

الذكاء الوجداني وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي

هند طارق عثمان محمد^(١) - محمد رزق البحيري^(٢) - ريهام أحمد فهميم^(٢)

(١) طالب دراسات عليا، كلية الدراسات العليا والبحوث البيئية، جامعة عين شمس (٢) كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الذكاء الوجداني وقلق الموت لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي، وكذلك دراسة الفروق في الذكاء الوجداني وقلق الموت لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي، واشتملت عينة الدراسة على (ن = ١٠٥) من مرضى الفشل الكلوي في بيئات متباينة (٣٥ بيئة حضرية - ٣٥ بيئة عشوائية - ٣٥ بيئة ريفية) تراوحت أعمارهم ما بين (٤٠-٥٠) عامًا بمتوسط عمري قدره (٤٩.٨٠٠) وانحراف معياري قدره (٥.٦٧١)، وتم اختيارهم بطريقة قصدية من بعض المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة القاهرة ومحافظة القليوبية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وتم الاستعانة بعدة أدوات للتحقق من صدق فروض هذه الدراسة وهي: استمارة البيانات الأولية (إعداد: الباحثة)، وتم تطبيقها على العينة وذلك بهدف ضبط بعض المتغيرات التي قد تؤثر في نتائج الدراسة، وتم استخدام مقياس قلق الموت للراشدين (إعداد: الباحثة)، وهو يتكون من أربعة أبعاد (اضطرابات النوم - الآثار الفسيولوجية - الخوف من المجهول - الخوف من الاختضار) ومقياس الذكاء الوجداني للراشدين وهو يتكون من أربعة أبعاد (تنظيم الذات - إدارة المهارات الاجتماعية - الوعي الذاتي - إدارة العواطف والوجدان) (إعداد: الباحثة)، واختبار الذكاء للمصفوفات المتتابعة الملونة لرافن للذكاء (عماد حسن، ٢٠٢٠) لاستبعاد الأفراد الذين يقل مستوى ذكائهم عن المتوسط، لحساب التكافؤ بين البيئة الحضرية والبيئة الريفية والبيئة العشوائية.

النتائج: أشارت النتائج إلى وجود ارتباط سالب دال إحصائيًا بين درجات عينة الدراسة من الراشدين مرضى الفشل الكلوي على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين ومقياس قلق الموت للراشدين، ووجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية والعشوائية) على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين، ووجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في اتجاه البيئة الحضرية مقارنة بالبيئة الريفية والعشوائية.

المقدمة

تعد الصحة النفسية مهمة في حياة الفرد وهي ضرورة لا بد من تحقيقها في حياته، لكونها تعتبر حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية، وهي لا تقل أهمية عن الصحة الجسمية العامة فهذه الأخيرة لا تكفي لوحدها لإضفاء السعادة على الإنسان فقد تطرأ تغيرات شتى على حياته، منها التي تكون نعمة عليه ومنها التي تكون نقمة، فالعالم في الوقت الحاضر يعرف بانتشار العديد من الأمراض التي أصبحت شائعة وتنتقلت من بلد إلى آخر في درجة انتشارها واختلاف أسبابها نظرًا للتغير السريع الذي مس جميع النواحي الاجتماعية والاقتصادية وما صاحبه من ضغوط كبيرة في متطلبات الحياة العامة وضغط العمل وكذا تنوع الأغذية المختلفة التي ترافقها عادات غذائية سيئة لدى الفرد، ومن بين هذه الأمراض نجد ضغط الدم، وأمراض القلب، والسرطان، و داء السكري والفشل الكلوي، ويعد الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة التي زاد انتشارها مؤخرًا، وله آثار وانعكاسات نفسية كبيرة، كقلق الفرد المصاب على مستقبله وقلقه من الموت الذي ينتظره وفقدان الأمل والخوف والاكتئاب ووصمة الذات.

وقد بدأ الاهتمام بالذكاء الوجداني مع تحرر الوجدانات والاهتمام المتزايد بدراسة الذكاء البشري وظهور أكثر من نوع من أنواع الذكاء وصولًا إلى نظرية الذكاءات المتعددة، والاهتمام بعلم جديد أطلق عليه اسم "علم النفس الإيجابي

الذي " اهتم بالتركيز على نقاط القوة الموجودة لدى الفرد؛ أي تغييره هدف علم النفس من الانشغال فقط بتعديل السلوكيات السلبية إلى بناء أفضل السلوكيات في الحياة، فهو علم يقوم على فكرة أنه إذا تم تعليم الناس المرونة والأمل والتفاؤل فإنهم سيكونون أقل عرضه للاكتئاب، وسيكون لديهم حياة أفضل وأكثر إنتاجية، ونتيجة لذلك ظهر مفهوم الذكاء الوجداني عام (١٩٩٠) على يد ماير وسالوفي Mayer & Salovey ثم انتشر أكثر عام (١٩٩٥) على يد دانيال جولمان Golman، ويعد الذكاء الوجداني نوعا من معالجة المعلومات الوجدانية في الذات والآخرين، وذكر ماير وسالوفي (١٩٩٠) أن الذكاء الوجداني يهتم بالطريقة التي يتعامل بها الفرد مع المعلومات الوجدانية وبالاستجابات الوجدانية للفرد وللآخرين، وهو مفهوم له جذوره التاريخية الراسخة، وهو أحدث أنواع الذكاءات التي ظهرت في مجال علم النفس مع بداية التسعينيات نظرا لتطور العصر الذي نعيش فيه الذي تطلب رؤية غير تقليدية لمفهوم الذكاء، وما يتطلبه من مهارات انفعالية لحل المشكلات التي تواجه الفرد والتأثير على الأفراد الآخرين. (آمال زكريا، ٢٠٠٦)

يعيش مريض الفشل الكلوي حياة نفسية غير مستقرة قد تؤدي به الى حياة مليئة بالتوترات والاضطرابات النفسية بما فيه قلق الموت نتيجة عدة عوامل متعلقة بطبيعة المرض و خضوع المريض لعملية الغسيل الكلوي المستمرة،و يعتبر قلق الموت نوع من أنواع القلق يشعر به الفرد في مواقف متعددة وصعبة خاصة عندما يكون القلق نتيجة المرض ايه عندما يكون الأمل في الشفاء من المرض المزمن صعب مما يسبب الخوف و قلق الموت، يعتبر الفشل الكلوي من الأمراض الخطيرة وترفع شدة المعاناه والألم الجسدي والنفسى والقلق العام و خصوصا قلق الموت.(شبهة الكاملة، ٢٠١٧)

مشكلة الدراسة

شهد العالم في السنوات الأخيرة تغيرات مذهلة وسريعة في مستوى أنماط الحياة الحديثة وتعقدها وكثرة مشاكل وانشغالات الحياة أثر كبير في تقشي الأمراض خاصة العضوية منها والمزمنة التي يطلق عليها أمراض العصر، كأمراض القلب والضغط الدموي و السرطان، والفشل الكلوي وغيرها من الأمراض المزمنة. نتج عن هذه التغيرات السريعة المزيد من المشكلات النفسية المترتبة عن الإصابة بمرض الفشل الكلوي منها: القلق والخوف والاكنتئاب والانسحاب الاجتماعي والشعور بالرفض والوصم الذاتي للمرضى وضعف الأداء الوظيفي. وتمثل الصحة هدفا من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي في أي مجتمع، فهي حق أساسي لجميع الشعوب، بجانب كونها وسيلة هامة من وسائل تحقيق الرفاهية للمجتمعات، حيث يؤثر المستوى الصحي للأفراد تأثيراً مباشراً على الصحة النفسية لهم من خلال توفير خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية ونشر الوعي الصحي لهم (فضل محمد أحمد، ٢٠١٤: ٣٣٠).

