



المملكة العربية السعودية

وزارة التعليم

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

## الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في تخصص علم النفس

إعداد

إيلاف بنت محمد بن عبد العزيز الغفيلي

إشراف

أ.د. سعد بن عبد الله المشوح

أستاذ علم النفس

العام الجامعي

١٤٣٩/١٤٤٠هـ

٢٠١٨/٢٠١٩م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الرقم : ..... التاريخ : / / ١٤ هـ المشفوعات : .....

الكلية: العلوم الاجتماعية

القسم: علم النفس

المرحلة: ماجستير

اسم الطالبة: إيلاف بنت محمد بن عبدالعزيز الغفيلي

عنوان البحث: الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي  
بمدينة الرياض

المشرف على البحث

الاسم: أ.د. سعد بن عبدالله المشوح

التوقيع: .....

أعضاء لجنة المناقشة

١ - الاسم: أ.د. سعد بن عبدالله المشوح

التوقيع: .....

٢ - الاسم: أ.د. محمد بن عبدالمحسن التويجري

التوقيع: .....

٣ - الاسم: د. عماد السكري

التوقيع: .....

تاريخ المناقشة: ١٦ / ٥ / ١٤٤٠ هـ



## الإهداء

إلى الذين يد فضلهم عليّ في الناس تعلو كل فضل  
إلى من أحاطني بالحب والرعاية  
إلى من بث فيّ روح الأمل والطموح  
أمي وأبي حفظهما الله

إلى أطهر الأرواح وأطيب القلوب  
أجدادي سلام من الله على أرواحهم

إلى عوني سندي وملاذي بعد الله في هذه الحياة  
إخواني وأخواتي وأقاربي من أهلي

إلى كل من وصل لقراءة هذا الجهد المتواضع  
قارئاً أو طالب علم

جعله الله علماً ينفع به من يقرأه

الباحثة

## شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته وتوفيقه وبهداياته وتسديده يسّر لي إتمام هذه الرسالة وإلا فإني قليلة البضاعة، ضعيفة الحيلة؛ فله الحمد والشكر، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين. أما بعد..

أتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان إلى جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ممثلة بمعالى مدير الجامعة وجميع منسوبيها، والشكر موصول لسعادة عميد كلية العلوم الاجتماعية الدكتور/ زهير بن عبد الله الشهري، وسعادة وكيل الكلية، ووكيل الكلية للدراسات العليا، وإلى جميع منسوبي ومنسوبات كلية العلوم الاجتماعية، وأخص بالذكر منسوبي قسم علم النفس الذين أتاحوا لي مواصلة دراستي العليا لمرحلة الماجستير.

وأقدم بالشكر الجزيل وخالص التقدير لأستاذي المشرف على هذه الرسالة سعادة أ.د/ سعد بن عبد الله المشوح على ما بذل لي من نصح وإرشاد وإعانة، مع طيب نفسه، وقد كان ذا باب مفتوح، لا أجد بأساً من طرقة عند أدنى أي سؤال واستفسار " فجزاه الله خيراً على ما بذل وقدم".

كما أتوجه بخالص شكري وتقديري إلى أعضاء لجنة المناقشة سعادة كل من أ.د/ محمد بن عبد المحسن التويجري و د. عماد الدين بن محمد السكري على تفضلهما بقبول مناقشة هذه الرسالة سائلة المولى عز وجل أن يكتب لهم الأجر والثواب.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر والعرفان لسعادة أ.د/ محمد بن مرعي القحطاني الأستاذ بجامعة الملك خالد على ما زودني به من مصادر ومراجع " فجزاه الله عني خيراً ولا حرمة التيسير والبركة".

والشكر موصول إلى جميع أفراد عينة الدراسة على موافقتهم بالمشاركة وتفضلهم بالإجابة سائلة المولى أن يكتب لهم الأجر والعافية.

الباحثة

## مستخلص الرسالة

عنوان الرسالة: الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

الباحثة: إيلاف محمد الغفيلي. إشراف: أ.د. سعد عبد الله المشوح.

الدرجة العلمية: ماجستير. الجامعة والكلية: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية – كلية العلوم الاجتماعية.

القسم والتخصص: علم نفس – إرشاد نفسي. العام الجامعي: ١٤٣٩/١٤٤٠ هـ.

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي والمقارن). تكونت عينة الدراسة من (٢٣٥) مصاب بمرض الفشل الكلوي بالمستشفيات التابعة لوزارة الصحة، وقد تم اختيارهم بالطريقة القصدية. استخدمت الباحثة مقياس الاكتئاب إعداد بيك (١٩٩٦م) ترجمة غريب (٢٠٠٠م)، كما تم الاستعانة بمقياس الصلابة النفسية إعداد مخيمر (٢٠١٢م).

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده الفرعية (الجانب المعرفي – الوجداني، الجانب الجسدي)، والدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاده الفرعية (الالتزام، التحدي، التحكم) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده الفرعية (الجانب المعرفي – الوجداني، الجانب الجسدي) تبعاً لمتغير الجنس في اتجاه المرضى الإناث؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للاكتئاب والبعد الفرعي (الجانب الجسدي) تبعاً لمتغير العمر في اتجاه المرضى ممن فئاتهم العمرية (٦١ سنة فما فوق)؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده الفرعية (الجانب المعرفي – الوجداني، الجانب الجسدي) تبعاً لمتغير المستوى التعليمي في اتجاه المرضى غير المتعلمين؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للاكتئاب والبعد الفرعي (الجانب المعرفي – الوجداني) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية في اتجاه المرضى غير المتزوجين؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية (الالتزام، التحدي، التحكم) تبعاً لمتغير الجنس لصالح المرضى الذكور، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاده الفرعية (الالتزام، التحدي، التحكم) تبعاً لمتغير العمر لصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (٤١-٦٠ سنة)؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاده الفرعية (الالتزام، التحدي، التحكم) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين؛ يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

## Abstract

**Title of Thesis:** Depression and Its Relation to Psychological Hardiness for Kidney Failure Patients in Riyadh city.

**Researcher Name:** Elaf Mohammed Al-Ghofaily

**Supervisor:** Saad Abdullah Al-Mushawah

**College and University:** Al Imam Muhammad Ibn Saud Islamic University  
- Faculty of Social Sciences

**Department:** Psychology

**Branch/ Track:** Psychological Counselling

**Degree:** Master

**Academic Year:** 1439 / 1440H

---

**Objectives and methods:** The aim of the current study is to determine the association between the depression and psychological hardiness of kidney failure patients in Riyadh city. The study design was descriptive (both associative and comparative) to achieve the goal of research. The study sample included (235) kidney failure patients from The Ministry of Health hospitals. The sample population was selected through purposive sampling technique. The researcher used Beck's Depression Scale (1996 AD), Ghareeb's translation (2000 AD), and the psychological Hardiness scale by Mukhaimar (2012 AD) was also sought.

**Results:** The study showed There is a statistically significant negative associative relation between the total degree of depression and its sub-dimensions (the cognitive-emotional side, the physical side) and the total degree of psychological hardiness and its sub-dimensions (commitment, challenge, and control) in the study population. The study show depression is more common in females and in uneducated patients. There are no statistical differences in the total degree of depression and sub-dimension according to the age variable for age younger than 61, however older Patients have scored higher rate of total degree of depression and higher score in physical side dimension of depression. unmarried patients have statistically higher score in total degree of depression and in the cognitive-emotional side. Regarding the psychological hardiness -Total degree of hardiness, its sub-dimensions (commitment, challenge and control) -It is significantly higher in males, married, highly educated and age group (41-60 years). These findings suggest that it is possible to predict the degree of depression in kidney failure patients through their psychological hardiness.

**Key word:** Depression, Psychological hardiness, kidney Failure.

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الإهداء
ب	الشكر والتقدير
ج	مستخلص الرسالة
د	مستخلص الرسالة باللغة الإنجليزية
هـ	فهرس المحتويات
ح	فهرس الجداول
ي	فهرس الأشكال
ك	فهرس الملاحق
٨-١	<b>الفصل الأول: التعريف بمشكلة الدراسة</b>
٢	١-١ التمهييد للدراسة
٣	٢-١ مشكلة الدراسة
٥	٣-١ أسئلة الدراسة
٥	٤-١ أهداف الدراسة
٥	٥-١ أهمية الدراسة
٦	٦-١ حدود الدراسة
٧	٧-١ المفاهيم والمصطلحات الأساسية للدراسة
٦٨-٩	<b>الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة</b>
١٠	١-٢ الإطار النظري
١٠	١-١-٢ الاكتئاب
١٠	١-١-١-٢ مفهوم الاكتئاب
١١	٢-١-١-٢ أعراض الاكتئاب
١٥	٣-١-١-٢ عوامل الاكتئاب
٢٠	٤-١-١-٢ تصنيف الاكتئاب
٢١	٥-١-١-٢ علاج الاكتئاب
٢٤	٦-١-١-٢ النظريات المفسرة للاكتئاب



الصفحة	الموضوع	
٢٩	الصلابة النفسية	٢-١-٢
٣٠	مفهوم الصلابة النفسية	١-٢-١-٢
٣١	بعض المفاهيم المشتقة من المفهوم العام للصلابة النفسية	٢-٢-١-٢
٣٢	أهمية الصلابة النفسية	٣-٢-١-٢
٣٣	خصائص ذوي الصلابة النفسية	٤-٢-١-٢
٣٥	أبعاد الصلابة النفسية	٥-٢-١-٢
٣٩	النظريات المفسرة للصلابة النفسية	٦-٢-١-٢
٤٢	الفشل الكلوي	٣-١-٢
٤٢	مفهوم الفشل الكلوي	١-٣-١-٢
٤٣	أنواع الفشل الكلوي	٢-٣-١-٢
٤٤	أسباب الفشل الكلوي	٣-٣-١-٢
٤٥	علاج الفشل الكلوي	٤-٣-١-٢
٤٦	الآثار النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي	٥-٣-١-٢
٤٨	الدراسات السابقة	٢-٢
٤٩	دراسات تناولت الاكتئاب	١-٢-٢
٥٥	دراسات تناولت الصلابة النفسية	٢-٢-٢
٥٩	دراسات تناولت العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية	٣-٢-٢
٦٢	التعليق على الدراسات السابقة	٣-٢
٦٧	ما تنفرد به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة	٤-٢
٦٧	أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة	٥-٢
٦٧	فروض الدراسة	٦-٢
٨٤-٦٩	<b>الفصل الثالث: منهج الدراسة وإجراءاتها</b>	
٧٠	منهج الدراسة	١-٣
٧٠	مجتمع الدراسة	٢-٣
٧٠	عينة الدراسة	٣-٣
٧٣	أدوات الدراسة	٤-٣

الصفحة	الموضوع	
٨٢	إجراءات الدراسة	٥-٣
٨٣	أساليب تحليل البيانات	٦-٣
٨٣	صعوبات تطبيق الدراسة الميدانية	٧-٣
١٠٧-٨٥	الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها	
٨٦	نتائج الدراسة المتعلقة بالفرض الأول	١-٤
٨٧	نتائج الدراسة المتعلقة بالفرض الثاني	٢-٤
٩٧	نتائج الدراسة المتعلقة بالفرض الثالث	٣-٤
١٠٦	نتائج الدراسة المتعلقة بالفرض الرابع	٤-٤
١١٣-١٠٨	الفصل الخامس: خلاصة الدراسة وأهم النتائج والتوصيات والمقترحات	
١٠٩	خلاصة الدراسة	١-٥
١١٠	نتائج الدراسة	٢-٥
١١١	توصيات الدراسة	٣-٥
١١٢	مقترحات الدراسة	٤-٥
١٢٢-١١٤	قائمة المراجع	
١١٥	أولاً: المراجع العربية	
١١٩	ثانياً: المراجع الأجنبية	

## فهرس الجداول

رقم الجدول	الجدول	الصفحة
١-٣	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الجنس	٧١
٢-٣	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير العمر	٧١
٣-٣	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي	٧٢
٤-٣	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية	٧٣
٥-٣	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات أبعاد مقياس بيك للاكتئاب بالدرجة الكلية لكل بُعد من الأبعاد (ن=٥٠)	٧٦
٦-٣	معاملات ارتباط بيرسون لأبعاد مقياس بيك للاكتئاب بالدرجة الكلية للمقياس (ن=٥٠)	٧٧
٧-٣	معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس ثبات مقياس بيك للاكتئاب (ن=٥٠)	٧٧
٨-٣	أبعاد مقياس الصلابة النفسية	٧٨
٩-٣	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام - التحدي - التحكم) بالدرجة الكلية لكل بُعد من الأبعاد (ن=٥٠)	٨١
١٠-٣	معاملات ارتباط بيرسون لأبعاد مقياس الصلابة النفسية بالدرجة الكلية للمقياس (ن=٥٠)	٨١
١١-٣	معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس ثبات مقياس الصلابة النفسية (ن=٥٠)	٨٢
١-٤	نتائج معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض	٨٦
٢-٤	نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس	٨٨
٣-٤	نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر	٩٠

الصفحة	الجدول	رقم الجدول
٩١	اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر	٤-٤
٩٣	نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي	٥-٤
٩٣	اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف المستوى التعليمي	٦-٤
٩٥	نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية	٧-٤
٩٧	نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test) للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس	٨-٤
٩٩	نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر	٩-٤
١٠٠	اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر	١٠-٤
١٠٢	نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي	١١-٤
١٠٣	اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي	١٢-٤
١٠٥	نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test) للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية	١٣-٤
١٠٦	تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression) لمدى إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية	١٤-٤

## فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل	رقم الشكل
٧١	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الجنس	١-٣
٧٢	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير العمر	٢-٣
٧٢	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي	٣-٣
٧٣	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية	٤-٣

## فهرس الملاحق

الصفحة	الملحق	رقم الملحق
١٢٥	خطاب تسهيل المهمة	١
١٢٧	أسماء المحكمين	٢
١٢٩	استمارة البيانات الأولية	٣
١٣١	مقياس الاكتئاب في صورته الأولية	٤
١٣٤	مقياس الاكتئاب في صورته المعدلة النهائية	٥
١٣٧	مقياس الصلابة النفسية	٦

## الفصل الأول

التعريف بمشكلة الدراسة

## الفصل الأوّل

### التعريف بمشكلة الدّراسة

#### ١-١ التمهيد للدراسة:

إن الضغوط ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية، يخبرها الإنسان في أوقات ومواقف مختلفة، تتطلب منه توافقًا أو إعادة توافق معها، وهذه الظاهرة شأنها شأن معظم الظواهر النفسية كالقلق والإحباط والعدوان وغيرها، وبالتالي لا نستطيع الهروب منها أو أن نكون بمنأى عنها؛ لأن ذلك يعني نقص فعاليات الفرد وقصور كفايته، ومن ثم الإخفاق في الحياة فلا حياة بدون ضغوط، وحيث توجد الحياة توجد الضغوط (سلامة، ١٩٩١م).

ومن بين الأحداث الحياتية الضاغطة والتي تتسبب في ظهور الأعراض النفسية والاعتلال السلوكي لدى الأفراد والمجتمعات الإصابة بالأمراض المزمنة، وقد أشارت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) World Health Organization (٢٠١٣م) إلى أن معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية المرتبطة بالأمراض المزمنة في ارتفاع متزايد، ويعد الفشل الكلوي أحد هذه الأمراض التي يعاني منها حوالي (٦٩٠) مليون شخص حول العالم، ويتوقع أن يصل العدد إلى (٩٧٦) مليون شخص عام (٢٠٢٠م).

ويشير كاميل وبيتيرسون Kimmel and Peterson (٢٠٠٥م) إلى أن للفشل الكلوي أعراضًا حادة أو مزمنة وذلك لعجز الكلية عن القيام بالوظائف البيولوجية والحيوية والتي تتمثل بانخفاض في إفراز نواتج الأيض والذي يؤدي بدوره إلى تسمم دموي يسمى البولينا مرتبط بتراكم هذا السائل في أنسجة الجسم مؤديًا إلى تسمم دموي مرتبط بانخفاض عضلة القلب وتدهور في الصحة العامة للمريض، ونتيجة لأعراض الفشل الكلوي تتدهور الحالة الصحية للمرضى وبشكل متسارع ويصاحب ذلك أعراض اكتئابيه مزمنة وانخفاض في تقدير الذات والتكيف.

وبالتالي فإن تأثير الأحداث الحياتية الضاغطة قد يؤدي إلى الشعور بالألم والحزن والفشل الذي يؤدي إلى الإحباط وبالتالي يترك آثارًا نفسية سيئة على صحة الأفراد، ومن أهم هذه الآثار التي ستركز عليه الباحثة في هذه الدراسة الاكتئاب Depression حيث يعد من أشد الاضطرابات النفسية انتشارًا وخطورة بعد القلق، كما أنه من أبرز الاضطرابات الوجدانية التي



تؤثر في حياة الإنسان وتحدد سعادته؛ لأنه يعطل فعاليات الفرد، ويسلبه القدرة على الاستمتاع بالحياة (Einwohner, Bernardini, Fried and Pirain,2004).

وبما أن ضغوط الحياة وأحداثها الحرجة هي من طبيعة الوجود الإنساني، إلا أن ذلك قد لا يحدث عند كل الأفراد بدرجة متساوية، فقد لوحظ أن معظم الأفراد يحتفظون بمستوى عالٍ من القوة أو المناعة النفسية ولا يصيبهم الكرب النفسي بالرغم من تعرضهم لأحداث حياتية ضاغطة (المفرجي والشهري، ٢٠٠٨م).

ومن هنا ترى الباحثة أهمية تجاوز مجرد دراسة العلاقة بين الأحداث الضاغطة وأشكال المعاناة النفسية إلى الاهتمام أيضًا بتناول العوامل التي تساهم في مساعدة الأفراد على مواجهة هذه الأحداث والظروف والتغلب عليها.

وقد أشارت كوبازا Kobasa (١٩٧٩م) إلى أن الصلابة النفسية Psychological Hardiness والذي ستركز عليه الباحثة في هذه الدراسة من أول العوامل والمتغيرات التي ساعدت الأفراد على التغلب على هذه الأزمات وكيفية التعامل معها، وتوصلت إلى أن الصلابة النفسية هي التي تكمن وراء احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط، وإلى أنها مجموعة من الخصائص النفسية التي تشمل متغيرات الالتزام والتحكم والتحدي، وهذه الخصائص شأنها المحافظة على الصحة النفسية والجسمية بالرغم من التعرض للأحداث والضغوط.

## ١-٢ مشكلة الدراسة:

يعد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المنتشرة وأحد أهم الأسباب الرئيسية للعجز والوفاة في العالم، وهو مرض شاق ويؤثر على صحة المريض وحياته النفسية والاجتماعية وأثبتت ذلك العديد من الدراسات، فقد أشار كيميل Kimmel (٢٠٠٠م) إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين ارتفاع المشاعر الاكتئابية والحزن وظهور أعراض قهر الذات وبين الإصابة بالفشل الكلوي، كما أفادت الدراسة أن الأعراض الجسدية والاختلال الوظيفي للكلية عند المريض يجعل لديه القابلية للإصابة بالاكتئاب المزمن . كما أوضحت نتائج دراسة كيميل Kimmel (٢٠٠٠م) ارتباط المستويات المرتفعة من الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي الذين يعالجون بالغسيل الدموي بزيادة الوفيات، وأن آثار الاكتئاب على حياة وبقاء المريض تصارع في تأثيرها العوامل ذات الخطورة الطبية.

وتظهر لدى مرضى الفشل الكلوي أعراض نفسية غير زيادة درجة القلق والمزاج الاكتئابي، تتمثل بالنظرة الدونية للذات واضطرابات النوم والطعام والخوف من الموت، وعدم التعاون مع الآخرين وفقدان الدور الوظيفي مما يؤثر على نظرة المريض لذاته (Daugirdas, Ing and Blake,2000). ومن الناحية المعرفية أشارت وهيبه شرقي(٢٠١٥م) إلى أن إصابة الإنسان بأحد الأمراض المزمنة أو الحادة من شأنها أن تؤدي إلى اضطراب العمليات المعرفية. وعلى الجانب الاجتماعي أشارت أسماء التويجري(٢٠٠٩م) إلى وجود مشكلات اجتماعية مترتبة على الإصابة بالمرض تتمثل في عدم القدرة على تكوين علاقات مع الآخرين والمشاركة في المناسبات الاجتماعية، هذا إلى جانب كثافة المشكلات الأسرية الناتجة عن الإصابة بالمرض والمتمثلة في عدم القدرة على الإنجاب وتدير احتياجات الأسرة.

وهذه الآثار قد تؤدي إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي؛ لأنها تشكل ضغوطاً نفسية لديهم، ويختلف الأفراد في الأسلوب الذي يواجهون به هذه الضغوط فمنهم من يواجهها بفاعلية وإيجابية ومنهم من يفشل في ذلك، هذا ويعتبر الأفراد الذين يتسمون بالصلابة النفسية بأنهم أكثر صموداً واقتداراً على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة في حين أن الأشخاص الأقل صلابة يشعرون بالضغط والتهديد المستمر وعدم القدرة على التحمل (Kobasa,1979).

ويؤكد بيرجر Burger (١٩٩٢م) أنه كلما جنح الفرد إلى التحكم في المواقف التي تواجهه كان ذلك أفضل للتوافق النفسي السليم.

وترى الباحثة أن مشكلة الدراسة الحالية تركز بشكل أساسي على معرفة ما إذا كان هناك علاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي والذين تزايدت أعدادهم في السنوات الأخيرة حيث أفادت الإحصاءات أن وزارة الصحة كانت تقوم بتقديم الرعاية والخدمة العلاجية لـ (١٢,٩٤٤) مريضاً يعانون من الفشل الكلوي في نهاية عام(٢٠١٤م) حتى وصل عدد المرضى إلى(١٧,٦٨٧) مريض (المركز السعودي لزراعة الأعضاء،٢٠١٧م).

ووفقاً لما أوصى به تقرير منظمة الصحة العالمية (W.H.O) (٢٠١٣م) من ضرورة إجراء دراسات علمية لتوفير الخدمات النفسية والرعاية للمصابين بالأمراض المزمنة والتي اندرج من ضمنها الفشل الكلوي، وإيماناً من الباحثة بأهمية الدراسة والحاجة الماسة لإجرائها اختارت إجراء هذا البحث.

### ١-٣ أسئلة الدّراسة:

تحدد الدراسة الحالية بالتساؤل الرئيس التالي:

ما العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض؟  
ويتفرع منه عددًا من الأسئلة الفرعية وهي:

- ١- ما الفرق في مستوى الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وفقًا للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس-العمر-المستوى التعليمي-الحالة الاجتماعية)؟
- ٢- ما الفرق في مستوى الصلابة النفسية بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وفقًا للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس-العمر-المستوى التعليمي-الحالة الاجتماعية)؟
- ٣- يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية؟

### ١-٤ أهداف الدراسة:

الهدف الرئيس للدراسة الحالية يتمثل في:

- التعرف على العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.  
ويتفرع منه عددًا من الأهداف الفرعية وهي:
- ١- التعرف على الفرق بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض في مستوى الاكتئاب وفقًا لمتغير (الجنس-العمر-المستوى التعليمي-الحالة الاجتماعية).
  - ٢- التعرف على الفرق بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض في مستوى الصلابة النفسية وفقًا لمتغير (الجنس-العمر-المستوى التعليمي-الحالة الاجتماعية)
  - ٣- التعرف على إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

### ١-٥ أهمية الدراسة:

#### ١-٥-١ الأهمية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية لهذه الدراسة فيما يلي:

١- تنتمي الدراسة إلى تيار علم النفس الإيجابي والمنحى الوقائي في المجال النفسي حيث تناول أحد المتغيرات النفسية الإيجابية والحديثة نسبياً وهو (متغير الصلابة النفسية) ودوره في مساعدة الفرد على التحكم والالتزام والتحدي والسيطرة على المواقف الحياتية.

٢- تستمد الدراسة أهميتها من أهمية العينة التي تناولها وهي مرضى الفشل الكلوي والتي تعتبر إحدى الفئات التي لم تحظ بكثير من الاهتمام من قبل الباحثين في المجتمع المحلي فمعظم الدراسات التي أجريت في مجال الصحة النفسية يكاد ينحصر اهتمامها على متغيرات الصحة النفسية لدى الأسوياء، بينما دراسات الأمراض المزمنة تناولتها بعض المراجع العلمية والطبية المتخصصة دون أي تركيز على المتغيرات النفسية المصاحبة لتلك الأمراض.

### ١-٥-٢ الأهمية التطبيقية:

تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة فيما يلي:

١- مساعدة المهتمين في مجال دراسات أمراض الفشل الكلوي وعلاقتها بمستوى الصحة النفسية على التعرف على مدى الارتباط والتأثير المتبادل بين الجوانب الجسمية كالإصابة بالمرض والجوانب النفسية كمستوى الاكتئاب.

٢- يمكن الاستفادة من نتائج البحث في إمكانية وضع برامج لتنمية الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بصفة عامة ومرضى الفشل الكلوي منخفضي الصلابة النفسية بشكل خاص وإيجاد فنيات تطبيقية لمساعدتهم على مواجهة الاكتئاب.

### ١-٦-١ حدود الدراسة:

تحدد هذه الدراسة في نطاق ما يلي:

#### ١-٦-١-١ الحدود الموضوعية:

تحدد الحدود الموضوعية للدراسة الحالية في التعرف على العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

#### ١-٦-١-٢ الحدود المكانية:

تمت إجراءات الدراسة في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمدينة الرياض (مركز الملك سلمان لأأمراض الكلى، مدينة الملك سعود الطبية، مستشفى الملك سلمان بن عبد العزيز، مدينة الملك فهد الطبية).

### ١-٦-٣ الحدود الزمانية:

تمت إجراءات الدراسة في الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ١٤٣٨هـ/١٤٣٩هـ.

### ١-٧ المفاهيم والمصطلحات الأساسية للدراسة:

#### ١-٧-١ الاكتئاب Depression

أولاً/ اصطلاحاً: يشير بيك Beck (١٩٩٦م) إلى أن الاكتئاب "حالة عيادية تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل في صورة: الحزن والعزلة واللامبالاة، وانخفاض تقدير الذات واضطرابات في النوم والشهية، ونقص الليبدو، وعداء الذات وانخفاض في النشاط" (ص ٤٠). ويعرف غريب (٢٠٠٧م) الاكتئاب بأنه "حالة تتضمن تغيراً محددًا في المزاج، والشعور بالوحدة، واللامبالاة، بالإضافة إلى مفهوم سالب عن الذات مصحوب بتوبيخ الذات، وتحقيرها، ولومها، ورغبة في عقاب الذات، بالإضافة إلى الرغبة في الهروب، والاختفاء، والموت" (ص ١٤). ثانياً/ إجرائياً: تتبنى الباحثة تعريف غريب (٢٠٠٧م) للاكتئاب ويقاس في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة من مرضى الفشل الكلوي على مقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية BDI-II، ترجمة غريب (٢٠٠٠م).

#### ١-٧-٢ الصلابة النفسية Psychological Hardiness

أولاً/ اصطلاحاً: يعرف مخيمر (١٩٩٦م) الصلابة النفسية في ضوء الأبعاد المكونة لها وهي (الالتزام-التحكم-التحدي) بأنها "نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله، واعتقاد الفرد بأن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث وإن ما يطرأ على جوانب حياته من تغيير هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً وإعاقة" (ص ٢٨٤).

ثانياً/ إجرائياً: تتبنى الباحثة تعريف مخيمر (١٩٩٦م) للصلابة النفسية ويقاس في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة من مرضى الفشل الكلوي على مقياس الصلابة النفسية من إعداد مخيمر (٢٠١٢م).

#### ١-٧-٣ الفشل الكلوي Renal Failure

أولاً/ اصطلاحاً: يعرف الفشل الكلوي بأنه قصور حاد أو مزمن في عمل الكلية مما يؤدي إلى خلل في أداء وظائفها الحيوية، وبذلك يحدث خلل عام في الجسم ونقص تام في وظائف

النفرونات الكلوية والذي يؤدي إلى خلل بالأنسجة الكلوية وحدوث التليف الكلوي، وهو تطور سريع بحيث ينخفض معدل كفاءة الكليتين أو أحدهما إلى أقل من (١٠%) من معدلها الطبيعي (Sayin et al, 2007, p.169).

ثانياً/ إجرائياً: قصور شديد في وظائف الكلى بحيث لا يستطيع المريض أن يعيش ما لم يحصل على علاج بديل (تعويضي) ومرضى الفشل الكلوي في الدراسة الحالية هم الذين يتلقون خدمات الغسيل الكلوي والعلاج عن طريق التنقية الدموية من المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمدينة الرياض ذكورا وإناثاََ وممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٦٠) سنة فما فوق.

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### أولاً: الإطار النظري

١- الأكتئاب

٢- الصلابة النفسية

٣- الفشل الكلوي

#### ثانياً: الدراسات السابقة

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### ١-٢ الإطار النظري:

يتضمن هذا الفصل المفاهيم التي اشتملت عليها الدراسة الحالية فستتناول الباحثة أولاً مفهوم الاكتئاب وتعريفه، أعراضه، عوامله، تصنيفه، علاجه، والنظريات المفسرة له، ثم تتناول الصلابة النفسية وتتمثل في مفهوم الصلابة النفسية وتعريفها، أهميتها، أبعادها، خصائصها، والنظريات المفسرة لها. وفي آخر محور تتناول الفشل الكلوي، مفهومه، أنواعه، أسبابه، علاجه والآثار النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي.

#### ١-١-٢ الاكتئاب:

#### ١-١-١-٢ مفهوم الاكتئاب:

لقد جعل الله الإنسان وحدة متكاملة فريدة وحدة النفس والجسم، وحث الإسلام على التوازن بين متطلبات النفس والجسم، حيث أنه من المعروف أن الحالة الصحية للفرد تلعب دوراً حيوياً في صحته النفسية، ولأن العلاقة بين النفس والجسد علاقة تفاعلية، فقد تلعب الأمراض الجسمية دوراً هاماً في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية، وفي المقابل اتضح بأن الحالة النفسية للفرد لها نفس التأثير على الحالة الجسمية، ومن بين الاضطرابات النفسية التي نالت الاهتمام الأوفر والأولوية في التشخيص والبحث (الاكتئاب)، فقد حظى هذا الاضطراب باهتمام الباحثين بغرض الكشف عن طبيعته وأسبابه ومدى انتشاره في المجتمع (معمريه، ٢٠٠٠م).

هذا وبعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأفراد في الحياة المعاصرة بصورة أكبر مما كان الناس يعانون منه في الماضي وفي المجتمعات السابقة، لدرجة أن الكثير من الكتاب والأدباء يفضلوا أن يصفوا هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب، هذا وتختلف أعراض الاكتئاب من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات ويجيء عند البعض الآخر مختلطاً مع شكوى جسمانية، وأعراض بدنية بصورة لا تعرف الحدود بينها ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس، والتشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس. وربما تجتمع كل هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أمراض نفسية وجسمية أخرى (Akman et al., 2007).



ويعرف الاكتئاب في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض النفسية  
(DSM-5) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder التابع للجمعية  
الأمريكية للطب النفسي (APA) American Psychiatric Association (٢٠١٣م)  
بأنه "مزاج مكتئب بشكل مزمن، ومستمر خلال دورة الحياة اليومية، ويستمر لمدة عامين على  
الأقل كما يشترط وجود اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال فترات المزاج المكتئب، وهي  
فقدان أو زيادة الشهية، وأرق أو زيادة في النوم، وهبوط في الطاقة، وانخفاض تقدير الذات،  
ضعف التركيز، وصعوبة في اتخاذ القرارات، والشعور باليأس أو فقدان الأمل، وعدم القدرة على  
التكيف النفسي والاجتماعي والرغبة المتكررة في التخلص من الحياة" (ص ١٥٥).

أمّا زاهد وأصغر وكلاوسن Zahid, Asghr and Claussen (٢٠٠٨م) فقد عرّفوا  
الاكتئاب بأنه "تبلد انفعالي وخمول يرتبط برد فعل سلبي حول الأحداث المحيطة بالفرد والذي  
يركز في تفسيره لها على التشاؤم والمعاناة والقلق" (ص ١٩).

ويرى بيك Beck (١٩٩١م) بأن الاكتئاب عبارة عن "اضطراب في المزاج أكثر من أي  
شيء آخر ينتج عن أنماط تفكير خاطئ، ويرى أنه ناتج عن طريقة الفرد في معالجة المعلومات  
وطريقة تفسيره للأحداث، واعتقاداته، ورؤيته السلبية للذات والعالم وللمستقبل" (ص ١٦٩). ويرى  
بيك Beck (١٩٩٦م) أن هناك ثلاثة أشكال من المواقف التي يمكن أن تكون كافية لاستثارة  
الاكتئاب وهي:

- المواقف التي تعمل على انخفاض تقدير الفرد لذاته.
- المواقف التي تتضمن إعاقة تحقيق الفرد لأهداف مهمة بالنسبة له، أو تفرض عليه ظروفًا ومواقف  
لا قدرة للفرد على حلها.
- المواقف التي تؤدي إلى التدهور البدني والمرض.

## ٢-١-١-٢ أعراض الاكتئاب:

شأن الاكتئاب شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية، يفصح عن نفسه في  
مجموعة من الأعراض تشتمل على جوانب من السلوك، التفكير و المشاعر يطلق عليها مفهوم  
الزملة الاكتئابية Depressive Syndrome ويمكن تصنيف الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب على  
النحو التالي:

## أ- أعراض جسدية

### أ- اضطراب النوم

وهو أكثر الأعراض شيوعاً، ويعاني مريض الاكتئاب من الأرق الشديد الذي يجعل حياته سلسلة من المعاناة والألم، ويختلف نوع الأرق تبعاً لشدة المرض فمن صعوبة في بدء النوم والتقلب في الفراش لساعات حتى الفجر إلى وجود الأحلام المزعجة والكوابيس الثقيلة أثناء النوم بل أحياناً ينام المريض ويصحو صباحاً مرهقاً متعباً وكأنه لم ينام طوال الليل، أما البعض الآخر يعاني من فرط النوم ويظهر ذلك في حوالي (١٠-١٥%) من الحالات (عكاشة، ١٩٩٨م).

### ب- فقدان الشهية أو زيادة الوزن

وهي أيضاً من العلامات المميزة للاكتئاب، وأحد أعراض الكسل العام الذي يعترى الجهاز العصبي، والهضمي وبقية أجهزة الجسم ويحتمل أن يكون رفض المريض للطعام كرسالة خفية في الانتحار، ومن الممكن أن يحدث العكس فيزيد الوزن وتزداد الشهية (عكاشة، ١٩٩٨م).

### ج- فقدان الرغبة الجنسية

يفقد مرضى الاكتئاب الاهتمام بالجنس، وقد تظهر لديهم بعض الاضطرابات التي تتمثل بانقطاع الدورة الشهرية عند الإناث وضعف القدرة الجنسية عند الرجال، ويرتبط انعدام الرغبة الجنسية مع فقدان الشهية، عدم الاهتمام بالآخرين وبالمزاج المكتئب (إبراهيم، ٢٠٠٨م).

### د- الشعور بالتعب (الإعياء الشديد)

حيث تقل قدرة المريض على الأداء فيرفض الذهاب إلى العمل وينعزل عن المجتمع ويبدأ في إهمال ذاته ونظافته، وأحياناً يصاب بحالة شديدة من الإثارة والتهيج وتزيد حركته ويكثر كلامه ويعبر عن ترومه وضيقه بالصراخ (سرحان والخطيب وحباشة، ٢٠٠٣م).

هذا ويزداد غالباً الشعور بالتعب لدى المرضى المكتئبين؛ فيشعر المريض بثقل في جسمه وأطرافه ولا يستطيع التحرك لدرجة تجعله يتدمر من شعوره بفتور الهمة، وأحياناً يكون من الصعب التمييز بين التعب الشديد وفقدان الدافعية، ورغبات التجنب والانسحاب، فالإعياء يرتبط مع نقص الرضا والنظرة السلبية المتشائمة، والنظرة المتشائمة توحى بأن الاتجاه العقلي قد يكون العامل الأساسي في شعور المريض بالتعب (إبراهيم، ٢٠٠٨م).

## ٢- أعراض معرفية:

### أ- الشعور بالذنب

يسبب الاكتئاب عادة انخفاضاً في تقدير الذات والثقة بالنفس مع زيادة الأفكار التشاؤمية واليأس والعجز وفي النهاية ربما يشعر الشخص بالذنب بشكل مفرط وغير معقول وهذه الأفكار السلبية الناتجة عن الاكتئاب يمكن أن تصبح خطيرة ويمكن أن تقوده في النهاية إلى السلوك الانتحاري (بارلو، ٢٠٠٢م).

### ب- ضعف التركيز والتردد

يعتبر ضعف التركيز علامة مبكرة للاكتئاب، ويرى القذافي (١٩٩٨م) أن الوظائف العقلية تتأثر بحالة الاكتئاب ويظهر ذلك في عدم القدرة على التركيز مما يؤثر في كفاء عمل الذاكرة والصعوبة أو التردد في اتخاذ القرارات.

### ج- أفكار عن الموت أو الانتحار

يرتبط هذا العرض غالباً بشكل كبير مع السلوك الانتحاري في الاكتئاب واليأس (Long, 1997).

كما أن الأعراض المعرفية تتمثل بظهور مجموعة من الأفكار التي تعوق الفرد عن التوافق مع ذاته، فيقيم الشخص نفسه بشكل سلبي ويضخم أخطائه والمصاعب التي يواجهها (بارلو، ٢٠٠٢م).

