

تاريخ استقبال المقال: 2017/04 /30 تاريخ قبول نشر المقال: 2017/05 /10 تاريخ نشر المقال: 2017/09/01

المعاش النفسي لدى المسن المصاب بداء القصور الكلوي دراسة ميدانية بمركز تصفية الدم بالوادي

د.سامية عدانكه جامعة الوادي - الجزائر

Samiasamia444@yahoo.fr

الملخص:

سعيانا في دراستنا الحالية الى استكشاف نوعية الحياة لدى المسنين المرضى المزمنين ممثلين بمرضى العجز الكلوي و كذا استكشاف مستوى كل من الكفاءة الذاتية المدركة ، الدعم الاجتماعي المدرك و الكرب النفسي و مقارنتها بمستويات كل منها لدى المسنين الاصحاء ممثلين بعينة من 100 مسن مصاب بالعجز الكلوي و 100 مسن من الاصحاء و باستعمالنا لكل من مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية WHOQOL Bref و مقياس الكرب النفسي GHQ12 و مقياس الدعم الاجتماعي ل Zimet و مقياس الكفاءة الذاتية ل Schwarzer وقد تحصلنا على مجموعة من النتائج سنذكرها بالتفصيل في الدراسة.

Abstract:

مقدمة:

يمر الإنسان خلال حياته بمراحل نمو متتالية تبدأ بالطفولة مروراً بالمرحلة والشباب والكهولة وصولاً إلى مرحلة الشيخوخة. ولكل مرحلة احتياجاتها ومتغيراتها ومشكلاتها التي تزداد تعقيداً وحساسية مع التقدم في العمر. وإن أهم ما يميز مرحلة الشيخوخة التغيرات البيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية وكثرة أمراض المسن وانخفاض دخله. ويترتب على هذه التغيرات المفاجئة حمول جسمي وعقلي يترافق مع حدوث قلق¹.

وإذا كان الناس لا يختلفون في إدراكهم لضرورة الرعاية والاهتمام بالأطفال حتى يشبو، فإنهم من الضروري أن يدركوا أهمية ذلك بالنسبة للمسنين، سواء على مستوى الأفراد والأسر أو على مستوى المجتمع ومؤسساته. لأن مرحلة الشيخوخة يضعف فيها الفرد، وتنقص فعاليته وتنخفض قدراته البدنية والعقلية، ويكون معرضاً لكثير من المشكلات الجسمية والنفسية والاجتماعية، ويكون بالتالي معرضاً أكثر إلى اضطرابات جسمية ونفسية، مما يجعله في حاجة شديدة إلى الرعاية الشاملة جسمياً ونفسياً واجتماعياً.

ويشكل مرض القصور الكلوي أحد أخطر الأمراض وأكثرها انتشاراً بين جموع المسنين ومرض القصور الكلوي هو عبارة التدهور والإنقاص المستمر والنهائي لوظائف الكلية الخارجية والداخلية، ويظهر خصوصاً من خلال تناقص التصفية لجزئيات الكلية مع زيادة في مواد اليوري والكوياتين في الدم، وهذا ما يؤدي إلى العجز الكلوي المزمن (المرحلة النهائية) كما يعرف العجز الكلوي المزمن على أنه هبوط أو انخفاض مفاجئ أو تطوري لعمل جزئيات الكلية ويصاحب ذلك انعكاسات:

- تراكم المواد السامة والفضلات
- اضطراب في العمليات الأيضية
- زيادة مفرطة للبيوتاسيوم في الدم
- انخفاض حجم البول أقل من 400 مل في اليوم أو اختفاؤه تماماً.

وينعكس العجز الكلوي المزمن سلبيًا على عدد من أجهزة الجسم الأخرى مثل: الجهاز الدوري والتنفسي والغدي وحتى على الجانب النفسي والعقلي². وعادة ما يصاحب هذا المرض الجسمي تغيرات في شتى مناحي حياة المسن بصفة خاصة وأسرته بصفة عامة وهو ما ستحاول هذه الورقة البحثية تناوله بالدراسة.

