

موضوع البحث: مساهمة كل من الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة النفسية (الاجتماعية، العاطفية) لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

من إعداد الأستاذ: عدة بن عتو، جامعة الشلف، والأستاذ الدكتور: ماحي إبراهيم، جامعة وهران،
والباحثة: دالي مريم جامعة الشلف

البريد الإلكتروني: benattouadda@yahoo.fr، رقم الهاتف: 07.93.91.62.38

ملخص البحث: يهدف البحث إلى الكشف عن مدي مساهمة كل من الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث تكونت عينة الدراسة من (125) مصابا ومصابة، وبغية الإجابة على هذه الإشكالية تم تطبيق مقياسين: (الأول مقياس الوحدة النفسية الذي يحتوى على 11 فقرة، والثاني: اختبار أيزنك للشخصية الصورة المختصرة ويحتوى على (12 فقرة)، وبعد تحليل المعطيات دلت نتائج الدراسة على أن مساهمة المتغيرات المستقلة (الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى، التعليمي) تختلف في التنبؤ بظهور كل من الوحدة الاجتماعية والوحدة العاطفية لدى مرضى القصور الكلوي.

الكلمات المفتاحية: الانبساطية، العصابية، الوحدة النفسية العاطفية، الوحدة النفسية الاجتماعية.

Abstract:

The current research aimed at studying the contribution of each of extraversion and neuroticism, sex and level educational study in predicting loneliness in patients with deficiencies and kidney chronic, where the study sample consisted of 125 injured and infected, in order to answer to this problem has been the application of two measures: (first loneliness scale which contains 11 paragraphs, and the second test Eysenk for personal shortcut image and contains (12 item), after the data analysis results of the study showed that the contribution of the independent variables (extraversion and neuroticism, sex and level of education) differ in predicting the emergence of both loneliness social and unity emotional loneliness at patients with renal insufficiency.

Key words: extraversion, neuroticism, and loneliness scale

مقدمة البحث:

تحتل الشخصية مكانة مهمة في علم النفس لأنها ظاهرة نفسية متعددة الأبعاد مشبعة الجوانب وتعتبر الإطار العام الذي يستوعب كل المكونات النفسية للفرد من سمات واتجاهات وطرق تفكير التي تميز الفرد عن الآخرين، ولا يقتصر موضوع الشخصية في البحث فيما نحن عليه وإنما يجب أن يكون عليه الإنسان. والشخصية تصف الشخص من حيث كونه كلا موحدًا من الأساليب السلوكية والإدراكية معقدة التنظيم التي تميزه عن الآخرين وبخاصة في المواقف الاجتماعية فهي تمثل حسب أيزنك المجموع الكلي للأنماط السلوكية الظاهرة والكامنة والمقررة بالوراثة والمحيط، وتعد بنية الأداة الذهنية، تشكلت لضمان التعبير عن الحوافر الأساسية وتشكل أسلوب الفرد لتقوية هذه البنية لتكوين شخصيته الخاصة به. وبذلك يمكن تحديد أبعاد الشخصية تبعًا لنظرية أيزنك التي قد توصل إليها من خلال استخدامه للتحليل العاملي إلى أربعة أبعاد رئيسية وهي الآتي بعد الانبساط مقابل الانطواء، بعد العصابية مقابل الاتزان الانفعالي، بعد الذهانية مقابل اللاذهانية، بعد الكذب مقابل الجاذبية الاجتماعية.

يعد بعد الانبساط ثنائي القطب وهو متصل كمي وأفضل طريقة لتصوير هذا البعد هو وصف الإنسان المنبسط، حيث نجده اجتماعي، يحب الحفلات، لديه أصدقاء كثيرون ويحتاج إلى أناس لتحدث معهم، لا يحب القراءة أو الدراسة منفردًا يسعى وراء الإثارة يخاطر ويقم نفسه دائمًا في أمور كثيرة يأخذ الأمور ببساطة، لديه إجابات جاهزة، متفائل، يميل إلى أن يكون عدوانيًا، وينفعل بسرعة، ولا يستطيع السيطرة على مشاعره بإحكام. (1) تشير الانبساطية إلى أن صاحبها اجتماعي، يهتم بالآخرين يتجه نحو الفعل أكثر من التفكير، قادر على التلاؤم، يبادر إلى تكوين صداقات، يحب المغامرة والتغيير و المنبسط أكثر نشاطًا، يرغب في الاستثارة والتنبه يميل إلى كونه فرحًا ومتفائلًا. كما تعتبر العصابية بعدًا أساسيًا من أبعاد الشخصية أحد طرفيه العصابية وطرفها الثاني الاتزان الانفعالي حيث يشير الوافي إلى " أن العصابي لا يجد للحياة ذوقًا فهو لا يعيش حياته بل يكابدها، ذلك لكثرة ما يعانيه من توتر وصراع غير محسوس وما ينجم عن هذا الصراع من مشاعر أليمة، ثم لعسر صلاته الاجتماعية. (2). ويضيف بشير معمرية في هذا الصدد بقوله "أن الشخص الذي ترتفع درجة العصابية يتميز بالاضطراب الانفعالي ويميل إلى القلق وانخفاض القدرة على تحمل الإحباط والضعف في المواقف التي تنطوي على ضغوط نفسية ويميل إلى الشعور بالنقص. (3)

فالعصابية هي الاستعداد لإصابة بالاضطراب النفسي أي العصاب ولن يحدث العصاب الحقيقي إلا بتوافر درجة مرتفعة من العصابية والضغوط الشديدة نتيجة لحوادث وخبرات الحياة، ويتميز ذو الدرجات المرتفعة في العصابية بالقلق، الغضب، عدم القدرة على تحمل الضغوط، وتؤدي الشخصية العصابية بصاحبها إلى سوء التوافق مما يؤثر سلبًا على قدرة الفرد على ممارسة الحياة بشكل طبيعي.

ولعل ما يجدر ذكره هو أن الأبعاد الأساسية للشخصية عند أيزنك هي بمثابة رسم الخطوط العريضة للشخصية الإنسانية وهي نفسها التي تستخدم في تفسير الاضطرابات النفسية، ووفقا لأيزنك يجب اعتبار أن كل فرد موجود في نقطة معينة في أي بعد من الأبعاد الأربعة وبذلك فإن السلوك السوي يختلف عن السلوك الشاذ في الدرجة فقط وليس في النوع.

يمثل الشعور بالوحدة النفسية إحدى المشكلات الهامة في حياة الإنسان المعاصر، نظرا لأن هذه المشكلة تعتبر البداية للكثير من المشكلات التي يتعرض لها الفرد ويتصدر هذه المشكلات الشعور الذاتي بعدم السعادة والتشاؤم فضلا عن الإحساس بالعجز نتيجة الانعزال الاجتماعي والانفعالي، كما يشكل مشكلة اجتماعية هامة، وخبرة شخصية مؤلمة، وفيها يجد صعوبة في المشاركة مع الآخرين في الحفلات وإعطاء الثقة للآخرين.⁽⁴⁾ ويشير (مازن ملحم 2010) إلى دراسة قام بها كل من ستوكس وليفين حيث كشفت على ارتباط الشعور بالوحدة النفسية بكم وكيف العلاقات مع الآخرين، فكلما نقص عدد الأصدقاء وكانت العلاقة بهم هامشية كان ذلك دليلا على الشعور بالوحدة النفسية فهو يمثل واحدة من المشكلات الهامة التي تصيب الإنسان في هذا العصر بدرجات متباينة علما بأن الفرد المصاب بها أكثر استهدافا للإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية وهي ليست خاصة بفئة عمرية بل تصيب الأطفال والمراهقين والراشدين وكبار السن.⁽⁵⁾ في ظل ما ذهبت إليه التوجهات النظرية لمحاولة تفسير أسباب الوحدة النفسية إلا أنها تتسق وتتكامل في مفهوم كلي واحد ألا هو تناقض إدراك الذات لدى الفرد، وأهمية الخبرات الموقفية الحاضرة التي تتسم بالتباين والتغاير مما يؤثر في تفاعلاته النفسية والاجتماعية من جهة، ويقوم الفرد خلالها بتقويم العلاقات المتوفرة لديه وبين ما يود أن تكون لديه كما وكيفا من جهة ثانية، وفي ظل ذلك ينشأ لدى الفرد هذا الإحساس والشعور بالوحدة.