## ٣- أعراض وجدانية:

### أ- نقص الاهتمامات وفقدان القدرة على الاستمتاع

حيث يفقد من يصاب بالاكتئاب الاهتمام بالناس والأشياء والأحداث والأنشطة واللقاءات الاجتماعية والهوايات والترفيه، وعدم القدرة على الاستمتاع بالحب والأحاسيس المبهجة في الحياة (Charney, Reynolds and Lewis, 2003).

### ب- المزاج الاكتئابي

يسيطر على الأشخاص عند تعرضهم لبعض الضغوط الحياتية والأحداث المرهقة مشاعر من الحزن واليأس وعدم الفرح والسعادة والهبوط النفسي وتعد استجابة طبيعية إن استمرت لفترة

قصيرة أما في حالة استمرار المزاج الاكتئابي لفترة طويلة مع زيادة في الأعراض وشدتها فإنه يمكن القول بأن اكتئاباً مرضياً قد حدث، ويتضمن الاكتئاب المرضي عادة اضطرابات في النوم والأكل وفقدان الطاقة وقد يتضمن بعض الأعراض الذهانية ومحاولات للانتحار مع ظهور ضلالات وهلاوس وتأخر نفسحركي (Schulz, Drayer and Rollman, 2002).

### ج- المزاج العصبي

يتميز بوجود مزاج عصبي بدلاً من الاكتئاب واللامبالاة، وهذا العرض لم يتأكد عند الكبار، لكنه معترف به عند الأطفال والمراهقين (Long, 1997).

وتستعرض الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) (2013م) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) تسعة أعراض أساسية مميزة للاكتئاب وهي: (١) المزاج المكتئب. (٢) نقص في الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة. (٣) نقص كبير في الوزن أو زيادة كبيرة فيه، أو نقص أو زيادة في الشهية. (٤) الأرق أو النوم المفرط. (٥) تهيج أو تأخر نفسحركي. (٦) التعب أو فقدان الطاقة. (٧) الإحساس بانعدام القيمة أو الإحساس المفرط أو غير الملائم بالذنب. (٨) نقصان القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد. (٩) أفكار متكررة عن الموت. وتقيس قائمة بيك الثانية للاكتئاب BDI-II الأعراض التالية: (١) الحزن. (٢) التشاؤم. (٣) الفشل السابق. (٤) فقدان الاستمتاع. (٥) مشاعر الإثم. (٦) مشاعر العقاب. (٧) عدم حب الذات. (٨) نقد الذات ولومها. (٩) الأفكار أو الرغبات الانتحارية. (١٠) البكاء. (١١) الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار). (١٢) فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي. (١٣) التردد في اتخاذ القرارات. (١٤) انعدام القيمة. (١٥) فقدان الطاقة على العمل. (١٦) تغيرات في نظام النوم. (١٧) القابلية للغضب والانزعاج. (١٨) تغيرات في الشهية. (١٩) صعوبة التركيز. (٢٠) الإرهاق والإجهاد. (٢١) فقدان الاهتمام بالجنس. (غريب، ٢٠٠٠م).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ الاكتئاب لديهم شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب النفس ويحس عند البعض الآخر مختلطاً مع شكاوى جسدية وأمراض بدنية بصورة لا نعرف الحدود بينهما، ويعبر البعض الآخر عنه في شكل مشاعر باليأس والتشاؤم والملل السريع من الحياة والناس وقد تتجمع كل هذه الأعراض معاً في شخص واحد (Akman et al., 2007).

وقد كشفت الدراسات بشكل واضح أن التعبير عن الاكتئاب في الثقافات غير الغربية يتم من خلال الشكاوى الجسمية، بينما يعبر المرضى الأوروبيون عن اكتئابهم بالشكاوى النفسية (كفاي، ١٩٩٨م).

## ٢-١-١-٣ عوامل الاكتئاب:

تعددت عوامل الاكتئاب كغيره من الاضطرابات النفسية الأخرى حسب المنطلقات والتفسيرات النظرية لهذه العوامل والجميع تقريباً يتفق على أهمية النواح البيولوجية والنفسية في تشكيل السلوك السوي أو غير السوي بشكل عام إلا أن الاختلاف يظهر في مدى تفوق نسبة جانب على الجانب الآخر، فأغلب المشتغلين في ميدان الطب النفسي ينصب اهتمامهم على الجوانب المرضية المرتبطة بالاكتئاب من الناحية البيولوجية باعتبار أن الاكتئاب اضطراب وظيفي نتيجة لخلل في التنظيم الهرموني أو الكيميائي لدى الفرد، أما المتخصصون والباحثون النفسيون تتجه اهتماماتهم إلى الناحية السيكولوجية باعتبارها المفتاح والمدخل لفهم وتعديل السلوك البشري (فرحان، ٢٠١٢م).

ومن خلال مراجعة العديد من الدراسات والأبحاث العلمية وجدت الباحثة أن هناك عوامل عديدة تؤدي إلى ظهور الاكتئاب ولا يمكننا إلا حصر أهم تلك العوامل وهي:

### ١-العوامل البيولوجية وهي العوامل التي تتمثل في:

#### أ-الوراثة:

وتستند على ما كشفته الأبحاث من وجود تماثل في شيوخ هذا الاضطراب في أسر دون أخرى، وشيوعه بين التوائم حتى ولو نشأوا في ظروف اجتماعية مختلفة مما يوجد تفسيراً وراثياً (إبراهيم، ١٩٩٨م).

وأظهرت دراسات أخرى أن أقارب الدرجة الأولى أي (الأهل والأخوة والأولاد) لشخص مكتئب هم أكثر عرضة للاكتئاب من الذين لا يملكون تاريخاً عائلياً للاكتئاب (كراملينغيز، ٢٠٠٢م).

ويشير عكاشة (١٩٩٨م) إلى أن دراسة التوائم المتشابهة تعطي الضوء الكافي لمعرفة مدى أهمية العامل الوراثي حيث تصل نسبة الإصابة بالاكتئاب بين التوائم المتشابهة إلى (٦٥%)

والتوائم المتأخية حوالي (١٤%) وتقل الإصابة بين أفراد العائلة كلما تقدم سن المريض بين المصابين وكلما وجدت مسببات نفسية وجسدية.

كما أثبتت الدراسات الدقيقة التي أجريت على التوائم أحادية اللاقحة (MZ) المتماثلة وثنائية اللاقحة (DZ) غير المتماثلة قابلية توريث اضطراب الاكتئاب الرئيس بنسبة (٣٧%) (Sullivan, Neal and Kendler, 2000). وهذا مفاده أن (٣٧%) من احتمال الإصابة بالاكتئاب تقع مسؤوليته على الجينات.

فالجينات قد تتحكم في طريقة تنظيم الانفعالات أو طريقة الاستجابة للعوامل الضاغطة في الحياة (Kendler, Gatz, Gardner and Pedersen, 2006).

كما لوحظ في دراسات التبني أن هناك علاقة في إصابة المتبنين بالاكتئاب تناسب الآباء البيولوجيون دون الآباء بالتبني. واستنتج من ذلك أهمية الأصول الجينية في حدوث الاضطرابات الوجدانية وافترض أنه جين أحادي سائد أو أنه متعدد الأساس الجيني، كما افترض انه يرتبط بالجين الأنتوي وذلك لشيوع هذه الاضطرابات أكثر بين النساء (Halgin and Whitebourn, 1993).

إلا أن العوامل الوراثية يحتل ألا تكون كافية لاستهلال المرض، وتبرز معها عوامل أخرى غير وراثية تسهم في الاكتئاب، فحين يصاب أحد التوأمين المتشابهين بالاكتئاب يعاني التوأم الآخر من الاكتئاب أيضًا في (٤٠%) فقط من الحالات وهذا يعني أنه ليس حتمًا أن يصاب التوأم الآخر بالاكتئاب، ويشير ذلك إلى أن الجينات رغم أهميتها مسؤولة جزئيًا فقط عن المرض (كرامينغيز، ٢٠٠٢م).

#### ب-العوامل البيو كيميائية:

يقوم أساس العوامل البيوكيميائية على محاولة إيجاد تغيرات كيميائية في المواد العصبية التي ربما تكون مسؤولة عن تطور الاستجابة الاكتئابية وظهورها (غنيم، ٢٠١٥م).

وهي نتاج اضطراب الإفرازات الهرمونية أو الجهاز العصبي حيث يلاحظ ظهور أعراض الاكتئاب عند الإناث أثناء فترة الطمث وأثناء سن اليأس (فرحان، ٢٠١٢م).

هذا ودلت الأبحاث الكيميائية المخبرية على وجود علاقة بين زيادة أو انخفاض بعض المركبات والتفاعلات الكيميائية في الجسم من جهة والاكتئاب من جهة أخرى وقد وجد في دماغ

المتحررين والمكتئبين بعد الموت مباشرة أن مواد كيميائية مثل الكاثيكول أمين ومادة النورأدرينالين منخفضة جدًا في الدماغ (موسى، ٢٠٠١م).

ويشير الشاذلي (١٩٩٩م) أن الأحماض الأمينية مثل الكاثيكول ومادة الأدرينالين تختص بالسلوك العاطفي الوجداني، وانخفاض هذه المواد في مناطق الاستقبال بالمخ وكذلك النقص في بعض المواد الكيميائية مثل السيروتونين يؤثر على المزاج والتحكم في التصرفات.

هذا واكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهمية خاصة، عندما بنيت سلسلة من الدراسات المبكرة على أن بعض جوانب الاكتئاب تكون نتيجة للاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين حيث أن هذا الاختلال يؤثر مباشرة في إمكانيات الإحساس بالراحة مما يؤثر بدوره في إثارة الأعصاب، وأيضًا للنقص الحاصل في أحادية الأمين من الناقلات العصبية مثل الدوبامين والنورأدرينالين والسيروتونين والذي يدعم أن أدوية الاكتئاب الفعالة هي التي تعمل على زيادة هذه الناقلات العصبية في المشابك العصبية بوسائل كيميائية مختلفة (سرحان والخطيب وجباشنة، ٢٠٠٣م).

## ٢- عوامل جسمية:

يعتبر الاكتئاب رد فعل شائع وموهن غالبًا للأمراض المزمنة مثل الكبد والكلى وقرحة المعدة والغدد والسكر فحوالي ثلث المرضى بأمراض مزمنة والمقيمين في مستشفى يقررون على الأقل أعراض معتدلة من الاكتئاب، في حين أن حوالي الربع يعاني من اكتئاب حاد وشديد، والاكتئاب ربما يكون رد فعل متأخر للمرض المزمن لأنه غالبًا ما يأخذ المريض وقتًا لكي يفهم الاستنتاجات الكاملة لحالته (الشاذلي، ١٩٩٩م).

حيث تشير الدراسات الاستباقية الدقيقة إلى أن (٤٢-٦٧%) من الأشخاص قد تعرضوا لأحداث حياتية خطيرة لم تتسبب فيها الأعراض في العام الذي سبق إصابتهم بالاكتئاب. إلا أنه حتى عند اللجوء إلى الدراسات الاستباقية يظل هناك احتمال أن تكون بعض الأحداث الحياتية قد نتجت عن بعض الأعراض المبكرة للاكتئاب التي لم تتطور بعد لتصل إلى مرحلة الاضطراب كامل الأعراض (Brown and Harris, 1989).

كذلك يرتبط الاكتئاب بمعدلات خطر عالية في المشكلات الصحية بما في ذلك الموت من الأمراض الجسدية (Mykletun et al., 2009).

### ٣-عوامل نفسية:

يركز زهران (٢٠٠٥م) على الأسباب النفسية للاكتئاب، ويعتبر دور العوامل الوراثية ضئيل في حدوث الاكتئاب، والأسباب النفسية هي: التوتر الانفعالي والإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق وضعف الأنا الأعلى والصراع اللاشعوري والشعور بالإثم والرغبة في عقاب الذات واتهام الذات والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات الصادمة وعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعية ومفهوم الذات المثالية وسوء التوافق، ويكون الاكتئاب على هيئة انسحاب ووجود كره وعدوان مكبوت قد يتجه نحو الذات يظهر في شكل محاولات انتحارية ويكون الاكتئاب بمثابة الكفارة.

### ٤-عوامل اجتماعية:

يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجاته لهم فيؤثرون فيه وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد والمجتمع وبين الفرد والآخرين (العفيفي، ١٩٩٠م). ومن أهم الأسباب الاجتماعية الضاغطة التي قد تسبب في إصابة الإنسان بالاكتئاب أساليب التربية الخاطئة كالتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال، الهجرة من الوطن، الوحدة والعنوسة وسن التقاعد والطلاق والحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية كفقد شخص عزيز أو فقد وظيفة، أو ثروة، أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة والشرف واللافت أن الذين عانوا من الاكتئاب في الماضي هم أكثر عرضة للاكتئاب بعد مواجهة خسارة كبيرة (بركات، ٢٠٠٠م). وترى فوزية أبو حمد (٢٠١٠م) أن البيئة الأسرية والجو الأسري السائد وأنماط المعاملة الوالدية تلعب دورًا هامًا في اكتساب الأبناء للاكتئاب حيث تشير الإحصاءات إلى أن أكثر من نصف آباء الأطفال المكتئبين هم مكتئبون أصلاً وهناك دلائل تقول بأن الميل إلى الاكتئاب هو خاصية موروثية بالاكتساب من خلال التقليد كما أن الضيق وصراعات الأسرة تقود إلى مشاعر اكتئابية لدى الأطفال خاصة الحساسين منهم.

كما أن الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب عادة ما تكون علاقاتهم الاجتماعية محدودة، وعادة ما ينظرون إلى تلك العلاقات على أنها توفر لهم القليل من الدعم، وقد يؤدي انخفاض



المساندة الاجتماعية إلى إضعاف قدرة الشخص على التغلب على الأحداث الحياتية الضاغطة وجعله عرضه للاكتئاب (Keltner and Kring, 1998).

#### ٥- خصائص الشخصية:

وتعد بعض خصائص الشخصية الأكثر استهدافاً للاضطراب ومنها: سمات الشخصية المنطوية كالخجل، الانسحابية، محدودية الأصدقاء، السلبية، الاعتمادية، التردد، الحذر، الشعور بالنقص، عدم الكفاية، تدني مفهوم الذات، الشعور بالوحدة والفراغ، وعدم الأهمية نتيجة التقاعد أو العنوسة أو الشيخوخة أو الفشل المتكرر والتوتر الانفعالي المستمر والإحباطات الشديدة والصدمات (فرحان، ٢٠١٢م).

#### ٦- العمر والجنس:

تعد بعض مراحل العمر كعامل مسبب للمرض حيث تشير الدراسات إلى أن العقد الثالث من الحياة يعد السن الذي تصل فيه نسبة الشعور بالاكتئاب قممتها وعلى الرغم من أن الاكتئاب يظهر في أي عمر إلا أنه يبدأ لدى غالبية الناس بين نهاية العشرينات وبداية الثلاثينات (Hautzinger and Meyer, 1994). من ناحية أخرى تشير النتائج إلى ارتفاع نسبة المرض لدى الناس في السن بين المراهقة المتأخرة حتى نهاية العشرين (Quitkin, 1998) وفي كل جيل يتزايد متوسط الإصابة بالاكتئاب الرئيس كلما انخفض العمر (Kessler et al., 2003).

ففي مرحلة الشيخوخة يحدث الاكتئاب بسبب الضعف والعزلة وكثرة الأمراض والخوف من الموت، ويحدث في منتصف العمر بسبب شعور الإنسان أن المتبقي من عمره أقل مما ذهب وأنه لم يحقق آماله فيعاني من الإحباط ويمر بأزمة المفاهيم الوجودية ويفتقد المعنى والهدف من الحياة خاصة عندما يغادر الأهل المنزل بسبب الزواج والعمل، ويحدث في المراهقة بسبب الصراعات والمتناقضات وتضاعف الضغوط المختلفة على المراهق ويكون المرض في هذه الحالة شديداً وتتكرر المحاولات الانتحارية، والنساء أكثر إصابة بالاكتئاب من الرجال بنسبة الضعف بسبب التغيير الهرموني لديهن فهن أكثر عرضة للمعاناة من الاكتئاب (بركات، ٢٠٠٠م).

ولا يظهر الاختلاف بين الجنسين عند الإصابة بالاكتئاب إلا بعد مرحلة البلوغ، حيث تنتاب النساء اليافعات عديداً من مسببات الإجهاد النفسي والضغط بشأن ما يتعلق بدورهن في الحياة وهيئة أجسامهن وميلهن إلى اجترار المشاعر السلبية التي تنتج عن ذلك (الحويلة، وعياد وشويخ والرشيدي والحمدان، ٢٠١٧م).

ويوضح بيك Beck (١٩٩٦م) بأن الاكتئاب حالة مركبة تحدث بدرجات متباينة من الشدة وتظهر من خلال أعراض وأنواع وصيغ متنوعة وتتأثر بدرجة كبيرة بظروف الحياة الجارية، وتتجمع عوامل بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية متعددة بطريقة تفاعلية بحيث ينشأ ما يسمى بالاكتئاب.

#### ٢-١-١-٤ تصنيف الاكتئاب:

من أشهر التصنيفات العلمية في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للأمراض النفسية (DSM-5) الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) (٢٠١٣م) حيث ورد تقسيم الاضطرابات الاكتئابية فيه إلى عدة أنواع وهي كالتالي:

##### ١- اضطراب المزاج المتقلب المشوش Disruptive Mood Dysregulation

تتمثل أعراض هذا النوع في انفجارات متكررة وشديدة من الغضب وتكون لفظية كالاحتدام اللفظي أو سلوكية كالاعتداء الجسدي على الأشخاص والممتلكات.

##### ٢- اضطراب اكتئابي جسيم Major Depressive Disorder

تتمثل أعراض هذا النوع في مزاج منخفض معظم اليوم وعدم الاهتمام والاستمتاع في الأنشطة، وأرق أو فرط في النوم، ونقص أو زيادة في الوزن، وهياج نفسي حركي أو خمول، والشعور بالذنب، وانخفاض تقدير الذات، وعدم القدرة على التركيز والتفكير، والتفكير المتكرر عن الموت، والتفكير بالانتحار.

##### ٣- اضطراب اكتئابي مستمر سوء المزاج Persistent Depressive Disorder

تتمثل أعراض هذا النوع بمزاج منخفض معظم اليوم لمدة سنتين على الأقل، ووجود اثنين أو أكثر من هذه الأعراض وهي ضعف الشهية أو زيادة في الأكل، أو أرق أو فرط النوم، أو انخفاض الطاقة والتعب، أو انخفاض تقدير الذات، أو ضعف التركيز وصعوبة في اتخاذ القرارات.

#### ٤- اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث Premenstrual Dysphoric Disorder

تظهر هذه الأعراض في معظم دورات الطمث، ويجب أن تتواجد خمسة من هذه الأعراض وهي عدم الاستقرار الانفعالي، التملل والغضب أو زيادة الخلافات الشخصية، ومزاج مكتئب ملحوظ، والشعور باليأس، والقلق والتوتر الملحوظ، وتدني الاهتمام بالأنشطة، وصعوبة في التركيز، الخمول وسرعة الشعور بالتعب أو افتقاد ملحوظ للطاقة، وتغير في الشهية وأرق أو فرط في النوم.

#### ٥- اضطراب الاكتئاب الناتج عن الأدوية Medication-Induced Depressive Disorder

تتمثل أعراض هذا النوع من مزاج اكتئابي وانخفاض الاهتمام والمتعة بالأنشطة ويظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية وتظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانقطاع.

#### ٦- اضطراب الاكتئاب بسبب حالة صحية أخرى Depressive Disorder Due to another Medical Condition

تتمثل أعراض هذا النوع من مزاج اكتئابي وانخفاض الاهتمام بالمتعة والأنشطة ويظهر كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية.

#### ٧- اضطراب اكتئابي محدد آخر Other Specified Depressive Disorder

يرجع إلى الأعراض الاكتئابية المميزة للاضطراب الاكتئابي والتي تسبب ضعف في الأداء ولكن تكون غير محددة في هذا التصنيف.

#### ٨- اضطراب الاكتئاب غير المحدد Unspecified Depressive Disorder

يرجع إلى الأعراض الاكتئابية غير المحددة في هذا التصنيف والتي يمكن أن تأتي كأعراض مع اضطرابات أخرى.

### ٢-١-١-٥ علاج الاكتئاب:

تتعدد طرق ووسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات التي تتناوله ومنها العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، ويركز الطب النفسي على العلاج باستخدام العقاقير إلى جانب العلاج النفسي للمرضى المكتئبين وفيما يلي عرض موجز لبعض التقنيات والأساليب العلاجية للاكتئاب:

## ١-العلاج الطبي الدوائي:

الأدوية هي أكثر وسائل علاج اضطرابات الاكتئاب شيوعاً وخضوعاً للأبحاث، حيث ثبت أن كلا من مثبطات الاوكسيداز أحادية الأمين Maois ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Tricyclic Antidepressant ومثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية SSRIS فعّالة في علاج الاكتئاب (Hollon, Thas and Markowitz, 2002).

وتسمى أدوية الاكتئاب بمضادات الاكتئاب، وتنقسم إلى أربعة مجاميع رئيسية وهي على النحو التالي:

### أ- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCA) Tricyclic Antidepressants

تعد من أقدم أدوية الاكتئاب، وتقوم آلية عمل تلك الأدوية على منع تثبيط إعادة امتصاص الناقلات العصبية المونوأمينية النورأدرينالين (NE) و السيروتونين (5HT)، وتعمل على إضعاف تحسس مستقبلات 2a التي تساعد في عملية تثبيط النورأدرينالين و السيروتونين، ولها دوراً فعالاً في خفض الأعراض الاكتئابية إلا أن لها آثاراً جانبية عديدة كحصول الدوخة وصعوبة التبول وزغلة العين وخفض الضغط والضعف الجنسي.

وتأتي الأسماء المتداولة مثل تفرانيل Imipramine (Tofranil) وأنافرانيل Clomipramine (Anafranil) وتريبتيزول Amitriptyline (Tryptizol) في مقدمة قائمة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات.

### ب- مضادات الاكتئاب المختصة بإعادة امتصاص السيروتونين Selective serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)

أحدث مجاميع مضادات الاكتئاب وأكثرها أماناً، وأقلها عرضة للتداخلات الدوائية وأقلها تأثيراً على الخمول ومع هذه الخصائص لهذا النوع من المضادات إلا أنها لا تخلو من بعض الآثار الجانبية مثل: جفاف الفم وضعف الشهية والتثاؤب والشعور بالغثيان، ومما ساهم في التقليل من آثارها الجانبية مقارنة بغيرها من مضادات الاكتئاب خاصيتها الفريدة في استهداف ناقل عصبي واحد وهو السيروتونين (5HT) دون غيره من الناقلات الأمينية حيث تعمل هذه المضادات على إعاقة امتصاص السيروتونين من المشبك مما يطيل مدة بقاء الناقل في المشبك وتنشط استشارة السيروتونين.

ومن الأمثلة عليها بروزاك Fluoxetine(Prozac) وسيبرام Citalopram(Cipram) و فافرين Fluvoxamine(Favarin) وسيروكسات Paroxetine (Seroxat).

جـ\_ مضادات الاكتئاب متعددة الحلقات (HCA) Hetrocyclic Antidepressants وهذه الأدوية كما أنها مضادة للاكتئاب فهي تستخدم لعلاج القلق العام، وينتمي لهذه المجموعة واحد من أحدث مضادات الاكتئاب والقلق المسمى افكسور Venlafaxine(Effexor)، وسيمبالتا Duloxetine(Cymbalta).

د\_ مثبطات إنزيم المونوأمين أوكسيديز (MAOI) Monoamine Oxidase Inhibitors يعمل هذا النوع من المضادات على تثبيط انزيمات المونوأمين أوكسيديز (MAO) تلك الإنزيمات المعنية باستقلاب وتحليل الناقلات المونوأمينية، وتعد مثبطات إنزيم المونوأمين أوكسيديز (MAOI) من أكثر مجاميع مضادات الاكتئاب خطورة وأكثرها ضرراً، وذلك لقابليتها السيئة على التداخل مع العديد من الأغذية والأدوية وعلى ضوء مشكلاتها المتعددة فإنها لا تصرف إطلاقاً للأطفال ولا للمسنين وتبقى الخيار الأخير لعلاج الاكتئاب ومن الأمثلة عليها: ماربلان Isocarboxazid (Marplan)، نارديل Phenzamine (Nardil) (الخميس، ٢٠١١م).

## ٢- العلاج النفسي:

جاءت أهمية العلاج النفسي من فقر وضعف نتائج استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب ومالها من آثار جانبية خطيرة على الفرد، حيث يؤكد هارنجتون Harrington (١٩٩٨م) على أهمية وفعالية طرق العلاج النفسي المستخدمة في مختلف حالات الاكتئاب على الأقل البسيط والمتوسط.

والعلاج النفسي يساعد المكتئب من عدة طرق علاجية هي:

أ-العلاج المعرفي: وفيه تتم مساعدة المكتئب على تغيير الأفكار التشاؤمية والتوقعات اللاحقانية وأيضاً المساعدة على الكف من النقد الزائد للنفس الذي يساعد على ظهور الاكتئاب. (Beck,1996)

ب-العلاج السلوكي: الذي يبحث في إمكانية تعديل السلوك عن طريق التدعيم الإيجابي وإزالة وتخفيض المثيرات المؤلمة والمسببة للاكتئاب والعجز.

ج-العلاج المعرفي السلوكي: وهذا النوع يجمع بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي في وقت واحد ويتعرض للأفكار والسلوكيات السلبية معًا ويحاول استبدالهما بسلوكيات إيجابية وأفكار عقلانية . (Compton, 2004)

ويشير إيجيدي Egede (٢٠٠٦م) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يتضمن عملية بناء المعرفة بعد إكساب المريض مهارات سلوكية تمكنه من التخلص من الأفكار السلبية والمعتقدات والتخيلات الخطأ بحيث يستطيع مواجهة المرض من خلال تكوين الأفكار والمعلومات العقلانية عنه؛ فالعلاج المعرفي السلوكي هو نموذج بناء مهارات وليس نموذج شفاء، فالمرضى يكتسبون مهارات للتعامل بفعالية أكبر من أفكارهم وسلوكياتهم التي قد تكون غير منطقية.

### ٣-العلاج النفسي - الطبي:

وهو نوع من العلاج يقوم بالجمع بين الطريقتين السابقتين ويستفيد من مزايا كل طريقة من طرق العلاج.

ويؤكد مارش March (٢٠٠٤م) في الدراسة التي أجراها على مجموعة من المرضى المكتئبين على أهمية وفعالية الجمع بين أسلوبي العلاج النفسي والعلاج الطبي حيث أظهرت النتائج بعد تطبيق برنامج العلاج المختلط درجة تحسن ملحوظ في حالة المرضى وأن طول مدة العلاج سواء علاج نفسي أو طبي تختلف من حالة لأخرى وذلك حسب حدة الاكتئاب وحسب نوع المشكلات الحياتية التي تحتاج إلى حل بالطرق الإرشادية والنفسية.

### ٢-١-١-٦ النظريات المفسرة للاكتئاب:

تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب تبعًا للمنطلقات الفلسفية التي تنطلق منها كل نظرية، وسوف تعرض الباحثة بإيجاز أهم النظريات المفسرة للاكتئاب وهي:

#### - النظرية البيولوجية

ترى هذه النظرية أن الاكتئاب على أنه اضطراب وظيفي يحدث نتيجة لعوامل وراثية، أو اختلال في التنظيم البيو كيميائي والهرموني، على سبيل المثال النقص النسبي لمادة النورإبينفرين Norepinephrine ( وهو المسئول عن إفراز هرمون الأدرينالين) يسبب الاكتئاب، بينما تؤدي زيادته إلى الهوس، وأن استقرار وتوازن الفرد انفعاليًا يعتمد على استقرار وتوازن العناصر

الأمينية(الكاتكول أمين والأندول أمين) وهي موصلات عصبية Neuro Transmitters تشمل أنواعًا معينة فالأحماض الأمينية الكاتيكول أمين تشمل (النورأبنفرين، والأبنفرين) والأندول أمين يشمل (السيروتونين وهستامين) وهي مركبات كيميائية ووظيفتها الأساسية نقل التنبيه العصبي من خلية إلى أخرى ، وأن الاكتئاب هو إحدى الاستجابات المرجحة إذا تناقص وجود هذه العناصر أو أحدها، ويرتبط الاكتئاب أيضًا بالتذبذب في هرمونات الجنس خاصة عند النساء (فرحان، ٢٠١٢م).

### - النظرية السيكو دينامية (التحليل النفسي)

يعتبر فرويد freud هو المؤسس الفعلي لما يسمى بمدرسة التحليل النفسي ونظرية التحليل النفسي من أشهر النظريات في التاريخ البشري العلمي، والسيكودينامية psychodynamics تعني النظرة إلى الحياة على أنها سلسلة من ضياع الاتزان ومحاولات إعادته أو سلسلة من التوترات ومحاوله خفضها.

وتفسر النظرية السيكودينامية الاكتئاب على أنه فقدان لموضوع الحب سواء كان هذا الفقدان حقيقيا أو بصورة رمزية وينتج عن هذا الفقدان عدوان يوجه نحو الذات لذلك فهو يعيش حياة اكتئابه، وترجع الجذور الأولى تلك الحالة إلى المراحل الأولى من حياة الشخص وبالتحديد إلى المرحلة الفمية حيث تم استدخال صورة العالم من خلال الإشباع الفمي وتكون الأم هي المصدر الأساسي الذي تعتمد عليه إشباعات الطفل فإذا قدمت إشباعات ناقصة أو توقفت عن تقديم الإشباع فإن الطفل يشعر بالفقدان ويؤدي هذا الفقد إلى الشعور بالغضب الذي يوجهه الطفل نحو ذاته وتكون أول نبتة اكتئابه ويواصل الطفل حياته وبين جنباته تلك النبتة الاكتئابية التي تنفجر في صورة اكتئاب عند مواجهة المواقف الضاغطة والأحداث المؤلمة ويكون الاكتئاب عندئذ بمثابة النكوص إلى المرحلة الفمية بما تحتويه من مشاعر الفقدان والعدوان الموجه نحو الذات، ويستبعد فرويد حدوث العصاب إذا كانت حياة الفرد مليئة بالمتعة والكفاءة في الحب والعمل(فرحان، ٢٠١٢م)

وترى نظرية التحليل النفسي أن الاكتئاب يحدث إثر فقدان موضوع سواء بالموت أو الهجر أو الخسارة، هذا وتنتاب الفرد نوبات من الاكتئاب جرّاء الشعور بالذنب الذي يصيبه ويشعر بالغضب إثر الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة إلى الحب، كما أن الاكتئاب يمثل

عدم قدرة الفرد على إشباع الحاجات والتطلعات الأساسية للفرد كالحاجة إلى الحب والتقدير والحاجة إلى الأمن والقوة والحاجة إلى منح الحب والحصول عليه، وينجم الاكتئاب عن العجز والفشل في إشباع أي من هذه الحاجات (اليحفوفي، ٢٠٠٣م).

ومع تطور مدرسة التحليل النفسي وظهور النظريات المختلفة تغير تبعًا لذلك تفسير الاضطرابات النفسية وبصفة إجمالية ومع ظهور النظريات المركزة على سيكولوجية الأنا أصبح ينظر إلى الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب كنتائج لضعف الأنا وقدرته على التكيف، حيث يؤدي هذا الفشل في تحقيق الفرد لأهدافه ومن ثم يبدأ فقدان الفرد لتقدير ذاته مفضيًا إلى درجات أعلى من القلق ومن ثم الاكتئاب (فرحان، ٢٠١٢م).

### - النظرية السلوكية

يذهب بعض السلوكيين إلى أن الاكتئاب نتاج انسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياة الفرد، كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو النجاح ونتيجة لذلك يقل معدل نشاطه، وإذا لم يستشعر الفرد تعزيزًا وتدعيمًا وتعاطفًا ومساندة من قبل الآخرين لاستعادة نشاطه فإنه يأخذ المزيد من التدهور حتى ينسحب الفرد تمامًا وتظهر لديه أعراض اكتئابيه (القريطي، ٢٠٠٣م).

### - النظرية المعرفية

تمثل وجهة نظر بيك Beck واحدة من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب من وجهة نظر معرفية، حيث يرى أن طريقة التفكير الخاطئ هي الأصل في نمو الاكتئاب وأن الاكتئاب يرتبط بوجود خطأ في إدراك الأمور وفي أسلوب التفكير فيها، وأن المكتئبين يرون أن فشلهم يرجع إلى أخطاء فيهم ويضخمون ذلك إلى درجة الاكتئاب (Beck, 1979).

والأفراد المكتئبون كما يرى بيك Beck يستجيبون للخبرات الضاغطة عن طريق تنشيط مجموعة من الأفكار تدعى بالثالوث المعرفي Cognitive Triad والذي يتكون من النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل، ويشير بيك إلى المخططات المعرفية Cognitive Schemas بوصفها المصفوفة الارتباطية المعرفية التي تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي بدوره إلى الاكتئاب، وقد أكد على أخطاء المعالجة المعرفية Faulty Information Processing والتي تتعلق بالعمليات



التي يتم بها إدخال المعلومات إدخالاً ناقصاً أو محرفاً لأنه محكوم بطرق تشغيل غير واقعية ولا تستند هذه العمليات لمبررات منطقية ولكن المكتتب يعتقد في صحتها وصدقها (بشرى، ٢٠٠٧م).

### - نظرية العجز المتعلم

تعد نظرية العجز المتعلم من أكثر النظريات شيوعاً فيما يتعلق بمجال الاكتئاب، وترى تلك النظرية أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة يؤدي إلى اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة، ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة، ثم ينبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى وهو بذلك يفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لمشاعر العجز عن التحكم في النتائج السالبة للحياة.

وفي ضوء نظرية العجز المتعلم يعزى الاكتئاب إلى عدد من العوامل أهمها الآتي:

- عزو الفشل إلى ما هو ثابت وعزو النجاح إلى ما هو غير ثابت.
  - عزو الفشل إلى ما هو عام وعزو النجاح إلى ما هو محدد وخاص.
  - الميل إلى عزو الفشل إلى ما هو داخلي والنجاح إلى ما هو خارجي.
- ووفقاً لنظرية العجز المتعلم فإن الأفراد الذين يعزون الأحداث الحياتية السالبة (غير السارة) إلى أسباب وعوامل ذاتية (داخلية) عامة وثابتة هم الأفراد الأكثر عرضة للاكتئاب بمجرد تعرضهم لأية ضغوط وأحداث حياتية سالبة (غير سارة).

ومع التقدم في نتائج الأبحاث قام سيلجمان Seligman بتطوير نظريته في أساس الاكتئاب كعجز متعلم، حيث انتهى إلى أن الاكتئاب يرتبط بأنواع من الخلل تشمل خلل دافعي Motivational Deficit وخلل معرفي Cognitive Deficit وخلل في مفهوم الذات Self-Concept وخلل وجداني Affective Deficit حيث تنتج الأنواع الثلاثة الأولى نتيجة لتعلم عدم القدرة على ضبط الأحداث، في حين ينتج النوع الرابع نتيجة لتوقع النتائج السلبية للأحداث. فعندما يعتقد الأفراد بأن النتائج المرغوبة غير محتملة أو غير متوقعة وأن ليس بالإمكان تعديلها فإن العجز المتعلم Helplessness يحدث مؤدياً إلى الاكتئاب. وتعتمد درجة تعميم الاكتئاب على درجة تعميم العجز المتعلم، أي على اعتقاد الفرد بالعجز المتعلم أمام العديد من المواقف، وتعتمد استمرارية الاكتئاب على استمرارية هذه المعتقدات بالعجز. كما تعتمد درجة سلبية احترام الذات المصاحبة للاكتئاب على الدرجة التي تستدخل بها مشاعر العجز المتعلم.

وتعتمد درجة العجز في الجوانب المشار إليها (الدافعية/المعرفية/مفهوم الذات/الوجدانية) على درجة شدة التوقع بالنتائج السلبية، إضافة إلى ذلك فإن توقع النتائج السلبية تتفاعل مع مشاعر العجز التي يربطها الفرد بنتائج الأحداث، فكلما كانت النتائج أكثر أهمية فإن مشاعر العجز أو عدم القدرة على ضبط الأحداث يمكن أن يؤدي إلى مفهوم ذات أكثر سلبية، وبالتالي يحدث مشاعر أكبر بالحزن والاكتئاب (فرحان، ٢٠١٢م).

### - نظرية التحكم الذاتي

ترى هذه النظرية أن التحكم الذاتي هو تلك العملية التي يمكن للفرد من خلالها أن يغير أو يعدل من احتمال ظهور استجاباته حتى في أثناء الغياب النسبي للتدعيم الخارجي للاستجابات، ويتضمن التحكم الذاتي ثلاث عمليات هامة تتمثل في (رؤية الذات، تقييم الذات، تدعيم الذات) وهو يرى أن التدعيم الذاتي مكمل للتدعيم الخارجي، ويظهر الاكتئاب لدى الأشخاص الذين لا يستطيعون التحكم الذاتي في سلوكهم نتيجة لنقص التدعيم الذاتي (بشرى، ٢٠٠٧م).