1- الإشكالية:

يعتبر العجز الكلوي المزمن من الأمراض الشائعة والمنتشرة إذ يشكل أحد اهتمامات الصحة العمومية، لاسيما علاجه الذي يتطلب توفير وسائل وتقنيات طبية عديدة ومكلفة، كما يتطلب كفاءات طبية وشبه طبية عالية. ولعل أحد علاجات العجز الكلوي، تصفية الدم عن طريق الآلة Hemodialyse. يصاحب هذا العلاج مضاعفات عديدة على المستوى الجسمي والنفسي والاجتماعي حيث تظهر بعض الأمراض مثل: أمراض القلب، التنفس، الهضم، العظام والمفاصل، الغدد، اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب، مشاكل اجتماعية كالطلاق، فقدان الدور الاجتماعي، إن المرض الكلوي وعلاجه أذن يخلفان

آثاراً عضوية ، نفسية و اجتماعية في حياة المريض إلا انه هناك عوامل أخرى تتداخل مع بعضها البعض و تؤثر بدورها على الحياة النفسية للمريض كالملائمة و إدراك المرض و الدعم الاجتماعي و غيرها. و قد أرادت الباحثة استكشاف أهم هذه العوامل و مدى تأثيرها على حياة المريض من خلال محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:

2- تساؤلات الدراسة:

- ما مستوى نوعية الحياة لدى المسنين المرضى و الأصحاء؟
- ما مستوى الكفاءة الذاتية المدركة لدى كل من المسنين المرضى و الأصحاء؟
- ما مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى كل من المسنين المرضى و الأصحاء؟
- ما مستوى الكرب النفسي لدى كل من المسنين المرضى و الأصحاء ؟

3- الفرضيات:

- نتوقع انخفاض نوعية الحياة لدى المسنين المرضى
- نتوقع انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية المدركة لدى المسنين المرضى المزمنين مقارنة بالمسنين الأصحاء
- نتوقع ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المسنين المرضى المزمنين مقارنة بالمسنين الاصحاء
- نتوقع ارتفاع مستوى الكرب النفسي لدى المسنين المرضى المزمنين مقارنة بالمسنين الأصحاء

4- أهمية الدراسة:

ترى الباحثة ان أهمية الدراسة الحالية تظهر فيما يلي:
ان قضية المسنين ليست مسألة فردية تخص المسن نفسه فحسب بل هي قضية اجتماعية و إنسانية و قضية المجتمع بأكمله.
تكون هذه الدراسة قاعدة علمية بحثية للانطلاق منها الى بحوث قادمة للتكامل مع بعضها لكشف باقي المعاش النفسي و السمات الشخصية للمسنين.
تسليط الضوء و الكشف على المعاش النفسي للمسنين المصابين بداء القصور الكلوي و هذا ما يساعد على فهم نفسية المسن و كيفية التعامل معه من قبل القائمين على رعايته.

5- أهداف الدراسة:

يهدف البحث الحالي الى:

- التعرف بهذه الفئة من المجتمع و التعرف على معاناتهم الجسمية و النفسية و الاجتماعية.
- القاء الضوء على المتغيرات الفاعلة في نوعية حياة المسنين المرضى و الاصحاء مما يتيح للأطباء و النفسانيين و المكلفين برعايتهم من تعديل تدخلاتهم لتحسين التكفل بهم.
- المساهمة في اثراء التصور النظري الذي يفسر السلوك المرضي لدى المرضى العضويين عامة و بالتحديد مرضى العجز الكلوي المزمّن و الخاضعين لتصفية الدم.

6- مفاهيم متغيرات الدراسة:

6-1- المسنين: هي مرحلة عمرية من مراحل النمو لها مظاهرها البيولوجية و النفسية و الاجتماعية. فهي الفترة التي يحدث خلالها ضعف و انهيار في الجسم و اضطراب في الوظائف العقلية. و يصبح الفرد اقل كفاءة و ليس له دور محدد، و منسحب اجتماعيا، و سيء التوافق و منخفض الدافعية³. و يعرفه **كمال يوسف بلان** على انه الشخص الذي تجاوز الستين من عمره و يزداد اعتماده على غيره بازدياد تراجع وظائفه الجسدية و النفسية و الاجتماعية، و يختلف هذا تبعا لشخصية المسن و المعايير الاجتماعية و الثقافية السائدة في المجتمع.⁴