ويعد مرض الفشل الكلوي أحد الأمراض المزمنة المنتشرة من سنوات عديدة، مما أدى إلى اعتبار هذه المشكلة من المشكلات ذات الأبعاد الصحية والاقتصادية والنفسية والاجتماعية، ومن ثم حظى مرض الفشل الكلوي النهائي كمرض مزمن باهتمام خاص من دول العالم، نتيجة لما يعانيه المريض وأسرته من أعباء نفسية واجتماعية ومادية، حيث يعتبر من أكثر الأمراض تكلفة في العلاج، كما أنه مؤثر على الحالة النفسية وفي أداء الأدوار الاجتماعية للمريض (عادل جوهر، ١٩٩٩: ٣٣١).

ويمثل مرض الفشل الكلوي أحد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى حدوث العديد من التغيرات في حياة المريض، حيث تؤدي إلى معاناة مستمرة تظهر في صورة مشكلات ومظاهر وانفعالات مختلفة مثل الشعور بالتعب والإرهاق

وعدم القدرة على الحركة بشكل طبيعي و دوار أو دوخة وغثيان وقئ، مما ينتج عنه معاناة المريض من آثار نفسية مثل الخوف والاكتئاب والشعور بالقلق والعجز، بالإضافة إلى المشكلات الاجتماعية، فضلاً عن الآثار الاقتصادية الناتجة على حجم الإنفاق على رحلة العلاج (عبد المنصف حسن، ٢٠٠٨: ٩٤٧).

ويتضمن الذكاء الوجداني القدرة على مراقبة الانفعالات والمشاعر الخاصة بالفرد والآخرين، والتمييز بين المشاعر والانفعالات المختلفة، واستخدام هذه القدرات لتوجيه طريقة التفكير والأفعال الخاصة وذلك أثناء محاولاتهم تطوير طريقة علمية لقياس الفروق بين الأفراد في مجال الانفعالات والمشاعر، والأفراد الذين يملكون مهارات الذكاء الوجداني يعبرون عن انفعالاتهم ومشاعرهم ويدركون انفعالات ومشاعر الآخرين وينظمون عواطفهم، وقدم جولمان نموذج في الذكاء الوجداني تضمن خمسة أبعاد تم تصنيفها ضمن مكونين رئيسيين هما المكونات الشخصية وتضم ثلاثة أبعاد هي (الوعي الذاتي الانفعالي، وتنظيم وإدارة الانفعالات، والدافعية وحفز الذات) والمكونات الاجتماعية وتضم بعدين هما (التعاطف، والمهارات الاجتماعية) (منار السواح، ٢٠٠٥).

ويمكن أن يكون القلق حقيقياً ناتجاً عن خطر فعلي واقعي وغالباً ما يتعلق الأمر بالموت، أو ما يسمى بقلق الموت وهو نوع من أنواع القلق يشعر به الفرد في مواقف صعبة، وخاصة عندما يكون تحت تهديد المرض ولا يبقى له أمل في الشفاء، كما أن المريض يفقد القدرة على التحكم في أنشطته وأعماله بسبب المرض، مما يحدث ضعف في تقدير الذات، هو رد فعل لخطر خارجي معروف يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من التوتر والضيق والألم والانزعاج (فارق السيد، ٢٠٠١: ١٨).

وهو نوع من أنواع القلق العام، والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص وذويه، أما فيما يخص علاقة قلق الموت بالأمراض العضوية فقد أوضحت معظم الدراسات وجود علاقة بين قلق الموت والعديد من الأمراض العضوية، فقد أوضحت دراسة (Paul) سنة ١٩٨٣ وجود علاقة موجبة بين قلق الموت وكل من مرض السكر ومرض التهاب المفاصل، كما أوضحت دراسة (Gisele) سنة ١٩٨٢ وجود علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض ارتفاع ضغط الدم. وكذلك توصل (Cesar) سنة ١٩٨٩ إلى وجود علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض الربو و نجد أيضاً دراسة مأمون محمود وادي (٢٠١٣)، بعنوان قلق الموت وعلاقته بنمط السلوك وبعض المتغيرات لدى عينة من مرضى القلب، حيث أشارت النتائج إلى وجود علاقة موجبة قوية بين قلق الموت ونمط السلوك لدى مرضى القلب (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٠: ٣٨).

وتشير مشكلة الدراسة الأسئلة الآتية:

١. هل يوجد ارتباط بين درجات عينة الدراسة من مرضى الفشل الكلوي على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين و مقياس قلق الموت للراشدين؟
٢. هل توجد فروق بين درجات عينات الدراسة من مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية - العشوائية - الريفية) على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين؟
٣. هل توجد فروق بين درجات عينات الدراسة من مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية - العشوائية - الريفية) على مقياس قلق الموت للراشدين؟

أهداف الدراسة

تحدد أهداف الدراسة في الآتي:

- 1- الكشف عن طبيعة العلاقة بين الذكاء الوجداني وقلق الموت لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي في بيئات متباينة (حضرية - عشوائية - ريفية).
- 2- دراسة الفروق في الذكاء الوجداني لمرضى الفشل الكلوي بين البيئات (الحضرية - العشوائية - الريفية).
- 3- المقارنة بين أفراد عينة الدراسة من مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية - العشوائية - الريفية) في قلق الموت.

أهمية الدراسة

أمكن تقسيم أهمية الدراسة الى أهمية نظرية وأخرى تطبيقية في التالي:

أولاً: الأهمية النظرية

- 1- دراسة متغير وقائي مهم من متغيرات الصحة النفسية "الذكاء الوجداني" لدى مرضى الفشل الكلوي في بيئات متباينة.
- 2- رغم تعاضد أهمية الدراسات في علم نفس الصحة، واطراد الاهتمام بالعوامل المرتبطة بها، توجد نُدرة في الدراسات العربية التي تناولت الذكاء الوجداني وعلاقته بقلق الموت لمرضى الفشل الكلوي.
- 3- إثراء الإطار النظري عن متغير الذكاء الوجداني لدى مرضى الفشل الكلوي.

