



جامعة قاصدي مرباح \_ ورقلة  
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية  
الميدان: العلوم الإجتماعية  
قسم: علم النفس وعلوم التربية  
الشعبة: علم النفس  
التخصص: علم النفس العيادي

مذكرة مقدمة إستكمالاً لمتطلبات الحصول على شهادة الماستر أكاديمي في علم النفس  
العيادي

مقدمة من طرف الطالبة:

عربي يسرى

تحت عنوان:

الإنضباط الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى القصور  
الكلوي المزمّن

تاريخ المناقشة:

لجنة المناقشة:

- أ.د العاتي سعاد.....رئيسا
- أ.د خميس محمد سليم.....مشرفا
- أ.د رقايدة مسعودة.....مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## شكر وعرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

إله لا يطيبه الليل إلا بشكره ولا يطيبه النهار إلا بطاعته ولا تطيبه اللحظات إلا بذكره

اللَّهُ جَل جَلالُهُ

الى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة " سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم "

انتهت الرحلة. لم تكن قصيرة ولم تكن سهلة ولم يكن الحلم قريبا ومهما طال

فستمضي بجلوها ومرها

وفي اللحظة أكثر فخرا اهدي عملي هذا الى من رباني وكافح من أجلي الى المصباح الذي اثار  
دريبي ولمن أحمل اسمه بكل افتخار طاب بك العمر يا سيد الرجال وطيب لي عمرا أرجو من الله ان  
يمد في عمرك لتري ثمارا قد حان قطفها.. والدي العزيز

الى ملاكي في الحياة ومعنى الحب وقرّة عيني واعز ما أملك الى بسمة الحياة وسر الوجود الى من  
كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي الى غاليتي وجنة قلبي التي رافقتني وأرشدتني في  
كل مشاوير حياتي.. امي الغالية حفظها الله

الى ضلعي الثابت الذي لا يميل الى من رزقت بهم سندا وملاذي الأول والأخير الى من ازالوا من  
طريقي أشواك الفشل الى إخوتي الأعزاء

إلى الأستاذ الدكتور خميس محمد سليم الذي أشرف على هذا العمل وقدم لي يد العون

جزاك الله كل خير

إلى صديقاتي وزملائي متمنية لهم دوام الصحة والتوفيق والنجاح

وإلى كل من اتسع قلبي لهم وضائق هذه الورقة عن ذكرهم أهديكم عملي المتواضع عرفان

لكم بالجميل وتقديرا لجهودكم

والحمد لله على حسن التمام والختام

## ❖ الملخص:

**الخلفية:** قصور الكلى المزمن هو حالة طبية تتسم بتدهور وظيفة الكلى على مدى فترة طويلة، مما يؤدي إلى تراكم السموم والسوائل في الجسم. يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من مجموعة من التحديات الصحية والنفسية، مما يؤثر سلباً على جودة حياتهم. وقد يكون للإنضباط الصحي الذي يشمل الالتزام بالنظام الغذائي، تناول الأدوية، وممارسة النشاط البدني، تأثير كبير على تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

**الهدف:** هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى العلاقة بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وإكتشاف العلاقة من خلال عزوها إلى بعض المتغيرات (الجنس، الحالة الإجتماعية، العمر)، ومعرفة مستوى كل من الإنضباط الصحي وجودة الحياة.

**المنهج:** بلغ عدد المشاركين المختارين بطريقة قصدية 68 فرداً من مرضى القصور الكلوي المزمن، تراوحت أعمارهم ما بين 24 إلى 89 سنة، تم جمع البيانات بإستخدام مقياس السلوك الصحي لأحمد عبد المجيد صمادي ومحمد عبد الغفور الصمادي ومقياس جودة الحياة الصورة المختصرة إعداد منظمة الصحة العالمية وتعريب (د. بشرى إسماعيل أحمد).

**النتائج:** أظهرت النتائج على عدم وجود علاقة إرتباطية بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة. وأنه لا توجد فروق تعزى لمتغير (الجنس، الحالة الإجتماعية، العمر). فحين أظهرت النتائج أن مستوى كل من الإنضباط الصحي وجودة الحياة كانا مرتفعين.

**خلاصة:** إن الإنضباط الصحي يلعب دوراً حيوياً في تحسين جودة الحياة لدى مرضى قصور الكلوي المزمن. ولكن العوامل الأخرى قد تلعب دوراً أكبر في تحسين جودة الحياة لهؤلاء المرضى، ولذلك ينبغي الإهتمام بعدة جوانب من أجل تحسين جوانب الحياة الصحية ونوعية الحياة بشكل عام.

**الكلمات المفتاحية:** الإنضباط الصحي، جودة الحياة، القصور الكلوي المزمن.

## ❖ Abstract:

**Background:** Chronic kidney failure is a medical condition characterized by the deterioration of kidney function over a long period, which leads to the accumulation of toxins and fluids in the body. Patients with chronic kidney failure suffer from a set of health and psychological challenges, which negatively affects the quality of their lives. Health discipline, which includes adhering to the diet, taking medications, and practicing physical activity, can have a significant impact on improving the quality of life in these patients.

**Objective:** The study aimed to determine the level of the relationship between healthy discipline and the quality of life in patients with chronic renal insufficiency, discovering the relationship by attributing it to some variables (sex, social status, age), and knowing the level of both health discipline and quality of life

**Method:** The number of participants selected in a intentional way reached 68 individuals of chronic renal insufficiency, whose ages ranged between 24 to 89 years. The data were collected using the healthy behavior measure of Ahmed Abdel Majid Samadi, Muhammad Abdul Ghafour Al -Smadi and the quality of life quality, the brief image prepared by the World Health Organization and Arabization (Dr. Bouchra Ismail Ahmed).

**Results:** The results showed that there is no connection between health discipline and the quality of life. And that there are no differences due to the variable (sex, social status, age). When the results showed that the level of both health discipline and the quality of life were high.

**Conclusion:** Health discipline plays a vital role in improving the quality of life in patients with chronic renal palaces. But other factors may play a greater role in improving the quality of life for these patients, and therefore should be taken care of in several aspects in order to improve the aspects of healthy life and the quality of life in general.

**Keywords:** Health discipline, quality of life, chronic renal insufficiency.

## قائمة المحتويات

| الصفحة         | قائمة المحتويات                     |
|----------------|-------------------------------------|
| أ              | شكر و عرفان                         |
| ب              | المخلص                              |
| د              | قائمة المحتويات                     |
| و              | قائمة الجداول                       |
| ز              | قائمة الأشكال                       |
| <b>مقدمة</b>   |                                     |
| 11             | تعريف الإنضباط الصحي                |
| 12             | العوامل المؤثرة في الإنضباط الصحي   |
| 13             | تعريف جودة الحياة                   |
| 13             | مقومات جودة الحياة                  |
| 13             | أبعاد جودة الحياة                   |
| 15             | مكونات الكلية                       |
| 16             | وظائف الكلية                        |
| 17             | تعريف القصور الكلوي المزمن          |
| 17             | أعراض القصور الكلوي المزمن          |
| 18             | أسباب القصور الكلوي المزمن          |
| 20             | تساؤلات الدراسة                     |
| 20             | فرضيات الدراسة                      |
| 20             | أهمية الدراسة                       |
| 21             | أهداف الدراسة                       |
| <b>المنهج</b>  |                                     |
| 23             | منهج الدراسة                        |
| 23             | حدود الدراسة                        |
| 24             | خصائص عينة الدراسة                  |
| 25             | صعوبات الدراسة                      |
| 25             | أدوات الدراسة                       |
| 31             | التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة |
| 31             | الأساليب الإحصائية                  |
| <b>النتائج</b> |                                     |

|                 |                               |
|-----------------|-------------------------------|
| 33              | نتائج الفرضية الأولى          |
| 33              | نتائج الفرضية الثانية         |
| 33              | نتائج الفرضية الثالثة         |
| 34              | نتائج الفرضية الرابعة         |
| 35              | نتائج الفرضية الخامسة         |
| 35              | نتائج الفرضية السادسة         |
| 36              | نتائج الفرضية السابعة         |
| 37              | نتائج الفرضية الثامنة         |
| 37              | نتائج الفرضية التاسعة         |
| <b>المناقشة</b> |                               |
| 40              | تحليل ومناقشة الفرضية الأولى  |
| 43              | تحليل ومناقشة الفرضية الثانية |
| 44              | تحليل ومناقشة الفرضية الثالثة |
| 46              | تحليل ومناقشة الفرضية الرابعة |
| 47              | تحليل ومناقشة الفرضية الخامسة |
| 48              | تحليل ومناقشة الفرضية السادسة |
| 49              | تحليل ومناقشة الفرضية السابعة |
| 51              | تحليل ومناقشة الفرضية الثامنة |
| 53              | تحليل ومناقشة الفرضية التاسعة |
| 56              | إستنتاج عام                   |
| 56              | التوصيات والإقتراحات          |
| 58              | المراجع                       |
| 64              | الملاحق                       |

## قائمة الجداول

| الصفحة | قائمة الجداول   |
|--------|---|
| 18     | أسباب الفشل الكلوي  |
| 26     | أبعاد وفقرات مقياس الإنضباط الصحي   |
| 28     | نتائج صدق مقياس جودة الحياة بطريقة المقارنة الطرفية   |
| 29     | نتائج صدق الإتساق الداخلي للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة                                 |
| 30     | نتائج ثبات معامل الفا - كرونباخ لمقياس جودة الحياة  |
| 30     | نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة  |
| 33     | نتائج مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن  |
| 33     | نتائج مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن   |
| 34     | نتائج معامل الارتباطي بيرسون لدراسة العلاقة بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة                         |
| 34     | نتائج إختبار T-Test لدراسة الفرق في الإنضباط الصحي بإختلاف الجنس                                    |
| 35     | نتائج إختبار T-Test لدراسة الفرق في جودة الحياة بإختلاف الجنس                                       |
| 36     | نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي "Anova" لدراسة الفرق في الإنضباط الصحي بإختلاف الحالة الاجتماعية |
| 36     | نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي "Anova" لدراسة الفرق في جودة الحياة بإختلاف الحالة الاجتماعية    |
| 37     | نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي "Anova" لدراسة الفرق في الإنضباط الصحي بإختلاف العمر             |
| 38     | نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي "Anova" لدراسة الفرق في جودة الحياة بإختلاف العمر                |

## قائمة الأشكال

| الصفحة | الشكل                                 |
|--------|---------------------------------------|
| 16     | تشريح الكلية                          |
| 24     | خصائص المشاركين حسب الجنس             |
| 24     | خصائص المشاركين حسب الحالة الإجتماعية |
| 25     | خصائص المشاركين حسب العمر             |

# المقدمة

❖ المقدمة:

إن سلامة المجتمع وقوته وتقدمه وإزدهاره وتماسكه مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالصحة البدنية والعقلية والاجتماعية لأفراده. لم تعد الصحة والعافية تقتصر على العلاج الطبيعي بل أصبح مفهوماً أوسع بكثير. وتعتقد منظمة الصحة العالمية أن الصحة هي هدف ووسيلة للتنمية الاجتماعية. الصحة شريك لا ينفصل عن التنمية الاجتماعية والاقتصادية والإنتاجية والتماسك الأسري. ويتطلب ذلك تحقيق العدالة الاجتماعية في تقديم الخدمات الصحية استناداً إلى المبدأ الأساسي القائل بأن الصحة هي هدف إنساني واجتماعي عالمي أساسي.

إن الرعاية الصحية ضرورة أساسية لا غنى عنها وحاجة ملحة لبقاء الإنسان وتطوره وإنتاجه وحياته. وفي العصر الحديث، أصبحت الرعاية الصحية تعتبر حقاً لكل فرد، وبالتالي فإن شرعيتها ترتكز على حقيقة أنها تلبي إحدى الإحتياجات الإنسانية الأساسية.

(الحسيني، 2021، ص 477)

وترتكز مبادئ تعزيز الصحة على فكرة عالمية مفادها أن الصحة الجيدة هي النتيجة التراكمية للإنجازات الفردية. وعلى المستوى الشخصي، فإن ذلك يتضمن تطوير مجموعة من العادات الصحية في وقت مبكر من الحياة والحفاظ على تلك العادات طوال مرحلة البلوغ والشيخوخة. وعلى المستوى الطبي، يتضمن ذلك تعليم الناس كيفية تبني نمط حياة صحي ومساعدة المجموعات الأكثر عرضة لمخاطر صحية معينة على التصرف بطريقة تجعلهم على دراية بالمخاطر التي قد يواجهونها.

(تايلور، 2008، ص 107)

وعلى الرغم من أن العوامل البيولوجية والبيئية لها تأثير كبير على صحة الإنسان أو حدوث الإصابات والأمراض الخطيرة والمزمنة، إلا أن نمط الحياة والعادات الصحية التي يتبعها الشخص في حياته اليومية هي المتغيرات الأساسية التي تؤثر على صحته. وتشير أحدث التقارير الطبية حول هذه القضية إلى وجود ارتباط مباشر بين السلوك والصحة.

(شراز وسمية، 2022، ص 154)

ومن هنا يبرز مفهوم الإنضباط الصحي كجزء مهم وضروري للحفاظ على الصحة. لا يقتصر الإنضباط الصحي على الإلتزام بنظام غذائي متوازن وممارسة التمارين الرياضية بانتظام. ويمتد الأمر ليشمل تعديلات على نمط حياة الفرد بشكل عام، مما قد يساعد في تحقيق نتائج إيجابية طويلة الأمد.

فالإنضباط الصحي أو الإلتزام الصحي هو في المقام الأول مصطلح طبي يستخدم لوصف إمتثال المريض لمفاهيم المثابرة أو الإلتزام أو الموافقة، والتي تستخدم جميعها لوصف إلتزام المرضى السليم بالنصيحة الطبية. ولأن صحة الفرد هي نتيجة لمجموعة من

النمو البدني والعقلي والعاطفي والجسدي، فقد توسع مفهوم الإنضباط الصحي في العصر الحالي ليشمل كل الأساليب والإجراءات والسلوكيات الصحية التي يتبعها الفرد للحفاظ على مستوى صحي مناسب.

(العجمي والعنبي، 2021، ص 89)

يمكننا أن نستخلص أنه ليس مجرد إلتزام رسمي بالعادات الصحية، بل هو أسلوب حياة يتطلب عزيمة قوية وتفانيا لبلوغ الغايات الصحية المنشودة. الإنضباط الصحي يشمل القدرة على إتخاذ قرارات واعية تؤثر بإيجابية على الصحة العامة، مما يساهم في تحسين نوعية الحياة.

تتنوع العوامل المؤثرة في الإنضباط الصحي، حيث تساهم كل من البيئة الإجتماعية والنفسية بدور كبير في تكوين سلوكيات الأفراد. فالعوامل مثل المساندة الإجتماعية، والموارد المتوفرة، والعادات المكتسبة من العائلة والمجتمع، تؤثر بشكل مباشر على قدرة الشخص على الإلتزام بنمط حياة صحي. إضافة إلى ذلك، تلعب الدوافع الذاتية والوعي الصحي دورا حاسما في تعزيز الإنضباط الصحي وإستمراره.

هناك عدة عوامل تؤثر في الإنضباط الصحي نذكر منها:

- **العوامل المتعلقة بالمريض (العوامل الذاتية):** يتحدد مستوى الإلتزام بالبرنامج العلاجي (تناول الأدوية، إتباع الحمية الغذائية، ممارسة الرياضة، والإمتثال للتوجيهات والتوصيات الطبية) بعناصر شخصية المريض، المعرفية والإنفعالية أي طريقة إدراكه ووعيه بمرضه ومدى تقبله له.
- **العوامل العائلية (الدعم الإجتماعي):** تلعب العائلة دورا رئيسيا في التوازن الإنفعالي للفرد، وبالنسبة للأطفال والمراهقين المرضى فإن الأمر يكون أكثر. تأثيرا من طرف الوالدين، لاسيما فيما يخص إلتزامهم العلاجي من خلال التذكير بمواعيد أخذ الدواء وإنتظار نتائج إيجابية للعلاج.
- **العلاقة بين الطبيب والمريض:** لدى المريض إهتمام كبير بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب المعالج، غير أن هذا الإهتمام يتضمن بعض التحفظات والإنتقادات بخصوص إنخفاض مستوى التغذية الراجعة من جانب القائم بالرعاية الصحية، بحيث لا يتم التركيز على المريض كإنسان لديه شخصيته المميزة، وكذلك من خلال إستخدام مصطلحات علمية متخصصة ومعقدة لا يفهمها المريض عادة، وقد تبين أن للإتصال السيئ آثار سلبية عديدة، أهمها عدم إلتزام المرضى بتوصيات الطبيب ونصائحه.