6-2- العجز الكلوي المزمن: يعرف العجز الكلوي المزمن على انه التدهور و الانقاص المستمر و النهائي لوظائف الكلية الخارجية و الداخلية، و يظهر خصوصا من خلال تناقص التصفية لجزيئات الكلية مع زيادة في مواد اليوري و الكوياتين في الدم، و هذا ما يؤدي الى العجز الكلوي المزمن (المرحلة النهائية) كما يعرف العجز الكلوي المزمن على انه هبوط او انخفاض مفاجئ او تطوري لعمل جزيئات الكلية و يصاحب ذلك انعكاسات:

- تراكم المواد السامة و الفضلات
- اضطراب في العمليات الابضية
- زيادة مفرطة للبتواسيوم في الدم
- انخفاض حجم البول اقل من 400 مل في اليوم او اختفاؤه تماما.

ويعكس العجز الكلوي المزمن سلبا على عدد من اجهزة الجسم الاخرى مثل: الجهاز الدوري و التنفسي و الغددي و حتى على الجانب النفسي و العقلي.⁵

6-3- الكفاءة الذاتية المدركة: يعرف **Bandura (2001، 1997)** الكفاءة الذاتية بانها القدرة على توقع نتائج السلوك حيث يشعر الفرد بالتحكم في الموقف و قدرته على ضبط سلوكه حسب الموقف. و تعرف الكفاءة الذاتية في دراستنا بانها ادراك الفرد و قدرته على التحكم في المواقف المختلفة و ثقته بنفسه في مواجهة المشاكل و الاحداث التي يتعرض لها سواء المتوقعة بفعالية حيث يجد حلولا لأغلبها. و قد اعتمد في هذا المتغير مقياس الكفاءة الذاتية المدركة ل **schwa**

6-4- الدعم الاجتماعي المدرك: هو مورد نفسي يحدد بإدراكات الفرد تجاه نوعية العلاقات الاجتماعية

6-5- الكرب النفسي: يعرف **Ross و Mirowsky (2002)** الكرب النفسي بكونه حالة من المعاناة الوجدانية تتميز بأعراض اكتئابيه ك فقدان الاهتمام بالملذات و الحزن و التشاؤم و القلق و الانشغال و الاحساس الدائم بالتوتر. و هو ما يقيسه مقياس الصحة العامة **GHA12** و هو من أهم الادوات التي اعتمدها منظمة الصحة العالمية في استكشاف الكرب النفسي خاصة في الرعاية الالوية.

6-6- نوعية الحياة: يرى **spitz (1999)** أن مفهوم نوعية الحياة يختلف باختلاف الباحثين، لذلك ارتأينا في دراستنا اعتماد الخلفية النظرية التي يقوم عليها تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، حيث تعرفها بانها " ادراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته و نظامه القيمي المرتبط بأهدافه و توقعاته و معاييرها و مخاوفه" كما يقيسها **WHOQOL BREF** في دراستنا **(WHO 1999)**

الجانب الميداني:

- 1- **المنهج:** استخدمت الباحثة المنهج الوصفي و الذي يعد مناسباً لأغراض هذا البحث، و هو المنهج الذي يعد أحد أشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم لظاهرة أو مشكلة محددة و تصويرها كميًا عن طريق جمع البيانات و المعلومات عن الظاهرة و تحليلها و تصنيفها.⁶
- 2- **مجتمع الدراسة:** يمثل مجتمع البحث الفئة من المجتمع او الجماعة التي يستهدف البحث دراستها و الخروج بنتائج منها.⁷ و يتمثل مجتمع الدراسة الحالية في المسنين بولاية الوادي .
- 3- **عينة الدراسة:** تمثل العينة مجموعة من الافراد الذين يتم سحبهم من المجتمع الاصلي للدراسة بحيث تكون العينة ممثلة للمجتمع من خلال تمثيل الصفات و الخصائص بين أفرادها و أفراد مجتمع البحث. فالعينة يجب ان تكون انعكاسا شاملا لصفات و خصائص مجتمع الدراسة.⁸
- 4- **أدوات الدراسة:**

