جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠

اعداد: فاطمة خالد محمد الحسيني

محاضر بقسم الخدمة الاجتماعية بجامعة أم القرى

٢٠٢١م

جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠

المستخلص:

يُعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي حظيت باهتمام الباحثين في العلوم الاجتماعية، وذلك لما له من مؤشرات على فاعلية البرامج الاجتماعية والاقتصادية والتنموية وتأثيرها على مستوى الحياة الإنسانية، في إطار الاتجاه العالمي نحو مؤشرات التنمية البشرية بشكل عام، حيث أصبحت قضية الصحة تحتل مكانة بارزة في حياة المجتمعات، وأهمية خاصة في الفكر الاجتماعي المعاصر.

وفي هذا المبحث يتم التعريف بمفهوم جودة الحياة، وأهميتها، وأبعادها، والعوامل المؤثرة فيها، وبجودة الحياة في المملكة من خلال برنامج جودة الحياة المنبثق عن رؤية المملكة ٢٠٣٠، وجودة الحياة لدى المرضى، خاصة مرضى الفشل الكلوي.

المقدمة:

لم تعد الصحة ترتبط بالعلاج الطبيعي فقط بل هي مفهوم أوسع مع ذلك فمنظمة الصحة العالمية تعتبر أن الصحة هدف ووسيلة في نفس الوقت للوصول إلى التنمية الاجتماعية، حيث أن الصحة هي رفيق ملازم للتنمية الاجتماعية والاقتصادية والإنتاجية والتماسك الأسري، لذا يتطلب ذلك تحقيق العدالة الاجتماعية في تقديم الخدمات الصحية من منطلق مبدأ أساسي وهو أن الصحة مبدأ إنساني أساسي وهدف اجتماعي عالمي الانتشار.

كذلك تعتبر الرعاية الصحية ضرورة أساسية ومطلبًا ملحًا، حيث أنها عنصر لا غنى عنه لبقاء الإنسان، وللتنمية والإنتاج والاستمتاع بالحياة، وفي العصور الحديثة أصبح ينظر للرعاية الصحية على أنها حق لكل إنسان، ومن ثم فإنها تستند شرعيتها من الحقيقة أنها تشبع إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية (الشهراني، وآخرون، ٢٠١٧م، ٨٧).

وتشكل الأمراض المزمنة أحد أكبر التحديات التي تواجه الأفراد والمؤسسات الصحية بشكل خاص والدول بشكل عام، فبدءا من استنزافها للإيرادات الاقتصادية الدولية وصولاً إلى تأثيرها على المريض الذي يعاني من انعكاساتها السلبية من الجوانب الأربعة: صحية، نفسية، اجتماعية ومادية، وهذه الأمراض المزمنة لا تختار مجتمعاً دون آخر، أو بيئة دون أخرى، بل هي صفة صارت تلازم كل المجتمعات المتقدة منها والمتخلفة، كذلك، ولا يعدو أن يكون الاختلاف بينها سوى في نسبها المتفاوتة، وأمام

تفاوت ظاهرة الأمراض المزمنة اهتمت المنظمة العالمية للصحة بهذا الموضوع وتابعته من خلال إصدار تقارير سنوية حول وضع الصحة في العالم، وعملت على رسم سياسات صحية ينبغي اعتمادها لمواجهة تلك التحديات (شويعل، ٢٠١٦م، ١٩٢).

ويُعد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة التي تسبب غالبًا الوفاة للمريض إذا لم يتم التعامل معها بعناية وحذر واتباع إرشادات المتخصصين من الأطباء وينتج الفشل الكلوي عن فشل وظائف الكلى، حيث لا تقوم الكلى بوظائفها (الشهراني، ٢٠١٧م، ٧٨).

حيث يعتبر الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة الخبيرة التي تعرض حياة المرضى لتغيرات في جوانب حياتهم الاجتماعية والنفسية والأسرية، حيث يخضع المريض لإجراءات علاجية تؤدي به إلى الضعف الجسمي والإرهاق النفسي المستمر.

وتشير الإحصاءات الرسمية إلى أن مرضى الفشل الكلوي في المملكة في ازدياد مستمر، فقد أظهرت بيانات المركز السعودي لزراعة الأعضاء في عام (١٤٢٦هـ) وجود (٨٤٨٢) مريضًا بالفشل الكلوي، وبلغ عدد المرضى الجدد (٢٣٣٦) وبمعدل حدوث سنوي يقدر ب (١٠٢) حالة لكل مليون نسمة سنويًا لعام (٢٠٠٥م)، كما أوضحت الإحصائيات الأخيرة أن عدد مرضى الفشل الكلوي في المملكة بلغ (١٤١٧١) مريضًا حتى عام (٢٠١٢م)، (وزارة الصحة، ١٤٢٦هـ، ٦٨) (وزارة الصحة ٢٠١٢م) (إدريس، ٢٠١٥م، ٤٠).

يوضح فان مانين وآخرون (Van-Manen, Korevaar; Dekker; Reuselaars; Boeschoten, & Krediet, ٢٠٠١) حجم تأثير مرض الفشل الكلوي على سلوك المرضى؛ فينسحب المريض من الأنشطة الاجتماعية المعتادة ويكون أقل إنتاجية ويشعر بالنقص وعدم الثقة بالنفس، ويقل دخله بسبب تركه للعمل لعدم قدرته الجسمية؛ مما يؤدي إلى مشكلات أسرية ومجتمعية ومهنية وذاتية وصحية تؤدي لعدم توافقه النفسي والاجتماعي، ويضيف بايكن ويرجيك (Baykan & Yargic, ٢٠١٢) أن المرض نفسه، وطريقة العلاج بالغسيل الكلوي، والتعامل مع فريق طبي لهم آثار سلبية على نوعية الحياة، ويؤكد فيبر (Faber, ١٩٩٩) أنهم يعانون من تأثير سلبي على مفهوم الذات بسبب مرضهم واعتمادهم على آلة للحفاظ على حياتهم، وبالتالي لم يعودوا قادرين على الاستمرار في الأنشطة: وبالتالي يشعرون بفقدان السيطرة على حياتهم الخاصة وعدم القدرة على العمل؛ مما قد يؤدي إلى ضائقة مالية والمشاكل الزوجي والعزلة الاجتماعية والوصم الاجتماعي. لذلك أكد

كيسكن وانجن (Keskin & Engin, ٢٠١١) بضرورة أن يخضع المرضى لتقييم نفسي منتظم لتقدير المخاطر التي يتعرضون لها (إسماعيل، ٢٠١٣م، ٢٧٩-٢٨٠).