ثانياً الأهمية التطبيقية:

- 1- قد تفيد نتائج هذه الدراسة في الاهتمام بتنمية إدارة العواطف والانفعالات لدى مرضى الفشل الكلوي منذ تاريخ المرض، لما لها من تأثير سلبي في حالة فقدانها على النواحي النفسية لديهم.
- 2- قد تفيد النتائج في لفت انتباه اختصاصي العلاج والإرشاد النفسي إلى إعداد البرامج لتحسين ورفع الوعي بكيفية التعامل مع المرض لدى مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية - الريفية - العشوائية).
- 3- قد تفيد النتائج في لفت انتباه اختصاصي العلاج والإرشاد النفسي إلى إعداد البرامج لتحسين الذكاء الوجداني والحد من قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي في البيئات المتباينة.
- 4- تعتمد هذه الدراسة في تحقيق أهدافها على إعداد مقاييس والذكاء الوجداني للراشدين، ومقياس قلق الموت للراشدين والذي نأمل أن يكون بمثابة إضافة للمكتبة السيكولوجية العربية، ومما لاشك فيه أن إعداد مثل هذه المقاييس سيساعد في فتح مجالات بحثية وتطبيقات جديدة في المجالات التربوية والإكلينيكية والإرشادية.

مفاهيم الدراسة

أولاً: الذكاء الوجداني Emotional intelligence: هي قدرة الفرد على الوعي بأفكاره ومشاعره وإدارة هذه المشاعر والانفعالات، وتأجيل الإشباع لتحقيق أهدافه والاهتمام بمشاعر الآخرين وانفعالاتهم وتفهمها والتعاطف معها وكذلك إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين (ياسمين أشرف، ٢٠١٨).

← **التعريف الإجرائي للذكاء الوجداني:** هو قدرة مريض الفشل الكلوي على الانتباه والإدراك الجيد وإدارة انفعالاته ومشاعره الذاتية، ووعيه بها وبمشاعر الآخرين وصياغتها بوضوح وتنظيمها وفقاً لمراقبة وإدراك دقيق لانفعالاته

وانفعالات الآخرين ومشاعرهم للدخول معهم في علاقات انفعالية اجتماعية ايجابية، وتساعد الفرد على اكتساب مهارات اجتماعية ونفسية ومهنية، وتعلم الكثير من مهارات النجاح في جميع نواحي الحياة، ويعبر عنه إجرائياً بالاستجابات اللفظية لعينة الدراسة من مرضى الفشل الكلوي على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين

ثانياً: قلق الموت Death anxiety أما سبيلبيرجر (Spielberger) فيفرق بين القلق كسمة والقلق كحالة فالقلق كسمة عنده عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب في معظمه يظل كامن عند الإنسان لتنبهه ويعمل على تنشيط المنبهات لدية سواء أكانت تلك المنبهات داخلية أو خارجية، فالقلق كسمة عبارة عن استعداد، والقلق كحالة فيرى أن حالة انفعال مؤقتة يمر به الإنسان في موقف يدعو للقلق فينشط جهازه العصبي وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة الموقف وتزول هذه الحالة بزوال الموقف، فيعود الإنسان لطبيعته، والموقف عبارة عن تهديد ما للإنسان (محمد بن عابد القرشي، ٢٠١٢).

← **التعريف الإجرائي لقلق الموت:** شعور بألم و إجهاد داخلي ناتج عن شعور المريض بالخوف من المجهول و توقع خطر خارجي لا يجد ايه وسيلة للدافع .

ثالثاً: الفشل الكلوي Kidney failure يعني الفشل الكلوي عجز الكليتين عن تنقية الدم بصورة كافية وعن الترشيح والاسترجاع التالي للمواد الهامة، فإذا لم يعالج فيض السموم في الجسم الناجم عن ذلك يمكن أن يؤدي إلى موت الشخص، فهو يهدد سائر الأجهزة في الجسم من القلب والجهاز الدوري مروراً بالكليتين وصولاً إلى الجملة العصبية المركزية، ويظهر الفشل الكلوي بصورة نقص شديد في البول وتراكم الماء في الأنسجة، كما يترافق بغثيان وتعب (ألياس حاجوج، ٢٠٠٦).

← **التعريف الإجرائي للفشل الكلوي:** فقدان التدريجي في وظائف الكلى وصولاً الى عدم قدرة الكليتان عن أداء وظائفهما بصورة طبيعية ليتلبية احتياجات الجسم و ينتج عنها تراكم مستويات خطيرة من السوائل المضرة والفضلات داخل الجسم .

دراساته سابقة

أمكن تقسيم الدراسات السابقة الى المحاور الآتية:

أولاً: دراسات تناولت الذكاء الوجداني لدى مرضى الفشل الكلوي:

- قام بارلس وآخرون (Barlas, at al , 2005) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين استخدام الغسيل الكلوي والضغط، واستراتيجيات التكيف (من أبعاد الذكاء الوجداني)، وتكونت عينة الدراسة من (٢٢٤) مريضاً، أجريت هذه الدراسة في كلية العلوم الصحية - جامعة مرمره - اسطنبول - تركيا، وكانت أدوات الدراسة مقياس للقلق ومقياس لأساليب التكيف، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علامات تدل على القلق منها، عدم الحصول على أجازات بنسبة (٨٠%) بين المشاركين، وعلامات تعب وإرهاق بنسبة (٧٩%) بين المشاركين، وعلامات عدم وجود أمل في المستقبل بنسبة (٧٩%). أما بالنسبة لأساليب التكيف فقد أظهرت الدراسة أساليب يستخدمها المرضى للتكيف وهي: الانشغال بالأنشطة اليومية والعمل، وعلاج الأعراض الجسمية التي تظهر نتيجة القلق بوصفها أمراض مستقلة بذاتها، والكبت وعدم التحدث عن مرضهم.
- وأجرى إبراهيم عوض الله (٢٠٠٨) دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج لتحسين إدارة الانفعالات (أحد أبعاد الذكاء الوجداني) والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستشفاء الكلوي، وكانت عينة الدراسة (٤٠) مريضاً

بالفشل الكلوي و(٤٠) من الأصحاء، أجريت الدراسة في مستشفى أطسا المركزي ومستشفى الفيوم العام بمحافظة الفيوم في مصر، واستخدم مقياس الحالة المعرفية، ومقياس التوافق النفسي والاجتماعي، ومقياس القدرات العقلية الأولية، ومقياس تقدير عمليات الذاكرة، وقد تم استخدام برنامج تدريبي حيث تم تخطيط ثمانية عشر درسا تعليميا مقسمة على أربعة أشهر. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي قبل تطبيق البرنامج وبعده من حيث التحسن في الجوانب المعرفية والانفعالية كذلك من حيث التوافق الاجتماعي.

