

الفروق بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة  
من مرضى الغسيل الكلوي طبقاً لبعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية

Differences in Cognitive Flexibility, Sleep Quality, and Post-Traumatic Growth Among  
a Sample of Hemodialysis Patients According to Demographic and Clinical Variables

سارة طه عبد الوهاب عوض هناء أحمد محمد شويخ\* أحمد محمد راشد هلال  
كلية الآداب . جامعة الفيوم كلية الآداب- جامعة الفيوم  
sarataha2712@gmail.com Has11@fayoum.edu.eg  
amr14@fayoum.edu.eg

تاريخ القبول : 2025/04/30

تاريخ الاستلام: 2025/03/24

الملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة دلالة الفروق بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي في ضوء المتغيرات الديموغرافية (النوع، العمر، المستوى الدراسي، المستوى الاجتماعي، الحالة المهنية، محل الإقامة، مدة الغسيل الكلوي) لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي. وقد اشتملت العينة من 100 مريض (57 من الذكور، و43 من الإناث) من مرضى الفشل الكلوي، وتراوح أعمارهم ما بين (20 إلى 50 سنة)، بمتوسط عمري 37.62 وانحراف معياري 8.09 سنة. وقد جاءت العينة كلها من المرضى ممن يُعالجون بالغسيل الكلوي عن طريق الدم. وأسفرت نتائج الدراسة الراهنة على أن الذكور سجلوا درجات أعلى بشكلٍ دالٍ إحصائيًا في المرونة المعرفية مقارنة بالإناث، في حين لم تظهر فروق دالة بين الجنسين في جودة النوم ونمو ما بعد الصدمة. كما تفوقت الفئة العمرية الأكبر من 35 عامًا في درجات المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة مقارنة بالفئة الأصغر سنًا، بينما لم تظهر فروق دالة بين الفئتين العمريتين في جودة النوم. وفيما يخص متغير الحالة المهنية، سجل المرضى العاملون درجات أعلى في المرونة المعرفية مقارنة بغير العاملين، في حين لم تظهر فروق دالة بين المجموعتين في جودة النوم ونمو ما بعد الصدمة.

الكلمات المفتاحية: المرونة المعرفية، جودة النوم، نمو ما بعد الصدمة، الفشل الكلوي.

**Abstract:**

The current study aims to identify the the significance of differences in cognitive flexibility, sleep quality, and post-traumatic growth among renal dialysis patients based on demographic variables (gender, age, educational level, socioeconomic status, employment status, place of residence, and duration of dialysis). The sample consisted of 100 patients (57 males and 43 females) with renal failure, aged between 20 and 50 years (mean age = 37.62, SD = 8.09). The results showed that males scored significantly higher in cognitive flexibility compared to females, while no significant gender differences were observed in sleep quality or post-traumatic growth. Additionally, participants aged over 35 scored higher in cognitive flexibility and post-traumatic growth than younger participants, though no significant age-related differences were found in sleep quality.

**Keywords:** Cognitive flexibility, sleep quality, post-traumatic growth, renal failure.

## مقدمة:

يُعَدُّ مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة ذات الانتشار الواسع في جميع الدول. ومن ثمَّ يتسبَّب هذا المرض في مضاعفات ذات خطورة عالية، مما يُحْتَمُّ على المريض وأسرته مواجهة تحديات نفسية واقتصادية واجتماعية، بالإضافة إلى اليأس والخوف من الموت الذي يعاني منه المريض. كما يتعرض الفرد المصاب بالفشل الكلوي لآثار ومشكلات متعددة في حياته، حيث تتجلى هذه الآثار في تجاربه اليومية التي يتخللها بعض المشاعر السلبية مثل: الشعور بالتعب المستمر والإرهاق، وإيجاد صعوبة في الحركة بشكل طبيعي، مما يرافقه دوار ودوخة وغثيان. بالإضافة إلى المشكلات النفسية مثل الخوف والاكتئاب وانخفاض الروح المعنوية، فضلاً على الشعور بالعجز. من الناحية الاجتماعية، يعاني المريض من اضطراب في علاقاته مع الآخرين وتراجع في مستوى تفاعلاته الاجتماعية كما تنعكس نتائج ذلك المرض أيضاً على الآثار الاقتصادية حتى ينخفض مستوى الدخل وتثقل الأعباء المادية، خاصة مع زيادة النفقات على العلاج في ظل ارتفاع الأسعار بصورة مبالغه تفوق مستوى دخل الفرد المتوسط. فيتربط على هذه الآثار الاقتصادية تحديات اقتصادية إضافية على المريض وأسرته (إدريس، 2015، ص39؛ رشوان، 2008، ص947) تُشير تقارير منظمة الصحة العالمية لعام (2019) إلى انتشار مرض الفشل الكلوي حول العالم، حيث يعاني منه 294 فرداً من كل مليون نسمة عالمياً. أما في مصر، فإن عدد المصابين بمرض الفشل الكلوي المزمن في مستشفيات قطاع الطب العلاجي بوزارة الصحة بلغ 22,355 مريضاً، بينما بلغ العدد الإجمالي لجميع المرضى المسجلين في وزارة الصحة، بما في ذلك التأمين الصحي والهيئات الطبية والمستشفيات العامة 460,000 مريض. يقدر أن هناك حوالي 277,000 مريض آخر ينتظرون للحصول على العلاج. والجدير بالذكر، أن المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن ويخضعون لجلسات الغسيل الكلوي يواجهون تحديات نفسية واقتصادية واجتماعية؛ للتكيف مع هذه التحديات، حيث يلعب مفهوم المرونة المعرفية دوراً حيوياً، وذلك لأن المرونة المعرفية تتمثل في القدرة على استيعاب وتكييف العقل مع المعلومات الجديدة، وهي أساسية لفهم وتحليل التأثيرات النفسية والاقتصادية والاجتماعية لحالات الفشل الكلوي، ومن ثمَّ تطور المرونة المعرفية وتعزيز التكيف مع الظروف البيئية الجديدة، مما يساهم في تحسين الصحة النفسية والرفاهية الاجتماعية للمريض (Rose, 2011, P12).

## مشكلة الدراسة:

تُعَدُّ الأمراض الكلوية واحدة من الأمراض المزمنة الأكثر انتشاراً، حيث إن المرض الكلوي المزمن مرض يؤثر على الكليتين، بجانب أنه من الحالات الخطيرة؛ حيث يتدهور أداء هذا العضو بشكل

تدريجي ويمكن أن يستمر لعدة شهور أو سنوات حتى يصل إلى مرحلة الفشل الكلوي النهائي، مما يؤثر على الوظائف الحيوية، والتنفيذية والمعرفية، مما يجعل هذه الفئة تعاني من اضطرابات نوم فيختل توازن حياتهم، ناهيك عن الصدمة والشعور بالإنكار النفسي الناتج عن هذه الحالة المستعصي شفاؤها، ومن ثمَّ يحتاج المريض في هذه المرحلة إما إلى جلسات غسيل كلوي دورية وإما زرع كلية، وهو إجراء مكلف اقتصاديًا.

وبناءً على ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤلين الآتيين:

1- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي في ضوء المتغيرات الديموغرافية (النوع، العمر، المستوى الدراسي، المستوى الاجتماعي، والحالة المهنية، مدة الغسيل الكلوي)؟

أهداف الدراسة:

(1) محاولة تفسير العلاقة بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الغسيل الكلوي.

(2) محاولة إبراز دور المتغيرات الإيجابية، كنمو ما بعد الصدمة، لما لها من دور إيجابي في التصدي للصدمة النفسية والحياتية، والتي من شأنها أن تعرقل سير حياة الأفراد بشكل عام، ومرضى الأمراض المزمنة والفشل الكلوي بشكل خاص.

(3) دراسة الفشل الكلوي كواحدة من الأمراض المزمنة الأكثر انتشارًا، وخضوع المريض للغسيل الكلوي كأنها صدمة نفسية لها تبعات وآثار مترتبة عليها.

(4) محاولة سد الفجوة الموجودة بين التراث عامة والتراث العربي خاصة حول العلاقة بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الغسيل الكلوي.

(5) الكشف عن الإسهام النسبي لكلٍّ من المرونة المعرفية وجودة النوم في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الغسيل الكلوي.

(6) كما اتضح في أثناء البحث أن هناك ندرة في الدراسات العربية والمجتمع المصري على وجه التحديد -وهذا في حدود علم الباحثة- التي تناولت العلاقة بين المرونة المعرفية، وجودة النوم، ونمو ما بعد الصدمة لدى هذه العينة، حيث تحاول الدراسة الحالية إثراء التراث في العلاقات بين متغيرات الدراسة.

## أهمية الدراسة:

- (1) تتمثل الأهمية النظرية للدراسة الحالية في أنها تتناول موضوعات متنوعة وهي: المرونة المعرفية، وجودة النوم، ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الغسيل الكلوي.
- (2) تقديم أفضل رعاية لهؤلاء المرضى، ولتخفيف شدة الموقف الصدمي كون هذا الموقف هو الإصابة بالفشل الكلوي.
- (3) إعداد البرامج الإرشادية العلاجية والوقائية من خلال نتائج الدراسة الحالية لتجنب آثارها السلبية على صحة الإنسان مثل الأمراض المزمنة المرتبطة بالفشل الكلوي .
- (4) التوصل إلى مجموعة من التوصيات التي تفيد في إرشاد الدراسات التطبيقية المستقبلية في مجال الفشل الكلوي المزمن.