فإن الباحثة تتوقع أنه قد تكون هناك علاقة بين جودة الحياة ومرضى الفشل الكلوي، وبما أن هذه العلاقة لم تؤكدها دراسات سابقة فقد استشعرت الباحثة أهمية دراسة هذه العلاقة بطريقة علمية على أرض الواقع.

وتحدد الدراسة الحالية في البحث على ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠؟

أهداف البحث:

يسعى البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف الرئيسية المتمثلة في:

١. الكشف عن مستوى جودة الحياة بأبعادها (البدني، النفسي، الاجتماعي، المجتمعي) لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠.

تساؤلات البحث:

يحاول البحث الاجابة على التساؤلات التالية:

١. ما مستوى جودة الحياة بأبعادها (البدني، النفسي، الاجتماعي، المجتمعي) لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠؟

مفهوم جودة الحياة:

تتعدد التعريفات التي تناولت مصطلح جودة الحياة، وقد يرجع ذلك لتعدد المجالات التي يتناوله الباحثون من خلالها، وعلى الرغم من ذلك؛ فإن معظم التعريفات تركز على نقطة الرضا عن الحياة وإشباع الحاجات كأساس لفهم جودة الحياة، كما تربط المفهوم بجوانب حياة الفرد المتكاملة والمتداخلة، وبيئته الاجتماعية، واهتماماته وتوجهاته وطموحاته، وفي هذا الصدد أشار الطملاوي (٢٠١٢، ١٧٥٥) إلى تعريف باستشير Passchier لجودة الحياة على أنها كُلٌ مركب من جوانب الحياة المختلفة للفرد، والتي ترتبط بصحته، ودرجة رضاه عن الحياة، وما يقوم به من أدوار اجتماعية، وعلاقاته الشخصية المتبادلة، والأنشطة اليومية والمهنية التي يمارسها.

ويرى الكبيسي (٢٠١٦، ٤٣١) وياتيس (Yetis,2018, 60) أن تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة يُعد من أكثرها شمولاً، حيث تنظر لجودة الحياة على أنها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة، وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق ذلك مع أهدافه، وتوقعاته، وقيمه، واهتماماته الصحية، وحالته النفسية، واستقلاليته، وعلاقاته الاجتماعية، واعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة".

يتبين من التعريفات السابقة أن مفهوم جودة الحياة يتخطى التركيز على جانب أو مؤشر معين، إذ تتكامل فيه المؤشرات النفسية والاجتماعية والصحية والمهنية، وليس من السهل فصل هذه المؤشرات.

أهمية قياس جودة الحياة:

تُعد الحياة الجيدة هدفاً لدى كثير من الناس، كما أن الوصول لمستوى الرفاه، أو القدرة على أداء مختلف الوظائف الحياتية هو أمر مرغوب لدى معظم الناس تقريباً، بل هو هدف اجتماعي تخطط له الدول وتسعى لتحقيقه من خلال الاهتمام بالأنظمة الصحية والحفاظ على البناء الاجتماعي وتطويره، ووضع الأنظمة والضوابط التي تضمن رفاه المجتمع وتحفظ استقراره وقيمه وثقافته وهويته، وصولاً إلى تحسين نوعية حياة أفراده؛ لذلك يُعد موضوع جودة الحياة من الموضوعات ذات الأهمية في كثير من العلوم، خاصة العلوم الاجتماعية، وفي هذا الصدد أشار رادوفانوفيتش وآخرون (Radovanovic,et al, 2017,188) إلى أن جودة الحياة تحتل مكانة هامة في علم الاجتماع، وعلم النفس، والطب، والتربية، فهي في علم الاجتماع تُعد مؤشراً على الحماية الاجتماعية لأفراد المجتمع، ومستوى رضاهم عن الحياة، ومستوى أدائهم الاجتماعي، ولا يمكن فصل الجانب النفسي عن الاجتماعي بسهولة، لأن أهم مؤثرات الحياة الجيدة تظهر في رضا الفرد عن ذاته ونمو مشاعره وتفاعله مع الآخرين، فالأثر النهائي اجتماعي. كذلك لا يمكن فصل الجانب الطبي عن الاجتماعي، لأن الدراسات الطبية لجودة الحياة لا تستهدف الوقاية، وإنما التخفيف من أعراض الأمراض المختلفة وآثارها، للوصول لحالة صحية أفضل، يتمكن الإنسان خلالها من العطاء وأداء مهامه ووظائفه الحياتية، مهنياً واجتماعياً. أما الاهتمام التربوي بجودة الحياة، فلأن التعليم الجيد يؤدي إلى حياة جيدة، حيث يتيح للفرد فرصاً وظيفية أفضل، إذ يحسن من كفاءته ومهاراته، وينعكس ذلك إيجاباً على الوضع المادي وظروف المعيشة، ويقلل من معدلات الفقر ومن التهميش الاجتماعي، ويحسن علاقات الفرد وتفاعلاته الاجتماعية وتواجده وإسهاماته التنموية.

وبالنسبة للمرضى، خاصة ذوي الأمراض المزمنة؛ فإنه يُستدل من خلال معرفة مستوى جودة الحياة على عدة جوانب أشار لها ونغ وآخرون (Wang& et al,2010,395) في معرفة الرضا عن المستوى الصحي العام، والحياة المهنية، والاجتماعية، والروحية، والاقتصادية، والعلاقات الاجتماعية والأسرية المختلفة. ولا شك أن معرفة هذه الجوانب يمكن القائمين على القياس من فهم الشخصية وظروفها من جميع الاتجاهات، والتعامل معها بنظرة شمولية متكاملة، ولذلك يرى أبويونس (٢٠١٣، ٦٥) أن جودة الحياة تُعد دالة للظروف البيئية المختلفة التي يعيشها الفرد، والكيفية التي يشعر ويدرك بها هذه الظروف.

كما يؤدي قياس جودة حياة المرضى العديد من الفوائد للفرق الطبية، ومن ذلك ما ذكره السويركي (٢٠١٣، ٧٤) من أنها تساعد الأطباء على فهم واقع المريض وأبعاده النفسية والاجتماعية، وتقييم فعالية الطرق العلاجية المستخدمة، واختيار الطرق المناسبة للتخاطب مع المرضى في ظل ما تظهره نتائج قياس جودة حياتهم، كما تساعد الأطباء في الكشف عن المشاكل المحتملة، وفهم المشاكل ذات الأولوية، ومعرفة ما يفضله المريض، والتعامل معه من هذا المنطلق، على اعتبار أن تحسن جودة حياته ينعكس إيجاباً على فاعلية العلاج.

