

جامعة غرداية
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونية



الموضوع:

جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إشراف الدكتورة:
○ نسيمة مزاور

من إعداد الطالبتان:
○ لامية كسوري
○ هجير هشتوح

أمام اللجنة المكونة من السادة:

الصفة	الجامعة	الاسم واللقب
رئيسا	جامعة غرداية	د. أولاد حيمودة جمعة
مشرفا	جامعة غرداية	أ. د. مزاور نسيمة
مناقشا	جامعة غرداية	د. تشعبت ياسمين

السنة الجامعية
2022/2021م

إهداء

الى كل من علمني حرفا في هذه الدنيا الفانية الى روح ابي الطاهرة رحمة الله عليه والى روح
امي الطاهرة رحمة الله عليها سكنهما الله فسيح جنانه
الى من حبه يجري في عروقي ويلهج بذكره اخي العزيز امين واخواني الغاليات كل باسمها
الى زوجي الغالي حفظه الله لي والى بناتي ريهام ، نور ،الين وفقهم الله وحفظهم
الى من سرنا سويا ونحن نشق الطريق معا نحو النجاح الى من تكاتفنا يد بيد في انجاز
هذا العمل اختي شتوح هجيرة
وكل من يحمل لقب ، كسوري ، امعوش ، وايت اودية.
إلى كل من يعرفني من قريب أو بعيد، إلى زميلاتي وزملائي في الدفعة
إلى كل من قرأ هذه المذكرة أهدي ثمرة جهدي

لامية

إهداء

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله
أهدي ثمرة جهدي إلى من قال فيها عز وجل
[ووصينا الإنسان بوالديه إحسانا حملته أمه وهنأ على وهن وفصاله في عامين أن أشكر لي
ولوالديك... لقمان: 14 .

إلى أول كلمة نطقها لساني وأول نظرة رأتها عيني أُمي العزيزة.
إلى الذي عبد لي الطريق دون أن يبالي، أبي العزيز - أطال الله في عمره -
إلى زوجي الغالي واطفالي ابتهال، ملاك، كوثر، عبد النور، انفال حفصهم الله لي
إلى أخواتي الغاليات : سهام، ايناس، ابتسام وأخي الغالي : محمد.
إلى أختي وصديقتي : كسوري لامية وزوجها وبناتها.
إلى والد زوجي الغالي حفصه الله واطال في عمره
إلى زوجة أخي وأولادها وإلى أزواج أخوتي وأولادهم إلى روح صديقتي الغالية : أيت أودية
لطيفة أسكنها الله فسيح جنانه وإلى خالاتي وأخوالي، وعماتي وأعمامي
وكل من يحمل لقب شتوح، وجواج، مامي، كسوري، وأيت أودية.
إلى كل من يعرفني من قريب أو بعيد، إلى زميلاتي وزملائي في الدفعة
إلى كل من قرأ هذه المذكرة أهدي ثمرة جهدي

هجيرة

شكر و عرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات.

نتقدم بالشكر و الثناء لمن له الفضل الأول و الأخير فالشكر لله تعالى على فضله وجوده ، و منه و كرمه فله الحمد و الشكر أولا و آخرا حمدا و شكرا يليق بجلاله و يوازي نعمائه.

ونتوجه بخالص الشكر و التقدير لكل من قدم لنا يد العون لانجاز هذا العمل و نخص بذكرهم الأستاذة المشرفة : "مزاور نسيمة"، فقد كان لتوجيهاتها و دعمها كبير الأثر في هذا الجهد. فلها منا جزيل الشكر ووافر التقدير و الاحترام.

كما يسرنا أن نتقدم بالشكر و التقدير الى الاستاذ سعادة رشيد والاستاذ شيخي عبد العزيز و الاستاذ قدوري يوسف والاستاذة الفاضلة تشعبت يسمين والاستاذة بن عبد الرحمان امال و إلى جميع اساتذة علم النفس الافاضل على ما قدموه لنا من عون و دعم و تعليم و تشجيع و أعضاء لجنة المناقشة لجهودهم في أثر هذا العمل.

إلى كل هؤلاء و غيرهم ممن قدم العون أو كلمة طيبة أو تشجيع، نتقدم بالشكر الجزيل و

التقدير الكبير سائين الله عز و جل لهم التوفيق و السداد

لامية وهجيرة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وذلك من خلال الإجابة عن التساؤل التالي:

- هل توجد علاقة بين جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن؟

ومنه تتفرع التساؤلات الجزئية التالية:

- ما مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن؟

- ما مستوى الفاعلية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن؟

و للإجابة على هذه التساؤلات تمت الدراسة الميدانية بمصلحة تصفية الدم لمرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببريان خلال الفترة الممتدة من 2022/01/02 إلى غاية 2022/03/30 على عينة قوامها 50 فرد من الجنسين وإعتمدت الدراسة على الأدوات التالية :

- اجراء المعالجات الإحصائية للبيانات بالإعتماد على برنامج spss v25 .

- مقياس جودة الحياة بالإعتماد على دراسة قريط 2019 الذي يتضمن 23 فقرة .

- مقياس الفاعلية الذاتية بالإعتماد على دراسة نجار 2014 الذي يتضمن 36 فقرة.

وقد إستخدمنا الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات والفرضيات وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض.

- مستوى الفاعلية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض.

Study summary:

The study aimed to reveal the relationship between quality of life and self-efficacy in patients with chronic renal failure by answering the following question:

-Is there a relationship between quality of life and self-efficacy in patients with chronic renal failure?

-from this branch the following sub-questions:

-What is the quality of life for patients with chronic renal failure?

-What is the level of self-efficacy in patients with chronic renal failure?

-In order to answer these questions, a field study was conducted at the Hemodialysis Department for patients with chronic renal failure at the Public Institution for Neighborhood Health in Brian during the period from 02/01/2022 to 30/03/2022 on a sample of 50 individuals of both sexes. The study relied on the following tools:

-Conducting statistical data processing based on spss v25 program.

- Quality of life measure based on the Koreit 2019 study, which includes 23 items.

-Self-efficacy scale based on Najjar 2014 study, which includes 36 items.

We have used statistical methods appropriate to the nature of the questions and hypotheses, and the study resulted in the following results:

-There is a statistically significant correlation between quality of life and self-efficacy in patients with chronic renal failure.

-The level of quality of life in patients with chronic renal failure is low.

-The level of self-efficacy in patients with chronic renal failure is low.

الفهرس

الإهداء

شكر وعرهان

ملخص الدراسة

الفهرس

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

مقدمة

الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة: 4
- 2- فرضيات الدراسة: 6
- 3- أهداف الدراسة: 6
- 4- أهمية الدراسة: 7
- 5- مفاهيم الدراسة: 7
- 6- الدراسات السابقة: 8
- 7- التعقيب على الدراسات السابقة: 12

الفصل الثاني: جودة الحياة

- تمهيد: 14
- 1- نظرة تاريخية عن جودة الحياة: 15
- 2- مفهوم جودة الحياة: 15
- 3- أبعاد جودة الحياة: 17
- 4- مكونات جودة الحياة: 19
- 5- مظاهر جودة الحياة: 20
- 6- مقومات جودة الحياة: 22
- 7 التوجيهات النظرية لجودة الحياة: 27
- 8- قياس جودة الحياة: 33
- خلاصة الفصل: 35

الفصل الثالث: الفعالية الذاتية

37	تمهيد:
38	1-تعريف الفعالية الذاتية:
39	2- مصادر فاعلية الذات:
41	3- انواع الفعالية الذات: .
43	4- النظرية المعرفية الاجتماعية للفاعلية الذاتية:
45	5-محددات نظرية التعلم الإجتماعي:
46	6-أبعاد فعالية الذات: .
48	7- خصائص الفعالية الذاتية:
49	8-مكونات فعالية الذات:
50	خلاصة الفصل:

الفصل الرابع: القصور الكلوي المزمن

52	تمهيد:
53	1تعريف الكلية:
53	2- تركيب الكلية:
53	3-الوحدة الكلوية:
54	4-وظائف الكلية:
55	5-تعريف القصور الكلوي:
55	6-مفاهيم القصور الكلوي:
57	7-أنواع القصور الكلوي:
57	8-أسباب الفشل الكلوي:
60	9-أعراض الفشل الكلوي:
61	10-تشخيص القصور الكلوي:
62	11-علاج القصور الكلوي:
64	خلاصة الفصل:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

66	تمهيد
----	-------

67	1 المنهج المستخدم في الدراسة
68	2 حدود الدراسة
68	1.2 الحدود الزمانية
68	2.2 الحدود المكانية
68	3 وسائل الدراسة
69	4 الدراسة الاستطلاعية
69	1.4 الخطوات المتبعة في الدراسة الاستطلاعية
70	2.4 عينة الدراسة الاستطلاعية
70	3.4 مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية
73	5. الخصائص السيكمترية لأداة جمع البيانات
74	1.5 صدق الإتساق الداخلي
75	2.5 الثبات
77	6. اساليب المعالجة الاحصائية
77	7. مجتمع وعينة الدراسة
77	1.7 مواصفات عينة الدراسة الاساسية
81	خلاصة الفصل

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

83	تمهيد
84	1 عرض ومناقشة فرضيات الدراسة
84	1.1 الفرضية العامة
85	2.1- الفرضية الاولى
86	3.1 الفرضية الثانية
88	2 مناقشة الفرضيات من الدراسات السابقة
89	1.2 تحقق الفرضية العامة الأولى :
90	الإستنتاج العام
91	الإقتراحات والتوصيات
93	قائمة المراجع

قائمة الجداول

- الجدول رقم 01: يوضح مكونات جودة الحياة..... 20
- الجدول رقم 02: مجالات جودة الحياة ومؤشراتها بحسب نظرية شالوك..... 28
- الجدول رقم 03: تصور أبو سريع وآخرون لمحددات جودة الحياة..... 32
- الجدول رقم 04: الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي..... 58
- الجدول رقم 05: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس..... 70
- الجدول رقم 06: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير السن..... 71
- الجدول رقم 07: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المستوى العلمي..... 72
- الجدول رقم 08: يوضح معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.. 74
- الجدول رقم 09: يوضح معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.. 75
- الجدول رقم 10: يوضح ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق معامل ألفا كرونباخ..... 76
- الجدول رقم 11: يوضح ثبات مقياس الفاعلية الذاتية عن طريق معامل ألفا كرونباخ..... 76
- الجدول رقم 12: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس..... 77
- الجدول رقم 13: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن..... 78
- الجدول رقم 14: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى العلمي..... 79
- الجدول رقم 15: العلاقة بين جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.. 84
- الجدول رقم 16: مفتاح تصحيح مقياس جودة الحياة..... 85
- الجدول رقم 17: يمثل نتائج إختبار (T) للمقارنة بين متوسط العينة الكلية والمتوسط الفرضي لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن..... 86
- الجدول رقم 18: مفتاح تصحيح مقياس الفاعلية الذاتية..... 87
- الجدول رقم 19: يمثل نتائج إختبار (T) للمقارنة بين متوسط العينة الكلية والمتوسط الفرضي لمعرفة مستوى الفاعلية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن..... 87

قائمة الأشكال

- الشكل رقم 01: المصادر الاربعة الرئيسية لتوقعات فاعلية الذات..... 40
- الشكل رقم 02: نموذج الحتمية المتبادلة لنظرية فعالية الذات .. 43
- الشكل رقم 03: النموذج النظري لقيمة-التوقع 44
- الشكل رقم 04: يوضح أبعاد فاعلية الذات . 47
- الشكل رقم 05: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس. 71
- الشكل رقم 06: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير السن. 72
- الشكل رقم 07: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير العلمي. 73
- الشكل رقم 08: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس. 78
- الشكل رقم 09: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن. 79
- الشكل رقم 10: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المستوى العلمي. 80

مقدمة

يعد جسم الانسان مصنع بيوكيميائي تحدث فيه عمليات حيوية عديدة وهو وحدة متكاملة اذا اختل منه جانب تأثرت الجوانب الاخرى له، فأعضاء الجسم تعمل بشكل متكامل ومتناسق بصورة متوازنة دون تسلط من احدى هذه الوظائف ودون تقصير في أي وظيفة منها وإذا حدث هذا التقصير فيصبح الفرد عرضة للكثير من الامراض تتفاوت درجة خطورتها بحسب العضو المصاب كالقلب، الكبد وخاصة الكلى والتي هي وجهتنا في هذه الدراسة نظرا لما تقوم به من وظائف هامة في جسم الانسان.

فمرض القصور الكلوي المزمن يعتبر شكلا من اشكال الامراض التي تصيب العضوية وتؤثر على نفسية وشخصية المصاب به بإعتباره مرضا من الامراض الخطيرة التي يزداد عدد المصابين به يوما بعد يوم خاصة في الاونة الاخيرة الذي يؤثر بشكل كبير على جودة حياة المريض وفعاليتة الذاتية مما ينتج عنهما الاكتئاب والخوف وقلق الموت، من خلال طرق العلاج القوية التي يتعالج بها المصاب بالقصور الكلوي المزمن حيث تتم عن طريق الغسيل الكلوي(فاطمة قريط،2020،ص،13).

ورضا الفرد وانطباعه تجاه حياته يأتي من تمتعه بصحة جيدة وحالة نفسية مستقرة أي اشباع حاجات الفرد وبالتالي فإننا نجد أن جودة الحياة تتأثر بالحالة النفسية للفرد.

وفي دراستنا هذه للفاعلية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن سنحاول ان نسلط الضوء على بعد الفعالية بإعتباره من المتغيرات الاساسية فالصحة لا تتحقق بصفة كاملة الا من خلال تنمية الفعالية الذاتية والممارسة والفعالة للسلوكات الصحية الايجابية.

تطرقنا في دراستنا هذه الى موضوع جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ولتحقيق هذا قمنا بتقسيم الدراسة الى قسمين: الجانب النظري والجانب التطبيقي.

الجانب النظري وقسمناه الى اربعة فصول:

الفصل الاول: حددنا فيه إشكالية الدراسة وصياغة الفرضيات وأهداف الدراسة وأهميتها وتحديد المفاهيم والدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: خصصناه لجودة الحياة وذكرنا فيه النظرة التاريخية، مفهومها، ابعادها، مكوناتها، مظاهرها، مقوماتها، التوجهات النظرية وفي الاخير قياس جودة الحياة.

ثم الفصل الثالث: يدور حول الفعالية الذاتية، تعريفها مصادرها، انواعها، محدداتها، ابعادها، خصائصها واخيرا مكوناتها.

بعدها الفصل الرابع: تم التعرف على القصور الكلوي المزمن حيث استهل الفصل بالكلية وتضمن تعريفها، تركيبها، الوحدة الكلوية، وظائفها، تعريف القصور الكلوي وأنواعه وأسبابه وأعراضه والتشخيص واخيرا العلاج.

اما الجانب التطبيقي فقد تضمن فصلين:

الفصل الخامس: تناولنا فيه إجراءات الدراسة الميدانية والمنهج المتبع (المنهج الوصفي) والدراسة الاستطلاعية وعينة الدراسة والادوات المستخدمة في الدراسة والمتمثلة بقياسين، مقياس جودة الحياة الخاص بدراسة قريط 2019 ومقياس الفاعلية الذاتية الخاص بدراسة النجار 2014.

الفصل السادس: وتناولنا فيه عرض نتائج الدراسة باستخدام برنامج **spss v25** ومناقشتها على ضوء الدراسات السابقة.

وختمنا دراستنا بإستنتاج عام و مجموعة من التوصيات والاقتراحات.

الإطار النظري للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

أصبحت الأمراض المزمنة السبب الرئيسي في الوفيات في العالم، فبعد أن كانت من قبل الأمراض المعدية هي المسبب الرئيسي للوفيات، وبالرغم من التقدم العلمي والطبي إلا أن الحد من هذه الامراض أصبح شبه مستحيل، فكلما تقدمت البشرية تكنولوجيا وعلميا أكثر، ظهرت أمراض أخرى مزمنة ومستعصية على البشر. ومن الأمراض المزمنة التي انتشرت بصورة كبيرة في العالم والجزائر بصفة خاصة مرض القصور الكلوي المزمن، هذا المرض الذي كثيرا ما يكون نتيجة مضاعفات لأمراض أخرى مثل مرض السكري وارتفاع الضغط الدموي، أو نتيجة لأمراض الكلى التي لم يتم كشفها وعلاجها في الوقت المناسب.

وفي هذا الصدد تعتبر جودة الحياة أحد أهم المواضيع التي تتطلب الدراسة والبحث المعمق في الأمراض المزمنة كالقصور الكلوي المزمن، على عكس ما كان سائدا في الماضي حيث كان الاهتمام منصبا على إطالة حياة مرضى القصور الكلوي المزمن فقط دون التركيز على جودة الحياة لديهم، وقد عرفت منظمة الصحة العالمية عام (2013) جودة الحياة بأنها: إدراك الفرد لموقفه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته وإهتمامته، فمفهوم جودة الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية (فاطمة قريط، 2020، ص16).

ومن هذا المنطلق فإنه هناك اعتراف متزايد بأن الفعالية الذاتية للمرضى المصابين بأمراض مزمنة ترتبط بتحسين جودة الحياة لديهم، فقد أشارت نتائج دراسة كل من هالستد وتسي (2002) إلى أن الفعالية الذاتية هي من المؤشرات الهامة لجودة الحياة، بحيث تفسر الفعالية الذاتية 47.5٪ من التباين في جودة الحياة.

وتعتبر أمراض الكلى المزمنة مشكلة صحية شائعة على مستوى العالم، إذ تبين منظمة الصحة العالمية بأن أمراض الكلى والمسالك البولية تساهم بما يقارب (850000) حالة وفاة، وأكثر من 115 مليون حالة إعاقة عالميا، ويصنف هذا المرض على أنه السبب الثاني عشر للوفاة والسبب السابع عشر للإعاقة، كما أظهرت بيانات نشرتها منظمة الصحة العالمية عام (2012) أن معدل إنتشار مرض القصور الكلوي المزمن عالميا قد بلغ 282 مريض لكل مليون نسمة، ويعرف مرض القصور الكلوي المزمن على أنه حالة سريرية تتميز بخسارة لا رجعة فيها في وظائف الكلى، ويمكن أن يصيب جميع الفئات العمرية لكن يتركز عند الأعمار بين (30-62 سنة). (زريق والمصطفى، 2020، ص103).

ويوجد العديد من طرق العلاج لهذا المرض لتخفيف وطأة المعاناة الجسدية لدى المرضى الأمر الذي قد ينعكس على صحتهم النفسية بسبب التزامهم بمجموعة من القيود الطبية عند العلاج كالالتزام بنظام غذائي معين، ونتيجة لكل ما سبق قد يواكبهم شعور ضعف إدراكهم لذواتهم وخوفهم من الموت، واعتمادهم على مقدمي الرعاية الصحية وإضطراب حياتهم الزوجية والعائلية والاجتماعية، مما قد يؤثر على جودة حياتهم (نفس المرجع السابق).

ازداد اهتمام الباحثين بمفهومي جودة الحياة والفعالية الذاتية منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار، فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو أكثر بروزاً من الجانب السلبي وأن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين، وإنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبقاً لعوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك (مأمون وبن ساسي، 2020، ص 28).

كما توصل رابني وآخرون (2014) أيضاً إلى أنه هنالك علاقة إيجابية بين جودة حياة المشاركين والفعالية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بإيران، وأكدت هذه النتيجة كذلك دراسة سمائل وآخرون (2005) التي أجريت على مجموعة من المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن بدولة تايوان.

فمن خلال ما سبق فإن غسيل الكلى يؤدي باعتباره أحد العلاجات الأكثر شيوعاً للفشل الكلوي المزمن، إلى حدوث الكثير من التغييرات في أسلوب حياة المرضى وسلوكهم الحياتي، هذا ما يجعل حياتهم النفسية قد تتمحور بين القلق وقلة الثقة بالذات والموت الذي يراه متربصاً به كل يوم، مما يعني حاجة هذه الفئة إلى تكفل نفسي وإجتماعي مستمر من أجل تحقيق نوع من الفعالية الذاتية لديهم.

وفي هذا السياق وبناء على ما سبق تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين كل من جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وعليه يمكننا طرح التساؤل التالي:

◀ هل توجد علاقة بين جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن؟

وتتفرع منه التساؤلات الفرعية التالية:

- ◀ ما مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن؟
- ◀ ما مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن؟

2- فرضيات الدراسة:

تبعاً للتساؤلات المدرجة أعلاه، قمنا بإقتراح الفرضيات التالية:

- ◀ توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

وتتفرع منها الفرضيات الفرعية التالية:

- ◀ مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن منخفض.
- ◀ مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن منخفض.

3- أهداف الدراسة:

سنحاول من خلال هذه الدراسة الوصول للأهداف التالية:

- ◀ حول الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة ومستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.
- ◀ معرفة مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.
- ◀ معرفة مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

4- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

- ◀ تسليط الضوء على إحدى المتغيرات المهمة في مجال علم النفس العيادي.
- ◀ تبرز أهمية هذه الدراسة كذلك في كونها تمهد لغيرها من الدراسات التي تسعى للتطرق لفئة المصابين بالقصور الكلوي المزمن، وبالتالي لفت النظر لأهمية الجانب النفسي لهؤلاء.
- ◀ تزويد الطلبة والمكتبة الجزائرية ببحث ميداني حول جودة الحياة ومستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.
- ◀ تقديم توصيات وإقتراحات للجهات المعنية كالأخصائيين وعمال الصحة في كيفية التعامل مع هذه الفئة ولا سيما من الناحية النفسية.

5- مفاهيم الدراسة:

❖ جودة الحياة:

هي إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وهي تتأثر بأحداث الحياة اليومية، وتغير حدة الوجدان والشعور (حكيم بوعمامة، 2019، ص348).

أما إجرائيا فهي إحساس الفرد بالراحة النفسية والجسمية والمادية في مختلف الظروف، وبحسب من خلال مقياس جودة الحياة لقريط (2019).

