

الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن -دراسة ميدانية بولاية باتنة-

Resilience in Chronic Kidney Disease –A Field study in batna state-

هاجر النوي^{1*}، مخبر تطوير نظم الجودة بمؤسسات التعليم العالي والثانوي، جامعة باتنة 1 (الجزائر)

<https://orcid.org/0009-0003-3780-5152.hadjer.noui@univ-batna.dz>

أ. د يوسف عدوان²، مخبر تطوير نظم الجودة بمؤسسات التعليم العالي والثانوي، جامعة باتنة 1 (الجزائر)

<https://orcid.org/0009-0007-7463-4750.youcef.adouane@univ-batna.dz>

2024-01-11	تاريخ القبول	2023-11-15	تاريخ الاستلام
------------	--------------	------------	----------------

الملخص

يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من عديد الأعباء المرتبطة بالمرض التي تنعكس بشكل كبير على جودة حياة المريض ونمط حياته. وتؤدي أساليب العلاج المنهكة والصعبة وقيود الإدارة الذاتية إلى التأثير على الصحة النفسية للمريض. يمثل الجلد أحد المتغيرات المهمة التي تساعد المريض على التكيف بنجاح مع صعوبات المرض، ويشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع الصعوبات والتكيف الإيجابي معها والتعافي منها. هدفت هذه الدراسة المقطعية إلى فحص مستوى الجلد لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن، الذين يترددون على عيادات تصفية الدم بولاية باتنة. أجريت الدراسة بأربع عيادات للتصفية: عيادة لوشان، وعيادة مغرب، وعيادة ريناديال، وقسم أمراض الكلى بالمستشفى الجامعي بن فليس التهامي. تكونت عينة الدراسة من 80 مريضا مصابا بالقصور الكلوي المزمن من مختلف الفئات العمرية، تم قياس مستوى الجلد باستخدام سلم الجلد لكونور- ديفدسون. بعد المعالجة الإحصائية للمتغيرات توصلت الدراسة إلى أن مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن متدني، كما تم التوصل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الجلد وفقا لمتغيرات السن والحالة الاجتماعية ومدة المرض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

الكلمات المفتاحية: الجلد؛ القصور الكلوي المزمن؛ الفشل الكلوي؛ التكيف الإيجابي.

Abstract

Patients suffering from chronic kidney disease face many challenges that affect their life style and quality of life. Various difficult treatment regimes along with limited self-management may cause fatigue and eventually affect the psychological well being of the patient. Resilience is one of the important variables that may determine patient's ability to successfully cope with challenges associated with chronic kidney disease. Moreover, resilience can serve as an indicator for the patient's ability to deal with adversities, to positively adapt and to eventually overcome them. This cross-sectional study aimed to examine resilience levels in chronic kidney disease patients. this study covered the following hemodialysis facilities: louchene Clinic, Maghrib Clinic, Renadial Clinic, and dialysis center at Benflis El-tuhami university hospital. The sample consisted of 80 patients of end stage renal disease. Resilience was measured using Arabic version of Connor-Davidson resilience scale. The study concluded that patients of chronic kidney disease have low level of resilience. Furthermore, it was determined that there are no significant differences in resilience according to age, social status, and duration of illness.

Keywords: Resilience; Chronic kidney disease; end stage kidney disease; positive adaptation.

* المؤلف المراسل

يتزايد انتشار الأمراض المزمنة على الصعيد الدولي، مع وجود عدد كبير من الأشخاص في الوقت الحالي يعيشون مع شكل من أشكال المرض. ويرجع ذلك جزئياً إلى الزيادات في متوسط العمر المتوقع. ويقترن المرض عادة بالكثير من التأثيرات الضارة والأعباء التي تجعل من المرض تجربة مريرة للمريض. يتعامل عديد الأشخاص بشكل جيد مع ظروفهم ويعانون من قيود قليلة في حياتهم اليومية. في حالة المرض المزمن، تؤثر الحالة الصحية الوظيفية للفرد على الرفاهية، إلا أن هناك مجموعة من العوامل الموضوعية والذاتية الأخرى التي يمكن أن تؤثر على ذلك، وقد يعمل كل منها بشكل مختلف اعتماداً على شدة المرض وقيوده (Maguire et al, 2021: 14).

وفقاً لوجهة النظر التقليدية لدراسة الأمراض المزمنة، لم تكن نقاط القوة لدى المريض محل اهتمام الباحثين في مجال الرعاية الصحية، حيث انصب التركيز على الأعراض المرضية والعجز وعوامل الخطر المتعلقة بالمرض. إلا أن هذا النهج قد تغير تدريجياً في رعاية الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة، وذلك مع تزايد الاهتمام بنقاط القوة في العمل الاجتماعي والتمريض والرعاية الصحية العقلية وعلم النفس والطب. ويتمشى هذا التحول في التركيز على نقاط القوة لدى المريض مع نهج الرعاية المتمركزة عليه والنظر للمريض كوحدة كاملة في سياقه الجسدي والنفسي والاجتماعي. وعلى الرغم من الاعتراف المتزايد بأهمية نقاط قوة المريض، إلا أنه وفي سياق الرعاية الصحية المنتظمة للمريض، يمكن إهمال هذا الجانب من قبل مقدمي الرعاية الصحية للمرضى المصابين بأمراض مزمنة. ومع تزايد الأعراض الجسدية غير السارة للمرضى؛ يمكن أن يمثل التركيز على نقاط القوة الخاصة تحدياً للمريض، لذلك يلعب مقدمو الرعاية الصحية دوراً هاماً في مساعدة المرضى ولفت انتباههم إلى نقاط قوتهم، التي يمكن أن تبني قدراتهم وتوسعها وتمكنهم من اتخاذ إجراءات إيجابية متعلقة بالمرض (Kristjansdottir et al, 2018: 788).

بناءً على ما سبق، يمثل القصور الكلوي في مراحله الأخيرة حالة مرضية منهكة ومزمنة، حيث يتطلب الفشل الكلوي وسائل إفراز اصطناعية للبقاء على قيد الحياة. والوسيلة الأساسية لتحقيق ذلك هي غسيل الكلى البريتوني أو غسيل الكلى (يتم إجراؤه عدة مرات في الأسبوع). وبالتالي، يخضع المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي بمراحله الأخيرة لعدد من القيود المتعلقة بنمط الحياة والنظام الغذائي وشرب السوائل من أجل التحكم في مرضهم (Finnegan-John & Thomas, 2012: 4). الأمر الذي يشكل ضغطاً كبيراً على المريض بسبب الإجراءات الاحترازية التي يجب اتباعها، والتغييرات الجذرية في نمط الحياة الأمر الذي يبرز أهمية نقاط القوة كمعامل مهم في تعزيز صحة المرضى وإدارة مرضهم.