يتبين مما سبق أن الاهتمام بقياس جودة الحياة يساعد العلماء والباحثين والمختصين والفرق الطبية في فهم الواقع الذي يعيشه المريض، ومستوى رضاه عن حياته وعلاقاته الأسرية والاجتماعية، كما يمكن من خلالها التنبؤ بالمستوى الصحي النفسي والجسدي وآثار المرض والعلاج على نفسية المريض وحياته الاجتماعية.

أبعاد جودة الحياة:

تتعدد أبعاد جودة الحياة من منظور الباحثين، ويرجع ذلك لتعدد المجالات التي تم تناول جودة الحياة من خلالها، فكل مجال بحثي يركز على الإطار المتعلق بتوجهاته الرئيسة، وقد ذكر (أبو يونس، ٢٠١٣، ٦٨؛ العروقي، ٢٠١٤، ٣٦؛ مليكة وداودي، ٢٠١٧، ٦٧) أن هناك العديد من الاتجاهات في تقسيم أبعاد جودة الحياة، منها تقسيمها إلى: موضوعية، وذاتية، ووجودية؛ حيث تُعبر جودة الحياة الموضوعية عن الجوانب الاجتماعية في حياة الفرد وما يوفره له المجتمع من احتياجات مادية. بينما تُعبر الجودة الذاتية عن الرضا والشعور الداخلي بالحياة. أما جودة الحياة الوجودية؛ فتعبر عن مدى تحقق الاحتياجات الرئيسة للفرد، وقدرته على التكيف مع ذاته ومجتمعه.

وأما شقير (٢٠٠٩، ٤)، فقد صنفت معظم أبعاد جودة الحياة التي تناولتها الدراسات في ثلاثة أبعاد رئيسة، وهي:

- البُعد الصحي، ويشمل الصحة النفسية، والجسدية، والمعرفية.
- البُعد الشخصي، أو الذاتي، ويتضمن المؤشرات الدالة على الصلابة الداخلية، والثقة بالنفس، والسعادة، والرضا عن الحياة، والتفاؤل، والاستقلالية، والكفاءة الذاتية.
- البُعد الخارجي، أو الاجتماعي، ويتضمن المؤشرات المعبرة عن المكانة الاجتماعية، والانتماء للجماعة، والجانب المهني، والمهارات الاجتماعية، والمساندة الاجتماعية، والقيم الخُلقية والدينية والاجتماعية.

وحدد فلوفيلد Fallowfield المشار له في (الخليلي، ٢٠١٩، ٤٩) جودة الحياة للمرضى في أربعة أبعاد رئيسة، هي:

- البُعد النفسي، وتتأثر جودة حياة المريض فيه من خلال شعوره بالقلق أو الاكتئاب أو السعادة أو مستوى التوافق مع المرض.
- البُعد الاجتماعي، وتتأثر جودة الحياة من خلاله بمستوى العلاقات الشخصية، ونوعيتها، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية المختلفة.
- البُعد البدني، ويُستدل على جودة الحياة فيه من خلال رضا الفرد عن حالته الصحية، ونومه، وغذاءه، وتعايشه مع الألم الناتج عن المرض.
- البُعد المهني، ويُستدل على جودة الحياة فيه من خلال رضا الفرد عن العمل الذي يؤديه، وحبه له، وقدرته على أداء مهامه الوظيفية، والتوافق مع واجبات العمل في ظل ظروفه المرضية.

وأما جودة حياة مرضى الفشل الكلوي، فقد حددها إسماعيل (٢٠١٣، ٢٩١) في أربعة أبعاد، هي: الأعراض والمشاكل التي يواجهونها في حياتهم نتيجة المرض، وعبء مرض الكلى، والتأثير على الحياة اليومية، والرضا عن الرعاية المقدمة لهم.

وحددت دراسة كمشي (٢٠١٦، ٦١٨) أبعاد جودة الحياة لمرضى الكلى في ثمانية أبعاد، هي: الوظيفة الجسمية، المشاكل الجسمية، المشاكل الانفعالية، العلاقات الاجتماعية، الصحة العقلية، الطاقة والحيوية، الألم وإدراك الوضعية الصعبة، والجوانب الاجتماعية.

وبصورة عامة؛ فإن معظم الأبعاد التي أوردها الباحثون، حيث يُعد البُعد الصحي مؤشراً على الصحة الجسدية والصحة العامة، بينما يمكن تضمين المتغيرات الذاتية المتعلقة بالشخصية والرضا عن الذات في البُعد النفسي، وتضمين جميع المتغيرات المتعلقة بالحياة الاجتماعية والعلاقات والدعم الاجتماعي والوضع الاقتصادي ضمن البُعد الاجتماعي. وأما بُعد البيئة، فيتضمن العوامل المرتبطة بالخدمات والرعاية المجتمعية، وما يتم توفيره للمريض من رعاية خاصة واهتمام وقبول مجتمعي. وبذلك يُعد هذا التقسيم الأنسب للاستخدام في الدراسة الحالية من وجهة نظر الباحثة.

العوامل المؤثرة في جودة الحياة:

إذا كانت جودة الحياة ترتبط بمنظومة بناء الشخص الداخلية والخارجية، فلا شك أنها تتأثر بالعوامل النفسية، والصحة الجسدية، والبيئة الاجتماعية، والعديد من العوامل المتصلة بحياة الفرد بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، باعتبارها متداخلة في تحديد توجهاته وقدرته على أداء وظائفه المختلفة، وفي هذا الصدد يؤكد الربادي وسالم (Al Rabadi& Salem, 2018,9) على أن تعدد أبعاد جودة الحياة، ونسبيتها ما بين الأفراد، وارتباطها بوجهات النظر والمعايير التي يتبناها الأفراد لتقييم الحياة والواقع، تجعلها تتأثر بالعديد من العوامل المرتبطة بتحديد جودة مكونات الحياة.

وأشار شاهين وآخرون (Sahin,et al, 2019,455) إلى أن مفهوم جودة الحياة باعتباره مفهوماً شاملاً؛ فإنه يتأثر بطريقة معقدة بالصحة البدنية والنفسية والمعتقدات الشخصية والعلاقات الاجتماعية والبيئية والنظام الاجتماعي والسياسي.

