة أساليب إيجابية للفرد في مواجهة الضغوط وهي: (القدرة على حل المشكلات، وإعادة التفسير الإيجابي للمشكلة، واللجوء إلى الدين كمحاولة لتجنب اليأس أثناء التعرض للموقف الضاغط)، وقد أكد جون (John,2012:381) على دور الصمود النفسي في مساعدة الفرد على مواجهة الضغوط التي يتعرض لها والنظر بشكل أكثر إيجابية للمواقف الضاغطة.

مشكلة البحث:

تكمن مشكلة البحث في محاولة الإجابة على التساؤلات الآتية:

١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير الجنس (ذكور – إناث)؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة)؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي (منخفض – متوسط – مرتفع)؟

أهداف البحث:

هدف البحث الحالي إلي:

١- التحقق مما إذا كانت هناك فروق بين متوسطي درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقًا لمتغير الجنس (ذكور – إناث)؟

٣- التحقق مما إذا كانت هناك فروق بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقًا لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة)؟

٤- التحقق مما إذا كانت هناك فروق بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقًا لمتغير المستوى الاقتصادي (منخفض – متوسط – مرتفع)؟

أهمية البحث:

تكمن أهمية هذا البحث في عدد من المبررات نجملها في الآتي: -

١- إثراء الإطار النظري بمتغير حديث (الصمود النفسي) في مجال الدراسات النفسية ذات التوجه الإيجابي والذي يركز على القوى الإنسانية الإيجابية وتغيير سلوك الأفراد تجاه أنفسهم ويساهم في بناء الشخصية السوية ويدعم مصادر القوة فيها.

٢- كما ترجع أهمية هذا البحث إلى بناء مقياس لقياس الصمود النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي والذي ينفرد بكونه أول مقياس في البيئة العربية – في حدود علم الباحث – ومن المتوقع أن يمثل هذه المقياس إضافة للتراث السيكومتري وإثراء المكتبات العربية.

٣- أهمية عينة البحث الحالي (فئة مرضى الفشل الكلوي) والتي لم تلقى الاهتمام الكافي في البحوث والدراسات العربية السابقة – في حدود علم الباحث – وهي فئة بحاجة إلى أن نتفهم مظاهر الشخصية لديها نتيجة لما تفرضه ضغوط الحياة والمرض عليهم من ردود أفعال تؤثر في التوافق النفسي والاجتماعي لديهم.

مفاهيم البحث:

أولاً: الصمود النفسي:

تعريف الصمود النفسي:

لقد تناولت صفاء الأعسر (١١:٢٠١٠) بالتحليل الترجمات التي طرحت لمفهوم "Resilience" حيث أن هذا المفهوم يشير إلى الصعاب التي تمثلها التركيبة السيكولوجية فيما يتعلق بترجمتها إلى العربية. فقد توقفت أمام مرادفات عديدة، منها: مقاومة الانكسار، الصلابة، التصالحية، المرونة، التعافي، وكان في كل منها قصور عن احتواء المعنى الأصلي وانتهت إلى تفضيل ترجمته إلى المقابل العربي " الصمود " ويعد محمد إبراهيم عيد أول من تكلم في هذا المصطلح بمعنى المرونة الإيجابية في مصر والوطن العربي.

– وتعرف الجمعية النفسية الأمريكية الصمود النفسي بأنه عملية التكيف الجيد في مواجهة الشدائد والصدمات النفسية والمأساة والتهديد أو مصادر الضغوط مثل المشكلات الأسرية والمشكلات الصحية الخطيرة وأماكن العمل والضغوط المالية وهو ما يعنى الارتداد من التجارب الصعبة (American Psychological Association,2015).

– وتعرفه حواء إبراهيم أحمد (٤٨٩:٢٠١٦) بأنه تمتع الفرد بالصلابة النفسية في مواجهة الضغوط والأزمات التي يتعرض لها وتوقعه الإيجابي تجاه مستقبله ومثابرته في سبيل تحقيق أهدافه وإيمانه بالقدر خيره وشره.

– وأيضًا عرفته سهام عبد الغفار عليوة (١٢٤:٢٠١٧) بأنه قدرة الفرد على التكيف الإيجابي في مواجهة الأزمات والضغوط النفسية التي تقابله، واستعادة توازنه لتحقيق

أهدافه من خلال امتلاكه مهارات الكفاءة الذاتية والاجتماعية والوجدانية والمرونة وحل المشكلات والمثابرة وتحقيق الهدف.

– وفي ضوء ما تم عرضه لمفهوم الصمود النفسي يعرف الباحث الصمود النفسي على أنه " قدرة المريض على التوافق النفسي، والقدرة على مواجهة الضغوط المرضية، والتصدي لها على الرغم من المعاناة منها، والتأقلم الخارجي، والمحافظة على الأداء الطبيعي، والحالة الإيجابية، ومواجهة التحديات والصعوبات بصرف النظر عن الحالة الصحية، أو المعاناة من المرض، وذلك من خلال امتلاكه مجموعة من الخصائص والسمات الإيجابية التي تترجم لسلوكيات تؤهله للصمود أمامها كالكفاءة الشخصية، والمرونة، والتفاؤل، والتحدي والإيمان بالله، وليس ذلك فقط بل وقدرته على العودة مرة أخرى للاتزان والتوافق الذي كان عليه قبل مرضه أو التعافي منها بأقل قدرة من المشاعر السلبية أو الخلل في بنيته النفسية ".

أو هو " مجموعة من السمات الإيجابية في الشخصية والتي تعمل على إيجاد بنْية نفسية قوية لدى المريض تمكنه من عدم الانهيار والانكسار أمام الضغوط والتهديدات والمحن وتساعده على التعامل مع الموافق الحياتية الصعبة بكل كفاءة وفعالية، والتكيف الإيجابي مع حياته المرضية والأزمات، والضغوط التي تقابله، وليس ذلك فقط بل قدرته على استعادة توازنه النفسي من خلال امتلاكه خصائص إيجابية كالكفاءة الشخصية، والمرونة، والتفاؤل، والتحدي والإيمان بالله. "

– ويعرف الصمود إجرائيًا: بأنه الاستجابة اللفظية لعينة الدراسة – مرضى الفشل الكلوي – التي تعكس كفاءتهم الشخصية، ومرونتهم، وتفاؤلهم، وإرادتهم وإيمانهم بالله في مواجهة الضغوط والأزمات الصعبة التي تواجههم في حياتهم؛ وتعبر عنها درجاتهم على مقياس الصمود النفسي لمرضى الفشل الكلوي الذي تم إعداده من قبل الباحث، والدرجة المرتفعة تعبر عن صمود نفسي عال، والدرجة المنخفضة تعبر عن صمود نفسي منخفض.

