The Islamic University of Gaza
Deanship Research and Postgraduate Studies
Faculty of Education
Master of Community Mental Health

الجامعـــــــة الإســـلاميـة بغـــزة
عمادة البحث العلمي والدّراسات العليا
كليـــــــــــــة التّربيـــــــــــة
ماجستير الصحة النفسية والمجتمعيـة

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن

Social Support and its Relationship to Body Image and Emotional Balance for Patients with Chronic Kidney Failure

إعداد البَاحِث

محمد عمر أبو زهري

إِشرَافُ الدُّكْتور

أنور عبد العزيز العبادسة

قُدمَ هَذا البحثُ اِستِكمَالاً لِمُتَطلباتِ الحُصولِ عَلى دَرَجَةِ الْمَاجِستِير فِي الصّحة النّفسيّة والمجتمعية بكلية التّربية فِي الْجَامِعَةِ الإِسلامِيةِ بِغَزة

أغسطس/2021م – محرّم/1443هـ

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن

Social Support and its Relationship to Body Image and Emotional Balance for Patients with Chronic Kidney Failure

أقر بأنّ ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليميّة أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism، and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis، unless otherwise referenced، is the researcher's own work، and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	**محمد عمر أبو زهري**	اسم الطّالب:
Signature:	**محمد عمر أبو زهري**	التوقيع:
Date:	**أغسطس، 2021م**	التاريخ:

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الإسلامية بغزة
The Islamic University of Gaza
عمادة البحث العلمي والدراسات العليا
هاتف داخلي: 1150

الرقم Ref ج س غ/35/.....
التاريخ Date 12/09/2021م.....

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناء على موافقة عمادة البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ **محمد عمر عيادة ابوزهري** لنيل درجة الماجستير في كلية **التربية**/ قسم **الصحة النفسية المجتمعية** وموضوعها:

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن

Social Support and Its Relationship to Body Image and Emotional Balance for Patients with Chronic Kidney Failure

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم **الاحد 4 صفر 1443**هـ الموافق **2021/09/12**م الساعة **الحادية عشرة صباحا**، في **قاعة مؤتمرات مبنى طيبة** اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. أنور عبد العزيز العبادسة	**مشرفا ورئيسا**	.....
د. باسل مهدي الخضري	**مناقشا داخليا**	.....
د. نعمات شعبان علوان	**مناقشا خارجيا**	.....

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في **كلية التربية/قسم الصحة النفسية المجتمعية**.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله تعالى ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،

عميد البحث العلمي والدراسات العليا

أ. د. يوسف ابراهيم الجيش

ملخص الدّراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى العلاقة بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن. واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وقد تكونت عينة الدراسة النهائية من (205) مريضاً من مرضى الفشل الكلوي المزمن. واستخدم الباحث ثلاث أدوات للدراسة تكونت من مقياس المساندة الاجتماعية إعداد (زعرب، 2018)، ومقياس صورة الجسم إعداد (الشاعر، 2014)، ومقياس الاتزان الانفعالي إعداد (أبونصر، 2019)، وقد توصلت الدراسة إلى نتائج الدراسة أهمها:

- أن الوزن النسبي للمساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي المزمن جاء بدرجة كبيرة (74.98%)، والوزن النسبي لصورة الجسم جاء بدرجة متوسطة (67.83%)، والوزن النسبي للاتزان الانفعالي جاء بدرجة كبيرة (72.23%).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، وتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، وأيضا وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة المساندة الاجتماعية تبعاً للمتغيرات (النوع، مدة الإصابة)، وتبين وجود فروق تعزى لمتغير المؤهل العلمي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاتزان الانفعالي تبعاً للمتغيرات (المؤهل العلمي، مدة الإصابة)، وتبين عدم وجود فروق تعزى لمتغير النوع.

وفي ضوء نتائج الدراسة أوصى الباحث بضرورة التأكيد على دور المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء لمرضى الفشل الكلوي المزمن، وتفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات والمراكز الصحية، وتصميم برامج إرشادية وعلاجية للمصابين بمرض الفشل الكلوي.

الكلمات المفتاحية: المساندة الاجتماعية، صورة الجسم، الاتزان الانفعالي، الفشل الكلوي المزمن.

Abstract

This study aims identifying the social support and its relationship with body image and emotional balance for patients with chronic kidney failure. The researcher used descriptive analytical method, the final study sample consist of (205) patient of chronic renal failure. The researcher used three scales for the study; the Social Support Scale prepared by (Zorob, 2018) & the Body Image Scale (Al Shaer,2014) and the Emotional Balance Scale prepared by (Abu Nasr, 2019). The study reached the most important results of the study:

- The relative weight of social support (74.98%) and emotional balance (72.23%) was high among these patients, where the relative weight of the body image reached (67.83%).
- There is relationship with a statistically significant correlation between social support, body image among patients. And there is relationship with a statistically significant correlation between social support and emotional balance. And there is a statistically significant correlation between body image and emotional balance among chronic renal failure patients.
- There are no statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) in the degree of social support according to the variables (type, duration of injury), and it was found that there were differences attributed to the educational qualification variable.
- There are statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) in the degree of emotional stability according to the variables (educational qualification, duration of injury), and it was found that there were no differences attributed to the gender variable.

In light of the results of the study, the researcher recommended the necessity of emphasizing the role of social support by family and friends for patients with chronic renal failure, activating the role of the social worker in hospitals and health centers, and designing counseling and treatment programs for patients with renal failure.

Key words: social support, body image, emotional balance, chronic renal failure.

آية قرآنية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَإِنْ يَمْسَسْكَ اللَّهُ بِضُرٍّ فَلَا كَاشِفَ لَهُ إِلَّا هُوَ وَإِنْ يَمْسَسْكَ بِخَيْرٍ فَهُوَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ﴾

(سورة الأنعام: 17)

الإهدَأء

إلى من علمني النجاح والصبر ... والدي العزيز

إلى نبع الحنان وغيمة المكان ... أمي الحبيبة

أطال الله في عمرهما

إلى شريكة قلبي وعلمي في هذه الحياة ... زوجتي الفاضلة

إلى أبنائي الأعزاء ومهجة قلبي ... عمر وحلا ولين

إلى السند والعضد والساعد ... إخواني و أخواتي

إلى روح مشرفي الدكتور الفقيد أنور العبادسة ... رحمه الله

إلى مرضى الفشل الكلوي المزمن ... أعانهم الله وشفاهم

إلى الجامعة الإسلامية بغزة

إلى أساتذتي الكرام

إلى زملائي وأحبائي

إلى صديقي طفولتي ... محمد عقلة ورائد حجازي

إلى من أخذوا بيدي نحو آفاق العلم والمعرفة

إليكم جميعاً أهدي هذا العمل المتواضع

الباحث

شكرٌ وتقدير

قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ آتَيْنَا لُقْمَانَ الْحِكْمَةَ أَنِ اشْكُرْ لِلَّهِ ۚ وَمَن يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ ۖ وَمَن كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ حَمِيدٌ﴾ [لقمان: 12]

الحمد لله حتى يبلغ الحمد منتهاه، الحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات، والصلاة والسلام على معلم البشرية وخاتم الأنبياء والمرسلين، سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم تسليماً كثيرا.

لا يسعني وأنا أضع اللمسات الأخيرة في هذه الدراسة إلا أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى جميع العاملين بالجامعة الاسلامية وعمادة الدراسات العليا، وأخص بالذكر أعضاء الهيئة التدريسية بقسم علم النفس، كما وأتقدم بخالص الحب والامتنان إلى والدي العزيز وأمي الغالية وزوجتي الفاضلة وأبنائي الأعزاء وإخواني وأخواتي وأصدقائي كل باسمه ولقبه الذين كانوا عوناً وسنداً لي، كما أتقدم بعظيم الشكر إلى من أشرف على رسالتي أستاذي الفاضل الدكتور: **أنور العبادسة**، الذي توفاه الله أثناء إعدادي لهذه الدراسة، الذي لم يتأخر عني في تقديم المساعدة، حيث أعطاني من وقته الكثير، ومن علمه الشيء الوفير، فاللهَ أسأل أن يرحمه برحمته الواسعة، ويسكنه فسيح جناته.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى مشرفي وأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور: **عبدالفتاح الهمص**، الذي أكمل المسيرة ومنحني من الوقت والجهد والاهتمام الكثير، وكان له الفضل بعد الله عز وجل في إنارة طريق البحث لي من خلال توجيهاته وإرشاداته، جعلها الله في ميزان أعماله، والشكر موصول لأعضاء لجنة المناقشة لتفضلهما بقراءة ومناقشة رسالتي هذه، وفقهم الله جميعا.

كما أتقدم بالشكر إلى أخي وصديقي الدكتور: **باسل عاشور**، لما قدمه لي أثناء دراستي من مساعدة ونصح وتوجيه جعله الله في ميزان حسناته، كما أتقدم بخالص الشكر لمرضى الغسيل الكلوي المزمن وأسأل الله أن يكتب لهم الأجر والعافية، كما لا يفوتني أن أشكر زملائي في قسم الكلية الصناعية في مجمع ناصر الطبي ومستشفى أبويوسف النجار.

وأخيراً أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لإخواني وزملائي دفعة 2020 وأخص بالذكر: جهاد العديسي، ماجد أبوالنجا، يونس أبوعزب، مؤاب الحنجوري، حمدان زعرب، حماد الجلاد، وعبدالله أبومصطفى، فجزاهم الله خير الجزاء وأسأل الله أن يكون في ميزان حسناتهم.

والله ولي التوفيق ،،،

الباحث: محمد عمر عيادة أبوزهري

فهرس المحتويات

إقرار .....أ

نتيجة الحكم .....ب

ملخص الدّراسة .....ت

Abstract.....ث

آية قرآنية..... ج

الإهدَأء ..... ح

شكرٌ وتقدير ..... خ

فهرس المحتويات ..... د

فهرس الجداول .....س

فهرس الأشكال والرسومات التوضيحية..... ط

الفصل الأول الإطار العام للدراسة 2

1.1 مقدمة 2

1.2 مشكلة الدراسة 7

1.3 أهداف الدراسة: 8

تهدف الدراسة الحالية للتعرف إلى: 8

1.4 أهمية الدراسة 8

1.5 مصطلحات الدراسة 9

1.6 حدود الدراسة 10

الفصل الثّاني الإطار النظري.....12

2.1 المبحث الاول: المساندة الاجتماعية (Social Support).....12

2.1.1 مقدمة:.....12

2.1.2 مفهوم المساندة الاجتماعية:.....12

2.1.3 تعريف المساندة لغة: 12

2.1.4 تعريف المساندة الاجتماعية اصطلاحا: 12

2.1.5 مكونات المساندة الاجتماعية:.....14

2.1.6 أهمية المساندة الاجتماعية: 15

2.1.7 أدوار المساندة الاجتماعية: 16

2.1.8 أشكال المساندة الاجتماعية: 17
2.1.9 وظائف المساندة الاجتماعية: 18
2.1.10 مصادر المساندة الاجتماعية: 19
2.1.11 النظريات والنماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية: 19
2.1.12 النظريات التي فسرت المساندة الاجتماعية: 19
2.1.13 النماذج التي فسرت المساندة الاجتماعية: 21
2.1.14 تعقيب عام على النظريات والنماذج المفسرة: 21
2.1.15 المساندة الاجتماعية في الاسلام: 22
2.1.16 المساندة الاجتماعية ومرضى الفشل الكلوي المزمن: 23
2.2 المبحث الثاني: صورة الجسم Body Image 25
2.2.1 مقدمة: 25
2.2.2 مفهوم صورة الجسم لغة: 25
2.2.3 تعريف صورة الجسم اصطلاحا: 25
2.2.4 الرضا عن صورة الجسم: 27
2.2.5 أهمية صورة الجسم: 28
2.2.6 مكونات وأبعاد صورة الجسم: 29
2.2.7 صوة الجسم والمراهقة: 32
2.2.8 العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم: 32
2.2.9 النظريات المفسرة لصورة الجسم: 35
2.2.10 تعقيب عام على النظريات المفسرة: 37
2.2.11 صورة الجسم من منظور اسلامي: 37
2.2.12 الإسلام والجسم: 37
2.2.13 صورة الجسم ومرضى الفشل الكلوي: 38
2.3 المبحث الثالث: الاتزان الإنفعالي Emotional Balance 41
2.3.1 مقدمة: 41
2.3.2 تعريف الانفعال لغة: 41
2.3.3 تعريف الانفعال اصطلاحاً: 41
2.3.4 أثر الانفعالات في السلوك الإنساني: 42