(زربية والرزوق، 2020، ص 1037)

حيث تعتبر الصحة الجيدة من الأسس الأساسية التي تسهم في تحقيق نوعية حياة مرتفعة، خاصة لدى الأفراد المصابين بأمراض مزمنة.

حسب الدسوقي ( 1998 ) جودة الحياة هي تقييم الشخص لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه لائق لحياته ،أما كارول رايف (2006) يرى أن جودة الحياة النفسية هي: "الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالموشرات السلوكية التي تدل على إرتفاع مستويات رضا الفرد عن نفسه وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، وإستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته لعلاقات إجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين والإستمرار فيها كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة

(بلول وعله، 2016، ص172)

تعد جودة الحياة مفهوما شاملا يشمل طائفة من العوامل التي تؤثر على رفاهية الأفراد. فهي ترتبط ليس فقط بالصحة الجسدية، بل تشمل أيضا الجوانب النفسية والإجتماعية والإقتصادية. حينما يتحقق الإنتظام الصحي، ينعكس ذلك بإيجابية على نوعية الحياة، حيث يساهم في تعزيز الصحة العامة، وتخفيف مستويات التوتر، وتحسين العلاقات الإجتماعية، مما يؤدي إلى حياة أكثر توازنا وسعادة.

توجد عوامل عديدة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة نذكر منها:

- القدرة على التفكير وإتخاذ القرارات
- القدرة على التحكم
- الصحة الجسمانية والعقلية
- الأحوال المعيشية والعلاقات الإجتماعية
- المعتقدات الدينية
- القيم الثقافية والحضارية.
- الأوضاع المالية والإقتصادية والتي بناء عليها يحدد كل فرد ما هو الأمر الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحيهاها.

(بوعيشة، 2013، ص 53)

يشير حسن مصطفى إلى ثلاثة أبعاد نوعية الحياة وهي:

- جودة الحياة الموضوعية: وتعني ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانات مادية، إضافة إلى الحياة الإجتماعية الشخصية للفرد.
- جودة الحياة الذاتية: وتعني كيف يحس الفرد بالحياة الجيدة التي يحيهاها، أو مقدار الرضا والقناعة عن الحياة والسعادة فيها.

- جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يستطيع الفرد أن يعيش حياة متناغمة ويبلغ الحد الأمثل في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في وفاق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع وحسب كارول رايف أن جودة الحياة النفسية تتضمن الأبعاد التالية:
- قبول الذات: ويدل إلى القدرة على أقصى سعة تسمح بها المقدرات والإمكانات، والنضوج الشخصي، والموقف الإيجابي نحو الذات.
- العلاقات الإيجابية مع الآخرين: ويدل إلى القدرة على إقامة علاقات إجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين مبنية على الثقة والمحبة، القدرة على التواجد مع الآخرين، والقدرة على البذل مع الآخرين.
- الإستقلالية: وتعني القدرة على تقرير مصير الذات، والإعتماد على النفس والقدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي.
- الكفاءة البيئية (السيطرة على البيئة): وتشير إلى القدرة على إختيار وتصور البيئات المناسبة والليونة الشخصية خلال التواجد في الأوضاع البيئية.
- هدفية الحياة: وتعني أن يكون للفرد هدف في الحياة، ورؤية توجه سلوكه وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف، مع المثابرة والإصرار.

(بببب، 2017، ص 355)

تشكل الأمراض المزمنة تحديا صحيا عالميا متصاعدا، حيث تؤثر على ملايين الأفراد وتفضي إلى تدهور نوعية الحياة. تشمل هذه العلل مجموعة واسعة من الحالات، مثل أمراض القلب، السكري، والسرطان، مما يجعلها من الأسباب الأساسية للوفاة والعجز في العديد من الدول.

يعتبر الألم المزمن من أبرز المشكلات الصحية انتشارا ويندرج ضمن الحالات الصحية التي يصعب مداواتها فهو ظاهرة نفسية وبيولوجية معقدة تختلف من شخص لآخر ويصعب تقييمها بطريقة موضوعية، تشير التقارير الوبائية إلى أن الألم المزمن يعد من أكبر المشكلات التي تواجه الرعاية الصحية في أي مجتمع فمثلا في الولايات المتحدة الأمريكية وجدوا أن 30% من السكان يعانون من آلام مختلفة، 20% منهم يعانون من ألم أسفل الظهر وكذلك وجدوا أن الراشدين الأمريكيين يعاني 10% منهم من ألم الرقبة ، و 30% الألم الناتج عن السرطان كما كان 33% منهم يعانون من ألم التهاب المفاصل الروماتيدي) .

(نعمة وسليم، 2024، ص 112)

يمثل داء القصور الكلوي المزمن عبئا ضخما على المرضى ونظام العناية الصحية ويتطلب علاجه مشتركا بين كل من الطبيب والمريض وهو إشكالية صحية عامة تؤثر على

ملايين الأفراد في جميع أنحاء العالم خصوصا مع تزايد حدوثه وإنتشاره. ففي الولايات المتحدة الأمريكية هناك تقريبا 400 حالة لكل مليون نسمة، وفي الجزائر وحدها تسجل أكثر من 4500 حالة إصابة سنويا.

(النوى وعدوان، 2019، ص 438)

وإنطلاقا من هذه الإحصائيات التي تعكس مدى إنتشار مرض القصور الكلوي المزمن وتأثيره، تقتضي الضرورة العلمية إلى التعرف على الكلية ووظائفها لفهم طبيعة هذا المرض بشكل أعمق.

فالكلية تتكون من محفظة ليفية تحيط بنسيج الكلية والذي يتألف من:

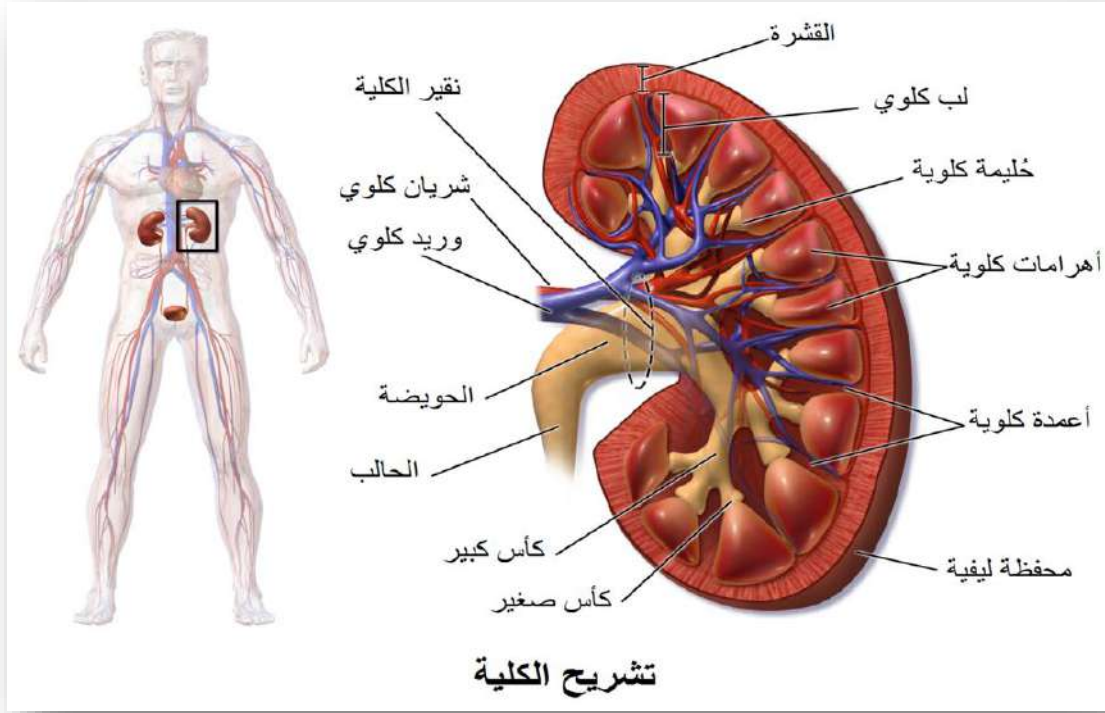
- منطقة محيطية: ذات مظهر حبيبي هي المنطقة القشرية
- منطقة مخية ملساء: حمراء مخططة بخطوط شعاعية وتنقسم إلى أهرامات صغيرة تتجه قاعدتها نحو المحيط، تدعى أهرامات مالبيجي
- وأخيرا جوف مركزي: يدعى الحويضة وتتصل بالحالب.

كما تتألف الكلية من عدد كبير جدا من الأنابيب البولية وهي التي تعطي المظهر المخطط للمنطقة المحية، وتتألف هذه الأنابيب من حبابات منتفخة تسكن فيها شبكات شعرية، ومن أقسام عريضة متعرجة تقع جميعا في المنطقة القشرية، تليها أقسام مستقيمة تقع في المنطقة المخية.

وإختلاف أقسام الأنابيب هو الذي يعطي المظاهر المختلفة للمناطق الكلية، تفتح هذه الأنابيب بثقوب صغيرة جدا في ذرى الأهرامات تدعى المسام البولية التي تفتح على جوف غشائي يدعى الحويضة، تتشابك الأنابيب البولية مع شعيرات دموية غزيرة.

(نعيمة، 2018، ص 24)

الشكل رقم (01): تشريح الكلية.



تقوم الكلى بعدة مهام للمحافظة على إتزان تركيب المحيط الداخلي للجسم، وهي:

1. طرح فضلات الإستقلاب والأدوية والمواد الضارة للجسم.
2. المحافظة على توازن درجة حموضة الدم أو الرقم الهيدروجيني PH.
3. تكوين مواد جديدة مثل النشادر والفوسفات غير العضوية.
4. تنظيم ضغط الدم عن طريق إفراز الرينين، والحفاظ على الضغط الأوسموزي للدم.
5. تنظيم تكوين الدم عن طريق تكوين الهرمون المولد للكريات. الحمراء وهو Erythropoietin.
6. تعمل على إبطال تأثير بعض العناصر الشطة بواسطة خمائر معينة، فمثلا تبطل تأثير الهستامين بخميرة الهستاميازه Histaminase.
7. المحافظة على توازن السوائل في الجسم.

(حكمت، 2000، ص 282)

وعند حدوث خلل في قدرة الكلى على أداء هذه الوظائف فإن ذلك يؤدي الى ما يعرف بالفشل الكلوي.

وهو إنخفاض مفاجئ وتطوري لوظيفة جزيئات الكلية، ويكون مصحوبا بتراكم المواد السامة، والفضلات، وإضطراب في العمليات الأيضية، وإرتفاع كبير للبوتاسيوم في الدم، ونقص حجم البول على المستوى المطلوب.

بمعنى هو عجز الكليتين عن أداء مهمتها الأساسية وهي تنقية الدم، ويكون ذلك بسبب عدة أمراض مثل: إرتفاع الضغط الدموي، ويمس الداء الكلية من حيث مكوناتها (النفرونات، النسيج، المهام).

(بيرة علي، 2017، ص 527)

في مستهل بدء المرض، قد لا يشتكي المصاب من أي علامات، حتى أنه لا يحس بالمرض في الإبتداء، لكن في بعض الحالات تظهر الأعراض الآتية:

- الإحساس بالتعب والإرهاك تحديدا لدى فعل مجهود بدني أو فكري، حيث يفقد المريض مقدرته على التركيز.
- نقص الشهية للأكل مع حصول غثيان وأحيانا يكون متكرر وربما يكون مصحوبا بالدم إضافة إلى إسهال يصحبه دم وذلك في الحالات المتأخرة.
- عسر التنفس لاسيما عند عمل أي مجهود، وقد تزيد الحالة لدرجة حصولها مع عدم عمل أي مجهود وفي هذه الوضعية تكون هنالك إصابة بالرئتين أو القلب أو كلاهما.
- إزدياد التبول خاصة أثناء الليل وعدم المقدرة على تركيز البول حيث أن المريض لا يشكو عادة من أي ألم في موضوع الكلى أو فوق المثانة.
- الوهن الجنسي بسبب خلل الغدة الجنسية وإنخفاض إنتاج الهرمونات بسبب تأثير السموم المتراكمة.
- الحكمة ويشتكي منها بعض المرضى لكن ربما تكون ناجمة عن تراكم المواد السامة تحت الجلد.
- الورم (الوذمة) إحتباس السوائل في الجسم وينتج عنه إنتفاخ الوجه وخاصة تحت العينين وإنتفاخ الأقدام.
- فقر الدم ويرجع هذا إلى قلة إفراز هرمون الإريثروبويتين (محفز الحمر) من الكلى المريضة وهو هرمون تحفيز نخاع العظم الذي ينتج خلايا الدم الحمراء والبيضاء.
- إرتفاع ضغط الدم في معظم المرضى نتيجة زيادة السوائل والأملاح.
- مضاعفات الجهاز العصبي يحدث إتهاب بالأعصاب الطرفية فيشعر المريض بتتميل الأطراف أو أوجاع فيها.
- تصاب العظام بإعتلالات عديدة نتيجة الفشل الكلوي، خاصة في مراحل متأخرة من الداء، وتعرف إضطرابات العظام الناتجة عن الفشل الكلوي.

## المقدمة

- في نهاية المرض تصاب الرئتان بإصابة شديدة، وقد يحدث جلطة دموية كما أن الإحتقان في الرئتين يكون حادا.

(بوعيشة وزكري، 2024، ص16)

ومن الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي المزمن

**جدول رقم (01): أسباب الفشل الكلوي.**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| ○ أيا كان سبب إتهاب كبيبات الكلى   | الإلتهاب الكبيبي المزمن      |
| ○ ارتفاع ضغط الدم الحبيث   | أمراض وعائية                 |
| ○ تصلب شرايين الكلى أو إنسداده   |                              |
| ○ مرض كلوى كلاجيني مثل إتهاب الشرايين المتعدد العقدي، الذوآب الإحمراري المجموعي، تصلب الجلد                              |                              |
| ○ إتهاب الكلى الميكروبي المزمن   | إتهاب الكلى الميكروبي        |
| ○ درن الكلى  |                              |
| ○ السكر  | أمراض أيضية (و عامة)         |
| ○ المرض النشواني   |                              |
| ○ النقرس   |                              |
| ○ فرط كالسيوم الدم مثل فرط جنبيات الدرقية. فرط فيتامين د، متلازمة اللبن مع القلوي. مرض اللحمانية                         |                              |
| ○ النقيوم المتعدد  |                              |
| ○ الكليتان متعددتا الكيسات   | عيوب خلقية بالكلى            |
| ○ الكليتان الضامرتان خلقيا   |                              |
| ○ الحصوات  | مرض إنسدادي بالمسالك البولية |
| ○ عيب خلقي بحوض الكلى  |                              |
| ○ تليف الحالبيين   |                              |
| ○ الأورام  |                              |
| ○ تضخم الموثة (البروستاتا)   |                              |
| ○ ضيق عنق المثانة  |                              |
| ○ ضيق مجرى البول   |                              |
| ■ عيوب خلقية بالمثانة أو عنقها أو مجرى البول مثل العيوب الخلقية بالنبيات أو التسمم بالعقاقير أو المعادن الثقيلة أو غيرها | أمراض نببيات الكلى           |

(صبور، 1994، ص 21)

وللإنضباط الصحي دور هام وفعال لمرضى القصور الكلوي المزمن مع إختلاف سماتهم في التعامل والتكيف مع جميع الأوضاع والظروف المحيطة بهم. ويعد الإنضباط الصحي من العوامل الضرورية جدا في إستقرار المرض وعدم حدوث مضاعفات له، وفي العلاج أيضا حيث أنه يمكن المريض من التعامل مع جميع الظروف التي قد يواجهها بطريقة آمنة لتجنب المضاعفات وللتعايش مع المرض وممارسة الحياة بشكل طبيعي.