❖ الفعالية الذاتية:

هي إدراك الفرد لقدرته على إنجاز السلوك المرغوب فيه بإتقان في أداء الأعمال الصعبة، وتعليم الأشياء الجديدة، والتزامه بالمبادئ أو حسن تعامله مع الآخرين، وحل ما يواجهه من مشكلات واعتماده على نفسه في تحقيق أهدافه بالثابرة والإصرار (رضواني وطعيلي، 2020، ص93).

أما إجرائيا فهي إدراك الفرد لقدراته وثقته لتحقيق هدف أو مواجهة موقف معين، ويحتسب في الدراسة من خلال مقياس الفعالية الذاتية للنجار(2014).

❖ مرض القصور الكلوي المزمن:

يعرف القصور الكلوي المزمن على انه التدهور والانقاص المستمر والنهائي لوظائف الكلية الخارجية والداخلية، كما يعرف العجز الكلوي المزمن على انه هبوط او انخفاض مفاجئ او تطوري لعمل جزيئات الكلية(سامية عدائكة، 2017، ص108).

أما إجرائيا فهو حدوث عجز لوظائف الكلى، مما يتحتم على المريض إجراء تصفية للدم بصفة دورية عن طريق آلة خاصة بذلك.

6- الدراسات السابقة:

الدراسات التي تناولت العلاقة بين المتغيرين:

❖ دراسة هلستايد وتساي(2002) بعنوان: الفعالية الذاتية للرعاية الذاتية والاكنتاب ونوعية الحياة بين المرضى الذين يتلقون غسيل الكلى في تايوان.

الغرض من هذه الدراسة هو فحص العلاقات بين الفعالية الذاتية للرعاية الذاتية والاكنتاب ونوعية الحياة في 160 مريضاً يتلقون غسيل الكلى. الدراسة عبارة عن تصميم وصفي مترابط. وتشمل التدابير الاستراتيجية التي يستخدمها الناس لتعزيز الصحة، ومقياس الاكنتاب عند كبار السن، ومؤشر جودة الحياة.

تشير النتائج إلى أن الفعالية الذاتية للرعاية الذاتية والاكنتاب هما من المؤشرات الهامة لنوعية الحياة بعد التحكم في تأثير العمر، تفسر الفعالية الذاتية للرعاية الذاتية 47.5% من التباين والاكنتاب يفسر 5.5% إضافية من التباين في نوعية الحياة.(هلستايد وتساي،2002،ص،ص15،20)

❖ دراسة سمايلي وآخرون (2005) بعنوان: جودة الحياة والفعالية الذاتية للمرضى تحت غسيل الدم.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين نوعية الحياة والفعالية الذاتية للمرضى الخاضعين لغسيل الكلى. تضمنت عينة البحث 255 مريضاً غسيل الكلى، تم اختيارهم بطريقة أخذ العينات العشوائية الملائمة، وبناءً على النتائج كانت هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفعالية الذاتية ($p=0.00$). ووجدوا أيضاً أن 73.1% من المرضى يمتلكون نوعية حياة معتدلة و71.4% لديهم مستوى معتدل من الفعالية الذاتية كان متوسط درجته جودة الحياة والفعالية الذاتية بين المرضى ذوي التعليم المنخفض اقل مقارنة بالمعلمين. (سمايلي وآخرون، 2005، ص17)

❖ دراسة ريباني وآخرون (2014) بعنوان: الفعالية الذاتية للرعاية الذاتية وجودة الحياة بين مرضى غسيل الكلى في جنوب شرق إيران.

أجريت هذه الدراسة لفحص الفعالية الذاتية للرعاية الذاتية وعلاقتها بنوعية الحياة في مرضى غسيل الكلى في جنوب شرق إيران، تم تقييم الفعالية الذاتية باستخدام مقاييس خاصة بالموضوع على 60 مريضاً من مرضى غسيل الكلى في مستشفى باستور تحت إشراف جامعة بام للعلوم الطبية بإيران، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين نوعية حياة المشاركين والفعالية الذاتية لديهم. (ريباني وآخرون، 2014، ص19)

❖ دراسة طايبي وسایل (2018) بعنوان: نوعية الحياة وعلاقتها بفعالية الذات لدى مرضى الصدفية.

أجريت هذه الدراسة بهدف الكشف عن مستويات نوعية الحياة والفعالية الذاتية، والعلاقة بينهما لدى مرضى الصدفية، على عينة 61 مريض يتراوح سنهم بين 17 و58 سنة. وللتأكد من فرضيات الدراسة تم استخدام مقياس نوعية الحياة الخاص بالأمراض الجلدية DLQI ومقياس العام للفعالية الذاتية. تشير نتائجها إلى انخفاض مستويات نوعية الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى الصدفية. كما تبين وجود علاقة دالة بين المتغيرين. كون الصدفية مرضاً مزمناً فهو لا يقل أهمية عن الأمراض المزمنة الأخرى، لذلك من الضروري العمل على رفع مستوى نوعية حياة المرضى من أجل الحفاظ على الفعالية الذاتية والتعايش المناسب مع مرضهم بالتالي التقليل من أعراض الصدفية (طايبي وسایل، 2018، ص30).

الدراسات التي تناولت متغير جودة الحياة والفاعلية الذاتية:

❖ دراسة رزقي رشيد (2018) بعنوان: الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن المزمن.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن المزمن، وذلك من خلال الإجابة على التساؤل التالي: - هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن المزمن؟ - وقد شملت الدراسة عينة قوامها 114 فرداً من الجنسين، واعتمدت الدراسة على الأدوات التالية: مقياس توقعات الفعالية الذاتية العامة لـ 114 شفايرتزر استبيان الانضباط الصحي من إعداد الباحث. وقد استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات والفرضيات، وقد أسفرت النتائج عن تحقق الفرضية العامة وهذا ما يعني وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن المزمن. (رزقي رشيد، 2018، ص، 33)

❖ دراسة فاطمة قريط (2020) بعنوان: تقييم نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن المزمن.

هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم نوعية الحياة لدى 30 مريضاً في قسم الكلية الصناعية في مشفى تشرين الجامعي وجمعت البيانات باستخدام أداة طورتها الباحثة بالاعتماد على مقياس نوعية الحياة المطور من قبل منظمة الصحة العالمية. وبينت النتائج أن النسبة الأعلى من المرضى كانوا بمستوى عام متوسط لنوعية الحياة، وكان المستوى منخفضاً في بعد الصحة البدنية، ومتوسطاً في بعد الصحة النفسية، ومنخفضاً في بعد البيئة. وأوصت الدراسة بضرورة تقديم مشورة نفسية بشكل دوري للمرضى، وتقديم الدعم والمساندة في اتخاذ القرار وتشجيعهم على التلاؤم مع المرض، وتقديم الحلول المناسبة لذلك، وإجراء دورات تثقيفية للمرضى حول طبيعة مرضهم وطرق التعايش معه، وإجراء أبحاث حول العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى القصور الكلوي المزمن. (فاطمة قريط، 2020، ص، 43).

❖ دراسة زريق والمصطفى (2020) بعنوان: نوعية الحياة عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لجلسات التحال الدموي.

هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم نوعية الحياة لدى 150 مريضاً بالقصور الكلوي المزمن يخضعون لجلسات التحال الدموي في شعبة الكلية في مشفى حماه الوطني، وتم جمع البيانات باستخدام استبيان منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة. بينت النتائج أن غالبية المرضى في العينة لديهم مستوى متوسط من نوعية الحياة المرتبطة بكل من البعد الجسدي، والبعد النفسي، ولديهم مستوى جيد من نوعية الحياة المرتبطة بكل من البعد الاجتماعي، والبعد البيئي. وتوصي الدراسة بتثقيف مرضى التحال حول المشاكل الجسدية التي يحدثها العلاج وطرق تدبيرها، وضرورة تقديم الدعم النفسي لهم من قبل التمريض، وتعزيز العلاقات الاجتماعية الإيجابية والداعمة، والحرص على تأمين بيئة آمنة وصحية للمريض، وإجراء المزيد من الدراسات بخصوص العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى التحال الدموي وطرق تحسينها. (زريق و المصطفى، ص،33).

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

بعدها تم الإطلاع على الدراسات السابقة، وعرضها نجد بأن جميع الدراسات قد إتفقت مع دراستنا في متغيرات البحث فنجد منها من تناول متغير جودة الحياة، ومنها من تناول متغير الفعالية الذاتية مع متغيرات أخرى، كما هو الحال مع دراسة طايبي وسایل (2018)، الذي درس وطبق الموضوع على مرضى الصدفية لكن نقطة الاختلاف كانت مع بعض الدراسات في مجتمع وعينة الدراسة ، أما فيما يخص منهج البحث فجميع الدراسات إعتمدت على المنهج الوصفي، في حين أن أداة الدراسة كانت متشابهة في جميع الدراسات وهو كذلك في دراستنا أين سنعتمد بشكل أساسي كبقية الدراسات السابقة على المقياس كأداة لجمع البيانات.

ورغم الإختلاف في بعض النقاط والتشابه في نقاط أخرى بين دراستنا الحالية والدراسات السابقة إلا أننا إستفدنا كثيرا من هذه الدراسات في نقاط عديدة نذكرها كالتالي:

✓ زدوتنا بالعديد من المراجع المتعلقة بموضوع الدراسة.

✓ التعرف على جودة حياة مرضى القصور الكلوي المزمن سواءً في الدراسات المحلية أو العربية أو الأجنبية.

✓ إثراء الجانب النظري من الدراسة.

✓ بلورة إشكالية الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها.

✓ تحديد المنهج الذي سيتبع في الدراسة.

✓ الإستفادة منها في إعدادا لمقاييس المتعلقة بمتغيرات الدراسة.

✓ الإستفادة منها في تفسير نتائج الدراسة.

جودة الحياة

تمهيد:

يعتبر مصطلح جودة الحياة من المصطلحات الحديثة والمهمة حيث ظهر بظهور علم النفس الايجابي والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الايجابية إلى حياة الفرد أي بمفهوم السعادة في الحياة أي شعور الفرد بالرضا واشباع حاجاته والرضا عن الحياة إلى جانب الصحة الجسمية وإحساسه بمعنى السعادة

وصولاً إلى أن يعيش الفرد حياة متوافقة بين جوهره والقيم السائدة في المجتمع وتطرقنا في هذا الفصل إلى نظرة تاريخية عن جودة الحياة ومفهومها وأبعادها ومكوناتها أيضاً مظاهرها ومقاوماتها وأهم النظريات المفسرة لها وفي الأخير قياس جودة الحياة.

1- نظرة تاريخية عن جودة الحياة:

استخدام مصطلح جودة الحياة كان مقتصرًا في البداية على الأبحاث العلمية المبنية على حياة المرضى، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال مدة طويلة من الزمن، من الناحية التاريخية ظهر أول استخدام لمصطلح جودة الحياة في الفلسفة الإغريقية، وافترض " أرسطو " أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تتحقق الحياة السعيدة، أما في وقتنا المعاصر فقد اقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية مفهوم ضمني للجودة، وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة على أنها: " حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفيزيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض ". وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978 حيث وسعت المنظمة من مفهوم المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعًا إضافة إلى الرعاية الفيزيولوجية.

في العام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة وأصبح جزءًا من المصطلحات الطبية المستخدمة، وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن علاج بعض الأمراض يتطلب تكلفة عالية وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى، فجودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى وتستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض (صالح اسماعيل، 2010، ص47)

2- مفهوم جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المهام الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة ومن بين العلوم التي اهتمت بجودة الحياة، علم النفس الحديث تبين هذا المفهوم مختلف التخصصات النفسية والنظرية منها والتطبيقية.

تعريف لغة:

فمن الناحية اللغوية يرتبط مفهوم الجودة بالكلمة اللاتينية Qualitas وهي تعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء، وتعني الدقة والإتقان (خديجة بخيت، 2012، ص13).

وطبقا لابن منظور الجودة أصلها من الفعل الثلاثي "جود"، والجيد: نقيض الرديء، والجمع جيد، جيدات، جمع الجمع، وجاد بالشيء.

جودة وجودية: أي صار جيدا، وقد جاد جودة وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل (ابن منظور، 2015ص93).

المعجم الوسيط: جاد جودة، صار جيدا، يقال جاد المتاع وجاد العمل فهو جيد(المعجم الوسيط، 2004، ص145).

المنجد في اللغة: جاد جودة وجودية صار جيد هو ضد الرديء جود الشيء حسنه جعله جيدا(لويس معلوف، 1986، ص109).

تعريف اصطلاحا:

الجودة هي انعكاس للمستوى النفسي ونوعيته، وأن ما بلغه الانسان اليوم من مقومات الرقي والتحضر، يعكس بلا شك مستوى معيناً من جودة الحياة، ويقصد بجودة الحياة بشكل عام: جودة خصائص الانسان من حيث تكوينه الجسدي والنفسي والمعرفي ودرجة الآخرين وتكوينه الاجتماعي والاخلاقي. (علي مهدي كاظم والخرون، 2006، ص69)

وتواترت المفاهيم التي تضم جودة الحياة لتشمل عدة مفاهيم متشابهة كالسعادة، والرضا والحياة الجيدة والرضا الذاتي (شيخي مريم، 2013، ص77).

حيث ظهر أول استخدام لمصطلح جودة الحياة في الفلسفة الإغريقية وافترض أرسطو أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تحقق حياة سعيدة (صالح إسماعيل، 2010ص46).

3-أبعاد جودة الحياة:

- حدد مجدي ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي:
 - جودة الحياة الموضوعية: وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانيات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية للفرد.
 - جودة الحياة الذاتية: والتي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة ومن ثم الشعور بالسعادة.
 - جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.
- ويرى " روزن " أن جودة الحياة تتضمن أربعة أبعاد أساسية تضمنها المقياس الذي أعدته لهذا الغرض وهي:
 - الضغط النفسي المدرك، العاطفة، الوحدة النفسية والرضا (محمد الهنداوي، 2010، ص 39)
- ويقدم كلا من " فيلس " و " بيرري " نموذجا لجودة الحياة تتكامل فيه المؤشرات الموضوعية مع المؤشرات الذاتية للمدى الواسع المجالات الحياة وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية وهي:
 - الصلاحية الجسمية، الرفاهية المادية، الرفاهية الاجتماعية، الصلاحية الانفعالية، النمو والنشاط.
- تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن مفهوم جودة الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد منها:
 - الحالة النفسية، الحالة الانفعالية، الرضا عن العمل، الرضا عن الحياة، المعتقدات الدينية، التفاعل الأسري، التعليم، الدخل المادي، وكذلك من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية وصحته الجسمية وقدرته الوظيفية.
- و يذكر " ويدر " و " آل " أن هناك إجماع على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة وهي:

- البعد الجسمي: وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.
- البعد الوظيفي: وهو خاص بالرعاية الطبية ومستوى النشاط الجسمي.
- البعد الاجتماعي: وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.
- البعد النفسي: وخاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية والإدراك العام للصحة والصحة النفسية والرضا عن الحياة والسعادة.
- أما "شالوك" فيشير إلى أنه ليس هناك حاجة إلى تصنيف متغيرات جودة الحياة إلى بعدين موضوعي وذاتي، بل اعتبره تصنيفا ينقصه بعض المرونة حيث توجد متغيرات أخرى تخرج عن هذا التصنيف الثنائي وبذلك يضيف "شالوك" بأن هناك ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة والأبعاد الثمانية كالتالي:
- جودة المعيشة الانفعالية: وتشمل الشعور بالأمان والجوانب الروحية والسعادة والتعرض للمشقة ومفهوم الذات والرضا أو القناعة.
- العلاقات بين الأشخاص: وتشمل الصداقة الحميمة، الجوانب الوجدانية، العلاقات الأسرية، التفاعل والمساندة الاجتماعية.
- جودة المعيشة المادية: وتشمل الوضع المادي، عوامل الأمان الاجتماعي، ظروف العمل، المكانة الاجتماعية والاقتصادية.
- الارتقاء الشخصي: ويشمل مستوى التعليم، المهارات الشخصية ومستوى الإنجاز.
- جودة المعيشة الجسمية: وتشمل الحالة الصحية، التغذية والاستجمام، النشاط الحركي، مستوى الرعاية الصحية، التأمين الصحي، وقت الفراغ ونشاطات الحياة اليومية.

○ **محددات الذات:** وتشمل الاستقلالية، القدرة على الاختيار الشخصي وتوجيه الذات والأهداف والقيم.

○ **التضمين الاجتماعي:** ويشمل القبول الاجتماعي والمكانة، خصائص بيئة العمل، التكامل والمشاركة الاجتماعية والدور الاجتماعي، النشاط التطوعي وبيئة المسكن.

○ **الحقوق:** وتشمل الخصوصية، الحق في الانتخاب، أداء الواجبات والحق في الملكية (محمد الهنداوي، 2010، ص 40).

4- مكونات جودة الحياة:

يمكن القول بأن جودة الحياة هي الممارسة الانفعالية للأنشطة اليومية الاجتماعية والبيئية كما وكيفا بدرجة عالية من التوفيق والنجاح وبرضا نفسي عن الحياة بشكل عام وشعوره بالإيجابية والصحة النفسية، وتخطي العقبات والضغوط التي تواجهه بفاعلية بقصد إنجاز هذه الأنشطة باقتدار حيث إن لجودة الحياة ثلاث مكونات رئيسية تتمثل في:

أ. الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها الفرد بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية أو المعرفية الداعمة لهذا الإحساس، وكليهما مفاهيم نفسية ذاتية، أي ذات علاقة برؤية وإدراك وتقييم الفرد.

ب. القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية تمثل إعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة، وترتبط بعجز الفرد عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية.

ج. القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها المساندة الاجتماعية، والمادية (معيار الحياة)، وتوظيفها بشكل إيجابي (محمد أبو حلاوة، 2010، ص 10).

كما يوظف جونس مكونات جودة الحياة كما في جدول رقم (1) التالي:

على مستوى المجتمع	على مستوى الشخصي	
كيف يتغير الشخص تجاه مجتمعه وقدرته على المشاركة والتأثير في قرارات المجتمع نحو جودة الحياة	كيف يتغير الشخص تجاه نفسه وحالاته	شخصي / نوعي (الإحساس)
الحالة الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والكفاءة الحكومية	الحالات الوظيفية مثل التعليم	موضوعي / كمي (الحالات)

الجدول رقم 01: مكونات جودة الحياة (يوسف، ب، س، 10)

التعليق على الجدول:

من خلال هذا الجدول يتضح لنا ان مكونات جودة الحياة لجونس على المستوى الشخصي (الاحساس) يتغير على مستوى الشخص وايضا على مستوى المجتمع على المستوى الموضوعي (الحالات) تتغير على حسب الحالة.

5- مظاهر جودة الحياة:

يشير عبد المعطي في اقتراحه لخمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة، تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي كالآتي:

أ- الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال

- **العوامل المادية الموضوعية:** والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.
- **التعبير عن حسن الحال:** ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يحتزنون معنى حياتهم في أنفسهم ولا يبدوها لأحد.

ب- الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

● **إشباع وتحقيق الحاجات:** وهو أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فإن جودة حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء كالطعام والمسكن والصحة...، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية... وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد ليحقق من خلالها جودة حياته.

● **الرضا عن الحياة:** يعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر حينها بالرضا.

خ- الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

القوى والمتضمنات الحياتية: قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات والطاقات، الأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت: ما إلى ذلك وهذا كله مؤشرات الجودة الحياة.

الإحساس بمعنى الحياة: يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته لنفسه والمجتمع وللآخرين، وشعر بإنجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصا أو إفتقاد للآخرين له فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة

د- الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة

الصحة والبناء البيولوجي: تعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي وأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة. (عبد المعطي حسن، 2005، ص ص 13 . 20).

• احساس الفرد بالسعادة: وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات وهي الشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية (نفس المرجع السابق ص 19).

هـ- الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية: وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس واحساس الفرد بوجوده، وبمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى احساسه بمعنى الحياة الذي بعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها الفرد تحقيق وجوده. (نفس المرجع السابق ص، 20).

6- مقومات جودة الحياة:

كي يستطيع الإنسان الشعور بجودة الحياة والوصول إليه لابد أن تتوافر وتتوافر مجموعة من العوامل تتمثل فيما يلي:

أولا: تحقيق الفرد لذاته وتقديرها:

يعرف كلا من عبد الحميد وكفافي (1995) مفهوم الذات على أنه فكرة الفرد وتقييمه لنفسه بما تشتمل عليه من قدرات وأهداف واستحقاق شخصي، وتذكر فرغلي (1994) إن مفهوم الذات لدى الفرد يتكون من مجموعة من العوامل من أهمها (تحديد الدور، والمركز والمعايير الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي واللغة والعلاقات الاجتماعية).

كما يرى البعض إن عاطفة اعتبار الذات سبب التفاعلات القائمة بين الفرد والمحيطين به وهي تنشأ على مراحل كما يلي:

○ عند صغار الأطفال نجد أن تصرفاتهم تتعدل تبعا لمبدأ اللذة والألم أي على مستوى الغريزي. (ابراهيم مطاوع، 1981، ص ص 43، 44).

○ يتعدل المستوى الغريزي لسلوك بالثواب والعقاب فإذا كبر الطفل وعوقب على فعل أتاؤه بجرمانه من الحلوى مثلا رياضة يجبها وألعاب يفضلها تعدل سلوكه على أساس الثواب والعقاب محل اللذة والألم في المستوى الغريزي السابق.

○ في المرحلة الثالثة نجد أن السلوك يتعدل بالمدح والذم أو بعلاوات الرضا والغضب أو السخط (نفس المرجع السابق ص، 44).

