



**العوامل النفسية الاجتماعية لدى المرضى: دراسة
استكشافية للسلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى
الفشل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة**

*Psychosocial Factors in Patients: An Exploratory Study
of Health Behavior and Quality of Life Among Kidney
Failure Patients in Gaza Strip Hospitals*

محمد عمر عيادة أبو زهري: جامعة القرآن الكريم وتأسيس العلوم، جهة الانتساب:
وزارة الصحة الفلسطينية، قطاع غزة، فلسطين.

*Mohammed Omer Eyada Abu Zuhri: University of the Holy
Quran and the Islamization of Knowledge, Affiliation:
Palestinian Ministry of Health, Gaza Strip, Palestine.*

yaaa.hady@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.64337/rgj.v1i4.148>

الملخص:

هدفت هذه الدراسة، التي اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي وشملت 421 مريضاً ومريضة من مستشفيات قطاع غزة خلال الفترة 2023-2024، إلى استكشاف مستوى السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي. كما سعت لتحديد ما إذا كانت هناك فروق تُعزى لمتغيرات العمر، والنوع، ومدة الإصابة.

وأظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي كان متوسطاً بوزن نسبي (60.60%)، بينما كانت جودة الحياة مرتفعة جداً بوزن نسبي (80.60%). كما كشفت النتائج عن وجود علاقة طردية موجبة ودالة إحصائياً بين السلوك الصحي وجودة الحياة. من ناحية أخرى، لم تُظهر الدراسة أي فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات السلوك الصحي وجودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

وبناءً على هذه النتائج، أوصى الباحث بأهمية تعزيز السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي من خلال تنفيذ برامج وأنشطة تدريبية وورش عمل للمرضى والعاملين، تساهم في توعية المرضى وزيادة التزامهم بالسلوك الصحي.

الكلمات المفتاحية: السلوك الصحي، جودة الحياة، مرضى الفشل الكلوي، قطاع غزة.



Abstract

This study, which adopted a descriptive-analytical approach and included 421 patients from hospitals in the Gaza Strip during the period 2023-2024, aimed to explore the level of health behavior and its relationship with quality of life among renal failure patients. The study also sought to determine if there were differences attributed to variables such as age, gender, and duration of the illness.

The results showed that the level of health behavior among patients was moderate with a relative weight of (60.60%), while their quality of life was very high with a relative weight of (80.60%). The study also revealed a positive and statistically significant direct correlation between health behavior and quality of life. However, no statistically significant differences were found in the levels of health behavior and quality of life based on the gender variable.

Based on these findings, the researcher recommended the importance of promoting healthy behavior among renal failure patients through the implementation of training programs, activities, and workshops for both patients and healthcare workers, with the goal of increasing patient awareness and commitment to healthy practices.

Keywords: Health behavior, quality of life, renal failure patients, Gaza Strip.

المقدمة

يُعدّ مرض الفشل الكلوي المزمن من الأمراض المزمنة المعقدة التي تؤثر بشكل كبير على حياة المرضى من مختلف الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية. ويواجه مرضى الفشل الكلوي تحديات يومية تتطلب التكيف المستمر مع العلاج، خاصة الغسيل الكلوي، والالتزام بنظام غذائي صارم، ومتابعة طبية دقيقة. وتُظهر الدراسات الحديثة أن نوعية حياة هؤلاء المرضى لا تعتمد فقط على الجانب الطبي، بل تتأثر أيضًا بسلوكهم الصحي ومدى التزامهم بالتعليمات العلاجية، بالإضافة إلى الدعم النفسي والاجتماعي الذي يتلقونه.

إن السلوك الصحي يُعد من المحددات الرئيسة لجودة الحياة، إذ إن التزام المرضى بممارسات صحية إيجابية مثل الانتظام في الجلسات العلاجية، واتباع النظام الغذائي المناسب، والمحافظة على النظافة الشخصية، يساهم في تقليل المضاعفات وتعزيز الشعور بالتحكم في المرض. في المقابل، قد يؤدي تبني سلوكيات صحية سلبية إلى تدهور الحالة الصحية وانخفاض جودة الحياة (مخلوف، 2019).

كما أن جودة الحياة بمختلف أبعادها - النفسية، الأسرية، والشخصية - تُعد مؤشرًا مهمًا على فعالية الرعاية الصحية ومدى تكيف المريض مع حالته المزمنة. وبالتالي، فإن فهم العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي يساعد في توجيه الجهود نحو تحسين جودة الرعاية وتطوير برامج تدخل فعالة (العزيمي، 2019).

ومن هذا المنطلق، جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على مستوى السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في مستشفيات قطاع غزة، وتبحث في العلاقة بينهما، بالإضافة إلى تحليل الفروق في هذه المتغيرات وفقاً للعوامل الديموغرافية مثل النوع، العمر، ومدة الإصابة.

مشكلة الدراسة

حددت مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي: ما هي طبيعة العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة؟

ويتفرع عنه التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة؟
2. ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي تُعزى لمتغيرات الدراسة (النوع، مدة الإصابة، العمر)؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تُعزى لمتغيرات الدراسة (النوع، مدة الإصابة، العمر)؟

فروض الدراسة

1. لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى

السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي تُعزى لمتغيرات الدراسة (النوع، مدة الإصابة،

والعمر).

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى جودة

الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تُعزى لمتغيرات الدراسة (النوع، مدة الإصابة، والعمر).

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات كل من السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى

الفشل الكلوي في قطاع غزة، بالإضافة إلى الكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية

بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى السلوك الصحي تُعزى لمتغيرات الدراسة مثل

النوع، مدة الإصابة، والعمر. كما تسعى الدراسة أيضًا إلى التعرف على ما إذا كانت هناك فروق

ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى جودة الحياة لدى مرضى

الفشل الكلوي تُعزى لنفس المتغيرات.

أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذه الدراسة من تناولها لمتغيرين أساسيين لدى مرضى الفشل الكلوي، وهما السلوك

الصحي وجودة الحياة، لما لهما من دور مهم في معرفة مدى تأثيرهما على مرضى الفشل الكلوي.

تسعى الدراسة للكشف عن العلاقة بين هذين المتغيرين، مما يساعد في جمع المعلومات بالغة

الأهمية التي لم تحظَ بالدراسة معًا بشكل كبير. كما تبرز الحاجة إلى التعرف على الحالة النفسية

لدى مرضى الفشل الكلوي، وبالتالي تقديم ورش عمل وبرامج إرشادية تدعم هؤلاء المرضى وذويهم
لكيفية التعامل معهم.

حدود الدراسة

تقتصر هذه الدراسة على بحث العوامل النفسية والاجتماعية في بيئة المرضى من خلال تركيزها
على السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في قطاع غزة. تستخدم
الدراسة أدوات واختبارات محددة ضمن المنهج الوصفي التحليلي. وتستهدف مرضى الفشل الكلوي
في مستشفيات القطاع، حيث سيتم تطبيقها خلال الفترة الزمنية من 2023 إلى 2024.