النظريات المفسرة لمفهوم الصمود النفسي:

لقد تباينت النماذج المفسرة لهذا المفهوم وذلك في ضوء المفهوم وتنوع أبعاده وهي كالتالي:

نظرية ميستن (Masten,2001):

وتسمى نظرية عوامل الخطر والعوامل الوقائية يرى ميستن أن الصمود عبارة عن ظاهرة عامة أو شائعة للتكيف الإيجابي على الرغم من التعرض للمحن والشدائد، ولقد قدم ميستن نموذجاً غير مباشر للصمود يتكون من ثلاث مكونات مهمة هي:

١- عوامل الخطر: وتعني أي نوع من الشدائد أو المخاطر أو المحن التي تحدث مثل زيادة احتمال النتائج السلبية، كالتمييز العنصري والضعف الاجتماعي والمشاكل الصحية وتهديدات البيئة.

٢- والعوامل الوقائية: وهي تلك الأصول التي تخفف من أثر المحنة من خلال التوسط في العلاقة بين الشدائد والنتائج وتشمل وجهة الضبط الداخلي، وتقدير الذات، وفاعلية الذات.

٣- والنتائج: وتشير إلى أن متغير معين يعتقد أنه يكون خطراً نتيجة لوجود الشدائد أو المحن (Masten,2001:227).

نظرية رتشاردسون(Richardson,2002):

ومن أولى النظريات لتفسير عملية الصمود النفسي هي نظرية رتشاردسون الذي وضع صياغة المفاهيمية للصمود بأنه القوة التي توجد داخل كل فرد والتي تدفعه إلى تحقيق الذات والإيثار والحكمة وأن يكون على تناغم تام مع المصدر الروحي للقوة ويكمن الفرض الأساسي لهذه النظرية في فكرة التوازن البيولوجي النفسي الروحي (التوازن) وهو الذي يسمح لنا بالتكيف (الجسم والعقل والروح) مع ظروف الحياة الحالية حيث تؤثر الضغوط النفسية والأحداث البغيضة وأحداث الحياة الأخرى المتوقعة وغير

المتوقعة أو متطلبات الحياة العاجلة في قدرتنا على التكيف ومواجهة مثل هذه الأحداث في الحياة تتأثر بصفات الصمود وإعادة التكامل مع الصمود السابق والتفاعل بين الضغوط النفسية اليومية والعوامل الوقائية وتؤدي عملية إعادة التكامل بالفرد إلى أربع نتائج منها:

١- إعادة تكامل الصمود حيث يؤدي التكيف إلى مستوى أعلى من التوازن.

٢- العودة الى توازن جهد يبذل لتجاوز التمزق.

٣- الشفاء مع الفقد مما يرسخ مستوى أدني للتوازن.

٤- حالة مختلفة وظيفياً حيث الاستراتيجيات سيئة التكيف (السلوكيات المدمرة للذات) تستخدم لمواجهة الضغوط النفسية ومن ثم يمكن اعتبار أن الصمود يتجه نحو قدرات المواجهة الناجحة (Richardson,2002:307).

نموذج كارولين ويكس (Wicks,2005):

ترى ويكس أن الصمود النفسي تركيب معقد يمكن اعتباره استراتيجية ذات متغيرات ظاهرة ومستترة، تشمل وحدات تحليلية تصف سعى الناس لتحقيق الأهداف ومهام الحياة، وتتضمن هذه الاستراتيجية اربعة أبعاد رئيسية تتمثل في الرؤية الشخصية، وتوقع المشكلات ومحاولة حلها، والانسجام الاجتماعي، وآليات دفاع الأنا (Wicks,2005:47).

مكونات الصمود النفسي

حدد بروكس وجولدستين (Brooks & Goldstein,2004:74-126) ثلاثة مكونات رئيسية تمثل بعداً إنسانياً للصمود النفسي وهي كالآتي:

١- التعاطف: الذي يمثل قدرة الفرد على التفاعل مع مشاعر واتجاهات وأفكار الأخرين مما يسهل التواصل والتعاون والاحترام بين الأفراد.

٢- التواصل: حيث يمكن التواصل الفرد من التعبير عن أفكاره ومشاعره بوضوح، وأن يحدد أهدافه وقيمه الأساسية ويحل ما يواجه من مشكلات.

٣- التقبل: ويتمثل في تقبل الفرد لذاته وللآخرين، وذلك عن طريق تحديد افتراضات وأهداف و دافعية وفهم الفرد لمشاعره وتعبيره عنها بصورة سليمة وتحديده لجوانب القوة والفاعلية في شخصيته مما يساعده على استخدامها الاستخدام الأمثل.

سمات الأفراد ذوي الصمود النفسي المرتفع

يمتلك الأفراد الذين يتسمون بالصمود خصائص وصفات وطرق معينة في رؤيتهم لأنفسهم والعالم من حولهم، صفات وطرق قد لا تظهر لدي أقرانهم الذين لم ينجحوا في مواجهة التحديات، ومن هذه الصفات والخصائص التي يتمتع بها الأفراد ذوي الصمود النفسي ما يلي: تحقيق التوازن النفسي، ومواصلة حياتهم بالرغم من المحن، وإجادة معنى للحياة وسط الاضطراب النفسي، فهم واثقون بأنفسهم وبقدراتهم الخاصة، ولا يشعرون بالضغوط ويستطيعون مواجهتها بمفردهم، ويثقون بقدرتهم على المواظبة والمثابرة، وهم يخبرون الضغوطات والصعوبات نفسها التي يخبرها أي فرد آخر، فهم ليسوا مستثنين من الضغوط، لكنهم تعلموا كيف يتعاملون مع تحديات الحياة وصعوباتها، وكيف يطورون توازناً؟ وهذه القدرة هي التي تجعلهم مميزين ومستقلين (Coutu, 2002: 55) .

الصمود النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية

تناولت العديد من الدراسات السابقة تأثير المتغيرات الديموغرافية على الصمود النفسي ويظهر ذلك فيما يلي:

- عن اختلاف الصمود النفسي باختلاف النوع تشير تحليل نتائج دراسات كلا من " مومفورد وروز " (Mumford & Rose,2002)، ودراسة " كوبلاند " (Copeland,2007)، أن الذكور أكثر صموداً من الإناث، في حين أشارت نتائج

دراسات كل من دراسة " دينينغ " (Daining,2004)، ودراسة كل من " صن وستيوارت " (Sun & Stewart,2007) إلى أن الإناث أكثر صموداً من الذكور.

– وعن اختلاف الصمود النفسي باختلاف الحالة الاجتماعية تشير دراسة (عايدة شعبان صالح وياسرة محمد أيوب،٢٠١٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في مستوى الصمود النفسي تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المرأة الأرملة غير المتزوجة من أخر؛ بينما تشير دراسة (أميرة يحيى صعدي،٢٠١٧) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصمود النفسي تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية.

– وعن اختلاف الصمود النفسي باختلاف المستوى الاقتصادي تشير دراسة (وفاء محمد عبد الجواد وعزة خليل عبد الفتاح،٢٠١٣) إلى وجود تأثير دال إحصائياً للمستوى الاقتصادي في تباين الدرجات التي حصلن عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس الصمود النفسي، وأن الأفراد الذين يمتلكن دخلاً كافياً قد يحسن هذا من قدرتهن على التواؤم والتكيف؛ بينما تشير دراسة (عايدة شعبان صالح وياسرة محمد أيوب،٢٠١٤)، ودراسة (أميرة يحيى صعدي،٢٠١٧) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصمود النفسي تعزي لمتغير المستوى الاقتصادي.