ويرى كلا من كورت وتوراي أن السعي وراء تحقيق الذات هو بمثابة الهدف الاسمي النهائي للطموح الإنساني، ويشير (مجدي 2006) إلى علاقة تحقيق الذات بجودة الحياة فقد قام فيترسو (2004) بدراسة السعادة الشخصية مقابل تحقيق الذات من اجل تنمية جودة الحياة على (264) من طلبة المرحلة الثانوية والجامعية حيث أسفرت نتائج دراسته عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين كم من السعادة الشخصية وتحقيق الذات من ناحية وجودة الحياة من ناحية أخرى (مجدي عبد الكريم، 2006، ص 43)

ثانيا: إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة:

ويذكر الغندور (1999) أن البعض قد يرى إن لب الموضوع جودة الحياة يكمن في دراسة ماسلو عن الحاجات الإنسانية، والنظرية الاقتصادية للمتطلبات الإنسانية، ومن المعلوم لدى أهل التخصص بعلم النفس إن تصنيف ماسلو للحاجات الإنسانية يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولوياتها هيكلالتالي:

○ الحاجات الفسيولوجية، حاجة الأمن، حاجة الانتماء، حاجة المكانة الاجتماعية، الحاجة لتقدير الذات.

إن إشباع الحاجات الأساسية هل حاجات ضرورية لكل فرد من أفراد المجتمع بشكل عام، قد تتفاوت من فرد إلى آخر من حيث درجة تحقيقها وإشباعها، ولكنها حاجة يسعى الكل إلى تحقيقها، على الرغم من وجود بعض الظروف المحيطة بالفرد والتي تحول بين الفرد وبين تحقيق البعض من هذه الحاجات الضرورية للفرد، وقد يكون الفرد ليس له دخل فيها، إلا أن تحقيقها لا يتم إلا من خلال عملية متكاملة بين أفراد المجتمع والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد.

ثالثا: الوقوف على معنى إيجابيا للحياة:

يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوما هاما جدا، ويعتبر فرانكل (1996) إن مفهوم معنى الحياة يجب إن يكون له معنى تحت كل الظروف، وان هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير إلا أنه يظل موجودا دائما، ويرى فرانك لان الإنسان يستطيع اكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاثة طرق وهي كالتالي:

○ عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما.

○ تجربة خبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.

○ الالتقاء بإنسان آخر في أوج تفرده الإنساني.

ولقد حدد فرانكل ثلاثة مصادر يستطيع الإنسان من خلالها تحقيق معنى لحياته وهي كالتالي:

القيم الإبداعية: وتشمل كلما يستطيع الفرد انجازه، فقد يكون ذلك الانجاز عملا فنيا أو اكتشافا علميا.

القيم الخبراتية: وتتضمن كلما تحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية وخاصة ما يمكن أن يحصل عليه من خلال الاستمتاع بالجمال، أو محاولة البحث عن الحقيقة، أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة بالحب أو الصداقة.

القيم الاتجاهية: وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي لا يمكن إن يتجنبها كالتقدير أو المرض أو الموت.

فمعنى الحياة يمكن تحقيقه من خلال الاتجاه الذي يتخذه الإنسان حيال مواقف الألم والمعاناة التي لا يمكنه تجنبها في رحلته مع الحياة. (محمد الهنداوي، 2010، ص45).

ويشير الأنصاري (2002) إلى مفهوم التوجه نحو الحياة، يوضح من خلال إن معنى الحياة لدى الفرد هو الذي يجعل من السعي الدؤوب وتحمل المشقة شيئا يرفع من قيمة الحياة، ويجعلها تستحق أن تعاش، وهذا

يعني أن الإيمان بمعنى الحياة يمد الفرد بالقدرة على العطاء والتسامي على الذات، ومن هذا يكون إدراك قيمة الحياة.

رابعاً: وجود علاقة اجتماعية ودعم اجتماعي:

ويذكر عثمان (2001) إن العلاقات الجيدة تعتبر من أهم مصادر السعادة، كان يكون الفرد متزوجاً زيجة سعيدة، وله أصدقاء وإن تكون علاقاته جيدة مع أفراد الأسرة والأقارب وزملاء العمل والجيران، وربما يحتاج الفرد إلى تدريب على المهارات الاجتماعية التي تجلب له السعادة.

خامساً: الرضا عن الحياة:

يعرف الدسوقي (1998) الرضا عن الحياة بأنهم تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقاً لنسقه القيمي وهو يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد مناسباً لحياته، ويعتبر الموضوع الرضا عن الحياة وما يتعلق بها من جوانب أخرى، من الموضوعات الهامة التي تحظى باهتمام العاملين في مجال الصحة النفسية وعلم الأمراض العقلية على حد سواء كذلك يعتبر الشعور بالرضا عن الحياة مؤشراً مهماً من مؤشرات الصحة النفسية السليمة، فالرضا يدفع الفرد إلى الحياة ويزيد من رغبته فيها.

سادساً: توافر الصلابة النفسية:

تعرفها حمزة (2002) بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية والاجتماعية، وهي خصال تضم الالتزام والتحدي والتحكم، والتي يراها الفرد على إنها خصال مهمة له تمكنه من مجابهة المواقف الصعبة والتصدي لها، وكذلك المواقف المثيرة للمشقة النفسية، والتي تمكنه من التعايش معها بنجاح (محمد الهداوي، 2010، ص 47).

سابعاً: الدين:

تري مجدي (2006) أن العامل الديني يعتبر من العوامل المؤثرة في مدى ما يشعر به الإنسان من الرضا عن الحياة، كما أن الدين يمكن أن يتخذ كقيمة تنمي لدى الفرد المعنى الإيجابي للحياة، وتجعله أكثر قدرة على التكيف مع الضغوط وأكثر قدرة على مواجهة الصعاب.

ويضيف حسن مصطفى (2005) بان الإرشاد الديني يستخدم لخفض لإحساس بضغوط الحياة، ويجعل الفرد أكثر قدرة على ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة.

أن العامل الديني مهم ومؤثر في حياة الفرد، فمن خلال الوازع الديني لدى الفرد المعاق والتسليم بقضاء الله وقدره وأن يسلم بهذا الأمر الواقع، فإن هذا يبعث لدى الفرد معنى ايجابيا للحياة، ويجعله أكثر قدرة على التكيف والتوافق ومواجهة الصعاب.

ثامنا: السعادة:

السعادة هي قدرة الفرد على الشعور بالرضا عن حياته والرضا عن نفسه وعن الآخرين والاستمتاع بالحياة والتعبير عن مشاعره الايجابية

إن الشعور بالسعادة هو حالة من المرح والهناء والإشباع تنشأ أساسا من خلال إشباع الدوافع، ولكنها تسموا إلى مستوى الرضا النفسي، وهي بذلك وجدان يصاحب تحقيق الذات، وترى مجدي (2006) أن الشعور بالسعادة يؤثر في صحة الفرد النفسية والجسمية، كما تتأثر السعادة بأمر عدة أهمها: تكامل شخصية الفرد، تقبل الذات، الرضا عن الحياة بما فيه من ضغوط وصعاب، وكذلك الحرص على إقامة علاقات جديدة وبالتالي فالشعور بالسعادة يعتبر جزءا لا يتجزأ من شعور الفرد بجودة حياته سواء النفسية أم الاجتماعية.

تاسعا: التوجه نحو المستقبل:

إن قلق المستقبل يمثل أحد أنواع القلق والذي يشكل خطورة في حياة الفرد، والذي يمثل خوف من مجهول عن خبرات ماضية وحاضرة أيضا يعيشها الفرد، والذي يجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر، ومن ثم شعوره بعدم الاستقرار، وقد تسبب له هذه الحالة شيئا من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي وخطير، كالاكتئاب والاضطرابات النفسية العصبية الخطيرة وتشير أيضا إلى إن قلق المستقبل قد ينشأ عن أفكار خاطئة وغير عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله، وكذلك المواقف والإحداث والتفاعلات بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الذي يفقده السيطرة على مشاعره على أفكاره العقلانية، ومن ثم عدم الأمن والاستقرار النفسي وقد يتسبب هذا القلق في حالة من عدم الثقة بالنفس، وعدم القدرة على مواجهة المستقبل. (محمد الهنداوي، 2010، ص48).

وكذلك الخوف والذعر الشديد من المتغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل، مصحوبا بالتوقعات السلبية لما يحمله هذا المستقبل، ومن ثم الثورة النفسية التي تأخذ أشكالا مختلفة كالخوف من المجهول (المستقبل). (نفس المرجع السابق، ص48).

7 التوجيهات النظرية لجودة الحياة:

1.7 المنظور المعرفي:

يرتكز هذا المنظور تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الأتيتين:

الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي تحدد شعوره بجودة الحياة.

الثانية: في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة ووفق ذلك وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

نظرية لاوتن (1996):

طرح لاوتن (1996)، مفهوم طبيعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة والتي تدور حول الأتي:

أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

- **الظرف المكاني:** إذ أن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة الحياة، وطبيعة البيئة في ظرف المكاني تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والأخر تأثير غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

- **الظرف الزماني:** إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة (بشرى عناد، 2010، ص723).

نظرية شالوك: 2002

أعطى شالوك (2002) تحليلاً مفصلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة الشعور الفرد بجودة الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فاعامل الحاسم في ذلك يمكن في طبيعة إدراك الفرد لجودة الحياة (عبد الرحمن، 2007 ص 338).

ويوضح جدول رقم (2) تفصيلات نظرية (شالوك) لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كل مجال من هذه المجالات

المجالات							
الحقوق البشرية والقانونية	الإندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين الشخصية	السعادة الوجدانية
الحقوق الفردية	التكامل الترابط	الاستقلالية الأهداف	الصحة الأنشطة اليومية	التعليم الكفاءة الشخصية	الحالة المادية العمل السكن	التفاعلات العلاقات الإسناد	الرضا مفهوم الذات انخفاض الضغوط
حقوق الجماعة قانون وعمليات الواجبة	الأدوار المجتمعة	الاختيارات	وقت الفراغ	آداء			المؤشرات

الجدول رقم 02: مجالات جودة الحياة ومؤشراتها بحسب نظرية شالوك

- التعليق على الجدول: وعلى وفق ما ذكر في جداول رقم (02) يمكن تصور مؤشرات جودة الحياة في الآتي:

- الناحية الذاتية: التقييم الوظيفي كمقياس العادي "مستوى الوظيفة، وملاحظة المشاركة، واستبيانات الظروف، والأحداث البيئية، والتفاعل في الأنشطة اليومية، وتقرير المصير، والتحكم الشخصي، وأوضاع الدور التعليم، المهنة، المسكن" (عبد الرحمن سعيد، 2007، ص 34).

– الظروف الخارجية: والمنبهات الاجتماعية "مستوى المعيشة، ومستوى العمل(نفس المرجع السابق ص34).

2.7 المنظور الانساني:

يشير المنظور الانساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين وهما:

○ وجود كائن حي ملائم.

○ وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبق للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم منها، كما أن هناك البيئة الثقافية، التي تقيس جودتها لقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا أو معنويا (رضوان حامد، 1984، ص ص99.96)

نظرية رايف (1999):

تدور نظرية "رايف" حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة بعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها بسنة أبعاد يضم كل بعد بستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء التحديد معنى السعادة النفسية (شيخي مريم، 2013، ص 85).

الذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته، وهذه الأبعاد هي:

البعد الأول الاستقلالية: وصفاته تتمثل بقدرة الشخص على أن:

– يقرر المصير بنفسه، يكون مستقلا بذاته، قادرا على مقاومة الضغوط الاجتماعية، يتصرف بطرائق مناسبة، منظم في سلوكه، يقيم ذاته بما يتناسب وقدرته الشخصية.

البعد الثاني التمكّن البيئي: ومن صفاته:

-الكفاية الذاتية للفرد، قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطه وبيئته، قدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة لديه، قدرته على اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية، قدرته على اختيار قيمه الشخصية، قدرته على التصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه.

البعد الثالث النمو الشخصي: ومن صفاته:

- شعور الفرد بالنمو الارتقاء المستمر، إدراكه التطور وتوسيع، انفتاحه للتجارب الجديدة، إحساسه الواقعي بالحياة، شعوره بذاته وتطور سلوكه يوماً بعد الآخر، سلوكه تغير طرائق تزيد من معرفة وفاعلية الذاتية.

البعد الرابع العلاقات الإنسانية مع الآخرين من صفاته:

- رضا الفرد عن علاقته الاجتماعية، ثقته بالآخرين من حوله، قناعاته برفاهية الآخرين، قدرته على التعاطف والتودد الآخرين، اهتمامه بالتبادل الاجتماعي، اظهاره للسلوك الاجتماعي مع الآخرين.

البعد الخامس تقبل الذات: ومن صفاته:

- إظهار الفرد توجهها إيجابياً نحو ذاته، قبوله بالسّمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية والإيجابية)، الشعور الإيجابي بحياته الماضية، تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية، بشعر بخصائص ذاته المميزة، يظهر النقد الإيجابي لذاته.

البعد السادس الهدف من الحياة ومن صفاته:

- أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة، أن يضع أهدافاً تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها، أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة، أن يكون له القدرة على توجيه أهداف حياته، أن يكون قادراً على الإدراك الواضح لأهداف حياته، أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة (الكرخي خنساء، 2011، ص.ص 58.57).

لقد من "رايف" أن جودة الحياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في المراحل حياته المختلفة، وأن التطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة (بشرى عناد مبارك، 2010، ص، 727).

3.7 المنظور التكاملي:

نظرية أندرسون 2003:

طرح اندرسون (2003) شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متحدا من مفاهيم السعادة، ومعنى الحياة ونظام المعلومات البيولوجي والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة.

لقد أشار أندرسون إلى أن إدراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكار كي يصل إلى الرضا عن الحياة (بشرى عناد مبارك، 2010، ص 728).

فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات جودة الحياة:

- أن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة.
- أن تضع أهدافا واقعية تكون قادرين على تحقيقها.
- أن تسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.
- أن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد إلى شعوره بجودة الحياة، (شيخخي مريم، 2013، ص86).

4.7 النموذج النظري العربي لجودة الحياة:

أعطى أبو سريع وآخرون (2006) نموذجاً لتقدير وتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة وهي موزعة على بعدين متعامدين كما هو موضح في الجدول رقم 03:

— تقدير الذات	الذاتية	— التوافق الأسري
— الفاعلية الذاتية		الرضا عن الصداقة
— التدين		العلاقة مع الزملاء
— الهويات الشخصية		الرضا عن المصروف
— المحددات الداخلية		المحددات الخارجية
— الصحة العامة		الدخل الشهري للأسرة
— القوام البدني		المصروف الشخصي
— القدرات والمهارات الشخصية		نوعية السكن
— التفوق الدراسي		نوعية مكان العمل
	الموضوعية	

الجدول رقم 03: تصور أبو سريع وآخرون لمحددات جودة الحياة

التعليق على الجدول: يمكن تفسير جدول رقم (03) بالآتي:

1- أن البعد من الذاتية إلى الموضوعية يشمل قطبي توزيع محددات جودة الحياة، كونها من داخل الشخص أو خارجه، وتسمى "بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل بعد المحددات الخارجية"

2- أن البعد الرأسي يمثل توزيع تلك المحددات على وفق قياسها وتحقيقها وهي تتوزع بين الأسس الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) والأسس الموضوعية التي تشمل الاختبارات والمقاييس التي تتيح للفرد موازنة نفسه بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية وعلى وفق هذا التصور مصطلح جودة الحياة يمثل ظاهرة متعددة الجوانب (الصحية، والاجتماعية، واقتصادية، ونفسية)، تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فمثلاً عن النظام السياسي، والتقاليد الاجتماعية، ومفهوم الرفاهية، ومعتقدات الأفراد المختلفة، كما تتمثل جودة الحياة في إشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو غير مادية، (الشنفيري أمل، 2006، ص20).

كما أن جودة الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل: الرضا والقناعة، التوافق النفسي والاجتماعي، والصحي والأسري، درجة الولاء والانتماء للأسرة والوطن، مفهوم الذات والوعي بها، درجة المرونة الفكرية وتقبل الآخر (نفس المرجع السابق، ص20).

8- قياس جودة الحياة:

نظرا لعدم وجود معايير واضحة ومحددة لقياس مفهوم جودة الحياة، لذا كان هناك حذر شديد لعمل قياس لجودة الحياة مع ضرورة هذا القياس، ونجد أن العلماء والباحثين استخدموا العديد من المقاييس لقياس جودة الحياة، وعند مناقشة مفهوم جودة الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكن تختلف من حيث المضمون مثل: الصحة الجيدة، الحالة الصحية، الرضا عن الحياة والأمل، ومن المهم تقييم العلاقة بين الثقافة وجودة الحياة لأن الإدراك لجودة الحياة ذو ارتباط وثيق مع الحدود الثقافية والتي تختلف من مجتمع لآخر.

هناك بعض الأمور يمكن من خلالها قياس جودة الحياة والتي يمكن قياسها مثل: الحالة الصحية، قابلية الحركة، جودة المنزل وغيرها، وهناك أمور أخرى لقياس جودة الحياة عن طريق الحصول على معلومات دقيقة عن حياة الشخص أو مدى كفاءة وفعالية النظام الذي يجيء الإنسان مثل: التوحيد، توزيع الدخل، توفر الوصول. (شيخي مريم، 2013، ص90).

❖ أدوات قياس جودة الحياة

قسم ويكلاند" أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع: علمي، عام وخاص.

وضع " اريف" وكيز" علماء في علم النفس الايجابي نموذج لجودة الحياة يعرف باسم نموذج العوامل الستة.

❖ نموذج العوامل الستة لجودة الحياة

وتعددت الأدوات والمقاييس المستخدمة في قياس جودة الحياة وذلك بتعدد المؤشرات النفسية المرتبطة بها من جهة ويأتي في مقدمة هذه المتغيرات الرضا عن الحياة وعن بعض ميادين الحياة والحاجات النفسية.

من بين الأدوات لقياس جودة الحياة نجد " اختبار مانشستر" للتقييم المختصر لنوعية الحياة، وقد تم تطوير اختيار " مانشستر" ليكون بمثابة أداة مكثفة ومعدلة قليلا بعرض تقييم جودة الحياة، بالتركيز على عامل الرضا عن الحياة بصفة عامة.

وفيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم:

1.8 مقياس جودة الحياة لـ "فريتش":

يقيس الرضا عن الحياة، جودة الحياة ويتضمن مقياس الجودة الذاتية أربعة عشر (14) مجالا للحياة مثل: العمل، الصحة، وقت الفراغ، العلاقات مع الأصدقاء والأبناء، مستوى المعيشة، فلسفة الحياة والعلاقات في العمل ومع الأقارب والجيران... الخ، حيث يطالب من المفحوص تقدير الرضا في مجال معين من مجالات الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.

2.8 المقياس العالمي:

وصمم أسلوبه العام من أجل جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل: مقياس " فلانجان" لجودة الحياة الذي يسأل المبحوثين عن رضاهم عن خمسة عشر (15) مجالا من مجالات الحياة.

3.8 المقياس العام:

وهذا المقياس له أمور مشتركة مع المقياس العالمي، ومنهم من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية، تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل: احتمالية تأثير المرض أو أعراض ذلك المرض على المرضى.

4.8 المقياس الخاص بالمرضى:

تم تطويره لمراقبة ردة الفعل اتجاه العلاج في حالات خاصة، وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى، حيث يكون هؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة، والميزة الكبرى لهذا المقياس أنه يطبق ويغطي مجموعة كبيرة من السكان (شيخي مريم، 2013، ص ص90.92).

خلاصة الفصل:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل يتضح أن جودة الحياة من المفاهيم المهمة والتي ينبغي الاهتمام بها ودراستها والتعمق في ذلك لكونها قاعدة أساسية في تفادي الكثير من المشكلات التي قد تعترض حياة الفرد وجودة الحياة تساهم في تعزيز السعادة الشخصية للإنسان في ممارساته وأنشطته وشؤون حياته اليومية لتحسين صحة الفرد النفسية والجسمية مما يجعله فردا منتجا فعالا في مجتمعه وصولا إلى عيش حياة متوافقة بين جوهر الفرد والقيم السائدة في المجتمع وجعل الحياة ممتعة ليست مقتصرة فقط على الاغنياء والقادرين بل يستطيع أي فرد ان يعيشها.

الفعالية الذاتية

تمهيد:

يعتبر مفهوم فعالية الذات حديث النشأة نسب ضمن النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا وهو مرتبط بدرجة الاعتقاد والثقة والمهارات الشخصية والقدرة على الإنجاز ضمن تأثير العوامل الداخلية مثل الوراثة والاستعدادات والخارجية مثل البيئة المادية والمحيط الاجتماعي والاهتمام به أصبح من المواضيع ذات الأولوية للدراسة والبحث في مجال علم النفس بشتى ميادينه وتخصصاته وتعد فعالية الذات من المتغيرات النفسية الهامة التي توجه سلوك الفرد وتساهم في تحقيق أهدافه الشخصية وفي هذا الفصل سنتطرق إلى تعريف فاعلية الذات وكذا مصادرها وأنواعها والنظرية المعرفية الاجتماعية و محدداتها يليها أبعاد فاعلية الذات وخصائصها واخيرا مكوناتها.

1-تعريف الفاعلية الذاتية:

تعريف لغة: الأصل اللغوي للفاعلية هو الفعل 'فعل' الذي مشتقاته فاعل و'فعال' والفاعلية مصدر صناعي إختاره مجتمع اللغة العربية بالقاهرة للدلالة على وصف الفعل بالنشاط والإتقان.

الذات: ما يصلح لأنه يعلم ويجبر عنه وذات الشيء نفسه واسم الذات عند النحاه ما علق على ذات كالرجل (مغلوب لويس، 1986، ص240).

تعريف اصطلاحا: تعتبر فاعلية الذات ميكانيزم ينشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة وإستخدامه لإمكانياته المعرفية ومهاراته الإجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة وهي تعكس ثقة الفرد بنفسه وقدراته على النجاح في أداء المهمة (العتيبي، 2008)

يعرف باندورا الفاعلية الذاتية بأنها اعتقادات الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء تؤثر على الأحداث التي تمس حياته وشعور بأنه قادر على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث وأنها تحت سيطرته غالباً(زعطوط رمضان، 2005، ص42)

ويعرفها دوفان وولكر (1997) بأنها القدرة أو الإمكانية على أداء السلوك المطلوب، ومن ثم التأثير على العمليات ومجريات الأمور.