1. الإشكالية

يُعد القصور الكلوي المزمن من الأمراض غير المعدية التي تؤدي إلى الوفاة، ويجب معالجة هذا المرض بفعالية لتحقيق هدف التنمية المستدامة للأمم المتحدة المتمثل في خفض معدل

الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث بحلول عام 2030. لقد ارتفعت تكاليف علاج القصور الكلوي المزمن بعد ستينيات القرن الماضي، مع توفر تقنيات الاستبدال الكلوي التي تتيح تطبيق العلاج طويل الأمد المنقذ للحياة ولكنه مكلف للمرضى الذين يعانون من القصور الكلوي في المرحلة النهائية. يتجاوز عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج البديل للكللى 2.5 مليون شخص، ويتوقع أن يتضاعف إلى 4.5 مليون شخص بحلول عام 2030. رغم ذلك، هناك نقص في خدمات العلاج البديل للكللى في عديد البلدان، حيث يقدر عدد الوفيات قبل الأوان بـ 3-7 مليون شخص بالغ، بسبب توسع تأثير القصور الكلوي المزمن أيضاً إلى ما بعد توفير خدمات العلاج البديل للكللى (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020: 725).

قدمت عديد الدراسات-التي شملت عموم السكان في إفريقيا- تقديرات لانتشار القصور الكلوي المزمن بمعايير متباينة. تراوح انتشار القصور الكلوي المزمن في قارة إفريقيا بـ 10.1%. تم الإبلاغ عن انتشار يقدر بـ 16.5% في الغرب والوسط الغربي لإفريقيا، تليها المنطقة الوسطى حيث قدر معدل الانتشار بـ 16%، أما في الجنوب فكان معدل انتشار القصور الكلوي المزمن 12.2%، أما في شرق إفريقيا فقد قدر الانتشار بـ 11%، وفي شمال إفريقيا كان انتشاره يقدر بـ 4%، وبالنسبة لانتشاره في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، فقد بلغ معدل الانتشار 14.02% (Alebiosu & Ayodele, 2005: 415).

تماشياً مع ما تم ذكره، تشير عديد الدراسات إلى أن القصور الكلوي المزمن يؤثر على جودة حياة المرضى بشكل كبير؛ حيث يشير بيرلمان وآخرون (Perlman et al, 2005) إلى أن جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفضة مقارنة بالأشخاص العاديين، كما أن جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي في مراحله الأخيرة متدنية مقارنة بجودة الحياة لدى مرضى القصور في المراحل الأولى؛ وهذا يدل على تأثير المرض على حياة المرضى من الناحية البدنية والعقلية على السواء (Perlman et al, 2005، ص 658). كما استنتج كروز وآخرون (Cruz et al, 2011) من دراستهم حول جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن إلى تدني جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي في جميع مراحله، ولوحظ انخفاض في الحالة البدنية مع تقدم المرض؛ كما أشار إلى تأثير الصحة العقلية لدى هذه الفئة من المرضى بشكل كبير (Cruz et al, 2011: 991).

في هذا السياق، يعد الجلد مفهوماً مستمداً من منظور تعزيز نقاط قوة المرضى؛ ويشير إلى القدرة على التغلب على الصدمة أو الأزمة والعودة إلى الحالة الأصلية. علاوة على ذلك، يلعب الجلد بصفته قدرة نفسية اجتماعية على تقليل المشاعر السلبية مع تعزيز التكيف في أثناء الأزمة، ويلعب دوراً مهماً في تحفيز المرضى على البقاء بصحة عقلية، والانخراط في السلوكيات التي تساعدهم على التغلب على القلق والاكتئاب الناجم عن الأمراض المزمنة التي تهدد حياتهم، وفي نهاية المطاف تحسين جودة حياتهم (Kim et al, 2018: 797).

بناء على ما سبق، يمكن أن يساهم متغير الجلد إلى حد ما في التكيف الإيجابي مع القصور الكلوي للمريض، نظرا للمعاناة الحقيقية التي تعانيها هذه الفئة من المرضى من الناحية النفسية والجسدية، وعليه خلصت هذه الدراسة إلى طرح التساؤلات التالية:

ما مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الجلد وفقا لمتغير السن، والحالة الاجتماعية، ومدة المرض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

2. أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهمية بالغة من خلال علاقة الجلد بالعينة محل الدراسة والمتمثلة في مرضى القصور الكلوي المزمن، تتجلى هذه الأهمية في الآتي:

- إبراز أهمية الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في تحسين تفهمهم الإيجابي مع المرض.

- قلة الدراسات المحلية حول متغير الجلد لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة بشكل عام والقصور الكلوي المزمن بشكل خاص.

- تفيد النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية الممارسين في مجال الرعاية الصحية والقائمين بالرعاية؛ على الاهتمام بالجانب النفسي وجلد المريض، مما يساهم في تحسين الإدارة الذاتية للمرض، والنتائج الإيجابية للمرضى.

3. أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- الكشف عن مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وفقا لمتغير السن.
- الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية.
- الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وفقا لمتغير مدة المرض.

4. مصطلحات الدراسة

4. 1. القصور الكلوي المزمن (CKD)

يعرف بأنه تلف كلوي لمدة 3 أشهر و/أو معدل الترشيح الكبيبي (GFR) أقل من 60 مل / دقيقة لكل 1.73 متر مربع لمدة 3 أشهر، مع أو دون وجود تلف كلوي. يُعرّف تلف الكلى بأنه تشوهات هيكلية أو وظيفية في الكلى، وتكون في البداية بدون انخفاض معدل الترشيح الكبيبي، ويمكن أن تؤدي بمرور الوقت إلى انخفاض معدل الترشيح الكبيبي. مع مرور الوقت، يتطور العديد من مرضى الكلى المزمن إلى مرحلة الفشل الكلوي المزمن (CRF) (Alebiosu & Ayodele, 2005: 418).

4. 2. الجلد

في سياق القصور الكلوي المزمن، يمكن للجلد أن يعني قدرة مريض القصور الكلوي المزمن على الحفاظ على القدرة الوظيفية النفسية والجسدية بعد جلسات الرعاية الصحية. ويتجلى في الدراسة الحالية في الفعالية الذاتية، والتحكم في الانفعالات، وخبرة المشاعر الإيجابية، وتوفير الدعم والروحانية.

5. حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة في الآتي:

- **الحدود الموضوعية:** واقع الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بولاية باتنة.
- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة في عيادات تصفية الكلى بولاية باتنة المتمثلة في عيادة لوشان، وعيادة مغرب، وعيادة ريناديال، وقسم أمراض الكلى بالمستشفى الجامعي بن فليس التهامي.
- **الحدود الزمانية:** تم إجراء الدراسة خلال شهر سبتمبر من سنة 2022.

