

جامعة عمار ثليجي - الأغواط -
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



الميدان : العلوم الانسانية والاجتماعية
شعبة: العلوم الاجتماعية

الموضوع:

قياس جودة الحياة لدى المرضى

المصابين بالقصور الكلوي

بمركز الكلى وتصفية الدم البروفيسور سحيري كمال بالأغواط

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي في علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

تحت اشراف الاستاذ:

*د/ صخري محمد

من إعداد الطالبتين :

❖ برفان ذهبية

❖ شيبوط فطيمة

السنة الجامعية 2015/2016

كلمة شكر

نشكر قبل كل أحد الله الواحد على توفيقه لنا وتسديد خطانا وعلى ما أنعمنا إياه من قدرة على أنجاز هذا العمل المتواضع

وبشعور غامر بالتقدير والوفاء نتقدم بشكر خالص وعميق مقرون بجزيل العرفان والامتنان إلى كل من تفضل وأثرى جوانب هذا البحث ،سواء برأي أو توجيه أو نصيحة أو ساهم في هذا العمل ولو بجزء يسير ،وفي مقدمة هؤلاء الأساتذة

المحترم صخري محمد ،علي ما تفضل به علينا من الإشراف والتوجيه ،وكذلك مالمسناه من حسن خلقه وتواضعه ومناقشته لنا بأدب جم ،واهتمامه وتشجيعه الكثير الذي مهما كتبنا لن نستطيع أن نوف حقه من الشكر،فجزاه الله عنا خير الجزاء ووفقه لفعل الخير دائما وأبداً.

كما نتوجه بالشكر إلى أساتذة قسم علم النفس

وأخص بالذكر الأستاذ الفاضل داودي محمد على مساعدته لنا في إثراء هذه الدراسة فجزاه الله خير والأستاذ بوفاتح محمد الاستاذ لبصير سفيان

كما نتقدم بجزيل الشكر للأخصائية النفسانية فتيحة نويوة على مساعدتها لنا .

كما نتقدم بجزيل الشكر لكل من ساعدنا من قريب أو بعيد وأخص بالذكر زملائنا من جامعة الاغواط لانجاز هذا العمل المتواضع .

وأخيراً نشكر جميع أفراد أسرتين على ما بذلوه من جهد وتعاون صادق رغبة في إتمام هذه الدراسة فجزأهم الله عنا خير الجزاء.

"فطيمة وزهية"

إهداء

إلى نور قلبي وربيع عمري إلى من حملتني وهنأ على وهن ،إلى من سهرت من أجلي
،إلى الشمعة التي تضى لتنير الآخرين إلى "أمي الغالية نادية "
إلى روح أبي الطاهرة "بلقاسم "الذي له كل الاحترام والتقدير والحب ،وأطلب له الرحمة أن
يسكنه الله فسيح جناته .

إلى إخوتي وأخواتي الأعزاء "كريم ،إلياس ،ماسلية ،نوريا "

كما أهدي هذا العمل إلى كل أساتذتي المحترمين ،وأخص بالذكر الأستاذ المحترم صخري
محمد ،وإلى كل الأساتذة خاصة أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية .

إلى كل الأهل والأقارب بقرية بنيدواله ولاية تيزي وزو

إلى كل صديقاتي خاصة زميلة التي شاركتني في المذكرة في شهادة الليسانس وشهادة
الماستر فطيمة شيبوط وإلى الزميلة خديجة لعروسي وفطيمة عثمانى وإلى حسينة عثمانى
إلى كل من يعرفني من قريب او بعيد أهدي أجمل التحايا .

"ذهبية "

إهداء

إلى نور البيت ومعنى العطاء بدون انتظار إلى من افتخر باسمه ،أرجوا لله أن يمد في
عمره ،إلى "أبي الغالي سعد"

إلى زهرة البيت إلى معنى الحب والحنان ،وسر الوجود إلى من جعل الله الجنة تحت قدميها
إلى "أمي الحنونة زهرة "

إلى من عرفت معها معنى الحياة أختي العزيزتين "خيرة وإلى منال "

إلى روح أخي الطاهرة كريم الذي أكن له الحب والتقدير والذي يظل في القلب والعقل
،وأطلب له الرحمة وأن يسكنه الله جنات الفردوس

كما أهدي هذا العمل إلى من علمني حرف ،أساتذة الكرام ،وأخص بالذكر الأستاذ
الفاضل مراح إبراهيم والأستاذ الفاضل صخري محمد ،والى كل الأهل والأقارب في
ولايتي الأغواط وتيارت .

إلى كل صديقاتي بلا استثناء وأخص بالذكر إلى حبيبتي زهيدة برفان وخديجة
لعروسي وحسينة عثمانى

والى كل من يعرفني من قريب أو بعيد أهدي أجمل التحايا والعبارات

"فطيمة"

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى معرفة جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي.

اجريت الدراسة على عينة مكونة من 30 مريض بالقصور الكلوي من الجنسين 20 ذكور و 10 اناث، يتراوح سنهم ما بين (24 - 89) سنة يترددون على مركز الكلى وتصفية الدم البروفيسور سحيري كمال، ومصلىحة تصفية الدم بمستشفى أميدة بن عجيبة بالأغواط، وكذا مصلىحة تصفية الدم بمستشفى هوراي بومدين بقصر الحيران.

وقد اعتمدنا على المنهج الوصفي كمنهج متبع، وتم تحليل البيانات بالاعتماد على النظام الاحصائي (SPSS). وأسفرت نتائج الدراسة عن:

- 1- مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي منخفض.
- 2- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة لصالح الذكور.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، القصور الكلوي

Résumé :

L'objectif de cette recherche est de connaître la qualité de vie chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale.

L'étude a été réalisée sur un échantillon de 30 patients atteints d'insuffisance rénale des deux sexes ; 20 hommes et 10 femmes leurs âge entre (24-89) ans. L'étude a été menée dans le centre de rein et d'hémodialyse professeur shairi kamel,laghouat service d'hémodialyse ahmida ben adjila laghouat ainsi que service d'hémodialyse hôpital houari boumedien .

On a utilisé l'échelle de la qualité de vie liée à la santé SF-36.

Partant des questions précédentes nous avons formulé des hypothèses qu'on a essayé de valider par l'échelle de la qualité de vie liée à la santé.

Nous avons adopté une méthode descriptive comme moyen pratique(spss).

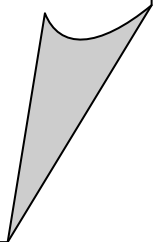
Les résultats obtenus sont :

- Le niveau de la qualité de vie chez les atteints d'insuffisance rénale est faible.
- il existe une différence statistiquement significative dans le niveau de la qualité de vie chez les garçons.

Mots clés :

Qualité de vie, insuffisance rénale .

الفهرس



الصفحة	المحتويات
	كلمة شكر
	اهداءات
أ	ملخص الدراسة باللغة العربية
ب	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
ج	فهرس المحتويات
و	فهرس الجداول
ز	فهرس الملاحق
01	المقدمة
الفصل الأول: الاطار العام لمشكلة الدراسة	
05	1- مشكلة الدراسة
06	2- فرضية الدراسة
07	3- اهداف الدراسة
07	4- اهمية الدراسة
08	5- الدراسات السابقة
34	6- التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة
الفصل الثاني: جودة الحياة	
36	تمهيد
37	1- تعريف علم النفس الايجابي
38	2- تعريف جودة الحياة
42	3- الخلفية التاريخية لمفهوم جودة الحياة
44	4- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة
47	5- النظريات المفسرة لجودة الحياة

53	6- أبعاد جودة الحياة
54	7- مقومات جودة الحياة
56	8- معوقات جودة الحياة
58	9- قياس جودة الحياة
62	10- كيفية الوصول الى جودة الحياة
70	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: القصور الكلوي	
72	تمهيد
73	1- تعريف الكلية
73	1-1- تشريح الكلية
75	1-2- فيزيولوجية الكلية
76	1-3- الوظائف الأساسية للكلية
78	2- تعريف القصور الكلوي
79	3- أسباب القصور الكلوي
80	4- أنواع القصور الكلوي
80	4-1- القصور الكلوي الحاد
84	4-2- القصور الكلوي المزمن
92	5- تشخيص القصور الكلوي المزمن
93	6- مضاعفات القصور الكلوي المزمن
94	7- جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي
97	خلاصة الفصل

الفصل الرابع: اجراءات الدراسة الميدانية	
99	تمهيد
100	1- منهج الدراسة
101	2- حدود الدراسة
102	3- أدوات جمع البيانات
104	4- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة
	5- عينة البحث
105	6- اجراءات التطبيق
106	7- الأساليب الاحصائية
الفصل الخامس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج	
108	تمهيد
109	1- عرض نتائج الفرضيات
111	2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات
115	الاستنتاج العام
117	الخاتمة
119	قائمة المراجع
X-I	الملاحق

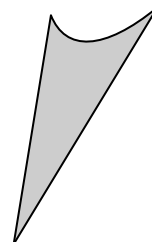
فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح: مقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة	22
02	يوضح: مجالات جودة الحياة ومؤشراتها بحسب نظرية شالوك	48
03	يوضح: منغصات/ معوقات، إمكانيات/ قدرات تحقيق جودة الحياة	57
04	يوضح: توزيع أفراد العينة حسب الجنس	101
05	يوضح: نسبة الثبات بألفا كر ونباخ لمقياس جودة الحياة	105
06	يوضح: نسبة صدق المقياس باختبار (مان ويتني)	105
07	يوضح: النتائج التي تحصل عليها أفراد العينة	109
08	يوضح: نتائج اختبار T لعينة واحدة.	109
09	يوضح: الفروق بين الجنسين في مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي	110

فهرس الملاحق:

الصفحة	العنوان	الرقم
V/I	سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة	01
VI	رسم تخطيطي توضيحي لمكونات الجهاز البولي	02
VII	رسم تخطيطي لمقطع طولي في الكلية	03
VII	رسم تخطيطي يوضح موقع الغدة الكظرية	04
IX	رسم تخطيطي يوضح بنية النيفرون	05
X	يمثل جهاز التصفية	06

المقدمة



تجاهل علماء النفس الجوانب الإيجابية لدى الإنسان لعقود طويلة وكان جل اهتمامهم بالجوانب السلبية فمنذ عام 1887 حتى عام 2000 توجد 136728 دراسة وبحث عن الغضب والقلق والاكتئاب في مقابل 8659 عن الجوانب الإيجابية (السعادة 2958)، و (الرضا عن الحياة بشقيها العام والخاص 5701) بنسبة 1.16، إلى أن لاحظ العلماء والفلاسفة أن أحداث الحياة الضاغطة لا تؤدي بالضرورة للاكتئاب والعزلة. بل إن بعض هذه الخبرات يمكن أن تحقق هدفا ما وتعيد بناء الذات وتؤدي لنتائج إيجابية (فكثيرا ما تصنع الرجال وتصل شخصياتهم).

وتعزى بعض المصادر الاجتماعية coping strategies فيظهر معنى الحياة وتتم مهارات جيدة للمواءمة وتعرف بقيمة العلاقات الاجتماعية (كالمساندة الاجتماعية والتعاون والتعاضد) من خلال التكيف المعرفي للضغوط.

فقد أكدت الخبرة الواقعية على أن الانفعالات الإيجابية توجد أيضا أثناء الضغوط المزمنة، ولذلك بدأ اهتمام علماء النفس بالخبرة الذاتية الإيجابية والسمات الشخصية الإيجابية والعادات الإيجابية لأنها تؤدي إلى تحسين ويجعل للحياة قيمة وتحول دون الأعراض المرضية التي تنشأ عندما لا يكون Quality of life جودة الحياة للحياة معنى وتتمى الإبداع ومرونة التفكير وحل المشكلات وتقدير الذات وتخفف آثار الضغوط الناتجة عن الاضطرابات العضوية والنفسية... (أميرة طه بخش، ب ت، ص 1) .

ومن المفيد أن نقيم بعض الموازنة بين الصحة النفسية والصحة الجسمية - من حيث المناهج - فالصحة الجسمية نصل إليها بمناهج ثلاثة: أولها المنهج العلاجي وثانيها المنهج الوقائي وثالث المنهج الإنشائي أو الإيجابي وكذلك الصحة النفسية لها ثلاثة مناهج... (عبد العزيز القوسي، 1952، ص 40).

"وفي الوقت الراهن تعالج القضايا المرتبطة بالصحة النفسية تحت مصطلح أعم وأوسع دلالة هو مصطلح جودة الحياة أو جودة الصحة النفسية، وتكمن جودة الحياة داخل الخبرة الذاتية للشخص، ويشير دينير إلى

أن جودة الحياة ببساطة شديدة تقويم الشخص لرد فعلية الحياة، سواء تجسد في الرضا عن الحياة (التقويمات المعرفية) أو الوجدان (رد الفعل الانفعالي المستمر) بظروف الحياة ولمدى توافر فرص إشباع وتحقيق الاحتياجات. (محمد السعيد أبو حلاوة، 2010، ص 02)

فجودة الحياة تتدرج ضمن ذات الفرد وذلك وفق معايير يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومطالبها، تبعاً لمقومات جودة الحياة كالتفكير وإدارة الظروف المحيطة والصحة الجسمية والنفسية والمعتقدات... "إلا أن مفهوم جودة الحياة يبقى مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه كل شخص من معايير تقييم حياته نظراً لتعدد العوامل التي تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة: الصحة الجسمية والعقلية، الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية، القيم الثقافية والحضارية، الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له، فهي في الأساس إنعكاس للتقدير الذاتي للفرد لحياته من خلال المكونات التي تتضمنها حياته وضعه في هذه الحياة." (رغداء علي نعيسة، 2012، ص 146) ومن خلال مقومات جودة الحياة المتعددة منها الجسمية والعقلية والاجتماعية، والقيمية... فالشخص هو الذي يختار المقوم الأكثر أهمية بالنسبة له، فهي تقويم ذاتي لحياته ورد فعلية إتجاهها. وجودة الحياة تتأثر بالحالة الصحية للشخص، وهناك عدة أمراض متعلقة بالصحة نذكر من بينها مرض القصور الكلوي ويتجلى هذا المرض في حدوث قصور في عمل الكلية ووظائفها، مما يؤدي إلى اختلاف عام في جسم الإنسان.

وإن جودة الحياة كمفهوم تتأثر كذلك بالحالة النفسية للفرد، درجة ارتباطه بالآخر وعلاقته بمحيطه وبما أن مرض القصور الكلوي مرض خطير فإن جودة الحياة لدى المصابين به متداخلة تداخل العناصر المكونة لها في تأثيرها المتبادل، وإن الإصابة بالقصور الكلوي تعني تغيراً كلياً لحيات الفرد بدأ من صورته لذاته ولنمط حياته.

وسنتطرق في الدراسة الحالية إلى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي، وعليه تنقسم دراستنا هذه إلى خمسة فصول.

الفصل الأول: يتناول مشكلة الدراسة، فرضياتها، أهدافها، وأهميتها، كما يتناول الدراسات السابقة وأخيرا الإطار المفاهيمي للدراسة.

الفصل الثاني: فيتناول جودة الحياة وتطرقنا فيه إلى تعريف علم النفس الإيجابي، تعريف جودة الحياة، الخلفية التاريخية والاتجاهات المفسرة لها، النظريات المفسرة لها، أبعادها، مقوماتها، معوقاتنا، وكيفية الوصول إلى جودة الحياة.

الفصل الثالث: فيتناول القصور الكلوي وتطرقنا فيه إلى تعريف الكلية وفيزيولوجيتها والوظائف الأساسية لها، ثم تعريف القصور الكلوي وأنواعه الحاد، والمزمن وأهم الأسباب والأعراض والأنواع الفرعية، وكذا العلاج لكل نوع على حدى، كما تطرقنا إلى تشخيص القصور الكلوي، وأيضا مضاعفات القصور الكلوي المزمن ثم جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي.

الفصل الرابع: فخصص لإجراءات الدراسة الميدانية فعرضنا فيه منهج الدراسة وحدودها وأدوات جمع البيانات (المقياس) وعينة البحث التي تم التطبيق عليها وأخيرا إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية.

الفصل الخامس: وهو الفصل الأخير إختص بعرض النتائج ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة.

الفصل الأول: الاطار العام لمشكلة الدراسة

1- مشكلة الدراسة

2- فرضية الدراسة

3- اهداف الدراسة

4- اهمية الدراسة

5- الدراسات السابقة

1- مشكلة الدراسة:

إن بؤرة اهتمام أي مجتمع وهدفه المنشود هو تحسين جودة الحياة لأفراده من خلال تحسين الأوضاع الحالية، والتطلع لمستقبل أفضل وتوفير فرص التنمية على كل المستويات.

وفي ضوء الاهتمام بجودة الحياة بصفة عامة والذي بدأ البحث فيه منذ فترة قريبة، وبالرغم من تناوله لدى كثير من الباحثين في علاقته بأنواع مختلفة من الذكاء، وكذا ارتباطه كمفهوم عام بمكوناته الفرعية، أو ارتباطه بمفهوم الذات والصحة النفسية، وعلاقته بالنسق القيمي لدى الأفراد، كذلك الدراسات التي أجريت من أجل تحسين معنى الحياة وجودة الحياة لدى عينات مختلفة من المرض. " (إيمان أحمد خميس، ب ت، ص02)

بمعنى أن الغاية التي يراد الوصول إليها هي تحسين جودة الحياة للأشخاص، وذلك من خلال تحسين الأوضاع المختلفة والتقدم على جميع المستويات.

وقد ربط مفهوم جودة الحياة بالعديد من المتغيرات مثل الذات والذكاء والصحة النفسية والصحة الجسمية. "وإن العيش مع هذا المرض يعني بالنسبة للمريض مسؤولية ذاتية كبيرة وتحول كلي للنمط الحياتي وهذا يؤدي إلى وجوب التخلي عن تصرفات معنية ومعتادة وتدريب على تصرفات جديدة."

(رمضان سلمان، 2013، ص1)

ويعتبر هؤلاء المرضى من الفئات التي تحتاج لرعاية خاصة، وهم ينظرون إلى الحياة بنظرة مختلفة عن الآخرين، وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف المرض وما يحصلون عليه من دعم من الآخرين (الأسرة والمجتمع).

ولهذا المرض آثار سلبية ومؤثرة في جوانب الحياة منها: تأثيره على عمل الكلية والوظيفة التي تقوم بها، مما يؤدي لاختلال عام في جسم الإنسان مما يؤثر سلبا على حياتهم ويؤدي لتغيرها، لهذا تشكل جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي مدخلا لفهم كيفية معايشة الفرد لهذا المرض سواء كان ذكر أو أنثى.

ومن خلال ما سبق فإنه يمكن حصر إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

- ما مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين المصابين بالقصور الكلوي تعزى لمتغير الجنس؟

2- فرضيات الدراسة:

- نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي منخفض.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين المصابين بالقصور الكلوي تبعا لمتغير الجنس.

3- أهداف الدراسة:

- من بين الأهداف الرئيسية لكل بحث هي الوصول إلى نتائج دراستنا تهدف إلى:
- معرفة مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي.
- معرفة الفروق في جودة الحياة بين الذكور والإناث المصابين بالقصور الكلوي.

4- أهمية الدراسة:

- تعكس جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي حالتهم الصحية النفسية والجسمية.
- توعيتهم وتدعيمهم ومحاولة ايصالهم الى مستوى جودة الحياة.
- أهمية القصور الكلوي في تحديد نوعية جودة الحياة.
- الربط بين الجانبين النفسي والجانب الطبي العضوي وهذا ما يسمح للأخصائي بالتعرف أكثر على الحالات في جميع الجوانب.
- أنها تتناول شريحة هامة من شرائح المجتمع وهي فئة المرضى المصابين بالقصور الكلوي الذين ينبغي التعرف على مدى جودة حياتهم كما يدركونها.
- تثري الدراسة الحالية مجال البحث في علم النفس وفتح المجال أمام الباحثين والدارسين من أجل التطرق إلى المزيد من الدراسات والبحوث في هذا الموضوع.

5- الدراسات السابقة:

5-1- الدراسات المحلية:

- دراسة سمية حبيب وعليه بوركنة تحت عنوان: جودة الحياة لدى الراشدين المصابين بداء السكري

(2014-2015)

- هدفت الطالبتان من خلالها إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى الراشدين المصابين بداء السكري وإلى معرفة الفروق في جودة الحياة بين الراشدين المصابين بالسكري نمط (1) والراشدين المصابين بالسكري نمط (2). وللتعرف على جودة الحياة لدى هذه العينة تم استخدام مقياس أو سلم جودة الحياة المتعلقة

بالصحة حيث تكونت العينة من 40 راشدا مصابا بالسكري، 20 مرتبط بالأنسولين، و 20 غير مرتبط بالأنسولين، ومن أهم النتائج المتوصل إليها هي: أن مستوى جودة الحياة لدى الراشدين المصابين بداء السكري مرتفع، لدى العينة بعيادة الصحة الجوارية بمدينة الأغواط.

(سمية حبيب وعليه بوركنة، 2015، ص5)

- دراسة سي مرابط شرين وقوادري عفاف تحت عنوان: جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن الزواج سنة (2014-2015)

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الحياة لدى النساء المتأخرات عن سن الزواج وإلى التعرف إلى الفروق في جودة الحياة بين العاملات وغير العاملات المتأخرات عن سن الزواج.

وللتعرف على الفروق في جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن سن الزواج في متغير السن، وللتعرف على جودة الحياة لدى هذه العينة تم استخدام مقياس جودة الحياة للنساء المتأخرات عن سن الزواج الذي أعدته بشرى عناد مبارك، حيث تكونت العينة من 70 مبحوثة سنهم كان 30 فما فوق منهم العاملات وغير العاملات.

ومن أهم النتائج المتوصل إليها هي: أن مستوى جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن الزواج منخفض، لا توجد فروق في جودة الحياة بين العاملات وغير العاملات المتأخرات عن الزواج.

(مرباط شرين وقوادري عفاف، 2015، ص7)

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن سن الزواج في متغير السن. (نفس المرجع السابق ص8)

- دراسة عويقات خيرة وفاطمة الزهراء دهيليس بعنوان: جودة الحياة النفسية لدى المسنين المتقاعدين

(2014- 2015)

هدفت الطالبتان من خلالها إلى إجراء تقييم للجوانب المنخفضة من تحقيق جودة الحياة لما لها من

انعكاسات عديدة خاصة على فئة المسنين وهذا للوقوف على ما تتمتع به هذه الفئة من صحة نفسية

وجسدية.

وللتعرف على ذلك تم استخدام مقياس خاص بجودة الحياة معد من طرف أحمد محمد عبد الخالق حيث

تكونت مجموعة البحث من 30 مسن ومسنة من المتقاعدين وتم اختيارهم بطريقة قصديه وتتراوح أعمارهم

من (58 سنة حتى 62 سنة) من المسنين المتقاعدين، مدة التقاعد سنة واحدة.

ومن أهم النتائج المتوصل إليها هي: أن مستوى جودة الحياة لدى المسنين المتقاعدين منخفض.

(عويقات خيرة، دهيليس فاطمة، 2015، ص10)

- دراسة لواصلية لامية وفيتاس ليندة تحت عنوان: جودة الحياة لدى المرضى المصابين بضغط الدم

(2014-2015).

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة المرضى المصابين بضغط الدم المرتفع، ودرجات

الصحة العامة والصحة الجسمية والنفسية لديهم.

كذلك دراسة إستراتيجيات وسبل تحسين جودة الحياة لدى المرضى المصابين بضغط الدم المرتفع.

وللتعرف على ذلك تم استخدام مقياس تقدير جودة الحياة.

وقد أجريت الدراسة على عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع ذكور، وإناث، الذين يعتادون على الدكتور حجاج بلقاسم بالأغواط وكان عددها 30 فردا تراوحت أعمارهم بين 25 و 60 سنة وأهم النتائج المتوصل إليها هي: (لواصلي لامية وفيتاس ليندة، 2015، ص5)

- مستوى جودة الحياة النفسية لدى المصابين بضغط دم منخفض.

- لا يوجد اختلاف في مستوى جودة الحياة بين الذكور والإناث.

- دراسة بن بلحوت عائشة وبن جديعة سعيدة تحت عنوان: مستوى الوسواس القهري وعلاقته بجودة الحياة (2014-2015)

هدفت الطالبتان من خلالها إلى معرفة طبيعة العلاقة القائمة بين مستوى الوسواس القهري، ومستوى جودة الحياة لدى تلاميذ الطور الثاني.

وكذا معرفة الفروق في مستوى الوسواس القهري لدى تلاميذ ثانوية مفدي زكرياء بمدينة غرداية تعزى لمتغير الجنس.