2.3.5 أثر الانفعال في الصحة النفسية: 43
2.3.6 النظريات المفسرة للاتزان الانفعالي: 43
2.3.7 تعقيب عام على النظريات المفسرة: 46
2.3.8 الاتزان الانفعالي في الاسلام: 46
2.3.9 الاتزان الانفعالي: 47
2.3.10 تعريف الاتزان لغة: 47
2.3.11 تعريف الاتزان اصطلاحاً: 47
2.3.12 أهمية الاتزان الانفعالي: 49
2.3.13 أبعاد الاتزان الانفعالي: 49
2.3.14 الاتزان الانفعالي والصحة النفسية: 50
2.3.15 سمات الشخص المتزن انفعاليا: 51
2.3.16 كيفية تحقيق الاتزان الانفعالي: 51
2.3.17 الاتزان الانفعالي ومرضى الفشل الكلوي: 52
الفصل الثّالث الدّراسات السّابقة 56
3.1 مقدمة 56
3.2 أولاً: الدراسات التي تتعلق بالمساندة الاجتماعية: 56
3.3 ثانياً: الدراسات التي تتعلق بصورة الجسم: 60
3.4 ثالثاً: الدراسات التي تتعلق بالاتزان الانفعالي: 65
3.5 التعقيب العام على الدراسات السابقة: 69
3.6 فرضيات الدراسة: 70
3.7 الصعوبات التي واجهت الباحث: 70
الفصل الرّابع الطريقة والإجراءات 73
4.1 تمهيد: 73
4.2 منهج الدراسة: 73
4.3 مجتمع الدراسة: 74
4.4 عينة الدراسة: 74
4.5 أدوات الدراسة: 75
4.6 المحك المعتمد في الدراسة: 82

4.7 إجراءات تنفيذ الدراسة: 83
4.8 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: 83
الفصل الخامس نتائج الدّراسة ومناقشتها وتفسيرها 86
5.1 تمهيد: 86
5.2 أولاً: نتائج أسئلة الدراسة وتفسيرها: 86
5.3 نتائج الدراسة 168
5.4 توصيات الدراسة: 169
5.5 مقترحات الدراسة: 170
المصادر والمراجع 172
القرآن الكريم 172
أولاً: المصادر 172
ثانياً: المراجع العربية: 172
ثالثاً: المراجع الأجنبية 180
الملاحق 185
ملحق (1): استمارة جمع البيانات 185
ملحق (3): مقياس صورة الجسم إعداد: (القاضي، 2014): 188
ملحق (4): مقياس الاتزان الانفعالي إعداد: (أبو نصر، 2019): 190
ملحق (5): كتاب تسهيل مهمة باحث 192

فهرس الجداول

جدول (4.1): توزيع مرضى الفشل الكلوي المزمن على المستشفيات 74
جدول (4.2): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة (ن= 205) 74
جدول (4.3): أقسام أداة الدراسة الرئيسة 76
جدول (4.4): يبين أبعاد المقياس وعدد فقراتها 76
جدول (4.5): عدد فقرات المساندة الاجتماعية حسب كل مجال من مجالاتها 77
جدول (4.6): يبين أبعاد المقياس وعدد فقراتها 78
جدول (4.7): يبين عدد فقرات صورة الجسم حسب كل مجال من مجالاتها..... 79
جدول (4.8): يبين أبعاد المقياس وعدد فقراتها 80
جدول (4.9): يبين عدد فقرات الاتزان الانفعالي حسب كل مجال من مجالاتها 81
جدول (4.10): يوضح المحك المعتمد في الدراسة 82
جدول (5.1): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل مجال من مجالات مقياس المساندة الاجتماعية 86
جدول (5.2): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " المساندة العاطفية "..... 88
جدول (5.3): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية "..... 92
جدول (5.4): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية"." 95
جدول (5.5): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات "..... 98
جدول (5.6): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل مجال من مجالات مقياس صورة الجسم 102
جدول (5.7): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " التناسق العام لأجزاء الجسم " 104
جدول (5.8): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " المنظور النفسي لشكل الجسم " 107

جدول (5.9): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " المنظور الاجتماعي لشكل الجسم " 109
جدول (5.10): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " المحتوى الفكري لشكل الجسم " 112
جدول (5.11): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " المحتوى السلوكي لشكل الجسم " 115
جدول (5.12): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل مجال من مجالات مقياس الاتزان الانفعالي..... 119
جدول (5.13): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد الضبط الانفعالي "..... 121
جدول (5.14): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة " 124
جدول (5.15): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات."..... 127
جدول (5.16): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة للمقياس المساندة الاجتماعية بأبعاده وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن 131
جدول (5.17): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة للمقياس المساندة الاجتماعية بأبعاده والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن..... 137
جدول (5.18): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة للمقياس صورة الجسم بأبعاده والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن 142
جدول (5.19): نتائج تحليل الانحدار المتعدد باستخدام المساندة الاجتماعية وصورة الجسم 147
جدول رقم (5.20): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير النوع..... 151
جدول (5.21): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة 153
جدول (5.22): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة 153

جدول (5.23): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي..... 155
جدول (5.24): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي 155
جدول (5.25): الفروقات بين المجموعات في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المؤهل العلمي 155
جدول (5.26): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير النوع..... 157
جدول (5.27): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة 158
جدول (5.28): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة 159
جدول (5.29): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي..... 160
جدول(5.30): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي 160
جدول رقم (5.31): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير النوع..... 162
جدول (5.32): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة..... 163
جدول (5.33): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة 163
جدول (5.34) الفروقات بين المجموعات في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير المؤهل العلمي 164
جدول (5.35): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي 165
جدول(5.36): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي 165

جدول (5.37): الفروقات بين المجموعات في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير المؤهل العلمي 166

فهرس الأشكال والرسومات التوضيحية

شكل (2.1) أبعاد المساندة الاجتماعية (إعداد الباحث) 15
شكل (2.2) أبعاد صورة الجسم (إعداد الباحث) 31
شكل (2.3) أبعاد الاتزان الانفعالي (إعداد الباحث)..... 50

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

1.1 مقدمة

خلق الله عز وجلَ الانسان وأودع فيه مجموعة من الثروات يجب الحفاظ عليها، ومن أهم هذه الثروات هي الصحة، والتي لا يحق لأحد أن يتقاسمها معه، لأنها ثروة جميلة ولكنها ثقل على عاتقه، فهي ذلك التاج الذي يتوج به الأصحاء، ولا يراه سوى من حرم منها، ألا وهم المرضى. فعن ابن عباس – رضى الله عنه– قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: [نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس، الصحة والفراغ] (البخاري، كتاب الرقاق، 8/185 رقم: (6412)).

ويعتقد كثير من الناس أن الصحة هي الخلو من الأمراض، هذا المفهوم ليس كافياً، ربما يكتمل لو عرَفنا الصحة بأنها التوازن الجسمي والنفسي والعقلي والاجتماعي معاً، ليؤدي كل نظام مما سبق دوره وصولاً لحالةٍ من الاستقرار والتوازن في الشخصية.

إن أي خلل يصيب أحد جوانب الصحة يلقي بظلاله على التوزان في حياة الفرد، وهذا الاضطراب قد يؤثر على كل مناحي حياته ويعكس آثاراً غير محمودة، ومن أركان هذه الجوانب الصحة الجسدية والتوزان في وظائف هذه الأعضاء ولتحقيق هذه المعادلة لا بُد أن تتمتع كل الأعضاء بقدرٍ عالٍ من الأداء والكفاءة والقدرة، فالكلية مثلاً هي العضو المسؤول عن تنقية وفلترة الدم من السموم الناتجة عن عملية التمثيل الغذائي، وكذلك عن توازن كمية السوائل والعناصر الأساسية داخل الجسم. فعندما يصاب هذا العضو بضمور في الحجم، ينتج عنه ما يسمى بمرض الفشل الكلوي المزمن، ولأسباب عديدة وظروف صحية متراكمة مثل ارتفاع ضغط الدم، ومرض السكري التي قد تصل بالإنسان أن يحرم من هذه النعمة ويفقد وظيفة الكلية، حيث أكد كل من Abboud & Henrich (2010) أن ضغط الدم العالي ومرض السكري من أهم مسببات الفشل الكلوي المزمن.

وتُعتبر المساندة الاجتماعية عنصراً هاماً وضرورياً في الحياة اليومية للأفراد وخصوصاً لمرضى الفشل الكلوي المزمن، لأنها حاجة ملحة يتطلبها كل فرد لمواجهة المواقف الحياتية، ولعل المرضى المصابين بأمراض مزمنة كالفشل الكلوي من أكثر الفئات حاجة إلى المساندة من كافة المحيطين بهم، كالأسرة والأصدقاء والزملاء والأطباء والمؤسسات الاجتماعية، وغيرها من مصادر المساندة الاجتماعية لهم، نظراً لدورهم الكبير والفعال في التخفيف من وطأة

مرضهم وآلامهم والآثار النفسية والاجتماعية السلبية الناتجة عن ذلك، وكذلك المواقف والصعوبات التي يتعرضون لها خلال ممارسة حياتهم اليومية. ويضيف الربيعة (1997) أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل الكثير من المعاناة على المستوى النفسي والبدني، وإن الفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية من الآخرين، يُصبح شخصاً واثقاً من نفسه وقادراً على تقديم المساندة الاجتماعية للآخرين، وأقل عرضةً للاضطرابات النفسية وأكثر قدرة على المقاومة والتغلب على الإحباطات، ويكون قادراً على حل مشكلاته بطريقة إيجابية سليمة.

ويُعرف أبومرزوق (2018) المساندة الاجتماعية بأنها كافة أنواع الدعم الذي يمكن أن يتلقاه الفرد من مصادر البيئة المحيطة به، مثل الأسرة، والأصدقاء، والمجتمع، في المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته، وتساعده على خفض الآثار السلبية الناشئة من هذه المواقف، والتي من خلالها تشبع حاجاته المادية، والنفسية، وتجعله أكثر توافقاً، وقدرة في مواجهة مشكلاته المادية، والنفسية، والاجتماعية.

إن غياب أو انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية خاصة من الأسرة وجماعة الرفاق يمكن أن يؤدي إلى الكثير من المشكلات التي منها ظهور الاستجابات السلبية في مواجهة الضغوط النفسية والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد مما قد يؤدي إلى اضطراب الصحة النفسية (حسين، 1998).

ولقد أكدت نتيجة دراسة أبشيش (2013) أن الشخص المصاب بالفشل الكلوي يعيش في خوف وقلق مستمرين من التعرض لمضاعفات المرض. وقد ينجم عن مرض الفشل الكلوي المزمن العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمريض، وذلك بكونه مرضاً مزمناً يدوم لفترة طويلة، ومن هذه المشكلات عدم التوازن والاستقرار النفسي لدى الشخص المصاب، ويجعله يعيش حياة مليئة بالألم والمشكلات النفسية والاجتماعية، وانخفاض المزاج والانطواء وسرعة الانفعال، وكذلك اليأس والقلق وعدم التركيز، لاسيما تأثيره على التفكير وعلاقاته مع الآخرين، وربما يعيش الانسان ظروف نفسية صعبة.

ولعل أبرز ما يحتاجه المريض في تلك الحالة هو المساندة الاجتماعية التي تجعل الفرد يقيم الضغوط النفسية تقييماً واقعياً ويواجهها بنجاح، كما تجعله أكثر إدراكاً وتفسيراً وتقييماً للحدث الضاغط. وتعد المساندة الاجتماعية من أهم العوامل التي تؤثر على الصحة ونظرة الفرد للمرض، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل

الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم هذه الشبكة في الغالب الأسرة والأصدقاء. وتعتبر الأسرة من أهم المصادر التي تلعب دوراً كبيراً في محاولة مساعدة المريض على التكيف مع مرضه وتقبل صورته بين المجتمع. حيث أوضحت دراسة رشوان (2009) أن أسلوب المساندة الاجتماعية ساعد على توافق المرضى وخفض مستوى الاغتراب والعزلة الاجتماعية وتحسين العلاقات الاجتماعية وشعور المريض بتحسن صورته أمام نفسه.

