

هالة إبراهيم عوض الله¹، أحمد مصطفى العتيق¹، محمد مصطفى الحمادي²، ماجدة علي كامل³

الخلاصة: تناولت الدراسة آثار الفشل الكلوي المزمن على الحالة الانفعالية، والتوافق الاجتماعي والنفسي للمرضى المصابين به، علاوة على دراسة الحالة المعرفية لديهم. كما تمت دراسة تأثير برنامج تحسين الحالة النفسية للمرضى، وشملت 40 مريضاً بالفشل الكلوي و40 من الأصحاء كعينة شاهدة. وقد استخدمت في الدراسة عدّة مقاييس لتقييم المرضى كان منها مقياس الحالة المعرفية، ومقياس التوافق النفسي والاجتماعي، ومقياس القدرات العقلية الأولية، ومقياس تقدير عمليات الذاكرة. وأسفرت الدراسة عن أن العينة الشاهدة كان وضعها أفضل من العينة المكونة من مرضى الفشل الكلوي من حيث وضعهم المعرفي والانفعالي، وظهرت تباينات إحصائية واضحة على درجة كبيرة من الأهمية. كما أوضحت الدراسة فروقاً يُعتدُّ بها إحصائياً بين المرضى قبل تطبيق البرنامج وبعده.

Programme for improving emotional and cognitive changes in patients under renal dialysis in Egypt

ABSTRACT We investigated the effect of chronic renal failure on the emotional status, social and psychological adaptation and the cognitive status of patients and the effect of a programme to improve the psychosocial state of the patients; 40 renal dialysis patients and 40 healthy controls were included. We used the Emotional Status Scale, Psychosocial Adaptation Scale, the Primary Mental Abilities Test and the Memory Processes Scale for assessment of the participants. The controls had better emotional/cognitive status and psychosocial adaptation than the dialysis patients, a statistically significant difference. There were also statistically significant differences between the patients before and after the application of the programme.

Programme d'amélioration des changements émotionnels et cognitifs chez les patients sous dialyse rénale en Égypte

RÉSUMÉ Nous avons étudié les effets de l'insuffisance rénale chronique sur l'état émotionnel, l'adaptation sociale et psychologique et l'état cognitif des patients, et les effets d'un programme visant à améliorer l'état psychologique de ces patients ; 40 patients hémodialysés et 40 sujets sains ont été pris en compte. Afin d'évaluer les participants, nous avons utilisé l'Échelle de l'état émotionnel, l'Échelle d'Adaptation Psychosociale, le test des Aptitudes Mentales Primaires et l'échelle des processus mnésiques. Les sujets témoins présentaient un meilleur état émotionnel/cognitif et une meilleure adaptation psychosociale que les sujets dialysés, avec une différence statistiquement significative. Il existait également des différences statistiquement significatives entre les patients avant et après la mise en place du programme.

hala_awadalla@yahoo.com :

(1)

(2)

(3)

الاستلام: 07/01/24، القبول: 07/04/30

Hala I. Awadalla, Institute of Environmental Studies and Research, Ain Shams University, Cairo, Egypt.

Ahmed M. El-Ateek, Institute of Environmental Studies and Research, Ain Shams University, Cairo, Egypt

Mohamed M. Elhamady, Faculty of Medicine, Zagazig University, Zagazig, Egypt.

Magda A. Kamel, Fayoum Directorate of Health and Population, Fayoum, Egypt.

المقدمة

يتغير شكل الأمراض عالمياً بصورة مستمرة وتمثل الأمراض المزمنة حالياً الأسباب الرئيسية للإعاقات والوفيات بصورة أكبر من الأمراض المعدية. ومن هذه الأمراض مرض الفشل الكلوي الذي ينتج في كثير من الأحيان كمضاعفات للإصابة بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم. وسوف يتضاعف معدل حدوث السكري في الخمسة وعشرين عاماً القادمة، وبخاصة في الدول النامية مما يمثل عبئاً اقتصادياً على هذه الدول، مضافاً إليه تكلفة العلاج من الفشل الكلوي مما يتطلب تضافر الجهود بين المعاهد البحثية والحكومات ومقدمي الرعاية الصحية وذلك للاكتشاف المبكر والحد من هذه الأمراض [1].

ويرتفع معدل حدوث الفشل الكلوي المزمن في شمال أفريقيا ويرجع هذا إلى الزيادة في معدل حدوث الأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم بنسبة 120% [2]. ومعدل حدوث الفشل الكلوي الحاد والمزمن في العالم العربي مرتفعة ولكن البيانات المتاحة عن المعدل الحقيقي لمرض الفشل الكلوي محدودة. ويتراوح معدل حدوث المرض (لكل مليون من السكان) في المملكة العربية السعودية بين 80 إلى 120، وفي مصر 225، وفي أوروبا 238، والولايات المتحدة 975، واليابان 1149 [3].

ومرض الفشل الكلوي المزمن من الأمراض التي تلازم الإنسان لفترة طويلة من حياته مما يؤثر على حالة المريض الانفعالية والمعرفية وعلى توافقه النفسي والاجتماعي، وبالتالي ينعكس ذلك على صحته العامة فلا يستطيع القيام بأدواره المعتادة كما ينبغي [4]. فعلاج المريض دون النظر إلى هذه الظروف يعتبر إغفالاً لعوامل أساسية تؤثر في تدهور صحة المريض. ويؤكد الدكتور حمدي السيد، نقيب الأطباء في مصر، أن هناك عشرة آلاف شخص ينضمون سنوياً إلى قائمة الغسيل الكلوي في مصر [5]. ويذكر محمد قاسم أن الفشل الكلوي المزمن مثله مثل الكثير من الأمراض المزمنة التي تحدث اضطراباً في الوظائف المعرفية والاضطرابات الانفعالية [6]. من هذا المنطلق أصبح لدى فريق البحث الحافز لإجراء هذه الدراسة للوقوف على آثار المرض على الحالة الانفعالية والمعرفية والتوافق النفسي والاجتماعي للمرضى.