مصطلحات الدراسة

- **السلوك الصحي:** يُعرف بأنه مجموعة أنماط السلوك العلنية والإجراءات والعادات التي تتعلق
بالحفاظ على الصحة واستعادتها وتحسينها، ويستند إلى بناء تقييمات سابقة لقياس السلوكات
ذات الصلة بالصحة مثل المعتقدات والتوقعات والدوافع والقيم والتصورات المعرفية وسمات
الشخصية (المحاسنة والخاتنة، 2020).
- **جودة الحياة:** تعبر عن الشعور بالرضا والسعادة، وقدرة الشخص على إشباع حاجاته من
خلال ما يتوافر لديه من قدرات وإمكانات، ورقى الخدمات التي تقدم له في مختلف
المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية والتعليمية (بن كمشي، 2018).
- **مرضى الفشل الكلوي:** هم الفئة المسجلة في قسم الكلية الصناعية بمستشفيات قطاع غزة
الذين لديهم ملفات تحمل أسمائهم وأرقامهم ومواعيد جلسات الغسيل الكلوي الخاص بهم
(أبوزهرى، 2021).

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات المتعلقة بالسلوك الصحي توجد العديد من الدراسات التي تناولت السلوك الصحي،

ويمكن عرض البعض منها:

• دراسة ساسي وقانة (2021): هدفت الدراسة إلى قياس مستوى السلوك الصحي لدى

مرضى السكري، وعلاقته ببعض المتغيرات كالجنس، العمر، ومدة المرض. استخدم الباحث

المنهج الوصفي الاستكشافي، واستخدم استبيان (سمية عليوة، 2015) على عينة مكونة من

61 مريضاً. أظهرت النتائج أن السلوك الصحي لدى المرضى كان بمستوى متوسط، ولم

تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى للجنس أو العمر، بينما وُجدت فروق دالة

إحصائية تُعزى لمدة الإصابة، وكانت لصالح من مضى على إصابتهم أقل من سنتين.

• دراسة الكريديس (2020): هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية والسلوك

الصحي لدى مسنين مرضى السرطان، وكذلك دراسة مستوى كل منهما حسب النوع والحالة

الاجتماعية. شملت الدراسة 73 مسنّاً ومسنّة، وتم استخدام مقياسي الصلابة النفسية

والسلوك الصحي. أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي بين الصلابة النفسية والسلوك

الصحي، وعدم وجود فروق في السلوك الصحي بين الذكور والإناث أو بين الذكور

المتزوجين والأرامل، بينما وُجدت فروق لصالح النساء المسنات المتزوجات مقارنة بالأرامل

في مستوى السلوك الصحي.

• دراسة سعودي (2020): هدفت الدراسة إلى التعرف على السلوك الصحي وعلاقته بجودة

الحياة لدى مرضى القصور الكلوي بمدينة المغير. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام المنهج

الوصفي الارتباطي، وتم تطبيق أداتين للدراسة وهما: مقياس السلوك الصحي ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (الصورة المصغرة). وقد تكونت العينة من (29) مريضاً من مرضى القصور الكلوي بمدينة المغير، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة.

• دراسة بوشللق ونوار (2019): هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات السلوك الصحي لدى مرضى السكري وفحص الفروق حسب الجنس، مدة المرض، والمستوى التعليمي. شملت العينة 120 مريضاً من مدينة ورقلة، واستخدمت المنهج الوصفي الاستكشافي مع تصميم مقياس للسلوك الصحي. أظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي لدى المرضى متوسط، ووجدت فروقاً دالة إحصائية حسب الجنس، بينما لم تظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية حسب مدة المرض أو المستوى التعليمي.

• دراسة بيتيك وآخرون (2018) Petek et al: هدفت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة الارتباطية الموجودة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى القلب، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي على عينة قوامها (871) مريضاً، وتم استخدام استبيان D-EQ5 ومقياس VAS لقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، وأثبتت النتائج وجود مستوى متوسط من السلوك الصحي، وأن النمط الصحي يرتبط بشكل إيجابي مع جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

ثانياً: دراسات تناولت جودة الحياة توجد العديد من الدراسات التي تناولت جودة الحياة، ويمكن عرض البعض منها:

• دراسة وطار ووسطاني (2020): هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مستوى السلوك الصحي

وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي. استخدم الباحث المنهج العيادي وأجريت الدراسة

على حالتين من النساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي في ولاية أم البواقي، تم

اختيارهما بطريقة قصدية. تم جمع البيانات باستخدام مقابلات عيادية نصف موجهة، إلى

جانب تطبيق مقياسي السلوك الصحي وجودة الحياة. وأظهرت النتائج انخفاض مستوى

السلوك الصحي لدى المرضى، بينما سجلت جودة الحياة مستويات مرتفعة، خاصة في

أبعادها المختلفة مثل الحياة الأسرية، الشخصية، النفسية، والمهنية.

• دراسة بوعيشة (2020): هدفت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة الارتباطية الموجودة بين

جودة الحياة والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي،

وتم استخدام مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ومقياس السلوك الصحي لـ "بن

دغفة" (2010 - 2011) على عينة قوامها 20 مريضاً بالسكري تم اختيارهم بالطريقة

القصدية، وقد توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين درجات مقياس جودة الحياة

ومقياس السلوك الصحي لدى عينة من مرضى السكري.

• دراسة عطا الله حنان (2019): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة

لدى مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات مثل الجنس، المستوى الاقتصادي،

والمستوى التعليمي. شملت العينة أربع حالات (ذكور وإناث) مصابين بأنواع مختلفة من

السرطان (الثدي، المبيض، العظام، الحنجرة) ومقيمين في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأورام في وهران، تم اختيارهم بطريقة قصدية. اعتمدت الدراسة المنهج العيادي واستخدمت مقياس جودة حياة مرضى الأمراض المزمنة الذي يشمل عدة أبعاد مثل الصحة العامة، الحياة الأسرية، الزوجية، الاجتماعية، المهنية، الدينية، الشخصية، النفسية، والرضا عن الحياة، إلى جانب مقابلات وملاحظات عيادية. وأظهرت النتائج وجود فروق في جودة الحياة حسب الجنس والمستوى الاقتصادي، بينما لم تُلاحظ فروق حسب المستوى التعليمي، مع تسجيل نسب مرتفعة في جميع أبعاد جودة الحياة.

• **دراسة بن كمشي (2018):** هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. شملت العينة 32 مريضاً، واستخدم الباحث استبيان جودة الحياة. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في جودة الحياة، حيث كان مستوى جودة الحياة منخفضاً بشكل عام، مع انخفاض في جميع أبعادها. كما لم تُلاحظ فروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة، وكانت الاستراتيجية السائدة لدى كلا الجنسين تتمركز حول الجانب الانفعالي.