6. الدراسات السابقة

عنوان الدراسة والباحث	السنة	اللغة	العينة	الأدوات	المنهج	النتائج
المرونة النفسية كمدخل لفاعلية العلاج لدى مرضى السرطان أحمد وآخرون	2016	العربية	مرضى السرطان	مقياس المرونة النفسية	شبه تجريبي	توجد فروق في المرونة النفسية وفقا لمتغير السن
القلق، الاكتئاب، الجلد وتقدير الذات لدى الأفراد المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية كارفالو وآخرون Carvalho et al.	2016	الإنجليزية	المرضى المصابون بأمراض القلب والأوعية الدموية	مقياس القلق والاكتئاب المرتبط بالمشاكل في المستشفى ومقياس الجلد، ومقياس روزنبرج لتقدير الذات	دراسة ارتباطية	مستوى الجلد منخفض لدى أفراد العينة وجود علاقة عكسية بين الجلد والاكتئاب لم يرتبط كل من السن ومدة المرض بالجلد والقلق وتقدير الذات والاكتئاب
علاقة الإرجاعية واستراتيجيات المواجهة بالصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة ياحي وفلاحي	2019	العربية	مرضى الفشل الكلوي	مقياس الجلد لدفيدسون وكونور (200) ومقياس استراتيجيات المواجهة لبولهان (1994)، ومقياس الصحة النفسية SCL-90Symptoms Check List-R	دراسة ارتباطية	مرضى القصور الكلوي المزمن مستوى مرتفع من الجلد، ووجود علاقة ارتباطية عكسية بين الجلد والصحة النفسية

الضغط، والمساندة الاجتماعية والجلد لدى النساء الريفيات الأصغر سناً: نموذج المعادلة الهيكلية أبوت وآخرون Abbott et al.	2021	الإنجليزية	النساء صغار السن	مقياس المساندة الاجتماعية للعائلة والانتماء ومقياس الجلد الخماسي. مقاييس الضغط الحاد، والضغط المزمن	دراسة مقطعية	مستوى الجلد أعلى من المتوسط
المرونة النفسية وعلاقتها بالهناء الذاتي لدى مرضى القلب بالمدينة المنورة المدني والنزهة	2022	العربية	مرضى القلب	مقياس المرونة النفسية (آل شويل ونصر، 2012)	المنهج الوصفي	مستوى المرونة النفسية لدى مرضى القلب متوسط. لا توجد فروق في المرونة النفسية وفقاً لمتغير الجنس
مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول بورنان سامية	2022	العربية	مرضى السكري النوع الأول	مقياس المرونة النفسية	المنهج الوصفي	مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري مرتفع. لا توجد فروق في المرونة النفسية وفقاً لمتغير الجنس

7. فرضيات الدراسة

- يتوقع أن مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع.
- يتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الجلد وفقا لمتغير السن، والحالة الاجتماعية ومدة المرض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

8. الإطار النظري للدراسة

8.1. تعريف القصور الكلوي المزمن

يعرف المرض المزمن بأنه عملية مرضية لا يمكن الشفاء منها. وبشكل أكثر تحديداً؛ يحدد مركز التحكم في الأمراض (CDC) عديد الأمراض على أنها أمراض مزمنة، ويحدد حالاتها على نطاق واسع على أنها تلك التي تستمر لمدة عام واحد أو أكثر، وتتطلب عناية طبية مستمرة أو تحد من أنشطة الحياة اليومية أو كليهما (Farley، السنة، ص 31).

يُعرّف القصور الكلوي المزمن (CKD) بأنه تلف كلوي لمدة 3 أشهر و/أو معدل الترشيح الكبيبي (GFR) أقل من 60 مل / دقيقة لكل 1.73 متر مربع لمدة 3 أشهر، مع أو دون وجود تلف كلوي. **يُعرّف التلف الكلوي** بأنه تشوهات هيكلية أو وظيفية في الكلى، وتكون في البداية دون انخفاض معدل الترشيح الكبيبي، ويمكن أن تؤدي بمرور الوقت إلى انخفاض معدل الترشيح الكبيبي. مع مرور الوقت، يتطور العديد من مرضى الكلى المزمن إلى مرحلة الفشل الكلوي المزمن (CRF) (Alebiosu & Ayodele, 2005: 418).

وحسب دليل الممارسة لعام 2012 من مرض الكلى: تحسين النتائج العالمية (KDIGO) تعرف مجموعة عمل القصور الكلوي المزمن على النحو التالي:

- تضرر الكلى لمدة تزيد عن ثلاثة أشهر، حيث تتميز بخلل بنيوي أو وظيفي في الكلى، مع أو دون معدل التصفية الكبيبي المنخفض (GFR)، والذي يتجلى في:
 - التشوهات المرضية.

- علامات تلف الكلى، بما في ذلك شذوذ في تكوين الدم أو البول، أو شذوذ في فحوصات التصوير.

- معدل الترشيح الكبيبي أقل من 60 مل / دقيقة / 1.73 م 2 لمدة 3 أشهر، مع أو دون تلف الكلى. يستخدم معدل الترشيح الكبيبي (GFR) عادةً لتقييم مستوى وظائف الكلى ومراقبة تطور المرض والاستجابة للعلاج. كما تعدّ البيلة البروتينية (البومينوريا) -وهي فائض من البروتين في البول- واحدة من التشوهات الرئيسية التي تظهر في القصور الكلوي المزمن. يوصي KDOQI بمراقبة مستويات بروتين الألبومين في البول كجزء من تشخيص القصور الكلوي المزمن (Killeen: 7).

• تشخيص القصور الكلوي المزمن

يصنف القصور الكلوي المزمن إلى خمس مراحل حسب معدل الترشيح الكبيبي، وعلى ثلاث مراحل حسب البول الزلالي Albuminuria كما هو موضح في الجدولين (1) و (2) أدناه (Ammirati, 2020: 4).

الجدول 1: مراحل القصور الكلوي المزمن حسب معدل الترشيح الكبيبي

مرحلة	قيمة الترشيح مل/د لكل 1.73 م ²	التصنيف
1	<90	عادي أو مرتفع
2	89-60	انخفاض خفيف
3 أ	59 – 45	انخفاض خفيف إلى معتدل
3 ب	44 – 30	انخفاض معتدل إلى شديد
4	29 – 15	انخفاض شديد
5	<15	الفشل الكلوي

(Ammirati, 2020 : 4)

الجدول 2: فئات الألبومينوريا والكرياتينين في عينات البول المعزولة

الفئة	البول الزلالي في 24 سا Mg/24h	قيمة البول الزلالي والكرياتينين مغ/غ	التصنيف
1 أ	<30	<30	عادي
2 أ	300 – 30	300 – 30	معتدل
3 أ	>300	>300	شديد

(Ammirati, 2020 : 4)

لذلك يصنف المريض البالغ المصاب باعتلال الكلية السكري، بمعدل تصفيته كبيبي يقدر بـ: 42 مل/دقيقة، والبييلة الزلالية 200 ملغ/24 سا لأكثر من ثلاثة أشهر على أنه مريض قصور كلوي مزمن من المرحلة 3 أ 2. يساعد نظام التدرج الموضح أعلاه الأطباء على تحديد طريقة وشدة المراقبة التي سيتم تطبيقها على مرضى القصور الكلوي المزمن، يمكن تحقيق تنبؤ أكثر دقة للمخاطر لكل مريض من خلال تطوير أدوات التنبؤ بالمخاطر، إضافة إلى معدل الترشيح الكبيبي GFR والبييلة الزلالية Albuminuria، كما يجب مراعاة سبب مرض الكلى، إضافة إلى عوامل أخرى (مثل: العمر، والجنس، والعرق، ومستويات الكوليسترول والتدخين وغيرها) في تقدير حال المريض (Ammirati, 2020: 4).

8.2. تعريف الجلد

يشير الجلد عموماً إلى قدرة الإنسان على تحمل التحديات المجهدة والحفاظ على الأداء الطبيعي أو استعادته. وبالتالي يظهر الأفراد جلداً عندما يظهرون تكيّفاً إيجابياً في ظل الظروف المخففة. وتعرّف فرقة العمل التابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس عملية الجلد بأنها: "عملية التكيف جيداً في مواجهة الشدائد والصدمات والمآسي والتهديدات؛ أو حتى المصادر الخطيرة للتوتر" (Foy et al, 2011: 91).