وجمّع قطاية (٢٠١٢، ٢٤) عدداً من العوامل المؤثرة في جودة الحياة من خلال نتائج الدراسات والبحوث العلمية، وأهمها:

- تتداخل المتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية والنفسية في إدراك الفرد لجودة حياته.
- تتأثر جودة الحياة بوجود أهداف حياتية وتطلعات مستقبلية لدى الفرد، كما تتأثر بمدى رضاه عن الحياة، والدعم الاجتماعي المقدم له.
- تؤدي زيادة المسؤوليات إلى انخفاض الشعور بالسعادة وبالتالي انخفاض مستوى جودة الحياة لدى الفرد.
- تؤدي أحداث الحياة الضاغطة إلى خفض جودة الحياة.

- تسهم البيئة الأسرة الإيجابية والداعمة للفرد في مواجهة الظروف الضاغطة وبالتالي تحسين جودة حياته.
- كلما زاد إشباع الحاجات الأساسية، زادت جودة الحياة.
- تتأثر جودة الحياة بالحلة الاقتصادية تأثراً كبيراً.

الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

تتعدد التوجهات المفسرة لجودة الحياة، ويرجع هذا التعدد إلى ارتباطها بالعديد من المجالات، الاجتماعية، والنفسية، والطبية؛ حيث يركز كل اتجاه على أبرز النقاط التي يمكن فهم جودة الحياة في ضوئها من منظوره الخاص، وفيما يلي توضيح لمرتكزات كل توجه منها:

١. الاتجاه الاجتماعي:

يمثل الاتجاه الاجتماعي المدخل الموضوعي في تناول جودة الحياة، وقد أشار حرارة (٢٠١٧، ٥٨) إلى علم الاجتماع اهتم بدراسة العوامل المؤثرة في نوعية الحياة منذ عام ١٩٤٨ حيث تم التركيز حينها على المؤشرات الموضوعية في الحياة كأساس لقياس جودة الحياة، وفي هذا الصدد أكد بكر (٢٠١٣، ٤٨) على أن مفهوم جودة الحياة من المنظور الاجتماعي ارتبط في بدايته بعدد من المؤشرات الموضوعية التي تعكسها البيانات والإحصاءات الرسمية.

معنى ذلك أن المنظور الاجتماعي لا يعتبر المؤشرات الموضوعية الكمية هي المعبر عن جودة الحياة، وإنما يعتبر أن تأثيرها النوعي على نوعية حياة الفرد هو الأهم في تحديد مستوى جودة الحياة، كما يؤكد على تداخل عوامل أخرى مؤثرة في حياة الفرد، وفي هذا الصدد أشار البقلي (٢٠١٤، ٥) إلى أن بعض علماء الاجتماع والنفس طوروا مقاييس للرفاه الاجتماعي والرضا عن الحياة، وربطوا مفهوم جودة الحياة بالتنمية والتقدم وإشباع الحاجات والفقر، والبيئة المحيطة، والعوامل الذاتية، كالشعور بالصحة الجسدية والنفسية، والمفهوم الإيجابي عن الذات، والرضا عن الحياة، والعمل، والحالة الاجتماعية والسعادة.

يتبين من ذلك أن الاتجاه الاجتماعي في تفسير جودة الحياة يهتم بمستوى رضا الفرد عن الخدمات وأوجه الرعاية المقدمة له من المجتمع، ومستوى العلاقات الاجتماعية بأنواعها ومستوياتها المختلفة، وتفاعله مع المجتمع والبيئة المحيطة.

٢. الاتجاه النفسي:

يمثل الاتجاه النفسي المدخل الذاتي في تناول جودة الحياة، حيث ذكر لوتن "Lawton" المشار له في (قطاية، ٢٠١٢، ٢٢) أن المؤشرات الذاتية لجودة الحياة تمثل المنظور النفسي للفرد في الحكم على الجودة، ويهتم علماء النفس الاجتماعي تحديداً بهذا المدخل، والذي يُعبر عن خبرة الفرد وإدراكه الحسي للمستوى الجيد للحياة وكيفية الوصول له؛ وأن الرفاهية الذاتية هي المعبرة عن جودة الحياة وليست ظروف الحياة الموضوعية.

ووفقاً لشيخي (٢٠١٤، ٨٧)؛ فإن جودة الحياة تمثل بؤرة اهتمام علم النفس الإيجابي، حيث يعتبر الرضا عن الحياة عنصراً رئيساً لتحقيق جودة الحياة، وأن هذا الرضا يتضمن العديد من المجالات، منها: الرضا عن الحالة الجسمية، والصحة، والعمل، والرضا عن مظاهر الحياة المختلفة، ومدى السعادة بالوجود الإنساني.

يتبين مما سبق، أنه على الرغم من تركيز الاتجاه النفسي على العوامل الذاتية الداخلية للفرد وتأثيرها المباشر على جودة حياته، إلاّ أنه يرى أن هناك تداخل مع العوامل الاجتماعية، خاصة فيما يتعلق بالعلاقات والانتماء والتي تُعد أحد المؤشرات المهمة على جودة حياة الفرد.

٣. الاتجاه الطبي:

تعتبر جودة الحياة من الموضوعات المهمة في المجال الطبي، وقد كان الأطباء في البداية هم من يقيمون جودة حياة المريض من خلال بعض المقاييس، لكن هذا الاتجاه واجه انتقادات واسعة كما أشار بكر (٢٠١٣، ٥٤)؛ لأنها حياة المريض، فكيف يحددها أو يشعر بها الطبيب، الأمر الذي حول الاتجاه الطبي إلى الاهتمام بالمريض، ليُعبر بنفسه عن نوعية حياته.

وأشار أحمد (٢٠١٥، ٢٠٥) إلى أن جودة الحياة تُعد هدفاً لمقدمي الخدمات الصحية، ويركز هذا الاتجاه على جودة الحياة الصحية واعتبارها مؤشراً للمخاطر الصحية النفسية والجسدية في حال الحاجة للخدمات الصحية وغياب العلاج.

وقد بدأ الاهتمام بجودة الحياة في المجال الصحي بعدما لاحظ الأطباء وجود علاقة بين الحالة الصحية للمريض وجودة حياته، وفي هذا الصدد أشار أبوشمالة (٢٠١٦، ٢٣) إلى أن ملاحظات الأطباء لهذه العلاقة زادت من الاهتمام بدراسة حياة المرضى ومشكلاتهم وقضايا حياتهم، لأن المريض

يدرك نوعية الحياة بصورة تختلف عن الأصحاء، وهو ما يتطلب تنمية علاقاتهم الاجتماعية من خلال تدخلات مدروسة وفعالة.