• **دراسة سليمان وأحمد (2018):** هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين قلق المستقبل وجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وذلك باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن. شملت العينة 20 مريضاً، وجرى تطبيق استمارة للبيانات الشخصية بالإضافة إلى مقياسي قلق المستقبل وجودة الحياة. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين قلق المستقبل وجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع

الثاني، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من قلق المستقبل وجودة الحياة، وجاءت هذه الفروق لصالح الإناث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل وجودة الحياة بين المرضى وفقًا لمدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات).

الإطار النظري

المبحث الأول: السلوك الصحي

يعتقد الفرد دائمًا أن السلوكيات الصحية تمثل مجموعة من التصرفات التي يقوم بها عمدًا لتحسين صحته أو الحفاظ عليها. كما تتضمن هذه السلوكيات التصرفات التي تحميه من الأمراض. لذلك، أصبحت السلوكيات الصحية موضوعًا هامًا يشجع الأفراد على ممارستها لتعزيز فرص بقائهم بصحة جيدة لفترة أطول. ولتحسين الصحة، يجب على الفرد فهم السلوكيات الخاطئة والمضرة بالصحة والعمل على تعديلها أو الابتعاد عنها. وإذا كان الفرد يفهم مفهوم الصحة على أنها غياب الأعراض المرضية، فقد يكون أكثر عرضة للاستشارة الطبية عند ظهور الأعراض المرضية. يتناول الباحث أهمية الحفاظ على الصحة الجيدة، وكيف يمكن للجميع تحقيق ذلك من خلال ممارسة العادات الصحية بوعي كافٍ. ويتطرق أيضًا إلى دراسة وفهم السلوكيات الضارة بالصحة والتي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض والاضطرابات، ويشير إلى أهمية تعديل هذه السلوكيات واتباع سلوك صحي لتحسين الصحة وتعزيز النمو الصحي. كما يوضح بعض النماذج التفسيرية للسلوك الصحي ويذكر دور العوامل المؤثرة فيه، حيث يعتبر هذا الموضوع محل اهتمام العديد من الأخصائيين في هذا المجال.

يُعرف بوشلاق ونوار (2019) السلوك الصحي بأنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية. بينما يعرفه مخلوف (2019) بأنه مجموع سلوكيات يمارسها الأفراد للحفاظ على مستويات صحية وجسدية مناسبة، بحيث يُنظر لصحة الفرد بأنها محصلة للتكامل بين الجوانب الجسمية والعقلية والانفعالية. وفقًا لتعريف الرصاعي وآخرون (2018)، فإنه كل ما يصدر عن الإنسان من فكرة أو موقف أو كلام أو عواطف. ومن هذا التعريف ندرك كيف يرتبط السلوك ببعض جوانب الصحة، ويعطينا كذلك طريقة للتدخل وتعديل السلوك عن طريق تغيير بعض الأفكار أو المواقف أو الأفعال. ويعرف القص (2016) السلوك الصحي بأنه تميز الشخصية بصفات فريدة من نوعها، تتضمن المعتقدات، التوقعات، الحوافز، القيم، والإدراكات. كما تتضمن الصفات المميزة للشخصية حالات وسمات مؤثرة وانفعالية، وأنماط سلوك ظاهرية، والأفعال، والعادات المرتبطة بالحفاظ على الصحة وتحسينها وشفائها من المرض. كما عرف عيادي وجبالي (2015) السلوك الصحي بأنه يشمل نشاطات الأفراد والجماعات والمنظمات الهادفة إلى تعزيز الصحة والوقاية من المرض وتحسين جودة الحياة، وهو يرتبط بعوامل اجتماعية ونفسية واقتصادية تؤثر في تحفيز الأفراد أو الجماعات على تبني سلوكيات صحية تساهم في التشخيص المبكر أو الشفاء من المرض.

ويُعرف الباحث السلوك الصحي بأنه مجموعة أنماط السلوك التي تشمل تناول الطعام الصحي وممارسة الرياضة المطلوبة، والحفاظ على نمط النوم الكافي والتخلص من التدخين، بالإضافة إلى اتباع الإرشادات والنصائح الطبية، وذلك للمحافظة على صحة جيدة، وزيادة قدرة المريض على مواجهة المرض وتحسين جودة الحياة.

أما بالنسبة للنظريات المفسرة للسلوك الصحي، فيشير الباحث إلى أن هناك اختلافاً واضحاً في وجهات النظر المتعددة حول تفسير السلوك الصحي داخل بيئة المرضى، وتسلط الضوء على جوانب مختلفة من العوامل المؤثرة في السلوك الصحي. فمنها ما يركز على التعلم بالملاحظة والتقليد وتأثير الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج على تبني السلوك الصحي، وبعضها يرى السلوك الصحي نتيجة للتكرار والتعزيز، والبعض الآخر يركز على النوايا السلوكية كمحدد رئيس للسلوك الفعلي، والتي تتأثر بالمواقف الشخصية والمعايير الاجتماعية والإدراك الذاتي للسيطرة. ويركز نموذج المعتقدات الصحية على أهمية القنوات الشخصية وتقدير الفوائد والمخاطر. كما يشير نموذج مراحل التغيير إلى أن تغيير السلوك عملية تدريجية تمر بعدة مراحل.

ويرى الباحث أن هذه النماذج، على الرغم من قوتها التفسيرية، إلا أنها تركز بشكل أساسي على الفرد وسلوكياته وقراراته الذاتية، متجاهلة في الغالب التأثير العميق للعلاقات الاجتماعية والديناميكيات الأسرية والمجتمعية في تشكيل وتوجيه السلوك الصحي. فالدعم الاجتماعي، سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو المجتمع، قد يكون عنصراً محورياً في تحفيز الأفراد على اتخاذ قرارات صحية والالتزام بها على المدى الطويل. كما يشير إلى أن البيئة المحيطة والثقافة السائدة تؤثر في مدى قدرة الفرد على تطبيق ما تنص عليه هذه النماذج، فحتى مع وجود قناعة داخلية بضرورة التغيير، قد يعيق غياب البيئة الداعمة أو ضعف البنية التحتية الصحية من تنفيذ هذا التغيير. لذلك، يدعو الباحث إلى دمج البعد الاجتماعي والبيئي في النماذج النفسية الحالية لفهم السلوك الصحي بشكل أشمل وأكثر واقعية.

المبحث الثاني: جودة الحياة

يُعدّ مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المرتبطة بعلم النفس الإيجابي، وهو مفهوم ديناميكي يرتبط بشكل وثيق بالمصطلحات الأخرى مثل السعادة والرضا عن الحياة. يضمّ هذا المفهوم الكثير من المكونات الذاتية والاجتماعية والنفسية، مثل القدرة على التفكير واتخاذ القرارات والقدرة على التحكّم بالأفكار والمشاعر. وتندرج تحتها جميع عناصر الصحة النفسية الإيجابية.