أيضا معرفة الفروق في مستوى جودة الحياة لدى تلاميذ ثانوية مفدي زكرياء بمدينة غرداية تعزى لمتغير الجنس.

معرفة مستوى الوسواس القهري لدى تلاميذ ثانوية مفدي زكرياء بمدينة غرداية.

ومعرفة مستوى جودة الحياة لدى تلاميذ ثانوية مفدي زكرياء بمدينة غرداية.

وللتعرف على جودة الحياة والوسواس القهري لدى هذه العينة تم استخدام مقياس الوسواس القهري ومقياس جودة الحياة.

حيث تكونت العينة من 900 تلميذ وتلميذة من المرحلة الثانوية، ومن أهم النتائج المتوصل إليها أن مستوى الوسواس القهري مرتفع لدى العينة.

ومستوى جودة الحياة منخفض لدى تلاميذ الطور الثاني.

وكذا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري، ومستوى جودة الحياة لدى عينة من تلاميذ الثانوية.

أيضا لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري لدى العينة تعزى إلى متغير الجنس.

ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى العينة تعزى إلى متغير الجنس.

(بن بلحوت عائشة وبن جديعة سعيدة، 2015، ص6).

- دراسة بوعيشة أمال سنة (2013, 2014) تحت عنوان: جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر، دراسته ميدانية ببلدية براقى - دائرة الحراش - الجزائر العاصمة. حيث هدفت الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين رتب الهوية الأربعة ومستوى جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى عينة من ضحايا الإرهاب في الجزائر ومعرفة الفروق بين الأفراد الذين تعرضوا لعنف إرهابي مباشر والأفراد الذين تعرضوا لعنف إرهابي غير مباشر لدى عينة من ضحايا الإرهاب بالجزائر في مستوى تشكل الهوية النفسية. كذلك معرفة درجة الفروق لدى العينة في الإحساس بمستوى جودة الحياة. والتعرف على الفروق بين الجنسين في مستوى تشكل الهوية النفسية لدى العينة. وكذا التعرف على درجة الفروق بين الجنسين في مستوى جودة الحياة.

ولتحقيق أهداف الدراسة طبقت الباحثة أدوات تمثلت في مقياس لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى ضحايا العنف الإرهابي من إعداد الباحثة، كذلك مقياس الهوية النفسية ومقياس التعرض للعنف الإرهابي طبقت على عينة قوامها 176 فرد اختيروا بطريقة كرة الثلج.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة عكسية بين رتبة اضطراب الهوية ودرجات جودة الحياة، وأن رتبة الهوية المؤجلة ومقياس جودة الحياة، أنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين درجات رتبة الهوية المؤجلة ومقياس جودة الحياة.

كذلك لا توجد فروق بين الأفراد الذين تعرضوا لعنف إرهابي مباشر والأفراد الذين تعرضوا لعنف إرهابي غير مباشر على مقياس الهوية النفسية ومقياس جودة الحياة.

أيضا أنه لا توجد فروق بين الجنسين ذكور وإناث على مقياس الهوية النفسية ومقياس جودة الحياة .
(بوعيشة آمال، 2014، ص4)

- دراسة زعطوط رمضان (2014): تحت عنوان نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، وهدف الباحث من خلال هذه الدراسة استكشاف نوعية الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية لدى المرضى المزمنين، ولتحقيق أهداف الدراسة طبق الباحث مجموعة من الأدوات تمثلت في مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ومقياس الكرب النفسي، ومقياس الدعم الاجتماعي، ومقياس الكفاءة الذاتية ومقياس الوظائف التنفيذية ومقياس التدين من إعداد الباحث، والتوصل للنتائج التالية:

ارتفاع نسبة نوعية الحياة المتوسطة والجيدة لدى المرضى (88%) مقارنة بالأصحاء، كما لا توجد فروق بين العينتين أي الأصحاء والمرضى في الوظائف التنفيذية وكذلك الكفاءة المدركة لدى المرضى كانت

منخفضة مقارنة بالأصحاء، كما كان مستوى الدعم الاجتماعي منخفضا في العينتين وارتبط الكرب النفسي سلبا بنوعية الحياة لدى المرضى ولدى الأصحاء. (رغداء نعيسة، 2012، ص ص 38، 39)

- دراسة بشير معمريّة (2015) بعنوان: جودة الحياة لدى المتقاعدين والمسنين وفق المقياس المئوي لمنظمة الصحة العالمية، بحث ميداني على عينات جزائرية.

قد هدفت الدراسة لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى المتقاعدين والمسنين مع المجتمع الجزائري، وقد تكونت العينة من 111 فردا، منهم 99 ذكرا، 12 أنثى، تراوحت أعمار الذكور بين 55-80 سنة بمتوسط حسابي قدره 64,34 سنة وانحراف معياري قدره 74,4 سنة.

قد إختار أفضل مئة (100) بند وسميت هذه الصيغة المقياس المئوي لنوعية الحياة، ويتكون المقياس من ستة مجالات أساسية، تحتوي على أربعة وعشرون بعدا أو مقياسا فرعيا... وقد بينت النتائج أن الفروق الدالة إحصائيا كانت لصالح الذكور وأن الذكور أكثر رضا من الإناث عن جودة حياتهم في مجالات غياب الألم البدني والقدرة على الحركة بالاعتماد على النفس، والقدرة على القيام بالنشاط اليومي. (بشير معمريّة، 2015، ص85)

5-2- الدراسات العربية:

- دراسة فرجاني (1992): بعنوان نوعية الحياة في الوطن العربي.

هدفت لتحديد مفهوم وقياس جودة الحياة في البلدان العربية في سياق الدولي واعتمد الباحث مشروع ميثاق حقوق الإنسان والشعب في الوطن العربي أساسا لبلورة مفهوم عربي لجودة الحياة عن طريق إنتقاء مفردات أساسية في الدراسة وإعادة ترتيبها وتصنيفها.

وقد توصل لنتائج:

1- الحقوق الفردية :

أ- السلامة الشخصية (خطر التعذيب والإيذاء...)

ب- حرية الرأي والتعبير والبحث عن المعلومات والأفكار والحصول عليها ونقلها.

ج- حرية الفكر والعقيدة والتعبير عنها.

د- حرية الحياة الخاصة.

م- الحقوق الجمعية منها تكوين الأسرة، الرعاية الاجتماعية والصحية، مستوى معيشة لائق.

ن- التعلم. (رغداء نعيسة، 2012، ص154)

- دراسة أبو النور (2000): بعنوان الهدف في الحياة وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة به لدى عينة من طلبة الجامعة.

هدفت الدراسة لدراسة الهدف من الحياة كبعد من أبعاد جودة الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية.

وتوصلت الدراسة إلى أن كل أفراد العينة يضعون هدفا للحياة.

هناك علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين الهدف من الحياة وكل من الطموح والمرغوبية الاجتماعية، وتأكيد

الذات. (فوزية محمدي، أمال بوعيشة، 2013، ص8)

- دراسة الطيب (2000):

بعنوان العوامل المؤثرة على نوعية مرض حياة مرض الفشل الكلوي الزمن.

حيث تهدف هذه الدراسة الى قياس نوعية حياة مرض الفشل الكلوي.

وذلك من خلال الآتي:

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

2- تقييم أنشطة العناية الذاتية للمرضى بناء على احتياجاتهم.

وقد تكونت العينة من (100) مريض بالفشل الكلوي حيث تمثلت العينة في (69) مريضا ذكرا، (31) مريضا أنثى، يتم علاجها بالاستشفاء الدموي.

وقد تم استخدام: مقياس تدريجي يملئ بواسطة المريض نفسه، مقياس تدريجي لقياس نوعية حياة المريض، مقياس تدريجي لقياس صفة القلق والاكتئاب، مقياس تريجي لقياس مدى اضطراب النوم لمرض الاستشفاء الدموي.

كما توصلت النتائج الى أن اغلب المرض كانت تتراوح اعمارهم ما بين 20 أقل من 40 سنة، وأن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المرض كاضطراب اللياقة الجسمية واللياقة النفسية واضطراب الاهتمامات الاجتماعية والدعم الروحي.

- دراسة المعيشي (2006):

بعنوان: حاجات الجودة الشخصية والمهنية للشباب العماني.

هدفت إلى تحديد الجودة الشخصية والجودة المهنية للمنتفعين من برنامج سند لتمويل مشروعات الشباب في محافظة ظفار، سلطنة عمان، وقد استخدم المنهج الوصفي.

والعينة مكونة من 46 فردا، تم اختيارهم من 208 مستفيدا حصلوا على تمويل مشروعاتهم، وقد طبقت إسبانة محكمة، وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود حاجات للجودة المهنية ذات دلالة إحصائية لدى أفراد الدراسة وهي:

الحاجة إلى الاستفادة من شبكة الانترنت، والحاجة إلى إجادة اللغة الإنجليزية بطلاقة، واكتساب مهارات إدارة المشروعات الصغيرة. (فوزية محمدي، أمال بوعيشة، 2013، ص8)

- دراسة كاظم والبهادلي (2006):

تحت عنوان: مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة، وتهدف الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في كل من سلطنة عمان، والجمهورية الليبية، ودور متغير البلد والنوع والتخصص الدراسي في جودة الحياة.

وتم تطبيق مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، وقد تكونت عينة الدراسة من 400 طالب جامعي (182 من ليبيا و218 من عمان).

وتوصل إلى النتائج التالية: مستوى جودة الحياة كان مرتفعا في بعدين، هما جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، ومتوسطا في بعدين هما جودة الحياة العامة، وجودة شغل وقت الفراغ، ومنخفضا في بعدين هما جودة الصحة النفسية وجودة الجانب العاطفي.

كما أشارت النتائج إلى وجود فرق دال إحصائيا في متغير البلد والنوع، وبين النوع والتخصص. (رغداء نعيصة، 2012، ص158)

- دراسة العادلي (2006):

بعنوان: مدى إحساس طلبة كلية التربية بالرساق بجودة الحياة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات.

وهدفت إلى معرفة مستوى إحساس طلبة التربية بالريستاق في سلطنة عمان بجودة الحياة، ومعرفة طبيعة الفروق بين طلبة كلية التربية في مدى الإحساس بجودة الحياة وفق لمتغيري الجنس والتخصص الدراسي، عينة الدراسة شملت على 51 طالبا و 147 طالبة.

وإعتمد مقياس أعد لهذا الغرض وأظهرت النتائج أن متوسط درجات إحساس أفراد العينة ككل بجودة الحياة، وكذلك أفراد العينة من الذكور والإناث بشكل منفرد يفوق المتوسط النظري للمقياس الذي يعكس مستوى عاليا من الإحساس بجودة الحياة، ووجود فروق إحصائية بين متوسط درجات الطلبة عن مقياس الإحساس بجودة الحياة وفق التخصص الدراسي ثم تحديدها بالفروق بين متوسط درجات الطلبة تخصص الدراسات الاجتماعية ومتوسط درجات بقية التخصصات المشمولة. (نفس المرجع السابق، ص 157)

- دراسة محمد السعيد أبو حلاوة (2010):

بعنوان: الذكاء الانفعالي، المعنى الشخصي، وجودة الحياة النفسية - دراسة مقارنة بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة.

هدف الباحث من خلال دراسته لاكتشاف طبيعة وأبعاد العلاقة بين الذكاء الإنفعالي، المعنى الشخصي من جهة، والرضا عن الحياة وجودة الصحة النفسية من جهة أخرى لدى عينة من المراهقين في مرحلة المراهقة المبكرة، وعينة مراهقين أخرى في مرحلة المراهقة المتأخرة، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها 155 تلميذا، وافترضت الدراسة أن تلاميذ الصف الثاني عشر سيحرزون درجات مرتفعة على مقياس

الذكاء الانفعالي، ومقياس المعنى الشخصي، وطبق على عينة الدراسة حزمة من الاستبيانات: بروفيل

المعنى الشخصي إعداد ونج 1998، استبيان الذكاء الإنفعالي إعداد سكتي وآخرون 1998، مقياس

الرضا عن الحياة إعداد دينيز وآخرون 1985، ومقياس مؤشرات جودة الحياة النفسية إعداد دينيروآخرون

1998، وقد خلصت الدراسة إلى نتائج أيدت الفروض الرئيسية لها واختتمت الدراسة بمناقشة دلالات نتائجها بالنسبة لمجال الإرشاد النفسي والتعليم بصفة عامة. (نفس المرجع السابق، ص 158).

- دراسة رغداء علي نعيسة (2012):

هدفت الباحثة من خلال البحث إلى التعرف على المستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق و تشرين حسب متغير البلد (المحافظة): دمشق اللاذقية والنوع الإجتماعي (ذكر، أنثى) والتخصص (علوم نظرية، علوم تطبيقية) للتعرف على جودة الحياة لدى عينة من هاتين الجامعتين.

وقد تم استخدام مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة من إعداد (منسي وكاظم 2006) بلغ عدد أفراد العينة ككل 360 طلباً، ومن أهم النتائج التي توصلت لها الباحثة: وجود مستوى متدني من جودة الحياة الجامعية لدى طلبة كل من جامعتي دمشق و تشرين. (نفس المرجع السابق، ص 157)

- دراسة محمد علي إبراهيم (2013):

عنوانها: جودة الحياة وعلاقتها بقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين جودة الحياة وقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية.

وإستخدم الباحث المنهج الوصفي وكانت عينة البحث مكونة من (60) مدرس لمادة التربية الرياضية، وقد

توصلت النتائج إلى أن هناك علاقة قوية بين جودة الحياة وقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية.

(محمد علي إبراهيم، 2013، ص 347)

5-3- الدراسات الأجنبية: (1993): Shek

- دراسة بعنوان جودة الحياة والسعادة النفسية في المدارس الصينية.

The chinese purpose in life test and psychological well-being in chinese college students.

هدفت لمعرفة العلاقة بين الهدف من الحياة كبعد من أبعاد جودة الحياة والسعادة النفسية، والعينة تكونت من 500 طالب جامعي.

وقد توصلت إلى وجود علاقة إيجابية بين الهدف من الحياة والسعادة النفسية. (رغداء نعيسة، 2012، ص159)

- دراسة ديو وهوينز (1994):

تحت عنوان: جودة الحياة لدى المراهقين

- بحث إستكشافي. Adolescents perceived quality of life an

exploratory investigation (SLSS) وفيها تحرى الباحثان الخصائص السيكومترية المرتبطة بمقياس

الرضا عن الحياة لدى الطلبة، وتم إختيار عينة مكونة من 222 طالبا من الصفوف الثامن Students

Life Satisfatiionscale

والعاشر والثاني عشر، من مدارس المنطقة الشمالية الشرقية بالولايات المتحدة الأمريكية، وتم تطبيق

مقياس الرضا عن الحياة الذي تضمن بعض الأسئلة الديموغرافية وبعض مقاييس الشخصية المختارة.

وتوصلت الدراسة إلى أن معامل الثبات مرتفعا ويتناسب مع أعراض البحث، وكان البناء العاملي

للمقياس، وارتباطه بمقياس جودة الحياة الأخرى متسقا مع التوقعات، وكانت تقديرات المراهقين بدرجة

رضاهم عن حياتهم مرتبطة ارتباطا جوهريا بتقديرات آبائهم لها، وكانت الفروق الفردية في الرضا عن

الحياة غير متأثرة بالعمر الزمني ولا بالنوع، ولكنها متأثرة بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة بدرجة

متوسطة. (نفس المرجع السابق، ص54)

وكانت متغيرات مفهوم الذات الأسرية تتبأ بالرضا عن الحياة لدى المراهق أكثر من متغيرات مفهوم الذات الأكاديمية، ومفهوم الذات المرتبطة بالأقران بالنسبة لمراحل المراهقة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة على حد سواء. (نفس المرجع السابق، ص54)

- دراسة باكويل bakewell (2002):

جودة الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي وتدهور الحالة بمرور الوقت تهدف الدراسة الى تحديد أي العوامل الرئيسية تؤثر على جودة الحياة، وأي من جوانب الحياة التي تتغير بمرور الوقت.

حيث كانت التساؤلات كالاتي:

- ما هي العوامل الرئيسية التي تؤثر على جودة الحياة.

- ما هي جوانب الجودة الحياة التي تتغير بمرور الوقت.

حيث طبقت الدراسة على (88) من مرض الفشل الكلوي، (35) هنود وآسيويين، (53) أوروبيين بيض.

وقد تم جمع البيانات الديموغرافية المتعلقة بهم، كما تم تسجيل البيانات المتعلقة بالمرض على فترات

وإستخدام مقياس جودة الحياة (مقياس kdqol-sf).

وتوصلت النتائج الى:

أن جودة الحياة لدى العينة متدهورة.

وكانت ابرز التغيرات تلك التي حدثت للجوانب العامة للأعراض والمشكلات الصحية والحالة الانفعالية

ورضا المريض.

- دراسة إيس ليف وآخر (2006):

قامت بدراسة موضوعها: ارتباط جودة الحياة لمرضى السرطان، الأعراض، الإنفعالات، رعاية الذات، فاعلية الذات، مع القائمين على الرعاية الأسرية، الاكتئاب، التفاعل، الصحة.

وذلك على عينة كلية قوامها 307 من مرضى السرطان، وأوضحت النتائج وجود علاقة ارتباطيه بين

رعاية الذات للمرضى وفاعلية الذات، وأن جودة الرعاية من قبل الأسرة تؤثر على فاعلية الذات لدى

المرضى، ومن ثم توجد علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة الأسرية وفاعلية الذات لديهم. (أمانى عبد

المقصود عبد الوهاب وسميرة محمد شند، 2010، ص515).

الجدول رقم (1): يمثل مقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

عناصرها الدراسة	الإشكالية	الفرضية	المنهج	العينة	النتائج
الدراسة الحالية	- ما مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي؟ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين المصابين تعتري لمتغير الجنس؟	-نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي منخفض - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين	المنهج الوصفي	العينة مكونة من 30 فردا مصاب بالقصور الكلوي: 20 ذكور و 10 إناث بينهم بين (24-89) سنة .	- مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي من خفض - يوجد فروق بين الذكور والإناث في جودة الحياة .
الدراسات السابقة المحلية					
دراسة سمية حبيب وعلية بوركنة (2015/2014)	- ما مستوى جودة الحياة لدى الراشدين المصابين بداء السكري؟ - هل توجد فروق في جودة الحياة بين الراشدين المصابين بداء السكري نمط(1) ونمط(2)؟	-نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى العينة منخفض. - لا توجد فروق ذات دلالة بين النمطين .	المنهج الوصفي	40 راشدا مصاب بالسكري 20 مرتبط بالأنسولين و 20 غير مرتبط بالأنسولين	- مستوى جودة الحياة لدى المصابين مرتفع. - لا توجد فروق بين النمطين

<p>-مستوى جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن الزواج منخفض.</p> <p>-لا توجد فروق في الحياة بين العاملات وغير العاملات.</p> <p>-توجد فروق في جودة الحياة بينهن حسب متغير السن.</p>	<p>70مبحوثة منهم 30فما فوق منهم العاملات وغير العاملات.</p>	<p>المنهج الوصفي</p>	<p>-توقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى العينة منخفض.</p> <p>-لا توجد فروق بين العاملات وغير العاملات.</p>	<p>- ما مستوى جودة الحياة النفسية لدى النساء المتأخرات عن الزواج؟</p> <p>-هل توجد فروق فيجودة الحياة بين العاملات وغير العاملات المتأخرات عن الزواج؟.</p> <p>-هل توجد فروق في جودة الحياة بينهن تبعا لمتغير السن؟.</p>	<p>دراسة سي مرابط شرين وقوادي عفاف (2014،2015)</p> <p>-جودة الحياة النفسية لدى النساء المتأخرات عن الزواج .</p>
<p>-مستوى جودة الحياة لدى المسنين المتقاعدین منخفض.</p>	<p>مجموعة بحث مكونة من 30مسن ومسنة من المتقاعدين</p>	<p>المنهج الوصفي</p>	<p>-نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى المسنين منخفض.</p>	<p>-ما مستوى جودة الحياة لدى المسنين؟</p>	<p>دراسة عوبيفات خيرة وفاطمة الزهراء دهيليس. -جودة الحياة النفسية لدى المسنين المتقاعدين (2014،2015)</p>
<p>مستوى جودة الحياة لدى المصابين بضغط الدم منخفض.</p>	<p>30 فردا تراوحت أعمارهم بين 25 و 60 سنة (ذكور وإناث).</p>	<p>المنهج الوصفي</p>	<p>نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى المصابين</p>	<p>-ما مستوى جودة الحياة لدى المصابين بضغط الدم؟</p>	<p>دراسة لواصلية لامية و فيتاس ليندة (2015/2014)</p>

<p>-لا توجد فروق ذات صلة بين الجنسين .</p>			<p>بضغط الدّم منخفض . -لا توجد فروق ذات صلة بين الجنسين .</p>	<p>هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الجنسين؟</p>	<p>جودة الحياة لدى المصابين بضغط الدّم.</p>
<p>-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الوسواس القهري ذات ومستوى جودة الحياة لدى تلاميذ الثانوي . - مستوى الوسواس القهري مرتفع ومستوى جودة الحياة منخفض . لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري تعزى لمتغير الجنس . لا توجد فروق ذات ...في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس .</p>	<p>900 تلميذ وتلميذة في المرحلة الثانوية.</p>	<p>المنهج الوصفي .</p>	<p>-نتوقع أنّ هناك علاقة بين مستوى الوسواس القهري ومستوى جودة الحياة لدى تلاميذ الثانوي . -هناك فروق في المنهج المستوى الوسواس القهري تعزى لمتغير الجنس . -هناك فروق في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس . -مستوى جودة الحياة لديهم منخفض . مستوى الوسواس</p>	<p>- هل هناك علاقة بين الوسواس القهري ومستوى جودة الحياة لدى تلاميذ الثانوي؟ - هل توجد فروق في مستوى الوسواس القهري تعزى لمتغير الجنس؟ هل توجد فروق في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس؟ ما مستوى الوسواس القهري لدى التلاميذ؟ ما مستوى جودة الحياة</p>	<p>دراسة بلحوت عائشة وين جديعة سعيدة (2015/2014) مستوى الوسواس القهري وعلاقته بجودة الحياة</p>

			القهري مرتفع.	لدى تلاميذ التأني؟	
<p>-أنه توجد علاقة إرتباطية موحية بين درجات رتبة الهوية المؤجلة ومقياس جودة الحياة.</p> <p>-لا توجد فروق بين الأفراد الذين تعرّضوا لعنف إرهابي مباشر والذين تعرّضوا لعنف إرهابي غير مباشر.</p> <p>-لا توجد فروق بين الجنسين ذكور وإناث في الهوية النفسية وجودة الحياة.</p>	176 فردا	المنهج الوصفي	<p>-نتوقع أن تكون هناك علاقة بين رتب الهوية الأربعة ومستوى جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى عينة من ضحايا الإرهاب في الجزائر.</p> <p>-هناك فروق في مستوى الهوية النفسية ومستوى جودة الحياة بين الأفراد الذين تعرّضوا لعنف إرهابي مباشر والأفراد الذين تعرّضوا لعنف إرهابي غير مباشر تعزى مباشرة لمتغير الجنس ودرجة التّعرض للعنف.</p>	<p>- هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين رتب الهوية النفسية (مؤجلة، مرتبهة، محققة، مشتتة.) وأبعاد جودة الحياة... لدى ضحايا الإرهاب؟</p> <p>- هل يوجد اختلاف لدى ضحايا الإرهاب في الجزائر على مقياس جودة الحياة ومقياس الهوية النفسية يعزى لمتغير الجنس ودرجة التّعرض للعنف الإرهابي؟.</p>	<p>دراسة بوعيشة آمال (2013-2014)</p> <p>-جود الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب.</p>
<p>-إرتفاع نسبة نوعية الحياة المتوسطة</p>	العينة 302 مريض	المنهج الوصفي	<p>نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى</p>	<p>-ما مستوى جودة الحياة لدى المرضى</p>	<p>دراسة زعطوط رمضان</p>