## مفاهيم الدراسة:

### 1- المرونة المعرفية:

تمت دراسة المرونة المعرفية بشكل علمي كمتغير معرفي في عام (1988) حيث وُجِدَ أن الأطفال هم الأكثر عرضة لمواجهة الحالات التي تستوجب أن يستجيبوا بمرونة مع المواقف، والتكيف طوعاً في تصرفاتهم مع التغيرات التي تحدث في البيئة؛ لذلك يكتسب الأطفال المرونة المعرفية أو يطورونها (من خلال: محسن والسماوي، 2018، ص299). ومنذ ذلك الحين، استقطب مفهوم المرونة المعرفية اهتمام الباحثين والدارسين في مجالات علم النفس المعرفي والعصبي والاجتماعي وعلم النفس الشخصي، انطلاقاً من هذه الوظيفة، مما أدى إلى عَدِّ المرونة المعرفية عنصراً أساسياً لبعض العوامل التي تتمثل في أساليب التفكير، وعمليات التكيف، وسمات الشخصية المتغيرة، وعمليات التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، هذا الذي جعل أغلب الباحثين يصفونه وفقاً للمجال النمائي (الارتقائي). على سبيل المثال، المرونة العصبية والمرونة الانفعالية والمرونة الاجتماعية، والمرونة الشخصية (بشارة، 2020، ص314). ولذلك فإن المرونة المعرفية، في أبسط معانيها، هي قدرة الفرد على تَبَيُّ وتغيير الاستراتيجيات المعرفية في حل المشكلات المختلفة التي يواجهها خلال الحياة.

وتُعرفها الباحثة بأنها: عبارة عن قدرة عقلية معرفية، وإحدى الوظائف التنفيذية العليا، التي تعمل على تهيئة العقل، والقدرة على استنتاج واستنباط الحلول الممكنة، التي تتولد نتيجة للتعرض لأزمة أو ضائقة ما، فتنبثق هذه المهارة من خلال إيجاد نقطة التقاء بين التمثيلات المعرفية، والخبرات الحياتية المنصرمة، وبين تلك الأخرى الحالية، ومحاولة الربط بينهما، فتلك التمثيلات هي التي تُساهم في إيجاد حلول منطقية ومناسبة للمشكلات التي يصعب على الفرد إيجاد حلول لها.

## النماذج النظرية المفسرة للمرونة المعرفية:

### 1- نموذج Dillon & Vineyard:

يعتمد هذا النموذج على تفكيك جوانب المرونة المعرفية التي يتم الخلط بينها وبين الجوانب الأخرى المعرفية، هذا وقد قسّم هذا النموذج المرونة المعرفية إلى ثلاث مُكوّنات، هي: أ) (الترميز المرن) وهو يشير إلى قدرة الأفراد على ترميز كل مُثير باستخدام العديد من التعريفات المتنوعة. ب) (التجميع المرن) ويتأتى هذا المكوّن من خلال استخدام الاستقراء والذي يتم من خلال تجميع العناصر المتوفرة التي تُعرف بـ "التكنيكات" حتى نصل إلى الحل المناسب للمشكلة. ج) (المقارنة المرنة) وبالحديث عن هذا المكوّن فقد جاء ليطور قدرة المُعلمين على تغيير الحلول التكنيكية، كما تُحدِث تغييرات في المهمات، وذلك مرورًا بمُقارنة عناصر الحل المتوفرة بأنماط أخرى، وصولاً للحل المناسب. (Vineyard, 1999, P6 & Dillon).

### 2- نموذج مارتن وروبن Martin & Rubin:

يفترض هذا النموذج وجود ثلاث مكوّنات للمرونة المعرفية والتي تشتمل على: أ) اعتراف الفرد بتوافر بدائل مُختلفة كالاستناد إلى العمليات المعرفية ذات الطابع الاجتماعي. ب) قدرة الفرد. ج) استعداده للتكيف مع البيئة المُتغيرة التي تعتمد على الدافعية الداخلية والحالة الشعورية للفرد التي تؤهله للشعور بالثقة بالنفس، والتي تعمل على تأهيل الفرد للتصرف بسلوك يتلاءم مع المواقف الحديثة (بشارة، 2020، ص 315).

### 3- نموذج فيور (Model Furr):

لقد أكد فيور (furr) في هذا النموذج أن (المرونة المعرفية) تتكون من ثلاث مُكوّنات أساسية مهمة، كما أن التفاعل بينها هو ما يُشكّل في الأساس جوهر المرونة المعرفية، وتلك المُكوّنات تتمثل في: (التنوع المعرفي)، ويُقصد بها تقديم التنوع والاختلاف في المعارف وفي وجهات النظر العقلية. وثاني تلك المُكوّنات هو (الجِدّة المعرفية)، ومقصود بها عرض وتقديم كل المؤثرات الخارجية التي لها صلة بالمعارف المُقدّمة بل والمعارف الجديدة. أما بالحديث عن ثالث المُكوّنات فهو (التشكيل المعرفي) ويعني القدرة على تقديم المعارف التي يمتلكها الفرد وإعادة هيكلتها بشكل مُختلف. (furr, 2010, P25).

### 4- نموذج دينس وفاندرول (Dennis & Vander):

قدّم النموذج ثلاثة جوانب للمرونة المعرفية، هي: أ) الميل إلى مواجهة المواقف الصعبة على أنها قابلة للسيطرة والتحكم؛ أي إن المواقف الصعبة قابلة للحل. ب) القدرة على إدراك البدائل المُتعددة بمعنى أن الأفراد الذين يتسمون بقدر عالٍ من المرونة لديهم قدرة أكبر من الأشخاص الآخرين على

توليد بدائل لحل المشكلات الصعبة التي تتسم بالحدثة. ج) القدرة على إيجاد حلول مُتعددة للموقف، كما أَكَّدَ (دينس) أن الأفراد الذين يتمتعون بمرونة عالية هم أكثر عُرضة للتفاعل التَّكْيُفي والتعايش، كاستجابة لمواقف الحياة المختلفة، أما الأشخاص الذين لا يمتلكون مرونة عالية، والذين يفتقرون لتلك المهارة في المجالات الثلاثة قد يكونون أكثر عُرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية (Dennis & Vander, 2010, P242).

## 2- جودة النوم sleep quality:

يُعدّ مفهوم "جودة النوم" حديثاً نسبياً في البحوث والدراسات الحالية. فقد تم التركيز على استكشاف اضطرابات النوم ومشكلاته، التي قد تكون جزءاً من اضطرابات نفسية مختلفة. هذه الدراسات أدت إلى ظهور تصنيفات مُتعددة مثل: الأرق، ومدة النوم، ومشاكل بداية النوم. ويُظهر هذا التنوع في الدراسات أن هذه التسميات لا تُعبر تلقائياً عن جودة النوم بشكل مباشر. بدلاً من ذلك، تعكس هذه المفاهيم مشكلة فردية ضمن مشاكل النوم. يمكن أن تكون جودة النوم نتاجاً لتوازن هذه العوامل والعناصر التي تُحدد كيفية اعتبار الشخص لنومه، وكيفية تأثيره على حالته العامة وصحته (الطنطاوي، 2022، ص21).

كما تُعرفها شويخ (2020) بأنها: "خلو النوم من أي صعوبات يتعرض لها الفرد أثناء نومه، وقد تكون هذه الصعوبات في شكل اضطرابات إيقاع النوم، أي اختلال في النوم الذي ينتج عن وقوع أحداث بارزة وقوية، أو قد تكون أولية أو ثانوية، كما يتسم هذا النوم بخلوه من بعض الاضطرابات، مثل: قلة النوم، والكوابيس الليلية، والأرق، وصعوبة في النوم، وعدم كفاية النوم، والفرع الليلي، وغفوات الليل". (ص340).

## ومن النظريات المُفسِّرة لجودة النوم:

### (النظرية الأيضية للنوم = نظرية التخليق) Sleep Metabolic Theory:

انتهت هذه النظرية إلى أن النوم يُعدّ عملية حيوية لجسم الإنسان ولوظائفه الحيوية والعقلية. يُساهم النوم في إصلاح الأنسجة واستعادة الطاقة التي يفقدها الجسم في أثناء النهار. خلال فترة النوم، تحدث العديد من العمليات الفسيولوجية التي تساعد في تجديد الخلايا والنمو. من الجوانب البيولوجية، يزيد إفراز هرمون النمو خلال فترات النوم العميق، ويُعدّ ذلك جزءاً أساسياً من عملية النمو والتجديد في الجسم.

هذا الهرمون يلعب دوراً مُهمّاً في إصلاح الأنسجة ونمو العضلات والأعضاء، ويُساهم أيضاً في تعزيز الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، يرتبط النوم بتنظيم هرمون (الكورتيزول)، الذي يعمل على

التحكم في مستويات الإجهاد في الجسم. خلال النوم تنخفض مستوياته، مما يساعد في تقليل مستويات الإجهاد وتحفيز الاسترخاء. ووفقًا لهذه النظرية: عمليات النوم والاسترخاء تلعب دورًا هامًا في تجديد الطاقة واستعادة القدرة العقلية. كما تحظى فترة النوم بأهمية كبيرة في الحفاظ على الصحة العقلية والجسدية، ومن ثمَّ تُسهم في توازن وظائف الجسم والعمليات العقلية (Benington & Heller, 1995, p347-348).

### 3- نمو ما بعد الصدمة Post-traumatic growth:

أضاف علم النفس الإيجابي فكرة أن هناك مكاسب شخصية يمكن العثور عليها في المعاناة. فمن الممكن أن تمثل الأحداث الضاغطة والصادمة تغيرات نفسية إيجابية، وهي ما تم بروزه في ظاهرة "النمو المرتبط بالشدائد أو ما يُعرف بعد ذلك في التراث بنمو ما بعد الصدمة". وتتضمن هذه المكاسب ما يلي: زيادة الوعي بالذات وفهم الذات بشكل أفضل، وزيادة التعاطف والرحمة تجاه الآخرين (خطاب ومحمد، 2021، ص 321). والمقصود بـ (نمو ما بعد الصدمة) "التغيرات الإيجابية والنفسية التي تحدث لدى الأشخاص الذين تعرضوا لصدمات صعبة. ويمكن أن يتضمن هذا التغيرات في الوعي بالذات، والتعاطف مع الآخرين، وتقدير الحياة، وتطوير مهارات جديدة". (معتوق، 2021، ص 75).

