

جامعة غرداية
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس



السلوك الصحي وعلاقته بتقدير الذات

لدى مرضى الفشل الكلوي

عينة من مرضى الفشل الكلوي

في مركز الكلى الاصطناعية قروي عبد المالك - غرداية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الدكتورة:

- جمعة أولاد حيمودة

إعداد الطالبة:

- مينو سلامة إبراهيم

المشرف المساعد:

- سميرة عليوة

لجنة المناقشة

| | |
|----------------------|--------------|
| د. أولاد حيمودة جمعة | مشرفا ومقررا |
| أ. كبير كلثوم | رئيسا |
| أ. بلعباس حنان | مناقشا |

السنة الجامعية: 2012 - 2013م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير:

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على المبعوث رحمة للناس أجمعين نبينا محمد وبعد ...

فلقد أنعم الله علي بإنجاز هذا العمل الذي ما كان له أن يكون لولا عناية الله وتوفيقه، لذلك

يطيب لي في هذا المقام أن أتقدم بالشكر والعرفان لله عز وجل أولاً ولأسرة جامعة غرداية ثانياً لمنحها

لي الفرصة لمواصلة دراستي، وتيسير السبل التي تخدم البحث العلمي وتتعهد به بالرعاية والاهتمام.

وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير لسعادة البروفيسور: الطاهر حليلات وإلى رئيسة قسم علم

النفس أولاد حيمودة جمعة.

كذلك أتقدم بخالص الشكر والتقدير للأستاذة: عليوة سميمة التي لم تذخر في سبيل إنجاز

هذا البحث وتمامه وقتها وجهدها، فجزاها الله عني كل خير، راجية لها من الله التوفيق والسداد،

وإلى جميع الأساتذة الذين قاموا على تعليمي طوال سنوات دراستي.

والله الموفق إلى كل خير ...

ملخص الدراسة :

موضوع الدراسة هو السلوك الصحي وعلاقته بتقديم الذات لدى الأشخاص المصابين بالفشل الكلوي ، ولمعرفة مدى وجود هذه العلاقة قمنا بتطبيق كل من مقياس السلوك الصحي لـ "واردل " (wordel)، ومقياس تقدير الذات " ستانلي كوبر سميث " (stanlycoopersmith) ، وهذا بعد التأكد من صدق وثبات المقاييس ، ولقد تمت معالجة البيانات بواسطة كل من اختبار " ت "، واختبار " Z " ومعادلة معامل الارتباط " لبيرسون " ، وهي الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة ، وتوصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين متغيري الدراسة.

- كما سعت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق في درجتي السلوك الصحي وتقديم الذات بين أفراد العينة تبعا لمتغيري الجنس ومدة الإصابة ، وقد توصلنا إلى النتائج التالية :

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين أفراد العينة حسب متغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات بين أفراد العينة حسب متغير الجنس.

■ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقديم الذات بين أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة.

■ هذا بالنسبة للجانب التطبيقي أما بالنسبة للجانب النظري فقد قمنا بتخصيص فصل تمهيدي خاص بإشكالية البحث وتساؤلات الدراسة وفروضها كذلك أهمية وأهداف الدراسة والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة، وكذلك التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة بالإضافة إلى فصل خاص بالسلوك الصحي وآخر بتقدير الذات، وفصل يوضح مرض الفشل الكلوي.

Summary of the study:

Subject of the study is the health behavior and its relationship to provide self in people with kidney failure, and to see how the existence of this relationship have implemented all of the standard health behavior for "Wardle" (wordel), and the measure of self-esteem, "Stanley Cooper Smith" (stanlycoopersmith), and this after confirming validity and reliability standards, and have the data has been processed by each of the Test "T", test "Z" and the correlation coefficient equation "Pearson", which is the statistical methods used in the study, we determined that there is a correlation relationship between the variables of the study.

- This study also sought to know the differences in the master's health behavior and provide self among the members of the sample according to the variables of sex and duration of infection, has reached the following conclusions:

- ✓ There are no statistically significant differences in the degree of health behavior among members of the sample according to the sex variable.
- ✓ There are no statistically significant differences in the degree of health behavior among members of the sample by a variable duration of injury.
- ✓ There are no statistically significant differences in the degree of self-esteem among the members of the sample according to the sex variable.

- ✓ There are no statistically significant differences in the degree of Self Presentation between individuals of the sample by a variable duration of infection.
- ✓ This is for the Applied As for the theory, we have to allocate an introductory chapter particularly problematic research and questions the study and well as the importance and objectives of the study and previous studies that addressed the variables of the study, as well as definitions of procedural variables of the study as well as a special chapter behavioral health and other self-esteem, and separate shows disease failure kidney.

فهرس الموضوعات

| الصفحة | الموضوع |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| أ | شكر و تقدير |
| ب | ملخص الدراسة |
| د | المقدمة |
| الفصل التمهيدي: تحديد إشكالية الدراسة | |
| 15 | 1. مشكلة الدراسة |
| 19 | 2. أهمية وأهداف الدراسة |
| 20 | 3. الدراسات السابقة |
| 32 | 4. فرضيات الدراسة |
| 33 | 5. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة |
| الجانب النظري للدراسة | |
| الفصل الأول: السلوك الصحي | |
| | تمهيد |
| 34 | 1. نبذة تاريخية عن السلوك الصحي |
| 36 | 2. تعريف السلوك الصحي |
| 40 | 3. أنماط السلوك الصحي |
| 43 | 4. النظريات المفسرة للسلوك الصحي |
| 51 | 5. النماذج المفسرة للسلوك الصحي |
| | خلاصة |

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|
| الفصل الثاني: تقدير الذات | |
| | تمهيد |
| 61 | 1. مفهوم الذات |
| 68 | 2. مفهوم تقدير الذات |
| 72 | 3. الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات |
| 73 | 4. النظريات المفسرة لتقدير الذات |
| 80 | 5. مستويات تقدير الذات |
| 83 | 6. العوامل المؤثرة في تقدير الذات |
| 88 | 7. تقدير الذات و الصحة النفسية |
| | خلاصة |
| الفصل الثالث: الفشل الكلوي | |
| | تمهيد |
| 94 | 1. الصفة التشريحية للكلية البشرية |
| 96 | 2. وظيفة الكلية و دورها في جسم الإنسان |
| 99 | 3. الفشل الكلوي (أسبابه أعراضه علاجه) |
| 103 | 4. أنواع الفشل الكلوي |
| 103 | - الفشل الكلوي الحاد (أسبابه أعراضه علاجه) |
| 108 | - الفشل الكلوي المزمن (أسبابه أعراضه علاجه) |
| | خلاصة. |
| الجانب التطبيقي للدراسة | |
| الفصل الرابع: إجراءات الدراسة | |
| | تمهيد |
| 115 | 1. منهج الدراسة |

فهرس المحتويات

| | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 115 | 2. عينة الدراسة |
| 117 | 3. حدود الدراسة |
| 118 | 4. أدوات الدراسة |
| 120 | 5. الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في الدراسة |
| 123 | 6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة |
| | خلاصة |
| الفصل الخامس: عرض و مناقشة النتائج | |
| | تمهيد |
| 128 | 1. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى |
| 130 | 2. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثانية |
| 132 | 3. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة |
| 135 | 4. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة |
| 137 | 5. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة |
| | خلاصة |
| 141 | الاستنتاج العام |
| 142 | الخاتمة |
| 144 | قائمة المراجع |
| | الملاحق |

فهرس الجداول

| رقم الجدول | العنوان | الصفحة |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 01 | يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن | 116 |
| 02 | يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس | 116 |
| 03 | يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة | 117 |
| 04 | يبين اختبار (ت) لحساب صدق مقياس السلوك الصحي | 121 |
| 05 | يبين اختبار (ت) لحساب صدق مقياس تقدير الذات | 122 |
| 06 | يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين السلوك الصحي وتقدير الذات | 128 |
| 07 | يوضح نتائج اختبار (Z) للفروق في درجة السلوك الصحي بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس | 130 |
| 08 | يوضح نتائج اختبار (Z) للفروق في درجة السلوك الصحي بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير مدة الإصابة | 132 |
| 09 | يوضح نتائج اختبار (Z) للفروق في درجة تقدير الذات بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس | 135 |
| 10 | يوضح نتائج اختبار (Z) للفروق في درجة تقدير الذات بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير مدة الإصابة | 137 |

فهرس الأشكال

| الصفحة | العنوان | رقم الشكل |
|--------|-----------------------------------|-----------|
| 94 | صورة توضح الكليتين | 01 |
| 103 | صورة كيفية الغسيل البريتوني | 02 |
| 112 | صورة توضح آلة تصفية الدم | 03 |

المقدمة

المقدمة:

يسعى الإنسان دائما إلى تحقيق الاستقرار والراحة والاتزان في حياته، فهو كأى كائن حي يبحث عن الوسائل التي تخفف من متاعب الحياة، والاستراتيجيات التي تمكنه من التكيف معها، وقد تراكمت حاجيات ومطالب الحياة التي ازدادت تعقيدا في عصرنا مما ينعكس على صحة الفرد الجسمية والنفسية، ويؤدي إلى حدوث تغيير في السلوك فينتج عن ذلك ظهور بعض الانحرافات التي تشكل عبئا على قدرة الإنسان في التحمل، ولهذا وجب عليه أن يمارس السلوكيات الصحية التي تقلل من الوقوع في هذه الانحرافات.

وبما أن الإنسان في أمس الحاجة إلى معايير تساعد على التمييز بين أشكال السلوكيات الصحية والضارة، فالفرد منذ الطفولة يفهم عادات واستراتيجيات التعامل مع ما يواجهه من مشاكل يومية قد تكون سببا في تعرضه لمخاطر صحية عديدة كما أن هذه العادات تصبح راسخة وتقاوم التغيير رغم الحاجة الملحة إلى تغييرها أحيانا، وكثيرون هم الذين ضحوا بصحتهم وأرواحهم سواء عن علم أو غير علم لقاء تمسكهم بممارسة عادة معينة. (شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش، برديك، 2008، ص 31 - 32)

وتعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية، فقد أدى ظهور الأمراض المزمنة بشكل واسع على لفت الانتباه إلى العوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية التي تلعب دورا مهما في هذه الأمراض، وكذا في كيفية مواجهتها.

ولقد شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطر الأمراض المزمنة، إذ أصبحت تهدد حياة الأفراد والشعوب بما تلحقه من أذى ماديا ومعنويا على حياة المريض ومن يحيطون به

والتي تتطلب تدريبا ودافعية كبيرة من جانب المرضى للعناية بأنفسهم فيجعل التعايش مع المرض تحديا كبيرا، مما جعل موضوع الصحة لا يقتصر على الجانب الطبي، بل لفت انتباه الباحثين النفسانيين إلى محاولة معرفة دور السلوك في صحة المريض وتنمية الأساليب حياة صحية تخفف من حدة الظروف المحيطة به سواء الاجتماعية أو الوظيفية أو النفسية. (عزوز اسمهان، 2008، ص 2).

ويعتبر مرض الفشل الكلوي من أكثر الأمراض انتشارا في وقتنا الحالي وأكثرها خطرا لما ينجم عنه من مضاعفات صحية تسبب مشاكل عديدة في التكيف كونه مرض تدوم آثاره مما يفقد المريض إحساسه بالأهمية في المجتمع، ويؤدي إلى عدم توافقه مع المحيطين به.

ويمثل الفشل الكلوي جزء من الأمراض المزمنة التي حاول الفرد التحكم فيها عن طريق تطوير طرق علاجها بدءا بالتصفية الدموية وصولا إلى الارتباط بألة التحال الدموي، ليصل اليوم إلى عمليات ناجحة لزرع الكلى التي أصبحت تتعدى لتبرعات الأفراد الأحياء لتصل إلى أعضاء الموتى عن طريق الاحتفاظ بهذه الأعضاء في بنوك خاصة.

ويتميز هذا المرض بارتباطه بالسلوك الصحي ونمط المعيشة كالتغيرات في نوعية الغذاء مثل ارتفاع نسبة ملح الطعام والسكر والشحوم ونقص النشاط الرياضي، وعوامل الاختطار مثل التدخين وتناول الكحول وعدم الامتثال للتعليمات الطبية.

حيث يرى تايلور Taylor أن تغيير السلوك الصحي يؤدي إلى:

- تخفيض نسبة الوفيات المرتبطة بالأمراض المزمنة بالتأثير على نمط المعيشة.

- ارتفاع العمر المفترض والتقليل من نسبة هذه الأمراض.

- ارتفاع المدة التي يتمتع فيها الفرد بعمر صحي وعافية وسعادة بعيد عن مضاعفات

الأمراض ومعاناتها وآلامها. (Taylor, 2003)

- وقد أصبح الدور الذي يلعبه السلوك الصحي في الأمراض المزمنة هو المنطلق

الرئيس لمحاولة التدخل من أجل تغيير السلوك الهدام وتحسين نوعية الحياة لدى المريض.

ونظرا لأهمية السلوك الصحي في التخفيف من مضاعفات المرض، وجب على كل

مريض الالتزام به ولكن هذا الالتزام يتطلب قدر كبير من التوازن والراحة النفسية الذي لا

يتحقق إلا عن طريق تقدير الفرد لذاته باعتباره (تقدير الذات) ظاهرة سلوكية، فلقد

افترضت،"مارجريت مير" أن الفرد يأتي إلى مرحلة تكوين مفهومه عن ذاته من خلال

تعريفه للسلوك الذي ينبغي أن يقوم به"، فالإنسان هو مركز عالمه، حيث يغير من أنماط

سلوكه بصورة نموذجية كلما انتقل من دور إلى دور مختلف.

وكان تناولنا لهذه المتغيرات إي السلوك الصحي وتقدير الذات بهدف الكشف عن

العلاقة الموجودة بينهما ومعرفة ما إذا كانت هناك فروق بين أفراد العينة في السلوك

الصحي وتقدير الذات تبعا لبعض المتغيرات المتمثلة في (الجنس، ومدة الإصابة)

وما دفعنا لتناول هذه المتغيرات هو أهميتها وقيمتها في حياة مرضى الفشل الكلوي

وتأثيرها على نفسياتهم نظرا للحالة المرضية التي يعيشونها، فالسلوك الصحي أحد أهم

العوامل التي تساهم في إنجاح عملية العلاج لدى هؤلاء المرضى باعتباره السلوك السليم

للتعامل مع المرض والحد من مخاطره، أما تقدير الذات فهو القيمة التي يضعها الفرد لذاته

والتي تؤثر بشكل أو بآخر على سلوكياته، وتوافقه النفسي والاجتماعي، وتساهم في مدى تكيفه مع مرضه، وهذا ما حفزنا لدراسة هذه المتغيرات.

وقد تضمنت هذه الدراسة جانبين، جانب نظري وجانب تطبيقي.

- انطلقنا في الدراسة بمقدمة حول الموضوع وبعدها الجانب النظري والذي يشتمل على فصل تمهيدي، طرحنا فيه مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها ثم عرض للدراسات السابقة التي تتناول متغيرات الدراسة ثم التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة، أما الفصل الأول من الجانب النظري، فكان يتناول متغير السلوك الصحي من خلال مجموعة من العناصر، هي: نبذة تاريخية عن السلوك الصحي، تعريف السلوك الصحي، أنماط السلوك الصحي، النظريات المفسرة للسلوك الصحي، والنماذج المفسرة للسلوك الصحي، أما الفصل الثاني فقد خصصناه لمتغير تقدير الذات والذي يشتمل على، مفهوم الذات، تعريف تقدير الذات، الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات، النظريات المفسرة لتقدير الذات ومستويات تقدير الذات، وكذا العوامل المؤثرة في تقدير الذات، وتقدير الذات والصحة النفسية، أما الفصل الثالث، فقد تناولنا فيه مرض الفشل الكلوي، وقد تضمن: الصفة التشريحية للكلى البشرية، ووظيفة الكلى ودورها في جسم الإنسان، الفشل الكلوي (أسبابه، أعراضه، علاجه، ثم أنواع الفشل الكلوي وأسبابها، وأعراضها، وعلاجها).

- أما الجانب التطبيقي، فقد تمثل في الفصل الرابع، الذي تطرقنا فيه إلى منهج الدراسة وعينة الدراسة وحدود الدراسة، ثم أدوات الدراسة والخصائص السيكومترية لها وبعدها الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة، أما الفصل الخامس فقد خصص لعرض النتائج المتحصل عليها من كل فرضية ومناقشتها، ثم يليها استنتاج عام وخاتمة، وقائمة المراجع.

الفصل التمهيدي

تعد دراسة السلوك الصحي من أهم الدراسات المتتوالفة في علم النفس الصحي، نظرا لما تحتويه من فائدة للفرد والمجتمع من خلال اكتساب الفرد لسلوكيات تؤهله بأن يرتقي بصحته عاليا من مختلف الأمراض والأحداث الخطيرة التي تسبب له الأذى، وذلك بتطوير عاداته الصحية المستمدة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية المبكرة، كما تتضمن تعليم كافة شرائح المجتمع كيفية اتباع أسلوب حياة صحية، وتفسير تلك السلوكيات الضارة إلى سلوكيات مفيدة من خلال إقناعهم بتغيير سلوكياتهم السلبية إلى إيجابية، ولهذا احتلت دراسة السلوك الصحي مكانا بارزا في علم النفس الصحة الذي يدرس العوامل السلوكية والنفسية التي لها صلة مباشرة بالصحة والمرض خاصة مع تأكيد أن تبني الفرد أنماط سلوكية غير صحية يرتبط بفتح الطريق للإصابة بالأمراض المزمنة الخطيرة. (عيادي نادية 2009، ص 05).

كما وجد "مترازو" (MattaraZo) أن معظم المشكلات الصحية التي يواجهها الإنسان المعاصر لها طبيعة سلوكية ولهذا بإمكان أي شخص تفادي تلك المشكلات إذا غير من عاداته الصحية السيئة وأقدم على عادات صحية سلمية (عيادي نادية 2009 ، ص 06).

ولكن السلوك الصحي يخضع إلى مؤثرات داخلية وخارجية قد تؤدي إلى تغييره فالفرد معرض في حياته إلى مشاكل يومية وأحداث ضاغطة من شأنها أن تكون سبباً رئيسياً في حدوث بعض المشاكل وظهور بعض السلوكيات الغير صحية، مما يؤدي إلى زيادة التعرض

للأمراض والذي قد ينتج عنه انخفاض في تقدير الذات باعتباره القيمة التي يضعها الفرد لنفسه بصورة كلية والتي تشمل الخصائص الجسمية والاجتماعية والأخلاقية التي يتصورها عن ذاته وتتكون هذه القيمة من خلال اعتقاده لمعتقداته حول قدرته على مسايرة المرض والتحكم في مساره، حيث تلعب معتقدات المريض عن مصدر صحته دورًا أساسيًا في الحفاظ على صحته ومواجهة أي مرض قد يصيبه، كما أن تقدير الذات يعتبر مؤشرًا فعالًا على الصحة النفسية والجسمية للفرد، فقد توصلت كثير من الدراسات أن ضعف تقدير الذات يعتبر سببًا أحيانًا لمعظم العلل والاضطرابات النفسية، كما ارتبط تقدير الذات بالسلوك الصحي الإيجابي وكذا ارتفاع تقدير الذات بممارسة الرياضة وتحسن القدرات الجسدية التي تعتبر سلوكيات صحية. (شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعيمة 2008، ص 127).

وأشار برن (1981) Burn إلى أن أصحاب تقدير الذات المنخفض يعززون الفشل إلى عوامل خارجية ويسقطون اللوم على الآخرين بينما لدى أصحاب تقدير الذات المرتفع قدرة على تغيير الذات في الخبرات، ولديهم ثقة في مواجهة المشكلات (مصطفى القمش، 2006، ص 21).

ولقد أشار روي Roy من جهته إن الأشخاص الذين ينظرون لأنفسهم بوصفهم أشخاصًا غير مرغوب فيهم يميلون إلى القيام بسلوك يتناسب مع هذه النظرة والأشخاص الذين لديهم مفاهيم إيجابية عن الذات يتمكنون من التوافق الاجتماعي ويميلون إلى وصف

أنفسهم بصفات إيجابية بينما ترتبط المفاهيم السلبية بسواء التوافق. (نفس المراجع السابق، ص 22).

وتسهم الكثير من الدراسات بأهمية تقدير الذات في حياة الفرد النفسية والجسمية فأصحاب تقدير الذات المرتفع أميل إلى التمتع بالصحة النفسية والجسمية، إما أصحاب تقدير الذات المنخفض فهم أميل إلى الشعور بالنقص، والصراع والتوتر. (مصطفى القمش 2006، ص 23).

كما أن تقدير الذات مرتبط بتكامل شخصية الفرد، حيث يرى "زيلر" « أن تقدير الذات يقع كوسيط بين ذات الفرد والواقع الاجتماعي الذي يعيشه »، وهو بذلك يعمل على المحافظة على الذات من خلال تلك الأحداث السلبية أو الإيجابية التي يتعرض لها، وبذلك يرى أنه عندما تحدث تغييرات في بيئة الفرد الاجتماعية فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغييرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعاً لذلك. (الحميدي محمد ضيدان 2003، ص 04).

ويرى ألبيرت Albert أن تقدير الذات يدخل في كل السمات والجوانب الوجدانية للفرد، ويعتبر البعض أن تقدير الذات الإيجابي هام وأساسي جداً، لدرجة أن كل بناء الشخصية يلعب دوراً في تنظيمها ويشير روجرز Rogers إلى أن الدافع الأساسي للإنسان هو تحقيق الذات وتحسينها. (فادية كامل، حمام 2010، ص 81).

وقد سعى الباحثين في علم النفس الصحة إلى إيجاد أسلوب حياة أفضل لفئة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة ومن بينها نجد مرض الفشل الكلوي والذي هو عبارة عن حالة تعجز فيها الكلية عن القيام بوظائفها، وهو من الأمراض الخطيرة لأنه يؤثر على الدم والرئتين وجهاز المناعة في الجسم. (عبد الباسط محمد السيد، 2012، ص 331)، فالوظيفة الأساسية للكلية هي تنقية الدم في جسم الانسان واستخراج كل ما هو ضار بوظائفه الفسيولوجية الأساسية ولتحقيق ذلك تقوم مجموعة من النفرونات المكونة للكليتين بعمليتين أساسيتين، الأولى: هي ترشيح الدم ثم تأتي بعد ذلك عملية الامتصاص لكل ما هو صالح لتغذية الجسم، واستخراج كل ما هو ضار بحيوية الجسم عن طريق افراز كمية البول اليومية. (ياسمين الحسين، 2009، ص 07).

ونظرًا للأعراض الناتجة عن هذا المرض يصبح المريض مجبرًا باتباع التزام قاسي، وهو الخضوع للتصفية ما تبقى من عمره، مما قد يؤدي إلى ظهور مشاكل لديه نفسية واجتماعية ومضاعفات جسدية، والذي قد يؤثر في تقييمه لذاته وتقديره لها وحتى على سلوكياته الصحية التي يمارسها إما سلبيًا أو إيجابيًا.

واستنادًا لما ورد حول السلوك الصحي وأهميته وتقدير ذات وقيمه والفشل الكلوي كمرض واثره في حياة الفرد، ارتأينا البحث في هذه المسألة، وذلك بطرح السؤال التالي:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي وتقدير الذات لدى مرضى الفشل

الكلوي.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين أفراد العينة حسب متغير الجنس.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات لدى أفراد العينة حسب متغير الجنس.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات لدى أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة.

أهمية الدراسة وأهدافها:

تتولد أهمية هذه الدراسة من خلال ما يلي:

- * تساعد على إبراز أهمية السلوك الصحي في الحفاظ على الصحة واجتباب السلوكيات الضارة التي لها تأثير سيء على الصحة الجسمية والنفسية.
- * المساهمة في نشر الوعي بدور السلوك الصحي لتقليل من الإصابة بالأمراض المزمنة.
- * معرفة مدى وجود علاقة بين تقدير الذات والسلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي.
- * معرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة (مرض فشل الكلوي) في درجة السلوك الصحي حسب متغير الجنس.

* معرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة (مرض الفشل الكلوي) في درجة السلوك الصحي حسب متغير مدة الإصابة.

* معرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة (مرض الفشل الكلوي) في درجة تقدير الذات حسب متغير الجنس.

* معرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة (مرض الفشل الكلوي) في درجة تقدير الذات حسب متغير مدة الإصابة.

الدراسات السابقة:

دراسة بلوك وبرسلو **Belloc et Breslou** سنة 1965 حول تأثير الأسلوب الشخصي في الحياة على الصحة البدنية وهي دراسة مسحية على عينة مكونة من 693 فردًا (ذكور وإناث) تراوحت أعمارهم ما بين 20 و70 سنة، أظهرت نتائج هذه الدراسة الهامة بكل وضوح، أن الصحة الجيدة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بسبع ممارسات صحية شخصية وهي:

- عدم التدخين.
- النوم ما بين سبع وثمانى ساعات يومياً.
- تناول إفطار الصباح يومياً.
- عدم الأكل خارج أوقات الأكل.
- الحفاظ على الوزن المناسب.

- ممارسة الرياضة بانتظام.

- عدم تناول المشروبات الكحولية.