ولأهمية دراسة المساندة الاجتماعية كان لا بد من دراسة صورة الجسم أيضاً، حيث تعتبر صورة الجسم من المفاهيم الأساسية في العلوم الإنسانية وتحتل مركز الصدارة في الفلسفة المعاصرة والتحليل النفسي بوجه خاص، فمن خلال عملية النمو الدينامية المستمرة بجوانبها الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية تتشكل شخصية الفرد، ويؤدي جسم الفرد وصفاته العضوية دوراً مهماً في تشكيل جانب أساسي من مفهوم الفرد عن ذاته (الشبراوي، 2001).

ويعرف الشريفين والوهيبي (2018) صورة الجسد بأنها: أفكار ومشاعر الفرد نحو مظهره الخارجي، وتكون إما إيجابية أو سلبية، تتشكل وتتغير وفقاً لخبرات الفرد، وتقييمات الآخرين ذوي الأهمية في حياته.

ويصاحب مرض الفشل الكلوي المزمن جملة من التغيرات على صورة وشكل جسم الشخص المصاب لاحظها الباحث خلال عمله مع هذه الفئة على سبيل المثال لا الحصر، تغير لون البشرة، وتورم الوجه والأطراف، والتي قد تؤثر سلباً عليه وتؤدي إلى اضطرابات وصعوبات في التوافق النفسي وعدم التكيف، والانطواء وانخفاض المزاج وصعوبة التحكم في انفعالاته، حيث أكد ذلك كل من كيميل وبيترسون Kimmel and Peterson (2005) أن مرضى الفشل الكلوي المزمن يتعرضون لجملة من التحديات والضغوطات التي تزيد من الاضطرابات النفسية والعاطفية، مثل فقدان وظائف الكلى الفسيولوجية، مشاكل الهضم واضطرابات الأعصاب، آلام العظام وفقر الدم، قلة الحركة، الخوف من إبرة الغسيل الكلوي، اضطراب صورة الجسم، قلة النشاط الحركي، وعدم القدرة على العمل وممارسة النشاطات الحياتية المعتادة.

كما يحتل الجسم مكانة مهمة بالنسبة للأفراد عامة ولمرضى الفشل الكلوي خاصة من الناحية الثقافية والاجتماعية فهو يلعب دوراً هاماً في حياته، وفي علاقته مع نفسه ومع الآخرين، وهو وسيلة لتحقيق الاتزان الانفعالي للفرد عن طريق الاعتناء بالصورة الجسدية

ومحاولة إظهارها بطريقة ترضي مقاييس الصورة المثالية للمجتمع وما من شأنه أن يحقق له الرضا عن الذات والثقة بالنفس، فإذا وجد الفرد أن جسمه ينمو بشكل لا يحقق له صورة إيجابية من حيث المقاييس المتعارف عليها فإن ذلك يضعه في وضع لا يُحسد عيه مما قد يؤثر على حالته الانفعالية وسلوكه الاجتماعي (عفاشة، 2017).

إن الاهتمام الكبير بصورة الجسد له أثر كبير في الاتزان الانفعالي للأفراد، حيث إن الانفعالات الشديدة والمجاوزة للحد لها تأثير كبير على الإنسان من الناحية النفسية، ومن الناحية الجسدية كارتفاع في ضغط الدم؛ وأمراض القلب والسكري؛ والصداع المستمر وضعف الذاكرة والنسيان مما يعيق الوصول لحياةٍ صحية سليمة.

ويعد الاتزان الانفعالي واحداً من الجوانب المهمة في حياة الفرد، كما أنه واحد من العوامل التي تحدد أنماط الشخصية الانسانية، لأنه مكوناً رئيساً في شخصية الفرد؛ وذلك لما له من أهمية في وصف الطبيعة الإنسانية، التي تحددها البيئة المحيطة بالفرد، فالفرد المتزن انفعالياً لديه القدرة على السيطرة والضبط في تعبيره عن انفعالاته والتحكم بها وعدم افراطه في التهيج الانفعالي.

ولقد أشارت العديد من الدراسات التي تناولت موضوع الاتّزان الانفعالي وأعطته أهمية بالغة كونه من السّمات المهمة في شخصية الإنسان، إذ توصلت دراسة خوالدة (2004) إلى أن قدرة الشخص في السيطرة على الانفعالات وصولاً إلى الاتّزان الانفعالي يتمثل أساسه بالإرادة وقوة الذّات وأساسه أيضاً الشخصيّة المتمتّعة بالصحة النفسيّة.

وكذلك يعد الجانب الانفعالي في حياة الفرد من الجوانب المهمة التي توفر له ثباتاً واستقراراً في جميع مناحي الحياة، ولما للاتزان الانفعالي من دور كبير في تشكيل شخصية الأفراد، كان محط اهتمام الباحثين في الدراسات الشخصية، لذا فقد عرف كلُ من إيزيهليرزي ونانديني (Ezhilarasi & Nanadhini, 2014) الاتزان الانفعالي أنه: التصرف بطريقة هادئة، سواء كان الموقف جيداً أو سيئاً، إيجابياً أو سلبياً، ناجحاً أو فاشلاً، وهو القدرة على التحكم بالتعبيرات العاطفية، مع الحفاظ على التفكير السليم، واتخاذ قرارات عقلانية ومهنية، وهو القدرة على إظهار المشاعر المناسبة للمواقف الشائعة، والتصرف بطريقة عقلانية.

ومع هذه التعقيدات التي تخص هذه الفئة فإن حضور الاتزان الانفعالي يسهم بشكل أساسي في صقل شخصية الفرد وتحقيق مراده في الحياة لما يحتويه من ضبط للمشاعر والتصرفات وحتى وصولا لتقبل صورته الجسدية، وكيف لهذا الدعم الاجتماعي فيما يعرف

اصطلاحاً بالمساندة الاجتماعية أن تلعب دوراً محورياً في تحقيق غاية الفرد وذلك لدى هذه العينة من مرضى الفشل الكلوي.

ويعد الفشل الكلوي المزمن أحد الامراض المزمنة التي يلاحظ انتشارها بصورة كبيرة، حيث تؤكد ذلك الاحصاءات في جميع الدول. وأوضحت بيانات الوحدة الطبية المركزية لنقل وزراعة الأعضاء البشرية والخاصة بمرضى الفشل الكلوي عام 2019، إلى وجود 886 مريضاً، جميعهم يعالجون بغسيل الكلى الدموي، وهو ما يشير لمعدل انتشار الفشل الكلوي بما يعادل 443 لكل مليون نسمة، كما بلغ عدد الوفيات المسجلة 60 حالة، وبلغ عدد المرضى الذكور 506 مريضا بنسبة (57.1%)، بينما بلغ عدد الإناث منهم 350 مريضة بنسبة (42.9%) (وزارة الصحة الفلسطينية، 2019).

كما أن الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة الخطيرة التي تُعرض حياة المرضى لتغيرات في جوانب حياتهم الاجتماعية والنفسية والأسرية، حيث يخضع المريض لإجراءات علاجية تؤدي به إلى الضعف الجسمي والإرهاق النفسي المستمر، وهذا ما أكدته دراسة الطيب (2000) أن الفشل الكلوي المزمن يؤثر على نوعية حياة المرضى، حيث تضطرب اللياقة الجسمية والنفسية، وتضطرب الاهتمامات والدعم الروحي، كما يؤثر على الحالة الاجتماعية والاقتصادية.

ومن خلال عمل الباحث في مجمع ناصر الطبي بقسم الكلية الصناعية لعدة سنوات ولا زال على نفس عمله في نفس القسم لاحظ تغيرات على صورة الجسم لدى هؤلاء المرضى كما ذكرت سابقاً، وعدم تحكم البعض منهم في انفعالاته، والتسرع في الحكم على المواقف والغضب، والشعور بالعزلة والوحدة، لذلك قام الباحث بهذه الدراسة لتحليل وفهم العلاقة بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويرى الباحث أن هناك علاقة ما بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي وخاصة لدى هذه الفئة، وبشكل نظري عام فإن تحقق المساندة الاجتماعية بالقدر المطلوب يعكس أثراً على مستوى الاتزان الانفعالي والقدرة على ضبط الانفعالات والتحكم بالسلوك والتصرفات. وهذا ما يعكس ثقة الفرد بذاته ويحقق قدراً من الثبات النفسي الذي قد يحد من الاضطرابات النفسية ويجعل تقبله لصورته تبدو أفضل، وتساعده في حل المشكلات ومواجهة العقبات بإيجابية واقتدار.

1.2 مشكلة الدراسة

تحاول الدراسة التعرف إلى علاقة المساندة الاجتماعية بصورة الجسم والاتزان الانفعالي، إذ تعد المساندة الاجتماعية ضرورية لمواجهة ضغوط الحياة، فكيف إذا كان ذلك الشخص مصاباً بأحد الامراض المزمنة والخطيرة كالفشل الكلوي، عندها يحتاج إلى المساندة التي تخفف من ضغوطه الحياتية والنفسية، وتجعله يتقبل ذاته بشكل أفضل ويكون مقبولاً ومقدراً من قبل الآخرين، ليساعده هذا التقبل في التحكم بنفسه وانفعالاته جيداً، كما أنها تعد من الدعائم القوية التي تعمل على زيادة قدرة الشخص المصاب في التكيف مع مرضه والتخفيف من الحالة النفسية السلبية. وعليه يمكن تحديد مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات التالية:

1. ما درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟
2. ما درجة صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟
3. ما درجة الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟
4. هل توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟
5. هل توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟
6. هل توجد علاقة بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟
7. هل يمكن التنبؤ بالاتزان الانفعالي من خلال المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟
8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة)؟
9. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى صورة الجسم تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة)؟
10. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة)؟

1.3 أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية للتعرف إلى:

1. درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
2. درجة صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
3. درجة الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
4. العلاقة بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
5. العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
6. العلاقة بين الاتزان الانفعالي وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
7. الكشف عن القدرة التنبؤية للمساندة الاجتماعية ولصورة الجسم بمستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
8. طبيعة فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة).
9. طبيعة فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة).
10. طبيعة فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة).

1.4 أهمية الدراسة

تأتي أهمية هذه الدراسة في أنها اهتمت بفئة تعاني من مرض مزمن وخطير يهدد حياتها ويؤثر على استقرارها النفسي، ألا وهي مرضى الفشل الكلوي المزمن، كما وتتضح أهمية الدراسة في شقيها النظري والتطبيقي والتي يمكن صياغتها على النحو التالي:

- **الأهمية النظرية:**

1. أنها دراسة جديدة _ حسب علم الباحث_ تسلط الضوء على فئة مرضى الفشل الكلوي المزمن، حيث إن هذه الفئة لم تحظ من قبل بالشكل المطلوب من الدراسات السابقة.
2. الدراسة من الدراسات الأولى _ حسب علم الباحث_ التي تناولت هذه المتغيرات (المساندة الاجتماعية – صورة الجسم – الاتزان الإنفعالي) لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، وبالتالي محاولة إضافة رصيد معرفي.

3. ربما تعطي هذه الدراسة تصوراً واضحاً ومؤشراً جيداً حول مفهوم المساندة الاجتماعية ومصطلح صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

- **الأهمية التطبيقية:**

1. تفيد هذه الدراسة وزارة الصحة وصانعي القرار من خلال التركيز على الجانب النفسي، وتدريب الطاقم الطبي داخل أقسام الغسيل الكلوي حول كيفية التعامل مع هذه الفئة والعمل على تحسين صورة الجسم وتقديم المساندة المناسبة لديهم.
2. يستفيد منها العاملين في المجال النفسي، وذلك من خلال التعرف على الحالة النفسية التي يكون عليها مرضى الفشل الكلوي، وبالتالي معرفة التعامل معهم.
3. تمد هذه الدراسة أسر هؤلاء المرضى بمعلومات حول أهمية المساندة الاجتماعية لدى ذويهم المصابين بالفشل الكلوي المزمن والمحافظة عليها بجانب العلاج الدوائي للوصول إلى تحدي المرض والتعايش معه.

1.5 مصطلحات الدراسة

المساندة الاجتماعية: Social Support:

يُعرف زعرب (2018) المساندة الاجتماعية: أنها شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين، يشير إلى الاهتمام والرغبة في تقديم المساعدة، ومستوى الرضا عن هذه المساعدات، حيث توفر للشخص الحماية، وتعيد له ثقته بنفسه، وتستلزم المساندة الاجتماعية وجود أشخاص مقربين من الفرد يحبونه ويقدرونه، ويمكنه الاعتماد عليهم في وقت الحاجة. ويعرفها الباحث إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها المستجيب من خلال إجابته على فقرات مقياس المساندة الاجتماعية المعد لغرض الدراسة.