### النماذج المُفسِّرة لنمو ما بعد الصدمة:

نظرية تيدسكي وكالهن (Tedeschi & Calhoun (1996)، التي تم عرضها لأول مرة كنموذج وصفي، تركز على النمو النفسي الذي يحدث للأفراد بعد تجارب الصدمات. في البداية، كانت هذه النظرية تقديمًا لنموذج وصفي يوضح استجابة الأفراد للصدمات. بعد ذلك، تطورت هذه النظرية لتصبح نظرية، وتهتم بالتغيرات الإيجابية التي تنشأ بعد تجربة الصدمة. تركز النظرية على النمو الشخصي الإيجابي الناتج عن التحديات والصدمات التي يتعرض لها الفرد. يشير كل منهما إلى العوامل المعرفية كواحدة من العوامل الرئيسية في حدوث التغيرات بعد الصدمات. بعد الصدمة، تحدث عملية التعافي التي تتضمن عدة تغيرات تتعلق بالتفكير والاستجابة النفسية للضغوط والتحديات. يتعامل الفرد مع هذه الضغوط عبر مواجهتها وكشف نقاط القوة والضعف وقبول الدعم الاجتماعي لتحقيق الاستقرار النفسي (قاسم، 2023، ص 20).

### 4- الغسيل الكلوي dialysis:

أمراض الكلى المزمنة تُعدّ مشكلة صحية شائعة وواسعة الانتشار على مستوى العالم. وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، فإن الأمراض المرتبطة بالكلى والمسالك البولية تسبب حوالي 850,000 حالة وفاة سنويًا وأكثر من 115 مليون حالة إعاقة على مستوى العالم. وتُصنف أمراض الكلى على أنها

السبب الثاني عشر للوفاة والسبب السابع عشر للإعاقة. بيانات منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن انتشار الفشل الكلوي عالميًا قد بلغ مُعدلاً يُقدَّر بـ 282 حالة لكل مليون نسمة. وفي منطقة الشرق الأوسط، يبلغ العدد الإجمالي لمرضى الفشل الكلوي حوالي 100,000 مريض، ومُعدل انتشار الإصابة بهذا المرض يصل إلى 430 مريضًا لكل مليون نسمة (Bopaeda & Ahmed, 2021, p10-11).

أمراض الكلى المزمنة هي حالة صحية تتميز بفقدان لوظائف الكلى لا رجعة فيه عندما يتم تدمير أكثر من 95٪ من نسيج الكلية لأسباب مُتعددة يمكن أن تُصيب جميع الفئات العمرية، ولكن تُشير الإحصائيات إلى تركزها بين الأعمار من 30 إلى 62 عامًا. تُعزى هذه الحالة إلى انخفاض في عملية الترشيح الكبيبي الذي ينجم عن مجموعة مُتنوعة من الأمراض مثل اعتلال الكلية الناجم عن مرض السكري، وارتفاع ضغط الدم، والتهاب الكبيبات الكلوية، والأمراض الوراثية والخلقية المتعلقة بالكلية. يتطلب العلاج البديل والدائم لأمراض الكلى مثل الخضوع لجلسات الغسيل الكلوي أو زرع الكلية لمنع حدوث حالة اليوريميا التي تُشكل تهديدًا لحياة الفرد (Eslami et al., 2014, p1).

وعملية الغسيل الكلوي، وهي إجراء طبي يستخدم لتصفية الدم من الفضلات والسموم وذلك عندما تكون الكلى غير قادرة على القيام بذلك بشكل طبيعي. يتم تنفيذ هذا الإجراء عادة في مراكز الغسيل الكلوي بتواتر يصل عادة إلى ثلاث مرات في الأسبوع، وتستغرق كل جلسة غسيل كلوي ما يقارب الأربع ساعات (أحمد وآخرون، 2016، ص52).

#### الدراسات المتعلقة بالمرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة.

في حدود علم الباحثة لم تتطرق أي دراسة عربية وخاصةً في المجتمع المصري لدراسة هذه المتغيرات، ولكن قلة من هذه الدراسات التي تناولت كل متغير على حدة مثل دراسة (Li et al., 2018) التي أوضحت أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بنمو ما بعد الصدمة والمرونة لدى مرضى الغسيل الكلوي. كما ذكرت دراسة (Kiani et al., 2020) أن المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي، والخاضعين لجلسات الغسيل الكلوي يتمتعون بقدر عالٍ من المرونة المعرفية، والذي يسهم بدوره في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة. وأضافت دراسة (Egbi et al., 2015) أن الإصابة بالأمراض الكلوية، تؤثر بدورها على العمليات الإدراكية ووظائف العقل. كما ذكرت دراسة (Arvane et al., 2023) أن مرضى الغسيل الكلوي يمكنهم أن يحصلوا على درجة مرتفعة على مقياسي المرونة المعرفية واليقظة العقلية، والقدرة على التكيف مع الظروف المحيطة بالفرد ولكن إذا خضع المريض إلى تدريب جماعي يحثه على التعاون والتعايش بانتماء وسط مجتمع يتقبله. وأضافت دراسة (Tollitt et al., 2021) بأنه توجد علاقة ارتباطية بين الإصابة بالأمراض الكلوية المزمنة والضعف الإدراكي تبعًا لمتغير العمر وذلك في صالح كبار

السن، كما كشفت نتائج الدراسة بأنه قد عانى حوالي 44% و24,8% من المرضى بضعف إدراكي. كما ذكرت دراسة (Unruh et al., 2003) أن جودة النوم لمرضى الغسيل الكلوي، تتسم بالضعف والسوء إلى حد كبير، كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة النوم والفشل الكلوي تبعاً لمتغير العمر حيث اتسمت جودة النوم الخاصة بالذكور بالسوء مقارنةً بالإناث. وفي دراسة (Unruh et al., 2006) هدفت إلى كشف الارتباطات المتعلقة بجودة النوم، وجودة الحياة لمن يعانون من الفشل الكلوي المزمن، بل والخاضعين لجلسات الغسيل الكلوي، حيث تكونت العينة من (909) مريض، ومن ثم فقد أبلغ ثلاثة أرباع المرضى عن ضعف جودة نومهم. كما أبلغ 14% بالفعل منهم عن انخفاض مستوى جودة النوم في السنة الأولى من الخضوع لجلسات الغسيل الكلوي. كما أضافت دراسة (Wang et al., 2013) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين خضوع المريض لجلسات الغسيل الكلوي، وجودة النوم، بمعنى أن الجلسات النهارية تؤثر بشكل كبير في تحسُّن جودة النوم الليلي لدى المرضى الذين يعانون من فشل كلوي. ولقد أضافت دراسة (Ehsan et al., 2021) وجود علاقة سلبية لنمو ما بعد الصدمة مع الضيق النفسي، كما أثر نمو ما بعد الصدمة والضيق النفسي، على نوعية الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي، كما أكدت هذه الدراسة أن مرضى الفئة المتوسطة لديهم مستويات أعلى في نمو ما بعد الصدمة، مقارنةً بالصغار والكبار.

#### فروض الدراسة:

- 1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي في ضوء المتغيرات الديموغرافية (النوع، العمر، المستوى الدراسي، المستوى الاجتماعي، والحالة المهنية، مدة الغسيل الكلوي).

#### منهج الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن وذلك للكشف عن الفروق بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الغسيل الكلوي طبقاً للمتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية.

مُجتمع الدراسة وعينته: تكونت عينة الدراسة من 150 مريضاً (82 ذكراً و68 أنثى) يعانون من الفشل الكلوي المزمن ويخضعون لجلسات الغسيل الكلوي المنتظم، حيث يترددون على وحدات الغسيل الكلوي ثلاث مرات أسبوعياً بمتوسط أربع ساعات لكل جلسة. شملت العينة أفراداً تتراوح

أعمارهم بين 20 و50 سنة، والمُسجلين في المستشفيات والمراكز الطبية التابعة لمدينة الفيوم. وقد تم التأكد من خلال التحاليل الطبية أن حالة الغسيل الكلوي لديهم مُزمنة وليست عرضية. تم تقسيم العينة إلى:

#### (أ) عينة حساب الكفاءة السيكومترية:

تكونت عينة التقنين من (50) مريضاً من مرضى الفشل الكلوي بحساب (25) مريضاً من الذكور، و(25) مريضة من الإناث، وتراوح أعمارهم ما بين (20 إلى 50 عاماً)، بمتوسط عمري 39.58 وانحراف معياري (7.73) سنوات، وقد جاءت العينة كلها من المرضى الذين يُعالجون بالغسيل الكلوي عن طريق الدم أو الديليزة الدموية، وتراوح مدة الغسيل الكلوي ما بين (3) إلى (156) شهراً، بمتوسط قدره (55.60) وانحراف معياري (41.53) شهراً، وقد سُجبت العينة من مستشفيات الفيوم .

(ب) العينة الأساسية:

تكونت من 100 (57 من الذكور، و43 من الإناث) مريضٍ من مرضى الفشل الكلوي، وتراوح أعمارهم ما بين (20 إلى 50 سنة)، بمتوسط عمري 37.62 وانحراف معياري 8.09 سنوات، وقد جاءت العينة كلها من المرضى الذين يُعالجون بالغسيل الكلوي عن طريق الدم، وتراوح مدة الغسيل الكلوي ما بين 3 إلى 182 شهراً، بمتوسط قدره 56.19 وانحراف معياري 35.83 شهراً، ورُوعي في انتقاء هؤلاء المرضى الشرطان العياديان الآتيان:

- 1- أن ينطبق عليهم محكات تشخيص مرض الفشل الكلوي، بشرط أن يقوم بتشخيصها وتحويلها طبيب متخصص في تشخيص وعلاج الكلى.
- 2- وأن يكونوا من بين المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية أو المستشفيات، حتى تسمح حالتهم بالفحص وتطبيق الاختبارات النفسية.