### - النظرية الوجودية

تركز هذه النظرية على العالم كما يدركه الشخص، أو على العالم الذاتي للشخص، بما في ذلك إدراك الفرد لذاته، وعلى أن السلوك لا يتحدد، ولا يمكن فهمه إلا في ضوء هذا العالم الذاتي الداخلي، كما يذهب هذا الاتجاه إلى أن أغلب مشكلات التوافق التي يتعرض لها الفرد ترجع إلى إدراك الشخص للأحداث والأشخاص وليس لواقع هذه الأحداث أو الأشخاص في ذاتهم (بشرى، ٢٠٠٧م).

### - النظرية البيئشخصية

تركز هذه النظرية على أن العلاقات البيئشخصية تؤثر بشكل كبير فيما إذا كان الفرد سيصاب بالاكتئاب وفي نوعية الخبرة الشخصية التي سوف يمر بها في حالة إصابته وفي المظاهر السلوكية للاضطراب وفي اختفاء الاضطراب في حالة الشفاء، وقد اقترح لوينسون Lewinsohn (١٩٨٧م) نموذجاً بيئشخصي سلوكياً لتفسير الاكتئاب، وهو يرى أن الأشخاص المكتئبين يحصلون على تدعيمات إيجابية غير كافية من الأشخاص المهمين في حياتهم وذلك لأنهم ينقصهم

المهارات الاجتماعية الضرورية لاستثارة استجابات بينشخصية إيجابية، علاوة على ذلك فإن الناس المكتئبين يكونون أقل قدرة على تدعيم الآخرين وبالتالي تقل فرصهم في التبادل الاجتماعي، وتؤكد نظرية لوينسون أيضاً على أن بقاء الاكتئاب وشدته أيضاً يتأثران بميل الشخص المكتئب للانخراط في نشاطات اجتماعية قليلة وعدم القدرة النسبية على أن يرى الأنشطة على أنها مصدر سعادة.

يلاحظ مما سبق أن كل نظرية حاولت تفسير الاكتئاب من زاوية خاصة وفقاً للأساس الذي اعتمدت عليه في بناء فكرتها حيث ركزت كل واحدة منها على جانب من جوانب حياة الإنسان وربطت بينه وبين الاكتئاب، ومع أن التفسيرات التي أوردتها كل نظرية تعين في تقديم فهم جزئي لهذا الاضطراب إلا أن الاعتماد على إحداها لا يعد كافياً لمعرفة حقيقة هذا المرض والأسباب الكامنة وراءه فمن غير الممكن فصل جوانب حياة الإنسان عن بعضها البعض، وتأثير النواحي البيولوجية أو الوراثية فيه لا يستقل عن التأثير الاجتماعي أو النفسي، وبالتالي فإن من الضروري عند محاولة معرفة الاكتئاب وأسبابه و علاجه الاهتمام بكل وجهات النظر السابقة من أجل الحصول على فهم متجانس يساعد في تقديم خدمة أفضل للمصابين به.

## ٢-١-٢ الصلابة النفسية

إذا كان تعرضنا للضغوط أمر حتمي لا مفر منه، حيث أن واقع الحياة محفوف بالعقبات والصعوبات والأزمات وأشكال الفشل والنكسات والظروف غير المواتية، وإذا كنا لا نستطيع أن نتجنب خبرات الإحباط والفقد فإننا نستطيع أن نهتم بدراسة وتقوية مصادر المقاومة أي تلك العوامل والمتغيرات النفسية والاجتماعية والتي من شأنها أن تجعل الفرد يحتفظ بصحته الجسمية والنفسية عند مواجهته للضغوط، ومن أهم هذه المتغيرات مفهوم "الصلابة النفسية" والذي برز عندما ظهر مارتن سليجمان Seligman داعياً إلى ضرورة التحول من نموذج العجز ودراسة الأمراض النفسية ومظاهر السلوك السلبي إلى نموذج القوة والسمات الإيجابية وهو ما أسماه بعلم النفس الإيجابي positive psychology وهو "الذي يعنى بالدراسة العلمية للانفعالات الإيجابية، والسمات الشخصية الإيجابية والمؤسسات الإيجابية التي تمكن الفرد من الإحساس بالرفاهية والسعادة أو التنعم الإنساني العام" (أبوحلاوة، ٢٠١٤، ص ٢١).

## ٢-١-٢-١ مفهوم الصلابة النفسية

يعد مفهوم الصلابة النفسية في البيئة العربية من المفاهيم الحديثة نسبياً، وهو من الخصائص النفسية المهمة للفرد كي يواجه ضغوطات الحياة المتعددة والمتتالية بنجاح.

نشأ هذا المفهوم على يد كوبازا Kobasa أثناء إعدادها لرسالة الدكتوراه سنة (١٩٧٧م) تحت إشراف أستاذها مادي Maddi بجامعة شيكاغو بالولايات المتحدة الأمريكية حيث لاحظت أن بعض الناس يستطيعون تحقيق ذواتهم وإمكانياتهم الكامنة رغم تعرضهم للكثير من الضغوط والإحباطات، لهذا كانت ترى أنه يجب التركيز على الأشخاص الأسوياء الذين يشعرون بقيمتهم ويحققون ذواتهم وليس المرضى بهدف معرفة المتغيرات الإيجابية سواء كانت نفسية أو اجتماعية والتي من شأنها أن تجعل الفرد يحتفظ بصحته الجسمية والنفسية عند مواجهته للضغوط بل و تدعم قدرته على مواجهتها بنجاح. (مخيمر، ٢٠١٢م)

هذا واختلفت وتعددت تعريفات الصلابة النفسية بين العلماء، فقد عُرفت الصلابة النفسية بأنها " مجموعة من خصائص الشخصية وظيفتها مساعدة الفرد في المواجهة الفعالة للضغوط وهي تتكون من الالتزام والتحكم والتحدي " (Kobasa, 1979, p.11).

كما عرف مخيمر (١٩٩٦م) الصلابة النفسية بأنها "أحد خصائص الشخصية الإيجابية التي تؤدي إلى المحافظة على سلامة الأداء النفسي والجسمي في حالة التعرض للضغوط والمواقف الشاقة" (ص ١٣).

وتعرف بأنها " كوكبة من السمات الشخصية والتي تعمل كمصدر للمقاومة في مواجهة الأحداث الضاغطة. (Sigud and Hysted, 2012, p69)

وعرفها مادي Maddi (١٩٩٩م) بأنها " الميل الشخصي الذي يعزز السلوك والأداء والأخلاق والحيوية وقوة الاحتمال والصحة وتتكون من ثلاثة مكونات أساسية هي الالتزام، والتحكم والتحدي" (ص ٥٩٥).

ويتفق معه ديفيد David (٢٠٠٠م) الذي أشار أيضا إلى أن الصلابة "عامل فاصل في تعزيز وتأكيده السلوك الصحي بصورة واسعة والمتمثل في التحكم والالتزام والتحدي، كما أنه عنصر بالغ الأهمية في تعليل مقاومة الناس للضغط وعدم مرضهم" (ص ١٥٠).

ويرى كلا من سنكلير وتترك Sincliar and Tetrick (٢٠٠٠م) أن الصلابة ليست سمة بل مكون معرفي واتفقا على أن الصلابة النفسية هي "متغير الشخصية المعرفي الذي يتكون من الإحساس بالالتزام والتحكم والتحدي" (ص ١).

بينما يرى كندر Kinder (٢٠٠٥م) أن الصلابة النفسية هي "نموذج مؤلف من المواجهة الفعالة وسلوكيات الصحة الإيجابية والمساندة الاجتماعية النشطة، والتي تتألف من الالتزام والتحكم والتحدي وتعمل كمؤشر جيد للصحة" (ص ٦٨).

في حين يشير دوغيه وخاليدين وأريا Dogaheh, Khaledian and Arya (٢٠١٤م) إلى أن الصلابة النفسية خاصة يمكن اكتسابها عن طريق التدريب والممارسة وليست خاصة فطرية متأصلة ويساهم تعلم الصلابة النفسية في زيادة نسبة الالتزام، التحكم والتحدي. 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).

ويلاحظ من خلال التعريفات المتعددة أن الصلابة النفسية مؤشر على الصحة النفسية للأفراد وعلامة من علامات السواء النفسي لا تحدد ملامح القوة والتحمل فحسب بل والتوجه نحو المستقبل بنظرة إيجابية تجعل الفرد متحدياً عقبات الحياة مرحباً لكل تغيير ومتقبلاً له.

## ٢-١-٢ بعض المفاهيم المشتقة من المفهوم العام للصلابة النفسية:

من بين المفاهيم الحديثة التي اشتقت من مفهوم كوبازا الأصلي للصلابة النفسية مفهومي:

– الصلابة المرتبط بالصحة Health-related hardiness

على الرغم من أن مفهوم الصلابة المرتبط بالصحة (HRH) مشتق من عمل كوبازا فإنه يختلف عن المفهوم العام بطريقتين هما:

الأولى: أن بلوك Pollock (١٩٨٩م) اقترح تعريفات محددة لأبعاد الصلابة المرتبطة بالصحة تختلف عن المفاهيم العامة لمفهوم كوبازا فيعرف الالتزام في ضوء الأنشطة المناسبة والمرتبطة بالصحة للتعامل مع الضغوط الصحية والتحكم يشير إلى استخدام مصادر الأنا للتقييم والتفسير واستجابة

ضغوط الصحة بينما يعكس التحدي إعادة التقييم للضغوط الصحية كفاءة كامنة أو إثابة أكثر من كونها تهديدًا أو ضررًا

الثانية: امتد عمل بلوك Pollock بوضع الصلابة المرتبط بالصحة داخل إطار عمل متكيف مؤلف من أعمال سيللي (١٩٥٦م) ولازاروس (١٩٦٦م) وروي (١٩٧٦م) ولقد ذكر بلوك أن مفهوم الصلابة المرتبط بالصحة يتمثل بالأنشطة الصحية الراقية والتي تتمشى مع أسلوب استخدام المصادر الاجتماعية والقدرة على تخفيف الضغط مثلما القدرة المدركة للمرض المزمن والملاطفة للعلاقة بين الضغط المتلازم لكل من المرض الجسمي والتكيف الجسمي و النفسي (Pollock,1989).

#### – الصلابة الأسرية Family hardiness

يعد مفهوم الصلابة الأسرية القوة التي تتوسط العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والتكيف الأسري حيث تعتبر مصدرًا مقاومًا والمصادر المقاومة تكون قادرة على جذب الأسرة لمعالجة الضغط لكي تتفادى الأزمة وتحقق التكيف الأسري والتي يفترض أنها تتكون من أربعة أبعاد هي (التحكم-التحدي-الالتزام-الثقة) فالتحكم هو الإحساس الأسري بالسيطرة على أحداث الحياة الضاغطة. التحدي هو المفهوم الأسري للتغير كفرصة للتعلم والنمو. والالتزام هو التوجه الأسري النشط في التكيف للمواقف الضاغطة والثقة confidence هي القدرة الأسرية على تحمل الخبرات الضاغطة المؤلمة مع الإحساس بالاهتمام والمعنى. فعلى الرغم من أن الأبعاد الثلاثة الأولى تكون إدراكية متشابهة مع كل من مفهوم الصلابة ومفهوم الصلابة المرتبط بالصحة إلا أن بعد الثقة يعتبر فريدًا للصلابة الأسرية (Gilboe and Cohen, 2000).

#### ٢-١-٢ أهمية الصلابة النفسية:

الصلابة النفسية عامل حيوي ومهم من عوامل الشخصية وتبرز أهميتها في قدرتها على حماية ووقاية الإنسان من مشاكل نفسية وجسدية عديدة تؤدي إلى نهايات غير مرغوبة، خصوصًا إذا كان الفرد يعاني من مرض مزمن أو ضغوطات حياتية أو صراعات، وقد أجريت العديد من الدراسات التي بينت أن الصلابة النفسية تعد صلة وصل بين صحة الفرد الجسمية والنفسية الجيدة (مخيمر ١٩٩٧م).

ترى كل من ماددي وكوبازا (Maddi and Kobasa 1994م) أن الأحداث الضاغطة تؤدي إلى استثارة الجهاز العصبي الذاتي، والضغط المزمن يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق والمرض والكره النفسي وهنا يأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق ويتم ذلك من خلال طرق متعددة، فالصلابة أولاً تعدل من إدراك الأحداث وتجعلها أقل وطأة، ثانياً تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة أو تنقله من حال إلى حال، وثالثاً تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الاجتماعي، ورابعاً وأخيراً تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية مثل: اتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة والتي تقلل وتساهم في مقاومة الإصابة بالأمراض .

كما أن للصلابة النفسية دوراً في دعم عمل متغيرات المقاومة والمتغيرات المساعدة على سلامة الأداء النفسي، كالوراثة الجيدة، التدخين، الزواج، المساندة النفسية والاجتماعية، الدخل المرتفع، الوظيفة، الرعاية الطبية الجيدة، ونظام التأمين، واللياقة والصحة الجسمية، وروح الدعابة والتي تعمل متضامنة للمساعدة في التعامل مع التوتر الناتج عن الضغوط (مخيمر، 2012م). فالصلابة النفسية تعمل على مساعدة الفرد على البقاء والقدرة على التكيف مع متطلبات الحياة والظروف الضاغطة والأمراض مهما كانت شديدة إضافةً لدورها البارز والمهم في تغيير الأفكار اللاعقلانية التي تنتاب الفرد عند تعرضه لاضطراب أو مرض معين وماله من انعكاسات نفسية تؤثر عليه، وفي تقوية عزيمة الفرد ومساعدته على العيش كغيره من الأشخاص السليمين وأن تصبح ردود أفعاله مثلاً للاستحسان (العزام، 2014م)

كما تؤكد دراسة لايتسي (Lightsey 1994م) أن إدراك الفرد بأن لديه مقاومة وصلابة نفسية يساعده على التنبؤ بمدى استمتاعه بالسعادة مستقبلاً.

## ٢-١-٤ خصائص ذوي الصلابة النفسية:

يشير دوغيه وآخرون (Dogaheh, et al 2014م) إلى أن الأشخاص الذين يقاومون الضغط النفسي يجنبون ذواتهم أذى نفسياً محتملاً مع كونهم يتقبلون التوتر ويعتقدون أن مثل هذه الحالات والمواقف ضرورية لتطورهم ونموهم.

ويشير كراولي (Crowley 2003م) إلى أن ذوي الشخصية الصلبة يمتلكون رؤى مختلفة لأنفسهم وللعالم من حولهم ولديهم القدرة على التأثير على بيئتهم بل والقدرة على تحويل المواقف

الضاغطة إلى مواقف مفيدة وإلى جانب ذلك يتمتعون بالالتزام تجاه الأنشطة المختلفة التي يقومون بها وتجاه عملهم ومتطلباته ولديهم إحساس عال بالرضا عن الحياة حيث يقيمون كل حدث يمرون به بطريقة سارة ومبهجة.

أما أبو ندى (٢٠٠٧م) يذكر أن أصحاب الصلابة النفسية المرتفعة لديهم دافعية نحو العمل ويتمتعون بالإنجاز الشخصي ولديهم القدرة على التحمل الاجتماعي غير منهكين ولديهم أعراض نفسية وجسدية قليلة ولديهم نزعة تفاؤلية وهم أكثر توجهاً للحياة.

ومن أهم خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة وجود نظام قيمي وديني لديهم يقيهم من الوقوع في الانحراف أو الأمراض أو الإدمان، الاستفادة من خبرات الفشل، توقع المشكلات والاستعداد لها كما أن صلابتهم النفسية تزداد مع التقدم في العمر فهي في حالة نمو مستمر (مخيمر، ٢٠١٢م).

وبخلاف ذوي الصلابة المرتفعة نجد أن الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة يتصفون بعدم الشعور بوجود هدف أو معنى لحياتهم كما أنهم سلبيون في تفاعلهم مع بيئتهم ويتوقعون التهديد المستمر ويفضلون ثبات الأحداث الحياتية كما أنهم عاجزون عن تحمل الأثر السبيء للأحداث الضاغطة، كما وجد أنهم أكثر عرضة لزيادة أعراض الاكتئاب والاحتراق النفسي بالإضافة إلى الميل لمعدلات قلق مرتفعة (Maddi, 2002).

هذا ويذكر جلالى وأمرقان (Jalali and Amarqan, ٢٠١٥م) أن الأفراد ذوي المستوى المنخفض من الصلابة النفسية يظهرون ردود أفعال عاطفية حادة كالتوتر والقلق تجاه المشكلات الحياتية، وعلى المدى البعيد فإنهم يتلقون قدرًا أكبر من الضغوط النفسية، بينما الأفراد ذوي المستويات المرتفعة من الصلابة النفسية يحافظون على مستوى صحة جيد في التعامل مع نفس الظروف الضاغطة المسببة للأمراض.

إن صفات الصلابة النفسية من الممكن أن تعزى إلى مجموعة من الأفراد مثل العائلات كما تم عزوها للأفراد وبذلك تعمل الصلابة النفسية على تسهيل توافق الأسرة وصلابتها، ويلعب التواصل الجيد والمشاركة الاجتماعية دورًا في تحسين الصحة النفسية والصلابة النفسية لأعضاء الأسرة (Abu Rukba, 2005).



هذا وقد جاءت خصائص ذوي الصلابة النفسية بعد دراسات عديدة في مجال الصلابة النفسية فضلاً على أنه انبثقت من تلك الخصائص أبعاد لقياس الصلابة النفسية استناداً إلى تعريف ومقياس الصلابة الذي طوره كوبازا .

## ٢-١-٢-٥ أبعاد الصلابة النفسية:

إن الأفراد الذين لديهم مستوى عال من الصلابة النفسية لديهم القدرة على إدراك وتحويل المواقف والظروف الضاغطة إلى فرص للنمو والتطور، بالتالي فإن التصرفات الشخصية الكامنة وراء ذلك تكمن في ثلاثة مكونات أو أبعاد هي: الالتزام، التحكم والتحدي والتي تتفاعل معاً بالتآزر لتحفز الفرد مع سلوكيات المواجهة الإيجابية والتي تساعد على إدارة التغيير (Cole, Field and Harris, 2004).

ويمكن وصف هذه الأبعاد كالتالي:

### ١-الالتزام (Commitment)

يعتبر بعد الالتزام من أكثر أبعاد الصلابة النفسية ارتباطاً بالدور الوقائي للصلابة النفسية بوصفها مصدراً لمقاومة مثيرات الضغوط النفسية، وأن غياب هذا البعد يرتبط بالكشف عن الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب (Johnson and Sarson, 1979). وتشير كوبازا Kobasa (١٩٨٢م) إلى أن الالتزام "نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله" (ص ٨).

ويعرف ويبي Wiebe (١٩٩١م) مفهوم الالتزام بوصفه "اعتقاد الفرد بضرورة تبنيه قيماً وأهدافاً محددة تجاه نشاطات الحياة المختلفة وضرورة تحمل المسؤولية تجاه القيم والمبادئ والأهداف مما يشير إلى اتجاه الفرد نحو التعامل مع الأحداث الشاقة برؤيتها كأحداث هادفة وذات معنى وجديرة بالتفاعل معها" (ص ٨٩).

في حين تعرفه هيلين Helen (١٩٩٩م) أنه "الترابط الفعال في العلاقات الاجتماعية بالإضافة إلى جوانب البيئة وأن الشخص ذا الالتزام لا يستسلم بسهولة ويقوم بمواصلة وإنهاء مهامه ولا يتردد في مجابهة الأمور حال الضرورة" (ص ٦).

بينما تشير بولا و مكوي Paula and Mccoy (٢٠٠١م) إلى الالتزام " بأنه الالتزام القوي تجاه النفس وأهدافها" (ص ٩).

هذا وأشار كل من جونسون وسارسون Johnson and Sarson (١٩٧٩م) إلى أن هناك أنواعًا مختلفة فهناك الالتزام الشخصي الذي أطلق عليه بعضهم اسم الالتزام تجاه الذات وهناك الالتزام الاجتماعي والالتزام الأخلاقي والالتزام الديني والقانوني بناء عليه فبعد الالتزام يضم كل من:

- الالتزام الديني: وهو التزام الفرد بما ورد في القرآن والسنة من قيم ومبادئ وقواعد.
- الالتزام الأخلاقي: ويتجلى في تحلي الفرد بصفات خلقية تتناسب مع واقع الحياة الاجتماعية التي يحياها.
- الالتزام الاجتماعي: وهو أن يتحلى الفرد بشعور المسؤولية تجاه مجتمعه وأن يشاركهم في نشاطاتهم برضا وسعادة.
- الالتزام القانوني: وهو أن يتقبل الفرد القوانين الشرعية السائدة في مجتمعه وأن يعمل على الامتثال بها.

وتناولت كوباسا وبوكيتي Kobasa and Puccetti (١٩٨٣م) مكون الالتزام الشخصي أو النفسي بالدراسة ورأت أنه يضم:

- الالتزام تجاه الذات: وعرفته بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته، وتحديد أهدافه، وقيمه الخاصة في الحياة واتجاهاته الإيجابية على نحو يميزه عن الآخرين.
- الالتزام تجاه العمل: وعرفته بأنه اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء بالنسبة له أو للآخرين واعتقاده بضرورة الاندماج في محيط العمل وبكفاءته في إنجاز عمله وضرورة تحمل مسؤوليات العمل والالتزام بنظمه.

ومن خلال ما سبق من تعريفات وأنواع للالتزام يتضح لنا أن الالتزام مفهوم يشمل جوانب متعددة خاصة بالفرد ومعتقداته وقيمه وأهدافه، وبالعمل ومتطلباته، والالتزام خاص بالآخرين واقامة علاقات اجتماعية معهم، ومعرفة حقوقهم وأداء واجباتهم.

## ٢- التحكم (Control):

تعرف كوبازا Kobasa (١٩٨٢م) 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، القدرة على تفسير الأحداث، والقدرة على المواجهة الفعالة للضغوط" (ص ٨).

يشير ويبي Wiebe (١٩٩١م) إلى أن التحكم هو " الاعتقاد بتوقع المواقف الضاغطة ورؤيتها كمواقف شدة يمكن التغلب عليها والتحكم الفعال فيها" (ص ٨٩).

في حين عرفت إيناس سليمان (٢٠٠٨م) التحكم بأنه "قدرة الفرد على السيطرة على أحداث الحياة من خلال المصادر الداخلية والقدرة على اتخاذ القرار المناسب والمواجهة بفاعلية للضغوط اليومية" (ص ١٥).

وتشير زينب راضي (٢٠٠٨م) أن من يتسم بقوة التحكم يكون لديه اعتقاد بأن يمكن أن يتحكم في أحداث حياته وتحمل مسؤولية ذاته من التأثير فيما يحدث حوله فضلاً على أنه يميل للتصرف بطريقة تؤثر في أحداث الحياة بدلاً من الشعور بالعجز عندما تقابله الشدائد والمحن. ويؤكد جلاي و أمرقان Jalali and Amargan (٢٠١٥م) أن اعتقاد الفرد في عدم مقدرته على التحكم يشعره بعدم الجدوى وعدم الفاعلية والعجز والوهن والاغتراب والمشاعر الاكتئابية. وترى عزة الرفاعي (٢٠٠٣م) أن للتحكم أربعة أشكال رئيسية هي:

- القدرة على اتخاذ القرار والاختيار بين البدائل: هذا النوع من التحكم متصل باتخاذ القرار ويحسم طريقة التعامل مع المواقف سواء بتخطيها أو تجنبها أو التعايش معها.

- التحكم المعرفي: يعد أهم صور التحكم التي تقلل من الآثار السلبية للمشقة إذا تم على نحو إيجابي، فهو يعتمد على التحكم في استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة عند التعرض للحدث الضاغط كالتفكير في الموقف والنظر له من عدة أبعاد وإدراكه بطريقة إيجابية ومتفائلة وتفسيره بطريقة منطقية.

- التحكم السلوكي: وهو القدرة على المواجهة العالية وبذل الجهد مع الدافعية للإنجاز من خلال القيام ببعض السلوكيات لتعديل الموقف أو تغييره.

- التحكم الاسترجاعي: ويرتبط بمعتقدات الفرد واتجاهاته السابقة عن الموقف وطبيعته فيؤدي استرجاع الفرد لمثل هذه المعتقدات إلى تكوين انطباع محدد عن الموقف ورؤيته على أنه موقف قابل للسيطرة بمعنى نظرة الفرد للحدث الضاغط ومحاولة إيجاد معنى له في حياته مما قد يؤدي لتخفيف أثر الحدث الضاغط.

يعد التحكم من المتغيرات الشخصية المهمة التي تقي من الآثار النفسية التي تحدثها الأحداث الضاغطة فهو يخفف ويعدل من العلاقة بين الأحداث الضاغطة وأعراض القلق والاكتئاب (Lefcourt, Martin and Saleh, 1984).

### ٣- التحدي (Challenge):

تعرف كوبازا Kobasa (١٩٨٢م) التحدي بأنه "اعتقاد الشخص أن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بفاعلية" (ص ٨).

بينما تشير هيلين Helen (١٩٩٩م) أن التحدي هو "اعتقاد الفرد بأن التغيير شيء طبيعي ومتوقع في الحياة أكثر من كونه شيئاً مقلماً ومخيفاً" (ص ٨).

وتعرفه بولا ومكوي Paula and McCoy (٢٠٠١م) بأنه "الإيمان بأن التغيير حقيقة ينبغي التعامل معها واستثمارها للنمو الشخصي" (ص ٩).

وترى إيناس سليمان (٢٠٠٨م) التحدي بأنه "قدرة الفرد على المقاومة والمثابرة وإدراك الأحداث الحياتية الجديدة والمتغيرة على أنها باعث قوي على تحقيق النمو والتطور الشخصي للفرد وليس باعثاً على تهديد أمن الفرد واستقراره" (ص ١٦).

وهذا البعد هام للحفاظ على صحة الفرد تجاه التغيير والمستويات العالية من التوتر والضغوط، فالأفراد الذين لديهم مستوى عال من التحدي يميلون إلى استقبال المواقف الجديدة واعتبارها فرصة للتعلم 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).

ويشير مخيمر (٢٠١٢م) إلى أن الصلابة النفسية تفيد في كثير من مجالات الحياة كالتخلص من الوزن الزائد ومقاومة الأمراض الجسمية وسرعة الشفاء منها وفي النجاح الدراسي والتغلب على خبرات الفقد والفشل في العلاقات أو الدراسة أو العمل وفي مرحلة المراهقة والشباب للمساعدة في تحقيق الأهداف والهوية من خلال (التحكم والتحدي والالتزام).

ولكي يكون الفرد في حالة صلابة نفسية ولديه الشجاعة والدافعية في التعامل مع الأحداث الحياتية الضاغطة يجب توافر كلاً من الالتزام والتحكم والتحدي وليس من الكافي أن يكون لدى الفرد واحداً منها أو اثنين دون الآخر (Maddi,2006).

## ٢-١-٢-٦ النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

### - نظرية كوبازا (Kobasa,1982)

قدمت كوبازا نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية تناولت خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوماً حديثاً في هذا المجال واحتمالات الإصابة بالأمراض.

اعتمدت هذه النظرية على عدد من الأسس النظرية والتجريبية، تمثلت الأسس النظرية في آراء بعض العلماء أمثال فرانكل وماسلو وروجرز Frank, Maslow, Rogers والتي أشارت إلى وجود هدف للفرد أو معنى لحياته الصعبة يعتمد بالدرجة الأولى على قدرته على استغلال إمكاناته الشخصية والاجتماعية بصورة جيدة.

ويعد نموذج لازاروس Lazarus المعرفي من أهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية حيث أنها نوقشت من خلال ارتباطها بثلاثة عوامل هي (البنية الداخلية للفرد، الأسلوب الإدراكي المعرفي، والشعور بالتهديد والإحباط).

وإن تقييم الفرد لقدراته على نحو سلبي والجزم بضعفها وعدم ملاءمتها للتعامل مع المواقف الصعبة أمر يشعر بالتهديد، وهو ما يعني عند لازورس توقع حدوث الضرر سواء البدني أو النفسي ويؤدي الشعور بالتهديد بدوره إلى الشعور بالإحباط متضمناً الشعور بالخطر أو بالضرر الذي يقرر الفرد وقوعه بالفعل، وترتبط هذه العوامل الثلاثة ببعضها فعلى سبيل المثال: يتوقف الشعور بالتهديد على الأسلوب الإدراكي للمواقف والقدرات ومدى ملاءمتها لتناول الموقف، كما يؤدي الإدراك الإيجابي إلى تضاؤل الشعور بالتهديد، ويؤدي الإدراك السلبي إلى زيادة الشعور بالتهديد ويؤدي أيضاً إلى التقييم لبعض الخصال الشخصية كتقدير الذات.

أي أن تقييم الفرد المعرفي لخصائصه النفسية كالصلابة مثلاً تؤثر في تقييمه المعرفي للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه وصحته النفسية وتقديره لذاته، كما يؤثر أيضا

التقييم المعرفي لخصائص الفرد النفسية في تقييمه لأساليب مواجهة الضغوط (مواجهة المشكلات- الهروب- التجنب- تحمل المسؤولية- البحث عن المساعدة الاجتماعية) (Kobasa,1982).

أما الأساس التجريبي لصياغة النظرية فقد استطاعت كوبازا من خلال اعتمادها على نتائج نظريتها والتي استهدفت الكشف عن المتغيرات النفسية والاجتماعية التي من شأنها مساعدة الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه للمشقة، كما استهدفت معرفة دور المتغيرات في إدراك الضغوط والإصابة بالمرض، وذلك على عينة متباينة الأحجام والنوعيات من شاغلي المناصب الإدارية المتوسطة والعليا ومن المحامين ورجال الأعمال ممن تراوحت أعمارهم بين (٣٢-٦٥) سنة، ثم تم تطبيق عدد من الاختبارات عليهم كاختبار الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لكوبازا، اختبار وايلر للمرض النفسي والجسمي، واختبار هولمز وراهي لأحداث الحياة الشاقة؛ مما جعلها تنتهي إلى عدد من النتائج التي ساعدتها في صياغة الأسس التي اعتمدت عليها في وضع نظريتها ومن أمثلة هذه النتائج ما يلي:

- الكشف عن مصدر إيجابي جديد في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، وهو الصلابة النفسية بأبعادها (الالتزام، التحكم والتحدي).

- يكشف الأفراد الأكثر صلابة عن معدلات أقل للإصابة بالاضطرابات على الرغم من تعرضهم للضغوط الشاقة، وذلك مقارنة بالأفراد الأقل صلابة، وقد يعود ذلك إلى الدور الفعال الذي يقوم به متغير الصلابة في إدراك ضغوط الأحداث الشاقة للحياة وتفسيرها وترتيبها على نحو إيجابي (Kobasa,Maddi,Puccetti and Zola,1985).

هذا وفسرت كوبازا الارتباط القائم بين الصلابة والوقاية من الإصابة بالأمراض من خلال تحديدها للخصال المميزة للأفراد مرتفعي الصلابة و توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من آثار التعرض للأحداث الضاغطة، حيث ترى أن الأفراد الذين يتسمون بالصلابة النفسية يكونون أكثر نشاطاً ومبادأة واقتداراً وقيادة وضبطاً داخلياً، وأكثر صموداً ومقاومة لأعباء الحياة المجهدة، وأشد واقعية وإنجازاً وسيطرة وقدرة على تفسير الأحداث، كما أنهم يجدون أن تجاربهم ممتعة وذات معنى على العكس الأشخاص الأقل صلابة يجدون أنفسهم و البيئة من حولهم لامعنى لها، ويشعرون بالتهديد المستمر والضغط في مواجهة أحداثها المتغيرة، ويعتقدون أن الحياة تكون أفضل عندما تتميز بالثبات في أحداثها أو عندما تخلو من التجديد، فهم سلبيون في تفاعلهم مع البيئة (Kobasa,1979).

وتوصلت كوبازا Kobasa بعد إجرائها سلسلة من الدراسات على ضباط البحرية-الجيش -  
المحامين-المديرين-الطلاب إلى ثلاثة استنتاجات هي:

- أن الأشخاص الأكثر شعورًا بالالتزام (تجاه أنفسهم والآخرين والقيم) هم أكثر صحة نفسية  
من الأشخاص الذين يشعرون بالاغتراب وذلك عند مواجهتهم للضغوط. فالأشخاص الذين  
يشعرون بالالتزام لديهم قيم ويشعرون بالالتزام والمسؤولية تجاه ذواتهم وتجاه الآخرين ولديهم أهداف  
يسعون إلى تحقيقها ويحققونها تحت الضغوط.

- أن الأشخاص الأكثر شعورًا بالتحكم في أحداث حياتهم هم أكثر صحة نفسية من الأشخاص  
الذين يشعرون بالعجز powerless عند مواجهة الأحداث الخارجية. فالأشخاص الذين ترتفع  
لديهم القدرة على التحكم يستطيعون اتخاذ القرارات والاختيار بين البدائل ولديهم القدرة على  
مواجهة الأحداث والتقييم الموضوعي لها ولديهم مهارات المواجهة كما أن لديهم دافعية للإنجاز.  
- أن الأشخاص الذين يشعرون بالتحدي وأن التغيير ضروري للحياة وليس تهديدًا لهم يحتفظون  
بصحتهم الجسمية والنفسية عند مواجهة الضغوط أكثر من الذين يشعرون بالتهديد ويتوقعون  
الخطر كذلك فهم يشعرون بالإيجابية، وينظرون للحياة على أنها مليئة بالخبرات المشوقة كما أنهم  
يسعون إلى التغيير ولديهم القدرة على تحقيق الأهداف (Kobasa and puccetti,1983).

وطرحت كوبازا الافتراض الأساسي لنظريتها، والقائل بأن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة  
يعد أمرًا ضروريًا، بل إنه حتمي لا بد منه لارتقاء الفرد ونضجه الانفعالي والاجتماعي، وأن  
المصادر النفسية والاجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى وتزداد عند التعرض لهذه الأحداث، ومن  
أبرز هذه المصادر الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة الالتزام والتحكم والتحدي، يؤكد على هذا  
أستاذها مادي Maddi الذي يرى أن الإنسان في كل مواقفه يختار الماضي المعروف أو المستقبل  
المجهول، وأن اختيار الإنسان للمستقبل بما يحمله من آمال غير معروفة يصاحبه القلق؛ لأنه مامن  
سبيل للتأكد مما سيحدث عندما يجد الإنسان نفسه في خصم بحر لم يبحر فيه أحد من قبل،  
وهذا القلق لا بد من احتمال له لأن تجنبه يعني ضياع فرصة النمو، أما إذا اختار الإنسان الماضي  
المألوف بتجنبه القلق سقط في الذنب الوجودي لإضاعة فرص النمو و إثراء الحياة  
(Kobasa,1982).

## - نموذج فنك (Funk,1992)

لقد ظهر في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات أحد النماذج التي أعادت النظر في نظرية كوبازا Kobasa وحاول وضع تعديل جديد لها، وهذا النموذج قدمه فنك Funk (1992م) من خلال دراسته التي أجراها بهدف " بحث العلاقة بين الصلابة النفسية والإدراك المعرفي والتعايش الفعال من ناحية، والصحة العقلية من ناحية أخرى، وتوصل فنك من هذه الدراسة إلى نتائج مهمة وهي: ارتباط مكثف بين الالتزام والتحكم فقط بالصحة العقلية الجيدة للأفراد، فارتبط الالتزام جوهرياً بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستخدام استراتيجيات التعايش الفعال خاصة استراتيجية ضبط الانفعال، كما ارتبط بعد التحكم إيجابياً بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف على أنه أقل مشقة، واستخدام استراتيجية حل المشكلات للتعايش.

### ٢-١-٣: الفشل الكلوي

#### ٢-١-٣-١ مفهوم الفشل الكلوي:

جسم الإنسان مصنع بيو كيميائي تحدث فيه عمليات حيوية عدة ينتج عنها مواد صالحة للجسم ومواد أخرى غير صالحة بل سامة إذا ما تراكمت في الجسم وتلعب الكلى دور هام في التخلص من النواتج الضارة التي يجب أن نتخلص منها في أجسامنا وبصفة خاصة المركبات النيتروجينية الناتجة عن تكسير البروتينات مثل اليوريا والتي تخرج عن طريق البول.

ويعد الفشل الكلوي خللاً وظيفياً نتيجة عجز الكلية للقيام بالوظائف الحيوية الأساسية والتي تؤدي إلى إفراز نواتج الأيض بمستويات السوائل أو إبقاء نسبة من الشوارد الكهربائية داخل الجهاز البولي والتي تؤدي بدورها إلى تسمم دموي يسمى بالبولىنا (أبورية، ٢٠٠٢م). وهو السبب الرئيسي لتناقص البول لدى المرضى وكلما ازداد حجم السوائل بجسم المريض كلما ازدادت نسبة البوتاسيوم بالدم وهو بدوره يؤدي إلى ضعف في عضلة القلب، وتشير الدراسات المخبرية أن الفشل الكلوي أو الجزئي لوظائف الكلى عند الإنسان يحدث بسبب عطب أكثر من (٧٥%) من النفرونات العامة بالكلية نتيجة تجمع السموم والفضلات وغالباً ما تلعب الأمراض الوراثية دوراً بارزاً في حدوث الفشل الكلوي مثل الإصابة بضغط الدم والسكري والأمراض المزمنة (McFarlane, Bayoumi, Pierratos and Redalmeier,2013).



## ٢-٣-١-٢ أنواع الفشل الكلوي:

### - الفشل الكلوي الحاد Acute Renal Failure

وهو عبارة عن عطب مفاجئ في وظيفة الكلى فيصاب الجسم بتسمم حاد نتيجة للقصور الحاد في وظيفة الكلى، وعادة ما يكون ناتج عن أسباب لا تكون مرتبطة مباشرة بالكلية مثل الهبوط المفاجئ في الدورة الدموية أو حدوث نزيف داخلي، أو الإصابة بجفاف شديد أو استخدام بعض العقاقير الضارة بالكلية مثل المضادات الحيوية ... الخ (شويخ، ٢٠٠٩م).