وفي دراسة رشاد أحمد عبد اللطيف [7] والتي كان الهدف منها هو التعرف على المشكلات الشخصية والاجتماعية والاقتصادية للأطفال المصابين بالفشل الكلوي المزمن، توصلت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بالفشل الكلوي ليست لديهم قدرة على تكوين علاقات اجتماعية، ويعانون من بعض المشكلات الشخصية مثل الغضب، والعناد، والعزلة السلبية، والغيرة، والحساسية. وفي دراسة كوتسو بولو Koutso Poulou (2002) [8] والتي استهدفت التعرف على أبعاد الشخصية لدى مرضى الفشل الكلوي الذين يتلقون غسيلاً دموياً. توصلت نتائج الدراسة إلى أن غسيل الدم بشكل منتظم له أثر على اضطرابات الشخصية لدى المريض.

الهدف من الدراسة

1. دراسة الحالة الانفعالية والمعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن مقارنة بالأصحاء.
2. التوصل إلى أنسب البرامج لمحاولة إحداث التوافق النفسي والمعرفي للمرضى مع التغيرات البيئية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي، وذلك لمحاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية لهذه المتغيرات على المرضى.
3. دراسة تأثير البرنامج على الحالة الانفعالية والمعرفية للمرضى.
4. المساهمة في تنمية الوعي والإدراك بالأسباب المؤدية إلى الإصابة بالفشل الكلوي وأساليب الوقاية والعلاج من هذا المرض.

الفرض الرئيسي للدراسة

توجد فروق يُعتدُّ بها إحصائياً بين متوسطات استجابات الأصحاء والمرضى على مقاييس الحالة الانفعالية والتوافق النفسي والاجتماعي والحالة المعرفية لصالح الأصحاء وكذلك بين متوسطات استجابات المرضى على مقاييس الحالة الانفعالية والتوافق النفسي والاجتماعي والحالة المعرفية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدخلي.

مفاهيم الدراسة

1. مفهوم الفشل الكلوي المزمن: يعرف الفشل الكلوي المزمن بأنه زيادة مستمرة ومطرّدة في فقد وظائف نفرونات الكلى التي تؤدي إلى فقد الكلى لوظيفتها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم [9]. وفي تعريف آخر للفشل الكلوي المزمن أو عدم كفاءة الكلية بأنه حالة فقد جزئي أو كلي لوظائف الكلى وهذا الفشل لا يحدث إلا بعد تدمير حوالي 75٪ من النفرونات العاملة بالكلية [10].
2. مفهوم الحالة الانفعالية: يعرف أحمد عكاشة الانفعال على أنه استجابة متكاملة للكائن الحي، تعتمد على الإدراك للموقف الخارجي أو الداخلي وتشمل تعبيرات وجدانية مركبة وتغيّرات فسيولوجية تشمل الأجهزة العضلية والدموية والغددية والحشوية، ويرمي الانفعال إلى مواجهة الموقف المثير ولكن بطريقة تؤدي إلى تشتيت الجهد وعدم الوصول إلى النتيجة المثلى [11].
3. الحالة المعرفية: مصطلح معرفة يعود إلى العمليات العقلية الموجّهة إرادياً نحو الإدراك، والذاكرة، وتجهيز المعلومات، وتلك العمليات السالفة الذكر هي التي يكتسب بها الفرد المعرفة، ويمارس بها حل المشكلات ويحقق بها التخطيط للمستقبل [12].
4. التوافق النفسي والاجتماعي: يعرف بادسكا Paduska التوافق النفسي بأنه تلك العلاقة المتزنة والمرضية مع النفس، وتظهر في قدرة الفرد على اختيار أساليب مناسبة لمواجهة المتطلبات البيئية المحيطة به، كما يعرف لازاروس Lazarus التوافق الاجتماعي بأنه العملية التي يشبع بها الفرد حاجاته النفسية والاجتماعية من خلال تكيفه مع البيئة الطبيعية والاجتماعية المحيطة به [13].

نوع الدراسة

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التجريبية التي تقوم على استخدام استراتيجيات التجريب.

مكان الدراسة

مستشفى أطسا المركزي ومستشفى الفيوم العام بمحافظة الفيوم، وهما من محافظات الوجه القبلي بجمهورية مصر العربية، وذلك للأسباب الآتية:

1. كثرة أعداد المرضى المصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين تتوفر فيهم الشروط الخاصة بعينة الدراسة.
2. ترحيب إدارة وحدات الغسيل الكلوي بفريق البحث وموافقته على إجراء الدراسة في هذين المستشفىين.
3. المرضى في وحدات الغسيل الكلوي يتبعون برنامجاً علاجياً طويلاً الأمد وهذا يناسب الدراسة التجريبية.