- وأجرت هدى شعبان (٢٠١٦) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى الفشل الكلوي والأداء النفسي الحركي والذكاء الوجداني لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي، وأجريت الدراسة على عينة كلية بلغت (١٠٨) مريضا مقسمين إلى (٥٤) من مرضى الفشل الكلوي (٢٧ ذكرا و٢٧ أنثى) منهم ٢٢ مريض فشل كلوي حاد (١٦ ذكرا و٦ إناث)، و٣٢ مريض فشل كلوي مزمن (١١ ذكرا و٢١ أنثى) و٥٤ من الأصحاء (٢٧ ذكرا و٢٧ أنثى). طبق على العينة جهاز عداد النقر وجهاز مهارة الأصابع وجهاز ثبات اليد ومقياس الذكاء الوجداني. وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين مرضى الفشل الكلوي والأصحاء في الأداء النفسي حركي والذكاء الوجداني في اتجاه الأصحاء، وعدم وجود فروق في النوع بينهما.

ثانياً: دراسات تناولت قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي

- كما أجرت سامية حجازي (٢٠١٥) دراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي على تخفيف درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الإستصفاء الدموي - في مراكز علاج أمراض الكلى بولاية الخرطوم، ومعرفة العلاقة بين درجة تخفيف القلق والاكتئاب وعمر المريض والمدة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي. وكذلك معرفة الفروق في درجة القلق والاكتئاب التي تعزى للنوع الاجتماعي، والوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى، وكانت عينة الدراسة (٦٠) مريضا مصابين بالفشل الكلوي المزمن الذين تم تشخيصهم مسبقاً بأنهم يعانون من القلق والاكتئاب منهم (٣١) ذكر و(٢٩) أنثى، تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠ - ٥٥ سنة). واستخدمت أدوات تمثلت في (استمارة البيانات الأساسية - مقياس القلق والاكتئاب العيادي (هادس)، - و برنامج العلاج السلوكي المعرفي)، وكانت نتائج الدراسة أن حقق برنامج العلاج السلوكي المعرفي حقنا جوهريا في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين درجة القلق والاكتئاب وعمر المريض والجنس والوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في زراعة الكلى.

- كما قامت أم كلثوم أحمد (٢٠١٩) بدراسة هدفت إلى التعرف على درجة قلق الموت لدى المصابين بالفشل الكلوي وداء الهيموفيليا، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٩٢) مصابا بالفشل الكلوي وداء الهيموفيليا (٧١) فردا منهم مصابا بالفشل الكلوي، (٢١) مصابا بداء الهيموفيليا، كما مثل أفراد العينة (٥٨) ذكور و(٣٨) من الإناث تراوحت أعمارهم ما بين (١٧-٥٥) سنة، كما أن أدوات الدراسة كانت مقياس قلق الموت، و توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: يتسم مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة بالارتفاع، توجد فروق في مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمنغير المرض في اتجاه المصابين بالفشل الكلوي، لا توجد فروق في مستوى قلق الموت لدى المصابين بالفشل الكلوي وداء الهيموفيليا تعزى لمتغير الجنس والموطن.

- وهدفت دراسة فيسكارامي (Veiskarami , 2021) إلى التحقق من العلاقة بين الصحة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك وقلق الموت لدى عينة من البالغين المصابين بأمراض الكلى المزمنة. تم استخدام استبيان ديموغرافي وقائمة فحص الأعراض ٢٥، و استبيان الدعم الاجتماعي، ومقياس القلق من الموت (DAS) و تكونت العينة من (٥٨) مريضاً بالغاً يعانون من الفشل الكلوي المزمن. النتائج: أظهرت النتائج أن الصحة النفسية لها علاقات إيجابية بشكل ملحوظ مع القلق من الموت والخوف من الموت، والخوف من الألم والمرض، والنفات الفرعية لأفكار الموت في (DAS). كان للدعم الاجتماعي علاقة سلبية مع القلق من الموت والخوف من الألم والمرض، وأفكار الموت، والوقت العابر، والمقاييس الفرعية للحياة القصيرة لـ(DAS). أن تتنبأ نسبياً بالاختلافات في قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

- ثالثاً: تعقيب على الدراسات السابقة

إن استقراء نتائج الدراسات السابقة يشير إلى ما يلي:

١. ندرة الدراسات التي تناولت الذكاء الوجداني وعلاقته بقلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي -في حدود ما اطلعت عليه الباحثة- في البحوث والدراسات العربية والأجنبية.
٢. تحسين جودة الحياة يؤدي إلى المرونة في تقبل الأزمات الصحية.
٣. انخفاض درجة الذكاء الوجداني لدى مرضى الفشل الكلوي.
٤. اتضح فاعلية دور الذكاء الوجداني في تخفيف الاكتئاب والقلق لدى مرضى الفشل الكلوي.
٥. وجود ارتباط سالب دال إحصائياً بين الذكاء الوجداني و قلق الموت.
٦. انخفاض درجة الذكاء الوجداني لدى مريض الفشل الكلوي عامًا وفي البيئات ذات مستوى اجتماعي وثقافي منخفض خاصاً

فروض الدراسة

في ضوء أهداف الدراسة ونتائج الدراسات السابقة أمكن تحديد فروض الدراسة كما يلي:

- ١- يوجد ارتباط سالب دال إحصائياً بين درجات عينة الدراسة من الراشدين مرضى الفشل الكلوي على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين مقياس وقلق الموت للراشدين.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية والعشوائية) على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين
- ٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية والعشوائية) على مقياس قلق الموت للراشدين.

منهج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن؛ حيث الكشف عن العلاقة بين الذكاء الوجداني وقلق الموت لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي الراشدين في بيئات متباينة، والمقارنة بين البيئات الثلاثة (الحضرية - العشوائية - الريفية) من مرضى الفشل الكلوي في الذكاء الوجداني وقلق الموت.

(١) **عينة الدراسة:** تنقسم عينة الدراسة الى:

عينة حساب الكفاءة السيكومترية: أستعين بعينتين كتالي:

الأولى: اشتملت على عينة من الراشدين من مرضى الفشل الكلوي (ن=٣٠) لحساب الكفاءة السيكومترية لمقاييس الذكاء الوجداني وقلق الموت للراشدين تراوحت أعمارهم ما بين (٤٠-٥٠) عامًا وذلك من نفس مستشفيات العينة الأساسية في محافظة القاهرة ومحافظة القليوبية.

الثانية: اشتملت على عينة من الراشدين العاديين (ن=٣٠) لحساب الكفاءة السيكومترية (صدق التمييز بين المجموعات المتباينة) لمقاييس الذكاء الوجداني وقلق الموت للراشدين تراوحت أعمارهم ما بين (٤٠-٥٠) عامًا وذلك من محافظة القاهرة ومحافظة القليوبية.

العينة الأساسية: اشتملت عينة الدراسة على (ن=١٠٥) من مرضى الفشل الكلوي (٣٥ من الذكور والإناث في البيئية الحضرية) و(٣٥ من الذكور والإناث في البيئية العشوائية) و(٣٥ من الذكور والإناث في البيئية الريفية) تراوحت أعمارهم ما بين (٤٠-٥٠) عامًا بمتوسط عمري قدره (٤٩.٨٠٠) وانحراف معياري قدره (٥.٦٧١)، وتم اختيارهم بطريقة قصدية وفقاً للآتي:

أ- طلب من بعض القائمين بوحدة الغسيل الكلوي من بعض المستشفيات الحكومية والخاصة بمحافظة القاهرة وبمحافظة القليوبية تحديد المرضى حديثي و الذين يخضعون للغسيل.