كما تعرف الفعالية الذاتية على أنها مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدراته على القيام بسلوكيات معينة ومرونته في هذا التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحدي الصعاب ومدى مثابته للإنجاز ويتضمن هذا المفهوم الأبعاد التالية: الثقة بالنفس والمقدرة والتحكم في ضغوط الحياة وتجنب المواقف التقليدية والصمود أمام خيرات الفشل والمثابرة على الإنجاز (علاء التطراوي، 2000، ص297).

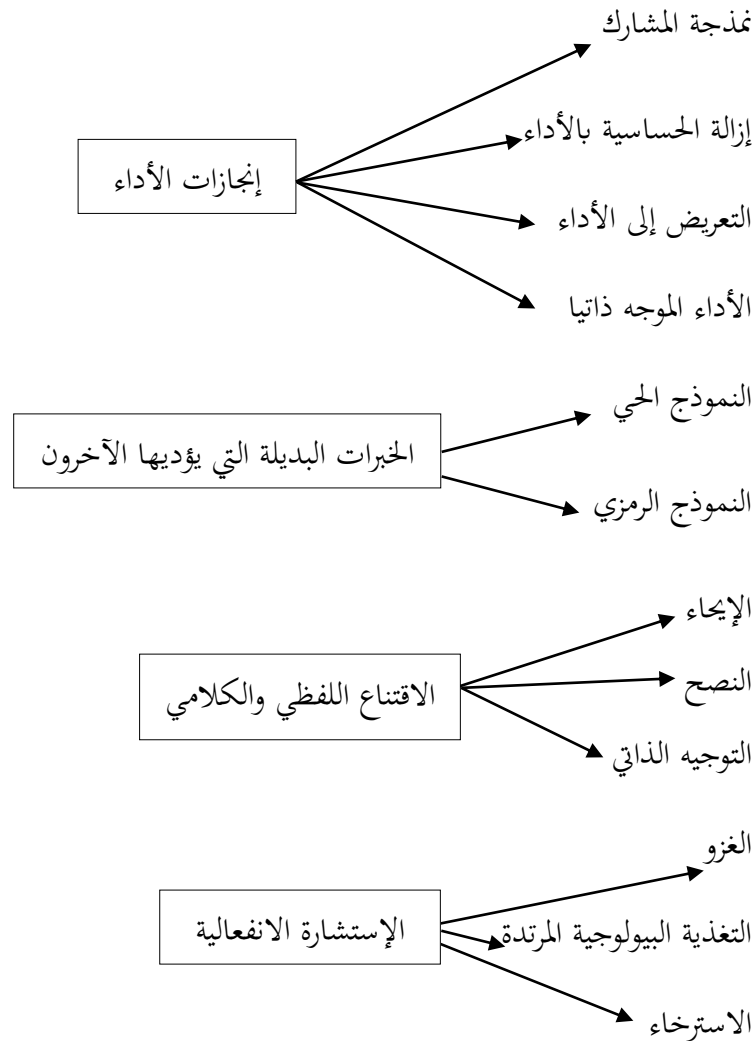
2- مصادر فاعلية الذات:

وضع باندورا أربعة مصادر أساسية للمعلومات تشتق منها فاعلية الذات كما يمكن أن تكتسب أو تقوي أو تضعف من خلالها وهي:

- **خبرة السيطرة:** يعتمد هذا المصدر على الخبرات التي يعيشها الفرد فالنجاح عادة يرفع توقعات الفاعلية بينما الإخفاق المتكرر يخفضها ويتطلب الإحساس بالفاعلية القوية خبرة في التغلب على العقبات من خلال بذل الجهد والمثابرة المتسمة المتواصلة. ويسجل الناس الزيادات الملحوظة في الفاعلية الذاتية عندما تحضي تجاربهم المعتقدات الخاطئة عما يخافونه وعندما يكتسبون المهارات الجديدة للتمكن من الأنشطة المتوقعة، كما أن المعلومات المطلوبة لتقييم الفاعلية الذاتية يحصل عليها بواسطة سيطرة الأداء وتجارب التعلم البديل والإقناع اللفظي والإثارة الفسيولوجية حيث تعمل إنجازات الأداء سجل معرفيا يتشكل من خلاله معتقدا ذاتيا يوضح إمكانيات تحقيق المهمة المستقبلية. حيث يعتقد الشخص ذو الفاعلية الذاتية العالية أنه قادر على إنجاز سلوك ولديه الرغبة في متابعة النشاط بالرغم من الصعوبات التي تواجهه كما أن الاعتقاد بعدم الفاعلية يعيق استعداد الشخص الصعاب (الإمام النشاوي، 2002، ص474)
- **الخبرات البديلة:** الخبرات البديلة يشار إليها أيضا بتسمية النمذجة أو الاعتقاد باللائموزج أو التعلم بالملاحظة وفي الخبرة البديلة فإن الفرد يتعلم عن طريق ملاحظة الناس الآخرين ثم يستخدم هذه المعلومات لتكون توقعات حول سلوكه الخاص وتأثيرات الخبرة البديلة تعتمد على إدراك الفرد للتشابه بينه وبين اللانموزج أو الشخص الذي يقوم بملاحظته (الالوسي احمد، 2014، ص73)
- **الإقناع اللفظي أو الكلامي:** أي الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين والإقناع بها من قبل الفرد أو المعلومات التي تأتي الفرد لفظيا عن طريق الآخرين وهو ما قد يكسبه نوع من الترغيب في الأداء أو العمل وتؤثر على سلوك الشخص أثناء محاولته لأداء المهمة وللإقناع الاجتماعي دورا أيضا حيث يشير إلى الأنشطة التي يؤديها الناس بنجاح في المهام المحددة المقترحة والتدريب وإعطاء تغذية راجحة تقييمية على الأداء هي أنواع شائعة من الإقناع الاجتماعي (مرجع سابق 2014، ص474)

○ الاستشارة الانفعالية: تؤثر الاستشارة الانفعالية في توقعات فاعلية الذات في المواقف المهددة والأفراد يعتمدون جزئياً على حالة الاستشارة الفيزيولوجية في الحكم على قلقهم وتعرضهم للضيق وبسبب أن الإثارة العالية توهن الأداء فالأفراد يهتمون أن يتوقعوا النجاح عندما لا يكونون محاطين بالإثارة المزعجة أكثر مما يكونون متوترين ومرتبطين. وفي هذا الصدد أشارت دراسة (باندورا وآخرين 1982) إلى أن الشعور بالخوف المقيس بالأعراض الفسيولوجية مثل تسارع ضربات القلب وضغط الدم يتزايد كلما انخفض مستوى فاعلية الذات المرتبط بالقدرة على التوافق (الالوسي احمد، 2014، ص73).

الشكل رقم 01: المصادر الأربعة الرئيسية لتوقعات فاعلية الذات: (مرجع سابق، 2014، ص73).



التعليق على الشكل رقم 01:

من خلال الشكل نجد ان انجازات الاداء يعتمد على الخبرات التي يعيشها الفرد وفيما يخص الحياة البديلة فإن الفرد يتعلم عن طريق ملاحظة الناس الاخرين وتعتمد على ادراك الفرد، و الاقناع اللفظي و الكلامي يتعلق بخبرات معينة للأخلاقين و الاقناع بها من قبل الفرد وبالنسبة للإستشارة الانفعالية فهي تعتمد على الاسترخاء و الغزو.

3-أنواع الفاعلية الذاتية:

يمكن تصنيف الفاعلية الذاتية إلى عدة أنواع منها:

○ **الفاعلية القومية:** وتعمل على اكتساب الأفراد أفكارا ومعتقدات من أنفسهم، باعتبارهم أصحاب قومية واحدة (الرواحية بدرية محمد، 2016).

إن الفاعلية القومية قد ترتبط بأحداث لا يستطيع المواطنون السيطرة عليها مثل انتشار تأثير التكنولوجيا الحديثة، والتغير الاجتماعي السريع في أحداث المجتمعات، والأحداث التي تجري في أجزاء أخرى من العالم والتي يكون لها تأثير على من يعيشون في الداخل، كما تعمل على إكسابهم أفكار ومعتقدات من أنفسهم باعتبارهم أصحاب قومية واحدة أو بلد واحد (المشيخي غالب، 2009، ص 84).

○ **الفاعلية الجماعية:** هي مجموعة تؤمن بقدراتها وتعمل في نظام جماعي لتحقيق المستوى المطلوب منها، ويشير "باندورا" إلى أن الأفراد يعيشون غير منعزلين اجتماعيا، وأن الكثير من المشكلات والصعوبات التي يواجهونها تتطلب الجهود الجماعية والمساندة لإحداث أي تغيير فعال، وإدراك الأفراد لفاعليتهم الجماعية يؤثر في ما يقبلون على عمله كجماعات ومقدار الجهد الذي يبذلونه وقوتهم التي تبقى لديهم إذا فشلوا في الوصول إلى النتائج، وأن جذور فاعلية الجماعة تكمن في فاعلية أفراد هذه الجماعة. ومثال ذلك: فريق كرة القدم إذا كان يؤمن في قدراته ومقدرته على الفوز على الفريق المنافس فيصبح لديه بذلك فاعلية جماعية مرتفعة والعكس صحيح (نفس المرجع السابق ص 85).

○ **فاعلية الذات العامة:** ويقصد بها مجموعة من التوقعات التي يحملها الفرد إلى المواقف الجديدة، وهي تحدد ثقة الفرد العامة وقابليته للنجاح، وتؤثر بشكل ملحوظ على توقعات الفاعلية الذاتية في المواقف

الخاصة، وقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج إيجابية ومرغوبة في موقف معين، والتحكم في الضغوط الحياتية التي تؤثر على سلوك الأفراد، وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أدائه للمهام، والأنشطة التي يقوم بها، والتنبؤ بالجهد والنشاط والمثابرة لتحقيق العمل المراد القيام به، وتشمل توقعات الفاعلية الذاتية العامة في المواقف العامة التي يمكن لكل شخص أن يمر بها (الرواحية بدرية، 2016، ص34).

○ **فاعلية الذات الخاصة:** ويقصد بها أحكام الأفراد الخاصة والمرتبطة بمقدرتهم على أداء مهمة محددة في نشاط محدد مثل الرياضيات (الأشكال الهندسية) أو في اللغة العربية (الإعراب - التعبير) (المشيخي غالب، 2009، ص85).

حيث تشمل توقعات الفاعلية الذاتية الخاصة في مجالات خاصة من المشكلات التي يمكن أن تواجه أشخاص محددين أو مجموعات خاصة كالمدخنين وذوي الوزن الزائد (الرواحية بدرية، 2016، ص34).

○ **فاعلية الذات الأكاديمية:** تشير فاعلية الذات الأكاديمية إلى إدراك الفرد لقدرته على أداء المهام التعليمية بمستويات مرغوب فيها. أي أنها تعني قدرة الشخص الفعلية في موضوعات الدراسة المتنوعة داخل الفصل الدراسي وهي تتأثر بعدد من المتغيرات نذكر منها حد الفصل وعمر الدارسين ومستوى الاستعداد الأكاديمي للتحصيل الدراسي (المشيخي غالب، 2009، ص85).

الفاعلية الأكاديمية هي أكبر العوامل المعرفية التي تؤثر على النجاح الأكاديمي، وخاصة الطلاب، وهم غالبا ما يختارون الأهداف التي تناسب قدراتهم الأكاديمية، إن الفاعلية الذاتية تقوم على تعزيز ثقة الطلاب في قدراتهم الأكاديمية وذلك بطرق مختلفة، مثل: الاحتفال بقصص النجاح في الأكاديمية، والتشجيع لمواجهة التحديات الجديدة، وكذلك تشجيعهم ليصبحوا مرشدي أقران في الحرم الجامعي (الرواحية بدرية، 2016، ص35).

من خلال ما سبق ذكره يمكن التمييز بين (05) أنواع من الفاعلية الذاتية، نجد الفاعلية القومية الخاصة بأصحاب قومية واحدة أو بلد واحد، والفاعلية الجماعية الخاصة بأفراد الجماعة الواحدة كفريق كرة القدم، والفاعلية الذاتية الأكاديمية الخاصة بالطلبة وتوقعات قدرتهم حول موضوعات الدراسة المتنوعة، كما نجد الفاعلية الذاتية الخاصة والتي ترتبط بمقدرة الفرد على أداء مهمة محددة في نشاط محدد كالإعراب أو التعبير في

اللغة العربية، ويتمثل النوع الأخير في الفاعلية الذاتية العامة وهي قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج إيجابية ومرغوبة في موقف معين، وتم الاعتماد على هذا النوع الأخير كونه أقرب الأنواع للدراسة الحالية.

4- النظرية المعرفية الاجتماعية للفاعلية الذاتية:

أشار (باندورا 1986) للنظرية المعرفية الاجتماعية التي اشتقت من نظرية التعلم الاجتماعي، حيث يعود الفضل لـ "باندورا" في وضع أسس وتطوير وإثراء هذه النظرية كنتائج لعشرين عاما من البحث السيكولوجي، ويفترض مضمون هذه النظرية أن التعلم الإنساني معرفي.

كما يعتبر باندورا أن التفكير والسلوك الإنساني يعتبران كنتائج دينامي لتأثيرات كل من:

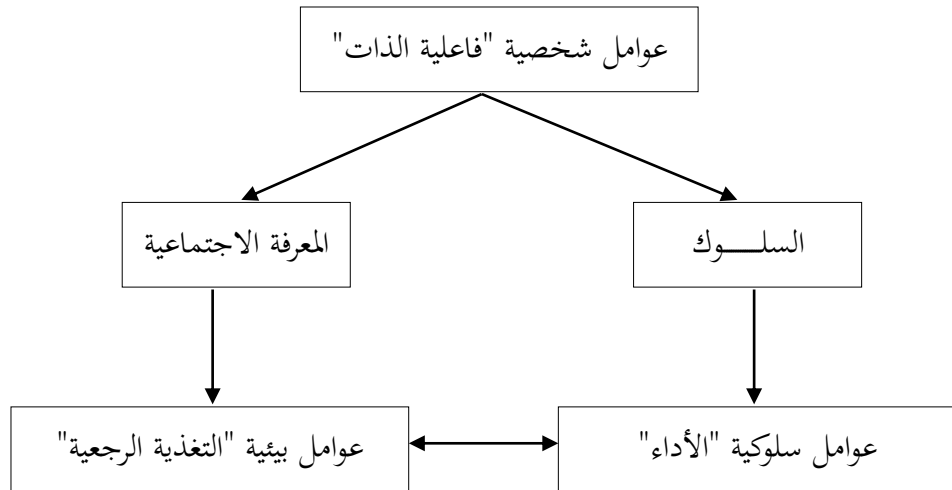
○ العوامل الشخصية التي تمثل: (المعرفة، التوقعات، الاتجاهات).

○ العوامل السلوكية التي تمثل: (المهارات، الممارسة، التدريب، الاستجابات).

○ العوامل البيئية التي تمثل: (المعايير الاجتماعية، تأثير الآخرين).

وقد عبر عن هذا التفاعل من خلال مبدأ الحتمية المتبادل الذي ينص على أن السلوك الإنساني يتحدد تبادليا من خلال تفاعل هذه العوامل الثلاثة، حيث يعد مبدأ الحتمية المتبادلة من أهم افتراضات النظرية المعرفية الاجتماعية، أنظر الشكل رقم 02:

الشكل رقم 02: نموذج الحتمية المتبادلة لنظرية فعالية الذات (باندورا، 1986، ص 39)



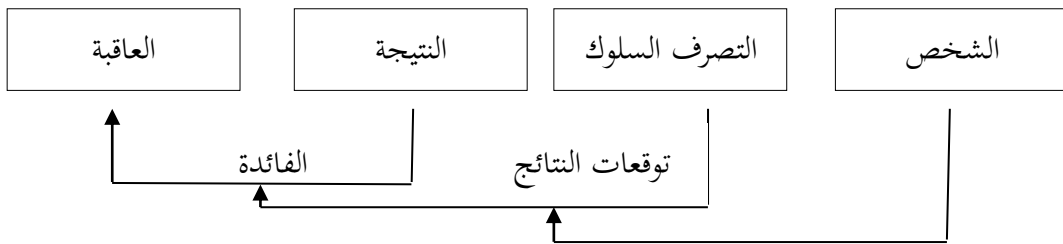
التعليق عن الشكل رقم (02):

يتبين من خلال الشكل السابق، أن نموذج الحتمية المتبادلة يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك، وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة. فالطبيعة المتبادلة للوظيفة الحتمية للإنسان في النظرية المعرفية الاجتماعية ممكن أن تعمل لتوجيه جهد العلاج والإرشاد إلى العوامل الشخصية والبيئية والسلوكية، واستراتيجيات زيادة الصحة النفسية تهدف إلى تحسين العمليات العاطفية والمعرفية والدافعية، وزيادة كفاءة السلوك (كمال الشناوي، 2006، ص476).

فالأشخاص بإمكانهم التفاعل وإعطاء نتائج مرغوبة من خلال التحكم في الأحداث التي تؤثر في حياتهم، هذا يعني أن كل فرد يملك نظاما خاصا به يسمى بالتنظيم الذاتي يجعله قادرا على ضبط طريقة تعامله وتفكيره (نفس المرجع السابق، ص477).

ومن خلال ما سبق نجد أن (باندورا) قدم نظرية متكاملة لفعالية الذات وأكد أنها قوة مهمة تفسر الدوافع الكامنة وراء أداء الأفراد في مختلف المجالات، وأنها تسهم في تحديد سلوك المثابرة ومستويات ردود الأفعال للضغوط الانفعالية وضبط الذات. والشكل 03 المتعلق بالنموذج النظري لقيمة التوقع يؤكد ذلك:

الشكل رقم 03: النموذج النظري لقيمة-التوقع



التعليق عن الشكل رقم 03:

من خلال الشكل السابق يميز (باندورا) بين مفهوم التوقعات التي تخص نتيجة الفعل والتي هي تقييم الفرد لسلوك ما بأنه يقوم إلى نتيجة معينة، وبين التوقعات الخاصة بفعالية الذات على أنها الاقتناع بالنجاح في إنجاز السلوك المطلوب.

ويتضح الاختلاف بين المفهومين في كون الأفراد يمكنهم أن يعتقدوا أن فعلا معيناً يمكنه أن يؤدي إلى بعض النتائج، ولكنهم يضعون قدراتهم موضع شك.

وقد وسع شوارزر نموذج الكفاءة الذاتية العامة ل باندورا حيث أن الكفاءة الذاتية توقعات النتائج مستقلة عن بعضها عند باندورا ومرتبتان وراء بعضهما بالتسلسل، حيث أضاف شوارزر العاقبة التي تأتي بعد النتيجة ومن ثم الفائدة كتوقع جديد والفائدة بالنسبة له هي توقعات (النتيجة-العاقبة)، وهي مكون من ذخيرة المعرفة (جميل رضوان، 2010، ص12).

5- محددات نظرية التعلم الاجتماعي:

فيما يلي نتطرق لأهم المحددات التي افترضتها نظرية التعلم الاجتماعي ل "باندورا":

- إن معظم السلوك ذات هدف معين، كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي، كالتنبؤ أو التوقع، وهي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز.
- يتعلم الفرد عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين ونتائجها، والتعلم عن طريق الملاحظة يقلل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ، ويسمح الاكتساب السريع للمهارات المعتقدة، التي ليس من الممكن اكتسابها عن طريق الممارسة.
- يمتلك الفرد القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال، والاختيار لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج، والاتصال بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين.
- يمتلك الفرد القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكه، وعن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية التي تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، وقيمون سلوكهم بناء على هذه المعايير، وهذا يمكنهم من بناء حافز ذاتي يدفع ويرشد السلوك.
- يمتلك الفرد القدرة على التعامل الذاتي والتقييم للأفكار الذاتية ويتيح هذه القدرات التحكم الذاتي في السلوك.
- يتحدد سلوك من خلال تفاعل الميكانيزمات والأبنية النفسية المعقدة وتزويده بالمرونة.

○ تتفاعل الأحداث البيئية والعوامل الذاتية مع السلوك بطريقة متبادلة باستجابة الأفراد معريا وسلوكيا وانفعاليا (مدحت عبد الحميد، 1999، ص 97).

6- أبعاد فاعلية الذات:

حدد باندورا، (1977-1997)، ثلاثة أبعاد تتغير فاعلية الذات تبعاً لها وهذه الأبعاد هي:

○ **قدر الفاعلية:** يرى (باندورا، 1977، ص 194) أن قدر الفاعلية يختلف تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف ويتضح عندما تكون المهام مرتبة وفق مستوى الصعوبة، والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية، ويتحدد هذا البعد كما يشير باندورا من خلال صعوبة الموقف، ويظهر هذا القدر بوضوح عندما تكون المهام مرتبة من السهل للصعب، لذلك يطلق على هذا البعد "مستوى صعوبة المهمة".

ويؤكد (باندورا، 1997، ص 195) في هذا الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الفاعلية الشخصية يمكن الحكم عليها بمختلف الوسائل مثل: مستوى الإتقان، بذل الجهد، الدقة، الإنتاجية، التهديد، التنظيم الذاتي المطلوب، فمن خلال التنظيم الذاتي فإن القضية لم تعد أن فرداً ما يمكن أن ينجز عملاً معيناً عن طرق الصدفة ولكن هي أن فرداً ما لديه الفاعلية لينجز بنفسه وبطريقة منظمة من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء.

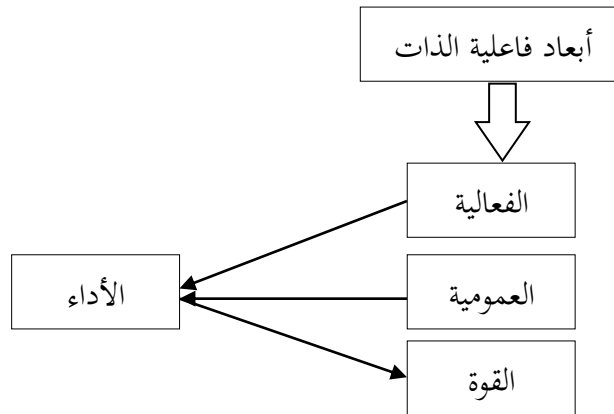
○ **العمومية:** حسب (باندورا، 1977، ص 194) يشير هذا البعد إلى انتقال فاعلية الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء الأعمال ومهام مشابهة.