حظي مفهوم جودة الحياة باهتمام كبير في مجال الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد والمجالات الأخرى، وتم استخدامه في الدراسات المختلفة كأحد المؤشرات الدالة على الاهتمام برعاية الشخص في كافة المجالات (عبد السلام وآخرون، 2015).

وجودة الحياة تتأثر بالصحة النفسية والجسمية للفرد، حيث نجد الشخص المصاب بمرض مزمن كال فشل الكلوي المزمن الذي يلازمه طوال فترة حياته، لأنّ علاجه قد يستمر لسنوات أو مدى الحياة، قد يتأثر سلبيًا بسبب هذا المرض وينعكس هذا التأثير على جوانب متعددة من حياة الفرد من ضمنها جودة الحياة. وهذا ما دفعنا لدراسة مفهوم جودة الحياة وما يتعلق به من أبعاد ومقومات ومظاهر، ونظريات مفسرة، وعلاقة هذا المفهوم بالفشل الكلوي المزمن.

تعريف جودة الحياة

تعرفها غنية (2021) بأنها قناعة الفرد بإمكانياته ومحاولته استثمار طاقاته في تحقيق أهدافه، وقدرته على إقامة علاقات إيجابية والتكيف مع التغيرات البيئية. كما تؤثر المعتقدات الدينية على إدراك الفرد لجودة حياته، حيث يمكن أن يشعر الفرد بالسعادة والرضا بفضل الإيمان بالقضاء والقدر.

ويرى براج وكثفي (2020) أن مفهوم جودة الحياة يقصد به درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته من النواحي النفسية، العقلية، الاجتماعية، الثقافية، الرياضية، الدينية، والجسمية، والتنسيق بينها.

بينما يعرفها الدهني (2018) بأنها البناء الكلي الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للإنسان، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس الإمكانيات المتدفقة على الفرد، ومؤشرات ذاتية تقيس مقدار الإشباع الذي تحقق.

أما الهمص (2017) فيرى أن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم نسبي يختلف باختلاف الأفراد، حيث يتأثر بتصور كل شخص للحياة ومعاييرها الخاصة في تقييمها. وتشمل هذه المعايير عدة جوانب مثل الصحة الجسدية والعقلية، والظروف المعيشية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، إلى جانب القدرة على التفكير واتخاذ القرارات.

فيما عرفها مأمون (2015) بأنها إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والسكن، وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة. وجودة الحياة بالمفهوم الضيق هي خلو الجسم من العاهات الجسمية.

ويعرف الباحث جودة الحياة بأنها الوصول إلى حالة الرضا والسعادة النفسية والجسدية والاجتماعية والأسرية والمهنية، والشعور بالرفاهية والسعادة في ظل الظروف التي يعيشها المريض، والقدرة على التكيف والتوافق مع الظروف الصحية.

أما بالنسبة للنظريات المفسرة لجودة الحياة، فقد خضعت لتفسيرات متعددة من قبل الباحثين في مجالي علم النفس والتربية، وذلك تبعاً لاختلاف المنطلقات النظرية لكل اتجاه. حيث يرى فرويد أن

جودة الحياة ترتبط بإشباع الغرائز وتقليل الألم، بينما يؤكد أدلر على السعي لتحقيق التفوق الشخصي والاجتماعي. في المقابل، يربط فروم جودة الحياة بالاتحاد الاجتماعي والإنتاجية، مشيرًا إلى أن الانعزال يسبب مشكلات نفسية. أما المنظور المعرفي فيركز على إدراك الفرد لظروفه المكانية والزمانية، مع أهمية العوامل الذاتية على العوامل الموضوعية في تحديد جودة الحياة، وتبرز نظرية شالوك التي تقسم جودة الحياة إلى ثمانية مجالات تشمل الصحة، العلاقات، والنمو الشخصي. من ناحية أخرى، يشدد الاتجاه الإنساني على العلاقة التفاعلية بين الفرد وبيئته، مع أهمية الاستقلالية والنمو الذاتي والعلاقات الإيجابية، وتقدم النظرية التكاملية لأندرسون رؤية شاملة تربط جودة الحياة بتحقيق الأهداف الشخصية والمعنى الوجودي والعمق الداخلي، مشيرة إلى أن تحقيق الحاجات وحده لا يضمن الشعور بالرضا.

ويرى الباحث أن الجمع بين هذه المنظورات ضروري لتقديم رؤية شاملة تُمكن من تحسين جودة الحياة على المستويات الفردية والاجتماعية، مع التأكيد على أهمية التفاعل بين الذات والبيئة لتحقيق توازن نفسي واجتماعي مستدام.

إجراءات الدراسة

منهجية الدراسة

اتباع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الارتباطي لملاءمته لموضوع وأهداف الدراسة، والذي يساهم في فهم العوامل النفسية الاجتماعية المتغيرة.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة الحالية من مرضى الفشل الكلوي المترددين على قسم الغسيل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة، والبالغ عددهم "1150" مريضاً ومريضة (وزارة الصحة- غزة، 2024).

عينة الدراسة

تنقسم عينة الدراسة إلى عينة استطلاعية لتقنين أدوات الدراسة، وعينة فعلية لتطبيق أدوات الدراسة واستخلاص النتائج:

- **العينة الاستطلاعية:** قام الباحث باختيار عينة عشوائية من المرضى لتقنين أدوات الدراسة، وبلغ عددهم "20" مريضاً، وتم تعديل أدوات الدراسة بناءً على نتائج صدق وثبات العينة الاستطلاعية.

- **العينة الفعلية:** قام الباحث باختيار عينة من مجتمع الدراسة الأصلي حيث تكونت من جميع مرضى الفشل الكلوي المترددين على أقسام الغسيل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة، الموزعين في المستشفيات التالية: "مجمع الشفاء الطبي، مركز نور الكعبي، مستشفى شهداء الأقصى، مجمع ناصر الطبي، مستشفى أبو يوسف النجار"، والبالغ عددهم "1150" مريضاً ومريضة (وزارة الصحة- غزة، 2024).

خصائص عينة الدراسة

حدد الباحث مجموعة من المتغيرات لوصف أفراد عينة الدراسة، وتشمل: النوع، سنوات الخبرة، والمستوى التعليمي. يوضح الجدول (1) توزيع أفراد العينة حسب تلك المتغيرات. تم توزيع

الاستبيانات على 450 مريضاً ومريضة، واسترجع منهم 421 استبياناً. والجدول الآتية تبين توزيع عينة الدراسة كما يأتي:

جدول رقم (1): توزيع عينة الدراسة وفقاً للنوع، مدة الإصابة، والعمر.