وفي سياق القصور الكلوي المزمن، يمكن للجلد أن يعني قدرة مريض القصور الكلوي المزمن على الحفاظ على القدرة الوظيفية النفسية والجسدية بعد جلسات الرعاية الصحية.

• المقاربة المعرفية للجلد

ينظر إلى عملية التنظيم بين المطالب البيئية والموارد المتاحة على أنها مهمة للأداء البشري في عديد نظريات الضغوط والنماذج المرتبطة بالضغط. على الرغم من أن التركيز الأساسي ينصب على العوامل المعرفية المشتقة من النظرية المعرفية الاجتماعية (SCT) (مثل معتقدات الفعالية الذاتية) والعملية الديناميكية المتضمنة في إدارة المتطلبات والموارد البيئية، فمن المهم النظر في النظريات الأخرى التي تعترف بالدور المهم للإدراك المعرفي البشري في التأقلم مع الشدائد والتكيف.

تسرد نظرية الضغوط للازاروس Lazarus تقييم الضغوط كوسيط معرفي رئيسي، وتميز بين التقييم الأولي والتقييم الثانوي. في التقييم الأولي يقوم الأفراد بتقييم مدى أهمية مطلب معين لرفاههم، وصلته بالفرد، وتقييم كونه إيجابيا أو ضاعطا بناء على إضراره بالموارد والنتائج التي يؤدي إليها. يمكن تقييم الموقف الضاغط على أنه ضرر، تهديد أو تحدي بناء على العواقب المتصورة منه، حيث يتم تصور بعض الضغوط على أنها إيجابية، بالرغم من حجم الموارد المستثمرة في هذا الموقف الضاغط، إلا أن الموقف يتم تفسيره على أنه تحد. على النقيض من ذلك، يتم تقييم الموقف على أنه خسارة أو تهديد عندما تتجاوز متطلبات الموقف الضاغط الموارد المتاحة، مما يؤدي إلى نتائج سلبية، وعليه فإن سمة التقييم المميزة للجلد هي إدراك الشدائد على أنها تحديات. من جهة أخرى، يسمى إدراك الموارد بالتقييم الثانوي. يتعلق التقييم الثانوي بتقييم الموارد المادية والاجتماعية والنفسية والجسدية المتوفرة، والقدرة على استعمالها (الفعالية الذاتية) في التعامل مع متطلبات البيئة، ويتم تنفيذ استراتيجيات المواجهة كنتيجة للتقييم الأولي والثانوي. أجريت عديد الدراسات التي تدعم نموذج التعامل مع الضغوط، وأثبتت هذه الدراسات أن التقييمات التي يتم إجراؤها خلال المواقف العصيبة التي تؤثر على الاستجابة النفسية والфизиولوجية للضغوط. على سبيل المثال هناك تأثير قوي للتقييمات العقلية الاستباقية على الاستجابة الفسيولوجية للضغط بالكورتيزول. وبناء عليه، قد تفسر التقييمات الأولية والثانوية ما يصل إلى 35% من التباين في تفاعل الكورتيزول بين الأشخاص الذين تعرضوا لمواقف ضاغطة. اقترح إيبيل وآخرون (Epel et al، 1998) أن التقييمات المعرفية التي تقيم الشدائد على أنها تحديات قد تعزز الجلد النفسي والجسدي للفرد.

من المهم أخذ العمليات المعرفية الأخرى -مثل العزو السببي- بعين الاعتبار عند محاولة فهم الجلد النفسي؛ حيث تستخدم العديد من الدراسات السابقة العمليات المعرفية كالتقييم والعزو، لصياغة مفهوم المواجهة الناجحة باعتبارها أساسية للتكيف الإيجابي، والذي في مجمله يمثل وجها آخر للجلد (Southwick et al، 2011: 46).

9. الإجراءات المنهجية للدراسة

1.9. تصميم الدراسة

سعت الدراسة إلى استكشاف طبيعة الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وعليه تم أخذ عينة من مجموعة معينة في مدة زمنية محددة، وقد كان تصميم الدراسات المقطعية ملائما لمثل هذا النوع من الدراسات.

يتم إجراء الدراسات المقطعية في فترة زمنية محددة وقصيرة، وتهدف إلى جمع المعلومات حول انتشار أو توزيع أو خصائص متغير أو ظاهرة ما. كما يمكن هذا النوع من الدراسات من جمع البيانات عن الخصائص الفردية، كالتعرض لعوامل الخطر والنتائج المترتبة عنها: (Levin I, 2006: 24).

9. 2. خصائص عينة الدراسة

الجدول رقم 3: عينة الدراسة حسب/العمر/ النوع / الحالة الاجتماعية/ المستوى التعليمي / الوظيفة / الفئة العمرية / مدة المرض

العمر							
أقل من 30 سنة		من 30-50		أكثر من 50 سنة			
العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%		
14	17.5%	40	50.0%	26	32.5%		
النوع							
ذكر				أنثى			
العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%		
43	53.8%	37	46.3%				
الحالة الاجتماعية							
متزوج				غير متزوج			
العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%		
36	45.0%	44	55.0%				
الوضع الاقتصادي							
منخفض		متوسط		جيد			
العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%		
16	20.0%	52	65.0%	12	15.0%		
مدة المرض							
أقل من 5 سنوات		5-10 سنة		أكثر من 10 سنوات			
العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%		
44	55.0%	14	17.5%	22	27.5%		
المكان							
عيادة ريناديال		عيادة لوشان		عيادة مغرب		المستشفى الجامعي	
العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%
21	26.2%	15	18.8%	22	27.5%	22	27.5%

يتبين من الجدول رقم (3) أن عينة أفراد الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 19 و75 عاماً، تم تقسيمهم إلى فئات عمرية لأغراض الدراسة، ويلاحظ أن غالبية أفراد عينة الدراسة أعمارهم ما بين (30-50) سنة، وبلغ عددهم (40) فرداً بنسبة (50٪) من العينة الكلية، كما بلغ عدد الأفراد من فئة (أكثر من 50) سنة (26) فرداً بنسبة (32.5٪)، كما تضمنت العينة (14) فرداً أي بنسبة (17.5٪) الذين تقل أعمارهم عن 30 سنة.

وفيما يتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة بحسب النوع، فنرى أن غالبية أفراد عينة الدراسة هم من الذكور، إذ بلغ عددهم في العينة (43) فرداً ويمثلون ما نسبته (53.8٪) من العينة الكلية، في حين بلغ عدد الإناث في العينة (37) فرداً ويمثلون ما نسبته (46.3٪) من العينة الكلية. يتوزع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية إلى فئتين: فئة المتزوجين التي تمثل نسبة (45٪) من أفراد العينة، أما الفئة الثانية فهي فئة غير المتزوجين التي تتألف من المرضى غير المتزوجين والأرامل والمطلقين، وتمثل هذه الفئة (55٪) من النسبة الكلية للعينة.