ب- أن يكونوا جميعاً من المتروجين .

ج- أن يكون لديهم أبناء ذكور وإناث .

د- ألا يكون لديهم إعاقة أو مرض مزمن .

هـ- أن تتراوح مدة الغسيل الكلوي ما بين (٢-٤) سنوات .

و- أن يكونوا منتظمين في جلسات الغسيل الكلوي .

ز- أن يكونوا جميعاً من الموظفين .

ح- ألا يكونوا من المترددين على عيادات الصحة النفسية .

ط- ألا يكونوا قد تعرضوا لبرنامج تعديل سلوك من قبل .

ي- ألا يقل مستوى ذكائهم عن المتوسط بعد تطبيق اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن للذكاء - حيث كان متوسط الذكاء للعينة الكلية (٩٦,٣٦١) بأنحراف معياري قدره (١٠.١٨٥) .

(٢) **التكافؤ بين المجموعات (الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية):**

- **التكافؤ بين المجموعات في العمر:** للتأكد من التكافؤ بين مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية في العمر قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي ويوضح ذلك جدول (١) التالي:

جدول (١) نتائج تحليل التباين الأحادي للمقارنة بين المجموعات الثلاث على العمر الزمني

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
العمر الزمني	بين المجموعات	٧٨.٩١٤	٢	٣٩.٤٥٧	١.٢٣٥	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٢٥٦.٨٨٦	١٠٢	٣١.٩٣٠		
	مجموع كلي	٣٣٣٥.٨٠٠	١٠٤			

أشارت نتائج جدول (١) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية في العمر الزمني، مما يشير إلى تكافؤ المجموعات في العمر. -**التكافؤ بين المجموعات في الذكاء:** للتأكد من التكافؤ بين مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية في الذكاء قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي ويوضح ذلك جدول (٢) التالي:

جدول (٢) نتائج تحليل التباين الأحادي للمقارنة بين المجموعات الثلاث على الذكاء

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الذكاء	بين المجموعات	٠.١٣٤	٢	٠.٠٦٧	٠.٠٤٧	غير دالة
	داخل المجموعات	١٤٦.١١٤	١٠٢	١.٤٣٢		
	مجموع كلي	١٤٦.٢٤٨	١٠٤			

أشارت نتائج جدول (٢) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية في الذكاء، مما يشير إلى تكافؤ المجموعات في الذكاء. - **التكافؤ بين المجموعات في مدة المرض:** للتأكد من التكافؤ بين مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية في مدة المرض قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي ويوضح ذلك جدول (٣) التالي:

جدول (٣) نتائج تحليل التباين الأحادي للمقارنة بين المجموعات الثلاث في مدة المرض

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
مدة المرض	بين المجموعات	٠.٤٠٠	٢	٠.٢٠٠	٠.٢٨٢	غير دالة
	داخل المجموعات	٧٢.٢٢٩	١٠٢	٠.٧٠٨		
	مجموع كلي	٧٢.٦٢٩	١٠٤			

أشارت نتائج جدول (٣) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية في مدة المرض، مما يشير إلى تكافؤ المجموعات في مدة المرض. - **التكافؤ بين المجموعات في مدة المرض (مدة الغسيل الكلوي).** للتأكد من التكافؤ بين مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية في مدة غسيل الكلى قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي ويوضح ذلك جدول (٤) التالي:

جدول (٤) نتائج تحليل التباين الأحادي للمقارنة بين المجموعات الثلاث في مدة غسيل الكلى

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
مدة غسيل الكلى	بين المجموعات	٠.٠٥٧	٢	٠.٠٢٩	٠.٠٤١	غير دالة
	داخل المجموعات	٧٠.٨٥٧	١٠٢	٠.٦٩٥		
	مجموع كلي	٧٠.٩١٤	١٠٤			

أشارت نتائج جدول (٤) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات الحضرية والريفية والعشوائية في مدة غسيل الكلى، مما يشير إلى تكافؤ المجموعات في مدة غسيل الكلى. **أدوات الدراسة:** اعتمدت الباحثة لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من صدق فروضها على الأدوات التالية:-

أ- **مقياس الذكاء الوجداني للراشدين:** أعده الباحثين بهدف قياس الذكاء الوجداني للراشدين، وبلغ عدد بنوده ٣٠ بنداً، وتكون من أربع أبعاد (إدارة العواطف والوجدان، الوعي بالذات، إدارة المهارات الاجتماعية، تنظيم الذات)، وتم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان- براون وكان معامل الثبات (0.789) و طريقة معامل ألفا لكرونباخ وكان معامل الثبات (0.950)، وتم حساب صدق التمييز بين المجموعات المتباينة حيث بلغت قيمة (ت) (٦.٠٢٩) عند مستوى دلالة (0.001)، وكان مجموع مرضى الفشل الكلوي الراشدين ن = (٣٠) والراشدين العاديين ن = (٣٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية للبعد (إدارة العواطف والوجدان) بلغت قيمة (ت) (٤.٤١٤)، و(الوعي الذاتي) قيمة (ت) (٤.٠٠٢)، و(إدارة المهارات الاجتماعية) قيمة (ت) (٤.٢٦٧)، و(تنظيم الذات) قيمة (ت) (٤.٠٤٧) عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

ب- **مقياس قلق الموت للراشدين:** أعده الباحثين بهدف قياس الذكاء الوجداني للراشدين، وبلغ عدد بنوده ٣٢ بنداً، وتكون من أربع أبعاد (الخوف من الأحتضار، الخوف من المجهول، البعد الفسيولوجي، اضطرابات النوم)، وتم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان- براون وكان معامل الثبات (٠.٨٠٥) وطريقة معامل ألفا لكرونباخ وكان معامل الثبات (٠.٩٥٢)، وتم حساب صدق التمييز بين المجموعات المتباينة حيث بلغت قيمة (ت) (٧.٠٦٥) عند مستوى دلالة (0.001)، وكان مجموع مرضى الفشل الكلوي الراشدين ن = (٣٠) والراشدين العاديين ن = (٣٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية للبعد (الخوف من الأحتضار) بلغت قيمة (ت) (٤.٣٩٣)، و(الخوف من المجهول) قيمة (ت) (٧.٩١٢)، و(البعد الفسيولوجي) قيمة (ت) (٤.٦١٧)، و(اضطرابات النوم) قيمة (ت) (٤.٦٧٥) عند مستوى دلالة (0.001).

اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة: أعد الاختبار رافن Raven وقد أعاد تعديله وتقنيته (عماد حسن، ٢٠٢٠). ويعد من الاختبارات غير اللفظية المنحررة من قيود الثقافة لقياس الذكاء، وهو يتكون من ٣ أقسام متدرجة الصعوبة هي (أ، أب، ب) ويشمل كل قسم (١٢) بنداً، ويشمل الاختبار (٣٦) مصفوفة أو تصميم أحد أجزاء ناقصاً، وقد حسب ثبات الاختبار على العينات المصرية باستخدام معادلة كودر ريتشاردسون وقد بلغت قيمتها (0.85)، أما بالنسبة لصدق الأختبار فقد تراوحت معاملات الارتباط بين الاختبار وبعض المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر ومناهات بورتويس، ولوحة سيجان ما بين (0.28-0.52)، كما تم حساب معاملات الارتباط بين الأقسام الفرعية للقياس وتراوحت بين (0.45-0.73)، وحساب معاملات الارتباط بين الأقسام الفرعية للقياس والدرجة الكلية و تراوحت بين (0.87-0.93) وجميعها دالة إحصائية عند مستوى 0.01 .

وفيما يلي عرض لهذه الأدوات:

ثالثاً: إجراءات تطبيق أدوات الدراسة

١- أجريت الدراسة في شهري أكتوبر ونوفمبر ٢٠٢٢، بالبدء باختيار العينة ثم حساب التكافؤ بين عينة مرضى الفشل الكلوي في البيئات الثلاثة (الحضرية، والعشوائية، والريفية) على متغيرات العمر ومدة المرض ومدة غسيل الكلى.

٢- وتم تطبيق أدوات الدراسة على عينة مرضى الفشل الكلوي بصورة فردية في وحدة الغسيل لكل مستشفى من المستشفيات المذكورة سالفاً حيث أن كل منها تتسع لعدد أفراد عينتي الذكور والإناث كل على حده في البيئة (الحضرية، والعشوائية، والريفية).

٣- وقد طبق مقياس الذكاء الوجداني للراشدين أولاً، ثم مقياس قلق الموت للراشدين.

رابعاً- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من صدق فروضها وبناء على حجم عينتها استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية:

- ١- معامل ألفا لمقاييس الذكاء الوجداني وقلق الموت.
- ٢- معامل ارتباط بيرسون للتحقق من صدق الفرض الأول، ولحساب ثبات التجزئة النصفية للمقاييس الثلاثة الذكاء الوجداني وقلق الموت.
- ٣- معادلة سبيرمان - براون لتصحيح طول المقياس لحساب ثبات التجزئة النصفية للمقاييس الثلاثة الذكاء الوجداني وقلق الموت.
- ٤- اختبار (ت) البارامترى لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة لحساب صدق التمييز بين المجموعات المتباينة للمقاييس الثلاثة الذكاء الوجداني وقلق الموت.
- ٥- تحليل التباين الأحادي لحساب التكافؤ بين المجموعات الثلاثة بين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية و العشوائية)، فضلاً عن التحقق من صدق الفروض الثاني و الثالث والرابع.

نتائج الدراسة

الفرض الأول: ينص على "يوجد ارتباط سالب دال إحصائياً بين درجات عينة الدراسة من الراشدين مرضى الفشل

الكلوي على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين و مقياس قلق الموت للراشدين".

وللتحقق من صدق هذا الفرض حسبت الباحثة معامل ارتباط بيرسون كما يتبين من الجدول التالي (٥).

جدول (٥) قيم معاملات الارتباط بين درجات عينة الدراسة من الراشدين مرضى الفشل الكلوي (ن = ١٠٥) على

مقياس الذكاء الوجداني للراشدين و مقياس قلق الموت للراشدين

الدرجة الكلية للذكاء الوجداني	إدارة العواطف والوجدان	الوعي الذاتي	إدارة المهارات الاجتماعية	تنظيم الذات	المكون المكون
**٠.٧٥٦-	**٠.٨١٢-	**٠.٧٨١-	**٠.٧٣٤-	**٠.٧٣٢-	اضطرابات النوم
**٠.٧٦٣-	**٠.٨٣٠-	**٠.٧٧٢-	**٠.٧٤٩-	**٠.٧٥٥-	الأثار الفسيولوجية
**٠.٧٦٥-	**٠.٨٤١-	**٠.٧٦٨-	**٠.٧٥٢-	**٠.٧٤٩-	الخوف من المجهول
**٠.٧٥٨-	**٠.٨٢٤-	**٠.٧٣٨-	**٠.٧٣٤-	**٠.٧٦٦-	الخوف من الاحتضار
**٠.٧٧٩-	**٠.٨٢٧-	**٠.٧٥٤-	**٠.٧٤٨-	**٠.٧٨٧-	الدرجة الكلية لقلق الموت

** دال عند مستوى (٠.٠١)

أشارت نتائج جدول (٥) إلى تحقق صدق الفرض الأول حيث وجد ارتباطاً سالب دال إحصائياً بين درجات عينة الدراسة من الراشدين مرضى الفشل الكلوي على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين (تنظيم الذات، وإدارة المهارات الاجتماعية، والوعي الذاتي، وإدارة العواطف والوجدان، والدرجة الكلية) ودرجاتهم على مقياس قلق الموت للراشدين (اضطرابات النوم، والآثار الفسيولوجية، والخوف من المجهول، والخوف من الاحتضار، والدرجة الكلية) وذلك عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

وجود ارتباط بين الذكاء الوجداني للراشدين وقلق الموت، وأن الأشخاص الذين يعانون من قلق الموت يتصفون بالقلق والتوتر والاكنتاب واضطرابات في النوم وانخفاض في الأداء الحركي ومع زيادة الاضطرابات الفسيولوجية، ولكي يتخطى المريض قلق الموت لابد من القدرة على فهم مشاعره وانفعالاته وأفكاره.

الفرض الثاني: ينص على "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية والعشوائية) على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين

جدول (٦) يوضح توكي لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الثلاث و الذي يحدد اتجاه الفروق بينهم.

جدول (٦) قيم اختبار توكي لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الثلاث على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين

المكون	المجموعة	الحضرية	الريفية	العشوائية
تنظيم الذات	المتوسط	١٨.٥١٤	١٦.٥٤٢	١٤.٦٠٠
	الريفية	**١.٩٧٢	-	-
إدارة المهارات الاجتماعية	المتوسط	١٩.٥٧١	١٧.٦٥٧	١٥.٤٨٥
	الريفية	**١.٩١٤	-	-
الوعي الذاتي	المتوسط	١٧.٥٤٢	١٥.٧١٤	١٣.٥٧١
	الريفية	**١.٨٢٨	-	-
إدارة العواطف والوجدان	المتوسط	١٦.٥١٤	١٤.٥٤٢	١٢.٦٢٨
	الريفية	**١.٩٧٢	-	-
الدرجة الكلية	المتوسط	٧٢.١٤١	٦٤.٤٥٥	٥٦.٢٨٤
	الريفية	**٧.٦٨٤	-	-
	العشوائية	**١٥.٨٥٦	**٨.١٧٠	-

**دال عند مستوى (٠.٠٠١)

أشارت نتائج جدول (٦) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية والعشوائية) على مقياس الذكاء الوجداني للراشدين (تنظيم الذات، وإدارة المهارات الاجتماعية، والوعي الذاتي، وإدارة العواطف والوجدان، والدرجة الكلية) وذلك في اتجاه عينة الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئة الحضرية، وبين الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئة الريفية والبيئة العشوائية في اتجاه الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئة الريفية.