ركزت العديد من البحوث والدراسات على أهمية الإنضباط الصحي فتحسين جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بأمراض مزمنة، ومن هذه الدراسات وجدنا:

دراسة سرار عائشة (2020) بعنوان **الإنضباط الصحي وعلاقته بدرجة القلق لدى مرضى السكري** والتي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين درجة الانضباط الصحي ومستوى القلق لدى مرضى السكري وكذا معرفة الفروق في درجة الانضباط الصحي وذلك حسب كل من الجنس والسن ونمط السكري، توصلت إلى:

- أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجة الإنضباط الصحي ومستوى القلق لدى مرضى السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي بين الجنسين بينما يوجد فرق بين الجنسين في مستوى القلق وكان لصالح الإناث.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي ودرجة القلق لدى مرضى السكري تبعا لمتغير السن.
- لا توجد فروق في درجة الإنضباط الصحي ودرجة القلق بين مرضى السكري من النوع الأول ومرضى السكري من النوع الثاني.

(عائشة، 2020، ص17)

أما دراسة **تعولميت شراز وعلوية سمية (2022)** بعنوان **مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السرطان** هدفت إلى الكشف عن مستوى ممارسة السلوك الصحي، ونوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السرطان، أظهرت الدراسة بأن مستوى ممارسة السلوك الصحي لدى العينة التي شملتها الدراسة مرتفع، وكذا سيادة مصدر الضبط الداخلي لديهم، عدم وجود علاقة ارتباطية بين كل من مصدر الضبط والسلوك الصحي، في حين توصلت إلى عدم وجود فروق جوهرية في كل من مصدر الضبط والسلوك الصحي لدى أفراد العينة في ضوء متغير الجنس.

(شراز وسمية، 2022، ص 153)

فحين دراسة كل من **نادية بوشلاق وشهرزاد نوار (2019)**، **مستويات السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري** هدفت الى التعرف على مستويات السلوك الصحي لدى مرضى السكر. وكذلك التعرف على الفروق لدي مرضى السكري حسب متغير الجنس

ومدة المرض والمستوي التعليمي. توصلت الدراسة الى وجود مستوى متوسط من السلوك الصحي لدى مرضي السكري. والى وجود فروق في السلوك الصحي حسب الجنس، بينما الفروق لم تكن دالة احصائيا فيما يخص مدة المرض والمستوي التعليمي.

(نادية وشهرزاد، 2019، ص 81)

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي، وهذا ما دفعنا إلى طرح التساؤلات التالية:

- ما هو مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- ما هو مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

#### ❖ الفرضيات:

- نتوقع مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع.
- نتوقع مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض.
- توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الاجتماعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الاجتماعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب العمر.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب العمر.

#### ❖ أهمية الدراسة:

- تسلط الدراسة الضوء على كيفية تأثير الإنضباط الصحي على جودة الحياة للمرضى، مما يساعد في فهم العوامل التي تسهم في تحسين حالتهم النفسية والجسدية.
- من خلال فهم العلاقة بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة، يمكن للأطباء والممارسين الصحيين توجيه العلاجات بشكل أفضل، مما يؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للمرضى.

- تساعد الدراسة في زيادة الوعي حول أهمية الإلتزام بالنظام الغذائي، وممارسة الرياضة، وأخذ الأدوية بانتظام، مما يعزز من سلوكيات الصحة العامة لدى المرضى.
- تساعد في فهم كيف تؤثر العوامل النفسية والاجتماعية على الإنضباط الصحي وجودة الحياة، مما يسهم في تقديم رعاية شاملة للمرضى.

### ❖ أهداف الدراسة:

- تحديد مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن
- تحديد مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن
- معرفة طبيعة العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعا للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية).

المذبح

## ❖ الإجراءات المنهجية للدراسة: 1. منهج الدراسة:

من أجل دراسة الإشكالية المطروحة وأسئلتها واستجابة لطبيعة الموضوع، تم الإعتماد على المنهج الوصفي الإرتباطي وهو مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا، لإستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث.

(المشهداني، 2019، ص126)

## 2. حدود الدراسة:

الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة من (2024/10/20) إلى غاية (2025 /05/29) خلال الموسم الجامعي (2025/2024).

الحدود المكانية: تمت الدراسة الميدانية لموضوع بحثنا بكل من:

- المؤسسة العمومية الإستشفائية سليمان عميرات بتقرت.
- المؤسسة العمومية الإستشفائية الأخضرى محمد الأخضر بتقرت.
- مركز الواحات لتصفية الدم بتقرت.
- مركز تصفية الدم بورقلة.

الحدود البشرية: تم إجراء الدراسة على عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن.

## 3. خصائص عينة الدراسة:

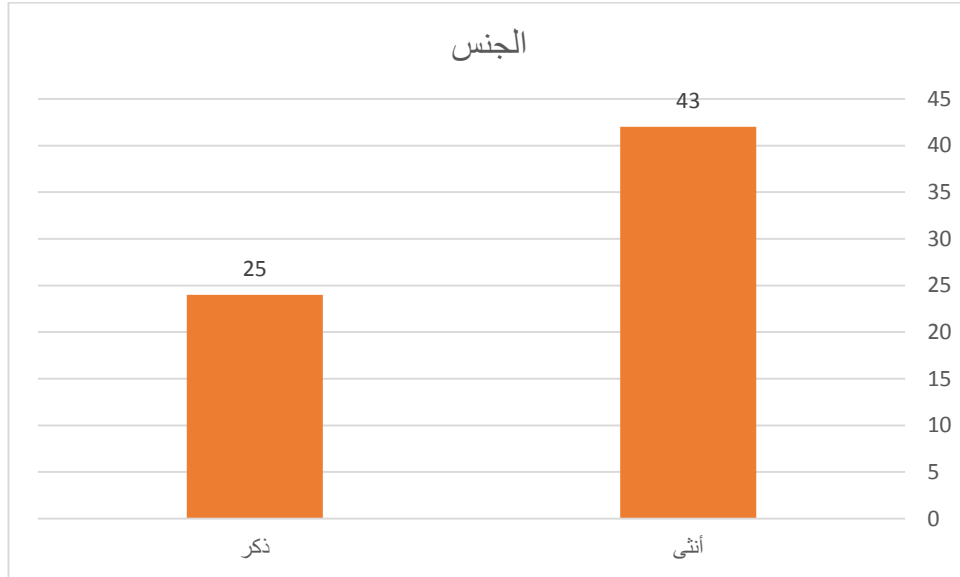
تكون عدد المشاركين من 68 مريضا بالقصور الكلوي المزمن، تراوحت أعمارهم بين (24-89) سنة تم إختيارهم بطريقة قصدية.

والتي تعتمد على نوع من الإختيار المقصود حيث يعتمد الباحث أن تتكون العينة من وحدات تمثل المجتمع الأصلي تمثيلا صحيحا.

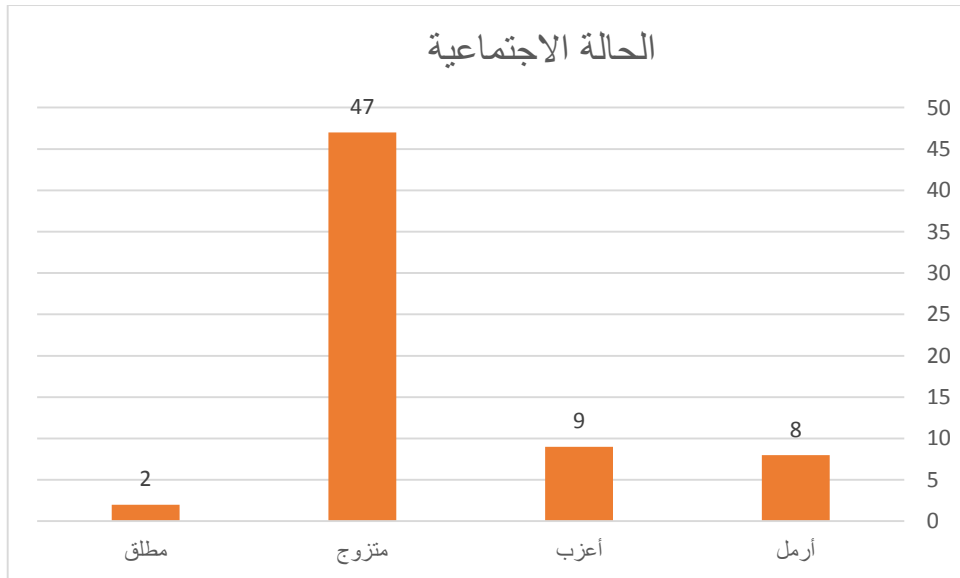
(القحطاني، 2020، ص446)

4. خصائص المشاركين:

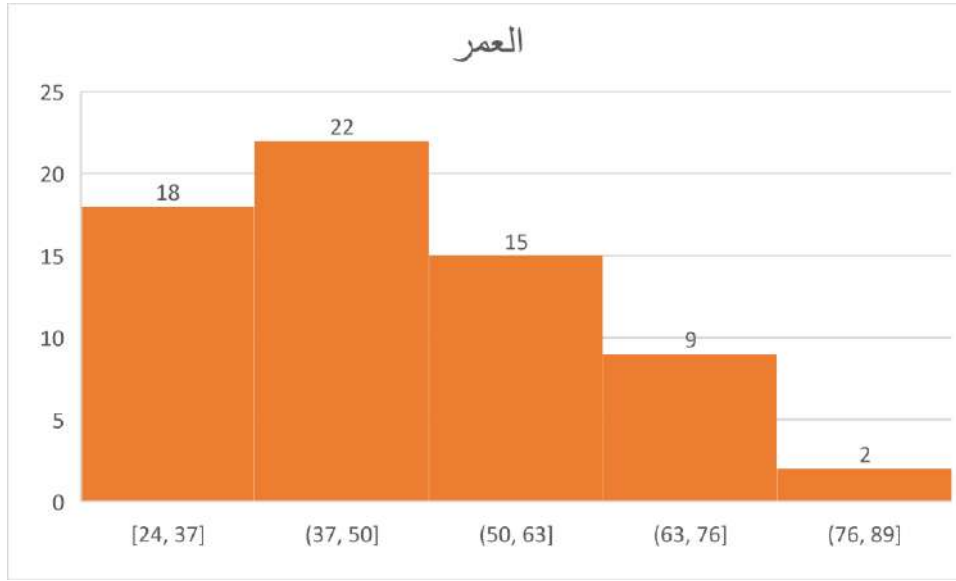
الشكل رقم (02): خصائص المشاركين حسب الجنس.



الشكل رقم (03): خصائص المشاركين حسب الحالة الاجتماعية.



الشكل رقم (04): خصائص المشاركين حسب العمر.



## 6. صعوبات البحث:

- تعدد التعديلات على موضوع الدراسة.
- العراقيل الإدارية فيما يخص الحصول على التراخيص والموافقات الضرورية لتطبيق الدراسة داخل المؤسسة الإستشفائية.
- عدم موافقة الأخصائية المسؤولة على مصلحة تصفية الكلى السماح بإجراء البحث داخل المصلحة.
- تغيير مكان مصلحة تصفية وغسيل الكلى.
- طول مدة إستجابة المشاركين على الإستبيانات.
- عدم الإلتقاء المباشر مع المشاركين.
- محدودية الوقت الزمني المخصص للدراسة.
- تباين المستوى الثقافي للمشاركين.

## 7. أدوات الدراسة:

الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي:

○ وصف مقياس الإنضباط الصحي:

من تصميم أحمد عبد المجيد صمادي ومحمد عبد الغفور الصمادي (2011)، ويتكون من 45 فقرة موزعة على 04 أبعاد هي: بعد العناية بالجسم، بعد الصحة العامة، بعد التعامل مع الأدوية، البعد النفسي الإجتماعي، وتتم الإجابة عن هذه الفقرات وفق مقياس ليكرت

الخماسي (مطلقا/ نادرا/ أحيانا/ غالبا/ دائما) حيث يتم منح الدرجة 01 للإجابة "مطلقا" والدرجة 05 للإجابة "دائما".

(ملال وملال، 2021، ص 381)

الجدول رقم (02): أبعاد وفقرات مقياس الإنضباط الصحي

| الفقرات الممثلة له | عدد الفقرات | البعد                         |
|--------------------|-------------|-------------------------------|
| 1 إلى 8            | 8           | العناية بالجسم                |
| 9 إلى 21           | 14          | العناية بالصحة العامة         |
| 22 إلى 29          | 8           | التعامل مع الأدوية و العقاقير |
| 30 إلى 45          | 15          | النفسي الاجتماعي              |
| 45                 |             | المقياس ككل                   |

وفيما يلي وصف للخصائص السيكومترية المقياس السلوك الصحي

#### ✓ صدق المقياس:

يقصد بالصدق هو أن يقيس الإختبار أو الأداة ما وضع لقياسه.

(صابر وخفاجة، 2002، ص 167)

للتأكد من صدق المقياس الأصلي فقد إعتد الباحثان الصمادي والصمادي عدة مؤشرات منها صدق المحتوى حيث تم عرض المقياس بصورته الأصلية على (10) محكمين من ذوي الإختصاص في مجال القياس والإرشاد ، كما تم تجريب المقياس على 1849 طالبا وطالبة يمثلون (9) جامعات حكومية خاصة في الأردن ، وتم حساب معاملات إرتباط الفقرات بالأبعاد التي تنتمي إليها، كما خضعت فقرات المقياس للتحليل العاملي الذي كشف عن وجود (4) عوامل مستقلة بمجموع ( 0.32 ) من التباين وتتشابه هذه الأبعاد مع النظرية للمقياس، ويؤكد ذلك صدق بناء المقياس، كما تبين للمقياس قدرة تمييزية بين من يتمتع بمستوى صحي عالي، ومن يتمتع بمستوى صحي متدني.

#### ✓ ثبات المقياس:

إن الثبات شرط ضروري أو لازم للصدق. فإذا قلنا أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه أو أنه ينطوي على درجة عالية من الصدق يتعين علينا التأكد ما إذا كان يقيس بدقة ذلك الشيء الذي وضع لقياسه. ويعتبر الإختبار ثابتا إذا حصلنا منه على النتائج نفسها لدى إعادة تطبيقه على الأفراد أنفسهم وفي الظروف نفسها.

(الخطيب والخطيب، 2011، ص 28)

للتأكد من ثبات الأداة فقد تم إتخاذ الإجراءات التالية:

قام الباحثان الصمادي عبد الغفور والصمادي عبد المجيد بحساب معاملات الإتساق الداخلي لأبعاد المقياس وللمقياس ككل بإستخدام ألفا -كرومباخ وتبين أن المقياس ككل يتمتع بمعامل إتساق داخلي (0.87)، ومعاملات إتساق للأبعاد الفرعية تراوحت ما بين (0.68 - 0.84) كما تأكد الباحثان من ثبات المقياس بإستخدام الإختبار وإعادة الإختبار على عينة تجريبية وتبين أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات (0.79) للدرجة الكلية ومعاملات ثبات تراوحت ما بين (0.75 - 0.81) للأبعاد الفرعية.

**الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:**

**وصف مقياس جودة الحياة:**

إعتمدت الدراسة على مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة (BREF - QOL) (WHO) الذي أعدته منظمة الصحة العالمية، وقامت بتعريبه الدكتورة بشرى إسماعيل أحمد (2008)، وكان إختيار هذا المقياس لوضوح عباراته، وتمتعه بالصدق والثبات.

ويتكون المقياس من (26) عبارة تتضمن مواقف وتوجهات الفرد نحو الحياة، ومدى رضاه عن هذه الظروف والمواقف.