○ وفي هذا الصدد يذكر (باندورا، 1977، ص 43) أن العمومية تتحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة، وأنها تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل: درجة تشابه الأنشطة والطرق التي نعبر بها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية، والمعرفية، والوجدانية، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه (المشيخي غالب، 2009، ص ص 77-78).

- **القوة:** يشير (باندورا، 1986) إلى أن القوة تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملائمتها وكما أن الشعور بالفاعلية يعبر عن المثابرة الكبيرة والقدرة العالية التي تساعد الفرد أو الطالب في اختيار الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح (رفقة خليف، 2008، ص139).
- ويشير أيضا هذا البعد إلى عمق الإحساس بالفاعلية الذاتية، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس.
- ويتدرج بعد القوة أو الشدة على متصل ما بين قوي جدا إلى ضعيف جدا (فتحي الزيات، 2001، ص510).

أبعاد فاعلية الذات عند باندورا الشكل رقم (04):

الشكل رقم 04: يوضح أبعاد فاعلية الذات (نيفين عبد الرحمان، 2011، ص49)



التعليق على الشكل رقم 04:

حسب باندورا يقسم ابعاد فاعلية الذات الى ثلاث ابعاد فبعد الفعالية يحدد على حسب صعوبة الموقف ،وبعد العمومية انتقال فاعلية الذات من موقف ما الى موقف مشابه وبالنسبة لبعد القوة فهو خبرة الفرد ومدى ملائمتها.

7- خصائص الفاعلية الذاتية:

يذكر باندورا (1997) أن هناك خصائص عامة يتميز بها ذوي فعالية الذات المرتفعة والمنخفضة، فحسب نظرية "باندورا" فإن فعالية الذات تركز على كيف يفكر الأشخاص وكيف يشعرون وماهي سلوكياتهم، فالشعور المنخفض بفاعلية الذاتية يرتبط بالاكنتاب والعجز والقلق وبالتشاؤم حول الأداءات والتطور الشخصي وتقدير منخفض للذات (باندورا، 1994، ص38)

- وعليه فخصائص فعالية الذات المرتفعة الذين لديهم إيمان قوي في قدراتهم هي:
- يتميزون بمستوى عال من الثقة بالنفس.
- لديهم قدر عالي من تحمل المسؤولية.
- يستعيدون سريعا شعورهم بفاعلية الذات في حالات الفشل.
- يواجهون المواقف المهذرة بفاعلية تضمن لهم التحكم في أنفسهم وانفعالاتهم.
- يتمتعون بمثابرة عالية في مواجهة العقبات التي تقابلهم.
- امتلاك فعالية الذات تزيد من إنجازاتهم وأداءاتهم الشخصية، كما تقتل حالات القلق والضغط والتعرض للاكنتاب.
- يتصفون بالتفاؤل.
- لديهم القدرة على التخطيط للمستقبل.
- يركزون على الأهداف بطموح.

بينما سمات ذوي فعالية الذات المنخفضة (الذين يشكون في قدراتهم):

- يركزون على النتائج الفاشلة.
- أفكار متشائمة وتجدهم يشكون في قدراتهم أمام المهام الصعبة.
- طموح ضعيف وعدم الالتزام.
- يستسلمون بسرعة.

- يركزون على الصعوبات وعلى الموانع التي سيواجهونها أكثر من تركيزهم على النجاح، مما يجعلهم ينسحبون من مواجهة هذه الصعاب.
- عرضة لحالات الاكتئاب والضغط والقلق (باندورا 1994، ص 02).

8- مكونات فعالية الذات:

تؤكد الدراسات تعدد مكونات فعالية الذات، وفيما يلي سنتطرق إلى بعض منها:

(أ) - **المكون المعرفي:** والذي يعني حجم المعلومات التي يملكها الفرد عن موضوع الفعالية، فضلا عن الوعي الذاتي بذلك الموضوع ومعتقداته.

(ب) - **المكون المهاري:** والذي يعني حجم المهارات التي يمتلكها الفرد للتصرف في المواقف المثيرة.

(ت) - **المكون الوجداني:** والذي يعني بالاتجاه نحو الموضوع ومدى إيجابيته، فضلا عن عملية تقبل الموضوع ومتعلقاته علاوة على تقبل الذات، وتقبل الآخر (براون وآخرون، 2005، ص 30)

خلاصة الفصل:

و في خلاصة هذا الفصل نجد ان الفعالية الذاتية مرتبطة بالظروف البيئية وخاصة الإجتماعية منها وبالتالي فإن نموها واستمرارها يتوقف على الدعم الذي يحصل عليه الفرد من الآخرين وخاصة الوالدين وو الاصدقاء والمعالجين ويمثل الوالدين أهم هذه المصادر في تنمية وتطوير فعالية الذات من خلال معرفة الخبرات الناجحة كما نجد ان فاعلية الذات وحدها لا تحدد السلوك على نحو كاف بل لا بد من وجود قدر من الإستطاعة سواء كانت فيزيولوجية ام عقلية ام نفسية كم لاحظنا تتأثر فاعلية الذات بالعديد من العوامل وهي كذلك تؤثر في أنماط التفكير والخطط التي يضعها الأفراد لأنفسهم كما أنها تختلف من شخص لأخر فكل فرد يتميز عن غيره بتكوين نفسي خاص به كغيره من أفراد المجتمع والتي تتمثل في شخصيته المتميزة عن غيره.

القصور الكلوي المزمن

تمهيد:

يعاني العديد من الأشخاص بمرض القصور الكلوي المزمن ويعد ضمن أمراض القرن للارتفاع المتزايد في عدد الإصابات أذ يمكن إعتباره أحد الأحداث الحياتية الضاغطة كونه يسبب توقف مفاجئ أو تدريجي لوظائف الكلية مما يؤدي الى خلل في عملية تنقية الدم وإخراج السموم من الجسم مما يؤدي الى خضوع المريض لعملية التصفية التي تتحكم في سير حياته وتعيق مهامه المعتادة وفي هذا الفصل سنتطرق الى بنية الكلية ووظائفها ثم تعريف القصور الكلوي والأنواع والأسباب والأعراض وفي الأخير نتطرق ألى التشخيص والعلاج.

1 تعريف الكلية:

تعد الكلية من الأعضاء الهامة في جسم الإنسان، لدورها الفعال في تخلص الجسم من بقايا التحولات الغذائية والمواد السامة والرواسب، إضافة إلى سيطرتها على توازن الماء في الجسم.

كما تتكون من كليتين وتعتبر جهازا لترشيح الدم تشبه حبة الفاصولياء، إذ أن سطحها الخارجي محدب والسطح الداخلي مقعر ويعرف بالصرة، يدخل إليها الشريان الكلوي الذي يحمل الدم المؤكسد لتغذية الكلية، والذي يتفرع منه الشريان الورطي ويخرج منها الوريد الكلوي الذي يجمع الدم غير المؤكسد من الكلية ويصب في الوريد الأجوف السفلي، كما يخرج منها الحالب، ويوجد أعلى كل كلية غدة هي الغدة الكظرية (زهير الكرمي، 1988، ص 77).

2- تركيب الكلية:

تتكون الكلية من طبقتين "الخارجية وتسمى "القشرة Cortex" وطبقة داخلية تسمى "اللُب "Médullaire".

- الطبقة الخارجية: وهي اللحاء ذو اللون الرمادي والمظهر الحبيبي.
- الطبقة الداخلية: وهي عبارة عن لب لونه أحمر يتكون من مجموعة من الأهرامات الصغيرة تتجه قاعدتها نحو المحيط والتي يخرج منها البول لينزل في حوض الكلية وهو الفراغ الذي يتصل بقناة البول (الحالب). (نفس المرجع السابق، ص، 79)

3- الوحدة الكلوية:

وتتكون من:

- **أهرامات:** هي وحدات الترشيح تدعى النيفرونات Néphrons (الأنابيب البولية) ويصل عددها في الكلية الواحدة إلى مليون أو نصف نفرون، وتجري في النفرونات عملية تشكل البول، أما الكبيبة الكلوية Glomérules التي تمثل وظيفتها في تصفية الدم فتتكون من مجموعة من الأوعية الدموية ومحفظة بومان التي تحيط بها وهي تتألف من صفيحتين داخلية وخارجية، تتكون الداخلية منها

من خلايا مستوية ورقيقة جدا، في حين تتحول الصفيحة الخارجية إلى قناة النفرون البولية ونلاحظ في هذه القناة الأجزاء التالية:

- الأنبوب البولي: وهو مقسم بدوره إلى عدة وحدات.
- عروة هنلي: ويتم فيها امتصاص وإفراز الأملاح المختلفة مثل الصوديوم حسب حاجة الجسم.
- الأنبوب المنتوي القريب: يمتص بعض المواد صغيرة الحجم كالكلوكوز، والبروتينات والتي ترشح من خلال محفظة بومان، ويفرز بعض المواد مثل الكلويدرات الهيدروجين والبيكاربونات حسب حاجة الجسم.
- الأنبوب المنتوي البعيد: وله دور هام في امتصاص وإفراز البوتاسيوم تحت تأثير هرمون الألدوستيرون في الأنابيب الجامعة.
- الأنابيب الجامعة: لها دور ترشيح الدم من خلال النيفرونات ودورها الأساسي هو امتصاص الماء من البول تحت تأثير الهرمون المضاد الذي تفرزه الغدة النخامية. (عبد الكرم فريجات، 2000، ص64)

4-وظائف الكلية:

- يبلغ طول الكلية في الإنسان البالغ حوالي 11سم، ويقرب وزنها إلى 135جم – 150جم وتتمحور الوظائف التي تؤديها الكلية على النحو التالي:
- تجميع البول.
- التخلص من المواد السامة الناتجة عن عملية الأيض.
- المحافظة على توازن الأملاح والماء في الجسم. (نفس المرجع السابق، ص65)

5-تعريف القصور الكلوي:

القصور لغة: قَصَرَ يَقْصُرُ قُصُورًا عن الأمر: عجز وكف عنه.

الكلية لغة: الكلية هي غدة لازقة بعظم صلب عند الخاصرة تلقي الدم وتفرز البول وهما كليتان (ج) كُلى (مومني عيسى، د.س، ص58)

القصور الكلوي اصطلاحاً: فالقصور الكلوي حد كان أم مزمناً ليس مرضاً في حد ذاته بل ناتج عن أمراض تصيب الكلى والتي تتميز بانخفاض عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم وإنتاج البول (رزقي رشيد، 2011، ص86).

6- مفاهيم القصور الكلوي:

بعض المفاهيم المرتبطة بالقصور الكلوي:

- الأنيميا: نقص مستوى الهيموجلوبين الموجود داخل كريات الدم الحمراء، والذي ينقل الأوكسجين إلى أعضاء الجسم.
- التنقية (الغسيل الدموي): ضخ الدم خارج الجسم خلال الكلية الصناعية مما يسمح للسموم والسوائل بالرشح من خلال الغشاء الموجود داخل الكلية الصناعية.
- داء السكري: ارتفاع مستوى السكر ويكثر حدوثه عند الأشخاص البدينين، وقلة الحركة ويؤثر سلباً في كثير من الأعضاء ومنها شبكية العين والأوعية الدموية ولللكلى والأعصاب.
- علم أمراض الكلى: الطبيب المتخصص في أمراض الكلى (Néphrologies).
- الكلية الصناعية: أسطوانة يوجد داخلها غشاء يسمح للسموم والأملاح بالانتقال من الدم إلى سائل التنقية، بينما يمنع مكونات الدم الآخر من الانتقال إلى سائل التنقية.
- المثانة البولية: عضو لتخزين البول.

- **البوريا:** فضلات وسموم يتم تكوينها من حرق خلايا الجسم للبروتين، ويتم إزالتها عن طريق الكلى وهي تقاس في الدم وتعكس مستوى وظائف الكلى.
- **الهرمون:** مواد كيميائية في الدم تفرزها الغدد وتتحكم في وظائف خلايا وأعضاء الجسم.
- **الفشل الكلوي الحاد:** تعمل وظائف الكلى خلال أيام وتعود الكلى مرة أخرى للعمل مع العناية الطبية في كثير من الأحيان.
- **الفشل الكلوي المزمن:** تعمل وظائف الكلى خلال أشهر إلى سنوات وتفقد الكلى وظائفها بشكل دائم.
- **التهاب الحبيبات الكلوي:** التهاب وحدة التصفية الكلوية مما يؤدي إلى ظهور الذلال أو الدم في البول مع اضطراب البطن ويغطي الأمعاء.
- **الفريتين:** هو بروتين يعكس مخزون الحديد.
- **قسطرة الغسيل الدموي:** أنبوب يتم وضعه في أوردة الجسم ويتم سحب الدم عن طريق الغسيل الدموي وقد تكون مؤقتة أو ثابتة.
- **الكرياتينين:** مادة يتم تكوينها من العضلات وتطردها الكلى، وهي تقاس في الدم وتعكس مستوى وظائف الكلى حيث يرتفع مستواه مع تعثر وظائف الكلى (السويداء عبد الكريم، 2010، ص88).

7- أنواع القصور الكلوي:

القصور الكلوي يمكن أن يكون حادا أو مزمنًا، الفشل الكلوي الحاد غالبا يحدث بطريقة سريعة على العكس الفشل الكلوي المزمن عادة في تطور مستمر ببطء ويتطلب بدء الغسيل الدموي أو زرع الكلية لإعطاء فترة إعاشة أطول.

7-1- القصور الكلوي الحاد: وهو فقد الوظيفة الكلوية المفاجئ والذي يكون عكوسا في العادة وهو يتطور على مدى عدة أيام أو أسابيع، وارتفاع الكرياتينين عن 200 ميكرومول/لتر عادة يحدث شح بول ولكن ليس دائما.

7-2- القصور الكلوي المزمن: يعرف بأنه تدهور لا عكوس في الوظيفة الكلوية يتطور تدريجيا على مدى سنوات في البداية يتظاهر فقط كاضطراب كيميائي حيوي، لاحقا يسبب فقد الوظائف الإراحية والاستقلابية والغدة الصماوية للكلية، تطور الأعراض والعلامات السريرية الخاص بالقصور الكلوي والتي تسبب ما يعرف باسم حالة اليوريميا وعندما يكون الموت محتما دون المعالجة المعيشية للكلية تسمى الحالة بالقصور الكلوي بمراحله النهائية(دريسي توفيق، 2014، ص ص 69-70).

8- أسباب الفشل الكلوي:

أهم أسباب الفشل الكلوي المزمن موضحة بالجدول رقم 04 وتشمل القائمة أمراضا جراحية يراعيها متخصص المسالك البولية وأمراضا باطنية وأمراضا في سن الطفولة وأمراضا لدى البالغين والمسنين. (صادق صبور، 1994، ص 20)

الجدول رقم 04: الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي

1- الالتهاب الكبيبي المزمن	• أيا كان سبب الالتهاب كبيبات الكلى.
2- أمراض وعائية.	• ارتفاع ضغط الدم الخبيث. • تصلب شرايين الكلى أو انسدادها. • مرض كلوي كلاجيني مثل التهاب الشرايين المتعدد العقدي، الذؤاب الإحمراري المجموعي، تصلب الجلد.
3- التهاب الكلى الميكروبي	• التهاب الكلى الميكروبي المزمن. • درن الكلى.
4- أمراض أبيضية (وعامة)	• السكر. • المرض النشوائي. • النقرس. • فرط كالسيوم الدم مثل فرط جنيبات الدرقية. فرط فيتامين د، متلازمة اللبن مع القلوى. مرض اللحمانية. • النفيوم المتعدد.
5- عيوب خلقية بالكلى	• الكليتان متعددة الكيسات. • الكليتان الضارمتان خلقيا.
6- مرض انسدادى بالمسالك البولية	• الحصوات. • عيب خلقي بحوض الكلى. • تليف الحالبين. • الأورام. • تضخم المثانة (البروستاتا). • ضيق عنق المثانة. • ضيق مجرى البول.
7- أمراض نبيبات الكلى	• عيوب خلقية بالمثانة أو عنقها أو مجرى البول مثل العيوب الخلقية بالنبيبات أو التسمم بالعقاقير أو المعادن الثقيلة أو غيرها.

التعليق على الجدول رقم 04:

استئصال إحدى الكليتين جراحياً أو استئصال كلية وبعض الكلية الأخرى لا يترتب عليه فشل كلوي متى كان الجزء المتبقي سليماً تماماً.

قد يكون فساد الكليونات (الوحدات الكلوية) عاماً ومنتشراً في الكليتين كما يحدث في الأنواع المختلفة من التهاب كبيبات الكلى وفي الأمراض الكلوية أو قد يكون بؤرياً كما في التهابات الكلى الميكروبية وبعض حالات انسداد شرايين الكلى. (صادق صبور، 1994، ص 22)

تختلف نسبة الأمراض المسببة للفشل الكلوي في البلدان المختلفة، وفي العصور المختلفة ولكل متخصص في هذا المجال قائمته الخاصة التي توضح النسب المختلفة. وأن أكثر الأمراض انتشاراً هي الأمراض الانسدادية بالمسالك البولية، بالإضافة إلى التهاب الكلى الميكروبي،، وهما معا مسؤولان عن معظم حالات الفشل الكلوي الباقية. أما باقي الأسباب فهي أسباب نادرة، ربما باستثناء المرض الخلقي المعروف باسم "الكليتان متعددتا الكيسات". يلاحظ أن الداء السكري كسبب للفشل الكلوي المزمن يزداد باطراد في السنوات الأخيرة نظراً لبقاء مريض السكر على قيد الحياة لسنوات طويلة باستخدام الأنسولين وبكفاءة العلاج، كذلك مرضى الذئب الإحمراري لتقدم وسائل تشخيصه ومعرفة الأطباء (والجمهور) به في السنوات الأخيرة. أما أمراض كدون الكلى والداء النشواني الثانوي وغيرهما فقد قلت كثيراً في العصر الحديث.

وعندما يشخص الطبيب مرض الفشل الكلوي المزمن لدى مريضه فإن واجبه الأول هو تحديد ما إذا كان عكوساً أو ثابتاً، وإذا كان بالإمكان وقف تقدم المرض، وإن كان عكوساً فإن واجبه الأول بذل كل ما يمكنه لعكس المرض في مراحله المبكرة. ومن أهم الأسباب العكوسة إنسداد المسالك البولية (التي تعالج جراحياً)، اللالتهابات الميكروبية (التي تعالج بمضاد الحيوية المناسب)، والأمراض الكولاجينية (التي تعالج بالستيرويدات الكورتنيكية ومثبط المناعة)، ولكن في أغلب الحالات لا يمكن عكس تقدم مرض الكلى الذي يتقدم حثيثاً إلى نهايته.

يبدأ الفشل الكلوي المزمن بقصور في وظائف الكلى التي تتدهور تدريجياً حتى يصاب المريض بالمرحلة الأخيرة لفشل الكلوي. وقد يعيش بعض المرضى لسنوات طويلة، ولكن في بعضهم الآخر يزداد الفشل الكلوي بسرعة ويصل المريض إلى مرحلة الدياليز بعد شهور قليلة، ومن أهم عوامل سرعة تقدم المرض هو بقاء السبب

الأصلي بدون علاج وارتفاع ضغط الدم الذي يجب علاجه بدون توان في جميع مرضى الفشل الكلوي المزمن خاصة بعد استحداث عقاقير حديثة وفعالة وسهلة الاستعمال (صادق صبور، 1994، ص23).

9- أعراض الفشل الكلوي:

تظهر مظاهر الفشل الكلوي في كل عضو من أعضاء الجسم وفي كل جهاز من أجهزته.

- في الجهاز الهضمي: تبدأ الأعراض بفقد الشهية ثم التهوع فالقيء وتكون للنفس رائحة كريهة ثم تظهر أعراض التهاب المعدة والأمعاء.

- في الجهاز الدوري: كثيرا ما يكون المريض مصابا بارتفاع بضغط الدم من مرض الكلوي الأصلي الذي سبب له الفشل الكلوي وكثيرا ما يعاني المريض من ضيق التنفس إضافة إلى أعراض تصلب شرايين القلب بآلام الصدر والحكة يسمعه الطبيب بالمسماع عند التنصص إلى دقات القلب وكثيرا ما تصاب عضلة القلب بالضعف والوهن.

- في الجهازين العصبي والحركي: يشكو المريض من التعب والإعياء، ويحدث له اضطراب بالنوم يظهر عادة بشكل سبات بالنهار وأرق بالليل والناس نيام، ويعاني المرضى عادة من الصداع ويشكو من تقلص العضلات والرجفة والكسل والبلادة والنعاس والتشنج العصبي والغيوبة.

ومن الناحية النفسية يكون المريض مكتئبا، قلقا، ويتسم عادة بالإنكار، وقد تظهر العينان محمرتين وتظهر عيوب بالقرنية وكثيرا ما تتأثر شبكية العين بالارتشاحات والأنزفة وتورم رأس العصب البصري من جراء ارتفاع ضغط الدم، وتسبب هذه التغيرات بالشبكية كف البصر المؤقت أو الدائم ويشكو المريض من آلام برجليه وضعف الإحساس في قدميه جراء التهاب الأعصاب الطرفية، ويشكو من ضعف بالعضلات، ونادرا ما يحدث الشلل. (نفس المرجع السابق، ص18)

10-تشخيص القصور الكلوي:

يتم تشخيص هذا المرض من خلال:

✓ الفحوصات الطبية الإكلينيكية.

- البحث عن وجود بعض الأعراض كشحوب الجلد ونزيف في الأغشية المخاطية (أنف، بلعوم، فم).
- فحص القلب والرئتين لمراقبة ضغط الدم.
- فحص شامل البحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان التهاب الكلية ناتج عن التهاب عام.