ويوضح جدول (1) توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية والعيادية، وهي:

جدول (1)

توزيع عينة الغسيل الكلوي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والعيادية

| (1) مستوى التعليم     |       |                    |         |
|-----------------------|-------|--------------------|---------|
| أقل من المتوسط        | متوسط | جامعي              |         |
| 50                    | 44    | 6                  |         |
| (2) الحالة الاجتماعية |       |                    |         |
| أعزب                  | متزوج | مطلق               |         |
| 17                    | 78    | 5                  |         |
| (3) الإقامة           |       | (4) الحالة المهنية |         |
| الريف                 | الحضر | يعمل               | لا يعمل |
| 78                    | 22    | 22                 | 78      |

## أدوات الدراسة:

- (1) قائمة البيانات الأولية (السن، النوع، المستوى الدراسي، نوع العمل، المستوى الاجتماعي، محل الإقامة، عدد سنوات الغسيل الكلوي، هل تعاني من أي أمراض أخرى، نوع الغسيل الكلوي، سبب الإصابة بالفشل الكلوي، كم مرة تتردد على مراكز الغسيل الكلوي).
  - (2) مقياس المرونة المعرفية (إعداد دينيس وفاندروول) (ترجمة الفيل، 2009).
  - (3) مؤشر جودة النوم لبيتسبرغ Pittsburgh Sleep Quality Index (ترجمة الباحثة).
  - (4) مقياس نمو ما بعد الصدمة (إعداد "تيدسكي" Tedeschi و"كالهون" Calhoun) (ترجمة شويخ، 2023).
- وفيما يلي شرح مفصل لكل مقياس من حيث مكوناته، وشرح لإجراءات الكفاءة السيكمترية لهذه الدراسة لكل مقياس.

### (1) مقياس المرونة المعرفية إعداد (دينيس وفاندروول) (ترجمة الفيل، 2014):

أعدّ هذا المقياس دينيس وفاندروول. جاء هذا المقياس بهدف قياس أبعاد المرونة المعرفية، وهي:

- 1- قدرة الفرد على إدراك المواقف الصعبة والتحكم فيها، وعدد مفرداتها (7)، 2- قدرة الفرد على تقديم تفسيرات وحلول بديلة ومُتعددة للمواقف الصعبة، وعدد مفرداتها (13). يتم الاستجابة لمفردات الاستبيان وفقًا لمقياس ليكرت ذي التدرج الخماسي، وتكون الدرجات (4، 3، 2، 1، 0). لذلك، تكون النهاية العظمى (80)، والنهاية الصغرى (0).

### (2) مؤشر جودة النوم لبيتسبرغ (ترجمة الباحثة):

#### وصف المقياس:

هو استبيان موحد ذاتي التقييم تم تطويره على يد باحثين في جامعة (بيتسبرغ) تم تصميمه للمساعدة في قياس جودة النوم على مدى شهر واحد. ويتكون المقياس من (19) بندًا أساسيًا، وتولد البنود الأساسية سبع مكونات تتراوح الدرجات على كل مؤشر ما بين (صفر إلى 3 درجات) على كل مؤشر من المؤشرات السبعة، والمكونات السبعة هي: جودة النوم الذاتية (بند واحد)، الزمن المستغرق للدخول في النوم (بندان)، كفاءة النوم المعتادة (ثلاثة بنود)، مدة النوم (بند واحد)، استخدام أدوية النوم (بند واحد)، اضطرابات النوم (تسعة بنود)، الخلل في أثناء النهار خلال الشهر الماضي (بندان). ويمكن الحصول على الدرجة الكلية لجودة النوم من خلال جمع الدرجات الخاصة بالمكونات السبعة للحصول على الدرجة الكلية. وبهذا، تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (صفر) إلى (21) درجة (الهنساوي، 2020، ص15).

### 3) نمو ما بعد الصدمة (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996)

: Calhoun, 1996

وصف المقياس:

أعد هذا المقياس "تيديسكي وكالهن" ويقيس هذا المقياس التغيرات الحياتية الإيجابية المدركة (مثل تحسين العلاقات، والتقدير المرتفع للحياة بشكل عام)، خاصة بعدما يتعرض الفرد لحدوث صدمة تهدد اتزان الفرد. ويحتوي هذا المقياس على (21) بنداً، وتتم إجابة المُشارك طبقاً للدرجة من صفر (لم أواجه أي تغيير كنتيجة لأزمي) إلى 5 (واجهت هذا التغيير إلى درجة شديدة جداً كنتيجة لأزمي). كما تُشير الدرجات الأعلى إلى أن الأفراد لديهم تغييرات أكثر إيجابية في حياتهم في مواجهة أحداث الحياة المؤلمة. وتتوزع البنود طبقاً لخمس مقياس فرعية مصممة لقياس ما يلي: ما يتعلق بالآخرين، والإمكانات الجديدة، والقوة الشخصية، والتغيير الروحي، وتقدير الحياة (شويخ، 2023).

رابعاً: إجراءات التقنين في الدراسة الراهنة

أ) صدق الأدوات:

اعتمدنا في تقدير صدق بطارية المقاييس على أساليب الصدق الآتية:

1- حساب نتائج الصدق التقاربي والتباعدي. 2- حساب الاتساق الداخلي، من خلال حساب دلالة ارتباط كل بند بالدرجة الكلية على المقياس الكلي، وكذلك حساب دلالة ارتباط كل مكون من مكونات النوم بالدرجة الكلية لجودة النوم.

الطريقة الأولى: وهي حساب الصدق التباعدي والتقاربي للاختبارات الأساسية المستخدمة في الدراسة الراهنة على عينة (ن=50) مريضاً من مرضى الفشل الكلوي، وذلك من خلال حساب دلالة معامل الارتباط بين الاختبارات وبعضها، ويوضح الجدول التالي (2) تلك المعاملات.

جدول (2)

يوضح دلالة معاملات الصدق التباعدي والتقاربي للاختبارات النفسية

| م  | المقاييس                | 1       | 2     | 3 |
|----|-------------------------|---------|-------|---|
| 1- | مقياس المرونة المعرفية  | 1       |       |   |
| 2- | مقياس جودة النوم        | 12.0-   | 1     |   |
| 3- | مقياس نمو ما بعد الصدمة | ***0.44 | 26.0- | 1 |

- (\*\*\*) قيمة (معامل الارتباط) دالة فيما وراء 0.001

يتضح من الجدول السابق:

1- ارتباط المرونة المعرفية إيجابياً بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي.

2- اختفت العلاقة بين جودة النوم وكلٍّ من المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي.

#### الطريقة الثانية: الاتساق الداخلي:

اعتمدت على تقدير الاتساق الداخلي من خلال حساب دلالة ارتباط الدرجة على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على المقياس الكلي، وجاءت كل قيم المعاملات ارتبطت معها البنود بالدرجة الكلية على مقاييس المرونة المعرفية، جودة النوم، نمو ما بعد الصدمة، حيث جاءت دالة إحصائية، ومن ثم لم يتم حذف أي بند من بنود المقاييس. مما يشير إلى وجود اتساق داخلي، وهذا يعكس مؤشر الصدق. (ب) ثبات الاختبارات النفسية: تم حساب معامل الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ، والقسم النصفية.

وجدت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لكل واحد من مقاييس الدراسة على مستوى الدرجة الكلية، والتي تتسم جميعها بالارتفاع، حيث تتراوح تلك القيم بين 0.61 و0.80. أما الطريقة الثانية لحساب الثبات فهي القسم النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سييرمان. براون، وجد ارتفاع معاملات ثبات المقاييس الناتجة عن هذا الإجراء، والتي تتراوح بين 0.54 و0.74، مما يشير إلى تمتع كافة مقاييس الدراسة بمؤشرات ثبات جيدة، وإن كان مقياس جودة النوم منخفضاً بدرجة متوسطة، وهذا يرجع لطبيعة مكونات جودة النوم.

#### نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول: وينص على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كلٍّ من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي:

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام دلالة معامل ارتباط بيرسون Person's correlation coefficient بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (3)

دلالة معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي

| م  | المتغيرات         | 1       | 2     | 3 |
|----|-------------------|---------|-------|---|
| -1 | المرونة المعرفية  | 1       |       |   |
| -2 | جودة النوم        | -0.08   | 1     |   |
| -3 | نمو ما بعد الصدمة | ***0.38 | -0.19 | 1 |

- (\*\*\*) قيمة (معامل الارتباط) دالة فيما وراء 0.001

يتضح من الجدول السابق:

- 1- ارتباط المرونة المعرفية إيجابياً بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي.
- 2- اختفت العلاقة بين جودة النوم وكلٍّ من المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي.

مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

الشق الأول:

العلاقة الإيجابية بين المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة:

أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي ذي دلالة إحصائية بين المرونة المعرفية، ونمو ما بعد الصدمة، لدى مرضى الفشل الكلوي. يُعزى هذا الارتباط إلى قدرة الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من المرونة المعرفية على التكيف بشكل أكثر فعالية مع التحديات النفسية والجسدية المرتبطة بالمرض، مما يمكنهم من استخلاص الدروس الإيجابية من تجاربهم الصعبة وتحقيق نمو نفسي أكبر. تُعدّ القدرة على إعادة صياغة المواقف السلبية وإيجاد معنى لها من العوامل الرئيسية التي تسهم في تعزيز النمو النفسي بعد الصدمة، خاصةً في ظل الظروف الصحية الصعبة التي يعيشها مرضى الفشل الكلوي. ويمكن تفسير هذه العلاقة في ضوء النظريات النفسية التي تؤكد دور العمليات المعرفية في التكيف مع الصدمات، حيث تُسهم المرونة المعرفية في تمكين الأفراد من إعادة تقييم المواقف الصعبة بشكل إيجابي، مما يعزز لديهم الشعور بالتحكم والقدرة على تجاوز التحديات. بالإضافة إلى ذلك، فإن المرضى الذين يتمتعون بمرونة معرفية عالية يكونون أكثر قدرة على تبني استراتيجيات مواجهة فعالة، مثل البحث عن الدعم الاجتماعي وإعادة بناء الأهداف الحياتية، مما يُسهّل عملية النمو النفسي بعد الصدمة. ومن ثمّ، تُشير هذه النتائج إلى أن تعزيز المرونة المعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي قد يكون عاملاً رئيسياً في تسهيل عملية التكيف النفسي وتحقيق النمو الإيجابي بعد التعرّض للصدمات المرتبطة بالمرض المزمن.

الشق الثاني:

أظهرت النتائج عدم وجود علاقات ذات دلالة إحصائية بين جودة النوم، وكلٍّ من المرونة المعرفية، ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي. يُعزى هذا الغياب في العلاقة إلى تعدد وتشابك العوامل المؤثرة في جودة النوم، والتي تشمل عوامل بيولوجية (مثل التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي)، ونفسية (مثل التوتر والقلق)، وبيئية (مثل تأثيرات جلسات الغسيل الكلوي على الساعة البيولوجية). هذه العوامل المتداخلة تجعل من الصعب عزو التغيرات في جودة

النوم إلى المتغيرات النفسية بشكل مباشر. بالإضافة إلى ذلك، فإن اضطرابات النوم لدى مرضى الفشل الكلوي قد تكون ناتجة عن عوامل خارجية محددة، مثل توقيت جلسات الغسيل الكلوي التي قد تؤدي إلى اختلال في النوم، أو الآثار الجانبية للأدوية التي تؤثر على دورة النوم والاستيقاظ. هذه العوامل الخارجية قد تقلل من تأثير المتغيرات النفسية، مثل المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة، على جودة النوم. ومن ثم تشير هذه النتائج إلى أن المرونة المعرفية تعدّ عاملاً محورياً في تعزيز النمو النفسي بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي، في حين أن جودة النوم تتأثر بعوامل أكثر تعقيداً وتشابكاً، مما يجعلها غير مرتبطة بشكل مباشر بالمتغيرات النفسية المدروسة. هذا يبرز أهمية النظر إلى جودة النوم كمُتغير مُتعدد الأبعاد يتأثر بمجموعة واسعة من العوامل التي تتجاوز الجوانب النفسية البحتة.

ويتفق ذلك مع ما هو متوقع من علاقات بينها بناءً على الدراسات النظرية السابقة. كالتالي:

أسفرت نتائج دراسة (Li et al., 2018) عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المرونة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي. وأوضحت الدراسة أن العمر والنمو، والجنس، ومدة الغسيل الكلوي، والمرونة؛ لها ارتباطات هامة مع نمو ما بعد الصدمة. كما توافقت دراسة (Yaffe et al., 2010) مع النتائج السابقة، حيث يمكن التنبؤ بالمرونة والوظائف الإدراكية مع انخفاض مستوى وظائف الكلى، بالإضافة إلى دراستي (Keskin, 2022) و (Tomaszek et al., 2021)، اللتين أسفرت نتائجهما عن وجود تأثيرات مباشرة دالة إحصائياً للمرونة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي، حيث تزداد المرونة مع زيادة نمو ما بعد الصدمة، بل ويمكن التنبؤ بالنمو مع المرونة لدى مرضى الفشل الكلوي، وصولاً إلى دراسة (Kiani et al., 2020) التي اتفقت نتائجها مع الدراسات الوارد ذكرها. بينما اختلفت دراسة (Afsar, 2014) في عدم إيجاد أي علاقة ارتباطية بين المرونة المعرفية وجودة النوم، على خلاف دراسات (Wang et al., 2013)، (Firoz et al., 2016)، و (Unruh et al., 2003) التي أسفرت عن وجود علاقة موجبة بين جودة النوم والفشل الكلوي، حيث ارتبطت نوعية النوم لدى مرضى الغسيل الكلوي بسوء كبير. ومن ثم ارتبطت نوعية النوم السيئة بجنس الذكور أكثر من الإناث الذين يعانون من الفشل الكلوي، وسوء جودة النوم هو أحد العوامل الشائعة لدى مرضى الأمراض الكلوية، خاصة الغسيل الكلوي، على خلاف دراسة (Sekercioglu et al., 2015) التي أوضحت أن الجنس الأنثوي تتأثر جودة نومه بشكل أكبر من الذكور. كما كشفت دراسة (Zubair et al., 2017) التي تم تضمين (106) مريضاً يعانون من مرض الكلى المزمن، ويخضعون لغسيل الكلى، وتم قياس التدهور المعرفي، وتم قياس جودة النوم باستخدام مؤشر جودة النوم

لبيتسبرغ (PSQI) ومن ثم، تم تقييم العلاقة بين الخصائص الديمغرافية (العمر والجنس والحالة الاجتماعية والتعليم والمهنة ومؤشر كتلة الجسم ومدة غسيل الكلى وعدد مرات غسيل الكلى في الأسبوع الواحد والدخل المادي للأسرة وتدخين التبغ)، ومع التدهور المعرفي للمريض. حيث توصلت النتائج إلى أنه من بين (106) مريضاً تم فحصهم، لم يكن لدى (13.1%) أي تدهور إدراكي، بينما كان (86.9%) منهم يعانون من تدهور إدراكي كبير وواضح، وكانت العلاقة بين نوعية النوم والتدهور المعرفي كبيرة على الانحدار اللوجستي الثنائي. كما أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين جودة النوم والتدهور المعرفي للذين يعانون من أمراض الكلى المزمنة خاصة الخاضعين لجلسات الغسيل الكلوي. وفي دراسة (Yorulmaz et al., 2010)، توصلت النتائج إلى أن الأشخاص الذين لديهم وعي بالمرض وهم خريجو المدارس الابتدائية أو الثانوية أو الذين لديهم مستوى متوسط من الدخل المادي، أو من يتلقون العلاج الأولي قبل غسيل الكلى، قد أظهروا مستوى أعلى من نمو ما بعد الصدمة. وقد تبين أن النقطة الكلية لمقياس نمو ما بعد الصدمة والمقاييس الفرعية (أبعاد المقياس) "التغيرات في العلاقة مع الآخرين"، و"التغير في فلسفة الحياة"، و"التغير الشخصي الذاتي" لها تأثير على المقاييس الفرعية للتكيف والإدراك: الدعم الاجتماعي والبحث عن الدعم الاجتماعي/التفاؤل، والبحث عن المساعدة، ودعم الأصدقاء، والتكيف الفعال، ودعم الأسرة، وحل المشكلات. على خلاف دراسة (Ehsan et al., 2021) التي تكشف عن وجود علاقة سلبية لنمو ما بعد الصدمة مع الضيق النفسي وتأثير لنمو ما بعد الصدمة والضيق النفسي على نوعية الحياة لدى أفراد العينة.

**نتائج الفرض الثاني: ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الأفراد على كل من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي تبعاً لمتغيرات (النوع، والعمر، ومكان الإقامة، والحالة المهنية، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، وفترة الغسيل الكلوي):**

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة قيمة "ت" للمقارنة بين متوسطتين مجموعتين مستقلتين للمتغيرات: النوع (ذكر، أنثى)، العمر (المجموعة الأقل من 35 سنة، والمجموعة الأعلى من 35 سنة)، مكان الإقامة (الريف، الحضر)، الحالة المهنية (يعمل، لا يعمل)، وحساب دلالة قيمة "ف" لتحليل التباين ذي الاتجاه الأحادي، والتي تم حسابها من خلال المقارنة بين المجموعات الفرعية للمتغيرات: المستوى التعليمي (أقل من المتوسط، متوسط، جامعي)، والحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق)، وفترة الغسيل الكلوي (تم تقسيم الفترة إلى ثلاث مجموعات حسب الثلث الأدنى (أقل من 36 شهراً)، والثلث الأوسط (الذي يتراوح ما بين 37 شهراً إلى 119 شهراً)، والثلث الأعلى

(أكثر من 120 شهرًا)، في كلٍّ من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي.