وتضمن المقياس عبارة تتعلق بجودة الحياة العامة، وعبارة عن الصحة العامة، و(24) عبارة تمثل أربعة أبعاد فرعية للمقياس، وفيما يلي وصف لهذه الأبعاد:

- بعد الصحة الجسمية: يتكون من (7) عبارات تمثل: الأنشطة الحياتية اليومية، الإعتدال على العقاقير الطبية، القوة والإجهاد، قابلية الحركة والتنقل، الألم والعناء، النوم والراحة، القدرة على العمل، وترتيبها في المقياس (3، 4، 10، 15، 16، 17، 18).
- بعد الصحة النفسية: يتكون هذا البعد من (6) عبارات تمثل: صورة الجسم والمظهر العام، والمشاعر السلبية، والمشاعر الإيجابية، وتقدير الذات، ومعتقدات الفرد الدينية والروحية، التفكير والتعليم، التذكر والتركيز، ويمثلها العبارات التالية (5، 6، 7، 11، 19، 26).
- بعد العلاقات الإجتماعية: يتضمن هذا البعد ثلاث عبارات: العلاقات الشخصية، والمساندة الإجتماعية، والنشاط الجنسي، وتمثلها العبارات (20، 21، 22).
- بعد البيئة: يتكون هذا البعد من (8) عبارات تمثل المواقف التالية: الموارد المادية، الحرية، الأمن والأمان المادي، الرعاية الصحية والإجتماعية من حيث التوافر والجودة، والبيئة الأسرية، الفرص المتاحة لإكتساب المعارف وتعلم المهارات، والاشتراك وإتاحة الفرصة للإبداع والأنشطة الترفيهية، والبيئة الطبيعية وما تتضمنه من تلوث وضوضاء ومناخ، ووسائل النقل، وهذا البعد يتضمن العبارات (8، 9، 12، 13، 14، 23، 24).

### طريقة تصحيح المقياس:

يتم الإجابة على بنود المقياس وفقا لمقياس مدرج تتراوح عليه ما بين خمس درجات إلى درجة واحدة وذلك في حالة الإجابة الإيجابية حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع في جودة الحياة وتعكس هذه الدرجات في حالة الإجابات السلبية.

### ✓ صدق المقياس:

الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): تم الإعتماد لحساب صدق المقياس على الصدق التمييزي، حيث تم ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى بحيث تم أخذ 33% من أعلى التوزيع و33% من درجات أدنى التوزيع فكان عدد الأفراد (66) فردا، وبعد ذلك تم حساب (T) لمعرفة الفروق بين المجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك

**جدول رقم (03):** نتائج صدق المقياس بطريقة الصدق التمييزي.

| Sig                     | Df  | T     | S <sup>2</sup> | X     | N  | مجموعات المقارنة | المتغير المقاس |
|-------------------------|-----|-------|----------------|-------|----|------------------|----------------|
| 0.000<br>دال<br>إحصائيا | 130 | 25.26 | 5.961          | 93.30 | 66 | المجموعة العليا  | جودة الحياة    |
|                         |     |       | 7.323          | 63.94 | 66 | المجموعة الدنيا  |                |

نلاحظ من خلال الجدول المحصل عليه أن قيمة (T) بلغت القيمة 25.26 عند درجة الحرية 130 بمستوى الدلالة الإحصائية 0.000 أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس بين المجموعتين، وذلك الصالح المجموعة العليا أي المقياس لديه قدرة تمييزية، حيث بلغ متوسط المجموعة العليا 93.30 بينما متوسط المجموعة الدنيا بلغ 63.94 وهذا ما يؤكد أن المقياس صادق

**✓ صدق الإتساق الداخلي:** للتحقق من صدق الإتساق الداخلي قمنا بحساب إرتباط البعد

بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (04): نتائج صدق الإتساق الداخلي للأبعاد وللدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة

| الأبعاد       | X     | S      | R    | Sig        |
|---------------|-------|--------|------|------------|
| البعد 01      | 25.35 | 4.822  | 0.84 | 0.01       |
| البعد 02      | 21.07 | 4.246  | 0.80 | 0.01       |
| البعد 03      | 10.33 | 2.688  | 0.71 | 0.01       |
| البعد 04      | 22.00 | 4.586  | 0.83 | 0.01       |
| الدرجة الكلية | 78.74 | 13.237 | 1    | ////////// |

من خلال الجدول يتضح أن هناك ارتباطاً بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس حيث أن البعد الأول صادق عند مستوى الدلالة (0.01) ، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (25.35) وبلغت قيمة الانحراف المعياري (4.82) وكانت قيمة معامل الارتباط (0.84) ، بينما بعد 2 صادق عند مستوى الدلالة (0.01) ، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (21.07) وبلغت قيمة الانحراف المعياري (4.24) ، وكانت قيمة معامل الارتباط (0.80) ، بينما بعد 3 صادق عند مستوى الدلالة (0.01) ، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (10.33) وبلغت قيمة الانحراف المعياري (2.68) وكانت قيمة معامل الارتباط (0.71) ، بينما بعد 4 صادق عند مستوى الدلالة (0.01) ، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (22.00) وبلغت قيمة الانحراف المعياري (4.58) ، وكانت قيمة معامل الارتباط (0.83) ، ومنه المقياس صادق.

✓ ثبات المقياس:

✚ ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ:

تمت معالجة البيانات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس والجدول الموالي يوضح نتائج إختبار ألفا - كرونباخ.

**جدول رقم (05):** يمثل نتائج معامل الثبات ألفا - كرونباخ المقياس جودة الحياة

| المقياس     | عدد البنود | N   | X     | S     | معامل الثبات ألفا كرونباخ |
|-------------|------------|-----|-------|-------|---------------------------|
| جودة الحياة | 26         | 200 | 88.50 | 15.14 | 0.885                     |

نلاحظ من خلال نتائج الجدول المحصل عليها أن معامل الثبات بلغ القيمة (0.885) للمقياس وهذا يدل على الثبات وبما أن هذه القيم تقترب من الواحد فهي قيمة عالية وتدل على الثبات المرتفع للمقياس وبالتالي فهو ثابت.

#### ✚ ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية:

يتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الإختبار بإستخدام معادلة سبيرمان براون الإقتراض عند إستخدام هذه المعادلة تساوي تباين الدرجات على نصفي الإختبار، إعتدنا في حساب الثبات على طريقة التجزئة النصفية والتأكد من الثبات بطريقة جوتمان والجدول يلخص لنا نتائج معالجة البيانات بطريقة التجزئة النصفية كما يلي:

**جدول رقم (06):** نتائج معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية

| المتغير المقاس | البنود  | X     | S     | N  | معامل الثبات |             |
|----------------|---------|-------|-------|----|--------------|-------------|
| جودة الحياة    | الفردية | 45.63 | 7.66  | 13 | قبل التصحيح  | بعد التصحيح |
|                | الزوجية | 42.87 | 8.77  | 13 | 0.697        | 0.817       |
|                |         | 88.50 | 15.14 | 26 |              |             |

من خلال نتائج الجدول المحصل عليها نلاحظ أن: قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وصلت إلى (0.697) قبل التصحيح وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى (0.817) وهي قيمة عالية بالتالي المقياس ثابت.

(فاطمة، 2018، ص 151)

## 6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

■ الإنضباط الصحي: مجموع النشاطات والسلوكيات المتعلقة بعادات التغذية، ممارسة الرياضة، النوم، العلاج الدوائي والتي يجب على المريض أن يكون وافر المعرفة بها ومن ثم العمل على التقيد بها من أجل تفادي الأعراض والانتكاسات المستمرة.

(سرار، 2020، ص 24)

إجرائياً: هو الدرجة التي يتحصل عليها مرضى القصور الكلوي المزمن عن إجاباتهم فمقياس السلوك الصحي المعد من طرف (الصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور).

■ جودة الحياة: هي شعور الفرد بالرضا والسعادة وبالقدرة على إتساع الحاجات في أبعاد الحياة الذاتية والموضوعية والتي تشمل (النمو الشخصي، السعادة البدنية والمادية، الاندماج الاجتماعي والحقوق البشرية).

(بلقاسمي ومسعودي، 2021، ص 248)

إجرائياً: هي الدرجة التي يتحصل عليها مرضى القصور الكلوي المزمن عن إجاباتهم فمقياس جودة الحياة الصورة المختصرة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية تعريب (بشرى إسماعيل أحمد)

■ القصور الكلوي المزمن: حالة تتميز بفقدان كلي لوظيفة الكلى، مما ينتج عنه فشل غير معوض لعملها ويؤدي إلى غسيل كلوي دموي.

إجرائياً: نعني به إجرائياً العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة وطرحها عن طريق البول، إذ نجد المصابين بهذا المرض المزمن يعيشون باقي حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم من خلال (الهيموديايز).

(بن كمشي، 2018، ص 616)

## 8. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

نظراً لتعدد طرق حساب الخصائص السيكومترية للأدوات والفروض إستدعت الضرورة اللجوء إلى العديد من الأساليب الإحصائية

- برنامج Excle 2016
- برنامج spss النسخة 20: البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية، وقد تم إختياره بإعتباره برنامج يساعد في إدخال ومعالجة المعلومات بأسلوب دقيق وجيد وكذلك يساعد على إختصار الكثير من الجهد والوقت.
- المتوسط الحسابي.
- معامل الارتباط بيرسون
- إختبار "ت" لعينتين مستقلتين " T-Test "
- تحليل التباين الأحادي " Anova "

النتائج

❖ عرض وتحليل النتائج:  
▪ نتائج الفرضية الأولى:

الجدول رقم (07): مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

| مستوى<br>الدلالة | "ت"<br>المحسوبة | الإنحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي | n  |                   |
|------------------|-----------------|----------------------|--------------------|----|-------------------|
| 0.05             | 18.409          | 15.72                | 170.10             | 68 | الإنضباط<br>الصحي |

أظهرت نتائج الجدول رقم (07) أن المتوسط الحسابي لمستوى الإنضباط الصحي لدى أفراد العينة بلغ (170.10) بدرجة إنحراف معياري قدرها (15.72)، وقيمة "ت" المحسوبة 18.409 عند مستوى الدلالة (0.05) وهي قيمة دالة إحصائياً، أي تشير هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى عال من الإنضباط الصحي.

▪ نتائج الفرضية الثانية:

الجدول رقم (08): مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

| مستوى<br>الدلالة | "ت"<br>المحسوبة | الإنحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي | n  |             |
|------------------|-----------------|----------------------|--------------------|----|-------------|
| 0.05             | 4.989           | 10.45                | 84.32              | 68 | جودة الحياة |

أظهرت نتائج الجدول رقم (08) أن المتوسط الحسابي لمستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة بلغ (84.32) بدرجة إنحراف معياري قدرها (10.45)، وقيمة "ت" المحسوبة 4.989 عند مستوى الدلالة (0.05) وهي قيمة دالة إحصائياً، أي تشير هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى عال من جودة الحياة.

▪ نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"

للإجابة على هذه الفرضية تم الاعتماد على إختبار معامل الارتباط بيرسون، وتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

## النتائج

**جدول (09):** نتائج معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة.

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | معامل الارتباط | n  |                   |
|---------------|-------------|----------------|----|-------------------|
| 0,158         | 66          | 0,173          | 68 | الإنضباط<br>الصحي |
|               |             |                |    | جودة الحياة       |

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أن معامل الارتباط غير دال بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة، حيث أن قيمة "ر" بلغت 0,173 بمستوى دلالة 0,05، ومنه فإن معامل الارتباط غير دال، مما يشير إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي، ومنه فإن الفرضية الرئيسية لم تتحقق، وبالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري ونرفض الفرض البديل.

### ■ نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن حسب الجنس".

للإجابة على هذه الفرضية تم الإعتماد على اختبار "ت" لعينتين مستقلتين وتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

**جدول (10):** نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدراسة الفرق في الإنضباط الصحي باختلاف الجنس

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | "ت" المحسوبة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العينة | الجنس |                   |
|---------------|-------------|--------------|-------------------|-----------------|--------|-------|-------------------|
| 0,39          | 66          | 0,86         | 15,17             | 172,24          | 25     | ذكر   | الإنضباط<br>الصحي |
|               |             |              | 16,08             | 168,86          | 43     | أنثى  |                   |

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ 172,24 والمتوسط الحسابي للإناث بلغ 168,86 وقيمة ت بلغت 0,86 وهي غير دالة عند درجة الحرية 66 ومستوى الدلالة 0,05 مما يعني أننا نرفض الفرضية البديلة التي تقر بوجود فروق في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن حسب الجنس.

## النتائج

### نتائج الفرضية الخامسة:

- تنص الفرضية على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الجنس".

للإجابة على هذه الفرضية تم الإعتماد على اختبار "ت" لعينتين مستقلتين وتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

**جدول (11):** نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدراسة الفرق في جودة الحياة بإختلاف الجنس

| الجنس | العينة | المتوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | "ت" المحسوبة | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|-------|--------|-----------------|-------------------|--------------|-------------|---------------|
| ذكر   | 25     | 86,28           | 8,62              | 1,18         | 66          | 0,24          |
| أنثى  | 43     | 83,18           | 11,31             |              |             |               |

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ 86,28 والمتوسط الحسابي للإناث بلغ 83,18 وقيمة ت بلغت 1,18 وهي غير دالة عند درجة الحرية 66 ومستوى الدلالة 0,05 مما يعني أننا نرفض الفرضية البديلة التي تقر بوجود فروق في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الجنس.

### نتائج الفرضية السادسة:

- تنص الفرضية على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الإجتماعية".

للإجابة على هذه الفرضية تم الإعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي " Anova " وتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

## النتائج

**جدول (12):** نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي " Anova " لدراسة الفروق في الإنضباط الصحي حسب الحالة الإجتماعية

| مستوى الدلالة | ف     | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات |                |
|---------------|-------|----------------|-------------|----------------|----------------|
| 0,182         | 1,750 | 846,491        | 2           | 423,245        | بين المجموعات  |
|               |       | 15719,789      | 65          | 241,843        | داخل المجموعات |
|               |       | 16566,279      | 67          | /              | المجموع        |

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن قيمة ف قدرت بـ 1,750 وهي غير دالة عند درجة الحرية (2، 65) وعند مستوى الدلالة 0,05 مما يدل على عدم وجود فروق، ومنه نرفض الفرضية البديلة التي تقر بوجود فروق في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن حسب الحالة الإجتماعية.

### نتائج الفرضية السابعة:

- تنص الفرضية على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن حسب الحالة الإجتماعية".

للإجابة على هذه الفرضية تم الإعتماد على إختبار تحليل التباين الأحادي " Anova " وتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

**جدول (13):** نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي " Anova " لدراسة الفروق في جودة الحياة حسب الحالة الاجتماعية

| مستوى الدلالة | ف     | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات |                |
|---------------|-------|----------------|-------------|----------------|----------------|
| 0,380         | 0,982 | 214,623        | 2           | 107,311        | بين المجموعات  |
|               |       | 7104,260       | 65          | 109,296        | داخل المجموعات |
|               |       | 7318,882       | 67          | /              | المجموع        |

## النتائج

يتضح من خلال الجدول رقم (13) أن قيمة ف قدرت بـ 0,982 وهي غير دالة عند درجة الحرية (2، 65) وعند مستوى الدلالة 0,05 مما يدل على عدم وجود فروق، ومنه نرفض الفرضية البديلة التي تقر بوجود فروق في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الإجتماعية.

### نتائج الفرضية الثامنة:

- تنص الفرضية على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب العمر".

للإجابة على هذه الفرضية تم الإعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي " Anova " وتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

**جدول رقم (14):** نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي " Anova " لدراسة الفرق في الإنضباط الصحي باختلاف العمر

| متوسط المربعات | درجة الحرية | مجموع المربعات | ف     | مستوى الدلالة |                |
|----------------|-------------|----------------|-------|---------------|----------------|
| 233,711        | 4           | 934,843        | 0.942 | 0,446         | بين المجموعات  |
| 248,118        | 63          | 15631,436      |       |               | داخل المجموعات |
| /              | 67          | 16566,279      |       |               | المجموع        |

يتضح من خلال الجدول رقم (14) أن قيمة ف قدرت بـ 0,982 وهي غير دالة عند درجة الحرية (4، 63) وعند مستوى الدلالة 0,05 مما يدل على عدم وجود فروق، ومنه نرفض الفرضية البديلة التي تقر بوجود فروق في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الإجتماعية.

### نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب العمر".

للإجابة على هذه الفرضية تم الإعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي " Anova " وتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

## النتائج

**جدول رقم (15):** نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي " Anova " لدراسة الفرق في جودة الحياة باختلاف العمر

| مستوى الدلالة | ف     | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات |                |
|---------------|-------|----------------|-------------|----------------|----------------|
| 0,334         | 1,167 | 504,712        | 4           | 126,178        | بين المجموعات  |
|               |       | 6814,171       | 63          | 108,161        | داخل المجموعات |
|               |       | 7318,882       | 67          | /              | المجموع        |

يتضح من خلال الجدول رقم (15) أن قيمة ف قدرت بـ 1,167 وهي غير دالة عند درجة الحرية (4، 63) وعند مستوى الدلالة 0,05 مما يدل على عدم وجود فروق، ومنه نرفض الفرضية البديلة التي تقر بوجود فروق في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن حسب الحالة الإجتماعية.

المناقشة

❖ مناقشة وتفسير النتائج:

سعت الدراسة الحالية إلى تحديد العلاقة بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، والتحقق من أن هناك علاقة ارتباطية دالة بينهما، حيث افترضنا ما يلي:

- نتوقع مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع.
- نتوقع مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الإجتماعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الإجتماعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب العمر.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب العمر.

مناقشة وتفسير الفرضية الأولى:

" مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع".

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع. ولمعرفة أسباب هذا المستوى المرتفع من المهم مناقشة هذه النتيجة في ضوء بعض النظريات العلمية التي تفسر سلوك الأفراد في التعامل مع المرض. تساعد هذه النظريات في فهم العوامل التي تدفع المرضى إلى الإلتزام بالتعليمات الطبية والعادات الصحية، مثل نظرية الإعتقاد الصحي ونظرية السلوك المخطط. لذلك سيتم دعم هذه النتيجة من خلال ربطها بهذه النظريات وشرح كيف تفسر هذا السلوك الصحي المرتفع.

- نموذج المعتقدات الصحية: يفرض هذا النموذج تطورا للتهديدات والتوقعات على خلفية إجتماعية سكانية، والتي تشمل على سبيل المثال، العمر والجنس والعرق والمهنة وما إلى ذلك، ولإتخاذ القرار بتبني سلوك صحي جديد يجب أن يشعر الفرد بالضعف الشخصي،

بغض النظر ما قد يكون الوضع ، وتشمل التهديدات إدراك ضعف الفرد في مواجهة مشكلة صحية وتطورها لشدة المشكلة، ويؤخذ النموذج في إعتبار الشدة ليس فقط من حيث الصحة، (بما في ذلك الألم وعدم الراحة وخطر الموت)، ولكن أيضا فيما يتعلق بالنتائج المهنية والاجتماعية والعائلية، أما التوقعات فهي الفوائد التي يتوقعها الفرد من السلوك الصحي، وتطور الفرد لقدرته على أداء العمل (الفعالية الذاتية)، وتصوره للعقبات التي تحول دون أدائها، وبمجرد أن يقرر الفرد بعد تقديره للإيجابيات والسلبيات، الخضوع للعلاج، قد يكون سبب دفعه إما حدثا داخليا أو حدثا خارجيا.

يقوم نموذج المعتقدات الصحية على نظرية نفسية سلوكية، مفادها أن سلوك الشخص يتحدد من خلال دوافع داخلية تدفعه نحو تحقيق أكبر قدر ممكن من الحاجات أو الأهداف الخارجية. ويمثل هذا النموذج توجهها يركز على نتائج التوقع بناءا على القيمة، كما أنه يسعى إلى وصف عملية إتخاذ القرار بوصفها سلوكا قد يكون مصحوبا بالتردد أو عدم الثقة. ويتنبأ بالسلوك من خلال تقييم مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وكذلك من خلال توقعاته بأن سلوكا معيناً سيؤدي إلى تحقيق تلك الأهداف.

أي أنه يفترض أن وتوقعاته حول سلوك ما، بالإضافة إلى أن الإنسان يتبنى سلوكا صحيا بناءا على شعوره بالتهديد وسعيه نحو تحقيق أهداف معينة إنطلاقا من دوافع داخلية مرتبطة بتلك الأهداف.

فعلى سبيل المثال لو قمنا بإسقاط هذا النموذج على مريض القصور الكلوي، نجد أن المريض لن يقوم بالإلتزام الصحي إلا عند تقديره للتهديد المرتبط بهذا المرض، كما يقوم المريض بتقييم إيجابيات الإلتزام الصحي كإجراء وقائي، وسلبيات عدم الإلتزام وما يرتبط به من مخاطر ومضاعفات يمكن أن تهدد حياة المريض، فإدراك المريض بخطورة مرضه ومدى تأثيره عليه هو من يحدد إلتزامه بكل مؤشرات الإلتزام الصحي.

■ أما نموذج التمثيلات الصحية يرى أن الإستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه.

إن هذا النموذج فسر سلوكيات الإنضباط الصحي إنطلاقا من إدراك مرض ما، وهذا من خلال مجهودات الفرد للتصرف إزاء المرض والأعراض والنتائج الناجمة عنهما، ويستند هذا النموذج إلى ثلاث مسلمات أساسية هي :

○ أن الفرد هو عامل فعال (نشط) في حل مشكلته، فهو يسعى إلى تخفيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يتطلع إليها .

- التمثيلات المعرفية والإنفعالية لتهديد المرض التي توجه سيرورة التكيف وتقييم مخطط التصرف الذي سيتم تبنيه، يفترض أن هذه التمثيلات هي خاصة بكل فرد ويمكن ألا تتفق مع الحقيقة الطبية.
- إنطلاقاً من تصورات محددة إجتماعياً تنتمي لقيم إجتماعية وثقافية، وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها الفرد ليتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد بها فرد مريض معنى مرضه.

بحسب نموذج التمثيلات الصحية، فإن طريقة تفكير المريض وفهمه لمرضه تؤثر بشكل مباشر على سلوكه الصحي. فعلى سبيل المثال مريض القصور الكلوي المزمن الذي يعتقد أن مرضه خطير وأن عدم الإلتزام بالحمية أو جلسات تصفية الدم سيؤدي إلى تدهور صحته أو الوفاة، يكون أكثر حرصاً على إتباع التعليمات الطبية بدقة. هذا التمثل للمرض يدفعه إلى الإلتزام بالمواعيد، تناول الأدوية بانتظام، والإلتزام بنظام غذائي صارم، لأنه يرى في ذلك وسيلة للسيطرة على المرض والحفاظ على حياته. في المقابل إذا كان المريض يرى مرضه بسيطاً أو لا يدرك عواقبه، فقد يكون أقل التزاماً، مما يؤكد أهمية تمثيلات المرض في تحديد السلوك الصحي.

■ كما يمكن تفسير ارتفاع مستوى الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن من خلال نموذج مراحل التغيير والذي تم بناؤه على خمسة مراحل مترابطة، كل مرحلة تفسر نوعاً معيناً، من ثم الوعي بالمشكلات الصحية وكيفية السعي نحو تغييرها من خلال تبني سلوكيات صحية سليمة إلى غاية مرحلة الإحتفاظ بكل ما يساهم في الإرتقاء بالصحة، حيث تبدأ هذه المراحل بمرحلة ما قبل التغيير أين يعي الفرد المشكلة لكنه لا يحدث أي تغيير، ثم تأتي مرحلة التأمل أين يشعر المرضى بالمشكل ويفكرون بتغييره، ثم مرحلة إتخاذ القرار وظهور الرغبة في العمل وتغيير السلوك المضر بالصحة وبعدها مرحلة التنفيذ والعمل لبلوغ الأهداف الصحية التي يسعى إليها المرضى، وتأتي أخيراً مرحلة الحفاظ على النتائج التي تم التوصل إليها وتقادي الوقوع في الإنتكاسة من أجل الإستمرار في الإلتزام بالسلوكيات الصحية كي يصل المرضى إلى النتائج الصحية المرجوة .

على سبيل المثال مريض بدأ رحلة العلاج منذ أشهر أو سنوات ومر بتجارب مرضية صعبة، قد يكون قد أدرك أهمية الإلتزام بجلسات التصفية والحمية الغذائية، ما دفعه إلى تبني نمط حياة صحي بشكل منتظم، ومع مرور الوقت أصبح هذا السلوك جزءاً من روتينه اليومي مما يعكس مرحلة المحافظة التي تميز الأفراد ذوي الإنضباط الصحي المرتفع.

يتضح من خلال ما تم ذكره سابقاً أن الإنضباط الصحي المرتفع لدى مرضى القصور الكلوي المزمن يعود إلى وعيهم التدريجي بخطورة المرض، وفهمهم العميق لطبيعته، وإقتناعهم بفوائد

الإلتزام العلاجي في الوقاية من المضاعفات. وهذا ما يدعم صحة الفرضية المتوصل إليها في الدراسة.

### مناقشة وتفسير الفرضية الثانية:

"نتوقع مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض".

في ضوء نتائج الدراسة الحالية التي أظهرت أن جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفعة، يمكن تفسير هذه النتائج بالرجوع إلى عدد من الأطر النظرية التي تناولت العوامل المؤثرة في جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بأمراض مزمنة. وتعد كل من النظرية التكاملية (البيولوجية-النفسيّة-الاجتماعية)، ونذكر منها:

■ إن الإتجاه النفسي ينظر إلى مفهوم جودة الحياة و فقا للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية " وكلما إنتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا" أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع" نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة

ويمكن تفسير ذلك من خلال دور التكيف النفسي وتقبل المرض، والمرونة النفسية في تحسين تجربة المريض اليومية. إذ تظهر العديد من الدراسات أن المرضى الذين يمتلكون آليات تكيف فعالة، ويحتفظون بنظرة إيجابية تجاه الحياة، يكونون أكثر قدرة على المحافظة على جودة حياتهم رغم التحديات الصحية المستمرة

■ إن جودة الحياة في الإتجاه الطبي تعني التقدم الحاصل في حياة الأفراد نتيجة الحصول على الرعاية الخاضعة للبرامج الطبية، كما أن قياس جودة الحياة من منظور طبي يختلف باختلاف نوعية الحالة أو نوعية المعاناة المرضية. واستنادا إلى تدرج الحاجات الإنسانية من الفسيولوجية إلى النفسية والاجتماعية والمعرفية وغيرها، يمكن القول بأن جودة الحياة الصحية الجيدة لدى الفرد هي القاعدة الأساسية التي إذا ما تحققت لدى الفرد بالمستوى المطلوب بما يضمن له المحافظة على صحته وجودتها فإنه عندها يستطيع أن يصل إلى مقومات لجودة حياته النفسية والاجتماعية بكفاءة.

يمكن اعتبار أن الإتجاه الطبي يشكل إطارا تفسيريا منطقيا لإرتفاع جودة الحياة، حيث أن التحكم الجيد في المؤشرات الحيوية، وتوافر الخدمات العلاجية المستمرة، يؤدي إلى تحسين الوضع الجسدي العام للمرضى، وهو ما يعد من أهم محددات جودة الحياة في النماذج الطبية.

أما الاتجاه التكاملي إعتد على مفاهيم السعادة، معنى الحياة، نظام المعلومات البيولوجي، الحياة الواقعية وتحقيق الحاجات بالإضافة إلى العوامل الموضوعية الأخرى إطاراً نظرياً تكاملياً لتفسير جودة الحياة. فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات لجودة الحياة وأن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة.

■ يمكن تفسير ارتفاع جودة الحياة لدى عينة الدراسة من مرضى القصور الكلوي المزمن في ضوء النظرية التكاملية، حيث تبين أن توافر الرعاية الطبية الفعالة (البعد البيولوجي)، والقدرة على التكيف والتقبل النفسي للمرض (البعد النفسي)، بالإضافة إلى الدعم الاجتماعي من الأسرة والمجتمع (البعد الاجتماعي) قد ساهم بشكل تكاملي في تحسين جودة الحياة لدى المرضى.

### مناقشة وتفسير الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أن هناك "علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"، هدفت إلى التحقق من وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. وقد أظهرت نتائج عدم وجود علاقة دالة بين المتغيرين، وهو ما يتناقض مع الفرضية التي افترضت وجود علاقة دالة بين الإنضباط في السلوكيات الصحية وجودة الحياة.

حسب نظرية التعديل الذاتي فإن الأفراد قادرين على إدارة سلوكياتهم أفكارهم ومشاعرهم، أي نهج الأفعال التي تتوافق مع المعايير الشخصية أو المجتمعية وعدم الإنخضاع للدوافع والرغبات بغية تحسين الحالة الصحية والنفسية. وبالتالي يفترض أن يرتبط الإنضباط الصحي بتحسين جودة الحياة، غير أن غياب هذه العلاقة فدراستنا قد يرجع إلى أن الإنضباط الصحي لا يكفي وحده لتحسين جودة الحياة إذا لم يدعم بعوامل أخرى كالدمع الأسري مثلاً.

نموذج جودة الحياة المرتبطة بالصحة يستخدم لدراسة تأثير الحالة الصحية على جودة الحياة. وهو إدراك الفرد لمكانته ضمن الإطار الثقافي، النفسي، الصحي ونظامه القيمي وعلاقته بأهدافه وتوقعاته. وعدم وجود علاقة دالة في النتائج يعكس تعقيد جودة الحياة وتعدد العوامل التي تؤثر فيها، مما يدعم صحة النموذج في تفسير التباين.

يشدد النموذج البيو نفسي اجتماعي على أن العوامل البيولوجية والنفسية التي تشمل (الأفكار والعواطف والسلوكيات) والاجتماعية مثل (العوامل الاقتصادية والبيئة الثقافية) تلعب جميعها دوراً مهماً في الصحة والمرض. وهذا ما أكدته النتائج من خلال عدم وجود علاقة بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة فهذه الأخيرة لا تقتصر فقط على الإلتزام بسلوكيات الصحية.

وتشير نتائج دراستنا إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. هذا يتماشى مع بعض الدراسات السابقة التي لم تجد

ارتباطا قويا بين السلوكيات الصحية وجودة الحياة، مما يشير إلى أن عوامل أخرى قد تلعب دورا أكبر في تحديد جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

على سبيل المثال، أظهرت دراسة نشرت بالهند والتي أجراها Shaik وآخرون (2019) والتي هدفت إلى إستقصاء العلاقة بين الإلتزام الدوائي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي في مراحل مختلفة. على الرغم من أن غالبية أفراد العينة أظهروا مستويات مرتفعة من الإلتزام بالعلاج بعد جلسات التوعية الصيدلانية، إلا أن التحسن في جودة الحياة كان محدودا، وإقتصر على بعض الأبعاد مثل الرفاهية العاطفية، في حين بقيت الجوانب المرتبطة بالقيود الجسدية منخفضة. تعزز هذه النتائج الفرضية القائلة بأن جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تتأثر بعوامل متعددة، لا يقتصر تأثيرها على مدى الإلتزام بالعلاج فقط، بل تشمل أيضا الأبعاد النفسية والاجتماعية والإقتصادية. وبذلك توصي هذه الدراسة بضرورة تبني نهج شمولي في رعاية المرضى يتجاوز الجانب الدوائي، ويراعي التحديات الكامنة في نمط حياتهم وظروفهم المحيطة.

وعلى سبيل المثال يمكن الإستئناس بنتائج دراسة قام بها Antwi-Kusi وآخرون أجريت في غانا، حيث هدفت إلى تقييم جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي في المراحل المتوسطة إلى المتقدمة دون غسيل كلوي. كشفت نتائج الدراسة عن تدني ملحوظ في متوسط درجات جودة الحياة، خصوصا في الأبعاد النفسية مقارنة بالجسدية. كما أظهرت التحليلات أن العوامل الأكثر إرتباطا بإنخفاض جودة الحياة كانت مرتبطة بالجوانب الإقتصادية (مثل إنخفاض الدخل) والحيوية (مثل إنخفاض نسبة الهيموغلوبين)، دون أن يذكر وجود تأثير مباشر للإلتزام العلاجي على جودة الحياة. تعكس هذه النتائج أن جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي تتأثر بعوامل متعددة، منها الإجتماعية والإقتصادية والصحية، وأن الإنضباط الصحي وحده لا يعد مؤشرا كافيا لتحسين جودة الحياة، الأمر الذي يدعم نتائج دراستنا.