صورة الجسم: Body Image:

تُعرف الشاعر (2014) صورة الجسم: بأنها موقف واتجاه الفرد نحو جسمه، من حيث الشكل والحجم والجمال، وهي صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسمه، وتشير أيضاً إلى تقييمات الأفراد وخبراتهم الانفعالية فيما يتعلق بصفاتهم الجسمية. ويعرفها الباحث إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها المستجيب من خلال إجابته على فقرات مقياس صورة الجسم المعد لغرض الدراسة.

الاتزان الانفعالي Emotional Balance:

تُعرف أبونصر (2019) الاتزان الانفعالي: بأنه قدرة الفرد على ضبط انفعالاته والتحكم بها، وإظهارها في صورة مقبولة اجتماعياً، وقدرته على مواجهة المواقف الحياتية المختلفة بمرونة عالية، وبناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والشعور بالأمان والطمأنينة تجاه المستقبل. ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المستجيب من خلال إجابته على مقياس الاتزان الانفعالي المعد لغرض الدراسة.

الفشل الكلوي المزمن Chronic Renal Failure:

وتعرف (Smeltzer & Bare, 2000) الفشل الكلوي المزمن بأنه تدهور تدريجي لا رجعة فيه في وظيفة الكلية، حيث لا يستطيع الجسم التخلص من مخلفات عمليات الأيض، وغير قادر على المحافظة على توازن الماء والأحماض والمواد الكيميائية في المعدل الطبيعي وبالتالي تزيد من مستوى اليوريا والنيتروجين والكرياتينين في الدم.

ويُعرف الباحث الفشل الكلوي المزمن: هم الفئة المسجلة في قسم الكلية الصناعية بمجمع ناصر الطبي ومستشفى أبويوسف النجار الذين لديهم ملفات تحمل أسماؤهم وأرقامهم ومواعيد جلسات الغسيل الكلوي الخاص بهم.

1.6 حدود الدراسة

1. **الحد الموضوعي:** اقتصرت هذه الدراسة على بحث المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
2. **الحد البشري:** طُبقت هذه الدراسة على مرضى الفشل الكلوي المزمن.
3. **الحد المكاني:** اقتصر تطبيق أدوات الدراسة على المرضى المترددين على قسم الغسيل الكلوي بمجمع ناصر الطبي بمحافظة خانيونس، ومستشفى أبويوسف النجار بمحافظة رفح.
4. **الحد الزماني:** طُبقت هذه الدراسة في العام الدراسي 2020 – 2021 م من شهر فبراير إلى شهر يونيو.

الفصل الثّاني

الإطار النظري

الفصل الثّاني
الإطار النظري

2.1 المبحث الاول: المساندة الاجتماعية (Social Support)

2.1.1 مقدمة:

لقد حظي مفهوم المساندة الاجتماعية باهتمامٍ كبير من الباحثين، كونها تعتبر مطلباً أساسياً ومصدراً من مصادر الدعم الاجتماعي، وتؤدي دوراً مهماً في التخفيف من حدة الألم والمعاناة التي يشعر بها المريض، وخاصةً المرضى المصابون بأمراض مزمنة، ويؤثر حجم المساندة المقدم على مدى تفاعله وتعامله مع كل ما يواجهه من مشكلاتٍ حياتية ضاغطة، لذلك فإن مرضى الفشل الكلوي كغيرهم من الذين يحتاجون إلى مثل هذا المصدر من كل المحيطين بهم، كالأُسرة أو الزوجة أو الأقارب والأصدقاء، أو المؤسسات الصحية التي تهتم بمثل هؤلاء المرضي وتقدم لهم الدعم الصحي، فكل هذه البناءات تلعب دوراً فعالاً في التخفيف من معاناتهم وآلامهم، والآثار النفسية والاجتماعية السلبية المترتبة على إصابتهم بهذا المرض.

2.1.2 مفهوم المساندة الاجتماعية:

2.1.3 تعريف المساندة لغة:

المساندة من سند: ما ارتفع من الارض قبل الجبل او الوادي، والجمع أسناد، وكل شيء أسندت له شيئا، فهو سند، وما يسند إليه يسمى مسنداً، وسنداً، وجمعه المساند وتساندت إليه: استندت، وساندت الرجل مساندة إذا عاضدته، وسند في الجبل وأسند، وساند أي عاون وساعد، وسانده بمعنى كافأه، المساندة مصدر من ساند، والمساندة الدعم والمساعدة والغطاء (ابن منظور،2003).

2.1.4 تعريف المساندة الاجتماعية اصطلاحا:

يذكر فايد (2001) أن المساندة الاجتماعية حظيت اهتمام الباحثين باعتبارها واحدة من بين المتغيرات النفسية والاجتماعية، من خلال ترسيخها على قاعدة أنها الدعم الذي يتلقاه الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها، كالأسرة والأصدقاء والزملاء في العمل أو المدرسة أو الجماعة أو النادي، وتقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث التي يتعرض لها الفرد.

وتُعرف أيضاً بأنها أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه، والتي تتمثل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في مواقف الحياة كافة، والتي

تشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان ويدركها الفرد فتجعله يثق بنفسه مما يزيد من كفاءته الاجتماعية (حنفي،2007).

كما أنها تمثل تفاعلات ضمن شبكة العلاقات الاجتماعية، توفر للأفراد الدعم والمساندة الفعلية في إطار من المحبة والرعاية وتكون متاحة عند الحاجة إليها (Kaniasty,2005).

كما عُرفت انها تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن ان تسانده عندما يحتاج اليها، ولديها تأثير على ضغوط الحياة ويرجع ذلك إلى ما يحدث في أساليب المواجهة والتعامل مع الضغوط ومصادرها (علي،2009).

وتُعرف أيضا بأنها كل دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية، ومساعدته على مجابهة المرض، وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض (عامر، 2010).

ويذهب الدامر (2014) في تعريف المساندة الاجتماعية إلى أنها الدعم الانفعالي والمادي والأدائي الذي يتلقاه الفرد من الآخرين المحيطين به، ومدى قدرة الفرد على تقبل وإدراك هذا الدعم.

في حين يُعرفها محمد (2015) بأنها متطلبات الفرد بمساندة ودعم البيئة المحيطة به، سواء من أفراد أو جماعات تخفف من أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها، وتمكنه من المشاركة الإجتماعية الفعالة في مواجهة تلك الأحداث والتكيف معها.

وتُعرف المساندة الاجتماعية: بأنها الاعتياد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق بهم، والذين يتركون لديه انطباعاً بأنهم يحبونه ويقدرونه ويمكنه اللجوء إليهم، أو الرغبة في الاقتراب من الأشخاص المهمين الذين يمكنهم تقديم المعلومات والحقائق التي تشير إلى الحب والتقدير (عبد الله، 2005) .

ويُعرفها كابلان بأنها النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها، والثقة بها وقت شعور الفرد بالحاجة اليها لتمده بالسند العاطفي (إبراهيم، 2017).

ويشير علي (2005) إلى تعريف سيدني كوب "Sidney cobe" إلى أن المساندة الاجتماعية تقوم على أساس الرعاية المتبادلة بين الأفراد بمعنى أوضح وهو التواصل الاجتماعي، وتقوم على ثلاثة مقومات أساسية وهي :

1. المساندة الوجدانية: يتمتع الفرد خلالها بالحب والاهتمام من الجماعة المنتمي إليها.
2. المساندة المدعمة بالاحترام: وهي إحساس الفرد بالاحترام والقيمة من المحيطين به.
3. المساندة المدعمة من شبكة العلاقات الاجتماعية: وتعني شعور الفرد بامتلاكه موقعاً مميزاً في شبكة العلاقات الاجتماعية المنتمي إليها.

ويعرف زعرب (2018) المساندة الاجتماعية بأنها شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين، يشير إلى الاهتمام والرغبة في تقديم المساعدة، ومستوى الرضا عن هذه المساعدات، حيث توفر للشخص الحماية، وتعيد له ثقته بنفسه، وتستلزم المساندة الاجتماعية وجود أشخاص مقربين من الفرد يحبونه ويقدرونه، ويمكنه الاعتماد عليهم في وقت الحاجة.

ويرى الباحث أن التعريفات السابقة أجمعت على أن المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي عبارة عن شبكة من العون والمساعدة المقدمة من قبل الآخرين سواء كانت مادية أو معنوية، لفظية أو غير لفظية تُشعره بالسعادة والطمأنينة، وترفع روحه المعنوية، لمساعدته على مجابهة المرض، وتوصله إلى قدرٍ من التكيف مع حالته الصحية.

2.1.5 مكونات المساندة الاجتماعية:

أورد كل من: عبد الله (2008) وهاوس (1981) و زعرب (2018) مكونات للمساندة الاجتماعية ذات أثر على التوافق الشخصي والاجتماعي للأفراد وتتمثل في:

1. **المساندة العاطفية:** تتجلى في أوقات الضغط التي غالبا ما يعاني الفرد فيها من نوبات مثل التعاطف.
2. **مساندة الصحبة الاجتماعية:** وتتمثل في قضاء بعض الوقت مع الرفاق والمساندة المقدمة من الأصدقاء المحيطين به.
3. **المساندة الأدائية " الإجرائية":** مثل المساعدة في أداء عمل أو مهمة صعبة.
4. **مساندة التوجيه وتقديم المعلومات:** مثل توفير المعلومات التي تساعد على حل المشكلة.

شكل (2.1) أبعاد المساندة الاجتماعية (إعداد الباحث)

2.1.6 أهمية المساندة الاجتماعية:

يرى بريهام المذكور في (علي، 2000) أن أهمية المساندة الاجتماعية تكمن في كونها تعمق تقدير الفرد واحترامه لذاته، وتشجيعه على مقاومة أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها في الحياة اليومية.

ويضيف علي (2008) أن المساندة الاجتماعية تلعب دوراً هاماً لاستمرار الإنسان وبقائه، فهي تشبه القلب الذي يضخ الدم إلى سائر أعضاء الجسم، وهي التي تؤكد كيان الفرد من خلال إحساسه بالمساندة والدعم من المحيطين به، وبالتقدير والاحترام من الجماعة التي ينتمي إليها، وبالانتماء والتوافق مع المعايير الجماعية داخل مجتمعه، وهي التي تساعده على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ومواجهتها بأساليب إيجابية فعالة، وتدعم احتفاظ الفرد بالصحة النفسية والعقلية والإيجابية.

ويرى كل من كوترونا وروسيل المذكور في (دياب، 2006) أن المساندة تخفف تأثير الضغوط النفسية، وتعمق تقدير الذات لدى الفرد وتخفف من أعراض القلق والاكتئاب، وتزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته وحياته وتعزز الجوانب الإيجابية، وتساهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي وتساعد على حل المشكلات، وأخيراً تزيد من الارتباط بمصادر شبكة المساندة الاجتماعية الخاصة بها، التي تتمثل في الزوجة والزوج والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء.

ويضيف غانم (2002) أن المساندة تلعب دوراً تأهيلياً في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في تعزيز التوافق الايجابي للفرد، وتحافظ على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقته بالآخرين.

فالمساندة الإجتماعية توفر الرعاية والرفقة التي يتلقاها الفرد من الآخرين، والتي لها تأثيرات إيجابية على نتائج صحية متنوعة، وعلى الرغم من أن المساندة الإجتماعية يُنظر اليها في الغالب على أنها كيان واحد، فقد يكون من المفيد تصنيف المساندة الإجتماعية إلى مكونات منفصلة، نظراً لأن الأشكال المختلفة للمساندة الإجتماعية تمنح فوائد واضحة. (Green.et.al,2019)

وقد اتفقت الخزعان (2010) مع غانم (2002) حول الدور البارز للمساندة في المجال التأهيلي، كونها تحافظ على حالة الرضا عن الحياة، والرضا عن العلاقة مع الآخرين، وتعمل على استمرار شبكة العلاقات والتفاعل الاجتماعي، ويستمد الفرد كفاءته، وتكيفه من قوة المساندة الاجتماعية له. حيث بينت دراسة Hickey (1993)، أن غياب السند الاجتماعي لدى مرضى العجز الكلوي يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات الانفعالية كالقلق والاكتئاب وكذلك بعض السلوكيات مثل ظهور سلوك عدم الامتثال للتعليمات الطبية (دليلة زناد، 2008). وأشارت نتائج دراسة كوسة (2009) إلى دور المساندة الاجتماعية في تقبل العلاج لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.