جدول (4)

نتائج دلالة قيمة "ت" للفروق بين متوسطات كل من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي تبعًا للمتغيرات الديموغرافية: النوع، العمر، مكان الإقامة، الحالة المهنية

| م  | متغيرات الدراسة   | (1) النوع                     |       |                               |       | قيمة "ت" | الدلالة |
|----|-------------------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|----------|---------|
|    |                   | مجموعة الذكور (ن=57)          |       | مجموعة الإناث (ن=43)          |       |          |         |
|    |                   | م                             | ع     | م                             | ع     |          |         |
| -1 | المرونة المعرفية  | 53.05                         | 10.26 | 45.86                         | 8.87  | 3.68     | 0.001   |
| -2 | جودة النوم        | 8.12                          | 3.26  | 8.86                          | 3.07  | -1.18    | غير دال |
| -3 | نمو ما بعد الصدمة | 77.75                         | 13.95 | 76.69                         | 16.37 | 0.35     | غير دال |
| م  | متغيرات الدراسة   | (2) العمر                     |       |                               |       | قيمة "ت" | الدلالة |
|    |                   | مجموعة الأقل من 35 سنة (ن=43) |       | مجموعة الأقل من 35 سنة (ن=57) |       |          |         |
|    |                   | م                             | ع     | م                             | ع     |          |         |
| -1 | المرونة المعرفية  | 47.79                         | 10.38 | 51.59                         | 9.98  | -2.05    | 0.02    |
| -2 | جودة النوم        | 8.37                          | 2.78  | 8.47                          | 3.48  | -0.16    | غير دال |
| -3 | نمو ما بعد الصدمة | 74.23                         | 14.82 | 79.61                         | 14.79 | -2.13    | 0.02    |
| م  | متغيرات الدراسة   | (3) مكان الإقامة              |       |                               |       | قيمة "ت" | الدلالة |
|    |                   | الريف (ن=78)                  |       | الحضر (ن=22)                  |       |          |         |
|    |                   | م                             | ع     | م                             | ع     |          |         |
| -1 | المرونة المعرفية  | 49.05                         | 10.12 | 53.18                         | 10.44 | -1.68    | غير دال |
| -2 | جودة النوم        | 8.71                          | 3.15  | 7.45                          | 3.19  | 1.64     | غير دال |
| -3 | نمو ما بعد الصدمة | 77.68                         | 15.42 | 75.95                         | 13.48 | 0.48     | غير دال |
| م  | متغيرات الدراسة   | (4) الحالة المهنية            |       |                               |       | قيمة "ت" | الدلالة |
|    |                   | يعمل (ن=22)                   |       | لا يعمل (ن=78)                |       |          |         |
|    |                   | م                             | ع     | م                             | ع     |          |         |
| -1 | المرونة المعرفية  | 53.95                         | 11.37 | 48.83                         | 9.73  | 2.09     | 0.04    |
| -2 | جودة النوم        | 7.55                          | 3.32  | 8.68                          | 3.12  | -1.49    | غير دال |
| -3 | نمو ما بعد الصدمة | 79.82                         | 13.69 | 76.58                         | 15.32 | 0.89     | غير دال |

يتضح من جدول (4) أن دلالة قيمة "ت" للفروق بين متوسطات كل من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية: النوع، العمر، الحالة المهنية، جاءت دالة على أغلب المتغيرات، فيما عدا مكان الإقامة. حيث وُجدَ بالنسبة لمتغير النوع: أن مجموعة الذكور أعلى في درجات المرونة المعرفية من مجموعة الإناث بشكل دال إحصائيًا، في حين اختفت الفروق بين المجموعتين في كل من جودة النوم ونمو ما بعد الصدمة. أما بالنسبة للعمر: فقد جاءت مجموعة العمر الأكبر من 35 أعلى في درجات كلٍّ من المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة من المجموعة الأقل من 35 سنة، في حين اختفت الفروق بين المجموعتين في جودة النوم. أما عن متغير الحالة المهنية: فقد جاء العاملون أعلى في درجاتهم على المرونة المعرفية من غير العاملين، في حين اختفت الفروق بين المجموعتين في كل من جودة النوم ونمو ما بعد الصدمة. وأخيرًا عن مكان الإقامة: فلم تجد الباحثة أي فروق دالة بين المقيمين في الحضر والريف في كلٍّ من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي.

#### جدول (5)

دلالة قيمة "ف" لتحليل التباين أحادي الاتجاه للكشف عن تباين درجات كل من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية: المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، وفترة الغسيل الكلوي

| متغيرات الدراسة        | مجموع المربعات    | درجات حرية | متوسط المربعات | "ف"  | الدلالة |
|------------------------|-------------------|------------|----------------|------|---------|
| (5) المستوى التعليمي   | المرونة المعرفية  | 2          | 109.12         | 1.08 | غير دال |
|                        | جودة النوم        | 2          | 1.13           | 0.11 | غير دال |
|                        | نمو ما بعد الصدمة | 2          | 63.88          | 0.29 | غير دال |
| (6) الحالة الاجتماعية  | المرونة المعرفية  | 2          | 15.84          | 0.83 | 0.44    |
|                        | جودة النوم        | 2          | 4.25           | 0.42 | غير دال |
|                        | نمو ما بعد الصدمة | 2          | 169.52         | 0.75 | غير دال |
| (7) فترة الغسيل الكلوي | المرونة المعرفية  | 2          | 81.74          | 5.19 | 0.01    |
|                        | جودة النوم        | 2          | 766.38         | 8.66 | 0.001   |
|                        | نمو ما بعد الصدمة | 2          | 746.66         | 8.44 | 0.001   |

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ف" جاءت دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير فترة الغسيل الكلوي مع متغيرات الدراسة، وهي: المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي، حيث جاءت قيمة "ف" دالة عند مستوي 0.01. أما عن متغيري المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية، فقد جاءت قيم "ف" غير دالة مع: المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي.

ونظراً لوجود فروق دالة بين المجموعات الثلاثة لفترة الغسيل الكلوي: المجموعة الأولى (أقل من 36 شهراً)، والمجموعة الثانية (الذي يتراوح ما بين 37 شهراً إلى 119 شهراً)، والمجموعة الثالثة (أكثر من 120 شهراً) في المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة، يستدعي ذلك عمل مقارنات ثنائية بين كل مجموعتين فرعيتين لفترة الغسيل الكلوي على حدة باستخدام معادلة "شيفيه" لمعرفة اتجاه الفروق.

#### جدول (6)

الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاث لمتغير فترة الغسيل الكلوي الدال في التأثير على كلاً من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة

| المتغير           | مجموعات المقارنة                         | عدد الأفراد (ن) | متوسط الفروق (2/1) | متوسط الفروق (3/1) | متوسط الفروق (3/2) |
|-------------------|------------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| المرونة المعرفية  | (1) الأقل من 36 شهراً                    | 32              | *-5.86             | *-5.75             | 0.11-              |
|                   | (2) يتراوح ما بين 37 شهراً إلى 119 شهراً | 38              |                    |                    |                    |
|                   | (3) الأكثر من 120 شهراً                  | 30              |                    |                    |                    |
| جودة النوم        | (1) الأقل من 36 شهراً                    | 32              | **3.35             | **2.58             | 0.49-              |
|                   | (2) يتراوح ما بين 37 شهراً إلى 119 شهراً | 38              |                    |                    |                    |
|                   | (3) الأكثر من 120 شهراً                  | 30              |                    |                    |                    |
| نمو ما بعد الصدمة | (1) الأقل من 36 شهراً                    | 32              | **2.59-            | **-3.11            | 0.52               |
|                   | (2) يتراوح ما بين 37 شهراً إلى 119 شهراً | 38              |                    |                    |                    |
|                   | (3) الأكثر من 120 شهراً                  | 30              |                    |                    |                    |

تشير (\*\*\*) إلى مستوى دلالة عند 0.001، تشير (\*\*) إلى مستوى دلالة 0.01، تشير (\*) إلى مستوى دلالة 0.05

قد كشفت نتائج المقارنات الثنائية في الجدول السابق أن متغير فترة الغسيل الكلوي يُفرّق بصورة دالة بين قدامى المرضى والأحدث منهم في كلاً من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة في

اتجاه تفوق المجموعة الأولى على الثانية والثالثة في جودة النوم، في حين ظهر أن المرضى ذوي فترات الغسيل الكلوي الأطول كانوا أكثر في كلّ من المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة من المرضى ذوي فترات الغسيل الكلوي القصيرة.

قد كشفت نتائج المقارنات الثنائية في الجدول السابق أن مُتغير فترة الغسيل الكلوي يُفرّق بصورة دالة بين قدامى المرضى والأحدث منهم في كلّ من المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة في اتجاه تفوق المجموعة الأولى على الثانية والثالثة في جودة النوم، في حين ظهر أن المرضى ذوي فترات الغسيل الكلوي الأطول كانوا أكثر في كلّ من المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة من المرضى ذوي فترات الغسيل الكلوي القصيرة.

#### مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

##### (1) الفروق في متغير النوع:

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى المرونة المعرفية، حيث سجل الذكور درجات أعلى مقارنة بالإناث. يُعزى هذا التفاوت إلى عدة عوامل، منها الخبرات الحياتية المتنوعة التي يمر بها الذكور، والتي قد تعزز لديهم القدرة على التعامل مع المشكلات بعمق أكبر. بالإضافة إلى ذلك، فإن القدرة على تحمل المسؤولية، والتي غالبًا ما ترتبط بمفهوم "النضج العقلي"، قد تلعب دورًا محوريًا في تعزيز المرونة المعرفية لدى الذكور. فالقدرة على اتخاذ القرارات الشخصية والتحكم في المواقف الصعبة دون الاستسلام قد تكون أكثر وضوحًا لدى الذكور، مما ينعكس إيجابيًا على أدائهم المعرفي.

أما فيما يتعلق بجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة، فلم تُسجّل فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين. يُعزى هذا التشابه إلى العوامل المشتركة بين الذكور والإناث، سواء كانت وراثية أو بيئية، والتي تؤثر على كليهما بشكل متساوٍ. فالتعرض لنفس الظروف الصحية، مثل الخضوع لجلسات الغسيل الكلوي، والتحديات النفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي، قد يؤدي إلى تجارب متشابهة في جودة النوم ونمو ما بعد الصدمة. بالإضافة إلى ذلك، فإن العوامل الاجتماعية والثقافية المشتركة، مثل الدعم الأسري والضغط النفسي، قد تسهم في تقليل الفروق بين الجنسين في هذه الجوانب.