أما دراسة Modi وآخرون (2020) التي أجريت في الهند، تم تسليط الضوء على الأثر البالغ للعوامل غير الطبية وتحديدا الإجتماعية والإقتصادية على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الكلى المزمنة. وقد أظهرت النتائج أن عوامل مثل الجنس، ومستوى التعليم، والدخل، والموقع الجغرافي (الريف مقابل الحضر)، تلعب دورا أكبر من العوامل السريرية التقليدية (مثل معدل الترشيح الكبيبي) في تحديد جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى. تعكس هذه النتائج تحولا في التركيز من المؤشرات البيولوجية البحتة إلى الفهم الأوسع لمحددات الصحة، والذي يتضمن الظروف الإجتماعية والإقتصادية.

أظهرت نتائج دراستنا الحالية عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، إلا أن هذه النتيجة قد تكون إنعكاسا لعدة عوامل واقعية وسياقية، خصوصا في البيئة التي أجريت فيها الدراسة.

يجب الأخذ بعين الاعتبار أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد، لا يعتمد فقط على الحالة الصحية أو السلوك العلاجي للمريض، بل يتأثر أيضا بعدة عوامل نفسية، إجتماعية، إقتصادية وبيئية. وبالتالي، قد لا يترجم الانضباط الصحي تلقائيا إلى شعور أعلى بالرفاه أو نوعية حياة أفضل، خاصة إذا كانت هذه السلوكيات الصحية تمارس تحت ضغط أو إجبار إجتماعي أو في بيئة تفتقر إلى الدعم الأسري والنفسي.

كما يمكن أن يكون لدى المرضى المنضبطين صحيا توقعات أعلى بخصوص حالتهم الصحية، مما يجعلهم أكثر وعيا بالقيود التي يفرضها المرض، وبالتالي يقيمون جودة حياتهم بصورة أقل إيجابية. على النقيض، قد يكون بعض المرضى غير المنضبطين يتمتعون بدرجة أعلى من "التكيف النفسي" مع المرض، أو لا يعيرون أهمية كبيرة للقيود الصحية، مما ينعكس إيجابيا على تقييمهم الذاتي لجودة الحياة.

العديد من البيئات ذات الموارد المحدودة، قد يمارس الانضباط الصحي في ظروف معقدة مثل غلاء الأدوية يجعل الإلتزام الصحي مصدر إجهاد إضافي وليس عامل راحة وتحسن.

### مناقشة وتفسير الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الجنس"

أجرى Viazzi وآخرون دراسة تحليلية لأربع دراسات جماعية في إيطاليا شملت مرضى القصور الكلوي المزمن في 40 عيادة، نشرت في عام 2023، وتناولت فروق المخاطر القلبية الوعائية بين الجنسين لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. خلصت الدراسة إلى أن النساء لديهن حماية نسبية ضد أمراض القلب مقارنة بالرجال، غير أن هذه الحماية تزول عند وجود إرتفاع في ضغط الدم.

تشير هذه النتائج إلى أن العوامل البيولوجية والسلوكية المرتبطة بالجنس قد تسهم في نتائج صحية مختلفة، حتى وإن لم تظهر فروق واضحة في سلوكيات الانضباط الصحي، مما يعزز أهمية النظر في المتغيرات النفسية والإجتماعية إلى جانب المتغيرات السريرية.

بالرغم من أني لم أجد فروق ذات دلالة إحصائية في الانضباط الصحي بين الجنسين إلا أن دراسة Viazzi وزملائه تظهر أن هناك فروقا مرتبطة بالجنس، مما يدعونا إلى اكتشاف العوامل الأخرى التي تتحكم فالإنضباط الصحي.

أما دراسة Carrero وزملائه (2022)، درست الفروقات البيولوجية والإجتماعية بين الجنسين في سياق مرض الكلى المزمن. وقد بينت نتائج المراجعة أن النساء أكثر عرضة للإصابة في المراحل المبكرة من المرض، بينما يلاحظ لدى الرجال ميل أكبر لتدهور وظائف الكلى والوفاة الناتجة عن مضاعفات المرض. إعتمدت الدراسة على تحليل منهجي لبيانات مستخلصة من مصادر عدة دول، مما منحها طابع الشمولية. كما أكد الباحثون على أهمية

دمج منظور الجنس والنوع الاجتماعي في تصميم الدراسات السريرية والسياسات الصحية، بما يضمن تقديم رعاية صحية أكثر إنصافاً وفعالية لكلا الجنسين.

أسفرت نتائج دراستنا على عدم وجود فروق في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وعند مقارنتها بدراسة Carrero وزملائه التي أشارت إلى وجود فروقات بين الجنسين في تطور المرض ومضاعفته الصحية. وبرغم من غياب الفروق فدراستنا فقد يدل على وعي صحي متقارب بين الجنسين أو عوامل أخرى.

إن الواقع الاجتماعي يظهر النساء عادة مستوى أعلى من الإنضباط الصحي مقارنة بالرجال، وهو ما يمكن تفسيره من خلال عدد من العوامل الاجتماعية والثقافية. فالمرأة عادة ما تربي على العناية بالذات والإنضباط في السلوكيات اليومية، بالإضافة إلى شعورها المتزايد بالمسؤولية تجاه الأسرة، مما يدفعها للإلتزام بالعلاج والحفاظ على الصحة. في المقابل يلاحظ أن الذكور خصوصاً في المجتمعات التقليدية قد يظهرون ميلاً أقل نحو طلب المساعدة الطبية أو الإلتزام الصارم بالعلاج نتيجة مفاهيم نمطية ترتبط بالرجولة والقدرة على التحمل.

### مناقشة وتفسير الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الجنس".

في دراسة رصدية أوروبية أجراها Chesnaye وآخرون (2022)، تم تتبع مسار جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى 1421 مريضاً من كبار السن (65 سنة فأكثر) ممن يعانون من القصور الكلوي المزمن المتقدم، دون البدء بعد في العلاج بالغسيل الكلوي.

أظهرت النتائج الأولية أن النساء بدأن الدراسة بمستوى أدنى من جودة الحياة مقارنة بالرجال، سواء من الناحية البدنية أو النفسية. ومع ذلك فإن التدهور في جودة الحياة على مدار الوقت كان أكثر حدة وسرعة لدى الرجال، خصوصاً أولئك الذين يعانون من مشاكل صحية مرافقة.

أشارت المعطيات إلى أن الفروقات بين الجنسين في جودة الحياة لا تقتصر على الوضع الحالي، بل تمتد لتشمل تطور الحالة بمرور الوقت.

تتفق الفرضية الحالية مع ما توصلت إليه دراسة Gender وزملاؤه والتي إفتترضت أن هناك فروقا في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تعود إلى إختلاف الجنس، حيث أشارت نتائجها إلى أن النساء يعانين من مستويات أعلى من القلق والإكتئاب مقارنة بالرجال، مما إنعكس سلباً على جودة حياتهن، وقد كانت تلك الفروق ذات دلالة إحصائية.

ومع ذلك فإن نتائج الدراسة الحالية لم تظهر فروقا ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في جودة الحياة. ويعزى هذا التباين المحتمل إلى مجموعة من العوامل كإختلاف خصائص العينة على إدراك جودة الحياة لدى الجنسين. كما قد تلعب بعض المتغيرات الوسيطة دوراً

في تفسير عدم وجود دلالة إحصائية، مثل المستوى الإقتصادي أو نمط الحياة أو نوع الرعاية الطبية المقدمة.

أما الدراسة التي أجراها Vazquez وزملاؤه سنة 2004 بإسبانيا، هدفت إلى استكشاف الفروقات في جودة الحياة بين المرضى الذكور والإناث الذين يخضعون لجلسات الغسيل الكلوي المنتظم.

أظهرت النتائج وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين الجنسين، حيث سجلت النساء مستويات أدنى في جوانب متعددة من جودة الحياة، خاصة في المجالات النفسية والعاطفية. بينما كانت نتائج الرجال أفضل نسبياً، خصوصاً في النواحي البدنية. وأشارت الدراسة إلى أن هذه الفروقات قد تعود لعوامل بيولوجية، نفسية، وإجتماعية تؤثر بشكل مختلف على كل من الرجال والنساء أثناء العلاج بالغسيل الكلوي. حيث خلصت الدراسة إلى أهمية مراعاة الفروق الجنسية عند تقييم جودة الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي.

على الرغم من أن فرضية الدراسة الحالية إفترضت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين الجنسين لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، إلا أن النتائج لم تظهر فروقا دالة إحصائية. ويلاحظ أن هذه النتيجة تختلف عما توصلت إليه دراسة Vázquez وزملاؤه التي أظهرت وجود فروق واضحة لصالح الذكور، حيث سجلت النساء مستويات أقل في الجوانب النفسية والإجتماعية من جودة الحياة. يمكن تفسير هذا التباين في النتائج باختلاف السياق الثقافي والإجتماعي، أو إختلاف خصائص العينة، أو أدوات القياس المستخدمة. مما يشير إلى أهمية إجراء دراسات متعددة السياقات لتأكيد طبيعة العلاقة بين الجنس وجودة الحياة لدى هذه الفئة من المرضى.

سنة (2020) دراسة قامت بها أم كلثوم في باكستان تم فحص الفروق بين الجنسين في القلق والإكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. شملت الدراسة 100 مريض (50 ذكور و50 إناث). أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين الذكور والإناث، حيث سجلت الإناث جودة حياة أقل، بينما سجل الذكور مستويات أعلى من القلق والإكتئاب. لم تظهر النتائج فروقا دالة في الدعم الإجتماعي المدرك. هذه الدراسة لا تتفق مع نتائج فرضيتي إذ لم تكن النتائج في دراستي دالة.

### مناقشة وتفسير الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الإجتماعية"

تبرز دراسة أجريت ونشرت في تركيا عام (2018) من طرف Karakas وآخرون على الدور المعقد والمتداخل للعوامل الإجتماعية والإقتصادية والعائلية بالإضافة إلى الحالة الزوجية وقدرة المرضى على التكيف مع المرض، في التأثير على الصحة البدنية والعقلية

لمرضى القصور الكلوي المزمن الذين ينتظرون زراعة الكلى. إذ تؤكد النتائج أن الحالة الزوجية وقدرة المرضى على التكيف مع المرض، في التأثير على الصحة البدنية والعقلية لمرضى القصور الكلوي المزمن الذين ينتظرون زراعة الكلى. إذ تؤكد النتائج أن الحالة الزوجية والعلاقات الأسرية المستقرة توفر شبكة دعم نفسي وإجتماعي مهمة تساعد المرضى على مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض، مما ينعكس إيجاباً على صحتهم العقلية ويحسن من جودة حياتهم. علاوة على ذلك، يشير المستوى الإقتصادي والإجتماعي إلى وجود فروق واضحة في قدرة المرضى على الوصول إلى الرعاية الصحية والإلتزام بالعلاج، حيث أن الدعم المالي والإستقرار الإجتماعي يساهمان في زيادة الإنضباط الصحي والإلتزام بخطط العلاج. وقد أكدت الدراسة أن قدرة المرضى على التكيف النفسي مع الحالة المرضية تعد عاملاً حاسماً، إذ يرتبط التكيف الإيجابي بتحسين الأبعاد النفسية والجسدية على حد سواء.

بالرغم من أن نتائج الدراسة الحالية لم تظهر علاقة دالة إحصائية بين الإنضباط الصحي والحالة الإجتماعية (الزوجية) لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، إلا أن نتائج دراسة Karakas في تركيا أظهرت تأثيراً واضحاً للوضع الإجتماعي، بما في ذلك الحالة الزوجية، على الصحة النفسية والبدنية للمرضى المنتظرين لزراعة الكلى. قد يرجع هذا التباين إلى إختلاف طبيعة العينة بين الدراستين، إذ أن Karakas وزملاءه ركزوا على مجموعة من المرضى في مرحلة ما قبل الزرع، بينما عينة الدراسة الحالية مرضى القصور الكلوي المزمن غير الخاضعين لزراعة الكلى. كما أن الدراسة التركيبية شملت تقييماً متعدد الأبعاد يشمل التكيف النفسي والإجتماعي، ما قد يوضح أن الحالة الإجتماعية تؤثر بشكل غير مباشر على الإنضباط الصحي من خلال التفاعل مع عوامل نفسية واقتصادية أخرى. من هذا المنطلق يمكن إعتبار أن غياب الدلالة الإحصائية في الدراسة الحالية لا يعني بالضرورة إنعدام الأثر بل يشير إلى الحاجة لتحليل أعمق يأخذ في الإعتبار العوامل الوسيطة مثل التكيف النفسي والدعم الأسري، التي قد تعزز أو تضعف تأثير الحالة الإجتماعية على السلوك الصحي.

### مناقشة وتفسير الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة

### مرضى القصور الكلوي المزمن حسب الحالة الإجتماعية"

أجريت دراسة في الدنمارك في مارس (2021) قام بها Molsted وآخرون، هدفت هذه الدراسة المقطعية إلى تقييم تأثير الحالة الزوجية والمستوى التعليمي على جودة الحياة والنشاط البدني لدى المرضى الذين يعانون من مرض الكلى المزمن في المرحلتين 4 و5، بما في ذلك المرضى الذين يخضعون للعلاج بالغسيل الكلوي. شملت الدراسة 512 مريضاً بالغاً يتلقون العلاج في العيادات الخارجية.

أظهرت نتائج الدراسة أن العوامل الإجتماعية والإقتصادية تلعب دوراً مهماً في تحسين جودة الحياة والنشاط البدني لدى مرضى مرض الكلى المزمن. فقد تبين أن المرضى الذين يعيشون

مع شريك دائم يتمتعون بصحة نفسية أفضل، كما أن المرضى النشيطين بدنيا، خاصة النساء، سجلوا مستويات أعلى من جودة الحياة البدنية. إضافة إلى ذلك، ارتبط المستوى التعليمي العالي بشكل إيجابي بكلا الجانبين البدني والنفسي لجودة الحياة، مما يشير إلى أن التعليم قد يسهم في تعزيز الوعي الصحي وإدارة أفضل للمرض.

رغم أن نتائج بحثي لم تظهر فروقا ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعا للحالة الاجتماعية، فإن نتائج دراسة Molsted تسلط الضوء على وجود ارتباط إيجابي بين وجود شريك دائم وجودة الحياة النفسية لدى المرضى في مراحل متقدمة من المرض. هذا التباين في النتائج قد يعزى إلى اختلاف حجم العينات أو السياق الثقافي والاجتماعي بين الدراستين، مما يشير إلى أن تأثير العوامل الاجتماعية على جودة الحياة قد يكون متغيرا تبعا للبيئة المحيطة أو الخصائص الديموغرافية للعينة. وبالتالي، فإن عدم الدلالة الإحصائية في دراستي لا ينفي بالضرورة وجود علاقة.

تناولت دراسة نشرت سنة (2023) في بولندا أثر الحالة الاجتماعية (خاصة الزواج) والوضع الاجتماعي والاقتصادي على جودة الحياة والنشاط البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

إن أهم ما تميزت به هذه الدراسة هو أن المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، وبالأخص الدخل والمستوى التعليمي، كانت مرتبطة بشكل ذي دلالة إحصائية بجوانب متعددة من جودة الحياة، لا سيما الجوانب النفسية والاجتماعية.

بينما الحالة الزوجية (الزواج أو عدمه) لم تظهر تأثيرا دالا إحصائيا على جودة الحياة أو النشاط البدني، مما يشير إلى أن وجود شريك حياة لا يعد عاملا حاسما في تحسين نوعية الحياة لهؤلاء المرضى، على عكس ما يعتقد عادة.

كما أظهرت النتائج أن مستوى النشاط البدني كان أيضا مرتبطا بالوضع الاقتصادي، حيث كان المرضى ذوو الدخل الأعلى والمستوى التعليمي الأفضل أكثر نشاطا بدنيا.