وتبين على وجه الخصوص أن المستوى الصحي للأفراد لدى كل فئة عمرية من عينة البحث يعرف تحسناً ملحوظاً كلما ازداد عدد سلوكياتهم الصحية وممارستهم لها، كما تبين أن الأشخاص الذين مارسوا العادات الصحية السبع بانتظام يتمتعون بحالة جيدة مقارنة بالذين لا يمارسونها مطلقاً أو يمارسون قليلاً منها (عثمان يخلف 2001، ص 23/22).

دراسة عثمان يخلف وعدنان فرح ويوسف عبد الله سنة 1998 حول العلاقة بين السلوك الصحي وبعض متغيرات الشخصية، في جامعة قطر على عينة تكونت من 253 طالب وطالبة، وتمثلت أهداف الدراسة الأساسية في تحديد السلوك الصحي من ناحية أبعاده ومؤشرات هذه الأبعاد، وتحديد مدى انتشار السلوك الصحي لدى عينة البحث، وتحديد متغيرات الشخصية المرتبطة بأبعاد السلوك الصحي، وتحديد مستوى الوعي الصحي العام الذي يتمتع به طلاب وطالبات جامعة قطر، ولقد توصل الباحثون إلى نتائج تعكس بكل وضوح وجود علاقة وثيقة بين الشخصية والسلوك الصحي (عثمان يخلف، 2001، ص 21).

دراسة والر (Waller PB) اهتمت بدراسة السلوك الصحي الارتقائي ومصدر الضبط

الصحة عند الرجال المصابين بالسيدا، من خلال التساؤل التالي:

هل هناك فروق في الأنواع الستة للسلوك الصحي الارتقائي وفي مصدر ضبط للصحة بين مجموعات الرجال المصابين بالسيدا، تضمنت عينة الدراسات 328 رجلاً من المصابين بمرض الإيدز، ثم تطبيق مقياس سلوكيات ترقية الصحة والإدراك الذاتي لضبط الصحي، عولجت البيانات من خلال الإحصاء الوصفي والتباين.

وأظهرت النتائج ما يلي:

يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى 0,001 في السلوكيات الصحية بين الرجال الذين أظهروا تحليلاً إيجابياً والذين أظهروا تحليلاً سلبياً في الاختبار الخاص بالإصابة بمرض السيدا.

اختبار F أظهر عند مستوى دلالة 0,005 - أن الرجال ذوي التحليل الإيجابي تشيع عندهم المساندة والرجال ذوي التحليل السلبي تشيع عندهم أكثر الواقعية الذاتية والمسؤولية الصحية والتمارين.

بنفس الطريقة وجد أن الرجال ذوي التحليل السلبي يميلون كثيراً إلى البعد الداخلي، لمصدر الضبط في حيث ان ذوي التحليل الإيجابي يميلون أكثر للبعد الخارجي لمصدر الضبط (عيادي نادية 2009، ص 65، 66).

دراسة شيما المحمود (المحمود 2006)

وهي أيضاً إحدى الدراسات التي أجريت على عينات عربية في هذا المجال، فقد هدفت إلى تحديد حجم انتشار بعض أنماط السلوك الصحي، والتعرف على طبيعة العلاقات بين كل من فعالية الذات، وتقدير الذات والاكئاب من ناحية، وبعض أنماط السلوك الصحي (ممارسة التمرينات الرياضية، والتدخين، وإساءة استخدام الأدوية النفسية، وسلوك قيادة السيارات) من ناحية أخرى، بالإضافة إلى التعرف على مدى قدرة هذه المتغيرات (المعرفية والمزاجية) على التنبؤ بممارسة كل نمط من أنماط السلوك الصحي، وذلك لدى عينة قوامها 565 من طلاب الجامعة الكويتيين (منهم 365 ذكور، متوسط أعمارهم $20/42 \pm 1,35$ سنة و 299 من الإناث، بلغ متوسط أعمارهن $20/21 \pm 1,28$ سنة) وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن عدم الالتزام بسلوك القيادة الآمن هو السلوك الصحي السلبي الأكثر انتشاراً بين الذكور والإناث في الكويت، يليه سلوك التدخين، ثم عدم كفاية النوم، ثم عدم ممارسة التمرينات الرياضية، فإساءة استخدام الأدوية النفسية عند الذكور، في حيث تحتل عدم ممارسة التمرينات الرياضية الترتيب الثاني في نسب انتشار السلوك الصحي السلبي لدى الإناث، يليه عدم كفاية النوم، ثم التدخين، فإساءة استخدام الأدوية النفسية كما كانت مجموعة الإناث أعلى جوهرياً في ممارسة التمرينات الرياضية أو التدخين، وإساءة استخدام الأدوية النفسية من مجموعة الذكور، واختلفت في بقية مظاهر السلوك الصحي السلبي، كما وُجدت علاقة ارتباطية موجبة دالة بين فعالية الذات ومظاهر السلوك الصحي الإيجابي ما عدا تجنب

التدخين، وتوجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين تقدير الذات ومظاهر السلوك الصحي فيما عدا تجنب التدخين وسلوك قيادة السيارات كما وُجد ارتباط جوهري سالب بين الاكتئاب ومظاهر السلوك الصحي الإيجابي، ما عدا ممارسة التمرينات الرياضية لدى الإناث وعدم التدخين لدى العينة الكلية، كما كانت فعالية الذات أعلى لدى الذكور مقارنة بالإناث.

كما ظهر ان فعالية الذات وتقدير الذات لهما قدرة تنبؤيه مرتفعة بممارسة التمرينات الرياضية، وسلوك النوم، وسلوك قيادة السيارات، في حيث تتبأ الاكتئاب بالتدخين كسلوك صحي سلبي.

دراسة هالة السعيد (السعيد، 2006)

هدفت هذه الدراسة إلى بحث أنماط السلوك الصحي في علاقتها بكل من فعالية الذات، ومركز الضبط الصحي ومتغير مكان الإقامة (ريف - حضر) وذلك لدى عينة قوامها 1000 من طلاب الجامعة من الجنسين، كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض أنماط السلوك الصحي، وهي: ممارسة التمرينات الرياضية، وكفاية النوم ومدته، والممارسات الغذائية والوقاية الصحية نفسيًا وبدنيًا والنصائح والمساعدات الرياضية، وتناول الأدوية النفسية وكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي، في حيث ارتبط سلوكيات التدخين ارتباطًا سالبًا بكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي، كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين فعالية الذات ومركز التحكم الصحي للآخرين بالإضافة إلى ارتفاع السلوك الصحي ارتفاعًا جوهريًا لدى الريفيين مقارنة

بالحضريين، في حيث كان الحضريون أعلى جوهرياً في فعالية الذات مقارنة بالريفيين، ولم توجد فروق بين الذكور والإناث في متغير السلوك الصحي، ومركز التحكم الداخلي، في حين ارتفعت كل من فعالية الذات ومركز تحكم الآخرين لدى الإناث مقارنة بالذكور.

دراسة بول نورمان وآخرون:

Paul Norman, Paul Bennett, Christopher Smith, Simon Murphy:

هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين مصدر ضبط الصحة والسلوك الصحي، إذا أُجريت الدراسة على عينة قوامها 11632 فرداً اُطبق عليهم مقياس ضبط الصحة وقيمة الصحة وعدد السلوكيات الصحية التي هي جزء من مقياس "والستون" للصحة في (1989) المتضمن قياساً التدخين، استهلاك الكحول، التمارين البدنية والغذاء، وكانت نتيجة هذه الدراسة كما يلي:

السلوكيات الصحية المقاسة ترتبط إيجابياً بنتيجة البعد الداخلي لمصدر ضبط الصحة سلباً معد بعد ذوي النفوذ والصدفة، وأن تصنيف الأفراد على مقياس الستونولستون (1981).

كشفت أن ذو البعد الداخلي منقادون أكثر للسلوك الصحي.

كما أن قيمة الصحة تتوسط العلاقة بين مصدر ضبط الصحة والسلوك الصحي (عيادي نادية، 2009، ص 61/60).

دراسات تناولت تقدير الذات

(1) دراسة محمد فتحي عكاشة: (1990م)

بعنوان تقدير الذات وعلاقته ببعض المتغيرات البيئية والشخصية لمجموعة من أطفال مدينة صنعاء.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر أشكال الرعاية التي يعيش في كنفها الطفل على تكيفه، وتكوينه لمفهوم إيجابي عن ذاته، وبتجديد على تقديره لذاته، باعتبار أن تقدير الذات هو: (أحد المكونات الهامة لمفهوم الذات)، كما تهدف الدراسة إلى معرفة أثر نوع الرعاية الاجتماعية للطفل على تقديره لذاته، ومعرفة الأثر الذي كان يتركه حرمان طفل من أحد الوالدين أو كليهما على تقدير الطفل لذاته، كما هدفت الدراسة إلى معرفة دور كل من الجنس والعمر الزمني للطفل في تقديره لذاته.

عينة الدراسة :

أجريت الدراسة على 197 طفل تتراوح أعمارهم بين (5 - 9، 5 - 12) عاما من أطفال مدينة صنعاء بالجمهورية العربية اليمنية في العام الدراسي (1985/84م).

تم تقسيم مجموعة الأطفال المختارين من دار رعاية الأيتام وعددهم 42 طفلا إلى ثلاثة أقسام، طبقا لحالة الحرمان من فقدان الأب، أو الأم أو كليهما، كما تم تقسيم الأطفال في مؤسسة رعاية الأحداث إلى أيتام وغير أيتام.

أداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مقاييس "لويك LAWISQ" بهدف قياس تقدير الذات لدى أطفال المدرسة الابتدائية، وقد اختيرت أسئلة المقياس بحيث تغطي المجالات الرئيسية التي تبت أهمية بالنسبة للطفل من خلال الدراسات الإرشادية المبكرة.

نتائج الدراسة:

1- أظهرت الدراسة أن نوع الرعاية التي يعيش في كنفها الطفل دورا هاما في تقديره لذاته، حيث تمت المقارنة بين ثلاث أشكال من الرعاية متمثلة في الرعاية الأسرية، ودور رعاية الأيتام، وأخيرا الرعاية في مؤسسات الأحداث.

وأوضحت النتائج أن أعلى المجموعات في تقدير الذات هي مجموعات الأطفال العاديين يليهم في الترتيب مجموعة الأطفال الأيتام، وتأتي في المؤخرة مجموعة الأطفال المودعين بمؤسسات الأحداث.

2- كشفت الدراسة عن وجود تأثير واضح من حرمان الطفل لأحد والديه على تقديره لذاته، ويزداد هذا التأثير بفقدان كلا الوالدين.

3- أكدت الدراسة وجود علاقة بين تقدير الطفل لذاته، وتحصيله الدراسي خاصة بالنسبة لمقرري اللغة العربية والرياضيات.

(2) دراسة جوزيف وآخرون 1992م:

بعنوان: الجنس وتقدير الذات، هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين الذكور والإناث في تغيير تقدير الذات على عينة تكونت من 43 رجلا و 47 امرأة، وقد استخدم الباحثون مقياس تقدير الذات لروزنبرغ 1965م ROSENBERG، مقياس القدرات الاجتماعية والإبداعية والرياضية والأكاديمية، حيث توصلت الدراسة إلى وجود فروق في تقدير الذات بالإيجاب لصالح الرجال نتيجة لإدراكهم لقدراتهم الاجتماعية والإبداعية والرياضية والأكاديمية (تحية عبد العال، 2006م، ص 72).

(3) دراسة عبد الرحيم بختيار (1985):

قام بدراسة حول دور الجنس (ذكور، إناث) في علاقته بتقدير الذات، وكان الهدف من الدراسة التعرف على محددات سمة الذكورة والأنوثة في ضوء الجنس، التخصص، الزواج، العليا، وقد استخدمت الدراسة الأداتين التاليتين: استبان دور الجنس واستبيان تقدير الذات لكوبر سميث، وقد افترض الباحث لدراسته 7 سبع قروض تتناول الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات درجة الذكورة والأنوثة وتناولت أيضا درجات ارتفاع وانخفاض درجات تقدير الذات والتي تحدد بدورها الدور الجنسي لدى عينات البحث، ومن نتائج الدراسة أن صفات الذكورة ترتبط بتقدير الذات لدى البنين و صفات الأنوثة ترتبط بتقدير الذات لدى الإناث (أمزيان زبيدة، 2007م، ص 14).

دراسات تناولت الفشل الكلوي المزمن

1) دراسة دريسين 1991م DRISSEN

الفشل الكلوي المزمن وأساليب التكيف مع المرض والعلاج.

الهدف: تهدف الدراسة إلى محاولة تحديد الخصائص المختلفة لأوجه تكيف المريض مع

المرض ومع العلاج.

العينة: تكونت عينة الدراسة من 109 شخص من المرضى المصابين بالفشل الكلوي

المزمن منهم 25 بالمرحلة الأولى، 43 مريضا من مرضى الاستصفاء، 41 مريضا من

مرضى زرع الكلى تراوحت أعمارهم بين (20 - 65 سنة) بمتوسط عمري قدر بـ 48 سنة.

الأدوات المستخدمة: استخدمت الدراسة الأدوات التالية:

1- اختبار فرايبيرج للشخصية، THE FREIBURG PERSONALITE INVENTORY

2- اختبار الميول العدوانية، THE STANDARDIZED AGRESSION

QUESTIONNAIRE.

3- مقاييس التقدم الذاتي الإكلينيكية THE CLINICAL SELF RATING SCALES

النتائج: أثبتت نتائج الدراسة أن أفضل تكيف بين المرضى كان لدى مريض زرع الكلى،

أما أسوء تكيف كان لدى مريض الاستصفاء وأن مرضى الاستصفاء كانوا أكثر ميلا للإحباط

والاكتئاب والتوقع السيئ للمستقبل.

وأن مشاركة المرضى تكون بقدر أكبر بين بعضهم البعض وتكون بقدر اقل بين

المريض والشريك.

وأن الشكاوي الجسمية النفسية تلعب أدوارا متباينة بين مجموعات المرضى فالحالة الجيدة للمريض في المرحلة الأولى من المرض قلما يصاحبها شكاوي نفسجية وكلما ازدادت مراحل المرض كلما ازدادت الشكاوي النفسجية. (ريم محمود أبو يوسف أبو فايد: 2010م، ص 98).

(2) دراسة الطيب (2000م):

العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت العلاج بالاستصفاء الدموي.

تهدف الدراسة إلى قياس نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي تحت العلاج بالاستصفاء الدموي وذلك من خلال الآتي:

1- معرفة العوامل التي تؤثر على نوعية حياة هؤلاء المرضى.

2- تقييم أنشطة العناية الذاتية للمرضى بناء على احتياجاتهم.

العينة: تكونت العينة من 100 مريضا بالفشل الكلوي حيث تمثلت العينة في 69 مريضا ذكر، و 31 مريضا أنثى، يتم علاجهم بالاستصفاء الدموي من مدة لا تقل عام سواء كانوا يقومون بالغسيل ثلاث مرات في الأسبوع، أو مرتين وممن وافقوا على إجراء البحث معهم وتم استبعاد المرضى الأميين، ومن لديهم مضاعفات تعوقهم على أداء العناية الذاتية لأنفسهم كالشلل والجلطات المخية.

الأدوات المستخدمة: تم استخدام

1- مقياس تدريجي يملئ بواسطة المريض نفسه ويتكون من خمسة أجزاء:

الصفات الاجتماعية البيئية للمريض، التاريخ المرضي للفشل الكلوي، مقياس تدريجي لقياس نوعية حياة المريض، مقياس تدريجي لقياس صفة القلق والاكتئاب، ومقياس تدريجي لقياس مدى اضطراب النوم لدى المريض الاستصفاء الدموي.

النتائج: أوضحت نتائج الدراسة أن أغلب المرضى كانت تتراوح أعمارهم بين 20 أقل من 40 سنة وأن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المرضى كاضطراب اللياقة البدنية واللياقة النفسية واضطراب الاهتمامات الاجتماعية والدعم الروحي. (ريم محمود يوسف أبو فايد: 2010م، ص 96).

كما أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية، القلق والاكتئاب، حالة المنزل والعناية الذاتية التي يقوم بها المريض تعتبر من العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي كما أن المرضى ليست لديهم معلومات كافية. (ريم محمود يوسف أبو فايد: 2010م، ص 97).

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال عرض هذه الدراسات يتضح أن هناك غياب لدراسات تناولت السلوك الصحي وعلاقته بتقدير الذات وذلك لعدم توصل الطالبة إلى دراسات تناولت المتغيرين معا.

والملاحظ أيضا أن الدراسات السابقة قد تناولت السلوك الصحي نظرا لأهميته في صحة

الفرد وأثره في الإصابة بالأمراض المزمنة.

وكذا تناولت تقدير الذات من جوانب مختلفة مثل الفروق بين الجنسين، والعلاقة مع متغيرات أخرى، بالإضافة إلى الدراسات التي تناولت الفشل الكلوي باعتباره من الأمراض المستفحلة التي يصعب التعايش معها حيث تناولت كيفية التكيف مع المرض وعلاجه. وقد استخدمت الدراسات السابقة عدة مناهج في البحث وكذا مجموعة من المقاييس والأدوات البحثية لجمع البيانات وللتوصل إلى أهداف الدراسات.

فرضيات الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي وتقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين أفراد العينة حسب متغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات بين أفراد العينة حسب متغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات بين أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة.

التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

السلوك الصحي: هو كل سلوك يمارسه الفرد بناء على ادراكاته وتوقعاته الحفاظ على صحته والوقاية من المرض وترقية الصحة، وذلك وفقاً لما يقيس اختبار السلوك الصحي لـ: واردل.

تقدير الذات: هو تقييم يضعه الفرد لنفسه، ويعمل على المحافظة عليه ويتضمن اتجاهات الفرد الإيجابية والسلبية نحو ذاته، كما يوضح مدى اعتقاده بأهميته وكفاءته، وذلك وفقاً لما يقيسه مقياس تقدير الذات لـ: ستانلي كوبر سميث 1965.

ال فشل الكلوي: هو عجز الكلية عن القيام بدورها الأساسي وهو التخلص من الفضلات وغيرها من الوظائف الفسيولوجية فيطلق على الحالة التي تصلح عليها الكلية فشل كلوي، ينتج عنه تغيرات على الجانبين النفسي والجسدي.

الجانب النظري

الفصل الأول:
السلوك المسيحي

تمهيد:

يعتبر السلوك الذي يصدر عن الفرد بغية التأثير الايجابي في صحته هو ما يسمى بالسلوك الصحي المتمثل في أي نشاط يقوم به في حياته اليومية بهدف الحفاظ على صحته والوقاية من المرض وتحسين صحته وازدياد الأدلة الطبية في تأثير السلوك على صحة الفرد ارتأينا دراسة السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي، وسوف نتحدث عنه في هذا الفصل.

نبذة تاريخية عن السلوك الصحي:

السلوك الصحي أهمية كبيرة في مجال الصحة الجسمية والنفسية معاً، وذلك لكونه يسهم في الحفاظ على الصحة وتنميتها من خلال بناء علاقة سليمة ومتوافقة بين طبيعة السلوك والصحة.

ولقد تفتن الإنسان منذ القدم إلى الدور الذي قد تلعبه عادات الحياة السليمة كتلك التي تتعلق بتنظيم وقت تناول الطعام والنوم وممارسة الرياضة والقيام بالنشاط البدني في الصحة الشخصية (عثمان يخلف، 2001، ص 20).

فقد كتب ابن سينا رسالة مختصرة سماها: "دفع المضار عن الأبدان الإنسانية" جمع فيها أهم العوامل المادية مع إشارة إلى العوامل النفسية والاجتماعية، لكن التاريخ الفعلي لبداية البحوث في علاقة السلوك البشري بالصحة بدأت بعد الحرب العالمية الثانية (1950) حيث لاحظ الأطباء وعلماء النفس والاجتماع ترابطاً دالاً بين بعض الأمراض والسلوك مثل أمراض التغذية المتعلقة بنمط المعيشة (بن سينا، 1989، ص 50).

وشهد البحث في السلوك الصحي ازدهاراً في منتصف السبعينات، حيث تعلق هذا البحث بطرق التدخلات التي تؤثر في السلوكيات الصحية للأفراد، وهو مختلف عن الطب السلوكي، لأنه متعلق بفهم الصحة البدنية والمرض وتطبيق هذه المعرفة وهذه التكنولوجيات في الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل .

واتخذ البحث في السلوك الصحي ثلاث طرق:

الأولى استخدمت السلوك الصحي كأنه من سوابق وأسباب المرض، والاضطراب والحالة الصحية.

والطريقة الثانية حللت السلوك الصحي كظاهرة في التدخلات المنظمة المباشرة لإنتاج تغييرات سلوكية وإحداث تغييرات عامة في الحالة الصحية .

أما الطريقة الثالثة فقد فسرت السلوك الصحي على أنه أساس الصحة الذاتية وأنه ظاهرة شخصية اجتماعية تتلازم مع البحث العلمي الجيد.

وبعد أول باحث ربط بين السلوك والصحة هو (بالمور Polmore) سنة 1970 في دراسته على عينة من 268 متطوعاً تراوحت أعمارهم بين 60 و94 سنة كجزء من مشروع الدراسة التتبعية، ووجد الباحث علاقة دالة بين النشاط الرياضي والوزن وتجنب التدخين وبين انخفاض نسبة الأمراض والوفيات لمدة 3 سنوات ثم 10 سنوات من بداية الدراسة (رمضان زعطوط 2004-2005، ص 25).

كما قام "بريت Prett" سنة 1971 بدراسة العلاقة بين مستوى الصحة والسلوك على عينة من 401 امرأة مستعملاً استبياناً يتكون من 76 بنداً موزعاً على أهم السلوكيات التي يعتقد أنها تعزز الصحة وتنميتها مثل: النوم لفترة كافية، والغذاء الصحي والرياضية، ووقاية الأسنان وعدم التدخين أو تناوب الكحول، وقد تلخص إلى أن العلاقة بين المستوى الصحة

وهذه السلوكيات دالة ولكنها ضعيفة إلا أن هذه النتيجة غير مقنعة نظراً لطبيعة العينة التي جعلت الباحثين يركزون على الدراسات التتبعية (www.albahe.com).

جاءت أولى النتائج من خبر السكان في "كاليفورنيا" حيث قام الباحثون بتتبع عينة من 6928 فرداً من سكان "الأمودا" بداية من سنة 1965 وهدفت الدراسة إلى استكشاف مستوى صحة السكان في علاقته بالوضع الصحي والسلوك والعادات الصحية، ودلت النتائج الأولى سنة 1972 على ارتباط دال وقوى بين هذه المتغيرات (رمضان زعطوط 2004-2005، ص 25).

ويتطور البحث في السلوك الصحي ظهرت عدة تعاريف ونظريات تفسره.

تعريف السلوك الصحي:

توجد عدة تعاريف للسلوك الصحي من بينها:

تعريف قوشمان: يعرف السلوك الصحي بوصفه الصفات الشخصية المميزة مثل:

المعتقدات، والتوقعات والحوافز والقيم والادراكات وعناصر معرفية أخرى وتتضمن

الصفات المميزة للشخصية حالات وسمات مؤثرة وانفعالية وأنماط السلوك الظاهرية

والأفعال والعادات المرتبطة بالمحافظة على الصحة وتحسينها، والشفاء من المرض .

تعريف "كوب" و"كازل" (Cobb et kasl) سنة 1966:

السلوك الصحي هو كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى لغرض الوقاية من المرض أو اكتشافه قبل ظهور أعراضه (www.albahes.com).

كما يعرفان ثلاث فئات للسلوك الصحي كما يلي:

- 1- **السلوك الصحي الوقائي:** وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى صحياً بغرض الوقاية ضد الأمراض، وذلك في حالة عدم وجود أعراض مرضية لدى الفرد.
- 2- **السلوك المرضي:** ويقصد به أي نشاط يقوم به الفرد الذي يدرك أنه مريض، ليصل إلى حالة من الصحة والشفاء بالعلاج المناسب.
- 3- **سلوك الدور المرضي:** وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يعتبر نفسه مريضاً، وبغرض أن يصبح بحالة جيدة ويشمل هذا السلوك تلقى العلاج من الأطباء، كما يشمل عام مدى واسعاً من السلوكيات ويؤدي إلى درجة من إعفاء الشخص من القيام بمسؤوليات معتادة بالنسبة له .

وعرفه فربر (Ferber, 1997) (عيادي نادية، 2009، ص 27)

على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية.

ويشير نولدز (1989):

إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية الطبقات الصحية عند الفرد (عيادة نادية 2009، ص 27).

