

## الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي

## Psychological Hardness and its relationship to therapeutic compliance in patients with renal insufficiency

مرؤة نويجم \*

رفيقة حفظ الله

طالبة دكتوراه، جامعة البليدة 2 لونيبي علي

أستاذة محاضرة أ، جامعة البليدة 2 لونيبي علي

مخبر القياس والدراسات النفسية

مخبر القياس والدراسات النفسية

Maroua Nouidjem

Rafika Hafdallah

PhD student, University of Blida 2 Lounici Ali

Lecturer A, University of Blida 2 Lounici Ali

Measurement and Psychological Studies

Measurement and Psychological Studies

Laboratory

Laboratory

em.nouidjem@univ-blida2.dz

dr.hafdallah@univ-blida2.dz

تاريخ الاستلام: 2023/08/15

تاريخ القبول: 2023/12/03

تاريخ النشر: 2023/12/07

- الملخص: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمستشفى هاني محمد بلهادي بمدينة مسعد (الجزائر)، كما هدفت إلى التعرف على مستوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى عينة الدراسة، وأيضا معرفة الفروق في مستوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي بين عينة الدراسة حسب المتغيرات الديمغرافية (الجنس- العمر- مدة المرض)، ولتحقيق أهداف الدراسة قمنا بتطبيق أدوات الدراسة والتي تمثلت في مقياس الصلابة النفسية الذي أعده عماد مخيمر (2002) وقام بتقنينه على البيئة الجزائرية معميرة (2011)، ومقياس الامتثال العلاجي الذي صمم من قبل رزقي رشيد (2012) بهدف قياس الامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وتم اختيار عينة قصدية من مرضى القصور الكلوي مكونة من (14) مريضا ومريضة، واستخدمنا المنهج الوصفي. وأظهرت النتائج بعد اختبار فرضيات الدراسة احصائيا أن مستوى الصلابة النفسية متوسط، بينما مستوى الامتثال العلاجي مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي. كما توصلت إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي، وأنه لا توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مقياس الصلابة النفسية (الالتزام- التحكم- التحدي) والامتثال العلاجي. وكذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في مستوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي تعزى للمتغيرات: (الجنس- العمر- مدة المرض).

- الكلمات المفتاحية: الصلابة النفسية –الامتثال العلاجي- القصور الكلوي.

**Abstract :**The study aimed to know the relationship between psychological hardness and therapeutic compliance among patients with renal failure at Hani Mohamed Belhadi Hospital in Messaad (Algeria), also to identify the level of both psychological hardness and therapeutic compliance among the study sample, and also to know the differences in the level of both psychological hardness and therapeutic compliance among the sample. The study was based on demographic variables (gender, age, duration of illness), To achieve the objectives

\*- المؤلف المرسل

of the study, we applied the study tools, which were the psychological hardiness scale prepared by Mekheimar (2002) and codified in the Algerian environment by Maamria (2011), and the therapeutic compliance scale that was designed by Rizki (2012) with the aim of measuring therapeutic compliance in patients with renal failure Chronic. A purposive sample of patients with renal failure was selected, consisting of (14) patients and we used the descriptive approach. The results showed that the level of psychological hardiness is moderate, while the level of therapeutic compliance is high among patients with renal failure. It was also found that there is no statistically significant correlation between psychological hardiness and treatment compliance among patients with renal failure, There is no correlation between the dimensions of the psychological hardiness scale (commitment - control - challenge) and therapeutic compliance. Also, there are no statistically significant differences among the study sample members in the level of both psychological hardiness and treatment compliance due to the variables: (gender - age - duration of illness).

**Keywords:** Psychological Hardness - therapeutic compliance - Renal insufficiency.

- تمهيد:

لا شك أن الإصابة بالقصور الكلوي يعد أحد أكثر الأمراض المزمنة خطورة وانتشارا والتي جلبت اهتمام العديد من الأطباء المختصين والباحثين في ميدان علم النفس، حيث يتميز هذا المرض بآثاره وتبعاته التي يخلفها هذا الداء على صحة المريض ومن حوله، فالفرد المصاب بالقصور الكلوي يعيش تحت رحمة ضغوط نفسية عدة تتعلق بنواحي مختلفة بحبائه سواء الجسمية أو النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية أو غيرها. لهذا فالتحصن بالصلابة النفسية يعد من أقوى التحصينات النفسية للمصاب بهذا المرض المزمن، كما أن التزام المريض بالنصائح الطبية والامتثال العلاجي يُعد من الأسباب الرئيسية لتقليل الضغوط النفسية والتمثال إلى الشفاء أو التحسن أو على الأقل عدم تدهور الوضع المرضي أكثر مما هو عليه.

#### 1- إشكالية الدراسة:

لقد أدى تزايد عدد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة إلى بروز عدة صعوبات في التكفل الجيد بهم، لكون مرضهم غير قابل للشفاء مما يعني ضرورة تكاثف الجهود بين جميع القائمين على رعاية المريض من الفريق الطبي والمريض، وحتى العائلة من أجل تجنب مضاعفات المرض. ومن أهم المشاكل التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية للمرضى المزمنين بصفة عامة والمصابين بالقصور الكلوي المزمن بصفة خاصة، عدم الإنباع بصفة جيدة لنصائح الطبيب المعالج وعدم الانضباط بالحمية وتجنب الممنوعات، وهذا ما أصطلح عليه علميا بعدم الامتثال العلاجي.

إذ جاء اهتمام الباحثين في الطب وعلم النفس بسلوك الانضباط بعدما لاحظوا الانعكاسات السلبية المصاحبة لهذا السلوك مع المرضى إذ يفسر كعامل خطورة *facteur de risque* بالنسبة للمريض، مما يعرض للخطر، ويعتبر سلوك عدم الانضباط العلاجي (الصحي) من أكثر المشاكل شيوعاً التي تظهر في أوساط قطاع الصحة والطب، كما يظهر هذا السلوك لدى مختلف الفئات العمرية ومختلف الطبقات لأنه سلوك شائع لدى الأشخاص الراشدين والمسنين (رزقي، 2012).

وقد أسهمت بعض الدراسات في إثراء موضوع الامتثال العلاجي وعلاقته ببعض المتغيرات منها الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والفعالية الذاتية إلى غير ذلك من المتغيرات الوسيطة والديموغرافية لدى ذوي الأمراض المزمنة منهم المصابين بالسكري والضغط الدموي والقصور الكلوي، منها دراسة (رزقي، 2012) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وقد أسفرت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وفي دراسة (زغير، خنشول، بوشامي، 2019) والتي هدفت إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بالامتثال العلاجي لدى مرضى داء السكري، فقد خلصت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين الامتثال العلاجي والصلابة النفسية وبين الامتثال العلاجي وبعدي الصلابة النفسية (التحكم والتحدي) لدى مرضى داء السكري غير الممتثلين.

من خلال ما سبق فقد تحددت مشكلة البحث في تسليط الضوء على العلاقة القائمة بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي باعتبارهم شريحة مهمة في المجتمع، كما أن نسبة الوفيات في ارتفاع متزايد، وبصفتنا أخصائيين نفسانيين نحتك بهم ونتعامل معهم بصفة مستمرة، هذا ما جعلنا نهتم بهم ونخصص لهم مجالاً بحثياً. وتحديدًا فإن الدراسة الحالية ستحاول الإجابة عن السؤال العام التالي:

- ما طبيعة العلاقة القائمة بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي؟

وإنبثق عن السؤال العام أسئلة الدراسة الفرعية كالتالي:

- ما مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي؟

- ما مستوى الامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي؟

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية بأبعادها (الالتزام- التحكم- التحدي) والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.