##### (2) الفروق في متغير العمر:

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية، حيث تفوّقت الفئة العمرية الأكبر من 35 عامًا في درجات كلّ من المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة مقارنة بالفئات الأصغر سنًا. يُعزى هذا التفاوت إلى عدة عوامل، منها التغيرات البيولوجية والفسيولوجية التي تطرأ

على الدماغ مع التقدم في العمر، والتي قد تعزز القدرات المعرفية وتزيد من مرونة التفكير. بالإضافة إلى ذلك، فإن النضج النفسي والعاطفي الذي يتسم به الأفراد في هذه الفئة العمرية قد يساهم في تعزيز قدرتهم على التكيف مع التحديات الصحية والنفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي. في المقابل، قد يعاني المرضى الأصغر سنًا من صعوبات في التكيف مع المرض، حيث يمكن أن يشعروا بأن إصابتهم بالفشل الكلوي وخضوعهم لجلسات الغسيل الكلوي قد أثرت سلبيًا على مسار حياتهم، مما قد يؤدي إلى انخفاض في المرونة المعرفية وقدرتهم على حل المشكلات. كما أن قلة الخبرة الحياتية وضعف الإدراك الكامل للحكم الربانية والدروس المستفادة من الابتلاءات قد تُعيق نموهم النفسي بعد الصدمة.

أما فيما يتعلق بجودة النوم، فلم تُسجل فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئتين العمريتين. يُعزى هذا الأمر إلى تعدد العوامل المؤثرة في جودة النوم، والتي تشمل عوامل وراثية ونفسية واجتماعية. بالإضافة إلى ذلك، فإن العادات غير الصحية المتعلقة بالنوم، مثل السهر لساعات متأخرة والنوم في أثناء النهار، قد تؤدي إلى اضطراب الساعة البيولوجية. كما أن عدم انتظام النوم بسبب جلسات الغسيل الكلوي، التي تستمر عادةً حوالي أربع ساعات ونصف، قد يكون عاملاً مشتركاً يؤثر سلبيًا على جودة النوم لدى جميع المرضى بغض النظر عن العمر. ومن ثم، تُشير هذه النتائج إلى أن العمر قد يكون عاملاً مؤثرًا في تعزيز المرونة المعرفية ونمو ما بعد الصدمة، إلا أن تأثيره يبدو محدودًا في جوانب أخرى مثل جودة النوم، والتي تخضع لتأثيرات أكثر تعقيدًا وتشابكًا.

### (3) الفروق وفق الحالة المهنية:

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى العاملين وغير العاملين في مستوى المرونة المعرفية، حيث سجل المرضى العاملون درجات أعلى مقارنةً بغير العاملين. يُعزى هذا التفاوت إلى تأثير البيئة المهنية التي توفر محفزات معرفية واجتماعية غنية، مما يعزز القدرات العقلية ويشجع على تطوير مهارات حل المشكلات. فبيئة العمل غالبًا ما تفرض على الأفراد التفاعل مع تحديات متنوعة، مما يحفز لديهم القدرة على التكيف والمرونة في التعامل مع المواقف الجديدة.

في المقابل، لوحظ انخفاض مستوى المرونة المعرفية لدى المرضى غير العاملين، وهو ما قد يُعزى إلى محدودية التفاعلات الاجتماعية وقلة الفرص لاكتساب مهارات جديدة نتيجة العزلة النسبية أو انخفاض المشاركة في الأنشطة المجتمعية. هذه العوامل قد تُقلل من فرص تعرضهم لمواقف تتطلب تفكيرًا مرناً أو حلاً إبداعيًا للمشكلات.

أما فيما يتعلق بجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة، فلم تُسجَل فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى العاملين وغير العاملين. يُعزى هذا الأمر إلى تعدد العوامل المؤثرة في هذين المتغيرين، والتي تشمل عوامل نفسية وسلوكية مكتسبة من البيئة الأسرية، بالإضافة إلى العوامل الوراثية والاجتماعية. هذه العوامل المتشابكة تجعل من الصعب عزو التغيرات في جودة النوم أو نمو ما بعد الصدمة إلى الحالة المهنية بمفردها، حيث تتداخل تأثيراتها مع سياقات أوسع تتجاوز بيئة العمل. ومن ثم، تُشير هذه النتائج إلى أن الحالة المهنية قد تلعب دورًا محوريًا في تعزيز المرونة المعرفية لدى المرضى، إلا أن تأثيرها يبدو محدودًا في جوانب أخرى مثل جودة النوم ونمو ما بعد الصدمة، والتي تخضع لتأثيرات أكثر تعقيدًا وتشابكًا.

#### (4) الفروق وفق محل الإقامة:

لم تُسجَل فروق ذات دلالة إحصائية في المتغيرات المدروسة تبعًا لمحل الإقامة (الريف مقابل الحضر). يُشير هذا إلى أن العوامل النفسية المرتبطة بالمرضى لا تتأثر بشكل كبير بالبيئة الجغرافية أو المكانية التي يعيشون فيها. يُعزى هذا الأمر إلى التشابه النسبي في العوامل الاجتماعية والثقافية بين المناطق الريفية والحضرية في العينة المدروسة، مما يقلل من احتمالية تأثير مكان الإقامة على هذه الجوانب النفسية. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء التكامل التدريجي بين المناطق الريفية والحضرية في العديد من الجوانب الحياتية، مثل توفر الخدمات الصحية، وانتشار وسائل التواصل الحديثة، وتقارب المستويات الاقتصادية والاجتماعية. هذه العوامل قد تُسهم في تقليل الفجوات النفسية والاجتماعية بين سكان الريف والحضر، مما يجعل محل الإقامة عاملاً غير ذي تأثير كبير على المتغيرات النفسية في هذه الدراسة. لذلك، تؤكد هذه النتيجة أهمية النظر إلى العوامل النفسية والاجتماعية بمنظور أشمل يتجاوز الحدود الجغرافية، مع التركيز على العوامل المشتركة التي قد تؤثر بشكل أكبر على الصحة النفسية للمرضى.

#### (5) الفروق وفق المستوى التعليمي:

لم تُظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتغيرات المدروسة تبعًا للمستوى التعليمي. يُعزى هذا الأمر إلى الطبيعة المعقدة والمتعددة الأبعاد للمتغيرات النفسية، حيث تتداخل فيها عوامل جينية وبيئية وتطويرية تشكل معًا نسيجًا معقدًا يصعب تفسيره من خلال عامل واحد مثل المستوى التعليمي. ومن ثم، فإن المستوى التعليمي وحده لا يُعد عاملاً حاسماً في تفسير الفروق الفردية في هذه المتغيرات، مما يدعو إلى ضرورة النظر في سياق أوسع يشمل تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

## (6) الحالة الاجتماعية:

أظهرت النتائج وجود فروق في مستوى المرونة المعرفية، والتي قد تُعزى إلى الشعور بالألفة والاستئناس، حيث يُعتقد أن هذا الشعور يؤثر إيجابياً على تحسين المرونة المعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي. يُرجَّح أن هذا التأثير الإيجابي ناتج عن وجود شريك حياة يدعم المريض، خاصةً في ظل كون الغالبية العظمى من أفراد العينة من المتزوجين. ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء الدور الداعم الذي يلعبه الشريك في حياة المريض، حيث يوفر وجود شريك حياة بيئة نفسية واجتماعية مستقرة، مما يعزز من قدرة المريض على التكيف مع التحديات الصحية والنفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي. كما أن التفاعلات الإيجابية مع الشريك قد تسهم في تقليل مستويات التوتر والقلق، والتي تُعدّ عوامل مؤثرة سلباً على المرونة المعرفية. إضافة إلى ذلك، فإن الشعور بالألفة والاستئناس قد يعزز من الدافعية لدى المريض للمشاركة في الأنشطة المعرفية والاجتماعية، مما ينعكس إيجابياً على تحسين أدائه المعرفي وقدرته على التكيف مع المتغيرات الجديدة. هذا يتوافق مع الأدبيات العلمية التي تشير إلى أن الدعم الاجتماعي، وخاصة من الشريك الحميم، يمكن أن يكون عاملاً محورياً في تعزيز الصحة النفسية والمعرفية لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة مثل الفشل الكلوي. لذلك، يمكن القول إن وجود شريك حياة قد يكون عاملاً مساعداً في تعزيز المرونة المعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي، مما يدعو إلى أهمية مراعاة الجوانب النفسية والاجتماعية في برامج الرعاية الصحية المقدمة لهذه الفئة من المرضى. وتوصي الدراسة بضرورة إدراج الدعم النفسي والاجتماعي كجزء أساسي من خطط العلاج الشاملة لمرضى الفشل الكلوي، مع التركيز على تعزيز دور الأسرة والشريك في تقديم الدعم العاطفي والمعنوي، مما قد ينعكس إيجابياً على تحسين جودة حياتهم وقدراتهم المعرفية.

## (7) فترة الغسيل الكلوي:

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى بناءً على متغير فترة الغسيل الكلوي، حيث تفوّقت المجموعة ذات الفترات الأطول (قدامى المرضى) على المجموعتين الأقصر والأحدث في عدة جوانب نفسية ومعرفية. ففيما يتعلق بـ (جودة النوم)، سجّل المرضى ذوو الفترات الأطول درجات أعلى مقارنة بالمرضى الأحدث، وهو ما يُعزى إلى اعتيادهم على الروتين العلاجي وتكيّفهم مع مُتطلبات جلسات الغسيل الكلوي، مما سمح لهم بتحسين أنماط نومهم بشكل تدريجي. في المقابل، قد يعاني المرضى الأحدث من اضطرابات في النوم نتيجة عدم انتظام الساعة البيولوجية وصعوبة التأقلم مع التغييرات المفاجئة في نمط حياتهم.

أما في مجال (المرونة المعرفية)، فقد أظهر المرضى ذوو الفترات الأطول تفوقاً ملحوظاً مقارنةً بمن هم في الفترات الأقصر. يُعزى هذا التفاوت إلى تراكم الخبرات والتجارب التي مر بها المرضى القدامى، مما سمح لهم بتطوير آليات تكيف أكثر فعالية وقدرة على التعامل مع التحديات المعرفية المرتبطة بالمرض. كما أن التعرض المستمر لمواقف تتطلب حل المشكلات واتخاذ القرارات خلال فترة العلاج الطويلة قد يعزز من مرونتهم المعرفية.