ويشير تيلور Taylor:

إلى أن السلوكيات الصحية هي السلوكيات التي ينفذها الأفراد لدعم صحتهم أو الحفاظ عليها، ويضيف تيلور أن السلوكيات الصحية السلبية مهمة أيضا ليس فقط متضمنة في المرض ولكن أيضا لأنه من السهل أن تصبح عادات صحية سلبية، وفي هذا الصدد يفرق "تيلور" بين السلوك الصحي والعادة الصحية، وتعرف العادة الصحية بوصفها سلوكا مرتبطا بالصحة يتم ترسيخه بشكل مستقر، وعادة ما يتشكل تلقائيا دون وعي، وغالبا ما تنمو هذه العادات في الطفولة وتبدأ في الثبات عند عمر 11 أو 12 سنة تقريبا، مثل غسل الأسنان، والنظام الغذائي الصحي، وعلى الرغم من أن العادة الصحية قد تنمو في البداية بسبب دعمها بمدعمات إيجابية اجتماعية مثل استحسان الوالدين لها، فإن استقرارها بشكل نهائي ينتج عن عمليات الدعم من قبل البيئة الاجتماعية، وبناءً على ذلك فإنه من الصعب جدا تغيير العادة الصحية، وكنتيجة لذلك، فإن التدخلات لتعديل العادة الصحية يجب أن تتركز على صغار السن (Taylor, S, 2003, p 56).

ويرى سرافينو (1994):

أن السلوك الصحي هو أي نشاط يمارسه الفرد يهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة (عيادة نادية 2009، ص 27).

ويعرفه نورمان (Norman) سنة (1996):

بأنه كل نشاط نقوم به ويهدف إلى الوقاية من الأمراض أو اكتشافه لأجل تنمية صحتنا ورفاهيتها (رمضان زعطوط 2004، 2005، ص 24).

كما عرفه "قيتان" و"هاريس" (Harris et Guten) سنة 1997:

أضاف مفهوم السلوك الوقائي أو سلوك حماية الصحة ويعرفانه بأنه: كل سلوك يصدر عن الفرد بغض النظر عن وضعه الصحي الحالي كما يدركه من أجل حماية وتنمية الصحة أو المحافظة عليها سواء كان هذا السلوك فعالاً أم لا لتحقيق هذه الغاية، وحدد الباحثان هذه السلوكيات فيما يلي: «التدخين أو تعاطي الكحول، استعمال الأدوية، الغذاء وتخفيض الوزن اتباع التعليمات الطبية، النوم، وقاية الأسنان، استغلال وسائل الرعاية الصحية، استعمال حزام الأمن اسلوك الجنسي المناسب، سلوكيات مواجهة الكرب (رمضان زعطوط 2004، 2005، ص 23.24).

ونلاحظ على التعريفات السابقة اختلافها في الجوانب التي حددت بها السلوك الصحي، ولكنها اجتمعت على أن السلوك الصحي هو كل سلوك يمارسه الفرد بناء على اعتقاداته وإدراكاته وتوقعاته بهدف الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض وترقية الصحة.

أنماط السلوك الصحي:

عرف كازل وكوب (Kasl, Cobb) ثلاث أنماط للسلوك الصحي هي:

السلوك الصحي الوقائي:

بالنسبة لказل وكوب يرمز لسلوك الصحي إلى تلك النشاطات التي يقوم بها الأفراد الذين يعتقدون أنهم أحسن والذين ليس لهم تجربة مع أي علامات أو أعراض المرض يهدف البقاء في مستوى صحي جيد، أي أن السلوك الصحي الوقائي هو كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه سيكون سليم ومعافى لغرض الوقاية أو تجنب المرض في مرحلة دون أعراض.

وهنا تجد برسلو وزملاؤه (1972) برهنوا أن هناك ستة سلوكيات يومية تؤثر على الحالة الصحية للفرد، هذه السلوكيات هي: مدة النوم، عادات التغذية المنضمة النظامية، التكرار، الاعتدال في الأكل، وتناول فطور الصباح، إدارة الوزن، الراحة الجسمية المتضمنة ممارسة الرياضة السباحة أو المشي، الاهتمام بالحديقة، أخذ العطل، عدم شرب الكحول وعدم

التدخين، سلوكيات صحية أخرى يومية تتضمن ارتداء حزام الأمان والخوذة، الامتثال لقوانين المرور واتباع الأنظمة الصحية والأمنة في العمل (عيادة نادية، 2009، ص 28).

إذا هناك اتفاق على أهمية هذه السلوكيات في الوقاية من الأمراض.

السلوك المرضي:

عرف مصطلح السلوك المرضي بشكل واسع خلال النصف الثاني من القرن العشرين، وهو أي سلوك يمارسه الفرد الذي يدرك أو يشعر بالألم ويتعرف أحسن هو الاستعداد لتجربة المرض.

كثير من الدراسات أكدت أهمية السن والجنس في السلوك المرضي في استخدام الخدمات الطبية وبنسبة كبيرة عند النساء، كما تأكد أن السلوك المرضي يختلف أيضا حسب العرق، التعليم، بنية التعليم، بنية العائلة، الأنظمة الاجتماعية، كما أنه يرتبط بالحالة الاجتماعية الاقتصادية التي تؤثر في عمل الأعراض، حيث نجد أن أفراد الطبقة المتوسطة والمنخفضة أكثر ميلا إلى التأخر في السعي للعناية الصحية المختصة مع وجود أعراض خطيرة (عيادي نادية 2009، ص 29).

سلوك لعب دور المرض: (نفس المرجع السابق ص 30)

ظهر مصطلح سلوك لعب دور المرض من خلال عمل الاجتماعي الأمر بكبي إلهام بارسونز Parsons وهو نشاط يمارسه الفرد الذي يعتبر أنه سيمرض بغية الوصول للأحسن،

فهو يتضمن تلقي العلاج من المصالح الطبية، وبعض مظاهر إعفاء الفرد من بعض المسؤوليات.

بوسوتو عرف "دور المرض" بأربع خصائص رئيسية:

- 1- الفرد المريض أو معفى من تحمل الأدوار الاجتماعية الطبيعية الخارجية، زيادة حرامة المرض تزيد من تحرر الفرد من الأدوار الاجتماعية الطبيعية.
- 2- الفرد هنا ليس مسؤول مباشر عن المأزق والمشكل.
- 3- الفرد المريض يحتاج للمعالجة للكسب الحسن (عيادة نادية 2009، ص 36).
- 4- في دور المرض، الفرد المريض يجب أن يسعى للمساعدة الكافية والتعاون مع العناية الطبية للنيل الحسن.

وهناك تقييم آخر للسلوك الصحي أعطاه سرافينو (Sarafina)

أ. البعد الوقائي: يتضمن الدراسات التي من شأنها أن تحمي الانسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلا: أو مراجعة الطبيب بانتظام إجراء الفحوص الدورية.

ب. بعد الحفاظ على الصحة: يشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد على الأكل الصحي مثلا، وتنفيذ سلوكيات صعبة أخرى منصوح بها.

ج. بعد الارتقاء بالصحة: يشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم (عيادة نادية 2009، ص 31).

نظريات مفسرة للسلوك الصحي:

مفهوم النظرية:

النظرية هي مجموعة من القواعد والقوانين التي ترتبط بظاهرة ما بحيث ينتج عن هذه القوانين مجموعة من المفاهيم والافتراضات والعمليات التي يتصل بعضها ببعض لتؤلف منظمة ومتكاملة حول تلك الظاهرة، ويمكن أن نستخدم في تفسيرها والتنبؤ بها في المواقف المختلفة.

وهي أيضا نظام من المفاهيم المجردة تستخدم لتنظيم مجموعة من المبادئ والقوانين التي لم يكن بينها أي ارتباط من قبل في بناء استنباطي موحد (عيادة نادية 2009، ص 33).

أ- نظرية السلوك المعقول أو المبرر (TRA) (Reasoned action theory)

- الأصول النظرية:

تأسست في سنة (1967) في مجال علم النفس الاجتماعي على يد كل من إيريك أجازن ومارتن فيشين: من خلال فرضياتهما في دراسة مصطلح "الاتجاه" أو "الموقف" أين اهتماما بمعرفة العلاقة بين الموقف والسلوك، انطلاقاً من نظرية قيمة التوقع.

TRA افترضت أن الناس عقليون وينتجون قرارات من خلال توقع كل المعلومات عن أنفسهم وما قد يتضمنه النشاط الذي قررو القيام به (Conner, Sparks, 1995)، بالارتكاز على هذه الافتراضات TRA حاولت تفسير كيف أن المقاصد إلى سلوك وما هي المعتقدات الخاصة للموقف، والمعيار الذاتي الذي يؤثر في هذا التحول (نفس المرجع السابق، ص 34).

المفاهيم والمتغيرات الأساسية لـ TRA:

الموقف: عرفه (Miller 2005) بأنه مجموع المعتقدات حول وزن السلوك من خلال تقدير هذه المعتقدات.

وهو يتكون من المعتقدات حول زيادة نتائج انجاز السلوك من خلال تخمين الفرد لهذه

النتائج.

الفصل الأول: السلوك الصحي

المعايير الذاتية: التي عرفها (Miller 2005) بأنها إدراك الفرد إلى تأثير الأفراد في محيطه الاجتماعي على مقاصده السلوكية، معتقداته ومدى أهمية عزوه لإتلك الآراء التي ستؤثر في مقاصده السلوكية.

بعبارة أخرى: "إدراك الفرد أن أغلب راد المهمين له أو الذين يفكر في أنهم يؤيدون تنفيذ للسلك.

تفسير النظرية السلوك:

تري النظرية TRA أن قدرا كبيرا من سلوكنا يخضع للتحكم الإرادي ومحكوم بالمقاصد، وأن المقاصد تتأثر بكل اتجاهاتنا نحو هذا السلوك والمعايير الآتية حول مدى ملاءمته، ودافعيتنا للإذعان لهذه المعايير، مثل: إذ قصدت التوقف عن التدخين لكي تصبح أكثر صحة وتعتقد أن تغيير سلوكيا سيؤدي إلى النتيجة المرغوبة، وأن الأشخاص المهمين لك سيؤيدون سلوكك، وتوقع كبير لإنجازه ويمكن اعطاء المعادلة الرياضية التالية لـ TRA:

السلوك = س1 (المقاصد) = س2 (الموقف) + س3 (المعيار الذاتي) (عيادة نادية 2009، ص 34).

تطور نظرية TRA:

في (1970) تم مراجعة النظرية من "أجازن" و"فشييين" حيث أضافا عامل آخر يؤثر في تنفيذ الفرد للسلوك وهو التحكم السلوكي المدرك، الذي من خلاله امتدت نظرية الفعل المعقول لتغطية السلوكيات الإدارية للتنبؤ بالمقاصد السلوكية والسلوك الفعلي.

الضبط السلوكي المدرك مشتق من فعالية الذات ليندرو وهو يتمثل في الاجتعال الذاتي لقدرة الفرد على انجاز السلوك.

استخدام النظرية:

استخدمت (TRA) للتنبؤ بالسلوك، حيث أن "أجزن" و"فشييين" في (1980) أكد أن المقاصد هي عوامل تنبؤ ناجحة لتغيير سلوك التغذية والحمية وممارسة التمارين.

النظرية المعرفية الاجتماعية:

أصول النظرية:

استمدت النظرية المعرفية الاجتماعية (SCT) من النظرية التحكم الاجتماعي فأول من قام بالإعلان عن هذه النظرية هو أليبرت "بندورا" في (1960) وأنزل رسميًا نظرية (SCT) في كتابه: التأسيس الاجتماعي للفكر والعمل: النظرية المعرفية الاجتماعية (1986) طرحت هذه النظرية فكرة أن تغيير السلوك ينشط من خلال مجموعة من العوامل: محيطية، شخصية وسلوكية.

المفاهيم والمتغيرات الأساسية:

توقع النتيجة وهو تقدير الفرد أن إنجاز السلوك يرتبط بالنتائج المرغوب فيها من خلال الموقف، فالفرد من المحتمل أن ينفذ السلوك لزيادة النتيجة الإيجابية أو لتخفيض النتيجة السلبية.

فعالية الذات، اعتقاد الفرد حول قدرته (نقته) على إنجاز وتنفيذ السلوك ليصل إلى النتيجة، أبعاد فعالية الذات تتضمن الأهمية، الشدة، العمومية (Ban Dura, 1977)، والأهمية ترجع إلى إدراك الفرد درجة صعوبة تنفيذ العمل الشاق.

كما أن قوة أو شدة فعالية الذات توضح ثقة الفرد في أنه يمكن أن يحصل على مستوى إنجاز للمهمة الشاقة بعد العمومية يتمثل في امتداد تعميم توقع الفعالية في المواقف الأخرى (عيادى نادية، 2009، ص 35).

تفسير النظرية للسلوك:

من خلال هذا النموذج إنجاز السلوك عندما تتوفر قناعة لدى الفرد أنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوب فيها، ويقتنع أن نتائج ذلك السلوك سترجع عليه بفائدة كبيرة، وتعمل فعالية الذات على تنظيم كل من النشاط النفسي الاجتماعي للفرد وعاداته الصحية بطرق عدة.

من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.

من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول إلى الهدف معين.

من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.

من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات والاحباطات المتكررة.

من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع ويعتقد بـدور أن التعليم من خلال الملاحظة أو النمذجة أو التقليد هو المصدر الرئيسي لفعالية الذات، وتعتبر مبادئ فعالية الذات عنصراً من العناصر الأساسية في التدخلات الوقائية والعلاجية في علم النفس الصحة (عيادي نادية، 2009، ص 37).

تطور النظرية:

النظرية المعرفية الاجتماعية عرفت عدة تطورات في السنوات الأخيرة، إذ أدخل عليها تعديلات هامة، الأمر الذي أفقدها طابعها الاجتماعي، وأصبحت نظرية معرفية بحثه تعرف حالياً بنظرية فعالية الذات (Self Efficacy theory) (Bndura, 1986)، فالصحة في هذه النظرية لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية، (عيادي نادية 2009، ص 36).

استخدامات النظرية:

النظرية المعرفية الاجتماعية استعملت في عدة علاجات للسلوك الصحي مثل: الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة، التوقف عن التدخين، استهلاك الكحول، اضطرابات الأكل، التمارين، السلوك الجنسي الآمن.

حيث نجد الدراسة الطولية التي أجراها كل من كلارك ودوج حديثاً (Clark, Dodge, 1999) على إناث مصابات بمرض القلب أسفرت نتائجها على أن فعالية الذات تتبأت بمدى تنفيذ المريضة للسلوكيات الصحية الإيجابية التي تساهم في إدارة حياتهم المرضية (عيادي نادية 2009، ص 37).

كما أن كل من بوث وزملائه Both et atal 2000 توصلوا إلى أن ممارسة النشاط الرياضي يكون لدى ذوي فعالية الذات مرتفعة (نفس المرجع السابق).

نظرية دافعية الحماية:

الأصول النظرية:

أنشئت من طرف روجرز (Roggers, 1975) أين اقترح شرط مفاهيمي واضح لتفسير مصادر الخوف، والمراجعة الحديثة لنظرية روجرز في (1983)، أدت إلى توسيع النظرية لتمتد إلى الاتصال المقنع مع فرضية المعالجة المعرفية الوسيطة لتغيير السلوكي.

وقد ارتكزت هذه النظرية على عمل الزروس (1966) و (Leventhal 1970) (عيادي نادية 2009، ص 37).

المفاهيم والمتغيرات الأساسية للنظرية:

في هذه النظرية يتم التفريق بين أربع مركبات:

1- الدرجة المدركة من الخطورة (Severity) المتعلقة الصحة.

2- القابلية المدركة للإصابة Vulnerability بهذه التهديدات الصحية.

3- الفعالية المدركة (Response, effectiveness) لإجراء مام من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي (شفار تزر 1984).

4- توقعات الكفاءة الذاتية ضد الخطر (رضوان 1997) (عيادي نادية 2009، ص 37).

تفسير النظرية للسلوك:

تقوم هذه النظرية على التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة أي القيام بالسلوك الصحي.

أي أن نظرية دافعية الحفاظ على الصحة (PMT) مشابهة لنموذج المعتقدات الصحية في اعتبار أن دافعية الحماية هو نتيجة لإدراك التهديد وقوة التجنب، فالفرد يقوم بتحليل

الفصل الأول: السلوك الصحي

التكاليف والفوائد للنشاط الصحي والفوائد المنتظرة من هذا النشاط، بمعنى أنهارا عن كل المركبات الأربعة (MBM) المذكورة سابقاً، إلا أن الاختلاف بينهما يكمن في مراعاة نظرية دافع الحماية فعالية الذات من جانب مباشر في حيث أن نموذج (HBM) صاغت جزء من متغيير فوائد النشاط الوقائي (عيادي نادية 2009، ص 38).

ففي دراسة (Rippetoe, Rogers, 1987) على عينة من النساء أعطاهن معلومات حول سرطان الثدي وفحص أثر هذه المعلومات في مكونات (PMT) وعلاقتها بمقاصد النساء لممارسة

الفحص الذاتي للثدي (BES) النتائج أن عوامل التنبؤ الجيدة بممارسة (BES) هي فعالية الاستجابة (الاعتقاد أن (BES) سيبقى من العلامات السابقة للسرطان) الصرامة للاعتقاد أن سرطان الثدي هو خطر وصعب العلاج في المراحل المتقدمة وفعالية الذات (الاعتقاد بقدرة الفرد على الانجاز) (عيادي نادية 2009، ص 40).

النماذج المفسرة للسلوك الصحي:

مفهوم النموذج:

يهدف النموذج إلى الوصف والتفسير والتنبؤ بأي ظاهرة، وهو يتكون من مجموعة من التركيبات المترابطة المفترضة وبناء على النموذج يمكن الحصول على عدة من

الاستنتاجات والتنبؤ وعندما يرتبط عدد كاف من التركيبات بالنتائج التجريبية يصبح النموذج نظرية ذات عناصر مفتوحة للتطبيق (عيادي نادية 2009، ص 41).

1- نموذج المعتقدات الصحية:

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أول النماذج التي كيفت لتفسير المشاكل السلوكية المتعلقة بالصحة، ظهرت في (1952) على يد مجموعة من علماء علم النفس الاجتماعي: روزانسوط، بيكر، Rosenstock, Becker من خلال البحث في أسباب امتناع بعض الأفراد عن القيام بأشعة X للكشف المبكر لمرض السل (Hochboun, 1958) النموذج طور أصلاً لتفسير وللتنبؤ بطريقة الفرد في البدء بالسلوكيات الصحية الوقائية الخاصة مثل تقبل التلقيح أو ممارسة بعض الفحوص الطبية .

وينظر هذا النموذج للتصرفات الانسانية بأنها محددة منطقياً، ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختبار الفردية، القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويفترض هنا وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة (عيادي نادية 2009، ص 42).

المفاهيم النظرية لهذا النموذج:

ويرتكز نموذج المعتقدات الصحية على بعض المسلمات القاعدية هي:

أ. الحسابات المدركة: اعتقاد الفرد بمدى احتمال اصابته بالمشكل الصحي.

ب. الصرامة المذكورة: وهو إدراك الخطر لعدم مواجهة المشكل، الصحي الذي قد يصيب الفرد أي أنه تقدير للمشكل الصحي ونتائجه.

قد يتضمن المضاعفات الطبية، آثار المشكل الصحي على الحياة العائلية، النقل اقتصادي، العلاقات الاجتماعية (روز انطوك 1974).

الحساسية المدركة والصرامة المدركة تشكل تهديد المدرك الذي يلعب دوراً هاماً في حث دافعية الفرد للبدء بالسلوك الصحي لتجنب المشاكل الصحية.

ج. الفوائد المدركة: (Comme, Nomen, 1995) هو اعتقاد شخص يتمثل في الاحساس بمدى فعالية اتخاذ سلوك وقائي ما للحد من التهديد الصحي، إذ أن السلوك الوقائي لا يمكن أن ينفذ إلا إذا أدرك الفرد أن فوائد كبيرة ستتبع نشاطه.

د. الحواجز المدركة: هو إدراك الفرد للصعوبات التي قد تصادفه خلال انجاز السلوك، مثل: الكلفة، الجهد، الازعاج، سلوك غير محبب

هـ. القيام بالفعل: هو مجموعة الأحداث التي يغيرها الفرد خلال اتخاذ القرار سواء داخلي أو خارجي، وهو ميكانيزم لتنشيط السلوك وقد يتضمن أعراض بدنية، اتصالات اعلامية، تفاعلات اجتماعية، النصيحة من طرف الآخرين، حملات التربية الصحية .

تفسير النموذج للسلوك:

حسب نموذج المعتقدات الصحية احتمال تنفيذ الفرد لسلوكيات وقائية صحية ترجع مباشرة إلى نتائج تقديره حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهها كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقدير الفرد للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، بمعنى أن تنفيذ السلوك الوقائي يتم عند توفر الشروط التالية: (عيادي نادية 2009، ص 43)

- عندما يدرك الفرد ويقتنع أن عدم ممارسة للنشاط الصحي الوقائي سيعرض للمشكل الصحي.

- وقد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية.
 - أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ الاجراءات وقائية وأن تكون أهم من الكلفة.
 - أن تتوفر درافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي وتعززه.
- يمكن اعطا (HBM) المعادلة الرياضية التالية: الميل للفعل = س1 (الحساسية - الصرامة) + س2 (الفوائد - الحواجز) + س3 (القيام بالفعل)

تطور النموذج:

في سنة (1988) أصيف مصطلح جديد (HBM) لتحسين المطالبة بتغيير العادات السلوكية غير الصحية مثل: التدخين، هو مفهوم فعالية الذات، المشتق من النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا (عيادي نادية 2009، ص 45).

استخدامات النموذج:

نموذج المعتقدات الصحية هو أول بناء نظري لتفسير السلوك الصحي، ساعد في توجيه البحث حول كيفية حدوث هذه السلوكيات ومعرفة نقاط التغيير التي يمكن من خلال هذا النموذج أن تساعد في تخطيط استراتيجيات التغيير.

استخدمت HMB في مجال التربية الصحية لتنمية انتاج القرار الصحي لدى مرضى القلب، الأمراض الداخلية، الفحص الذاتي للثدي.

في 1977 (RosentbalManfredi, Warnecke, Caham)، ظهر أن المعتقدات حول فوائد الحماية المسبقة وعلاج سرطان الثدي ترتبط بمعرفة القدرة على القيام بالفحوص الذاتية للثدي.

وفي (Ghen, tatsuoka 1984) أظهروا أن المعتقدات المتعددة المستخلصة من النموذج تتنبأ بالسلوكيات الوقائية الخاصة بالإنسان، غسيل، الفحص الدوري للأسنان، عند النساء الأمريكيات وأن الحواجز المدركة والعناية بالأسنان هي عوامل تنبؤ قوية.

نموذج مرحلة التغيير:

الأصول النظرية:

ظهر نموذج مراحل التغيير على يد كل من بروشاسكاو ديكليمانتي 1979 لتفسير كيفية تغيير السلوك، وأكد أن استعداد الفرد للتغيير له دور كبير في عملية التغيير ظهر هذا

النموذج من خلال البحث في التوقف عن التدخين وعلاج الإدمان وشرب الكحول (عيادي نادية 2009، ص 46).

تفسير النموذج للسلوك:

يرى هذا النموذج أن تغيير السلوك يكون من خلال التقدم وليس من خلال الموقف، مع اختلاف استعداد الأفراد للتغيير والنشاط.

وهذا التغيير يكون عبر المراحل التالية:

أ. مرحلة ما قبل الوعي:

لا توجد في هذه المرحلة رغبة أو إرادة قوية لتغيير السلوك اللاسوي في المستقبل إذ أن كثير من الناس في هذه المرحلة غير واعين بوجود مشكلة صحية لديهم (الإدمان مثلاً) وبالتالي لا يفكرون في التغيير رغم حث الآخرين.

ب. مرحلة الوعي الصحي:

هنا الفرد يكون على وعي بوجود مشكلة لديه ويفكر جدياً في كيفية التغلب عليها لكنه غير متقبل لاتخاذ أي اجراء عملي من شأنه أن يقضي على المشكلة الصحية (نفس المرجع السابق).

ج. مرحلة الاستعداد أو التخطيط:

تعرف بمرحلة اتخاذ القرار وتشمل رغبة قوية في التغيير ويصاحب ذلك اتخاذ إجراءات عملية كالتخلي عن بعض المأكولات مثلًا أو تخفيض عدد السجائر المستهلكة يوميًا.

د. مرحلة التنفيذ:

وهي المرحلة التي يحدث فيها التعديل الفعلي في السلوك مثل: الإقلاع عن التدخين، وتغلب الرد على مشكلة الصحية، وغالبًا ما تتطلب هذه المرحلة إرادة كبيرة وجهد مستمر لإحداث أي تغيير ملموس في السلوك.

هـ. مرحلة الاحتفاظ:

وهي المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الانتكاس.

و. مرحلة الانتهاء:

هنا يكون للفرد قدرة على مقاومة الانتكاس.

استخدام النموذج:

إن النموذج مراحل التغيير ليس خطي، بل الفرد يستطيع الدخول والخروج من أي

مرحلة وبعض الأفراد يعيدون المرحلة عدة مرات.

1. هذا النموذج مفيد في تخطيط البرامج الصحية، والمساعدة في تدريب الفرد على اتخاذ تقنيات الإدارة الذاتية، السعي للنصائح المهنية (عيادي نادية 2009، ص 65).

خلاصة:

مما سبق تظهر أهمية السلوك الصحي في مجال الصحة الجسمية وذلك كونه يساهم في الحفاظ على الصحة وتميبتها من خلال تقليل من الإصابة بالإمراض وتفاذي العادات الصحية السيئة لان معظم المشكلات الصحية التي يواجهها الإنسان لها طبيعة سلوكية.