تبرز هذه الدراسة أهمية الأبعاد الاجتماعية في حياة مرضى القصور الكلوي، خاصة فيما يتعلق بالنشاط البدني والدعم النفسي والاجتماعي، كما تشدد على ضرورة توجيه الرعاية الصحية لتشمل الفروق الاجتماعية التي قد تؤثر في جودة الحياة.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف الحالة الاجتماعية، وهي نتيجة تتسق مع ما توصلت إليه دراسة Gruszczyńska وآخرون في بولندا، والتي بينت أن الحالة الزوجية (الزواج أو عدمه) لا تؤثر بشكل ملحوظ على جودة الحياة أو النشاط البدني لدى المرضى. هذا التقارب في النتائج يعكس احتمال أن الحالة الاجتماعية وحدها قد لا تكون عاملا حاسما في تحسين جودة الحياة، ما لم تقترن بعوامل دعم اجتماعي فعال أو استقرار اقتصادي. كما يشير ذلك

إلى أن المتغيرات الأكثر تأثيراً على جودة الحياة قد تكمن في الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأوسع، مثل الدخل والمستوى التعليمي، أكثر من الحالة الاجتماعية الرسمية (كالزواج).

### مناقشة وتفسير الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن حسب العمر "

تشير دراسة لهرسي وزملائها (2021)، والتي أجريت في إيران، إلى أن هناك علاقة وثيقة بين مستوى المعرفة الصحية والالتزام الدوائي لدى المرضى المسنين المصابين بأمراض الكلى المزمنة. هدفت الدراسة إلى تحديد العوامل المرتبطة بكل من المعرفة الصحية والالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة مكونة من 150 مريضاً تجاوزوا سن الستين ويعانون من أمراض الكلى المزمنة، وذلك في مستشفى الإمام الخميني بمدينة أمل. أظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من المشاركين كانت لديهم مستويات منخفضة من المعرفة الصحية، حيث لم يسجل أي مستوى "ممتاز"، مما يعكس فجوة معرفية لدى هذه الفئة. كما بينت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعرفة الصحية والالتزام الدوائي، إذ ارتفع مستوى الالتزام مع تحسن المعرفة الصحية. توصي الدراسة بضرورة تعزيز البرامج التعليمية للمسنين، لا سيما أولئك ذوي المعرفة الصحية المنخفضة، بهدف رفع مستوى إلتزامهم العلاجي والحد من تفاقم مضاعفات أمراض الكلى المزمنة.

تنسق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة لهرسي التي أجريت في إيران على عينة من المرضى المسنين المصابين بأمراض الكلى المزمنة، حيث تبين أن مستوى الإنضباط العلاجي لا يرتبط بالعمر بقدر ما يتأثر بمستوى المعرفة الصحية. فعلى الرغم من أن الدراسة ركزت على فئة عمرية محددة (60 سنة فأكثر)، إلا أنها لم تظهر فروقا دالة إحصائية بين الأعمار المختلفة داخل هذه الفئة، مما يشير إلى أن العمر قد لا يكون محددًا حاسمًا في سلوكيات الإنضباط الصحي. كما أوضحت الدراسة أن المعرفة الصحية كانت العامل الأبرز المؤثر في الإلتزام بالعلاج، حيث ارتفع مستوى الإنضباط الدوائي لدى الأفراد الذين يمتلكون معرفة صحية أعلى، بغض النظر عن أعمارهم. وبذلك، تدعم نتائج هذه الدراسة نتائج الفرضية وهي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي حسب العمر، وتؤكد على أهمية العوامل المعرفية والسلوكية كمحددات رئيسية لسلوكيات المرضى، وهو ما يعزز التوجه نحو التدخلات التعليمية بدلا من تصنيف المرضى استنادا إلى العمر فقط.

أجرت ريفكين وزملاؤها (2010) دراسة نوعية هدفت إلى إستكشاف الكيفية التي يقيم بها المرضى المسنون المصابون بمرض الكلى المزمن أولوياتهم إتجاه الأدوية، وما العوامل التي تؤثر على إلتزامهم بالعلاج الدوائي. إعتمدت الدراسة على مقابلات شبه منظمة مع 20 مريضاً تتراوح أعمارهم حول 72 عاما، ويعانون من مراحل متقدمة من القصور الكلوي (المرحلة 3 إلى 5).

أظهرت النتائج أن غالبية المشاركين كانوا يحددون أولويات ذاتية في تناول أدويتهم، بناء على مدى إدراكهم لأهمية كل دواء، وشدة الحالة المرضية المرتبطة به، ومدى ظهور الأعراض أو الآثار الجانبية، فضلا عن العوائق الإقتصادية أو الجسدية. ورغم أن معظمهم أبدى نية واضحة للإلتزام بالعلاج، إلا أن السلوك الفعلي أظهر وجود حالات لتجاهل بعض الأدوية التي إعتبروها "ثانوية" أو غير ملحة. كما لاحظ الباحثون وجود فجوة بين التصور الشخصي للمريض وأولويات الطبيب، مع ضعف في التواصل الطبي حول هذه الفجوة، مما يؤثر سلبا على الإلتزام الكلي بالخطة العلاجية.

تبرز هذه الدراسة أهمية العوامل المعرفية والإدراكية والسياقية في تشكيل سلوكيات الإلتزام لدى كبار السن، وتشير إلى أن هذا الإلتزام لا يتأثر بعامل العمر بشكل مباشر بقدر ما يتأثر بتصورات المرضى الذاتية وظروفهم الفردية. وبذلك، فإن نتائج هذه الدراسة تدعم بشكل غير مباشر نتائج فرضية البحث الحالي، والتي تفترض عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإلتزام الصحي حسب العمر، إذ توضح أن المحددات السلوكية والإنفعالية تعد أكثر تأثيرا من التصنيف العمري وحده.

تتلاقى نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه ريفكين وزملاؤها، والتي كشفت أن الإلتزام الدوائي لم يكن مرهونا بالعمر الزمني للمريض بقدر ما كان مرتبطا بتصورات الفردية حول أهمية الأدوية، وشدة المرض، والعوائق التي يواجهها في حياته اليومية. وقد لوحظ في نتائج دراستنا أن فئة المرضى على إختلاف أعمارهم داخل العينة، لم تظهر فروقا ذات دلالة إحصائية في سلوك الإلتزام الصحي، ما يعكس تأثير عوامل غير عمرية – كالمعرفة الصحية، والدافعية الذاتية، والقدرة على إدارة العلاج. ويؤكد هذا التلاقي بين الدراستين أن العمر في حد ذاته ليس محددًا كافيًا لسلوك الإلتزام الصحي.

أما الدراسة التي قامت بها Appel وزملاؤه سنة (2019) بالولايات المتحدة هدفت إلى إستكشاف أنماط السلوكيات الصحية بين فئات عمرية مختلفة من مرضى القصور الكلوي المزمن، وتحليل علاقتها بالنتائج السريرية مثل تطور المرض والمضاعفات القلبية والوفاة. وجرى تصنيف المشاركين إلى فئتين: أقل من 65 عاماً، و65 عاماً فأكثر.

كشفت النتائج عن وجود ثلاثة أنماط سلوكية رئيسية (نمط صحي ونمط أقل صحة) وأظهرت أن الفروق بين الفئات العمرية لم تكن العامل الحاسم في التنبؤ بالسلوك الصحي بل كانت العوامل النفسية والاجتماعية مثل الكفاءة الذاتية، والدعم الإجتماعي، ومستوى التعليم، والإكتئاب، هي المحددات الفعلية وراء تبني المرضى لسلوكيات صحية أو غير صحية. اللافت أن بعض المرضى من الفئة الأكبر سنا كانوا أكثر إلتزاما من نظرائهم الأصغر سنا، مما يعزز الطرح القائل بأن العمر الزمني لا يمثل مؤشرا دقيقا على السلوك الصحي أو الإلتزام العلاجي.

تدعم هذه النتائج ما توصلت إليه الدراسة الحالية، والتي لم تجد فروقا ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي بين المرضى حسب أعمارهم. تتلاقى الدراستان في التأكيد على أن سلوك الإنضباط العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي يرتبط بشكل أكبر بخصائص فردية واجتماعية ونفسية، لا بعامل العمر فقط.

### مناقشة وتفسير الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى

### مرضى القصور الكلوي المزمن حسب العمر"

في دراسة أجراها Canney وزملاؤه (2018) في إيرلندا تم تحليل العلاقة بين كفاءة وظائف الكلى ومستوى جودة الحياة لدى البالغين باستخدام مؤشري التصفية: الكرياتينين والسيستاتين. وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين وظائف الكلى وجودة الحياة لدى البالغين المقيمين في المجتمع، مع التركيز على كيفية تأثير العمر ونوع مؤشر التصفية المستخدم الكرياتينين أو السيستاتين على هذه العلاقة. بمعنى آخر هدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كانت جودة الحياة تختلف حسب مستويات وظائف الكلى لدى المرضى، وكيف يتفاوت هذا التأثير بين الأعمار المختلفة واستخدام مؤشرات تصفية كلوية مختلفة. وإشتملت على أكثر من 4000 مشارك تجاوزوا سن الخمسين. أظهرت النتائج أن التراجع في الكرياتينين إستنادا إلى السيستاتين كان مرتبطا بانخفاض في جودة الحياة خصوصا لدى الفئة العمرية 50-64 سنة، في حين لم يلاحظ ارتباط مماثل عند استخدام الكرياتينين كمؤشر. وتدل هذه النتائج على أن العمر لا يعد محددًا مطلقًا لجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي، بل تتدخل عوامل أخرى بيولوجية ونفسية في تشكيل هذه العلاقة. وتتسق هذه المعطيات مع نتائج الدراسة الحالية، التي لم تجد فروقا ذات دلالة إحصائية في الإنضباط الصحي تبعا للعمر، ما يعزز الفرضية القائلة بأن العوامل الذاتية والوظيفية أكثر تأثيرا من المتغيرات الديموغرافية كالعمر في تفسير سلوك المرضى تجاه الإلتزام العلاجي.

هدفت دراسة هيا المطيري التي نشرت في السعودية سنة (2021) إلى مقارنة جودة الحياة بين مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للغسيل الكلوي والمرضى غير الخاضعين للغسيل الكلوي، وذلك لتحديد مدى تأثير الغسيل الكلوي على مختلف جوانب جودة الحياة (الجسدية، النفسية، والاجتماعية). وتحديد الفروق في جودة الحياة بين المجموعتين.

وذلك بتحليل العوامل المؤثرة في جودة حياة مرضى القصور الكلوي المزمن، مثل نوع العلاج، العمر، الجنس، وغيرها من المتغيرات الديموغرافية. أظهرت النتائج أن المرضى غير الخاضعين للغسيل الكلوي سجلوا متوسطا أعلى في جودة الحياة مقارنة بالمرضى الخاضعين للغسيل الكلوي، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في جميع مجالات جودة الحياة.

تشير هذه النتائج إلى أن نوع العلاج (غسيل أو عدم غسيل) له تأثير أكبر على جودة الحياة من العوامل الديموغرافية مثل العمر. وبالتالي تدعم هذه الدراسة الفرضية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بناءً على العمر، مما يدعو إلى الإهتمام بالعوامل العلاجية والطبية في تحسين جودة الحياة لهؤلاء المرضى.

أما دراسة عبد القادر خالد التي نشرت في (2009) بالولايات المتحدة الأمريكية، تم إجراء دراسة مقطعية شملت 151 مريضاً يعانون من مرض الكلى المزمن في مراحله المتقدمة (المرحلتين 4 و5)، بما في ذلك مرضى الغسيل الكلوي الدموي والبريتوني.

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الحياة التي تسمح للمرضى بتحديد المجالات الأكثر أهمية في حياتهم. أظهرت النتائج أن المرضى غالباً ما ختاروا "العائلة" و"الصحة" كأهم مجالات تؤثر على جودة حياتهم. كما لم تظهر الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية في درجات جودة الحياة بين المجموعات المختلفة من المرضى، سواء حسب نوع الغسيل الكلوي أو العمر. ومع ذلك، وجدت إرتباطات قوية بين جودة الحياة الفردية والحالة النفسية، حيث إرتبطت جودة الحياة بشكل إيجابي مع الصحة النفسية، وسلبياً مع التوتر المزمن والإكتئاب.

جاءت نتائج الدراسة التي أجراها عبد القادر وزملاؤه لتدعم الفرضية الحالية، حيث أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين مرضى القصور الكلوي المزمن بإختلاف أعمارهم. وبينت الدراسة أن العمر لم يكن عاملاً مؤثراً بشكل مباشر في تحديد مستوى جودة الحياة لدى المرضى، بل إن العوامل النفسية والاجتماعية مثل التوتر والدعم الأسري والصحة النفسية كانت ذات تأثير أقوى. وهذا يتسق مع نتائج دراستنا التي لم تسجل فروقاً جوهرية في جودة الحياة تبعاً لإختلاف الفئات العمرية، مما يشير إلى أن جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي ترتبط بعوامل أعمق من مجرد العمر الزمني.

الخاتمة

❖ إستنتاج عام:

شملت الدراسة على فئة من مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتصفية كان سنهم ما بين الـ 24 الى 89 سنة، حيث هدفت هذه الأخيرة إلى تحديد العلاقة بين الإنضباط الصحي وجودة الحياة. أسفرت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين كل من الإنضباط الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. كما أنه لم نعثر على فروق حسب المتغيرات الديمغرافية. وعلى الرغم من أهمية الإنضباط الصحي في إدارة المرض وتحسين الحالة الصحية، إلا أن هناك عوامل أخرى كالدعم النفسي والإجتماعي الظروف الإقتصادية قد تلعب دوراً أكبر في جودة حياة المرضى. لذلك يجب النظر إلى جودة الحياة كظاهرة متعددة الأبعاد تتطلب إستراتيجيات شاملة تتجاوز مجرد الإنضباط الصحي.

نقترح إستناداً على نتائج الدراسة إلى:

- تعزيز التنقيف الصحي لمرضى القصور الكلوي حول أهمية الإنضباط في نمط الحياة (مثل التغذية، الدواء، النشاط البدني).
- دعم نفسي وإجتماعي منتظم لمرضى الفشل الكلوي لمساعدتهم على الإلتزام بالعلاج ومواجهة التحديات اليومية.
- التعاون بين الفرق الطبية متعددة التخصصات (أطباء، أخصائيي تغذية، تمريض، أخصائيين نفسيين) لدعم المريض بشكل شامل.
- إدخال برامج إرشاد صحي وقائي في مراكز غسيل الكلى.

المراجع

❖ المراجع باللغة العربية:

- الصمادي. أحمد عبدالمجيد، (2011)، مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية، المجلة العربية للطب النفسي - اتحاد الاطباء النفسانيين العرب - الأردن، المجلد (22)، العدد (01).
- بلول. أحمد، علة. عيشة، (2016)، أبعاد جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الجلفة، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، المجلد (01)، العدد (02)، جامعة الجلفة.
- بن كمشي. فوزية، (2018)، مقارنة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن دراسة ميدانية بولاية باتنة، - مجلة العلوم القانونية والاجتماعية جامعة زيان عاشور بالجلفة، المجلد (03)، العدد (01).
- بوشلاق. نادية، شهرزاد. نوار، (2019)، مستويات السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري، مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية، المجلد (05)، العدد (02).
- بوعبدالله. بلقاسمي، أحمد. مسعودي، (2021)، جودة الحياة لدى أساتذة التعليم الابتدائي في ظل تأثير جائحة كوفيد 19، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد (14)، العدد (02).
- بوعيشة. أمال، (2013)، جودة الحياة لدى ضحايا الإرهاب في الجزائر دراسة ميدانية بدائرة البراقي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد (05)، العدد (13).
- بوعيشة. أمال، زكري. نرجس، (2024)، الصدمة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة، دراسات نفسية وتربوية، المجلد (17)، العدد (02).
- تايلور شيلي. (2008). علم النفس الصحي، عمان الأردن دار حامد. الطبعة الأولى
- تعولميت. شرار، عليوة. سمية، (2022)، مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السرطان، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (16)، العدد (01).
- الحسيني. فاطمة خالد محمد، (2021)، جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء رؤية المملكة العربية ال سعودية 2030، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية-جامعة الفيوم، العدد (24).
- حمزة. فاطمة، بوداود. حسين، تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF) على عينات من البيئة الجزائرية، مجلة العلوم الاجتماعية جامعة الأغواط، المجلد (07)، العدد (31).
- الخطيب. أحمد كامل، الخطيب. محمد أحمد، (2011)، الإختبارات والمقاييس النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، عمان. الأردن
- رفيق. برة علي، (2017)، التدخين وعلاقته بالضغط النفسي واستراتيجيات مواجهته لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، المجلد(ج)، العدد (10).