من خلال ما سبق يرى الباحث أن المساندة الاجتماعية تؤثر بطريقة مباشرة على الشخص، وتساهم في تحقيق التكيف والتوافق الايجابي والنمو الشخصي السليم للشخص، وتزيد من قدرته على التغلب على العقبات، وحل المشكلات بطريقة جيدة، فهي تقوم بحماية الشخص من أعراض القلق والتوتر، وتزيد من شعوره بالرضا عن ذاته وعن حياته، كما أنها تساهم في التخفيف والشفاء من الاضطرابات النفسية.

2.1.7 أدوار المساندة الاجتماعية:

1. **الدور الإنمائي:** تقوم المساندة الاجتماعية بدورٍ مهم في بناء الذات وزيادة إحساس الفرد بذاته، فقد تبين أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات موثوق بها، أفضل من الناحية النفسية من أولئك الذين يفتقرون إلى هذه العلاقات، وبالتالي فهي تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي

للفرد (الشناوي وعبد الرحمن،1994)، وهكذا نلاحظ أن المساندة الاجتماعية تقوم بتنمية مفهوم الذات وزيادة التكيف الإيجابي.

2. **الدور الوقائي:** إن المساندة الاجتماعية رغم أنها جزء مهم في حياة الانسان فإنها أكثر قابلية للاستفادة منها عندما تتعلق بالشخص الذي تداهمه المواقف الطارئة، أو تنزل به الشدائد، أو أن تجعله الظروف في مواجهة الخطر (الدسوقي، 1996).
3. **الدور العلاجي:** المساندة الاجتماعية لها دور علاجي، فهي تساعد في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تُسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، وتجعل الفرد أقل تأثرا بالضغوط أو مواجهة الأزمات، وكذلك فهي تؤدي دوراً تأهيلياً في المحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقته بالآخرين، واستمرار اعتقاده في كفاءة وقوة المساندة (الشاعر، 2005).

وبالتالي تكون المساندة الاجتماعية قد أسهمت في التوافق النفسي، وجعل الفرد أكثر تكيفاً مع ذاته ومع الآخرين، خالياً من الاضطرابات النفسية.

2.1.8 أشكال المساندة الاجتماعية:

يرى كوهين وآخرون (Cohen, et al.,1986) المذكور في (صالح، 2009) بأن هناك أشكال من المساندة الاجتماعية يمكن جدولتها في التالي:

1. **مساندة التقدير:** هذا النوع من المساندة يشار إليه بمسميات مختلفة مثل المساندة النفسية والتعبيرية ومساندة تقدير الذات ومساندة التنفيس والمساندة الوثيقة، يكون هذا النوع في شكل معلومات، بمعنى أن الشخص مقدر ومقبول بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية.

ويرى الباحث أن هذا النوع من المساندة يعكس الاهتمام والتشجيع الذي يعزز الثقة ويحظى الفرد بالاحترام والتقدير، مثل القيام بالأنشطة الاجتماعية والرحلات وبرامج ترفيهية التي تعكس الروح الإيجابية، وتخفف من القلق والعزلة، ويتأقلم مع طبيعة المرض الذي يعيشه ويتكيف معه.

2. **المساندة بالمعلومات:** هذا النوع من المساندة يطلق عليه أحياناً التوجيه المعرفي ويساعد في تحديد وتفهم والتعامل مع الأحداث الضاغطة.

ويضيف الباحث أن هذه المساندة مهمة جداً لمرضى الفشل الكلوي، وبحاجة ماسة لها، والتي تتضمن معلومات عن جلسات الغسيل الكلوي (عدد المرات والوقت المناسب)، وطبيعة

الأكل المسموح والأكل الممنوع وأوقات الأدوية المناسبة، وذلك حفاظاً على حياته ومنع حدوث أي مضاعفات.

3. **الصحبة الاجتماعية:** وتشمل قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ وتتميز هذه المساندة في أنها تخفف الضغوط عبر إشباع الحاجة من خلال الانتماء والاتصال مع الآخرين، وكذلك الابتعاد عن الانشغال بالمشكلات، أو عن طريق تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة ويشار إلى هذا النوع من المساندة أحياناً بأنه مساندة الانتشار والانتماء.

4. **المساندة الإجرائية:** ويطلق عليها مسميات أخرى مثل العون والمساندة المادية والمساندة الملموسة، ويعبر عنها من خلال تقديم العون المالي والإمكانات المادية والخدمات اللازمة، وتساعد في تخفيف الضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات الإجرائية أو عن طريق توفير بعض الوقت للفرد لتنفيذ بعض الأنشطة مثل الاسترخاء أو الراحة.

ويرى الباحث أن هذه المساندة تخص بشكل كبير الأسرة بالإضافة إلى المؤسسات المهتمة بهذه الفئة، وتتمثل في النفقات العلاجية والتحاليل الدورية ومتابعتها ليس مهمة المريض فقط، وإنما يشاركه من يعيش معه ويكون مسئولاً عنه.

ويرى بريترو وأوليفا (Portero & Oliva, 2007) أن المساندة الاجتماعية لا تقتصر فقط على الخصائص التركيبية للشبكة الاجتماعية (المحتوى الاجتماعي والتفاعلات)، ولكن تضم المظاهر الوظيفية للتفاعلات والعلاقات بين الأشخاص، **وتتوقف على ثلاثة عوامل هي:**

1. **شبكة مقدمي المساندة:** ويقصد بها الخصائص البنائية للمساندة الاجتماعية، مثل تقديرات الأفراد ومدى تواصلهم الاجتماعي ونوعية العلاقات المتبادلة بينهم.
2. **نمط ومقدار المساندة الاجتماعية:** ويقصد بها شكل المساندة الاجتماعية المقدمة والتي تتمحور في الأشكال التالية (العاطفية، والتوجيهية، والمالية) .
3. **كفاية المساندة الاجتماعية:** ويقصد بها الفائدة المطلوبة من المساندة الاجتماعية، التي تقدم للفرد الإحساس بقيمته وبذاته وأنه يحظى اهتماماً وعناية من المحيطين.

2.1.9 وظائف المساندة الاجتماعية:

يرى كل من كاتورنا و روسيل (Cutrona and Russell, 1987) المذكور في (Koerner&Laura,2004) بأن هناك ست من الوظائف تقوم بها المساندة الاجتماعية تتمثل في التوجيه، والارتباط مع الآخرين، والدعم الموثوق، والاحترام المتبادل، والتكافل الاجتماعي، والعطف والحنان.

2.1.10 مصادر المساندة الاجتماعية:

يقول تايلور 2011 " Taylor" بأن مصادر المساندة الاجتماعية متنوعة تتمثل في "الأُسرة، والأصدقاء، والعلاقات الاجتماعية، وزملاء العمل" (المجدلاوي،2014).

ويضيف مقداد (2015) بأن مصادر المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي تتمثل فيما يلي:

أولاً: الأسرة: تعتبر الأسرة المحضن الأساسي الذي يحفظ الفرد من الأزمات النفسية، وتقدم له الدعم في كل المجالات الحياتية خاص النفسي، وتساعده على التكيف مع ما يعتريه، وتخفف عليه وطأة الاضطرابات ونتائجها.

ثانياً: الزوجة: تعتبر سنداً مهماً للمريض، فهي التي تشعره بكينونته وتخفف عنه وتحفظ بيته وتقدم له العون وتسهر على راحته وتوفر له مطالبه وتعزز من شخصيته.

ثالثاً: الطبيب المعالج: في حالة المريض الفشل الكلوي، يكون ارتباط المريض بالطبيب نوعا ما ارتباطاً أبدياً، حيث يتولد عند المريض شعوراً بأن هذا الطبيب هو الوحيد الذي يقدر حالته ويعرف معاناته.

رابعاً: الصحبة " الأصدقاء": أيضاً تعتبر هذه من مصادر القوة للمساندة الاجتماعية، فالتفاف الأصدقاء حول المريض وزيارته، يعزز من ذاته ويرفع من المعنويات.

ويرى الباحث أن هذه المصادر التي ذكرت سابقاً مهمة جداً لما لها من تأثير كبير على صحة المريض ونفسيته، والتي تدعم المريض وتقوي عزيمته، وتساعد على تقبله العلاج، وذلك لأن هذه المصادر لا غنى عنها لكل مريض، وهي من تلازمه طوال حياته.

2.1.11 النظريات والنماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية:

2.1.12 النظريات التي فسرت المساندة الاجتماعية:

نظرية التبادل الاجتماعي: (جورج هومانز،1910-1989)

يعد جورج هومانز أحد أهم رواد هذه النظرية، هي نظرية اجتماعية نفسية ورؤية اجتماعية، تفترض أن البشر يتطلعوا في علاقاتهم الاجتماعية إلى تجنب السلوك المكلف الذي لا يعود بالفائدة عليهم ويتأسس التبادل وفقا لذلك على أساس حساب التكلفة والعائد.

وهناك العديد من الآليات المعرفية يُفضل الشخص استخدامها عند تبادل المساندة الاجتماعية مع الآخرين منها:

أ. **ادخار المساندة الاجتماعية:** وتعني أن الشخص لديه رصيد للمساندات التي كان يقدمها في الماضي للآخرين.

ب. القابلية للمساواة: وتعني أن الشخص يدرك مقدار المساندة التي تُبذل له من قبل الآخرين، وبالتالي لا يُطلب منهم مساندة تفوق طاقتهم.

ت. **المودة أو الوحدة المترابطة:** وتعني أن أفراد المجتمع الواحد مترابطون في وحدة عضوية ونفسية واجتماعية واحدة.

ث. **الانتباه الانتقائي أو الاختياري:** وتعني هذه الآلية قدرة الفرد على إدراك ما يقدمه للآخرين، وما يعجز عن تقديمه.

ج. **استمرارية الشخصية:** وتعني أن الشخص يعي أن المساندة الاجتماعية بأنواعها يمكن أن تقدم في جميع مراحل الحياة المختلفة.

ح. **المقارنة الاجتماعية:** وتعني أن الشخص يقارن بين ما كان يحصل عليه من مساندة في الماضي، وما يحصل عليه في الوقت الراهن (الشناوي وعبد الرحمن، 1994).

نظرية التعلق الوجداني: (جون بولبي،1958)

تعتبر نظرية بولبي "Bowlply" من أفضل الطرق التي فسرت ميكانزمات المساندة الاجتماعية لسلوك التعلق، حيث افترض أن الأفراد الذين يقيمون علاقات وروابط تعلق صحية مع الآخرين يكونوا أكثر أمناً واعتماداً على أنفسهم من أولئك الذين يفقدون هذه الروابط، وحينما تعاق قدرة الفرد على إقامة علاقات وروابط صحية مع الآخرين، يصبح الفرد عرضة للعديد من المخاطر والأضرار البيئية التي تؤدي إلى عزله عن الآخرين، بمعنى آخر أنها ركزت على استخدام المساندة الاجتماعية المتاحة لتجنب الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها الفرد في حياته والتخفيف من حدتها، ولا يقتصر سلوك التعلق على الدور الذي يلعبه نمو الروابط الوجدانية بين الوالدين والطفل، بل يمتد ليشمل علاقة الراشد بغيره، فسلوك التعلق ليس له نهاية محددة (الشاعر، 2005).

نظرية المحنة الوجدانية: (سميث و الانسكي،1982)

يعتقد سميث والانسكي "Smeth & Alansky " المذكور في (الشاعر،2005)بأن الفرد عرضةً للألم نتيجة للخوف أو الغضب أو الاحتياجات الجسمية، والذي يمكن يولد أجواء غير مريحة للفرد، وهذا ما يدفع الفرد للالتصاق بالآخرين من أجل إشباع انفعالاته وتوفير احتياجاته للوصول إلى الراحة، وهذه المقاومة هي صفة أساسية للتعلق، وهنا يجب التفريق بين

السعي للبقاء بقرب أشخاص بعينهم والتعلق بهم، وبين الاعتماديات وجذب الاهتمام في الشكل العام.

2.1.13 النماذج التي فسرت المساندة الاجتماعية:

ذكر بانك وهورنز أن هناك نموذجين رئيسين للمساندة الاجتماعية يفسران الدور الذي تقوم به وهما على النحو التالي:

1. نموذج الأثر الرئيس للمساندة الاجتماعية:

يتناول هذا النموذج المساندة الاجتماعية من وجهة نظر سوسيولوجية في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد بأنها قد ترفع من مستوى الصحة النفسية، بتقديم أدوار ثابتة باعثة على المكافأة، والارتقاء بالسلوك الصحي، والإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغير السريع (عودة، 2010).