وعلى العكس من الفشل الكلوي المزمن فإن الفشل الكلوي الحاد غالبًا ما يحدث بطريقة سريعة ونظرًا لأن الفشل الكلوي الحاد يحدث سريعًا فإن معدلات الوفاة به تعد الأعلى نسبة من حيث تصنيف معدل الوفاة لأمراض الكلى حسب تقرير مركز الولايات المتحدة لأمراض الكلى United States Renal Data System (٢٠٠٥م) ومنظمة الصحة العالمية (W.H.O) (٢٠١٣م).

وتبدأ الأعراض الاكلينيكية للفشل الكلوي الحاد حينما تتجمع كميات كبيرة من السموم تؤدي إلى توقف وظائف الكلى خلال فترة زمنية وجيزة تتراوح ما بين (٢-٦) أيام حيث يشعر المريض بالألم وانسداد مجرى البول وتظهر أعراض الغثيان واختلاف سرعة التنفس والمغص والإسهال وخفقان القلب بشدة والدوخة وعدم القدرة على التركيز والرغبة في النوم المستمر مع تأثيرات على لون البشرة والجلد لدى المريض، مع وهن عام وضعف بالعضلات مما يؤدي إلى ألم بالمنطقة المحيطة بالقلب حيث يؤدي إلى تراكم البوتاسيوم و الفوسفات والكبريتات إلى إضعاف قدرة عضلة القلب على الانقباض وذلك نتيجة ارتفاع نسبة حموضة الدم واختلال عام بنظام التمثيل الغذائي بجسم المريض وفشل الجسم من التخلص من السوائل وتتكون كميات من السوائل على جميع الأنسجة على هيئة ارتشاح يؤثر على الجهاز التنفسي ويؤدي إلى إخفاق الرئتين في أداء وظيفتها وفشل الشعب الهوائية عن العمل ويشعر المريض بالاختناق مما يؤدي إلى الوفاة بشكل أسرع من المعدل الطبيعي (Sayin, Mutluay and Sindel, 2007).

### - الفشل الكلوي المزمن Chronic Renal Failure

هو أن تفقد الكلى وظيفتها تدريجيًا عبر فترة زمنية طويلة ويؤدي ذلك إلى توقف الكلى عن أداء وظيفتها، نتيجة حدوث تلف عدد كبير من الوحدات الكلوية بحيث لا تستطيع بقية

الوحدات الكلوية السليمة القيام بوظيفتها الطبيعية، مما ينتج عنه توقف الكلى نهائيًا عن عملها فيحدث الفشل الكلوي المزمن (شويخ، ٢٠٠٩م).

هذا و قد لا يشعر المريض بالألم بالكليتين في بداية ظهور الأعراض ولكن تظهر على المريض اختلال واضح في نسبة السوائل بالجسم مثل: زيادة السوائل بالساقين أو ارتشاح الرئة والغشاء البلوري المحيط بالرئة واختلال في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم والفسفور والبيكربونات، ويحدث لدى المريض اضطرابات بالنوم، ويشعر بفقدان للشهية واعتلال بالجهاز الهضمي مع ارتفاع في ضغط الدم وعدم انتظام الدورة الدموية وارتخاء عضلة القلب مع الألم الشديد بمنطقة الصدر نتيجة التهاب غشاء تامور المحيط بالقلب، كما تشير الدراسات المخبرية أن خلل هرموني يحدث ويتمثل في اضطراب إفراز الغدة جار الدرقية واختلال في الهرمونات الجنسية وارتفاع في الدهون الثلاثية بالدم ونقص بعض الفيتامينات مثل فيتامين(د) (Lysaght, 2002).

ومن الناحية النفسية يكون المريض مكتئبًا قلقًا ويتسم عادة بالانكسار (الغزالي، ٢٠١٥م).

## ٢-١-٣ أسباب الفشل الكلوي:

هناك أسباب متعددة للفشل الكلوي تؤدي إلى حدوث فشل كلوي حاد يمكن علاجه في كثير من الأحوال وفشل كلوي مزمن يتم علاجه بأجهزة الكلى الصناعية أو زراعة الكلى أو كلاهما وينتج الفشل الكلوي الحاد نتيجة أسباب متعددة منها:

- نقص كمية السوائل بالجسم مثل حالات الجفاف الشديد.
- ضعف ضخ الدم من القلب أو الشرايين إلى الكلية.
- ترسب أملاح البوليك في أنسجة الكلى.
- انسداد المسالك البولية بالحصى أو تضخم البروستاتا.

أما الفشل الكلوي المزمن فأسبابه متعددة منها:

- ارتفاع ضغط الدم لفترات طويلة وبالتالي يؤثر على الكليتين ويؤدي إلى حدوث فشل.
- مضاعفات مرض السكر على الكلى والتهابات الكلى المزمنة سواء كانت ميكروبية أو التهابات نتيجة حدوث خلل في الجهاز المناعي بجسم الانسان.

- سوء استخدام الأدوية مثل: المسكنات والمضادات الحيوية وأدوية الروماتيزم لفترات طويلة بدون استشارة أو الرجوع إلى الطبيب، كما يحدث نتيجة لبعض الأمراض الوراثية مثل مرض البورت، كما أن هناك العديد من الأمراض التي تصيب الإنسان وتؤدي في النهاية إلى بعض المضاعفات في الكلى وأحياناً إلى الفشل الكلوي المزمن مثل أمراض الذئبة الحمراء أو بعض أمراض الروماتيزم والتهابات الأوعية الدموية وغيرها (برسوم، ١٩٩٥م).

## ٢-١-٣-٤ علاج الفشل الكلوي:

يشير المركز الوطني للكلى بالولايات المتحدة الأمريكية National Kidney Foundation

(٢٠٠٢م) أن هناك ثلاث طرق رئيسية لعلاج الفشل الكلوي بشقيه الحاد والمزمن هي:

### ١-العلاج التحفظي:

وهي طريقة يمكن استخدامها مع المرضى الذين لم يصلوا إلى المراحل النهائية للمرض أو أن الأعراض الرئيسية للفشل الكلوي لم تبلغ مراحل الخطورة، ويستخدم مع المرضى نظام غذائي دقيق وصارم بحيث يتم فيه خفض نسبة البروتينات في الوجبات اليومية والحد من كمية الأغذية عالية البوتاسيوم لأن زيادته تؤدي لارتفاع نسبة السوائل حول الرئتان والقلب، كما يتم العناية بالمرضى من خلال الكشف المبكر عن الأمراض المصاحبة للفشل الكلوي مثل: ارتفاع ضغط الدم(الغزالي، ٢٠١٥م).

### ٢-الغسيل البريتوني:

تتم هذه العملية عن طريق حقن المريض من لتر إلى لترين ونصف من محلول الاستصفاة البريتوني داخل تجاويف البطن (الغشاء البريتوني) عن طريق إدخال أنبوب لين في تجويف البريتون تحت مخدر موضعي ويبقى طرفه الآخر خارج البطن مع وجود عدة ثقوب في طرف الأنبوبة داخل البطن ليدخل ويخرج منها المحلول المستخدم في الغسيل ويمكن إجراء هذه الطريقة في المستشفى أو المنزل بعد تدريب المرضى تحت إشراف طبي دقيق لكيفية عملها بشكل يضمن عدم دخول أي ميكروبات في تجويف البطن(Hedayati, Abu Minhajuddin and Rush,2008).

### ٣-الاستصفاة الدموي:

تتم هذه العملية في المراحل الأخيرة للفشل الكلوي حيث يقرر الأطباء ضرورة تصفية دم المريض من خلال أجهزة طبية متطورة يتم إعادة تدوير دم المريض فيها بإحدى الطرق الثلاث

(طريقة فستولا، الوصلة الوريدية الشريانية وطريقة أنبوب تحت الترقوة ) وتتم عملية الاستصفاء الدموي بإخراج دم المريض من جسمه وتقريره عبر جهاز الإنفاذ الذي يقوم بتنقيته ثم يتم إعادته إلى جسم المريض. وجهاز الإنفاذ يحتوي على غشاء رقيق يسمى المنفاذ dialyser الذي يفصل بين الدم وسائل الإنفاذ كما يحتوي على غشاء نصف نفوذ semipermeable والذي يسمح بمرور مواد معينة من الدم إلى سائل الإنفاذ كما أن الجهاز يحتوي على مضخة لضخ الدم في جهاز الإنفاذ ومن ثم إعادته إلى المريض ويحتوي أيضا على مصيدة الفقاعات الموجودة في الدم التي يمكن أن تسبب مضاعفات خطيرة للمريض إذا ما عادت إلى الدورة الدموية. كما يحتوي على عدة أجهزة إنذار للتنبيه إذا ما حدث خطأ ما في دائرة الإنفاذ، ومن ميزات هذه الطريقة كفاءتها العالية في التخلص من السموم المتراكمة في الجسم. ومن عيوبها تكلفتها العالية ووجوب عملها في المستشفى مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعياً في كل مرة يبقى المريض دون حراك لفترة ما بين (٤-٥) ساعات كما أن المريض يشعر بضعف جسدي وجنسي (العويس والحصيني والمسبحي، ٢٠١٥م).

هذا وأشارت نتائج دراسة ميورا وكوتاجمي وأوتا إلى أن غسيل إفرازات الكلى من السموم اليوريا يساعد على الحد من الاكتئاب. (Miura, Kitagami and Ohta,1999).

## ٢-١-٣-٥ الآثار النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي:

لا يعاني المريض من الآلام والصعاب الجسمية والفيزيولوجية نتيجة المرض الذي ألمَّ به، بل يعاني أيضاً من المشكلات والتحديات الاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها بعد مرضه والذي يسبب قصور قابليته ومحدودية قدراته في مواجهة المهام والمسؤوليات المطلوبة منه بحكم مركزه الاجتماعي وأدواره الاجتماعية التي اعتاد على القيام بها والإيفاء بالتزاماتها، حيث يعاني المريض من مشكلات اجتماعية ونفسية ناجمة عن وقوعه في المرض وتعرضه لأخطاره وتهديداته التي لا يمكن التكهن بنتائجها مسبقاً والمشكلات التي يعاني منها المريض هي على النحو الآتي:

— عدم قدرة المريض على إشغال الأدوار الاجتماعية الوظيفية التي تعود على القيام بها والإيفاء بالتزاماتها طيلة فترة حياته:

لو فرضنا بأن المريض قبل وقوعه في المرض كان يشغل عددًا من الأدوار الوظيفية ككونه أبًا لأسرة معينة وموظفًا في دائرة حكومية ... الخ غير أن مرضه لا يساعده على القيام بمثل هذه

الأدوار، الأمر الذي يجعله غير قادر على القيام بمهامه الأسرية كأب، وغير قادر على الدوام في وظيفته كموظف. وعدم قدرة المريض على القيام بمهامه الوظيفية والاجتماعية تجعله يشعر باليأس والقنوط والهبوط النفسي والمعنوي، ومثل هذه الحالة النفسية والمزاجية العصبية التي أصبحت تسيطر على كيانه وأحاسيسه لا تمكنه من مقاومة المرض الذي تعرض له، بل إن المرض سيتكبد مضاعفات عنده ويشل قدرته وقابليته إلى ما لانهاية، لذا تكون الحاجة ماسة لتقوية معنويات المريض وتحسين حالته النفسية ليكون قادرًا على مواجهة المرض والتحرر من سلبياته وضغوطه ومعوقاته.

### **ـ المستقبل المجهول للمريض:**

نتيجة للمرض الذي يعاني منه المريض سيشعر بأن مستقبله ومستقبل أسرته مجهول، فهو لا يعرف ما مصيره وهل سيتكبد المرض مضاعفات عنده قد تقعه عن العمل طيلة فترة حياته، وهل سيتطور المرض عنده بحيث يقضي على حياته وفي حالة وفاته من هو الذي يتحمل مسؤوليات زوجته وأطفاله وأقاربه إن مثل هذه التساؤلات التي تجول في فكر المريض تجعله يشعر بأن مستقبله مجهول وأن مجهولية مستقبله مع تفاقم حالته المرضية وتردي أحواله النفسية إنما تعرضه إلى الحيرة والقلق الدائم والمستمر.

### **ـ ضعف الثقة بالنفس وعدم القدرة على اتخاذ القرار:**

يكون المريض عادة ضعيف الثقة بنفسه وبإمكاناته وقدراته لأنه يحس بالوهن والعجز الجسمي والهبوط النفسي وعدم القدرة على العمل والإنتاج؛ وكل هذه الأمور تجعله غير قادر على اتخاذ أي قرار يتعلق بمستقبله ومستقبل أسرته وأطفاله؛ وشعور المريض بالضعف والعجز والقصور يؤدي إلى اضطراب حالته النفسية وتدهور معنوياته ووقوعه فريسة للمرض وتحدياته التي لا يمكن التكهن بأخطارها على صحة المريض.

### **ـ المشكلات المادية والأسرية:**

من أهم المشكلات التي يواجهها المرضى المشكلات المادية والأسرية؛ حيث يتعرض الكثير من المرضى إلى الانقطاع عن العمل وبالتالي انقطاع مصادر الرزق عنهم وعن أسرهم معًا مما يعرض أسرة المريض والمريض نفسه إلى الفقر والحاجة المادية، وانقطاع مصادر الرزق عن المريض

وأسرته يقلق المريض ويسبب له الأزمات النفسية التي تقود إلى عدم استقراره وسوء تكيفه لدوره الجديد (المريض) (الدريشي، ٢٠١٥م).

فالمريض لا يؤثر على المريض فقط ولكنه يمتد ليؤثر في المحيطين بالفرد، ويعتبر الفشل الكلوي مشكلة نفسية واجتماعية تهدد الفرد والمجتمع وتتمثل آثاره في تغير نظرة المريض إلى نفسه وفي طريقة استجابته النفسية للمواقف المختلفة، وتغيرات في الحالة الاقتصادية متصلة بتكاليف العلاج وما يترتب عليه، وأخرى متصلة بالعمل وعدد ساعاته؛ إضافة إلى ما يطرأ على المريض من تغير في القيام بمهام الحياة اليومية وعلى علاقته بالآخرين خصوصاً أفراد أسرته وما يرتبط بذلك من ازدياد في الاعتماد على الآخرين والميل إلى العزلة، هذا إلى جانب ما يفرضه المرض على المريض من قيود في السفر والتنقل ونوعية التغذية (البوعينين، ٢٠١٢).

ولمساعدة مرضى الفشل الكلوي ومنع أو تخفيف المعاناة وتحسين الجودة النوعية لحياة المرضى وأفراد أسرهم الذين يشاركونهم المعاناة يذكر الشهري (٢٠٠٧م) أن الرعاية التلطيفية تعطي المرضى بما فيهم الذين يعانون من الفشل الكلوي فرصة للعيش بأكثر أريحية، وتقدم لتخفيف الأعراض المؤلمة بما في ذلك (ضيق التنفس، التعب، الإمساك، الغثيان، الشهية، مشاكل في النوم) كما أنها تساعد على التعامل مع الآثار الجانبية اللاطيفية فضلاً على أنها تخفض نسبة الاكتئاب، ويمكن تعريفها بشكل مبسط بأنها نوع فريد من الرعاية الشاملة التي تعنى بالجوانب الجسدية والنفسية والروحية والاجتماعية بشكل متكامل للذين يعانون من أمراض مزمنة مصحوبة بأعراض جسدية ونفسية مختلفة ويقوم بها عدد من المتخصصين في مجالات شتى يعملون كفريق واحد للوصول إلى الهدف المنشود ويتكون الفريق من الأطباء والمرضى والمختصين في المجالات الاجتماعية والشرعية والنفسية والتغذية وغيرها من التخصصات الأخرى.

## ٢-٢: الدراسات السابقة:

ستعرض الباحثة في هذا الفصل أهم الدراسات التي تناولت الاكتئاب والصلابة النفسية والعلاقة بينهما، وسيتم تقديم الدراسات من الأقدم للأحدث، ثم التعليق عليها في ضوء الهدف منها، والمنهج والعينة، والأدوات المستخدمة فيها.

وقد قسمت الباحثة الدراسات السابقة إلى المحاور التالية:

٢-٢-١- دراسات تناولت الاكتئاب.

٢-٢-٢- دراسات تناولت الصلابة النفسية.

٢-٢-٣- دراسات تناولت العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية.

وسوف يتم عرض نماذج لكل محور من المحاور فيما يلي:

٢-٢-١- دراسات تناولت الاكتئاب:

قام اللحياني (١٩٩٦م) بدراسة للكشف عن العلاقة بين مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى ومريضات الفشل الكلوي بمنطقة مكة المكرمة مستخدمًا مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس قلق الموت وقد كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة احصائيًا في مستوى الاكتئاب بين مرضى الفشل الكلوي المزمن والعاديين لصالح المرضى، وبين الذكور والإناث لصالح الإناث، كما بينت الدراسة أن مستوى الاكتئاب لدى مرضى ومريضات الفشل الكلوي لم يتأثر باختلاف أعمارهم، أو مستوياتهم التعليمية أو حالاتهم الاجتماعية.

بينما باتل Patel (٢٠٠٢م) قام بدراسة المتغيرات النفسية والاجتماعية وجودة الحياة والمعتقدات الدينية لدى مرضى الفشل الكلوي الذين يتم علاجهم بالغسيل الدموي؛ وطبقت على عينة تكونت من (٥٣) مريض؛ وتم استخدام قائمة بيك للاكتئاب، واستبيان آثار المرض، والمقياس متعدد الأبعاد للدعم الاجتماعي المدرك، ودرجات استبيان (ماكجيل) عن جودة الحياة (McGill Quality of life Questionnaire)، ومقياس كارنوفسكي للحالة العامة (Karnofsky performance Status Scale)؛ وأوضحت نتائج الدراسة حصول الذكور على درجات أعلى في الاكتئاب مقارنة بالإناث، وارتبط ازدياد إدراك الجوانب الروحانية والدينية بازدياد إدراك الدعم الاجتماعي وجودة الحياة وإدراك سلبى أقل لآثار المرض والاكتئاب.

وهدف دراسة أجراها العنزي (٢٠٠٩م) إلى الكشف عن الاكتئاب لدى مرضى السكري والأصحاء من الراشدين ومعرفة الفروق بينهما حيث تكونت عينة الدراسة من (٣١٣) فردًا (١٤٩) مريضًا و(١٦٤) من الأصحاء؛ واستخدمت هذه الدراسة مقياس بيك للاكتئاب؛ وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لكل من مرضى السكري والأصحاء وذلك لصالح مرضى السكري، كما أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية

في الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي لدى مرضى السكري، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي لدى عينة من الأصحاء بينما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تعزى لمتغير العمر لديهم.

كما أجرت ريم أبو فايد (٢٠١٠م) دراسة للتعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف درجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي مُستخدمة المنهج شبه التجريبي في دراستها التي أجريت على (٣٠) سيدة تم تقسيمهن إلى عينة تجريبية تلقت جلسات البرنامج الإرشادي وعينة ضابطة لم تتلق البرنامج الإرشادي، وقد طبق على المجموعتين مقياس بيك للاكتئاب وذلك قبل وبعد تطبيق البرنامج لمعرفة الفروق الإحصائية بين العينتين وتم تطبيق المقياس بعد شهر من انتهاء البرنامج وذلك لمعرفة مدى استمرارية تأثير البرنامج على العينة التجريبية، وللاستزادة قامت بعمل دراسة حالة على إحدى المريضات من العينة وذلك لمعرفة مدى استمرارية تأثير البرنامج وزيادة في موثوقية النتائج، وتم استخدام اختبار مان ويتني لعينتين مستقلتين واختبار ويلكوكسون للعينات المترابطة، وقد أظهرت النتائج صحة فروض الدراسة مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي التي اتسمت بالاستمرارية.

هذا وهدفت دراسة المهداوي (٢٠١٠م) إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين معنى الحياة والمساندة الاجتماعية وتوكيد الذات وبعض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى المصابين في الحوادث المرورية بمنطقة مكة المكرمة عددهم (٦٤) مصابًا وتراوحت أعمارهم بين (١٣-٥١) سنة؛ واستخدم الباحث مقياس معنى الحياة، ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس توكيد الذات، ومقياس بيك للقلق ومقياس بيك للاكتئاب؛ وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة إحصائية بين معنى الحياة والمساندة الاجتماعية مع بعض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب)، وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الاكتئاب في معنى الحياة والمساندة الاجتماعية وتوكيد الذات لصالح منخفضي الاكتئاب، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة حول كل من معنى الحياة والمساندة الاجتماعية وتوكيد الذات والاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) تبعًا لمتغير العمر والحالة الاجتماعية.



وأشار ريكاردو Ricardo (٢٠١٠م) في دراسته حول علاقة الاكتئاب بأمراض الكلى إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين الإصابة بالفشل الكلوي والاكتئاب لدى عينة الدراسة من الفئة العمرية بين (٢٥-٥٠) سنة، كما أظهرت الدراسة إلى أنه هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين انخفاض متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس فعالية الذات وظهور الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الفشل الكلوي من الراشدين، كما أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين الأفكار الانتحارية لدى المرضى الخاضعين للغسيل الاستشفاء الدموي في المراحل المتقدمة وذلك تبعًا لتقدم السن، حيث أشار الباحث أنه كلما تقدم عمر المرضى كلما ازداد الشعور بالاكتئاب والشعور بالفراغ الروحي وارتفع قلق الموت لدى المرضى.

كما هدفت دراسة شن وآخرون Chen,et al (٢٠١٠م) إلى الكشف عن العوامل الديموغرافية والنفسية المرتبطة بالاكتئاب لدى مرضى غسيل الكلى والتعرف على طبيعة العلاقات بين القلق والاكتئاب، والإعياء والصحة السيئة وعلاقتها بنوعية الحياة، وزيادة خطر التفكير الانتحاري؛ وذلك على عينة مكونة من (٢٠٠) مريض بالفشل الكلوي في مرحله الأخيرة المتقدمة بلغت أعمارهم (١٨) سنة فأكثر؛ وطبق عليهم مقياس للقلق ومقياس للاكتئاب، ومقياس الصحة ومقياس نوعية الحياة؛ وأوضحت النتائج أن من بين الـ (٢٠٠) مريض (٧٠) منهم أي (٣٥,٠%) يعانون من أعراض الاكتئاب، و(٤٣) منهم أي (٢١,٥%) كان يفكر في الانتحار في الشهر السابق. وكان الاكتئاب يرتبط بشكل كبير مع انخفاض مؤشر كتلة الجسم (MPI) وعدد من الأمراض الجسدية المرضية، كما توصلت الدراسة إلى أن مستويات القلق والتعب أعلى لدى المرضى المكتئبين وأن افتقار جودة الحياة والتفكير الانتحاري أكثر شيوعًا بينهم، وكشفت النتائج عن وجود تأثير مباشر للاكتئاب والقلق على التفكير الانتحاري.

هذا وتحدّد هدف دراسة ميرفت الجوهر (٢٠١١م) في استكشاف العلاقة بين الاكتئاب ووجهة الضبط لدى المترددين على العيادة النفسية من الجنسين في ضوء عدد من المتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية) لدى عينة مكونة من (٣٢٩) ذكور وإناث؛ وتم الاعتماد على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن؛ وطبق مقياس بيك للاكتئاب ومقياس وجهة الضبط؛ وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة موجبة بين الاكتئاب ووجهة الضبط لدى المترددين على العيادات النفسية من الجنسين، وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب بين الذكور والإناث والفروق في اتجاه الإناث، كما أظهرت

النتائج عدم وجود فروق في متوسط درجات الاكتئاب ترجع إلى متغير العمر لدى عينة الذكور، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ضوء متغير المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب ترجع إلى السن والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية عند الإناث.

وهدفت دراسة ستودزنسكا وكوسلاك Studzinska and Koslak (٢٠١١م) إلى مقارنة أعراض الاكتئاب بين مرضى الكلى الذين يعانون من نهاية مرحلة المرض الكلوي وبين مرضى الرعاية الصحية الأولية وتكونت عينة الدراسة من (٣١٣) مريضاً بالفشل الكلوي النهائي و(٢٠٠) مريض بأمراض أخرى من مرضى الرعاية الصحية الأولية؛ وطبقت عليهم قائمة بيك للاكتئاب؛ وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي النهائي عن مرضى الرعاية الصحية الأولية.

كما هدفت دراسة كسكين وانجين Keskin and Engin (٢٠١١م) إلى تقييم الاكتئاب والتصوير الانتحاري وأساليب مواجهة الضغوط بين مرضى الفشل الكلوي؛ وتم استخدام المنهج الوصفي وذلك على عينة مكونة من (٩٢) مريض بالفشل الكلوي المزمن تراوحت أعمارهم بين (١٩-٦٥) سنة؛ وطبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب، مقياس التصوير الانتحاري، وقائمة أساليب مواجهة الضغوط؛ وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن (٤٠,٢%) من المرضى حصلوا على درجات مرتفعة في قائمة بيك للاكتئاب كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين الاكتئاب والتصوير الانتحاري لدى مرضى الفشل الكلوي، كما أظهرت الدراسة أن الاكتئاب والتصوير الانتحاري يزداد بين مرضى الفشل الكلوي الذين لديهم مستوى منخفض من التعليم.

وأشار بايكن و يارجيك Baykan and Yargic (٢٠١٢م) في دراستهما حول الاكتئاب والقلق وجودة الحياة واستراتيجيات مواجهة الضغوط بين مرضى الفشل الكلوي؛ وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين الإصابة بالفشل الكلوي والتشخيص والتنبؤ بوجود الاكتئاب والقلق، كما أظهرت النتائج أن الاكتئاب يمثل الدرجة الأولى من حيث عدد المصابين به من مرضى الفشل الكلوي ثم القلق يليه انخفاض استراتيجيات مواجهة الضغوط لديهم، كما ظهر أيضاً أن المرضى المتزوجين أظهروا أعراضاً اكتئابيه أكثر وضوحاً من الغير متزوجين لكلا الجنسين، في حين لم تظهر الدراسة أن للمستوى الاجتماعي والاقتصادي أثراً في انخفاض الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الفشل الكلوي.

وتناولت جومانة المطيري (٢٠١٣م) الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي وهدفت في دراستها إلى معرفة الفروق بدرجة الاكتئاب بين المصابات بسرطان الثدي باختلاف مدة الإصابة ونوع المعالجة المستخدمة؛ واستخدمت المنهج الوصفي؛ وطبقت مقياس مستشفى الاكتئاب إعداد الدليم وآخرون (١٩٩٣م) على عينة مكونة من (١٠٥) مصابة بسرطان الثدي أعمارهن ما بين (٢٥-٤٥) سنة؛ وأظهرت النتائج أن درجة الاكتئاب لدى المصابات في الفترة الزمنية (يوم-٣ أشهر) أعلى منها لدى المصابات في الفترة الزمنية (٣ أشهر-١٢ شهراً)، كما أن درجة الاكتئاب لدى المعالجات كيميائياً أعلى منها لدى المعالجات إشعاعياً وجراحياً.

وفي دراسة قامت بها مها العنزي (٢٠١٣م) تناولت فاعلية برنامج إرشادي باللعب لتخفيف مستوى الاكتئاب لدى أطفال مرضى الفشل الكلوي بمدينة الملك عبد العزيز للحرس الوطني بمدينة الرياض؛ واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي في دراستها؛ وتم تطبيق مقياس الاكتئاب للأطفال وبرنامج العلاج باللعب؛ وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من الأطفال المصابين بالفشل الكلوي على مقياس الاكتئاب، وأن البرنامج الإرشادي المقترح ساهم في تخفيف مستوى حدة الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال بعد التدخل العلاجي النفسي باستخدام فنيات اللعب.

وأشار هيماتي وعلي دوستي Hemate and Alidosti (٢٠١٣م) في دراستهما حول العلاقة بين الاكتئاب وأمراض التسمم الوعائي البكتيري للدم لمرضى الفشل الكلوي بإيران؛ حيث وجدت الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الفشل الكلوي وارتفاع درجات عينة الدراسة من الإيرانيين على مستوى الاكتئاب، كما أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين انخفاض المستوى التعليمي وتقدم العمر والإصابة بالأعراض الاكتئابية مبكراً، كما أشارت نتائج الدراسة أن العاملين مع مرضى الفشل الكلوي ليس لديهم القدرة على تخفيف حدة الأعراض الاكتئابية لعدم معرفتهم بالأمراض النفسية والعقلية.

وتناولت فاطمة القحطاني (٢٠١٤م) أساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة أبها على عينة تكونت من (١٠٨) مريضاً منهم (٥٤) ذكور و(٥٤) إناث؛ وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي؛ وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس أساليب مواجهة الضغوط؛ وكشفت نتائج الدراسة وجود علاقة بين الاكتئاب وأساليب مواجهة الضغوط وهي: (أسلوب إعادة التقييم الإيجابي ، وأسلوب اللجوء إلى الله،

وأسلوب البحث عن المساعدة والمعلومات وأسلوب التنفيس الانفعالي)، وعدم وجود فروق دالة احصائيًا في مستوى الاكتئاب تبعًا لمتغير (الجنس، العمر، مدة العلاج، والمستوى الاقتصادي) بينما توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى الاكتئاب تبعًا لمتغير (الحالة الاجتماعية).

وفي دراسة قام بها المشوّح (٢٠١٥م) هدفت إلى معرفة العلاقة بين فعالية الذات والاكتئاب لدى المصابين بالفشل الكلوي في مدينة الرياض ولتحقيق هذا الهدف استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي؛ وتكونت العينة من (٢٨٧) مريض ومريضة تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٥٠) سنة فما فوق؛ واستخدم مقياس فعالية الذات، ومقياس بيك للاكتئاب؛ وأظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين فعالية الذات والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي وبينت أن ارتفاع درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس فعالية الذات والذي يشير إلى انخفاض الفعالية الذاتية يرتبط طرديًا وبدلالة إحصائية مع ارتفاع درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب، كما أشارت النتائج إلى أن هناك ارتباط بين التقدم في العمر وظهور الاكتئاب، وبوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاكتئاب لصالح المستويات التعليمية المنخفضة، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية.

بينما هدفت دراسة وهيبه شرقي(٢٠١٥م) إلى الكشف عن علاقة الاضطرابات النفسعصبية بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان على عينة تكونت من (٨٠) مصاب بمرض السرطان؛ واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي؛ أما فيما يخص المقاييس المستخدمة فكانت مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال (MOCA)، مقياس التدين إعداد رمضان(٢٠١٤م)، ومقياس بيك للاكتئاب؛ وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود بعض الاضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان، و وجود نسبة كبيرة من مرضى السرطان تعاني من اكتئاب متوسط، كما بينت النتائج عدم وجود علاقة بين كل من الاضطرابات النفسعصبية التي يقيسها الاختبار المتبنى في الدراسة وكل من الاكتئاب والتدين، وعدم وجود علاقة بين كل من الاكتئاب والتدين.

وتحدد هدف دراسة الشمري(٢٠١٧م) في التعرف على فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب الاكلينيكي لمرضى مستشفى الصحة النفسية بحجر الباطن وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) مريضًا تم تقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى تجريبية وقوامها (١٠) مرضى، والثانية ضابطة وقوامها (١٠) مرضى، ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب؛ واختار

الباحث المنهج شبه التجريبي في دراسته؛ وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب الاكينيكي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، وأن البرنامج المعرفي السلوكي يساهم في خفض الاكتئاب.

## ٢-٢-٢-٢-دراسات تناولت الصلابة النفسية:

أجرى شيرد وكاشاني Shepperd and Kashani (١٩٩١م) دراسة في نيجيريا هدفت إلى معرفة تأثير الصلابة النفسية في إدراك الفرد لحالته الصحية لدى مجموعة من المصابين بأنواع مختلفة من الأمراض الجسمية وتأثير الصلابة باختلاف الجنس؛ حيث تكونت العينة من (٧٥) من الذكور و (٧٥) من الإناث؛ وتم استخدام مقياس للضغوط لاختبار ما إذا كانت الصلابة ومكوناتها تتفاعل مع الضغوط في عملية التأثير على صحة الفرد الجسمية؛ و أظهرت النتائج وجود اختلاف في مستوى الصلابة النفسية باختلاف الجنس لصالح الذكور، ودلت النتائج أن أبعاد الصلابة النفسية لم تتفاعل مع الضغوط في عملية التنبؤ بالصحة لدى الإناث.

وهدف دراسة جيرسون Gerson (١٩٩٨م) إلى توضيح العلاقة بين الصلابة النفسية ومهارة المواجهة والضغوط بين طلبة الدراسات العليا؛ وبلغت عينة الدراسة (١٠١) طالبًا من قسم علم النفس من كلية مدستون للخريجين؛ واستخدم الباحث استبانة المواجهة (CRT) واستبانة الضغوط اليومية (DSI) ومقياس الصلابة النفسية؛ وتوصلت الدراسة إلى أن الطلاب الذين حصلوا على درجات عالية كانوا يستخدمون مهارات أكثر فاعلية وتأثيرًا من الذين حصلوا على درجات صلابة منخفضة، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة سالبة بين الصلابة والضغوط. وقامت جيهان حمزة (٢٠٠٢م) بدراسة هدفت إلى التعرف على تفاعل متغيرات النوع والصلابة النفسية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية في تأثيرها على التعايش وإدراك المشقة؛ وأجريت الدراسة على عينة بلغت (٣٢١) ممرضًا منهم (١٦١) من الذكور، و(١٦٠) من الإناث تقع أعمارهم في الفئة العمرية من (٢٣-٣٤) سنة؛ واستخدمت مقياس للصلابة النفسية من إعدادها؛ وأسفرت الدراسة عن وجود أثر دال إيجابي مستقل من المساندة الاجتماعية، وتقدير الذات والصلابة النفسية في تقليل الإدراك السلبي للمشقة والضغوط النفسية الناتجة عن مهنة التمريض، وكذلك يوجد أثر مستقل وتفاعلي من النوع والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات لإدراك المشقة المهنية على نحو إيجابي خاصة بين الصلابة والمساندة.

وفي دراسة قام بها عبد الصمد (٢٠٠٢م) تناول فيها العلاقة بين الصلابة النفسية والوعي الديني ومعنى الحياة لدى عينة من طلاب الدبلوم بكلية التربية وكانت عينة الدراسة مكونة من (٢٨٤) طالبًا وطالبة؛ وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي؛ ومقياس للصلابة النفسية من إعدادة؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أبعاد الصلابة النفسية والوعي الديني وبين الصلابة النفسية ومعنى الحياة، كما أسفرت الدراسة عن وجود فرق دال احصائيًا بين متوسطات درجات الطلاب والطالبات في بعدي التحكم والالتزام لصالح الطلاب، وعدم وجود فروق دالة احصائيًا بين متوسط درجات الذكور والإناث في بعد التحدي من أبعاد الصلابة النفسية، كما بينت الدراسة أن الشعور بمعنى الحياة والوعي الديني من أهم العوامل المؤثرة والأكثر فاعلية وإسهامًا في أبعاد الصلابة النفسية الثلاث.

وقامت عزة الرفاعي (٢٠٠٣م) بدراسة تناولت الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها؛ وتكونت عينة الدراسة من (٣٢١) طالبًا وطالبة منهم (١٦١) من الذكور، و(١٦٠) من الإناث ومن تتراوح أعمارهم ما بين (١٩-٢٦) سنة؛ وتم تطبيق مقياس الصلابة النفسية، ومقياس إدراك أحداث الحياة الضاغطة، ومقياس أساليب المواجهة؛ وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في الصلابة النفسية، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين الصلابة النفسية وكل من إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب المواجهة الأكثر فعالية.

وهدفت دراسة راز و سولمون Raz and Solomon (٢٠٠٦م) إلى فحص إسهامات الصلابة النفسية والتقييم المعرفي في التوافق النفسي لدى مرضى السرطان؛ وذلك على عينة قوامها (٣٠٠) من المرضى منهم (١١٨) ذكور و(١٨٢) إناث تتراوح أعمارهم بين (٢٥-٦٠) سنة؛ باستخدام الأدوات التالية: مقياس التقييم المعرفي للصحة، مقياس الصلابة النفسية لكوبازا؛ وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الصلابة النفسية أسهمت بقدر كبير من التباين الكلي في الشعور بالوجود الأفضل وتدني المحن النفسية، كما أظهرت أيضًا فروقًا بين الجنسين لصالح الذكور وأدت إلى التوافق مع المرض.

وفي دراسة أجراها المشعان (٢٠١٠م) هدفت إلى فحص العلاقة بين الصلابة النفسية بالشكاوى البدنية والعصابية؛ وتكونت عينة الدراسة من (٣٧٣) طالب وطالبة؛ وتم تطبيق مقياس يونكن وبتز Younkon and Betz (١٩٩٦م) للصلابة النفسية؛ وأشارت النتائج إلى

عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في الصلابة النفسية بينما أوضحت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في العصابية والشكاوى البدنية وذلك لصالح الإناث وكما أسفرت النتائج بأنه توجد علاقة سالبة بين الصلابة النفسية والعصابية، وتوجد علاقة موجبة بين العصابية والشكاوى البدنية.