ثانياً: الفشل الكلوي:

يعد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة والتي تشكل خطورة على حياة المرضى وتسبب في غالب الأحيان الوفاة للمريض، إذا لم يتم التعامل معها بعناية وإتباع توصيات الأطباء المختصين في هذا المجال، حيث ينتج الفشل كلوي عن فشل في وظائف الكلية وبالتالي عدم قدرتها على أداء وظائفها بالشكل الطبيعي، من ترشيح الدم والتخلص من المواد الضارة، وبالتالي يتراكم في الدم المواد والأملاح الزائدة، التي تؤدي في نهاية المطاف إلى إتلاف الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة، مما يؤدى إلى

أن مرضى الفشل الكلوي يصارعوا الموت في كل لحظة(غالب رضوان مقداد،٢٠١٥: ٨٠).

تعريف الفشل الكلوي

– ويعرف الفشل الكلوي بأنه عدم قدرة الكلى على الإخراج نتيجة لتدهور في وظيفة الكلى التي تقوم بها ويصحبه اختلال الاتزان البايوكيميائي للجسم (اكتم بيك،١٩٨٨: ٢٣).

– ويعرف أيضًا بانخفاض قدرة الكليتين على تأدية تصفية الدم وطرح الفضلات ومراقبة توازن الجسم من الماء والاملاح وتعديل الضغط الدموي (أمال بورقبة، ٢٠٠٠: ٦).

– كذلك يعرف بقصور أو تدهور الوظيفة الإطراحية للكليتين، والذي يؤدي لاحتباس الفضلات النيتروجينية الناجمة عن الاستقلاب، بنفس الوقت قد تصاب وظائف كلوية أخرى متعددة بالقصور بما فيها تنظيم توازن السوائل والشوارد والوظيفة الغدية الصماوية للكلية، وبالتالي قد يظهر طيف واسع من المظاهر السريرية، وأن أهم تصنيف للفشل الكلوي يقسمه إلى نوعين حاد ومزمن (ديفيدسون، ٢٠٠٥: ٤٣).

– وفي ضوء ما تم عرضه لمفهوم الفشل الكلوي يعرفه الباحث بأنه "العجز الدائم لعمل الكليتين عن أداء وظيفتها والمتمثلة في تخليص الدم من الفضلات السامة العالقة مما يؤدي الى تلف بصفة دائمة بحيث يستلزم الاستعانة بألة التصفية لتعويض عمل الكليتين".

الأسباب الشائعة للفشل الكلوي

١– مرض السكر.

٢– الالتهابات الكبيبية المناعية بأنواعها المختلفة.

٣– أمراض وراثية مثل مرض تكيس الكليتين.

٤– بعض أمراض الجهاز المناعي كمرض الذئبة الحمراء.

٥- انسداد المسالك البولية سواء كانت نتيجة لحصوات بولية أو أورام بمجرى البول.

٦- سوء استخدام الأدوية وخاصة المسكنات (أمال بورقبة،٢٠٠٠: ٢٥).

أعراض الفشل الكلوي

١- نقص الوزن.

٢- الخمول والهزال.

٣- الغثيان والقيء.

٤- وفقدان الشهية.

٥- ضيق التنفس بسبب تجمع السوائل في الجسم والرئة.

٦- الشد العضلي.

٧- الحكة.

٨- جفاف الجلد وتغيير لون الجلد إلى السمرة.

٩- رائحة اليوريا في نفس المريض.

١٠- التشنجات العصبية.

١١- الرعاف أحيانًا (عبد الكريم عمر السويداء،٢٠١٠: ٣٢).

الدراسات السابقة:

لم يتوصل الباحث إلى دراسات وأبحاث سابقة تناولت مفهوم الصمود النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي على وجه الخصوص؛ ولذلك سوف يقوم بعرض ما توصل إليه من دراسات وأبحاث سابقة تناولت الصمود النفسي في إطار عدد من الأمراض المزمنة بصفة عامة، والتعرف على أهم النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسات، وفيما يلي عرض لبعض من هذه الدراسات حسب ترتيبها الزمنى.

أجرى "يى" (Yi,2006) دراسة هدفت إلى فحص ارتباط بناء الصمود النفسي مع الصحة العقلية والجسدية لدى اثنتين من العينات النفسية والجسمية، العينة الأولى مكونة من السكري والثانية مكونة من مقدمي الرعاية للمرضى الذين يعانون من مرضى الزهيمر. وتكونت عينة السكري من (١٤٥) مريضًا تراوحت أعمارهم ما بين (٧٥-١٨) عامًا، تم تقييم درجات الصمود النفسي لدى المرضى من خلال درجاتهم في تقدير الذات وفعالية الذات وتمكين الذات والتفاؤل، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الصمود النفسي ارتبط جوهريًا بالتخفيف من تأثيرات الزيادة في المحن والشدائد المتعلقة بالسكري فيما يتعلق بارتفاع نسبة السكر في الدم.

وهدفت الدراسة التي أجراها كل من "برادشو، وريشاردسون وكيلكارنا"(Bradshaw, Richardson & Kulkarni,2007) على عينه مكونة من(٧٠) من الذكور والإناث من مرضى النمط الثاني من السكري( )، واستخدامها في تعزيز برامج تعليم كيفية قياس نسبة السكر، ولمعرفة لماذا يستطيع بعض المرضى مواجهة الشدائد والمحن، بينما لا يزال الآخرون ضحية لسلوكيات هدامة، وطبقت مقاييس الرعاية الذاتية والصمود النفسي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التدريب على الصمود بالإضافة إلى تعليم المرضى كيفية قياس السكر يعمل على تحسين التعامل مع الضغوط المتعلقة بالمرض والاستمتاع بالحياة وتعزيز الثقة بالنفس.

بينما أجرى كُلّ من " برادشو، وريتشاردسون، وكومبفر، وكارلسون وستانتشفيلد " (Bradshaw, Richardson, kumpfer, Carlson & Stanchfield,2007) دراسة هدفت إلى فحص فعالية طريقة التدريب على الصمود النفسي لدى مرضى السكري الذين تلقوا سابقًا التعلم الذاتي للصمود، وتكونت العينة من مجموعتين، إحداهما مجموعة تجريبية تكونت من(٣٧) فردًا ممن تلقوا تدريبًا، والأخرى ضابطة تكونت من(٣٠) مريضًا لم يتلقوا التدريب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مجموعات التدخل

كان لديها مستويات عالية من الصمود تمثلت في معرفة طرق إيجابية للتعامل مع الضغوط المرتبطة بالسكري ومعرفة ما يكفي عن أنفسهم لاتخاذ خياراتهم الصحية فيما يتعلق بالسكري والأكل الصحي وزيادة النشاط البدني مقارنة بالمجموعة الضابطة، حيث إنه خلال ثلاثة أشهر انحصر مستوى السكر في الدم وكان هناك مستوى تحسن جوهريًا.