يعتبر القصور الكلوي من الأمراض الخطيرة التي تصيب جسم الإنسان باختلاف أعمارها جنسه ومستواه الثقافي والاجتماعي ودرجة خطورته تكمن في الموت المحتم خاصة إن لم يسرع الفرد في طلب المساعدة الطبية، ويتعرض مرضى القصور الكلوي بصفة خاصة إلى قلق وضغوطات نفسية كبيرة نتيجة طبيعة المرض طول علاجه، مما له من آثار مدمرة على صحة وحياة المريض. حيث أن في السنوات الأخيرة شهدت انتشار واسع، إذ بلغ عدد المصابين به في الجزائر حوالي 16 ألف مريض وهذا العدد يزداد سنويا بأربعة آلاف شخص.⁽⁶⁾ . ومرض القصور الكلوي من الأمراض المزمنة التي تتطور ببطء ويعيش المصابين به لفترات طويلة لا يمكن الشفاء منه في أغلب الأحيان، وغالبا ما يكون نتيجة لمضاعفات مرض السكري وارتفاع ضغط الدم وهذا ما يجعل المريض به أسير لآلة التصفية مدى الحياة بمعدل ثلاث حصص في الأسبوع تتراوح كل حصة من 3 . 4 ساعات.⁽⁷⁾

1-الدراسات السابقة:

أ-الدراسات التي تناولت بعدي الانبساطية والعصابية وعلاقتها بالوحدة النفسية:

دراسة (عدة بن عتو، 2014): هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين بعد الانبساطية والوحدة النفسية لدى النساء العاملات بإدارة الجامعة السنوات (ثانوي، ليسانس، ماستر) من جامعة وهران حيث بلغ عددهن (110) وقد تم استخدام مقياس أيزنك للشخصية واستبانته الشعور بالوحدة النفسية من تصميم الباحث وتم التوصل إلى النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين متغير الانبساط ومتغير الشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة العاملة وأيضاً أسفرت عن وجود فروق في متغير الشعور بالوحدة النفسية وبعد الانبساط لدى المرأة العاملة، ووجود فروق في متغير الشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة العاملة. (8)

دراسة (تشنغ وفيرنهام، 2002): هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الثقة بالنفس والأداء المدرسي وسمات الشخصية والصدقة المدرسية والوحدة النفسية واستخدم الباحثان مقياس الوحدة النفسية (UCLA) مقياس أيزنك للشخصية وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط بين الثقة بالنفس، الأداء المدرسي، الصدقة المدرسية الانبساط والوحدة النفسية وارتبطت العصابية ايجابيا مع الوحدة كما وجدت النتائج تحليل الانحدار أن الانبساط والعصابية كانتا أفضل منبئات بالوحدة النفسية. (9) دراسة (الشرعية وعبد الله، 2000): هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة أنماط الشخصية كما حدد أيزنك بكل من سمة القلق والشعور بالوحدة والتحصيل الدراسي حيث تكونت عينة الدراسة من (354) طالبا وطالبة من طلبة المدارس واستخدم في هذه الدراسة قائمة أيزنك للشخصية وقائمة القلق لسباي لرجرو وآخرين، ومقياس كاليفورنيا للشعور بالوحدة ودلت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين نمط الاتزان وكل من سمة القلق والشعور بالوحدة أما سمة الانفعال فعلاقتها ايجابية مع القلق والشعور بالوحدة وعلاقته نمط الانفعال بالتحصيل سلبية، كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة سالبة بين نمط الانبساط والشعور بالوحدة وتبين الدراسة وجود علاقة ايجابية بين نمط الانطواء وكل من الشعور بالوحدة وسمة القلق، كما دلت الدراسة على أن الطلاب أكثر اتزاناً من الطالبات وأن الطالبات أكثر انفعالا من الطلاب. (10)

ب-الدراسات التي تناولت القصور الكلوي بمتغيرات أخرى:

دراسة (الطيب، 2000): هدفت الدراسة إلى قياس نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تحت العلاج الاستشفاء الدموي وذلك من خلال معرفة العوامل التي تؤثر على نوعية حياة هؤلاء المرضى، وتقييم أنشطة العناية الذاتية للمرضى بناء على احتياجاتهم، وتكونت عينة الدراسة من (100) مريضاً بالفشل الكلوي حيث تمثلت العينة في (69) ذكر، (31) أنثى يتم علاجهم الاستشفاء الدموي في مدة لا تقل عن عام سواء كانوا يقومون بالغسيل ثلاث مرات في الأسبوع أو مرتين وممن وافقوا على إجراء البحث معهم وتم استبعاد المرضى الأميين من لديهم مضاعفات تعوقهم من أداء العناية الذاتية لأنفسهم كالشلل، الجلطات المخية، وقد تم استخدام مقياس تدريجي يملئ بواسطة المريض نفسه ويتكون من خمسة

أجزاء الصفات الاجتماعية البيئية للمريض التاريخ المرض الفشل الكلوي، مقياس تدريجي لقياس مدى اضطراب النوم لمرضى الاستصفاة الدموي، وقد أسفرت النتائج أن أغلب المرضى كانت تتراوح أعمارهم ما بين 20 أقل من 40 سنة وان هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المرضى كاضطراب اللياقة النفسية و اضطراب الاهتمامات الاجتماعية والدعم الروحي، كما أن الحالة الاجتماعية الاقتصادية، القلق، الاكتئاب حالة المنزل والعناية الذاتية التي يقوم بها المريض تعبر من العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي، كما أن المرضى ليس لديهم معلومات كافية. (11).

دراسة (عوض الله، 2007): هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن الحالة الانفعالية والمعرفية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن مقارنة بالأصحاء، التوصل إلى انطب البرامج لمحاولة أحداث التوافق النفسي والمعرفي للمرضى مع المتغيرات البيئية مرتبطة بمرض الفشل الكلوي، وبذلك لمحاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية لهذه المتغيرات على المرضى والمساهمة في تنمية الوعي والإدراك بالأسباب المؤدية إلى الإصابة بالفشل الكلوي وأساليب الوقاية والعلاج من هذا المرض وقد تم اختيار عينة قوامها (80) قسمت إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وعددها (40) 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) من الأصحاء (من أسر المرضى) وقد تم استخدام مقياس الحالة الانفعالية والتوافق النفسي الاجتماعي من تصميم فريق البحث، مقياس القدرات العقلية الأولية لأحمد زكي صالح، مقياس عملية الذاكرة من إعداد سيف الدين يوسف عبدون، برنامج تدخلية لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية للمرضى وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمرضى في الاستجابة على مقياس الحالة الانفعالية وأيضا مقياس الحالة المعرفية لصالح القياس البعدي، ويبرهن ذلك على نجاح البرنامج التدخلية وتأثيره في خفض حدة الحالة الانفعالية وتحسين الحالة المعرفية للمرضى وقد نتج هذا عن طريق التغلب على المشكلات الأسرية التي يعاني منها المريض وتحسين العلاقة بين المريض والأسرة. (12).

تعقيب على الدراسات السابقة

أ- فيما يخص الدراسات التي تناولت بعدي الانبساطية والعصابية في علاقتها بالوحدة النفسية:

يظهر من خلال عرضنا للدراسات التي تناولت العلاقة بين المتغيرين أنها جميعا اتبعت المنهج الوصفي، أما عن العينات فقد تنوعت إذ نجد الطلبة في دراسة الشرعية والعبء الله (2003) والنساء العاملات في دراسة عدة بن عتو (2014)، أما عن حجمها فقد تراوح بين (110-354)، أما فيما يخص أدوات الدراسة فقد استخدمت كلها مقياس الوحدة وقائمة أيزنك للشخصية. أما النتائج المتحصل عليها وجود علاقة كدراسة تشينغ وفرنهام (2002) وأيضا وجود علاقة سالبة كدراسة عدة بن عتو (2014) ودراسة الشرعية والعبء الله (2003).