**الفصل الثاني:
تقدير الذات**

تمهيد:

يتضمن تقدير الذات معتقدات الفرد و آرائه و أفكاره عن ذاته ويعبر عن مدي اعتزازه

بذاته ومستوي تقييمه لها .

وظهر هذا المصطلح في أواخر الخمسينات من القرن الماضي ومافتئ أن أخذ له

مكانة مميزة في البحوث النفسية وفي هذا الفصل نتطرق إلى تحديد وتفسير هذا المصطلح

بالإضافة إلى عدة عناصر تساعد على فهمه والإلمام به.

1) مفهوم الذات

لكي نتوصل إلى مفهوم جيد لتقدير الذات يجب أولاً إلقاء الضوء بصورة مختصرة عن الذات كمفهوم، والذات كمصطلح.

الذات The Self:

لقد احتلت الذات مكانة بارزة في نظريات الشخصية وتعددت الآراء واختلفت التيارات التي تناولت فكرة الذات، وقد اهتم علماء النفس بالبحث في مدلولها وماهيتها وكانت لهم في تحديد مفهومها ومدلولها أبحاث متعددة أدت إلى وجود مدارس متعددة حاولت كل منها أن تصيغ هذا القانون في إطار الفلسفة التي تتبناها ونوع البحوث التي أجرتها (قطب 1998م، ص 5، 3)

وقد ركز أصحاب تلك المدارس على أهمية الذات في تكوين شخصية الفرد ونموها نمواً "سويًا"، فقد رأى فرويد أن بناء الشخصية بناءً سليماً لا يتحقق إلا إذا حدث نوع من التوازن بين رغبات الـ"هو" (ID)، ومطالب الأنا، (Ego)، ونمو الأنا الأعلى (Super Ego) وعلى الفرد أن يشبع قدرًا كافيًا من رغباته دون أن يشعر بالإحباط طوال الوقت وعليه أن يفعل ذلك دون أن يصاب بالضرر، وبطريقة تسمح له بالشعور بأنه شخص مهذب ومقبول، وقد لا يكون هذا بالأمر السهل، وبمدي نجاح الفرد في تحقيق هذا التوازن، ينمو لديه قدر مقبول من مفهوم الذات، أي صورة عن نفسه يحبها ويرضاها، وعندئذ يتكون لديه تقرير موجب لذاته بدرجة مرتفعة (رمضان 2000م، ص 206).

وقد أوضح رمضان أنه قد اتضح لكثير من علماء النفس أن مفهوم الذات تكوين فرضي معقد يتميز بأكثر من بعد حتى أن هاته المدارس أقرت أن هناك أكثر من ذات، وأن لكل منها نشأتها وتطورها، وأن الوسط الذي يعيش فيه الإنسان مسؤول عن نمو هذه الذات المتعددة الأبعاد أو المتعددة الأبعاد والخصائص والصفات.

ويختلف تقرير الذات عند الفرد في المواقف المختلفة تبعاً لتغيير مفهومه عن ذاته من خلال علاقاته الشخصية بالآخرين، والفرد يميل على مقارنة نفسه بمن حوله إذا احتاج تقديراً لذاته فقد يقدر ذاته بدرجة عالية إذا كانت هذه العلاقة إيجابية، ويقدر ذاته بشكل سالب في هذا الموقف. (رمضان، 2000م، ص 207).

ومن خلال نتائج البحوث والدراسات اتضح انه لا يمكن فهم الذات إلا من خلال الأشخاص المحيطين، فالذات تعتبر محورا تركز عليه الإدراكات المؤثرة، والاتجاهات نحو الآخرين، وهذا التصور للذات على أنه مرجع للعلاقات الشخصية الداخلية المؤثرة، يتضح في نظرية "سوليفات Sullivan" حيث أكد أن الفرد يستطيع أن يرى في الآخرين ما يراه في ذاته، كما أكد "روجرز Rogers" على أن الفرد عندما يتقبل ذاته يكون متقبلاً من الآخرين، وللذات طبيعتها الاجتماعية، فبينما كل الاتجاهات منشؤها الخبرة الاجتماعية بصفة خاصة، وأن الوعي بالذات لا يظهر إلا عند الفرد الذي يعيشه، في مجتمع حيث يتوافق فيه مبدأ الأخذ والعطاء. (قطب، 1998م، ص 218).

الفصل الثاني: تقدير الذات

والشعور بالذات وتقديرها أمر طبيعي في الإنسان، ولولاه لما تبين أحد وجود نفسه الذاتي الذي يتصف به عن سواه، من أفراد نوعه وقد يشتد هذا الشعور بالذات فيبدووا في شكل زائد من الثقة بالنفس، أو قد يضعف فيبدووا في مشاعر النقص والإحساس بعدم الكفاءة (عبد الحافظ 1986م، ص 01).

كما تحدث "سوليفان 1953" عن التشخيص، وهو عبارة عن: الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه أو عن شخص آخر، وهو مجموعة معقدة المشاعر والاتجاهات والمفاهيم التي تنمو من خلالها الخيرات والعلاقات المتبادلة في الطفولة والتي تشبع الحاجات وتخفف القلق. (رمضان 2000م، ص 209).

ويرى "سوليفان" أن تشخيص الذات الطبيعية تنتج عن الخبرات الشخصية المتبادلة التي لها طبيعة الثوان (الإرضاء)، أما تشخيص الذات الشريرة، فينتج عن المواقف المثيرة للقلق. (رمضان 2000، ص 209).

وتعتبر كتابات "كارل روجرز 1951" عن الذات أكثر ما قدم في هذا المجال تنظيماً واكتمالاً، كما أنه أول من وضع إطاراً متكاملًا لنظرية الذات من الناحية النظرية والتطبيقية، ويتضح من ذلك في أسلوبه المعروف بالعلاج المتمركز حول العميل، وتعتبر الذات مفهومًا محوريًا، في نظرية "روجرز" للشخصية، (ويعرفها بأنها تنظيم عقلي معرفي منظم من المدركات والمفاهيم والقيم الشعورية التي تتعلق بالسمات المميزة للفرد وعلاقاته المتعددة).

وقد ذكر "رمضان" خصائص الذات طبعا لآراء "كارل روجرز" في أن خصائص الذات هي:

- تنمو الذات من التفاعل بين الكائن الحي وبين البيئة التي يعيش فيها وخاصة المحيطة به.
- يمكن للذات أن تستوعب وتتمثل قيم الآخرين وتدرجها بطريقة مشوقة.
- إن الكائن الحي يكافح ويسلك سلوكا يساير الذات.
- أن الذات قابلة للتعديل نتيجة للظلم والتعلم.
- في العلاج الناجح تظهر تغيرات على الذات وتصبح أكثر واقعية، ويحقق الكائن ذاته، أي أن "روجرز" يرى أن أقصى درجات النمو في الشخصية تتمثل في حالة توافق تام بين المجال الظاهري (عالم الخبرة) وبين الذات، وفي حالة التحقق فإنها تحمي الفرد من التوتر الداخلي ومن القلق، وتمكنه من تحقيق استقرار نفسي. (رمضان: 2000م، ص 398).

1) مفهوم الذات: SELF CONCEPT

يعتبر "وليام جيمس WILLIAM JAMES 1908م" من أوائل العلماء الذين اهتموا بعلم الذات، ومازالت كتاباته تعتبر مصدرا أساسيا في الحديث عن نمو تقدير الذات، وقد اعتبر "جيمس" الذات ظاهرة شعورية تماما، ويرى: أنها المجموع الكلي لكل ما يستطيع الفرد أن

الفصل الثاني: تقدير الذات

يعتبره له، وقد قسم الهوية IDENTITY أو ما يسميا بالآنا ME (تختلف عن مفهوم الآنا لدى فرويد EGO) إلى ثلاثة أقسام وهي: (دويدار: 1999م، ص 31).

1- الآنا المادية MATERIAL ME:

والتي تشير إلى جسم الإنسان وممتلكاته وأسرته وكل الماديات التي يمكن أن يشعر الفرد بوحدة وانسجام UNITY معها.

2- الآنا الاجتماعية SOCIAL ME:

والتي تشير على الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه من خلال تصورات الآخرين له.

3- الآنا الروحية SPIRITUAL ME:

وهي حالة من الشعور والعواطف التي يدركها الفرد، وأضاف "جيمس" أنه لفهم الآنا يجب عدم التركيز على مكوناتها، بل يجب النظر إلى المشاعر والعواطف التي تحدث مثل تقبل الذات، والأفعال التي تحدث مثل البحث عن الذات وحفظ الذات.

ويرى "كولي" 1902م COOLEY بأنه لا يمكن فصل الذات عن المحيط الاجتماعي للفرد أو الأشخاص الذين يتفاعل معهم، ويشيد كولي إلى مفهوم الذات المرآة LOOKING GLASS SELF والذي يوضح بان مفهوم الفرد عن ذاته يتوقف على إدراكه لردود فعل الآخرين نحوه. (الحميدي محمد ضيدان، 1434هـ، ص 15).

وتتفق "ميد" مع "كولي" في اعتبار الذات ظاهرة اجتماعية، وترى "ميد" بأن الفرد يستدخل INTERNALIZE أفكار واتجاهات الأشخاص الآخرين الهامين في حياته، وذلك عن

الفصل الثاني: تقدير الذات

طريق ملاحظة تصرفاتهم وانفعالاتهم ويتبناها (بغيرهم)، ثم يقدرها على أنها منه، ويستدخل كذلك نظرتهم نحوه، فهو يقدر نفسه بقدر ما يقدرونه، ويقلل من قيمة نفسه بقدر ما يرفضونه ويهملونه ويقللون من شأنه (الماضي: 1414هـ، ص 52) لذا فإن أبعاد مفهوم الذات عند "جيمس" كما بين فهمي تتعد إلى أربعة أبعاد هي:

1- الذات الواقعية ACTUAL SELF:

وهي عبارة عن إدراك الفرد لقدراته ومكانته وأدواره في العالم الخارجي.

2- الذات الاجتماعية THE SOCIAL SELF:

وهي الذات كما يعتقد الشخص أن الآخرين يرونها.

3- الذات الإدراكية PEROPTUAL SELF:

وهي عبارة عن تنظيم للاتجاهات الذاتية.

4- الذات المثالية IDEAL SELF:

إن الذات المثالية هي مفهوم الفرد كما يود أن يكون عليه (فهمي: 1971م، ص 177، 179).

وتعدد مفهوم الذات يعود إلى اختلاف النظريات التي حاولت تفسيرها، حيث ترتبط

بمفهوم الشخصية ارتباط الجزء بالكل، وهنا نذكر بعض التعاريف المتعددة باختصار محاولة

للإمام بأكبر قدر منها.

"هول" و "لندزي" 1970 HOLL ET LINDZEY م، يرى كل منهما أن للذات معنيان، فهناك الذات كعملية هي: مجموعة من العمليات النفسية التي تحكم السلوك والتوافق والذات كموضوع هي اتجاه الشخص ومدركاته وتقييمه لنفسه كموضوع.

ويرى "فيرتون 1963": أن الذات هي شعور الفرد أنه لديه ذات خاصة تتميز، وتتباين عن سواها وهي ذات مركبة من أجزاء كثيرة تتصارع فيها بينها ولكنها متحدة، ويجمعها معا احساس الفرد بالهوية أو الكينونة.

كما عرف "لابن" و "جرين" 1969 LABENN ET GRENN م مفهوم الذات بأنه التقويم الكلي الذي يقوم به الفرد لمظاهره وخلفيته وأصوله وقدراته وإمكاناته ووجدانياته التي تتشكل كقوة موجهة للسلوك.

ويرى "حامد عبد السلام زهران" بأن مفهوم الذات تكوين معرفي منظم وموحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة محددة الإبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية والخارجية.

ويرى "عبد المنعم حنفي 1978" الذات هي تقدير الفرد لقيمه كشخص ومفهوم الذات يحدد انجاز الفرد الفعلي ويظهر جزئيا من خبرات الفرد في الواقع واحتكاكه به ويتأثر تأثيرا كبيرا في الأحكام التي يتلقاها من الأشخاص ذوي الأهمية الانفعالية في حياة الفرد.

2) مفهوم تقدير الذات:

يعتبر تقدير الذات من أهم المفاهيم المتعلقة بشخصية الإنسان، وقد شاع استخدامه في كتب علم النفس والاجتماع، ولقد كتب الكثير عن أهمية تقدير الذات وظهرت المقالات بانتظام عن ذلك في الجرائد والمجلات العامة والمقالات الخاصة بعلم النفس، وبرامج التلفزيون، والحلقات الدراسية والمؤتمرات التعليمية (PATTEN، 1999م، ص 1)، فمنذ ظهور "إكمال ديجورى" 1966م، وغيره من علماء النفس الاجتماعي، شاع استخدام ذلك المفهوم (عكاشة، 1991م، ص 9)، فمفهوم تقدير الذات يعد أحد الأبعاد الهامة في الشخصية، بل ويعدده العلماء من أكثر تلك الأبعاد أهمية وتأثيراً في السلوك، فلا يمكن أن نحقق فهما واضحا للشخصية أو السلوك الإنساني بوجه عام، دون أن نشمل ضمن متغيراتها الوسيطة مفهوم تقدير الذات، حيث يرى "البورت" ALPORT أن تقدير الذات يدخل في كل السمات والجوانب الوجدانية للفرد، ويعتبر البعض أن تقدير الذات الإيجابي هامة وأساسية جدا إلى درجة أن كل بناءات الشخصية تلعب دورا في تنظيمها، كما يشير "جيرجن GERGAN" إلى أن تقسيم أو تقدير الفرد لذاته تلعب دورا أساسيا في تحديد سلوكه، ويشير "روجرز ROGERS" إلى أن الدافع الأساسي للإنسان هو تحقيق الذات وتحسينها، ويقرر "بيكر BEKER" أن الدافع سيطرة عند الفرد ما هو إلا تعبير عن الحاجة إلى تقدير الذات، كما يرى "هاياكاوا HAYAKAWA" أن الغرض الأساسي لكل أنواع النشاط هو محاولة لرفع تقدير الذات. (عكاشة: 1991م، ص 100).

كما يعد مفهوم تقدير الذات، الإطار المرجعي الذي يعطي القوة والمرونة للسلوك الإنساني، ولذلك فإن أهمية مفهوم تقدير الذات بالنسبة لدراسة علم النفس الإكلينيكي من المسلمات التي لا تقبل الجدل (الشماس: 1977م، ص 185)، وقد بين (كفاني: 1989م، ص 100).

كما أكد "عكاشة" أن العلماء قد استخدموا مصطلح "تقدير الذات" على أنه مجموعة من الأحكام الشخصية التي يراها الفرد عن نفسه كمحصلة خصائصه الانفعالية والعقلية والجسمية) فهو أقرب إلى مصطلح "تقويم الذات" من خلال المكونات السلوكية والانفعالية الشخصية، لذا نجد أن "بونر BONER" قد أكد على أن تقدير الذات هو الأسلوب الذي يدرك به الأفراد أنفسهم في علاقاتهم مع الآخرين. (عكاشة: 1990م، ص 10).

كما يرى "كامل" أن تقدير الذات يتمخض عن وعي ورؤية سليمة موضوعية للذات، فقد يعاني الفرد في تقديره لذاته ويصاب بما يمكن وصفه بسرطان الذات أو تضخم مرض خبيث في ذات الفرد يجعله غير مقبول من الآخرين، ويبحث عن الكلام بدون العمل، والعدوانية اللفظية (كامل: 1993م، ص 173 - 174)، وهذا التعريف قد يبين العلاقة بين تقدير الذات وأساليب العدوانية اللفظية.

وينظر "سميث COOPER SMITH" أن هناك مستويات ثلاثة لتقدير الذات، حيث قد تبين من بحثه عن تقدير الذات الذي أجراه على 1700 طفل، أن الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع يعتبرون أنفسهم أشخاصا هامين يستحقون الاحترام والتقدير والاعتبار، "فضلا" عن أن لديهم

فكرة محددة وكافية لما يظنونه صوابا، كما أنهم يتمتعون بالتحدي ولا يضربون عن الشدائد، بين يعتبر ذوو التقدير المنخفض للذات أنفسهم غير هامين جدا وغير محبوبين، ولا يستطيعون فعل أشياء يودون فعلها مما يفعلها الكثيرون، ويعتبرون أن ما يكون لدى الآخرين أفضل مما لديهم.

ويقع الفرد ذو التقدير المتوسط للذات بين هذين النوعين من الصفات، وينمو تقدير الذات من قدرتنا على عمل الأشياء المطلوبة منا. (رمضان، 2000م، ص 318).

معنى ذلك أن تقدير الذات المرتفع هو أكثر المقاييس التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق، فيستطيع أن يقتحم المواقف الجديدة والصعبة دون أن يفقد شجاعته، كما يمكنه مواجهة الفشل في الحب أو في العمل دون أن يشعر بالحزن أو الانهيار لمدة طويلة، بينما يميل الفرد ذو تقدير الذات المنخفض إلى الشعور بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم المواقف الجديدة أو الصعبة، حيث أنه يتوقع فقد الأمل مستقبلا. (رمضان: 2000م، ص 318)

لهذا عرفه على أنه الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد عن نفسه.

وهناك بعض الباحثين العرب الذين حاولوا وضع تعريفات متعددة لتقدير الذات هو التقييم الذي يضعه الفرد لذاته، وكما يدركها الآخرون من وجهة هو. (حسن: 1989م، ص 402، 415).

ولخص "سليمان" تقدير الذات بأنه عبارة عن تقييم يقوم به الفرد نحو ذاته، فضلا عن كونه تقدير وتعبير سلوكي يعبر الفرد من خلاله عن مدى تقديره لذاته، وهذا التقدير من قبل الفرد يعكس شعوره بالجدارة والكفاية. (سليمان: 1992م، ص 88 – 103).

أما "شوكت" فعرف تقدير الذات بأنه تقييم الفرد لذاته، ومعرفته لحدود إمكاناته ورضاه عنها، وثقته في نفسه وفي قدرته على تحمل المسؤولية، ومواجهة المواقف المختلفة مع الآخرين، وشعوره بحب واهتمام وتقدير الآخرين له. (شوكت: 1993م، ص 34).

وعرفته "قطب" بأنه كل ما يحيطه الفرد من تقديرات للصفات الحسنة والسيئة من حيث درجة توافرها في ذاته، أو مدى اعتزاز الفرد بنفسه، أو بمعنى آخر مستوى تقييمه لنفسه. (قطب: 1998م، ص 131).

ويعرف "محمد عاطف غيث" تقدير الذات على أنه "تقييم الشخص لنفسه في حدود طريقة إدراكه لآراء الآخرين فيه". (محمد عاطف غيث، 2006م، ص 375).

ويشير "محمد عاطف غيث" إلى تقدير الذات على أنه "تقييم يضعه الفرد لنفسه بنفسه وبالآخرين المهمين من وجهة نظره هو، فالفرد هنا يميل إلى الاهتمام برأي الذين يملكون تأثير قويا عليه، والذين يمكن تسميتهم الآخرون ذو الأهمية في حياة الفرد، وهم الوالدين والمعلمون والأقران.

ويوضح "عبد الرحيم" إلى أن تقدير الذات هو مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستند عليها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، فهو حكم الشخص تجاه نفسه، وقد يكون هذا الحكم بالموافقة أو الرفض. (عبد الرحيم المغصب: 1991م، ص 30).

3) الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

مفهوم الذات عبارة عن معلومات عن صفات الذات، بينما تقدير الذات تقييم لهذه الصفات، فمفهوم الذات يتضمن "فهما موضوعيا" أو معرفيا للذات، بينما تقدير الذات فهم انفعالي للذات يعكس الثقة بالنفس (عبد الحافظ، 1983م، ص 6).

وفي الأبحاث التي قام بها "فوكس" (FOX 1990م) ميز بين الاصطلاح الوصفي "مفهوم الذات"، والاصطلاح العاطفي الوجداني "تقدير الذات"، ففي تعليقه يقول: إن مفهوم الذات يشير إلى وصف الذات من خلاله استخدام سلسلة من الجمل الإخبارية مثل: "أنا رجل"، "أنا طالب"، وذلك لتكوين وصياغة صورة شخصية متعددة الجوانب.

ما تقدير الذات فيهم بالعنصر التقييمي لمفهوم الذات، حيث أن الأفراد يقومون بصياغة وإصدار الأحكام الخاصة بقيمتهم الشخصية كما يرونها، وببساطة فإن مفهوم الذات يسمح للفرد بأن يصف نفسه في إطار تجربة مثيرة، أما تقدير الذات فيهتم بالقيمة الوجدانية التي يربطها الفرد بأدائه خلال هذه التجربة (الدوسري: 1421هـ، ص 87).

وقدم "كوبر سميث" تعريفا للترقية بين مفهوم الذات وتقدير الذات تم إيجازه فيما يلي:

"مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص وآرائه عن نفسه بينما تقدير الذات يتضمن التقييم الذي يصنعه وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه مع اعتبار لذاته.

ولهذا فإن تقدير الذات يعبر عن اتجاه القبول أو الرفض، ويشير إلى معتقدات الفرد تجاه ذاته، وباختصار يكون تقدير الذات هو الحكم على مدى صلاحيته، معبرا عنها بواسطة الاتجاه الذي يحمله نحو ذاته، فهو خبرة ذاتية ينقلها الآخرون عن طريق التقارير اللفظية، ويعبر عنها بالسلوك الظاهر (عبد الحافظ: 1982م، ص 7).

ويميز "هاما شيك HAMACHEK" بين ثلاثة مصطلحات في هذا المجال: "الذات SELF" وتمثل الجزء الواعي من النفس على المستوى الشعوري، و"مفهوم الذات SELF CONCEPT"، ويشير إلى تلك المجموعة الخاصة من الأفكار والاتجاهات التي تكون لدينا في أية لحظة من الزمن، أي أنها ذلك البناء المعرفي المنظم الذي ينشأ من خبراتنا بأنفسنا والوعي بها، أما "تقدير الذات SELF ESTEEM" فيمثل الجزء الانفعالي منها. (شوكت: 1993م، ص 53).

4) نظريات فسرة تقدير الذات:

- نظرية "زيلر 1969 ZELAR"

تفترض نظرية "زيلر" أن تقدير الذات ينشأ ويتطور داخل الإطار الاجتماعي للمحيط الذي يعيش فيه الفرد، لذا ينظر "زيلر" إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، ويؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي، ويصف "زيلر" تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير

الفصل الثاني: تقدير الذات

الوسيط، أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي، وعلى ذلك فعندما تحدث تغييرات في بيئة الشخص الاجتماعية فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية المتغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعاً لذلك، وتقدير الذات طبقاً لـ "زيلر" مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، ولذلك فإنه افترض أن الشخصية التي تتمتع بدرجة

عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من تقدير الذات، وهذا يساعدها في أن تؤدي وظيفتها بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه، إن تأكيد "زيلر" على العامل الاجتماعي جعله يسهم مفهومه، ويوفقه النقاد على ذلك، بأنه "تقدير الذات الاجتماعي"، وقد ادعى أن المناهج أو المداخل الأخرى في دراسة تقدير الذات لم تعط العوامل الاجتماعية حقها في نشأة ونمو تقدير الذات. (كفاي: 1989م، ص 104 - 105).

- نظرية "روزنبرج" 1965م ROSEENBERG:

تدور أعمال "روزنبرج" حول محاولته دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته، وذلك من خلال المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط به، وأوضح أنه عندما نتحدث عن التقدير المرتفع للذات، فنحن نعني أن الفرد يحترم ذاته عن التقدير المرتفع للذات فنحن نعني أن الفرد يحترم ذاته ويقيمها بشكل مرتفع، بينما تقدير الذات المنخفض أو المتدني بمعنى رفض الذات أو عدم الرضا عنها (سليمان: 1992م، ص 89).

لذا نجد أن أعمال "روزنبرج" قد دارت حول دراسة نمو ارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه من زاوية المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط بالفرد، كما اهتم "روزنبرج" بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته وعمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي للفرد مستقبلا والمنهج الذي استخدمه "روزنبرج" هو الاعتماد على مفهوم الاتجاه باعتباره أداة محورية تربط بين السابق واللاحق من الأحداث والسلوك. (كفاي: 1989م، ص 103).

- نظرية "كوبر سميث" (1976م، COOPER SMITH)

يرى "كوبر سميث" أن تقدير الذات يتضمن كلا من عمليات تقييم الذات وردود الأفعال والاستجابات الدفاعية، وعلى عكس "روزنبرج" لم يحاول "كوبر سميث" أن يربط أعماله في تقدير الذات بنظرية أكبر وأكثر شمولاً، ولكنه ذهب إلى أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب، ولذا فإن علينا أن نستفيد منها جميعاً لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم، ويؤكد "كوبر سميث" بشدة على أهمية فرض الفروض عند الضرورة. (كفاي: 1989م، ص 104)، ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين: التعبير الذاتي وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها، والتعبير السلوكي وهو يشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته إلى قسمين: التعبير الذاتي وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها، والتعبير السلوكي وهو يشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته، التي تكون الملاحظة الخارجية.

ويميز "كوبر سميث" بين نوعين من تقدير الذات:

- تقدير الذات الحقيقي: ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة.
- وتقدير الذات الدفاعي: ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذوو قيمة، وقد افترض في سبيل ذلك أربع مجموعات من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي: النجاحات، والقيم، والطموحات، والدفاعات. (الخضير: 1420هـ، ص 46).