وفيما يتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة بحسب مدة المرض، فهناك (44) فرداً أي بنسبة (55٪) تقل مدة مرضهم عن خمس سنوات (أقل من 5 سنوات)، وهناك (14) فرداً أي بنسبة (17.5٪) تتراوح مدة مرضهم ما بين (5-10 سنوات)، أما بقية أفراد العينة البالغ عددهم (22) فرداً أي بنسبة (27.5٪) فتتجاوز مدة مرضهم 10 سنوات (أكثر من 10 سنوات).

أما من حيث مكان العلاج، فقد تم إجراء الدراسة في ثلاثة عيادات خاصة بمجموع مرضى 58 مريضاً وبنسبة (72.5٪) من أفراد العينة، أما المستشفى الجامعي بن فليس التهامي فقد تم إجراء الدراسة على 22 مريضاً بما يقدر بـ(27.5٪). وبالنظر إلى سبب المرض حسب ما أقر به أفراد العينة، جاء مرض السكري وضغط الدم كمسببات رئيسية للقصور الكلوي حيث قدرت النسبة المئوية للأفراد الذين أصيبوا بالقصور الكلوي المزمن بسببهما بـ(28.8٪) و (27.5٪) على التوالي، يليهما الأسباب الوراثية بنسبة (23.8٪)، في حين كان المرضى الذين أحالوا أسباب المرض لأسباب خلقية بـ(7.5٪)، في حين أحال البعض الآخر أسباب المرض لأسباب غير معروفة بـ(12.5٪).

9.3. سلم الجلد لكونور-ديفيدسون:

قام بإعداده كل من (كونور كاترين وديفيدسون جوناثان Connor Katrine and Davidson Jonathan)، وتمت ترجمته من طرف الأستاذ جبار الله سليمان، ويقاس درجة الجلد لدى الأفراد. يحتوي السلم على 25 بنداً، ويتم تقييم كل بند على خمس درجات حسب سلم ليكرت (0 = لا أوافق إلى 4 = أوافق تماماً). كلما ارتفع أو انخفض مجموع الدرجات المتحصل عليها في كل الاختبار دل ذلك على ارتفاع أو انخفاض قدرة الجلد لدى الفرد.

أولاً: صدق الاتساق الداخلي

تم التحقق من صدق الأداة بطريقة الاتساق الداخلي، وحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات السلم والدرجة الكلية للسلم. تراوحت معاملات الارتباط بين فقرات

السلم بين (0.37 و 0.89) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 مما يؤكد أن السلم يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ثانياً: الثبات عن طريق ألفا كرونباخ

بالنظر لقيمة ألفا كرونباخ العام للأداة فقد بلغت (0.868) وهو ثبات مرتفع، ومن ثم يمكن القول بأن سلم الجلد الذي اعتمدت عليه الدراسة لقياس المتغير يتمتع بالثبات الداخلي لعباراته، وعليه يمكننا الاعتماد على هذه الإجابات في تحقيق أهداف الدراسة وتحليل نتائجها.

10. عرض نتائج الدراسة

أولاً: عرض نتائج الفرضية الأولى:

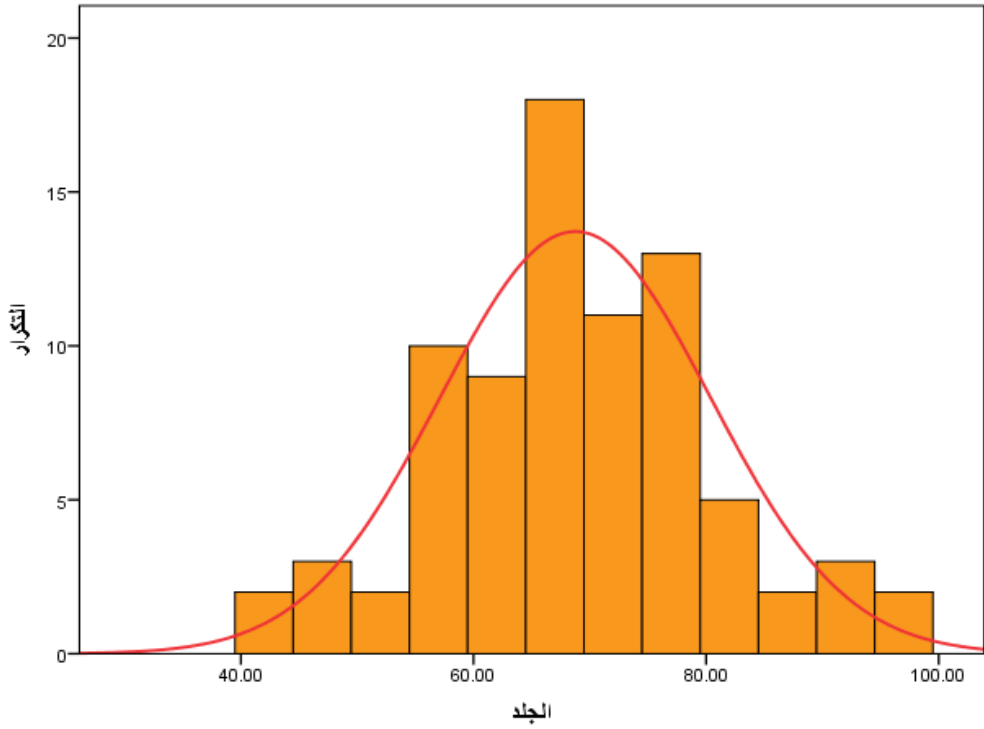
نصت الفرضية الأولى على أنه: "يتوقع أن مستوى الجلد مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي المزمن". هدف وضع هذه الفرضية إلى بيان مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وللتحقق من صحة الفرضية، تم حساب الوسط الحسابي والوسيط والمنوال وذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول 4: مقاييس النزعة المركزية والتشتت لمتغير الجلد

المتغير	المدى	المتوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	التفسير
الجلد	61-0 الأدنى جلداً	68.75	68.50	66.50	11.63	أقل جلداً
	68-62 الأقل جلداً					
	76-69 متوسط					
	100-77 الأعلى جلداً					

تم حساب المتوسط الحسابي والوسيط والمنوال لمعرفة مستوى الجلد لعينة الدراسة والانحراف المعياري لمعرفة التجانس بين أفراد عينة الدراسة. تقع قيم المتوسط والوسيط ضمن المدى المقدر بـ (62- 68) وهذا يعني أن مستوى الجلد لعينة الدراسة يقع بين المستوى الأدنى إلى الأقل جلداً، والذي يمثل 50% من أفراد العينة، في حين مثل الأفراد ذوو المستوى المرتفع من الجلد 25% من الإجمالي الكلي، والذين سجلوا درجات أكبر من أو تساوي (77). كانت قيمة الانحراف المعياري (11.63) وهذه القيمة تشير إلى التجانس الكبير في أفراد العينة على متغير الجلد، أي أنهم متفقون بدرجة كبيرة. وعليه، ووفقاً لما تم التوصل إليه من خلال هذا النتائج فإن الفرضية الأولى لم تتحقق.