✓ الفحوصات البيولوجية

- فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم منها.
- نسبة الكراتين في البلازما حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100 مل/د، والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 01 ملغ لكل 100 ملل وإصابة الكلية تفقدتها قدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى (25 ملل/د) قبل أن تتضاعف الكريتان في الدم إلى 02 ملغ/ملل من الدم (محمد علي البار، 1992، ص44).
- فحص البول وفيه يبحث عن نسبة البروتين.
- زيادات الماء ونقص البوتاسيوم.
- اضطرابات في توازن PH (رياض جودت، 2001، ص166).

✓ فحوصات التصوير:

في بعض الحالات نرغب بمشاهدة مبنى الكلية وما إذا حدثت إصابة أو ورم وذلك عن طريق التصوير المقطعي المحوسب Ultrasound، يتم إدخال إبرة وتوجيهها بواسطة جهاز تصوير فائق الصوت وأخذ قطعة صغيرة من نسيج Biopsy خزعة الكلية.

○ يقوم المريض بفحص إجباري للدم والبول ويجري فحوصات للكلية عن طريق الأشعة Ecographie، وهذا إذا كان المرض غير معروف عند صاحبه وظهرت بعض أعراضه لأول مرة في حياته.

○ يقوم بتشخيص الحالة الصحية للمريض، أما إذا كان معروفا عنده سابقا فما على المريض إلا إجراء فحص دوري متقن مع قياس كمية وكل 03 أشهر إجراء القياسات الصناعية والنسجية.

○ البحث عن وجود انسداد شراييني في الكليتين.

○ البحث عن وجود التهاب في الجهاز البولي (صادق صبور، 1994، ص 47).

11- علاج القصور الكلوي:

وبالرغم من عدم وجود شفاء مطلق للفشل الكلوي المزمن في الوقت الحالي، فإن هناك ثلاث طرق رئيسية للعلاج:

○ الغسيل البريتوني أو التنقية عن طريق الغشاء البريتوني: والذي يوظف غشاء طبيعيا داخل الجسم يسمى الغشاء البريتوني حيث يعمل كلمتر، تنساب سوائل الدياليز داخل التجويف البريتوني من خلال أنبوبة صغيرة بلاستيكية مرنة تثبت بشكل دائم في البطن عن طريق عملية بسيطة، ويبقى حوالي 15 سم من هذه الأنبوبة والتي تسمى بـ"القسطرة البروتينية" خارج البطن لتوفير طريقة للتواصل مع أكياس السوائل المستعملة في الدياليز، ويمكن إخفاء القسطرة تحت الملابس.

○ الغسيل الدموي أو التنقية عن طريق الدم: والذي بواسطته يقوم المريض بالغسيل 03 مرات أسبوعيا، تستغرق كل جلسة من 03-04 ساعات، وخلال عملية الغسيل الدموي يتم وضع إبرتين في وصلة

شريانية موجودة باليد، ثم توصل الإبر بالأنبوب الذي يحمل الدم إلى الجهاز ويتم سحب الدم بإحدى الإبرتين وإدخاله إلى فلتر للتنقية ثم يعاد إلى الجسم عن طريق الإبرة الأخرى.

○ **زراعة الكلى:** وهي عملية جراحية يتم فيها وضع الكلية المتبرع بها في مكان عميق تحت الجلد قريبا من عظام الحوض، وهي مرحلة معقدة قد تتطلب سنوات إن لم يجد المريض المتبرع المناسب، أو ما قد يحدث من مضاعفات في بعض الأحيان سبب إجراءات العملية، والتي قد لا تستمر في كثير من الأحيان أكثر من خمس سنوات (محمد خميس ، 2013، ص48).

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق في هذا الفصل يتضح لنا ان مرض القصور الكلوي المزمن يهدد سائر الأجهزة في الجسم من القلب والجهاز الدموي مروراً بالرئتين وصولاً الى الجملة العصبية، أي أن الكلي هي المرأة العامة للجسم تعكس صحة الفرد وعمل كافة أعضاء جسمه إذا يمكننا إعتبار القصور الكلوي من أخطر الأمراض حيث تكمن درجة خطورته في الموت المحتم، أي يصبح الفرد حبيس آلة تصفية الدم الدياليزوهذا يسبب له ألام جسدية من جهة وألام نفسية من جهة أخرى تعيقه على القيام بمختلف النشاطات العادية في حياته اليومية لذلك فإن الفحوص الدورية مهمة للكشف عن المرض في بدايته قبل تطوره.

الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

بعدها تناولنا في الفصول النظرية لأدبيات الموضوع، سنسقط ما تم دراسته نظريا في الجانب التطبيقي وهذا من خلال تطبيق مقاييس الدراسة على مجموعة من المصابين بالقصور الكلوي المزمن بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية ببريان ولاية غرداية مصلحة تصفية الدم

واعتمدنا في الجانب التطبيقي إتباع خطوات منهجية منسقة، ومنظمة، سنتناولها بنوع من التفصيل في هذا الجزء الخاص بالإجراءات المنهجية للدراسة.

1. المنهج المستخدم في الدراسة

يحظى المنهج الوصفي بمكانة خاصة في مجال البحث العلمي، حيث أن نسبة كبيرة من الدراسات المنشورة هي وصفية في طبيعتها، وان المنهج الوصفي يلائم العديد من المشكلات، التنظيمية أكثر من غيره، فالدراسات التي تعنى بتقييم الاتجاهات، أو تسعى للوقوف على وجهات النظر، أو تهدف إلى جمع البيانات الديمغرافية عن الأفراد، أو ترمي إلى التعرف على ظروف العمل ووسائله، كلها أمور يحسن معالجتها من خلال المنهج الوصفي، وهذا الأخير ليس سهلاً كما قد يبدو، فهو يتطلب أكثر من مجرد عملية وصف الوضع القائم للأشياء، إنه ككل مناهج البحث الأخرى يتطلب اختيار أدوات البحث المناسبة والتأكد من صلاحيتها، وكذلك الحرص في اختيار العينة والدقة في تحليل البيانات والخروج منها بالاستنتاجات المناسبة، ومع ذلك فإن للمنهج الوصفي عدداً من المشكلات الخاصة به دون سواه، فدراسات تقرير الحالة التي تلجأ إلى استخدام الاستبيانات أو المقابلات كوسائل لجمع البيانات تعاني من نقص في الاستجابة لها، فالكثير من الاستبيانات المرسله للأفراد قد لا تعود لسبب أو لأخر، كما أن الأشخاص الذين يطلبون للمقابلة قد لا يفون بالتزامهم، وبذلك يفقد الباحث الكثير من البيانات التي يمكن أن تأتي منهم، الأمر الذي يحتمل أن يؤثر على مصداقية النتائج (عدس عبد الرحمن، 1999، ص 101).

ونظراً لطبيعة الموضوع الذي تناولناه في دراستنا وقصد تحليل ودراسة الاشكالية التي طرحناها فإننا إعتدنا على المنهج الوصفي، الذي يعتبر أكثر المناهج شيوعاً وانتشاراً واستخداماً في الدراسات التربوية والنفسية بصفة خاصة والاجتماعية بصفة عامة، ويركز هذا المنهج على جمع البيانات بنوعيهما الكمي والكيفي حول الظاهرة ومن ثم تحليلها وتفسيرها وتحديد العلاقات بين عناصرها والوصول الى تعميمات (محمد داودي ومحمد بوفاتح 2007، ص 81).

2. حدود الدراسة

1.2. الحدود الزمانية

تمت الدراسة خلال الفترة الزمنية الممتدة من (2022/01/02) إلى غاية (2022/03/30) خلال الموسم الجامعي (2021/2022).

2.2. الحدود المكانية

تمت الدراسة الميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية ببريان ولاية غرداية التي تم افتتاحها سنة 1998 بمصلحة تصفية الدم لمرضى القصور الكلوي المزمن، يسهر عليها طاقم طبي مكون من طبيبان واخصائيين نفسانيين وفريقان من الممرضين و الممرضات كل فريق يحتوي على ستة ممرضين وممرضات يتناوبون كل ثلاثة ايام عن العمل تبدأ المناوبة من الخامسة صباحا الى غاية الواحدة زوالا، عدد المرضى في المصلحة 52 مريض تتراوح اعمارهم من 20 الى 80 سنة يقومون بعملية القسطرة يوم بعد يوم مدة اربع ساعات في اليوم، مقسمين الى فوجين يحوي كل فوج ستة وعشرون مريض تضم المصلحة 13 سرير وواحد للاستعجالات.

3. وسائل الدراسة:

- إعداد مقياس جودة الحياة بالإعتماد على دراسة قريط (2019).

- إعداد مقياس الفاعلية الذاتية بالإعتماد على دراسة النجار (2014).

إعتمدنا على المقياس كأداة أساسية لجمع البيانات حول موضوع الدراسة، وتسمح هذه الأخير بطرح أسئلة معدة مسبقا من قبل الباحث على الأفراد بطريقة كيفية من أجل الحصول على بيانات تخدم أساسا دراسة الموضوع وفقا لما جاء في إشكالية الموضوع وفرضيات الدراسة، وأهدافها، ومن أجل هذا قد قمنا بتبني مقياس جودة الحياة الخاص بدراسة قريط (2019) ومقياس الفاعلية الذاتية الخاص بدراسة النجار (2014).

ولالإشارة فإن مقياس جودة الحياة يتكون من (23) فقرة تتوزع على ثلاثة أبعاد، أما مقياس الفاعلية الذاتية فيتكون من (36) فقرة وينقسم على ثلاثة أبعاد أيضا، وقد تم الإعتماد في إعداد المقياس على السلم الترتيبي الذي يحدد الإجابات المحتملة لكل فقرة من فقرات المقياس، وذلك بإستخدام مقياس ليكرت الخماسي (Likert scale) المدرج لإستجابات أفراد العينة، فتكون من 5 درجات من 1 إلى 5، أي أن الدرجة 1 تشير الى شدة ضعيفة والدرجة 5 تشير الى شدة قوية لكل من جودة الحياة والفاعلية الذاتية.

4. الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الإستطلاعية على تعميق المعرفة بالموضوع المقترح للبحث سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية وتجميع ملاحظات ومشاهدات عن مجموع الظواهر الخاصة بالبحث (فضيل دليلو، 1995، ص46).

إنطلاقا من هذا التعريف كان لزاما علينا أن نقوم بدراسة إستطلاعية من أجل تحقيق تلك الأهداف، وهذا من أجل الإحاطة بالظاهرة موضوع الدراسة، وتحديد المنهج الملائم الذي نعتمد عليه في البحث من أجل الحصول على نتائج واقعية، قمنا بتوزيع المقياس على عينة إستطلاعية متكونة من (10) مرضى بالقصور الكلوي المزمّن قصد التحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة عن طريق حساب الصدق بطريقة الإتساق الداخلي والثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ.

- إستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة من أجل تحليل البيانات ومن ثم تفسير النتائج الكمية المتحصل عليها وذلك بالرجوع إلى الدراسات السابقة.

- عن طريق نتائج الدراسة، تمت الإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها، وتقديم التوصيات اللازمة.

✓ 1.4- الخطوات المتبعة في الدراسة الإستطلاعية

بعد حصولنا على الموافقة من المؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية ببريان مصلحة تصفية الدم بإجراء الدراسة الميدانية وهذا من أجل التأكد من وجود الظاهرة على أرض الواقع، ومعرفة آراء المرضى المصابين

بالقصور الكلوي المزمن نحو جوانب الموضوع من خلال إعداد أداة لجمع البيانات تحتوي على مقياس جودة الحياة ومقياس الفاعلية الذاتية من أجل جمع المعلومات من أفراد العينة.

✓ 2.4- عينة الدراسة الإستطلاعية

إنطلاقاً من هذا كان لزاماً علينا أن نتفحص الأداة ميدانياً من أجل التحقق من الخصائص السيكمترية الخاصة بها، فقمنا بتوزيع الإستبيان على عينة إستطلاعية حجمها (10) من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

✓ 3.4- مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية

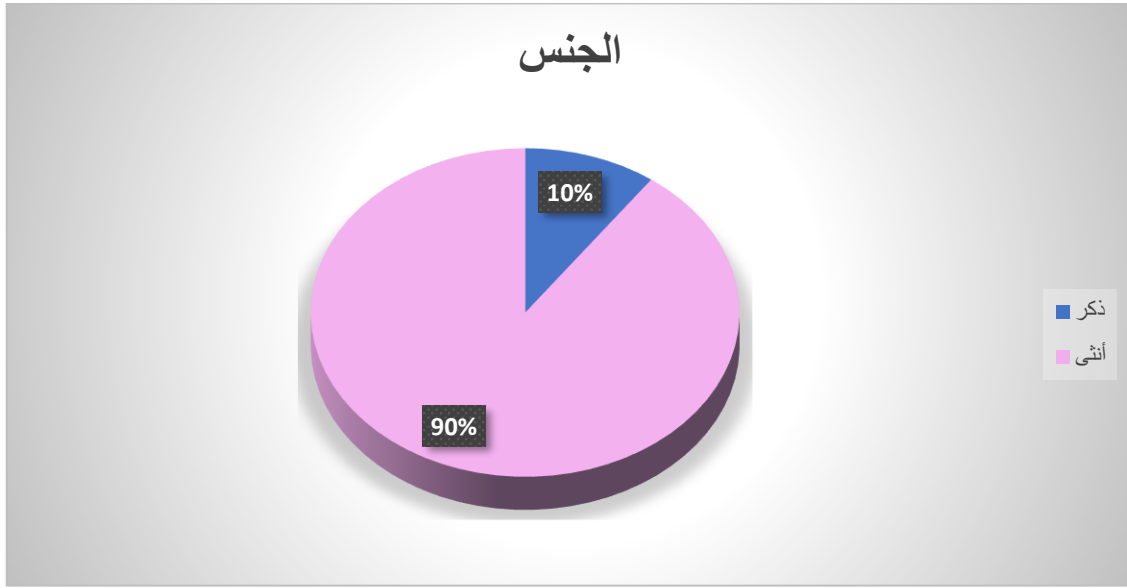
❖ توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير جنس:

الجدول رقم 05: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس.

النسبة	التكرار	الإجابة
10%	1	ذكر
90%	9	أنثى
100%	10	المجموع

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم 05: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس.



التعليق على الجدول رقم 05:

من خلال الجدول رقم (5)؛ يتضح لنا بأن أغلب أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية أي (90%) من الإناث، أما النسبة المتبقية منهم أي (10%) فتمثلت في فئة الذكور.

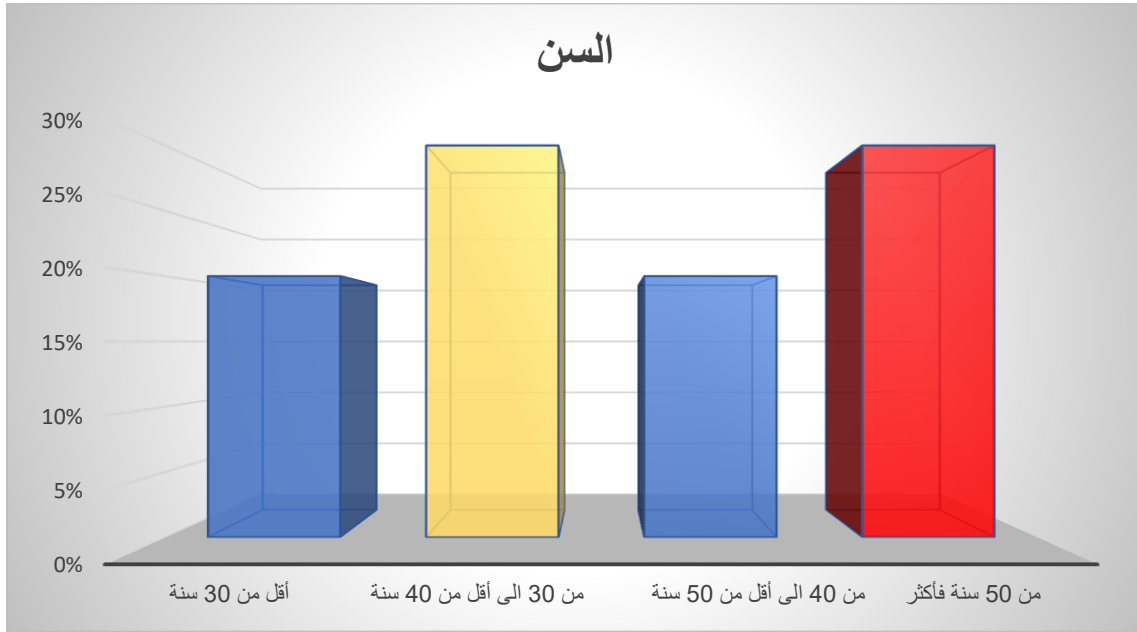
❖ توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن:

الجدول رقم 06: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير السن.

النسبة	التكرار	الإجابة
20%	2	أقل من 30 سنة
30%	3	من 30 الى أقل من 40 سنة
20%	2	من 40 الى أقل من 50 سنة
30%	3	من 50 سنة فأكثر
100%	10	المجموع

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم 06: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير السن.



التعليق على الجدول رقم 06:

من خلال الجدول رقم (6)؛ يتضح لنا بأن أغلب أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية أي (30%) يبلغ سنهم من 30 الى أقل من 40 سنة، وبنفس النسبة كذلك أي (30%) فئة الذين يبلغ سنهم من 50 سنة فأكثر، أما النسبة المتبقية منهم أي (40%) فشملت كل من فئة أقل من 30 سنة وفئة من 40 الى أقل من 50 سنة.

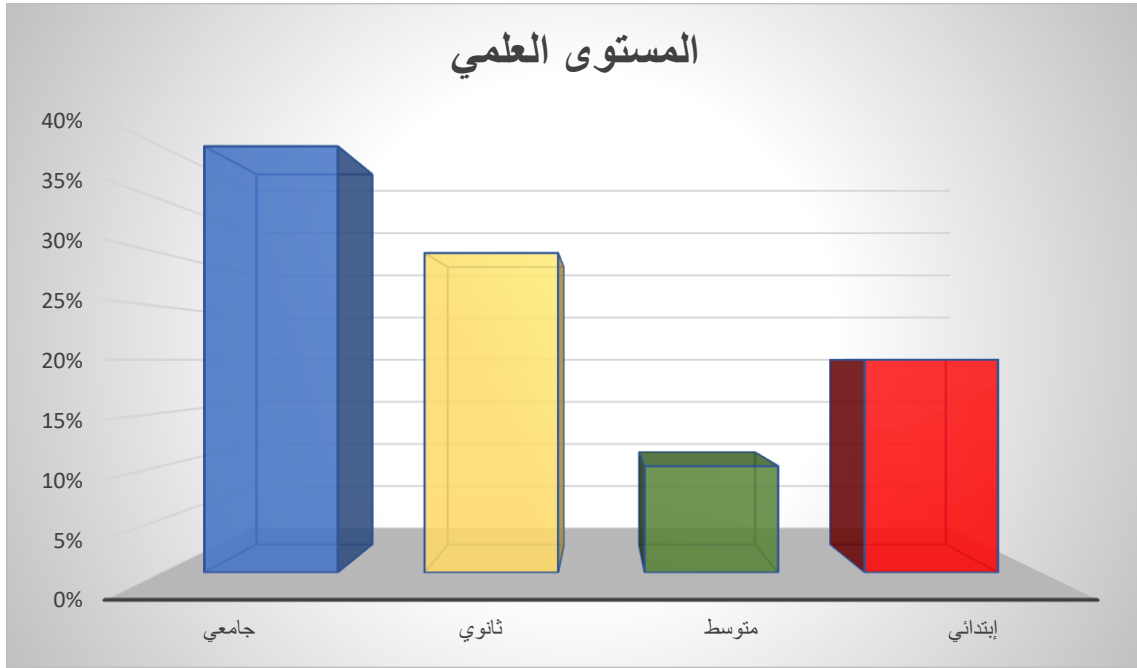
❖ توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المستوى العلمي:

الجدول رقم 07: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المستوى العلمي.

النسبة	التكرار	الإجابة
40%	4	جامعي
30%	3	ثانوي
10%	1	متوسط
20%	2	إبتدائي
100%	10	المجموع

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم 07: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير العلمي.



التعليق على الجدول رقم 07:

من خلال الجدول رقم (07)؛ يتضح لنا بأن أغلب أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية أي (40%) مؤهلهم العلمي جامعي، بينما (30%) منهم لديهم مستوى دراسي ثانوي، في حين ان (20%) مستواهم متوسط، أما النسبة المتبقية منهم أي (10%) فتمثلت في المستوى الابتدائي.

5. الخصائص السيكومترية لأداة جمع البيانات

إن دراسة الصدق ، تعتبر أهم خطوة من خطوات التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس ويعتبر أهم صفاته الأساسية التي ينبغي أن تتوفر له، وإلا فقد قيمته كوسيلة لقياس الخاصية التي وضع لقياسها، ولهذا لا يمكن الاستغناء عن حساب الصدق، فقد يكون الاختبار ثابتا بدرجة عالية جدا، ومع ذلك لا يكون صادقا، وبالتالي لا يصلح لقياس الخاصية التي وضع من أجل قياسها (معمرية، 2012، ص 179).

إنطلاقا من هذا قمنا بالتحقق من صدق الإتساق الداخلي، ومن بعدها قمنا بالتحقق من ثبات المقياس بالأساليب اللازمة لذلك؛ وهذا بالإعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (V25).

1.5 صدق الإتساق الداخلي

قد قمنا بحساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه، كما هو موضح في الجداول التالية:

❖ صدق الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة:

الجدول رقم 08: يوضح معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.

الارتباط مع الدرجة الكلية للمحور يساوي =			مقياس جودة الحياة		
N	Sig	Pearson Correlation			
10	0.000	0.922**	بعد الصحة البدنية	01	أبعاد المقياس
10	0.005	0.800**	بعد الصحة النفسية	02	
10	0.000	0.916**	بعد البيئة	03	
قاعدة: إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig. or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.05 فإنه يوجد ارتباط معنوي بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.					

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS V25.

التعليق على الجدول رقم 08:

خلال الجدول أعلاه نجد معاملات الارتباط Pearson Corrélation كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه دالة إحصائية، حيث أن قيمة SIG (مستوى معنوية) أقل من بمستوى دلالة 0.05، ومنه يعتبر المقياس المستخدم في الدراسة صادقاً لما وضع لقياسه.