كما قامت " ماميرو " (Mamerow,2008) بإجراء دراسة تجريبية لمدة ستة شهور هدفت إلى تحديد جدوى التدخل في الصمود النفسي والرعاية الذاتية للسكري وبرامج التدريب الخاصة بالسكري، لدى عينة مكونة من(١٦) من الراشدين تراوحت أعمارهم بين (١٨ سنة – فما فوق) من الأمريكيين من أصل أفريقي، مصابين بالنمط الثاني من السكري. وتضمن التدخل أربعة دروس أسبوعية للصمود النفسي وتعلم كيفية قياس السكري وثماني جلسات لمجموعات المساندة أسبوعيًا، واستخدمت مقاييس الضغوط المدركة ومقياس الرعاية الذاتية ومقياس مهارات المواجهة ومقياس كورنر ديفنسون للصمود النفسي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الدرجات العليا لإدراك الضغط ارتبطت بالأقل صمودًا، وبمهارات المواجهة والتكيف ارتباطًا ضعيفًا، وانخفاض الرعاية الذاتية بالإضافة إلى انخفاض القدرة على التعامل مع السكري وزيادة أعراض الاكتئاب.

وفي هذا الصدد قام "سكالي" وآخرون (Scali et al.,2012) بدراسة هدفت إلى قياس مستوى الصمود النفسي لدى عينة من النساء باستخدام مقياس كورنر ديفنسون للصمود النفسي، والكشف عن علاقته بالصدمة واضطرابات القلق وبلغت عينة الدراسة (٢٣٨) امرأة، منهم (١٢٢) يعانين من سرطان الثدي، و (١١٦) امرأة ليس لديهن تاريخ سابق لمرض السرطان، تم تطبيق بطارية واطسون لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، والبطارية الدولية للأمراض النفسية العصبية، وأظهرت النتائج أن هناك علاقات سلبية بين الاضطرابات النفسية والصمود النفسي المرتفع في ضوء متغيرات العمر والتعليم وتاريخ الصدمة والسرطان، ويعود ذلك إلى ارتباطه بالقلق وليس بسبب اضطراب المزاج،

كما تبين أن التقييم الذاتي لمستوى الصمود النفسي يتأثر باضطرابات القلق الحالية وتاريخ الصدمة النفسية.

أما دراسة كل من " براون، دوبوا، لهرر وشتاينهاردت " (Brown, Dubois, Lehrer & Steinhardt,2017) فقد هدفت إلى التركيز على الصمود النفسي القائم على الإدارة الذاتية المتعلمة للسكري وعمليات التطويع والمقاومة وذلك من خلال تصنيف مجموعة من الخطط التي تعزز القدرة على التحمل لدى الأمريكيين ذوي الأصول الإفريقية، وتكونت العينة من (١٠٠) مريض بالنمط الثاني من السكرى، (٥٥) من الذكور و (٤٥) من الإناث، وتم تدريبهم على برنامج تعزيز الصمود القائم على الإدارة الذاتية، وعمل جلسات تدريبية لكل من أعضاء أسر المرضي ومقدمي الرعاية الصحية ولمسئولي دور العبادة التي يتردد عليها هؤلاء المرضى، وتوصلت نتائج الدراسة إلى الخطط التي تعزز الصمود تمثلت في القدرة على التعامل الفعلي مع القلق، والتعامل مع الحرمان بسبب المرض، وتحقيق التوازن بين العواقب السلبية والأمل، وأهمية المساندة الاجتماعية ومعالجة العواقب المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية.

كما أجرى " ديبرا " (Debra,2017) دراسة هدفت إلى معرفة دور خطط التعايش في تعزيز الصمود النفسي لدى البالغين المصابين بالسكري من النمط الأول، وتكونت العينة من (٦٦) مريضاً بالنمط الثاني من السكري في أعمار تراوحت ما بين (١٨-٣٠) سنة، وقد تم دراسة دور خطط التعايش الإيجابية المتمثلة في التفاؤل والمساندة الاجتماعية، وخطط التعايش السلبية المتمثلة في الهروب والتجنب، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط موجب ودال بين الصمود النفسي وكل من التفاؤل والمساندة الاجتماعية، في حين ارتبط الصمود النفسي ارتباط سالبة مع الهروب والتجنب.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

- ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الصمود النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي من بين الدراسات السابقة، على الرغم من أهمية سمة الصمود النفسي لدى هذه الفئة من المرضى في استعادة فاعليتهم النفسية وعودتهم لحالة الاتزان والتوافق.
- اختلفت الدراسات السابقة فيما بينها من حيث الهدف والعينة وحجمها والنتائج؛ وذلك تبعًا لاختلاف طبيعة الدراسة.
- إغفال غالبية الدراسات السابقة لتأثير المتغيرات الديموغرافية في مستوى الصمود النفسي.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

على الرغم من تميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة واختلافه عنهم من حيث المتغيرات، إلا أن هذا لا يقلل من قيمة الدراسات السابقة، فقد استفاد الباحث منها استفادة عظيمة من خلال الاطلاع على منهجية البحث وأدواته المتبعة في كل دراسة والاطلاع على الأدبيات المتعلقة بمتغيرات البحث الحالي والاطلاع على النتائج والمقترحات التي توصلت إليها تلك الدراسات في تحديد مشكلة البحث، وصياغة أسئلته، وتحديد أهدافه، وصياغة فروضه، وإعداد أدواته، وتحديد منهجه، وخطوات إجرائه، واختيار الأساليب الإحصائية المناسبة له، وفى تفسير نتائجه، كما استفاد الباحث أيضًا من الدراسات السابقة في صياغة وتنسيق وتنظيم الإطار النظري للبحث الحالي، كما كان للمفاهيم النظرية دورًا هامًا في إثراء الجانب النظري الخاص بالبحث الحالي، كذلك ساعدت الدراسات السابقة في بلورة اسم وخطة البحث للدراسة الحالية.

ما يميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة:

- يتميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة في أنه يعد البحث العربي الأول – وذلك في حدود علم الباحث– الذي اهتمت بدراسة الصمود النفسي لدى مرضى الفشل

الكلوي، والتحقق مما إذا كانت هناك فروق في مستوى الصمود النفسي وفقًا لمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي)، وقد اعتمدت هذا البحث على المنهج الوصفي المقارن.

- كما يتميز البحث الحالي بإعداد الباحث مقياس لتشخيص الصمود النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي.
- تقديم أطر نظرية ونتائج بحثية تساعد على بناء برنامج إثراء للصمود النفسي كوسيلة لمواجهة الضغوط والمحن التي تواجه مرضى الفشل الكلوي.
- تطرقت البحث الحالي إلى مرضى الفشل الكلوي بمحافظة قنا وهو ما لم يذهب إليه أحد من الباحثين السابقين.

فروض الدراسة:

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير الجنس (ذكور – إناث)؟

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة)؟

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي (منخفض – متوسط – مرتفع)؟

الإجراءات المنهجية للبحث:

منهج البحث:

يعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي المقارن لموائمته لأهداف وفروض الدراسة الحالية.