الشكل 1: يوضح توزيع درجات الجلد لأفراد عينة الدراسة



الجدول 5: مقاييس النزعة المركزية لأبعاد سلم الجلد لدى أفراد عينة

المحور	العينة	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف	التفسير
الكفاءة الذاتية	80	22.48	23.00	23.00	4.63	أقل من المتوسط
التحكم في الانفعالات	80	17.36	17.00	18.00	3.84	أقل من المتوسط
المشاعر الإيجابية	80	13.97	14.00	15.00	3.04	أقل من المتوسط
الدعم الاجتماعي	80	8.02	8.00	9.00	2.03	أقل من المتوسط
العامل الديني	80	6.90	7.00	8.00	1.25	أقل من المتوسط

يتضح من الجدول رقم (5) أن المتوسطات الحسابية لأبعاد الجلد: الكفاءة الذاتية، والتحكم في الانفعالات، والمشاعر الإيجابية، والدعم الاجتماعي، والعامل الديني بلغت على التوالي: (22.48)، (17.36)، (13.97)، (8.02) و (6.90) مما يدل على أن مستواها لدى أفراد العينة أقل من المتوسط.

ثانياً: عرض وتفسير نتيجة الفرضية الثانية

نصت الفرضية الثانية على أنه: "يتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد وفقاً لمتغير: السن، ومدة المرض، والحالة الاجتماعية".

هدف وضع هذه الفرضية إلى بيان وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد حسب الحالة الاجتماعية، والسن، ومدة المرض. واختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي لمتغيري السن ومدة المرض، واختبار "ت" للفروق لمتغير الحالة الاجتماعية، وقبل ذلك سيتم عرض بعض المقاييس الوصفية.

الجدول 6: المقاييس الوصفية لإجابات أفراد عينات الدراسة على الجلد

المتغير	الفئة العمرية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
السن	أقل من 30 سنة	14	64.50	8.09
	30-50	40	70.65	11.47
	أكثر من 50 سنة	26	68.15	13.10
الحالة الاجتماعية	غير متزوج	36	67.17	10.21
	متزوج	44	69.23	12.78
مدة المرض	أقل من 5 سنوات	44	68.25	12.61
	5-10 سنوات	14	67.14	11.24
	أكثر من 10 سنوات	22	70.77	9.91

الجدول 7: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين درجات أفراد عينة الدراسة على متغير

الجلد

المتغير	مصادر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
السن	بين المجموعات	2	407.75	203.87	1.527	0.224
	الخطأ	77	10283.25	133.54		
	الكلي	79	10691.00			
الحالة الاجتماعية مدة المرض	قيمة ت		404.-0		.5000	.6080
	درجة الحرية		78			
	مستوى الدلالة		6880.			
	بين المجموعات	2	137.17	68.586		
	الخطأ	77	10553.82	137.06		
	الكلي	79	10691.00			

• بلغت قيمة (ف) المحسوبة لدلالة الفروق بين إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير الجلد باختلاف أعمارهم (1.527) وهي أقل من قيمة (ف) المستخرجة من الجدول عند درجتي حرية (2) و(77) ومستوى دلالة (0.05) البالغة (3.10)، فهذا يشير إلى وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين إجابات أفراد عينة الدراسة.

• بلغت القيمة الاحتمالية لاختيار (ت) المحسوبة لدلالة الفروق بين إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير الجلد باختلاف حالتهم الاجتماعية (0.688) وهي أكبر مستوى دلالة (0.05)، وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين إجابات أفراد باختلاف مستوياتهم الاجتماعية على الجلد.

• بلغت قيمة (ف) المحسوبة لدلالة الفروق بين إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير الجلد باختلاف مدة المرض (0.500) وهي أقل من قيمة (ف) المستخرجة من الجدول عند درجتي حرية (2) و(77) ومستوى دلالة (0.05) البالغة (3.10)، وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين إجابات أفراد عينة الدراسة.

11. مناقشة نتائج الدراسة

أولاً: مناقشة نتيجة الفرضية الأولى

توصلت نتيجة الفرضية الأولى إلى أن مستوى الجلد لدى أفراد العينة أقل من المتوسط، وعليه عدم تحقق الفرضية.

تشير نتيجة الدراسة الحالية إلى أن مستوى الجلد لدى أفراد العينة أقل من المتوسط، وجاءت هذه النتيجة مطابقة لنتيجة دراسة كارفالو وآخرون (Carvalho et al، 2016) بعنوان القلق، الاكتئاب، الجلد وتقدير الذات لدى الأفراد المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية؛ وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الجلد لدى المرضى المصابين بأمراض القلب منخفض. إلا أن هناك دراسات أخرى توصلت إلى أن مستوى الجلد مرتفع لدى مرضى الفشل الكلوي مثل دراسة (ياحي وفلاحي، 2019)، وفي السياق نفسه أشارت دراسة أبوت وآخرون (Abbott et al، 2021) إلى أن مستوى الجلد أعلى من المتوسط لدى النساء المصابات بأمراض القلب والأوعية الدموية. كما أشارت دراسة (بورنان سامية، 2022) بعنوان مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول إلى أن مستوى الجلد لدى مرضى السكري مرتفع. وكذا دراسة (المدني والنزهة، 2022) حول المرونة النفسية لدى مرضى القلب التي توصلت إلى أن مستوى الجلد متوسط لدى مرضى القلب. يمكن تفسير هذا التباين في النتائج باختلاف عينات الدراسات، حيث يختلف مستوى الجلد حسب السياق الذي يكون فيه والمتمثل في المرض المزمن.

أشار تساوي زملائه (Tsai et al، 2012) إلى أن انتقال المريض إلى غسيل الكلى مرتبط بارتفاع درجة الاكتئاب الذي يعمل على تراجع مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن (ص54). كما يمكن تفسير هذه النتيجة بالتفاعل المستمر بين عوامل الحماية والخطر لدى مريض القصور الكلوي المزمن. تعزز عوامل الحماية المتمثلة في: البحث عن المعنى في الإصابة بالمرض، والتدين، والدعم الأسري، وموارد الرعاية الصحية، والمشاعر الإيجابية والمواجهة المتمركزة على الحل على مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي وتساعدتهم على تبني نظرة أكثر إيجابية نحو المرض والعلاج. من جهة أخرى تؤثر عوامل الخطر الفردية كالمواجهة الدفاعية المتمثلة في إنكار المرض وتثبيط المشاعر على الجلد لدى المرضى. يؤدي إنكار المرض وعدم التعامل مع مشاعر الغضب والحزن عند إصابة المريض بالفشل الكلوي إلى التأثير على مستوى الجلد لدى المريض وإضعاف عزمته للتعامل مع المرض، وهذا ما أشار إليه كالتسودا وآخرون (Kaltsouda et al، 2011) في دراستهم حول المواجهة الدفاعية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث أشار إلى ارتباط المواجهة الدفاعية بتدهور المكون العقلي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة؛ بغض النظر عن مرحلة المرض ووقت التشخيص (Kaltsouda et al، 2011، ص4). ويمكن إسقاط هذه النتيجة على النتيجة المتوصل إليها في الدراسة الحالية، حيث إن تثبيط المشاعر المؤلمة يعيق عملية الحداد والوصول إلى حل تكيفي، وهذا يؤدي إلى إصابة المريض بالاكتئاب مما قد يؤثر على مستوى الجلد لدى المريض. بالطريقة نفسها تؤثر عوامل الخطر المرتبطة بالمرض مثل الضيق المرتبط بالأعراض إلى إضعاف قدرة المريض على التكيف الناجح مع المرض مما قد يؤثر على مستوى الجلد. وتجدر الإشارة إلى أن التفاعل بين عوامل الحماية وعوامل الخطر يؤدي إلى التأثير المستمر على مستوى الجلد لدى مريض القصور الكلوي المزمن طوال مدة سيرورة المرض، وهذا ما قد يفسر المستوى دون المتوسط للجلد في الدراسة الحالية.