العينة

تم اختيار عينة قوامها (80 فرداً) قُسمت إلى مجموعتين على النحو التالي: المجموعة الأولى وعددها (40 فرداً) من مرضى الفشل الكلوي المزمن، وقد توافرت في هؤلاء المرضى الاشتراطات اللازمة لاختيارهم، وتم استبعاد المرضى الذين لا تتوافر فيهم هذه الاشتراطات من عينة الدراسة، والمجموعة الثانية (40 فرداً) من الأصحاء (من أسر المرضى). وقد تم الحصول على موافقة شفوية من المرضى وذويهم على الاشتراك في الدراسة.

طريقة انتقاء عينة الدراسة

تم اختيار عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن استناداً إلى الأسس الآتية:

1. لا يقل عمر المريض عن 40 عاماً ولا يزيد عن 50 عاماً وهي الفترة التي ترتفع فيها نسبة الإصابة وأن يكون المريض متزوجاً.
2. لا يقل المستوى التعليمي عن إجادة القراءة والكتابة.
3. أن يكون قد مضى عام على بدء الغسيل الكلوي حتى يظهر تأثير الغسيل الكلوي على المريض.

الأدوات

1. مقياس الحالة الانفعالية والتوافق النفسي والاجتماعي، من تصميم فريق البحث.
2. مقياس القدرات العقلية الأولية، لأحمد زكي صالح [14].
3. مقياس عملية الذاكرة، إعداد سيف الدين يوسف عبدون.
4. برنامج تدخلية لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفة للمرضى.

صدق المحتوى لأدوات الدراسة

تعتبر أدوات الدراسة صادقة إذا عبّرت عن المحتويات والأنشطة والأفعال التي تسعى لقياسها، كما أن صدق المحتوى يعني أن الأدوات تقيس ما أعدت لقياسه، وتتضمن فقرات نوعية وكافية لتغطي كافة أوجه ما يراد قياسه. وللتحقق من صلاحية أدوات الدراسة تم عرضها في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين من تخصصات علم النفس، والطب، والاجتماع وقوامها (9) محكمين بهدف تحديد ملاءمة هذه الأدوات لإجراء الدراسة وإبداء الرأي في مدى الموافقة على كل محتويات الأدوات وما يرويه من حذف أو تصويب للعبارة أو المحتويات التي تتطلب ذلك. وقد تم تعديل العبارات التي أُنقح حول ضرورة تعديلها، وأيضاً إضافة العبارات التي رآها المحكم أكثر ارتباطاً بالدراسة ولم يرد ذكرها، كما تم حذف العبارات التي لم تحصل على موافقة 80٪ من المحكمين. وتم في ضوء ما سبق كتابة أدوات الدراسة في صورتها النهائية. وتم حساب ثبات المقياس بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار بفواصل زمني بين التطبيق الأول والثاني (15 يوماً) على عدد (15) من المرضى، وذلك من خارج إطار عينة الدراسة، وتم حساب معامل الثبات عن طريق معامل الارتباط بين درجات القياس القبلي والبعدي وكذلك مستوى الدلالة، ووجد أن هناك ارتباط قوي وذو دلالة إحصائية.

البرنامج التدريبي

تم تخطيط ثمانية عشر درساً تعليمياً مقسماً على أربعة أشهر وقد اشتمل البرنامج على:

التقويم القبلي: وذلك بالتدريب على استخدام المقاييس المختلفة، واستغرقت هذه المرحلة أربعة جلسات نظراً لأن التدريب على المقاييس المعرفية أخذ وقتاً طويلاً لفهمها وتطبيقها.

أنشطة البرنامج: تنوّعت أنشطة البرنامج بين مناقشة جماعية عن موضوعات مختلفة مثل الوعي المعرفي تجاه المرض، المتغيرات البيئية المسببة والمؤثرة على المرض من وجهة نظر المرضى ومناقشة الأفكار السلبية، والانفعالات الناجمة عنها، وإعداد ندوات عن الصحة الشخصية وطرق العناية بها بالنسبة لمريض الفشل الكلوي، وعن التغيرات التي تحدث نتيجة المرض والعلاج بالغسيل الكلوي، وتنظيم محاضرات عن القضاء والقدر، وعن مقاومة الحزن وعدم الشعور بالسعادة، وعن التغذية السليمة للمرضى، وأهمية الانتظام في إجراء عملية الغسيل الكلوي، ومقابلات فردية للمرضى وأسراهم، والتدريب على تمارين الاسترخاء، وعلى مهارات اجتماعية جديدة، وكذلك على تنشيط الذاكرة والقدرات العقلية.

التقويم البعدي: وذلك بتطبيق القياس البعدي لقياس الفروق بين القياس القبلي والبعدي بعد انتهاء البرنامج، ورصد التغيرات الناجمة عن تطبيق البرنامج، ومقارنة الحالة الانفعالية والمعرفية قبل وبعد الانتهاء من البرنامج.

صعوبات الدراسة

1. تم تطبيق الأدوات بصورة فردية لعدد كبير من أفراد العينة لتعذر صعوبة التطبيق الجماعي.
2. نظراً لطبيعة هذا المرض وقسوته وإحساس المريض بأنه سيفارق الحياة قريباً، فقد رفض بعض المرضى في البداية التعامل مع فريق البحث، ولذلك قام فريق البحث بإقناعهم وتدريبهم على أدوات الدراسة، ثم أقبل هؤلاء المرضى فيما بعد على التعامل مع فريق البحث.
3. عدم توافر عينة الدراسة كلها في مكان واحد وهو مستشفى أطسا مما اضطر فريق البحث أن يستكمل باقي الأفراد من مستشفى الفيوم وذلك لعدم توافر شروط العينة فيهم.
4. وجدت صعوبة في تطبيق مقياس القدرات العقلية الأولية حيث احتاج الأمر إلى تدريب المريض عليه أكثر من مرة، وهذا يرجع إلى أن أغلب عينة الدراسة لم تتلق تعليمات كافية لفهم هذا المقياس.