وأجرت هويدة محمود (٢٠١٢م) دراسة بعنوان الصلابة النفسية وإدارة الذات وعلاقتها بالصحة النفسية والنجاح الأكاديمي لدى طلاب الدبلوم المهني بكلية التربية؛ واشتملت على (١٨٨) طالبا وطالبة؛ وطبقت مقياس إدارة الذات، ومقياس الصحة النفسية وأعدت مقياس لقياس الصلابة النفسية؛ وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين الصلابة النفسية وإدارة الذات وكل من الصحة النفسية والنجاح الأكاديمي، كما أشارت النتائج بأنه يمكن التنبؤ بالصحة النفسية من خلال الصلابة النفسية وإدارة الذات، كما توجد فروق دالة إحصائيًا في كل من الصلابة النفسية وإدارة الذات بين الذكور والإناث لصالح الذكور، وبين المتزوجين وغير المتزوجين لصالح المتزوجين.

وتناول موسالانجاد و كولاوي وجمالي Mosalanejad, Koolaee and Jamali (٢٠١٢م) فعالية الإرشاد السلوكي المعرفي لتنمية الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى النساء المصابات بالعقم واللائي يتلقين علاج للمساعدة على الإنجاب؛ استخدم الباحثين مقياس الصلابة النفسية من إعداد أهواز Ahwaz وتم تطبيق المقياس القبلي للمجموعة التجريبية والتي تكونت من (١٥) سيدة والمجموعة الضابطة وتكونت من (١٦) سيدة وتلقت المجموعة التجريبية (١٥) جلسة من الإرشاد المعرفي السلوكي، وبعد تطبيق المقاييس البعدية تمت مقارنة المجموعتين وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متوسط درجات الصلابة النفسية لصالح المجموعة التجريبية، ولم تختلف متوسط درجات أساليب المواجهة للمجموعتين.

وأجرى الشمري (٢٠١٤م) دراسة بعنوان الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية على عينة إكلينيكية في مستشفى الملك خالد بمحافظة حفر الباطن تكونت من (١٨٦) فردًا؛ أما عن منهج الدراسة وأدواتها فقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي؛ واستخدم الاستبانة كأداة لجمع البيانات والمعلومات ومقياس مخيم لقياس الصلابة النفسية؛ وكانت أهم نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية

بين (الضغوط النفسية) و(الصلابة النفسية ، الالتزام ، التحكم)، ووجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين (الضغوط النفسية) و (التحدي) حيث يتضح أنه كلما زادت الضغوط النفسية على المرضى السيكوسوماتيين كلما زاد مستوى التحدي لديهم، كما أظهرت عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والصلابة النفسية بأبعادها المختلفة لمستويات الاضطراب السيكوسوماتي الخفيفة، ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والصلابة النفسية بأبعادها المختلفة لمستويات الاضطراب السيكوسوماتي الشديد، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات أفراد الدراسة باختلاف متغير العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية.

بينما قامت نورة الدامر (٢٠١٤م) بدراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض على عينة مكونة من (٦٠) مريضة من المصابات بالسرطان؛ وقد بلغ عدد المستأصلات للثدي (٣٠) مستأصلة، بينما بلغ عدد المعالجات (٣٠) معالجة؛ وتم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس مخيمر للصلابة النفسية؛ وكان المنهج الوصفي الارتباطي هو المنهج المستخدم في الدراسة والتي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى كلاً من المستأصلات والمتعالمات من سرطان الثدي؛ توجد فروق جوهرية بين المعالجات والمستأصلات في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لصالح المتعالمات؛ ولا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات أبعاد الصلابة والمساندة الاجتماعية لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، الحالة الصحية والحالة المزاجية؛ وبالنسبة للدرجة الكلية للصلابة النفسية وبعد الالتزام يتضح أن الفروق جاءت بين مفردات عينة الدراسة لصالح ذوات الأعمار الأصغر سناً.

وهدفت دراسة نور الهدى ظهراوي (٢٠١٥م) إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بتقبل العلاج لدى المصاب بداء السكري وكذلك التعرف على مستوى الصلابة النفسية لدى المصاب بداء السكري؛ تكونت عينة الدراسة من (٦٠) فرداً يعانون من مرض السكري؛ واستخدمت الدراسة مقياس مخيمر للصلابة النفسية واستبيان تقبل العلاج المعد من قبل الباحثة؛ وأظهرت النتائج أنه لا توجد علاقة بين الصلابة النفسية وتقبل العلاج لدى مرضى السكري وأن المصابين بداء السكري يتمتعون بصلابة نفسية مرتفعة.



وتناولت منيرة آل حمود (٢٠١٥م) الصلابة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات والرضا الوظيفي لدى السجناء؛ وأجريت الدراسة على عينة تكونت من (١١١) سجاناً؛ واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي؛ كما استخدمت مقياس الصلابة النفسية إعداد العتيبي (٢٠١٤م)، ومقياس تقدير الذات إعداد الدريني وآخرون (٢٠٠٧م)، ومقياس الرضا الوظيفي إعداد المطيري (٢٠١٠م)؛ وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الرضا الوظيفي والصلابة النفسية بأبعادها الثلاث، وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين تقدير الذات والصلابة النفسية بأبعادها الثلاث، عدم وجود فروق دالة إحصائية لكل من تقدير الذات والصلابة النفسية بأبعادها الثلاث والرضا الوظيفي تبعاً لمتغير العمر، المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية.

وتحدد هدف دراسة نوار وزكري (٢٠١٦م) في التعرف على الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري؛ وتألفت عينة الدراسة من (٢٠٥) مصاب بمرض السكري؛ واستخدمت الدراسة مقياس مخيمر للصلابة النفسية ومقياس السلوك الصحي المعد من قبل الباحثات؛ وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري على حسب مدة المرض، بينما كانت الفروق غير دالة احصائياً في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير الجنس.

### ٢-٢-٣ دراسات تناولت العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية:

قام هول و تريرن و فايرنيلي Hull, Treuren and Virnelli (١٩٨٧م) بدراسة تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية وتقدير الذات والاكتئاب والاتجاهات نحو الذات؛ وأجريت الدراسة على عينة بلغت (١٣٨) فرداً؛ وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية والاكتئاب، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية وتقدير الذات الإيجابي، كما بينت الدراسة أن الأفراد الأقل صلابة يكونون أكثر نقدًا لذواتهم وأكثر شعورًا بالفشل. أجرى مخيمر (١٩٩٧م) دراسة بعنوان التعرف على أثر الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرين من متغيرات المقاومة والوقاية من آثار الأحداث الضاغطة خاصة الاكتئاب؛ والتي استهدفت عمّا إذا كانت الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دورًا وسيطاً في العلاقة بين ضغوط الحياة والاكتئاب؛ وأجريت الدراسة على عينة بلغت (١٧١) طالبًا جامعيًا

بواقع (٧٥) من الذكور و(٩٦) من الإناث تقع في الفئة العمرية من (١٩-٢٤) سنة؛ وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أحداث الحياة الضاغطة والاكتئاب؛ وأيضاً تعمل الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية على التخفيف من حدة الضغوط وترتبط الصحة النفسية والجسمية للفرد بالصلابة النفسية لديه؛ كما توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية والاكتئاب؛ كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث في الصلابة النفسية والضغوط النفسية لصالح الذكور، بينما لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في الاكتئاب.

وهدفت دراسة مادي وبرو وفيتكس و كوشابا Maddi,Brow,Vaitkus and Koshaba (٢٠٠٦م) إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية والتدين وأثر ذلك على الإصابة بالاكتئاب والغضب؛ وذلك على عينة قوامها (٦٠) مشاركاً من العاملين بالكلية الحربية بينسلفانيا يتراوح أعمارهم بين(٣٨-٥٢)عام؛ باستخدام الأدوات التالية: مؤشر جامعة دوك للتدين ، ومسح النظرات الشخصية، واختبار CES-DC للاكتئاب، وقائمة التعبير عن الغضب كحالة وسمة؛ وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن كلاً من الصلابة النفسية والتدين ذات طبيعة روحية أكثر منها مادية فالطبيعة الروحية للتدين كانت بارزة وكانت تدفع الفرد إلى التفكير في المعاني المجردة، كما توصلت إلى وجود علاقة بين الصلابة والتدين، كما ارتبطت الصلابة إيجابياً بأسلوب المواجهة والمساندة الاجتماعية وسلبيًا بالغضب والاكتئاب.

كما قام كل من جرين ووادس وقرانت ورينسارد Green, Oades,Grant and Rynsaard (٢٠٠٧م) بدراسة تناولت الصلابة النفسية والشعور بالأمل باعتبارها سمات إيجابية وعلاقتها بالاكتئاب؛ وقد تكونت عينة الدراسة من (٥٦) طالبة؛ وتم تطبيق مقياس الصلابة النفسية ومقياس الشعور بالأمل ومقياس للاكتئاب؛ وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من الصلابة النفسية والشعور بالأمل لدى عينة الدراسة، كما أظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والاكتئاب.

هدفت دراسة سيّد(٢٠١٢م) إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة؛ وأجريت الدراسة على عينة قدرها(٤١٢) طالباً منهم(٢٠١) من المتضررين من السيول و(٢١١) من غير المتضررين؛ وتم استخدام مقياس مخيمر للصلابة النفسية، مقياس

المساندة الاجتماعية إعداد الباحث ومقياس الاكتئاب إعداد الدليم وآخرون (١٩٩٣م)؛ وتوصلت نتيجة الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول على مقياس الصلابة النفسية وبين درجاتهم على مقياس الاكتئاب.

أجرى المريني (٢٠١٢م) دراسة بعنوان الصلابة النفسية وأساليب مواجهة الضغوط الحياتية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة الليبيين؛ واستخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي؛ وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من طلبة وطالبات العلوم الإنسانية ومجموعة من طلبة وطالبات العلوم التطبيقية؛ واستخدم الباحث مقياس الصلابة النفسية واستبيان أحداث الحياة الضاغطة للشباب الجامعي، استبيان أساليب مواجهة أحداث الحياة واختبار حالة وسمة القلق للكبار ومقياس الاكتئاب (د)؛ وكشفت نتائج الدراسة عن أنه يوجد درجة من الصلابة النفسية لدى طلاب الجامعة الليبيين مع وجود درجة من الضغوط الحياتية، وتوجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والضغوط الحياتية لدى طلاب الجامعة الليبيين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة الطلبة على كل من مقياس الصلابة والضغوط الحياتية والقلق والاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس والسنة الدراسية.

أما دراسة مقدادي والإبراهيم (٢٠١٤م) تناولت الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن؛ لدى عينة تكونت من (١٤٠) منهم (٦٧) مُسن و(٧٣) مُسنّة؛ ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثين مقياس حجازي وأبو غالي (٢٠١٠م) للصلابة النفسية ومقياس الرضا عن الحياة ومقياس الاكتئاب؛ وأظهرت النتائج أن مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة منخفض وأن مستوى الاكتئاب مرتفع، وإلى وجود علاقة إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة، كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين والمسنات وذلك لصالح المسنين على مقياس الصلابة النفسية.

وهدف دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة والضغوط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني؛ ولتحقيق هذه الأهداف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي والمقارن)؛ وتكونت عينة الدراسة من (٣٣١) مريض تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٦٠ سنة)؛ واستخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية، مقياس الاكتئاب (PHQ-9)

إعداد كرونك وسبيتزر وويليامز (٢٠٠١م) ترجمة وتقنين الباحثة، واستخدام مقياس الصلابة النفسية من إعداد الباحثة؛ وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والصلابة النفسية والضغط النفسية، ووجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية بأبعادها والاكتئاب لدى مرضى السكري، ووجود فروق في الاكتئاب تبعاً لمتغير النوع لصالح الإناث، وفي الحالة الاجتماعية لصالح غير المتزوجين، أما الفروق في الصلابة النفسية كانت لصالح الذكور والمتزوجين، وبالنسبة لمتغير العمر فقد كانت الفروق دالة إحصائياً في الصلابة النفسية والاكتئاب لصالح المرضى من ذوات الفئات العمرية المنخفضة، بينما لا توجد فروق في الاكتئاب والصلابة النفسية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

## ٢-٣ التعليق على الدراسات السابقة:

### من حيث الموضوع

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة تبين أن هناك بعض الدراسات التي اهتمت بموضوع الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي في الدول العربية والأجنبية؛ حيث تمت دراسة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي في دراسة اللحياني (١٩٩٦م)، وباتل Patel (٢٠٠٢م)، وريم أبو فايد (٢٠١٠م)، وريكاردو Ricardo (٢٠١٠م)، وشن وآخرون Chen, et al (٢٠١٠م)، و ستودزنسكا وكوسلاك Studzinska and Koslak (٢٠١١م)، وكسكين وانجين Keskin and Engin (٢٠١١م)، و بايكن ويارجيك Baykan and Yargic (٢٠١٢م)، و مها العنزي (٢٠١٣م) و هيماتي وعلي دوستي Himate and Alidosti (٢٠١٣م)، وفاطمة القحطاني (٢٠١٤م)، والمشوح (٢٠١٥م).

وبالنسبة للدراسات التي تناولت الصلابة النفسية فلم تحصل الباحثة على حد علمها على بحث مستقل ومباشر يربط بين الصلابة النفسية والفشل الكلوي إلا أن بعض الدراسات اهتمت بموضوع الصلابة النفسية لدى المصابين بالأمراض المزمنة، حيث تمت دراسة الصلابة النفسية وتأثيرها في إدراك الفرد لحالته الصحية لدى المصابين بأنواع مختلفة من الأمراض الجسمية في شيبيرد وكاشاني Shepperd and Kashani (١٩٩١م)، ودراسة راز وسولمون Raz and Solomon (٢٠٠٦م) والتي هدفت إلى فحص إسهامات الصلابة النفسية والتقييم المعرفي في التوافق النفسي لدى مرضى السرطان، و دراسة نورة الدامر (٢٠١٤م) التي تناولت العلاقة بين

الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي، ودراسة ظهراوي (٢٠١٥م) التي كانت تهدف إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بتقبل العلاج لدى المصاب بداء السكري، ودراسة نوار و زكري (٢٠١٦م) التي تناولت الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، ودراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة والضغط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

### من حيث العينة:

تكونت عينة معظم الدراسات التي تناولت الاكتئاب من مرضى الفشل الكلوي من ذلك دراسة اللحياني (١٩٩٦م)، باتل Patel (٢٠٠٢م)، ريم أبو فايد (٢٠١٠م)، ريكاردو Ricardo (٢٠١٠م)، شن وآخرون Chen et al (٢٠١٠م)، ستودزنسكا وكوسلاك Studzinska and Koslak (٢٠١١م)، كسكسن وانجين Keskin and Engin (٢٠١١م)، بايكن ويارجيك Baykan and Yargic (٢٠١٢م)، مها العنزي (٢٠١٣م)، هيماتي وعلي دوستي Hemate and Alidosti (٢٠١٣م)، فاطمة القحطاني (٢٠١٤م)، المشوح (٢٠١٥م). بينما كانت دراسة جمانة المطيري (٢٠١٣م)، و وهيبة شرقي (٢٠١٥م) لدى مرضى السرطان، أما العنزي (٢٠٠٩م) تناول في دراسته الاكتئاب عند مرضى السكري، وكانت دراسة المهداوي (٢٠١٠م) لدى المصابين في الحوادث المرورية بمنطقة مكة المكرمة، في حين كانت دراسة ميرفت الجوهري (٢٠١١م) لدى عينة من المترددين على العيادة النفسية، هذا وتناول الشمري (٢٠١٧م) الاكتئاب لدى مرضى مستشفى الصحة النفسية بحفر الباطن.

أما عينة بعض الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية فقد تكونت من المصابين بالأمراض الجسمية والمزمنة من ذلك دراسة شيبيرد وكاشاني Shepperd and Kashani (١٩٩١م) والذي تناول في دراسته الصلابة النفسية لدى مجموعة من المصابين بأنواع مختلفة من الأمراض الجسمية، ودراسة راز وسولمون Raz and Solomon (٢٠٠٦م) والتي كانت لدى مرضى السرطان، و لدى عينة من المصابات بالعمم كما في دراسة موسالانجاد وكولاي وجمالي Mosalanjad, Koolae and Jamali (٢٠١٢م)، وفي دراسة نورة الدامر (٢٠١٤م) كانت لدى المصابات بسرطان الثدي ، وتناول كلاً من ظهراوي (٢٠١٥م) ونوار وزكري (٢٠١٦م) الصلابة النفسية لدى مرضى السكري، بينما أجريت بعض الدراسات على عينة من الطلاب والطالبات من ذلك دراسة

جيرسون Jerson (١٩٩٨م)، وعبدالصمد (٢٠٠٢م)، عزة الرفاعي (٢٠٠٣م)، والمشعان (٢٠١٠م)، وهويدة محمود (٢٠١٢م)، أما جيهان حمزة (٢٠١٢م) كانت لدى عينة من الممرضين والممرضات، وكانت لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية في دراسة الشمري (٢٠١٤م)، وتناولت دراسة منيرة آل حمود (٢٠١٥م) الصلابة النفسية لدى السجّانات. وفيما يتعلق بالدراسات التي تناولت الاكتئاب والصلابة النفسية فمعظمها كانت لدى عينة من الطلاب والطالبات من ذلك دراسة مخيمر (١٩٩٧م)، وجرين ووادسوقرانت ورينسارد Green, Oades, Grant and Rynsard (٢٠٠٧م)، وسيد (٢٠١٢م)، والمريمي (٢٠١٢م)؛ وفي دراسة مادي وبرو وفيتكس و كوشابا Maddi, Brow, Vaitkus and Koshaba (٢٠٠٦م) كانت لدى العاملين بالكلية الحربية بنسلفانيا، ولدى عينة من المسنين والمسنات كما في دراسة مقدادي والإبراهيم (٢٠١٤م)، بينما الدراسة التي اشتملت على عينة من المرضى هي التي قامت بها ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي تناولت الاكتئاب وعلاقته بالصلابة والضغط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني بمستشفيات مدينة الرياض.

### من حيث المنهج:

تنوعت مناهج الدراسة التي اعتمدت في الدراسات السابقة من قبل الباحثين، إلا أن معظم الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي متفقين بذلك مع الدراسة الحالية ماعدا الدراسة التي قامت بها كلاً من ريم أبو فايد (٢٠١٠م)، والشمري (٢٠١٧م) فقد تم فيها استخدام المنهج شبه التجريبي، أما مها العنزي (٢٠١٣م) فقد اختارت استخدام المنهج التجريبي في دراستها.

### من حيث الأدوات:

استخدم معظم الباحثين والذين تناولوا الاكتئاب في دراستهم قائمة بيك للاكتئاب متفقين في ذلك مع الدراسة الحالية، بينما استخدم كلاً من سيد (٢٠١٢م) وجومانة المطيري (٢٠١٣م) مقياس الاكتئاب إعداد الدليم وآخرون (١٩٩٣م)، وكان اختبار CES-DC هو المستخدم في دراسة مادي وبرو وفيتكس وكوشابا Maddi, Brow, Vaitkus and Koshaba (٢٠٠٦م)، واستخدمت ربا التويجري (٢٠١٨م) مقياس PHQ-9 للاكتئاب.

هذا وتنوعت المقاييس التي استخدمها الباحثين في دراستهم للصلابة النفسية فاستخدم بعض الباحثين مقاييس من إعدادهم من ذلك جيهان حمزة(٢٠٠٢م)، عبدالصمد(٢٠٠٢م)، هويدة محمود(٢٠١٢م)، ربا التويجري(٢٠١٨م)، في حين استخدم الباحثين في دراسة موسالانجاد وكولاي وجمالي Mosalanjad, Koolae and Jamali (٢٠١٢م) مقياس الصلابة النفسية من إعداد أهواز AHWAZ، أما المشعان(٢٠١٠م) فقد استخدم مقياس يونكن وبتز Younkin and betz (١٩٩٦م)، واستخدم مقدادي والابراهيم(٢٠١٤م) مقياس حجازي وأبو غالي(٢٠١٠م)، بينما منيرة آل حمود(٢٠١٥م) استخدمت مقياس الصلابة النفسية من إعداد العتيبي(٢٠١٤م)، هذا واتفقت دراسة سيد(٢٠١٢م)، والشمري(٢٠١٤م)، ونورة الدامر(٢٠١٤م)، و الظهرراوي(٢٠١٥م)، و نوار وزكري(٢٠١٦م) في اعتمادها على مقياس مخيمر (٢٠١٢م) للصلابة النفسية .

### من حيث النتائج:

اختلفت النتائج التي توصلت لها الدراسات السابقة وكانت على النحو التالي:  
حيث اتضح من نتائج الدراسات وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الاكتئاب والصلابة النفسية وتمثل ذلك في دراسة هول وترين وفايرنيلي Hull, Treuren and Virnelli (١٩٨٧م)، ومخيمر(١٩٩٧م)، ومادي وبروفيتكس و كوشابا Maddi, Brow, Vaitkus and Koshaba (٢٠٠٦م)، وجرين ووادس وقرانت ورينسارد Green, Oades, Grant and Rynsard (٢٠٠٧م)، و ربا التويجري(٢٠١٨م) في حين لم تكن هناك علاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية في الدراسة التي أجراها سيد(٢٠١٢م).  
أما نتائج الدراسات المتعلقة بالاكتئاب فتشير إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث كما في دراسة اللحيني(١٩٩٦م)، ميرفت الجوهر(٢٠١١م)، ربا التويجري(٢٠١٨م)، بينما كانت الفروق دالة احصائياً في دراسة باتل Patel(٢٠٠٢م) لصالح الذكور، في حين كانت نتيجة دراسة كلاً من مخيمر(١٩٩٧م)، والعنزي(٢٠٠٩م)، وفاطمة القحطاني(٢٠١٤م)، والمشوح(٢٠١٥م) تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس؛ وبالنسبة لنتائج الدراسات التي تناولت متغير العمر

فقد اتفقت دراسة كلاً من ريكاردو Ricardo (٢٠١٠م) وهيماتي وعلي دوستي Himate and Alidosti (٢٠١٣م)، والمشوح (٢٠١٥م) على وجود فروق ذات دلالة احصائية في الاكتئاب لصالح أفراد العينة من ذوي الفئات العمرية المتقدمة ، بينما كانت نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة، في حين أشارت نتيجة دراسة كلاً من اللحياني (١٩٩٦م)، والعنزي (٢٠٠٩م)، والمهداوي (٢٠١٠م)، وفاطمة القحطاني (٢٠١٤م) إلى عدم وجود فروق في الاكتئاب تبعاً لمتغير العمر؛ وبالنسبة لنتائج الدراسات التي تناولت متغير المستوى التعليمي فقد أشارت نتيجة دراسة كسكين وانجين Keskin and Engin (٢٠١١م) إلى أن الاكتئاب يزداد لدى الذين لديهم مستوى منخفض في التعليم واتفقت معها نتيجة دراسة كلاً من هيماتي وعلي دوستي Himate and Alidosti (٢٠١٣م)، والمشوح (٢٠١٥م)؛ أما عن نتائج الدراسات التي تناولت متغير الحالة الاجتماعية فقد أشارت نتيجة دراسة كل من ميرفت الجوهري (٢٠١١م)، وفاطمة القحطاني (٢٠١٤م) إلى وجود فروق دالة احصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وأشارت نتيجة دراسة بايكن ويارجيك Bayka and Yargic (٢٠١٢م) إلى أن الفروق كانت لصالح المتزوجين، بينما كانت الفروق لصالح غير المتزوجين في دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م).

أما نتائج الدراسات المتعلقة بالصلافة النفسية فتشير إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور كما في دراسة شيبيرد وكاشاني Shepperd and Kashani (١٩٩١م)، مخيمر (١٩٩٧م)، راز وسولمون Raz and Solomon (٢٠٠٦م)، هويده محمود (٢٠١٢م)، مقداوي والإبراهيم (٢٠١٤م)، وربا التويجري (٢٠١٨م)، في حين كانت نتيجة دراسة كلاً من عزة الرفاعي (٢٠٠٣م)، والمشعان (٢٠١٠م)، ونوار وزكري (٢٠١٦م) تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الصلافة النفسية تبعاً لمتغير الجنس. وبالنسبة للدراسات التي تناولت متغير العمر فقد أشارت نتيجة دراسة نورة الدامر (٢٠١٤م)، وربا التويجري (٢٠١٨م) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلافة النفسية لصالح أفراد العينة من ذوي الفئات العمرية المنخفضة، في حين اتفقت دراسة كلاً من الشمري (٢٠١٤م)، منيرة آل حمود (٢٠١٥م) على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الصلافة النفسية تعزى لمتغير العمر؛ وبالنسبة لنتائج الدراسات التي تناولت متغير المستوى التعليمي فقد اتفقت دراسة كلاً من الشمري (٢٠١٤م)،



نورة الدامر(٢٠١٤م)، منيرة آل حمود(٢٠١٥م)، ربا التويجري(٢٠١٨م) على عدم وجود فروق في الصلابة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي؛ أما عن نتائج الدراسات التي تناولت متغير الحالة الاجتماعية فقد أشارت نتيجة دراسة هويدة محمود(٢٠١٢م)، و ربا التويجري(٢٠١٨م) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لصالح المتزوجين، في حين كانت نتيجة دراسة الشمري(٢٠١٤م)، ومنيرة آل حمود(٢٠١٥م) تشير إلى عدم وجود فروق في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

## ٢-٤ ما تفرد به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة تشابه واختلاف الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية اتضح انفراد الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بعدة أمور هي:

- ١- تفرد الدراسة الحالية بأنها تدرس العلاقة بين متغيري الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي.
- ٢- طبقت هذه الدراسة على عينة من مرضى الفشل الكلوي بالمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في مدينة الرياض.
- ٣- تناولت الاكتئاب وقارنت بين أبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب الجسدي، الجانب المعرفي- الوجداني) لدى مرضى الفشل الكلوي.
- ٤- هدفت إلى التعرف على إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

## ٢-٥ أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

استفادت الباحثة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة في إثراء الإطار النظري والتعرف على منهجيتها، واختيار الأدوات، وكيفية تحديد حجم العينة.

## ٢-٦ فروض الدراسة:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكتئاب الصورة الثانية BDI-II تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس-العمر- المستوى التعليمي-الحالة الاجتماعية).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس-العمر-المستوى التعليمي- الحالة الاجتماعية).
- يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

الفصل الثالث  
منهجية الدراسة وإجراءاتها

## الفصل الثالث

### منهج الدراسة وإجراءاتها

يتضمن هذا الفصل منهجية الدراسة وإجراءاتها، وتناولت الباحثة فيه منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة وخصائصها، وأدوات الدراسة والتحقق من صدقها وثباتها، وإجراءات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من تساؤلات الدراسة وفروضها.

#### ٣-١ منهج الدراسة:

بما أن البحث الحالي يهدف إلى دراسة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، وفي ضوء أهداف الدراسة وفروضها استخدمت الباحثة (المنهج الوصفي) بشقية (الارتباطي/المقارن) " وهو ذلك النوع من أساليب البحث الذي يمكن بواسطته معرفة ما إذا كان هناك ثمة علاقة بين متغيرين أو أكثر، ومن ثمة معرفة درجة تلك العلاقة". (العساف، ٢٠٠٣م). فالمنهج الوصفي الارتباطي لمعرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية، أما المنهج الوصفي المقارن لتحديد الفروق ومعرفة دلالتها الإحصائية بين الاكتئاب والصلابة النفسية تبعا لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

#### ٣-٢ مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى الفشل الكلوي الذين يتلقون خدمات الغسيل الكلوي والعلاج عن طريق التنقية الدموية بالمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمدينة الرياض (مركز الملك سلمان لأمراض الكلى، مدينة الملك سعود الطبية، مستشفى الملك سلمان بن عبد العزيز، مدينة الملك فهد الطبية)، حيث بلغ مجموعهم (٥٩٢) (المركز السعودي لزراعة الأعضاء، ٢٠١٧م).

#### ٣-٣ عينة الدراسة:

بناء على المعايير التي حددها مورجان Morgan (١٩٧٠م) لتحديد حجم العينة تكوّنت عينة الدراسة من (٢٣٥) من مرضى الفشل الكلوي والذين يتلقون خدمات الغسيل الكلوي والعلاج عن طريق التنقية الدموية، وقد تم اختيارهم بالطريقة العمدية (القصدية) التي تناسب طبيعة مجتمع الدراسة.

### ٣-٣-١ خصائص أفراد عينة الدراسة:

يتصف أفراد الدراسة بعدد من الخصائص الديموغرافية تتمثل في: الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وذلك على النحو التالي:

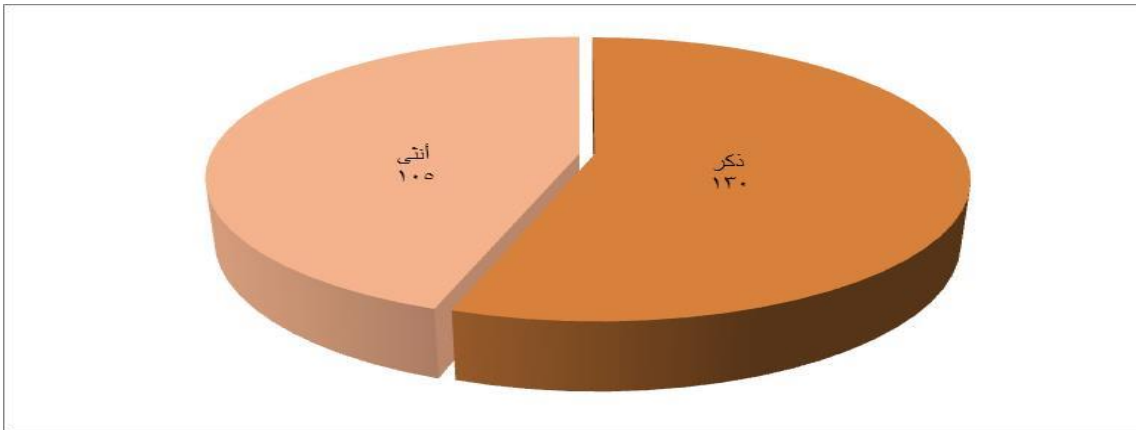
### ٣-٣-١-١ الجنس

جدول (٣-١) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الجنس (ن=٢٣٥)

النسبة المئوية	التكرارات	
٥٥,٣%	١٣٠	ذكر
٤٤,٧%	١٠٥	أنثى
١٠٠,٠%	٢٣٥	الإجمالي

يوضح الجدول (٣-١) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الجنس، حيث أن هناك (١٣٠) من أفراد الدراسة بنسبة (٥٥,٣%) من الذكور، في حين أن هناك (١٠٥) من أفراد الدراسة بنسبة (٤٤,٧%) من الإناث.

شكل (٣-١) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الجنس



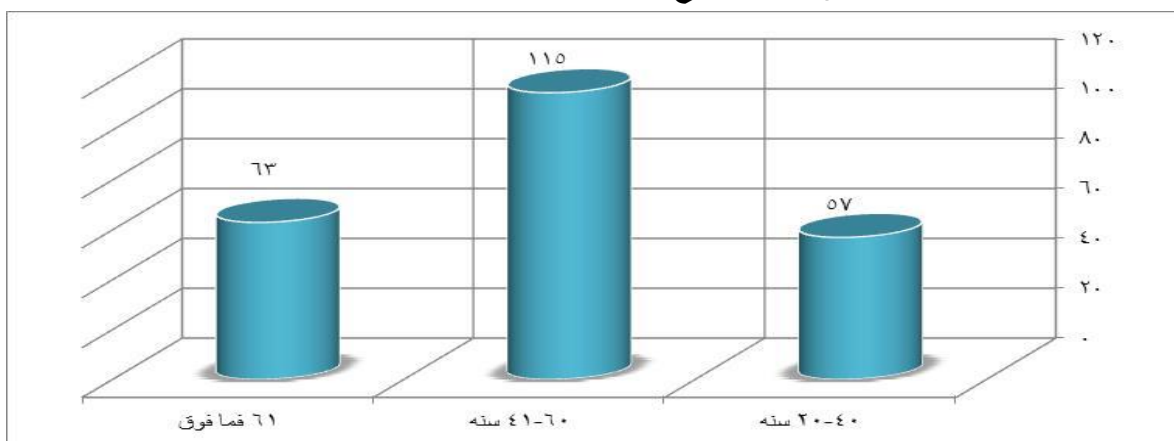
### ٣-٣-١-٢ العمر

جدول (٣-٢) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير العمر (ن=٢٣٥)

النسبة المئوية	التكرارات	
٢٤,٣%	٥٧	٢٠-٤٠ سنة
٤٨,٩%	١١٥	٤١-٦٠ سنة
٢٦,٨%	٦٣	٦١ فما فوق
١٠٠,٠%	٢٣٥	الإجمالي

يتضح من خلال الجدول (٢-٣) أن ما يقارب من نصف أفراد الدراسة عمرهم يتراوح ما بين (٤١-٦٠) سنة بتكرار (١١٥) مريض/ة ونسبة (٤٨,٩%)، كما أن هناك (٦٣) من أفراد الدراسة بنسبة (٢٦,٨%) عمرهم (٦١) سنة فما فوق، وهناك (٥٧) من أفراد الدراسة بنسبة (٢٤,٣%) عمرهم ما بين (٢٠-٤٠) سنة.

شكل (٢-٣) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير العمر



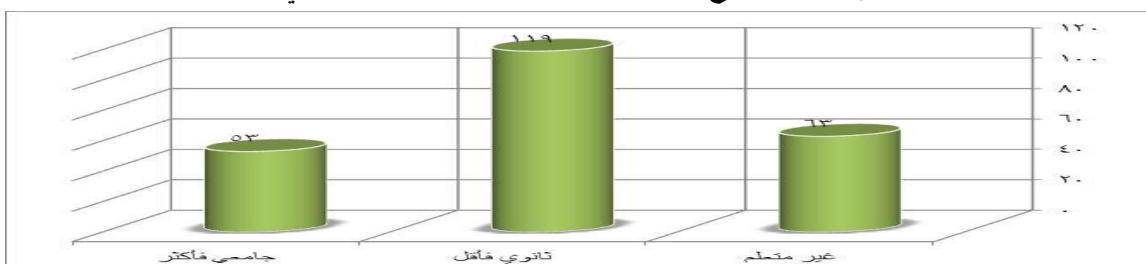
### ٣-١-٣-٣ المستوى التعليمي

جدول (٣-٣) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

النسبة المئوية	التكرارات	
٢٦,٨%	٦٣	غير متعلم
٥٠,٦%	١١٩	ثانوي فأقل
٢٢,٦%	٥٣	جامعي فأكثر
١٠٠,٠%	٢٣٥	الإجمالي

يوضح الجدول (٣-٣) أن هناك (١١٩) من أفراد الدراسة بنسبة (٥٠,٦%) مستواهم التعليمي ثانوي فأقل، في حين أن هناك (٦٣) من أفراد الدراسة بنسبة (٢٦,٨%) مستواهم التعليمي غير متعلمين، وهناك (٥٣) من أفراد الدراسة بنسبة (٢٢,٦%) مستواهم التعليمي جامعي فأكثر.

شكل (٣-٣) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي



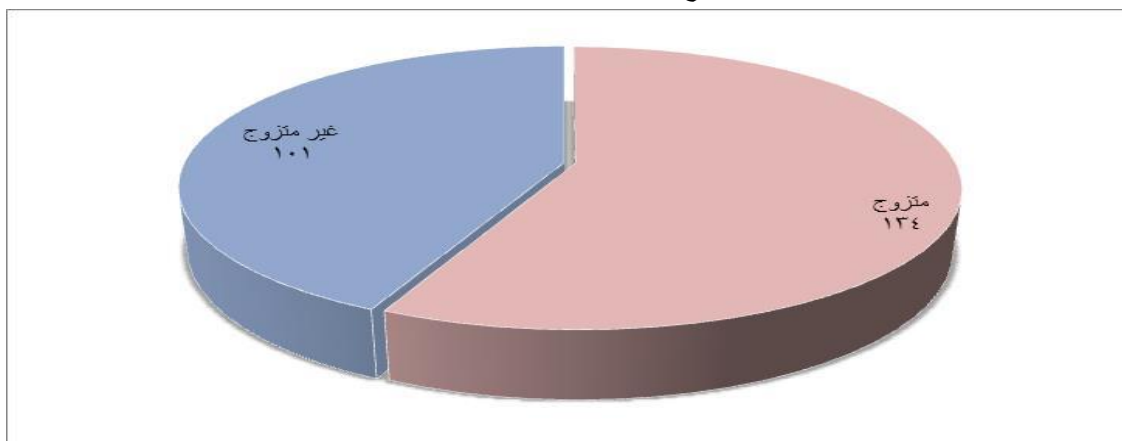
### ٣-٣-١-٤ الحالة الاجتماعية

جدول (٣-٤) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية (ن=٢٣٥)

النسبة المئوية	التكرارات	
% ٥٧,٠	١٣٤	متزوج
% ٤٣,٠	١٠١	غير متزوج
% ١٠٠,٠	٢٣٥	الإجمالي

يتضح من خلال الجدول (٣-٤) أن ما يزيد على نصف أفراد الدراسة من المتزوجين بتكرار (١٣٤) مريضة/ة وبنسبة (٥٧,٠%)، في حين أن هناك (١٠١) من أفراد الدراسة بنسبة (٤٣,٠%) غير متزوجين.