ب-فيما يخص الدراسات التي تناولت القصور الكلوي:

ركزت دراسة الطيب (2000) على قياس نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي ومعرفة العوامل المؤثرة فيها، أما عوض (2007) قام بدراسة مقارنة بين الأصحاء والمرضى المصابين بالقصور الكلوي، فهدفت إلى دراسة الحالة الانفعالية والمعرفية، أما طبيعة الأعمار الزمنية الخاصة بالعينات فقد تباينت فهناك من اعتمدت تحديد فئات عمرية كدراسة الطيب، وغير محددة كدراسة عوض، وقد تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي في دراسة الطيب ولقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمرضى على مقياس الحالة الانفعالية والمعرفية لصالح القياس البعدي، وأن الحالة الاقتصادية والاجتماعية، القلق والاكتئاب من العوامل المؤثرة على نوعية الحياة .

1-مشكلة البحث: من خلال المقابلات مع أفراد العينة تم ملاحظة وجود معاناة ومشاكل صحية منها: (إتباع حمية غذائية، التقليل من شرب السوائل، عدم الإجهاد الجسمي والبدني والأكثر من كل هذا القيام بجلسات التصفية الدموية المتعبة والدائمة ومضاعفاتها المتفاوتة الخطورة) وهذا ما يولد له اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب القلق فقدان الدافعية، التخلي عن المشاريع المستقبلية، إضافة إلى المشاكل العلائقية والزوجية كل هذه التغيرات التي طرأت على حياة المريض يمكن اعتبارها منبئات الوحدة النفسية ولقد حاولت الدراسات السابقة التطرق إلى متغير الوحدة النفسية وبعدي الشخصية (الانبساطية والعصابية) في علاقته بمتغيرات شخصية أخرى، ومن هنا تأتي أهمية البحث الحالي لمحاولة إبراز مدى مساهمة بعدي الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في تباين درجات الوحدة النفسية (الاجتماعية، والعاطفية) لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث كانت صياغة الإشكاليات التالية:

- ما مدى مساهمة كل من الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة الاجتماعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

- ما مدى مساهمة كل من الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة العاطفية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

2-فرضيات الدراسة:

-تختلف مساهمة كل من الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة الاجتماعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

- تختلف مساهمة كل من الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة العاطفية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

3-أهداف الدراسة: تسعى الدراسة الحالية إلى مايلي:

- معرفة مدى مساهمة كل من الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة الاجتماعية، والوحدة العاطفية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- استقصاء البنية العاملية لكل من الوحدة النفسية واختبار أيزنك.

4- أهمية الدراسة: تتلخص أهمية الدراسة في جانبين هما:

أ- **من الناحية النظرية:** حيث يمكن أن تكتسب تلك النتائج أهمية نظرية تتمثل في إثراء المعرفة السيكولوجية والاجتماعية عن المعاناة النفسية والجسمية بل وحتى المعرفية على مستوى تصوراتهم للمستقبل ونظرتهم للحياة، وما قد يعانونهم من صراع في أداء أدوار الحياة سواء الزوجية وغيرها، والكشف عن بعض القوى النفسية والاجتماعية التي تساعد في مواجهة هذا الصراع، إلى جانب ما ستسفر عنه الدراسة في شقها الوصفي التحليلي من نتائج تسهم في الكشف عن البناء النفسي وديناميات الشخصية لديهم مما يساعد على تحقيق التوجيه الأمثل والفهم الأعمق لهم.

ب- **أما من الناحية التطبيقية:** فتتمثل في اقتراح تخطيط وبناء برامج إرشادية تقدم لهم وتساعد على التغلب على مختلف صراعات و ضغوطات الحياة .

5- التعاريف الإجرائية:

5-1- **الانبساطية:** يتصف الأفراد بالقدرة على التفاعل الاجتماعي والتوافق مع الجماعة والبحث عن الإثارة والانفعال الايجابي وتعرف إجرائيا هي الدرجة التي يتحصل عليها في مقياس أيزنك للشخصية .

5-2- **العصابية:** سمة من سمات الشخصية يميل صاحبه إلى عدم الاتزان وإلى الأفكار السلبية وشدة الانفعال والتوتر وضعف السيطرة على دوافعه وعدم القدرة على تحمل الضغوط وتعرف إجرائيا هي الدرجة التي يتحصل عليها في مقياس أيزنك للشخصية

5-3- **الوحدة النفسية:** هي خبرة شخصية مؤلمة غير سارة والابتعاد عن الآخرين وعدم الرغبة في الاقتراب منهم حيث يشعر الفرد أنه وحيد رغم وجوده مع الآخرين، وتعرف إجرائيا هي الدرجة المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس الوحدة النفسية، وتتكون من بعدين أساسين هما: الوحدة الاجتماعية، والوحدة العاطفية، ويعرفان إجرائيا بالدرجات المتحصل عليها من خلال الإجابة على فقراتهما.

6- حدود الدراسة: تنقسم حدود الدراسة إلى مايلي:

حدود مكانية: وتمثلت الدراسة في المؤسسات الاستشفائية بالشطية وتنس بولاية الشلف، **حدود زمنية:** تمثلت الدراسة في الفترة الزمنية الممتدة ما بين 2015-2016، و**حدود نوعية:** حيث ركزت الدراسة على فئة القصور الكلوي المزمن، وأخيرا **حدود موضوعية:** تمثلت في إبراز مساهمة للمتغيرات المستقلة بعدي

الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

7-منهج وطريقة إجراء الدراسة: لقد تم إتباع المنهج الوصفي لتحليل معطيات الدراسة إحصائياً، باعتبار انه المنهج الملائم لطبيعة هذه الدراسة.

طريقة اختيار العينة الأساسية وخصائصها: يتمثل المجتمع الذي اتخذناه مجالاً بشريا لدراستنا من المصابين بالقصور الكلوي المزمن من ولاية الشلف: بمستشفى (التنس، والشطية)، ولقد تم تحديد هذه الفئات بطريقة قصدية وذلك في حدود ما أتيج لنا الاتصال به، بعد موافقة مدير المؤسسة وكذا المفحوصين المستعدين للتجاوب معنا طواعية، حيث حدد عدد العينة الكلية ب(125) من المستويات التعليمية المختلفة. جدول رقم (01) يوضح خصائص العينة الأساسية

	المجموع		إناث	ذكور	الجنس
	125		72	53	
جامعي	ثانوي	متوسط	إبتدائي	بدون	م. الدراسي
11	42	27	12	33	خصائص العينة
125					
48+	47-38	37-28	27-18	السن	
52	29	28	16	المجموع: 125	

8-أدوات الدراسة:

يعد مقياس الوحدة النفسية: مقياس جامعة كاليفورنيا للوحدة بصورته الأولى عام 1978 وقد قام راسل بإعداده، و تكون من 20 بندا سلبيا وفي سنة 1980 قام راسل وزملاؤه إلى إعداد صورة ثانية تتضمن 10 بنود سلبية و10 بنود ايجابية وفي الصورة الثالثة تضمن 11 بندا سلبيا و9 بنود ايجابية باستخدام سلم رباعي من أجل إتاحة التعبير عن الدرجات المتفاوتة الشدة لشعور بالوحدة، وقد قام الباحث إطمانيوس نايف مخائيل إلى تعريبه وتقنينه في البيئة العربية.

كما يعد أيضا اختبار أيزنك: ثاني أداة مستخدمة في جمع البيانات، تم استخدام الصورة المختصرة لمقياس أيزنك EPQR-A تتألف الصورة المختصرة لمقياس أيزنك 24 بند بمعدل 6 بنود لكل مقياس من المقاييس الفرعية الأربعة ، وقد تم الاقتصار فقط في الدراسة الحالية على (بعدي الانبساطية والعصابية) بمعدل 12 فقرة في كليهما، وقد قام الباحث ميخائيل نايف إطمانيوس إلى تعريبه وتقنينه في البيئة العربية.(13).