وذكر حرارة (٢٠١٧، ٥٩) أن الأطباء والمتخصصين في العلوم الاجتماعية يهتمون بتحسين مستوى جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي المناسب لاحتياجاتهم.

كما يمكن اعتبار جهود منظمة الصحة في هذا الإطار ضمن المجال الطبي، حيث عملت على تطوير مقياسها الخاص لجودة الحياة الصحية، وهو أحد المقاييس المختصرة والشاملة في مجال جودة الحياة، التي يشيع استخدامها بين الباحثين المهتمين بدراسة جودة حياة المرضى.

٤. الاتجاه التكاملي:

نظراً لصعوبة فصل المؤشرات الذاتية والموضوعية عند قياس جودة الحياة، فقد ظهر اتجاه تكاملي يجمع بينهما، حيث أشار (بكر ٢٠١١، ٢٢؛ بكر، ٢٠١٣، ٥٦؛ رحال،٢٠١٥، ٦٩؛ اللوغاني وآخرون، ٢٠١٨، ٥٣) إلى أن الجهود التي بذلت لقياس جودة الحياة خلصت إلى أنها تشمل العوامل الذاتية وخصائص الموقف الذي يعيش فيه وجودة الحياة الموضوعية، وتبين أنه الصعب الفصل بين العوامل الذاتية والموضوعية عند قياس جودة الحياة، فطرح فينتجودت Ventegodt تصوراً تكاملياً يقوم على الجمع والتوفيق بين العوامل المؤثرة في جودة الحياة ذاتياً وموضوعياً.

يتضح من استعراض الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة (الاجتماعية، النفسية، الطبية) أن كل اتجاه منها وضع تصوراً للعوامل الأكثر تأثيراً في جودة حياة الفرد، وعلى الرغم من أن الاتجاهات الثلاثة لم تهمل العوامل الأخرى وتأثيرها في جودة الحياة، إلاّ أنها لم تكن متوازنة مع الجانب الذي ركزت عليه، لذلك جاء الاتجاه التكاملي ليؤكد على أهمية التوازن عند قياس العوامل المؤثرة في جودة الحياة.

جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي:

تعد الأمراض المزمنة، مثل مرض الفشل الكلوي، من الأمراض المعقدة، والمتداخلة في أسبابها وآثارها التي تستمر لفترات طويلة أو مدى الحياة، ويكون العلاج فيها غير مضمون النتائج، مما يتوقع معه العديد من الآثار السلبية والمشكلات التي تؤثر في جودة حياة المريض نتيجة القيود والعجز الذي تسببه، ومن أهم هذه المشكلات التي أشار لها الطملاوي (٢٠١٢، ١٧٤٣): تغيير أسلوب الحياة، وصعوبات أداء الأدوار الاجتماعية، واتخاذ القرارات، ومشكلات العزلة والشعور بالوحدة، واضطراب العلاقات

الاجتماعية، والمشكلات الاقتصادية، والقيود المرتبطة بالغذاء والنشاط والحركة، ومشاعر الخوف من الموت، وقلق المستقبل، والاكتئاب نتيجة الشعور بالإحباط من عدم جدوى العلاج.

ولا شك في أن الضغوط الناشئة عن مرض الفشل الكلوي تؤثر على نوعية حياة المريض، حيث يرى الطعاني (٢٠١٥، ٢) أن ضغوط المرض توجد تغيرات سلبية ومشكلات تكيفية ونفسية واجتماعية، وتقلل من تقبل المريض لوضعه الصحي ورضاه عن ذاته وأمله في الحياة، وتزيد من حاجته للدعم والمساندة والعلاقات الاجتماعية لتحسين رضاه عن نفسه والحياة والعلاج الذي يتلقاه.

ويؤكد كفالا وآخرون (Kefale, et al,2019,2) على أن مستوى تفاعل مريض الكلى المزمنة مع أفراد أسرته، والمشاكل الاجتماعية التي يمر بها تؤثر على جودة حياته سلباً وعلى مسار المرض، لذلك لوحظ أن المرضى الذين تنخفض لديهم جودة الحياة تزداد لديهم الأعراض المرضية وتتأثر صحتهم البدنية والنفسية واستجابتهم للعلاج.

يتضح مما سبق أن مرضى الفشل الكلوي تتأثر حياتهم الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية بصورة واضحة بتبعات المرض، وهذه التأثيرات تكون سلبية في الغالب، حيث يزداد الضعف الصحي مع الوقت، وتتأثر النفسية والنظرة للحياة، وتقل قدرتهم على التفاعل وأداء الأدوار الاجتماعية والتأثير في المحيط الاجتماعي، خاصة الأسرة، وقد يفقد المريض عمله، وتنشغل به أسرته وبعلاجه، فيشعر أنه يزيد اعبائهم بدلاً من التخفيف عنهم، ولا شك أن كل هذه التغيرات المشاعر تنعكس على جودة حياته بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

برنامج جودة الحياة في المملكة العربية السعودية:

يُعد برنامج جودة الحياة أحد البرامج الاثني عشر ذات الأهمية الاستراتيجية التي حددها مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية لتحقيق أهداف رؤية المملكة ٢٠٣٠، ووفقاً لوثيقة البرنامج (٢٠١٨، ٧) فإنه يركز بشكل رئيس على جعل المملكة وجهة أفضل للعيش للمواطنين والمقيمين فيها، وذلك من خلال الاهتمام بجانبين أساسيين، أولهما تطوير نمط حياة الفرد من خلال العديد من الخيارات التي تعزز مشاركته في الأنشطة الثقافية والترفيهية والرياضية. ويتمثل الجانب الثاني في تحسين جودة الحياة من خلال تحسين حياة الفرد والأسرة بتنويع الاقتصاد لإيجاد فرص عمل جديدة ومتنوعة، ورفع مستوى مدن المملكة، ويقوم هذا كله على محورين، أولهما: قابلية العيش، ويستهدف تهيئة ظروف العيش للوصول

لحياة مرضية للأفراد، والثاني يتمثل في نمط الحياة، ويستهدف توفير خيارات لجعل حياة الناس ممتعة ورغيدة.

ويستهدف البرنامج تحسين خمس فئات من المؤشرات الموضوعية تحت كل محور من المحورين، حيث تغطي قابلية العيش الجوانب الرئيسة للحياة، وتشمل: البنية التحتية والنقل، والإسكان والبيئة، والرعاية الصحية، والفرص الاقتصادية والتعليمية، والأمن والبيئة الاجتماعية. بينما يركز نمط الحياة على الخيارات المناسبة لقضاء أوقات الفراغ، ويشمل: الأنشطة الترفيهية داخل المنازل وخارجها، التراث والثقافة والفنون، الرياضة، الأنشطة الترويحية كالمطاعم وخيارات التسوق، المشاركة المجتمعية وتعزيز التفاعل بين أفراد المجتمع (شكل ١).