وقد ترجع هذه الفروق إلى الاختلافات الموجودة في طبيعة المجتمعات الثلاثة والمستوى الثقافي والتعليمي للراشدين في البيئة الحضرية والريفية والعشوائية، حيث إن الوعي الذاتي وإدارة المهارات الاجتماعية وتنظيم الذات كانت لدى المصابين مرضى الفشل الكلوي في البيئة الحضرية مرتفعة عن البيئة الريفية أما البيئة العشوائية فكانت منخفضة الوعي الذاتي وتنظيم الذات وإدارة المهارات الاجتماعية وإدارة العواطف والوجدان، لذلك فإن طبيعة البيئة العشوائية انه

غير منظمة وينخفض فيها المستوى التعليمي والثقافي والاقتصادي، يمكننا أن نقول أن رفع مستوى الذكاء الوجداني بين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية، الريفية، العشوائية) وتحسين الوعي الذاتي وتنظيم الذات لدى مرضى الفشل الكلوي البيئة العشوائية والريفية يعود بالإيجاب على الحالة النفسية والبدنية للمريض وإدارة المهارات الاجتماعية يخفف من الاكتئاب والشعور بالوحدة عند المريض ويزيد من مرونته وتقبله للمرض والتكيف معه.

الفرض الثالث: ينص على "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية والعشوائية) على مقياس قلق الموت للراشدين".

وللتأكد من صدق هذا الفرض حسبت الباحثة تحليل التباين الأحادي واختبار توكي للفروق بين المجموعات المستقلة، ويوضح ذلك جدول (٧، ٨).

جدول (٧) نتائج تحليل التباين الأحادي للمقارنة بين المجموعات الثلاث على مقياس قلق الموت للراشدين

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
اضطرابات النوم	بين المجموعات	٣١٤.٨١٩	٢	١٥٧.٤١٠	٧٣٢.١٣٩	٠.٠٠١
	داخل المجموعات	٢١.٩٤٣	١٠٢	٠.٢١٥		
	مجموع كلي	٣٣٦.٧٦٢	١٠٤			
الآثار الفسيولوجية	بين المجموعات	٢٦٤.٥٣٣	٢	١٣٢.٢٦٧	٥٤٢.٠٧٧	٠.٠٠١
	داخل المجموعات	٢٤.٨٥٧	١٠٢	٠.٢٤٤		
	مجموع كلي	٢٨٩.٣٩٠	١٠٤			
الخوف من المجهول	بين المجموعات	٢١٣.٣١٤	٢	١٠٦.٦٥٧	٣٤٨.٥٥٢	٠.٠٠١
	داخل المجموعات	٣١.٢٠٠	١٠٢	٠.٣٠٦		
	مجموع كلي	٢٤٤.٥١٤	١٠٤			
الخوف من الاحتضار	بين المجموعات	٢٦١.١٦٢	٢	١٣٠.٥٨١	٥٤٨.٦٥٩	٠.٠٠١
	داخل المجموعات	٢٤.٢٢٩	١٠٢	٠.٢٣٨		
	مجموع كلي	٢٨٥.٣٩١	١٠٤			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	٤١٨٤.٦٢٩	٢	٢٠٩٢.٣١٤	٢٠٣١.٣٧٢	٠.٠٠١
	داخل المجموعات	١٠٥.٠٨٦	١٠٢	١.٠٣٠		
	مجموع كلي	٤٢٨٩.٧١٥	١٠٤			

أشارت نتائج جدول (٧) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية والعشوائية) على مقياس قلق الموت للراشدين (اضطرابات النوم، والآثار الفسيولوجية، والخوف من المجهول، والخوف من الاحتضار، والدرجة الكلية).

وجداول (٨) يوضح قيم اختبار توكي لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث والذي يحدد اتجاه الفروق بينهم.

جدول (٨) قيم اختبار توكي لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الثلاث على مقياس قلق الموت للراشدين

المكون	المجموعة	الحضرية	الريفية	العشوائية
اضطرابات النوم	المتوسط	١٣.٦٠٠	١٥.٤٢٨	١٧.٨٢٨
	الريفية	**١.٨٢٨-	-	-
الآثار الفسولوجية	المتوسط	١٢.٦٨٥	١٤.٥١٤	١٦.٥٧١
	الريفية	**١.٨٢٩-	-	-
الخوف من المجهول	المتوسط	١٢.٠٨٥	١٣.٦٥٧	١٥.٥٧١
	الريفية	**١.٥٧٢-	-	-
الخوف من الاحتضار	المتوسط	١٥.٦٠٠	١٧.٧١٤	١٩.٤٥٧
	الريفية	**٢.١١٤-	-	-
الدرجة الكلية	المتوسط	٥٣.٩٧٠	٦١.٣١٣	٦٩.٤٢٧
	الريفية	**٧.٣٤٣-	-	-
	العشوائية	**١٥.٤٥٧-	**٨.١١٤-	-

**دال عند مستوى (٠.٠١)

أشارت نتائج جدول (٨) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئات (الحضرية والريفية والعشوائية) على مقياس قلق الموت للراشدين (اضطرابات النوم، والآثار الفسيولوجية، والخوف من المجهول، والخوف من الاحتضار، والدرجة الكلية) وذلك في اتجاه عينة الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئة العشوائية، وبين الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئة الحضرية والبيئة الريفية في اتجاه الراشدين مرضى الفشل الكلوي في البيئة الريفية.

الخلاصة

توصلت نتائج هذا الفرض أن قلق الموت للراشدين لدى مرضى الفشل الكلوي في البيئة العشوائية مرتفع عن مرضى الفشل الكلوي في البيئة الحضرية والبيئة الريفية، حيث أنه يجب الاهتمام بمرض الفشل الكلوي بدعمه من الناحية الاجتماعية ورفع شعور الأمان النفسي وأن مشاعر الفرد من اضطرابات النوم والآثار الفسيولوجية والخوف من المجهول والخوف من الاحتضار من أهم المؤثرات التي تؤثر على الفرد وتسبب له شعور القلق بصفة عامه وقلق الموت بصفة خاصة، و يعاني مرضى الفشل الكلوي من قلق الموت من مشاكل في الوسواس القهري والخوف الزائد ونوبات الاكتئاب المستمرة والخوف من المجهول، خاصة أن مرض الفشل الكلوي أو مريض غسيل الكلى يخضع للغسيل ثلاث مرات في الأسبوع لا مفر منه سوا زرع الكلى حيث إن تكلفة الزرع مكلفة على مريض الفشل الكلوي والغسيل أيضاً ومن هنا تصيب المريض حاله من الخوف من المجهول والقلق العام، مريض الفشل الكلوي يحتاج دعم نفسي لخفض وصمه الذاتي بمرض يعوق روتين حياته و عملة بصفه خاصة و لخفض شعور العباء الذاتي على أفراد اسرته الدعم النفسي والاجتماعي يهون الكثير على مريض الفشل الكلوي خاصاً في البيئة العشوائية