أ-صدق وثبات مقياس الوحدة النفسية: والذي يوضح علاقة كل فقرة بالمقياس ككل، ولقد تم اعتماد (معامل بيرسون) لتوضيح هذا الاتساق، كما تم استخدام طريقتي ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية للتأكد من الثبات، حيث أسفرت النتائج على:

جدول رقم (02) يوضح صدق وثبات مقياس الوحدة النفسية ن=25

طرق حساب الثبات		صدق البناء الداخلي	مقياس الوحدة النفسية
0.82	ألفا كرومباخ	تراوح ما بين (0.41 و 0.71) عند مستوى الدلالة	
0.79	التجزئة النصفية	0.01 و 0.05، ولقد تم حذف 06 فقرات غير دالة إحصائياً	
النتيجة النهائية: وعليه احتوى المقياس على مجموع (29) فقرة دالة			

ب-صدق وثبات اختبار أيزنك: ومن أجل توضيح هذه العلاقة تم استخدام معامل ارتباط لبيرسون لتأكد من الصدق أما الثبات فقد استخدمنا طريقتي ألف كرومباخ والتجزئة النصفية، فدللت النتائج على:

جدول رقم (03) يوضح صدق وثبات اختبار أيزنك (الانبساطية، والعصائية) ن=25

طرق حساب الثبات		صدق البناء الداخلي	اختبار أيزنك
0.84	ألفا كرومباخ	تراوح ما بين (0.59 و 0.77) عند مستوى الدلالة 0.01،	الانبساطية
0.68	ت. النصفية	ولقد تم حذف فقرة واحدة غير دالة.	
0.79	ألفا كرومباخ	تراوح ما بين (0.49 و 0.86) عند مستوى الدلالة 0.01	العصائية
0.74	ت. النصفية	و 0.05، ولقد تم حذف فقرة واحدة غير دالة إحصائياً.	
النتيجة النهائية: وعليه احتوى المقياس على مجموع (32) فقرة دالة.			

ج-الصدق العاملي لمقياس الوحدة النفسية: تم إجراء التحليل العاملي على عينة قوامها (125) من غير العينة الاستطلاعية، وبأسلوب المكونات الأساسية وبطريقة (فاريماكس)، حيث أفرزت النتائج بعد التدوير على بروز (4) عوامل لكن عامل منها كان مشبع بفقرة واحدة فقط مما فرض علينا إعادة إجراء التحليل مرة ثانية بعد حذف العامل الذي لا تتوفر فيه الشروط، وقد لوحظ بعد إجراء التحليل العاملي وجود فقرة لا تستوفي لشرط (MSA) (Measurement of Sampling Adequacy)، وهو مقياس كفاية المعاينة وملاءمتها، وهو يختبر شرط كفاية مصفوفة الارتباط لإجراء التحليل العاملي، فإذا كان معامل الارتباط أدنى من (0.50) لأي فقرة تحذف ويعاد التحليل العاملي مرة أخرى، وذلك حسب ما أشار إليه. (14) وباعتبار أن الفقرة السابقة ورقمها (15) قد حصلت على معامل يتراوح ب (0.40)، وهو أقل من المطلوب لذا أعيد إجراء التحليل العاملي بعد استثنائها من المعالجة الإحصائية، كما تم اعتماد محك كاتل

لتحديد عدد العوامل وكفايتها، لأنه لوحظ أثناء إجراء التحليل العاملي تمايز عاملين مهمين حصلا على نسبة تباين كبيرة تراوحت ما بين (23.50%)، بالنسبة للعامل الأول، ونسبة تباين قدرها (20.35%)، بالنسبة للعامل الثاني، حيث تم الاحتفاظ بهما والاكتفاء تبعاً للاعتبارات التالية:

- على اعتبار أنهما حازا على أكبر نسبة من التباين. وعلى اعتبار أيضا وجود مشكلة تخص الصدق التمييزي "Component Transformation Matrix" بين العوامل الأربعة المستخرجة، لاسيما مصفوفة ارتباط بين العامل الأول والثاني، واللذان لم يتمايزا عن بعضهما البعض مما يفسر ذوبانهما في عامل واحد فقط. و على اعتبار أنه قد تم إجراء التحليل العاملي لمقياس الوحدة النفسية من طرف الباحث إمطانيوس نايف ميخائيل، على عينة قوامها (350)، وقد استخرج منها عاملين أيضا مثلا نسبة تباين مرتفعة ومعتبرة تمايزت عن باقي العوامل بشكل منفرد، وباعتبار أيضا أن بعض قيم الشيوخ لفقرتين جاءت منخفضة تحت الحد الأدنى المقبول به وهو أكثر من (0.30)، حيث تراوحت بين (0.28) بالنسبة لفقرة رقم (S6)، والقيمة الثانية بالنسبة لفقرة (S 18)، حيث قدرت ب(0.25).

وبعد استعراض الاعتبارات الخاصة بإعادة التحليل العاملي للمرة الثانية، فقد أفرزت هذه العملية على استخراج عاملين مهمين من جهة وقد استقرت مصفوفة الارتباطات الخاصة بالصدق التمييزي بين العاملين، وقد أفرزت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (04) يوضح العوامل المستخرجة وقيم شيوخها ن=125

العوامل	العامل الأول	العامل الثاني	قيم الشيوخ
S1	-0.013	0.267	0.746
S2	0.205	-0.041	0.496
S3	0.182	-0.014	0.385
S4	0.209	-0.035	0.512
S5	-0.044	0.286	0.791
S7	0.191	-0.020	0.427
S9	-0.016	0.290	0.807
S11	0.228	0.033	0.633
S12	0.202	0.043	0.538
S14	0.195	0.009	0.449
S19	0.048	0.269	0.747

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأن نتائج التحليل العاملي بعد التدوير قد أفرزت على تشبع جميع الفقرات التي أدخلت ضمن المعالجة الإحصائية على عاملين أساسيين، حيث جاءت قيم شيوعهما معقولة ومقبولة إحصائياً، ويتم التعامل معها بشكل معاملات انحدار لكل فقرة كمايلي: فبالنسبة للفقرة (S1) مثلاً، كمتغير تابع والعامل الثاني كمتغير مستقل، حيث تكتب المعادلة كمايلي:

الفقرة (S1) العامل الأول، (-0.013) و العامل الثاني، (+0.267)، وتقرأ كآلآتي: ارتفاع العامل الثاني بوحدة معيارية واحدة يصاحبه انخفاض في الفقرة (S1) بمقدار ضئيل لا يتجاوز 0.013-، ونفس الشيء بالنسبة للفقرة رقم (S2)، حيث أن قيمتها قدرت ب(+0.205)، فإذا تم التعامل معها كمتغير مستقل والعامل الثاني كمتغير تابع والمقدر ب(-0.041)، فتقرأ كآلآتي: إن ارتفاع العامل الأول بوحدة معيارية واحدة يصاحبه انخفاض في الفقرة رقم (S2) بمقدار ضئيل لا يتجاوز (-0.041)، وهكذا تتم قراءة الفقرات المتبقية.

ومن أجل تسمية العوامل سيتم ترتيبها وفق أعلى تشبع إلى أقل تشبع لتسهيل تسميتها، حيث أفرزت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يوضح تسمية العوامل وتشبعاتها وترتيبها للوحدة النفسية

الفقرة	العبرة	الترتيب	التشبع	تسمية العوامل
S11	إلى أي درجة تشعر أنك مهمل أو متروك من قبل الآخرين؟	1	0.78	الوحدة الاجتماعية
S12	إلى أي درجة تشعر أن علاقاتك مع الآخرين بلا معنى؟	2	0.716	
S4	إلى أي درجة تشعر بالوحدة؟	3	0.711	
S2	إلى أي درجة تشعر أنك تقتقر إلى الرفاق والأصحاب؟	4	0.69	
S14	إلى أي درجة تشعر بأنك تعاني من العزلة عن الآخرين؟	5	0.66	
S7	إلى أي درجة تشعر بأنك لم قريبا من أي شخص؟	6	0.65	
S3	إلى أي درجة تشعر أنك تقتقر إلى الشخص الذي يمكن أن تعتمد عليه؟	7	0.62	
S9	إلى أي درجة تشعر أنك ودي ومنفتح على الآخرين؟	1	0.89	الوحدة العاطفية
S5	إلى أي درجة تشعر بأنك جزء من مجموعة الأصدقاء؟	2	0.88	
S1	إلى أي درجة تشعر أنك منسجم مع الآخرين؟	3	0.86	
S19	إلى أي درجة تشعر أن هناك أشخاصا يمكن التحدث معهم؟	4	0.84	

	3.101	3.427	الجذر الكامن
	%28.193	%31.153	نسبة التباين
النسبة التراكمية: 59.34 %			

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه وبعد الاطلاع على محتوى البنود التي تم ترتيبها تنازليا طبقا لتشعبها على العامل أي من أعلى تشعب إلى أدناه، وبذلك تسهل تسمية العوامل حيث تم حصرها في (الوحدة النفسية الاجتماعية ، والوحدة النفسية العاطفية)، علما بأن العاملين قد تشعبت فقراتها تشعبا أعلى من (0.30)، حيث أن مؤشر التشعب المقبول (0.40) وهو الذي نعتمده في الدراسة الحالية، وقد قدرت النسبة التراكمية المفسرة للعاملين ب(59%)، وهي مؤشر مقبول إحصائيا في التحليل العاملي، حسب كل من (15) و (16) في حين قدرت قيمة اختبار كايز ماير أولكن (KMO) ب(0.78)، وهو أيضا مؤشر دال على صلاحية المقياس واحترامه لشروط التحليل العاملي. كما تجدر الإشارة هنا إلى أنه سوف يتم التعامل مع الفقرات المتبقية من نتائج التحليل العاملي، وكذا ما أفرزته هذه العملية من متغيرات كامنة، حيث ستأخذ بعين الاعتبار كمتغيرات تدخل ضمن المعالجة الإحصائية للفرضيات.