شكل (١) الفئات الرئيسة لقابلية العيش ونمط الحياة في برنامج جودة الحياة بالمملكة العربية السعودية

(المصدر: برنامج جودة الحياة في المملكة العربية السعودية، ٢٠١٨، ١١)

وبصورة عامة، فإن البرنامج طموح وهادف ومخطط له بدقة، ويتوقع له النجاح وتحقيق أهدافه إذا سار على الخطة والجدول الزمني المقرر له، خاصة وأنه قد ظهرت بعض ثماره في أبعاد نمط الحياة.

الدراسات السابقة:

الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي:

كما أجرى قريط (٢٠٢٠) دراسة لتقييم نوعية الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في سوريا، وقد اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتمثلت الأداة في مقياس تم تطويره اعتماداً على مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، وطبقت الدراسة على عينة من المرضى الذين وافقوا على تطبيق الأداة تكونت من

(٣٠) مريضاً من الخاضعين للغسيل الكلوي بقسم الكلية الصناعية في مستشفى تشرين الجامعي بمدينة اللاذقية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المستوى العام لنوعية الحياة لدى المرضى كان متوسطاً، وأما على مستوى البعاد، فقد كان المستوى متوسطاً في بعد الصحة النفسية، وكان منخفضاً في بُعد الصحة البدنية والبعد البيئي.

وهدفت دراسة كفالا وآخرون (Kefale, et al,٢٠١٩) إلى قياس مستوى جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في أثيوبيا، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وجمعت البيانات باستخدام مقياس جودة الحياة MOS SF-٣٦، وتكونت العينة من (٢٥٦) مريضاً تتراوح أعمارهم بين ١٨-٩٠ سنة، وأظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة كان منخفضاً لدى المرضى في جميع المراحل المرضية، مع وجود فروق تعزى لاختلاف مستوى الدخل ومستوى التعليم، وأنه كلما ارتفعا زاد مستوى جودة الحياة لدى المرضى.

وأما دراسة جوشي وآخرون (Joshi, et al,٢٠١٧) فقد سعت لتقييم جودة الحياة لمرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي بدولة نيبال، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتمثلت الأداة في الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية؛ حيث اقتصر الباحث على أربعة أبعاد فقط من الأبعاد الثمانية، وهي: الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية. وطبقت الدراسة على عينة قصدية مكونة من (١٥٠) مريضاً يخضعون للغسيل الكلوي الدموي في مركزين رئيسيين للكلى في نيبال. وقد أظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة كان منخفضاً لدى مرضى الفشل الكلوي، سواء في الدرجة الكلية أو في الأبعاد الأربعة، كما اتضح وجود فروق في مستوى جودة الحياة يعزى لاختلاف العمر لصالح كبار السن، وكذلك وجدت فروق تعزى للعمل لصالح المرضى العاملين، فقد كانت جودة الحياة لديهم أفضل من غيرهم، كما وجد أن المرضى الأقل دخلاً والذين يستغرقون فترة أطول في الغسيل أقل من غيرهم في مستوى جودة الحياة.

وهدفت دراسة أحمد (٢٠١٦) إلى تقييم جودة الحياة الصحية بعد زراعة الكلى مقارنة مع مرضى الفشل الكلوي الذين يتعالجون بالغسيل الدموي في أحد مستشفيات السودان المتخصصة في زراعة الكلى. واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، باستخدام مقياس جودة الحياة الذي تم تطبيقه على عينة مكونة من (٣٠٠) مريض من زارعي الكلى و(١٠٠) مريض من مرضى الفشل الكلوي في الغسيل الدموي، وقد أظهرت النتائج أن عمليات زراعة الكلى تجود الحياة أكثر من المرضى الخاضعين للغسيل الكلوي، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات المرضى على مقياس جودة الحياة

تعزى لمتغير العمر، فكان المرضى الأكبر عمراً أقل في مستوى جودة الحياة، وكذلك الإناث، وغير المتزوجين، والأقل تعليماً، والمدخنين، كانت مستويات جودة الحياة لديهم أقل.

كما هدفت دراسة كمشي (٢٠١٦) إلى مقارنة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بولاية باتنة الجزائرية وفقاً لجنس المريض، ولتحقيق هدف الدراسة تم اتباع المنهج الوصفي المقارن، وجُمعت البيانات باستخدام قائمة أساليب المواجهة، ومقياس جودة الحياة MOS -٣٦SF. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية لجودة الحياة، وكذلك أبعادها الثمانية كانت منخفضة لدة مرضى القصور الكلوي المزمن، كما أكدت النتائج عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة يعزى لاختلاف جنس المريض، وكذلك لا توجد فروق في استراتيجيات مواجهة المرض تعزى لاختلاف الجنس، وأن الاستراتيجيات السائدة في المواجهة لدى معظم أفراد العينة هي المتمركزة حول الانفعال.

وهدفت دراسة تشيزوسكي وآخرون (Czyzewski, et al.2014) إلى تقييم جودة حياة مرضى الفشل الكلوي بعد زرع الكلى بالمقارنة مع مرضى الغسيل الكلوي الدموي والبريتوني في بولندا، واتبعت الدراسة منهج المسح الاجتماعي، باستخدام الصورة المختصرة من مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، وطبقت الدراسة على عينة من المرضى مكونة من (٤٠) مريضاً من مرضى غسيل الكلى الدموي (HD)، و(٣٠) من مرضى غسيل الكلى البريتون (PD)، و(٤٧) من مرضى من زارعي الكلى. وأظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة كان أعلى لدى مرضى زراعة الكلى، بينما كان منخفضاً جداً لدى مرضى الغسيل الكلوي البريتوني (PD) الدموي (HD) على الترتيب، كما لوحظ أن مستوى جودة الحياة يتحسن لدى مرضى زراعة الكلى مع الوقت، بينما ينخفض لدى مرضى الغسيل مع مرور الوقت نتيجة الآلام والضغوط المترتبة على عملية الغسيل المستمرة.