<p>والجيدة لدى المرضى . -لا توجد فروق بين العينتين أي الأصحاء والمرضى في الوظائف التنفيذية وكذلك الكفاءة المدركة لدى المرضى كانت منخفضة مقارنة بالأصحاء ومستوى الدعم الاجتماعي منخفض في العينتين .</p>			<p>المرضى منخفض . -لا توجد فروق بين العينتين في الوظائف التنفيذية والكفاءة المدركة . -تتوقع أن يكون مستوى الدعم الاجتماعي منخفض بين العينتين</p>	<p>المزمنين ؟ . -هل توجد فروق بين العينتين (أصحاء،مرض) في الوظائف التنفيذية والكفاءة المدركة . -ما مستوى الدعم الاجتماعي بين العينتين ؟ .</p>	<p>(2014) -نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين .</p>
<p>مستوى جودة الحياة لدى المسنين والمتقاعدين منخفض . -توجد فروق كانت لصالح الذكور أكثر رضا من الإناث عن جودة حياتهم .</p>	<p>111 فردا، منهم 99 ذكرا، و12 أنثى . أعمارهم بين (55 - 80 سنة).</p>	<p>المنهج الوصفي .</p>	<p>نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى المتقاعدين والمسنين منخفض . -لا توجد فروق بين الجنسين .</p>	<p>ما مستوى جودة لدى المتقاعدين والمسنين ؟ هل توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة؟</p>	<p>دراسة بشير معمرية (2015) -جودة الحياة لدى المتقاعدين والمسنين وفق المقياس المئوي لمنظمة الصحة العالمية.</p>

الدراسات السابقة العربية:					
-دراسة فرجاني (1992) -نوعية الحياة في الوطن العربي .	-ما مستوي جودة الحياة في الوطن العربي؟	-نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة في الوطن العربي منخفض.	المنهج الوصفي.	503 فردا .	-الحقوق الفردية
دراسة أبو النور (2000) -الهدف في الحياة وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة به لدى عينة من طلبة الجامعة.	-ما الهدف من الحياة كبعد من أبعاد جودة الحياة؟ -هل هناك علاقة بين الهدف من الحياة وكل من الطموح والمرغوبية الاجتماعية وتأکید الذات؟	-نتوقع أن أفراد العينة يضعون هدفا للحياة -توجد علاقة بين الهدف من الحياة وكل من الطموح والمرغوبية الاجتماعية وتأکید الذات.	المنهج الوصفي .	220 فردا.	-أن كل أفراد العينة يضعون هدفا للحياة . -هناك علاقة موحية ودالة إحصائية بين الهدف من الحياة وكل من الطموح والمرغوبية الاجتماعية وتأکید الذات .
دراسة الطيب (2000) -العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن .	- هل توجد عوامل تؤثر على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن؟	-نتوقع أن تكون هناك تأثير على نوعية حياة المرضى .	المنهج الوصفي	100 مريض (69 ذكور و(31) إناث .	-هناك عوامل تؤثر على نوعية الحياة لدى المرضى .
دراسة المعشني (2006) -حاجات الجودة الشخصية	-هل توجد حاجات ذات دلالة للجودة الشخصية	-نتوقع أن تكون هناك حاجات ذات دلالة إحصائية	-المنهج الوصفي.	46 فردا .	-وجود حاجات للجودة المهنية ذات دلالة إحصائية لدى

أفراد الدراسة ...			في الجودة الشخصية والمهنية لدى الشباب العماني.	والمهنية لدى الشباب العماني؟	والمهنية للشباب العماني.
-مستوى الاحساس بجودة الحياة عالي. -وجود فروق إحصائية في الاحساس بجودة الحياة تعزى لمتغير الجنس والتخصص الدراسي.	400 طالب جامعي 182 من ليبيا و218 من عمان.	المنهج الوصفي.	-نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة مرتفع. -لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بينهم تعزى لمتغير البلد والنوع...	-ما مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة؟ -هل توجد حاجات فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير البلد والنوع والتخصص؟	دراسة كاظم و البهادلي (2006) -مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة.
-هناك علاقة بين الذكاء الإنفعالي، المعنى الشخصي، والرضا عن الحياة وجودة الصحة النفسية لدى العينة.	قوامها 155 تلميذا	المنهج الوصفي.	-نتوقع أن العلاقة بين الذكاء الإنفعالي، المعنى الشخصي، والرضا عن الحياة وجودة الصحة النفسية لدى العينة .	ما طبيعة وأبعاد العلاقة بين الذكاء الإنفعالي، المعنى الشخصي، والرضا عن الحياة وجودة الصحة النفسية لدى العينة في مرحلة المراهقة المبكرة وعينة في	دراسة محمّد السعيد أبو حلاوة (2010) -الذكاء الإنفعالي، المعنى الشخصي، وجودة الحياة النفسية -دراسة مقارنة بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة.

				مرحلة المراقبة المتأخرة؟	
-وجود مستوى متدني من جودة الحياة الجامعية لدى طلبة كل من جامعتي دمشق وتشرين . -وجود فروق إحصائية تعزى لمتغير البلد والجنس والتخصص.	عددھا 360 طالبة	المنهج الوصفي	-نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعتين مرتفع . -لا توجد فروق ذات دلالة تعزى لمتغير البلد والجنس والتخصص.	-ما مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين ؟ -هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى العينة تعزى لمتغير البلد والجنس والتخصص؟	دراسة رغداء علي نعيسة (2012). -جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين .
هناك علاقة قوية بين بين جودة الحياة وقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية .	60مدرس التربية الرياضية	المنهج الوصفي	-نتوقع أن تكون هناك علاقة بين جودة الحياة وقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية .	-هل هناك علاقة بين جودة الحياة وقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية ؟	دراسة محمد علي إبراهيم (2013). -جودة الحياة وعلاقتها بقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية .
الدراسات السابقة الأجنبية					
-مستوى جودة الحياة مرتفع لدى الطلبة.	222طالبا	المنهج الوصفي	-نتوقع أن تكون هناك علاقة بين الهدف من	-هل هناك علاقة بين الهدف من الحياة كبعد من	دراسة shek (1993). -جودة الحياة والسعادة النفسية

<p>-الفروق الفردية في الرضا في الحياة غير متأثرة بالمستوى الإجتماعيا لإقتصا دي للأسرة.</p>			<p>الحياة كبعد من أبعاد جودة الحياة والسعادة النفسية لدى الطلبة.</p>	<p>أبعاد جودة الحياة والسعادة النفسية لدى الطلبة؟.</p>	<p>في المدارس الصينية</p>
<p>-جودة الحياة لدى العينة متدهورة .</p>	<p>88مريض (35) هنود وآسيويين و(53)أوربيين بيض .</p>	<p>المنهج الوصفي</p>	<p>- نتوقع أن تكون جود الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي منخفضة</p>	<p>-هل يوجد مستوى منخفض في جودة الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي؟</p>	<p>دراسة باكويل (Bakewell) (2002) جودة الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي</p>
<p>-وجود علاقة إرتباطية موجبة بين جودة الحياة الأسرية وفاعلية الذات لدى المرضى.</p>	<p>307 مريض بالسرطان.</p>	<p>المنهج الوصفي .</p>	<p>-نتوقع أن تكون هناك علاقة بين جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالسرطان وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية.</p>	<p>-هل هناك علاقة بين جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالسرطان وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية؟.</p>	<p>دراسة إليس ليف وآخر (2006). -جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالسرطان وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية.</p>

التعليق على الجدول :

من خلال مراجعة الدراسات السابقة وجدنا أن معظم الدراسات ركزت على جودة الحياة وتأثير عدد من المتغيرات فيها، مثل متغير النوع والتخصص والبلد .

أوجه التشابه :

بشكل عام نستطيع القول أن الدراسة الحالية اشتركت في بعض جوانبها مع بعض الدراسات السابقة، فمن حيث :

المنهج: نلاحظ أن كل الدراسات بداية من الدراسات السابقة وصولاً إلى الدراسة الحالية قد ركزت جميعها على المنهج الوصفي كمنهج متبع .

الأدوات :

واشتركت مع بعض الدراسات من حيث استخدامها لنفس الأدوات مثل دراسة سمية جيب وعلية بوركنة (2015،2014) والتي استفادت منها الدراسة الحالية باستخدامها لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

الإشكالية : وقد تشابهت مع بعض الدراسات من حيث وضعها لنفس التساؤلات منها دراسة سمية جيب

وعلية بوركنة (2015،2014)، ودراسة سي مرابط شرين وقوادي عفاف (2015،2014)، ودراسة

عويقات خيرة وفاطمة الزهراء دهليس (2015،2014)، ودراسة لواصل لامية وفيتاس ليندة

(2015،2014)، ودراسة بشير معمريّة (2015)، دراسة كاظم والبادلي (2016)، وكذا رغداء علي

نعيسة (2012)...

والتي كانت في مجملها تبحث في مستوى جودة الحياة وهناك من الدراسات من أضاف تساؤل حول

الفروق كل حسب متغيراته.

العينة : تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة الطيب (2000) ودراسة باكويل Bakewell(2002)، من حيث العينة، فقد كانت عينة الدراسة في كل منها مرضى القصور الكلوي .

النتائج :

كذلك تشابهت مع بعض الدراسات من حيث النتائج المتوصل إليها مثل دراسة بشير معمريّة (2015)، التي أكدت على وجود فروق بين الجنسين، ودراسة رغداء علي نعيّسة (2012) التي توصلت إلى أنه توجد فروق تعزى لمتغير الجنس .

تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة الطيب (2000) ودراسة باكويل Bakewell(2002)، من حيث النتائج، في أن جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي منخفضة، وأن هناك عوامل تؤثر فيها .

أوجه الاختلاف :

اختلفت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة من حيث العينة والنتائج .

العينة :

حيث تعارضت مع دراسة سي مرابط شرين وقوادي عفاف (2014،2015) حيث اتخذت عينة النساء المتأخرات عن سن الزواج، ودراسة سمية وعليّة بوركنة (2014،2015) التي كانت عينتها مرضى داء السكري، ودراسة عوبيفات خيرة وفاطمة الزهراء دهليس التي حددت فئة المسنين المتقاعدین كعينة لها، ودراسة لواصلّي لامية وفيتاس ليندة (2014،2015) قامت بدراستهما على مرضى ضغط الدم.

ودراسة بن بلحوت عائشة وبن جديعة سعيدة (2014،2015) اتخذتا فئة التلاميذ كعينة، وأيضا دراسة بوعيشة أمال (2013،2014) قامت بدراستها على فئة ضحايا الإرهاب، ودراسة زعطوط رمضان (2014) كانت على فئة المرضى المزمّنين .

ودراسة أبو النور (2000) اتخذت طلاب الجامعة كعينة له.

وكذا دراسة إليس ليف وآخر (2006) كانت على فئة المصابين بالسرطان .

النتائج :

وقد اختلفت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة من حيث النتائج المتحصل عليها، فالدراسة

الحالية توصلت إلى أن مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي دون

المتوسط، وإلى أنه توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة، وهذا يتعارض مع دراسة سمية جيب وعلية

بوركنة (2014،2015) ودراسة العادلي (2006) التي توصلتا إلى أن مستوى جودة الحياة لدى العينتين

مرتفع .

ودراسة سمية جيب وعلية بوركنة (2014،2015) التي أكدت على عدم وجود فروق بين النمطين

(1)و(2)، كذلك دراسة لواصلية لامية وفيتاس ليندة التي توصلت لعدم وجود فروق في مستوى جودة

الحياة بين الجنسين .

6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

- التعريف الإجرائي لجودة الحياة:

هي ادراك الفرد لمكانته في الحياة ضمن الاطار الثقافي النفسي والصحي والنظام القيمي الذي يعيش فيه وعلاقاته بأهدافه واعماله وتوقعاته ومعاييره وانشغالاته.

وهي الدرجة المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

- القصور الكلوي:

القصور الكلوي هو تناقص وتراجع في عمل الكليتين بعدما كانت وظيفيتين مما يسبب اختلالا في التوازن الداخلي للجسم بسبب غياب وظيفة تصفية الدم وتنقيته من السموم وطرحها خارج الجسم وهذا التراجع يكون بدرجات متفاوتة من الحاد الى المزمن الى النهائي.

- المصابين بالقصور الكلوي:

وهم الأفراد الذين يعانون من خلل على مستوى الكلية بحيث تعجز عن ترشيح الدم والمواد الضارة خارج الجسم.

الفصل الثاني: جودة الحياة

تمهيد

1- تعريف علم النفس الايجابي

2- تعريف جودة الحياة

3- الخلفية التاريخية لمفهوم جودة الحياة

4- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة

5- النظريات المفسرة لجودة الحياة

6- أبعاد جودة الحياة

7- مقومات جودة الحياة

تمهيد:

قد أصبح ينظر لإدراك الفرد لجودة حياته من المنظور النفسي كقضية تتداخل مع أبعاد جودة الحياة من المنظورات الأخرى، باعتبارها من العوامل الأساسية المساعدة على حسن استثمار ما لدى الفرد من طاقات وإمكانيات، وتؤثر بصورة مباشرة على سعادته وتكيفه واستقراره و مدى إيجابيته أو إعاقته عن أداء أدواره الطبيعية في الحياة، ومن ثم أصبح موضوع جودة الحياة مفهوما محوريا في البحوث والدراسات، واستخدموها بمعان متعددة في سياقات مختلفة غير العلوم الطبيعية والإنسانية.

وهو مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر حسب المعايير التي يعتمدها هؤلاء الأفراد لتقويم حياتهم ومطالبها والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحدد في تحديد مقومات جودة الحياة كالظروف المحيطة والصحة النفسية والجسمية والتي يحقق من خلالها السعادة في الحياة.

1- تعريف علم النفس الإيجابي:

" يرى أصحاب الاتجاه الإيجابي أن الصحة النفسية تتحدد في ضوء توافر عدد من المظاهر المحددة لها، وهي ليست مجرد الخلو من أعراض المرض النفسي، ولكنها تتضمن أيضا التمتع بصحة الجسم والنفس والتناسق بين الوظائف النفسية المختلفة." (أحمد عبد مطيع الشخانة، 2010، ص47)

بمعنى أن مفهوم الصحة النفسية ليس الخلو من أعراض المرض النفسي وإنما التمتع بصحة الجسم والنفس معا، وهناك تأثير متبادل بينهما.

"كما يصف العاملون في مجال علم النفس الإيجابي، بأنه "دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر، ودراسة كل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في الاضطرابات النفسية والسلوكية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية، الاجتماعية، والمجتمعية التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تعاش."

(بوعيشة أمال، 2014، ص67)

أن أنصار علم النفس الإيجابي يركزون على الجوانب الإيجابية لدى الأفراد ووقايتهم من الوقوع في الاضطرابات المختلفة، كذلك دراسة العوامل الذاتية والاجتماعية التي تساعد الفرد على العيش بسعادة.

"ويمكن تعريف علم النفس الايجابي، بأنه الدراسة الموضوعية للخصال الايجابية في الإنسان، وللمؤسسات النفسية والاجتماعية التي تعمل على ترقية هذه الخصال وتنميتها لإعداد شخصيات ايجابية.

لقد أولى علم النفس اهتمامه طيلة عقود من الزمن بالنماذج السيئة من الناس والمرض والعاجزين والآن يتجه إلى الاهتمام بالأقوياء والطيبين والحياة الطيبة، إن موضوع علم النفس الايجابي هو الشخصية

الطيبة الفاضلة القوية." (بشير معمريّة، ب ت، ص102)

ومنه فمفهوم علم النفس الايجابي يتضمن دراسة الخصال الايجابية في الإنسان، وترقيتها.

2 - تعريف جودة الحياة:

إن مصطلح جودة الحياة يعكس الاهتمام الجيد بنوعية الحياة، فتعريفات جودة الحياة متعددة ومع ذلك من الضروري أن نفهم هذا المصطلح الذي يعتمد على تقييم المجال الصحي.

(Danielle la plante,2013,p10)

1-2- التعريف اللغوي:

وتعني طبيعة الفرد أو طبيعة *qualitas* بالكلمة اللاتينية *qualité* من الناحية اللغوية يرتبط مفهوم الجودة الشيء وتعني الدقة والإتقان.

كما تعني الجودة حسب قاموس أكسفورد الدرجة العالية من النوعية أو القيمة فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة أو الجدل، ويشير هذا إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية والجودة المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير التي تميز بين النوعية من الجودة.

وبنفس المعنى وطبقا لابن منظور فالجودة أصلها الفعل الثلاثي "جود" والجيد نقيض الرديء وجاد بالشيء جوده، والحصول على *Consistency* والاتساق *Excellence* أي صار جيدا ولهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتمييز محددة مسبقا، وباختصار يقصد بالجودة المطابقة لمتطلبات *Standars* ومستويات

Griteria محكات أو مواصفات معينة. (سلاق مشري، 2014، ص ص 223-224)

2-2 التعريف الاصطلاحي:

أ- التعاريف العامة لجودة الحياة:

تعرف جودة الحياة بأنها المؤشرات الكيفية والكمية لمدلولاتها للأوضاع والظروف الاجتماعية الصحية والاقتصادية والتفاعل بين هذه الظروف وانعكاساتها على درجة إنتاجية الفرد ومشاركته الفعالة ودرجة تقبل الأفراد والمجتمعات لهذه الظروف ودرجة إثباتها لتوقعاتهم وأهدافهم في الحياة.

(بوعيشة أمال، 2014، ص4)

عرفها "قرانك" (2000): "بأنها حسن إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه لیتسامى بعواطفه وقيمه الإنسانية".

عرفها كل من "بوتومي" و"باتريك" و"بوشنيل":

" إن جودة الحياة مفهوماً واسعاً يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد ومدى الاستقلال الذي يتمتع به والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلاً عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها." (محمد عبد الحليم، علي مهدي، 2006، ص43)

Qualité: وعرف معجم مصطلحات الطب النفسي جودة الحياة " هو تعبير عن حالة إيجابية من الصحة

البدنية و النفسية و الإستمتاع بالحياة، وتستخدم المقاييس الكيفية لتحديد مواصفات الحالة النفسية

بالمقارنة بالمقاييس الكمية التي تحدد درجة أو شدة الحالة"

(لطي الشربيتي، ب،ت، ص 150) : " هي درجة استمتاع الفرد بإمكانياته المهمة في حياته، أو

بمعنى آخر إلى أي حد Goode جون عرفها يرى الفرد حياته جيدة، وأن جودة الحياة تعكس مواقف

الحياة المرغوب فيها لدى الفرد في العمل، والصحة، والحياة الأسريته المجتمعية".

وعرفها فيلس: " على أنها ترتبط بالقيم الشخصية للفرد التي يحدد معتقداته حول كل ما يحيط به من متغيرات حياته، وما تواجهه من مشكلات للسعي إلى تحقيق الرضا الذاتي." (هويدة حنيفي، فوزية عبد الباقي، 2010، ص69)

ذكر كل من مالدون و بارجر: أن جودة الحياة تتضمن الجوانب الموضوعية والذاتية، ويتضمن الجانب الموضوعي قياس مدى قدرة الفرد على إنجاز بعض المهام، أو الأنشطة.

أما الجانب الذاتي فيتضمن إدراك الفرد للآثار التي تتركها حالته الصحية على صلاحية الجسمية، ويرى الفوماوي " أن السبيل إلى جودة الحياة يكمن في تمسك الإنسان بكينونته وليس بما يملكه بداخله، وليس بخارجه، وفي حالته تمسكه بكينونته يكون نشاطه موجها من داخله في استخدام مثير لطاقاته، فيتصف نشاطه بالإيجابية، والفعالية، وبالتجدد، مرنا مع المواقف، منشغلا بتحقيق ذاته في حياة متجددة متدفقة."

ويؤكد ليمان على ضرورة النظر إلى مفهوم جودة الحياة من خلال الإحساس بالرفاهية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية. (نفس المرجع السابق، 2010، ص69)

بينما تناولها مورجينويجيرياني على أنها:

" رضا الفرد، أو شعوره بالسعادة في المجالات الحياتية التي تعتبر مهمة بنسبة له " وهي كذلك درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في النواحي النفسية، والمعرفية، والإبداعية، والثقافية، والرياضية، والشخصية، والجسمية، والتنسيق بينهما، مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والإنجاز، والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات، وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف، وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كأسلوب حياة، وتلبية الفرد لاحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، واستمرارته في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما ينمي مهاراته النفسية والاجتماعية. (شاهر خالد سليمان، ب، ت، ص163)

يذكر أيروين سولومون أن منظمة اليونسكو إعتبرته مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، أو الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق للفرد... وعلى ذلك فنوعية الحياة كلها ظروف موضوعية ومكونات ذاتية. (نجوى إبراهيم عبد المنعم، 2010، ص751)

وترى كارول رايف وآخرون أن جودة الحياة النفسية تتمثل:

" في الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على:

إرتفاع مستويات رضى المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام، سعيه المتواصل لتحقيق أهدافه شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، استقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته واستمراره في علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين، كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية. (محمد السعيد أبو حلاوة، 2010، ص04)

ب- تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

جودة الحياة المرتبطة بالصحة هي تلك القيمة المعطاة لمدة الحياة من خلال الإعاقات، المستوى الوظيفي، الإدراكات والطموحات الاجتماعية تحت تأثير المرض، الإصابات، العلاجات أو السياسة الصحية. (عمران لخضر، 2009، ص ص 58-59)

ومصطلح جودة الحياة يستخدم لفهم الصلة المباشرة بين الصحة ورفاهية الأفراد حيث أن جودة الحياة هي رفاهية المجتمع مع إسهام العوامل الصحية والاجتماعية والنفسية مع الأخذ بعين الاعتبار العوامل البيئية والاقتصادية. (Geneviève Brisson et all, 2010, p5)

جودة الحياة أنها " حالة صحية جيدة تشمل الجوانب WHO وعرفت منظمة الصحة العالمية الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض أو العجز."

(Marc Farron, 2011, p11)

يرى " نردانفلت " 1994 أن مصطلح جودة الحياة غالبا ما يكون مرادفا لمصطلح جودة الحياة المعلق بالصحة، حيث أن هذا الأخير يعتمد على عدة أبعاد.

وتعرف جودة الحياة المتعلقة بالصحة على أنها: " المستوى الأمثل للحالة النفسية و الجسدية والدور (مثل أحد الوالدين أو وصي...) والأداء الاجتماعي الذي يقوم به الأفراد بما في ذلك العلاقات والمعتقدات والصحة واللياقة والإرتياح في الحياة والرفاهية."

(عمران لخضر، 2009، ص59)

ويشير "و لنسكي" " وآل:" إلى أن علاقة الصحة بجودة الحياة تشمل على فكرة الصحة ليست مجرد إختفاء أو غياب المرض، ولكن أيضا تشمل الوظائف الجسمية والاجتماعية والدور الذي يقوم به الشخص داخل المجتمع، كما تشمل الصحة العقلية وإدراكات الفرد حول الصحة العامة.

– وبشكل عام يتم استخدام مصطلح جودة الحياة للإشارة إلى الحاجة البدنية والنفسية والاجتماعية لحياة المريض وبطبيعة الحال فإن جودة الحياة تعتمد على العديد من العوامل مثل: الدخل، نوعية البيئة المعاشة، الصحة العقلية، الصحة الجسدية. (سمية حبيب وعلية بوركنة، 2015، ص16)

3- الخلفية التاريخية لمفهوم جودة الحياة:

– الفكرة الأولية لجودة الحياة بدأ ظهورها في المناقشات التاريخية لفلاسفة اليونان (أرسطو، سقراط، بلاتو) حول طبيعة جودة الحياة ومواصفاتها، ورغم أن مبدأ مؤشرات جودة الحياة بدأ في الظهور من خلال تطور فكرة المؤشرات الاجتماعية خلال الستينات، إلا أن لها جذور في وسائل القياس الاقتصادية خلال القرن 18، ال 19 وأوائل العشرين، هذه المؤشرات المبكرة وما حولها انقسمت إلى نوعين من المؤشرات الكمية والمؤشرات النوعية. (أيمن محمد مصطفى يوسف، ب ت، ص08)

وقد ذكر مفهوم جودة الحياة لأول مرة سنة 1920 وفرض نفسه في الخطابات السياسية والاقتصادية وفي وسائل الإعلام وكان في ذلك الوقت مفهوم جودة الحياة مرتبط بالصحة وتطور ليشمل مؤشرات أخرى. (Sandra Raime, 2007,p36)

وتطورت دراسات جودة الحياة حيث كانت تتركز على موضوع واحد دون النظر إلى علاقته بعوامل أخرى. وقد رصدت دراسة حول موضوع " جودة الحياة " ثلاثة جوانب هامة هي:

الأول: بعد 1970 قل الاهتمام في المملكة المتحدة بدراسات جودة الحياة والبحث عن تعريفاتها ضمن دراسات المناطق الحضرية والريفية، على العكس من الدول الأخرى التي زاد فيها الاهتمام حول كيفية بحث وفهم هذه المواضيع.