وفيما يخص (نمو ما بعد الصدمة)، فقد تفوق المرضى ذوو الفترات الأطول أيضاً على نظرائهم في الفترات الأقصر. يُفسر ذلك بأن المرضى القدامى قد تجاوزوا مراحل الصدمة الأولية ووصلوا إلى مرحلة التقبل النفسي، مما سمح لهم باستخلاص الدروس الإيجابية من تجاربهم وتحقيق نمو نفسي أكبر. في حين أن المرضى الأحدث ربما ما يزالون يعانون من صعوبات في التكيف مع التشخيص والعلاج، مما يعيق نموهم النفسي بعد الصدمة. ومن ثم، تُشير هذه النتائج إلى أن فترة الغسيل الكلوي تلعب دوراً محورياً في تحديد مستوى المرونة المعرفية وجودة النوم ونمو ما بعد الصدمة لدى المرضى. حيث يُظهر المرضى ذوو الفترات الأطول قدرة أكبر على التكيف النفسي والمعرفي، بالإضافة إلى تحسين جودة النوم مقارنةً بمن هم في المراحل المبكرة من العلاج.

## المراجع:

- صابر، سامية محمد. (2012). الألكسيثيميا وعلاقتها بنوعية (جودة) النوم لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. *دراسات نفسية*، مج 22، ع 2، 269 - 302.
- إدريس، الجوهرة. (2015). تصور مقترح لممارسة نموذج الحياة لتحقيق المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي المزمن: دراسة وصفية تحليلية مطبقة على الاختصاصيين الاجتماعيين في المجال الطبي. *مجلة الشؤون الاجتماعية*، 32(128)، 39-79.
- بشارة، موفق. (2020). العلاقة بين المرونة المعرفية والتحصيل الأكاديمي لدى عينة من طلبة جامعة الحسين بن طلال. *مجلة جامعة الحسين بن طلال للبحوث*، 2(6)، 313-333.
- الهنساوي، أحمد كمال عبد الوهاب. (2020). الخصائص السيكومترية لمؤشر جودة النوم لبيتسبرغ لدى عينة من الأمراض المزمنة والأصحاء: (دراسة سيكومترية مقارنة). *مجلة بحوث كلية الآداب. جامعة المنوفية*، 31(122)، 3-27.
- خطاب، محمد، ومحمد، إبراهيم. (2021). قائمة نمو ما بعد الصدمة: الأسس النظرية والخصائص السيكومترية. *مجلة الإرشاد النفسي*، 68(1)، 319-384. (نشر العمل الأصلي عام 1996).
- رشوان، عبد المنصف حسن علي. (2008). نحو تصور مقترح لممارسة أسلوب (العلاج بالتمكين) في طريقة العمل مع الحالات الفردية مع مرضى الفشل الكلوي وأسره. *في المؤتمر العلمي الدولي الحادي والعشرون للخدمة الاجتماعية (المجلد 3، ص. 946-1042)*. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- شويخ، هناك. (2009). محددات اختيار الطبيب المعالج في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية لعينة من ذوي مرضى الأمراض المزمنة. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 19(62)، 273-302.
- شويخ، هناك. (2020). الفروق بين بعض السمات الشخصية في مؤشرات جودة النوم والفعالية النفسية وتقدير الذات. *دراسات عربية في علم النفس*، 19(2)، 329-366.
- صابر، سامية محمد. (2012). الألكسيثيميا وعلاقتها بنوعية (جودة) النوم لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. *دراسات نفسية*، 22(2)، 269-302.
- الطنطاوي، حازم. (2022). فوبيا افتقاد الهاتف الذكي (النوموفوبيا) وعلاقتها بجودة النوم لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية*، 33(131)، 1-86.
- قاسم، سالي. (2023). فعالية العلاج بالمعنى لتحسين مستوى الأمل ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان من طلاب الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، 74(3)، 1-66.
- قاسم، سالي. (2023). فعالية العلاج بالمعنى لتحسين مستوى الأمل ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان من طلاب الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، 74(3)، 1-66.
- محسن، عبد الكريم، والسماوي، فجر. (2018). المرونة المعرفية لدى طلبة الجامعة. *مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية*، 43(2)، 296-313.
- معتوق، حنان. (2021). تأهيل ما بعد الصدمة. *مجلة كلية التربية العلمية*، 9(9)، 62-90.

Afsar, B. (2014). The relationship of serum cortisol levels with depression, cognitive function and sleep disorders in chronic kidney disease and hemodialysis patients. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 479-486.

Bopaeda, M. M. A., & Ahmed, A. H. (2021). Quality of Life in Light of Some Demographic Variables Among a Sample of Renal Failure Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal of Medical and Health Studies*, 2(2), 10-30.

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34, 241-253.

- Ehsan, N., Khan, A., & Shahid, A. K. (2021). RELATIONSHIP OF POST TRAUMATIC GROWTH PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND QUALITY OF LIFE AMONG RENAL FALIURE PATIENTS. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 71(1).
- Eslami, A. A., Rabiei, L., Khayri, F., Nooshabadi, M. R. R., & Masoudi, R. (2014). Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(7).
- Kiani, L., Rafeipoor, A., Mashayekh, M., Tajbakhsh, R., & Pouyamanesh, J. (2020). The Relationship between Resilience and Post Traumatic Growth in Patients on Hemodialysis. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 8(32), 93-104.
- Tollitt, J., Odudu, A., Montaldi, D., & Kalra, P. A. (2021). Cognitive impairment in patients with moderate to severe chronic kidney disease: the Salford kidney cohort study. *Clinical kidney journal*, 14(6), 1639-1648.
- Tomaszek, A., Wróblewska, A., Zdankiewicz-Ścigała, E., Rzońca, P., Gałązkowski, R., Gozdowska, J., ... & Danielewicz, R. (2021). Post-traumatic growth among patients after living and cadaveric donor kidney transplantation: The role of resilience and alexithymia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2164.
- Unruh, M. L., Hartunian, M. G., Chapman, M. M., & Jaber, B. L. (2003). Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis. *Clinical nephrology*, 59(4), 280-288.
- Wang, M. Y., Chan, S. F., Chang, L. I., Chen, T. H., & Tsai, P. S. (2013). Better sleep quality in chronic haemodialyzed patients is associated with morning-shift dialysis: a cross-sectional observational study. *International journal of nursing studies*, 50(11), 1468-1473.
- Yorulmaz, H., Bayraktar, S., & Özdilli, K. (2010). Posttraumatic growth in chronic kidney failure disease. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 2313-2319.
- Arvane, E., Gholami Tooranposhti, M., Mohammadi Shirmahleh, F., & Meschi, F. (2023). Comparing the Effectiveness of Group Training of Coping Skills and Mindfulness on Pain Perception and Cognitive Flexibility in Patients with Kidney Failure: A Semi-experimental Study. *Journal of Critical Care Nursing*, 16(2), 47-60.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9, 455-471.
- Benington, J. H., & Heller, H. C. (1995). Restoration of brain energy metabolism as the function of sleep. *Progress in neurobiology*, 45(4), 347-360.
- Dillon, R. F., & Vineyard, G. M. (1999). Cognitive Flexibility: Further Validation of Flexible Combination.
- Egbi, O. G., Ogunrin, O., & Oviasu, E. (2015). Cognitive deficits of patients with chronic kidney disease and effect of hemodialysis. *Greener J Med Sci*, 5, 19-25.
- Elen, J., Stahl, E., Bromme, R., & Clarebout, G. (Eds.). (2011). *Links between beliefs and cognitive flexibility: Lessons learned*. Springer Science & Business Media.
- Firoz, M. N., Shafipour, V., Jafari, H., Hosseini, S. H., & Charati, J. Y. (2016). Sleep quality and depression and their association with other factors in hemodialysis patients. *Global journal of health science*, 8(8), 121.
- Furr, N. (2010). *Cognitive flexibility and technology change*. Brigham Young University: Provo, UT.
- Hailstone, J. D. (1971). Psychiatric disturbance in chronic renal failure and its treatment by dialysis. *Postgraduate medical journal*, 47(550), 549.
- Joseph, S. (2009). Growth following adversity: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. *Psihologijske teme*, 18(2), 335-344.
- Keskin, G. (2022). Resilience in patients with dialysis-dependent renal failure: Evaluation in terms of depression, anxiety, traumatic growths. *Applied Nursing Research*, 65, 151575.
- Li, T., Liu, T., Han, J., Zhang, M., Li, Z., Zhu, Q., & Wang, A. (2018). The relationship among resilience, rumination and posttraumatic growth in hemodialysis patients in North China. *Psychology, health & medicine*, 23(4), 442-453.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological reports*, 76(2), 623-626.
- Rose, A. (2011). *Restorative environments' influence on cognitive flexibility in developing adults*. The University of Utah.

- Sekercioglu, N., Curtis, B., Murphy, S., & Barrett, B. (2015). Sleep quality and its correlates in patients with chronic kidney disease: a cross-sectional design. *Renal failure*, 37(5), 757-762.
- Unruh, M. L., Buysse, D. J., Dew, M. A., Evans, I. V., Wu, A. W., Fink, N. E., ... & Meyer, K. B. (2006). Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1(4), 802-810.
- Yaffe, K., Ackerson, L., Tamura, M. K., Le Blanc, P., Kusek, J. W., Sehgal, A. R., ... & Chronic Renal Insufficiency Cohort Investigators. (2010). Chronic kidney disease and cognitive function in older adults: findings from the chronic renal insufficiency cohort cognitive study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(2), 338-345.
- Zubair, U. B., & Butt, B. (2017). Association of quality of sleep with cognitive decline among the patients of chronic kidney disease undergoing haemodialysis. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 29(4), 619-622.