❖ صدق الاتساق الداخلي لمقياس الفاعلية الذاتية:

الجدول رقم 09: يوضح معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.

الارتباط مع الدرجة الكلية للمحور يساوي =			مقياس جودة الحياة		
N	Sig	Pearson Correlation			
10	0.003	0.834**	بعد المبادرة	01	أبعاد المقياس
10	0.001	0.883**	بعد المجهود	02	
10	0.000	0.906**	بعد المثابرة	03	

قاعدة: إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig. or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.05 فإنه يوجد ارتباط معنوي بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS V25.

التعليق على الجدول رقم 09:

خلال الجدول أعلاه نجد معاملات الارتباط Pearson Corrélation كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه دالة إحصائية، حيث أن قيمة SIG (مستوى معنوية) أقل من مستوى دلالة 0.05، ومنه يعتبر المقياس المستخدم في الدراسة صادقاً لما وضع لقياسه.

2.5 الثبات

يشير الثبات إلى الإتساق والدقة وإمكان إستخراج نفس النتائج بعد إجراءات التطبيق لأكثر من مرة، أو هو ببساطة: "مدى إتساق الدرجات عند تكرار التجربة" (معمرية، 2012، ص 265).

إنطلاقاً من هذا قمنا بالتحقق من ثبات المقياس المستخدم في الدراسة عن طريق معامل ألفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول الموالي:

أ- التحقق من ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق معامل ألفا كرونباخ:

الجدول رقم 10: يوضح ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق معامل ألفا كرونباخ

معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات
0.891	23

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق على الجدول رقم 10:

يلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن قيمة معامل الثبات عن طريق ألفا كرونباخ بالنسبة للمجموع الكلي لمقياس جودة الحياة قد بلغ (0.891) وهو يتصف بدرجة عالية من الثبات تجعله صالح للاستعمال في الدراسة الأساسية.

ب- التحقق من ثبات مقياس الفاعلية الذاتية عن طريق معامل ألفا كرونباخ:

الجدول رقم 11: يوضح ثبات مقياس الفاعلية الذاتية عن طريق معامل ألفا كرونباخ

معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات
0.756	36

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق على الجدول رقم 11:

يلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن قيمة معامل الثبات عن طريق ألفا كرونباخ بالنسبة للمجموع الكلي لمقياس الفاعلية الذاتية قد بلغ (0.756) وهو يتصف بدرجة عالية من الثبات تجعله صالح للاستعمال في الدراسة الأساسية.

6. أساليب المعالجة الإحصائية

إعتمدنا في هذه الدراسة بشكل أساسي على استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS. V25) في معالجة وتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من خلال أدوات الدراسة، وفيما يلي عرض للأساليب الإحصائية الوصفية والإستدلالية التي تم الإعتماد عليها في معالجة بيانات هذه الدراسة :

○ النسب المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي: تم إستخدامها لمعرفة تكرار فئات متغير ما وفي وصف عينة الدراسة.

○ اختبار ألفا كرونباخ: من أجل معرفة ثبات أداة الدراسة.

○ معامل ارتباط بيرسون : لقياس درجة الارتباط: بحيث يقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين متغيرين، وقد إستخدمناه لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس وكذلك لدراسة العلاقة بين المتغيرات.

○ إختبار (ت) للعينة الواحدة: عن طريق مقارنة المتوسط الحسابي لإستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس مستوى جودة الحياة والفاعلية الذاتية بالمتوسط الفرضي للمقياس.

7. مجتمع الدراسة

أما فيما يخص حجم عينة الدراسة، فهي تتكون من (50) مريضا بالقصور الكلوي المزمن، والجداول الموالية توضح المواصفات والخصائص الشخصية لأفراد الدراسة:

1.7 مواصفات عينة الدراسة الأساسية

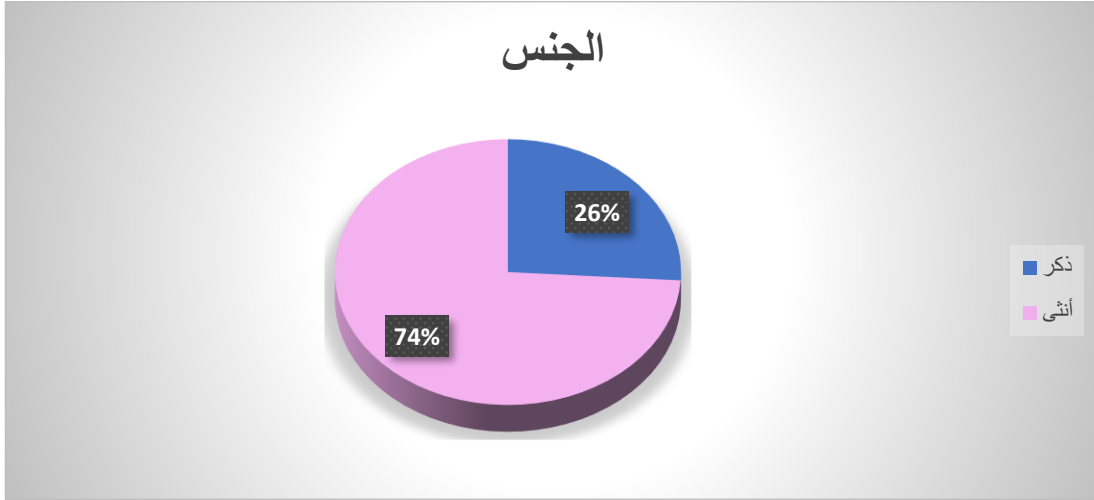
❖ توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير جنس:

الجدول رقم 12: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

الإجابة	التكرار	النسبة
ذكر	13	%26
أنثى	37	%74
المجموع	50	%100

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم 08: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.



التعليق على الجدول رقم 12 :

من خلال الجدول رقم (12)؛ يتضح لنا بأن أغلب أفراد عينة الدراسة الأساسية أي (74%) من الإناث، أما النسبة المتبقية منهم أي (26%) فتمثلت في فئة الذكور.

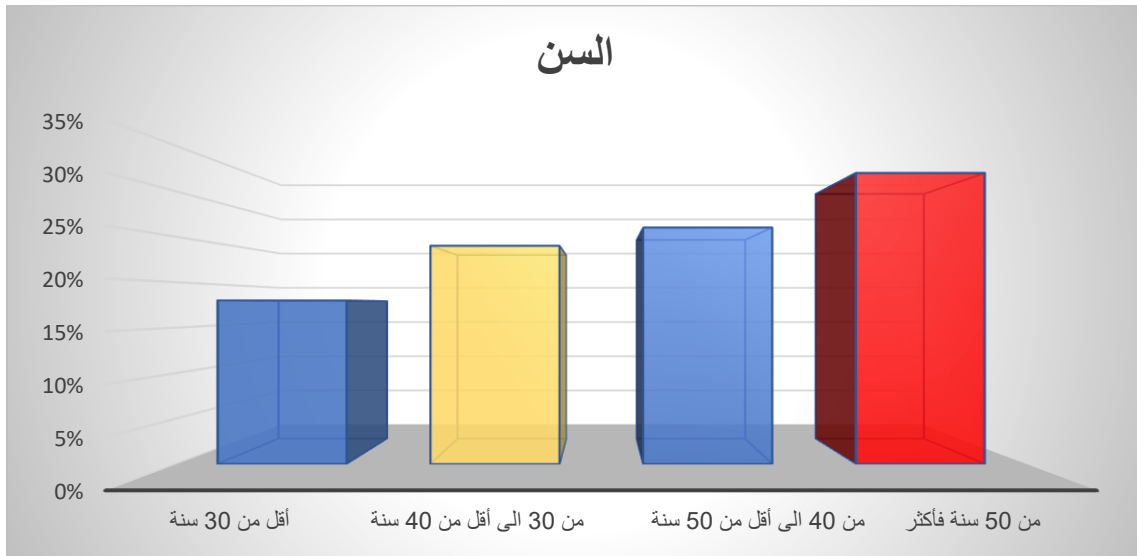
❖ توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن:

الجدول رقم 13: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن.

النسبة	التكرار	الإجابة
18%	9	أقل من 30 سنة
24%	12	من 30 الى أقل من 40 سنة
26%	13	من 40 الى أقل من 50 سنة
32%	16	من 50 سنة فأكثر
100%	50	المجموع

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم 09: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن.



التعليق على الجدول رقم 13:

من خلال الجدول رقم (13)؛ يتضح لنا بأن أغلب أفراد عينة الدراسة الأساسية أي (32%) يبلغ سنهم من 50 سنة فأكثر، أما (26%) فتمثلت في فئة الذين يبلغ سنهم من 40 إلى أقل من 50 سنة، في حين أن الذين يبلغ سنهم من 30 إلى أقل من 40 سنة فقد قدرت نسبتهم بـ (24%)، أما النسبة المتبقية منهم أي (18%) فشملت فئة أقل من 30.

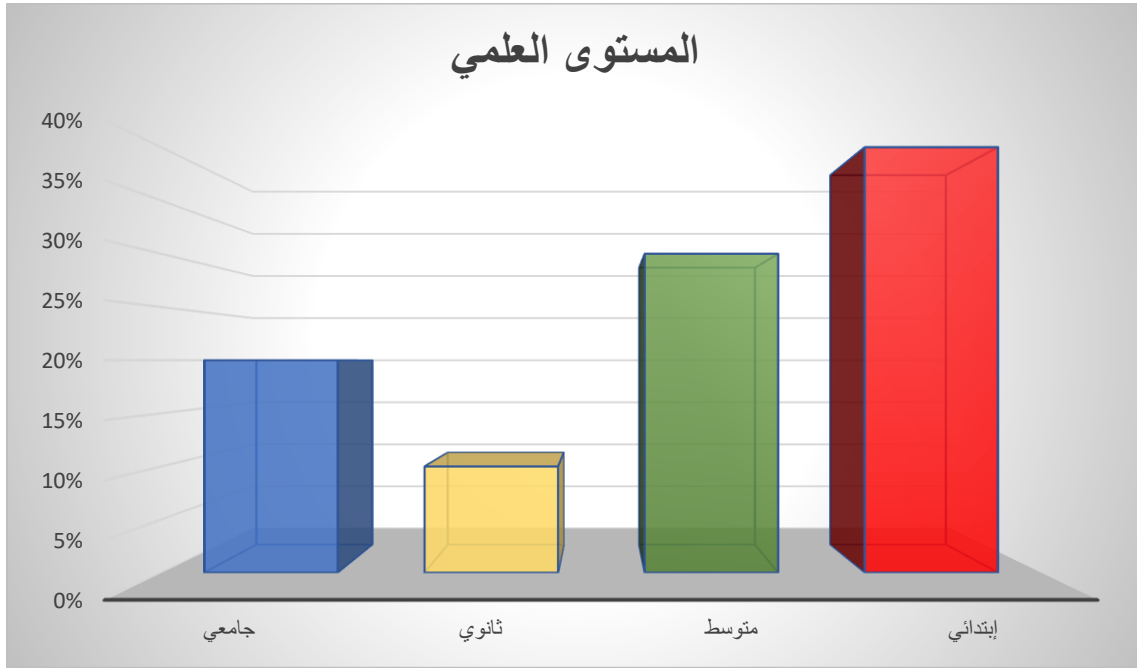
❖ توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى العلمي:

الجدول رقم 14: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى العلمي.

النسبة	التكرار	الإجابة
20%	10	جامعي
10%	5	ثانوي
30%	15	متوسط
40%	20	إبتدائي
100%	50	المجموع

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم 10: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المستوى العلمي.



التعليق على الجدول رقم 14:

من خلال الجدول رقم (14)؛ يتضح لنا بأن أغلب أفراد عينة الدراسة الأساسية أي (40%) مؤهلهم العلمي إبتدائي، بينما (30%) منهم لديهم مستوى دراسي متوسط، في حين ان (10%) مستواهم جامعي، أما النسبة المتبقية منهم أي (5%) فتمثلت في المستوى الثانوي.

خلاصة الفصل

في هذا الفصل قمنا بعرض كل الجوانب المهمة في إنجاز الشق التطبيقي لهذه الدراسة من منهج، وأدوات جمع البيانات، والتأكد من خصائصها السيكومترية، وعرض خصائص عينة الدراسة الأساسية، والأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل بيانات الدراسة، ومن خلال كل ما سبق نقوم في الفصل الموالي باختبار وعرض ومناقشة وتحليل فرضيات الدراسة بغية الوصول لاستنتاجات عامة حول الدراسة ككل.

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

بعدها تطرقنا إلى الإجراءات المنهجية للدراسة، سوف نتناول في هذا الفصل عرض ومناقشة للنتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة، والتي تهدف إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة ومستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، و مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، وايضا مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، وقد قمنا بإجراء المعالجات الإحصائية للبيانات بالإعتماد على برنامج (SPSS V25) للحصول على نتائج الدراسة التي تم عرضها ومناقشتها في هذا الفصل.

1 عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

1.1 الفرضية العامة

توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

الجدول رقم 15: يوضح العلاقة بين جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

مستوى الدلالة	معامل الإرتباط	الفرضية
0.01	0.525	توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق على الجدول رقم 15:

ولإختبار هذه الفرضية تم إستخدام إختبار معامل الإرتباط بيرسون حيث يبين الجدول رقم (15) أن معامل الإرتباط يساوي (0.525)، وأن القيمة الإحتمالية (Sig) تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.01)، مما يدل على أن متغير جودة الحياة يساهم في الرفع من مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، بمعنى أنه كلما إرتفع مستوى جودة حياة كلما كانت مساهمة في الرفع من مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

من خلال النتائج السابقة يُلاحظُ أن هذه الفرضية قد تحققت، كما أن نتيجة الدراسة الحالية نجد بأنها إتفقت مع نتائج دراسة كل من هلستايد وتساي (2002)، ودراسة سمايلي وآخرون (2005)، ودراسة ريباني وآخرون (2014)، وكذا دراسة طايبي وسایل (2018) الذين أكدوا جميعهم على وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفعالية الذاتية، وقد يعود ذلك إلى أن جودة الحياة تتحقق للمريض بالقصور الكلوي المزمن حينما يحقق ذاته، أي حينما يكون المريض أكثر ثقة بنفسه، حيث أن جودة حياة الإنسان تنشأ من إنتاجه وإحساسه بالطاقة الحيوية الفياضة ومن حماسه وجدديته في الحياة، فالمرضى الذي يشعر بالثقة في النفس والكفاءة والجدارة يكون أقدر على التحكم بمجريات حياته ويكون

أكثر رضا عنها، أي الاعتقاد بقدرة المرء على السيطرة على مجريات حياته، يحقق له كل ذلك الشعور بجودة الحياة، لأن صورة الإنسان لذاته توضح إمكانيات الفرد وما يدركه في قرارة نفسه بنفسه، هذه الصورة التي تكونت في أعماق الفرد نتيجة التجارب والخبرات السابقة والمعتقدات الاجتماعية والدينية كالإيمان بالقضاء والقدر.

2.1- الفرضية الأولى

مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالصور الكلوي المزمن منخفض.

أولاً قمنا بتحديد درجة مقياس جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ككل بناء على قانون طول الفئة، وقد تم حساب طول الفئة كالتالي:

$$\text{طول الفئة} = \text{طول الفئة} \div \text{عدد الفئات}$$

$$\text{الدرجة العليا} = 5 \times 23 = 115$$

$$\text{الدرجة الدنيا} = 1 \times 23 = 23$$

$$30.66 = 115 - 23 \div 3$$

على النحو التالي يمكننا تحديد مستويات جودة الحياة في هذه الدراسة:

الجدول رقم 16: مفتاح تصحيح مقياس جودة الحياة

الدرجات	منخفضة	متوسطة	مرتفعة
مقياس جودة الحياة	23-53.66	53.67-84.33	84.34-115

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق على الجدول رقم 16:

ولإختبار صحة هذه الفرضية سنستخدم إختبار (ت) للعينة الواحدة عن طريق مقارنة المتوسط الحسابي لإستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة بالمتوسط الفرضي للمقياس.

الجدول رقم 17: يمثل نتائج إختبار (ت) للمقارنة بين متوسط العينة الكلية والمتوسط الفرضي لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

المتغير	المتوسط الفرضي	متوسط العينة	T	df	Sig.
جودة الحياة	30.66	69.62	19.615	49	.000

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق على الجدول رقم 17:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة علمقياس جودة الحياة والذي بلغ (19.615) أي أنه أكبر من المتوسط الفرضي لمقياس جودة الحياة والمقدر بـ (30.66)، بناء عليه فإن مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن محل الدراسة من وجهة نظرهم هي متوسطة وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (19.615) وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

من خلال النتائج السابقة يلاحظ أن هذه الفرضية لم تتحقق. قد تعرى هذه النتيجة إلى جودة العناية المقدمة للمرضى، وأن غالبية المرضى في الدراسة يخضعون لجلسات التصفية بشكل منتظم، وهذا ما جعل المستوى متوسطاً. فإن المرضى يقومون بأثر إيجابي وداعم للمرضى فيلاطفونهم ويتبادلون معهم الأحاديث التي تساعد على الطمأنينة، كما ويزودونهم بالمعلومات الضرورية حول ممارسة حياة صحية لتلاءم مع طبيعة التغيرات، مما يكسب المرضى ثقة بالنفس ويمدهم بالأمل والقدرة على التكيف مع مخاوفهم وقلقهم.

3.1 الفرضية الثانية

مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن منخفض.

أولاً قمنا بتحديد درجة مقياس الفعالية الذاتية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ككل بناء على قانون طول الفئة، وقد تم حساب طول الفئة كالتالي:

- طول الفئة = طول الفئة ÷ عدد الفئات
- الدرجة العليا $180=5 \times 36$
- الدرجة الدنيا $36=1 \times 36$
- $48=3 \div 36-180$

على النحو التالي يمكننا تحديد مستويات الفعالية الذاتية في هذه الدراسة:

الجدول رقم 18: مفتاح تصحيح مقياس الفعالية الذاتية

الدرجات	منخفضة	متوسطة	مرتفعة
مقياس الفعالية الذاتية	84-36	132-84	180-132

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق على الجدول رقم 18:

ولإختبار صحة هذه الفرضية سنستخدم إختبار (ت) للعينة الواحدة عن طريق مقارنة المتوسط الحسابي لإستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الفعالية الذاتية بالمتوسط الفرضي للمقياس. الجدول رقم 19: يمثل نتائج إختبار (ت) للمقارنة بين متوسط العينة الكلية والمتوسط الفرضي لمعرفة مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

المتغير	المتوسط الفرضي	متوسط العينة	T	df	Sig.
الفعالية الذاتية	48	79.40	22.782	49	.000

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق على الجدول رقم 19:

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة علم مقياس جودة الحياة والذي بلغ (19.615) أي أنه أكبر من المتوسط الفرضي لمقياس الفعالية الذاتية والمقدر بـ (48)، بناء عليه فإن مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن محل الدراسة من وجهة

نظرهم هي متوسطة وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (22.782) وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

من خلال النتائج السابقة يلاحظ أن هذه الفرضية لم تتحقق. قد تعرى هذه النتيجة إلى أن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى فعالية ذاتية متوسطة ذلك لأن الذات وكفاءتها تتطور بشكل منتظم مع التقدم في مراحل المرض وتصبح أكثر تكاملاً مع مرور الوقت والخبرة اللذين يمر بهما الإنسان في حياته، كما يمكن أن يعزى ذلك إلى الخبرات البديلة، والتي يتعلموا منها من خلال ملاحظة سلوك النماذج الاجتماعية للأفراد والتي تساعدهم على إنجاز المهام، فالخبرات الشخصية من الخبرات البديلة زادت من فعاليتهم الذاتية.

2 مناقشة الفرضيات من خلال الدراسات السابقة

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة ومستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، ومحاولة التعرف على مستوى جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، ومحاولة التعرف على مستوى الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

كما أن نتيجة الدراسة الحالية نجد بأنها إتفقت مع نتائج دراسة كل من هلستايد وتساوي (2002)، ودراسة سمايلي وآخرون (2005)، ودراسة ريباني وآخرون (2014)، وكذا دراسة طايبي وسايلي (2018) الذين أكدوا جميعهم على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفعالية الذاتية، وقد يعود ذلك إلى أن جودة الحياة تتحقق للمريض بالقصور الكلوي المزمن حينما يحقق ذاته، أي حينما يكون المريض أكثر ثقة بنفسه، حيث أن جودة حياة الإنسان تنشأ من إنتاجه وإحساسه بالطاقة الحيوية الفياضة ومن حماسه وجديته في الحياة، فالمريض الذي يشعر بالثقة في النفس والكفاءة والجدارة يكون أقدر على التحكم بمجريات حياته ويكون أكثر رضا عنها، أي الاعتقاد بقدرة المرء على السيطرة على مجريات حياته، يحقق له كل ذلك الشعور بجودة الحياة، لأن صورة الإنسان لذاته توضح إمكانيات الفرد وما يدركه في قرارة نفسه بنفسه، هذه الصورة التي تكونت في أعماق الفرد نتيجة التجارب والخبرات السابقة والمعتقدات الاجتماعية والدينية كالإيمان بالقضاء والقدر.

وبعد الرجوع للدراسات السابقة حول الموضوع قمنا بتطبيق أداة الدراسة على عينة الدراسة التي اختيرت بالطريقة العشوائية والبالغ عددها (50) مريضا بالقصور الكلوي بمصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية ببريان ولاية غرداية، وبعد تفريغ البيانات وتحليلها كميًا باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1.2 تحقق الفرضية العامة الأولى :

التي تنص على وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

○ عدم تحقق الفرضية الفرعية الأولى: التي تنص على أن المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن يظهرون انخفاضاً في مستوى جودة الحياة.

○ عدم تحقق الفرضية الفرعية الثانية: التي تنص على أن المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن يظهرون انخفاضاً في مستوى الفاعلية الذاتية.