عينة البحث:

تم إجراء هذا البحث الحالي على عينة تكونت من مجموعة من مرضى الفشل الكلوي المترددين على مراكز الغسيل الكلوي بالمستشفيات الحكومية التالية (مستشفى قوص المركزي – مستشفى قفط المركزي – مستشفى الهلال بقنا)، وتكونت من (ن=١٤٠) مريضًا، منهم (٧٣) من الذكور و(٦٧) من الإناث، تراوحت أعمارهم من (١٨-٦٥) عاماً، بمتوسط عمري قدره (٤٥,١١) عامًا وانحراف معياري قدره (١٣,٦٥٣).

أدوات البحث:

١- قائمة البيانات الديموغرافية: من إعداد الباحث

قام الباحث بإعداد القائمة والتي تتضمن عددًا من البيانات الديموغرافية للمريض مثل:(الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي).

٢- مقياس الصمود النفسي: من إعداد الباحث

قام الباحث بإعداد مقياس الصمود النفسي لدى مرضى الفشل الكلوي حتى يتناسب مع حاجة هذه الفئة ومن ثم يتعين إعداد مقياس خاص بها. ويتكون هذا المقياس في صورته النهائية من (٣٦) بندًا يتوزعون عشوائياً على خمسة أبعاد هي: (بعد الكفاءة الشخصية أو الذاتية، بعد المرونة، بعد التفاؤل، بعد العزيمة والإرادة، بعد الإيمان بالله)، وتم صياغة عبارات المقياس بحيث تكون الإجابة عليها عن طريق التقرير الذاتي وفقاً لأربعة مستويات هي (لا تنطبق، تنطبق بدرجة قليلة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة) ويسير تقدير الدرجات على العبارات على النحو التالي (١، ٢، ٣، ٤)، وبذلك فإن الدرجة الكلية للمريض على المقياس تتراوح ما بين (٣٦ – ١٤٤) درجة.

الخصائص السيكومترية لمقياس الصمود النفسي:

تم حساب الصدق والثبات على عينة قومها(ن=١٠٠) مريضاً بالفشل الكلوي، منها (٥٣) من الذكور و(٤٧) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين (١٨- ٦٥) عامًا، بمتوسط عمري قدره (٤٥,٤٤) عامًا وانحراف معياري قدره (١٣,٤٥)، وقد سحبت العينة من مستشفى قوص المركزي ومستشفى قفط المركزي.

أولاً: ثبات المقياس.

تم الاعتماد على طريقتين للتحقق من ثبات المقياس وهي: ألفاكرونباخ، والقسمة النصفية، ويعرض الجدول (١) لهذه النتائج.

جدول (١)

م	أبعاد المقياس	ت ألفاكرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة جتمان
١-	بعد الكفاءة الشخصية أو الذاتية.	٠,٨٩٥	٠,٨٣٢
٢-	بعد المرونة.	٠,٩١٨	٠,٩٢٥
٣-	بعد التفاؤل.	٠,٩٥٦	٠,٩٣٠
٤-	بعد العزيمة والإرادة.	٠,٩٥٦	٠,٩٣٣
٥-	بعد الإيمان بالله.	٠,٩١٢	٠,٩٤١
المقيـــــاس الكلـــي		٠,٩٨٠	٠,٩٧٧

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات العام لمقياس الصمود النفسي وأبعاده مرتفع، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه

في التطبيق الميداني للبحث الحالي بحسب مقياس نانلي والذي اعتمد (٠,٧٠) كحد أدنى للثبات.

ثانياً: صدق المقياس.

تم الاعتماد على ثلاث طرق للتحقق من صدق المقياس وهي:

– صدق المحكمين: حيث تم عرضه في صورته الاولية على عدد (١٠) من الأساتذة المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس والقياس والتقويم، وفي ضوء توجيهات السادة المحكمين قام الباحث بما يلي: إعادة صياغة بعض العبارات في صورة مبسطة، تعديل العبارات بحيث تتضمن موقفاً واضحاً، فك العبارات المركبة، الاختصار في طول العبارات لكي تكون مناسبة لطبيعة حالة العينة التي سوف يطبق عليها.

– صدق المقارنة الطرفية: تم حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس الصمود النفسي وجاءت فقرات المقياس وابعاده دالة عند مستوى دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠٠٠).

– صدق المحك الخارجي: تم حساب صدق مقياس الصمود النفسي عن طريق حساب معامل الارتباط بين أداء عينة الدراسة الاستطلاعية(ن=١٠٠) على مقياس الصمود النفسي إعداد/ الباحث وأدائهم على مقياس الصمود النفسي إعداد/ كونور–ديفنسون(Conner–Davidson,2003) ترجمة عبد العزيز موسى محمد، وقد بلغ معامل الارتباط بين أداء العينة الاستطلاعية على الدرجة الكلية للمقياسين(٠,٩٠٦) وهو معامل ارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة(٠,٠١)، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

اعتمد الباحث في استخراج النتائج والتي سوف يتم عرضها فيما بعد على استخدام البرنامج الإحصائي(Spss Version 23) المعروفة باسم حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية للتحقق من صحة فروض البحث وتم استخدام الطرق والأساليب التالية:

١- اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق.

٢- تحليل التباين أحادي الاتجاه باستخدام تصميم عاملي (٣×١)، (٤×١).

٣- اختبار شيفيه للمقارنات البعدية.

نتائج البحث ومناقشتها:

الفرض الأول:

وينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقًا لمتغير الجنس (ذكور – إناث) ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار(ت) للعينات المستقلة للتعرف على الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة الذكور ومتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة الإناث على مقياس الصمود النفسي (الأبعاد والدرجة الكلية)، وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه تمت المعالجة الإحصائية بنظام(Spss) الإصدار (٢٣) وكانت النتائج كالتالي بالجدول (٢).

جدول (٢)

الصمود النفسي وأبعاده	الذكور (ن=٧٣)		الإناث(ن=٦٧)		قيمة(ت)	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
	م	ع	م	ع			
الكفاءة الشخصية	٢٠,٧٩	٤,٢٣٩	١٩,٧٥	٥,٠٦١	١,٣٣٢	٠,١٨٥	غير دال
المرونة	٢١,٨٨	٣,٢٤٠	٢٠,٤٠	٤,٨٥٦	٢,١٢٨	٠,٠٣٥	دال
التفاؤل	٢٠,٧٣	٥,٣٤٤	١٩,٣٧	٦,٣١٥	١,٣٧٢	٠,١٧٢	غير دال
العزيمة والإرادة	٢١,٢٥	٥,٦٩٨	١٩,٤٢	٥,٨١٣	١,٨٧٩	٠,٠٦٢	غير دال
الإيمان بالله	٢٩,٩٠	١,٩٣٨	٢٧,٤٣	٤,٥٦٧	٤,٢٢٨	٠,٠٠٠	دال
الدرجة الكلية	١١٤,٥٥	١٩,٠٠٤	١٠٦,٣٧	٢٤,٧٦٩	٢,٢٠١	٠,٠٢٩	دال

تفسيره:

يتضح من الجدول السابق أن هذا الفرض بوجه عام قد تحقق جزئياً، أي تم قبول الفرض الصفري في ثلاث حالات وقبول الفرض البديل في الثلاث حالات الأخرى، حيث أشارت نتائج هذا الفرض إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في أبعاد (الكفاءة الشخصية – التفاؤل – العزيمة والإرادة)؛ في حين توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في بعدي (المرونة– الإيمان بالله) وفي الدرجة الكلية للصمود النفسي لصالح الذكور.