الجدول 1 توزيع المرضى حسب النوع والعمر والمستوى التعليمي

النسبة	التكرار	
70%	28	النوع:
30%	12	1. ذكر
		2. أنثى
100%	40	المجموع
		العمر:
55%	22	1. من 40-45
45%	18	2. من 46-50
100%	40	المجموع
		المستوى التعليمي:
30%	12	1. يقرأ ويكتب
27.5%	11	2. ابتدائية
22.5%	9	3. إعدادية
17.5%	7	4. مؤهل متوسط
2.5%	1	5. مؤهل عالي
100%	40	المجموع

يُتضح من الجدول السابق أن العدد الأكبر من العينة كان من الذكور (70%) وكان مستوى التعليم منخفضاً حيث إن معظم أفراد العينة لم يتموا تعليمهم لمراحل متقدمة.

الجدول 2 يوضح الفروق بين الأصحاء والمرضى في الاستجابة على مقياس الحالة الانفعالية

الاعتداد	حدود الثقة		قيمة ت	متوسط الفرق	الانحراف المعياري		المتوسط		البعد
	الأعلى	الأقل			مرضى	أصحاء	مرضى ن=40	أصحاء ن=40	
**	10.303	8.297	8.464	9.300	3.020	1.012	22.825	13.525	الاكتئاب
**	11.173	9.377	2.777	10.275	2.666	1.017	23.150	12.875	القلق
**	9.123	6.927	14.556	8.025	3.172	1.448	20.200	12.175	العدوان
**	9.864	7.786	16.912	8.825	2.700	1.897	22.125	13.300	الاعتمادية
**	14.0989	13.061	28.960	14.025	2.947	0.834	24.675	10.650	النظرة للحياة
**	13.749	11.751	25.417	12.750	2.832	1.430	24.325	11.575	الاتزان
**	66.191	60.209	42.073	63.200	8.780	3.629	137.300	47.100	المقياس ككل

** يُعتدُّ بها عند 0.01

يُتَبَيَّن من الجدول رقم (1) وجود فروق يُعتدُّ بها إحصائياً عند مستوى 99٪ بين استجابات الأصحاء والمرضى بالفشل الكلوي على مقياس الحالة الانفعالية لصالح الأصحاء. ويتضح حجم تأثير المرض على المرضى.

الجدول 3 يوضح الفروق بين المرضى (قبلي - بعدي) في الاستجابة على مقياس الحالة الانفعالية

الاعتداد	حدود الثقة		قيمة ت	متوسط الفرق	الانحراف المعياري		المتوسط		البعد
	الأعلى	الأقل			بعدي	قبلي	بعدي ن=40	قبلي ن=40	
**	8.309	6.541	16.995	7.425	2.085	3.020	15.400	22.825	الاكتئاب
**	7.381	5.619	14.922	6.500	2.225	2.666	16.650	23.150	القلق
**	6.643	5.207	16.683	5.925	1.881	3.172	14.275	20.200	العدوان
**	6.988	5.612	18.526	6.300	1.752	2.700	15.825	22.125	الاعتمادية
**	9.429	7.871	22.474	8.650	1.847	2.947	16.025	24.325	النظرة للحياة
**	6.618	6.132	18.721	6.875	2.490	2.832	17.450	24.325	الاتزان
**	43.082	39.508	38.897	41.675	5.372	8.780	95.625	137.300	المقياس ككل

** يُعتدُّ بها عند 0.01

ويُتَّضح من هذا الجدول وجود فروق يُعتدُّ بها إحصائياً بين درجات القياس القبلي والبعدي للمرضى في الاستجابة على مقياس الحالة الانفعالية لصالح القياس البعدي.

جدول 4 يوضح الفروق بين المرضى والأصحاء في الاستجابة على مقياس التوافق (النفسي والاجتماعي)

الاعتداد	حدود الثقة		قيمة ت	متوسط الفرق	الانحراف المعياري		المتوسط		البعد
	الأعلى	الأقل			مرضى ن=40	أصحاء ن=40	مرضى ن=40	أصحاء ن=40	
**	13.897	11.0953	26.472	12.925	2.759	1.388	24.075	11.150	التوافق الذاتي
**	13.412	11.338	23.763	12.375	3.146	0.975	24.525	12.150	التوافق المهني
**	14.293	12.307	26.655	13.300	2.979	1.043	14.000	10.700	التوافق الصحي
**	13.611	11.439	22.961	12.525	3.082	1.551	23.700	11.175	التوافق المنزلي
**	12.379	10.271	21.400	11.325	3.198	0.986	21.775	10.450	التوافق الاجتماعي
**	65.424	59.476	41.799	62.450	8.824	3.379	118.075	55.625	المقياس ككل

** يُعتدُّ بها عند 0.01

يوضح الجدول السابق وجود فروق يُعتدُّ بها إحصائياً بين درجات عينة المرضى والأصحاء على مقياس التوافق النفسي والاجتماعي لصالح الأصحاء ويتضح من الجدول حجم تأثير المرض على مرضى الفشل الكلوي المزمن. فيوجد تغير في السلوك حيث ينسحب المريض من الأنشطة الاجتماعية المعتادة ويكون أقل إنتاجية ويترك عمله في بعض الأحيان لعدم قدرته الجسمية، ويتكون لديه شعور بالنقص، وعدم الثقة بالنفس، ويقل دخل الأسرة مما يسبب له مشكلات أسرية، ومجتمعية، ومهنية، وذاتية، وصحية، مما يؤدي إلى عدم توافقه من الناحية النفسية والاجتماعية.