النوع	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	174	41.3
انثى	247	58.7
المجموع	421	100.0
مدة الإصابة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	177	42.0
5 - 10 سنوات	164	39.0
أكثر من 10 سنوات	80	19.0
المجموع	421	100.0
العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	109	25.9
من 30 - 50 سنة	137	32.5
أكثر من 50 سنة	175	41.6
المجموع	421	100.0

يتضح من الجدول رقم (1) أن النسبة الأعلى من عينة الدراسة كانت من الإناث بنسبة 58.7%، ومن مدة الإصابة التي تقل عن 5 سنوات بنسبة 42.0%. كما أن معظم المشاركين تزيد أعمارهم عن 50 سنة بنسبة 41.6%.

أدوات الدراسة

المقياس الأول: السلوك الصحي (إعداد الباحث)

أولاً: الصدق

1. صدق المحتوى (المحكمون): عرض الباحث مقياس السلوك الصحي بصورته الأولية على

11 محكماً من أعضاء هيئة التدريس وخبراء في علم النفس والتربية والإحصاء. كان الهدف

من ذلك بيان مدى ملاءمة العبارات لأهدافها، ووضوح صياغتها، وانتمائها للأبعاد المحددة،

وكفايتها لتغطية محاور الدراسة. كما طُلب منهم اقتراح تعديلات أو حذف أو إضافة عبارات، إلى جانب تقييمهم للبيانات الأولية.

2. صدق الاتساق الداخلي: تم حساب صدق الاتساق الداخلي على عينة استطلاعية مكونة

من 50 مريضًا ومريضة. جرى ذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من

فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه. جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (2): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس السلوك الصحي مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

السلوك الصحي السلبي						السلوك الصحي الإيجابي					
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة
0.000	0.676**	a19	0.000	0.579**	a13	0.000	0.517**	a7	0.000	0.563**	a1
0.000	0.467**	a20	0.000	0.391**	a14	0.000	0.594**	a8	0.000	0.461**	a2
0.000	0.721**	a21	0.000	0.580**	a15	0.000	0.330**	a9	0.000	0.557**	a3
0.000	0.560**	a22	0.000	0.431**	a16	0.000	0.522**	a10	0.000	0.488**	a4
0.000	0.683**	a23	0.000	0.618**	a17	0.000	0.323**	a11	0.000	0.240**	a5
0.000	0.636**	a24	0.000	0.493**	a18	0.000	0.635**	a12	0.000	0.568**	a6

*دالة عند 5%

**دالة عند 1%

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل ارتباط بيرسون لكل عبارة من عبارات المحور الأول مع الدرجة الكلية موجبة، ودالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01). هذا يدل على صدق اتساق داخلي عالٍ في عبارات المحور الأول لأداة الدراسة (الاستبانة)، مما يؤكد مناسبتها لقياس ما أعدت له.

ثانياً: صدق الاتساق البنائي لمقياس السلوك الصحي

تم حساب صدق الاتساق البنائي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة الكلية للمقياس. جاءت النتائج على النحو التالي: جدول رقم (3): نتائج معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس السلوك الصحي مع الدرجة الكلية للمقياس.

السلوك الصحي		
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البعد
0.000	**0.764	السلوك الصحي الإيجابي
0.000	**0.809	السلوك الصحي السلبي

*دالة عند 5%

**دالة عند 1%

يتضح من الجدول رقم (3) أن معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس السلوك الصحي مع الدرجة الكلية للمقياس كان موجباً ودالاً إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05. هذا يشير إلى أن المقياس يتميز بصدق بنائي لأبعاده، مما يُعد مؤشراً على صدق المقياس في قياس الظاهرة التي أُعد من أجلها.

ثالثاً: ثبات مقياس السلوك الصحي

تم حساب ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية باستخدام طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية. جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (4): معامل الثبات لمقياس السلوك الصحي وفقاً لطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

م	البعد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
1	السلوك الصحي الإيجابي	12	0.798
2	السلوك الصحي السلبي	12	0.791
	الدرجة الكلية السلوك الصحي	24	0.775

*تم تصحيح الأبعاد بطريقة جتمان والدرجة الكلية بطريقة سبيرمان براون

يتضح من الجدول رقم (4) أن معامل الثبات للدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي وفقاً لطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية كان على التوالي 0.798 و0.791. يُعد هذا معامل ثبات مرتفعاً، مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات عالٍ.

مما سبق، يمكن القول إن مقياس السلوك الصحي يتمتع بصدق اتساق داخلي، بالإضافة إلى أنه يتمتع بثبات مرتفع. هذا يدل على أن المقياس جيد وصالح للتطبيق على أفراد العينة الفعلية، وذلك من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

المقياس الثاني: مقياس جودة الحياة (إعداد الباحث)

بعد اطلاع الباحث على الأدب التربوي والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث (جودة الحياة)، والاطلاع على العديد من المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة، قام الباحث ببناء مقياس خاص بالدراسة تضمن بصورته الأولية 35 فقرة، موزعة على ثلاثة أبعاد هي: جودة الحياة الأسرية، جودة الحياة النفسية، وجودة الحياة الشخصية.

صدق وثبات مقياس جودة الحياة

أولاً: الصدق

1. صدق المحتوى (المحكمون): عرض الباحث مقياس جودة الحياة بصورته الأولية على 11

محكماً من أعضاء هيئة التدريس وخبراء في علم النفس والتربية والإحصاء. كان الهدف من ذلك بيان مدى ملائمة العبارات لأهدافها، ووضوح صياغتها، وانتمائها للأبعاد المحددة، وكفايتها لتغطية محاور الدراسة. كما طُلب منهم اقتراح تعديلات أو حذف أو إضافة عبارات، إلى جانب تقييمهم للبيانات الأولية.

2. صدق الاتساق الداخلي: تم حساب صدق الاتساق الداخلي على عينة استطلاعية مكونة

من 50 مريضاً ومريضة. جرى ذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من

فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه. جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (5): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس جودة الحياة مع الدرجة الكلية

للبعد الذي تنتمي إليه.

جودة الحياة الأسرية			جودة الحياة النفسية			جودة الحياة الشخصية		
الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
c1	0.621**	0.000	c13	0.810**	0.000	c23	0.530**	0.000
c2	0.459**	0.000	c14	0.525**	0.000	c24	0.746**	0.000
c3	0.623**	0.000	c15	0.632**	0.000	c25	0.731**	0.000
c4	0.604**	0.000	c16	0.478**	0.000	c26	0.747**	0.000
c5	0.806**	0.000	c17	0.711**	0.000	c27	0.527**	0.000
c6	0.684**	0.000	c18	0.730**	0.000	c28	0.475**	0.000
c7	0.773**	0.000	c19	0.592**	0.000	c29	0.789**	0.000
c8	0.662**	0.000	c20	0.316**	0.000	c30	0.841**	0.000
c9	0.741**	0.000	c21	0.880**	0.000	c31	0.729**	0.000
c10	0.461**	0.000	c22	0.575**	0.000	c32	0.714**	0.000
c11	0.770**	0.000						
c12	0.512**	0.000						

*دالة عند 5%

**دالة عند 1%

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل ارتباط بيرسون لكل عبارة من عبارات المحور الثاني مع

الدرجة الكلية موجبة، ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يدل على ممارسة عالية من

صدق الاتساق الداخلي في عبارات المحور الثاني لأداة الدراسة (الاستبانة)، كما يدل على مناسبتها

لقياس ما أعدت لقياسه.