شكل (٣-٤) توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية



### ٣-٤ أدوات الدراسة:

بناء على طبيعة البيانات المراد جمعها، وعلى المنهج المتبع في البحث، والتحقق من صحة فروض الدراسة، استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

#### ٣-٤-١ استمارة البيانات الأولية

تحتوي استمارة البيانات الأولية على المتغيرات الديموغرافية التي تتناسب مع الدراسة وهي: (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

#### ٣-٤-٢ مقياس بيك للاكتئاب:

#### ٣-٤-٢-١ وصف المقياس

يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس النفسية شيوعاً واستخداماً في الوطن العربي سواء على العينات الإكلينيكية أو العينات غير الإكلينيكية، وقام بإعداده الطبيب النفسي الأمريكي ارون

بيك E.Beak حيث نشر صورته الأولى عام (١٩٦١م)، ثم ظهرت النسخة الثانية للمقياس والتي يرمز لها اختصارًا بالرمز BDII-II عام (١٩٩٦م)، وقد قام ارون بيك بتعديل العديد من بنود المقياس في صورته الثانية بما يتفق مع البنود التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الرابع DSM-IV، وهو يحتوي على (٢١) بند ويندرج تحت كل منها أربع عبارات تصف الأعراض الاكتئابية من حيث شدتها، حيث تم ترتيب العبارات في كل بند على المقياس من (صفر-٣)، وقام بترجمة بنود مقياس بيك الثاني للاكتئاب وتعليماته إلى اللغة العربية غريب (٢٠٠٠م).

والأعراض التي يقيسها مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II هي: (١) الحزن (٢) التشاؤم (٣) الفشل السابق (٤) فقدان الاستمتاع (٥) مشاعر الإثم (٦) مشاعر العقاب (٧) عدم حب الذات (٨) نقد الذات (٩) الأفكار أو الرغبات الانتحارية (١٠) البكاء (١١) التهيج والاستشارة (١٢) فقدان الاهتمام (١٣) التردد (١٤) انعدام القيمة (١٥) فقدان الطاقة (١٦) تغيرات في نمط النوم (١٧) القابلية للغضب أو الانزعاج (١٨) تغيرات في الشهية (١٩) صعوبة التركيز (٢٠) الإرهاق أو الإجهاد (٢١) فقدان الاهتمام بالجنس، أما العبارة رقم (٢١) والتي تقيس فقدان الاهتمام بالجنس حسب المواصفات السيكموتريية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب عند معرّب المقياس غريب (٢٠٠٠م) والمعتمد في هذه الدراسة غير دالة فتم استبعادها، وكانت العبارات مقسمة على محورين كما أوضحت نتائج التحليل العاملي، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٣-٤)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٣-٤) توزيع أبعاد مقياس بيك للاكتئاب

م	الأبعاد	العبارات	عدد العبارات
١	البعد المعرفي - الوجداني	١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩-١٠-١١-١٢ ١٣-١٤-١٥-١٩	١٦
٢	البعد الجسدي	٩-١٤-١٥-١٦-١٧-١٨-١٩-٢٠	٨

ويعد مقياس بيك للاكتئاب أداة لتقييم شدة الاكتئاب للمراهقين والبالغين بدءًا من سن (١٣) عامًا، ويستغرق تطبيق المقياس ما بين (١٠-١٥) دقيقة، أما بالنسبة لطريقة التصحيح فقد سبقت الإشارة إلى أن القائمة تتكون من (٢١) مجموعة أعراض، ويتكون كل عرض من أربعة عبارات ماعدا المجموعتين اللتين تقيسان تغيرات في نمط النوم وتغيرات في الشهية فإنهما



تتكونان من سبع عبارات لكل مجموعة تقيس العرض بطريقة متدرجة من لا وجود للعرض إلى وجود بدرجة مرتفعة. وبالتالي توجد أربع درجات في مقابل ذلك متدرجة من صفر (لا وجود للعرض) إلى ثلاثة درجات (العرض موجود بدرجة مرتفعة)، وتنص التعليمات على أنه عند الإجابة على القائمة يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي يختارها من العبارات الأربعة سواء (صفر أو ١ أو ٢ أو ٣) بحيث تكون العبارة التي يختارها تصف بطريقة أفضل حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك اليوم الذي يجب فيه عن العبارة. ويقوم الباحث بجمع الأرقام الواحد والعشرين التي وضع عليها المفحوص دوائر، فيحصل على الدرجة الخام لكل مفحوص. وبهذا تتراوح درجة كل مفحوص نظرياً بين (صفر لا يوجد اكتئاب) و (٦٣ أقصى درجات الاكتئاب).

### ٣-٤-٢ الخصائص السيكومترية لمقياس بيك للاكتئاب بالدراسة الأصلية:

#### أ- الثبات:

أكد الباحثون أن مقياس BDI-II يتمتع بدرجة عالية من الثبات يفوق في ذلك سابقه الصورة الأولى المعدلة BDI-IA ففي دراسة بيك وستير وبراون Beck, Steer and Brown (١٩٩٦م) وصل معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفواصل زمني أسبوع على عينة من المرضى النفسيين قوامها (٢٦) فرداً إلى (٠,٩٣) وهو معامل دال عند مستوى (٠,٠٠١) وبالنسبة لدراسات الثبات بواسطة معامل ألفا فكان معامل ثبات المقياس بواسطة معامل ألفا لعينة من المرضى النفسيين قوامها (٥٠٠) فرداً مقداره (٠,٩٢) بينما كان هذا المعامل لعينة تكونت من (١٢٠) من طلاب الجامعة (٠,٩٣).

وقام معرب المقياس غريب (٢٠٠٠م). باستخدام طريقتين لحساب ثبات المقياس هما:

الاتساق الداخلي حيث وصل معامل الثبات باستخدام معامل ألفا لعينة قوامها (١١٤) إلى (٠,٨٣)، وطريقة إعادة التطبيق؛ فقد طبق المقياس مرتين على (٥٥) مفحوص بفواصل زمني مقداره أسبوعان ووصل معامل الثبات إلى (٠,٧٤).

#### ب- الصدق:

قد تم دراسة صدق مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II بعدة طرق، منها صدق المحتوى وصدق المفهوم والصدق العملي وأثبتت الدراسات أن المقياس على مستوى عالي من الصدق

حيث أنه يتمتع بالصدق التقاربي والتمييزي والصدق العاملي (Beck.,et al,1996- A,Steer.,&Clark,1997-A.,Steer et al 1997-B –O' Hara., et al,1998,and Dozois&et al,1998).

وقام معرب المقياس غريب (٢٠٠٠م) بدراسة صدق المفهوم، والصدق العاملي لمقياس بيك الثاني للاكتئاب على عينة مصرية من طلاب الجامعة تكونت من (١١٤) منهم (٧٠) ذكور و(٤٤) من الإناث بمتوسط عمري (٢٢,٣٣) سنة وانحراف معياري (١,٤٢) واتضح من الدراسة أن الاكتئاب الذي يتم قياسه بمقياس بيك الثاني للاكتئاب يتكون من عاملين (الجذر الكامن للعامل الأول (٥,١١) ويفسر (٢٤,٣٤) من التباين الارتباطي، بينما كان الجذر الكامن للعامل الثاني (١,٧١) ويفسر (٨,١٤) من التباين الارتباطي حيث تشير النتائج من خلال الصدق العاملي لمقياس بيك الثاني للاكتئاب من أنه يقيس بعدين رئيسيين للاكتئاب المقرر ذاتيًا، وهما البعد المعرفي- الوجداني والبعد الجسدي.

### ٣-٤-٢-٣ الخصائص السيكومترية لمقياس بيك للاكتئاب بالدراسة الحالية:

تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس عن طريق معامل ارتباط بيرسون، وصدق المحكمين، ومعامل ثبات الفا كرونباخ والتجزئة النصفية، وذلك على النحو التالي:

### ٣-٤-٢-٣-١ صدق الاتساق الداخلي لمقياس بيك للاكتئاب:

تم التأكد من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصلابة النفسية باستخدام معامل الارتباط بيرسون بالتطبيق على عينة استطلاعية مكونة من (٥٠) مفردة، حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، كما توضح ذلك الجداول التالية.

جدول رقم (٣-٥) معاملات ارتباط بيرسون لعبارات أبعاد مقياس بيك

للاكتئاب بالدرجة الكلية لكل بُعد من الأبعاد (ن = ٥٠)

البعد الجسدي		البعد المعرفي - الوجداني	
معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة
**٠,٤٠٨	٩	**٠,٦٦١	١
**٠,٥٠٨	١٤	**٠,٦٢١	٢
**٠,٧٢١	١٥	**٠,٦٧٥	٣
**٠,٥٧٥	١٦	**٠,٦٥١	٤
**٠,٤٥١	١٧	**٠,٥٠٦	٥

البعد المعرفي - الوجداني		البعد الجسدي	
الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
٦	**٠,٤٢٢	١٨	**٠,٥٧٨
٧	**٠,٥٧٩	١٩	**٠,٥٧٠
٨	**٠,٥٣٥	٢٠	**٠,٧٣٩
٩	**٠,٤٩٢	-	-
١٠	**٠,٥٩٢	-	-
١١	**٠,٤٠٠	-	-
١٢	**٠,٥١١	-	-
١٣	**٠,٥٠٧	-	-
١٤	**٠,٥٩٥	-	-
١٥	**٠,٥٣٠	-	-
١٩	**٠,٤٣٦	-	-

\*\* دال عند مستوى ٠,٠١

جدول رقم (٣-٦) معاملات ارتباط بيرسون لأبعاد مقياس بيك للاكتئاب بالدرجة الكلية للمقياس (ن = ٥٠)

البُعد	معامل الارتباط
البعد المعرفي الوجداني	**٠,٨٦٨
البعد الجسدي	**٠,٨٠٥

\*\* دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من خلال الجداول رقم (٣-٥ ، ٣-٦) أن جميع العبارات والأبعاد دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، كما يشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية.

### ٣-٤-٢-٣-٢ ثبات مقياس بيك للاكتئاب:

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس بيك للاكتئاب باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، والجدول رقم (٣-٧) يوضح معامل الثبات لمحاور أداة الدراسة وهي:

جدول رقم (٣-٧)

معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس ثبات مقياس بيك للاكتئاب (ن = ٥٠)

الرقم	المحور	معامل الثبات	
		ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
١	البعد المعرفي الوجداني	٠,٨٠٤	٠,٧٣٨
٢	البعد الجسدي	٠,٧٩١	٠,٧٩٤

معامل الثبات		المحور	الرقم
التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ		
٠,٧٥٩	٠,٨٣٥	الثبات الكلي	

يوضح الجدول رقم (٣-٧) أن مقياس الدراسة يتمتع بثبات مقبول إحصائياً، حيث بلغت قيمة معامل الثبات الكلية (ألفا) (٠,٨٣٥)، والتجزئة النصفية بعد تصحيحه عن طريق معامل سبيرمان براون (٠,٧٥٩)، وهي درجات ثبات عالية، كما بلغت معاملات ثبات أداة الدراسة (٠,٧٩١)، (٠,٨٠٤)، بمعامل ألفا كرونباخ، وبلغت (٠,٧٣٨، ٠,٧٩٤) بالتجزئة النصفية بعد التصحيح بمعامل سبيرمان براون، وهي معاملات ثبات مرتفعة يمكن الوثوق بها في تطبيق أداة الدراسة الحالية.

### ٣-٤-٣ مقياس الصلابة النفسية:

#### ٣-٤-٣-١ وصف المقياس:

يعد مقياس الصلابة النفسية الذي أعدّه مخيمر (٢٠١٢م) كأداة تعطي تقديراً كمياً لصلابة الفرد النفسية، ويتكون المقياس من (٤٧) عبارة تتوزع على أبعاد الصلابة النفسية الثلاثة (الالتزام، التحكم، التحدي) وتقع الإجابة على المقياس في ثلاثة مستويات (دائماً-أحياناً-أبداً). وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاث درجات ودرجة واحدة بمعنى إذا كانت الإجابة (تنطبق دائماً-٣- إذا كانت تنطبق أحياناً-٢- إذا كانت لا تنطبق أبداً-١)، والجدول (٣-٨) يوضح أبعاد مقياس الصلابة النفسية وتوزيع العبارات عليها، وذلك على النحو التالي:

#### جدول (٣-٨) أبعاد مقياس الصلابة النفسية

التحكم	التحدي	الالتزام
٣	٢	١
٦	٥	٤
٩	٨	٧
١٢	١١	١٠
١٥	١٤	١٣
١٨	١٧	١٦
٢١	٢٠	١٩
٢٤	٢٣	٢٢
٢٧	٢٦	٢٥
٣٠	٢٩	٢٨
٣٣	٣٢	٣١

التحكم	التحدي	الالتزام
٣٦	٣٥	٣٤
٣٩	٣٨	٣٧
٤٢	٤١	٤٠
٤٥	٤٤	٤٣
٤٧	-	٤٦

\* العبارات التي تحتها خط هي العبارات العكسية.

بذلك يتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين (٤٧-١٤١) درجة، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية، وللتقليل من اتخاذ المفحوص نمطًا ثابتًا في الاستجابة تم وضع (١٥) عبارة عكسية أي (٣١%) من مجموع عبارات الاستبيان تصحح في الاتجاه العكسي، وتشير الدرجة المرتفعة في بعد الالتزام والمكون من (١٦) عبارة إلى أن الفرد أكثر التزامًا تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين، أما الدرجات المرتفعة في بعد التحكم والذي يتكون من (١٥) عبارة فتشير إلى أن الفرد لديه تحكمًا واعتقادًا في مسؤوليته الشخصية عما يحدث له، والدرجات المرتفعة في بعد التحدي والذي يتكون من (١٦) عبارة فتشير إلى اعتقاد الفرد بأن أي تغير يطرأ على حياته يعد أمرًا ضروريًا للنمو يستطيع مواجهته والتكيف معه أكثر من كونه تهديدًا له، مما يساعده على المبادأة والاستكشاف.

### ٣-٤-٣ الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية بالدراسة الأصلية:

تم حساب ثبات وصدق المقياس على عينة مكونة من طلاب الجامعة بلغ عددها (٨٠) فردًا منهم (٤٥) أنثى، و(٣٥) ذكر تراوحت أعمارهم ما بين (١٩-٢٤) سنة بمتوسط عمري قدره (٢٠,٨٧٥) وانحراف معياري قدره (١,٠٣).

#### أ- الثبات:

تم التحقق من ثبات المقياس بطريقتين هما: الاتساق الداخلي حيث تم إيجاد معامل الاتساق الداخلي للعبارات من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ومجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه، وحساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد وبين المجموع الكلي لدرجات الاستبيان.

وقد وجد ارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، وكذلك درجة كل بعد والدرجة الكلية للاستبيان وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠٥) ومستوى (٠,٠١) حيث بلغت

معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية كما يلي: الالتزام (٠,٧٥)، التحكم (٠,٨٢)، التحدي (٠,٦٠).

كما تم حساب الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ للاستبيان ككل ولأبعاده الثلاثة حيث بلغ معامل ثبات الاستبيان ككل (٠,٧٥) عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وبلغت قيمة معاملات الثبات للأبعاد الفرعية بطريقة ألفا كما يلي: الالتزام (٠,٦٩) التحكم (٠,٧٦)، التحدي (٠,٧٢) وهذا الارتفاع الملحوظ في معاملات الثبات يشير إلى تجانس مفردات الاستبيان.

#### ب-الصدق:

تم حساب الصدق بعدة طرق منها: الصدق الظاهري حيث تم عرض عبارات المقياس على ثلاثة من المحكمين المتخصصين في علم النفس، والصدق التلازمي حيث تم حساب الصدق التلازمي للأداة الحالية مع مقياس قوة الأنا من إعداد ربيع (١٩٧٨م) وكان معامل الارتباط بين الأداة الحالية بمقياس قوة الأنا (ر=٠,٧٥) وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، كما تم أيضا حساب الصدق التلازمي للأداة الحالية مع مقياس بيك للاكتئاب من إعداد غريب (١٩٨٥م)، وبلغ معامل الارتباط بين الأداة الحالية ومقياس بيك للاكتئاب (ر=٠,٦٣) وهو دال عند مستوى (٠,٠١).

وجدير بالذكر، أن المكتئبين مجموعة تعرف بانخفاض الدافعية والفاعلية والصلابة النفسية؛ فالمكتئب يمكن اعتباره على طرف نقيض لشخص ترتفع لديه الصلابة النفسية. وهذا النوع من الصدق يطلق عليه صدق المجموعات المعروفة (مخيمر، ٢٠١٢م).

#### ٣-٤-٣ الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية بالدراسة الحالية:

تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس عن طريق معامل ارتباط بيرسون، وصدق المحكمين، ومعامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، وذلك على النحو التالي:

#### ٣-٤-٣-١ صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصلابة النفسية:

تم التأكد من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصلابة النفسية باستخدام معامل الارتباط بيرسون بالتطبيق على عينة استطلاعية مكونة من (٥٠) مفردة، حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، كما توضح ذلك الجداول التالية.

جدول رقم (٣-٩) معاملات ارتباط بيرسون لعبارات أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام - التحدي - التحكم) بالدرجة الكلية لكل بُعد من الأبعاد (ن = ٥٠)

التحكم		التحدي		الالتزام	
معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة
**٠,٦٠٢	٣	**٠,٤٦٦	٢	**٠,٧٠٠	١
**٠,٦٥١	٦	**٠,٤٨٢	٥	**٠,٤٢٣	٤
**٠,٤٧٤	٩	**٠,٦١٩	٨	**٠,٤٣٢	٧
**٠,٦٤٨	١٢	**٠,٦٤٩	١١	**٠,٧٢٦	١٠
**٠,٥٠٤	١٥	**٠,٥٨٩	١٤	**٠,٦١٩	١٣
**٠,٤٣١	١٨	**٠,٥٥٨	١٧	**٠,٥٢٣	١٦
**٠,٥٢٩	٢١	**٠,٥٢٨	٢٠	**٠,٤١٨	١٩
**٠,٤٠١	٢٤	**٠,٦٢٣	٢٣	**٠,٦٠١	٢٢
**٠,٦٢٨	٢٧	**٠,٧١١	٢٦	**٠,٤٧٨	٢٥
**٠,٦٣٩	٣٠	**٠,٤٤٢	٢٩	**٠,٤٩٧	٢٨
**٠,٤٨٧	٣٣	**٠,٥٦٧	٣٢	**٠,٥٥٧	٣١
**٠,٦٦١	٣٦	**٠,٤٤٠	٣٥	**٠,٤٢٧	٣٤
**٠,٦١٧	٣٩	**٠,٥٨٦	٣٨	**٠,٤٩٣	٣٧
**٠,٦١٠	٤٢	**٠,٤٧٤	٤١	**٠,٥٦٨	٤٠
**٠,٥١٩	٤٥	**٠,٦٣٧	٤٤	**٠,٦٢٣	٤٣
**٠,٦٧١	٤٧	-	-	**٠,٤٨٢	٤٦

\*\* دال عند مستوى ٠,٠١

جدول رقم (٣-١٠) معاملات ارتباط بيرسون لأبعاد مقياس الصلابة النفسية بالدرجة الكلية للمقياس (ن = ٥٠)

معامل الارتباط	البُعد
**٠,٨٣٣	الالتزام
**٠,٨١٧	التحدي
**٠,٨١٦	التحكم

\*\* دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من خلال الجدولين رقم (٣-٩ ، ٣-١٠) أن جميع العبارات والأبعاد دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، كما يشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية.

### ٣-٤-٣-٢ ثبات مقياس الصلابة النفسية:

قامت الباحثة بقياس ثبات مقياس الصلابة النفسية باستخدام معامل ثبات الفاكرونباخ، والتجزئة النصفية، والجدول رقم (٣-١١) يوضح معامل الثبات لمحاور أداة الدراسة وهي:  
جدول (٣-١١) معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس ثبات مقياس الصلابة النفسية (ن = ٥٠)

الرقم	المحور	معامل الثبات	
		ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
١	الالتزام	٠,٧٨٧	٠,٨٣٦
٢	التحدي	٠,٨٦١	٠,٨٢٠
٣	التحكم	٠,٧٦١	٠,٨٠١
الثبات الكلي		٠,٨٩٨	٠,٩٠٤

يوضح الجدول رقم (٣-١١) أن مقياس الدراسة يتمتع بثبات مقبول إحصائياً، حيث بلغت قيمة معامل الثبات الكلية (ألفا) (٠,٨٩٨)، والتجزئة النصفية بعد تصحيحه عن طريق معامل سبيرمان براون (٠,٩٠٤)، وهي درجات ثبات عالية، كما تراوحت معاملات ثبات أداة الدراسة ما بين (٠,٧٦١ ، ٠,٨٦١)، بمعامل ألفا كرونباخ، وتراوحت ما بين (٠,٨٠١ ، ٠,٨٣٦) بالتجزئة النصفية، وهي معاملات ثبات مرتفعة يمكن الوثوق بها في تطبيق أداة الدراسة الحالية.

### ٣-٥ إجراءات الدراسة:

١- الحصول على خطاب تسهيل مهمة باحث من عمادة كلية العلوم الاجتماعية في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

٢- حصر مجتمع الدراسة على مرضى الفشل الكلوي المتكردين على عيادات الغسيل الكلوي بالمستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمدينة الرياض وهي: (مركز الملك سلمان لأمراض الكلى، مدينة الملك سعود الطبية، مركز الملك سلمان بن عبد العزيز، مدينة الملك فهد الطبية) والبالغ عددهم (٥٩٢).

٣- تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة والمكونة من (ن=٢٣٥) مريضاً ومريضة من مرضى الفشل الكلوي المتكردين على عيادات الغسيل الكلوي، وشرح التعليمات من الباحثة بنفسها حفاظاً على سرية المعلومات وطبقاً للميثاق الأخلاقي للبحث العلمي.

٤- تحليل النتائج ومناقشتها.

٥- كتابة التوصيات.



### ٣-٦ أساليب تحليل البيانات:

قامت الباحثة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Sciences والتي يرمز لها اختصارًا بالرمز (SPSS) لإجراء المعالجات الإحصائية وقد حددت الباحثة الأساليب الإحصائية بحسب ما يتناسب مع فروض البحث وتمثلت في الآتي:

- ١- التكرارات، والنسب المئوية، للتعرف على الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة.
- ٢- معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لحساب صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة، وكذلك للتعرف على العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.
- ٣- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) والتجزئة النصفية (split - half)؛ لحساب معامل ثبات المحاور المختلفة لأداتي الدراسة.
- ٤- اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent Sample T-Test)؛ للتعرف على الفروق في الاكتئاب والصلابة النفسية باختلاف متغيري (الجنس، الحالة الاجتماعية).
- ٥- تحليل التباين الأحادي (One Way Anova)؛ للتعرف على الفروق في الاكتئاب والصلابة النفسية باختلاف متغيري (العمر، المستوى التعليمي).
- ٦- تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)؛ للتعرف على مدى إمكانية التنبؤ بالاكتئاب من خلال مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي.

### ٣-٧ صعوبات تطبيق الدراسة الميدانية:

- ١- طول الفترة الزمنية المستغرقة لإتمام الإجراءات اللازمة وصعوبة مراجعة الجهات الإدارية مما يعيق عملية تسهيل مهمة الباحثة على وجه الخصوص.
- ٢- استغرقت عملية جمع المعلومات مدة طويلة نظرًا لصعوبة الوصول إلى عينة الدراسة الحالية كونها تمثل شريحة من مرضى الفشل الكلوي والذين يعانون من بعض الآثار النفسية والجسدية مثل التعب والإرهاق أثناء وبعد عملية الغسيل الكلوي والتي تحد من استجابتهم مع الباحثة.
- ٣- غالبية مرضى الفشل الكلوي من كبار السن وغير المتعلمين والذي بدوره يتطلب المزيد من الوقت والجهد من قبل الباحثة أثناء التطبيق.

٤- بتأثير من الثقافة السائدة يعبر بعض المرضى عن عدم رغبتهم في الاطلاع على الشكاوى الوجدانية خشية ردود الفعل السلبية اتجاه الاكتئاب.

٥- معايير التشخيص في DSM-5 والتي تقيسها قائمة بيك للاكتئاب تنطوي على أعراض تتداخل مع أعراض الفشل الكلوي كالشعور بالتعب والارهاق، فقدان الشهية، نقصان أو زيادة الوزن.

## الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

## الفصل الرابع

### عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

يتناول هذا الفصل عرض، وتحليل النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء الخطوات التالية التي اتبعت للتحقق من صحة فروض الدراسة، وذلك بعرض الفرض أولاً، ثم الأسلوب الإحصائي لمعالجة الفرض، ثم تفسير الفرض للتحقق من صحة الفرض أو عدمه.

٤-١ نتائج الدراسة المتعلقة بالفرض الأول والذي ينص على: "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض".

وللتعرف على طبيعة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation) وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٤-١):

جدول (٤-١) نتائج معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض (ن=٢٣٥)

م	الاكتئاب	الصلابة النفسية		
		الالتزام	التحدي	التحكم
١	الجانب المعرفي - الوجداني	**٠,٥١٧-	**٠,٥٥١-	**٠,٥٠٣-
٢	الجانب الجسدي	**٠,٤٥٢-	**٠,٥٢٢-	**٠,٤٤٨-
	الدرجة الكلية للاكتئاب	**٠,٥٢١-	**٠,٥٧١-	**٠,٥١١-

\*\* دال عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من خلال الجدول (٤-١) أن هناك علاقة عكسية (سلبية) ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي - الوجداني، الجانب الجسدي)، والدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحدي، التحكم) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، حيث بلغت قيمة معاملات ارتباط بيرسون للدرجة الكلية لتلك المتغيرات (-٠,٦٣٨، -٠,٥٧٩، -٠,٦٥٢).

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة هول وترين وفايرنيلي Hull, Treuren and Virnelli (١٩٨٧م)، ومخيمر (١٩٩٧م) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية والاكتئاب لدى أفراد الدراسة، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة

دراسة مادي وآخرون. Maddi, et al. (٢٠٠٦م) والتي توصلت إلى أن هناك علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والاكْتئاب لدى العاملين بالكلية الحربية ببنسلفانيا، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة جرين وآخرون. Green, et al. (٢٠٠٧م) والتي توصلت إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والاكْتئاب لدى أفراد الدراسة، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي توصلت إلى وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والاكْتئاب لدى مرضى السكري، في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة سيد (٢٠١٢م) والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والاكْتئاب لدى أفراد الدراسة من المتضررين وغير المتضررين من السيول.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الضغوط التي قد يتعرض لها مرضى الفشل الكلوي والقيود في السفر والتنقل ونوعية التغذية والتي تفرض عليهم بسبب مرضهم، هذا إلى جانب المشاعر التي تنتابهم من قبيل الإحساس بأنهم عبء على الآخرين والخوف من المستقبل تُساهم في شعورهم بالألم والفشل والإحباط وكل هذا من شأنه أن يؤثر بصورة سلبية على صحتهم النفسية، وضعف قدرتهم على مواجهة تلك الضغوط وهذا ما أكد عليه مخيمر (٢٠١٢م) حين أشار إلى أن المكتئبين مجموعة تعرف بانخفاض الدافعية والفاعلية والصلابة النفسية.

وترى الباحثة أن لنظرة المرضى للتشخيص فيما إن كانت تمثل تحدياً أم خطراً، والوعي بالقدرة على التحكم فيما إن كانت جزئية أم معدومة تأثيراً على مزاجهم وصحتهم النفسية؛ حيث إن المفاهيم السلبية والتشاؤم بشأن العلاج يجعل المريض يشعر بالاكْتئاب وهذا ما أكدت عليه النظرية المعرفية (Beck,1979).

٤-٢ نتائج الدراسة المتعلقة بالفرض الثاني والذي ينص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكْتئاب الصورة الثانية BDI-II تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس-العمر-المستوى التعليمي- الحالة الاجتماعية):

#### ٤-٢-١ الجنس:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent Sample T-Test)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٤-٢)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-٢) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس (ن=٢٣٥)

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي - الوجداني	ذكر	١٣٠	١٥,٢٢	٧,٣٣	٣,٠٥٣-	٠,٠٠٣
	أنثى	١٠٥	١٧,٩٨	٦,٣٣		
الجانب الجسدي	ذكر	١٣٠	٧,٩١	٤,٠٩	٣,١٩٢-	٠,٠٠٢
	أنثى	١٠٥	٩,٥٩	٣,٩٢		
الدرجة الكلية للاكتئاب	ذكر	١٣٠	٢٣,١٢	١٠,٨٥	٣,٢٩٢-	٠,٠٠١
	أنثى	١٠٥	٢٧,٥٧	٩,٥٧		

يتضح من خلال الجدول (٤-٢) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي - الوجداني، الجانب الجسدي) باختلاف متغير الجنس، وذلك لصالح المرضى الإناث بمتوسط درجات (١٧,٩٨) للجانب المعرفي - الوجداني، وبمتوسط درجات (٩,٥٩) للجانب الجسدي، وبمتوسط درجات (٢٧,٥٧) للدرجة الكلية للاكتئاب، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى الإناث لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب من المرضى الذكور. وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة اللحياني (١٩٩٦م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الجنس لصالح الإناث، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ميرفت الجوهر (٢٠١١م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المترددين على العيادة النفسية باختلاف متغير الجنس، وذلك لصالح الإناث، ومع دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي توصلت إلى وجود فروق لدى مرضى السكري من النوع الثاني تبعاً

لمتغير الجنس لصالح الإناث، في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة باتل Batel (٢٠٠٢م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الجنس، وذلك لصالح الذكور، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة مخيمر (١٩٩٧م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث لدى طلاب الجامعة، واختلفت أيضاً مع نتيجة دراسة العنزي (٢٠٠٩م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري باختلاف متغير الجنس، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كلا من فاطمة القحطاني (٢٠١٤م)، و المشوح (٢٠١٥م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الجنس.

وتعزو الباحثة ذلك إلى طبيعة المرأة النفسية والبيولوجية والتي تتأثر نفسياً من أبسط المواقف التي قد تتعرض لها، مما يجعل النساء المصابات بمرض الفشل الكلوي أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الرجال، حيث أن زيادة استهداف المرأة للاكتئاب يرجع إلى خصائص بيولوجية تختص بها المرأة ككائن حي في كل مكان إضافة إلى أن المرأة مهياة للإصابة بالاكتئاب في فترات معينة من حياتها (فترة الحيض، الحمل، الولادة، مرحلة منتصف العمر والتي تنتهي بانقطاع الحيض) وهذه الفترات من حياة المرأة ترتبط بوجود تغيرات في مستويات الهرمونات وخاصة هرموني الاستروجين estrogen والبروجستيرون progesterone وغيرهما من الهرمونات، وهذا ما أكد عليه (الحويل وآخرون، ٢٠١٧م)، حيث أشاروا إلى أن النساء اليافعات تتناهن عديداً من مسببات الإجهاد النفسي والضغط بشأن ما يتعلق بدورهن في الحياة وهيئة أجسامهن وميلهن إلى اجترار المشاعر السلبية التي تنتج عن ذلك؛ كل هذا من شأنه أن يساهم بدرجة كبيرة في زيادة مسببات الاكتئاب لديهن، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه النظرية البيولوجية التي تشير إلى أن الاكتئاب هو اضطراب وظيفي يحدث نتيجة لعوامل وراثية، أو اختلال في التنظيم البيو كيميائي والهرموني، وأن الاكتئاب يرتبط بالتذبذب في هرمونات الجنس خاصة عند النساء (فرحان، ٢٠١٢م).

#### ٤-٢-٢ العمر:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way anova)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٤-٣)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-٣) نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في

مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي - الوجداني	بين المجموعات	١٥٩,١٦٣	٢	٧٩,٥٨٢	١,٦٢١	٠,٢٠٠
	داخل المجموعات	١١٣٨٩,٠٢٤	٢٣٢	٤٩,٠٩١		
	المجموع	١١٥٤٨,١٨٧	٢٣٤			
الجانب الجسدي	بين المجموعات	٢٩٦,٦٨١	٢	١٤٨,٣٤١	٩,٤٨٦	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٣٦٢٨,٠٨٥	٢٣٢	١٥,٦٣٨		
	المجموع	٣٩٢٤,٧٦٦	٢٣٤			
الدرجة الكلية للاكتئاب	بين المجموعات	٨٨٥,٢٥٥	٢	٤٤٢,٦٢٨	٤,١١٢	٠,٠١٨
	داخل المجموعات	٢٤٩٧٣,٨٦٨	٢٣٢	١٠٧,٦٤٦		
	المجموع	٢٥٨٥٩,١٢٣	٢٣٤			

يتضح من خلال الجدول (٤-٣) أنه لا توجد هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في الجانب المعرفي - الوجداني لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,٢٠٠)، وهي قيمة أكبر من (٠,٠٥) أي غير دالة إحصائياً، وتغزو الباحثة ذلك إلى أن الجوانب المعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي لا ترتبط بعمر معين، فإصابة الإنسان كما أشارت وهيبة شرقي (٢٠١٥م) بأحد الأمراض المزمنة من شأنها أن تؤدي إلى اضطراب العمليات المعرفية، كما أن المرضى على اختلاف مستوياتهم العمرية يكون لديهم نوع من الحزن والتشاؤم نتيجة لمرضهم، حيث يُعد الفشل الكلوي سبباً رئيسياً للعجز والوفاة وهذا



ما أكد عليه كيميل kimmel (٢٠٠٠م) حيث أشار إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين ارتفاع المشاعر الاكتئابية والحزن وظهور أعراض قهر الذات وبين الإصابة بالفشل الكلوي. في حين أوضحت النتائج بالجدول (٤-٣) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض والبُعد الفرعي (الجانب الجسدي) باختلاف متغير العمر، ولمعرفة اتجاه الفروق ولصالح أي فئة من فئات متغير العمر، تم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٤-٤)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-٤) اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للفروق في مستوى الاكتئاب

لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر (ن=٢٣٥)

الأبعاد	العمر	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	٢٠-٤٠ سنة	٤١-٦٠ سنة	٦١ فما فوق
الجانب الجسدي	٢٠-٤٠ سنة	٥٧	٧,٤٠	٢,٩٩	-	-	**٣,٠-
	٤١-٦٠ سنة	١١٥	٨,٣٢	٤,٣٣	-	-	**٢,٠٩-
	٦١ فما فوق	٦٣	١٠,٤١	٤,٠٠	*٣,٠	**٢,٠٩	-
الدرجة الكلية للاكتئاب	٢٠-٤٠ سنة	٥٧	٢٢,٧٧	٧,٥٧	-	-	**٥,٢٩-
	٤١-٦٠ سنة	١١٥	٢٤,٦٥	١١,٧٤	-	-	**٣,٤١-
	٦١ فما فوق	٦٣	٢٨,٠٦	٩,٨٨	**٥,٢٩	**٣,٤١	-

\*\* دال عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من خلال الجدول (٤-٤)، والذي يُبين نتائج المقارنات البعدية لمتوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكتئاب باختلاف متغير العمر، حيث يتضح أن الفروق جاءت بين المرضى ممن عمرهم (٦١ فما فوق) والمرضى من الفئات العمرية الأخرى، وذلك لصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (٦١ سنة فما فوق) بمتوسط حسابي (١٠,٤١) للجانب الجسدي، وبمتوسط (٢٨,٠٦) للدرجة الكلية للاكتئاب، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى ممن عمرهم (٦١) سنة فما فوق لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب من المرضى من الفئات العمرية الأخرى، وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كلاً من ريكاردو Ricardo (٢٠١٠م)، وهيماتي وعلي دوستي Hemate and Alidosti (٢٠١٣م)، والمشوح (٢٠١٥م) والتي توصلت إلى أنه كلما تقدم عمر مرضى الفشل الكلوي كلما ازداد شعورهم بالاكتئاب، في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ربا التويجيري (٢٠١٨م) والتي توصلت إلى وجود

فروق دالة احصائياً لدى مرضى السكري من النوع الثاني لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة، واختلفت أيضاً مع دراسة كلاً من اللحياني (١٩٩٦م)، وفاطمة القحطاني (٢٠١٤م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير العمر، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة العنزي (٢٠٠٩م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تعزى لمتغير العمر لدى مرضى السكري، و مع دراسة المهداوي (٢٠١٠م) أيضاً والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المصابين في الحوادث المرورية بمنطقة مكة المكرمة باختلاف متغير العمر.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المرضى الأكبر عمراً هم الأقل صحة وقدرة على مقاومة أعراض المرض، إضافة إلى ما سبق فإن ضعف النواحي الاجتماعية لدى المرضى الأكبر سناً وذلك لاعتبارات السن وضعف القدرة على الحركة يُساهم في زيادة عزلتهم، وبالتالي زيادة مستويات التفكير السلبي والخوف من الموت، وشعورهم بأن المتبقي من العمر أقل مما ذهب؛ وهذا بدوره يُساهم بدرجة كبيرة في زيادة مستوى الاكتئاب لديهم وهذا ما أكدت عليه (بركات، ٢٠٠٠م). وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه النظرية السلوكية، حيث أوضحت النظرية إلى أن الاكتئاب نتاج انسحاب مصادر التعزيز المعتادة كالوظيفة أو النجاح، وبالتالي فإن عدم قدرة الفرد على ممارسة أعماله وشعوره بالإنجاز الوظيفي يُعزز من ظهور أعراض الاكتئاب لديه، كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نظرية العجز المتعلم، حيث كشفت النظرية على أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة يؤدي إلى اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة، ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة، ثم ينبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى.