- هل توجد فروق بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات: (الجنس- العمر- مدة المرض).

- هل توجد فروق بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الامتثال العلاجي تعزى للمتغيرات: (الجنس- العمر- مدة المرض).

## 2-فرضيات الدراسة:

لغرض التحقق من هدف الدراسة، تمّ صوغ الفرضية العامة والفرضيات الجزئية كما يلي:

- مستوى الصلابة النفسية متوسط لدى مرضى القصور الكلوي.

- مستوى الامتثال العلاجي مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي.

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات: (الجنس- العمر- مدة المرض).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الامتثال العلاجي تعزى للمتغيرات: (الجنس- العمر- مدة المرض).

## 3- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- التعرف عن العلاقة بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.

- التعرف على مستوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.

- التعرف عن الفروق بين بين أفراد العينة في مستوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي حسب المتغيرات الديمغرافية التالية: (الجنس- العمر- مدة المرض).

## 4- أهمية الدراسة:

انطلاقاً من أهمية المتغيرات النفسية التي تكتسح الجهاز النفسي خاصة منها فئة ذوي الأمراض المزمنة وبالأخص مرضى القصور الكلوي، تأتي أهمية الدراسة الحالية من طبيعة الموضوع الذي تبحث فيه وهو علاقة الصلابة النفسية بالامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي. كما أن هناك أهمية عملية وهي إخضاع الظاهرة النفسية للقياس السيكو ميري (الصلابة النفسية – الامتثال العلاجي)، مع إثراء التراث النفسي خاصة مع اختيار عينة ذات طابع مرضي مزمن تخضع للعلاج المستمر.

##### 5- تحديد المفاهيم:

أ. **الصلابة النفسية:** وتعرف الصلابة النفسية إجرائياً بأنها: الدرجة التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة (مرضى القصور الكلوي) في مقياس الصلابة النفسية المُعد من طرف (مخيمر، 2002). والمقنن على البيئة الجزائرية من طرف (معمرية، 2011).

ب. **الامتثال العلاجي:** يعرف الامتثال العلاجي إجرائياً بأنه الدرجة التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة (مرضى القصور الكلوي) في مقياس الامتثال العلاجي المُعد من طرف (رزقي، 2012)، وهو بذلك درجة التوافق بين سلوك الفرد المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمّن من حيث (أخذ الدواء، إتباع الحمية الغذائية، تغيير سلوك الحياة) من جهة، وإتباع التعليمات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى ويمكن تحديد السلوكات الصحية التي يجب على المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمّن إتباعها فيما يلي (رزقي، 2012، ص. 19):

- الانضباط بحصص الغسيل الكلوي (تصفية الدم) وإكمالها في الوقت المحدد .

- إتباع الحمية المحددة من طرف الطبيب .

- الإنقاص من شرب الماء وباقي السوائل .

- تناول الأدوية بصفة منتظمة وفي أوقاتها المحددة كما يحددها الطبيب .

- الالتزام بالمتابعة الطبية الدورية وباقي الفحوصات المتخصصة عند الضرورة

ج- **القصور الكلوي:** نعني به إجرائياً العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول، إذ نجد المصابين بهذا المرض المزمّن يعيشون باقي حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم من خلال (الهيمودياليز. Hémodialys)

##### 6- الدراسات السابقة:

سنقوم بعرض بعض الدراسات والتي بعضها أملت بموضوع الدراسة مباشرة، والبعض الآخر لامس جانباً من جوانبها، قصد الاستعانة بها في مناقشة نتائج الدراسة ولقد جاءت على النحو الآتي:

- دراسة (Sidy, Seck et al 2008) وكانت هذه الدراسة حول الانضباط الصحي عند المرضى المصابين بمرض الكلى المزمّن والغير خاضعين لتصفية الدم بصحراء إفريقيا. هدفت الدراسة إلى تقييم الانضباط الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض الكلى المزمّن والغير خاضعين للتصفية من جهة ومن جهة أخرى التعرف على أهم الأسباب التي تحول دون انضباطهم الصحي. وكانت النتائج كما يلي: نسبة الانضباط الصحي منخفضة. العوامل التي تحول دون الانضباط الصحي هي:

التعقيد في استعمال مقادير الدواء، النسيان، عدم الوعي بالنظام الصحي، قلة المعلومات، مضاعفات المرض، استعمال العلاجات البديلة، بالإضافة إلى السعر الباهظ للدواء.

- دراسة (رزقي رشيد، 2012) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والالتزام بحصص تصفية الدم لدى مرضى القصور الكلوي. وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والإنقاص من تناول السوائل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وتناول الأدوية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وعدم الإجهاد البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. كما أسفرت النتائج عن تحقق الفرضية العامة وهذا ما يعني وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- وفي دراسة (زغير، خنشول حسيبة، بوشامي عبد المولى، 2019) والتي هدفت إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بالامتثال العلاجي لدى مرضى داء السكري، وذلك من خلال البحث عن العلاقة بين الامتثال العلاجي وأبعاد الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم والتحدي)، وبعد تحليل المعطيات التي تم الحصول عليها، خلصت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين الامتثال العلاجي والصلابة النفسية وبين الامتثال العلاجي وبعدي الصلابة النفسية (التحكم والتحدي) لدى مرضى داء السكري غير الممثلين.

- أما في دراسة (إيلاف بنت محمد بن عبد العزيز الغفيلي، 2020) فقد هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، وأظهرت النتائج وجود علاقة سالبة دالة إحصائية بين الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده (الجانب المعرفي الوجداني، الجانب الجسدي)، والدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاده (الالتزام، التحدي، التحكم) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، كما وجدت فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده (الالتزام، التحدي، التحكم) تبعاً لمتغير الجنس لصالح المرضى الذكور ولصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (41-60 سنة).

- وفي دراسة (غنيم نادية، 2021) والتي هدفت إلى التعرف على مستوى النمو الإيجابي بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي، كذلك التعرف على العلاقة بين النمو الإيجابي بعد الصدمة

والأمل والصلابة النفسية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى متوسط من النمو الإيجابي بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي، ومع إمكانية التنبؤ بالنمو الإيجابي بعد الصدمة من خلال الأمل والصلابة النفسية.

من خلال مراجعة الدراسات السابقة، يتضح أن الحاجة تقتضي تسليط الضوء على مثل هاته الدراسات لكونها تبحث على مكونات نفسية تشكل جهازا نفسيا يتحكم في شخصية الفرد، خاصة ذوي القصور الكلوي، فمن بين الدراسات من وجدت علاقة سالبة بين الصلابة النفسية والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي مثل دراسة (الغفيلي إيلاف، 2020)، ومنهم من خلصت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين الامتثال العلاجي والصلابة النفسية وبين الامتثال العلاجي وبعدي الصلابة النفسية (التحكم والتحدي) لدى مرضى داء السكري غير الممثلين مثل دراسة (خنشول حسيبة، بوشامي عبد المولى، 2019).