ثانياً: صدق الاتساق البنائي لمقياس جودة الحياة

تم حساب صدق الاتساق البنائي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد

وبين الدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (6) نتائج معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة مع الدرجة الكلية

للمقياس

جودة الحياة		
البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
جودة الحياة الأسرية	0.796**	0.000
جودة الحياة النفسية	0.803**	0.000
جودة الحياة الشخصية	0.864**	0.000

*دالة عند 5%

**دالة عند 1%

يتضح من الجدول رقم (6) أن معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة مع الدرجة

الكلية للمقياس كان موجباً ودالاً إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05. هذا يشير إلى أن المقياس يتميز

بصدق بنائي لأبعاده، مما يُعد مؤشراً على صدق المقياس في قياس الظاهرة التي أُعد من أجلها.

ثالثاً: ثبات مقياس جودة الحياة

تم حساب ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة

التجزئة النصفية. جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (7): معامل الثبات لمقياس جودة الحياة وفقاً لطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

م	البعد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
1	جودة الحياة الأسرية	12	0.856
2	جودة الحياة النفسية	10	0.765
3	جودة الحياة الشخصية	10	0.855
*	الدرجة الكلية لجودة الحياة	32	0.887

*تم تصحيح الاستراتيجيات بمعامل سبيرمان بروان وباقي الاستراتيجيات بطريقة جتمان

يتضح من الجدول رقم (7) أن معامل الثبات للدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة وفقاً لطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية كان على التوالي 0.856 و 0.765. يُعد هذا معامل ثبات مرتفعاً، مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات عالٍ.

مما سبق، يمكن القول إن مقياس جودة الحياة يتمتع بصدق اتساق داخلي بالإضافة إلى أنه يتمتع بثبات مرتفع. هذا يدل على أن المقياس جيد وصالح للتطبيق على أفراد العينة الفعلية، وذلك من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

عرض النتائج ومناقشتها

نتائج التساؤل الأول: ما مستوى السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة؟

للإجابة على هذا التساؤل، قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي، والوزن النسبي، والانحراف المعياري لأبعاد المقياس، وذلك للتعرف على مستوى السلوك الصحي. جاءت النتائج على النحو التالي: التحليل بالدرجة الكلية للأبعاد

جدول رقم (8): المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والوزن النسبي بالدرجة الكلية للسلوك الصحي وأبعادها.

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
البعد الأول: السلوك الصحي الإيجابي	3.74	0.48	74.8	1
البعد الثاني: السلوك الصحي السلبي	2.33	0.54	46.6	2
المحور الأول: السلوك الصحي	3.03	0.40	60.6	

تشير نتائج الجدول رقم (8) إلى أن أفراد عينة الدراسة أظهروا مستويات متفاوتة من الموافقة على أبعاد السلوك الصحي. حصل بُعد "السلوك الصحي الإيجابي" على أعلى متوسط حسابي (3.74)

ووزن نسبي (74.8%)، مما يشير إلى درجة موافقة مرتفعة من أفراد العينة. بينما جاء بُعد "السلوك الصحي السلبي" بمتوسط حسابي (2.33) ووزن نسبي (46.6%)، وهو ما يعكس مستوى منخفض سلبيًا من الموافقة على السلوك الصحي السلبي. وبشكل عام، بلغ المتوسط الحسابي للمحور الأول "السلوك الصحي" (3.03) " بوزن نسبي (60.6%)، مما يشير إلى أن تقييم أفراد العينة لمستوى السلوك الصحي كان ضمن مستوى الموافقة المتوسطة.

يعزو الباحث هذا التقييم الإيجابي إلى مدى التزام المرضى بتعليمات الأطباء والمتابعة الدورية، إضافة إلى الدعم الأسري والمجتمعي الذي يتلقاه المرضى من أسرهم وأصدقائهم والذي يمكن أن يساهم في تحسين سلوكهم الصحي، وزيادة الوعي الصحي والتعليم الطبي لديهم. في المقابل، يُعزى التقييم الأقل لـ "السلوك الصحي السلبي" إلى زيادة الوعي الصحي والتثقيف الصحي لدى المرضى ومرافقيهم.

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة وطار ووسطاني (2020) التي أظهرت انخفاض مستوى السلوك الصحي لدى المرضى، بينما اتفقت مع دراسات سعودي (2020) و (2018) Petek التي رصدت مستويات متوسطة للسلوك الصحي لدى المرضى.

نتائج التساؤل الثاني: ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة؟
للإجابة على هذا التساؤل، قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي، والوزن النسبي، والانحراف المعياري لأبعاد المقياس، وذلك للتعرف على مستوى جودة الحياة. جاءت النتائج على النحو التالي:
التحليل بالدرجة الكلية للأبعاد

جدول رقم (9): المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والوزن النسبي بالدرجة الكلية لجودة

الحياة وأبعادها.

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
البعد الأول: جودة الحياة الأسرية	4.36	0.52	87.2	1
البعد الثاني: جودة الحياة النفسية	3.67	0.46	73.4	3
البعد الثالث: جودة الحياة الشخصية	4.05	0.61	81.0	2
الدرجة الكلية لجودة الحياة	4.03	0.43	80.6	

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن أبرز اتجاهات عينة الدراسة حول "محور جودة الحياة" أظهرت موافقة كبيرة على جميع أبعاد جودة الحياة. تصدرت جودة الحياة الأسرية المتوسطات بـ(4.36) ووزن نسبي (87.2%)، تلتها جودة الحياة الشخصية بـ(4.05) ووزن نسبي (81.0%). أما الحياة النفسية فقد جاءت أقل نسبياً بـ(3.67) ووزن نسبي (73.4%)، لكنها ما تزال ضمن مستوى جيد. وبشكل عام، بلغ المتوسط الحسابي العام لمحور جودة الحياة (4.03) بوزن نسبي (80.6%)، مما يعكس وجود جودة حياة مرتفعة لدى أفراد العينة، ويؤكد إدراكهم لأهمية الأبعاد الأسرية والنفسية والشخصية في تحقيق الأهداف.