التعليق على الدراسات السابقة:

وقد أظهرت نتائج دراسات هذا المحور أن مستويات جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تميل إلى الانخفاض لدى جميع الفئات وفي جميع مراحل المرض، بينما أظهرت النتائج تحسناً نوعياً في جودة الحياة لدى المرضى الذين تمكنوا من زراعة الكلى لكنه أقل منه لدى الأصحاء.

أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في عددٍ من الجوانب التي تميزها عنها، ومن ذلك أنها- على حد علم الباحثة- من أوائل الدراسات التي جمعت أبعاد جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي وفقاً للحدود المكانية الحالية المتمثلة في مدينة مكة المكرمة، كما أن الدراسات السابقة التي تم عرضها لم تتناول جميع أبعاد جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بصورة متكاملة، وإنما درست بعض أبعاده.

استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

أفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في عدة جوانب، أهمها تحديد أبعاد القياس لمتغيري الدراسة، والتعرف على الأدوات الأشهر والأكثر استخداماً من قبل الباحثين، والاستفادة منها في إعداد أداة الدراسة. كما أفادت منها في تحديد مشكلة الدراسة، وفي إعداد الأدبيات، وتفيد منها كذلك في مقارنة النتائج النهائية.

مناقشة:

ويتضح مما سبق أن جودة الحياة هي محصلة لجميع جوانب حياة الفرد؛ لذلك تتأثر بشخصيته وحالته النفسية، فضلاً عن تأثرها بجميع العوامل المحيطة به؛ إذ لا يمكن الحكم على جودة حياة الفرد دون النظر للعوامل النفسية والشخصية، والصحة الجسدية، والعلاقات الاجتماعية والمؤثرات المجتمعية، والعوامل الاقتصادية؛ فكل عامل من هذه العوامل يسهم في رفع مستوى جودة الحياة ويؤثر في مستوى العوامل الأخرى، فالاستقلال والرضا الداخلي واستقرار الشخصية يؤثر في التفاعلات والعلاقات الاجتماعية وأداء الأدوار الاجتماعية، والحالة الاقتصادية تؤثر في مستوى الضغوط النفسية والاجتماعية والعلاقات الأسرية ومستوى إشباع الحاجات الأساسية، والصحة الجسدية تؤثر في الحالة المهنية والوضع الاجتماعي، وهكذا فتأثيرات هذه العوامل متداخلة في تحسين مستوى جودة الحياة أو خفضها.

وأخيرًا أن مرضى الفشل الكلوي تتأثر حياتهم الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية بصورة واضحة بتبعات المرض، وهذه التأثيرات تكون سلبية في الغالب، حيث يزداد الضعف الصحي مع الوقت، وتتأثر النفسية والنظرة للحياة ويصاب المرضى بالإحباط، وتناوبهم مخاوف وصراعات الموت، وتقل قدرتهم على التفاعل وأداء الأدوار الاجتماعية والتأثير في المحيط الاجتماعي، خاصة الأسرة، وقد يفقد المريض عمله، فتزداد مشاكله سوءاً، ويزداد شعوره بعدم الفاعلية، وتنشغل به أسرته وبعلاجه، فيشعر أنه يزيد اعبائهم بدلاً من التخفيف عنهم، ولا شك أن كل هذه التغيرات المشاعر تنعكس على جودة حياته بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

وبناء على ما سبق وما أكدته الدراسات السابقة أن مستويات جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تميل إلى الانخفاض لدى جميع الفئات وفي جميع مراحل المرض، وحول عدة متغيرات مثل العمر والدخل، لذا تتوقع الباحثة أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في نتائج الدراسة سيكون منخفض ميلاً للمتوسط قليلاً في جميع أبعاد جودة الحياة وهي البعد الصحي والنفسي والاجتماعي والمجتمعي أو البيئي. عكس ما أظهرته النتائج تحسن في جودة الحياة لدى المرضى الذين تمكنوا من زراعة الكلى، أيضًا تتوقع الباحثة انخفاض الدعم النفسي والاجتماعي للمريض من قبل أسرته والمحيطين به، وقلة تعاون مؤسسات المجتمع مع مرضى الفشل الكلوي.

التوصيات:

- حث أفراد المجتمع على التبرع بالأعضاء ضمن المبادرات والبرامج الخيرية التي تتبناها المملكة العربية السعودية، وتشجيعهم على المساهمة فيها، والموافقة على التبرع بعد الوفاة وذلك لحاجة الأعداد المتزايدة من مرضى الفشل الكلوي.
- تعاون الجهات الحكومية مع مرضى الكلى وتقدير حاجتهم إلى الراحة بعد عمليات الغسيل، ويكون ذلك بتنظيم استمارات خاصة ما بين الجهة ومركز الغسيل.
- الزام العاملين في مراكز الغسيل بدورات تثقيفية تقيمها الشؤون الصحية في كل منطقة، لتزويدهم بما يجب أن يتم في مجال التعامل مع المريض والمعلومات الجديدة حول المرض.
- عمل برامج توعية من قبل الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الكلى لأسر المرضى وتوضيح الاثار الاجتماعية والنفسية الناتجة عن المرض وأساليب الدعم النفسي والاجتماعي تجاه المريض، بمشاركة وسائل الاعلام المختلفة ومواقع التواصل عبر أجهزة الجوال الموجودة لدى الجميع.

المراجع:

١- أبوشمالة، رجاء محمد. (٢٠١٦). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والمهارات الحياتية لدى زوجات الشهداء في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

٢- أبويونس، إيمان محمود. (٢٠١٣). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الناقد وجودة الحياة لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي بمحافظة خان يونس. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

٣- أحمد، إيمان خالد عباس (٢٠١٦). تقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بعد الزرع الكلوي بالمقارنة مع مرضى الداء الكلوي بمراحله الأخيرة في مستشفى متخصص في زرع الكلى في السودان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.

٤- إدريس، الجوهرة محمد (٢٠١٥م)، "تصور مقترح لممارسة نموذج الحياة لتحقيق المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي المزمن"، شؤون الاجتماعية، جمعية الاجتماعيين، المجلد:٣٢، العدد: ١٢٨، ص٤٠-٤١

٥- اسماعيل، محمود عطية (٢٠١٣م)، "نوعية الحياة وأساليب المواجهة لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن"، مجلة دراسات عربية، المجلد:١٢، العدد: ٢، ص ٢٧٩- ٢٨٠.

٦- بكر، جوان إسماعيل. (٢٠١١). جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين: دراسة ميدانية لطلبة جامعة صلاح الدين. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة صلاح الدين، العراق.