4-1- **مقياس نوعية الحياة: WHOQOL BREF** أنشأت منظمة الصحة العالمية مقياسا عالميا لقياس نوعية الحياة المرتبط بالصحة و يتكون من 100 بند WHOQOL100 ، و الذي اختصر فيما بعد الى **WHOQOL Bref** المكون من 26 بندا و قد تمت ترجمته من قبل **زعطوط و فقيه (2009)** و قاما بالتأكد من خصائصه السيكومترية و مدى مناسبته للمجتمع الجزائري ، و قاما بحساب الصدق بواسطة طريقة الاتساق الداخلي للاختبار و ذلك بحساب الارتباط بين درجة البند و الدرجة الكلية للمقياس حيث وصل الى 0.67 ، أما الثبات فقد تم استعمال التجزئة النصفية حيث وصل معامل الارتباط بعد التصحيح الى 0.94 ، و بطريقة الفا حيث وصلت قيمة المعامل الى 0.74 لذا يمكننا الاطمئنان لخصائص هذا المقياس.

4-2- **مقياس الدعم الاجتماعي المدرك: Perceived Social Scale** انشأ **Zimet** و زملائه سنة 1988 و هو متعدد الابعاد على أساس أنه يقيس أنواع الدعم، و مصادر الدعم مثل العائلة و الاصدقاء و الأشخاص المميزين في حياة الفرد.

و قد قام الباحث **زعطوط 9** بترجمة المقياس من لغته الاصلية الانجليزية الى العربية و كذا من نسخته الفرنسية، بمساعدة متخصصين في اللغتين، كما قام بالترجمة العكسية من العربية الى الفرنسية للتأكد من تطابق المعاني. و مع ان بنود المقياس تبدو متحررة من التحيز الثقافي ، حيث ثبت صدق المقياس و ثباته في الدراسات السابقة ، حيث وصل معامل الارتباط بطريقة اعادة التطبيق الى 0.76 و تم التأكد من صدقه عن طريق التحليل العاملي الا ان زعطوط قام بالتأكد منها في دراسة مستقلة حيث وصل معامل الارتباط بين التطبيق الاول و الثاني الى 0.60 و هو دال عند 0.01 كما وصلت قيمة (ت) المحسوبة في المقارنة الطرفية الى 12.9 و هي دالة عند درجة حرية 26 مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

يتكون المقياس من 12 بندا يجاب عليها بطريقة ليكرت من معارض تماما الى موافق تماما و من درجة الى خمس درجات على اساس 5 بدائل.

4-3- **مقياس توقع الكفاءة الذاتية العام: Seif Efficacy Scale** يتكون المقياس في نسخته الالمانية لسنة 1981 من 20 بندا، قام بإنشائه **Schwarzer** لقياس الكفاءة الذاتية و تم اختصاره سنة 1995 الى

10 بنود كما هي في المقياس الذي اعتمدها في دراستنا. و يجاب عليها بطريقة ليكرت (لا، نادرا، غالبا، دائما) بدرجات مقابلة من 1 الى 4 بدرجات دنيا و قصوى (10-40) ووصلت قيمة الاتساق الداخلي ما بين 0.75 و 0.91 مما يدل على صدقه، كما وصلت معاملات الارتباط لدى اعادة التطبيق 0.67 مما يدل على ثباته.

4-4- مقياس الكرب النفسي: **General Health Questionnaire** وضعه **Goldberg** و كانت صيغته الاصلية من 60 بندا ثم ظهرت صيغ مختصرة مثل GHQ30 و GHQ28 و GHQ12 و هذه الصيغة الاخيرة هي المستعملة في دراستنا. و يتكون من 15 بندا على شكل أسئلة يجاب عنها بطريقة ليكرت (أفضل من العادة، أقل من العادة بقليل، أقل من العادة بكثير) ووصلت قيمة معامل ارتباطه 0.83 و هو ارتباط دال موجب مما يدل على ثبات المقياس و تم قياس الصدق عن طريق المقارنة الطرفية و كان الفرق دالا بين المتوسطين (ت:10.76) عند مستوى 0.01 مما يدل على الصدق التمييزي للاستبيان.