#### 7- الجانب النظري:

1-7- الصلابة النفسية: عرفت "كوبازا" الصلابة النفسية بأنها " مجموعة من خصائص الشخصية وظيفتها مساعدة الفرد في المواجهة الفعالة للضغوط وهي تتكون من الالتزام والتحكم والتحدي." (Kobasa, 1979, p.11)

أما الصلابة النفسية كإضافة لعلم النفس الإيجابي تعرف بأنها "مجموعة من السلوكيات التي تمنح الجرأة والدافعية للقيام بالعمل الشاق، وتحويل الأحداث الضاغطة من كوارث إلى فرص للنمو." (Maddi, 2006, p.160)

#### 1-1-7 أبعاد الصلابة النفسية:

- البُعد الأول: الالتزام: ويُعرف "بأنه: نوع من التعاقد يلتزم به الفرد نحو معرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمة الآخرين من حوله." (مخيمر، 2002، ص. 17)

- البُعد الثاني: التحكم: يُعرف بأنه: "قدرة الفرد على السيطرة على الأحداث الضاغطة ومصادرها الداخلية والخارجية التي يمر بها الفرد حتى تكون أثارها أقل وطأة على الفرد." (القضاة، 2016، ص 27).

ويُعرف أيضا بأنه: " مدى اعتقاد الفرد أنه بإمكانه أن يكون له التحكم فيما يلقاه من أحداث، ويتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له." (العجبي وآخرون، 2015، عبد المجيد، 2012، كما أشارت عبد المهدي، 2018، ص. 38)

البُعد الثالث: التحدي: يُعرف بأنه "قدرة الفرد على مواجهة الأحداث والمواقف الصعبة والشاقة، وذلك بالنظر إليها على أنها وسيلة للارتقاء، والوصول إلى المراتب العليا والنمو، وليس من منظور أنها مدخلا للتهديد." (القضاة، 2016، ص. 28).

#### 2-1-7 أهمية الصلابة النفسية:

تعتبر الصلابة م أهم المتغيرات تأثيرا على الضغوط، فقد تبين أن الأفراد أقدر على مجابهة الضغوط وتحملها مقارنة بالآخرين...ولقد خلصت عدة دراسات إلى أن أفضل المتكيفين مع الضغوط هم الأشخاص الذين لديهم سمات شخصية وقد أطلقت عليها الشخصية الصلبة، وهم الأشخاص الذين لديهم التزام عال ويملكون الإحساس بالسيطرة على الأمور والذين يمتلكون الإحساس بالقدرة على مجابهة التحديات (غنيم، 2015).

#### 2-2- الامتثال العلاجي:

يعرف قاموس "New oxford dictionnaire of English" كلمة compliance بأنها "حالة أو حقيقة الاتفاق أو تلبية القواعد أو المعايير." أيضا تشير كلمة «compliance» إلى الالتزام بوصفة أو بقانون أو الامتثال لقاعدة سلوكية أو دينية (Gormie et Karoubi, 2007, p. 955). أما في اللغة العربية فنجد عدة مصطلحات ومعاني مقابلة للكلمة منها: الانضباط، الالتزام، الامتثال، الانصياع، الملائمة، .... وقد اخترنا مصطلح الانضباط لما يحمله من دور للمريض في العملية العلاجية باعتباره مشاركا فيها وحتى لا نقع في السلبية والخضوع، أي أن المريض له دور في العملية العلاجية. (رزقي، 2012، ص. 49).

2-2-1 التعريف الاصطلاحي: يُعرف الامتثال العلاجي بأنه: "هو السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله لدوائه بدقة والانضباط الأمثل حسب الشروط المحددة والمفسرة من قبل الطبيب، أي الالتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء من حيث الجرعات، طرق الاستخدام، كمية الدواء، احترام المدى بين الجرعات، شروط التغذية والشرب." (بوتريك، 2006، كما أشار رزقي، 2012، ص. 60).

أما المنظمة العالمية للصحة "OMS Organisation Mondiale de la santé" فقد عرفت الامتثال العلاجي: "بأنه درجة التوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية وإتباع والتعليمات والإرشادات الطبية)." (المنظمة العالمية للصحة، 2003، كما أشار رزقي، 2012، ص. 60).

2-2-2 العوامل المؤثرة في الامتثال العلاجي: لقد حددت المنظمة العالمية للصحة (OMS، 2003) العوامل المؤثرة في الامتثال العلاجي فيما يلي:



- عوامل متعلقة بالمريض.

- عوامل متعلقة بالمرض.

- عوامل متعلقة بالسيرورة العلاجية.

- العوامل الاجتماعية والاقتصادية.

- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض.

**2-2-2-7 العوامل المتعلقة بالمريض:** يعتبر المريض الحجر الأساس في العملية العلاجية من أجل سيرورة جيدة للعملية العلاجية وتجنب المضاعفات السلبية للمرض خاصة في الأمراض المزمنة، ويبقى المريض يعيش تجربة المرض ويتصورها بأسلوبه الخاص، إذ يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها، تخضع خلالها تمثلات المريض ونشاطاته ورغباته للتوتر وتعاد ملاءمتها من قبل المريض نفسه تبعاً لهذه الوضعية التي تفرض عليه أدوار اجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة (رزقي، 2012)

**2-2-2-7 العوامل المتعلقة بالمرض:** يؤثر المرض على الانضباط الصحي لدى المرضى تأثيرات مختلفة، فقد يزيد المرض من امتثال المريض، وقد يكون العكس حسب طبيعته المرضية ودرجة خطورته التي يتصورها المريض، وكيف يعيشها، فمن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض (رزقي، 2012، ص. 62):

- إزمان المرض.

- عدم وجود أعراض واضحة.

- أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها.

- عدم وجود خطورة للمرض

**2-2-2-3 العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية أو (بالعلاج):** لا يمكن اعتبار الخضوع للعلاج أمراً هيناً بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييراً ذاتياً يستوجب التكيف. وهذا من خلال ملائمة المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة، لذلك تختلف استجابة المريض تبعاً لمدة العلاج، وتعقيده وفعاليته والأعراض الجانبية الناتجة عنه وتتحكم مجموعة من العوامل في سير العملية العلاجية ومدى تقبل المريض لها ومدى امتثاله (Fisher, 2002, p 237).

**2-2-2-4 العوامل الاجتماعية والاقتصادية:** إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل كلها عوامل تؤثر على الانضباط الصحي، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهماً بإيجابية في انضباطه الصحي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من

طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي (gauchet, 2008, p. 36).

5-2-2-7 العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/ مريض: يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية عادة حول تدني التغذية الراجعة، واستخدامهم مصطلحات علمية مختصة ومعقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب على المريض كنسان له شخصيته المميزة، لكن الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام الصحي وجودته لا تركز في كثير من الأحيان على مقومات موضوعية وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات، وتأتي تلك الأحكام في الغالب نتيجة عدم دراية المريض بالأمور الطبية ومعايير الكفاءة وبالتالي عدم امتلاكهم ما يكفي من المعلومات أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا. (تايلور، 2008، كما أشار رزقي، 2012، ص. 66).