الثاني: عالميا خُطت جودة الحياة بشعبية في الأوساط الطبية، على الرغم من ذلك، فإن المدخل المتبع كان يغفل عوامل كثيرة مؤثرة في الصحة، وقد زاد الاهتمام بفهم العلاقة بين جودة الحياة والصحة في المملكة المتحدة، مع النظر في العلاقة مع العوامل الأخرى مثل البيئة المبنية.

(أيمن محمد مصطفى يوسف، ب ت، ص 08)

الثالث: في أمريكا الشمالية ونيوزيلندا تم إنتاج المداخل الأكثر شمولية وإكتمالا وعمقا لفهم وقياس جودة الحياة، وهي تأخذ في عين الاعتبار مجال واسع من العوامل.

وأوضحت الدراسة حقيقة أن العمل الذي بدأ في المملكة المتحدة في السبعينات لفهم العلاقة بين الإسكان والبيئة المبنية وجودة الحياة بدأ يتطور منذ التسعينات، فعلى سبيل المثال، قام مركز الدراسات الحضرية والإقليمية في جامعة ، لتطوير المدخل النظري لجودة الحياة والمنهجيات لقياس وتقييم جودة الحياة في المجاورات CURS برمنجهام وبين المنين في المساكن المخصصة لم تم عمله منذ التسعينات وحتى

الآن، هذا العمل ركز على الإسكان بصفة خاصة لأن الاهتمام بدور الإسكان والمنازل كان يغيب عن الدراسات الأخرى المهمة بجودة الحياة ومؤشرات تقييمها. ويعتبر الإسكان هو أحد المكونات الرئيسية لجودة الحياة بمعنى الإسكان السيئ يسبب مشاكل صحية وعادة يسبب مشاكل إجتماعية أخرى. (نفس المرجع السابق، ص09)

4- الإتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

يستخدم مفهوم جودة الحياة أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم أحيانا أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لقدرة هذه الخدمات على إثبات حاجاتهم المختلفة. وثمة أربعة إتجاهات رئيسية في تعريف جودة الحياة وهي:

الإتجاه الفلسفي، الإتجاه الاجتماعي، الإتجاه الطبي، الإتجاه النفسي. (محمد السعيد أبوحلاوة، 2006، ص11) 4-1- الإتجاه الفلسفي:

يؤكد الإتجاه الفلسفي علي أن جودة الحياة " حق متكافئ في الحياة والازدهار " وهناك كثير من المواطن التي تتطلب الجودة حتى يحصل الإنسان على " جودة الحياة "، فمفهوم جودة الحياة حسب المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البراغماتية المشهورة والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى إعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العلمي، أو القيمة الفورية وليست النفعية والمستوى العلمي أقرب إلى مفهوم السعادة والرفاهية الشخصية منه إلى أي مفهوم آخر. (بوعيشة أمال، 2014، ص78)

4-2- الإتياء الاجتاعي:

حيث يعرف أصحاب "جودة الحياة" من منظور يركز على الأسرة والمجتمع، وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية الأخرى .
وأهم المجالات في الإتياء الاجتاعي هي:

السكان: إن علماء الاجتماع عند إهتمامهم بدراسة جودة الحياة يركزون على المؤشرات الخارجية مثل: معادلة المواليد والوفيات وضحايا الأمراض المختلفة، نوعية المساكن، المستويات التعليمية للأفراد ومستوى الاستيعاب والقبول في مراحل التعليم المختلفة، ومستوى الدخل.

العمل: يرتبط مفهوم جودة الحياة بما يقوم به الفرد من عمل أو ما يشغله من وظيفة وثمة محددات هامة تؤثر في تحقيق هذا المفهوم إجرائيا مثل: أوضاع العمل نفسه والعائد المادي. (شيخي مريم، 2014، ص82)

4-3- الإتياء الطبي:

فقد إعتد على تحديد مؤشرات جودة الحياة ولم يحدد تعريفا واضحا لهذا المفهوم، وقد زاد إهتمام الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الإجتاعية به، ويهدف هذا الإتياء إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة، أو نفسية أو عقلية وتوفير الدعم النفسي والاجتاعي لهم وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة. (محمدي فوزية وأمال بوعيشة، 2013، ص07)

4-4- الاتجاه النفسي:

فهو يركز على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد، وبالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد.

كما ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إثبات الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية.

وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرض عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا في حالة الإشباع أو عدم الرضا في حالة عدم الإشباع، نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة.

(محمد السعيد أبوحلاوة، 2006، ص12)

5- النظريات المفسرة لجودة الحياة:

5-1- المنظور المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:

الأولى: إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره لجودة حياته.

الثانية: وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل

الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة وعلى وفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان

حديثتان في تفسير جودة الحياة هما:

أ- نظرية لاوتن 1996Lowton ليوضح فكرته عن جودة الحياة والتي

تدور Pressenvironmental طرح لاوتن 1996 مفهوم طبيعة البيئة حول الآتي:

إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

الظرف المكاني: إذ أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبيعة البيئة في

الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً، والآخر تأثيره غير

مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

الظرف الزمني:

إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابياً كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم

الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطره على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره

بجودة الحياة. (مرابط شريف، قوادي عفاف، 2015، ص22)

جدول رقم (02): يوضح مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شالوك

المجالات								المؤشرات
الحقوق البشرية والقانونية	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين الشخصيات	السعادة الوجدانية	
-	- التكامل	الاستقلالي	- الصحة	- التعليم	- الحالة	- التفاعلات	- الرضا	
الحقوق	- الترابط	-	-	- الكفاءة	المادية	- العلاقات	- مفهوم	
-	الاجتماعي	الأهداف	الأنشطة	-	- العمل	- الإسناد	الذات -	
حقوق	- الأدوار	الاختبارات	اليومية -	الشخصية	-		انخفاض	
الجماعة	المجتمعة		وقت الفراغ	- الأداء	المسكن		الضغوط	
- القانون								
وعمليات								
الواجبة								

(بشرى عناد مبارك، ب ت، ص725)

5-2- المنظور الإنساني:

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما:

1- وجود كائن حي ملائم.

2- وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير

المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات

حياة الفرد. وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة

في المجتمع، ف جودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها،

كما أن هناك البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا أو معنويا .

لقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات، وقد بين أن حقيقته الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة.

(رضوان قوقية، 2006، ص96)

- نظرية رايف Ruff: وتعتبر من النظريات الحديثة، حيث ينعكس شعور الفرد بجودة الحياة في درجته إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يظم كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط إلتقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته، وهذه الأبعاد هي:

- البعد الأول: الإستقلالية وصفاته تتمثل بقدرة الشخص على أن:

- 1- يقرر مصيره بنفسه. 2- يكون مستقلا بذاته. 3- قادر على مقاومة الضغوط الاجتماعية.
- 4- يتصرف بطرائق مناسبة. 5- منظم في سلوكه. 6- يقيم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية.

(Ruff, 1989, p972)

- البعد الثاني: التمكن البيئي ومن صفاته:

- 1- الكفاءة الذاتية للفرد، قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته.
- 2- قدرة الفرد على الاستفادة من الفرص المتاحة لديه.
- 3- قدرته على اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجته النفسية والاجتماعية.
- 4- قدرته على اختبار قيمته الشخصية.
- 5- قدرته على التصرف بما يتناسب مع معايير مجتمعة.

- البعد الثالث: النمو الشخصي ومن صفاته:

1- شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر.

2- إدراكه لتطور وتوسع ذاته.

3- انفتاحه للتجارب الجديدة.

4- إحساسه الواقعي بالحياة.

5- شعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوما بعد يوم.

6- سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته وفعاليته الذاتية.

- البعد الرابع: العلاقات الايجابية مع الآخرين ومن صفاته:

1- رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية.

2- ثقته بالآخرين من حوله.

3- قناعته برفاهية الآخرين.

4- قدرته على التعاطف والتودد للآخرين.

5- اهتمامه بالتبادل الاجتماعي.

6- إظهار لسلوكه التواصل الاجتماعي.

- البعد الخامس: تقبل الذات ومن صفاته:

1- إظهار الفرد توجهها إيجابيا نحو ذاته.

2- قبوله بالمسات أو الخصائص المكونة لذاته "سلبية أو ايجابية".

3- الشعور الايجابي لحياته الماضية والحاضرة.

4- تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية.

5- يشعر بخصائص ذاته المميزة.

6- يظهر النقد الايجابي لذاته.

- البعد السادس: الهدف من الحياة ومن صفاته:

1- أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة.

2- أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها.

3- أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة.

4- أن تكون له القدرة على توجيه أهداف حياته.

5- أن يكون قادرا على الإدراك الواضح لأهداف حياته.

6- أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه. (Ibid, 1989, p971)

بمعناالحياة.

5-3- المنظور التكاملي:

نظرية أندرسون Anderson 2003 طرح أندرسون شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة، متخذا من مفاهيم السعادة، ومعنى الحياة، ونظام المعلومات البيولوجي، والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة.

لقد أشار أندرسون إلى أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكارا كي يصل إلى الرضا عن الحياة، وأن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا مما يؤدي إلى الشعور بجودة الحياة. (مرابط شرين وقوادي عفاف، 2015، ص26)

الأولى: وهي تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي يصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي.

وفي ضوء هذه السمات، فإن النظرية التكاملة تضع المؤشرات الآتية الدالة على جودة الحياة.

1- إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة، وإن هذا الشعور يتحقق كالاتي:

- أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها.

- أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.

2- إن إشباع الحاجات لا يؤدي بضرورة إلى رضا الفرد عن شعوره بجودة الحياة وذلك أنه أمر نسبي

يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.

3- إن استغلال الفرد لامكانياته من نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة، وأهداف ذات معنى،

وبعائلة (Ventegodt, 2003, p132)

تبت فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بجودة الحياة.

6- أبعاد جودة الحياة:

إن الباحثين والدارسين قد أكدوا بأن مفهوم جودة حياة الفرد هو مفهوم متعدد الأبعاد ومتعدد الجوانب، فكل

منا ينظر إلى جودة حياته من زاوية أو مجال أو عدة مجالات، وهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته وفقا

للمراحل العصرية، والمواقف التي يعيشها الفرد. (الراسبي خميس سالم، 2006، ص05)

وتشير الدراسات إلى أن جودة الحياة مرادفة للدرجة أو المستوى وأن جودة الحيات بوجه عام تشير إلى

الحياة النفسية وبالتالي هذا المفهوم يتم تقييمه بثلاث ظروف وهي:

1- من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام " السعادة أو الاستمتاع ".

2- التقدير الذاتي للرضا عن مجالات أو جوانب معينة " العمل، الصحة، العلاقات مع الآخرين ".

3- البيانات الديموغرافية بالنسبة لجودة الحياة " المؤشرات الاجتماعية والموارد أو العوائق ".

وعادة ما يتحدد في مؤشرين:

البعد الذاتي والبعد الموضوعي.

إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة ويتضمن مجموعة

من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية

والاقتصادية وحجم المساندة المتاحة من شبكة العلاقة الاجتماعية.

ومع ذلك تظهر نتائج البحوث أن التركيز على المؤشرات لجودة الحياة إلا في جزء صغير من التباين في التقديرات الكلية لجودة الحياة. (مرابط شرين، قوادري عفاف، 2015، ص28)

ومن هنا يتحدد بعدين لجودة الحياة:

1- البعد الذاتي: ويقصد به مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة، شعور الشخص بالسعادة.

2- البعد الموضوعي: ويشمل الصحة البدنية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة المجتمعية، العمل، فلسفة الحياة، وقت الفراغ، مستوى المعيشة، العلاقات الأسرية، الصحة النفسية، التعليم.

(الغندور العارف بالله، 1999، ص27)

إلى أن مفهوم جودة الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل: WHO وتشير منظمة الصحة العالمية الحالة النفسية، والحالة الانفعالية، والرضا عن العمل، والرضا عن الحياة، والمعتقدات الدينية، والتفاعل الأسري، والتعليم، والدخل المادي، هذا وتتكون جودة الحياة من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية، وقدرته الوظيفية، ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه. (محمد حامد، 2011، ص40)

7- مقومات جودة الحياة:

توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة:

1- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.

2- القدرة على التحكم.

3- الصحة الجسمانية والعقلية.

4- الأحوال المعيشة والعلاقات الاجتماعية.

5- المعتقدات الدينية، القيم الثقافية والحضارية.

6- الأوضاع المالية والإقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي

يحقق سعادته في الحياة التي يحيها.

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة تتمثل في أربع نواحي أساسية، التي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة

الإنسان، كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض:

أ- الناحية الجسمانية

ب- الناحية الشعورية

ج- الناحية العقلية

د- الناحية النفسية

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الضرورية لحياة الإنسان، التي لا يستطيع العيش

بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية. (بوعيشة أمال، 2014، ص95)

وهذه الاحتياجات تقف جنب لجنب مع مقومات جودة الحياة، بل تعتبر جزءا مكمل لها والإخلال بأي

عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع، ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إدارة الإنسان

تؤثر مقومات حياته، التي تتطلب الناحية الصحية وتتمثل في: العجز، التقدم في العمر، الألم، الخوف،

ضغط العمل، الحروب، الموت، الإحباط، الأمل، اللياقة الجسمانية بل والراحة أيضا. (نفس المرجع السابق، 2014، ص96)

وتتمثل مقومات جودة الحياة، وفق منظمة الصحة العالمية في عدة عناصر:

- الصحة الجسدية: القدرة على القيام بوظائف الجسم الدينامكية، وحالة الجسم مثلا اللياقة البدنية.
- الصحة النفسية: القدرة على التعرف على المشاعر، والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.
- الصحة الروحية: وهي صحة تتعلق بالمعتقدات، والممارسات الدينية للوصول إلى الرضا مع النفس.
- الصحة العقلية: وهي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح، وتناسق والشعور بالمسؤولية، وقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات وصنعها.
- الصحة الاجتماعية: وهي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين، والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم.
- الصحة المجتمعية: وهي القدرة على إقامة العلاقة مع الآخرين، كلما يحيط بالفرد من مادة وأشخاص وقوانين وأنظمة. (سمية جيب وعلية بوركنة، 2015، ص28)

8- معوقات جودة الحياة:

- يتضمن البناء النفسي لكل منا مكامن قوة ومواطن ضعف، هذا الأمر مسلم به. فإذا نظرنا إلى مواطن الضعف أو القصور من جهة السياق الاجتماعي الثقافي العام، الذي يعيش فيه الإنسان من جهة أخرى لأمكن تحديد مجموعة من الظروف التي قد تحول دون تحقيق الإنسان لأحلامه وطموحاته، بل أيضا قد

تسبب كفاً أو كمونا لمكامن القوة التي لديه في نفس الوقت. وتجدر الإشارة إلى أن غالبية مواقف الرعاية، والتعليم تركز بصورة مبالغ فيها في الحقيقة على حل مشكلة أو مشكلات الشخص هذا أمر محمود وإيجابي، لكن إذا أردنا أن نحسن جودة الحياة الشخصية للإنسان علينا ألا نركز فقط على المشكلات (موطن الضعف)، بل يتعين التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة، واستخدام وتوظيف مكامن القوة، وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسن نوعية أو جودة حياة الشخصية له.

ويجب عند وصف مكامن القوة، ومواطن الضعف إنطلاقاً من دلالة عنوان هذه الفقرة (منغصات/معوقات، إمكانيات/قدرات)، أن تمييز بين الظروف الداخلية، والظروف الخارجية.

ويقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثيرات الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص. (بوعيشة أمال،

2013، ص97)

بعض الأمثلة.

جدول رقم (03):منغصات/معوقات، إمكانيات/قدرات تحقيق جودة الحياة.

الإمكانيات/ القدرات	المنغصات/ المعوقات	
المهارات الخبرات الحياتية الايجابية الحالة المزاجية الذهنية الايجابية وروح الدعابة والمرح.	- المرض - الإعاقات - الخبرات الحياتية السلبية	الظروف الداخلية
توافر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية والانفعالية وتعدد المانحين لها. توافر نماذج رعاية جيدة أو طيبة.	نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية ظروف الحياة أو المعيشة السيئة	الظروف الخارجية

(عبد المعطى حسن مصطفى، 2005، ص25)

9- قياس جودة الحياة:

- مقياس جودة الحياة لفريش Frich (1992): وهو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة) ويتضمن مقياس جودة الحياة الذاتية الذي يغطي 17 مجال للحياة مثل: العمل، الصحة، ووقت الفراغ والعلاقات مع الأصدقاء والأبناء، ومستوى المعيشة وفلسفة الحياة، والعلاقات مع الأقارب والجيران، والعمل الوطني... الخ، حيث يتطلب من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد. (عبد الرحمن محمد، 2007، ص340)

-مقياس بيرنس لجودة الحياة Bernes (1995): الذي يشمل على أربع مقاييس فرعية مرتبطة بالشخصية، والحالة الاجتماعية والحالة الأسرية، والعمل ويساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي والإحساس بالإنجاز. (محمد إبراهيم الهنداوي، 2011، ص92)

-مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمي WHO QOL (1997): بوضع مقياس شامل لقياس جودة الحياة لدى الفرد ولكي OMS ومن جتها قامت منظمة الصحة العالمية يصبح وسيلة موجهة للاستخدام عالميا مع الأخذ بعين الاعتبار تماثل الثقافات بين بلدان العالم ككل.

من 100 بند في شكله الأصلي وآخر مختصر تم إعدادها وتكيفها في 15 دولة WHO QOL ليكون تحت إشراف المنظمة نفسها، حيث يسمح المقياس في صورته المطولة بتقدير 6 ميادين لجودة الحياة: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، المحيط، الجانب الروحي.

(Ventegordt, 2003, p79)

أما النسخة المختصرة فتتكون من 28 بند أو سؤال تقيس أربعة ميادين:

الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، المحيط.

وتتراوح درجات المقياس من 28 إلى 140 وتشير Lekert والاستجابة من خمس نقاط وفقا لسلم ليكرت الدرجات المرتفعة إلى جودة الحياة المرتفعة.

أما النسخة الفرنسية المعدة من طرف لوبلاج وآخرون تم تطبيقها على عينة LeplegeDall

(2000): من 2012 فردا يعانون من مرض عصبي، عضلي، وتمت ترجمته لـ: 20 لغة، علما أنه تم

إضافة بعض البنود الخاصة لبعدها الصحة الجسمية لأمراض معينة. (عمران لخضر، 2009، ص63)

- مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية لكومينس (1997):

قام بتصميم هذا المقياس كومينس لقياس جودة الحياة لدى الأطفال والمراهقين ذوي الصعوبات التعلم في

الفترة ما بين 11-18 سنة ويتكون المقياس من ثلاثة أجزاء وتستغرق الإجابة عنها 15-20

دقيقة وفيما يلي وصف المقياس:

- الجزء الأول: (الجانب الموضوعي) (Objective): ويهتم هذا الجانب بالسؤال عن بعض المعلومات

المرتبطة بالطفل، وهو يتكون من 24 سؤال موزعة على 7 أبعاد فرعية بواقع 3 أسئلة لكل بعد، الارتياح

المادي، الصحة الإنتاجية، الألفة، الأمان، المكانة الاجتماعية والسعادة الوجدانية.

- الجزء الثاني: (الجانب الذاتي) (Subjective):

1-الأهمية: importance ويركز هذا الجزء على شعور الطفل نحو بعض الجوانب المتعددة في حياته

من حيث درجة الأهمية التي تمثلها له ويتكون من 7 عبارات.

2-الرضا Satisfaction ويركز هذا الجزء على شعور الطفل نحو بعض الجوانب المتعددة في حياته من

حيث درجة الرضا عن هذه الأشياء ويتكون من 7 عبارات باستخدام سلم ليكارت السباعي إذ يختار

الطفل ما يناسبه من الاختبارات السبعة وهي: مسرور جدا، مسرور، مسرور إلى حد ما، لا أستطيع التحديد، غير مسرور جدا، غير مسرور، مفزوع. (نفس المرجع السابق، 2006، ص303)

- مقياس بروفيل لا تكشير لجودة الحياة Lancashire quality of life: وصممه أولقر وزملاؤه (1997) ويتضمن (16) بند، وتستغرق الإجابة عليه من 10-15 دقيقة، ويتضمن مجموعة من البيانات الشخصية أو معلومات شخصية (4) من هذه البنود تقيس الجوانب الموضوعية (لقاء الأصدقاء) الاهتمام في الجرائم، التعرض لعدوان جسدي (12) بند تقيس الجوانب الذاتية مثل الرضا عن الحياة ككل، الرضا عن العمل، والوضع المالي، والرضا عن التدريب، وعدد الأصدقاء وجودتهم، وأنشطة وقت الفراغ والسكن والإقامة، والأمن الشخصي، والحياة الجنسية، والعلاقات الأسرية والصحة النفسية وتتمتع هذه الأداة بصدق وثبات مرتفعين. (محمد إبراهيم الهنداوي، 2011، ص91)

- مقياس تقييم جودة الحياة لهوثرن (Howthorne 1999): وهو يتكون من 15 مفردة تقيس أبعاد خمسة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة الأمراض، الحياة المستقلة، العلاقات الاجتماعية، النواحي الجسمية، السعادة النفسية، الاستجابة تكون بنعم أو لا على أن تعطى درجة 0 لجودة الحياة السيئة ودرجة 1 لجودة الحياة العادية. (عمران لخضر، 2009، ص63)

- مقياس مكينا المطور لجودة الحياة لدى المسنين (Makenna 2001): حينما أجرى مقابلة مع بعض المسنين من أجل تحديد المجالات التي تسهم في تقويمهم الفردي لجودة حياتهم، وما أبدوه من آراء حول إحساسهم بجودة الحياة وتوصل من خلال تطبيق مقياسه على المسنين إلى وجود خمسة عوامل وهي: المجتمع، الإدراك الايجابي للصحة والموارد، الاستقلال، التبعية.

- مقياس دارتماوث:

الذي يقيس تسعة أبعاد أساسية هي: الوظائف الجسمية والاجتماعية، والأدوار والوضع الانفعالي، والدعم الاجتماعي والألم والرضا عن الحياة والصحة العامة والتغيرات الصحية.

(محمد إبراهيم الهنداوي، 2011، ص93)

- مقياس الرضا عن الحياة Life satisfaction scale: من إعداد مجدي الدسوقي، 1999 استمد معده

بنوده من التراث السيكلوجي والمقاييس الأجنبية التي صممت لقياس الرضا عن الحياة، ويتكون المقياس

من (30) بندا و (6) أبعاد شملت السعادة، الاجتماعية، الطمأنينة، الاستقرار النفسي، التقدير

الاجتماعي، القناعة، ووضع للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن أن يجيب المفحوص على كل بند من

بنود المقياس تبعا لبدائل خمسة وهي: تنطبق تماما، تنطبق، بين بين، لا تنطبق، لا تنطبق أبدا، ولها

أوزان متدرجة من 4 إلى الصفر، والدرجة المرتفعة تثير إلى مستوى مرتفع من الرضا عن الحياة، والدرجة

المنخفضة تثير إلى مستوى منخفض من الرضا عن الحياة. (كامل الشرييني منصور، 2009، ص63)

- مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة: لمحمود عبد الحليم مسني وعلي مهدي كاظم، فمحاور المقياس

سنة وهي: جودة الصحة العامة، وجودة الحياة الأسرية والاجتماعية، وجودة التعليم، وجودة العواطف

(الجانب الوجداني)، وجودة الصحة النفسية، وجودة شغل الوقت وإدارته، وقد تم صياغة 10 فقرات لكل

محور (5 فقرات موجبة، و 5 فقرات سالبة) وأمام كل فقرة مقياس تقدير خماسي (أبدا، قليلا، جدا إلى حد

ما، كثير، كثير جدا)، أعطيت الفقرات الموجبة الدرجات (1، 2، 3، 4، 5)، في حين أعطي عكس

الميزان السابق للفقرات السالبة، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على مقياس بين 60-300 درجة، في

تتراوح الدرجة الكلية على كل محور من المحاور بين 10-50 درجة. (محمود عبد الحليم وعلي مهدي،

(2010، ص41)

10- كيفية الوصول لجودة الحياة:

- ترى مجدي أنه كي يستطيع الإنسان الشعور بجودة الحياة والوصول إليها، لابد أن تتضافر وتتوافر مجموعة من العوامل، تتمثل بالتالي:

أولاً: تحقيق الفرد لذاته وتقديرها:

يعرف كل من (عبد الحميد، وكفافي) مفهوم الذات على أنه فكرة الفرد وقيمه لنفسه، بما تشتمل عليه من قدرات وأهداف واستحقاق شخصي.