د-الصدق العاملي لاختبار لأيزنك: وقد تم إجراء التحليل العاملي لاختبار أيزنك على نفس العينة والتي قوامها (125)، وبنفس الأسلوب للمكونات الأساسية وبطريقة فارماكس أيضا، حيث تم إدخال الفقرات الدالة إحصائيا فقط من صدق البناء، والاكتفاء بها، حيث أفرزت العملية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (06) يوضح العوامل المستخرجة وقيم شيوعها ن=125

العوامل	العامل الأول	العامل الثاني	قيم الشيوع
E2	0,113	0,230	0,510
E3	0,040	0,241	0,339
E10	0,023	0,205	0,223
E11	0,059	0,277	0,480
N1	0,364	-0,166	0,697
N4	0,176	-0,394	0,452
N5	0,337	-0,030	0,782
N9	0,331	-0,063	0,692
N12	0,144	-0,383	0,434

نلاحظ من خلال الجدول بأن نتائج التحليل العاملي بعد التدوير قد أفرزت على تشعب جميع الفقرات التي أدخلت ضمن المعالجة الإحصائية على عاملين أساسين، حيث جاءت قيم شيوعها معقولة ومقبولة إحصائيا، ويتم التعامل معها بشكل معاملات انحدار لكل فقرة كمايلي: فبالنسبة للفقرة (E2) مثلا، كمتغير

تابع والعامل الثاني كمتغير مستقل، حيث تكتب المعادلة كمايلي: **الفقرة (E2) العامل الأول، (0.113)** +) و **العامل الثاني، (+0.267)**، وتقرأ كالاتي: ارتفاع العامل الثاني بوحدة معيارية واحدة يصاحبه ارتفاع في الفقرة (E2) بمقدار ضئيل لا يتجاوز 0.113، وبالنسبة للفقرة (N1) العامل الأول كمتغير مستقل (0.364) والعامل الثاني (-0.166) كمتغير تابع، فإن ارتفاع العامل الأول بوحدة معيارية واحدة يصاحبه انخفاض في الفقرة (N1) بمقدار ضئيل لا يتجاوز 0.166، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الفقرتين التاليتين وهما: (N12-N4) جاءت مرتبطة بالعامل الثاني لكن ارتباطها سالب مما يدل أنها لا تنتمي إلى هذا العامل رغم حيازتها على تشعب لا بأس به، لكن محتوى الفقرة من جهة وارتباطها السالب من جهة ثانية يدل على أنها لا تنتمي إلى هذا العامل بل إلى عاملها الأصلي وهو بعد العصابية.

ومن أجل تسمية العوامل سيتم ترتيبها وفق أعلى تشعب إلى أقل تشعب لتسهيل تسميتها، حيث أفرزت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (07) يوضح تسمية العوامل وتشبعاتها وترتيبها ن=125

الفقرة	العبارات	الترتيب	التشعب	تسمية العوامل
N5	هل تعتبر نفسك شخصا عصبيا؟	1	0.86	العصابية
N1	هل يتقلب مزاجك كثيرا؟	2	0.83	
N9	هل تعاني من العصبية أو النرفزة؟	3	0.82	
N12	هل تشعر بالوحدة في غالب الأحيان؟	4	0.652	
N4	هل تشعر بالملل في غالب الأحيان؟	5	0.651	
E11	هل يراك الآخرون شخصا مليئا بالحيوية والنشاط؟	1	0.59	الانبساطية
E2	هل أنت شخص مهموم؟	2	0.54	
E3	هل أنت على درجة لا بأس بها من الحيوية والنشاط؟	3	0.50	
E 10	هل تلتزم الصمت غالبا عندما تكون مع الآخرين؟	4	0.42	
		1.982	2.628	الجذر الكامن
		%22.026	%29.199	نسبة التباين
النسبة التراكمية: % 51.22				

نلاحظ من خلال الجدول وبعد الاطلاع على محتوى البنود التي تم ترتيبها تنازليا طبقا لتشعبها على العامل أي من أعلى تشعب إلى أدناه، وبذلك تسهل تسمية العوامل حيث تم حصرها في (العصابية، والانبساطية) علما بأن العاملين قد تشبعت فقراتها تشبعا أعلى من (0.30)، حيث أن مؤشر التشعب المقبول (0.40) وهو الذي نعتمده في الدراسة الحالية، وقد قدرت النسبة التراكمية المفسرة للعاملين ب(51%)، وهي مؤشر مقبول إحصائيا في التحليل العاملي، في حين قدرت قيمة اختبار كايز ماير أولكن (KMO) ب(0.73)، وهو أيضا مؤشر دال على صلاحية المقياس واحترامه لشروط للتحليل العاملي

9- الأساليب الإحصائية في معالجة البيانات: ولتأكد من صحة الفرضيات استخدمنا الإحصاء المتقدم: المتمثل في تحليل الانحدار المتعدد، وذلك باستخدام (spss ; 20).

10- عرض ومناقشة النتائج:

10-1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى: والتي تنص: تختلف مساهمة كل من بعدي الشخصية (الانبساط، والعصابية) والجنس والمستوي التعليمي في التنبؤ بالوحدة الاجتماعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، ولاختبار هذه الفرضية استخدمنا تحليل الانحدار المتعدد، وتجدر الإشارة هنا إلى أنه تم التعامل مع متوسطات الأبعاد على اعتبار أنها غير متجانسة ومتساوية وذلك توخيا لأكثر مصداقية، حيث أسفرت النتائج كما هو موضح في الجدول أسفله على مايلي:

جدول رقم (08) يوضح ملخص نتائج تحليل الانحدار المتعدد بالنسبة للوحدة الاجتماعية

الوحدة الاجتماعية				المتغير التابع	
إدخال كل المتغيرات				الطريقة	
مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	نتيجة تحليل التباين
دال عند 0.05	7.19	1.805	7.218	4	الانحدار
		0.251	30.108	120	الخطأ
			37.327	124	المجموع
دال عند 0.01	0.166	معامل ر المعدل		0.440	معامل ر
المستوى التعليمي	-0.116	الجنس	العصابية	الانبساطية	المتغيرات المساهمة
		0.228	0.304	-0.261	معامل بيتا المعدل Beta
		2.74	3.58	3.04	قيمة(ت)
		دال عند 0.007	دال عند 0.01	دال عند 0.003	مستوى الدلالة

يظهر من خلال الجدول أعلاه من تحليل التباين، ومن معاملات الارتباط ومعاملات بيتا أنه هناك مساهمة للمتغيرات المستقلة (بعد الانبساطية، بعد العصابية، والجنس) في التنبؤ بالوحدة النفسية الاجتماعية، فزيادة بعد الانبساطية بوحدة معيارية واحدة يصاحبه انخفاض في الوحدة النفسية بقيمة معتبرة لا تتجاوز (-0.26)، في حين أن زيادة العصابية بدرجة معيارية واحدة يلزمه زيادة في الوحدة النفسية بدرجة معيارية قدرها (0.30)، في حين أن زيادة متغير الجنس بدرجة معيارية واحدة يصاحبه زيادة في الوحدة النفسية بقيمة لا تتجاوز (0.22)، حيث كانت الفروق لصالح الإناث بمتوسط حسابي قدره (2.16) مقارنة بالذكور والذي تراوح المتوسط الحسابي لديهم ب(1.91)، في حين لم تكن هناك أي مساهمة لمتغير المستوى التعليمي، وهذه المتغيرات الدالة إحصائياً في تحديد تباين مساهمتها في التنبؤ بالوحدة الاجتماعية والتي هي بعد من أبعاد الوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وعليه يمكن صياغة معادلة الانحدار كمايلي:

$$\text{الوحدة الاجتماعية} = \text{الثابت}(12.05) + (-0.26 \times \text{الانبساطية}) + (0.30 \times \text{العصابية}) + (0.22 \times \text{الجنس}).$$