توصيات الدراسة

- تنقسم توصيات الدراسة إلى توصيات تطبيقية وبحوث مقترحة نشير إليها فيما يلي:
- توصيات تطبيقية:** توصى هذه الدراسة في ضوء نتائجها ونتائج الدراسات السابقة بضرورة ما يلي:
1. توفير فريق من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين في وحدة غسيل الكلى لمرضى الفشل الكلوي.
 2. تدريب فريق التمريض على كيفية رفع الروح المعنوية للمرضى.
 3. توفير الأنشطة البدوية البسيطة للمرضى حيث إنهم يقضون زيادة عن 3 ساعات في وحدة الغسيل.
 4. قيام وسائل الاعلام بإبراز أهمية الذكاء الوجداني كمتغير إيجابي مهم في النجاح في الحياة لتخطى الأزمات بكافه أنواعها خاصة الأزمات الصحية.
 5. عقد برامج تدريبية للمرضى ومن يرعاهم في الأسرة تحت رعاية المستشفى لتخفيف شعور القلق ورفع شعور التكيف مع المرض والتعايش معها.
 6. عقد ندوات تدريبية من قبل الاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين في قسم الغسيل بأهمية الوعي الذاتي وإدارة المهارات الاجتماعية وممارسة الحياة بهدوء وكيفية التعامل مع الأزمات والمعاناة.

بحوث مقترحة

1. فاعلية برنامج في تحسن الذكاء الوجداني لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي.
2. نضوب الأنا وعلاقتها بالذكاء الوجداني لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي.
3. تحسين المرونة النفسية لدى عينة من زوجات مرضى الفشل الكلوي لتخفيف الشعور قلق الموت لدى أزواجهم من مرضى الفشل الكلوي.
4. تنمية بعض الوظائف التنفيذية لدى عينة من فريق التمريض لتخفيف القلق الاجتماعي وقلق الموت لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي.
5. تحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لدى عينة من أسر مرضى الفشل الكلوي لتخفيف قلق المستقبل لدى مريض الفشل الكلوي.
6. تحسين الصمود النفسي لتخفيف الانسحاب الاجتماعي لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي.

المراجع

- إبراهيم عوض الله (٢٠٠٨). برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستشفاء الكلوي. معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس: القاهرة، مصر.
- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٠). قلق الموت. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- أم كلثوم أحمد محمد (٢٠١٩). قلق الموت لمرضى المصابين بالفشل الكلوي وداء الهيموفيليا. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية. جامعة حائل كلية التربية- المملكة العربية السعودية.
- آمال زكريا (٢٠٠٦). فاعلية برنامج لتنمية الذكاء الوجداني علي بعض المتغيرات. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

سامية حجازي إدريس (٢٠١٥). فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن (تحت الإستصفاء الدموي). رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم علم النفس، جامعة الخرطوم.

شبهة الكاملة (٢٠١٧). قلق الموت لدى المصاب بالقصور الكلور. رسالة ماجستير (منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة العربي بن مهيدي.

عادل محمد موسى جوهر (١٩٩٩). العلاقة بين ممارسة الأزيمة في خدمة الفرد وتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي لمرضى الفشل الكلوي. مجلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية، جامعه حلوان، ٨، ٣٣١.

عبد المنصف حسن رشوان (٢٠٠٨). نحو تصور مقترح لممارسة أسلوب (العلاج بالتمكين) في طريقة العمل مع الحالات الفردية مع مرضى الفشل الكلوي وأسره. بحث مقدم إلى المؤتمر العالمي الدولي الحادي والعشرون للخدمة الاجتماعية، مصر، ٩٤٦.

فاروق السيد عثمان (٢٠٠١). القلق وإدارة الضغوط النفسية . القاهرة : دار الفكر العربي ط ١ .

فضل محمد أحمد (٢٠١٤). الاحتياجات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الطبية لتطبيق عمليات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية الطبية. مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، مصر، ٥٣، ٣٣٠.

منار السواح (٢٠٠٥). فعالية برنامج لتنمية الذكاء الوجداني لدى عينة من الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.

هدى شعبان حسن أحمد (٢٠١٦). مستوى الفشل الكلوي والأداء النفسي الحركي والذكاء الوجداني لدى عينة من الأطفال مرضى الفشل الكلوي "دراسة مقارنة". مجلة الدراسات العربية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية. مصر، ٩٥، ١٩١.

Barlas, C. (2005). Stressors And Coping Strategies In Hemodialysis Patients. **Journal Of Medical Science**, Professional Medical Publication.

Hassan Ali Veiskarami (2021). Mental Health, Social Support, and Death Anxiety in Patients With Chronic Kidney Failure Psychology Department. PhD, **School of Literature and Humanities Sciences**, Lorestan University, 209 (11), 809-813.

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND RELATIONSHIP TO DEATH ANXIETY A SAMPLE OF RENAL FAILURE PATIENTS.

Hend T. O. Mohamed⁽¹⁾; Mohamed R. Elbehiry⁽²⁾ and Reham A. Faheem⁽²⁾

1) Post Grad. Student, Faculty of Environmental Studies and Research, Ain Shams University 2) Faculty of High Childhood Studies, Ain Shams University

ABSTRACT

This study aimed to reveal the nature of the relationship between emotional intelligence and death anxiety in a sample of patients with kidney failure, as well as to study the differences in emotional intelligence and death anxiety in a sample of patients with kidney failure. They were mixed (35 urban environments - 35 random environments - 35 rural environments) whose ages ranged between (40-50) years, with an average age of (49,800) and a standard deviation of (5,671). Qalyubia, and the study relied on the comparative descriptive approach, and several tools were used to verify the validity of the hypotheses of this study, namely: the primary data form (prepared by: the researcher), and it was applied to the sample in order to control some variables that may affect the results of the study, and it was used The death anxiety scale for adults (prepared by the researcher), which consists of four dimensions (sleep disorders - physiological effects - fear of the unknown - fear of greening) and the emotional intelligence scale for adults which consists of four dimensions (self-regulation - social skills management - self-awareness - Management of emotions and sentiments) (prepared by: the researcher), and the intelligence test of the colored progressive matrices of Raven for intelligence (Emad Hassan, 2020) to exclude individuals whose level of intelligence is below the average, to calculate the equivalence between the urban environment, the rural environment, and the random environment. **Results:** The results indicated that there was a statistically significant negative correlation between the scores of the study sample of adults with kidney failure on the emotional intelligence scale for adults and the death anxiety scale for adults, and there were statistically significant differences between the mean scores of adults with kidney failure in the environments (urban, rural and random) on the emotional intelligence scale. For adults, and there are statistically significant differences between the mean scores of adults with renal failure towards the urban environment compared to the rural and random environment.