- زربية. أمحمد، الزرrok. فاطمة، (2022)، قرأه في الإلتزام الصحي لدى مرضى الربو خلال جائحة كورونا، مجلة العلوم القانونية والإجتماعية، المجلد (07)، العدد (03).
- سرار. عائشة، (2020)، الإنضباط الصحي وعلاقته بدرجة القلق لدى مرضى السكري، دراسات نفسية وتربوية، المجلد (13)، العدد (03).
- صابر. فاطمة عوض، (2002)، خفاجة. ميرفت علي، (2002)، أسس ومبادئ البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، الإسكندرية مصر.
- صبور. محمد صادق، (1994)، أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها، دار الشروق.
- طيباوي. صونيا، (2020)، العوامل الخمس الكبرى للشخصية وعلاقتها بجودة الحياة لدى معلمي المرحلة الابتدائية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر-بسكرة-.
- عبيد. عائشة بية، (2017)، جودة الحياة وسبل تحقيقها في ظل علم النفس الإيجابي، العجمي. راشد مانع راشد، العتيبي. عبد الله حزام علي، الإلتزام الصحي للحماية من فيروس كورونا وعلاقته بالمرونة المعرفية لدى عينة من الراشدين وكبار السن من المجتمع الكويتي، المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (05)، العدد (13).
- القحطاني. راوية بنت أمحد، (2020)، النمطية المنهجية في الرسائل الجامعية، مجلة كلية الخدمة الإجتماعية للدراسات والبحوث الإجتماعية - جامعة الفيوم، العدد (20).
- قندوز. نعمة، خميس. محمد سليم، (2024)، الألم المزمن عند مرضى الأورام السرطانية (دراسة ميدانية على عينة من مرضى السرطان بمركز مكافحة السرطان ورقلة، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 16(04) 2024، الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- قوناس. إسماعيل، (2022/2021)، السلوك الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري - دراسة عيادية لثلاث حالات بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف مهدية، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د في علم النفس العيادي، جامعة ابن خلدون تيارت.
- مجلة تاريخ العلوم، العدد (06).
- المشهداني. سعد سليمان، (2019)، منهجية البحث العلمي، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان. الاردن.
- النوى. هاجر، عدوان. يوسف، (2019)، الإفصاح عن تشخيص القصور الكلوي المزمن وآثاره النفسية في المريض، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة 1، المجلد (20)، العدد (02).

❖ المراجع باللغة الأجنبية:

- Abdel-Kader, K., Unruh, M. L., & Almutary, H. (2021). Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease: A Comparative Study between Nondialysis and Dialysis Patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 32(4), 949–957.
- Antwi-Kusi, A., Peprah, N. Y., Arthur, J., & Amoako, Y. A. (2019). Quality of life among patients with moderate to advanced chronic kidney disease in Ghana: A single centre study. *BMC Nephrology*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1316-z>
- Appel, L. J., Feldman, H. I., Go, A. S., He, J., Kusek, J. W., Lash, J. P., Rao, P. S., Rahman, M., & Townsend, R. R. (2019). Health behaviors in younger and older adults with CKD: Results from the CRIC study. *Kidney International Reports*, 4(1), 80–93. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2018.09.003>
- Canney, M., Sexton, E., Tobin, K., Kenny, R. A., Little, M. A., & O'Seaghdha, C. M. (2018). The relationship between kidney function and quality of life among community-dwelling adults varies by age and filtration marker. *Clinical Kidney Journal*, 11(2), 259–264. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfx084>
- Carrero, J. J., Hecking, M., Chesnaye, N. C., & Jager, K. J. (2022). Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. *Seminars in Nephrology*, 42(2), 101–113. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2022.01.005>
- Chesnaye, N. C., Meuleman, Y., de Rooij, E. N. M., Hoogeveen, E. K., Dekker, F. W., Evans, M., Pagels, A. A., Caskey, F. J., Torino, C., Porto, G., Szymczak, M., Drechsler, C., Wanner, C., & Jager, K. J. (2022). Health-related quality-of-life trajectories over time in older men and women with advanced chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 17(2), 205–214. <https://doi.org/10.2215/CJN.08730621>
- Gruszczyńska, M., et al. (2023). The Impact of Marital and Socioeconomic Status on Quality of Life and Physical Activity in Patients with Chronic Kidney Disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2003. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032003>
- Karakas, M., Kilic, M., Karabacak, U., & Ozcan, C. (2018). Influence of social, economic, familial, marital status, and disease adaptation on the physical and mental health dimensions of patients who are candidates for renal transplant. *Transplantation Proceedings*, 50(2), 345–350. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2017.12.033>

- Lohresbi, F., Ilali, E. S., Mosavinasab, S. N., & Yaghoubi, T. (2021). Factors associated with health literacy and medication adherence in the elderly patients with chronic kidney diseases. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 8(2), 106–113. [https://doi.org/10.4103/jnms.jnms\\_129\\_20](https://doi.org/10.4103/jnms.jnms_129_20)
- Marital and Socioeconomic Status on Quality of Life and Physical Activity in Patients with Chronic Kidney Disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2003. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032003>
- Modi, G. K., Yadav, A. K., Ghosh, A., Kamboj, K., Kaur, P., Kumar, V., ... & Jha, V. (2020). Nonmedical factors and health-related quality of life in CKD in India. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 15(2), 191–199. <https://doi.org/10.2215/CJN.06510619>
- Molsted, S., Wendelboe, S., Flege, M. M., & Eidemak, I. (2021). The impact of marital and socioeconomic status on quality of life and physical activity in patients with chronic kidney disease. *International Urology and Nephrology*, 53(12), 2577–2582. <https://doi.org/10.1007/s11255-021-02826-6>
- Rifkin, D. E., Laws, M. B., Rao, M., Balakrishnan, V. S., Sarnak, M. J., & Wilson, I. B. (2010). Medication adherence behavior and priorities among older adults with CKD: A semistructured interview study. *American Journal of Kidney Diseases*, 56(3), 439–446. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2010.04.021>
- Shaik, M. A., Khan, S. A., & Reddy, K. V. (2019). A study on medication adherence and quality of life in patients with chronic kidney disease. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*, 9(4-s), 632–636. <https://doi.org/10.22270/jddt.v9i4-s.4083>
- Um-e-Kalsoom. (2020). Gender role in anxiety, depression and quality of life in chronic kidney disease patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(2), 251–254. doi:10.12669/pjms.36.2.869
- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Gómez, J. M., Moreno, F., & Sanz-Guajardo, D. (2004). Differences in health-related quality of life between male and female hemodialysis patients. *Nefrología*, 24(2), 167–178.
- Viazzi, F., Leoncini, G., Pontremoli, R., Ratto, E., Moriconi, D., Parodi, D., ... & Tripepi, G. (2023). Sex difference in cardiovascular risk in patients with chronic kidney disease: Pooled analysis of four cohort studies. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 39(3), 470–478. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfad024>

- Zeng, X., Liu, J., Tao, S., Hong, H. G., Li, Y., & Fu, P. (2018). Associations between socioeconomic status and chronic kidney disease: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 72(4), 270–279. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209815>
- Weisbord, S. D. (2009). Individual quality of life in chronic kidney disease: Influence of age and dialysis modality. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(4), 711–718. <https://doi.org/10.2215/CJN.03930808>

الملاحق



## وزارة التعليم العالي البحث العلمي

### جامعة قاصدي مرباح ورقلة

### قسم العلوم الانسانية والاجتماعية

في إطار ترقية وتنميين البحث العلمي لطلبة قسم العلوم الإنسانية والاجتماعية، الخاص بالدراسة الموسومة ب: الإنضباط الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن مذكرة مكمّلة لنيل شهادة ماستر في تخصص علم النفس العيادي، دراسة ميدانية.

#### البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ( ) أنثى ( )

العمر: .....

الحالة الاجتماعية: أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( )

#### التعليمة:

تحية طيبة لشخصكم أما بعد:

يهدف هذا المقياس إلى معرفة مستوى السلوك الصحي لديك (ي) ومدى رضاك (ي) عنه، وعلى هذا الأساس نرجو منك (ي) افادتنا بالإجابة بما تشعر (ي) به بكل صدق وموضوعية، فيما يلي مجموعة من العبارات لا توجد عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، المطلوب منك أن تحدد (ي) اجابتك من خلال وضع العلامة (X) في الخانة المناسبة لوضعيتك. شاكرين مسبقا تعاونك (ي) معنا، كما نعلمك أن اجابتك ستحاط بالسرية التامة وتؤكد (ي) أنك (ي) بهذا مساهم (ة) في انجاح العمل المذكور وخدمة أهداف البحث العلمي، جزاكم وشفاكم المولى عز وجل.

## الملاحق

| الرقم                             | العبارات   | دائما | غالبا | أحيانا | نادرا | مطلقا |
|-----------------------------------|--|-------|-------|--------|-------|-------|
| بعد العناية بالجسم                |  |       |       |        |       |       |
| 01                                | أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي                                     |       |       |        |       |       |
| 02                                | أركز في غذائي على نسبة قليلة جيدا من الأملاح البيضاء ( الملح الأبيض المكرر ) |       |       |        |       |       |
| 03                                | أقلل من الأغذية الغنية بالسكر الأبيض   |       |       |        |       |       |
| 04                                | أتجنب المشروبات الغنية بالسعرات الحرارية                                     |       |       |        |       |       |
| 05                                | أقلل من الأغذية الغنية بالزيوت والدهون                                       |       |       |        |       |       |
| 06                                | أتابع برامج التنقيف الصحي الخاصة بالرياضة والغذاء                            |       |       |        |       |       |
| 07                                | أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم أو غيرها                                   |       |       |        |       |       |
| 08                                | أمارس رياضة المشي بشكل منتظم   |       |       |        |       |       |
| بعد العناية بالصحة العامة         |  |       |       |        |       |       |
| 09                                | عندما أختار البروتين فإنني أتناول اللحوم البيضاء والأسماك                    |       |       |        |       |       |
| 10                                | أتناول وجبة الافطار يوميا بالانتظام  |       |       |        |       |       |
| 11                                | أتناول الخضار والفواكه الطازجة بشكل يومي                                     |       |       |        |       |       |
| 12                                | أكثر من شرب المياه النقية ( السوائل )  |       |       |        |       |       |
| 13                                | أنوع من الأغذية التي أتناولها  |       |       |        |       |       |
| 14                                | أقوم بأجراء الكشف المناسب عندما أعاني من أي ألم                              |       |       |        |       |       |
| 15                                | أحافظ على تنظيف أسناني بعد تناول وجبات الطعام                                |       |       |        |       |       |
| 16                                | أحصل على كفايتي من النوم   |       |       |        |       |       |
| 17                                | أهتم بمتابعة قياس ضغط الدم بشكل منتظم  |       |       |        |       |       |
| 18                                | أأخذ الاجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية                            |       |       |        |       |       |
| 19                                | أحافظ على الفحص الطبي السريري الدوري ( كل سنة )                              |       |       |        |       |       |
| 20                                | أراجع طبيب الأسنان دويا للتأكد من سلامة أسناني                               |       |       |        |       |       |
| 21                                | أتجنب استخدام أدوات وأغراض الآخرين الشخصية                                   |       |       |        |       |       |
| بعد التعامل مع الأدوية و العقاقير |  |       |       |        |       |       |
| 22                                | الجا إلى استخدام الأدوية والعقاقير عند الضرورة فقط                           |       |       |        |       |       |
| 23                                | لا أستخدم أي نوع من التبغ ( سجائر ، شيشة .. )                                |       |       |        |       |       |
| 24                                | أتجنب تناول العقاقير المهدئة إلا بوصفة من الطبيب                             |       |       |        |       |       |
| 25                                | أتجنب تناول الأدوية المنومة إلا بوصفة من الطبيب                              |       |       |        |       |       |

## الملاحق

|                        |  |  |  |   |    |
|------------------------|--|--|--|---|----|
|                        |  |  |  | اراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفها الطبيب            | 26 |
|                        |  |  |  | أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها ( فقط الأطباء ) | 27 |
|                        |  |  |  | أحاول التعرف على الأعراض الجانبية لأي دواء أتناوله                  | 28 |
|                        |  |  |  | أتجنب الخلط بين الأدوية دون إشراف الطبيب                            | 29 |
| البعد النفسي الإجتماعي |  |  |  |   |    |
|                        |  |  |  | أساهم في توفير الدعم الاجتماعي لمن يحتاج اليه                       | 30 |
|                        |  |  |  | أحاول أن أحظى بالقبول من جميع أفراد أسرتي ..                        | 31 |
|                        |  |  |  | أعامل الناس كما أحب أن يعاملوني                                     | 32 |
|                        |  |  |  | لدي إحساس جيد بالمرح  | 33 |
|                        |  |  |  | أشعر بالرضا عن ذاتي   | 34 |
|                        |  |  |  | أتمتع في حياتي بدرجة مقبولة من الاثارة والنشاط والمتعة              | 35 |
|                        |  |  |  | أشعر بأن حياتي العائلية مستقرة                                      | 36 |
|                        |  |  |  | لدي الثقة التامة بقدراتي الشخصية                                    | 37 |
|                        |  |  |  | من السهل أن أكون محبوبا من الآخرين                                  | 38 |
|                        |  |  |  | أنا على وعي تام بمشاعري التي أعيشها وأقبلها                         | 39 |
|                        |  |  |  | أعبر عن مشاعري بسهولة   | 40 |
|                        |  |  |  | أتحمل نتائج جميع تصرفاتي  | 41 |
|                        |  |  |  | أضع ل نفسي أهدافا واقعية بحيث يمكن تنفيذها                          | 42 |
|                        |  |  |  | أأخذ قرارات بدون الشعور بالضغط.                                     | 43 |
|                        |  |  |  | أفهم مشاعر الآخرين ووجهات نظرهم                                     | 44 |
|                        |  |  |  | أجمع المعلومات الضرورية قبل اتخاذ أي قرار                           | 45 |

الملحق (02): مقياس جودة الحياة - الصورة المختصرة

مقياس جودة الحياة - الصورة المختصرة

World Health Organization Quality Of Life

(WHO QOL-BREF)

إعداد (منظمة الصحة العالمية)

تعريب (د بشري اسماعيل أحمد) 2008

الجنس: (ذكر، أنثى) العمر ( )

التعليمات:

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة. فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي عن البنود التالية وأمام كل منها خمسة اختيارات وعليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع علامة (√) عند هذا الاختيار، ولاحظ جيداً ألا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون الإجابة عنه، واعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد سوى الباحثة ولأغراض البحث العلمي.

| الرقم | العبارة  |
|-------|--|
| 01    | ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                                     |
| 02    | ما هو مدي رضاك عن حالتك الصحية؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                                 |
| 03    | من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً |
| 04    | حتى تستمر حياتك ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً              |
| 05    | ما مدى استمتاعك بالحياة؟   |

## الملاحق

|    |  |
|----|--|
|    | (أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً  |
| 06 | ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً     |
| 07 | إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً |
| 08 | ما مدى شعورك بالأمن في الحياة؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً      |

|    |   |
|----|---|
| 09 | ما مدى الاهتمام الصحي في بيتك الطبيعية؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                            |
| 10 | لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً      |
| 11 | هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً  |
| 12 | هل أنت كفاء الإشباع احتياجاتك؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                                     |
| 13 | ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً |
| 14 | إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                   |
| 15 | كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                                  |
| 16 | إلى أي مدى أنت راضي عن نومك؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                                       |
| 17 | ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                             |
| 18 | ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                                    |

## الملاحق

|    |   |
|----|---|
| 19 | ما مدى رضاك عن نفسك؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً   |
| 20 | ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                              |
| 21 | ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                                |
| 22 | كم أنت راضياً عن المساعدة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً |
| 23 | ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                 |
| 24 | ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً        |
| 25 | ما هو مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                             |
| 26 | كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) لا سيئة ولا جيدة (د) جيدة إلى حد ما (هـ) جيدة جداً                   |