- النظرية التحليلية:

لقد أكدت النظرية التحليلية على أهمية الدوافع والانفعالات والقوى الداخلية، فافترضت أن الشخصية تنمو من خلال الصراعات النفسية في الطفولة المبكرة. (ليندادأفيدوف: 1988م، ص 166).

ويعتبر المحللون النفسانيون أمثال "فرويد FREUD، يونغ YOUNG، أدلر ADLER، أن تقدير الذات مرتبط بالأنا الأعلى، فالأنا يمثل ذلك القسم من العقل الذي يشمل الشعور والحركة الإدراكية، يقوم بمهمة حفظ الذات ويخضع لمبدأ الواقع، كما يعمل على تحقيق التوافق مع المحيط وعلى حل الصراع بين الفرد ومحيطه.

أما الأنا الأعلى فيقوم بوظيفة تقويم سلوك الفرد والتحكم في طريقة إشباع حاجاته، فهو ذلك القسم من العقل الذي يمثل الوالدين والمجتمع، ويتشكل الأنا الأعلى من أساليب الكبت التي يمر بها الفرد أثناء تطوره في الطفولة الأولى. (شريف هناء: 2002م، ص 92).

فالذات إذن تعمل على أساس مبدأ الواقع، إذ تؤجل إشباع رغبات الهو حتى تواجه موقفاً أو موضوعاً مناسباً وبالمقارنة مع الهو فإن الأنا يستخدم عملية التفكير الثانوية، إذ يخلق أساليب واقعية لإشباع حوافز الهو. (نبيل عبد الهادي: 1999م، ص 23).

كثيراً ما يدخل الأنا الأعلى في صراع مع الأنا، إذ يحاول أن ينمي في الشخص الشعور بالإثم والتحرير وانتقاد الذات، هذا الصراع يؤدي إلى شخصية مضطربة تنمي اضطرابات نفسية وسلوكية، حيث يكتسب الفرد النظرة السلبية عن ذاته منذ الطفولة، فيشعر أنه عاجز عن تحقيق أهدافه، ولا تتجانس أحلامه ومشاعره مع محيطه، وبالتالي يمكن أن يصبح عدواً لنفسه لسبب كرهه لذاته.

ويتولد عن هذا الصراع ضغطاً سيكولوجياً ينعكس على سلوكياته وتصرفاته، حيث يصعب عليه إدراك وفهم حب الآخرين، ويتجلى ذلك بوضوح في النشاطات والمنافسات الجماعية، إذ يفضل الفرد أن يكون خاضعاً لقوانين صارمة وتزيد حساسيته للنقد ويفضل العزلة والتبعية، كما يتولد لديه نقص في الاتزان الانفعالي وعدم الثقة بالنفس، أما إذا كانت علاقة الأنا الأعلى بالأنا حسنة ومقبولة فإن التوازن يتحقق ويتطور لديه التقدير المرتفع للذات. (شريف هناء: 2002م، ص 92).

وتعمل الذات حسب هذا المنظور على أساس التفكير العقلاني والموضوعي، فإذا نشأ صراع بين الأنا والأنا الأعلى فإن ذلك سيؤدي إلى اضطرابات نفسية وسلوكية عند الفرد، هذا

ما يكسبه نظرة سلبية عن ذاته، أما إذا اتسمت العلاقة بين هذين القطبين بالانسجام فإن الفرد سوف يتمتع بالتوازن الذي سيبدو جليا في التقدير المرتفع للذات ومنه السلوكيات التكيفية.

- النظرية السلوكية المعرفية:

يعتمد تقدير الذات حسب هذا النموذج تقييم يضعه الفرد لذاته، ويعمل على المحافظة عليه ويتمثل في مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي يستند عليها الفرد عند مواجهة العالم المحيط به.

يؤكد أليس ELLIS 1961م أن أساليب التفكير الخاطئة والسلبية عن الذات تؤثر في سلوك الفرد تأثيرا سلبيا، فإذا كان نسق التفكير واقعيًا والنظرو موضوعية فإن النتائج تكون تقديرا مرتفعا للذات، أما إذا كان ها النسق غير عقلانيا فإن الاضطراب الانفعالي هو المتوقع والمصاحب لتقدير الذات المنخفض. (معتز سيد عبد الله: 2000م، ص 110).

ويضيف أليس ELLIS 1961م، مؤكداً بأن الأفراد هم الذين يجلبون العصاب لأنفسهم فيصبحون قلقين أو مكتئبين أو عدوانيين وذلك من خلال اعتناقهم لعدد من الأفكار اللاعقلانية، فكلما كان تقدير الفرد لذاته منخفضا كلما أدى ذلك إلى سلوكيات واضطرابات نفسية. (معتز سيد عبد الله: 1997، ص 111).

أما بيك 1976م BEEK، فيرى أن المشكلات النفسية تحدث كنتيجة لاستجابات غير صحيحة على أساس معلومات غير كافية وغير صائبة ونتيجة لعدم التمييز بين الخيال والواقع، فالتفكير يمكن أن يكون غير واقعي بسبب أنه مشتق من مقدمات خاطئة، هذا ما يؤدي إلى

تقدير الذات بصفة سلبية، كما أن السلوك يمكن أن يكون مضطربا ومؤديا للفشل كونه مبني على اتجاهات غير معقولة. (معتز سيد عبد الله: 2000م، ص 112).

- النظرية الاجتماعية:

إن المجتمع كما يذكره "كولي 1902"، مرآة يراعي الفرد من خلاله نفسه، إذ يرى نفسه بالطريقة التي يراها به الآخرون، فهؤلاء الأشخاص خاصة المهمين في حياة الفرد سوف يتركون أثرا عميقا، وأن نوعية إدراكه لما يتوقعه الآخرون بالنسبة له أمر في غاية الأهمية في تحديد سلوكه الاجتماعي وتكوين فكرته عن نفسه. (نزيم الصرداوي، 2009م، ص 183).

ولقد اعتبر كولي أن تقدير الذات بالنسبة للفرد يقوم على تقييم الآخرين له، الشيء الذي يدعونا إلى عدم وضع فاصل بين مفهوم الذات وتقدير الذات، فمفهوم الذات دائما يحمل فيه حكما على الذات أو تقييما لها، سواء من قبل الفرد نفسه أو من قبل المحيطين به المباشرين أو غير المباشرين.

كما يؤكد "كولي" على أهمية العلاقة المستمرة بين الفرد والمجتمع، ويشير إلى أنه لا معنى للتفكير في الذات بمعزل عن البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها أو الأشخاص الآخرين الذين يتفاعل معهم. (ناصر ميزاب: 2007م، ص 199).

يقول "كينيش 1978 KINICH" كلما أدرك الفرد تفاعله مع الآخر على أنه مهم زاد ذلك تأثيرا في مفهوم الذات، وتظهر أهمية التفاعل في نوعية أهمية الآخرين ... فمن خلال ردود أفعال الآخرين ندرك مكانتنا، فالتناول النفسي الاجتماعي ركز على علاقة الآخر بتكوين مفهوم

الذات، وذلك على يد كل من "كولي و كوبر سميث و روزنبرغ، أريكسون ...". (ناصر ميزاب: 2007م، ص 199).

4- مستويات تقدير الذات:

لقد ميز كوبر سميث بين ثلاثة مستويات لتقدير الذات وهي:

- المستوى المرتفع

- المستوى المنخفض

- المستوى المتوسط

المستوى المرتفع: ويشمل من لديه درجة عالية من تقدير الذات وهم أفراد نشيطين

وناجحين اجتماعيا وعلميا وأكاديميا.

المستوى المنخفض: ويشمل الأفراد الضعفاء أكاديميا واجتماعيا وغالبا ما يعانون

ضغوط نفسية وعصبية واضطرابات سلوكية.

المستوى المتوسط: ويقع الأفراد ذوي التقدير المتوسط للذات بين هذين النوعين وتكون

إنجازاتهم متوسطة (داليا عزت مؤمن: 2004م، ص 515).

أما "روزنبرج" فقد استفسرت دراسة عن وجود مستويين لتقدير الذات هما:

المستوى المنخفض

المستوى المرتفع

المستوى المنخفض: يعرفه "روزنبرج" بأنه (عدم رضى الفرد بحق ذاته ورفضها). (زبيدة مزيان: 2007م، ص36).

حيث يشكل تقدير الذات المنخفض إعاقة حقيقية لصاحبه، إذ يركز أصحاب هذا المستوى على عيوبهم وصفاتهم غير الجيدة، وهم أكثر ميلا للتأثر بضغوط الجماعة والإنصات لأرائها وأحكامها كما يضعون لأنفسهم توقعات أدنى من الواقع. (القسوس هند: 1985م، ص15).

لذلك يرى روزنبرج أن هؤلاء الأفراد يفضلون الابتعاد عن النشاطات كما يميلون للخضوع وتغيير أفكارهم تبعا للمحيط الاجتماعي حتى إن كانت لا تتماشى مع خصوصياتهم النفسية، فهم يميلون الى التقليد الأعمى، ولا يتخذون القرارات بسهولة اعتقادا منهم ان الحلول الجيدة لا يمكن أن تصدر عنهم، متخوفون من أحكام المجتمع اتجاههم ولا يتكلمون عن ذواتهم (ANDRE CELALL,1999, P25)، ذلك أن أصحاب التقدير المنخفض يعززون فشلهم لأسباب ذاتية فلا يستخدمون أساليب المواجهة المركزة على التفكير الإيجابي (الماضي وفاء محمد، 1994- ص59).

فمن هذا حددت السمات العامة لذوي تقدير الذات المنخفض:

- احتقار الذات والتشاؤم.
- الخوف من الفشل.
- الميل لسحب أو تعديل رأيهم خوفا من سخرية ورفض الآخرين.
- الشعور بالذنب دائما، حتى وإن لم يكن هناك علاقة بالخطأ.

- السعي لأرضاء الآخرين.

- الخجل.

- عدم الاستقلالية (زبيدة أمزيان، 2007- ص37).

المستوى المرتفع: أظهرت الدراسات التي أجريت في مجال تقدير الذات أن الأشخاص

ذوي التقدير المرتفع يؤكدون دائماً على قدراتهم وجوانب قوتهم وخصائصهم الطيبة (سلامة

محمد، 1991- ص279).

فقد استغرقت تجربة "كومبل، COMPBELL - 1990)، على أن الأشخاص ذوو التقدير

المرتفع يتمتعون بثقة عالية ودائمة في أنفسهم ويبادرون في تجارب جيدة مع توقعاتهم النجاح

غير حساسية في المواقف المختلفة واثقين من معلوماتهم.

كما يتميز الأفراد الذين يمتلكون تقدير ذات مرتفع باحترام أنفسهم والشعور بالكفاءة

وانتماء واعتزاز والثقة في ردود أفعالهم، واستنتاجاتهم. كما يتبعون أحكامهم حتى وإن اختلفت

آراء الآخرين، إذ يتسمون بالتحدي والشجاعة في التعبير عن أفكارهم، وهم مستقلون

اجتماعياً، يحبون المشاركة في النشاطات الاجتماعية، ويكونون علاقات الصداقة مع الآخرين

ويتحدثون أكثر مما ينصتون (الحمدى ضيدان، 1993- ص32).

لذلك يرى برنز أن الأفراد ذوي تقدي الذات المرتفع يكونون أقل عرضة للضغط النفسي

الناتج عن الأحداث الخارجية، كما أنهم قادرون على صد المشاعر السلبية الداخلية ولديهم

تاريخ سابق للتعامل مع الضغوط البيئية (الماضي وفاء محمد 1994- ص59).

الفصل الثاني: تقدير الذات

ومن السمات التي يتميز بها ذوي تقدير الذات المرتفع ما يلي:

- الشعور بالأهمية.
- يشعرون بالمسؤولية تجاه أنفسهم والآخرين.
- لديهم إحساس قوي بالنفس، ويتصرفون باستقلالية، ولا يقعون تحت تأثير الآخرين بسهولة.
- يعترفون بقدراتهم ومواهبهم وفخوريين بما يفعلون.
- يؤمنون بأنفسهم فلديهم القدرة على المخاطرة و مواجهة التحديات.
- لديهم القدرة العالية على تحمل الإحباط.
- يتمتعون بالقدرة على التحكم العاطفي في الذات.
- يتمتعون بمهارات عالية في التواصل مع الآخرين.

العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

هنالك عوامل متضافرة تعمل على تحديد مفهوم الذات عند الفرد وتقديره لها، منها ما هو وراثي كالاستعدادات والقدرات، ومنها ما هو بيئي مكتسب كالقيم التي تسود الثقافة التي ينتمي إليها الفرد.

ولقد بدأت دراسة العوامل المحددة لمفهوم ذات الفرد وتقديرها لها بكتابات "بالدوين - (BALDWIN)(1902)، الذي اختار التقليد مفتاحا للعملية الاجتماعية في تطور الذات، وافترض

الفصل الثاني: تقدير الذات

أن معرفة الفرد لذاته وفهمه لها لا يمكن أن ينمو إلا من خلال التفاعل الاجتماعي ، كما أكد أن معرفة الذات تتبع مباشرة من معرفة الآخرين .

وعليه تعمل العوامل الشخصية (الذكية) المحيطة على الرفع أو الخفض من تقدير الذات

ويمكن تلخيصها فيما يلي:

العوامل الذاتية:

متغيرات نفسية وعقلية:

من المعلوم أن تقديرنا لذواتنا يتغير في المواقف المختلفة، فقد يقدر الفرد نفسه بدرجة كبيرة في علاقاته الشخصية بالآخرين وقد يقدر نفسه بدرجة منخفضة في المواقف التي تتطلب الذكاء والتفكير في حين قد يقدر نفسه بدرجة متوسطة في أداء عمله، هذا ما يخلق لديه صراع الذي يمكن الخروج منه بدون إشباع الوقوع في الخطأ أو الإصابة بالضرر وتكون النتيجة القلق والشعور بالخوف (فاروق عبد الفتاح، 1987-ص20). فتهديد تقدير الذات هو تهديد للذات التي تحاول إحداث توازن بين الحاجات المتصارعة حماية لنفسها من القلق الذي أحدثته الصراع (فاروق عبد الفتاح 1987-ص20).

لذلك يرى "وولف" WOLF أن العوامل الديناميكية الداخلية تسبب عدم التعرف على الذات والحكم الانفعالي عليها (أحمد فائق، 1963-ص185).

في حين يساهم النمو العقلي الطبيعي والتفوق والابتكار على ظهور تقدير الذات السليم، أما التأخر العقلي فيؤدي إلى الشعور بالنقص ومنه تقدير الذات المنخفض. (شريفى هناع: 2002م، ص 95).

وعليه فإذا كان الفرد متمتعاً بصحة نفسية جيدة ساعده ذلك على نموه "طبيعياً" ويكون تقديره لذاته مرتفعاً، أم إذا كان الفرد من النوع القلق الغير المستقر فغن فكرته عن ذاته تكون منخفضة، وبالتالي ينخفض تقديره لذاته. (مصطفى فهمي وآخرون: 1979م، ص 78).

- صورة الجسم:

تعد الناحية الجسمية من المصادر الحيوية في تشكيل مفهوم الذات، فلامح الجسم الجميلة لها تأثير إيجابي في رؤية الفرد لنفسه لأن ذلك يدعو غالباً إلى إجابات القبول والرضا والتقدير والحب والاستحسان، كما يعد تعزيزاً قوياً يدفع الفرد إلى التجاوب مع قدراته والمناخ الاجتماعي بشكل مثمر، قصورة الجسم لها أثر فعال في تفاعل الفرد الاجتماعي. (الطاهر محمد: 2004م، ص 147).

لذلك يرى "جيل" أن صورة الفرد عن جسده تلعب دوراً أساسياً في سلوكه الشخصي والاجتماعي وأنها تشكل جزءاً هاماً من مفهومه المتكامل عن ذاته. (جبريل عبد الخالق: 1983م، ص 68).

كما يرى "كو" COE 1972م "أن صفات المرء الجسدية من القيم الجمالية، والذي لا يتناسب مع معايير الثقافة السائدة قد يشعره بالنقص. (جبريل عبد الخالق: 1983م، ص 67).

- متغير الجنس:

إن تأثير عامل الجنس في تقدير الذات فقد تباينت نتائج الدراسات، ففيما توصلت بعض الدراسات إلى وجود فروق بين الجنسين أوضحت نتائج أخرى عدم وجودها. فقد خلصت دراسة "ماكوبي MACCOBY" 1975م/ التي تناولت الفروق بين الجنسين في تقدير الذات إلى أن تقدير الذات يتساوى بين الجنسين حتى مرحلة الطفولة المتأخرة وفي مرحلة المراهقة تبقى الفروق غير دالة ثم تختلف الدراسات في دلالة تقدير الذات لصالح البنين أو البنات في مرحلة الرشد. (هناك شريفي: 2002م، ص 96).

أما دراسة ستيلسون 1984م STILSON فقد توصلت إلى وجود اختلافات في تقدير الذات لصالح مجموعة الإناث، حيث كانت نتائج الطالبات في اختبار تقدير الذات أعلى من درجات الذكور. (شريفي هناك، 2002م، ص 97).

- العوامل المحيطة:

متغيرات أسرية

يرى الباحث "مارلين 1969 MARLIN" أن تقييماتنا لأنفسنا مشتقة من تقييمات الجماعة المرجعية التي استوعبناها، وأن تقييم الذات متأثر بتقديراتنا لتقييم الآخرين لنا. وعليه تعتبر الأسرة بمثابة الوسط الأول المؤثر في شخصية الفرد ونشأة هويته وبناء ذاته، إذ تمده بالتراث البيولوجي والاجتماعي اللذان يطلقان ملكاته وقواه، كما أنها أول مجال تشبع فيه الحاجات الجسمية والنفسية. (رشاد علي عبد العزيز، 1997م، ص 77).

فحسب "والز WELLS" و"رانكين RANKIN، 1983" فالعلاقة الأسرية تؤثر على مستوى تقدير الذات للفرد، فكلما كانت جيدة كان تقدير الذات مرتفعا وكلما كانت سيئة انخفض تقدير الفرد لذاته.

متغيرات اجتماعية:

إلى جانب تأثير الأسرة في تقدير الذات لدى الفرد، تعمل المتغيرات الاجتماعية هي الأخرى بالتأثير في هذا المفهوم، حيث لا يصبح الفرد قادرا على تقدير نفسه إيجابيا، إلا إذا توافق سلوكه مع القيم الاجتماعية، بصرف النظر عما إذا كان ذلك السلوك مشبعا لذاته أم لا، حيث تنمو صورة الذات خلال التفاعل الاجتماعي، وأثناء وضع الفرد في سلسلة من الأدوار الاجتماعية.

كما أن الدور الاجتماعي يؤثر في تقدير الذات، إذ تنمو صورة الذات خلال التفاعل الاجتماعي للفرد وهذا يوصفه في سلسلة من الأدوار وأثناء تحركه في إطار البناء الاجتماعي الذي يعيش فيه هذا ما يجعله يتعلم أن يرى نفسه كما يراه رفاقه في المواقف الاجتماعية المختلفة. (حامد عبد السلام زهران: 1972م، ص 161).

- المستوى الاقتصادي والاجتماعي:

يلعب المستوى الاقتصادي والاجتماعي دورا بارزا في تقدير المرء لذاته، غير أن هذه المسألة لا تزال تثير الجدل رغم وجود دراسات تشير إلى انه من الأكثر احتمالا أن توجد علاقة بين تقدير الذات والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة.

تؤكد دراسة "زوكerman 1980م ZUKERMAN" أن تقدير الذات يرتبط بالوضع الاجتماعي والاقتصادي، وهما يؤثران في الأهداف التي يضعها الفرد لنفسه. (علي محمد الديب: 1994م، ص 224).

كما يرى بعض الباحثين أن النقص في الموارد المالية يؤثر هو الآخر في تقدير الذات حيث يذهب هلمز 1981م HELMS" بالقول أن الأفراد الذين ينحدرون من عائلات ذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع يقدرون أنفسهم تقديرا مرتفعا من حيث الاحترام والتربية، أما الذين ينحدرون من عائلات مستواها الاقتصادي والاجتماعي منخفض فإنهم يقدرون أنفسهم تقديرا منخفضا من حيث احترامهم لذواتهم.

تقدير الذات والصحة النفسية:

تظهر فعالية تقدير الذات في مدى تكيف الفرد مع مختلف الضغوط التي يتعرض لها، إذ يعتمد في تقييمه للأحداث على نمطين من العوامل هما: تلك المرتبطة بالفرد، وتلك المرتبطة بالسياق، فالأفراد الذين يتميزون بتقدير ذات مرتفع لديهم ثقة كبيرة في إمكانياتهم، هذا ما يساعد على مواجهة الضغط الذي يفسرونه أنه تحديا أكثر من أن يكون تهديدا.

إن كل فرد ينظر لنفسه بطريقة ما، فقد يرى نفسه أقل من الآخرين وبالتالي ينعكس ذلك سلبا على سلوكه إذ لا يتصرف بحماس وإقبال نحو غيره من الناس، كما قد يقدر نفسه حق قدرها هذا ما يجعله يتصرف بشكل أفضل مع الغير. (مصطفى كامل، 2003م، ص 2).

الفصل الثاني: تقدير الذات

يؤدي انخفاض تقدير الذات أو ارتفاعه إلى اضطرابات عصابية ناتجة عن سوء التكيف كالمخاوف والوسواس ...

فالواقع بتقدير الذات مثلا هو شكل من أشكال الشخصية النرجسية، ميزته القلق المفرط على الصحة الجسدية، هذا ما يؤدي بالشخص إلى الاهتمام بساعات الراحة، وقد يصل الأمر بالبعض إلى توهم المرض.

إذ يرى "روزنبرج 1969 ROZENBURG" أن تقدير الذات المنخفض غالبا ما يكون مرتبطا خاصة، منها الإحساس بالفشل، الاكتئاب، المشاعر المنحطة، أعراض القلق، الملل، الخجل، الحساسية المفرطة، العزلة، قلة الثقة بالنفس. (أوسماعيل صافية: 2004م، ص 35).

فالقلق من المتغيرات التي وجد أن لها تأثير كبير على تكوين تقدير الذات، فقد أوضحت العديد من الدراسات أن الفرد السوي، الذي لا يعاني من القلق يتمتع بدرجة عالية من تقدير الذات، كما أكد روجرز أن تهديد الذات أو سوء التوافق يحدث عندما يتعرض الإنسان للقلق وأن القلق يمثل استجابة انفعالية للتهديد يؤدي إلى إحداث تغيير خطير في صورة الفرد عن ذاته، أما إذا كان هذا الأخير سويا لا يعاني من القلق الزائد فإن ذلك يساعده على تحقيق التوافق الشخصي ومنه تقدير الذات المرتفع. (فارق عبد الفتاح السلام: 1987م، ص 19).

كما يؤكد "كوبر سميث 1984 COOPER SMITH" على وجود علاقة وطيدة بين القلق وتقدير الذات، فإذا ظهر القلق كاستجابة لتهديد معين، فإن تقدير الذات سيكون كذلك في موضع تهديد. (BOUDRERAULT, A, 2004, P50).

ويشاطره الرأي "هويث 1976م HEWITH" الذي يعتبر أن تقدير الذات المنخفض يؤدي حتما إلى درجة كبيرة من القلق، فالفرد الذي يعتقد أنه لن يكون محبوبا من طرف محيطه يعيش قلقا زائدا يعيقه من الاقتراب من أفراد محيطه واكتشاف أحاسيسهم.

وحسب "سانفورد SANFORD" و"دانوفان 1984م DANOVAN" فإن تقدير الذات المنخفض يشكل عائقا معتبرا أما العلاقات الاجتماعية، فالمرأة التي تعطي تقييما دنيئا لذاتها عادة ما ترفض اقتراب شخص ما منها خوفا من اكتشاف نقائصها ومنه عزلتها.

فالفرد ذو التقدير المنخفض لذاته كثيرا يبدي نقص الثقة بذاته، والاعتماد على الغير، الخجل، نقص التخيل، هجومي، مهيا لشتى الانحرافات أو الجرائم، لا يتكيف بسهولة.

أما تقدير الذات المرتفع فيجعل صاحبه بعيدا عن القلق ومنه تحقيق التوافق النفسي، إذا يستطيع الفرد مواجهة الفشل والمواقف الجديدة دون الشعور بالخوف والانهيار، عكس الفرد الذي له تقدير منخفض لذاته، فهو يشعر بالهزيمة حتى قبل أن يفتحم الخبرات الجديدة لأنه يتوقع الفشل مسبقا. (فاروق عبد الفتاح السلام: 1987م، ص 19).

ومن الدراسات التي أكدت وجود علاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي الاجتماعي، دراسة "كابلان 1969م KAPLAN" التي توصلت إلى وجود علاقة سلبية بين عدم التوافق وتقبل الذات وتقديرها، حيث ظهر أن أقل الأفراد تقبلا للذات هم أكثرهم ذكرا للمشكلات كعدم النوم والعصبية، الصداغ، وقضم الأظافر، الأحلام المزعجة. (نعيمة الشماع، 1977م، ص

الفصل الثاني: تقدير الذات

أما "زيلر 1969م ZILLER" فيشير إلى الارتباط الموجود بين تقدير الذات المنخفض وسوء التوافق والضغط الملاحظ في ثبات الشخصية من جهة وبين تقدير الذات المرتفع والتوافق السليم والثبات في السلوك من جهة أخرى.