يعزو الباحث هذه النتائج إلى التحسينات في الرعاية الصحية الشاملة التي تشمل رعاية متكاملة، ومتابعة مستمرة، واهتماماً بالجانب الشامل للمرضى من خلال فرق طبية متعددة التخصصات (أطباء كلى، اختصاصيون في التغذية، وأطباء نفسيين)، إضافة إلى الأدوية المحسنة في إدارة مرض الفشل الكلوي. على الرغم من المستوى الجيد لجودة الحياة النفسية، فإن انخفاضها مقارنة بالأبعاد الأخرى قد يشير إلى الحاجة لتعزيز خدمات الدعم النفسي والاستشارات للمرضى، مما قد يساهم في تحسين حالتهم الصحية بشكل عام، وتخفيف الشعور بالقلق والاكتئاب الذي قد يعانون منه.

اتفقت هذه النتيجة مع دراستي عدودة وبراجل (2018) ووطار ووسطاني (2020) التي أظهرت ارتفاعاً في نسبة جودة الحياة لدى المرضى، بينما اختلفت مع دراسة بن كمشي (2018) التي وجدت أن أبعاد جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي قد جاءت بنسبة منخفضة.

نتائج التساؤل الثالث: هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين السلوك الصحي وجودة الحياة؟
للإجابة على هذا التساؤل، تم استخدام معامل الارتباط بيرسون للتعرف على نوع وقوة العلاقة بين المتغيرات. والجدول رقم (10) يبين النتائج.

جدول رقم (10): معاملات الارتباط بين السلوك الصحي ودرجات جودة الحياة.

البيان	جودة الحياة الأسرية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الشخصية	جودة الحياة
السلوك الصحي الإيجابي	0.256**	0.315**	0.355**	0.377**
السلوك الصحي السلبي	0.148**	0.102**	0.011	0.027**
السلوك الصحي	0.052**	0.259**	0.206**	0.208**

*دالة عند 5%

**دالة عند 1%

يتضح من الجدول رقم (10) أن جميع معاملات الارتباط بين المحور الأول الخاص بالسلوك الصحي والمحور الثاني الخاص بجودة الحياة، وكذلك معاملات الارتباط المتعلقة بكافة أبعاد محور السلوك الصحي وأبعاد محور جودة الحياة، تشير إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين معظم أبعاد السلوك الصحي وأبعاد جودة الحياة، مع استثناءات محدودة لبعض الأبعاد التي أظهرت ارتباطاً سلبياً ضعيفاً، مثل العلاقة بين السلوك الصحي السلبي وجودة الحياة الأسرية. يعزو الباحث قوة العلاقة إلى التزام المرضى بالخطة العلاجية، والتي تشمل تناول الأدوية بانتظام، متابعة جلسات الغسيل، الالتزام بالنظام الغذائي، وممارسة التمارين الرياضية المناسبة، مما يساهم في تحسين جودة حياتهم بشكل عام.

نتائج التساؤل الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى السلوك الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي تُعزى لمتغيرات الدراسة (النوع، العمر، مدة الإصابة)؟

للإجابة على هذا التساؤل، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one-way ANOVA) للتعرف على الفروق في المتغير التابع مع عدة متغيرات مستقلة ديموغرافية. النتائج موضحة بالجدول رقم (11).

جدول رقم (11): الفروق في السلوك الصحي لدى المرضى تعزى للمتغيرات الديموغرافية (النوع، العمر، مدة الإصابة).

المحاور	العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة
النوع	ذكر	174	3.0	0.30	0.443	0.658
	أنثى	247	3.0	0.50		
مدة الإصابة	أقل من 5 سنوات	177	3.14	0.42	12.866	0.000
	5 - 10 سنوات	164	2.93	0.35		
	أكثر من 10 سنوات	80	3.01	0.37		
	المجموع	421	3.03	0.40		
العمر	أقل من 30 سنة	109	3.16	0.32	22.907	0.000
	من 30 - 50 سنة	137	3.12	0.28		
	من 50 سنة أكثر	175	2.89	0.47		
	المجموع	421	3.01	0.58		

يتضح من الجدول رقم (11) أن القيمة الاحتمالية (Sig). لإجابات المبحوثين كانت أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمتغير السلوك الصحي بأبعاده ما عدا متغير النوع. وبناءً على هذه النتائج، تُرفض الفرضيات الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات السلوك الصحي وجودة الحياة بناءً على المتغيرات الديموغرافية (العمر، ومدة الإصابة)، وتُقبل

الفرضيات البديلة التي تؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه المتغيرات، ما عدا متغير النوع بالنسبة للسلوك الصحي الذي لم يظهر فروقاً معنوية.

نتائج التساؤل الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تُعزى لمتغيرات الدراسة (العمر، النوع، مدة الإصابة)؟

للإجابة على هذا التساؤل، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one-way ANOVA) للتعرف على الفروق في المتغير التابع مع عدة متغيرات مستقلة ديموغرافية. النتائج موضحة بالجدول رقم (12).

جدول رقم (12): الفروق في جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تُعزى للمتغيرات الديموغرافية (النوع، مدة الإصابة، العمر).

المحاور	العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة
النوع	ذكر	174	3.97	0.36	2.391	0.017
	أنثى	274	4.07	0.47		
مدة الإصابة	أقل من 5 سنوات	177	4.12	0.54	11.514	0.000
	5 - 10 سنوات	164	4.12	0.53		
	أكثر من 10 سنوات	80	3.77	0.79		
	المجموع	421	4.05	0.61		
العمر	أقل من 30 سنة	109	4.01	0.52	7.989	0.000
	من 30 - 50 سنة	137	3.93	0.46		
	أكثر من 50 سنة	175	4.12	0.33		
	المجموع	421	4.03	0.43		

يتضح من الجدول رقم (12) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لإجابات المبحوثين كانت أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمتغير جودة الحياة بجميع أبعاده. حيث تُرفض الفرضيات الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات جودة الحياة بناءً على المتغيرات

الديموغرافية (العمر، النوع، ومدة الإصابة)، وتقبل الفرضيات البديلة التي تؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه المتغيرات.

الخاتمة

في ختام هذا البحث، تبرز الدراسة العلاقة الوطيدة والإيجابية بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة، حيث أكدت النتائج على أن المرضى يظهرون مستوى متوسطاً في السلوك الصحي ومستوى مرتفعاً في جودة الحياة بشكل عام. كما أظهرت النتائج أن السلوك الصحي الإيجابي هو السائد، مما يعكس التزام المرضى بالتعليمات الطبية، والنظام الغذائي، والدعم الأسري والمجتمعي، وهو ما يساهم بدوره في تحسين جودة حياتهم.