وتذكر (فرغلي) أن مفهوم الذات لدى الفرد تكون من مجموعة من العوامل من أهمها (تحديد الدور، والمركز، واللغة، والمعايير الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي، والعلاقات الاجتماعية).

وترى مجدي أن السعي وراء تحقيق الذات هو بمثابة الهدف الأسمى والنهائي للطموح الإنساني، وتثير إلى علاقة تحقيق الذات بجودة الحياة ، فقد قام فيترسو (2004) بدراسة السعادة الشخصية مقابل تحقيق الذات من أجل تنمية جودة على (264) من طلبة المرحلة الثانوية والجامعية، حيث أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين كل من السعادة الشخصية وتحقيق الذات من ناحية، وجودة الحياة من ناحية أخرى. وعلى الفرد أن يدرك بأنه يمتلك الطاقات والقدرات وعليه أن يقدر ذاته ويحترمها وأن لا يقلل من قيمة نفسه ويستسلم لها، وعليه أن يعمل جاهدا على تحقيقها، على الرغم من وجود العقبات التي تعترضه في الحياة، فتحقيق الذات يعتبر بمثابة قمة الشعور والإحساس بالرضا عن الذات، ومن ثم شعوره بجودة الحياة.(مجدي حنان، 2009، ص75)

ثانياً: إثبات الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة:

ويذكر (الغندور) أن البعض قد يرى أن لب موضوع جودة الحياة يكمن في دراسة ماسلو عن الحاجات الإنسانية والنظرية الإقتصادية للمتطلبات الإنسانية، ومن المعلوم لدى أهل التخصص في علم النفس أن تضيق ماسلو للحاجات الإنسانية يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها وهي كالتالي:

- الحاجات الفسيولوجية.

- الحاجة للأمن

- الحاجة للانتماء

- الحاجة للمكانة الإجتماعية

- الحاجة لتقدير الذات

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

ثالثاً: الوقوف على معنى إيجابيا للحياة:

يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوماً هاماً جداً، ويعتبر فرانكل (1969)، أن مفهوم معنى الحياة يجب أن يكون له معنى تحت كل الظروف، وأن هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير، إلا أنه يظل موجوداً دائماً، ويرى فرانكل أن الإنسان يستطيع إكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاث طرق مختلفة وهي كالتالي :

- عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما. (محمد إبراهيم الهنداوي، 2011، ص44)

- تجربة خبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.

- الالتقاء بإنسان آخر في أوج تفرد الإنسان.

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

- القيم الإبداعية: وتشمل كل ما يستطيع الفرد إنجازه، فقد يكون ذلك الإنجاز عملا فنيا أو اكتشافا علميا.

- القيم الخبراتية: وتتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية، وخاص ما

يمكن أن يحصل عليه من خلال الاستمتاع بالجمال، أو محاولات البحث عن الحقيقة، أو الدخول في

علاقات إنسانية مشبعة كالحب أو الصداقة.

- القيم الإتجاهية: وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي لا يمكن أن يتجنبها

كالقدر أو الموت أو المرض.

فمعنى الحياة يمكن تحقيقه من خلال الاتجاه الذي يتخذه الإنسان حيال مواقف الألم والمعاناة التي لا

يمكنه تجنبها في رحلته مع الحياة. (نفس المرجع السابق، 2011، ص45)

- ويضيف كل من (سليمان وفوزي) أن المسعى الرئيسي للإنسان هو تحقيق معنى لحياته، فالإنسان لا

يسعى فقط ليشبع غرائزه، أو لتهيئة أفضل الظروف الإجتماعية ليعيشها، لأن هذا وحده لا يسعده ولا

يرضيه، ولكنه يسعى و يهتم بأن يكون هناك معنى ومغزى لحياته، وهدفا وقيمة يتوجبه إليها ومن خلال

هذا المعنى وتلك القيمة يجد الحياة بكل ما تحمله من كبد ومعاناة تستحق أن تعاش. (مجدي حنان،

2009، ص76)

رابعاً: وجود علاقات إجتماعية ودعم إجتماعي:

يعد الدعم الإجتماعي الحماية التي يحصل عليها الأفراد من خلال شبكة العلاقات الإجتماعية بين الأفراد، ويثير بعض الباحثين أن الدعم الإجتماعي يشير إلى وجود علاقة مرضية تتسم بالحب، والود والثقة والتقدير وتمثل هذه العلاقات مصدات أو حواجز ضد الضغوط. (حبيب فايد، 2001، ص379)

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

وفي دراسة كوستوليسكيوليمبرس (1998)، والتي هدفت إلى معرفة تأثير الدعم الإجتماعي من الأسرة على درجات الرضا عن الحياة والرفاهية وتحقيق الذات كأبعاد للصحة النفسية لدى عينة من المراهقين والمراهقات، والتي دلت النتائج على وجود ارتباط سالب بين الضغوط الأسرية وضعف الدعم الإجتماعي وبين الرفاهية والرضا عن الحياة.

وفي دراسة أخرى لـ (أركار وآخرون) حول العلاقة بين جودة الحياة والوحدة النفسية، حيث تكونت عينة الدراسة من (150) فرداً، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين إدراك الدعم الإجتماعي وجودة الحياة، ووجود علاقة سالبة بين هذين المتغيرين ومتغير الوحدة النفسية. (مجدي حنان، 2009، ص79-80)

خامساً: الرضا عن الحياة:

يعرف الدسوقي الرضا عن الحياة بأنه تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقاً لنسقه القيمي، وهو يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته، ويعتبر موضوع

الرضا عن الحياة وما يتعلق بها من جوانب أخرى، من الموضوعات الهامة التي تحظى باهتمام العاملين في مجال الصحة النفسية وعلم الأمراض العقلية على حد سواء، كذلك يعتبر الشعور بالرضا عن الحياة مؤشرا مهما من مؤشرات الصحة النفسية السليمة، فالرضا يدفع الفرد إلى الحياة ويزيد من رغبته فيها .

الرضا عن الحياة بأنه معتقدات الفرد عن موقعة في الحياة، وأهدافه، (who)- وتصف منظمة الصحة العالمية وتوقعاته، ومعاييره وإهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وهو مفهوم واسع يتأثر بطريقة مركبة بالصحة الجسمية للفرد وبحالته النفسية واستقلاليته وعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بكل مكونات البيئة التي يعيش فيها. (الدسوقي مجدي، 1998، ص158)

- ويشير (أرجايل) أن الشعور بالرضا والسعادة هو ما يتمناه المرء فالناس قد يصفون السعادة على أنها شعور بالرضا أو الإشباع، أو طمأنينة النفس أو تحقيق الذات، أو أنها شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، فحينما يصل الفرد إلى مرحلة الرضا الشامل فهذا يعني أنه يتمتع بحياة جيدة، فالرضا الشامل يعني الرضا عن العمل، والزواج، والصحة والقدرات الذاتية، وتحقيق الذات. (محمد إبراهيم الهنداوي، 2011، ص45)

سادسا: توافر الصلابة النفسية:

وتعرفها حمزة جيهان بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية وهي خصال تضم الالتزام والتحدي والتحكم، والتي يراها الفرد على أنها خصال مهمة له تمكنه من مجابهة المواقف الصعبة والتصدي لها، وكذلك المواقف المثيرة للمشقة النفسية، والتي تمكنه من التعايش معها بنجاح. (حمزة جيهان، 2002، ص48)

سابعا: التدين:

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

ويضيف حسن مصطفى بأن الإرشاد الديني يستخدم لخفض الإحساس بضغط الحياة، ويجعل الفرد أكثر قدرة على ضبط إنفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة. (عبد المعطى حسن مصطفى، 2005، ص13)

ثامنا: السعادة:

فالسعادة هي قدرة الفرد على الشعور بالرضا عن حياته والرضا عن نفسه وعن الآخرين، والاستمتاع بالحياة والتعبير عن مشاعره الإيجابية.

وتتضمن الشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين، والتكامل الإجتماعي والصدقات الإجتماعية.

(إجلال محمد سرى، 2000، ص28)

يمكن فهم السعادة بوصفها انعكاسا لدرجة الرضا عن الحياة أو بوصفها انعكاسا لمعدلات تكرار

حدوث الإنفعالات السارة، وشدة هذه الإنفعالات. (مايكل أرجايل، 1993، ص24)

وتضيف (مجدي) أن الشعور بالسعادة هو حالة من المرح، والهناء، والإشباع، تنشأ أساسا من خلال

إشباع الدوافع ولكنها تسمو إلى مستوى الرضا النفسي، وهي بذلك وجدان يصاحب تحقيق الذات، وترى

أيضا أن الشعور بالسعادة يؤثر في صحة الفرد النفسية والجسمية، كما تتأثر السعادة بأمور عدة أهمها،

تكامل شخصية الفرد وتقبل الذات، الرضا عن الحياة بما فيها من ضغوط وصعاب، وكذلك قد تتحقق

السعادة من خلال حب الآخرين والتفاعل معهم بإيجابية، كذلك الحرص على إقامة علاقات جديدة،

وبالتالي فالشعور بالسعادة يعتبر جزءا لا يتجزأ من شعور الفرد بجودة حياته سواء النفسية أو الاجتماعية. (مجدي حنان، 2009، ص86)

تاسعا: التوجه نحو المستقبل:

تشير (شقير) إلى أن قلق المستقبل يمثل أحد أنواع القلق والذي يشكل خطورة في حياة الفرد والذي يمثل خوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة أيضا يعيشها الفرد، والذي يجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر ومن ثم شعوره بعدم الاستقرار، وقد تسبب له هذه الحالة شيئا من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي وخطير، كالاكتئاب والاضطرابات النفسية العصبية الخطيرة، وتثير أيضا إلى قلق المستقبل قد ينشأ عن أفكار خاطئة وغير عقلانية لدى الفرد، تجعله يؤول الواقع من حوله، وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الذي يفقده السيطرة على مشاعره وعلى أفكاره العقلانية ومن ثم عدم الأمن والاستقرار النفسي وقد يتسبب هذا القلق في حالة عدم الثقة بالنفس وعدم القدرة على مواجهة المستقبل، وكذلك الخوف والذعر الشديد من المتغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل مصحوبا بالتوقعات السلبية لما يحمله هذا المستقبل ومن ثم الثورة النفسية التي تأخذ أشكالا مختلفة كالخوف من المجهول (المستقبل). (شقير زينب، 2005، ص4-5)

ويشير (جيب) إلى وجود خطوات هامة يستطيع الفرد استخدامها من أجل الوصول إلى جودة الحياة وتتمثل في التالي:

- بناء الوعي بضرورة الحاجة إلى التحسين والتطوير.

- تحديد أهداف التحسين المستمر للأداء، وبناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف.

- تنفيذ جوانب الجودة الحياتية.

ويلخص (جيب) القول بأنه ينبغي أن يتبنى الفرد منظور التحسين المستمر لجوانب شخصيته وأبعادها النفسية والعقلية والاجتماعية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية كأسلوب حياة، مع تلبية احتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، وإستمراريته في توليد الأفكار. (جيب عبد الكريم، 2006، ص81)

والإهتمام بالإبداع والإبتكار والتعلم التعاوني، بما ينمي مهاراته النفسية والاجتماعية. (نفس المرجع السابق، 2006، ص81)

ويرى الهنداوي أن الفرد يمكن أن يكون كثيرا ما يفكر في المستقبل أو بمعنى آخر واقع مجهول، وبالتالي يكون الفرد في هذه المرحلة في حالة قلق دائم وخوف شديد، ولذلك يجب أن تتولد لدى الفرد الثقة بالنفس، وأن يفكر فقط في الحاضر، وأن يطور من نفسه ويهيئها لما هو قد يكون متوقع من أجل المقدره على مواجهتها ويجب على الفرد أن ينظر إلى المستقبل نظرة تفاؤل وأن يدرك بأن هذه الحياة الجميلة باستطاعته أن يعيشها ويحقق فيها الكثير، وصولا إلى تحقيق جودة حياته. (محمد إبراهيم الهنداوي، 2011، ص49)

خلاصة الفصل:

- إن مفهوم جودة الحياة مفهوم شامل، إلا أنها تظهر بشكل كبير في مجال الصحة وعليه فإن جودة الحياة حسب معجم مصطلحات الطب النفسي هي " تعبير عن حالة ايجابية من الصحة البدنية والنفسية والاستمتاع بالحياة".

فقد تطرقنا في هذا الفصل لأهم الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة وهم: الإتجاه الفلسفي، والإتجاه الاجتماعي، والإتجاه الطبي، وقد إرتكز مصطلح جودة الحياة على بعدين وهما: البعد الذاتي والبعد الموضوعي، وهناك عدة نظريات مفسرة لجودة الحياة منها: المنظور المعرفي، المنظور الإنساني والمنظور التكاملي.

وهناك عدة مقاييس قد صدرت في بحثنا نذكر منها: مقياس فريش، مقياس بيرنس، المقياس العالمي، مقياس لاكتشير، مقياس هورثن....

وإن هناك بعض العقبات والمنغصات التي تحول بين الفرد وتحقيق جودة حياته، قد تكون ظروف داخلية مثل: المرض، الإعاقات، الخبرات السلبية، أو خارجية مثل: نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية وظروف الحياة أو المعيشة السيئة.

لهذا حدد بعض الباحثين بعض العوامل التي من خلالها يمكن للفرد الشعور بجودة الحياة والوصول إليها وهي: تحقيق الفرد لذاته وتقديرها، إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، الوقوف على معنى إيجابي للحياة وجود علاقات ودعم اجتماعي، الرضا عن الحياة، توافر الصلابة النفسية، التدين، والسعادة.

الفصل الثالث: القصور الكلوي

تمهيد

1- تعريف الكلية

2- تعريف القصور الكلوي

3- أسباب القصور الكلوي

4- أنواع القصور الكلوي

5- تشخيص القصور الكلوي المزمن

6- مضاعفات القصور الكلوي المزمن

7- جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي

تمهيد:

- من بين الأعراض المزمنة التي اجتاحت العصر الحالي نجد مرض القصور الكلوي المزمن الذي يعتبر من الأمراض الخطيرة التي تفكك بالإنسان وتؤدي به إلى الهاوية. ونتيجة لخطورته وتهديده لحياة الإنسان كان لابد من الإلمام بهاته الأمراض وذلك من خلال ما سنتناوله في هذا الفصل من تعريفه والأسباب المؤدية له والأعراض الناجمة عنه وكيفية تشخيصه وعلاجه، لنتعرض في الأخير إلى المضاعفات والآثار الناجمة عنه، وصولاً إلى جودة الحياة بالنسبة لهذه الفئة من المرضى.

1- تعريف الكلية: le Rein

- توجد لدى الإنسان كليتان كل كلية محاطة بطبقة من الدهن ومغلفة بمحفظة متينة مغلقة من الأعلى ومن الجوانب، ولكن مفتوحة من الأسفل، ولهذا إذا فقد الإنسان هذه الطبقة هبطت الكلية إلى الأسفل وتعرضت لإلتواء أوعيتها الدموية وإلتواء الحالب، وشكل الكلية يشبه حبة الفاصوليا وزنها ما بين 130-170 غرام حيث طولها حوالي 13سم وعرضها نصف طولها وسمكها نصف عرضها، تحتوي على 1.5 مليون من الوحدات الكلوية (Bruno Moulin, 2007, p19).

والكلية مغلفة بكبسولة ليفية مغلفة مقاومة غير قابلة للتمدد، ونجد الكلية اليسرى أعلى من الكلية اليمنى لوجود الكبد في الجهة اليمنى حيث أن اليسرى يحيط بها الرئتان والطحال والقولون والمعدة والبنكرياس، واليمنى يحيط بها الكبد الإثنى عشر والقولون وتتكون الكلية من قشرة ونخاع، أما القشرة فتتكون أساسا من كرات ملبيجي الذي إكتشفها، وكل كرة وأنبوبة نسميها وحدة كلوية وكل كلية فيها مليون وحدة وكل وحدة من هذه الوحدات هي وضع قائم بذاته يضع كل يوم نقطة بول يصنعها من الدم وصناعة نقطة البول هذه هي معجزة. (محمد رفعت، 1995، ص45).

1-1- تشريح الكلية:

- الكلية هي غدد مزدوجة بشكل حبة فاصوليا مقعرة في الجانب الداخلي، محدبة في الجانب الخارجي . (أمين رويجة، 1983، ص10)

وتغلف الكلية بالمحفظة الكلوية وهي عبارة عن نسيج ضام وفي المقطع الطولي يلاحظ أن الكلية تتألف من القشرة والللب والنخاع وحوض الكلية والغدتان الكظريتان.

Le Cortesc : القشرة -

وتدعى أيضا اللحاء ذو اللون الرمادي والمظهر الجببي، يتفرع داخلها الشريان الكلوي إلى فروع كثيرة جدا تكون حزاما تسمى حزم الكلية، ولكل حزمة شريان وكل حزمة محاطة بقمع تمتد منه قناة بولية. وهي طبقة بها عدد كبير من اجسام مالبيجي وهي أجسام كروية الشكل، مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي وبعد ذلك تتجمع لتخرج من جسم مالبيجي ثم تتفرع إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي من الأنبوبة البولية التي تخرج بدورها من جسم مالبيجي.

La Médullaire : النخاع -

عبارة عن لب الكلية لونه أحمر يتكون من مجموعة من الأهرامات الصغيرة والتي تتجه قاعدتها نحو المحيط ويخرج منها البول لينزل في حوض الكلية وهو الفراغ الذي يتصل بقناة البول (الحالب) حيث تنفتح هذه الأنابيب في قمم الأهرامات.

Le Bassinet : حوض الكلية -

عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحية مقعر ويعتبر جزءا من الحالب لاتصاله به وتصب فيه الأنابيب البولية.

Les GlanedsSutenales : الغدتان الكظريتان -

وهما غدتان صغيرتان تقعان بالقرب من الكلى ويطلق عليهما أحيانا الغدد فوق الكلوية لوقوعهما فوق الكليتين أو الغدة الكظرية أو الأدرينالية، يتراوح وزن الغدة الكظرية 15 إلى 20 غ وتكون كل غدة من جزأين هما القشرة والنخاع (خالد الكبيسي، 2002، ص281).

1-2- فيزيولوجية الكلية:

يلعب الجهاز الكلوي الذي يتكون من: الكليتين والحالبين، والمثانة البولية، ومجرى البول، دورا مهما في عملية الأيض، فالكليتين مسؤولتان عن تنظيم سوائل الجسم، ووظيفتها الرئيسية إنتاج البول، أما الحالبان فيحتويان على أنسجة عضلية صغيرة تعمل تقلصاتها على إنتاج موجات متعاقبة لا إرادية تحول البول باتجاه المثانة وهي عبارة عن وعاء عضلي يتجمع فيه البول، ويقوم الإحليل بتوصيل البول من المثانة إلى خارج الجسم، ويحتوي البول على الماء الفائض، وما يتبقى من العناصر التي تتحلل بالكهرباء، والفضلات المتخلفة عن عملية التمثيل الحيوي، والفائض من الأحماض، وعن طريق حمل هذه المواد خارج الجسم يتم الحفاظ على توازن الماء.

والعناصر التي تتحلل بالكهرباء، ومستوى الحموضة في الدم، ويعد الصوديوم والبوتاسيوم من أكثر العناصر التي تتحلل بالكهرباء أهمية لأنهما يتدخلان في الاستجابات الكيماوية الطبيعية للجسم، وفي تقلص العضلات وفي إيصال النبضات العصبية، لذا فإن من الوظائف المهمة للكليتين الحفاظ على توازن كاف لأيونات الصوديوم والبوتاسيوم.

وفي حالة الإصابة بأمراض معينة، فإن البول يحوي كميات غير طبيعية من بعض المكونات، وبذلك فإن تحليل البول يمكن أن يقدم دلالات تشخيصية حول كثير من الاضطرابات، فوجود كميات كبيرة من الجلوكوز قد يشير إلى وجود مرضى السكري، ووجود كميات كبيرة من خلايا الدم الحمراء قد يشير إلى وجود اضطراب في الكلى، وهكذا، ولهذا السبب فإن الفحص الطبي يتضمن دائما إجراء تحليل البول. (شيلي تيلور، 2008، ص 97 ص 98).

1-3- الوظيف الأساسية للكلية:

- تقوم الكلية بتصفية الجسم من السموم الناتجة عن رواسب الاستقلاب، وهذه السموم والرواس يجمعها الدم من كل خلية ويأتي بها إلى الكلية لتقوم بتصفيتها، والدم الذي يجتاز كل كلية في الدقيقة الواحدة يبلغ لترا واحدا وهذا يعني أن كمية الدم التي تصب في الكلية تبلغ من 1500 إلى 1700 لتر في اليوم ويمكن إيجاز عمل الكلية في ما يلي:

1-3-1- إنتاج و طرح البول:

وهي عملية تخلص الجسم من نواتج الاستقلاب الضارة والأملاح الزائدة في الجسم من خلال تصفية الدم وطرحها مع المواد السامة والعقاقير التي تدخل الجسم، وكذا طرح كمية الماء الزائدة في البول وبذلك يتم الحفاظ على حجم ثابت للدم في الجسم وتمر عملية إنتاج و طرح البول بثلاث مراحل:

- التشرح:

يقوم القلب بدفع الدم تحت ضغط معين من انقباض وانبساط، ونظرا للاختلاف السمك بين الشريان الوارد والشعيرات الدموية الكبيرة فإنه يتكون ضغط عال قد يصل إلى 70 ملم زئبقي وينتج عنه ترشح الجزء السائل من الدم خارج الشعيرات لينفذ إلى تجويف محفظة بومان ويسمى بالرشح، ويحتوي هذا الأخير على ماء البلازما ومكوناتها غير البروتينية، ويكون بمعدل 125 سم/ الدقيقة أي ما يعادل 20 لترا يوميا، أما الكريات الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية والبروتينات وكل المواد المرتبطة بها مثل الأحماض الدهنية وبعض الادوية فلا يمكنها النقاد من خلال جدار محفظة بومان وهذا لكبر حجمها.

- إعادة الامتصاص:

عندما يمر السائل الراشح عبر الأنابيب البولية يحدث فيها امتصاص الماء خاصة في عروة هنلي، ولولا ذلك لتعرض الجسم إلى نقص شديد في الماء وبالتالي تعرض الفرد إلى الجفاف، ولكن بعملية إعادة الامتصاص يحافظ الجسم على نسبة ماء ثابتة، كما يجري الامتصاص انتقائي للمواد ومنها الأملاح المعدنية، الأحماض الدهنية، الغليسرين، الهرمونات، الفيتامينات والسكريات، وامتصاصها يحتاج إلى طاقة لأنها تتم بعملية النقل النشط أو الفعال، ثم تعاد أخيرا إلى الدورة الدموية في الجسم.

- الإطراح :

بالإضافة إلى امتصاص الماء والمواد اللازمة فإن جدران الأنابيب المتلوية البعيدة قادرة على استخلاص بعض المواد العضوية الغريبة أو بعض مخلفات التمثيل الغذائي كمادة الكرياتين أو بعض السموم أو العقاقير الأخرى من الدم، وتضاف هذه المواد إلى البول الذي يجتمع في حوض الكلية ومنه ينتقل عبر الحالب إلى المثانة حيث يتجمع البول هناك حتى يتم التخلص منه.

1-3-2- وظائف هرمونية:

تعتبر الكلية من الغدد الصماء الموجودة بالجسم لأنها تقوم بإفراز بعض الهرمونات وتصبها مباشرة في الدم مثل:

- هرمون الرئيتين:

يتم إفرازه على مستوى الكلية الكلوية، ويقوم هذا الهرمون بالعدي من الوظائف من بينها:

- انقباض الأوعية الدموية مما يسبب رفع الضغط الشرياني.

- تحريض قشرة الغدة الكظرية على إفراز هرمون الألد وسيرون.

- هرمون البروستاتا فلا ندين:

يلعب هذا الهرمون دوراً أساسياً في زيادة سرعة جريان الدم في النيترونات وكذلك تقوم الكلية بإفراز بعض المواد التي تساعد في تنشيط امتصاص الكالسيوم في الأمعاء وتحافظ على ثبات الضغط الأسموزي وتوازن الحموضة داخل الجسم، كما تفرز خمائر معينة تعمل على إبطال مفعول بعض العناصر المنشطة كإبطال مفعول الهيسامين بمخيرة الهيستاميناز (محمد على البار، 1989، ص39).