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا له يمكننا استخلاص أن تقدير الذات هو حكم الفرد عن نفسه، بشأن قدراته فيما يستطيع وما لا يستطيع، وذلك بناء على معايير داخلية وعلى الواقع الخبراتي الذي يعيش في كنفه والذي يملئ عليه أن يقارن نفسه مع الأشخاص المحيطين به.

الفصل الثالث:
مرض الفشل الكلوي

تمهيد:

يعتبر الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة الأكثر انتشاراً والذي يميز تهديده لحياة المريض مما أوجب البحث لمعرفة أسبابه وأعراضه وطرق علاجه وكيفية الوقاية منه، وهذا ما سنتطرق له في هذا الفصل.

الصفة التشريحية للكلى البشرية

"LES REINS" الكليتان

هما غدتان تكونان البول وتفرزانه من الدم، فيصبح دم الإنسان نظيفا من المواد السامة أو الغير سامة التي يريد الجسم أن يتخلص منها لعدم حاجته لها.



الشكل رقم 1: صورة توضح الكليتين.

وموقعها في جسم الإنسان على جانبي العمود الفقري عند الخاصرتين، وتوصلان بالمتانة بواسطة الحالبين، وخلف الغشاء البريتوني "LE PERITOINE" في الجهة الخلفية من البطن وبين الفقرتين الثانية عشر الصدرية والثالثة القطنية "D12, L3". (VERTEBRES DORSALES 12 ET LOMBAIRE 3)، (سليمان إبراهيم أبو دقة: 2007م، ص 27).

وتحديد الكلي من أعلى بالضلع الثاني عشرة "آخر الأضلاع" أو قد تصل إلى مستوى الضلع الحادي عشر.

والكلية اليمنى منخفضة قليلا عن اليسرى، وتشبه الكلية حبة الفاصولياء أو اللوبيا، ولها دور فعال في التوازن الصحي. (سليمان إبراهيم أبو دقة: 2007م، ص 08).

وتزن الكلية الواحدة عند الرجل البالغ من 125 إلى 170 جرام، أما المرأة البالغة من 115 إلى 155 جرام.

وطول الكلية 12 سم تقريبا، وعرضها حوالي 07 سم، وسمكها يتراوح من 0.25 إلى 03 سم.

وفي السطح الداخلي "المقعر" يدخل فيه الشريان الكلوي "LA RTEVE RENALE" ويخرج منه الوريد الكلوي "LA VEINE RENALE" وحوض الكلى، ومن حوض الكلى "LE PYELON" تنزل إلى قناة طويلة اسمها "الحالب". (سليمان إبراهيم أبو دقة، 2007م، ص 08).

وتبدأ الكلى بالعمل وهو جنين في بطن أمه وتكاد تكتمل وظائفها في ساعة الولادة، ولكن هناك فرق بين عمل كلية الطفل الرضيع وكلية الشخص البالغ، فمثلا لا يستطيع الطفل الرضيع إخراج الماء بنفس كفاءة البالغ، ولا يستطيع تركيز البول كالبالغ، ولا يستطيع الطفل إفراز وإخراج الأحماض في البول في أيام حياته الأولى. (سليمان إبراهيم أبو دقة: 2007م، ص 10).

وتبدأ وظائف الكلى بالتدهور بعد سن الأربعين، ومع بداية التقلص في حجمها وببلوغ سن الثمانين تكون الكلى قد ضمرت إلى ثلاثة أرباع حجمها عند اكتمال النمو في السن

العشرين، ولكنها تستمر في أداء وظائفها المعتادة "وهو ما يسمى بالتقلص النفروني REDUCTION NEPHRONIQUE". (سليمان إبراهيم أبو دقة: 2007م، ص 10).

وظيفة الكلية ودورها في جسم الإنسان:

تتخصص وظيفة الكلى الأساسية في المحافظة على مكونات الدم في الإنسان والعمل على ثبات نسبة تلك المكونات... سواء كانت هذه المكونات أساسية في الدم "كالبلازما، المصل LA PLASMA" أو داخلة عليه كالألاح والمركبات الكيميائية.

وترجع أهميتها في الحفاظ على نسبة مكونات الدم إلا أن هذه النسبة تلاقي تغيرات مستمرة أثناء الليل والنهار، وهذه التغيرات قد تكون أسبابها خارجية أو أسبابا داخلية من داخل الجسم نفسه، ومن الأسباب الخارجية التي تعمل على تغيير نسبة الدم الإكثار أو الإقلال من شرب السوائل. (سليمان إبراهيم أبو الدقة: 2007م، ص 08).

أم الأسباب الداخلية فتتسبب غالبا من عمليات البناء والهدم للجسم التي لا تنقطع طول حياة الإنسان.

ومن هنا ترجع أهمية الكلى ويبرز دورها في تصحيح المتغيرات فنجد أنها تتحكم مثلا في كمية المياه المتغيرة بالجسم، فإذا ازدادت هذه الكمية أو نقصت نتيجة اختلاف كمية الشرب نجد أنها تفرز مياها في البول بكميات كثيرة أو قليلة حتى نحافظ على المعدل الطبيعي للمياه بالجسم.

"POUVOIR DE CONCENTRATION ET DILUTION DES URINES"

كذلك إذا تغيرت نسبة الحموضة "PH" في الدم نتيجة لعمليات الهدم نجد أن الكلية تقوم بعملها بحيث تثبت نسبة هذه الحموضة خصوصا إذا كان بالرئة مرض يعوقها عن العمل. (سليمان إبراهيم أبو دقة: 2007م، ص 09).

فمن المعروف أن للرئة دورا مساعدا في هذا المجال حيث أنها هي التي تخرج ثاني أكسيد الكربون الحمضي أثناء التنفس وتساعد في التخلص من زيادة حموضة الدم. (نفس المرجع، ص 09).

كذلك إذا تواجدت في بعض المواد الضارة أو السامة في دم المريض سواء كانت هذه المواد ناتجة عن خلل بعمليات الهدم كما يحدث في تراكم "البولينيا"، "L'UREE" أو ناتجة من دخول السموم والميكروبات من خارج الجسم، ... فإن الكلية تسارع في التخلص من هذه السموم والمواد الضارة حتى تحافظ على سلامة ونظافة الدم. (سليمان إبراهيم أبو دقة: 2007م، ص 09).

ولا ننسى أن لذلك أهمية خاصة لأن الدم هو الذي يوصل الاحتياجات الأساسية إلى أجزاء الجسم المختلفة، كما انه هو الذي يتخلص من الفضلات التي تتكون في أعضاء الجسم عامة. (نفس المرجع، ص 09).

دورها في اندفاع الدم عمليا:

1- إن اندفاع الدم بضغط عال في الكلوي يؤدي إلى ترشيحه فيخرج منه الماء والأملاح الذائبة فيه والغلوكوز والأحماض الأمينية وتبقى بروتينات الدم والدهون. (سليمان إبراهيم أبو الدقة: 2007م، ص 09).

وحجم الكمية المرشحة LA FILTRATION « التي تتكون بهذه الطريقة يبلغ 180 لتر في اليوم الواحد ويعاد امتصاص 178.5 لتر أثناء مرور الرشيح داخل الكلوي. (نفس المرجع، ص 09).

وهكذا يبلغ حجم البول الذي تفرزه الكلى 01.5 لتر يوميا فقط، وهكذا تصنع الكلية البول وتعيد تركيب الرشيح LE FILTRE ليحتفظ الجسم بما يحتاجه ويخرج مالا يحتاجه. (سليمان غيراهيم أبو الدقة: 2007م، ص 09).

وبذلك نفهم أن الوظيفة الأساسية للكلوي في الجسم هي الحفاظ على ثبات التركيب الدقيق للسائل خارج الخلايا، وتركز البول "L'URINEE" إلى أربعة أمثال تركيز "البلازما".

2- هناك وظيفة أخرى للكلوي وهي تصنيع هرمون ينشط عملة تكاثر كريات الدم الحمراء في نخاع العظام ويسمى "إريثروبوتين" "ERYTHROPOÏËTINE". (نفس المرجع السابق: ص 10).

3- كما أن هناك وظيفة ثالثة لها وهي تصنيع الخطوة النهائية اللازمة لتحويل "فيتامين د" إلى الصورة الفعالة.

الفصل الثالث: مرض الفشل الكلوي

ويعتبر "فيتامين د" هو المهم واللازم لتدعيم العظام، ويتناوله الإنسان في الغذاء مع الدهون الحيوانية أو يضعه تحت الجلد يحميه من التعرض للأشعة فوق بنفسجية أو أشعة الشمس.

ولكن هذا الفيتامين بصورته الأصلية غير فعال ويحوّله الكبد ثم الكلى إلى الصورة الفعالة ثم يحمله الدم إلى الأمعاء حتى يحوّلها على امتصاص الكالسيوم من الغذاء وينقله إلى العظام فيحملها إلى ترسيب هذا الكالسيوم.

وإذا حدث تقصير في هذه الوظيفة أصبحت العظام هشّة لينة ومخلخلة. (سليمان إبراهيم أبو الدقة: 2007م، ص 10).

4- أما الوظيفة الرابعة للكلى فهناك مادة ثالثة تكونها الكلية وتساعد على رفع ضغط الدم وتسمى "رينين، LA RENINE"

الفشل الكلوي:

كان يظن قديماً أن وظيفة الكلى الوحيدة هي التخلص من المواد السامة الناتجة عن التمثيل الغذائي للطعام وإخراجها.

وعندما لا تستطيع الكلى القيام بهذه الوظيفة، تتجمع هذه السموم في الجسم ويصاب المريض بما كان يعرف بالتسمم البولي، حيث كان الأطباء يطلقون تسمية "التسمم البولي، SYNDROME UREMIQUE" على أي حالة مريضة تؤدي إلى عدم قيام الكلى بوظائفها المعروفة، وذلك لاعتقادهم أن سببه هو تراكم البول في الجسم، ولكن مع التقدم الهائل في

الطب وجد أن وظيفة الكلى، ليست فقط تكوين البول وإخراجه، بل المحافظة على التركيب الدقيق للوسط الداخلي للخلايا، بإخراج ما يزيد عن حاجتها والاحتفاظ بما ينقصها مما تحتاجه بالإضافة على إفراز هرمون ينشط نخاع العظام ويحثه على تكوين كرات الدم الحمراء، وتحويل فيتامين "د" إلى صورته النهائية الفعالة التي تعمل على ترسيب أملاح الكالسيوم بالعظام، وذلك أعطى الأطباء الدافع لتسمية الحالة المرضية هذه بالفشل الكلوي وليس التسمم البولي. (سليمان إبراهيم أبو الدقة: 2007م، ص 66).

والفشل الكلوي هو عجز الكلية عن القيام بوظائفها السالفة الذكر، وإذا لم يعالج أو يصحح هذا الفشل فإنه يؤدي إلى تسمم دموي وتناقص إفراز البول، ويتراكم السائل في أنسجة الجسم ويحدث فرط في بوتاسيوم الدم، مما يحدث ضعفا عضليا وتوقفا في القلب، وهذا الفشل لا يحدث إلا بعد تدمير حوالي 75% من النفرونات العاملة بالكلية، وهو من الأمراض التي تصيب الكلية وينعكس بشكل سلبي على صحة الإنسان المصاب به. (ريم محمود يوسف أبو قايد: 2012م، ص 56).

والفشل الكلوي يمكن أن يكون حادا يحدث في ساعات أو أيام قليلة، وقد يكون مزمنا CHRONIQUE أي يبدأ بالقصور التدريجي في وظائف الكلى على مدى شهور طويلة أو سنوات حتى ينتهي بالفشل الكلوي. (سليمان إبراهيم أبو الدقة: 2007م، ص 67).

أسباب الفشل الكلوي: (عبد الباسط محمد السيد،: 2012م: ص 331).

التهابات الكلى الحادة والمزمنة والتي تعقب التهابات الحلق.

التهابات ميكروبية بالكلى.

البلهارسيا.

مرض السكر.

مرض ارتفاع ضغط الدم.

أمراض وراثية مثل مرض تكبس الكليتين.

سوء استخدام الأدوية وخاصة المسكنات. (نفس المرجع، ص 331).

بعض أمراض الجهاز المناعي كمرض الذئبة الحمراء.

أعراض الفشل الكلوي: (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 331).

- لا أعراض في الفترة الأولى:

صداع.

إرهاق

شحوب اللون بسبب فقر الدم

فقدان الشهية

غثيان وقيئ

حكة مستمرة

اضطراب النوم

- أعراض متأخرة مثل: (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 332).

هبوط القلب.

غيبوبة وتشنجات

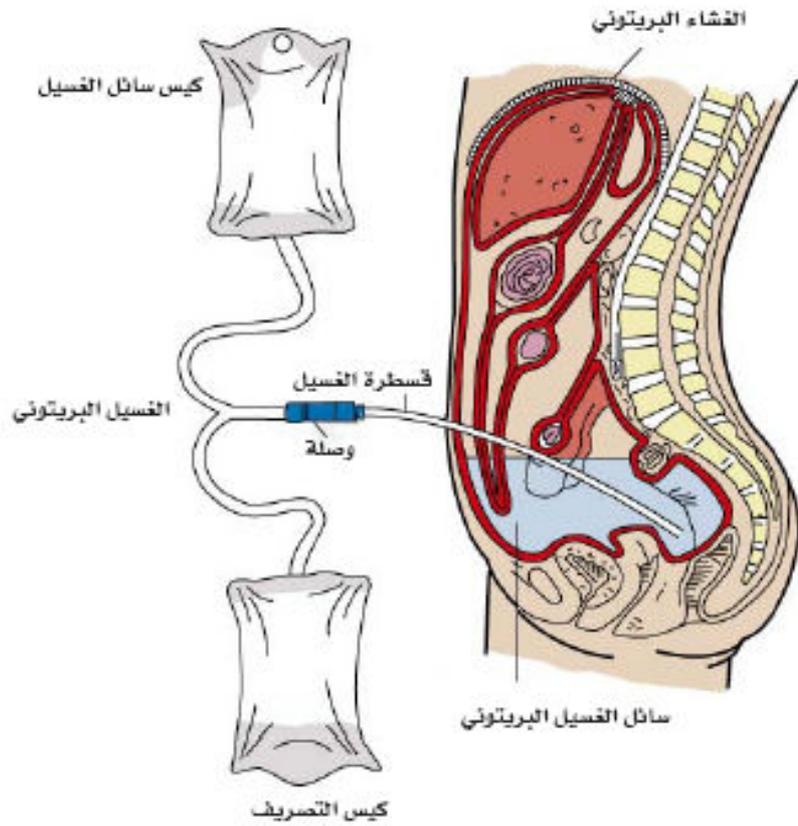
علاج الفشل الكلوي النهائي: (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 332).

يمكن علاج مريض الفشل الكلوي النهائي بواسطة جلسات الكلي الاصطناعية أو الغسيل

البريتوني، أو زراعة كلي من متبرع أو من المتوفين حديثاً، ويمكن التنقل بين طريقة وأخرى

طبقاً لحالة المريض. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 332).

الشكل رقم 2: صورة آلية الغسيل البريتوني.



أسباب حدوث الفشل الكلوي الحاد تنقسم إلى ثلاثة أقسام:

أسباب ما قبل الكلى "PRE-RENAL"، وفي هذه الحالة تكون الكلية سليمة ولكن يحدث الفشل الكلوي الحاد نتيجة قلة التروية الدموية الشديدة (نقص كمية الدم أو البلازما أو السوائل)، ومثالنا على ذلك: (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 332).

النزف الداخلي: كقرحه الإثني عشر، أو أثناء عملية جراحية كبيرة أو الحوادث والنزيف الداخلي أو الرعاف أو البواسير. (نفس المرجع السابق: ص 332).

هبوط القلب أو الانخفاض الشديد في ضغط الدم (حوادث السيارات التي تؤدي إلى

الصدمة).

الحروق الشديدة حيث أنها تفقد الإنسان كمية كبيرة من البلازما وسوائل الجسم الأخرى كما أنها تسبب الصدمة للمريض التي تؤدي إلى انخفاض ضغط الدم وبالتالي حدوث الفشل الكلوي. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 333).

إصابة الإنسان وخاصة الأطفال بالإسهال أو القيء الشديد حيث تقل السوائل في جسم الإنسان "الجفاف DEHYDRALION" ومن ثم يقل ضغط الدم مما يؤدي إلى حدوث الفشل الكلوي الحاد. (نفس المرجع السابق، ص 333).

أسباب ما بعد الكلي POST-RENAL وفي هذه الحالة أيضا تكون الكلية سليمة ولكن الإصابة ناتجة عن انسداد في مجرى البول (المثانة أو الحالبين معا أو في الإحليل، وهذا الانسداد ناتج عن تكون حصوة في مجرى البول أو وجود ورم سرطاني أو حدوث تليف أو تضخم البروستاتة. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 333).

أسباب متعلقة بإصابة الكلي نفسها، في هذه الحالة تتعرض الكلي إلى الالتهاب الشديد ومن ثم حدوث القصور الحاد في وظائفها ومن الأسباب المؤدية إلى الالتهاب الشديد للكلي الآتي: (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 333).

التهاب الكبيبات الحاد ACUTE GLOMERULONEPHRITIS

بعض أمراض الكلي كنخر الأنابيب الكلوية الحاد ACUTE TUBULAR NECROSIS

الذي يحدث نتيجة قلة التروية الدموية للكلية وقلة ضغط الدم مما يؤدي إلى نخر (موت) الأنابيب الكلوية وبالتالي حدوث الفشل الكلوي الحاد.

استخدام بعض الأدوية التي لها تأثير سمي على الكلية مثل بعض المضادات الحيوية كالأمينوجلايكوزايد AMINGOLYCOSIDES والتترا سيكلين، وبعض مشتقات السلفا، ومثل بعض الأدوية المساعدة للنوم كالباربيتورات ومشتقاته ومثل بعض الأدوية مدرات البول وعقاقير الصيغة المحتوية على اليود، ومثل بعض الأغذية والأسمدة الملوثة صناعيا بالزئبق أو الرصاص كالسمك والمزروعات الملوثة. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 333).

انسداد في الشريان أو الوريد الكلوي كحدوث جلطة في أحدهما وهي نادرة الحدوث.

الأعراض والعلامات (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 333).

يكون المريض في الغالب شاحب اللون بسبب فقر الدم وزيادة السوائل في الجيم، كما تقل مقاومته للميكروبات نتيجة ضعف جهازه المناعي، كما تقل شهيته للطعام ونتيجة ارتفاع المواد السامة في جسمه يحدث غثيان وقيء ونوبات إسهال، ومن أهم أعراض وعلامات المرض الآتي:

قلة إفراز البول OBLIGURIA أو توقفه ANURIA وعادة ما يقل إفراز البول إلى يصل الي 400 مليلتر في اليوم الواحد وهنا يجب أن نفرق بين قلة أو توقف إفراز البول وبين انسداد مجرى البول التي تكون فيه المثانة ممتلئة بالبول ولكن المريض لا يستطيع إخراجها بسبب انحباس البول حيث يشكو المريض ألما شديدة وتعسر في عملية التبول، يمكن علاجها بإدخال قنطرة أو إيجاد فتحة في المثانة. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 334).

التسمم البولي: UREMIA وهي عبارة عن تجمع للبولينا UREA والمواد السامة والأملاح والأحماض التي من المفترض أن تفرزها الكلي في الدم وإليكم بعض الأعراض والعلامات الناتجة عن تجمع هذه المواد:

إرتشاح الماء، تجمع الماء في الجسم OEDEMA وخاصة في الوجه والأطراف السفلى.

وتجمع الماء والصوديوم والبوتاسيوم في الدم وعدم إفرازها يؤدي إلى الشعور بالضعف والوهن وأحيانا حدوث فقدان للوعي ونوبات الصرع. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 334).

الوقاية من المرض:

إن الحالات التي يتم فيها معالجة الأسباب بصورة مبكرة لا تدخل في مرحلة القصور الكلوي الحاد، وللوقاية من حدوث هذا القصور في الحالات التي تقل فيها التروية الدموية وينخفض ضغط دم المريض فيها (الحوادث وحالات الحروق الشديدة والنزف وجلطات القلب والعمليات الكبيرة) يعطي المريض المحاليل اللازمة عن طريق الوريد وتختلف نوعية المحاليل بنوع الحالة، فإذا كان يسبب انخفاض ضغط الدم حالة صدمة وجب إعطاء المريض محلول ملح عادي مع أدوية ترفع عنه ضغط الدم، وإذا كان السبب نتيجة حروق (فقدان البلازما) وجب إعطائه دم أو بلازما. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 334).

العلاج:

إن 60% من مرضى القصور الكلوي الحاد يمكن إنقاذهم وإعادتهم إلى حالتهم الطبيعية، أما المصابون بنخر الأنابيب الكلوية فإنهم بعد العلاج يعانون قصورا كلويا مزمنًا، ولعلاج مرضى الفشل الكلوي الحاد يعطى مادة المانيولول عن طريق الوريد حيث أن هذه المادة تعمل على زيادة إفراز البول دون أن تمتص من الأنابيب الكلوية، وبالتالي تزيد من إفراز الماء وبعض الترسبات الموجودة في الأنابيب الكلوية، وبالتالي تقي هذه الأنابيب من الإصابة بالنخر، كما يجب أن تقاس كمية البول المفززة بالإضافة إلى الكمية التي يفقدها المريض عن طريق العرق أو القيء أو الإسهال. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 335).

يمنع المريض منعا باتا من تناول البوتاسيوم ويعطى جليكوز وأنسولين وبيكربونات الصوديوم وذلك لتقليل نسبة البوتاسيوم المرتفعة في الدم.

تقليل نسبة الطعام المحتوي على البروتينات المعطاة للمريض، في حالات الالتهاب أو وجود ميكروبات في البول أو الدم يعطى المريض مضادات حيوية بحيث لا يؤثر على الكلية. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 335).

يتم اللجوء إلى عملية الغسيل الكلوي DIALYSIS في الحالات التالية:

إذا لم تنفع كل الوسائل السابقة.

حدوث فقدان للوعي أو نوبات تشنج بسبب القصور.

ارتفاع نسبة البوتاسيوم في الدم (6.5 مل في اللتر).

ارتفاع تركيز البولينا في الدم (200 ميليغرام لكل 100 مليلتر من الدم)

زيادة درجة حموضة الدم "PH" لدرجة الخطورة. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص

.(335)

الفشل الكلوي المزمن: HRONICRENALFAILURE

في معظم حالات الفشل الكلوي المزمن يتحطم عدد كبير من النفرونات (وهي وحدات عمل الكلية) والباقي لا يكفي لقيام الكلية بعملها، وفي الغالب يكون نتيجة إصابة الكلي لفترة طويلة من الزمن. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 335).

الأسباب المؤدية للفشل الكلوي المزمن:

التهاب الكلي GLOMERULONEPHRITES لا يعرف السبب الحقيقي لهذه الإصابة إلا أن إصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي للجسم لتتكون مولدات الأجسام المضادة ANTIGRN ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات GLOMERULE الكلوية. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 335).

انسداد المجاري البولية كوجود الحصوة في الحالب أو المثانة أو الإحليل وكتضخم البروستاتة، وقد سبق شرحها في الفشل الكلوي الحاد. (نفس المرجع السابق، ص 335).

ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري HYPERTENSION ET DIABLES إن نسبة قليلة من حالات ضغط الدم أو السكري تؤدي إلى الفشل الكلوي، ولكن إصابة الإنسان بارتفاع الدم

ضغط الدم أو السكري تؤدي مع مرور الزمن إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية وبالتالي يحصل ضمور في منطقة القشرة للكلية مما يؤدي إلى إصابة الكليتين بالفشل الكلوي المزمن. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 335).

الاستخدام المفرط لبعض الأدوية: إن الإفراط في استخدام الأدوية والمسكنات بالذات (استخدامها لفترة طويلة وبجرعات عالية من أهم الأسباب المؤدية للفشل الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية الذي يصب في حوض الكلية بالفشل. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 336).

✓ الأدوية المسكنة مثل الباراسيتامول والأسبيرين والفيناسيتين وغيرها.

✓ بعض المضادات الحيوية أهمها مشتقات الأمينوجليكوزايد AMINOGLYCOSIDES.

✓ الصبغات الخاصة المستخدمة في الأشعة.

✓ الأدوية المستخدمة لعلاج السرطان.

✓ الأدوية المستخدمة في التخدير. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 336).

التهاب حوض الكلية المزمن CHRONICPYELONEPHITIS ويحدث عادة نتيجة ارتفاع البول إلى الحالب (نتيجة عيب خلقي يمكن علاجه جراحياً أو إذا تم حبس البول متعمدا عدة مرات ولفترات طويلة ومنه إلى حوض الكلية مما يؤدي إلى تكرار الالتهابات الميكروبية التي بدورها تقوم بتحطم نسيج حوض الكلية ونخاعها وينتهي الأمر بالفشل الكلوي. (نفس المرجع)

أعراض وعلامات المرض

قد لا يشعر المريض بأية أعراض لمدة طويلة، ولكن من أهم الأعراض المصاحبة

للمرض هي:

- الشعور بالتعب والإرهاق الجسدي والذهني.