لقد دلت النتائج المعالجات الإحصائية من خلال الانحدار المتعدد ومعاملات الارتباط ومعاملات بيتا أن هناك مساهمة للمتغيرات المستقلة (بعد الانبساطية والعصابية والجنس) في التنبؤ بالوحدة النفسية الاجتماعية وقد يعزى ذلك إلى أن لكل شخصية سماتها الرئيسية التي تحدد خصائصها ونقاط ضعفها وقدراتها على التوافق مع الآخرين وأن هذه السمات تتأثر بالبيئة الاجتماعية والثقافية المحيطة به فتتج مجموعة من السلوكيات. حيث أن بعد الانبساطية يتميز بأنه اجتماعي، واقعي التفكير، متفائل، لامبالي، كثير الحركة والكلام، سريع في تكوين الصداقات، قليل التأمل والتفكير، التكيف السريع للمواقف والأحداث، وهو يحتاج إلى أناس يتحدث معهم، وهذه السمات تجعله أكثر قدرة على الاندماج بالمحيطين به يؤثر فيهم ويتأثر بهم، وأن عدد الانجازات وتركيزه على المهمات تجعل منه يزداد نشاط وحيوية وذلك في إطار المحيطين، باعتبار أن مرضى القصور الكلوي المزمن من الأمراض الخطيرة والقاتلة والذي لديه مردود عكسي على وظيفي على باقي وظائف الجسم وهذا ما يؤثر على سير حياته بشكل طبيعي إلا أن في ظل المساندة المقدمة بجميع أشكالها (الدعم الأسري، الأصدقاء، الدعم المادي) تعمل بمثابة عامل وقاية وحماية من مضاعفات المرض خاصة من الناحية النفسية، وبالتالي ينجحون في اختيار استراتيجيات مناسبة لمواجهة آثار المرض على حياتهم. كذلك الأمر لسمات العصابية التي قد يميل صاحبها إلى مشاعر الاكتئاب، التمركز حول الذات، الانطواء، الشعور بالذنب، لا يسعى إلى عقد صداقات اجتماعية، المبالغة الانفعالية، الإحساس بأنه مهمل ومنبوذ من قبل الآخرين، ومع المرض تستوطن الأفكار السوداوية والتشاؤمية حول مسار حياتهم الجديد وتزداد المخاوف من فقدان حياته من جانب ومن جانب آخر توجه مشاعر القلق نحو التفاعلات الاجتماعية مع البيئة المحيطة، كما يولد هذا المرض مشاعر اليأس مما يجعل المرضى انطوائيين لأن المرض والتزاماته العلاجية ضابطاً ومقيداً فينعكس ذلك على

ثقتة بنفسه فقد يحدث خلل في شبكة علاقاته الاجتماعية، الأسرة والأصدقاء. كل هذه المؤشرات تجعله يتوقع ويكون فريسة لمختلف الاضطرابات النفسية التي تفاقم من وضعيته الصحية، أما فيما يخص الجنس فنجد الإناث هم أكثر وحدة من الذكور وهذا راجع إلى الفروق الفردية، وطبيعة المرض وما يفرضه من مضاعفات وتغيرات التي تطرأ على الجسم وهذا الفرق ليس راجع إلى العدد وإنما إلى خصوصية التكوين البيولوجي من الناحية الجسدية والعقلية والتكوين النفسي لكل فرد، وأيضا إلى عدم القدرة على تحمل أعباء الحياة وحل المشكلات مقارنة بالذكور. ولأن طبيعة المرض والقدرة على التحمل وبالتالي معظم الحالات (الإناث) ماكنات في البيت لذلك يكون لديهن قيود من إقامة علاقات وصدقات مع الآخرين بالإضافة إلى ذلك عدم القدرة على السفر والتنقل بسبب ارتباطهم بالآلة وهذا ما ينشط الدينامية في التعبير عن انفعالاته، حيث يمكن تفسير ذلك أيضا للتنشئة الاجتماعية من حيث تلقي المسؤولية على الذكور في أغلب الأحيان مما يؤدي إلى اكتساب الثقة بالنفس والقدرة على اتخاذ القرارات. أما فيما يخص مستوى التعليمي فلم تكن هناك أي مساهمة على اختلاف المستويات التعليمية (بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) فهم يدركون المرض بنفس المستوى على أنه خطير على حياتهم لكونه مرضا يلازمه طول رحلتهم في الحياة، متزامنا لذلك مع برنامج علاجي وغذائي مفروض عليه وضابط على نمط حياتهم.

لقد بلغت نسبة مساهمة المتغيرات المستقلة (بعد الانبساط والعصابية والجنس والمستوى التعليمي) في التنبؤ بالوحدة الاجتماعية ب16% وهي نسبة منخفضة ولكن يمكن اعتبارها نسبة ذات دلالة وأهمية كبيرة.

ونتائج الدراسة الحالية تتفق جزئيا مع كل من دراسة (أل مشرف، 1999)، ودراسة (شقيير، 2000). (17) ، والتي أفرزتا نتائجهما عن رسم صورة واضحة عن الصفات التي يتميز فيها الشخص الانعزالي بالحزن والشعور بعدم الراحة والقلق الاجتماعي، وشعوره بالوحدة حتى في ظل تواجد الآخرين، وهذه الأخيرة (الوحدة الاجتماعية) كبعد من أبعاد الوحدة النفسية تتفق في هذا الشطر بالذات، لأن الشخص الانبساطي ينشط ويتفاعل في ظل تواجد الآخرين ولا يستطيع العيش بمعزل عن وجود الآخرين الذين يمثلون الكثير بالنسبة له، فهم يشبعون حاجاته الاجتماعية بالانتماء والحماية، ولقد أشارت نتائج الانحدار المتعدد من خلال نتائج قيمة بيتا والمقدرة ب(-0.26) مما يعني أنه كلما ارتفعت درجة الانبساطية لدى هؤلاء المرضى تنخفض معها الشعور بالوحدة الاجتماعية والعكس يحدث إن ارتفعت نسبة الوحدة الاجتماعية تنخفض معها درجة الانبساطية. كما وتؤكد أيضا نتائج دراسة. (18) إلى وجود علاقة سالبة بين بعد الانبساطية والشعور بالوحدة النفسية وهو ما تشير إليه نتيجة بيتا المعيارية السالبة أيضا. وتتفق مع دراسة. (19) ، حيث أكدت نتائج الانحدار على أن كل من الانبساطي والعصابية كانا من أفضل المنبئات بالوحدة النفسية. وهي تتعارض مع نتائج دراسة. (20) ، والتي أشارت إلى وجود فروق بين الجنسين في

الوحدة النفسية ولصالح الذكور، وهو يتعارض مع نتائج الدراسة الحالية، لأن الفروق كانت لصالح الإناث.