2-تعريف القصور الكلوي:

يعد القصور الكلوي من الإضطرابات الخطيرة، لأن عجز الكلى عن التخلص من كميات كافية من البول سيؤدي إلى تراكم الفضلات المتخلفة عن العمليات الأيضية، والمواد الفائضة من الأملاح غير العضوية والماء في الجسم، وفي هذه الحالة فإن الأمر يتطلب إجراء عملية زراعة كلية، أو وضع كلية صناعية أو غسيل الكلى (DialysisKidney) لتخليص الجسم من الفضلات، ومع أن هذه الإجراءات التكنولوجية تستطيع أن تنظف الدم، وتخلص الجسم من الأملاح، والمياه الفائضة، ومختلف عمليات الأيض، إلا أنها إجراءات طبية مضمّنة للغاية، فزراعة الكلية يصاحبها الكثير من المخاطر الصحية، ويمكن أن يكون غسيل الكلى مصدر إزعاج شديد لمن يجرى لهم من المرضى. (شيلي تيلور، 2008، ص99)

والقصور الكلوي هو تراجع الكليتين على ضمان ترشيح الدم وحذف المواد والبقايا (الضارة)، وعلى مراقبة توازن الجسم من حيث الماء والأملاح، وعلى ضبط ضغط الدم.

يمكن أن يكون العجز الكلوي مزمناً كما يكون حاداً، لبت هذه الحالة المرضية، مرض العجز الكلوي أو القصور الكلوي، مرض ينشأ من الذات فحسب، بل ينتج كذلك عن الإلتهابات التي تصيب الكلى، تتميز

بانخفاض النفرون، هذه النفرونات وحدات وظيفية تضمن العنصر الرئيسي وهو عبارة عن كبيبات أو كتلة كروية صغيرة بها عملية الترشيح أو التصفية أي تطرح البول الأولي.

فالقصور الكلوي هو حدوث قصور في عمل الكلية ووضائفها، مما يؤدي إلى اختلال عام في جسم الإنسان. (Claude Naudine, 1995. p541)

3-أسباب القصور الكلوي:

من بين أسباب القصور الكلوي نجده:

- أمراض النيفرون الدموية بنسبة 20 إلى 25 % من المصابين.
 - الأشخاص اللذين يتميزون بارتفاع ضغط الدم المرتفع.
 - الأشخاص المصابين بداء السكري.
 - المسنين.
 - المصابين بالالتهابات جرثومية للمجاري البولية وانسداد في القنوات الإفرازية.
 - الأشخاص المتعرضين لتسمم النيفرون (بالأدوية مثلا).
 - الأشخاص اللذين يعانون من انخفاض مردود عمل النيفرون (منذ الولادة أو مكتسب).
 - وجود سوابق عائلية للأمراض الكلوية. (bruno moulin,2007.P20)
- وسنقوم بعرض الأسباب بالتفصيل مع كل نوع من الأنواع.

4- أنواع القصور الكلوي:

هناك نوعان من القصور الكلوي هما القصور الكلوي الحاد والقصور الكلوي المزمن وسوف نتطرق إلى كل منهما.

4-1- القصور الكلوي الحاد:

- تعريف القصور الكلوي الحاد:

يظهر هذا الفشل بسرعة نتيجة أسباب عدة قد لا تكون للكلية علاقة بها ومن حسن الحظ أن هذه الأسباب معروفة ويمكن في كثير من الأحيان الوقاية منها ومعالجتها. (www.sehha.com)

من الحالات فمنها سببين إذا %القصور الكلوي الحاد معرف به ذو منشأ يمس وظيفة الكلية أو فشلها في 80 عولجوا بسرعة يمكن تدارك المرض قبل فوات الأوان.

أما فيما يخص 20 باقية، العامل المسبب يرجع للأدوية والتي يمكن القضاء عليها بالوقاية عند استعمال الأدوية التي لها أثر سام على الكلية. (L.Mercadal. F.Martinez. T.Peticler, 1997, p1)

في هذا النوع من القصور الكلوي فقدان الكلوية يكون فجائي ولكن عادة ما تعود إلى الحالة الطبيعية، وهو عكس القصور الكلوي المزمن فالحاد يشفى منه بدون ضرر.

(Claude Naudine, 1995, p541)

- أسباب القصور الكلوي الحاد:

أسباب حدوث القصور الكلوي الحاد تنقسم إلى 03 أقسام:

1- أسباب ما قبل الكلى : وفي هذه الحالة تكون الكلية سليمة ولكن يحدث الفشل الكلوي الحاد نتيجة قلة التروية الدموية الشديدة (تحدث نزيف).

2- أسباب ما بعد الكلى : تكون الكلية سليمة ولكن الإصابة ناتجة عن إنسداد في المجاري البولية وهذا الإنسداد ناتج عن تكون حصوة في مجرى البول أو وجود ورم سرطاني أو حدوث تليف تضخم في البرستاتة .
(www.sehha.com).

3- أسباب متعلقة بالكلية نفسها : وفي هذه الحالة تتعرض الكلى إلى التهاب شديد وبالتالي حدوث الفشل الحاد في وظائفها ومن الأسباب المؤدية إلى الالتهاب الشديد للكلية:

- التهاب الكبيبات الحاد.

- بعض أمراض الكلى كنحر الأنابيب الكلوية الحادة.

- استخدام بعض الأدوية التي لها تأثير سمي على الكلية مثل بعض المضادات الحيوية مثل:

الأمونوجلايكوزايد، بعض الأدوية المساعدة للنوم كالباربيتورات ومثل:

الأغذية والأسمدة الملوثة.

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

(شيلي تيلور، 2008، ص99)

- أعراض القصور الكلوي الحاد:

- يكون المريض في الغالب شاحب اللون بسبب فقر الدم وزيادة السوائل في الجسم، كما تقل مقاومة

المكروبات نتيجة ضعف الجهاز المناعي، كما تقل شهيته للطعام نتيجة ارتفاع المواد السامة في الجسم.

- يحدث الغثيان وقيء ونوبات إسهال، ومن أهم أعراض وعلامات المرض الآتي:

1- قلة إفراز البول أو توقفه وعادة ما يقل إفراز البول إلى أقل من 400ممل في اليوم الواحد.

2- التسمم البولي وهو عبارة عن تجمع للبولينا (urée) ، وهذه بعض العلامات الناتجة عن تجمع هذه المواد.

3- إرتشاح الماء (تجمع الماء في الجسم oedema) وخاصة في الوجهة والأطراف السفلي وتنتج عن تجمع الصديوم والبوتاسيوم في الدم وعدم إفرازها يؤدي إلى الشعور بالضعف والوهن وأحيانا فقدان الوعي ونوبات الصرع نتيجة تجمع البوتاسيوم في الدم يتأثر القلب ويكون سبب في توقفه.

4- إصابة الرئتين بالتهاب وإرتشاح الماء فيها وسرعة التنفس. (www.sehha.com)

- أنواع القصور الكلوي الحاد:

حسب الآليات المسببة للقصور الكلوي الحاد نميز 3 أنواع لهذا المرض:

1- القصور الكلوي الحاد الوظيفي:

ناتج عن إنخفاض مفاجئ وكبير في نسبة الدم، الدوران مع إنخفاض في ضغط الدم الشرياني مما يؤدي إلى نقص في تدفق الدم المغذي للكلية، وذلك يمكن أن ينتج عن نزيف حاد وكثيف أو خلل في القلب أو جفاف شديد، أو إسهال مستمر أو قيء كثيف، أو حساسية مفرطة.

2- القصور الكلوي الحاد العضوي:

وهذا النوع يكون ناتج عن اضطراب في مرفولوجية نسيج الأنابيب الكلوية، أو النسيج الضام للكلية هذه الاضطرابات يمكن أن تحدث نتيجة تسمم (أدوية، مواد اليود المستعملة في الفحوصات الطبية) أو عن حساسية أو مفعول التهابي.

3- القصور الكلوي الحاد الانسدادي:

مرتبط بحدوث انسداد مفاجئ (حصى أو ورم) في المجاري المخرجة للبول (الحوض، المثانة، الحالب).

(Claude Naudine, 1995, p541).

- علاج القصور الكلوي الحاد : يهدف العلاج إلى ضبط التوازن السوائل والشوارد والحفاظ على حالة التغذية بشكل المناسب وضبط الاضطرابات الكيميائية الحيوية وحماية المرضى من التسمم.
- بعد الإنعاش الأولي بالسوائل لا بد من إعطاء المزيد من الطاقة عن طريق التغذية عبر الأنبوب الأنفي المعدي، وقد يتحسن وضع المريض على نظام التغذية الوريدية.
- يجب استخدام الأدوية بحذر شديد قد يحتاج المريض إلى المعالجة عن طريق التصفية الدموية للكلية (الدياليز) والتي تشمل الترشيح الدموي العالي الحجم والترشيح الدموي المستمر أو الترشيح الشرياني الوريدي.

- أما الشفاء من القصور الكلوي الحاد فيستدل عليه عادة بالعودة التدريجية للإطراح البولي وبالتالي حدوث تحسن مطرد في القيم المخبرية باتجاه المجال الطبيعي حالما تستعيد الكليتان قدرتهما على ال
الكليتان قدرتهما على الإمتصاص الأنبوبي.

وإذا طبق العلاج بشكل باكر فإن القصور الحاد عادة ما يزول بسرعة ويغلب أي لا يبقى أي أذية كلوية ولكن أحيانا يكون العلاج غير فعال ويغدو القصور الكلوي مستمرا.

في القصور الكلوي الحاد غير المختلط كالناجم عن النزف البسيط أو الأدوية، تكون نسبة الوفيات منخفضة حتى عندما يتم اللجوء للمعالجة بالتصفية.

- علاج إحتباس السوائل في الجسم أو الحالات الإرتشاح الرئوي بالأدوية المناسبة كمدارات البول أو سحب السوائل عن طريق ما كنية الغسيل الكلوي في حل فشل العلاج الدوائي.

- إيقاف كل الأدوية التي قد تسبب فشلا في وظائف الكلى.

- استخدام الكورتيزون بجرعات معينة وبنظام محدد لعلاج بعض إلتهابات الكلى.

(www.tadawoo.com)

4-2- القصور الكلوي المزمن:

- تعريف القصور الكلوي المزمن:

يعرف القصور الكلوي المزمن بأنه زيادة مستمرة ومضطردة في فقد وظائف نفورات الكلى والتي تؤدي إلى فقدان الكلى لوظيفتها في ترشيح وخفض التوازن بالدم، القصور الكلوي المزمن هو تدمير معظم نفورات الكلى وتستبدل بأنسجة متليفية، وقد يحدث الفشل الكلوي المزمن ببطء في المرضى المصابين بأمراض عامة وأمراض تحوصل الكلى أو قد ينتج نتيجة الإصابة بتكزز أنابيب الكلى الحاد أو إلتهاب الخلايا الكلوية أو الإلتهابات لأنفورات الكلى أو نتيجة ارتفاع مركبات نيتروجينات الدم نتيجة أمراض أخرى، والفشل الكلوي المزمن غالبا ما يحدث ببطئ تفقد فيه الكلى على مدى شهور أو سنوات وغالب ما يحدث مصاحبا للأمراض المزمنة ويصبح لا رجعة فيه لأسباب غير واضحة. (kelly, 1996, p96)

- أسباب القصور الكلوي المزمن:

- 1- داء السكري خصوصاً عند انعدام السيطرة الجيدة على مستوى السكر في الدم وهو من أكثر أسباب القصور المزمن شيوعاً ويسبب تأثير السكري على القلب وعلى الأوعية الدموية فإن المصابين بهذا المرض هم في وضع أسوأ من غيرهم المرضى القصور الكلوي المزمن.
- 2- ارتفاع ضغط الدم المزمن عند إنعدام السيطرة الجيدة عليه.
- 3- التكيس الكلوي التعددي الوراثي.
- 4- الإلتهابات الكلوية البكتيرية المتكررة المترافقة مع الإرتجاع المثاني الحبالي للبول.
- 5- الإلتهابات المناعية.
- 6- حصى الكلى إن كانت كبيرة ومتكررة وتصيب الجانبين وتسبب إنسداد الإلتهابات الكلوية المتكررة.
- 7- تناول بعض الأدوية بشكل مسكنات الألم أو المخدرات، بعض المضادات الحيوية.
- 8- التدخين والسمنة المفرطة وتصلب الشرايين وتقدم العمر والغذاء الغني بالبروتينات وفقير الدم. (محمد صادق صبور، 1989، ص32)

- أعراض القصور الكلوي المزمن:

- (أ) - أعراض قلبية وعائية : ارتفاع ضغط الدم الشرياني، اضطراب نبضات القلب التناقص بعض اليونات تضيق التنفس عند أي مجهود.
- (ب) - أعراض هضمية : فقدان الشهية، حروق معدية وآلام هضمية، غثيان وتقيؤ (بسبب تراكم السموم والشوائب داخل الجسم).

(ج)- أعراض دورية : فقر الدم لأن تجديد الكريات الدموية يكون ببطئ، لعدم إعادة امتصاص المواد من الدم.

- اضطرابات تخثر الدم (نقص أكيالات الكالسيوم التي تساعد على تخثر الدم).

- نقص المناعة (تناقص البروتينات المناعية من الجسم).

- اضطرابات هرمونية تسبب هبوط في الرغبة الجنسية واضطرابات الدورة الشهرية عند الإناث.

(د)- أعراض بولية : شحوب البول وقلة كميته وتركيزه (سبب تغير تركيبة الدم والبول من حيث المواد الحامضية).

- عدم إستقرار PH

- إرتفاع البوتاسيوم وانخفاض الكالسيوم في البول والدم.

(هـ)- أعراض عصبية:

- جودات وعائية خاصة في حالة ارتفاع الضغط الدموي (الجلطة الدماغية).

- حوادث عصبية نفسية لها علاقة بالتسمم الدوائي (سبب تأثر الخلايا والنواقل العصبية).

- رعشة الأطراف وتشخبات عضلية (تناقص البوتاسيوم والصوديوم).

- اضطرابات الوعي وتظهر في المراحل الأخيرة من المرض وتتجلى في هذيان وفقدان الوعي ونوبات التشنج والصرع.

(و) - أعراض عظمية:

- هشاشة العظام عند الرشد وكساح عند الأطفال (نتيجة تناقص العناصر المعدنية من الجسم بسبب عدم إعادة امتصاصها من طرف الكلية).

- التهاب ألياف العظام (نقص الكالسيوم في الجسم). (محمد علي هاشم، 1989، ص78)

- أنواع القصور الكلوي المزمن:

هناك عدة أنواع من القصور الكلوي المزمن نذكر منها:

- التهاب من يرفقه ضغط الدم المرتفع.

- التهاب من لا يرفقه ضغط الدم المرتفع وفيه تبرز مجموعة أعراض كلوية يرافقها استسقاء في الجسم، أي خروج السوائل من الأوعية الدموية.

- التهاب كبيبات الكلى وهو مجموعة الالتهابات كلوية تسم بإصابة إنتقائية للكبيبات مما يؤدي إلى إختلاف في الجهاز المناعي فتتكون موالدت الأجسام المضادة ونتيجة لذلك يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليتسرب الناتج في الأغشية الكبيبات.

- الأمراض الوعائية في الكلية، حيث يمكن أن يتسبب ارتفاع بسيط في الضغط الشرياني في حدوث إصابة، وعائية الشعرية، وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع الضغط الشرياني يعد أحد مسببات القصور الكلوي المزمن وكثيرا ما يكون هو في حد ذاته أحد آثار هذا المرض.

- التهاب حوض الكلية المزمن ويحدث عادة نتيجة ارتفاع البول إلى الحالب نتيجة عيب خلقي يمكن علاجه جراحيا وإذا تم حبس البول عدة مرات لمدة طويلة يؤدي ذلك إلى تكرار الالتهابات الميكروبية التي

بدورها تقوم بتحطيم نسيج حوض الكلية ونخاعها وينتهي الأمر بالفشل الكلوي. (أمال بورقيبة، 2000، ص89)

-علاج القصور الكلوي المزمن:

لا يوجد علاج نهائي لمرضى القصور الكلوي لذلك نجد كل الجهود منصبة لتحقيق هدفين هما:

-إبطاء تطور المرضى وتمكين المريض من تفادي الخضوع لعملية التصفية لمدة أطول.

- علاج آثار وانعكاسات القصور الكلوي المزمن في مرحلته النهائية بالاعتماد على برنامج مكثف يشمل

ما يلي:

(1) الحماية:

تقدم للمريض مجموعة من الإرشادات والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لأن هذا المريض يؤثر على مختلف الأجهزة في الجسم، كما أن عملية تصفية الدم قد لا تكون فعالة إلا بارتفاع حملة مدروسة وخاضعة لشروط صحية وهي كما يلي:

- التقليل من المواد البروتينية ويمكن فقط أخذ كمية تقدر ب: 0.8 غ يوميا.

- الإنقاص من المواد الغذائية التي تحتوي على كميات معتبرة من البوتاسيوم مثل الفواكه والشوكولاتة.

- أخذ كميات من الماء والصوديوم تتناسب مع نوع القصور الكلوي.

(2) الأدوية:

ويتناول المريض بالقصور الكلوي مجموعة من الأدوية، وكدعم للعلاج الأساسي (تصفية الدم) والتي من بينها:

في المرحلة الأولى من المرضى إضافة إلى الفيتامين (D) يأخذ أدوية لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة إفراز الفسفور.

- أدوية حافظة للضغط الدموي HYPOTENSEURS

(3) تصفية الدم:

ظهرت تقنية تصفية الدم سنة 1942 في هولندا وتطورت سنة 1960 على يد الباحثين B.SCRIBNER و W. OUINTON ويتمثل في أنبوية يتم تركيبها بين الشريان والوريد في الساعد ويتم استعمالها بوصلها جهاز الكلية الاصطناعية.

وقد توصل الباحث سيمينو CIMINO من جامعة نيويورك إلى طريقة لإيصال الدم إلى الأنابيب الموجودة في الألة عن طريق الناصور fistufeartério- veineuse ويتم ذلك عن طريق عملية جراحية يجريها الطبيب المختص على مستوى الساعد بين الوريد والشريان وبعد حوالي ثلاثة أسابيع تتضخم أوردة الساعد لتسمح باختراعهما بإبرة هي التي تنقل الدم إلى الجهاز الكلية الاصطناعية.

- تعريف عملية تصفية الدم:

تدعى أيضا بالغسيل الكلوي أو الديالز وهي كلمة تتكون من جزئين dialyse وتعني المصغية و hémato وتعني الدم وهي تقنية تستخدم من أجل العلاج مرضى القصور الكلوي الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية وفيها يعمل جهاز التصفية وفق نظام توازن الأملاح في الدم والمواد الذاتية في الماء ويعيدها إلى مستواها

P. JUNGERS الطبيعي وهذا الجهاز مزود بألية تسمح بالترشيح وخروج الماء من الدم ويعرفها

(1988) أنها عملية تبادل بين دم المريض وآلة التصفية التي تحتوي على مركب كهربائية

COMPOSITIONELERIQUE تعوض البلازما وتسمح بتشكيل منشاء نفوذ والتي هي طريقة لتطهير

وتنقية بعض الأجسام وعملية التنقية هذه من الناحية العلاجية هي طريقة لمساعدة الكلى العاجزة للتغلب

على القصور الكلوي المزمن حيث أن دم المريض يحتوي على فضلات لا تستطيع الكلية المريضة

التخلص منها فتأتي عملية التصفية التي تعتمد على التبادلات بين دم المريض ومحلول التصفية وهو

محلول ذو تركيب مشابه لمحلول البلازما مما يسمح بالتصفية (Claude Naudine,1995, p95)

- مكونات تصفية الدم:

* الحوض: BAIN DE DIALYSE:

وهو جهاز يسمح بالحفاظ على درجة حرارة الحوض ونقائه والحفاظ على التدفق المستمر والمنتظم والحفاظ

على الضغط، أي يسمح بأن يكون الوسط مثل الدم من صيب درجة الحرارة 38° والضغط وتركيبه.

* محلول الحوض: DIALYSAT:

والذي يسمح بالتصفية ويكون خاليا من الفضلات ويتكون من ماء معالج خال من شوارد H⁺، K⁺،

NA⁺ ويحتوي على القليل من المعادن (الألمنيوم والكالسيوم)

* الغشاء نصف النفاذ: MEMBRANE DIALYSANT

يتكون من آلاف الأبنيات الرقيقة جدا يسمح لممرور الفضلات لكنه غير نفوذ للبروتينات وكريات الدم

الحمراء والبيضاء h⁺, k⁺, na⁺ والبولية وغيرها.

* مقرا المصغية: DatlhySeur

ويحتوي على وسطين (الدم ومحلول الحوض) منفصلي بواسطة غشاء نفوذ حيث يتم خروج شوارد K^+ , Na^+ , H^+ من الدم حتى يصبح تركيزها متساويا وعاديا مع تركيز ماء الحوض عن طريق ظاهرة الانتشار الأسموزي لتخرج الفضلات من الدم إلى الحوض

(Alainmeyrier 1994, P54)

4) زرع الكلية:

بفضل التقدم في ميدان الزرع الكلوي ونسبة النجاح التي يتم تحقيقها فإن يعتبر أحسن علاج للفشل الكلوي وإن كان يمثل أحسن الحظوظ لاستئناف المرضى حياتهم العادية وأملهم الوحيد في الشفاء إلا أنه لا يتناسب مع كل المرضى وحسب الفيدرالية الوطنية لأمراض الكلى (2004) فهذه العملية تحوي مقاييس ومعايير تحدد قابلية المريض للزرع الكلوي هي:

- السن: جسم المريض المسن أقل قابلية للزرع.

- سوابق أمراض الدورة الدموية: فالقاصر كلويا والمصاب بأمراض القلب أو الضغط الدموي المرتفع تكون نسبة النجاح ضئيلة جدا.

- الإصابة بالسرطان: وهذا يعق عملية زرع الكلية.

- القرابة: المتبرعون الأكثر ملائمة هم أعضاء الأسرة الأقرب من المريض أي فرد قريب أو بعيد وراثيا لكن في هذا الشأن يتخذا الأطباء سلسلة من الفحوصات لمعرفة مدى حظوظ النجاح وكذا التأكد من

صحة المتبرع. (J.Hamberger,2011,P10)

5- تشخيص القصور الكلوي المزمن:

يتم تشخيص القصور الكلوي خلال الفحوصات الإكلينيكية المخبرية.

- الفحوصات الإكلينيكية:

وتتمثل فيما يلي:

- البحث عن وجوه بعض الأعراض كشحوب الجلد ونزيف في الأغشية المخاطية كالأنف والبلعوم والفم.

- فحص شامل لبحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان التهاب الكلية ناتج عن التهاب

عام.

- فحص القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم.

- الفحوصات البيولوجية:

وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم ونذكر من بينها:

- نسبة البولياني تتجاوز 1 غ/ل والتي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلى مازالت

محتفظة بخمسين بالمائة من وظائفها.

- فحص نسبة الكرياتين في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار

100مل/الدقيقة والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 1مغ لكل 100ملل.

وإصابة الكلية تفقدها قدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى 5ملل/الدقيقة قبل أن يتضاعف

الكرياتين في الدم إلى 2مغ/ملل من الدم. (محمد علي البار، 1992، ص44)

- فحص البول وفيه يبحث عن نسبة البروتين وزيادة الماء ونقص البوتاسيوم.

انخفاض PH "اضطرابات في التوازن الفسفور والكالسيوم". (رياض جودت، 2001، ص166)

6- مضاعفات القصور الكلوي المزمن:

تكون حسب مراحل الإصابة ففي المراحل الأولى يؤدي القصور الكلوي المزمن إلى إرتفاع ضغط الدم وهذا بدوره يجهد عضلة القلب ويساهم في تصلب الشرايين ويؤدي إلى تسارع القصور الكلوي إذ أهمل، كما أن المصاب لن يحس بأية أعراض إلا في حالة الإلتهابات الكلوية البكتيرية أو الحصى.

وتبدأ المشاكل التالية:

أ)- المراحل المقدمة: حيث تقل نسبة وظائف الكلى عن 6

1- ارتفاع نسبة البوتاسيوم، والذي يؤدي إلى ارتفاعه الحاد والمفاجئ نتيجة لعدم الإلتزام بالنصائح الغذائية بالإضافة إلى تأثير بعض الأدوية (كمسكنات الألم والمضادات أنجوسين)، وإلى بطئ نبضة القلب والإحساس بالضعف التام.

2- لاحقاً تعجز الكلى عن إفراز هرمون الإيبو والذي ينشط إنتاج الدم الأمر الذي يؤدي إلى فقر الدم متسبباً في المزيد من إجهاد لعضلة القلب والإحساس بالضعف العام، كما أن فقر الدم يساهم في تسارع فقدان وظائف الكلى.