ويفسر الباحث هذه النتيجة في ضوء ما سبق من الدراسات السابقة والإطار النظري حيث أن هذه النتيجة اتفقت مع نتيجة بعض الدراسات التي أشارت إلى ارتفاع

الصمود النفسي لدى الذكور عنه عند الإناث مثل دراسة " مومفورد وروز " (Mumford & Rose,2002)، ودراسة " كوبلاند " (Copeland,2007) والتي أوضحت نتائجها أن هناك فروقًا دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس الصمود النفسي لصالح الذكور. بينما اختلفت نتيجة هذا الفرض مع نتيجة دراسة " دينينغ " (Daining,2004)، ودراسة كل من " صن وستيوارت " (Sun & Stewart,2007) والتي توصلت نتائجها أن هناك فروقاً دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس الصمود النفسي لصالح الإناث.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن المجتمع المصري هو مجتمع من المجتمعات الشرقية العربية التي تعامل الذكور بأسلوب يختلف عن أسلوب معاملة الإناث إذ يعطي للذكور مساحة أكبر للقيام بنشاطات متعددة توفر لهم خبرة وأرضية صلبة ينطلقوا منها في بناء شخصية قوية وأكثر ملائمة وأكثر رباطة مما يعطي لهم فرصة أكبر لإعادة توازنهم النفسي بعد تعرضهم لمختلف الصدمات الحياتية موازنة بالإناث، كما أن الذكور لديهم القوة الداخلية التي تدفعهم إلي السعي والتماسك والإيثار أكثر من الإناث ولديهم القدرة على استعادة توازنهم بعد التعرض للمحن والصعاب.

الفرض الثاني:

وينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة) ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي في تصميم عاملي (٤×١) بين المجموعات الأربع للحالة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي (أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة) على مقياس الصمود النفسي (الأبعاد والدرجة الكلية)؛ وذلك لمعرفة مدى الفروق بينهم على مقياس الصمود النفسي (الأبعاد والدرجة الكلية). وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه

تمت المعالجة الإحصائية بنظام(Spss) الإصدار (٢٣) وكانت النتائج كالتالي بالجدول (٣).

جدول (٣).

الصمود النفسي وأبعاده	صدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
الكفاءة الشخصية	بين المجموعات	٥٠,٠٩٣	٢	١٦,٦٩٨	,٧٦٤٠	٠,٥١٦	غير دال
	ل المجموعات	٢٩٧٢,٩٠٠	١٢	٢١,٨٦٠			
	المجموع	٣٠٢٢,٩٩٣	١٢				
المرونة	بين المجموعات	٩٣,٦٤٥	٢	٣١,٢١٥	,٨٥٠١	٠,١٤١	غير دال
	داخل المجموعات	٢٢٩٤,٢٤١	١٢	١٦,٨٦٩			
	المجموع	٢٣٨٧,٨٨٦	١٢				
التفاؤل	بين المجموعات	٦٠,٦٨٨	٢	٢٠,٢٢٩	,٥٨٦٠	٠,٦٢٥	غير دال
	داخل المجموعات	٤٦٩١,٤٤٧	١٢	٣٤,٤٩٦			
	المجموع	٤٧٥٢,١٣٦	١٢				
العزيمة والإرادة	بين المجموعات	١٧٩,٣٤٩	٢	٥٩,٧٨٣	,٨٠٥١	٠,١٤٩	غير دال
	داخل المجموعات	٤٥٠٥,٣٣٦	١٢	٣٣,١٢٧			

الصمود النفسي وأبعاده	صدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
	المجموع	٤٦٨٤,٦٨٦	١٢				
الإيمان بالله	بين المجموعات	١١٢,٢٠٣	٢	٣٧,٤٠١	,٩١٠٢	٠,٠٣٧	دال
	داخل المجموعات	١٧٤٧,٩٣٢	١٢	١٢,٨٥٢			
	المجموع	١٨٦٠,١٣٦	١٢				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	١٣٢٦,٧٥٠	٢	٤٤,٢٥٠٢	,٨٩١٠	٠,٤٤٨	غير دال
	داخل المجموعات	٦٧٥٠,٦٧١١	١٢	٤٩,٣٣٦٦			
	المجموع	٦٨٨٢,٤٢١٨	١٢				

تفسيره:

يتضح من الجدول السابق أن هذا الفرض بوجه عام قد تحقق جزئيًا، أي تم قبول الفرض الصفري في خمس حالات وقبول الفرض البديل في حالة واحدة، حيث أشارت نتائج هذا الفرض إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعات الأربع للحالة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي(أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة) في الأبعاد التالية لمقياس الصمود النفسي(الكفاءة الشخصية – المرونة – التفاؤل – العزيمة والإرادة) وكذلك على الدرجة الكلية للمقياس، في حين توجد فروق

دالة إحصائيًا بين المجموعات الأربع للحالة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي(أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة) في بعد الإيمان بالله. ولتحديد اتجاه الفروق وبيان المجموعة التي أظهرت فرقًا دالاً إحصائيًا، قام الباحث باستخدام طريقة المقارنات البعدية باستخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين متوسطات درجات المجموعات الأربعة في بعد الإيمان بالله والذي يعرض جدول (٤) لنتائجه.

جدول (٤)

البعد أو المجال	مجموعات المقارنة		الفروق بين المتوسطات	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
الإيمان بالله	أعزب/عزباء	مطلق/مطلقة	١,٩٧٦	٠,٣٥٢	غير دال
		أرمل/أرملة	٠,٤٧٤	٠,٩٥٨	غير دال
	متزوج/متزوجة	أعزب/عزباء	٠,٨٦٠	٠,٧٨٢	غير دال
		مطلق/مطلقة	٢,٨٣٦	٠,٠٥٢	غير دال
		أرمل/أرملة	١,٣٣٦	٠,٣٦٥	غير دال

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعات المختلفة للحالة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي (أعزب/عزباء – متزوج/متزوجة – مطلق/مطلقة – أرمل/أرملة) في بعد الإيمان بالله، حيث جاءت القيمة الاحتمالية للفروق أكبر من (٠,٠٥) مما يعني أن متغير الحالة الاجتماعية ليس له تأثير جوهري على مجال الإيمان بالله لدي مرضى الفشل الكلوي.