2. النموذج الواقي المخفف:

يرى دياب (2006) أن المساندة الاجتماعية تعتبر أحد التغيرات النفسية الاجتماعية المعدلة، أو الملطفة، أو الواقية للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض على اعتبار أن المساندة ترتبط سلباً بالمرض، فمن خلال المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أعضاء أُسرته وأصدقائه، والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة، تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون للإصابة بالمرض.

2.1.14 تعقيب عام على النظريات والنماذج المفسرة:

ويرى الباحث من العرض السابق للتفسير النظري للمساندة أن جميع النظريات تتفق على وجوب أهمية المساندة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ووقت الأزمات، حيث أنها توفر احتياجات الفرد للوصول إلى طريق الصحة النفسية، ويرى الباحث أن نظرية التبادل الاجتماعي من أكثر النظريات تكاملاً في تفسير المساندة الاجتماعية، لأنها يتأسس التبادل فيها وفقاً لحسابات التكلفة والعائد، وكذلك من أكثر النظريات التي فصلت جوانب المساندة الاجتماعية التي يمكن أن يتبادلها الشخص مع الآخرين بمعنى حساب المصالح أينما يجد الشخص مصلحته يتبادل الدعم والمساندة.

2.1.15 المساندة الاجتماعية في الاسلام:

الاسلام هو الدين الذي ارتضاه الله للناس كافة، فهو دين الرحمة، والتراحم بين الناس، والحث على البر والتقوى، والدعوة إلى الوحدة والتكاثف، كما يوجد في الاسلام أوجه كثيرة تدل على المساندة الاجتماعية نذكر منها بعض الجوانب على النحو التالي:

1. الإخاء:

قال تعالي:﴿**إِنمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَة**﴾ [الحجرات :10]، تحمل هذه الآية الكريمة مفهوماً عميقاً للمساندة والتكافل الاجتماعي، فقد رسخت قاعدة أساسية ومنهجاً عظيماً يسير عليه جمع المؤمنين، فالرباط رباط العقيدة، فكل من رضي بدين الإسلام دينا وجب عليه التزام بهذا العقد وتلبية ما عليه من حقوق وواجبات، فهي التي جمعت بين صهيب الرومي وبلال الحبشي وسلمان الفارسي، فتلك الرابطة إنما هي نعمة من الله وفضل منه لأنها تتعلق بالروح والقلب، وقلوب العباد بين إصبعين من أصابع الرحمن يقلبهما كيف يشاء، فلا يستطيع أحد أن يشتريها ولا يأتي بمثلها، قال تعالى: ﴿**وَأَلَفَ بَيْنَ قُلُوبِهِمْ لَوْ أَنْفَقْتَ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعًا مَا أَلْفْتَ بَيْنَ قُلُوبِهِمْ وَلَكن اللهَ أَلَفَ بَيْنَهُمْ إِنهُ عَزِيزٌ حَكِيمٌ**﴾ [الأنفال :63]، فمن ثمرة الإخاء أنها تفضي إلى تنزع من القلوب الغل والكراهية وتفضي على القلب الحب والسكينة والطمأنينة والوحدة والاعتصام بحبل الله المتين.

2. تقديم النصيحة:

تعتبر النصيحة من أهم القيم الإسلامية التي عليها يعتمد صلاح المجتمع، وهي من دعامات الإسلام الراسخة، من أوليات حق المسلم على أخيه المسلم، ويعطي النبي صلى الله عليه وسلم صورة جلية لآليات التكافل في حديثه: **[حق المسلم على المسلم خمس، رد السلام، وعيادة المريض، وإتباع الجنائز، واجابة الدعوة، وتشميت العاطس]** (متفق عليه)[رياض الصالحين، ب144 ، ج893 :244].

3. الدعم المالي:

يعتبر الدعم المالي المقدم للأفراد في المجتمع المسلم من أهم مظاهر التكافل والمساندة الاجتماعية والمتمثلة في كفاية المحتاجين، من ملبس ومأكل ومشرب وإيواء وغيرها من أمور المساندة المالية، فقد جعل الله تبارك وتعالى دعمهم و كفايتهم فرض كفاية على الأغنياء، قال الله تعالي في كتابه العزيز :﴿**خُذْ مِنْ أَمْوَالِهِمْ صَدَقَةً تُطَهرُهُمْ وَتُزَكيهِمْ بِهَا وصَل عَلَيْهِمْ إن صَلَاتَكَ سَكَنٌ لَهُمْ وَاللهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ**﴾ [التوبة :103].

4. **التعاون على البر والتقوى:**

قال تعالى :﴿**وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِ وَالتقْوَى وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ**﴾ [المائدة:2]. فلهذه الآية الكريمة ثمار عظيمة، تُشعر الفرد بالقوة والاعتزاز بنفسه وتنبذ عنه الوهن والضعف، وتنزع الحقد والغل من القلوب الضعيفة وتزيل أسباب الحسد، وهي سبب للألفة والمحبة بين الناس، وحديث الرسول صلى الله علية وسلم حيث قال: **[المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعض]**(متفق عليه) [رياض الصالحين، ب27 ، ج85:220].

ويعد الاجتماع الإنساني ضرورياً، وهذا ما يعبر عنه الحكماء بقولهم :"الإنسان مدني بالطبع"، أي لا بد له من الاجتماع مع غيره؛ لأنه لا يستغني عن غيره في قضاء حوائجه من غذاء ودواء، كما أنه يحتاج لغيره في الدفاع عن نفسه (رباعية،2009).

ويشير الباحث من خلال عرض الآيات والأحاديث النبوية السابقة إلى أن الاسلام يحث على المساندة الاجتماعية ويؤكد على أهميتها، لما لها من تأثير في تفشي المحبة والمودة والإخاء بين الناس. كما أن المساندة من منظور اسلامي لا تقتصر على الدعم فقط، بل تتضمن المساندة الاجتماعية في الاسلام جوانب متعددة تتعلق بالحماية والهداية، والتعاون على البر والتقوى، ولها أثرٌ كبيرٌ في حياة الفرد وقدرته على التكيف مع الواقع المحيط، والتعايش معه، وهذا النظام يناسب مرضى الفشل الكلوي لكي يستطيعوا أن يتكيفوا مع طبيعة المرض المزمن ويعيشوا حياة أفضل خالية من أي اضطرابات نفسية.

2.1.16 المساندة الاجتماعية ومرضى الفشل الكلوي المزمن:

يعد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة والتي تشكل خطورة على حياة المريض وتؤثر في صحتهم النفسية والجسمية؛ مما يستدعي تقديم المساندة الاجتماعية لهم. كما أن الفشل الكلوي يعتبر من الأمراض التي ترافق الإنسان بقية حياته؛ مما يجعل الشخص المصاب يفقد الإحساس بالأمان ويجعله ينتظر الموت، لذا يحتاج إلى من يسانده من الناحية النفسية والاجتماعية، وهذا ما أكدته دراسة قام بها العقاد (2015) أسفرت عن وجود علاقة موجبة ودالة بين المساندة الاجتماعية وكل من الأمل والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي.

وحول أهمية المساندة الاجتماعية لفئة الدراسة مرضى الفشل الكلوي فقد أكدت نتائج دراسة السعدي (2019) بوجود علاقة إيجابية بين مستوى الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي.

وقد بينت نتائج بعض الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي، وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية ودرجة تقبل المريض للعلاج كدراسة قارة (2009). وقد أكدت نتيجة دراسة مقداد (2015) على أهمية المساندة الاجتماعية متمثلة بالبعد الأسري بدرجة كبيرة في تبصير المريض بالفشل الكلوي حتى يستطيع التعايش مع مرضه المزمن، وتقبل ذاته.

ويرى الباحث أن المساندة الاجتماعية مهمة لهذه الفئة للأسباب التالية:

1. الخوف و القلق من المرض وما قد تؤول إليه حياة المريض.
2. الخُطورة البالغة لمرض الفشل الكلوي على حياة المريض، ومدى تأثيره على حياته.
3. البرنامج العلاجي المفروض على المريض متمثلاً في مدة جلسة الغسيل وتوقيت هذه الجلسة، والعلاج الشهري والدوري، وصعوبة التأقلم والتكيف مع هذا البرنامج.
4. تداعيات المرض ومدى انعكاسه على الوضع الاجتماعي والنفسي والاقتصادي للمريض.
5. الآثار الجانبية للمرض ومدى تأثيرها على الصحة الجسمية والنفسية للمريض.

2.2 المبحث الثاني: صورة الجسم Body Image

2.2.1 مقدمة:

يُعتبر مظهر الجسم من الأمور الرئيسية التي تشغل بال الكثير من الناس، والتي تؤثر في التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، وتعد صورة الجسم من المحددات المهمة لمفهوم الذات لدى الفرد، ويظهر هذا الاهتمام في حرص الفرد على أن يظهر في أحسن صورة في عين الأفراد الآخرين.

فقصور الذات الجسمية في وقت ما، قد يحدد شعوره في ذلك الوقت بالسرور أو بالألم، بالقوة أو بالضعف، بالحيوية أو الفتور، فتصور الشخص لحالته الجسمية قد يكون أهم من حالته الجسمية الفعلية في تحديد مشاعره وأحاسيسه (بيك، 2000).

2.2.2 مفهوم صورة الجسم لغة:

تعريف الجسم لغة:

والجسم هو كل جوهر مادي يشغل حيزاً ويتميز بالثقل والامتداد، ويقابل الروح. ولقد عرفه الجرجاني: بأنه جوهر قابل للأبعاد الثلاثة: العمق والطول والعرض، والجمع منه: جسوم وأجسام. وفي علم الفيزياء: هي كل الأشياء إذا شغلت حيزا (المعجم الوسيط، 1972).

تعريف الصورة لغة:

يقول تعالى: **(الَّذِى خَلَقَكَ فَسَوَّاكَ فَعَدَلَكَ (7) فِى أَىِّ صُورَةٍ مَا شَاءَ رَكَّبَكَ)** [الانفطار:7-8]. وصورة المسألة أو الشيء: صفتها. والصورة: النوع. يقال: هذا الأمر على ثلاث صور. وصورة الشيء: ماهيته المجردة. والصورة خياله في العقل والذهن (المعجم الوسيط، 1972).

2.2.3 تعريف صورة الجسم اصطلاحا:

يرى الشبراوي (2001) بأنها الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وكفاءة الأداء الوظيفي لهذا البنيان تتحدد هذه الصورة بعوامل: شكل أجزاء الجسم، وتناسق هذه الأجزاء للجسم، والشكل العام للجسم، والكفاءة الوظيفية للجسم والجانب الاجتماعي لصورة الجسم.

في حين يعرفها الدسوقي (2006) أن صورة الجسم هي صورة ذهنية – إيجابية أو سلبية – يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة، والملمح الأساسي لتعريف المظهر الجسمي لصورة الجسم هو تقييم الفرد لحجمه ووزنه أو أي جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجسمي.

وأضافت شقير (2008) أن مفهوم صورة الجسم يعني المكون الجسمي بمظهره الخارجي والمكونات الداخلية للأعضاء المختلفة وما يصاحب ذلك من مشاعر واتجاهات موجبة نحو صورة الجسم أما إذا ظهرت مشاعر واتجاهات سلبية فسوف يظهر معها اضطراب في صورة الجسم بصورة واضحة تدل على عدم الرضا والشعور بالاستياء والسخط من المظهر الخارجي للجسم.

وتعرف القاضي (2009) صورة الجسم بأنها صورة ذهنيه وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءته، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو إتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصور الذهنية للجسم.

ويعرفها عبد الحميد، وكفافي المذكور في (فايد، 2010) على أنها صورة ذهنية نكونها عن أجسامنا ككل، بما فيها الخصائص الفيزيقية والوظيفية(إدراك الجسم)، واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص(مفهوم الجسم)، على أن صورة الجسم تنبع لدينا من مصادر شعورية ولاشعورية، وتمثل مكونا أساسيا في مفهومنا عن ذواتنا.

وتعرف الشاعر (2014) صورة الجسم بأنها موقف واتجاه الفرد نحو جسمه، من حيث الشكل والحجم والجمال، وهي صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسمه، وتشير أيضاً إلى تقييمات الأفراد وخبراتهم الانفعالية فيما يتعلق بصفاتهم الجسمية.