3-2-7 قياس الامتثال العلاجي: يمكن تقسيم طرق قياس الانضباط الصحي إلى قسمين ورئيسيين هما:

1-3-2-7 القياس المباشر للامتثال العلاجي: ويشمل عددا من الطرق منها (Drouin, 2004, p.48):

- الطرق البيولوجية وهذا بالتحاليل المخبرية (الدم، البول) إذ من خلال هذين المؤشرين يكشف الطبيب مدى تمركز آثار الأدوية التي تناولها المريض.
- وزن المريض، ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظام غذائي خاص ولتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض ومقارنة وزنه بآخر فحص لمعرفة مدى انضباطه واندماجه في الخطة العلاجية.
- الملاحظة المباشرة إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص من خلال هذه الملاحظة يقيم حالة مريضه.
- ملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الأعراض أو زوالها وتحسن الحالة الصحية للمريض.
- ملاحظة الآثار الجانبية للعلاج.

2-3-2-7 القياس غير مباشر للامتثال العلاجي: وتشمل على (رزقي، 2012، ص. 78):

- المقابلة مع المريض.
- احترام المواعيد الطبية.

- الحكم الذاتي الذي يصدره المريض عن العلاج الذي يتلقاه.
- حساب الأدوية المتناولة من طرف المريض.
- 8- إجراءات الدراسة الأساسية:
- 8-1- منهج الدراسة: انتهجنا المنهج الوصفي الذي بدوره يناسب طبيعة الدراسة التي سيتم القيام بها. كما يعد هذا المنهج أحد تلك المناهج التي يمكن بواسطتها معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين متغيرين أو أكثر ودرجة الارتباط بينهما (شفيق، 1993، ص. 07).
- 8-2- حدود الدراسة: تقتصر هذه الدراسة على الحدود التالية:
  - الحدود الموضوعية: نهتم في دراستنا الحالية بالمتغيرات التالية: الصلابة النفسية - الامتثال العلاجي - القصور الكلوي.
  - الحدود المكانية: مستشفى هاني محمد بلهادي مسعد.
  - الحدود البشرية: مرضى القصور الكلوي المقيمين والمتوافدين على مستشفى مسعد.
  - الحدود الزمانية: تم إجراء دراستنا ما بين 23 جويلية إلى غاية 03 أوت 2023.
- 8-3- مجتمع الدراسة: يقصد بمجتمع الدراسة جميع العناصر ذات العلاقة بالمشكلة المطروحة، كما يمكن القول إن مجتمع الدراسة هو مجموعة العناصر المعنية بالدراسة والتي يسعى الباحث إلى تعميم نتائج دراسته عليه (غريب، 2016، ص. 95).
- يتألف مجتمع الدراسة من جميع مرضى القصور الكلوي في مستشفى مسعد والمقدر عددهم بـ (70) مريضا ومريضة.
- 8-4- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (14) مريضا ومريضة من ذوي القصور الكلوي، وتم اختيارها بطريقة قصدية بما يخدم أهداف دراستنا، باعتبارها متاحة ومقيمة بالمستشفى.
- خطوات اختيار العينة القصدية: وتتم وفق الخطوات التالية:
- تحديد أهداف الدراسة التي تمثلت في معرفة طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي، وكذا الفروق بينهم في مساوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي.
- تحديد مجتمع الدراسة بشكل واضح وهم: جميع مرضى القصور الكلوي في مستشفى مسعد.
- تحديد حجم العينة: وبعد أن حددنا أهداف الدراسة، والمجتمع الأصلي، وإطار ذلك المجتمع، تكونت عينة الدراسة من (14) مريضا ومريضة من ذوي القصور الكلوي وهي تمثل نسبة (20%) من مجتمع الدراسة، وهي نسبة مقبولة.

- اختيار العينة بطريقة قصدية وهي تُؤخذ بناءً على الحكم الذاتي للباحث بدلاً من الاختيار العشوائي، وبالتالي يكون اختيار العينة وفق خصائص معينة منها الإقامة بالمستشفى بشكل تام، أنهم يعانون من قصور كلوي مزمن إلى غير ذلك من الخصائص المشتركة بينهم. والجدول (01) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة.

جدول رقم (01): توزيع عينة الدراسة حسب (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مدة المرض)

| المتغير           | العدد            | النسبة المئوية | المجموع/النسبة |
|-------------------|------------------|----------------|----------------|
| الجنس             | ذكور             | 50,00%         | 14/100,00 %    |
|                   | إناث             | 50,00%         |                |
| العمر             | أقل من 40 سنة    | 42,86%         | 14/100,00 %    |
|                   | أكبر من 40 سنة   | 57,14%         |                |
| الحالة الاجتماعية | متزوج            | 64,29%         | 14/100,00 %    |
|                   | أعزب             | 35,71%         |                |
| مدة المرض         | أقل من 10 سنوات  | 64,29%         | 14/100,00 %    |
|                   | أكثر من 10 سنوات | 35,71%         |                |
| المجموع           |                  | 14             |                |

من خلال الجدول (01) نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة تكونت من (14) مريضاً ومريضة موزعين بنسب متساوية قدرت بـ (50.00%) لكل من الذكور والإناث، أما العمر فقد بلغت فئة أقل من 40 سنة نسبة (42.86%) والفئة العمرية أكبر من 40 سنة بلغت نسبة (57.14%). وبالنسبة للحالة الاجتماعية فقد بلغت (64.29%) متزوجاً ومتزوجة و(35.71%) أعزباً وعازبة، وبنفس النسبة على التوالي لمدة المرض التي بلغت (64.29%) أقل من 10 سنوات و(35.71%) أكثر من 10 سنوات. وعلى العموم فالتوزيع معتدل.

#### 8-5- الدراسة الاستطلاعية:

قمنا بالدراسة الاستطلاعية على عينة مكونة من 14 مريضاً ومريضة من مرضى القصور الكلوي بمستشفى مسعد -الجلفة (الجزائر) بغرض تطبيق أدوات الدراسة وهي: مقياسي الصلابة النفسية والامتثال العلاجي، كما تعرفنا على الظروف التي سيتم فيها إجراء الدراسة وكذا الصعوبات التي ربما تواجهنا في التطبيق النهائي لأدوات الدراسة على العينة.

#### - أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس (الصدق، الثبات،...)

- التأكد من فهم أفراد عينة الدراسة لمختلف جوانب المقياسين من : (صياغة البنود، صياغة التعليم، مستويات الإجابة، ظروف التطبيق، طريقة التطبيق،...) بالإضافة إلى فهمهم لأهداف الدراسة واستعدادهم ورضاهم عن إجراءات التطبيق.
- التعرف على الظروف الملائمة التي سيتم فيها إجراء الدراسة كالزمان والمكان المناسبين للتطبيق وطريقة التطبيق (فردية أو جماعية) والتأكد من وضوح لغة المقاييس.

#### 6-8- أدوات الدراسة:

##### أ- مقياس الصلابة النفسية:

أعد هذا المقياس عماد مخيمر (2002) وقام بتقنيته على البيئة الجزائرية (معمرية، 2011) يتكون في الأصل من (47) بنداً موزعة على ثلاثة أبعاد هي:

- الالتزام: وتقيسه 16 بند.
  - التحكم: وتقيسه 15 بنداً وأضاف الباحث الحالي (بشير معمري) إلى هذا واحداً وهو رقم 47 فصار عددها 16 بنداً.
  - التحدي: وتقيسه 16 بنداً.
- وصار عدد البنود في المقياس كله 48 بنداً، تتم الإجابة عنها بأسلوب تقرير.
- تصحيح المقياس أربعة بدائل هي: لا وتنال صفراً، قليلاً وتنال درجة واحدة، متوسطاً وتنال درجتين كثيراً وتنال ثلاث درجات، وبالتالي تتراوح درجة كل مفحوص نظرياً بين (0-144) وارتفاع الدرجة يعني ارتفاع الصلابة النفسية.
  - مستويات الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية:
  - إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (48-78) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية لدى المفحوص منخفض.
  - إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (79-109) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية لدى المفحوص متوسط.
  - إذا كان المجموع الدرجات تتراوح ما بين (110-144) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص مرتفع.