وفي سياق العوامل الشخصية المرتبطة بالجلد، يمثل التدين أو العامل الديني جانبا مهما لتفسير مستوى الجلد لدى أفراد العينة. نظرا للخلفية الثقافية للمجتمع الجزائري والخلفية الدينية الراسخة، يمثل الدين عاملا مهما يؤثر في تقييم الفرد للأحداث التي تواجهه. يميل الأفراد الذين يتعرضون لأحداث ضاغطة إلى اللجوء إلى تفسيرها في إطار التقييم الديني. يقيم مرضى القصور الكلوي المزمن إصابتهم بالمرض في إطار أنه ابتلاء من الله سبحانه وتعالى وكفارة للذنوب، وهما مفهومان شائعان لتفسير الأحداث الضاغطة والمجهدية حيث يستمد الأفراد إيمانهم وثقتهم في هذين المفهومين من القرآن والسنة؛ فمن آيات القرآن الكريم نجد قول الله تعالى: "وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ" [البقرة: 155]. ومن أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم قوله: "مَا يُصِيبُ الْمُسْلِمَ مِنْ نَصَبٍ وَلَا وَصَبٍ وَلَا هَمٍّ وَلَا حُزْنٍ وَلَا أَذًى وَلَا غَمٍّ حَتَّى الشَّوْكَةُ يُشَاكَّهَهَا، إِلَّا كَفَرَ اللَّهُ بِهَا مِنْ خَطَايَاهُ" [رواه البخاري]، وفي حديث آخر: "إِنَّ الْعَبْدَ إِذَا سَبَقَتْ لَهُ مِنَ اللَّهِ مَثْرَلَةً لَمْ يَبْلُغْهَا بِعَمَلِهِ، ابْتِلَاءُ اللَّهِ فِي جَسَدِهِ أَوْ فِي مَالِهِ أَوْ فِي وَلَدِهِ، ثُمَّ صَبَرَ عَلَى ذَلِكَ، حَتَّى يَبْلُغَهُ الْمَثْرَلَةُ الَّتِي سَبَقَتْ لَهُ مِنَ اللَّهِ تَعَالَى" [صحيح أبو داود الألباني]. ويؤثر هذان الحديثان بشكل كبير في المعالجة المعرفية، ونظرة المريض للمرض وكيفية تعامله مع صعوباته. يميل عديد المرضى إلى تقييم المرض دينيا بوصفه كفارة للذنوب، وقضاء لا يمكن تفاديه بأي حال من الأحوال، وأن الدنيا هي دار بلاء وليست دار جزاء، فيحاول المريض أن يستشعر رحمة الله في البلاء. ويشير فوي وزملاؤه (Foy et al، 2011) إلى أن هذا التقييم يساعد المريض على تبني نظرة إيجابية للمرض وأفكار أكثر واقعية بناء على معتقداته الدينية وإيمانه بالله عز وجل، مما يزيد من قوة إيمانه، ويجعله أكثر تعاطفا مع ذاته، ويقلل من المشاعر السلبية المصاحبة للمرض والسلوك الهادم للذات، الأمر الذي ينعكس إيجابيا على جلد الفرد وتعزيز تكيفه الناجح مع المرض (Foy et al، 2011).

في بعض الأحيان قد تكون الأحداث الضاغطة أكبر من قدرة الأفراد على التحمل، مما يجعلهم يشعرون بتهديد الذات، وعليه يمكن أن ينعكس التدين سلبيا على جلد الفرد، حيث يميل بعض المرضى إلى توظيف الأفكار الدينية بشكل خاطئ، وعليه يؤدي التقييم الديني السلبي إلى تفسير المرض على أنه عقاب أو ظلم للفرد. وحسب فوي وآخرون (Foy et al، 2011). يؤدي الاستخدام غير المناسب للمعتقدات الدينية (التمثل في فقدان الإيمان بالله سبحانه وتعالى وبحكمته)، والتكيف الديني السلبي (التمثل في تفسير المرض على أنه عقاب من الله عز وجل)، والشعور بالذنب الذي يؤدي إلى العديد من التشوهات المعرفية (كإغفال جميع الأمور الإيجابية المصاحبة للمرض)، أو عدم التسامح (الذي قد يظهر على شكل عدم مسامحة الذات أو الاعتراض على قضاء الله وقدره بطريقة صريحة أو مبطنية) (Foy et al، 2011). وتوافق هذه الأفكار حديث الرسول صلى الله عليه وسلم: " إِنْ عَظُمَ الْجَزَاءُ مَعَ عَظَمِ الْبَلَاءِ، وَإِنَّ اللَّهَ إِذَا أَحَبَّ قَوْمًا ابْتَلَاهُمْ، فَمَنْ رَضِيَ فَلَهُ الرِّضَى، وَمَنْ سَخِطَ فَلَهُ السُّخْطُ" [صحيح الترمذي]. يؤثر توظيف هذه المعتقدات في غير

محلها إلى تشوهات معرفية مثل تضخيم سلبيات المرض، والتقليل من قيمة الإيجابيات، وتقديم تفسيرات سلبية متعلقة بالمرض، مما ينعكس سلباً على التكيف الناجح والجلد.

رغم أهمية الجماعات الدينية والخلفية الدينية الراسخة لأفراد العينة، إلا أنها لم تساعد في تعزيز الجلد لدى أفراد العينة، فبالرغم من إفصاح أفراد العينة عن تقبلهم للمرض وبأنه قضاء وقدر من الله عز وجل، إلا أن العوائق البدنية والمادية المرتبطة بالمرض تكشف عن عدم المطابقة بين ما يؤمنون به وما يواجهونه، إلا أن العامل الديني لعب دوراً مخففاً من صعوبة المرض.

من الممكن أن العوامل الذاتية مثل التكيف مع المرض والعلاج، والرضا عن الطاقم الطبي، من بين أمور أخرى، قد تتداخل بشكل مباشر في تقييم الجلد، ولكن لم يتم تقييمها في هذه الدراسة.

ثانياً: مناقشة نتيجة الفرضية الثانية

توصلت نتيجة الفرضية الثانية إلى عدم وجود فروق في الجلد وفقاً لمتغير السن، والحالة الاجتماعية ومدة المرض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

على عكس المتوقع، خالفت هذه النتيجة نتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة (أحمد وآخرون، 2016). حيث لوحظ غياب هذا الاختلاف بين الأفراد الأصغر سناً والأكبر سناً لأفراد عينة الدراسة، وقد يرجع هذا إلى تأثير الجلد لدى أفراد العينة بعوامل الصحة الجسدية حيث تتأثر الصحة البدنية لمرضى القصور الكلوي المزمن بشكل ملحوظ مع تفاقم المرض وأعراضه، ويعاني الأفراد من قصور ملحوظ في الصحة الجسدية مما يؤثر على قدرة الأفراد على التأقلم مع تحديات الحياة سواء المتعلقة بالمرض أو غيره.