- قلة الشهية للطعام

- صعوبة في التنفس

- حكة

- كثرة التبول (خاصة ليلاً). (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 336).

كما أن المريض قد يصاب بفقر الدم أو ارتفاع في ضغط الدم والتهاب في الأعصاب

الطرفية (تتميل) أو نتيجة لنقص فيتامين (د) بصورته النشطة يصاب المريض بليين في العظام.

(عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 336).

علاج الفشل الكلوي المزمن:

علاج الفشل الكلوي المزمن يتضمن الحماية الغذائية، الأدوية، الغسيل الكلوي أو زرع

الكلوي. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 336).

الحمية الغذائية:

أهم ما في الحمية الغذائية لمريض الفشل الكلوي، هو خفض كمية البروتينات الموجودة في البيض واللحم والبقوليات التي يتناولها والتعويض عنها بالسكريات والنشويات أو الدهون وكذلك خفض كمية ملح الطعام والبوتاسيوم الموجودة في المكسرات والموز والبرتقال والمندرينة. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 337).

الأدوية:

يعطى المريض الأدوية التالية:

- فيتامين (د) VITAMINE D لتعويض نقصه.
- شراب هيدروكسيد الألومنيوم ALUMINIUM HYDROXIDE وذلك لمنع امتصاص الفوسفات الذي تكون نسبته عالية عند مرض الفشل الكلوي.
- حقن الإريثروبويتين ERYTHROBIOTIN لعلاج فقر الدم .
- أدوية تخفيض ضغط الدم
- الغسيل الكلوي (الإنقاذ) أو (الديليزة DIALYSIS): وهي عبارة عن عملية تنقية الدم من المواد السامة بمعاملته مع محلول سائل الإنقاذ DIALYSINGFLUID يشبه تركيبه تركيب البلازما.
- زراعة كلى صناعية. (عبد الباسط محمد السيد: 2012م، ص 337).



الشكل رقم 3: صورة توضح آلة تصفية الدم.

خلاصة:

يتضح مما سبق أن للكلى دور هام في جسم الإنسان وأي قصور فيها يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، وعليه كان الفشل الكلوي من الأمراض التي تصيب الكلى وينعكس بشكل سلبي على صحة الإنسان المصاب به.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الرابع:
الإجراءات المنهجية

تمهيد:

تعتبر الإجراءات المنهجية للدراسة الخطوة الأساسية التي لا بد منها لكي يكون عمل الباحث أكثر دقة ومصداقية، وبالتالي يصل إلى النتائج الأقرب إلى الصحة.

1) المنهج

نقصد بمنهج الدراسة الطريقة المتبعة من قبل الباحث لغرض الوصول إلى الحقيقة، لكي يتسنى له الكشف عن الظاهرة المراد دراستها والفصل فيها، (حامد عبد السلام زهران: 1997م، ص 164).

ونظرا لأننا نسعى من خلال هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين كل من السلوك الصحي، وتقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي لأنه الأنسب لمثل هذه الدراسة، (لكونه يعتمد على دراسة العلاقة بين متغيرين أو أكثر وكذلك معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية هل هي إيجابية أم سلبية) (منى أحمد الأزهرى ومصطفى حسين باهي: 2000م، ص 27).

2) عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 30 مريضا مصابا بالفشل الكلوي، يتراوح المدى العمري لهم من 15 سنة إلى 59 سنة واختيرت العينة بالطريقة العشوائية البسيطة من مجموع المرضى بمركز الكلية الاصطناعية (قروي عبد المالك) المصابون بالفشل الكلوي. والجدول التالية توضح خصائص العينة حسب متغيرات الدراسة.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

الجدول رقم (01) يوضح توزيع العينة حسب متغير السن:

| النسبة المئوية | العدد | السن |
|----------------|-------|----------|
| 13.33% | 04 | 30 <- 15 |
| 40% | 12 | 45 <- 30 |
| 46.66% | 14 | 59 <- 45 |
| 100% | 30 | المجموع |

حسب الجدول رقم 01 نلاحظ أن الفترة العمرية الممتدة من 45 إلى 59 سنة شملت أعلى عدد من الحالات بمجموع 14 حالة وبنسبة 46.66% وتليها الفترة العمرية الممتدة من 30 إلى 45 سنة بمجموع 12 حالة، وبنسبة 40%، في حين احتوت الفترة العمرية الممتدة من 15 إلى 30 سنة على أربع حالات بنسبة 13.33%.

الجدول رقم (02) يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس:

| النسبة المئوية | العدد | الأفراد |
|----------------|-------|---------|
| 43.33% | 13 | الذكور |
| 56.66% | 17 | الإناث |
| 100% | 30 | المجموع |

من معطيات الجدول رقم 02 نلاحظ أن عدد الإناث أكبر من عدد الذكور، فقد بلغ عددهن 17 أنثى بنسبة 56.66% مقابل 13 ذكر بنسبة 43.33%.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

الجدول رقم (03) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة:

| النسبة المئوية | العدد | مدة الإصابة |
|----------------|-------|--------------------|
| 50% | 15 | أقل من (06) سنوات |
| 50% | 15 | أكثر من (06) سنوات |
| 100% | 30 | المجموع |

(3) حدود الدراسة:

الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة في مركز الكلي الاضطناعية (قروي عبد المالك) الذي فتح في 16/04/1994م من أجل القيام بتصفية الدم لمرضى الفشل الكلوي، ويقع هذا المركز في وسط مدينة غرداية وهو تابع للمؤسسة الاستشفائية EPH بغرداية ويعمل به حوالي:

- (03) أطباء عاملون، يشغل أحدهم منصب رئيس المصلحة، وطبيب مختص في الكلية، و (16) ممرضا في الصحة العمومية، و (01) ممرض مراقب ورئيس للمصلحة يقوم بكل المهام المتعلقة بالمصلحة عامة، بما فيها عمل شبه الطبيين والإدارة والنقل، وكل الخدمات الأخرى بالمركز، ويضم أيضا سكرتيرة طبية وتقني سامي في مخبر الصيانة ومهندس دولة في مخبر الصيانة، ويعالج فيه حاليا حوالي 92 مريضا تتراوح أعمارهم بين 15 سنة إلى 86 سنة، مع اختلاف في الجنس.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

الحدود الزمانية: تم إجراء هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة بين 14 أبريل إلى 16

ماي 2013م.

الحدود البشرية: أجريت الدراسة على مجموعة من المرضى بالفشل الكلوي

الخاضعين للتصفية الدموية بمركز الكلية الاصطناعية (قروي عبد المالك) والبالغ

عددهم 30 مريضاً.

أدوات الدراسة:

استخدمنا في دراستنا الحالية المقاييس التالية:

- مقياس السلوك الصحي الذي أعده "واردال" 1991م WARDEL.

- ومقياس تقدير الذات لستانلي كوبر سميث 1967م STANLY COOPER SMITH.

1) مقياس السلوك الصحي لواردال:

يتكون من 50 بنداً لقياس السلوك الصحي ويتضمن نوعين من البنود إيجابية وسلبية.

العبارات الإيجابية هي: 1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 29، 30، 31، 32،

33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 41، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49.

ويتم تصحيحها بإعطاء الدرجات التالية:

درجة (01) في حالة الإجابة بـ: لا

درجة (02) في حالة الإجابة بـ: أحياناً

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

درجة (03) في حالة الإجابة بـ: غالبا.

وهناك عبارات سلبية هي: 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22،

23، 24، 25، 26، 27، 28، 40، 42، 50.

ويتم تصحيحها بعطاء الدرجات التالية:

درجة (03) في حالة الإجابة بـ: لا

درجة (02) في حالة الإجابة بـ: أحيانا

درجة (01) في حالة الإجابة بـ: غالبا.

2) مقياس تقدير الذات لستانلي كوبر سميث 1967م:

يتكون هذا المقياس من 25 بند تقيس الاتجاه التقييمي نحو الذات للفرد وتقدير الذات هو

التقييم الذي يضعه الفرد لذاته يكون باستجابات القبول أو الرفض وبذلك فهو حكم شخصي

ويحتوي هذا المقياس على 25 عبارة 17 منها سالبة و08 عبارات موجبة.

العبارات الموجبة هي: 1، 4، 5، 8، 9، 14، 19، 20.

العبارات السالبة هي: 2، 3، 6، 7، 10، 11، 12، 13، 15، 16، 17، 18، 21، 22،

23، 24، 25.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

ويطلب من المفحوص الذي يطبق عليه المقياس أن يضع علامة (x) داخل المربع الذي يحمل كلمة تنطبق إذا كانت العبارة تصف ما يشعر به، أما إذا كانت لا تصف شعوره فيضع علامة (x) داخل المربع الذي يحمل كلمة لا تنطبق وتصحيحه يكون كالآتي:

إذا أجاب الفرد على العبارات السالبة بـ: لا تنطبق بأخذ نقطة.

وإذا أجاب الفرد على العبارات الموجبة بـ: تنطبق بأخذ نقطة.

الخصائص السيكومترية للمقياسين:

مقياس السلوك الصحي:

الصدق:

معناه أن يقيس الاختبار الوظيفة المناط بها قياسها، ويعطي درجة تمثل قدرة الفرد الحقيقية في السمة المقاسة (محمد شحاته ربيع، 2009، ص143).

أي أن الصدق يقيسه الاختبار ماوضع لقياسه، ولقد قمنا بحسابه بطريقة المقارنة الطرفية بين مجموعتين متناقضتين، وذلك بأخذ 27% من كل طرف، وقد تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا حيث أن $t = 7.15$ وهي دالة عند درجة الحرية $DF = 8$ ومستوى الدلالة $0.01 = 3.35$ ومستوى الدلالة عند $0.05 = 2.30$ وبما أن قيمة t المحسوبة أكبر من قيمة t المجدولة فإن المقياس صادق.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

الجدول رقم (4) يبين اختبارات لحساب صدق مقياس السلوك الصحي:

| مستوى الدلالة | | DF | ت |
|---------------|------|----|-----|
| 0.05 | 0.01 | 8 | 715 |
| 2.30 | 3.35 | | |

الثبات:

يعني الثبات مدى الدقة والاستقرار في النتائج لأداة حتى ولو طبقت أكثر من مرة على نفس الخاصية في مناسبات مختلفة.

ولقد قمنا بحساب الثبات لمقياس السلوك الصحي باستخدام طريقة الجزئية البنود الى نصفين، الجزء الأول يتكون من البنود الفردية، والجزء الثاني يتكون من البنود الزوجية، ثم قمنا بحساب معامل ارتباط لبيرسون بين نصفي الاختبار حيث وجدنا: $r = 0.63$ وبعد تطبيق معادلة التصحيح لـ "سيرمان براون" كانت النتيجة التالية: $r = 0.77$ وهي نسبة عالية تدل على ثبات الاختبار.

مقياس تقدير الذات:

الصدق:

صدق الاختبار هو أن يكون الاختبار قادرا على أن يقيس ما وضع لقياسه ولحسابه، قمنا باستخدام طريقة المقارنة الطرفية بين مجموعتين متناقضتين وذلك بأخذ 27% من كل طرف، وقد تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا حيث أن $t = 3.76$ وهي دالة عند درجة الحرية $DF = 08$ ومستوى الدالة $0.01 = 3.35$ وعند مستوى الدالة $0.05 = 3.30$ وبما أن قيمة t المحسوبة أكبر من قيمة t المجدولة فإن المقياس صادق.

جدول رقم (5) يبين اختبارات لحساب صدق مقياس تقدير الذات:

| مستوى الدلالة | | DF | t |
|---------------|------|----|------|
| 0.05 | 0.01 | 8 | 3.76 |
| 2.30 | 3.35 | | |

الثبات:

يعتبر ثبات الاختبار مفهوم هام بالنسبة للخصائص القياسية لأي اختبار او مقياس ,فاذا كان الاختبار ثابتا و كانت السمة المقاسة أو السلوك المقاسة ثابتا فسوف يحصل الفرد علي نفس الدرجة في مرات تطبيق الاختبار المتكررة.(فاروق عبد الفتاح موسي 2008 ص165) و لقد تم حساب الثبات لهذا الاختبار باستخدام طريقة إعادة التطبيق ,وتقوم هذه الطريقة علي تطبيق الاختبار علي مجموعة من الأفراد ثم إعادة تطبيقها علي نفس الأفراد و تحت نفس الظروف و يكون الفاصل الزمني بين التطبيقين في حدود من أسبوعين الي ستة أسابيع ويكون معامل الثبات هو معامل الارتباط البسيط بين درجات الاختبار في التطبيق الأول والثاني.(صلاح أحمد مراد و أمين علي سليمان 2005 ص360).

وبعد حساب ثبات الاختبار بهذه الطريقة وجدنا الاختبار ثابت.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

نحتاج كل دراسة إلى أساليب وتقنيات إحصائية معينة تتناسب مع طبيعة فرضيات البحث، وفي هذه الدراسة قمنا باستخدام معامل بيرسون من اجل حساب ثبات مقياس السلوك الصحي، ولأنه يساعد على معرفة العلاقة الموجودة بين متغيرات البحث والمتمثلة في السلوك الصحي وتقدير الذات. وكانت معادلته كالتالي: (فؤاد البهي السيد، 2006، ص295).

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

$$r = \frac{\text{ن مج س X ص} - \text{مج س X مج ص}}{\sqrt{[\text{ن مج س}^2 - (\text{مج س})^2][\text{ن مج ص}^2 - (\text{مج ص})^2]}}$$

كما استخدمنا معادلة سبيرمان براون التي تقوم على أساس أنه يمكن التنبؤ بمعامل ثبات الاختبار إذ علمنا معامل ثبات نصفه وإذا طبقنا هذه المعادلة نستطيع أن نعرف ثبات الاختبار الكلي:

$$\frac{\frac{1}{2} \quad \frac{1}{2}}{2 \quad 2} \times 2 = 11$$

$$\frac{\frac{1}{2} \quad \frac{1}{2}}{2 \quad 2} + 1$$

حيث أن: 11 هي معامل ثبات القياس كله.

$1/2 \quad 1/2$ هي معامل ثبات كل نصف من الاختبار (محمد شحاته ربيع، 2009، ص90).

كما استخدمنا اختبارات لحساب صدق المقاييس

السلوك الصحي وتقدير الذات، بإتباع طريقة المقارنة الطرفية وهي طريقة تدل على صدق الاختبار ولا تدل بطريقة عددية أكيدة على مقدار هذا الصدق، ولذا يقصر استخدامها

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

على الحكام السريعة التمهيدية التي تفصل الاختبارات المختلفة إلى ما هو صادق، وما هو غير صادق بالنسبة لميزان ما. (فؤاد البهي السيد، 2006، ص 106).

ومعادلة اختبار ت كالتالي:

$$t = \frac{\bar{m}_2 - \bar{m}_1}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

كما قمنا باستخدام اختبار "z" لمعرفة الفروق في الجنس ومدة الإصابة في درجة السلوك

الصحي ودرجة تقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي وصورة الاختيار كالتالي:

$$Z = \frac{\bar{m}_2 - \bar{m}_1}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

كما استخدمنا النسب المئوية من أجل تحديد خصائص العينة من حيث الفروق في الجنس

ومدة الإصابة.

خلاصة:

يضم هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة من حيث المنهج المتبع وحدود الدراسة والعينة وأدوات الدراسة، بالإضافة إلى الخصائص السيكمترية وكذا الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الخامس :
عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد:

في هذا الفصل يتم التطرق إلى النتائج المتحصل عليها في الدراسة من خلال استعمال أدوات الدراسة والأساليب الإحصائية بالإضافة إلى مناقشة هذه النتائج بناء على الدراسات السابقة والجانب النظري.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

(1) عرض نتائج الفرضية الأولى:

لقد نصت الفرضية الأولى على أنه: توجد علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي وتقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي.

جدول رقم (06) يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين السلوك الصحي وتقدير الذات.

| مستوى الدلالة 0.01 | مستوى الدلالة 0.05 | |
|--------------------|--------------------|-----------------------|
| دالة | دالة | معامل الارتباط = 0.74 |
| | | الدلالة الإحصائية |

من الجدول اتضح أنه توجد علاقة ارتباطيه قوية وموجبة بين السلوك الصحي وتقدير الذات، حيث كانت نتيجة معامل الارتباط بيرسون = 0.74 وهي قيمة دالة إحصائيا عند 0.01 و عليه فإن الفرضية محققة.

(2) مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

الملاحظ من نتائج الفرضية الأولى أن هناك علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي وتقدير الذات مثل ما كان متوقعا لأن القيام بسلوكيات صحية والالتزام بها من أجل المحافظة على الصحة يكون مرتبطا بمدى تقدير الفرد لذاته ونتيجة لعدم توفر دراسات سابقة على حد

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها

علم الطالبة التي درست وبشكل مباشر العلاقة بين السلوك الصحي وتقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي، يمكننا تفسير هذه العلاقة على أن المرضى الذين يقيمون سلوكيات صحية يقدرون نواتجهم بشكل أو بآخر ولهذا لا يهتمون بصحتهم بل يهتمون بها من خلال القيام بسلوكيات صحية مما يدل على إدراكهم للمخاطر الصحية التي قد تحدث نتيجة عدم الالتزام بهذه السلوكيات الصحية وخاصة أنهم يعانون من مرض عضال وهذا ما يوضح إمكانية وجود رغبة لدى أحد من هؤلاء المرضى في الحفاظ وتنمية حالته الصحية من خلال قيامه بالحمية، وممارسة نشاطات لها تأثيرات على الحالة الصحية التي تمثل سلوكيات صحية ولكن القيام بها يتطلب تقبلاً للذات والشعور بها والإحساس بالجدارة والكفاءة الشخصية وهو ما يعرف بتقدير الذات، وهنا نتضح العلاقة بين هذين المتغيرين، كما نلاحظ أن اتفاق هذه النتيجة مع ما توصل إليه "عثمان يخلف" سنة 1988 في دراسة له حول العلاقة بين السلوك الصحي وبعض متغيرات الشخصية، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة وثيقة بين الشخصية والسلوك الصحي، حيث أن هذه المتغيرات الشخصية لها تأثير كبير على السلوك الصحي للفرد (عثمان يخلف، 2001م، ص 21).

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

(1) عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي تبعاً لتغير الجنس.

جدول رقم (07) يوضح نتائج اختبار (Z) للفروق في السلوك الصحي تبعاً لمتغير

الجنس.

| العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | (Z) | مستوى الدلالة | مستوى الدلالة | الدلالة الإحصائية |
|-------|-----------------|-------------------|--------|---------------|---------------|-------------------|
| ذكور | 119.64 | 83.92 | -0.034 | 0.05 | 0.01 | غير دالة |
| إناث | 119.76 | 92.85 | | 17 | | |

يتبين من الجدول السابق أن القيمة المحسوبة لـ (Z) أقل من الجدولة عند كل من

مستوى الدلالة 0.05، 0.01، وعليه فإن الفرضية غير محققة.

(2) مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

عدم تحقيق الفرضية يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجة السلوك الصحي تبعاً لمتغير الجنس، ويمكننا تفسير ذلك على أساس أن كلا الجنسين يدرك مدى أهمية إتباع السلوكيات الصحية لتجنب الألم الناتج عن المرض وذلك نتيجة لتجربة التي يمرون بها.

ولهذا نلاحظ إقبال هؤلاء المرضى من كلا الجنسين على السلوكيات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كمراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوص الدورية والإقبال على الأكل الصحي وإتباع الحمية الخاصة بحالتهم المرضية.

وفي دراسة لـ (باتل Patel) 2002 للمتغيرات النفسية الاجتماعية وجودة الحياة والمعتقدات الدينية لدى مرضى الفشل الكلوي الذين تم علاجهم بالغسيل الدموي والتي طبقت على عينة عددها (53) من المرضى الذين يتلقون غسلاً دمويًا.

أوضحت نتائج الدراسة أن الرجال حصلوا على درجات أعلى في الاكتئاب وكان إدراكهم للدعم الاجتماعي أقل وكانت مشاركتهم الدينية أعلى من النساء، ولم تكن هناك اختلافات في المقاييس الأخرى بين الجنسين، وتجدر الإشارة إلى أن الطالبة لم تتوصل إلى دراسات سابقة تدرس الفروق بين الجنسين في السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

(1) عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين أفراد العينة تبعاً لمتغير مدة الإصابة.

الجدول رقم (8) يوضح نتائج اختبار (Z) للفروق في السلوك الصحي بين أفراد العينة

تبعاً لمتغير مدة الإصابة.

| المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | (Z) | مستوى الدلالة | مستوى الدلالة | الدلالة الإحصائية |
|-----------------|-------------------|------|---------------|---------------|-------------------|
| أقل من 6 سنوات | 66.47 | 0.33 | 0.05 | 0.01 | غير دالة |
| أكثر من 6 سنوات | 106.78 | | 1.701 | 2.467 | |

يبين من الجدول السابق أن القيمة المحسوبة لـ: (Z) أقل من القيمة المجدولة عند كل من

مستوى الدلالة 0.05 الذي يساوي 1.701 ومستوى الدلالة 0.05 الذي يساوي 2.467، إذا

قيمة غير دالة إحصائياً وعليه فإن الفرضية الثالثة غير محققة.

(2) مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

عدم تحقق الفرضية يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجة السلوك الصحي تبعاً لمتغير مدة الإصابة، ويمكن تفسير ذلك على أساس إن الإصابة به... المرض كفدية يجعل المريض يلزم بسلوكيات صحية لضمان استقرار حالته الصحية، حيث تفرض الإصابة بهذا المرض على المريض الالتزام بعدة سلوكيات صحية كالحمية الغذائية لمرض الفشل الكلوي التي يجب التمسك بها بالكامل حتى لا تكون هناك مضاعفات خطيرة على المريض (سليمان بو دقة ، 2007 ، ص81). أحياناً يكون هذا الرجيم هو العلاج الشافي ويحفظ المريض من عدم تصفية الدم آلياً مع أخذ الأدوية حسب رأي الطبيب المختص، و تتمثل هذه الحمية في عدم الأكل جميع أنواع المقلبات بالزيوت، وعدم أكل المخللات بجميع أنواعها، وعدم إضافة البهارات بجميع أنواعها لوجبات الطعام، كما يمنع تناول المكسرات لأنها غنية بالزيوت والأملاح والبوتاسيوم والضارة بالكلية .

وبخصوص ملح الطعام، فإنه يضاف للوجبات بحسب نسبة الضغط الدموي عند المريض، ويجب التقليل من المأكولات التي تحتوي على نسب كبيرة من البوتاسيوم. (سليمان ابو الدقة، 2007، ص82).

ومن السلوكيات الصحية التي يضطر المريض الالتزام بها أيضاً تنفيذ تعليمات الطبيب، لا يأخذ أي دواء كان إلا برأي الطبيب الخاص، لأن ذلك قد يعرضه للخطر.

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها

كما أن الإهمال في حالة المرضية لدى مرضى الفشل الكلوي قد يوصل المريض الى أسوأ حالات المرض لهذا المواظبة على السلوكيات الصحية هي ميزة يجب ان يتميز بها مرضى الفشل الكلوي مهما كانت إصابتهم حديثة أو قديمة.

ويرى "ديفيد كاتز DAVID KUTZ" مدير مركز أبحاث الوقاية بكلية الطل التابعة لجامعة"بيل" أن معظم الخبراء يوافقون الرأي بأن تعديل سلوكيات الحياة نحو الطرق الصحية، في التغذية الجيدة والنشاط وعدم الكسل والامتناع عن التدخين، لأنه يؤدي الى قطع مستوى المخاطر الكلية للإصابة بأمراض شرايين القلب بنسبة 80%، والإصابة بالسرطان بنسبة 60%، والإصابة بمرض السكري بنسبة 90%، ويرى أن أقوى الأدوية على الإطلاق هو العيش بطريقة صحية، وإن كانت صعبة على الكثيرين في البداية إلا أن التزام تطبيق سلوكيات صحية لا يستحق أي عناء، ويمكن البدء بها في أي نقطة من عمر الإنسان.

(WWW.TEREIA.ORG)

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

عرض نتائج الفرضية الرابعة:

لقد نصت الفرضية الرابعة على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس.

الجدول رقم (9) نتائج اختبار 2 للفروق في درجة تقدير الذات لدى أفراد العينة تبعا

لمتغير الجنس.

| العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | Z | مستوى الدلالة | مستوى الدلالة الإحصائية |
|-------|-----------------|-------------------|-------|---------------|-------------------------|
| ذكور | 64,92 | 283,24 | 0,024 | 0,05 | غير دالة |
| إناث | 69,52 | 2866,02 | | | |

يتبين من الجدول السابق أن قيمة Z المحسوبة 0,024 أقل من قيمتها المجدولة عند

مستوى الدلالة 0,05 الذي يساوي 1,701 وعند مستوى الدلالة 0,01 الذي يساوي 2,467

فعليه فإن الفرضية غير محققة.

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

عدم تحقيق الفرضية يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حسب متغير الجنس أي أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في تقدير الذات ضمن أفراد العينة.