جدول 5: يوضح الفروق بين المرضى (قبلي - بعدي) في الاستجابة على مقياس التوافق النفسي والاجتماعي

الاعتداد	حدود الثقة		قيمة ت	متوسط الفرق	الانحراف المعياري		المتوسط		البعد
	الأعلى	الأقل			بعدي	قبلي	بعدي ن=40	قبلي ن=40	
**	9.634	8.016	22.055	8.825	2.060	2.759	15.250	24.075	التوافق الذاتي
**	6.334	5.216	20.912	5.775	2.097	3.146	18.750	24.525	التوافق المهني
**	7.123	5.827	20.220	6.475	2.160	2.979	17.515	14.000	التوافق الصحي
**	7.572	5.928	16.614	6.750	2.112	3.082	16.950	23.700	التوافق المنزلي
**	7.702	6.348	20.976	7.025	2.216	3.198	14.750	21.775	التوافق الاجتماعي
**	36.534	33.166	41.863	34.251	5.433	8.824	83.824	118.075	المقياس ككل

** يُعتدُّ بها عند 0.01

يوضح الجدول السابق وجود فروق يُعتدُّ بها إحصائياً بين الاستجابات على مقياس التوافق النفسي والاجتماعي بين المرضى «قبلي» و«بعدي» وذلك لصالح القياس البعدي. يرجع هذا إلى تغيُّر اتجاهات المريض تجاه المحيطين به بعد تطبيق البرنامج وحدوث تغيير إيجابي في أفكار المرضى وشعورهم بالأهمية والثقة بالنفس.

جدول 6: يوضح الفروق بين الأصحاء والمرضى في الاستجابة على مقياس القدرات العقلية الأولية

الاعتداد	حدود الثقة		قيمة ت	الفرق	الانحراف المعياري		المتوسط		البعد
	الأقل	الأعلى			مرضى	أصحاء	مرضى	أصحاء	
**	4.49	8.21	6.78	6.35	4.45	3.91	31.28	37.63	قدرات لغوية
**	5.27	9.58	6.87	7.42	4.56	5.09	18.98	26.40	إدراك مكاني
**	4.63	7.02	9.69	5.83	2.96	2.38	10.75	16.58	التفكير
**	16.01	23.19	10.88	19.60	8.94	6.98	61.00	80.60	المقياس ككل

** يُعتدُّ بها عند 0.01 درجات الحرية (78)

أوضحت نتائج أفراد العينتين فروقاً يُعتدُّ بها إحصائياً بين عيّنتي الأصحاء ومرضى الفشل الكلوي المزمن على مستوى جميع المقاييس الفرعية وأيضاً على مستوى الاستجابة الكلية على مقياس القدرات العقلية الأولية حيث كان الفرق بين المجموعتين يُعتدُّ به.

جدول 7: يوضح الفروق بين المرضى (قبلي - بعدي) في الاستجابة على مقياس القدرات العقلية الأولية

الاعتداد	حدود الثقة		قيمة ت	الفرق	الانحراف المعياري		المتوسط		البعد
	الأعلى	الأقل			بعدي	قبلي	بعدي	قبلي	
**	8.81	7.24	20.59	8.02	4.05	4.45	39.30	31.28	قدرات لغوية
**	9.23	7.47	19.13	8.35	4.02	4.56	27.28	18.93	إدراك مكاني
**	7.48	6.17	21.06	6.58	2.21	2.96	17.33	10.75	التفكير
**	24.62	21.78	32.97	9.22	7.44	8.94	83.90	61.00	المقياس ككل

** يُعتدُّ بها عند 0.01 درجات الحرية (78)

يُتضح من الجدول السابق وجود فروق يُعتدُّ بها إحصائياً بين الاستجابات على مقياس القدرات العقلية الأولية (قدرات لغوية وإدراك مكاني وقدرة على التفكير) «قبلي» و«بعدي» لصالح القياس البعدي.

جدول 8 يوضح الفروق بين المرضى والأصحاء على مقياس عمليات الذاكرة

الاعتداد	حدود الثقة		قيمة ت	الفرق	الانحراف المعياري		المتوسط	
	الأعلى	الأقل			مرضى	أصحاء	مرضى	أصحاء
**	12.74	6.21	5.77	9.48	6.99	7.68	157.30	147.83

** يُعتدُّ بها عند 0.01

يُتضح من الجدول السابق وجود فروق يُعتدُّ بها إحصائياً عند ثقة 99٪ في الاستجابة على مقياس الذاكرة بين المرضى والأصحاء لصالح الأصحاء. حيث كان الفرق بين المجموعتين مُعتدلاً به إحصائياً.

جدول 9 يوضح الفروق بين المرضى (قبلي - بعدي) على مقياس عمليات الذاكرة

الاعتداد	حدود الثقة		قيمة ت	الفرق	الانحراف المعياري		المتوسط	
	الأعلى	الأقل			بعدي	قبلي	بعدي	قبلي
**	8.95	6.90	15.71	7.92	6.43	6.99	149.38	157.30

** يُعتدُّ بها عند 0.01

يُتضح من الجدول السابق وجود فروق يُعتدُّ بها إحصائياً بين استجابات المرضى لصالح القياس البعدي وتحسُّن الذاكرة يمكن أن يحدث كنتيجة لانتظام المريض في حضور جلسات الغسيل الكلوي، وهذا يدل على نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه وذلك بمحاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية للمرض.