5- نتائج الدراسة:

5-1- نتائج الفرضية الاولى: تشير الفرضية الاولى الى توقع انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى المسنين المرضى ممثلين بمرضى العجز الكلوي، مقارنة بالأصحاء و يلخص الجدول التالي النتائج:

جدول رقم (01): مستوى نوعية الحياة لدى المسنين المرضى و الاصحاء

العينة	نوعية الحياة المنخفضة	نوعية الحياة المتوسطة	نوعية الحياة المرتفعة
المسنين المصابين بالعجز الكلوي 100	27%	42%	31%
المسنين الاصحاء 100	2%	65%	33%

اعتمادا على درجات مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة الصيغة المختصرة، فان 27 % من أفراد عينة الدراسة من المسنين المصابين بالعجز الكلوي يعانون من نوعية حياة منخفضة (اقل من او يساوي 60 درجة) في حين أن 42 % لديهم نوعية حياة متوسطة (اكبر من 60 و اصغر من او يساوي 94 درجة) و بلغت نسبة الذين يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة 31%(اكبر من 94 درجة) و قد بلغ متوسط العينة في نوعية الحياة 79 درجة بانحراف معياري ± 16.5 .

أما لدى المسنين الاصحاء فان 2 % فقط يعاني من انخفاض مستوى نوعية الحياة، في حين أن 65% لديهم مستوى متوسطا، و 33 % يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة. وقد بلغ متوسط العينة في نوعية الحياة 90.58 درجة بانحراف معيار وصل الى ± 12.8 .

و قد وافقت نتيجتنا دراسة **Pacian (2012)** و زملائها الذين استعملوا نفس المقياس ووصلوا الى نتيجة مفارقة ايضا على عينة من 50 مريضة بالسرطان الثدي تراوحت اعمارهن ما بين 45-65 سنة تحت العلاج ، حيث كان إدراكهن لنوعية الحياة مرتفعا خاصة لدى المتعلقات العازيات اللاتي يعشن في الريف. و توافق نتائج دراستنا ما اتى به زعطوط اذ اثبتت دراسته اهمية عامل السن في تقييم نوعية الحياة اضافة الى عامل مهم و هو ارتباط نوعية الحياة بادراك الفرد لمكانته في الحياة، في سياق ثقافته و قيمه و أهدافه

و توقعاته و معاييرها كما تقيسها مقارنة منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، ولاشك أن ذلك الإدراك نتيجة لمتغيرات وسيطية مثل التدخين، و الدعم الاجتماعي و إدراك الكفاءة الذاتية، مروراً بالقدرة على التقدير المعرفي و الحكم الصائب على خبرة الحياة اليومية في محصلة الوجدانات السالبة و الموجبة المرتبطة بظروف الحياة الموضوعية، و قبلها بالخصائص الثابتة نسبياً التي نكتسبها من الوراثة و البيئة معا كالطبع و المزاج و الشخصية، بل و الاداء الفيزيولوجي الذي يجمع بين سمات أجهزة متعددة عصبية و نفسية ، متأثرة بمستويات التوازن لدى الكائن الحي مرتبطة حسب المقاربة البيئية التي تنطلق أساساً من المستوى الفيزيائي و الكيميائي ثم البيولوجي فالنفسى و الاجتماعي ثم الروحي.

2-5- نتائج الفرضية الثانية: تشير الفرضية الثانية الى توقع انخفاض الكفاءة الذاتية المدركة لدى المسنين المرضى ممثلين بمرضى العجز الكلوي، مقارنة بالأصحاء و استناداً الى درجات مقياس الكفاءة الذاتية ل **Schwartz** يمكننا تلخيص النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (02): مستوى الكفاءة الذاتية لدى المسنين المرضى و الاصحاء

العينة	كفاءة ذاتية منخفضة (0-20)	كفاءة ذاتية مرتفعة (25-40)
مسنى بالعجز الكلوي 100	27%	73%
المسنين الاصحاء 100	15%	85%