10-2- عرض نتائج الفرضية الثانية: والتي تنص: تختلف مساهمة كل من بعد الانبساط والعصابية والمستوى التعليمي في تباين درجات الوحدة العاطفية لدى مرض القصور الكلوي المزمن، ولاختبار هذه الفرضية استخدامنا تحليل الانحدار المتعدد Régression Multiple، حيث أسفرت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (09) يوضح ملخص تحليل الانحدار المتعدد بالنسبة للوحدة العاطفية

الوحدة العاطفية					المتغير التابع
إدخال كل المتغيرات					الطريقة
مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	نتيجة تحليل التباين
دال عند 0.01	2.77	2.304	6.911	3	الانحدار
		0.831	100.497	121	الخطأ
			107.408	124	المجموع
دال عند 0.04	0.04	معامل ر المعدل		0.254	معامل ر
	المستوى التعليمي	العصابية		الانبساطية	المتغيرات المساهمة
	0.246	-0.063		-0.055	معامل بيتا المعدل Beta
	2.75	0.49		0.59	قيمة (ت)
	دال عند 0.007	غير دال		غير دال	مستوى الدلالة

يظهر من خلال الجدول أعلاه من تحليل التباين، ومن معاملات الارتباط ومعاملات بيتا أنه ليس هناك مساهمة للمتغيرات المستقلة (بعد الانبساطية، بعد العصابية) في التنبؤ بالوحدة النفسية العاطفية، في حين ظهرت هناك مساهمة معتبرة لمتغير المستوى التعليمي، فارتفاع هذا الأخير بدرجة معيارية يصاحبه ارتفاع في الوحدة العاطفية بقيمة ضئيلة نسبياً لا تتجاوز (0.25). ومنه يمكن صياغة معادلة الانحدار كالتالي: **الوحدة العاطفية = الثابت (8.38) + (0.25 x المستوى التعليمي).**

لقد دلت نتائج المعالجات الإحصائية من خلال الانحدار المتعدد ومعاملات الارتباط ومعاملات بيتا أن هناك مساهمة للمتغير المستقل منفرداً (والمستوى التعليمي) في التنبؤ بالوحدة النفسية العاطفية، أما عم متغيري بعد العصابية والانبساطية فلم تكن لهما أية مساهمة، على اعتبار أن بعدي الانبساطية والعصابية كسمات من سمات الشخصية تتأثر بالتكوين العقلي والتنشئة الاجتماعية، وترجع أيضاً إلى

خبرات الحياة في التعامل مع الضغوط وكيفية معالجة المعلومات حسب توظيفها لإدراك البيئة والتوافق معها، وقد يعزى تفسير ذلك إلى:

أن عينة الدراسة تتميز بخصائص شخصية مختلفة (كونها تعاني من مرض القصور الكلوي المزمن) وهذا راجع إلى طبيعة المرض وما يفرضه من قيود عليهم وبالتالي يتشبط نوعا ما بطريقة تفكيرهم وتصورهم للمستقبل ومصيرهم مرتبط بزرع كلية جديدة، فلكي يكون الفرد انبساطيا لابد من توفر مؤشرات سواء خاصة به كفرد أو بالبيئة المحيطة به فقد نجد الانبساطي اجتماعي واقعي التفكير، محب الحفلات يسعى وراء الإثارة الخارجية، يتميز بالمرح والتفاؤل، النشاط والحيوية لديه العديد من الأصدقاء، ويحتاج إلى أناس يتحدث معهم، وينجز أهدافه وطموحاته في ظل تواجد الآخرين ودعمهم، وهذا ما لم يتوفر لدى العينة محل الدراسة (مرضى القصور الكلوي)، حيث نجدهم متواجدين بصفة دائمة في المستشفى للقيام بالفحوصات الطبية وحصص التنفيسية مصحوبين مع أحد أفراد أسرته أو لوحدهم وهذا ما لا يتناسب مع سمات الشخص الانبساطي الذي يتمتع نوعا ما بالصحة والحيوية والدينامكية في التعبير عن انفعالاته في التوافق مع بيئته من خلال استعمال استراتيجيات فعالة ومناسبة في مواجهة الأحداث الضاغطة وبالتالي اختيار طرق مناسبة في التعامل والتعايش مع طبيعة المرض القاسية . وكذلك الأمر بالنسبة لسمات العصائية فقد ترتبط بالقلق والوحدة النفسية بل وحتى الاكتئاب على اختلاف درجاته بين الأفراد، لكن نجد لدى عينة محل الدراسة حتى وان بدت هناك مؤشرات القلق والاضطراب المتفاوت الشدة حسب مضاعفات المرض وعلى الجسم والنفس ككل، نجدهم لم يعبروا بصراحة عن هذا الاضطراب الكامن في ذواتهم، الذي ارتبط بمؤشرات ظهور المرض والتقهقر وهذا كفيلا بأن يكون كاستراتيجية عقلية تفرص عليهم حسن تقبل المرض والرضا بقضاء الله وقدره، كما أن المريض يصاحبه مجموعة من التغيرات سواء من الناحية الجسدية مثل القيام بإتباع حمية غذائية أو النفسية مثل القلق والاكتئاب التي تؤدي إلى سوء التوافق ولكن في وجود الأسرة واعتبارها المحصن الأساسي الذي يحفظ الفرد من الأزمات النفسية وتقدم له الدعم في كل المجالات الحياتية خاصة النفسية، وتساعده على التكيف مع ما يعترضه من خوف وتوتر وتخفف عليه وطأة الاضطرابات ونتائجها. وفي ظل الدعم الأسري الذي يتلقونه كان تأثيرا ايجابيا على عينة الدراسة مما ساعدهم على مقاومة الإحباط وأيضا تحمل مضاعفات المرض فالتعاطف أفراد الأسرة مع المريض يلعب دورا في تخفيف وحماية ضد الوضعيات المقلقة وغرس مشاعر الطمأنينة والثقة بالنفس، وهذه المشاعر تؤكد له إمكانية الاعتماد عليهم عند الحاجة، وأيضا من ناحية أخرى نجد دعم الطبيب ففي حالة المصاب بالقصور الكلوي المزمن يكون ارتباط المريض بالطبيب المعالج نوعا ما ارتباطا أبديا، حيث يتولد عند المريض شعور بأن الطبيب هو الوحيد الذي يقدر حالته ويعرف معاناته فهو المنفذ لحمايته الغذائية، وراعي لصحته والحافظ لحياته من الخطر. كما يعد التدبير وسيلة أخرى من الوسائل المتبعة لتجنب الوقوع في الوحدة النفسية، فمعاونة المريض من جراء الظروف القاسية للمرض باعتباره ملازم له مدى الحياة، فهو لا يحتاج إلى دواء يتناوله عن طريق الفم أو حقنة يستعملها ولكنه

يحتاج إلى ملازمة الآلة مما يخلق لديه نوع من التوتر والقلق والاكتئاب، فتناول الأطعمة مقيد بتعليمات الطبيب، بالإضافة إلى ذلك السوائل التي يتناولها بكمية محدودة وكل هذه المشاكل تخلق لديه غضب وخوف من الموت، وهذا ما يؤدي به إلى تعميق الصلة بالله والرضا بقضاء الله وقدره واعتباره ابتلاء.

أما فيما يخص المستوى التعليمي نجد أن هناك مساهمة معتبرة لهذا المتغير بقيمة بيتا قدرها (0.25)، أي أن ارتفاع المستوى التعليمي بدرجة معيارية واحدة يصاحبه ارتفاع في الوحدة العاطفية بقيمة لا تتجاوز (0.25)، حيث كانت الفروق دالة لصالح للجامعين في الوحدة العاطفية وقد يعزى تفسير ذلك إلى:

- لأن الجامعة تعد قطب لاكتساب العلم والمعرفة والاحتكاك بالآخرين وتكوين الصداقات وتبادل المعارف ومجال لتحقيق الطموحات والآمال، إلا أن المرض كونه مرض مزمن وغير قابل للشفاء ومؤثر على عضو رئيسي وهام من أعضاء الجسم، وله أبعاد خطيرة وسلبية على المكونات والجوانب الأساسية لحياة المرضى، وبحكم أن الطالب الجامعي لديه وعي وإدراك مدى خطورة المرض وهذا ما يجعلهم يشعرون بالإحباط واليأس والتخلي عن المشاريع المستقبلية وكل هذا يخلق لدى المريض نظرة تشاؤمية وقلق مما يحمله المستقبل حول مصيرهم المجهول وهذا باعتبار أن مرضى القصور الكلوي غير قادرين على أداء عملهم بشكل مستمر وهذا ما أدى بهم إلى التخلي عن بعض وظائفهم، وجل مشاريعهم من جهة، وبالتالي يترتب عليه تأثير على البعد الاقتصادي له ولأسرته من جهة ثانية، وكل هذه المؤشرات أثرت سلبا على طريقة تفكيرهم وعدم قدرتهم على التركيز والشك في قدراتهم على تحمل الصعاب والتغلب عليها والتكيف مع الوضع الجديد فهم يعتقدون أن الحياة قد انتهت ولا مجال لتحقيق الأهداف وتلبية الحاجات على اعتبار أن كل مريض له غاياته وأهدافه التي يرغب في تحقيقها .