الاستنتاج العام:

استهدفت دراستنا الى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، واتضح لنا تأثر جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الذي تتطلب حالتهم غسילה دموية مستمرا، وتترافق هذه العلاقة مع تغيرات في عاداتهم اليومية ونمط حياتهم بأبعادها الجسدية والنفسية حتى البيئية، لذا نجد أهمية جودة الحياة كبعد من أبعاد النفسية في تبني الفاعلية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وقد دلت نتائج الدراسة التي إعتدناها بعد تطبيق مقياس جودة الحياة لدراسة قريط2019، أن المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن يظهرون إنخفاضا في مستوى جودة الحياة، وبتطبيق مقياس الفاعلية الذاتية بالإعتماد على دراسة نجار 2014، أن المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن يظهرون إنخفاضا في مستوى الفاعلية الذاتية، وبعد تحليل النتائج على ضوء الفرضيات استنتجنا ان مرض القصور الكلوي الذي يعتبر مرض مزمن وخطير على حياة المصاب ويجعله في حالة من التهديد المستمر و الخوف الشديد من الموت بسبب فشل الجهاز الكلوي على تأدية وظيفته الاساسية و المتمثلة في عملية التصفية والتي تجعل حالة الشخص المصاب به في حالة نفسية وجسدية جد متدهورة مما يجعلهم في حالة انهيار دائم مما سبب لهم انخفاض في مستوى جودة الحياة لديهم وايضا انخفاض في مستوى الفاعلية الذاتية وهذا حسب ما توصلنا اليه من خلال تطبيقنا للمقياسين وتحليل برنامج الرزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية V25 .

وعليه من الضرورة والاهمية إرفاق العلاج الطبي بالتدخل النفسي من شأنه أن يخفف من وطأت الإصابة التي لا تقل أثارها النفسية عن الإصابة نفسها، ولهذا وجب علينا الإهتمام بهذه الفئة من المرضى ليكون من هنا دور الإحصائي النفسي التكفل النفسي الذي من شأنه ان يمتص معاناة المريض وإبعاده عن فكرة الموت وجعله أكثر تقبلا لمرضه ولذاته وأكثر تواصلًا مع من حوله.

3 الإقتراحات والتوصيات

وإنطلاقاً مما سبق يمكننا تقديم التوصيات التالية:

- عمل دورات خاصة للأخصائيين النفسيين لتدريبهم على التعامل مع المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.
 - تطوير آليات العمل مع أسر المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن وذلك عن طريق الدعم والتوعية بكيفية معاملتهم.
 - إجراء دورات تثقيفية للمرضى حول طبيعة تعاملهم مع المرض وسبل التعايش معه.
 - تحسن جودة حياة المريض بالقصور الكلوي المزمن من كل النواحي (البدنية، النفسية، البيئة) الأمر الذي قد يعود عليه بالراحة النفسية ومن ثم شعوره بالفاعلية الذاتية.
- وبعد كل ما سبق نعتبر أن عملنا هذا هو فتح مجال للمزيد من البحوث حول هذا الموضوع المهم للتأكد من نتائجه مع عينات أكبر، كما أننا نقترح بعض المواضيع مثل:
- المرونة الايجابية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من مرضى القصور الكلوي.
 - قلق الموت وعلاقتها بالفعالية لدى المصاب بالقصور الكلوي .
 - الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع بالعربية :

1. إبراهيم عصمت مطاوع(1981)،علم النفس وأهميته في حياتنا،دار المعارف،القاهرة.
2. ابن المنصور ابي الفضل جمال الدين (د.ت)،لسان العرب،مصر،دار المعارف.
3. أبو حلاوة محمد السعيد(2010)،جودة الحياة،المفهوم و الأبعاد،كلية التربية بدمنهور،جامعة الإسكندرية، ضمن فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية،جامعة كفر الشيخ.
4. بحيث خديجة احمد السيد(2012)،جودة الحياة لدى الطالبات الدبلوم العام لكلية التربية وعلاقتها بمستوى الرضا عنها،دراسات عربية من التربية وعلم النفس،جامعة الملك عبد العزيز.
5. بشرى عناد مبارك(2010)،جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الإجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج،مجلة كلية الأدب،جامعة ديالي،العدد 99.
6. بشير معمريه. (2012). أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
7. حكيم بوعمامة. (2019)، جودة الحياة: المفهوم والأبعاد، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 5(1)، 343-360.
8. خيارى، رضوانى؛ ومحمد الطاهر، طعبلى. (2020)، الفعالية الذاتية وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ الثالثة ثانوي، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 6(4)، 90-100.
9. دراسة ميدانية بمركز تصفية الدم بالوادي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي، 5(3)، 105-114.
10. دريس توفيق (2014)الذكاء الإنفعالي وعلاقته بمستوى الإكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي،مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي،جامعة قاصدي مرباح،ورقلة
11. رزقي رشيد الفعالية الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى قصور الكلوي المزمن،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي جامعة الحاج لخضر منتوري،باتنة.
12. رشيد، رزقي؛ وناس، أمزيان. (2018). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن،مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية،19(1)، 223-248.

13. رضوان حامد عبد السلام(1984)، علم النفس الاجتماعي، عالم الكتب ، القاهرة ، ط5.
14. رفقة خليف سالم (2008)،علاقة فاعلية الذات والفرع الأكاديمي بدافع الإنجاز الدراسي لدى طالبات كلية عجون الجامعية،مجلة البحوث التربوية و النفسية،العدد23.
15. الرواحية بدرية محمد يوسف(2016)، التوافق المهني وعلاقته بالفاعلية الذاتية المدركة لدى عينة من الموظفين في مدرسة العامة للتربية والتعليم بالمحافظة الداخلية،رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة نزوى سلطنة عمان.
16. رياض جودت (2001)،الجراحة البولية والجراحة التناسلية عند الذكور مطبعة جامعة حلب،سوريا .
17. زعطوط رمضان(2005) نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
18. زهير الكرمي (1988) ، الأطلس العلمي ،فيزيولوجيا الإنسان،دار الكتاب اللبناني ، بيروت.
19. سامي محمد ملحم، مناهج البحث في التربية وعلم النفس (2005)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة الطبعة الثالثة عمان الأردن.
20. سامية عدائكه. (2017). المعاش النفسي لدى املسن المصابين بداء القصور الكلوي المزمن
21. الشنفيري أمل (2006) ،دور وزارة التنمية الاجتماعية في تحسين جودة الحياة الأسرية العمانية ، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة،جامعة السلطان قابوس،مسقط(17-19) ديسمبر.
22. شيخي مريم(2013)،طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات،رسالة ماجستير،جامعة تلمسان،الجزائر .
23. صالح إسماعيل عبد الله الحمص(2010)، قلق الوالدة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة،الجامعة الإسلامية،غزة.
24. عبد الرحمن سعيد عبد الرحمن محمد(2007) ،استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعوقين سمعيا ، الندوة العلمية الثامنة للإتحاد العربي للهيئات العامة في رعاية الصم ،تطوير التعليم ولتأهيله للأشخاص من الصم وضعاف السمع.
25. عبد الرحمن عدس. (1999). أساسيات البحث التربوي. (ط3). عمان: دار الفرقان.

26. عبد المعطي حسن مصطفى(2005)،الارشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر،ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث للإلتقاء النفسي التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة يومي 15-16 مارس ،جامعة الزقازيق ،13-23.
27. عبد الكريم السويداء(2010)،المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي ، المملكة العربية السعودية ،وهج الحياة للنشر ،ط1.
28. عبد الكريم فريجات(2000)،تشریح جسم الإنسان ، دار الشروق ،الأردن.
29. عبد الكريم، مأمون؛ وعقيل بن ساسي. (2020)، الفعالية الذاتية المدركة وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب، مجلة دراسات نفسية وتربوية، 13(2)، 27-43.
30. علاء محمود التطراوي (2000)،فعالية الذات وعلاقتها ببعض متغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية ،مجلة كلية التربية ،بالمنصورة ،ع44.
31. علي، زريق؛ فرح، المصطفى. (2020)، نوعية الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمنالخاضعين لجلسات التحال الدموي، مجلة جامعة حماة، 8(3)، 101-113.
32. فاطمة عبد الجبار قريط. (2020)، تقييم نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن المزمن، مجلة جامعة حماة، 3(1)، 14-24.
33. فتحي الزيات (2001)، البنية العاملية للكفاءة الذاتية الأكاديمية ومحدداتها (مداخل ونماذج ونظريات)، ج2 في سلسلة علم النفس المعرفي ،دار النشر للجامعات القاهرة .
34. فضيل دليلو(1995)،مدخل إلى منهجية البحث في العلوم الإنسانية ،دار هرمة،الجزائر.
35. الكرخي خنساء نوري(2011)،جودة الحياة لدى المرشدين التربويين وعلاقتها بالذكاء الإنفعالي ،رسالة ما ماجستير غير منشورة ، كلية التربية الأساسية، جامعة ديالى.
36. كمال احمد الامام النشاوي (2002) فاعلية الذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى طلاب كلية التربية التوعوية ،رسالة ماجستير بجامعة المنصورة .
37. مجدي عبد الكريم حبيب(17-19 ديسمبر 2006) فعالية إستخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينة من الطلاب العثمانيين ، مقدم لندوة ،علم النفس وجودة الحياة ،مسقط جامعة السلطان.
38. محمد حامد إبراهيم الهداوي(2010) ،الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة،جامعة الأزهر.

39. محمد سليم خميس(2013)،فعالية البرنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف من حدة القلق والإكتئاب لدى المصابين بالأمراض المزمنة رسالة تخرج لنيل شهادة الدكتورا في علم النفس العيادي ،قسنطينة .
40. محمد صادق صبور(1994) أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها ،دار الشروق،لبنان،ط1.
41. محمد عبيدات(2000)،منهجية البحث العلمي أساسيات النظرية وممارسة العلمية ،دار الفكر ،سوريا.
42. محمد على البار(1996)،الفشل الكلوي وزرع الكلى ،بيروت الدار الشاميه،ط1.
43. محمد داودي،محمد بوفاتح(2007)،منهجية كتابة البحوث العلمية ، دار النشر للتوزيع الجزائر ،. ط1.
44. مدحت عبد الحميد أبو زيد (1999)،العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية ، الجزء 05 ،دار المعرفة الجامعية الإسكندرية .
45. الرواحية،بدرية محمد يوسف(2016)،التوافق المهني وعلاقته بالفاعلية الذاتية المدركة لدى عينة من الموظفين في المدرسة العامة للتربية و التعليم بالمحافظة الداخلية ،رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة نزوى،سلطنة عمان.
46. المشيخي غالب بن محمد علي (2009)،قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف ،رسالة دكتورا في علم النفس ،ام القرى السعودية .
47. الالوسي احمد(2014) فاعلية الذات وعلاقتها بتقديم الذات لدى طلبة الجامعة ،دراسة ميدانية في علم النفس الاجتماعية ،مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع.
48. لويس مغاوف (1986)، المنجد في اللغة.
49. مومي عيسى (د.س)المنار قاموس مدرسي للطلاب ،دار العلوم للنشر و التوزيع.
50. نيفين عبد الرحمان المصري (2011)،قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي لدى عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة ،رسالة لنيل درجة الماجستير في علم النفس ،فلسطين.
51. يوسف أيمن محمد مصطفى (بدون سنة)، قياس وإدارة تنمية المجتمعات العمرانية الجديدة من خلال مؤشرات جودة الحياة.

قائمة المراجع بالفرنسية:

52. Bandura.A(1994).self,efficacy,INVS,Ramachan ran(Ed),Encyclopediaof human behavior(vol4),newyork Acadimic.

53. Broun,et al,(2005),a review of emotional intelligence littérature and implication for currections,unpublished doctorat dissertation,university of ottawa,canada.
54. Rayyani, M., Malekyan, L., Forouzi, M. A., Haghdoost, A., & Razban, F. (2014). Self-care self-efficacy and quality of life among patients receiving hemodialysis in South-East of Iran. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4(2), 165-171.
55. Smaeli, M., Alikhani, M., & Hosseini, F. (2005). The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. *Iran Journal of Nursing*, 18(41), 77-84.
56. Tsay, S. L., & Healstead, M. (2002). Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International journal of nursing studies*, 39(3), 245-251.

الملاحق

ملحق رقم (1) يمثل المقياس المستخدم في الدراسة

الموضوع: المشاركة في دراسة علمية من خلال الإجابة على مقياسين

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته، تحية طيبة وبعد...

في إطار إنجاز مذكرة بعنوان "جودة الحياة وعلاقتها بالفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن"، وذلك إستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة "ماستر" تخصص علم النفس العيادي.

أرجو من سيادتكم المساهمة في إنجاز هذه الدراسة العلمية بالإجابة الصادقة عن أسئلة هذين المقياسين، والتي يختلف الأفراد بشأنها، إقرأ كل عبارة، ثم حدد درجة موافقتك على ما جاء فيها بوضع إشارة (X) أمام الإجابة التي تعبر عن رأيك.

نعلمكم أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة على هذه العبارات، كما نعدكم أن الإجابات المقدمة ستظل سرية ولن تستخدم إلا للأغراض العلمية.

مع خالص الشكر والتقدير.

قبل البدء يرجى ملئ البيانات التالية:

• الجنس: ذكر أنثى:

• السن: أقل من 20 سنة من 21 إلى 40 سنة من 41 إلى 50 سنة

أزيد من 50 سنة

• المستوى التعليمي: إبتدائي متوسط ثانوي جامعي

1. مقياس جودة الحياة

الرقم	الفقرات	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
أولا: بعد الصحة البدنية						
1.	أشعر بأن مرضي بمنعني بالقيام بالأعمال التي أريدها.					
2.	أحتاج للعلاجات الدوائية كي أقوم بأعمالي اليومية.					
3.	أمتلك ما يكفي من الطاقة للقيام بواجبات الحياة اليومية.					
4.	أستطيع التكيف مع حالي الصحية.					
5.	أشعر بالرضا عن نمومي					
6.	أشعر بالرضا عن قدرتي على أداء النشاطات اليومية.					
7.	أشعر بالرضا عن طاقتي في العمل.					
8.	أشعر بالرضا عن حالي الصحية.					
ثانيا: بعد الصحة النفسية						
9.	أشعر بالاستمتاع بحياتي.					
10.	أشعر بأن لحياتي معنى.					
11.	أمتلك القدرة على التركيز.					
12.	أشعر بالرضا عن شكل جسمي الخارجي.					
13.	أشعر بالرضا عن نفسي.					
14.	أشعر بمشاعر سلبية مثل المزاج السيء، القلق، والإكتئاب					
15.	أشعر بالرضا عن حياتي.					
ثالثا: بعد البيئة						
16.	أشعر بالأمن في حياتي.					
17.	أشعر بأن البيئة المحيطة بي صحية.					
18.	أمتلك المال الذي يلبي احتياجاتي.					
19.	تتوافر المعلومات التي أحتاجها في حياتي.					
20.	تتوفر لدي الفرصة للراحة وممارسة الأنشطة الترفيهية.					
21.	أشعر بالرضا عن حياتي الخاصة.					
22.	أشعر بالرضا عن الخدمات الصحية المقدمة.					
23.	أشعر بالرضا عن وسائل التنقل التي أستخدمها.					

2. مقياس الفاعلية الذاتية

غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما	الرقم	الفقرات
أولا: بعد المبادرة						
					1.	أفضل الابتعاد عن المشاكل التي تواجهني.
					2.	أحب أن أضع لنفسني أهداف في حياتي.
					3.	يصعب علي مساعدة الآخرين عندما تواجههم مشاكل.
					4.	أتمتع بإمكانيات أستطيع تحمل مسؤولياتي.
					5.	أرغب في مواجهة الصعاب في حياتي.
					6.	أفضل الابتعاد عن كل ما هو جديد.
					7.	يصعب علي القيام بأي طريقة تبدو معقدة في حياتي.
					8.	اشعر بأني بحاجة للمساعدة من قبل الآخرين.
					9.	عندما أرغب في عمل شئ ما أقوم مباشرة به.
					10.	أخوف من الفشل في حياتي.
					11.	يصعب علي القيام بأعمال تطوعية لخدمة المجتمع.
					12.	أشعر بأنني أتمتع بقدرات تؤهلني على الاستمرار في حياتي.
ثانيا: بعد المجهود						
					13.	اشعر بالمتعة عند حل مشكلة يصعب على الآخرين حلها.
					14.	أستطيع العمل على مواجهة المواقف الصعبة في حياتي.
					15.	أمارس طرق متعددة لحل المشاكل التي أتعرض لها.
					16.	توجد لدي المقدرة على اقناع الآخرين بوجه نظري.
					17.	يسهل علي أن أجد حل مناسب لمشكلة تواجهني.
					18.	أشعر بأن قدراتي على التعامل مع المشاكل التي تواجهني في حياتي محدودة.
					19.	أسعى بطرق متعددة من أجل تحقيق أهدافي.
					20.	أستطيع التعامل مع المعوقات التي تواجهني في حياتي.
					21.	ابتعد عن الأعمال الصعبة التي تتطلب إمكانيات عالية.
					22.	لدي القدرة على التفكير من أجل حل مشاكل الآخرين.
					23.	أسعى إلى التواصل مع الآخرين.
					24.	أشارك في المناسبات المجتمعية.
ثالثا: بعد المثابرة						

					أشعر بأنه من الأفضل للفرد التخطيط التفصيلي لحياته.	25.
					أستطيع تحقيق أهدافي التي أطمح لها.	26.
					أفضل الإستمرار بالمحاولات من أجل الوصول إلى الهدف.	27.
					أجد صعوبة في تحقيق أهداف هامة في حياتي.	28.
					لدي القدرة على الاستمرار في العمل حتى إنجازه.	29.
					أشعر بأنني لا أمتلك الإمكانيات والقدرات للقيام بأي شيء.	30.
					أفضل التخلي عن الهدف عندما تواجهني صعوبة.	31.
					عندما أواجه صعوبة أحاول بطريقة أخرى للوصول للهدف.	32.
					أفضل عدم تكرار محاولة فلت فيها.	33.
					أسعى إلى تطوير إمكانياتي وقدراتي الحياتية.	34.
					أفضل تنظيم حياتي بطريقة لائقة.	35.
					عندما أقوم بأي عمل أشعر بأنني سوف أفشل فيه.	36.

شكرا لحسن تعاونكم معنا....

ملحق رقم (2) خاص بمخرجات برنامج SPSS V.25
مخرجات خاصة بالدراسة الاستطلاعية

Frequency Table

		الجنس			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	1	0,10	0,10	0,10
	أنثى	9	0,90	0,90	0,100
	Total	10	0,100	0,100	

		السن			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 30 سنة	2	0,20	0,20	0,20
	من 30 الى أقل من 40 سنة	3	0,30	0,30	0,50
	من 40 الى أقل من 50 سنة	2	0,20	0,20	0,70
	من 50 سنة فأكثر	3	0,30	0,30	0,100
	Total	10	0,100	0,100	

		المستوى التعليمي			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	إبتدائي	4	0,40	0,40	0,40
	متوسط	3	0,30	0,30	0,70
	ثانوي	1	0,10	0,10	0,80
	جامعي	2	0,20	0,20	0,100
	Total	10	0,100	0,100	

Correlations

		جودة الحياة	بعد الصحة البدنية	بعد الصحة النفسية	بعد البيئة
جودة الحياة	Pearson Correlation	1	922**،	800**،	916**،
	Sig. (2-tailed)		000،	005،	000،
	N	10	10	10	10
بعد الصحة البدنية	Pearson Correlation	922**،	1	544،	903**،
	Sig. (2-tailed)	000،		104،	000،
	N	10	10	10	10
بعد الصحة النفسية	Pearson Correlation	800**،	544،	1	533،
	Sig. (2-tailed)	005،	104،		113،
	N	10	10	10	10
بعد البيئة	Pearson Correlation	916**،	903**،	533،	1
	Sig. (2-tailed)	000،	000،	113،	
	N	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		الفاعلية الذاتية	بعد المبادرة	بعد المجهود	بعد المثابرة
الفاعلية الذاتية	Pearson Correlation	1	834**،	883**،	906**،
	Sig. (2-tailed)		003،	001،	000،
	N	10	10	10	10
بعد المبادرة	Pearson Correlation	834**،	1	601،	583،
	Sig. (2-tailed)	003،		066،	077،
	N	10	10	10	10
بعد المجهود	Pearson Correlation	883**،	601،	1	766**،
	Sig. (2-tailed)	001،	066،		010،
	N	10	10	10	10

بعد المتابعة	Pearson Correlation	906**،	583،	766**،	1
	Sig. (2-tailed)	000،	077،	010،	
	N	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
891،	23

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
756،	36

مخرجات خاصة بالدراسة الأساسية

Frequency Table

الجنس

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	13	0.26	0.26	0.26
	أنثى	37	0.74	0.74	0.100
Total		50	0.100	0.100	

السن

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 30 سنة	9	0.18	0.18	0.18
	من 30 الى أقل من 40 سنة	12	0.24	0.24	0.42
	من 40 الى أقل من 50 سنة	13	0.26	0.26	0.68
	من 50 سنة فأكثر	16	0.32	0.32	0.100
	Total	50	0.100	0.100	

		المستوى التعليمي			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	إبتدائي	20	0,40	0,40	0,40
	متوسط	15	0,30	0,30	0,70
	ثانوي	5	0,10	0,10	0,80
	جامعي	10	0,20	0,20	0,100
	Total	50	0,100	0,100	

Correlations

		جودة الحياة	الفاعلية الذاتية
جودة الحياة	Pearson Correlation	1	525**،
	Sig. (2-tailed)		000،
	N	50	50
الفاعلية الذاتية	Pearson Correlation	525**،	1
	Sig. (2-tailed)	000،	
	N	50	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
جودة الحياة	50	6200,69	04496,14	98626,1

One-Sample Test

Test Value = 30.66

	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
جودة الحياة	615,19	49	000،	96000,38	9685,34	9515,42

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الفاعلية الذاتية	50	4000.79	74575.9	37826.1

One-Sample Test

Test Value = 48

	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الفاعلية الذاتية	782.22	49	.000	40000.31	6303.28	1697.34