نلاحظ من الجدول ان ما يفوق ربع المسنين المصابين بالعجز الكلوي (27%) يعانون من كفاءة ذاتية مدركة منخفضة مقارنة ب (15%) من الاصحاء ، و استناداً الى الاختبارات الاحصائية للفروق بين نسبتي (باستعمال القيمة الحرجة عند 0.05) أو اختبار الفروق بين المتوسطات، نلاحظ وجود فرق دال احصائياً بين المسنين المرضى و الاصحاء في مستوى الكفاءة الذاتية المدركة المنخفض لصالح المرضى، في حين لم تظهر فروق بين المرضى و الاصحاء في مستوى الكفاءة الذاتية المدركة المرتفعة. أما النسبة المرتفعة للكفاءة الذاتية لدى المرضى و الاصحاء (73%، 85%) تعود في رأينا الى المتغيرات الوسيطة الاخرى مثل التدخين و حداثة المرض و ارتفاع كفاءة التقييم المعرفي . تشير نتائج الفرضية الثانية الى ان ما يفوق ربع المرضى يعانون من كفاءة ذاتية منخفضة و أن الفرق بينهم و بين الاصحاء دال، لذلك يمكن اعتبار الفرضية الثانية متحققة جزئياً.

3-5- نتائج الفرضية الثالثة: تشير الفرضية الى ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المسنين المصابين بالعجز الكلوي مقارنة بالأصحاء و استناداً الى مقياس **Zimet** للدعم الاجتماعي المدرك يمكننا تلخيص النتائج:

جدول رقم (03): مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المسنين المرضى و الاصحاء

العينة	دعم اجتماعي مدرك منخفض (0-24)	دعم اجتماعي مدرك مرتفع (25-40)
مسنى العجز الكلوي 100	22%	78%
المسنين الاصحاء 100	25%	75%

نلاحظ من خلال الجدول ان نسبة 22% لدى المسنين المرضى و 25% لدى الاصحاء يقيمون الدعم الاجتماعي المقدم لهم بطريقة سلبية، في حين أن ما يقارب 80% من الفئتين تترك هذا الدعم بصورة ايجابية، ولا توجد فروق دالة احصائيا بين هذه النسب لدى الفئتين و هو ما لا يتوافق و توقعنا في هذه الفرضية .

4-5- نتائج الفرضية الرابعة: نتوقع حسب هذه الفرضية ارتفاع نسبة الذين يعانون من كرب نفسي من بين المسنين المصابين بالعجز الكلوي مقارنة بالمسنين الاصحاء. و استنادا الى دلالة سلم الدرجات يمكننا تلخيص النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (04): مستوى الكرب النفسي لدى المسنين المرضى و الاصحاء

العينة	خالون من الكرب	كرب نفسي متوسط	كرب نفسي مرتفع
مسنى العجز الكلوي 100	47%	35%	18%
المسنين الاصحاء 100	72%	17%	11%

و نلاحظ من خلال الجدول أن 47% من المسنين المصابين بالعجز الكلوي لا يعانون من كرب نفسي في حين أن 35% يعانون من كرب متوسط، و 18% من كرب مرتفع يمكن اعتباره علامة على وجود اضطرابات نفسية شديدة تحتاج الى تدخل عاجل. أما بالنسبة للأصحاء فقد وصلت نسبة الذين لا يعانون من كرب نفسي 72% مقابل 28% ما بين الكرب المتوسط و الشديد. و تشير المقارنة بين نسبة الكرب لدى المرضى و الاصحاء الى فروق دالة لصالح المرضى الذين كانوا اكثر كربا بسبب المعاناة النفسية التي تصاحب الامراض المزمنة .

خلاصة الدراسة و آفاقها المستقبلية:

هدفت الدراسة الحالية الى استكشاف نوعية الحياة لدى المسنين المرضى المزمنين ممثلين بمرضى العجز الكلوي و كذا استكشاف مستوى كل من الكفاءة الذاتية المدركة ، الدعم الاجتماعي المدرك و الكرب النفسي و مقارنتها بمستويات كل منها لدى المسنين الاصحاء و يمكننا تلخيص نتائج الدراسة فيما يلي:

1. اعتمادا على درجات مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة الصيغة المختصرة، فان 27% من أفراد عينة الدراسة من المسنين المصابين بالعجز الكلوي يعانون من نوعية حياة منخفضة (اقل من او يساوي 60 درجة) في حين أن 42% لديهم نوعية حياة متوسطة (اكبر من 60 و اصغر من او يساوي 94 درجة) و بلغت نسبة الذين يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة 31% (اكبر من 94 درجة) و قد بلغ متوسط العينة في نوعية الحياة 79 درجة بانحراف معياري ± 16.5 .