3- يلي ذلك مشاكل إرتفاع نسبة الفوسفور في الدم لعدم قدرة الكلى على التخلص منه وإرتفاعه المزمن إلى تصلب الشرايين وفي محاولة للتخلص من الفوسفور الزائد وتحسين نسبة الكالسيوم، يزداد نشاط الغدد الدرقية الموجودة في العنق ولكن النشاط الزائد المزمن قد يؤدي إلى إجهاد عضلة القلب ووهن العظام وآلامه الشديدة.

4- تبدأ درجة حموضة الدم في الإنخفاض مما يؤدي إلى المزيد من وهن وضعف العظام وضعف ظهور العضلات مما يؤدي إلى إرهاق عضلة القلب بسبب إزدياد حموضة الدم وتسبب في ضيق النفس.

(ب)- المراحل النهائية: يبدأ المريض بالشعور بالغثيان وفقدان الشهية والضعف وقصر التنفس وكلاهما نتيجة لنقص الدم وارتفاع ضغط الدم، وتجمع السوائل في الرئتين وازدياد درجة حموضة الدم وتورم الساقين نتيجة لتراكم السوائل وقلة التركيز وحكة الجلد. (J.Hamburger,2011, p9)

7- جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي:

- انطلاقا من مفهوم جودة الحياة كمفهوم يتأثر بالحالة الصحية للفرد، وحالته النفسية، درجة ارتباطه بالآخر، وعلاقته بمحيطه، والقصور الكلوي هو مرض خطير فإن جودة الحياة لدى المصابين به متداخلة تداخل العناصر المكونة لها، والإصابة بالقصور الكلوي تعني تغيرا كليا لحياة الفرد بدأ من صورته لذاته ولنمط حياته.

- جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي:

من المعروف أن الإصابة بمرض مزمن وخطير وحاجة المريض للعلاج ولتغير نمط وأسلوب حياته يعني تغيرا كبيرا ليس فقط للحياة اليومية، لكن للإنسان ككل وحتى لمعنى الحياة لديه إلا أن ما يميز المصاب بالقصور الكلوي هي التعقيدات التي تصاحب المريض وتؤثر سلبا على حياته ونشاطه وعمله وتغيرات تسير تدريجيا تطور المرض وهي تمس مختلف الوظائف الجسمية خاصة والنفسية والاجتماعية في تأثيراتها.

1- بالنسبة للجانب الجسمي:

الاضطرابات التي تصيب الوظائف والبنية التشريحية تعتبر إعاقات، هذه الاختلافات تسجل عبر مسار تواصل، النشاط والحركة يمثلان بعدا ذاتيا وشخصيا للوظائف وصعوبات تحقيقها تعد كإعاقات وتحديات تؤثر على دور ومكانة الفرد، وعلاقته الاجتماعية.

وظهور العجز يكون في شكل تعقيدات وموانع لمرض القصور الكلوي. (عمران لخضر، 2009، ص85) وتحدث أضرار وتعقيدات بسبب عدم تمكن الكلية من سحب الفائض من السوائل من الجسم (نقص البول) مقارنة% فإن ذلك يزيد من وزن الجسم بسرعة، كما يسبب الانتفاخ، نقص في عدد الكريات الحمراء 15 من حجم الدم.

% بالنسبة العادية التي تشغل 14 وإن مرضى بالقصور الكلوي يفقدون الكثير من قدراتهم الجسمية والقدرة الجنسية إحداهما، حيث لوحظ أن المريض بالقصور الكلوي المزمن والذي يخضع لعملية التصفية تنقص قدرته الجنسية تدريجيا وهذا ما يؤثر على حياته الزوجية إن كان متزوجا. (عبد المنعم حنفي، 1992، ص111)

2- بالنسبة للجانب النفسي المتعلق بالفرد المصاب:

يعيش المصاب بالقصور الكلوي حالة نفسية صعبة وخاصة عند المرضى في المرحلة الأخيرة أين يضطرون لملازمة آلة التصفية التي تعوض عضوا من أعضاء جسمية فقد فعاليته وهو بذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف الذي ينتج من الإحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلفت.

(إقبال إبراهيم مخلوف، 2005، ص45)

3- بالنسبة للجانب الاجتماعي:

يعاني مريض القصور الكلوي من سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية فيلجأ بذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين، وسوء التكيف هذا ناتج عن الصعوبات والمشاكل التي يعانيتها المريض مع مجتمعه والتي نذكر من بينها:

- عدم القدرة على العمل:

مريض القصور الكلوي لا يستطيع العمل في مهنة تتطلب جهداً كبيراً مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى بقاءه دون عمل.

- العزلة:

نظراً لأن المريض لا يتقاسم نفس الاهتمامات مع الآخرين نتيجة انشغاله الدائم بوضعه الصحي كما أنه يشعر أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عبئاً عليه، وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف مع الوضع يفضل المريض العزلة. (عبد المنعم حنفي، 1992، ص112)

- الحساسية:

غالباً ما يكون المريض شديد الحساسية مما يتسبب في نزاعات مع أفراد الأسرة والمحيط. (أحمد عبد الخالق، 2008، ص107)

خلاصة الفصل:

- نستخلص مما سبق أن مرض القصور الكلوي من بين الأمراض الخطيرة التي تصيب الإنسان فقد عرف بأنه:

تراجع الكليتين على ضمان ترشيح الدم وحذف المواد والبقايا (الضارة) وعلى مراقبة توازن الجسم من حيث الماء والأملاح، وعلى ضبط ضغط الدم.

فالقصور الكلوي هو حدوث قصور في عمل الكلية ووظائفها، مما يؤدي إلى اختلاف عام في جسم الإنسان.

وهو يصنف أو ينقسم إلى نوعين هما: القصور الكلوي الحاد والقصور الكلوي المزمن، وتظهر على هؤلاء المرضى بعض الأعراض منها: الخمول، النعاس، ضيق النفس، تورم معمم، ضعف عم بسبب فقر الدم، فقدان الشهية، فرط بوتاسيوم في الدم، تعب، وزيادة السوائل في الجسم وتحدث نتيجة أسباب منها ما هو باطني ومنها ما هو إستقلابي.

ثم تطرقنا في هذا الفصل إلى علاجات القصور الكلوي وتشخيص القصور الكلوي، كذلك تناولنا أهم مضاعفات القصور الكلوي المزمن.

وفي الأخير تحدثنا عن جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي.

الفصل الرابع: اجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- حدود الدراسة

3- أدوات جمع البيانات

4- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

5- عينة الدراسة

6- اجراءات التطبيق

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي يتم في لجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث المنهجية، وحدود الدراسة بما فيها عينية الدراسة، والتطرق الأداة المستخدمة وتطبيقها على أفراد العينة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات.

1- منهج الدراسة:

عرف موريس أنجرس المنهج: " المنهج ينص على كيفية تصور وتخطيط العمل حول موضوع دراسة ما". (محمد دوادي ومحمد بوفاتح، 2007، ص79)

وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي الذي يصنف الظواهر وصفا موضوعيا من خلال البيانات التي يتحصل عليها باستخدام أدوات وتقنيات البحث العلمي، ويقوم المنهج الوصفي على جمع الحقائق والمعلومات ومقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة.

(محمد علي محمد، 1986، ص181)

كما عرف بأنه أسلوب من أساليب التحليل المتركز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية ثم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة.

في حين يرى آخرون بأن المنهج الوصفي عبارة عن طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها .

(محمد عبيدات، 1999، ص46)

-التذكير بالفرضيات: نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي منخفض.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة حياة لدى المصابين بالقصور الكلوي تعزى لمتغير الجنس.

2- حدود الدراسة:

2-1- الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الميدانية بمركز الكلى وتصفية الدم البروفيسور سح عبي كمال بمدينة الأغواط. ومستشفى أحميدة بن عجيبة الأغواط ومستشفى هواري بومدين بقصر الحيران.

2-2- الحدود الزمانية:

تم تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة من 2016/03/20 إلى 2016/05/05.

2-3- الحدود البشرية:

عينة الدراسة:

تتكون عينة بحثنا من 30 مصابا بالقصور الكلوي، 20 ذكور و 10 إناث، تتراوح أعمارهم بين (24-89) سنة، تم اختيار هذه العينة وذلك حسب معطيات الدراسة تبعا لمتغير الجنس، وهؤلاء المرضى تم اختيارهم من بين المرضى المتقدمين لتصفية الكلى لديهم بمركز الكلى وتصفية الدم والبروفيسور سحري كمال بالأغواط ومصلىة تصفية الدم بمستشفى هواري بومدين - قصر الحيران ، ومصلىة تصفية الدم بمستشفى أحميدة بن عجيبة بالأغواط.

جدول رقم (4): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
66.66%	20	ذكور
33.33%	10	إناث
100%	30	المجموع

يتضح من خلال الجدول السابق أن الدراسة قد مست متغير الجنس، كما يتضح أن عدد الذكور (20) بنسبة (66.66%) يفوق الإناث (10 إناث) بنسبة (33.33%).

3- أدوات جمع البيانات:

(مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة sf-36):

- لا بد أن نشير إلى أن هناك الكثير من الوسائل والأدوات للبحث في مجال جودة الحياة إلا أننا اخترنا هذا المقياس باعتباره الملائم لدراستنا خاصة ونحن بصدد دراسة مرض مزمن وهو القصور الكلوي.

- استخدمنا المقياس ثم بعد ترجمته وحساب صدق هوثباته من قبل الباحث " لخضر عمران " الذي استخدمه في بحث تحت عنوان: الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين.

- مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة هو مقياس من بين مقاييس التقييم الذاتي أسسه بعض الباحثين في مجال الصحة العامة بفرنسا و مترجم بعدة لغات، اعتمده منظمة الصحة العالمية كمقياس عالمي

لحساب درجات الحياة المتعلقة بالصحة للأفراد.

يتكون المقياس في نسخة الحالية من 36 سؤالاً مجتمع في 08 أبعاد يتمتع بخصائص سيكو مترية أهله ليكون أحد السلام العالمية المرجعية من حيث الصدق والثبات.

مجموعة أسئلة المقياس موزعة عبر البنود بالشكل التالي:

1- النشاط الجسمي pf ويضم السؤال الثالث (J,I,H,G,F,D,C,B,A) أي 10 أسئلة.

2- تحديدات بسبب الحالة الجسمية RF: ويضم السؤال 4 (D,C,B,A) أس 4 أسئلة.

3- الألم الجسمي BP: ويضم السؤالين 7 و 8 أي اثنين .

4- الحياة والعلاقات مع الآخرين SF: ويضم السؤالين 6 و10.

5- الصرحة النفسية MH: ويضم السؤال 9، بنود (H, F,D,C,B) وعددها 5.

6- تحديد أن سبب الصحة النفسية RE ويضم السؤال 5 بنوده (C,B,A) وعددها 3.

7- لنشاط الحيوي VT: ويضم أبعاد السؤال 9 (I,E,C,A) وعددها 4 .

8- الصحة المدركة GH: ويضم الأسئلة 28-34-36-33 وعددها 5.

ويتم التقدير بوضع درجة أولى حسب التسلسل من 1-5 ومن 1-6 حسب الاحتمالات الخاصة بكل سؤال، هذا التقدير يقدر فيما بعد بدرجات تتراوح بين 0-100 تقدير جودة الحياة يكون جيدا كلما كانت الدرجة الكلية مرتفعة، تقديرات المفحوص يتم حسابها حسب جدول محدد يتراوح بين 0-100 حسب التقسيم التالي:

البنود 1،2،6،8،9 (a، d ، e,h) ، 11 (c,b) من 100، 25،50،75 إلى 0.

البنود 4 (d,c,b,a) ، 5 (c, b, a) ، 9 (l, g,f,c,b) ، 10،11 (d , a) من 0

20، 50، 75 إلى 100

البنود 3 (J,I,H,G ,F,E,D,C,D,A) من 0، 50 إلى 100.

البنود 7 من 0، 20، 40، 60، 80، 100

- الدرجات المتحصل عليها ، تجمع كمجموع درجات أسئلة البعد، ثم يقسم الرقم الإجمالي على عدد

8 الأسئلة للحصول على درجة البند، أما تقدير جودة الحياة، فيتم جمع كل درجات البنود ويقسم على

للحصول على الدرجة النهائي والتي تكون جيدة كلما كانت مرتفعة وسيئة كلما كانت منخفضة لأن التقدير المتحصل عليه المقدر على 100.

حيث تم تقدير النسبة المئوية لصدق المقياس بـ 91.52% وهي ذات دلالة على نسبة صدق كبيرة للسلم، ثم تم التحقق من ثبات هذه الأداة، ولذلك لجأ الباحث إلى طريقة التطبيق وإعادة التطبيق أي تطبيقه بفارق أسبوع بين التطبيق الأول والثاني على نفس العينة، إذا تم اختيار 10 مرضى بالسكري وتم التطبيق عليهم، ثم بعد تفريغ النتائج ثم حساب الثبات بواسطة معامل الارتباط بيرسون الذي يساوي 0.75 وهو معامل يقترب من 1 وهو دال عند القيمة 0.05، ومنه فالسلم (المقياس) يتمتع بنسبة كبيرة من الثبات.

4- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

بعد وصف الأداة المستخدمة في الدراسة والتي استخدمت في دراسات سابقة، سنقوم في هذا العنصر بقياس الخصائص السيكومترية للأداة المرتبطة بعينة البحث الحالي من حيث الصدق والثبات .

4-1- ثبات المقياس:

تم تقدير ثبات المقياس اعتماداً على طريقة ألفا كرونباخ وذلك بالاعتماد على البرنامج الإحصائي (spss) وأظهرت النتائج ما يلي:

جدول رقم (05): يوضح نسبة الثبات بألفا كرو نباخ لمقياس جودة الحياة.

ألفا كرونباخ	عدد البنود
0.785	36

من خلال الجدول السابق يتضح أن مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة يتمتع بثبات عال.

4-2- الصدق التمييزي :

تم تقدير صدق المقياس اعتمادا على اختبار manne Whitney وواظهرت النتائج ما يلي :

-جدول رقم (06) : يوضح نسبة صدق المقياس باختبار manne Whitney

المستوى	الدرجات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة
العليا	الدرجات	345.00	23.00	15
السفلى		120.00	8.00	15
المجموع				30

من خلال الجدول أعلاه واختبار الدلالة بلغت قيمة $z: -4.6668$ بدلالة 0.000 نلاحظ أن الدلالة

z اصغر من 0.05 ومنه u (مان وتيني)دالة احصائية .أي يتمتع المقياس بصدق تمييزي .

5-إجراءات التطبيق:

- مر التطبيق الميداني للبحث بمجموعة من الإجراءات يمكن ايجازها فيما يلي:

أ-اختبار المقياس المناسب للبحث والمتمثل في مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة sf-36.

ب- اختبار اماكن التطبيق أي مركز الكلى وتصفية الدم البروفيسور سحيري كمال ومستشفى احميده بن

عجيلة ومستشفى هوارى بومدين بمصلحة تصفية الدم حيث خصت 3أيام في الأسبوع لمقابلة المرضى

المصابين بالقصور الكلوي من الجنسين.

ج- تطبيق المقياس على العينة بمساعدة الأخصائية النفسانية .

د - شرح أو تقديم توضيح للمرضى حول طبيعة المقياس و المطلوب منه، إلا أن بعض الحالات لم يرد الاجابة عن المقياس وأبدى رفضا تاما، والبعض الآخر تقبل ذلك، كذلك وجدنا أن البعض لا يجيد القراءة والكتابة مما صعب علينا المهمة فلجأنا إلى الأسلوب العامي حتى يفهم المريض السؤال جيدا .
وقد تم تطبيق المقياس قبل البدء في تصفية الدم.

6- الأساليب الاحصائية :

بعد تفريغ المقياس تمت المعالجة الاحصائية للنتائج باستخدام :

برنامج متبعين الأساليب الاحصائية منها :

- اختبار (manne Whitney).

- المتوسط الحسابي.

- الانحراف المعياري.

الفصل الخامس:

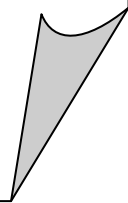
عرض وتفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض نتائج الفرضيات

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات

الاستنتاج العام



تمهيد :

بعد ما سبق من جمع للمعلومات في الجانب النظري حول موضوع الدراسة، وبعد القيام بالإجراءات الميدانية للدراسة والتعرف على العينة واستخدام المقياس والمعالجة الإحصائية لنتائج الدراسة، وفي هذا الفصل سنقوم بعرض نتائج الفرضيات التي أدرجت في الدراسة الحالية والإجابة عليها بالإثبات أو النفي ومناقشتها ومحاولة تفسيرها.

1- عرض نتائج الفرضيات:

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى: نتوقع أن يكون مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي منخفض.

جدول رقم (07): يوضح النتائج التي تحصل عليها أفراد العينة.

الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	الحد الأدنى	الحد الأعلى	حجم العينة	الدرجة الكلية
400.876	73.190	1455.33	2450	975	30	

جدول رقم (08) : يوضح نتائج اختبار T لعينة واحدة.

	المتوسط النظري: 1800					
	ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	الفرق في المتوسط	حدود الثقة للفرق	
					الدنيا	العليا
المجموع	-4.709	29	0.000	-344.667	-494.36	-194.98

- يتضح لنا من خلال الجدولين أن المتوسط الحسابي للعينة 1455.33 أقل من المتوسط النظري

1800، أي أن هناك فرق يقدر ب: -344.66 ولاختبار دلالة هذا الفارق نجري اختبار T لعينة واحدة،

ومن خلال الجدول رقم (08) بلغت قيمة $T: -4.709$ بدلالة إحصائية 0.000 نلاحظ أن الدلالة T أصغر من 0.05 ومنه فالفروق دالة عند 0.01 ، أي يوجد مستوى دون المتوسط، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي منخفض وبالتالي تحققت الفرضية العامة.

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي تعزى لمتغير الجنس.

- جدول رقم (09): يوضح الفروق بين الجنسين في مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي.

الدلالة الإحصائية	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتبة	العينة	
0.003	-2.883	89.50	8.95	10	إناث
		375.50	18.78	20	ذكور
				30	المجموع

- يبين الجدول الفروق الجنسين في مستوى جودة الحياة، فقد بلغ متوسط الرتب لدى الإناث ب: 8.95 أما بالنسبة للذكور فقد بلغ متوسط الرتب ب: 18.78 .

وللتأكيد من دلالة الفروق في الرتب تجري اختبار (مان ويتي)

اللابارا متري : حيث كانت قيمة $Z -2.883$ بدلالة إحصائية 0.003 ، 0.01 ، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الجنسين لصالح الذكور، وبالتالي لم تتحقق الفرضية.

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات :

2-1- مناقشة وتفسير الفرضية الأولى:

من خلال البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الأولى والمندرجة في الجدولين رقم (07) و (08) توصلنا إلى:

- أن مستوى جودة حياة لدى المصابين بالقصور الكلوي منخفض.

بحيث تشابهت هذه الدراسة مع دراسة الطيب (2000) بعنوان العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن وتوصلت إلى أن هناك عوامل تؤثر على نوعية حياة المرضى كاضطراب اللياقة الجسمية واللياقة النفسية واضطراب الاهتمامات الاجتماعية والدعم الروحي كما أن الحالة الاجتماعية الاقتصادية، القلق، الاكتئاب، حالة المنزل والعناية الذاتية التي تقوم بها المريض تعتبر من العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي، وقد تم التوصل إليها بعد استخدام مقياس لقياس نوعية حياة المريض ومقاييس أخرى.

ودراسته باكويل (bakaewell) (2002) بعنوان جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المعالجين بالغسيل وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن جودة الحياة لدى العينة متدهورة وكانت أبرز التغيرات تلك التي حدثت للجوانب العامة للأعراض والمشكلات الصحية وعبء مرضى الكلى والحالة الانفعالية ورضا المريض.

- وتفسر الباحثين نتائج الدراسة إلى:

جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي مستواها منخفض وهذا نظرا لما يشكله المرض من تغيرات في حياة المصابين.

ونظرا لما يعاينه المريض والانصراف عن الاستمتاع بمناهج الحياة مع هبوط النشاط ونقص الحماس للعمل والإنتاج ويصاحب هذا أرق واضطرابات في نوم المريض.

وكذا حرمانه من الاستمتاع بالوجبات الغذائية التي كانت مفضلة لديه قبل الإصابة والتزامه بالعلاج والغسيل الكلوي والتحاليل المستمرة.

أيضا فإن المريض يلزم آلة التصفية التي تعوض عضوا من أعضاء جسمه فقد فعالية وبذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف.

كذلك البعد النفسي والاجتماعي بحيث أن قوة أو ضعف شخصية المريض تعكس التكيف معه، ونظرة الآخرين السلبية أو الإيجابية للمصاب تعكس له نظرتة لذاته.

- الوضع الصحي لهؤلاء المرضى ووجود السند أو الدعم من قبل أفراد الأسرة ومن الناحية الاقتصادية فالمريض أصبح في حالة بطالة مما يترتب على هذه البطالة من مشكلات اقتصادية نتيجة لنقص الموارد المالية وكذا طبيعة مرض القصور الكلوي كمرض مزمن يؤدي إلى بعض القيود على نمط الحياة العادية مثل: العزلة الاجتماعية وضعف الثقة في النفس وإحداث إجهاد ومشقة للمحيطين بهم.

ويعيش مريض الفشل الكلوي قيود خاصة بالغسيل الكلوي وطول مدة الغسيل والتقيد بمواعيد محددة.

2-2- مناقشة وتفسير الفرضية الثانية:

إن البيانات المتحصل عليها في تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الثانية والتي يظهرها الجدول رقم (09) يبين أن:

- توجد فروق في مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي تعزى لمتغير الجنس وهس لصالح الذكور.

حيث تشابهت هذه الدراسة من حيث النتائج مع دراسة بشير معمريّة (2015) التي اكدت على وجود فروق لصالح الذكور.

فأظهرت نتائجها بعد تطبيق المقياس المؤي لنوعية الحياة الخاص بالمتقاعدين أنه توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة، حيث وجد أن الذكور أكثر رضا من الإناث عن جودة حياتهم في مجالات غياب الالم البدني والقدرة على الحركة بالاعتماد على النفس، والقدرة على القيام بالنشاط اليومي. عكس الاناث فجودة حياتهم سيئة تبعا لعدة عوامل.

وتفسر الباحثين النتائج إلى :

أن اغلب الذكور لديهم نوع من الرضا عن جودة حياتهم، أي أكثر رضا من الاناث. وإن هناك بعض المرضى من الذكور لم يعطوا إجابات صادقة واستعملوا بعض الميكانيزمات الدفاعية منها الانكار لتصريف القلق الذي يتعرضون له. فهو ينكر واقعه، فيصل إلى حد إنكار المريض لمرضه.

كذلك هناك ميكانيزم الاسقاط فهو يسند للعالم الخارجي ما ينكره عن نفسه، لتسقط أحاسيسه على الآخرين.

- في رأينا أن قياس جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي لا يكون فقط بمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة sf-36 لأن جودة الحياة متعددة الأبعاد و مرتبطة بعدة مفاهيم كالرضا عن الحياة، تقدير الذات، الصلابة النفسية، الدعم الاجتماعي.....كلها مفاهيم نستطيع قياس جودة الحياة من خلال مقاييسها.

- فنجد الباحثة مجدي (2009) وضعت هذه المفاهيم وغيرها كمفاهيم يمكن من خلالها أن يتمكن الفرد من الوصول إلى جودة الحياة وتحقيقها.

- لإحداث التوازن المطلوب للصحة الجسمية لا بد من الصحة النفسية والتي يمكن للمرضى المؤمنين أن يصلوا إليها بالمتابعة النفسية عند الاخصائي النفسي لإحداث نوع من التوازن.

-إن الدراسات التي تناقضت مع دراستنا الحالية قد يرجع إلى ذلك إلى أنهم لم يستخدموا نفس المقياس الذي استخدمناه في دراستنا ، كذلك اختلاف الغينات وتنوعها من طلبة كذلك والمرضى والمسنين.

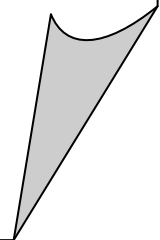
الاستنتاج العام :

من خلال عرض ومناقشة نتائج الفرضيات تكون الدراسة الحالية قد حققت أهدافها من حيث معرفة جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي، حيث افترضنا أن مستوى جودة الحياة لديهم منخفض، وبعد حساب المستوى الخاص بكل فرد تم تفرغته في الجداول الاحصائية. توصلنا إلى أن نسبة جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي منخفض.

- اما الفرضية الثانية والتي تمثلت في عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية لدى المصابين بالقصور الكلوي تغري لمتغير الجنس. حيث تم تحقق هذه الفرضية وهذا ما دلت عليه نتائج القيم المحسوبة.