والجدير بالذكر أن صورة الجسم تُعتبر صورة ذهنية يكونها الفرد عن الموضوعات المرتبطة بجسمه من حيث المظهر الخارجي والمعتاد، أو قدرته على توظيف هذه الأعضاء أو حجم الجسم وشكله، وقد يصاحب هذه الصورة مشاعر وانفعالات إيجابية وسلبية (رشاد، 2015).

يُلخص الباحث ما سبق من تعريفات أن صورة الجسم هي عبارة عن تصورات ذهنية إيجابية أو سلبية يكونها الفرد حول المظهر الجسمي، من حيث تناسقه وتوافقه مع معايير الجمال وأدائه الوظيفي.

2.2.4 الرضا عن صورة الجسم:

يحمل كل فرد صورة عقلية مثالية لذاته الجسمية، ويستخدم هذه الصورة لقياس المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم، ويتبدل كل من إدراك الفرد ومفاهيم صورة الجسم المثالية، ويؤثر منها على إدراك وردود الفعل النفس اجتماعية، وتؤثر على الحالة النفسية والاجتماعية كالقلق والاكتئاب، ومخاوف تقدير الذات، والرضا عن الذات (Yetzer,2004).

وتضيف كل من سليم والشعراني (2006) أن الرضا عن صورة الجسد له أثر فعال في تحقيق الذات، ويشعر به الفرد عندما تتاح له الفرص لاستخدام كل طاقاته وإمكاناته ومواهبه، وللبيئة دوراً مهماً وأساسياً لمساندة الفرد وتشجيعه. كما تتوفر فيها الأهداف التي يتطلب تحقيقها بذل واستخدام القدرات والإمكانيات دون الشعور بالإحباط حتى تتزايد احتمالات النجاح على إمكانات الفشل. ويذكر كفافي والنيال (1996) أن الشخص الراضي عن ذاته الجسدية يتميز بعدة خصائص منها:

1. تقبل الذات والآخرين والطبيعة.
2. قوة الدافعية النابغة من حب الحياة وتعتبر حافز للتفكير والإبداع.
3. تجدد مستمر في تقدير ما سيتحسنه ويعجبه.
4. وإذا كان رضا الفرد أو عدم رضاه عن صورة الجسم يرتبط بما يصدره الآخرون من أحكام وتقييمات، فإن النمط الجسمي الذي يعتبر جذاباً ومناسباً من حيث العمر – من وجهة نظر الفرد – له فاعلية قد تكون أعم وأشمل في التأثير على مدى رضا الفرد أو عدم الرضا عن جاذبيته الجسمية، وهذا ما يشير إلى أن لكل مجتمع معايير خاصة به تسهم في تبني صورة الجسم المثالية، فإذا تطابقت صورة الفرد لجسمه وهذه المعايير، أشعره ذلك بجاذبيته الجسمية، وهو ما يمثل جزءاً مركزياً في رضا الفرد عن صورته الجسمية.

ويضيف الحويج (2008) أن صورة الجسم من حيث الرضا أو عدم الرضا تمس الإناث بشكل أكثر وضوحاً، فلا تكاد امرأة تشعر بالرضا الكامل عن صورة جسمها، فرضا الأنثى أو عدم رضاها عن صورتها الجسمية يتحقق من خلال تعيينات الآخرين لها، فهي دائماً تبحث عن آراء الآخرين حول جاذبيتها الجسمية، فإذا كان تقييم الآخرين يمثل عاملاً مهماً في مدى رضا المرأة عن صورة جسمها، فإن المرأة لها أيضاً تقييمها حول صورة جسدها.

ويرى الباحث بأن كل فرد يُكون في عقله صورة مثالية لذاته الجسمية، يحب أن يكون عليها دوماً، وأن الرضا عن صورة الجسد يختلف بين الجنسين فهي تمس الإناث أكثر لأنهن يبحثن دائماً عن آراء الآخرين، ويؤثر الرضا عن صورة الجسم على التوافق النفسي ويزيد من قوة الدافعية لدى الشخص وتقبل الذات.

2.2.5 أهمية صورة الجسم:

يذكر بيفر "Pipher " المذكور في (بريالة، 2013) أن المظهر عامل مهم في العلاقات وفي الحياة، وترى "بريكي جيمس" أن خبرة الجسم لها أهمية وجدانية ورمزية، لأن المظهر الجسمي له أهميته، حيث يفترض وجود علاقة مهمة بين تقييماتنا لأجسامنا وحالتنا النفسية، وفي مسح واسع عن صورة الجسم أجراه "كاش روي نستند " تضمن تقدير الذات والرضا عن الحياة والاكتئاب والوحدة ومشاعر القبول الاجتماعي، وقد أظهر المسح أن الأشخاص ذوي التقييمات الإيجابية عن صور أجسامهم حققوا توافقاً نفسياً اجتماعياً مناسباً، في المقابل فإن أولئك ذوي المشاعر السلبية عن صورة جسمهم حققوا مستويات أدنى من التوافق النفسي الاجتماعي (Cash,2012). إضافة لذلك أكدت دراسة الأشرم (2008) أن هناك علاقة بين صورة الجسم وأبعادها كافة، وتقدير الذات وأبعاده كافة.

إن نمو صورة الجسم الإيجابية تساعد الناس في رؤية أنفسهم جذابين وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة فالناس الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم على نحو إيجابي على الأرجح يكونون أكثر صحة، وأشارت هذه الدراسة إلى وجود علاقة موجبة بين الرضا عن صورة الجسم والرضا عن مفهوم الذات (Stacy, 2000).

ويشير (الأنصاري،2002) بأن صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر على حياة الفرد، فالناس ذوي صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض، يحاولون إخفاء أجسامهم بالملابس الفضفاضة والقاتمة، صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب، وتقدير الذات المنخفض، فالجسم مصدر الهوية وعدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان يترتب عليه الكثير من المشكلات النفسية، وكذلك بعض الأمراض النفس جسمية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وتنشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم مع ما يعد مثاليا حسب تقدير المجتمع. حيث أشارت نتائج دراسة إكلوند وبنكو (Eklund & Bianco, 2000) إلى أن صورة الجسم السيئة ترتبط بتقدير الذات السيء.

وهذا ما يدفعنا إلى أن نؤكد أنه في كثير من الأحيان يكون المفهوم السلبي للذات راجعاً إلى تشوه صورة الجسم واضطرابها، ومن ثم وجود علاقة طردية بين عدم الرضا عن صورة الجسم والمفهوم السلبي للذات (فايد، 2004).

ويضيف كاش (Cash, 2012) بأن صورة الجسم تلعب دوراً هاماً في الشخصية، فالجسم يمثل الملتقى بين السيكولوجيا والفيزيولوجيا.

ويحمل كل فرد صورة عقلية لذاته الجسمية، ويستعمل هذه الصورة لقياس المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم، ويتبدل كل من إدراك الفرد ومفاهيم صورة الجسم الوجدانية، ويؤثر على الإدراك، وردود الفعل، وتتأثر الحالة النفسية والاجتماعية لدى الفرد بعوامل كثيرة يرى جيمس بريكي (Breaky, 1997) أن من أهمها القلق والاكتئاب والرضا عن الحياة.

ويرى الباحث أن صورة الجسم ذات طابع اجتماعي ونفسي، تؤثر انفعالياً ومعرفياً على تفاعلاتنا الاجتماعية، وأنها صورة ديناميكية، وقد تختلف عن الصورة الحقيقية، فمريض الفشل الكلوي قد يأخذ صورة لجسمه سلبية نتيجة لتأثيرات المرض على جسمه، لذا من السهل أن تؤثر صورة الجسم على حالة الشخص النفس اجتماعية، بل وترتبط بالإصابة ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق ومخاوف تقدير الذات والاكتئاب وغيرها.

2.2.6 مكونات وأبعاد صورة الجسم:

يرى قوتسمان (Gottesman) المذكور في (القاضي، 2009) أن صورة الجسم تشتمل على مكونين هما:-

1. **المثال الجسمي:** وهو النمط الذي يعتبر جذاباً ومناسباً من حيث العمر ومن حيث وجهة نظر وثقافة الفرد، فمفهوم ثقافة الفرد عن المثال الجسمي له دور لا يُستهان فيه فيما يكونه الفرد من صورة جسمه، وتطابق أو اقتراب مفهوم المثال الجسمي كما تحدده ثقافة الفرد من صورته العقلية لجسمه يسهم بطريقة أو بأخرى في تغيير الفرد لذاته.
2. **مفهوم الجسد:** إذ يشمل هذا المفهوم على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلاً عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه، وعليه فإن معوقات الصحة النفسية أن يكون الفرد مفهوما سلبيا حول جسمه.

وأشار فاندن بوس (Vanden Bos, 2008) إلى **مكونات صورة الجسم** على النحو التالي:

1. **مكون إدراكي معرفي:** يرتبط بالتفكير الدقيق لحجم الجسم.
2. **مكون وجداني ذاتي:** يعبر عن مشاعرنا وأفكارنا واتجاهاتنا نحو أجسامنا.
3. **مكون سلوكي:** يشير إلى سلوك الفحص الذاتي المتكرر للجسم، والرغبة في تجنب المواقف التي تجعلنا نشعر بعدم الراحة في الجسم.

وصنف جوف (Gove, 2009) **مكونات صورة الجسم كالتالي:**

1. الجاذبية الجسمية.
2. التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية.
3. التآزر بين شكل الوجه، وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية.
4. المظهر الشخصي العام.
5. التناسق بين الجسم وشكله ومستوى التفكير.

وتذكر شاهين (2003) **ثلاثة مكونات لصورة الجسم وهي:**

1. **المكون المعرفي:** ويتضمن الخصائص والصفات التي يدركها الفرد ويعتبرها خصائصه البدنية.
2. **المكون الوجداني:** ويتضمن مشاعر الفرد واتجاهاته النفسية حيال بدنه سواء بالقبول أو بالرفض وعدم الرضا.
3. **المكون التقييمي:** وهو الذي يتعلق بالأحكام التي يصدرها الفرد على جسمه وخصائصه البدنية سواء كان هذا التقييم ذاتيا أو كان تقييما معزوا للآخرين.

وذكر كل من كفافي والنيال (1996) أربعة أبعاد من صورة الجسم وهي كالتالي: بعد يتعلق بالوزن، بعد يتعلق بالجاذبية الجسمية، بعد يتعلق بالتآزر العضلي، وبعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم.

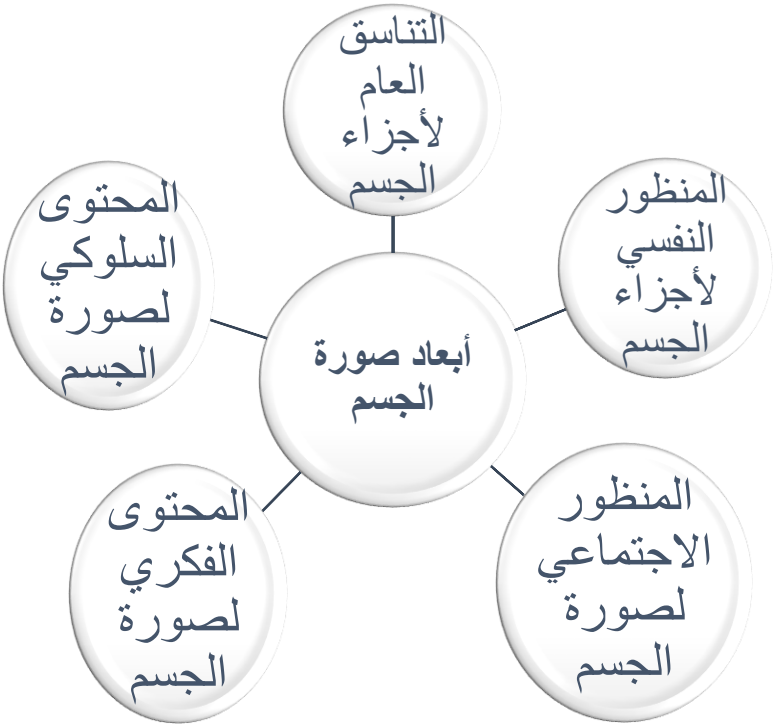
ويشير فايد (2006) إلى أن صورة الجسم تنقسم إلى ثلاثة أبعاد هي: الرضا عن مظهر الجسم، وملامح الوجه والشكل الخارجي، والمظهر بصفة عامة.