ويفسر الباحث نتيجة هذا الفرض والتي تعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية في ضوء ما سبق من الدراسات السابقة والإطار النظري، حيث اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (أميرة يحيى صعدي،٢٠١٧)، ودراسة (عايدة شعبان صالح وياسرة محمد أيوب،٢٠١٤) والتي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في مستوى الصمود النفسي تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المرأة الأرملة غير المتزوجة من أخر.

ويرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية لأن الصمود النفسي سمة من سمات الشخصية تختلف من شخص لآخر كما لا تتأثر بالوضع والموقف والحالة الاجتماعية التي يعيشها الفرد، فمثلا المريض الأعزب قد يكون مستوى صموده النفسي أعلى من المريض المتزوج، حيث أن المريض المتزوج يكون لديه أعباء ومهام أكثر أو قد يكون العكس مما يعني أن الصمود النفسي سمة من سمات الشخصية قد لا تتأثر بالحالة الاجتماعية.

الفرض الثالث:

وينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقًا لمتغير المستوى الاقتصادي (منخفض – متوسط – مرتفع) ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي في تصميم عاملي (٣×١) بين المجموعات الثلاثة للمستوى الاقتصادي لمرضى الفشل الكلوي (منخفض – متوسط – مرتفع) على مقياس الصمود النفسي (الأبعاد والدرجة الكلية)؛ وذلك لمعرفة مدى الفروق بينهم على مقياس الصمود النفسي (الأبعاد والدرجة

الكلية). وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه تمت المعالجة الإحصائية بنظام(Spss) الإصدار (٢٣) وكانت النتائج كالتالي بالجدول (٥).

جدول (٥)

الصمود النفسي وأبعاده	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
الكفاءة الشخصية	بين المجموعات	١٩,٦٥٢	٢	٩,٨٢٦	٠,٤٤٨	٠,٦٤٠	غير دال
	داخل المجموعات	٣٠٠٣,٣٤١	١٣٧	٢١,٩٢٢			
	المجموع	٣٠٢٢,٩٩٣	١٣٩				
المرونة	بين المجموعات	٢,٥٢١	٢	١,٢٦١	٠,٠٧٢	٠,٩٣٠	غير دال
	داخل المجموعات	٢٣٨٥,٣٦٤	١٣٧	١٧,٤١١			
	المجموع	٢٣٨٧,٨٨٦	١٣٩				
التفاؤل	بين المجموعات	٣٠,٩٠٤	٢	١٥,٤٥٢	٠,٤٤٨	٠,٦٤٠	غير دال
	داخل المجموعات	٤٧٢١,٢٣٢	١٣٧	٣٤,٤٦٢			

الصمود النفسي وأبعاده	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
	المجموع	٤٧٥٢,١٣٦	١٣٩				
العزيمة والإرادة	بين المجموعات	١٣,٩٧٩	٢	٦,٩٨٩	٠,٢٠٥	٠,٨١٥	غير دال
	داخل المجموعات	٤٦٧٠,٧٠٧	١٣٧	٣٤,٠٩٣			
	المجموع	٤٦٨٤,٦٨٦	١٣٩				
الإيمان بالله	بين المجموعات	٠,٠٥٠	٢	٠,٠٢٥	٠,٠٠٢	٠,٩٩٨	غير دال
	داخل المجموعات	١٨٦٠,٠٨٥	١٣٧	١٣,٥٧٧			
	المجموع	١٨٦٠,١٣٦	١٣٩				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	٤٦,٤٧٤	٢	٢٣,٢٣٧	٠,٠٤٦	٠,٩٥٥	غير دال
	داخل المجموعات	٦٨٧٨١,٩٤٨	١٣٧	٥٠٢,٠٥٨			
	المجموع	٦٨٨٢٨,٤٢١	١٣٩				

تفسيره:

يتضح من الجدول السابق أن هذا الفرض بوجه عام قد تحقق كليًا، أي تم قبول الفرض الصفري في كل حالات ورفض الفرض البديل، حيث أشارت نتائج هذا الفرض إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاثة للمستوى الاقتصادي لمرضى الفشل الكلوي (منخفض – متوسط – مرتفع) في أبعاد مقياس الصمود النفسي (الكفاءة الشخصية – المرونة – التفاؤل – العزيمة والإرادة– الإيمان بالله) وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس.

– ويفسر الباحث نتيجة هذا الفرض والتي تعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصمود النفسي وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي في ضوء ما سبق من الدراسات السابقة والإطار النظري، حيث اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (عايدة شعبان صالح وياسرة محمد أيوب،٢٠١٤)، ودراسة (أميرة يحيى صعدي،٢٠١٧) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصمود النفسي تعزي لمتغير المستوى الاقتصادي. بينما اختلفت نتيجة هذا الفرض مع نتيجة دراسة (وفاء محمد عبد الجواد وعزة خليل عبد الفتاح،٢٠١٣) والتي أشارت إلى وجود تأثير دال إحصائيًا للمستوى الاقتصادي في تباين الدرجات التي حصلن عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس الصمود النفسي، وأن الأفراد الذين يمتلكن دخلاً كافياً قد يحسن هذا من قدرتهن على التواؤم والتكيف.

ويرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية لأن الصمود النفسي سمة من سمات الشخصية تختلف من شخص لآخر كما لا تتأثر بالوضع والموقف والحالة الاقتصادية التي يعيشها الفرد، فقد يكون الوضع الاقتصادي الذي يمرون به المرضى منخفض أو

مرير في ظل ظروفهم المرضية التي يعشونها إلا أن عزيمتهم لا تفتر في ظل الأزمات والمواقف الضاغطة، ولديهم القدرة على مواجهة ظروف الحياة الصعبة، ويحاولون تسهيل مهام حياتهم، ويتكيفون مع أحداث الحياة الطارئة بصبر وهدوء لاعتقادهم بأن الله خالق الأقدار سيساعدهم، ويؤمنون أن الابتلاء خير من الله. كل هذا يعزز الصمود النفسي لديهم، وأيضاً تكفل الدولة بجلسات الغسيل وببعض الأدوية وإتاحتها محاني للمرضى، وكذلك حصول المرضى على المساعدات والإعانات من المؤسسات الخاصة بالشؤون الاجتماعية بدون تميز كل ذلك يخفف من أعبائهم وقد يؤدي إلى عدم وجود فروق في المستوى الاقتصادي لديهم.

توصيات البحث:

في ضوء نتائج البحث الحالي وتفسيراتها يوصي الباحث بما يلي:

١- تقديم التثقيف الصحي لمرضى الفشل الكلوي من خلال عقد الندوات والاجتماعات والبرامج التليفزيونية.

٢- ضرورة تقديم الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي.

٣- توعية الأسرة بدورها الكبير في التكفل بمريض الفشل الكلوي وضرورة تقديم الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية له.

٤- الاهتمام بالدراسات والبحوث في مجال علم النفس الإيجابي ومفاهيمه المتعددة مثل الصمود النفسي وجودة الحياة والهناء النفسي.

مراجع البحث

أولاً: المراجع العربية:

أكتم بيك (١٩٨٨). *الإسعافات الأولية في أمراض الجهاز البولي والتناسلي*. دمشق: دار المعرفة.