مناقشة وتفسير النتائج

تتفق كافة النظريات العلمية على ارتباط المرض البدني المزمن والاضطرابات السلوكية بمختلف أبعادها ويواجه مريض الفشل الكلوي كثير من الضغوط وخاصة في بداية استخدام برنامج الاستشفاء. ويعتبر الاكتئاب، والقلق، والعدوان، والاعتمادية، والنظرة السيئة للحياة، واضطراب الاتزان الانفعالي، السمات الغالبة لمرضى الفشل الكلوي المزمن حيث يتعرَّض المريض عادة ثلاث مرات أسبوعياً ولساعات طويلة لغسيل الكلى بالإضافة إلى التزامه بالنظام الغذائي فهو باستمرار يتذكر مرضه مما يسبب له اضطرابات انفعالية.

وتدل نتائج هذه الدراسة على أن الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن ينتج عنه اضطرابات انفعالية، ويتفق ذلك مع دراسة نعيمة محمد قنديل (1998) [15] والتي هدفت إلى الوقوف على أهم المتغيرات النفسية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي المزمن حيث توصلت الدراسة إلى أن أهم السمات والخصائص النفسية التي تميَّز مريض الفشل الكلوي هي القلق والاكتئاب والإرهاق. وإن إظهار تلك السمات سوف يساعد على تحسين الخدمات المقدمة للمرضى.

واتفقت مع دراسة وورث [16] التي شملت المرضى الذين يعانون من الاكتئاب. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الاكتئاب ينتشر انتشاراً واسعاً بين مرضى الغسيل البريتوني، وذلك يؤيد أن المرض له تأثير على الحالة الانفعالية للمريض مما يؤكد صحة الفرض الرئيسي للدراسة الذي مؤداه وجود فروق بين المرضى والأصحاء في الاستجابة لمقياس الحالة الانفعالية لصالح الأصحاء.

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن هناك تحسناً في الحالة الانفعالية للمرضى بعد تطبيق البرنامج. وفي دراسة أخرى هدفت إلى قياس نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي، وتوصلت نتائجها إلى أن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المريض وعدم توافقه كاضطراب اللياقة الجسمية والنفسية واضطراب الاهتمامات الاجتماعية والحالة الاقتصادية للمريض [17]. وتعتمد نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي على عدة عوامل منها العلاقات الأسرية، والعلاقة بالأصدقاء، والحالة النفسية، وتقبل العلاج والشعور بالأمان أثناء العلاج [18]. وقد وجد ارتباط بين التغيرات الفيزيائية والأعراض الانفعالية لدى مرضى الغسيل الدموي وبين اضطراب نوعية الحياة والاكتئاب [19].

وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن الإصابة بمرض الفشل الكلوي له علاقة بالتوافق النفسي والاجتماعي. فالمرضى يعانون من مشكلات صحية ونفسية واقتصادية وأسرية تعوق توافقتهم وتتفق هذه النتيجة مع دراسة موك [20] التي هدفت إلى تحديد الضغوط وطرق التوافق لدى مرضى الفشل الكلوي حيث أكدت الدراسة وجود علاقة بين الضغوط المتعلقة بالعلاج وطول مدة الغسيل وتوافق المريض. وفي دراسة أخرى أجريت في أستراليا على مرضى الفشل الكلوي وأزواجهم، أظهرت الدراسة التأثير السلبي لعملية الغسيل الكلوي على الزوجين، وكانت أهم التأثيرات على المرضى الغضب والاكتئاب وفقد الأمل بينما كانت الحزن والغضب والشعور بالذنب بين الأزواج [21].

جدول 5:

ويؤثر مرض الفشل الكلوي على الحالة النفسية والنمو الطبيعي للمرضى من الأطفال. فبالرغم من أن العلاج الطبي يؤدي إلى عمر أطول إلا أن هؤلاء الأطفال وأسرتهم يواجهون العديد من الصعوبات نتيجة للمرض. ويؤدي هذا المرض إلى اضطراب في السلوك مثل العدوان وبطء التقدم في الدراسة والقلق والاكتئاب وتأخر في التطور العصبي والمعرفي [22]. ولهذا أصبح من الضروري الاهتمام بالرعاية النفسية للمرضى في وحدة الغسيل الكلوي كمشكلة رئيسية للعلاج في الحالات المتأخرة من مرض الفشل الكلوي. وأظهرت نتائج دراسة أجريت في جنوب إنكلترا أهمية توفير بيئة مناسبة أثناء عملية الغسيل الكلوي والدعم الاجتماعي والأسري لهؤلاء المرضى [23]، كما أوصت دراسة أخرى بأهمية الارتباط بين الإحصائيين النفسيين والإحصائيين في أمراض الكلى وذلك بهدف تحسين نوعية الحياة لمرضى الفشل الكلوي [24].

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن لمرض الفشل الكلوي المزمن تأثيراً كبيراً على الحالة المعرفية في كل الاستجابات، فيعاني المرضى من الشعور بالنعاس وضعف الانتباه وضعف التركيز والتذكر مما يؤدي إلى اضطرابات العمليات العقلية. ويمكن تفسير ذلك بالتغيرات الكيميائية التي تحدث في المخ لمرضى الفشل الكلوي. وتؤكد هذه نظرية الدوائر العصبية للذاكرة كما أن هناك إجماع من قبل الباحثين على أن التخزين الثابت للمعلومات يرتبط بتغيرات كيميائية أو تغيرات تركيبية تحدث في المخ. وترجع اضطرابات الحالة المعرفية إلى الأعراض التي تظهر عند مرضى غسيل الكلى نتيجة الغسيل المستمر والتي تشبه الأعراض التي تظهر عند مرضى فقر الدم وضغط الدم المرتفع.