#### ٤-٢-٣ المستوى التعليمي:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way anova)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٤-٥)، وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (٤-٥) نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في

مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي - الوجداني	بين المجموعات	١٢٥٦,٨٢٢	٢	٦٢٨,٤١١	١٤,١٦٦	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	١٠٢٩١,٣٦٥	٢٣٢	٤٤,٣٥٩		
	المجموع	١١٥٤٨,١٨٧	٢٣٤			
الجانب الجسدي	بين المجموعات	٥١٢,٨٦٢	٢	٢٥٦,٤٣١	١٧,٤٣٧	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٣٤١١,٩٠٤	٢٣٢	١٤,٧٠٦		
	المجموع	٣٩٢٤,٧٦٦	٢٣٤			
الدرجة الكلية للاكتئاب	بين المجموعات	٣٣٢٧,٣٢٠	٢	١٦٦٣,٦٦٠	١٧,١٣٠	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٢٢٥٣١,٨٠٣	٢٣٢	٩٧,١٢٠		
	المجموع	٢٥٨٥٩,١٢٣	٢٣٤			

يتضح من خلال الجدول (٤-٥) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي - الوجداني، الجانب الجسدي) باختلاف متغير المستوى التعليمي، ولمعرفة اتجاه الفروق ولصالح أي فئة من فئات متغير المستوى التعليمي، تم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٤-٦)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-٦) اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للفروق في مستوى الاكتئاب

لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المستوى التعليمي	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	غير متعلم	ثانوي فأقل	جامعي فأكثر
الجانب المعرفي - الوجداني	غير متعلم	٦٣	١٨,٧١	٦,٧٣	-		**٦,٣٦
	ثانوي فأقل	١١٩	١٧,٠٨	٧,١٩		-	**٤,٧١
	جامعي فأكثر	٥٣	١٢,٣٦	٥,١٧	**٦,٣٦-	**٤,٧١-	-
الجانب الجسدي	غير متعلم	٦٣	١٠,٥٤	٤,٠٤	-		**٤,٢١
	ثانوي فأقل	١١٩	٨,٧١	٣,٩٤		-	**٢,٣٩
	جامعي فأكثر	٥٣	٦,٣٢	٣,٣٢	**٤,٢١-	**٢,٣٩-	-

الأبعاد	المستوى التعليمي	ن	المتوسط الحسابي	الإحرف المعياري	غير متعلم	ثانوي فأقل	جامعي فأكثر
الدرجة الكلية للاكتئاب	غير متعلم	٦٣	٢٩,٢٥	٩,٩٧	-		**١٠,٥٧
	ثانوي فأقل	١١٩	٢٥,٧٨	١٠,٥٨		-	**٧,١٠
	جامعي فأكثر	٥٣	١٨,٦٨	٧,٧٨	**١٠,٥٧-	**٧,١٠-	-

\*\* دال عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من خلال الجدول (٤-٦)، والذي يُبين نتائج المقارنات البعدية لمتوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكتئاب باختلاف متغير المستوى التعليمي، حيث يتضح أن الفروق جاءت بين المرضى ممن مستواهم التعليمي جامعي فأكثر والمرضى من المستويات التعليمية الأخرى (غير متعلم، ثانوي فأقل)، وذلك لصالح المرضى ممن مستواهم التعليمي (غير متعلم) بمتوسط حسابي (١٨,٧١) للجانب المعرفي - الوجداني، وبمتوسط حسابي (١٠,٥٤) للجانب الجسدي، وبمتوسط حسابي (٢٩,٢٥) للدرجة الكلية للاكتئاب، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى من غير المتعلمين لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كاسين وانجين Keskin and Engin (٢٠١١م) والتي أظهرت أن الاكتئاب يزداد بين الذين لديهم مستوى منخفض من التعليم، كما اتفقت مع نتيجة دراسة كلاً من هيماتي وعلي دوستي Hemate and Alidosti (٢٠١٣م)، والمشوح (٢٠١٥م) والتي أظهرت أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح المستويات التعليمية المنخفضة في الإصابة بالأعراض الاكتئابية لمرضى الفشل الكلوي، في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة اللحياني (١٩٩٦م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير المستوى التعليمي، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة العنزي (٢٠٠٩م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري باختلاف متغير المستوى التعليمي، واختلفت أيضاً مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق في الاكتئاب تبعاً لمتغير المستوى التعليمي. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن أمية المريض (المريض غير المتعلم)، تُساهم في عدم وعي المريض بالجوانب المختلفة للمرض وكيفية التعامل معه، وعلاقة التدهور الصحي بالحالة النفسية للمرضى و أكد على ذلك تايلور Taylor (٢٠٠٨م) حيث أشار إلى ان الاكتئاب يزداد بازدياد شدة

المرض وأن حالة القصور الجسمي تسهم في الاكتئاب الشديد وتشير الباحثة إلى أهمية العامل التعليمي في رفع مستوى الوعي وبضرورة وجود عنصر التثقيف الصحي للمرضى وأسره حول طرق التعامل مع المرض حيث يسهم التثقيف الصحي في تصحيح المفاهيم الصحية السلبية عن الفشل الكلوي وفي تخفيض نسبة كبيرة من الوفيات الناجمة عن المرض، كما أن له دوراً كبيراً في مساعدة المرضى على ممارسة السلوك الصحي، العناية بالذات واتباع الارشادات والعادات الصحية السليمة كالالتزام بتناول الأدوية ونوعية الغذاء المناسب والانتظام بحضور جلسات الغسيل الكلوي والتي ينعكس الالتزام بها إيجابياً على صحة المريض الجسمية والنفسية.

#### ٤-٢-٤ الحالة الاجتماعية:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent Sample T-Test)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٤-٧)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-٧) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test) للفروق في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية (ن=٢٣٥)

الأبعاد	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي - الوجداني	متزوج	١٣٤	١٥,٣٤	٦,٨١	٢,٨٢٦-	٠,٠٠٥
	غير متزوج	١٠١	١٧,٩٢	٧,٠٧		
الجانب الجسدي	متزوج	١٣٤	٨,٢٥	٤,٠٢	١,٧٩٠-	٠,٠٧٥
	غير متزوج	١٠١	٩,٢١	٤,١٥		
الدرجة الكلية للاكتئاب	متزوج	١٣٤	٢٣,٥٩	١٠,٢٠	٢,٥٨٦-	٠,٠١٠
	غير متزوج	١٠١	٢٧,١٣	١٠,٦٣		

يتضح من خلال الجدول (٤-٧) أنه لا توجد هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد الدراسة حول الجانب الجسدي للاكتئاب باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,٠٧٥)، وهي قيمة أكبر من (٠,٠٥) أي غير دالة إحصائياً، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الجوانب الجسدية للاكتئاب والتي تتمثل في فقدان الطاقة أو التغيرات في النوم أو فقدان الشهية والتي تحدث للمرضى لا ترتبط بكون المريض متزوج

أو غير متزوج، وإنما ترتبط بالحالة الصحية له، وبالعدد من النواحي النفسية والشخصية للمريض، مثل وعيه بمرضه، وكيفية التعامل مع ذلك المرض.

في حين أوضحت النتائج بالجدول رقم (٤-٧) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض والبعد الفرعي المتمثل في (الجانب المعرفي - الوجداني) باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، وذلك لصالح أفراد الدراسة من غير المتزوجين بمتوسط حسابي (١٧,٩٢) للجانب المعرفي - الوجداني، وبمتوسط حسابي (٢٧,١٣) للدرجة الكلية للاكتئاب، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى غير المتزوجين لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ميرفت الجوهر (٢٠١١م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المترددين على العيادة النفسية باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة فاطمة القحطاني (٢٠١٤م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، واتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي أشارت إلى وجود فروق في الاكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الثاني لصالح غير المتزوجين، في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كلاً من اللحياني (١٩٩٦م)، والمشوح (٢٠١٥م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة المهداوي (٢٠١٠م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المصابين في الحوادث المرورية بمنطقة مكة المكرمة باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة بايكن و يارجيك (Baykan and Yargic ٢٠١٢م) والتي توصلت إلى أن المرضى المتزوجين أظهروا أعراضاً اكتئابيه أكثر وضوحاً من الغير متزوجين لكلا الجنسين.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المرضى غير المتزوجين ربما يعانون من الوحدة بصورة كبيرة، وذلك لعدم وجود شريك حياة يقدم الدعم النفسي الذي يساعدهم على مواجهة الضغوط وتحمل أعباء المرض، وأكدت على ذلك آسيا بركات (٢٠٠٠م) حيث أشارت إلى أن الوحدة و عدم الزواج أحد العوامل التي تتسبب في إصابة الإنسان بالاكتئاب، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه

النظرية السيكودينامية والتي أكدت على أن الاكتئاب يمثل عدم قدرة الفرد على إشباع الحاجات والتطلعات الأساسية للفرد كالحاجة إلى الحب والتقدير والحاجة إلى الأمن والقوة، كما تتفق هذه النتيجة أيضا مع ما أشارت إليه النظرية السلوكية، حيث يذهب بعض السلوكيين إلى أن الاكتئاب نتاج انسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياة الفرد، كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو النجاح.

٣-٤ نتائج الدراسة المتعلقة بالفرض الثالث والذي ينص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس - العمر - المستوى التعليمي - الحالة الاجتماعية): ١-٣-٤ الجنس:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent Sample T-Test)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٤-٨)، وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (٤-٨) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test)

للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الجنس (ن=٢٣٥)

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الالتزام	ذكر	١٣٠	٣٧,٤٢	٥,٥٩	٢,٦٣١	٠,٠٠٩
	أنثى	١٠٥	٣٥,٥٥	٥,١٤		
التحكم	ذكر	١٣٠	٣٤,٨٦	٥,٢٣	٣,٣١٠	٠,٠٠١
	أنثى	١٠٥	٣٢,٤٩	٥,٧٥		
التحدي	ذكر	١٣٠	٣١,٣٢	٥,٦٤	٥,٠٥٤	٠,٠٠٠
	أنثى	١٠٥	٢٧,٤٤	٦,١٣		
الدرجة الكلية الصلابة النفسية	ذكر	١٣٠	١٠٣,٦٠	١٣,٨٦	٤,٥٦٠	٠,٠٠٠
	أنثى	١٠٥	٩٥,٤٨	١٣,٢٢		

يتضح من خلال الجدول (٤-٨) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير الجنس، وذلك لصالح المرضى الذكور

بمتوسط حسابي (٣٧,٤٢) لبُعد الالتزام، وبمتوسط حسابي (٣٤,٨٦) لبُعد التحكم، وبمتوسط درجات (٣١,٣٢) لبُعد التحدي، وبمتوسط حسابي (١٠٣,٦٠) للدرجة الكلية للصلابة النفسية، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى الذكور لديهم مستوى أعلى من الصلابة النفسية. وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة شيبيرد وكاشاني Shepperd and Kashani (١٩٩١م) والتي توصلت إلى وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بأنواع مختلفة من الأمراض الجسمية باختلاف متغير الجنس لصالح الذكور، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة مخيمر (١٩٩٧م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد الدراسة باختلاف متغير الجنس لصالح أفراد الدراسة من الذكور، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة راز وسولمون Raz and Solomon (٢٠٠٦م) والتي توصلت إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان باختلاف متغير الجنس لصالح أفراد الدراسة من الذكور، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة هويده محمود (٢٠١٢م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى طلاب الدبلوم المهنية بكلية التربية باختلاف متغير الجنس لصالح الذكور، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة مقداي والإبراهيم (٢٠١٤م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية بين المسنين والمسنات لصالح المسنين، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير الجنس لصالح الذكور. في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة عزة الرفاعي (٢٠٠٣م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد الدراسة باختلاف متغير النوع، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة المشعان (٢٠١٠م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد الدراسة باختلاف متغير النوع، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة نوار وزكري (٢٠١٦م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير الجنس. وتعزو الباحثة ذلك إلى طبيعة الرجل، فالرجال أكثر قدرة من الإناث على التحمل والتعامل مع المشكلات التي قد تواجههم، وبالتالي فهم أكثر قدرة على التعامل مع المرض وتفهمه، كل



هذا من شأنه أن يُساهم في زيادة قدرة الرجال على الوفاء بالتزاماتهم المختلفة سواء العملية أو الاجتماعية، وكذلك زيادة قدرتهم على تحدي الظروف الصحية التي يمروا بها؛ فالصلابة النفسية تعمل على مساعدة الفرد على البقاء والقدرة على التكيف مع متطلبات الحياة والظروف الضاغطة والأمراض مهما كانت شديدة إضافةً لدورها البارز والمهم في تغيير الأفكار اللاعقلانية التي تنتاب الفرد عند تعرضه لاضطراب أو مرض معين وماله من انعكاسات نفسية تؤثر عليه، وفي تقوية عزيمة الفرد ومساعدته على العيش كغيره من الأشخاص السليمين وأن تصبح ردود أفعاله مثلاً للاستحسان (العزام، ٢٠١٤م)، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نظرية كوبازا Kobasa (١٩٨٢م) والتي أوضحت أن إدراك الفرد الإيجابي لقدراته المختلفة سواء النفسية أو الاجتماعية يؤدي إلى تساؤل شعوره بالتهديد، وبالتالي زيادة قدرته على التعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها.

#### ٤-٣-٢ العمر:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way anova)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٤-٩)، وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (٤-٩) نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في

مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الالتزام	بين المجموعات	٢٥٥,٢٠٧	٢	١٢٧,٦٠٣	٤,٣٩٩	٠,٠١٣
	داخل المجموعات	٦٧٢٩,٩٢٥	٢٣٢	٢٩,٠٠٨		
	المجموع	٦٩٨٥,١٣٢	٢٣٤			
التحكم	بين المجموعات	٣٥٣,٢١٦	٢	١٧٦,٦٠٨	٥,٨٩٨	٠,٠٠٣
	داخل المجموعات	٦٩٤٦,٣٨٤	٢٣٢	٢٩,٩٤١		
	المجموع	٧٢٩٩,٦٠٠	٢٣٤			
التحدي	بين المجموعات	٣٧٥,٢٥٤	٢	١٨٧,٦٢٧	٥,١٢١	٠,٠٠٧
	داخل المجموعات	٨٤٩٩,٧٠٨	٢٣٢	٣٦,٦٣٧		
	المجموع	٨٨٧٤,٩٦٢	٢٣٤			

٠,٠٠١	٧,٥٩٢	١٤٣٧,١٨٣	٢	٢٨٧٤,٣٦٧	بين المجموعات	الدرجة الكلية للصلاية النفسية
		١٨٩,٢٩٥	٢٣٢	٤٣٩١٦,٤٢٥	داخل المجموعات	
		٢٣٤	٤٦٧٩٠,٧٩١	المجموع		

يتضح من خلال الجدول (٤-٩) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلاية النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير العمر، ولمعرفة اتجاه الفروق ولصالح أي فئة من فئات متغير العمر، تم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٤-١٠)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-١٠) اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للفروق في مستوى الصلاية النفسية

لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر (ن=٢٣٥)

الأبعاد	العمر	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	٤٠-٢٠ سنه	٦٠-٤١ سنه	٦١ فما فوق
الالتزام	٤٠-٢٠ سنه	٥٧	٣٦,٥٣	٥,٥٨	-		
	٦٠-٤١ سنه	١١٥	٣٧,٤٩	٥,٥٦		**٢,٥٠	
	٦١ فما فوق	٦٣	٣٤,٩٨	٤,٨٦		**٢,٥٠-	
التحكم	٤٠-٢٠ سنه	٥٧	٣٤,٤٢	٤,٨٦	-		**٢,٦٤
	٦٠-٤١ سنه	١١٥	٣٤,٦٠	٥,٨٧			**٢,٨٢
	٦١ فما فوق	٦٣	٣١,٧٨	٥,٢٤	**٢,٦٤-	**٢,٨٢-	
التحدي	٤٠-٢٠ سنه	٥٧	٣٠,١٦	٥,٦٣	-		**٢,٦٥
	٦٠-٤١ سنه	١١٥	٣٠,٤٤	٦,٥٣			**٢,٩٤
	٦١ فما فوق	٦٣	٢٧,٥١	٥,٤٧	**٢,٦٥-	**٢,٩٤-	
الدرجة الكلية للصلاية النفسية	٤٠-٢٠ سنه	٥٧	١٠١,١١	١٢,٨٨	-		**٦,٨٤
	٦٠-٤١ سنه	١١٥	١٠٢,٥٣	١٤,٨٩			**٨,٢٦
	٦١ فما فوق	٦٣	٩٤,٢٧	١٢,٢٩	**٦,٨٤-	**٨,٢٦-	

\*\* دال عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من خلال الجدول (٤-١٠)، والذي يُبين نتائج المقارنات البعدية لمتوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلاية النفسية باختلاف متغير العمر، حيث يتضح أن الفروق جاءت بين المرضى ممن عمرهم (٦١ فما فوق) والمرضى من الفئات العمرية الأخرى، وذلك لصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (٤١-٦٠ سنه) بمتوسط حسابي

(٣٧,٤٩) لُبُعد الالتزام، وِمتوسط حسابي (٣٤,٤٢) لُبُعد التحكم، وِمتوسط درجات (٣٠,٤٤) لُبُعد التحدي، وِمتوسط حسابي (١٠٢,٥٣) للدرجة الكلية للصلابة النفسية، وِتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى ممن عمرهم يتراوح ما بين (٤١-٦٠) سنه لديهم مستوى أعلى من الصلابة النفسية.

وقد اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة الشمري (٢٠١٤م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية باختلاف متغير العمر، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة نورة الدامر (٢٠١٤م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية وِبعد الالتزام لدى المصابات بسرطان الثدي باختلاف متغير العمر لصالح الأصغر سناً، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة منيرة آل حمود (٢٠١٥م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى السجانات باختلاف متغير العمر، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير العمر لصالح الأصغر سناً.

وتعزو الباحثة ذلك إلى الخصائص الجسمية والنفسية للأفراد في تلك المرحلة، فهي مرحلة النضج البشري، ففيها يصل العقل البشري إلى أقصى مراحل النضج، وبالتالي تزداد قدرة الأفراد على الالتزام والعطاء والتحدي، ففي تلك المرحلة يكون الإنسان على وعي كافي بأهدافه المختلفة في الحياة سواء العملية أو الاجتماعية، وبالتالي تزداد قدرته على البذل والعطاء والتحدي؛ فالأفراد الذين لديهم مستوى عال من التحدي يميلون إلى استقبال المواقف الجديدة واعتبارها فرصة للتعلم 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)، وهذا ما أكدت عليه نظرية كوبازا Kobasa حيث أشارت إلى أن الأشخاص الذين يشعرون بالتحدي وبأن التغيير ضروري للحياة وليس تهديداً لهم يحتفظون بصحتهم الجسمية والنفسية عند مواجهة الضغوط أكثر من الذين يشعرون بالتهديد ويتوقعون الخطر كذلك فهم

يشعرون بالإيجابية، وينظرون للحياة على أنها مليئة بالخبرات المشوقة كما أنهم يسعون إلى التغيير ولديهم القدرة على تحقيق الأهداف (Kobasa and Pucceti,1983).

#### ٤-٣-٣ المستوى التعليمي:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way anova)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٤-١١)، وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (٤-١١) نتائج تحليل التباين الأحادي (one way anova) للفروق في مستوى

الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

الأبعاد	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الالتزام	بين المجموعات	٨٥٩,٢٨١	٢	٤٢٩,٦٤٠	١٦,٢٧١	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٦١٢٥,٨٥١	٢٣٢	٢٦,٤٠٥		
	المجموع	٦٩٨٥,١٣٢	٢٣٤			
التحكم	بين المجموعات	١١٢٣,١٣٧	٢	٥٦١,٥٦٩	٢١,٠٩٤	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٦١٧٦,٤٦٣	٢٣٢	٢٦,٦٢٣		
	المجموع	٧٢٩٩,٦٠٠	٢٣٤			
التحدي	بين المجموعات	٢٠٦٢,٢٢١	٢	١٠٣١,١١١	٣٥,١١٣	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٦٨١٢,٧٤٠	٢٣٢	٢٩,٣٦٥		
	المجموع	٨٨٧٤,٩٦٢	٢٣٤			
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	بين المجموعات	١١٦١٤,٢٦٤	٢	٥٨٠٧,١٣٢	٣٨,٣٠٠	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٣٥١٧٦,٥٢٨	٢٣٢	١٥١,٦٢٣		
	المجموع	٤٦٧٩٠,٧٩١	٢٣٤			

يتضح من خلال الجدول (٤-١١) أن هناك فروقًا ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير المستوى التعليمي، ولمعرفة اتجاه

الفروق ولصالح أي فئة من فئات متغير المستوى التعليمي، تم استخدام اختبار أقل فرق معنوي (LSD)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (٤-١٢)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-١٢) اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير المستوى التعليمي (ن=٢٣٥)

الأبعاد	العمر	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	غير متعلم	ثانوي فأقل	جامعي فأكثر
الالتزام	غير متعلم	٦٣	٣٤,٢١	٤,٩٧	-		**٥,٤٥-
	ثانوي فأقل	١١٩	٣٦,٤٧	٥,٤٦		-	**٣,١٩-
	جامعي فأكثر	٥٣	٣٩,٦٦	٤,٥٤	**٥,٤٥	**٣,١٩	-
التحكم	غير متعلم	٦٣	٣١,٢١	٥,٦٤	-		**٦,٢١-
	ثانوي فأقل	١١٩	٣٣,٥٦	٥,٢٢		-	**٣,٨٥-
	جامعي فأكثر	٥٣	٣٧,٤٢	٤,٣٥	**٦,٢١	**٣,٨٥	-
التحدي	غير متعلم	٦٣	٢٥,٤٤	٥,٢٤	-		**٨,٤٢-
	ثانوي فأقل	١١٩	٢٩,٨٧	٥,٦١		-	**٣,٩٩-
	جامعي فأكثر	٥٣	٣٣,٨٧	٥,١٩	**٨,٤٢	**٣,٩٩	-
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	غير متعلم	٦٣	٩٠,٨٦	١١,٨٨	-		**٢٠,٠٩-
	ثانوي فأقل	١١٩	٩٩,٩١	١٣,١٦		-	**١١,٠٤-
	جامعي فأكثر	٥٣	١١٠,٩٤	١٠,٧٣	**٢٠,٠٩	**١١,٠٤	-

\*\* دال عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من خلال الجدول (٤-١٢)، والذي يُبين نتائج المقارنات البعدية لمتوسطات درجات مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلابة النفسية باختلاف متغير المستوى التعليمي، حيث يتضح أن الفروق جاءت بين المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر) والمرضى من المستويات التعليمية الأخرى (غير متعلم - ثانوي فأقل)، وذلك لصالح المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر) بمتوسط حسابي (٣٩,٦٦) لُبعد الالتزام، و بمتوسط حسابي (٣٧,٤٢) لُبعد التحكم، و بمتوسط درجات (٣٣,٨٧) لُبعد التحدي، و بمتوسط حسابي (١١٠,٩٤) للدرجة الكلية للصلابة النفسية، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر) لديهم مستوى أعلى من الصلابة النفسية.

وقد اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة الشمري (٢٠١٤م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية باختلاف متغير المستوى التعليمي، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة نورة الدامر (٢٠١٤م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابات بالسرطان باختلاف متغير المستوى التعليمي، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة منيرة آل حمود (٢٠١٥م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى السجناء باختلاف متغير المستوى التعليمي، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير المستوى التعليمي.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الخبرة التعليمية للأفراد تعكس مزيداً من الوعي النفسي والاجتماعي لهم، فتمتع الفرد بمستوى تعليمي مرتفع (جامعي فأكثر) يُساهم في زيادة وعيه بقدراته وإمكاناته العملية والاجتماعية، وبالتالي زيادة قدرته على التعامل بإيجابية مع الضغوط المختلفة التي قد يتعرض لها، إضافة إلى زيادة قدرته على الوفاء بالتزاماته المختلفة سواء كانت عملية أو اجتماعية، وهذا يتفق مع ما توصل إليه كوبازا وبوكيتي (Kobasa and Puccetti ١٩٨٣م) في أن الأشخاص الأكثر شعوراً بالالتزام (تجاه أنفسهم والآخرين والقيم) هم أكثر صحة نفسية من الأشخاص الذين يشعرون بالاغتراب وذلك عند مواجهتهم للضغوط فالأشخاص الذين يشعرون بالالتزام لديهم قيم ويشعرون بالالتزام والمسؤولية تجاه ذواتهم وتجاه الآخرين ولديهم أهداف يسعون إلى تحقيقها ويحققونها تحت الضغوط، كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه نموذج فنك (funk ١٩٩٢م)، حيث توصل فنك إلى ارتباط الالتزام بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستخدام استراتيجيات التعايش الفعال خاصة استراتيجية ضبط الانفعال، كما ارتبط بعد التحكم إيجابياً بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف على أنه أقل مشقة، واستخدام استراتيجية حل المشكلات للتعايش.

#### ٤-٣-٤ الحالة الاجتماعية:

وللتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent Sample T-Test)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٤-١٣)، وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (٤-١٣) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test)

للفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الالتزام	متزوج	١٣٤	٣٧,٤٩	٥,٢٦	٢,٩٨٩	٠,٠٠٣
	غير متزوج	١٠١	٣٥,٣٨	٥,٥٢		
التحكم	متزوج	١٣٤	٣١,١٦	٥,٦٢	٤,٧٢٣	٠,٠٠١
	غير متزوج	١٠١	٢٧,٥٠	٦,٢٥		
التحدي	متزوج	١٣٤	٣٤,٧٥	٥,٢٠	٣,٠٤٤	٠,٠٠٣
	غير متزوج	١٠١	٣٢,٥٤	٥,٨٥		
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	متزوج	١٣٤	١٠٣,٤٠	١٣,٢٩	٤,٤٥٦	٠,٠٠١
	غير متزوج	١٠١	٩٥,٤٢	١٤,٠١		

يتضح من خلال الجدول (٤-١٣) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، وذلك لصالح المرضى المتزوجين بمتوسط حسابي (٣٧,٤٩) لبعدهم الالتزام، وبمتوسط حسابي (٣١,١٦) لبعدهم التحكم، وبمتوسط درجات (٣٤,٧٥) لبعدهم التحدي، وبمتوسط حسابي (١٠٣,٤٠) للدرجة الكلية للصلابة النفسية، وتُشير النتيجة السابقة إلى أن المرضى المتزوجين لديهم مستوى أعلى من الصلابة النفسية.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة هويدة محمود (٢٠١٢م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى طلاب الدبلوم المهنية بكلية التربية باختلاف متغير الحالة الاجتماعية لصالح أفراد الدراسة من المتزوجين، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ربا التويجري (٢٠١٨م) والتي توصلت إلى وجود فروق

ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري باختلاف متغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة الشمري (٢٠١٤م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة منيرة آل حمود (٢٠١٥م) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى السجانات باختلاف متغير الحالة الاجتماعية.

وتعزو الباحثة ذلك إلى الدعم الذي يوفره الجو الأسري للفرد متمثل في الزوج والزوجة، حيث أشار مخيمر (٢٠١٢م) إلى أن الزواج والمساندة النفسية من العوامل التي تساهم في سلامة الأداء النفسي وتزيد من قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة والتعامل مع التوتر الناتج عن الضغوط.

٤-٤ نتائج الدراسة المتعلقة بالفرض الرابع والذي ينص على: " يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية".

وللتعرف على ما إذا كانت هناك إمكانية للتنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية، تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول رقم (٤-١٤)، وذلك على النحو التالي:

جدول (٤-١٤) تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression) لمدى إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية (ن=٢٣٥)

(الاكتئاب)					(الصلابة النفسية)
مستوى المعنوية	قيم ت	قيم بيتا	الخطأ المعياري	قيمة B	
٠,٠٠١	١٨,٨١١		٣,٨٤٦	٧٢,٣٤٣	الثابت
٠,٠٠١	٣,٢٦٥-	٠,٢١٠-	٠,١٢٤	٠,٤٠٣-	الالتزام
٠,٠٠١	٣,٦٠٨-	٠,٢٢٥-	٠,١١٧	٠,٤٢٣-	التحكم
٠,٠٠١	٦,٠٣٩-	٠,٣٦٠-	٠,١٠٢	٠,٦١٥-	التحدي
٠,٠٠١	١٣,١٢٨-	٠,٦٥٢-	٠,٠٣٧	٠,٤٨٥-	الدرجة الكلية للصلابة النفسية
معامل التحديد = ٠,٤٢٢			مستوى دلالتها = ٠,٠٠١		قيمة ف = ٥٨,٠٣٩

يتضح من خلال الجدول رقم (٤-١٤) أنه يُمكن القول أن نموذج تحليل الانحدار المتعدد للعلاقة بين الصلابة النفسية والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي يتمتع بمعنوية إحصائية



مرتفعة، وذلك وفق ما تشير له قيمة اختبار "F" (٥٨,٠٣٩)، ومستوى دلالتها (٠,٠٠١) وهي أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha = ٠,٠٥$ ) مما يعني أن النموذج بمتغيراته المستقلة صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع، كما يُشير معامل التحديد R2 (٠,٤٢٢) أن الصلابة النفسية مسؤولة عن تفسير ما يقارب من (٤٢,٢%) من التباين في الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، وباقي النسبة تعود لعوامل أخرى.

وبإمعان النظر في القيم الإحصائية في الجدول (٤-١٤) نجد أن هناك تأثير واضح للدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعادها الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) على مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، حيث بلغت قيمة (ت) لُبعد الالتزام (-٣,٢٦٥) بمستوى دلالة (٠,٠٠١)، ولُبعد التحكم (-٣,٦٠٨) بمستوى دلالة (٠,٠٠١)، ولُبعد التحدي (-٦,٠٣٩) بمستوى دلالة (٠,٠٠١)، وللدرجة الكلية للصلابة النفسية (-١٣,١٢٣) بمستوى دلالة (٠,٠٠١)، وتُشير النتيجة السابقة إلى أنه يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

وتعزو الباحثة ذلك إلى الدور الهام للصلابة النفسية في حماية ووقاية الإنسان من مشاكل نفسية خصوصًا إذا كان الفرد يعاني من مرض مزمن أو ضغوطات حياتية أو صراعات؛ حيث أن إصابة الفرد بمرض مثل الفشل الكلوي قد يؤثر بصورة كبيرة على النواحي النفسية فتعمل الصلابة النفسية على مساعدة الفرد على التكيف مع الظروف الضاغطة والأمراض مهما كانت شديدة (مخيمر، ١٩٩٧م).

## الفصل الخامس

خلاصة الدراسة وأهم النتائج والتوصيات  
والمقترحات

## الفصل الخامس

### خلاصة الدراسة وأهم النتائج والتوصيات والمقترحات

يشتمل هذا الفصل على عرض لأبرز النتائج التي تم التوصل إليها، والتوصيات المقترحة في ضوء تلك النتائج.

#### ٥-١ خلاصة الدراسة:

احتوت الدراسة على خمسة فصول بالإضافة إلى المراجع والملاحق، وتناول الفصل الأول كمدخل للدراسة مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها، والتساؤلات التي تجيب عنها، وأهم المصطلحات التي استخدمتها الباحثة في دراستها، كما تناولت الباحثة في هذا الفصل مفاهيم الدراسة وحددت أهداف دراستها، والتي تمثلت في التعرف على العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، وكذلك التعرف على الفروق بين مرضى الفشل الكلوي في مستوى الاكتئاب والصلابة النفسية باختلاف متغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)، والتعرف على إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية؛ ولتحقيق هذه الأهداف سعت الدراسة إلى الإجابة على الفروض التالية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الاكتئاب الصورة الثانية BDI-II تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس-العمر-المستوى التعليمي-الحالة الاجتماعية).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض على مقياس الصلابة النفسية تعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (الجنس-العمر-المستوى التعليمي-الحالة الاجتماعية).
- يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

أما الفصل الثاني فقد ناقش الإطار النظري للدراسة كما اشتمل على الدراسات السابقة للدراسة وقامت الباحثة بالتعقيب عليها.

وتناول الفصل الثالث منهجية الدراسة وإجراءاتها، وقد استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وأوضحت مجتمع الدراسة المستهدف والمتمثل في مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، وقد بلغت عينة الدراسة (٢٣٥) مريض/ة، تم اختيارهم بالطريقة العمدية (القصدية) وبينت الباحثة أدوات الدراسة المستخدمة والمتمثلة في مقياسي (الاكتئاب، الصلابة النفسية)، كما أوضحت بعد ذلك إجراءات صدق وثبات أداة الدراسة، كما تم تحديد الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات الدراسة.

أما الفصل الرابع فقد تناول عرض وتحليل نتائج الدراسة متناولاً التحقق من فرضياتها ومناقشة نتائجها، وربطها مع نتائج الدراسة السابقة، وفي الفصل الخامس من هذه الدراسة قامت الباحثة بتلخيص الدراسة، وعرض أهم نتائجها، واقتراح أبرز توصياتها.

## ٢-٥ نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج نوجزها فيما يلي:

١- أن هناك علاقة عكسية (سلبية) ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين الدرجة الكلية للاكتئاب وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي - الوجداني، الجانب الجسدي)، والدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحدي، التحكم) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

٢- أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي - الوجداني، الجانب الجسدي) باختلاف متغير الجنس، وذلك لصالح المرضى الإناث.

٣- لا توجد هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في الجانب المعرفي - الوجداني لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض باختلاف متغير العمر.

٤- أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض والبعد الفرعي (الجانب الجسدي) باختلاف متغير العمر، وذلك لصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (٦١ سنة فما فوق).

٥- أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الجانب المعرفي - الوجداني، الجانب الجسدي) باختلاف متغير المستوى التعليمي، وذلك لصالح المرضى ممن مستواهم التعليمي (غير متعلم).

٦- أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض والبعد الفرعي المتمثل في (الجانب المعرفي - الوجداني) باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، وذلك لصالح أفراد الدراسة من غير المتزوجين.

٧- لا توجد هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد الدراسة حول الجانب الجسدي للاكتئاب باختلاف متغير الحالة الاجتماعية.

٨- أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير الجنس، وذلك لصالح المرضى الذكور.

٩- أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير العمر، وذلك لصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (٤١-٦٠ سنة).

١٠- أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير المستوى التعليمي، وذلك لصالح المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر).

١١- أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض وأبعاده الفرعية المتمثلة في (الالتزام، التحكم، التحدي) باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، وذلك لصالح المرضى المتزوجين.

١٢- يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض من الصلابة النفسية.

### ٣-٥ توصيات الدراسة:

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها توصي الباحثة بما يلي:

١- ضرورة توفير الرعاية لمرضى الفشل الكلوي ومحاولة توسيع مجال الخدمة المقدمة لهم لتشمل الجوانب الجسدية والنفسية والروحية والاجتماعية من قبل فريق متعدد التخصصات وزيادة المساهمة الفعالة وذات الأهمية من قبل الاختصاصيين النفسيين في الدور العلاجي وتقديم الرعاية التلطيفية لهؤلاء المرضى.

٢- ضرورة العمل على التثقيف النفسي الصحي لمرضى الفشل الكلوي وأسرهم بتقديم المعلومات الخاصة بالمرض والعلاجات اللازمة واستراتيجيات المواجهة للتوافق مع المرض وبخاصة غير المتعلمين منهم وكبار السن.

٣- بناء وتقديم برامج إرشادية وتثقيفية تتعلق بتوجيه مرضى الفشل الكلوي إلى كيفية التعامل مع آثار المرض.

٤- ضرورة دعم البرامج والمؤسسات الخيرية والجمعيات العاملة برعاية مرضى الفشل الكلوي بإبراز نشاطها ودورها في خدمة المرضى وتوعيتهم.

٥- تقديم جلسات العلاج الجمعي النفسي لزيادة الثقة والتفاؤل لدى مرضى الفشل الكلوي وتشجيعهم بوضع أهداف خاصة تتعلق بنمط حياة جديد يتناسب مع حالتهم مثل التغذية والتمارين الرياضية.

٦- تعزيز الأخصائيين النفسيين لمستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي، وذلك من خلال توعيتهم بقدرتهم على التعامل مع المرض، والبعد عن التفكير السلبي.

#### ٥-٤ مقترحات الدراسة:

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها تقدم الباحثة بعض المقترحات لدراسات مستقبلية، كما يلي:

١- إجراء دراسة تناول الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات مثل (الصلابة المرتبط بالصحة، الصلابة الأسرية، الاضطرابات النفسعصبية، جودة الحياة، وجهة الضبط، السلوك الصحي) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

٢- إجراء دراسة تناول الصلابة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل (أساليب مواجهة الضغوط، قلق الموت، الاضطرابات النفسعصبية، التدخين، الرضا عن الحياة) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

- ٣- إجراء دراسة تتناول الاكتئاب وعلاقته بمتغيرات ديموغرافية أخرى لم تتناولها الدراسة مثل: (المستوى الاقتصادي، مدة الإصابة) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.
- ٤- إجراء دراسة تتناول الصلابة النفسية وعلاقتها بمتغيرات ديموغرافية أخرى لم تتناولها الدراسة مثل: (المستوى الاقتصادي، مدة الإصابة) لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.