الجدول رقم (02) بوضع توزيع البنود على الأبعاد

| البعد    | البنود                                       |
|----------|----------------------------------------------|
| الالتزام | 46-43-40-37-34-31-28-25-22-19-16-13-10-7-4-1 |
| التحكم   | 47-44-41-38-35-32-29-26-23-20-17-14-11-8-5-2 |
| التحدي   | 48-45-42-39-36-33-30-27-24-21-18-15-12-9-6-3 |

### - الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية:

قام الباحث (بشر معمري، 2011) بتقنين مقياس الصلابة النفسية على البيئة الجزائرية سنة 2011 بجامعة باتنة.

### - الصدق والثبات على عينة الدراسة:

-الصدق : تم حساب معامل الصدق بثلاث طرق:

### ·الصدق التمييزي:

\*عينة الذكور: لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور، حجم كل عينة يساوي 26 مفحوص بواقع سحب (27) بالمائة من العينة الكلية (ن=95).

الجدول رقم (03) التالي يوضح قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور

| المتغير       | العينة العليا =26 |      | العينة الدنيا =27 |      | قيمة "ت" |
|---------------|-------------------|------|-------------------|------|----------|
|               | م                 | ع    | م                 | ع    |          |
| الالتزام      | 43.44             | 2.24 | 23.67             | 3.43 | 24.71    |
| التحكم        | 39.89             | 2.93 | 20.78             | 5.61 | 15.17    |
| التحدي        | 45.00             | 1.66 | 25.22             | 2.17 | 35.96    |
| الدرجة الكلية | 124.12            | 6.91 | 71.42             | 18.8 | 13.41    |

\* قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0.001

يتبين من قيم "ت" في الجدول أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الصلابة النفسية، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور.

\* عينة الإناث: تمت المقارنة كذلك بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الإناث حجم كل عينة يساوي (26) مفحوصة بواقع سحب (27) بالمائة من العينة الكلية ن= (95).

الجدول رقم (04) يوضح قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث

| المتغير       | العينة العليا =26 |      | العينة الدنيا =27 |       | قيمة "ت" |
|---------------|-------------------|------|-------------------|-------|----------|
|               | م                 | ع    | م                 | ع     |          |
| الالتزام      | 40.36             | 2.27 | 29.07             | 2.27  | 17.64    |
| التحكم        | 40.00             | 2.29 | 25.50             | 4.75  | 13.81    |
| التحدي        | 41.64             | 3.30 | 24.50             | 7.72  | 10.20    |
| الدرجة الكلية | 80.26             | 5.84 | 72.61             | 11.53 | 20.67    |

\* قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0.001.

يتبين من قيم "ت" في الجدول أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الصلابة النفسية. مما يجعلها بمستوى عالي من الصدق لدى عينة من الإناث.

- الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

وبين الجدول رقم (09) التالي معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ.

الجدول رقم (05) التالي معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ

| نوع معامل الثبات                    | جنس العينات | حجم العينات | معاملات الثبات |
|-------------------------------------|-------------|-------------|----------------|
| طريقة إعادة التطبيق<br>(بعد 18 يوم) | ذكور        | 46          | 0.714          |
|                                     | إناث        | 49          | 0.721          |
|                                     | ذكور وإناث  | 95          | 0.612          |
| معامل ألفا لكرونباخ                 | ذكور        | 46          | 0.823          |
|                                     | إناث        | 49          | 0.831          |
|                                     | ذكور وإناث  | 95          | 0.826          |

\*دالة إحصائية عند مستوى 0.01

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها أن مقياس الصلابة النفسية يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي (فاتح، 2015، ص. 36).

أ- مقياس الامتثال العلاجي:

لقد صمم هذا الاستبيان من قبل (رزقي رشيد، 2012) بهدف قياس الامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وهذا بناء على:

- التراث الأدبي من خلال الاطلاع على الكتب والدوريات التي تناولت مرض القصور الكلوي المزمن.
- الدراسات والمقاييس التي وصفت من طرف الباحثين في هذا المجال ومنها مقياس تقدير الملائمة.
- وقد قسم الاستبيان الى ستة محاور أساسية هي:
- الالتزام بحصص الغسيل الكلوي " تصفية الدم ».
- الحماية الغذائية.
- شرب السوائل.
- تناول الأدوية.
- المتابعة الطبية.
- النشاط البدني.

ولكل محور من المحاور السابقة يشمل مجموعة من البنود وكل بند تكون الإجابة عليه من طرف المريض بوحدة من البدائل الآتية: دائما، أحيانا، نادرا. ويكون تنقيط البدائل كما يلي: دائما 3 نقاط؛ أحيانا 2 نقاط؛ نادرا 1 نقطة. وقد كانت بنود الاستبيان حسب المحاور المذكورة سالفا كما يلي وهذا قبل عرضها على المحكمين.

7-8- الأساليب الإحصائية: اعتمدنا في جمع وتحليل نتائج الدراسة على البرنامج الإحصائي (spss)، حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية)، بالإضافة على عدد من الوسائل الإحصائية لغرض تدقيق نتائج الدراسة المستخرجة من برنامج (spss)، ومن تلك الأساليب:

1- اختبار (وان واي) لعينتين مستقلتين.

2- معامل الارتباط بيرسون.

3- معادلة ألفا - كرو نباخ.

4- النسب المئوية والتكرارات.

9- النتائج وتفسيرها والاستنتاجات:

- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى: تنص الفرضية الأولى على أنه: "مستوى الصلابة النفسية متوسط لدى مرضى القصور الكلوي." لاختبار هذه الفرضية استخدمنا المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي واختبار (ت) لعينة واحدة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (06) يمثل اختبار "ت" لعينة واحدة لدلالة الفروق مع الوسط الفرضي لمستوى الصلابة النفسية

| المتغير         | العينة | المتوسط الحسابي | المتوسط الفرضي | قيمة "ت" | مستوى الدلالة sig |
|-----------------|--------|-----------------|----------------|----------|-------------------|
| الصلابة النفسية | 14     | 94.07           | 94             | 0.013    | 0.990             |

من خلال الجدول (06) وبعد مقارنة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية في مقياس الصلابة النفسية الذي قدر بـ (94.07) وهو أكبر قليلا من قيمة المتوسط الفرضي المفروض بـ (94.00)، وعند مقارنة هذا الناتج مع سلم التصنيف للمقياس نجده يقع في مستوى المجال المتوسط: [79-109] حيث بلغت قيمة "ت" (0.013)، ولاحظنا قيمة مستوى الاحتمالية (sig=0.990) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وهي غير دالة عن وجود فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الافتراضي، وبالتالي يمكننا القول إن مستوى الصلابة النفسية متوسط لدى مرضى القصور الكلوي.

- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

يتبين من خلال النتائج المتعلقة بالفرض الأول أن أفراد العينة يظهرون مستوى متوسط من الصلابة النفسية، وقد اتفقت جزئيا مع دراسة (غنيم نادية، 2021) والتي توصلت نتائجها إلى



وجود مستوى متوسط من النمو الإيجابي بعد الصدمة لدى مرضى الفشل الكلوي من خلال الأمل والصلابة النفسية. ونعزو هذه النتيجة لكون المرضى ذوي القصور الكلوي يتمتعون بمستوى مقبول من الصلابة النفسية، وهذا ما افترضناه قبل اختبار الفرضية إحصائياً فالصلابة النفسية بأبعادها (الالتزام والتحكم والتحدي) أي أن مرضى القصور الكلوي لديهم مقدرة على مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن المرض المزمن، فيُعد بعد الالتزام من أكثر أبعاد الصلابة النفسية ارتباطاً بالدور الوقائي.

كما تعرف (كوبازا، 1982) التحكم بأنه "مدى اعتقاد الفرد أن له القدرة على التحكم فيما يلقاه من أحداث وأنه مسؤول مسؤولية شخصية عما يحدث له، ويتضمن التحكم القدرة على اتخاذ القرارات، والقدرة على تفسير الأحداث، والقدرة على المواجهة الفعالة للضغوط".

كما يُعد بعد التحدي البعد مهم للحفاظ على صحة الفرد تجاه التغيير والمستويات العالية من التوتر والضغط، فالأفراد الذين لديهم مستوى عالٍ من التحدي يميلون إلى استقبال المواقف الجديدة واعتبارها فرصة للتعليم والنمو والتطور بدلاً من الاستجابة للتوقعات والاحتمالات الجديدة كتهديد، كما يعتقدون أنه بإمكانهم النمو عن طريق خبرات الحياة الإيجابية بالإضافة إلى الخبرات السلبية ويتقبلون بسهولة فكرة أن التغيير خاصية إيجابية وطبيعية في الحياة. (Stek, 2014)

- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية: تنص الفرضية الثانية على أنه: "مستوى الامتثال العلاجي مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي." لاختبار هذه الفرضية استخدمنا المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي واختبار (ت) لعينة واحدة كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (06) يمثل اختبار "ت" لعينة واحدة لدلالة الفرق مع الوسط الفرضي الامتثال العلاجي

| المتغير          | العينة | المتوسط الحسابي | المتوسط الفرضي | قيمة "ت" | مستوى الدلالة sig |
|------------------|--------|-----------------|----------------|----------|-------------------|
| الامتثال العلاجي | 14     | 68.71           | 60             | 5.599    | 0.000             |

من خلال الجدول (06) وبعد مقارنة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية في مقياس الامتثال العلاجي الذي قدر بـ (68.71) وهو أكبر من قيمة المتوسط الفرضي المفروض بـ (60.00)، حيث بلغت قيمة "ت" (5.599)، ولاحظنا قيمة مستوى الاحتمالية  $\text{sig} = 0.000$  وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي يمكن أن نحكم على أن مستوى الامتثال العلاجي مرتفع لدى مرضى القصور الكلوي، ومنه نقول إن الفرضية الثانية قد تحققت بشكل جزئي، أي هناك مستوى متوسط من الصلابة النفسية ومستوى مرتفع من الامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.

- مناقشة نتائج الفرضية الثانية: يتبين من خلال النتائج المتعلقة بالفرض الثاني أن أفراد العينة يظهرون مستوى مرتفع من الامتثال العلاجي، وقد اختلفت نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة (Sidy, Seck et al 2008) وكانت هذه الدراسة حول الانضباط الصحي عند المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن والغير خاضعين لتصفية الدم بصحراء إفريقيا. والتي خلصت نتائجها إلى أن نسبة الانضباط الصحي منخفضة، وأن العوامل التي تحول دون الانضباط الصحي هي: التعقيد في استعمال مقادير الدواء، النسيان، عدم الوعي بالنظام الصحي، قلة المعلومات، مضاعفات المرض، استعمال العلاجات البديلة، بالإضافة إلى السعر الباهظ للدواء. ونعزو هذه النتيجة إلى أن مرضى القصور الكلوي في دراستنا هاته يلتزمون بحصص تصفية الدم، ويلتزمون بحمية غذائية ويمتثلون إلى إنقاص شرب السوائل وبكميات محدودة، ويتناولون دوائهم في الأوقات المحددة ويدأومون على الفحوصات الطبية حسب الكمية المحددة من طرف الأطباء، ولا يجهدون أنفسهم بنشاطات مختلفة إلا للضرورة الصحية، وبذلك هم يمتثلون للعلاج والانضباط الصحي.

- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة: تنص الفرضية الثالثة على أنه: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي. لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين مستوى الصلابة النفسية ومستوى الامتثال العلاجي لأفراد العينة وذلك عن طريق المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (07): يوضح معامل الارتباط بين أبعاد مقياسي الصلابة النفسية والامتثال العلاجي

| الأبعاد                           | معامل الارتباط بيرسون | القيمة الاحتمالية | مستوى الدلالة    |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| بعد الالتزام/ الامتثال العلاجي    | 0.058                 | 0.845             | غير دالة إحصائيا |
| بعدا لتحكم/ الامتثال العلاجي      | 0.074                 | 0.802             | غير دالة إحصائيا |
| بعد التحدي/ الامتثال العلاجي      | 0.341                 | 0.233             | غير دالة إحصائيا |
| الصلابة النفسية/ الامتثال العلاجي | -0.115                | 0.696             | غير دالة إحصائيا |

من خلال الجدول (07) نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية والدرجة الكلية لمقياس الامتثال العلاجي قد قدر بقيمة (-0.115) وهي قيمة لا تعبر عن معامل ارتباط قوي، وهي غير دالة إحصائيا عند القيمة الاحتمالية (0.696) والتي بدورها أكبر من مستوى الدلالة (0.05). وبالتالي نقر بعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة

النفسية والامتثال العلاجي لمرضى القصور الكلوي. كما أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مقياس الصلابة النفسية والامتثال العلاجي.

- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: أشارت النتائج المتعلقة بنتائج الفرض الثالث، إلى عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي. وقد اختلفت مع نتائج دراسة (خنشول حسية، بوشامي عبد المولى، 2019) إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين الامتثال العلاجي والصلابة النفسية وبين الامتثال العلاجي وبعدي الصلابة النفسية (التحكم والتحدي) لدى مرضى داء السكري غير الممثلين.

ونعزو هذه النتيجة إلى أن مرضى القصور الكلوي بالرغم من امتلاكهم مستوى صلابة نفسية متوسطة (أي ليست بمستوى منخفض ولكنها مقبولة) كما أشرنا لها في الفرضية الأولى، وأن الامتثال العلاجي يُعد ضرورة علاجية تتطلب منهم مواظبة روتينية أو عادة للمحافظة على أدنى متطلبات الصحة لديهم، وتمنع تعرضهم لمضاعفات أكثر أو معاناة أكبر، لهذا ظهر مستوى الامتثال العلاجي مرتفعاً. ومنه لا يوجد ارتباطاً واضحاً بين المتغيرين للدراسة فبالرغم من الانضباط الدوائي والامتثال العلاجي لمرضى القصور الكلوي وامتلاكهم مستوى متوسط من الصلابة النفسية لم تكن هناك علاقة ارتباطية كافية بينهما تثبت تأثيرهما ببعضهما، ومنه تواجد مرضى القصور الكلوي بالمستشفى يجبرهم على الامتثال العلاجي مهما كان مستوى الصلابة النفسية لديهم.

- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة: تنص الفرضية الرابعة على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات: (الجنس- العمر- مدة المرض)". لاختبار هذه الفرضية استخدمنا المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، اختبار مان ويتني لعينتين مستقلتين قمنا بالمعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) بهدف توضيح درجات إجابات أفراد عينة الدراسة في المقياسين، وقد مثلنا العينة والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (Z) للمتغيرات في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): الفروق بين درجات عينة الدراسة في مستوى الصلابة النفسية حسب متغيرات (الجنس، العمر، مدة المرض)

| المتغير         | المتغيرات الديموغرافية | الجنس            | العدد<br>N | المتوسط<br>Mean | الانحراف<br>المعياري SD | قيمة   | درجات<br>الحرية<br>DF | مستوى<br>الدلالة<br>Sig |
|-----------------|------------------------|------------------|------------|-----------------|-------------------------|--------|-----------------------|-------------------------|
|                 |                        |                  |            |                 |                         | Z      |                       |                         |
| الصلابة النفسية | الجنس                  | ذكور             | 07         | 95.14           | 10.785                  | -0.320 | 12                    | 0.805                   |
|                 |                        | إناث             | 07         | 93.00           | 2.944                   |        |                       |                         |
|                 | العمر                  | أقل من 40 سنة    | 06         | 86.33           | 6.114                   | -0.970 | 12                    | 0.345                   |
|                 |                        | أكبر من 40 سنة   | 08         | 99.88           | 7.922                   |        |                       |                         |
|                 | مدة المرض              | أقل من 10 سنوات  | 09         | 97.78           | 8.103                   | -1.002 | 12                    | 0.364                   |
|                 |                        | أكثر من 10 سنوات | 05         | 87.40           | 3.092                   |        |                       |                         |

ويتضح من خلال الجدول رقم (18) أعلاه: أنه بلغ المتوسط الحسابي في الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية للذكور (95.14) وبانحراف معياري (10.785)، وهو متقارب من المتوسط الحسابي للإناث المقدّر ب (93.00) وبانحراف معياري (2.944)، كما بلغت قيمة "Z" (-0.320) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، لأن مستوى المعنوية (Sig = 0.805) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مرضى القصور الكلوي في مقياس الصلابة النفسية تعزى لمتغير الجنس. كما أنه بلغ المتوسط الحسابي في الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية للفئة العمرية الأقل من 40 سنة (86.33) وبانحراف معياري (6.114)، والمتوسط الحسابي للفئة العمرية الأكبر من 40 سنة (99.88) وبانحراف معياري (7.922)، كما بلغت قيمة "Z" (-0.970) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، لأن مستوى المعنوية (Sig = 0.345) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مرضى القصور الكلوي في مقياس الصلابة النفسية تعزى لمتغير العمر. أما فيما يخص متغير مدة المرض فقد بلغ المتوسط الحسابي في الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية للفئة الأقل من 10 سنوات (97.78) وبانحراف معياري (8.103)، والمتوسط الحسابي للفئة الأكثر من 10 سنوات (87.40) وبانحراف معياري (3.092)، كما بلغت قيمة "Z" (-1.002) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، لأن مستوى المعنوية

(Sig =0.364) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مرضى القصور الكلوي في مقياس الصلابة النفسية تعزى لمتغير مدة المرض.

ومنه تحققت فرضيتنا الصفرية التي تنفي وجود فروق حسب متغيرات (الجنس والعمر ومدة المرض) في مستوى الصلابة النفسية.

- مناقشة الفرضية الرابعة: أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات: (الجنس-العمر- مدة المرض)، وقد اختلفت نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة (الغفيلي إيلاف، 2020) التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها (الالتزام، التحدي، التحكم) تبعاً لمتغير الجنس لصالح المرضى الذكور ولصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (41--60 سنة). ونعزو عدم الاختلاف بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الصلابة النفسية حسب متغيرات: الجنس والعمر ومدة المرض إلى أن أفراد عينة الدراسة باختلاف الجنس وبالرغم من اختلاف أعمارهم واختلاف مدة إصابتهم بالمرض يتمتعون بصلابة نفسية متوسطة.

- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة: تنص الفرضية الخامسة على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الامتثال العلاجي تعزى للمتغيرات: (الجنس-العمر- مدة المرض)". لاختبار هذه الفرضية استخدمنا المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، اختبار مان ويتني لعينتين مستقلتين قمنا بالمعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) بهدف توضيح درجات إجابات أفراد عينة الدراسة في المقياسين، وقد مثلنا العينة والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (Z) للمتغيرات في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): الفروق بين درجات عينة الدراسة في مستوى الامتثال العلاجي حسب متغيرات (الجنس.

العمر، مدة المرض)

| المتغير          | المتغيرات الديموغرافية | الجنس         | العدد N | المتوسط Mean | الانحراف المعياري SD | قيمة Z | درجات الحرية DF | مستوى الدلالة Sig |
|------------------|------------------------|---------------|---------|--------------|----------------------|--------|-----------------|-------------------|
| الامتثال العلاجي | الجنس                  | ذكور          | 07      | 67.57        | 1.360                | -1.093 | 12              | 0.318             |
|                  |                        | إناث          | 07      | 69.86        | 2.865                |        |                 |                   |
|                  | العمر                  | أقل من 40 سنة | 06      | 67.50        | 2.432                | -0.325 | 12              | 0.745             |

|       |    |        |       |       |    |                  |           |  |
|-------|----|--------|-------|-------|----|------------------|-----------|--|
|       |    |        | 2.104 | 69.63 | 08 | أكبر من 40 سنة   |           |  |
|       |    |        | 1.780 | 70.44 | 09 | أقل من 10 سنوات  | مدة المرض |  |
| 0.180 | 12 | -1.342 | 2.619 | 65.60 | 05 | أكثر من 10 سنوات |           |  |

ويتضح من خلال الجدول رقم (18) أعلاه: أنه بلغ المتوسط الحسابي في الدرجة الكلية لمقياس الامتثال العلاجي للذكور (67.57) وبانحراف معياري (1.360)، والمتوسط الحسابي للإناث المقدّر بـ (69.86) وبانحراف معياري (2.865)، كما بلغت قيمة "Z" (-1.093) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، لأن مستوى المعنوية ( $\text{Sig} = 0.318$ ) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مرضى القصور الكلوي في مقياس الامتثال العلاجي تعزى لمتغير الجنس. كما أنه بلغ المتوسط الحسابي في الدرجة الكلية لمقياس الامتثال العلاجي للفئة العمرية الأقل من 40 سنة (67.50) وبانحراف معياري (2.432)، والمتوسط الحسابي للفئة العمرية الأكبر من 40 سنة (69.63) وبانحراف معياري (2.104)، كما بلغت قيمة "Z" (-0.325) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، لأن مستوى المعنوية ( $\text{Sig} = 0.745$ ) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مرضى القصور الكلوي في مقياس الامتثال العلاجي تعزى لمتغير العمر. أما فيما يخص متغير مدة المرض فقد بلغ المتوسط الحسابي في الدرجة الكلية لمقياس الامتثال العلاجي للفئة الأقل من 10 سنوات (70.44) وبانحراف معياري (1.780)، والمتوسط الحسابي للفئة الأكثر من 10 سنوات (65.60) وبانحراف معياري (2.619)، كما بلغت قيمة "Z" (-1.342) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، لأن مستوى المعنوية ( $\text{Sig} = 0.180$ ) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مرضى القصور الكلوي في مقياس الامتثال العلاجي تعزى لمتغير مدة المرض. ومنه تحققت فرضيتنا الصفرية التي تنفي وجود فروق حسب متغيرات (الجنس والعمر ومدة المرض) في مستوى الامتثال العلاجي.