وفي دراسة أجريت في كندا لتقييم مستوى الذكاء والتقدم الدراسي لدى الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، أوضحت نتائج الدراسة أن القدرات اللغوية ومستوى الذكاء الكلي للأطفال المرضى كانت أقل بدرجة ملحوظة عن المجموعة الضابطة من الأطفال الأصحاء، بينما لم يكن هناك اختلاف بين المجموعتين في التقدم الدراسي [25].

ويرجع التحسُّن في القياس القبلي والبُعدي للقدرات العقلية الأولية إلى تحسُّن الحالة الصحية للمرضى نتيجة الالتزام بالتعليمات الطبية حيث يؤثّر مرض الفشل الكلوي عكسياً على الحالة المعرفية بينما يؤدّي الانتظام في جلسات الغسيل الكلوي إلى تحسُّن اضطراب الحالة المعرفية الناجم عن ارتفاع نسبة اليوريا (البولينا) في الدم [26، 27]، ولكن الطريقة التي تؤثر بها البولينا على وظائف المخ غير معروفة [28].

وفي دراسة منى محمد عبد المعطى (1992) [29] والتي تناولت بعض المشاكل النفسية في الأطفال المصابين بالفشل الكلوي الزمن وبخاصة الاكتئاب ودراسة معامل الذاكرة، توصّلت الدراسة إلى أن مرض الفشل الكلوي له تأثير على متوسط الذكاء في حالة الإصابة به في سن مبكرة.

جدول 8:

ويعاني المرضى بالفشل الكلوي من أعراض تشبه تلك التي يعانها المصابون بفقر الدم ومنها ضعف الذاكرة. ونظراً لأن اضطراب الذاكرة يمثّل واحداً من أهم المضاعفات التي تحدث لمرضى الفشل الكلوي، فقد أُجريت العديد من الدراسات لقياس مستوى الذاكرة لدى المرضى، وقد أثبتت إحدى هذه الدراسات أن هناك تحسُّناً ملحوظاً في الوظائف النفسية والعصبية مثل الانتباه والتركيز والذاكرة في المرضى الخاضعين للغسيل الدموي كعلاج للفشل الكلوي بعد 42 ساعة من إجراء عملية الغسيل [30]. وفي دراسة أخرى أُجريت لتوضيح الفرق بين مرضى الغسيل البريتوني والغسيل الدموي من حيث الانتباه والذاكرة، أوضحت نتائج الدراسة أن مرضى الغسيل البريتوني يتمتعون بنبات الانتباه والذاكرة بينما يحدث تذبذب وفتي لهذه الوظائف لدى مرضى الغسيل الدموي ويحدث تغيير ملحوظ في الذاكرة السمعية ويبلغ ذروته بعد 67 ساعة من إجراء عملية الغسيل بالنسبة لمرضى الغسيل الدموي [31].

جدول 9:

وفي بحث آخر تم دراسة الاضطرابات النفسية والعصبية (الانتباه، التركيز، الذاكرة) لمرضى الفشل الكلوي قبل وبعد إجراء زراعة الكلى، وقد وجد أن هناك تحسُّناً ملحوظاً في مستوى الذاكرة بعد إجراء العملية بينما في الاضطرابات الأخرى لم يكن التحسُّن بصورة ملحوظة [32].

يتّضح مما سبق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية واضحة على مقاييس الحالة الانفعالية والتوافق النفسي والاجتماعي والحالة المعرفية بين مرضى الفشل الكلوي الزمن والأصحاء لصالح الأصحاء مما يؤكّد وجود تأثير لمرض الفشل الكلوي المزمن على الحالة الانفعالية والمعرفية والتوافق النفسي والاجتماعي للمريض. وتؤكد نظرية البرت الس في العلاج العقلاني الانفعالي أن الإنسان يتميز بأنه يفكر دائماً وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال وحيث يوجد التفكير غير العقلاني، يوجد الاضطراب الانفعالي [33] مما يؤثّر على توافق المريض نفسياً واجتماعياً.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبُعدي للمرضى في الاستجابة على مقاييس الحالة الانفعالية وأيضاً على مقاييس الحالة المعرفية لصالح القياس البُعدي، ويرهن ذلك على نجاح البرنامج التدخلية وتأثيره في خفض حدة الحالة الانفعالية وتحسُّن الحالة المعرفية للمرضى. وقد نتج هذا عن طريق التغلب على المشكلات الأسرية التي يعاني منها المريض وتحسُّن العلاقة بين المريض وأفراد أسرته وكذلك تحسُّن الحالة الصحية للمريض نتيجة التزامه بالتعليمات الطبية وأتباع النظام الغذائي المناسب وعدم التعيُّب عن جلسات الغسيل الكلوي وتغيير اتجاهات المريض تجاه المحيطين به، وقد نتج هذا أيضاً بسبب خروج المريض من عزلته ومشاركته في الأنشطة الاجتماعية، وكذلك يرجع إلى تعديل الأفكار والمفاهيم الخاطئة لدى المريض والتحكم في الانفعالات التي كانت تحمل معنى التعاسة وتبسيط الأمور وعدم تضخيمها وحدوث تغيير إيجابي في أفكار المرضى وشعورهم بالأهمية والثقة بالنفس نتيجة تحسُّن الحالة الصحية والاستمرار في تمارين الاسترخاء والتأمل. والبرامج المستخدمة في المجال النفسي، تلتزم بأسس علم النفس وتسعى إلى

تحقيق أهدافه، ويمكننا القول إن البرامج هي إحدى الوسائل التي تقدّم بواسطتها خدمات المساعدة النفسية ولعلها أكثر الوسائل النفسية دقة وتحديداً ومرونة. والبرنامج يعرف على أنه خطة عمل تصمّم وتنظّم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات النفسية المباشرة وغير المباشرة من أجل تحقيق أهداف علم النفس الإنمائية والوقائية والعلاجية [34].