المراجع



## المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار. (١٩٩٨م). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- إبراهيم، عبد الستار. (٢٠٠٨م). الاكتئاب والكدر النفسي فهمه وأساليب علاجه. القاهرة: دار الكتب.
- أبو حلاوة، محمد السعيد. (٢٠١٤م). علم النفس الإيجابي: ماهيته ومنطلقاته النظرية وآفاقه المستقبلية. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، (٣٤). مسترجع من: [http:// arabpsynet.com/INDEX.Ar.ASP](http://arabpsynet.com/INDEX.Ar.ASP).
- أبو حمد، فوزية. (٢٠١٠م). المشاكل النفسية للطفل: أسبابها وطرق معالجتها. الزرقاء: دار ومكتبة الأمير للنشر والتوزيع.
- أبو رية، سامي. (٢٠٠٢م). الفشل الكلوي، الوقاية والعلاج. القاهرة: دار المعارف.
- أبو فايد، ريم. (٢٠١٠م). فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أبو ندى، عبد الرحمن. (٢٠٠٧م). الصلابة النفسية وعلاقتها بضغط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر. رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، القاهرة.
- آل حمود، منيرة. (٢٠١٥م). الصلابة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات والرضا الوظيفي لدى السجناء. رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- بارلو، ديفيد. (٢٠٠٢م). مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- برسوم، رشاد. (١٩٩٥م). الكلى كيف نرعاها ونداويها. مصر: مركز الأهرام للنشر.
- بركات، آسيا. (٢٠٠٠م). العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- بشرى، صمويل. (٢٠٠٧م). الاكتئاب والعلاج بالواقع. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- البوعينين، ابتسام. (٢٠١٢م). دور المساندة الأسرية في تحقيق التكيف الاجتماعي لمريض الفشل الكلوي. رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، الرياض.
- التويجري، أسماء. (٢٠٠٩م). المشكلات التي تواجه مريضات الفشل الكلوي المزمن وتصور مقترح من منظور نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد في مواجهتها. رسالة ماجستير، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
- التويجري، ربا. (٢٠١٨م). الاكتئاب وعلاقته بالصلابة والضغط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني بمستشفيات مدينة الرياض. رسالة ماجستير، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
- الجوهر، ميرفت. (٢٠١١م). الاكتئاب وعلاقته بوجهة الضبط لدى المترددين على العيادات النفسية من الجنسين. بحث تكميلي لنيل الماجستير، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
- جيهان، حمزة. (٢٠٠٢م). دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل. رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، مصر.
- الحسن، إحسان. (٢٠٠٨م). علم الاجتماع الطبي. الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

- الحويلة، أمثال وعياد، فاطمة وشويخ، هناء والرشيد، ملك والحمدان، نادية. (٢٠١٧م). علم النفس المرضي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الخميس، خالد. (٢٠١١م). علم النفس الدوائي والأدوية النفسية "للأخصائيين النفسيين". الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الدامر، نورة. (٢٠١٤م). الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض. رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- الدريشي، مريم. (٢٠١٥م). واقع الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في الرعاية التلطيفية. رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، الرياض.
- الدليم، فهد وعبد السلام، فاروق ومهنى، يحيى والفته، عبد العزيز. (١٩٩٣م). مقياس الاكتئاب. الطائف: مستشفى الصحة النفسية بالطائف.
- راضي، زينب. (٢٠٠٨م). الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الرفاعي، غزة. (٢٠٠٣م). الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها. رسالة دكتوراه، جامعة الحلوان، القاهرة.
- زهران، حامد. (٢٠٠٥م) الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- سرحان، وليد والخطيب، جمال وحباشنة، محمد. (٢٠٠٣م). سلوكيات الاكتئاب. الأردن: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- سلامة، ممدوحة. (١٩٩١م). المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية، ٤(١)، ٤٧٥-٤٩٦.
- سليمان، إيناس. (٢٠٠٨م). فعالية برنامج إرشادي لتنمية الصلابة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، مصر.
- سيد، الحسين. (٢٠١٢م). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، مكة.
- الشاذلي، عبد الحميد. (١٩٩٩م). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. القاهرة: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.
- شرقي، وهيبه. (٢٠١٥م). الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان. رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- الشمري، ماجد. (٢٠١٧م). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الاكتئاب الإكلينيكي لمرضى مستشفى الصحة النفسية بجفر الباطن. رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- الشمري، محمد. (٢٠١٤م). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية. رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- الشهري، محمد. (٢٠٠٧م). الرعاية التلطيفية. الرياض: مؤسسة الجريسي للنشر.
- شويخ، هناء. (٢٠٠٩م). برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية والفسيكولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي. الإسكندرية: دار الوفاء للطباعة والنشر.

- ظهاوي، نور الهدى. (٢٠١٥م). الصلابة النفسية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى المصاب بداء السكري دراسة ميدانية بولاية بسكرة والوادي. رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- عبدالصمد، فضل. (٢٠٠٢م). الصلابة النفسية وعلاقتها بالوعي الديني ومعنى الحياة لدى عينة من طلاب الدبلوم العام بكلية التربية بالمينا. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، ١(٧)، ١-٤٢.
- العزام، زياد. (٢٠١٤م). الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد. رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، الأردن.
- العساف، صالح. (٢٠٠٣م). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. الرياض: دار الزهراء.
- العفيفي، عبد الحكيم. (١٩٩٠م). الاكتئاب والانتحار. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- عكاشة، أحمد. (١٩٩٨م). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- العززي، محمد. (٢٠٠٩م). الكشف عن الاكتئاب لدى مرضى السكري والأصحاء بمحافظة القريات في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، الأردن.
- العززي، مها. (٢٠١٣م). فاعلية برنامج إرشادي باللعب لتخفيف مستوى الاكتئاب لدى أطفال مرضى الفشل الكلوي بمدينة الملك عبد العزيز الطبية للحرس الوطني بمدينة الرياض. رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- العويس، عبد الله والحسيني، عبد العزيز والمسبحي، وليد. (٢٠١٥م). الفشل الكلوي. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- غريب، عبد الفتاح. (٢٠٠٠م). المواصفات السيكو مترية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب BDII-II في البيئة المصرية. دراسات نفسية، ١٠(٤)، ١-٢٩.
- غريب، عبد الفتاح. (٢٠٠٧م). الاضطرابات الاكتئابية التشخيص عوامل الخطر النظريات والقياس. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٧(٥٦)، ١٤-٤٦.
- الغزالي، محمد. (٢٠١٥م). تغذية مرضى الكلى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- غنيم، لمى. (٢٠١٥م) اضطراب الوجدان الاكتئاب. مجلة الإرشاد النفسي، ٣(٤٣)، ٤٢٩-٤٤٨.
- فرحان، أحمد. (٢٠١٢م). الاكتئاب وطرق علاجه. الرياض: دار الزهراء.
- القحطاني، فاطمة. (٢٠١٤م). أساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة أهما. رسالة ماجستير، جامعة الملك خالد، أهما.
- القذافي، رمضان. (١٩٩٨م). الصحة النفسية والتوافق. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- القريطي، عبد المطلب. (٢٠٠٣م). في الصحة النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- كراملينغز، كيث. (٢٠٠٢م). حول الاكتئاب. بيروت: الدار العربية للعلوم.
- كفافي، علاء الدين. (١٩٩٨م). الثقافة والمرض النفسي. مجلة علم النفس، ٦(٤٦)، ٦-٣٧.
- الدحياني، سامي. (١٩٩٦م). مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية "مكة- جدة - الطائف". رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- محمود، هويدة. (٢٠١٢م). الصلابة النفسية وإدارة الذات وعلاقتها بالصحة النفسية والنجاح الأكاديمي في ضوء بعض المتغيرات لدى طلاب الدبلوم المهنية بكلية التربية. دراسات عربية في علم النفس، ١١(٣)، ٥٤١-٦١٨.

- مخيمر، عماد. (١٩٩٦م). إدراك القبول/الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة. *مجلة دراسات نفسية*، ٦(٢)، ٢٧٥-٢٩٩.
- مخيمر، عماد. (١٩٩٧م). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين الضغوط وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٧(١٧)، ٦-١٠.
- مخيمر، عماد. (٢٠١٢م). استبيان الصلابة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- المركز السعودي لزراعة الأعضاء. (٢٠١٧م). *التقرير السنوي*. المملكة العربية السعودية: المركز السعودي لزراعة الأعضاء.
- المريمي، الصديق. (٢٠١٢م). الصلابة النفسية وأساليب مواجهة الضغوط الحياتية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة الليبيين. بحث مقدم لدورية كلية الآداب، جامعة بنغازي، ليبيا.
- المشعان، عويد. (٢٠١٠م). علاقة الصلابة النفسية بالشكاوى البدنية والعصبية والأمل لدى الطلبة والطالبات في جامعة الكويت. *دراسات نفسية*، ٢٠(٤)، ٦٥٦-٦٨٩.
- المشوح، سعد. (٢٠١٥م). فعالية الذات وعلاقتها بالاكتئاب لدى المصابين بالفشل الكلوي في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. *مجلة العلوم الإنسانية والإدارية*، ١(٧)، ١-٤٢.
- المطيري، جومانة. (٢٠١٣م). *الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي في ضوء كل من مدة الإصابة ونوع المعالجة المستخدم*. رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، الرياض.
- معمريه، بشير. (٢٠٠٠م). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. *مجلة علم النفس*، ١(٥٣)، ٥٣-٥٦.
- المفرجي، سالم والشهري، عبد الله. (٢٠٠٨م). الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة. *مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية*، ٢(١٩)، ١٤٩-٢٠٦.
- مقداي، يوسف، والإبراهيم، أسماء. (٢٠١٤م). الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات في دور الرعاية في الأردن. *مجلة المنارة*، ٢٠(٢)، ٣١٧-٣١٨.
- المهداوي، عبد الله. (٢٠١٠). *معنى الحياة والمساندة الاجتماعية وتوكيد الذات وبعض الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب لدى المصابين في الحوادث المرورية بمنطقة مكة المكرمة*. رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- موسى، رشاد. (٢٠٠١م). *أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
- نوار، شهرزاد وزكري، نرجس. (٢٠١٦م). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، ٢(٢)، ٨٥-١٠٨.
- اليحفوفي، نجلاء. (٢٠٠٣م). *الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية لدى طلاب الجامعة اللبنانيين*. *المجلة التربوية*، ١٨(٦٩)، ١٢٠-١٥٥.

- Abo Rukba, R. (2005). **The Relationship between psychological hardiness and mental health among mothers of children with Down syndrome**. Master Research, Al-Quds University, Jerusalem.
- Akman B, Uyar M, Afsar B, Sezer S, Ozdemir FN, Haberal .(2007). Adherence, depression and Quality of life on renal transplantation waiting list. **Transplant International**, 20(8)682-687.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM –5**. Arlington: VA.
- Baykan, H., Yagric, I. (2012). Depression, anxiety Disorders, Quality of Life and Stress Coping strategies in Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. **Bulletin of Clinical Psychopharmacology**, 1(2), 167-176.
- Beck, A. (1979). **Cognitive theory of depression**. New York: Guilford press.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A30 - year retrospective. **American Psychologist**, 61(3), 194-198.
- Beck, A., Steer, R., &Brown, G. (1996). **Manual for Beck Depression Inventory –II**. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1989). **Life events and illness**. New York: Guilford.
- Burger, J.M. (1992). **Desire for control; Personality, social, and clinical perspective**. New York: Plenum Press.
- Charney DS, Reynolds CF, Lewis L. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance Consensus Statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorder in late life. **Archives of General Psychiatry**, 60(6), 664-672.
- Chen, C., Tsai, Y., Hsu, H., Wu, I., Sun, C., Chou, C. et al. (2010). Depression and suicide risk on hemodialysis patients with chronic renal failure. **Psychosomatics**, 51 (6), 516-528.
- Cole, M., Field, H. & Harris, S. (2004). Student learning Motivation and Psychological Hardness: Interactive Effect on Student's Reactions to a Management Class. **Academy of Management Learning and Education**, 3(1), 64-85.
- Compton, S. N. (2004). Cognitive-behavioral Psychotherapy for anxiety and Depressive disorder in children and adolescents: an evidence-based medicine review. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 43(8), 930-959.
- Crowley, B.J., Bert, H & Juliann, H. (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. **Journal of adult development**, 10(4), 237-248.
- Daugirdas, J., Ing, T., & Blake, P. (2000). **handbook of dialysis**. New York: NY.
- David, W. (2000). Dimensionality of hardiness and its role in the stress-distress relationship among Chinese adolescents in Hong Kong. **Journal of youth and adolescence**, 29 (2), 147-161.
- Dogaheh R. E.; Khaledian M.; Arya R. A. (2014). The relationship of psychological hardiness with emotional intelligence and workaholism. Iranian. **Journal of clinical Psychology**, 2(1), 2322-1585.
- Egede, L. (2006). Disease-focused or integrated treatment: diabetes and depression, **Medical Clinics**, 90(4), 627-646.
- Einwohner, R., Bernardini, J., Fried, L., & Piraino, B. (2004). The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. **Peritoneal Dialysis international**, 24(3), 256-263.
- Funk, S. C. (1992). Hardiness; A review of theory and research. **Health Psychology**, 11 (5), 335-345.

- Gerson, M. (1998). **The relationship between hardiness, coping skills and stress in graduate students.** Published Ph.D, UMI.
- Gilboe, M. F. & Cohen, J.A. (2000). **A model of commitment, Challenge and Control.** In: Rice, V.H. (Eds.), **Handbook of stress, coping and health, Implication for nursing research, theory and practice,** (425-439), California: Thousand Oaks.
- Green, L. S., Oades, L. G., Grant, A. M. & Rynsaard, D. S.(2007). Cognitive-Behavioral, Solution-focused life coaching: Enhancing goal Striving, Well-being and hope. **Journal of positive Psychology,** 1(3), 142-149.
- Halgin, P. &Whitbourn, S.K. (1993). **Abnormal Psychology, The Human Experience of psychology Disorder** New York: Harcourt Brace College Publishers.
- Harrington, R. (1998). Systematic review of efficacy of cognitive behavior therapies on childhood and adolescent depressive disorder. **Br. Med. J,** 316 (7144), 1559-1563.
- Hautzinger, M. & de Jung Meyer, R. (1994). **Depression.** In: Reinecker, H.(Hrsg.). **Lehrbuch der Klinischen psychologie- modelle sychischer stoerungen,** (177-218),Goettingen, Hogrefe. Verlag fuer Psychologie.
- Hedayati S, Abu Minhajuddin RT, Rush J. (2008). Depression predicts initiation of dialysis hospitalization and death in chronic kidney disease patient. **J Am Soc Nephro,** 1(19)769.
- Helen, D.J. (1999). Hardiness; IIs it still a valid concept. **The educational resources information center,** 12 (18), 1-22.
- Hemate, Z., Alidosti, M.(2013). The relationship of depression with restless leg syndrome in hemodialysis patient's dialysis centers in Chaharmahal and Bakhtiari 2011. **Iranian Journal of Nursing and midwifery research.** 18(6), 511.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. **Psychological Science in the Public Interest,** 3(3), 39-77.
- Hull, J. G., Treuren, R. R., &Virnelli, S. (1987). Hardiness and health. A critique and alternative approach. **Journal of Personality and Social Psychology,** 53(3), 518-530.
- Jalali S.; Amargan H. (2015). Study of the relationship between psychological hardiness and creativity with job stress in personal of emergency social services of Golestan Province. **Indian Journal of Fundamental and Applied Sciences,** 5 (2), 1671-1679.
- Johnson, J.H. & Sarason, I. G. (1979). Life stress, depression and anxiety: Internal-External control as a moderator variable. **Journal of Psychosomatic Research,** 22 (6), 148-288.
- Keltner, D., &Kring, A. M. (1998). Emotion, social function, and psychopathology. **Review of General Psychology,** 2(2), 320-342.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. **American Journal of Psychiatry,** 163(3), 109-114.
- Keskin, G & Engin, E. (2011). The evaluation of depression, suicidal ideation and coping strategies in hemodialysis patients with renal failure. **Journal of Clinical Nursing,** 65(5), 2721-2732.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **Journal of the American Medical Association,** 289(23), 3095-3105.
- Kimmel, P. (2000).Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. **Am J Kidney Dis,** 35(4), 132-140.
- Kimmel, P., &Peterson, R., (2005). Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. **Kidney Int,** 18(2), 7-91.

- Kinder, R. A. (2005). Psychological hardiness in women with paraplegia. **The official journal of the association of rehabilitation nurses**, 30 (2), 68-72.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, Personality and health: An inquiry into hardiness. **Journal of Personality and social Psychology**, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers. **Journal of Personality and Social Psychology**, 45(4), 839-850.
- Kobasa, S., Maddi, S. R., Puccetti, M & Zola, M. (1985). Effectiveness of Hardiness exercise and social support as resources against illness. **Journal of Personality and Social Psychology**, 29(5), 525-533.
- Kobasa, S.E & Puccetti, M.C. (1983). Personality and Social resource in Stress resistance. **Journal of Personality and Social Psychology**, 45(4), 839-850.
- Lefourt, H.M., Martin, R.A & Saleh, W.E (1984). Locus of Control and Social Support: Interactive Moderators of Stress. **Journal of Personality and Social Psychology**, 47(2), 378-389.
- Lewinsohn, P. M. (1987). Recall of parental behavior by acute depressive, remitted depressives, and nondepressives. **Journal of Personality and Social Psychology**, 52(2). 611-619.
- Lightsey, O.R. (1994). Resilience Coping, and happiness; An Exploratory study. Paper presented at the Annual American Educational Research Association (AERA) Conference, New Orleans, Louisiana, USA.
- Long, P. (1997): **Depression: Quick reference guide, detection, diagnosis, and treatment**, Agency for health care policy and research (AHCPR).
- Lysaght M. (2002). Maintenance dialysis population dynamics: current trends and long-term implications. **Journal of the American Society of Nephrology**, 13(1), 37-40.
- Maddi, S. R. (1999). Twenty years of hardiness research and practice. **American psychological association**, 47(8), 1-8.
- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness; Twenty years of theorizing, research and practice. **Consulting psychology journal**, 54 (3), 173-185.
- Maddi, S.R. (2006). Hardiness; The courage to grow from stresses. **Journal of positive psychology**, 1 (3), 160-168.
- Maddi, S.R., Brow, M., Koshaba, D. M & Vaitkus, M. (2006). Relationship of Hardiness and Religiousness to Depression Anger. **Consulting Psychology Journal: Practice Research**, 58(3), 148-161.
- Maddi, S., & Kobasa, D.M. (1994). Hardiness and Mental health. **Journal of Personality Assessment**, 63(2), 265-274.
- March, S. Silva. (2004). Fluoxetine, Cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression Study (TADS) randomized controlled trial. **JAMA**, 292 (7), 807-820.
- McFarlane, P. A., Bayoumi, A.M., Pierratos, A., & Redelmeier, D.A. (2013). The quality of life and cost utility of home nocturnal and conventional in-center hemodialysis. **Kidney Int**, 64 (3), 1004-1011.
- Miura, H.; Kitagami, T. and Otha, T. (1999). Application of the Zung Self-rating depression scale to patients before and after introduction to hemodialysis. **Psychiatry & Clinical Neurosciences**, 1(3), 381-385.
- Morgan, Krejcie. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. **Educational and psychological measurement**, 30(3), 607-610.
- Mosalanejad, L., Koolae, A., Jamali, S.(2012). Effect of group cognitive behavioral therapy on hardiness and coping strategies among infertile women receiving assisted reproductive therapy. **Iranian Journal Psychiatry behave Sciences**, 6(2), 16-22.

- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Overland, S., Prince, M., Dewey, M., & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: The HUNT study. **British Journal of Psychiatry**, 195(2), 118-125.
- National Kidney Foundation. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease evaluation, classification, and satisfaction. **Am J Kidney Dis**, 2002(39), 1-266.
- Patel, S. (2002). Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in patients treated with hemodialysis. **American Journal of Kidney Diseases**, 40(5), 1013-1022.
- Paula, K. & McCoy, B. A. (2001). **Psychological hardiness and biochemical markers acute stress**, University of north Texas.
- Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic; a motivating factor in adaptation. **Journal of Advances in nursing sciences**, 11 (2), 53-62.
- Quitkin, F. M., Endicott, J. & Wittchen, H. -U (1998). **Depression und andere Affektive Stoerungen**. In: Wittchen, H. -U. (Hrsg). **Handbouch Psychische Stoerungen**, (118-141), Weinheim, Psychologie Verlags Union. 2. Auflage.
- Raz, Y. & Solomon, Z. (2006). Psychological adjustment of Melanoma survivor: the contribution of Hardiness, Attachment, and cognitive Appraisal. **Journal of Individual Differences**, 27(3), 172-182.
- Ricardo, A. (2010). Depression and Chronic Kidney Disease. **Journal of Kidney**, 19(4), 172-174.
- Sayin, A., Mutluay, R., & Sindel, S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. **Transplant pros**, 39(10), 3047-3053.
- Schulz R, Drayer RA, and Rollman BL. (2002) Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. **Biological Psychiatry**, 52(3), 205-225.
- Sheppard & Kashani., (1991). The relationship of hardiness, gender and stress to health outcomes in adolescents. **Journal of Personality**, 59(4), 747-768.
- Sigud W. Hysted. (2012). Exploring Gender Equivalence and Bias in a Measure of Psychological Hardiness. **International Journal of psychological Studies**, 4 (11). 15-61.
- Sinclair, R.R & Tetrick, L. E. (2000). Implication of item wording for hardiness structure relationship with neuroticism and stress buffering. **Journal of research in personality**, 34 (1), 1-25.
- Stek N.(2014). Stress-Hardiness: The path to resilience for lawyers. **New Jersey Lawyers Assistance Program**.
- Studzinska, M. & Koslak, A. (2011). Depression symptoms among patients with end stage renal disease and among primary health care patients. **Archives of psychiatry and Psychotherapy**, 13(3), 5-10.
- Sullivan, E. E., Neale, M. C, & Kindler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, 157(7), 1552-1562.
- United States Renal Data System. (2005). USRDS 2005 annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States. **York Academy of Sciences**, 932, 132-147.
- Wiebe, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation; A test of proposed mechanisms. **Journal of personality & social psychology**, 60 (1), 89-99.
- World Health Organization,(2013). **Annual Data Report for Renal Disease**. Geneva: W.H.O .
- Zahid, S., Asghar, B., & Claussen, A. (2008). Depression and diabetes in rural community in Pakistan. **Diabetes Research and Clinical practice**, 79(1), 124-127.



الملاحق

ملحق رقم (١)  
خطاب تسهيل المهمة



جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية  
رقم الصادر: ٨٢٦٤  
تاريخها: ١٤٢٨/٠٨/٢١  
إرسالها: ١٤٢٨/٠٨/٢١  
المرفقات: اوراق  
رمز الجهة: ٠٢٣

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المملكة العربية السعودية  
وزارة التعليم العالي  
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية  
وكيل الجامعة  
للدراستات العليا والبحث العلمي



الموضوع:

**تسهيل مهمة**

سعادة المشرف العام على مركز الملك سلمان لأمراض الكلى حفظه الله  
سعادة المدير العام التنفيذي للمدينة الطبية بجامعة الملك سعود حفظه الله  
سعادة المدير التنفيذي للشؤون الأكاديمية بمدينة الملك فهد الطبية حفظه الله  
سعادة المدير التنفيذي لمركز الملك عبد الله السالمى للأبحاث الطبية حفظه الله  
سعادة المدير العام لبرنامج مستشفى قوى الأمن بالرياض حفظه الله  
سلام عليكم ورحمة الله وبركاته .. أما بعد :

فأشير إلى خطاب سعادة عميد البحث، العلمي بالجامعة ذي الرقم ٨٢٦٧٥ وتاريخ ١٤٢٨/٧/٢٣هـ المبني على خطاب سعادة عميد كلية العلوم الاجتماعية برقم ٨٢٦٧٥ وتاريخ ١٤٢٨/٧/٢٣هـ والمشار فيه إلى رغبة الدارسة بقسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية: إيلاف بنت محمد بن عبدالعزيز الغفيلي بإجراء دراسة بعنوان " الاكتئاب وعلاقته بالصلافة النفسية لدى المصابين بالفشل الكلوي" استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس.

ونظراً لأن موضوع البحث يتطلب إجراء دراسة ميدانية والحصول على بيانات علمية لذا أمل تسهيل مهمتها لتطبيق أداة الدراسة وتزويدها بالبيانات اللازمة. والله يحفظكم ويرعاكم.  
والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

وكيل الجامعة  
للدراستات العليا والبحث العلمي

د. محمود بن سليمان آل محمود

ملحق رقم (٢)

أسماء المحكمين

## أسماء المحكمين

م	الإسم	الرتبة العلمية	جهة العمل
١	أ.د عويد بن سلطان المشعان	أستاذ	جامعة الكويت
٢	أ.د فهد بن عبدالله الدليم	أستاذ	جامعة الملك سعود
٣	أ.د فهد بن عبدالله الربيعه	أستاذ	جامعة الملك سعود
٤	أ.د محمد بن مترك القحطاني	أستاذ	جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
٥	أ.د يحيى بن عبدالله الرافي	أستاذ	جامعة الملك خالد
٦	د. الجوهرة المرشود	أستاذ مشارك	جامعة القصيم
٧	د. علي بن محمد الوليدي	أستاذ مشارك	جامعة الملك خالد
٨	د.محمد بن سعيد الحيدري	أستاذ مشارك	جامعة الملك سعود

ملحق رقم (٣)  
استمارة البيانات الأولية

## استمارة البيانات الأولية

أخي الكريم/ أختي الكريمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

تسأل الباحثة الله لكم العون والعافية، وترجو منكم كرمًا تعبئة الاستبيان المرفق والذي يعتبر جزءًا من دراسة تجريها في الوقت الحالي لنيل درجة الماجستير من جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

وتهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض، ونجاح هذا العمل يتوقف على مدى تعاونكم وفي سبيل ذلك تتوقع منكم المساهمة والتكرم بالإجابة على الأسئلة المتضمنة في الاستبيان بكل موضوعية، علمًا بأن هذه المعلومات ستحظى بالعناية والاهتمام وستستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

الاسم (اختياري): .....

الجنس:

ذكر

أنثى

العمر:

من ٢٠ إلى ٤٠ سنة

من ٤١ إلى ٦٠ سنة

٦١ سنة فما فوق

المستوى التعليمي:

غير متعلم

ثانوي فأقل

جامعي فأكثر

الحالة الاجتماعية:

متزوج

غير متزوج

الباحثة

ملحق رقم (٤)

مقياس الاكتئاب في صورته الأولية



## مقياس الاكتئاب

### التعليمات:

تتضمن هذه القائمة (٢١) مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها (٠) أو (١) أو (٢) أو (٣) وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائمًا عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم (١٦) المتعلقة بـ (تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم (١٨) المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية).

١	الحزن	٠- لا أشعر بالحزن ١- أشعر بالحزن معظم الوقت. ٢- أشعر بالحزن طوال الوقت. ٣- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.
٢	التشاؤم	٠- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي. ١- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت. ٢- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. ٣- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءاً.
٣	الفشل السابق	٠- لا أشعر بأني شخص فاشل. ١- لقد فشلت أكثر مما ينبغي. ٢- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. ٣- أشعر بأني شخص فاشل تماماً.
٤	فقدان الاستمتاع بالحياة	٠- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. ١- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. ٢- أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. ٣- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.
٥	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	٠- لا أشعر بالذنب. ١- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. ٢- أشعر بالذنب في معظم الأوقات. ٣- أشعر بالذنب في كل الأوقات.
٦	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	٠- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى. ١- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلاً للعقاب أو للأذى. ٢- أشعر بأني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو للأذى. ٣- أشعر بأني سوف أتعرض دائماً للعقاب أو للأذى.
٧	عدم حب الذات	٠- شعوري نحو نفسي عادي. ١- فقدت الثقة في نفسي. ٢- أصبت بخيبة أمل في نفسي. ٣- لا أحب نفسي.
٨	نقد الذات ولومها	٠- لا أنقد ولا ألوم نفسي. ١- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. ٢- أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي. ٣- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.
٩	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	٠- ليس لدي أي أفكار للانتحار. ١- لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها. ٢- أريد أن أنتحر. ٣- قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.
١٠	البكاء	٠- لا أبكي أكثر مما تعودت. ١- أشعر بالرغبة في البكاء. ٢- أبكي أكثر مما تعودت. ٣- أبكي بكثرة جداً.

١١	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	٠- أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية. ١- أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت. ٢- أتهدج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا. ٣- أتهدج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.
١٢	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	٠- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. ١- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. ٢- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. ٣- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.
١٣	التردد في اتخاذ القرارات	٠- اتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها. ١- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. ٢- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. ٣- لا أستطيع اتخاذ القرارات.
١٤	انعدام القيمة	٠- لا أشعر أنني عديم القيمة. ١- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. ٢- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. ٣- أشعر أنني عديم القيمة تماما.
١٥	فقدان الطاقة على العمل	٠- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت. ١- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. ٢- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. ٣- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.
١٦	تغيرات في نظام النوم	٠- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي. أ١- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. ب١- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما أ٢- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير. ب٢- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير. أ٣- أنام معظم اليوم. ب٣- أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.
١٧	القابلية للغضب أو الانزعاج	٠- أغضب بدرجة عادية. ١- أغضب أكبر مما تعودت. ٢- أغضب أكبر بكثير مما تعودت. ٣- أكون في حالة غضب طول الوقت.
١٨	تغيرات في الشهية	٠- لم يحدث أي تغير في شهيتي. أ١- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما ب١- شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما أ٢- شهيتي أقل كثيرا مما تعودت. ب٢- شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت. أ٣- ليست لدي شهية على الإطلاق. ب٣- لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.
١٩	صعوبة التركيز	٠- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. ١- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. ٢- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. ٣- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
٢٠	الإرهاق أو الإجهاد	٠- لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت. ١- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. ٢- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. ٣- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.
٢١	فقدان الاهتمام بالجنس	٠- إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. ١- أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. ٢- أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. ٣- فقدت الاهتمام بالجنس تماما.

ملحق رقم (٥)

مقياس الاكتتاب في صورته المعدلة النهائية

## مقياس الاكتئاب

### التعليمات:

تتضمن هذه القائمة (٢٠) مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها (٠) أو (١) أو (٢) أو (٣) وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائمًا عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم (١٦) المتعلقة بـ (تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم (١٨) المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية).

١	الحزن	٠- لا أشعر بالحزن ١- أشعر بالحزن معظم الوقت. ٢- أشعر بالحزن طوال الوقت. ٣- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.
٢	التشاؤم	٠- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي. ١- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت. ٢- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. ٣- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءاً.
٣	الفشل السابق	٠- لا أشعر بأني شخص فاشل. ١- لقد فشلت أكثر مما ينبغي. ٢- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. ٣- أشعر بأني شخص فاشل تمامًا.
٤	فقدان الاستمتاع بالحياة	٠- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. ١- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. ٢- أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. ٣- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.
٥	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	٠- لا أشعر بالذنب. ١- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. ٢- أشعر بالذنب في معظم الأوقات. ٣- أشعر بالذنب في كل الأوقات.
٦	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	٠- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى. ١- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى. ٢- أشعر بأني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى. ٣- أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.
٧	عدم حب الذات	٠- شعوري نحو نفسي عادي. ١- فقدت الثقة في نفسي. ٢- أسببت بخيبة أمل في نفسي. ٣- لا أحب نفسي.
٨	نقد الذات ولومها	٠- لا أنقد ولا ألوم نفسي. ١- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. ٢- أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي. ٣- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.
٩	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	٠- ليس لدي أي أفكار للانتحار. ١- لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها. ٢- أريد أن أنتحر. ٣- قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.
١٠	البكاء	٠- لا أبكي أكثر مما تعودت. ١- أشعر بالرغبة في البكاء. ٢- أبكي أكثر مما تعودت. ٣- أبكي بكثرة جدا.

١١	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	٠- أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية. ١- أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت. ٢- أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا. ٣- أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.
١٢	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	٠- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. ١- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. ٢- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. ٣- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.
١٣	التردد في اتخاذ القرارات	٠- اتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها. ١- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. ٢- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. ٣- لا أستطيع اتخاذ القرارات.
١٤	انعدام القيمة	٠- لا أشعر أنني عديم القيمة. ١- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. ٢- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. ٣- أشعر أنني عديم القيمة تماما.
١٥	فقدان الطاقة على العمل	٠- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت. ١- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. ٢- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. ٣- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.
١٦	تغيرات في نظام النوم	٠- لم يحدث لي أي تغيير في نظام نومي. أ١- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. ب١- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما أ٢- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير. ب٢- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير. أ٣- أنام معظم اليوم. ب٣- أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.
١٧	القابلية للغضب أو الانزعاج	٠- أغضب بدرجة عادية. ١- أغضب أكبر مما تعودت. ٢- أغضب أكبر بكثير مما تعودت. ٣- أكون في حالة غضب طول الوقت.
١٨	تغيرات في الشهية	٠- لم يحدث أي تغيير في شهيتي. أ١- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما ب١- شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما أ٢- شهيتي أقل كثيرا مما تعودت. ب٢- شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت. أ٣- ليست لدي شهية على الإطلاق. ب٣- لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.
١٩	صعوبة التركيز	٠- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. ١- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. ٢- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. ٣- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
٢٠	الإرهاق أو الإجهاد	٠- لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت. ١- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. ٢- يعوّقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. ٣- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.

ملحق رقم (٦)  
مقياس الصلابة النفسية

## مقياس الصلابة النفسية

### التعليمات:

أمامك عدد من العبارات التي تمثل رؤيتك لذاتك في مواجهة عدد من المواقف. والمطلوب منك:

أن تقرأ كل عبارة بعناية ثم تضع علامة (✓) في إحدى الخانات الثلاث المقابلة للعبارة:

- فإذا كانت العبارة تنطبق عليك دائمًا فضع علامة (✓) تحت خانة تنطبق دائمًا
- وإذا كانت العبارة تنطبق عليك أحيانًا فضع علامة (✓) تحت خانة تنطبق أحيانًا
- وإذا لم تنطبق العبارة عليك دائمًا فضع علامة (✓) أمام لا تنطبق أبدًا.

ونأمل ألا تترك عبارة واحدة دون أن تجيب عليها مع ملاحظة أنه لا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة تعتبر صحيحة عندما تعبر عن حقيقة ما تشعر به تجاه المعنى الذي تتضمنه العبارة.

ولك الشكر.

م	العبارة	تنطبق دائمًا	تنطبق أحيانًا	لا تنطبق أبدًا
١	مهما كانت العقبات فإنني أستطيع تحقيق أهدافي.			
٢	أأخذ قراراتي بنفسى ولا أئمل على من مصدر خارجي.			
٣	أعتقد أن متعة الحياة وإثارتها تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها.			
٤	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم.			
٥	عندما أضع خطتي المستقبلية غالبًا ما أكون متأكدًا من قدرتي على تنفيذها.			
٦	أقتحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها.			
٧	معظم أوقات حياتي تضيق في أنشطة لا معنى لها.			
٨	نجاحي في أموري (دراسة-عمل ... إلخ) يعتمد على مجهودي وليس على الحظ أو الصدفة.			
٩	لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة ما لا أعرفه.			
١٠	أعتقد أن لحياتي هدفًا ومعنى أعيش من أجله.			
١١	الحياة فرص وليست عمل وكفاح.			
١٢	أعتقد أن الحياة المثيرة هي التي تتطوي على مشكلات أستطيع أن أواجهها.			
١٣	لدي قيم ومبادئ معينة ألتزم بها وأحافظ عليها.			
١٤	أعتقد أن الفشل يعود إلى أسباب تكمن في الشخص نفسه.			
١٥	لدي قدرة على المثابرة حتى أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني.			
١٦	لا يوجد لدي من الأهداف ما يدعو للتمسك بها أو الدفاع عنها.			
١٧	أعتقد أن كل ما يحدث لي غالبًا هو نتيجة تخطيطي.			
١٨	المشكلات تستنفذ قواي وقدرتي على التحدي.			
١٩	لا أتردد في المشاركة في أي نشاط يخدم المجتمع الذي أعيش فيه.			
٢٠	لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ.			

م	العبارة	تنطبق دائماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق أبداً
٢١	أشعر بالخوف والتهديد لما قد يطرأ على حياتي من ظروف وأحداث.			
٢٢	أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة.			
٢٣	أعتقد أن الصدفة والحظ يلعبان دوراً هاماً في حياتي.			
٢٤	عندما أحل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى.			
٢٥	أعتقد أن "البعد عن الناس غنيمة".			
٢٦	أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي.			
٢٧	أعتقد أن مواجهة المشكلات اختبار لقوة تحملي وقدرتي على المثابرة.			
٢٨	اهتمامي بنفسي لا يترك لي فرصة للتفكير في أي شيء آخر.			
٢٩	أعتقد أن سوء الحظ يعود إلى سوء التخطيط.			
٣٠	لدي حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي.			
٣١	أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يخدم أسرتي أو مجتمعي.			
٣٢	أعتقد أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع لي.			
٣٣	أبادر بمواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها.			
٣٤	أهتم كثيراً بما يجري حولي من قضايا وأحداث.			
٣٥	أعتقد أن حياة الأفراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها.			
٣٦	الحياة الثابتة والسكنة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي.			
٣٧	الحياة بكل ما فيها لا تستحق أن نحياها.			
٣٨	أؤمن بالمثل الشعبي "قيراط حظ ولا فدان شطارة".			
٣٩	أعتقد أن الحياة التي لا تنطوي على تغيير هي حياة مملة وروتينية.			
٤٠	أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين وأبادر بمساعدتهم.			
٤١	أعتقد أن لي تأثيراً قوياً على ما يجري حولي من أحداث.			
٤٢	أتوجس من تغيرات الحياة فكل تغيير قد ينطوي على تهديد لي ولحياتي.			
٤٣	أهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن.			
٤٤	أخطط لأموال حياتي ولا أتركها تحت رحمة الصدفة والحظ والظروف الخارجية.			
٤٥	التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح.			
٤٦	أغير قيمتي ومبادئني إذا دعت الظروف لذلك.			
٤٧	أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث.			