ووفقاً لما تم ذكره، يمكن تفسير غياب الفروق في الجلد وفقاً لمتغير السن والحالة الاجتماعية ومدة المرض، إلى أن مرضى القصور الكلوي المزمن -خاصة في المرحلة الأخيرة- وبسبب المشكلات التي يسببها الداء الكلوي بمراحله الأخيرة، وفترات العلاج، والرعاية الطبية المستمرة، ومضاعفات المرض والعلاج، ونقص القوة البدنية، واستهلاك الوقت والمال، فإن مرضى غسيل الكلى يواجهون عديد المشكلات التي تقلل من نشاطهم وقدراتهم، وتقوض قدرتهم على التعامل مع القضايا وتحقيق أهدافهم ونجاحهم. كما أنهم يخضعون للإجراءات العلاجية نفسها لإدارة مرضهم، مما يجعلهم يواجهون الصعوبات نفسها على اختلاف أعمارهم وحالاتهم الاجتماعية وباختلاف مدة مرضهم. ورغم أن الحالة الصحية تختلف بين المرضى في بداية المرض وبعد سنوات طويلة من الإصابة، إلا أن المآل السلبي المتوقع يبقى واحداً وهو ما يحجب رؤية المريض للجوانب الإيجابية التي قد تعينه في التكيف وتعيق قدرته على التأقلم الناجح مع الصعوبات.

12. بحوث مستقبلية مقترحة

تفتح الدراسة الحالية المجال للمزيد من الدراسات المستقبلية على المستوى المحلي مثل:

- علاقة الجلد بالالتزام بالعلاج وتقبله لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- تنبؤ الجلد بجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- دور الجلد في التخفيف من الاضطرابات النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

الخاتمة

انطلاقا مما توصلت إليه نتائج الدراسة، يتجلى أن مستوى الجلد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن دون المتوسط، وتعد هذه النتيجة مؤشرا مهما لهذا النوع من المرضى، حيث إن ارتفاع مستوى الجلد يرتبط بالكثير من النتائج الإيجابية التي تنعكس في تحسن الصحة البدنية والنفسية لمرضى القصور الكلوي المزمن، وتحسن أساليب الإدارة الذاتية للمرض والعكس صحيح. وبالرغم من أهمية هذه النتيجة إلا أنه من الصعب تعميم النتيجة المتوصل إليها بسبب صغر حجم العينة وطريقة اختيارها. وهذا ما يفتح المجال إلى إجراء دراسات مستقبلية أكثر شمولاً على عينات أكثر تمثيلاً خاصة على المستوى المحلي، بسبب نقص الدراسات المتعلقة بهذا المتغير. كما تمهد النتائج المتوصل إليها إلى إجراء دراسات تستكشف علاقة الجلد بمتغيرات أخرى إضافة إلى دراسات تجريبية تسعى إلى تعزيز هذا المتغير لدى المرضى المزمنين بشكل عام ومرضى القصور الكلوي المزمن بشكل خاص؛ نظراً للصعوبات التي تعانيها هذه الفئة بسبب الأساليب العلاجية المستخدمة ومضاعفات المرض.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

1. أحمد جمال شفيق، عبد اللطيف رشاد أحمد، زايد شريف بهاء الدين، محمد سها شريف (2016). المرونة النفسية كمدخل لفاعلية العلاج عند مرضى السرطان. مجلة العلم البيئية، المجلد 35 الجزء 2، ص-ص 395-413.
2. بورنان سامية (2022). مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول: دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية. المجلد (7): العدد (2)، ص-ص 1206-1235.
3. المدني فاطمة بنت رمزي، النزهة أمجاد بنت هاشم (2022). المرونة النفسية وعلاقتها بالهناء الذاتي لدى مرضى القلب بالمدينة المنورة. مجلة العلوم التربوية والنفسية. المجلد (6): العدد (40)، ص-ص 107-132.
4. يحيى سامية، فلاحى هدى وهيبة. (2019). علاقة الإرجاعية واستراتيجيات المواجهة بالصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة. جامعة الجزائر 2.

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

1. Abbott, L. S., Graven, L. J., Schluck, G., & Williams, K. J. (2021). Stress, Social Support, and Resilience in Younger Rural Women: A Structural Equation Model. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9 (7), 812. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070812>
2. Alebiosu, C. O., & Ayodele, O. E. (2005). The global burden of chronic kidney disease and the way forward. *Ethnicity & disease*, 15(3), 418–423.
3. Ammirati A. L. (2020). Chronic Kidney Disease. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 1(Suppl 1), s03–s09. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.3>
4. Carvalho, I. G., Bertolli, E. D., Paiva, L., Rossi, L. A., Dantas, R. A., & Pompeo, D. A. (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2836. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>
5. Cruz, M. C., Andrade, C., Urrutia, M., Draibe, S., Nogueira-Martins, L. A., & Sesso, R. de C. (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 66(6), 991–995. <https://doi.org/10.1590/s1807-59322011000600012>
6. Farley, H. (2019). Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing open*, 7(1), 30–41. <https://doi.org/10.1002/nop2.382>
7. Finnegan-John, J., & Thomas V. J. (2012). The psychosocial experience of Patients with End-stage Renal Disease and its Impact on Quality of Life: Findings from a needs assessment to shape a service. *ISRN Nephrol.* Oct 21;2013:308986. doi: 10.5402/2013/308986. PMID: 24959536; PMCID: PMC4045426.

8. Foy, D., Drescher, K. & Watson, P. (2011). Religious and spiritual factors in resilience. *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. 90-102. 10.1017/CBO9780511994791.008.
9. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. Feb 29; 395 (10225):709-733. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32061315; PMCID: PMC7049905
10. Kaltsouda, A., Skapinakis, P., Damigos, D., Ikononou, M., Kalaitzidis, R., Mavreas, V., & Siamopoulos, K. C. (2011). Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC nephrology*, 12, 28. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-12-28>
11. Kim G., Lim J., Kim E., & Park, S. (2018). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*. 27. 10.1111/hsc.12620.
12. Kristjansdottir, O. B., Stenberg, U., Mirkovic, J., Krogseth, T., Ljoså, T. M., Stange, K. C., & Ruland, C. M. (2018). Personal strengths reported by people with chronic illness: A qualitative study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(4), 787–795. <https://doi.org/10.1111/hex.12674>
13. Levin, K. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evid Based Dent* 7, 24–25. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400375>
14. Maguire, R., Hanly, P., & Maguire, P. (2021). Living well with chronic illness: How social support, loneliness and psychological appraisals relate to well-being in a population-based European sample. *Journal of health psychology*, 26(10), 1494–1507. <https://doi.org/10.1177/1359105319883923>
15. Perlman, R. L., Finkelstein, F. O., Liu, L., Roys, E., Kiser, M., Eisele, G., Burrows-Hudson, S., Messana, J. M., Levin, N., Rajagopalan, S., Port, F. K., Wolfe, R. A., & Saran, R. (2005). Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 45(4), 658–666. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2004.12.021>
16. Southwick, L., T. B., Charney, D., & Friedman J. M. (2011). *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Steven M. (ed). Published by Cambridge University Press.
17. Tsai, Y. C., Chiu, Y. W., Hung, C. C., Hwang, S. J., Tsai, J. C., Wang, S. L., Lin, M. Y., & Chen, H. C. (2012). Association of symptoms of depression with progression of CKD. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 60(1), 54–61. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2012.02>