٧- بكر، جوان إسماعيل. (٢٠١٣). جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين. عمّان- الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

٨- حرارة، ناهض سالم. (٢٠١٧). الحاجات الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى اللاجئين السوريين في محافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

٩- رحال، نور اليقين. (٢٠١٥). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة لدى الأستاذ الجامعي: دراسة ميدانية بجامعة المسيلة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، الجزائر.

١٠- شقير، زينب محمود. (٢٠٠٩). مقياس تشخيص معايير جودة الحياة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

١١- شويعل، يزيد (٢٠١٦م)، "العلاقة بين الأنماط السلوكية أ. ب وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري: دراسة ميدانية"، مجلة دراسات لجامعة الأغواط، جامعة عمار ثليجي، عدد: ٤٣، ص ١٩٢.

١٢- شيخي، مريم. (٢٠١٤). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبوبكر بلقايد، الجزائر.

١٣- قريط، فاطمة عبدالجبار. (٢٠٢٠). تقييم نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن. مجلة جامعة حماة، ٣(١)، ١٤-٢٤.

١٤- قطاية، سون أحمد. (٢٠١٢). المتغيرات الديموغرافية والأكاديمية المنبئة بجودة الحياة كما يدركها الموهوبون والعاديون من طلاب الجامعات والتعليم العالي بالإسكندرية. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الإسكندرية، مصر.

١٥- كشي، فوزية. (٢٠١٦). مقارنة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن: دراسة ميدانية بولاية باتنة. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، ٣(١)، ٦١٤-٦٢٨.

١٦- البقلي، أحمد عبدالعزيز. (٢٠١٤). مفهوم نوعية الحياة: النشأة والتطور "مفهوم جودة الحياة: الأصل والتطور ."المؤتمر السنوي الثالث والأربعين "قضايا السكان والتنمية الواقع وتحديات المستقل ما بعد ٢٠١٥ ."معهد التخطيط القومي، القاهرة.

١٧- الخليلي، محمد جمال. (٢٠١٩). المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

١٨- السويركي، رمزي شحدة. (٢٠١٣). الأمن النفسي وعلاقته بالاستقلال -الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصرياً بمحافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

١٩- الشهراني، عائض، العتيبي، جابر، الجهني، عبدالرحمن (٢٠١٧م)، "المشكلات الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها"، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، المركز القومي للبحوث غزة، مجلد:١، العدد:٥، ص ٨٦-٨٨.

٢٠- الطعاني، آية عبدالكريم. (٢٠١٤). الدعم الاجتماعي المدرك والعزلة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي. رسالة ماجستير غير منشورة. الأردن: جامعة اليرموك.

٢١- الطملاوى، منال محمد. (٢٠١٢م). استخدام المناقشة الجماعية في خدمة الجماعة وتحسين جودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة: دراسة مطبقة على عينة من المرضى بأمراض مزمنة بمستشفى العبور بكفر الشيخ .المؤتمر الدولي الخامس والعشرون "مستقبل الخدمة الاجتماعية في ظل الدولة المدنية الحديثة". جامعة حلوان – كلية الخدمة الاجتماعية، ج (٥)، ١٧٤١ – ١٨٠٤.

٢٢- العروقي، أسمهان نبهان. (٢٠١٤). الاغتراب النفسي وجودة الحياة لدى الأسرى المحررين المبعدين إلى قطاع غزة ضمن صفقة وفاء الأحرار. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

٢٣- الكبيسي، عبدالكريم عبيد. (٢٠١٦). قياس مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة: دراسة ثقافية مقارنة لعينات ليبية وعراقية ومصرية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، (٤٩)، ٤٢٧-٤٦٠.

٢٤- اللوغاني، أحمد عيسى ولآخرون. (٢٠١٨). العوامل البيئية المساهمة في جودة الحياة لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم بدولة الكويت. المجلة الدولية التربوية المتخصصة. ٧(٨)، ٤٧-٦٨.

٢٥- محمد بك، أماني أحمد حمد. (٢٠١٥). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بمركز د.سلمى لأمراض الكلى بولاية الخرطوم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم، السودان.

٢٦- مليكة، ابن العربي وداودي، محمد. (٢٠١٧). العوامل المؤثرة في جودة الحياة الأسرية لدى المراهق. مجلة دراسات، جامعة عمار ثليجي الأغواط- الجزائر، (٥٧)، ٦٢-٧٢.

الوثائق:

- برنامج جودة الحياة. (٢٠١٨). وثيقة برنامج جودة الحياة ٢٠٢٠ "خطة التنفيذ". الرياض: مطبوعات رؤية المملكة ٢٠٣٠.
- وزارة الصحة السعودية. (١٤٤٠هـ). الكتاب الإحصائي السنوي لعام ١٤٤٠هـ. الرياض: إصدارات الوزارة.

المراجع الأجنبية:

Al Rabadi, Wail Minwer; Salem, Rifqa Khleif. (2018). The Level of High-Order Thinking and Its Relation to Quality of Life among Students at Ajloun University College. International Education Studies, 11 (6), 8-21.

Czyżewski, L; Sańko-Resmer, J; Wyzgat, J& Kurowski, A. (2014). Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. Ann Transplant. 2(19),576-585.

Joshi, U; Subedi, R; Poudel, P; Ghimire, PR; Panta, S& Sigdel MR. (2017). Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis using WhOQOl - BReF questionnaire: a multicenter study. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease, (10), 195-203.

Kefale, B; Alebachew, M; Tadesse, Y& Engidawork, E. (2019) Quality of life and its predictors among patients with chronic kidney disease: A hospital-based cross sectional study. PLoS ONE, 14(2),1-16.

Radovanovic, Ivica; Bogavac, Dragana; Cvetanovic, Kovacevic, Jasmina. (2017). Quality of Life--Lifelong &Zorica Education Platform. Universal Journal of Educational Research, 5 (12), p188-195.

Sahin, Suleyman; Sahin, Senay; Yildirim, Duygu; Kirkaya, Izzet. (2019). Evaluation of Body Composition and Quality of Life of

University Students. Asian Journal of Education and Training, 5 (3). 454-458.

Wang, *J. Wei; et al. (2010).* Quality of life associated with perceived stigma and discrimination among the floating population in Shanghai, China: a qualitative study, Health Promotion International, *25(4), 394-402.*

Yetis, Umit. (2018). The Relationship between Quality of Life and Attitudes toward Barriers in the Leisure Time of Physical Education Students of Adiyaman University. Journal of Education and Training Studies, 6 (4), 59-62.