- انطلاقا من النتائج السابقة اتضح لنا أن جودة الحياة لدى المرضى بالقصور الكلوي تختلف من حالة إلى حالة أخرى كما أن الحالة النفسية والاجتماعية وأثر المرض على صحتهم كلها عوامل من شأنها أن ترفع أو تخفض من مستوى جودة الحياة لديهم.

الختامة



من خلال ما أشرنا إليه يتبين لنا أن موضوع جودة الحياة من اهم المواضيع تستحق المزيد من الدراسة خاصة جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

فالفرد المصاب بالقصور الكلوي تصحبه الكثير من التغيرات بما فيها التغيرات الصحية التي تحدث له،

ومن هنا يتوجب على المريض التعرف على مرضه كونه مرض مزمن لا يمكن الشفاء منه ولكن

باستطاعته التكيف نوعا ما معه وتجنب مضاعفاته الخطيرة التي تؤثر على جهاز مهم في الجسم وهو

الكلية لذا يجب معرفة وجود نوع من ثقافة المريض الصحية لأن ذلك مهم في السيطرة على مرضه.

إضافة إلى اتباع الحمية ومعرفة النظام الغذائي المناسب له وكذلك الأدوية الخاصة بالقصور

الكلوي، إضافة إلى استعمال آلة التصفية لكي يسهل على المريض عملية العلاج، هذا لن ينعكس على

جودة حياته أي جودة الحياة ترتبط ارتباطا وثيقا بالمرضى، فهم من يقيمون حياتهم رغم اصابتهم بالمرض

المزمن، فهناك من يرى المرض أنه عائق لجودة حياته وهناك من يرى عكس ذلك وهذا راجع إلى أن

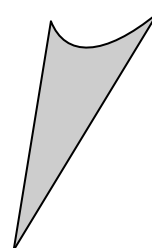
الشعور بجودة الحياة يمثل نسبا مرتبط بمفاهيم أخرى كالرضا عن الحياة والحالة الاجتماعية، السعادة التي

يشعر بها الفرد والصحة النفسية...

ومن خلالها يحدد كل مريض ما يحسنه من جودة حياته أو ما يعيقها.

قائمة

المراجع



المراجع العربية :

الكتب:

- 1) إجلال محمد سري ، علم النفس العلاجي ، عالم الكتب نشر وتوزيع، ط2، القاهرة ،2000.
- 2) أحمد عيد مطيع الشخانية، التكيف مع الضغوط النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط 1، عمان الأردن،2010.
- 3) إقبال إبراهيم مخلوف ،الرعاية الاجتماعية وخدمة المعوقين،دار المعرفة الجامعية،مصر 2005.
- 4) أمال بورقبيبة ،الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة ،دار النساء ،ط1 ،الجزائر ،2000.
- 5) أمين رويجة ،أمراض الكلى والمثانة والبروتيدات ،دار العلم ،ط3 ،بيروت ،لبنان ،1983.
- 6) خالد الكبيبي ،علم وظائف الأعضاء ،دار وائل للنشر والتوزيع ،ط2، عمان ،2002.
- 7) زينب شقير ،مقياس قلق المستقبل ،مكتبة الانجلو المصرية ،ط1، القاهرة ،2005.
- 8) شيلي تايلور ترجمة وليام درويش،بريك فوزي،شاكر داود، علم النفس الصحي، دار الحامد للنشر والتوزيع،ط1، عمان الأردن،2008.
- 9) عبد العزيز القوصي ،أسس الصحة النفسية ،مكتبة النهضة المصرية،ط4، القاهرة 1952.
- 10) عبد المنعم حنفي ،الموسوعة النفسية الصحية،مكتبة مديولي ،ط1، مصر ،1992.
- 11) فايد حسين علي ،دراسات في الصحة النفسية ،المكتب الجامعي الحديث ،ط1،الإسكندرية،2001.
- 12) محمد السعيد أبو حلاوة،علم النفس الايجابي تعريفه ومجالاته،جامعة الإسكندرية،بت.
- 13) محمد داودي،محمد بوفاتح، منهجية البحوث العلمية والرسائل الجامعية ، دار ومكتبة الاوراسية،ط1، الجلفة،2007.
- 14) محمد صادق صبور ،أمراض الكلى وزرع الأعضاء،دار القلم بيروت ،لبنان ، 1989 .
- 15) محمد عبيدات وآخرون ،منهجية البحث العلمي ،دار وائل للطباعة والنشر،ط2، عمان ،1999.

- 16) محمد علي البار ،الفشل الكلوي أسبابه وطريقة الوقاية منه وعلاجه ،دار القلم ،بيروت ،1992.
- 17) محمد علي هاشم ،أمراض الكلية ،الجزء 5،دمشق ،1989.
- 18) رمضان سليمان،مرض السكري،نشرية إرشادية،ألمانيا،2013.

المعاجم :

- 19) لطفي الشريني،معجم مصطلحات الطب النفسي،مركز تعريب للعلوم الصحية،مصر،ب ت .
- 20) محمد رفعت،قاموس الرجل الطبي،دار ومكتبة الهلال،ط2،بيروت،لبنان،1995.

الرسائل العلمية:

- 21) أميرة طه بخش،جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعادين بالمملكة العربية السعودية،جامعة أم القرى ،مكة المكرمة .
- 22) بوعشبة أمال،جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة،جامعة باتنة ،2013/2014.
- 23) حمزة جيهان،دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة التعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب، جامعة القاهرة،2002.
- 24) سمية جيب وعلية بوركهنه ، جودة الحياة لدى الراشدين المصابين بداء السكري ، مذكرة ماستر،جامعة الأغواط،الجزائر،2014/2015.
- 25) سي مرابط شرين وقوداري عفاف ، جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن سن الزواج ، مذكرة ماستر، جامعة الاغواط،الجزائر،2014/2015.

- (26) شيخي مريم، *طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة*، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2013/2014.
- (27) عمران لخضر، *الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين*، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2008/2009.
- (28) مجدي حنان، *الساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، 2009.
- (29) محمد حامد إبراهيم الهنداوي، *الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة*، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة 2011.
- المقالات العلمية:
- (30) أحمد عبد الباقي مخلوق، *الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي*، مجلة الدراسات النفسية، مجلد 18، العدد الأول، بيروت، 2008.
- (31) بشرى عناد مبارك، *جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج*، مجلة كلية الآداب، العدد 99، كلية التربية الأساسية، جامعة ديالى، ب.ت.
- (32) بشير معمري، *جودة الحياة لدى المتقاعدين والمسنين وفق المقياس المنوي لمنطقة الصحة العالمية*، بحث ميداني على عينات جزائرية، *المجلة العربية للعلوم النفسية*، العدد 46، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2015.
- (33) بشير معمري، *علم النفس الايجابي، اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية*، جامعة الحاج لخضر، باتنة، ب.ت.

- (34) الدسوقي مجدي، دراسة الأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من صغار السن الراشدين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مج 8، العدد 20، مصر، 1998.
- (35) الراسي خميس سالم، تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جودة حياة المتعلمين بمدارس السلطنة ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، عمان 17-19 ديسمبر 2006.
- (36) رغداء علي نعيمة، جودة الحياة لدى عينة من طلبة دمشق، مجلة جامعة دمشق، العدد 01، جامعة دمشق، سوريا 2012.
- (37) سلاف مشري، جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي، دراسة تحليلية، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 08، جامعة الوادي، الجزائر، سبتمبر، 2014.
- (38) شاهر خالد سليمان، قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد 117، جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية، ب ت .
- (39) محمد السعيد أبو حلاوة، جودة الحياة: المفهوم والأبعاد، ورقة مقدمة في إطار فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، الإسكندرية، 2010.
- (40) محمد علي إبراهيم، جودة الحياة وعلاقتها بقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية، مجلة الفتح، العدد الرابع والخمسون، كلية التربية الأساسية، جامعة ديالى، 2013.
- (41) محمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم، مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط 17-19 ديسمبر 2006.
- (42) هويدة حنفي محمود وفوزية عبد الباقي الجمالي، فعالية الذات المدركة ومدى تأثيرها على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة المتفوقين والمتعثرين دراسيا، مجلة أكاديمية محكمة عن الأكاديمية العربية للعلوم والتكنولوجيا، اماراباك 2010.

المؤتمرات والملتقيات العلمية:

43) أيمن محمد مصطفى يوسف، قياس وإدارة تنمية المجتمعات العمرانية الجديدة من خلال مؤشرات

جودة الحياة، مقال: aymamh68@yahoo.com

44) جيب مجدي عبد الكريم ، فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى

عينات من الطلاب العمانيين ، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس ، 17-19 ديسمبر

عمان، 2006.

45) عبد الرحمان سعيد ، عبد الرحمان محمد ، استخدام بعض الاستراتيجيات للتعايش في تحسين جودة

الحياة لدى المعوقين سمعياً ، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم

وتطوير التعليم ، عمان ، 2007.

46) فوزية محمدي أمال بوعشبة ، معوقات جودة الحياة الأسرية، الملتقى الوطني الثاني حول

الاتصال وجودة الحياة في الأسرة ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، الجزائر ، أبريل ، 2013.

47) عبد المعطي حسن مصطفى ، الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر ووقائع

المؤتمر العلمي الثالث ، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودت الحياة، جامعة

الزقازيق، مصر، 2005.

الغندورة العارف بالله محمد، أسلوب حل المشكلات وعلاقتها بنوعية الحياة، دراسة نظرية المؤتمر الدولي

السادس لمركز الإرشاد النفسي، جودة الحياة توجيه قومي للقرن الواحد والعشرين، جامعة عين شمس،

القاهرة، 1999

48) أماني عبد المقصود وسميرة محمد شند ، جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى عينة

من الأبناء المراهقين ، المؤتمر السنوي الخامس عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين

شمس، مصر، 2010.

49) إيمان أحمد خميس، **جودت الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال**، المؤتمر العلمي الثالث، تربية المعلم العربي وتأهيله، رؤى معاصرة، جامعة جرش الخاصة، ب ت.

50) نجوى إبراهيم عبد النعم، **الرضا عن الحياة**، المؤتمر السنوي الخامس عشر لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مصر 2010.

المراجع الأجنبية :

52)Alainmeyrier,**maladies rénales de l'adulte** ,Berti Edition , 2 Edition,1994 ;paris.

53)Bruno Moulin,**néphrologiecollège Universitaire des enseignants de mèrolige**, Edition ellipses , paris, 2007

54)Brisson ,mary Richardson ,Dominique gagnè,**relation entre l 'agriculture et la qualité de vie des communautés ruralespériurbaines** ,institut national ,de santé publique ,Montréal ,2010.

55)Claude Naudin ,**Larousse Médical** ,Larousse ,paris, France,1995.

56)Daniellelaplante ,**Une étude Explorative,portant sur qualité de vie de personnes adultes en période d 'adaptation a la perte de vision en lien à la qualité du soutien Familial reçu** ,thèse de magistère, Université du Québec ,Montréal,2013.

57)Mercadal ,F.Martinez ,Tpetitcherc ,**Encyclopédie pratique de mèdeicine,tome 5,AkOSEMC,édition maloine** ,paris ,France ,1997.

58)Marc,**la Relation Entre qualité de vie et santé :Une question épistémologie** ,thèse de magistère ,Université de Montréal France ,2011.

59)Ryfffc,**Happiness Is Everything ,Or I sit.. Exploration ont the Meaning of psychological well ,being** ,journal of personality and social , 1989.

60) Sandra Racine ,**la qualité de vie après Une chirurgie coronarienne ouvabulaire : la suivi systématique en soutien à domicile il Une différence** , thèse de magistère ,Université Laval Québec ,Montréal ,2007.

61)Ventegordtcetal, **Measurement of quality of life** , the scientific word journal N(3),2003.

62)Kelly and clinical Snapshot, **chromic Ran al America cornelsociologies** , London , 1996.

63)jean Hamburger , **lAnsuffinsane rénal** édition Mélanie Kucharczy ,paris, 2011.

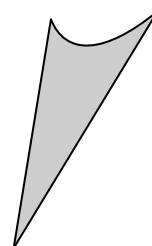
المواقع الالكترونية :

64)www.WiKiPèdia.com.

65)www.Sehha.com.

67)[www.tadwwoo](http://www.tadwwoo.com) .com.

الملاحق



ملحق رقم (01)

سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة

الجنس :

السن :

نوع مرض : القصور الكلوي

تعليمات:

من فضلك أجب على كل الأسئلة ، بعض الأسئلة قد تكون متشابهة فيما بينها إلا أنها مختلفة عن بعضها البعض من فضلك خذ الوقت الكافي للقراءة و الإجابة عن كل سؤال بحذر، اختر الجواب الأقرب لحالتك.

الأسئلة:

1- تقول عن صحتك بشكل عام إنها:

ممتازة جيدة جدا جيدة متوسطة ضعيفة

2- كيف ترى صحتك الآن مقارنة بها في السنة الماضية:

- أحسن بكثير من السنة الماضية
 أحسن بقليل من السنة الماضية
 بالتقريب مثل السنة الماضية
 أسوأ بقليل من السنة الماضية
 أسوأ بكثير من السنة الماضية

3- الأسئلة التالية متعلقة حول نشاطاتكم اليومية: إلى أي مدى تؤثر صحتك الحالية على النشاطات التالية:

a- النشاطات المرهقة (الجري ، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة)

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

b-النشاطات المتعددة و الخفيفة (تحريك طاولة ، القيام بالكنس و التنظيف)

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

c- رفع أو حمل علب

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

d-صعود طوابق عدة عبر حلقات من سلالم(دروج) على التوالي

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

e- صعود طابق عبر السلم (دروج)

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

f-الانثناء، الجلوس على الكعبين(تقعمز) ، الانحناء

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

g-المشي أكثر من كيلو متر ونصف

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

h-المشي لبعض مئات الأمتار

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

i- المشي مائة متر

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

z- أخذ حمام أو الاغتسال

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

4- خلال الأربعة أسابيع الماضية هل واجهتك المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية نتيجة لصحتك الجسمية؟

a- التقليل من وقت العمل أو من النشاطات أخرى

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

b- انجاز أقل مما كنت تريد

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

c- كانت (المشاكل) مرتبطة بنوع العمل أو النشاط

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

d- تواجه الصعوبات في انجاز العمل أو النشاطات الأخرى (مثل القيام بجهد اكبر لنشاط معتاد)

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

5- خلال الأربعة أسابيع الماضية هل واجهتك المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية نتيجة لصحتك النفسية (مثل أن تكون قلقاً أو مكتئباً)؟

a- التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

b- انجاز أقل مما كنت تريد

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

c- انجاز عملي أو نشاطات أخرى بدقة أقل من المعتاد

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

6- خلال أربعة الأسابيع الماضية إلى أي مديات أثرت صحتك الجسمية و/أو النفسية في علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع الأيوين، الأصدقاء، الجيران، الجماعات؟

لم تأثر أثرت بشكل خفيف أثرت باعتدال أثرت كثيراً أثرت بشدة

7- ما هو مستوى الألم الجسمي الذي عايشته خلال الأربعة أسابيع الماضية؟

لم يحدث حدث قليلا حدث باعتدال حدث كثيرا حدث بشدة

8- خلال الأربعة أسابيع الماضية إلى أي مدى أثر الألم في علاقاتك بعمك اليومي (عملك داخل أو خارج المنزل)؟

لم يؤثر أثر قليلا جدا أثر قليلا أثر بشكل متوسط أثر كثيرا أثر كثيرا جدا

9- الأسئلة التالية تتعلق بكيفية إحساسك و كيفية تماشي الأحداث خلال الأربعة أسابيع الماضية ، أجب على الاختيار الأقرب من إحساسك

a- هل كنت حيويا ؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

b- هل كنت عصبيا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

c- هل أحسست بانخفاض الهمة لدرجة لم يستطع أحد أن يواسيك؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

d- هل كنت هادئ و ساكن؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

e- هل كنت ممتلئا بالطاقة (نشطا)؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

f- هل كنت حزينا أو مكتئبا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

g- هل كنت منهكا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

h- هل كنت سعيدا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

i- هل كنت تعباً؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

10- خلال الأربعة أسابيع الأخيرة هل أثرت صحتك الجسمية أو النفسية على علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع

الأبوين، الأصدقاء، الجيران، الجماعات؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

11- قيم العبارات التالية مع وضعيتك الحالية

a- يبدو أي أقع مريضا بسهولة أكثر من الآخرين

صحيح صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما غير صحيح تماما

b- أنا أيضا بصحة و أفضل من أي أحد

صحيح صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما غير صحيح تماما

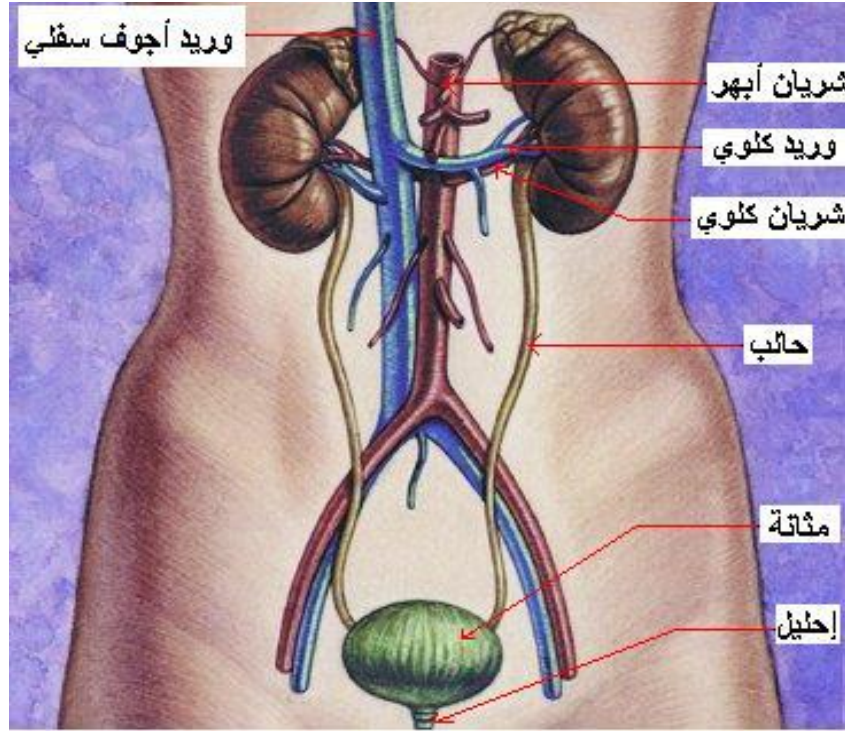
c- أتوقع أن تتفهم صحتي

صحيح صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما غير صحيح تماما

d- صحتي ممتازة

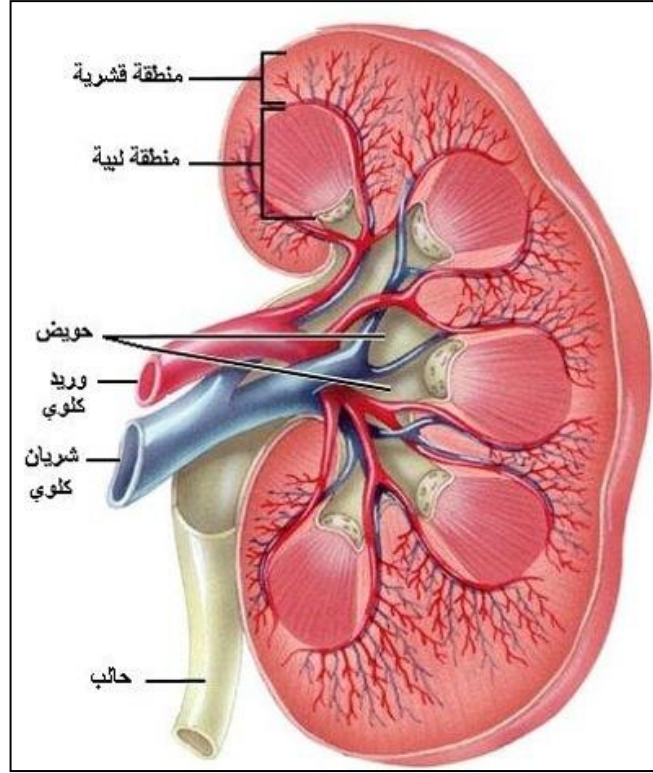
صحيح صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما غير صحيح تماما

الملحق رقم (02)



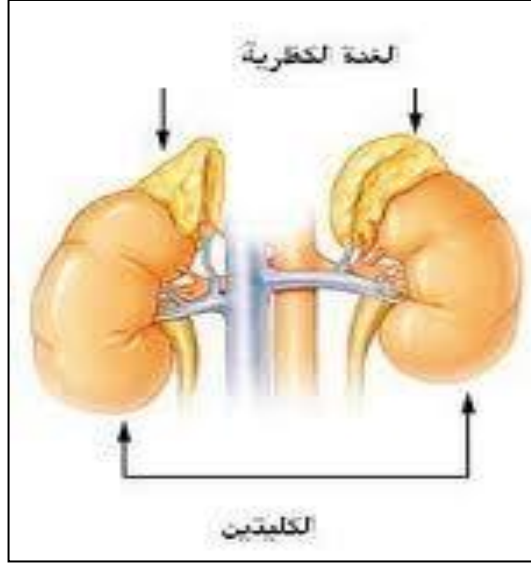
الصورة رقم 01: رسم تخطيطي توضيحي لمكونات الجهاز البولي

الملحق رقم (03)

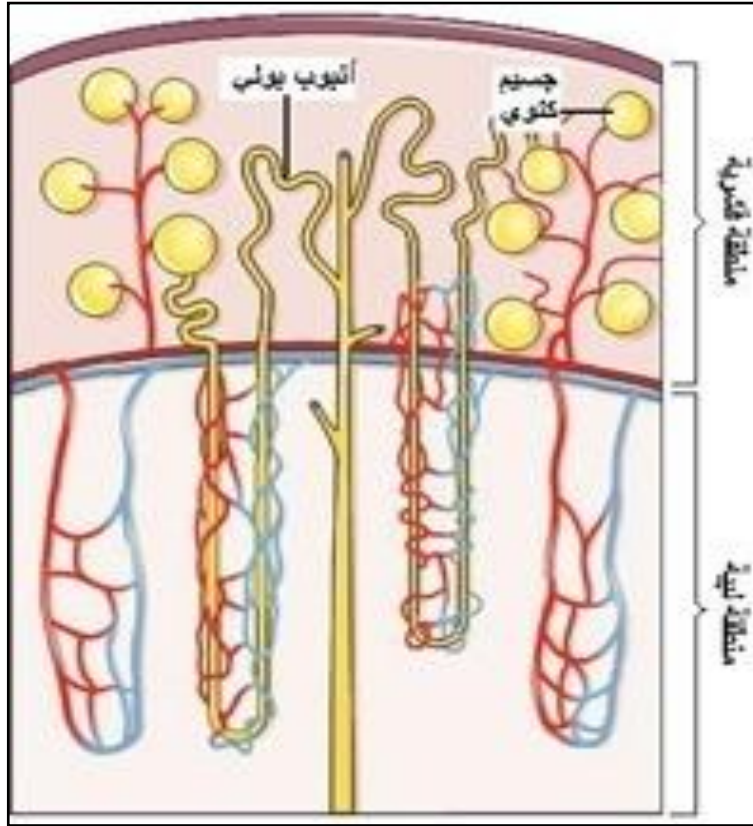


الصورة رقم 02: رسم تخطيطي لمقطع طولي في الكلية

الملحق رقم (04)



الصورة رقم 03: رسم تخطيطي يوضح موقع الغدة الكظرية



الصورة رقم 04: رسم تخطيطي يوضح بنية النيفرون

الملحق رقم (06)



الصورة رقم 5: تمثل جهاز التصفية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,785	36

Ranks

	Level	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Degres	العليا	15	23,00	345,00
	السفلى	15	8,00	120,00
	Total	30		

Test Statistics^a

	Degres
Mann-Whitney U	,000
Wilcoxon W	120,000
Z	-4,668
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^b

a. Grouping Variable: Level

b. Not corrected for ties.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Total	30	975	2450	1455,33	73,190	400,876
Valid N (listwise)	30					

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total	30	1455,33	400,876	73,190

One-Sample Test

	Test Value = 1800					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Total	-4,709	29	,000	-344,667	-494,36	-194,98

Ranks

	Gender	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Total	أنثى	10	8,95	89,50
	ذكر	20	18,78	375,50
	Total	30		

Test Statistics^a

	Total
Mann-Whitney U	34,500
Wilcoxon W	89,500
Z	-2,883
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,003 ^b

a. Grouping Variable: Gender

b. Not corrected for ties.