ويمكننا إرجاع ذلك إلي تكيف المرضى مع مرضهم توفر تكفل نفسي، اجتماعي وطبي (علاجي، دوائي) لهم مما يشعرهم بالأمن والطمأنينة ويسهل عليهم تقديرهم لذاتهم، وتساوي في ذلك ربما يعود إلى مدى إدراكهم، بأن المرض لا يفرق بين أنثى وذكر، الشيء الذي قد يعزي إلى المعتقدات الدينية والثقافة الاجتماعية، واتجاهات للفرد أثناء تفاعله مع الآخرين.

حيث يرى "شوكت" أن معرفة الفرد بقدراته وإمكاناته ورضاه عنها، وقدرته على تحمل المسؤولية يندرج ضمن تقديره لذاته (الحميدي محمد الضيدان، 1424هـ، ص 19).

ومن الدراسات السابقة التي تحصلت على نتائج مماثلة دراسة كلانك (Kalenk, 1997) بعنوان علاقة تقدير الذات بمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية الاقتصادية، وخصائص العائلة والانجاز الأكاديمي والعرق، حيث توصل إلى أنه لا توجد فروق في تقدير الذات تبعا لاختلاف الجنس. (بلكلاني براهيم 2008، ص 13).

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها

كما أوضحت نتائج دراسة كل من ستكون 1991 Stochard وبريو 1994 Pryoe، أن المستويات الأدنى من تقدير الذات وجدت عند الإناث أكثر من الذكور وهنا ظهر الاختلاف بين الجنسين. (وحيد مصطفى كامل، 2003، ص 15).

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

عرض نتائج الفرضية الخامسة:

لقد نصت الفرضية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجة تقدير الذات تبعاً لمتغير مدة الإصابة.

الجدول رقم (10) يوضح نتائج اختبار (Z) للفروق درجة تقدير الذات لدى أفراد

العينة تبعاً لمتغير مدة الإصابة.

| المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | Z | مستوى الدلالة | مستوى الدلالة | الدلالة الإحصائية |
|-----------------|-------------------|------|---------------|---------------|-------------------|
| أقل من 6 سنوات | 65,86 | 0,62 | 1,70 | 2,46 | غير دالة |
| أكثر من 6 سنوات | 69,2 | | | | |
| | 339,53 | | 0,05 | 0,01 | |
| | 91,36 | | | | |

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها

يتبين من الجدول التالي أن قيمة (Z) المحسوبة اقل من قيمتها المجدولة عند مستوى الدلالة 0,01 الذي يساوي 2,46 وعند مستوى الدلالة 0,05 الذي يساوي 1,70 و عليه فان الفرضية غير محققة.

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

عدم تحقق الفرضية يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات بين أفراد العينة تبعا لمتغير مدة الإصابة و هذا لم يكن متوقعا لأنه من الطبيعي أن مدة المرض تؤثر في تقدير الذات لان هناك فرق بين تقييم الفرد لذاته يتبع مدة مرضه طويلة أو قصيرة, فالفرد الذي طالت مدة مرضه يكون أكثر توافق مع المرض عكس الذي تكون إصابته جديدة بالمرض مما قد يؤثر في تكيفه و توافقه مع المرض و الذي ينتج عنه تدهور في مستوى تقدير الذات لان تقدير الذات يحمل آراء الشخص عن نفسه التي تعبر عن اتجاه القبول أو الرفض وفي بداية الإصابة بالمرض يحدث تغيير و لو ضعيف في مستوى تقييم الفرد لذاته نتيجة الشعور بالنقص الفيزيولوجي المتمثل في فشل الكلية و التي هي عضوا هام تتمحور حوله اغلب وظائف الجسم مما يعني ان توقفها عن العمل قد يهدد حياة الفرد .

كما ان تقدير الذات يرتبط بتكامل الشخصية ,حيث يري "زيلر" "أن تقدير الذات يقع كوسيط بين ذات الفرد و الوقع الذي يعيشه" اي ان اي تغييرات ستحدث في تقييم الفرد لذاته تكون نتيجة لتغيرات علي مستوى الفرد أو بيئته.

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها

ويمكننا تفسير عدم وجود فروق في درجة تقدير الذات لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات مدة الإصابة علي أنه نتيجة لاعتبار مدة الإصابة الأقل من ستة سنوات هي مدة كافية لتأقلم المرضى مع المرض وبالتالي ثبات مستوي تقديرهم لذواتهم مما أدى إلي عدم وجود فروق فيما بينهم مع أفراد المجموعة الثانية الذين لديهم مدة إصابة أكثر من ستة سنوات.

خلاصة:

بعد عرض ومناقشة النتائج تبين لنا أن الفرضية الأولى تحققت، أي أن هناك علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي وتقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي كما لم تتحقق الفرضيات الأخرى التي كانت نتائجها كالآتي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين أفراد العينة تبعا لمتغيري (الجنس ومدة الإصابة).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات بين أفراد العينة تبعا لمتغيري (الجنس ومدة الإصابة). والتي هي عبارة عن نتائج نسبية تبقى في حدود العينة وظروفها.

الاستنتاج

استنتاج عام:

كان الهدف من هذه الدراسة معرفة مدى وجود علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي و تقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي، و كذلك معرفة الفروق في السلوك الصحي و تقدير الذات بين أفراد العينة تبعا لمتغيري الجنس و مدة الإصابة، و بعد معالجة البيانات المتحصل عليها بالأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة توصلنا أنه توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي و تقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي، و كذلك توصلنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي و درجة تقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي تبعا لمتغيري الجنس و مدة الإصابة.

- بالنسبة للجنس: لا توجد فروق، لأن المرضى يدركون أن المرض يحتاج إلى عناية شخصية لكي يحافظ المريض على استقراره الصحي و كذلك راجع إلى تقارب مستوى الاهتمام و الاعتقاد نحو المرض.

- بالنسبة لمدة الإصابة: ترجع الفروق إلى كون المرض مرض، سواء كان في أوله أو مضى وقت على الإصابة به و هذا ما يفسر تساوي نظرة المرضى ووعيمهم بمرضهم و نظرة المجتمع نحو المرض.

الغائمة

الخاتمة:

تناولت هذه الدراسة موضوع السلوك الصحي و علاقته بتقدير الذات لدى مرضى الفشل الكلوي، و بعد تحصلنا على النتائج المذكورة سلفا و التي تجيب على التساؤلات المطروحة في مقدمة الدراسة تبين لنا أن السلوكيات الصحية كعادات يقوم بها الفرد من أجل تحسين صحته و المحافظة على عافيته، ترتبط بتقدير الذات الذي يمثل قيمة الفرد التي يضعها الفرد لذاته، كون القيام بالأولى يتأثر بالثانية، و ما تبين لنا أيضا أنه لا توجد فروق بين أفراد العينة في درجة السلوك الصحي تبعا للمتغيرين الجنس و مدة الإصابة، و الذي قد يرجع إلى كون مرضى الفشل الكلوي ملزمين بالحفاظ على استقرار حالتهم الصحية بإتباع السلوكيات الصحية، لأن حياتهم يهددها المرض، و لهذا لا توجد فروق بينهم .

- و كذلك لم نتوصل إلى فروق بين أفراد العينة في درجة تقدير الذات تبعا للمتغيرين (الجنس و مدة الإصابة)، و الذي قد نعزوه إلى الظروف المتشابهة التي يعيشها أفراد العينة و كذا الحالة المرضية التي يشتركون فيها.

و الأهم هو أن هذه الدراسة لفتت الانتباه إلى أهمية هذين المتغيرين بالنسبة لهذه الفئة من المرضى و الذين يجب أن نوليهم اهتمام كبير و نساعدهم على التكيف مع المرض، و انطلاقا من نتائج الدراسة يمكننا تقديم الاقتراحات التالية:

- ✓ توسيع مجال البحث في تأثير السلوكيات الصحية على أزمان هذا المرض، و ضرورة تبني السلوكيات الصحية للحفاظ على الاستقرار الصحي .
- ✓ توسيع مجال علاج هذه الفئة من المرضى من خلال دمج الرعاية النفسية لهؤلاء المرضى و جعلها عنصر أساسي و إلزامي في العلاج، لأن مرضهم قد يلازمهم مدى الحياة، و ليس مرض عابر يمكن السيطرة عليه.

فائمة المراجع

قائمة المراجع

(1) قائمة المراجع بالعربية:

الكتب باللغة العربية:

- (1) أحمد عكاشة علم النفس الفسيولوجي الطبعة العاشرة مكتبة الأنجلو المصرية الإسكندرية 2005.
- (2) بن سينا دفع المضار الكلية عن الأبدان الإنسانية بدون طبعة دار احياء العلوم بيروت 1989.
- (3) حامد عبد السلام زهران الصحة النفسية والعلاج النفسي الطبعة الثالثة عالم الكتب القاهرة 1997.
- (4) حامد عبد السلام زهران علم النفس الاجتماعي الطبعة الخامسة عالم الكتب القاهرة 1972.
- (5) داليا عزت مؤمن سيكولوجية الطفل والمراهق الطبعة الأولى مكتبة مديولي القاهرة 2004.
- (6) دويدار عبد الفتاح سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات و الاتجاهات الطبعة الاولى دار النهضة العربية بيروت 1992.
- (7) دويدار عبد الفتاح علم النفس الاجتماعي الطبعة الاولى دار النهضة العربية بيروت 1999.

قائمة المراجع

- 8) رضوان سامر جميل الصحة النفسية بدون طبعة دار المسيرة عمان 2002.
- 9) رمضان رشيدة أفاق معاصرة في الصحة النفسية للأبناء بدون طبعة دار الكتب العلمية للنشر و التوزيع القاهرة 2000.
- 10) سليمان إبراهيم أبو الدقة أمراض الكلي بدون طبعة دار الهدى لطباعة والنشر والتوزيع الجزائر 2007.
- 11) شيلي تايلور ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر داود علم النفس الصحي الطبعة الأولى دار الحامد للنشر وللتوزيع الأردن 2008.
- عثمان يخلف علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة الطبعة الاولي دار الثقافة للطباعة و النشر قطر 2001.
- 12) صلاح أحمد مراد أمين علي سليمان الاختبارات و المقاييس في العلوم النفسية و التربوية الطبعة الثانية دار الكتاب الحديث الكويت 2005.
- 13) عبد الباسط محمد السيد الاستشفاء بالفيتامينات والمعادن الطبعة العاشرة ماس للنشر والإنتاج 2012.
- 14) عبد الحافظ ليلي عبد الحميد مقياس تقدير الذات للصغار والكبار بدون طبعة دار النهضة القاهرة 1985.
- 15) فؤاد البهي السيد علم النفس الإحصائي قياس العقل البشري الطبعة الثانية دار الفكر العربي مصر 2006.

قائمة المراجع

- (16) فاروق عبد الفتاح موسي القياس النفسي و التربوي للأسويا و المعاقين الطبعة الأولى مكتبة زهراء الشرق القاهرة 2008.
- (17) فهمي مصطفى الصحة النفسية مكتب الخانجي الطبعة الثانية القاهرة 1976
- (18) قطب عبد الرؤوف ورمضان رشيدة أفاق معاصرة في الصحة النفسية للأبناء دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع القاهرة 1998.
- (19) كامل عبد الوهاب المكونات العائلية لتقدير الذات بحوث في علم النفس مكتبة النهضة المصرية بدون طبعة القاهرة 1993.
- (20) كامل محمد علي سيكولوجية الفئات الخاصة دلنا للكمبيوتر و الطباعة طنطا بدون طبعة 1993.
- ظاهر قحطان مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق دار وائل للنشر و التوزيع بدون طبعة عمان 2004.
- (21) كفاقي علاء الدين معجم علم النفس و الطب النفسي دار النهضة العربية القاهرة 2001.
- (22) ليندة دافيدوف الشخصية الدافعية الانفعالات ترجمة سيد الطواب محمود عمر الطبعة الأولى الدار الدولية للاستثمارات الثقافية القاهرة 2000.
- (23) محمد شحاتة ربيع قياس الشخصية الطبعة الثانية دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة عمان 2009.

(24) ياسمين الحسيني 250 وصفة لعلاج أمراض الكلي و المسالك البولية كنوز للنشر والتوزيع القاهرة 2009.

الرسائل والأطروحات الجامعية باللغة العربية:

(25) ابراهيم بيلكيلاي 2008 تقدير الذات وعلاقته بقلق المستقبل, رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس جامعة غزة فلسطين.

(26) أميرة السيد مسعود السيد 2007، "الضغوط المدرسية وعلاقتها بتقدير الذات للأطفال المتأخرين دراسيا والمعيقين"، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق كلية التربية.

(27) الحميدي محمد الطبران 2003 "تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة الرياض"، رسالة ماجستير، جامعة الرياض كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية.

(28) الخضير، غادة بنت عبد الله بن علي 1420هـ، "فعالية برنامج تدريبي توكيدي في تنمية تقدير الذات لدى عينة من طالبات الجامعة مرتفعات الأعراض الإبتائية" رسالة ماجستير، كلية التربية بجامعة الملك سعود، الرياض.

(29) الخضير، غادة بنت عبد الله بن علي 1420هـ، "فعالية برنامج تدريبي توكيدي في تنمية تقدير الذات لدى عينة من طالبات الجامعة مرتفعات الأعراض الإبتائية" رسالة ماجستير، كلية التربية بجامعة الملك سعود، الرياض.

(30) الدوسري سارة آل جرير 1421هـ، إدراك القبول والتحكم الوالدي لدى طالبات الجامعة، وعلاقته بتقدير الذات والفعالية الذاتية، رسالة ماجستير ، الرياض.

- 31) رمضان زعطوط 2004-2005، "علاقة الاتجاه السلوكي الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المؤمنين بورقلة"، مذكرة ماجستير تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة قصدي مرياح ورقلة، الجزائر.
- 32) ريم محمود أبو يوسف أبو قائد، "فعالية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي" رسالة ماجستير، كلية التربية في الجامعة الإسلامية غزة، 2010.
- 33) زبيدة مزيان 2007 "علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية" رسالة ماجستير، جامعة باتنة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية قسم علم النفس.
- 34) شرسفي هناء 2002، "استراتيجيات المقاومة وتقدير الذات وعلاقتها بالعدوانية"، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، الجزائر.
- 35) عبد ربه علي شعبان 2010، "الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصريا"، رسالة ماجستير قسم علم النفس بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة.
- 36) عزوز اسمهان 2008، "مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن" رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس الصحي جامعة باتنة، الجزائر.
- 37) عيادي نادية "علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة دراسة ميدانية" جامعة باتنة، رسالة ماجستير، 2009.

38) القسوس هند 1985 " العلاقة بين تقدير الذات ومدرجات النجاح وال فشل " رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامع الأردنية، عمان.

39) الماضي وفاء " بعض الخصائص النفسية المحددة للأفراد الأكثر عرضة للاستجابة للضغط النفسي " رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

40) يونسى تونسية " تقدي الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين والمبصرين المكفوفين " رسالة ماجستير تخصص علم النفس المدرسي جامعة مولود معمري تيزي وزو، الجزائر.

المجلات والبحوث باللغة العربية:

41) تحية عبد العالي 2006، "تقدير الذات وقضية الانجاز الفائق"، مجلة قسم الصحة النفسية، جامعة بنها مصر.

42) جبريل عبد الخالق 1983، "تقدير الذات والتكيف المدرسي لدى الطلاب"، دمشق، المجلة العربية لبحوث التعليم العالي، العدد الأول، ص 145، ص 166.

43) حسن محمد بيومي 1989، "تقدير الذات لدى التلاميذ ذوي التحصيل الدراسي المنخفض"، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس، القاهرة.

44) رؤيا الهيكلي 2010، "الفشل الكلوي وخيارات العلاج"، إخراج قسم خدمات التنقيف الصحي مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، خدمات التنقيف الصحي.

- 45) سليمان عبد الرحمان، 1992، "بناء مقياس تقدير الذات لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية"، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد الرابع والعشرين، السنة السادسة، ص 156، ص 167.
- 46) شوكة محمد، "تقدير المراهق لذاته وعلاقته بالاتجاهات الوالدية والعلاقات مع الأقران"، مركز البحوث التربوية، جامعة الملك سعود الرياض.
- 47) عكاشة محمود فتحي 1990م، "تقدير الذات وعلاقته ببعض المتغيرات البيئية والشخصية لدى عينة من أطفال مدينة صنعاء"، الكويت، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
- 48) علي محمد الديب 1991، "العلاقة بين تقدير الذات ومركز التحكم والإنجاز الأكاديمي في ضوء حجم الأسرة وترتيب الطفل في الميلاد"، المجلة المصرية للدراسات النفسية القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية العدد الأول سبتمبر 1991.
- 49) علي محمد الديب 1991، "العلاقة بين تقدير الذات ومركز التحكم والإنجاز الأكاديمي في ضوء حجم الأسرة وترتيب الطفل في الميلاد"، المجلة المصرية للدراسات النفسية القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، العدد الأول سبتمبر.
- 50) فادية كمال حمامة 2010، "الاغتراب النفسي وتقدير الذات لدى خريجات الجامعة"، العاملات والعاطلات عن العمل، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد الثاني العدد الثاني.

قائمة المراجع

- 51) كفاي علاء الدين 1989، "تقدير الذات وعلاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي"، دراسة في عملية تقدير الذات، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد التاسع، العدد الخامس والثلاثون.
- 52) وحيد مصطفى كامل 2003، "علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع"، مركز دراسات وبحوث المعوقين.

قائمة المراجع بالأجنبية

- 53) Demo (1983) Autonomy, Control Variation and Self, Esteem Journal of psychology, 111, pp 9,13.
- 54) Taylor S, E, 2003, Helth Psychology, 5^{en} en New york, Mc Graw Hill.

قائمة المواقع الإلكترونية

- 55) www.albahes.com
- 56) www.gulfkids.com
- 57) www.tereria.org

الملاحق

مقياس السلوك الصحي الذي أعده واردل Wardel 1991م

التعليمية:

فيما يلي مجموعة من العبارات، اقرأ كل عبارة علي حدا و المطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (×) داخل الخانة التي تناسب سلوكك، أرجو أن تجيب علي كل العبارات و لا تترك عبارة دون إجابة، واعلم انه ليس هناك إجابات صحيحة و أو خاطئة ونحيطك علما بأن إجاباتك تبقي موضع سرية.

بيانات عامة:

السن:

الجنس:

ذكر

أنثى

مدة الإصابة:

| الرقم | العبرة | لا | احيانا | غالبا |
|-------|-----------------------------------------------------|----|--------|-------|
| 01 | هل تشعر أنك ملئ بالطاقة ؟ | | | |
| 02 | هل وزنك مناسب لسنك ؟ | | | |
| 03 | هل تقوم بأعمالك اليومية دون إحساس سريع بالتعب؟ | | | |
| 04 | هل تفعل ما بوسعك للمحافظة علي صحتك ؟ | | | |
| 05 | هل تتحسن بسرعة بعد مرضك ؟ | | | |
| 06 | هل تتمتع بصحة جيدة عموما ؟ | | | |
| 07 | هل تحافظ علي عادات صحية فيما يخص الأكل, النوم.....؟ | | | |
| 08 | هل تؤجل أعمالك عندما تحس بالتعب ؟ | | | |
| 09 | هل تشعر بالارتياح خلال قيامك بأعمالك اليومية ؟ | | | |
| 10 | هل تتبع حمية غذائية (ريجيم)؟ | | | |
| 11 | هل تحرص علي تناول أغذية صحية معينة ؟ | | | |
| 12 | هل تتناول الحلويات بكثرة ؟ | | | |
| 13 | هل تتناول اللحوم بكثرة ؟ | | | |
| 14 | هل تتعرض بسرعة للأمراض المعدية كالأنفلونزة ؟ | | | |
| 15 | هل تتعرض للمرض بشكل متكرر ؟ | | | |
| 16 | هل تحتاج الي إضافة الملح في وجباتك الغذائية ؟ | | | |
| 17 | هل تتناول القهوة و الشاي بكثرة ؟ | | | |

| الرقم | العبرة | لا | احيانا | غالبا |
|-------|-----------------------------------------------------------------------|----|--------|-------|
| 18 | هل تتناول الادوية دون استشارة الطبيب ؟ | | | |
| 19 | هل تفضل تناول الأدوية المصنوعة من الأعشاب ؟ | | | |
| 20 | هل يزججك غسل أسنانك ثلاث مرات في اليوم ؟ | | | |
| 21 | هل تتناول المشروبات الغازية بكثرة ؟ | | | |
| 22 | هل تعود الي اهمال صحتك بعد شفائك من المرض ؟ | | | |
| 23 | هل يعاني بعض أفراد عائلتك من الأمراض المزمنة ؟ | | | |
| 24 | هل تشاهد التلفزيون (الكمبيوتر) لوقت طويل ؟ | | | |
| 25 | هل تكثر من المأكولات سريعة التحضير ؟ | | | |
| 26 | هل تدخن ؟ | | | |
| 27 | هل تعتمد علي العجائن في وجباتك اليومية ؟ | | | |
| 28 | هل تفضل الصوت المرتفع عموما ؟ | | | |
| 29 | هل تحترم مواعيد أخذ الدواء ؟ | | | |
| 30 | هل تحتفظ بالأدوية الضرورية في المنزل ؟ | | | |
| 31 | هل تقوم بصيانة دورية للأجهزة التي تعمل با الكهرباء و الغاز في البيت ؟ | | | |
| 32 | هل تقوم بالفحوصات الروتينية للاطمئنان علي صحتك ؟ | | | |
| 33 | هل تحاول المحافظة علي تناول الوجبات في أوقاتها ؟ | | | |

| الرقم | العبرة | لا | احيانا | غالبا |
|-------|--------------------------------------------------------------|----|--------|-------|
| 34 | هل تهتم بنظافة جسمك كما يجب ؟ | | | |
| 35 | هل تهتم بنظافة المحيط الذي تعيش فيه ؟ | | | |
| 36 | هل تمارس بعض التمارين الرياضية ؟ | | | |
| 37 | هل تنام لوقت كاف؟ | | | |
| 38 | هل تقوم بزيارة الطبيب إذا ما أحسست بألم أو توعك ؟ | | | |
| 39 | هل تحترم مدة العلاج المحددة من قبل الطبيب ؟ | | | |
| 40 | هل تتناول الادوية المهدئة ؟ | | | |
| 41 | هل تقدر مدي احتياجك لشرب الماء ؟ | | | |
| 42 | هل تأكل طعامك بسرعة ؟ | | | |
| 43 | هل تقوم بالاسترخاء عند إحساسك بالتعب ؟ | | | |
| 44 | هل وضعك الأسري مستقر ؟ | | | |
| 45 | هل تتناول وجبات متنوعة (لحوم ,فواكه , خضر ,حليب ,عجائن.....) | | | |
| 46 | هل تأكل قدر حاجتك من الطعام ؟ | | | |
| 47 | هل تتبع نصائح الطبيب عندما تصاب بمرض معين ؟ | | | |
| 48 | هل تتوجه للمركز الوقائي فحالة سماعك بمرض معدي في الحي ؟ | | | |

| | | | | |
|--|--|--|----------------------------------------------|----|
| | | | هل تحرص علي شراء ملابس مريحة و مناسبة لمقاسك | 49 |
| | | | هل تعاني من المرض ؟ | 50 |

مقياس تقدير الذات لستانلي كوبر سميث

التعليمية:

فيما يلي مجموعة من العبارات، اقرأ كل عبارة علي حدا و المطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسب سلوكك، أرجو أن تجيب علي كل العبارات ولا تترك عبارة دون إجابة، واعلم انه ليس هناك إجابات صحيحة و أو خاطئة ونحيطك علما بأن اجاباتك تبقي موضع سرية.

بيانات عامة:

السن:

الجنس:

ذكر

أنثى

مدة الإصابة:

| الرقم | العبارة | تنطبق | لا تنطبق |
|-------|-------------------------------------------------|-------|----------|
| 01 | لا تضايقني الأشياء عادة | | |
| 02 | أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس | | |
| 03 | أود لو أستطيع أن أغير أشياء في نفسي | | |
| 04 | لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسني | | |
| 05 | يسعد الآخرون بوجودهم معني | | |
| 06 | أضايق بسرعة في المنزل | | |
| 07 | أحتاج وقتاً طويلاً كي أعتاد علي الأشياء الجديدة | | |
| 08 | أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني | | |
| 09 | تراعي عائلتي مشاعري عادة | | |
| 10 | أستسلم بسهولة | | |
| 11 | تتوقع عائلتي مني الكثير | | |
| 12 | من الصعب جداً أن أظل كما أنا | | |
| 13 | تختلط الأشياء كلها في حياتي | | |
| 14 | يتبع الناس أفكارني عادة | | |
| 15 | لا أقدر نفسي حق قدرها | | |
| 16 | أود كثيراً لو أترك المنزل | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------------------------|----|
| | | أشعر بالضيق من عملي غالبا | 17 |
| | | مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس | 18 |
| | | إذا كان لدي شيء أقوله فإنني أقوله عادة | 19 |
| | | تفهمني عائلتي | 20 |
| | | معظم الناس محبوبون أكثر مني | 21 |
| | | أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل الأشياء | 22 |
| | | لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من أعمال | 23 |
| | | أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر | 24 |
| | | لا يمكن للآخرين الاعتماد علي | 25 |