أمال بورقبة (٢٠٠٠). *الكلي من الوظيفة إلى الأمل في الحياة*. الجزائر: دار النساء.

أميرة يحيى صعدي (٢٠١٧). *الصمود النفسي وعلاقته بالسعادة لدى المدمنات وغير المدمنات " دراسة تنبؤيه مقارنة* ". رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

حواء إبراهيم أحمد (٢٠١٦). الصمود النفسي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى المراهقين. مصر، *مجلة البحث العلمي في التربية*، (١٧)١، ٤٨٩-٥٠٤.

ديفيدسون (٢٠٠٥). *أمراض الكلية والجهاز التناسلي*. ترجمة: محمد عبد الرحمان العينية، دمشق: دار القدس للعلوم والطباعة.

سحر فاروق علام (٢٠١٣). الصمود النفسي وعلاقته بالتماسك الأسري لدى عينة من طالبات كلية البنات جامعة عين شمس. مصر، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (٣٦)، ١٠٩-١٥٤.

سهام عبد الغفار عليوة (٢٠١٧). فعالية برنامج إرشادي لتنمية الشفقة بالذات وتحسين الصمود النفسي لدى طلاب الجامعة. جامعة طنطا، *مجلة كلية التربية*، (٦٨)٤، ١١٤- ١٨٣.

صفاء الأعسر (٢٠١٠). الصمود من منظور علم النفس الإيجابي. *الجمعية المصرية للدراسات النفسية*، العدد (٧٧)، ١١- ٦٦.

عايدة شعبان صالح وياسرة محمد أيوب (٢٠١٤). *الصمود النفسي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة لدى النساء الأرامل بقطاع غزة*. دراسة علمية، قسم الصحة النفسية، جامعة الأقصى.

عبد الكريم عمر السويداء (٢٠١٠). المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي. المملكة العربية السعودية، الرياض: وهج الحياة للنشر والتوزيع.

غالب رضوان ذياب مقداد (٢٠١٥). *قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات*. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.

محمد رزق البحيري (٢٠١١). تباين الصمود النفسي بتباين بعض المتغيرات لدى عينة من الأيتام بطيئي التعلم. المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد٢١(٧٠)،٤٨٠- ٥٢٥.

وفاء محمد عبد الجواد وعزة خليل عبد الفتاح (٢٠١٣). الصمود النفسي وعلاقته بطيب الحال لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي، *مجلة الإرشاد النفسي*، العدد (٣٦)، ٢٧٣- ٣٣٢.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

American Psychological Association (2003): *The Road to resilience Bethesda,* Md. Discovery Communications, Inc.

American Psychological Association (2015). *The Road to Resilience Bethesda, (Unpublished Master Dissertation), Washington*. Dc: American Psychological Association, retrieved from http://WWW.APA.ORG/ help center road - resilience .aspx.

Bayat. M. (2007). Evidence of resilience in families of children with Autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(9), 702- 714.

Bradshaw, B; Richardson, G; kumpfer, K; Carlson, J & Stanchfield, J (2007). Determining The Efficacy of A Resiliency Training Approach in Adults with Type 2 Diabetes, The Diabetes Educator, 33(4), 650 - 659 .

Bradshaw, B; Richardson, G. & Kulkarni, K. (2007). Thriving With Diabetes: An Introduction to The Resiliency Approach for Diabetes Educators, Diabetes educator , 33, (4), 643-659.Brooks. R. & Goldstein, S. (2004). *The power of resilience: Achieving balance, confidence, and personal strength in your life.* New York: Me Craw-Hill.

Brown, S; Dubois, S; Lehrer, M.& Steinhardt, M. (2017). Resilience - based Diabetes Self-Management Education: Perspectives from African American Participants, Community Leaders, and Healthcare Providers, *The Diabetes Educator*, 43(4), 205 – 217.

Copeland, P. (2007). Factors related to resilience in teachers and adolescents exposed to Oklahoma City bombing, *Dissertation Abstracts international*: section B: The Sciences and Engineering, 67, (7-B), 4100.

Coutu, D. (2002). How resilience *works. Harvard business review*, 80(5), 46 -56.

Daining C. (2004). *Resilience of African American youth in transition from out of home care to adulthood.* Unpublished ph.D . University of Maryland Baltimore.

Debra, M. (2017). *Resilience and Coping in the Adolescent and Young Adult with Type 1 Diabetes*, (Unpublished Doctoral Dissertation), USA, Seton Hall University, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

Gianesini, G. (2011). Resilience as a relational construct: theoretical and empirical evidences., Ph. D dissertation. Department of Applied Psychology.

John, A. (2012). Stress among mothers of children with intellectual disabilities in urban India: role of gender and maternal coping. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(4), 372-382.

Mamerow, M. (2008). Biopsychosocial Outcome of Resilience and Diabetes Self - Management Education Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes, (Unpublished Doctoral Dissertation), USA, The University of Taxas, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56, 227 – 238.

Mumford, T. & Rose, K. (2002). Psychosocial resilience in rural adolescents: Optimism, Perceived social support and gender differences. *Dissertation Abstracts International*: Section B: The Sciences and Engineering, 63 (1-B), 183.

Richardson, G. E. (2002). The met theory of resilience, London: *Journal of clinical psychology*, (58), 22- 41.

Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M, L., Chaudlen. I., (2012). Measuring Resilience in adult Women Using the 10 Items Canner - Davidson Resilience scale (CD-RISC). Role of Trauma Exposure and Anxiety Disorders, *Public Library of Science*, 7(6), 1-7.

Sun, J. & Stewart, D. (2007). Age and gender effects on resilience in children and adolescents, *The International Journal of Mental Health Promotion*, 9, 4, 16-25.

Wicks, C.R. (2005). *Resilience: An integrative frame work for measurement*, Ph D, Loma Linda University.

Yi, j. (2006). Exploring trait resilience in association with mental and physical health, (Unpublished Doctoral Dissertation), USA, University of Washington, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

Psychological Resilience in light of some Demographic Variables among renal failure patients

Abstract

The current research aimed at verify whether there are differences in the level of Psychological Resilience according to some Demographic variables: Gender (male-female), Marital status (single/single – married/married – divorced/divorced – widow/widowed), Economic level (low – medium – high). The research sample consists of (140) patients distributed on some Demographic variables their age rangs from (18 - 65) years, average age (45.11) years and a standred deviation of (13.65), The researcher used the psychological resilience scale prepared by the researcher.

The results of research resulted in:There are no statistically difference between the mean scores of male and the mean score of females in the following dimensions of the psychological Resilience scale (personal competence – optimism – determination and well).While there are statistically differences between the mean scores of male and female average scores in two dimensions of psychological Resilience (flexibility - belief in God) and in the total score of the scale and the differences were in the direction of males compared to female. Also the results of the study resulted in the absence of statistically significant differences between the means scores of Renal Failure Patients on the psychological Resilience scale and, its dimentions according to (Marital status - Economic level).

Keywords: psychological Resilience - Renal Failure - Demographic Variables