أما لدى فان يعاني 2% من المسنين الاصحاء انخفاض مستوى نوعية الحياة، في حين أن 65% لديهم مستوى متوسطا، و 33% يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة. وقد بلغ متوسط العينة في نوعية الحياة 90.58 درجة بانحراف معيار وصل الى ± 12.8 .

2. ما يفوق ربع المسنين المصابين بالعجز الكلوي (27%) يعانون من كفاءة ذاتية مدركة منخفضة مقارنة ب (15%) من الاصحاء ، و استنادا الى الاختبارات الاحصائية للفروق بين نسبتين (باستعمال القيمة

الدرجة عند 0.05) أو اختبار الفروق بين المتوسطات، نلاحظ وجود فرق دال احصائيا بين المسنين المرضى و الاصحاء في مستوى الكفاءة الذاتية المدركة المنخفض لصالح المرضى، في حين لم تظهر فروق بين المرضى و الاصحاء في مستوى الكفاءة الذاتية المدركة المرتفعة.

3. تشير نتائج الفرضية الثانية الى ان ما يفوق ربع المرضى يعانون من كفاءة ذاتية منخفضة و أن الفرق بينهم و بين الاصحاء دال.

4. نسبة المسنون الذين يقيمون الدعم الاجتماعي المقدم لهم بطريقة سلبية 22% لدى المسنين المرضى و 25% لدى الاصحاء ، في حين أن ما يقارب 80% من الفئتين تدرك هذا الدعم بصورة ايجابية، ولا توجد فروق دالة احصائيا بين هذه النسب لدى الفئتين .

5. لا يعاني ما نسبته 47% من المسنين المصابين بالعجز الكلوي من كرب نفسي في حين أن 35% يعانون من كرب متوسط، و 18% من كرب مرتفع يمكن اعتباره علامة على وجود اضطرابات نفسية شديدة تحتاج الى تدخل عاجل. أما بالنسبة للأصحاء فقد وصلت نسبة الذين لا يعانون من كرب نفسي 72% مقابل 28% ما بين الكرب المتوسط و الشديد. و تشير المقارنة بين نسبة الكرب لدى المرضى و الاصحاء الى فروق دالة لصالح المرضى الذين كانوا اكثر كربا بسبب المعاناة النفسية التي تصاحب الامراض المزمنة .

الهوامش:

1. فهمي محمد سيد و فهمي نورهان حسن (1999): الرعاية الاجتماعية للمسنين المكتب الجامع. ص106
2. زناد دليلة (2013): علم النفس الصحي دار الخلدونية للنشر و التوزيع القبة القديمة الجزائر. ص27
3. بشير معمريه و عبد الحميد خزار (2009): الاضطرابات الجسمية و النفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة باتنة مجلة شبكة العلوم النفسية العربية العدد 23 صيف 2009. ص75
4. كمال يوسف بلان (2009): دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية او مع اسرهم (دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها و حمص و اللاذقية) مجلة جامعة دمشق المجلد 25 العدد (2+1). ص21
5. زناد دليلة (2013): علم النفس الصحي دار الخلدونية للنشر و التوزيع القبة القديمة الجزائر. ص27
6. ربحي مصطفى عليان و عثمان غنيم (2000): مناهج و أساليب البحث العلمي الطبعة الاولى دار الصفاء عمان الاردن. ص43
7. فرج عبد القادر طه (2009): موسوعة علم النفس و التحليل النفسي الطبعة الاولى مكتبة الانجلو مصرية مصر. ص194

8. بشير صالح الرشيدي (ب ت) مناهج البحث التربوي رؤية تطبيقية مبسطة دار الكتاب الحديث الجزائر. 142
9. زعوط رمضان نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين و علاقتها ببعض المتغيرات رسالة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي جامعة قاصدي مرباح ورقلة