ويرى الباحثين أن الوحدة العاطفية هنا تظهر كردة فعل نتيجة العجز عن إقامة علاقات عاطفية وتلبية حاجاتهم ورغباتهم وإشباعها كتكوين أسرة وعم القدرة على تحمل متطلبات أفراد أسرته وعلى تأمين مستقبل جيد وحياة هنيئة وفي النهاية يتولد لديه الألم والحسرة والحزن وهذا مؤشر ويذكره بالقصور والعجز مما آل إليه وضعه الصحي. ولقد بلغت نسبة مساهمة المتغيرات المستقلة (بعد الانبساط والعصابية والمستوى التعليمي) بالتنبؤ بالوحدة العاطفية ب (4%) وهي نسبة ضعيفة مقارنة بالوحدة الاجتماعية ولكن تبقى نسبة ضعيفة نسبيا في التنبؤ بالوحدة العاطفية.

ولا تتفق نتائج الدراسة مع كل من دراسة (21) ، والتي أفرزت عن عدم وجود فروق في مستوى الشعور بالوحدة النفسية تبعا لمتغير المؤهل العلمي، فهي تتعارض في كون هناك مساهمة لهذا المتغير في تباين الشعور بالوحدة العاطفية لدى هؤلاء المرضى المصابين بالقصور الكلوي. ولا تتفق أيضا مع دراسة (22) ، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق في الشعور بالوحدة النفسية عامة تعزي للمؤهل العلمي.

الخاتمة: لقد حاولت الدراسات السابقة تناول القصور الكلوي من مناحي متعددة من الشخصية، لكن بحثنا الحالي جاء لدراسة مدى مساهمة كل من بعدي الانبساطية والعصابية كمؤشرات للتنبؤ بالوحدة النفسية بقطبيها الاجتماعي والعاطفي، حيث انطلقنا من الإشكالية التالية:

ما مدى مساهمة كل من الانبساطية والعصابية والجنس والمستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

وبعد تطبيق أدوات الدراسة وتحليل البيانات كميًا أفرزت النتائج على مايلي:

-تختلف مساهمة المتغيرات المستقلة الانبساط والعصابية والجنس في التنبؤ بالوحدة الاجتماعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث قدرت قيمة بيتا لمساهمة بعد الانبساط(-0.26) حيث أن ارتفاع هذا الأخير بدرجة معيارية واحدة يصاحبها انخفاض في الوحدة الاجتماعية، ووجود أيضا مساهمة في بعد العصابية، حيث قدرت قيمة بيتا ب(0.59) فارتفاع العصابية يصاحبه ارتفاع في الوحدة الاجتماعية، ووجود أيضا مساهمة في متغير الجنس، حيث قدرت قيمة بيتا (0.22) فزيادة متغير الجنس بدرجة معيارية يصاحبه زيادة في الوحدة الاجتماعية، حيث كانت الفروق لصالح الإناث، في حين لم تكن هناك أية مساهمة للمستوى التعليمي، حيث قدرت نسبة التباين المفسر ب(16%).

-تختلف مساهمة المستوى التعليمي في التنبؤ بالوحدة العاطفية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث قدرت نسبة بيتا (0.25) فارتفاع هذا الأخير بدرجة معيارية واحدة يصاحبه ارتفاع في الوحدة العاطفية، حيث كانت الفروق لصالح الجامعين، في حين لم تكن هناك مساهمة لكل من بعد الانبساطية والعصابية في التنبؤ بالوحدة العاطفية، حيث قدرت نسبة التباين المفسر ب(4%).

التوصيات والاقتراحات: ومن خلال ما أفرزته نتائج الدراسة الحالية أمكننا أن نحدد بعض الجوانب الأساسية في شكل توصيات واقتراحات كالآتي:

-ضرورة عمل برامج توعية في جميع وسائل الإعلام لشرح طبيعة مرض القصور الكلوي المزمن وأهم مخاطره وكيفية الوقاية منه.

-العمل على تفعيل دور الأخصائيين النفسيين في علاج المشاكل النفسية لدى مرضى القصور الكلوي .

-توفير معلومات دقيقة ومبسطة لجميع شرائح المجتمع عن مرض القصور الكلوي المزمن.

-عمل برامج تدريبية للأخصائيين في مجال الطبي والنفسي لتكفل ومتابعة الحالات في منازلهم .

-دراسة الوحدة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى القصور الكلوي .

-القيام بإجراء دراسة مقارنة بين حديثي الإصابة والمرضى الذين لديهم مدة طويلة من الإصابة.

-دراسة الوحدة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة في ضوء بعض المتغيرات الشخصية والديمغرافية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

قائمة المراجع:

1-صالح، مأمون، الشخصية بناؤها، تكوينها، أنماطها، اضطراباتها، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2011، ص72

2- عبد الرحمان، الوافي، مدخل إلى علم النفس، دار هومة للنشر، الجزائر، (2013)، ص246.

3-بشير، معمريّة، مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه المعرفي السلوكي، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر، 2012، ص40.

4-أحمد، عبد اللطيف أبو أسعد، الفرق في الشعور بالوحدة النفسية والتوجه الحياتي بين المتزوجين والعازبين والأرامل من مستويات اقتصادية مختلفة.مجلة جامعة دمشق، 2010، المجلد 26 العدد 3، صص695-735.

5- مازن، ملحم، الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، مجلة دمشق، 2010 المجلد 26 العدد (4)، صص625-628.

6- وليد، الهري، تحقيق حول مرضى الكلى اطلع عليه بتاريخ 27-03-2014 من الموقع الالكتروني WWW.akreraa.co، 2014، ص1-2.

7- شيلي، تاييلور، علم النفس الصحي، ترجمة: وسام، درويش فوزي وشاكر، داود، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2008، ص45.

8- عدة، بن عتو، بعد الانبساط وعلاقته بالشعور النفسية لدى المرأة العاملة.مجلة عالم التربية بمصر، 2014، المجلد 1، العدد(47)، صص332-357.

9-مازن ملحم، 2010، المرجع السابق، ص634.

10- ياسين سالم، الشاورة، علاقة الذكاء الانفعالي بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية عند طلبة جامعة مؤتة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، 2006، ص35.

11-ريم، محمود يوسف أبوفايد، فعالية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي.رسالة ماجستير.الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين، 2010، ص96.

12-ريم محمود يوسف أبو فايد، 2010، المرجع السابق، ص97.

- 13-إمطانيوس، نايف ميخائيل، دليل استخدام مجموعة من المقاييس العالمية في البيئة العربية، دار الإحصار للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ط1، 2015، ص42.
- 14-أحمد، بوزيان تيغزة، التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي مفاهيمها ومنهجيتها بتوظيف حزمة SPSS وليزرر LISREL ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012، ص90.
- 15- حجاج، غانم.(2013). التحليل العاملي نظريا وعمليا في العلوم الإنسانية والاجتماعية، عالم الكتب، القاهرة، (ط1)، 2013، ص130.
- 16-أحمد بوزيان تيغزة، 2012، المرجع السابق، ص83.
- 17- محمد، عزة عربي كتابي، العنف الأسري الموجه نحو الأبناء وعلاقته بالوحدة النفسية دراسة ميدانية على عينة من طلبة الصف الأول الثانوي بمحافظة ريف دمشق، مجلة جامعة دمشق، 2012، المجلد 28 العدد (1)، صص73-106.
- 18-سالم الشواورة، المرجع السابق، 2006، ص35.
- 19- مازن ملحم، 2010، المرجع السابق، ص634.
- 20- مازن ملحم، 2010، المرجع السابق، ص625.
- 21-عبد الله، مسكين، الفروق في العصابية لدى معلمي المرحلة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات.دراسة نفسية وتربوية.مخبر تطوير الدراسات النفسية التربوية، جامعة غليزان العدد 13 سبتمبر 2014، ص85.
- 22-وفاء، جميل دياب عابد، الوحدة النفسية لدى زوجات الشهداء في ضوء بعض المتغيرات النفسية، رسالة ماجستير، جامعة غزة، فلسطين، 2008، ص5.