- مناقشة الفرضية الخامسة: أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الامتثال العلاجي تعزى للمتغيرات: (الجنس- العمر- مدة المرض). ونعزو عدم الاختلاف بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الامتثال العلاجي حسب متغيرات: الجنس والعمر ومدة المرض إلى أن أفراد عينة الدراسة باختلاف الجنس

وبالرغم من اختلاف أعمارهم واختلاف مدة إصابتهم بالمرض يتمتعون بمستوى متقارب من الامتثال العلاجي.

- خاتمة:

لقد هدفت دراستنا إلى التعرف على مستوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي بمستشفى مسعد (الجزائر)، كذلك التعرف على طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي، وأيضا التعرف على الفروق في مستوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي بين عينة الدراسة حسب المتغيرات الديمغرافية (الجنس-العمر-مدة المرض).

وقد أسفرت النتائج على أن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي متوسطا بينما مستوى الامتثال العلاجي لدى عينة الدراسة مرتفعا. كما أنه لم تتحقق الفرضية الثالثة التي نفت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي، كما تحققت أيضا الفرضية الرابعة التي نفت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية تبعا للمتغيرات: الجنس (ذكر/ أنثى)، العمر (أقل من 40 سنة/ أكبر من 40 سنة)، ومدة المرض (أقل من 10 سنوات/ أكثر من 10 سنوات)، وأيضا تحققت الفرضية الرابعة التي نفت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الامتثال العلاجي تبعا للمتغيرات: الجنس (ذكر/ أنثى)، العمر (أقل من 40 سنة/ أكبر من 40 سنة) ومدة المرض (أقل من 10 سنوات/ أكثر من 10 سنوات). ومن خلال النتائج المذكورة فإن مستوى الصلابة النفسية متوسط لدى مرضى القصور الكلوي ومقبول جدا نظرا لظروفهم الصحية، كما أثبتت نتائج دراستنا عدم وجود علاقة ارتباطية ودالة إحصائية بين مستوى الصلابة النفسية ومستوى الامتثال العلاجي، وهذا ما يعني أن لدى أفراد عينة الدراسة مستوى مقبول من الصلابة النفسية كما أنهم يتمتعون بمستوى مرتفع من الامتثال العلاجي الذي يُعد انضباطا علاجيا صحيا تعودوا عليه اتقاء مضاعفات صحية وهذا ما يحتم عليهم التماسي مع مقتضيات ظروفهم الصحية. كما أنه لا يوجد اختلاف ظاهر عليهم حسب المتغيرات الديمغرافية: الجنس-العمر-مدة المرض في مستوى كل من الصلابة النفسية والامتثال العلاجي. ومما سبق يمكننا اقتراح بعض المقترحات والتي تمثلت فيمايلي:

- إعداد برامج إرشادية وتدريبية على تنمية وزيادة مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد ذوي الأمراض المزمنة وخاصة مرضى القصور الكلوي من طرف متخصصين نفسيين ذوي خبرة عالية.

- إجراء بحوث ودراسات أعمق في هذا الموضوع وفي البيئة الجزائرية تخص هذه الفئة وحسب متغيرات مثل: فعالية الذات، توكيد الذات، مفهوم الذات، تقدير الذات، المرونة النفسية، الاتزان الانفعالي، الضبط الداخلي...إلى غير ذلك من الظواهر النفسية.



- قائمة المراجع:

- الغفيلي، إيلاف بنت محمد بن عبد العزيز. (2020). الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض. قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية - جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد 109 المجلد الثالثون - أكتوبر 2020.
- القضاة، زينب. (2016). فاعلية برنامج إرشادي جمعي مستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية مستوى الصلابة النفسية لدى عينة من الأيتام في قرى الأطفال العالمية. [رسالة ماجستير غ م]. جامعة مؤتة. الأردن.
- رزقي، رشيد. (2012). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. [رسالة ماجستير في علم النفس العيادي]. تخصص علم النفس الصحة. جامعة الحاج لخضر. باتنة. الجزائر.
- زغير رشيد حميد، خنشول حسينة، بوشامي عبد المولى، عبد الله بن عبد السلام. (2019). الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري. مجلة آفاق علمية. المجلد: 22 العدد: 40 السنة 2019.
- شفيق، ساعد. (1993). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية. دراسة على أربع مجموعات من المرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة. [رسالة دكتوراه في علم النفس. تخصص: علم النفس المرضي الاجتماعي]. قسم العلوم الاجتماعية. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد خيضر بسكرة.
- صلاح مراد، وفوزية هادي. (2002). طرائق البحث العلمي (تعميماتها وإجراءاتها). الكويت: دار الكتاب الحديث.
- عبد المهدي، نهلة. (2018). فعالية برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الواقعي في تحسين مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال الأيتام. كلية الدراسات العليا. جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين.
- غريب، حسين. (2016). المنهجية المطبقة في البحوث النفسية والتربوية. الجزائر: دار الضحى الجلفة.

- غنيم، نادية محمود عبد العزيز. (2021). النمو الإيجابي بعد الصدمة وعلاقته بالأمل والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي. مجلة التربية. كلية التربية. جامعة الأزهر. العدد 189/الجزء الأول. القاهرة.
- غنيم، وائل. (2015). الضغوط وأساليب مواجهتها وعلاقتها بالصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة الإرشاد النفسي. عدد (44). 301-361. مصر
- مخيمر عماد، محمد أحمد. (2002). استبيان الصلابة النفسية" دليل الاستبيان". القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- معمريّة، بشير. (2011). تقنين استبيانات على المجتمع الجزائري. الجزائر: دار الخلدونية..
- Drouin. D. (2004). L'observance un facteur de risque méconnu. Direction de santé. Québec.
- Fisher. G.N. (2002). Traité de psychologie de santé. Edition Dunod. Paris.
- Gauchet.A. (2008). Observance thérapeutique et VIH. Enquête sur les facteurs biologiques .et psychosociaux. Edition l'harmattan. Paris.
- Gormie et karoubi. L. (2007). Dictionnaire la rousse maxipoche. Editions la rousse. Paris.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, Personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and social Psychology. 37(1), 1-11.
- La rousse. (2004). La rousse de la santé. Editions la rousse. Paris.
- Maddi, S.R. (2006). Hardiness; The courage to grow from stresses. Journal of positive psychology. 1 (3). 160-168.
- Sidy, Mohamed. Seck et all(2008) . Observance thérapeutique chez les patients non dialysés atteints de pathologies rénales chroniques en Afrique de sud. Néphrologie and thérapeutique.
- Stick, N. (2014). Building hardiness to manage stress and avoid burnout, New Jersey. Lawyer's Assistance Program. New Jersey law center.