تؤكد النتائج وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة، مما يبرز أهمية الجوانب النفسية والاجتماعية إلى جانب الجانب الطبي في تحسين الحالة الصحية والنفسية للمرضى. ويشير ذلك إلى أن تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي، إلى جانب المتابعة الطبية الدقيقة، يمكن أن يرفع من مستوى جودة الحياة، خاصة في البُعد النفسي الذي سجل مستوى أقل نسبياً مقارنة بالأبعاد الأخرى. على الرغم من ارتفاع جودة الحياة، أظهرت نتائج تحليل الفروق وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية في مستويات السلوك الصحي وجودة الحياة بناءً على متغيرات العمر ومدة الإصابة، في حين لم تظهر فروق ذات دلالة حسب متغير النوع بالنسبة للسلوك الصحي، لكن النوع أثر بشكل واضح على جودة الحياة. هذا يدعو إلى تبني برامج تدخل متخصصة تراعي الفوارق الديموغرافية بهدف تحقيق دعم موجه وفعال.

بناءً عليه، توصي الدراسة بضرورة تطوير برامج شاملة تعزز السلوك الصحي الإيجابي لدى مرضى الفشل الكلوي، مع التركيز على تقديم دعم نفسي واجتماعي مستمر، وإدارة الحالات بطريقة تكاملية تشمل الفريق الطبي المتعدد التخصصات. كما ينبغي مراعاة الفروق الديموغرافية في تصميم البرامج العلاجية والداعمة لتحقيق تحسين ملموس في جودة الحياة. إن فهم العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة وتحديد العوامل المؤثرة فيها يُعدّ أساساً لتطوير استراتيجيات علاجية ورعاية متكاملة تسهم في تحسين نتائج المرضى الصحية والنفسية، وتعزيز رفايتهم بشكل عام.

نتائج الدراسة

1. جاء مستوى السلوك الصحي ضمن مستوى الموافقة المتوسطة.
2. جاء مستوى جودة الحياة ضمن مستوى الموافقة الكبيرة.
3. توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي تُعزى لمتغيري العمر ومدة الإصابة.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تُعزى لمتغيرات العمر، النوع، ومدة الإصابة.

توصيات الدراسة

1. تعزيز السلوك الصحي الإيجابي لدى مرضى الفشل الكلوي.
2. تطوير برامج دعم نفسي واجتماعي مستمرة.
3. تبني استراتيجيات علاجية متكاملة متعددة التخصصات.



4. مراعاة الفروق الديموغرافية في تصميم البرامج العلاجية والداعمة.

5. تشجيع المرضى على الالتزام بالخطة العلاجية.

مقترحات الدراسة

1. دراسة تأثير الدعم الاجتماعي على السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي

المزمن.

2. دراسة دور التوعية الصحية في تحسين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى الفشل

الكلوي المزمن.

3. إعداد برنامج خاص بالتغذية الصحية وتأثيره على جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي.

4. تطبيق برامج تدريبية للعاملين في الرعاية الصحية.

المصادر والمراجع

1. أبو زهري، محمد. (2021). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والالتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن [دراسة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية، غزة.
2. برباح، نعيمة، وكتفي، عزوز. (2020). مستوى جودة الحياة لدى طلبة علم النفس بجامعة المسيلة دراسة ميدانية على طلبة الليسانس. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 13(1).
3. بن كمشي، فوزية. (2018). مقارنة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، ع(9)، جامعة زيان عاشور، الجزائر.
4. بوشلاق، نادية، ونوار، شهرزاد. (2019). مستويات السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري. مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية، ع(2)، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
5. بوعيشة، آمال. (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري (دراسة ميدانية بمدينة ورقلة). في مركز جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات (مجلد 1).
6. الدهني، غفران. (2018). جودة الحياة لدى طالبات كلية التربية في جامعتي اليرموك وحائل. مجلة العلوم التربوية، 1(1).
7. الرصاعي، محمد. (2018). فعالية منهاج العلوم المطور للصف الأول الأساسي في الأردن في بناء السلوك الصحي للمتعلمين من وجهة نظر المشرفين التربويين والمعلمين. المجلة التربوية، 1(128).

8. ساسي، زبيدة، وقانة، مروة. (2021). مستوى السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري في ظل بعض المتغيرات (الجنس، السن، قدم وحادثة المرض) [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.
9. سعودي، رندة. (2020). السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة محمد خيضر، بسكرة.
10. سليمان، محمد، وأحمد، جمال. (2018). قلق المستقبل وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى السكر "نمط 2". مجلة كلية التربية، 15(80)، جامعة بني سويف، مصر.
11. عبد السلام، سميرة، وحماد، وعبد الله، بحيرة. (2015). جودة الحياة مظاهرها أبعادها محدداتها وكيفية قياسها وتحسينها. مجلة العلوم التربوية، 1(2).
12. عدودة، صليحة، وبراجل، إحسان. (2018). جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، ع(7)، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
13. العزيزي، محمود عبده حسن محمد. (2019). علم النفس الإيجابي: ماهيته، أسسه وافترضاته، تطبيقاته. مجلة الأندلس، ع(22).
14. عطا الله، حنان. (2019). جودة حياة مرضى السرطان، دراسة ميدانية لأربع حالات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأورام السرطانية الأمير عبد القادر، وهران.
15. عيادي، نادية، وجبالي، نور الدين. (2015). العلاقة بين الضغوط المهنية وممارسة السلوك الصحي لدى عمال الإدارة. مجلة دراسات وأبحاث، 7(20).

16. غنية، عرار. (2021). السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة محمد بوضياف، المسيلة.

17. القص، صليحة. (2016). فاعلية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. باتنة، الجزائر.

18. الكريديس، ريم. (2020). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى عينة من المسنين مرضى السرطان. مجلة العلوم الإنسانية والحياتية، ع(60)، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

19. مأمون، عبد الكريم. (2015). علاقة التفاؤل والتشاؤم بجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة2.

20. المحاسنة، رقية، والختاتنة، سامي. (2020). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تنمية السلوك الصحي لدى المراهقين المصابين بمرض السكري في محافظة الكرك. مجلة كلية التربية، 1(186).

21. مخلوف، مصطفى. (2019). دور المشاركة في النشاطات الرياضية المختلفة في تحسين مستوى السلوك الصحي والنفسي لدى طلبة المرحلة الثانوية في العاصمة عمان من وجهة نظر معلميهم. مجلة المنار، 25(2).

22. الهمص، عبد الفتاح. (2017). قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وعلاقته بجودة الحياة. مجلة العلوم التربوية، 4(2).



23. وطار، صوفيا، ووسطاني، كوثر. (2020). السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مريضات

سرطان الثدي [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة العربي بن مهيدي بأم البواقي.

24. وزارة الصحة الفلسطينية. (2024). إحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية – غزة لعام 2024.

25. Petek, D., Petek-Ster, M & .Tusek-Bunc, K. (2018). Health behavior and health-related quality of life in patients with a high risk of cardiovascular disease .Zdr Varst.46-39 ,(1)57 .