ويعرف البرنامج على أنه خطة عمل يتم تصميمها وتنظيمها في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات النفسية المباشرة وغير المباشرة من أجل تحقيق أهداف علم النفس الإنمائية والوقائية والعلاجية. والبرامج المستخدمة في المجال النفسي تلتزم بأسس علم النفس وتسعى إلى تحقيق أهدافه، ويمكننا القول إن البرامج هي إحدى الوسائل التي تقدّم بواسطتها خدمات المساعدة النفسية ولعلها أكثر الوسائل النفسية دقة وتحديداً ومرونة [34].

التوصيات

1. الكشف المبكر عن أمراض الكلى وذلك بمتابعة الأمراض المزمنة التي تؤدّي إلى الفشل الكلوي.
2. ضرورة وجود إحصائي نفسي واجتماعي خاص بوحدات الغسيل الكلوي.
3. تنظيم ندوات بالمستشفيات لتوعية أسر المرضى بالظروف النفسية للمريض وكيفية التعامل معها.
4. تدريب هيئة التمريض على كيفية التعامل مع المرضى لمساعدتهم على التغلب على متاعبهم النفسية.
5. إعداد برامج إعلامية لتوعية أفراد المجتمع بكيفية الإصابة بالفشل الكلوي وطرق الوقاية.
6. التوسّع في إنشاء فروع جمعيات أصدقاء مرضى الكلى بجميع محافظات الجمهورية لخدمة وحل مشكلات هؤلاء المرضى.

References

المراجع

1. Atkins RC. The epidemiology of chronic kidney disease. *Kidney international supplement*, 2005, 94:S14–8.
2. Katz I. Kidney and kidney related chronic diseases in South Africa and chronic disease intervention program experiences. *Advances in chronic kidney diseases*, 2005, 12(1):14–21.
3. Shaheen FA, Al-Khader AA. Preventive strategies of renal failure in the Arab world. *Kidney international supplement*, 2005, 98:S37–40.
4. : .1991
5. (133) : .1999
6.) : (.2003
7. : .2000
8. Koutsopoulou V et al. Personality dimensions of haemodialysis patients related to initial renal disease. *EDTNA/ERCA journal*, 2002, 28(1):21–4.
9. Kelly M. Chronic renal failure. *American journal of nephrology*, 1996, 96(1):36–7.
10. Monhan FD, Darke T, Neighbors M. *Nursing care of adults*. Philadelphia, WB Saunders Company, 1998.
11. : .2002
12. : .2002
13. : .2000

14. :
.1987
15. :
.1998
16. Wuerth D et al. Identification and treatment of depression in a cohort of patients maintained on chronic peritoneal dialysis. *American journal of kidney diseases*, 2001, 37(5):1011–7.
17. :
.2000
18. Theodora K et al. Looking into the factors affecting renal patients' quality of life. *EDTNA/ERCA journal*, 1996, 22(3):19–21.
19. Weisbord SD et al. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *American journal of social nephrology*, 2005, 16(8):2487–94.
20. Mok E, Tam B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong. *Journal of clinical nursing*, 2001, 10(4):503–11.
21. White Y, Grenyer BF. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *Journal of advanced nursing*, 1999, 30(6):1312–20.
22. Roccella M et al. [The quality of life in developing age subjects with chronic renal diseases]. *Minerva pediatrics*, 2005, 57(3):119–28.
23. Bath J, Tonks S, Edwards P. Psychological care of the haemodialysis patient. *EDTNA/ERCA journal*, 2003, 29(2):85–8.
24. Njah M, Nasr M, Ben Dhia N. Anxiety and depression in the hemodialysis patients. *Nephrologie*, 2001, 22(7):353–7.
25. Bawden HN et al. Neuropsychological functioning in end-stage renal disease. *Archives of disease in childhood*, 2004, 89(7):644–7.
26. Jassal SV et al. Improvements in cognition in patients converting from thrice weekly hemodialysis to nocturnal hemodialysis: A longitudinal pilot study. *Kidney international*, 2006, 70(5):956–62.
27. Mendley SR, Zelko FA. Improvement in specific aspects of neurocognitive performance in children after renal transplantation. *Kidney international*, 1999, 56(1):318–23.
28. Burn DJ, Bates D. Neurology and the kidney. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 1998, 65(6):810–21.
29. :
.1992
30. Griva K et al. Acute neuropsychological changes in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Health psychology*, 2003, 22(6):570–8.
31. Williams MA et al. Temporal effects of dialysis on cognitive functioning in patients with ESRD. *American journal of kidney diseases*, 2004, 43(4):705–11.
32. Griva K et al. Cognitive functioning pre- to post-kidney transplantation – a prospective study. *Nephrology, dialysis, transplantation*, 2006, 21(11):3275–82.
33. :
.1999
34. :
.2001