في حين يرى الشبراوي (2001) أن **صورة الجسم تتبلور حول أربعة أبعاد وهي:**

1. صورة أجزاء الجسم.
2. الشكل العام للجسم.
3. الكفاءة الوظيفية للجسم.
4. الصورة الاجتماعية للجسم.

وتذكر الشاعر (2014) خمسة أبعاد لصورة الجسم التي يتبناها الباحث كما يلي:

1. التناسق العام لأجزاء الجسم: وتشمل تناسق ملامح الجسم، الطول، الوزن، لون البشرة، ولون الجلد.
2. المنظور النفسي لصورة الجسم: الشعور بجاذبية الجسم، والشعور بأهمية صورة الجسم.
3. المنظور الاجتماعي لصورة الجسم: الظهور بأفضل صورة أمام الآخرين، التفاعل الاجتماعي، الاهتمام بآراء الآخرين حول صورة الجسم وحب العمل مع الجماعة.
4. المحتوى الفكري لصورة الجسم: التفكير الدائم في صورة الجسم، ومقارنتها بالصورة الحقيقية والمثالية، وتقبل الفرد لجسمه كما هو، والتفكير في المستقبل.
5. المحتوى السلوكي لصورة الجسم: النظر للمرآة، الاستمرار في تحسين المظهر الخارجي والداخلي للجسم، والتكيف مع المتعقدات والثقافات السائدة.



شكل (2.2) أبعاد صورة الجسم (إعداد الباحث)

ويستخلص الباحث مما سبق أن مكونات صورة الجسم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى تقييم الفرد لذاته، وتتأثر بمدى إدراكه لجسمه، وأيضا تتأثر بنظرة الآخرين له، وأن الباحثين مثل كفافي والنيال (1996) والشبراوي (2001) و(2009) Gove يتفقون على أن متغير صورة الجسم متعدد الأبعاد في التركيب، ولكنهم لا يتفقون على طبيعة الأبعاد أو مقدارها.

2.2.7 صوة الجسم والمراهقة:

تعد مرحلة المراهقة مرحلة مهمة في حياة الفرد، تتطور فيها صورة الجسم، وتعتبر هذه السنوات قاسية خاصة على صورة الجسم بسبب تغيرات الجسم الإنساني، وأن عدم الرضا عن صورة الجسم المدرك قد يتأسس جيداً في الفترة التي يصل فيها الفرد للمراهقة، وأن مستويات تقدير الذات والقلق والاكتئاب تتعلق إيجابياً بعدم الرضا عن صورة الجسم المدرك.

وتذكر حسونة (2004) أن النمو الجسمي يزداد في هذه المرحلة بصورة سريعة من حيث الطول والوزن ونسب الجسم. كما تتضح الفروق بين الجنسين في شكل الجسم والنمو الجسمي، وينظر المراهق لكل عضو من أعضاء جسمه كأنه جزء قائم بذاته، حيث تعتبر هذه المرحلة مرحلة الفحص الجزئي الدقيق، وغالباً ما يكون المراهق غير راض عن شكل أجزاء الجسم، وتتأثر صورة الجسم لدى المراهق بتعليقات وتقييمات الآخرين.

وتعرف المراهقة بسن البلوغ وتغييرات النمو، وأثناء هذه المرحلة يواجه المراهقون زيادة الوعي عن أجسامهم بسبب التغيرات البدنية التي تحدث، ويصبح المراهق أكثر إدراكاً لنفسه وفحصاً لذاته وحيرة حول جسمه النامي. ويضيف كوستانسكي (Kostanski) أن عدم الرضا عن صورة الجسم المدرك قد يتأسس جيداً في الفترة التي يصل فيها الفرد للمراهقة (الأشرم، 2008).

وعندما يصل الفرد إلى مرحلة المراهقة تتسارع التغيرات في هذه الأبعاد، ففي التغيرات الجسمية والفسيولوجية يظهر على المراهق الضيق والانزعاج من هذه التغيرات وضعف القدرة على التكيف معها، ومع ظهور هذه الخصائص الجنسية الثانوية والأساسية تزداد حساسيته نحو خصائصه الجسمية، وغالباً ما يكون غير راضٍ عن شكل أجزاء جسمه فضلاً عن تأثر صورة الجسم ككل (كفافي والنيال، 1996).

ويرى الباحث أن المراهقة مرحلة مهمة جداً لكل شخص، لأنها تحصل فيها تغيرات سريعة من حيث الطول والوزن وحجم الجسم، ويصبح الشخص أكثر إدراكاً، وهذه التغيرات قد تؤثر عليه إيجابياً او سلبياً، منهم من يتقبل هذه التغيرات ويتوافق مع ذاته، ومنهم من لا يتوافق معها بعدم الرضا عن جسمه.

2.2.8 العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم:

يلعب كل من الآباء والأقران والمعلمون وأجهزة الإعلام دوراً كبيراً في حياة العديد من الأشخاص، وتؤثر على صورة جسمهم، وأن صورة الجسم تتأثر بالعديد من العوامل " الأسرة

والأصدقاء والمعلم والأقران والمجتمع"، وأن هناك عوامل متعددة تؤثر على نمو صورة الجسم منها الجنس، وأجهزة الإعلام والعنصر " الانتماء العرقي"، والمشاركة الرياضية.

1. عوامل بيولوجية:

تتحد معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية، وبالتالي قد تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دوراً هاماً في نمو صورة الجسم، كما أن بعض الإضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن أن تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لأجسامهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة وحجم الصدر وتقاطيع الوجه والبشرة. وفي مرحلة المراهقة تحدث العديد من التغيرات الجسمية السريعة وتجعل النساء مدركات لمظهرهن وغير آمنات وقلقات بشأن أجسامهن، فالمحدد البيولوجي لحجم وشكل الجسم يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد لجسمه، كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي فعلاً إلى صورة الجسم السلبية، فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة (العزاوي،2005).

2. الوالدان/ الأسرة:

تعتبر الأسرة المربي الأول للأطفال الصغار والمراهقين، حيث يؤثر الآباء ومقدمو الرعاية الآخرون على طريق إدراك الأطفال لأجسامهم. ويلعب الآباء دوراً حيوياً سواء بشكل علني أو سري في إرسال الرسائل إلى طفلهم للتوفيق والتكيف مع المعيار المثالي في المجتمع، فالأطفال مثل الإسفنجات يمتصون المعلومات والرسائل المحيطة بهم، ويقلدون طول الوقت ما قيل أو فعل. ويلعب الوالدان _خاصة الأمهات _ دوراً كبيراً في إدراك صورة الجسم لدى أطفالها، حيث وجد أن كلاً من الأبناء والبنات يتلقون تشجيعاً أكثر من الأم لفقد أو ضبط وزنهم أكثر من الأب، وتقييم الوالدين لجسم طفلهما يترك انطباعاً طويل المدى على تقدير ذات ذلك الفرد (Stacy, 2000).

3. المدرسة / المعلمون:

يلعب المعلمون بعض الدور في إدراك الأطفال والمراهقين لصورة جسمهم، وتبين الدراسات أن إدراك الطلاب لتقييم معلميهم عامل مهم في إنجازهم الأكاديمي، لذا فمن المعقول أيضاً أن يؤثر المعلمون على كيفية إدراك الأطفال والمراهقين لأجسامهم (Stacy, 2000).

كما وجد أن معلمي المراهقين يميلون لتقدير طلابهم الوسماء جسدياً كالتفوق العالي في التحصيل الأكاديمي والرياضي، ويكونون أكثر جاذبية ومؤهلين اجتماعياً، من أولئك الطلاب غير الجذابين جسدياً إلى المعلمين. ويقدر العديد من الطلاب المعلمين ويعتبرونهم قدوة، وأن

أسلوب تقديم المعلمين لأنفسهم وتعليقاتهم يؤثر كثيراً على الأطفال والمراهقين، فعلى سبيل المثال: قد يدلي المعلم ببيانات بخصوص صورة النحافة، أو قد يدلي بتعليقات عن الناس زائدي الوزن، يستمع الأطفال بما يقول وما لم يقل ويقبلون هذه الرسائل، مما يجعل المعلمين مؤثرين في كيفية إدراك الفرد لجسمه (فرغلي، 2007).

4. الأصدقاء/ الأقران:

مرحلة الطفولة والمراهقة فترة مهمة جداً في تكوين جماعة الأقران، وتكون جماعة الأقران مؤثرة جداً، ومحاولة التوافق مع الصورة المثالية والاحتفاظ بجماعة الأقران في نفس الوقت ليس سهلاً، إن مجموعة الأقران تؤثر في تحديد كيف ينظر الفرد إلى جسمه. فقد فحص Adler قوة جماعة الأقران، واكتشف أن الأطفال _خاصة البنات_ يتعلمون معايير المظهر في سن مبكرة من أقرانهم، هذه المعايير والقيم التي تنمو أثناء الطفولة قد توجه مواقفهم واتجاهاتهم وسلوكهم في المستقبل (Stacy,2000).

ويختار الأطفال والمراهقين الأصدقاء من الأفراد الذين يتفقون مع صورة الجسم المثالية، ويعلمون العديد من الأشياء لكونوا مقبولين، أيضاً يبحثون عن الصدقات التي تكون مقبولة من الآخرين، لأن هذه الفترة هامة في حياتهم، أي تعليقات بخصوص الوزن أو المظهر قد تؤثر عليهم مدى الحياة، فالتعليقات السلبية أو المثيرة من الأقران يمكن أن تؤثر على تقدير الذات، ومفهوم الذات وقيمة الذات لدى الفرد وقد يحمل البعض هذه الرسائل معه إلى سن الرشد (فرغلي، 2007).

5. أجهزة الإعلام:

تعتبر الصورة التي يراها الناس في أجهزة الإعلام المختلفة بأن لها غالباً تأثيراً قوياً على صورة الجسم، فالعديد من الرسائل في أجهزة الإعلام حول صورة الجسم توحي بأن المظهر مهم جداً لتكون ناجحاً في الحياة (Stacy, 2000).

بالرغم من أن وسائل الإعلام تستهدف الأشخاص في كل المستويات العمرية، فإن المراهقين أكثر عرضة للرسائل التي تصل مجتمعنا، فأغلبية المعلومات التي قدمت في أجهزة الإعلام المختلفة موجهة بشكل محدد نحو المراهقين، وأن أجهزة الإعلام عامل هام في تقييم الفرد لصورة جسمه، حيث تنجم نماذج الجاذبية عن المجلات والأفلام والممثلين والممثلات، وأنها تلعب دوراً حيوياً لاستمرار المظهر المثالي وإدراك ذات الفرد، لأنها تركز على الجمال المثالي والنحافة. ومن الواضح أن أجهزة الإعلام تلعب دوراً ضخماً في كيفية إدراك الأفراد

والأطفال والبالغين والراشدين لجسمهم، وكان لها تأثير سلبي على جسم المراهقين حيث يلتقي الأفراد في سن صغيرة جداً رسائل من أجهزة الإعلام مؤداها أن الجسم المثالي هو الوسيلة الوحيدة لتكون مقبولاً اجتماعياً، ويؤدي إلى السعادة والنجاح في الحياة، فالمجلات والأفلام والإعلانات كلها قوة مؤثرة في مجتمعنا (عبد الستار،2007).

ويرى الباحث أن هذه العوامل تلعب دوراً هاماً في تكوين صورة الجسم، كما أنها تؤثر تأثيراً قوياً على شخصية الفرد، حيث إن هذه العوامل هي التي تجعل الفرد يتفق مع صورة الجسم المثالية له، ويدرك ذاته بشكل جيد، وتوجهه نحو النجاح في كافي مناحي الحياة.

2.2.9 النظريات المفسرة لصورة الجسم:

النظرية البيولوجية: (هنري هيد،1927)

يُعتبر طبيب الأعصاب هنري هيد (Henry Head) الباحث الأول الذي استعمل تعبير صورة الجسم، وهذه الصورة هي اتحاد خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي للمخ، ولاحظ" هيد "أن الحركات السلسة وتوافق مواضع الجسم يدل ضمنياً علي الوعي المعرفي المتكامل لحجم وشكل وتكوين الجسم، وأضاف أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم (Anderson et al, 2012). ويرى كليف (Kliff) أن صورة الجسم يمكن أن تقسم إلى غلاف خارجي للجسم، أو الفراغ الداخلي للجسم، ويعتبر الجسد غلافاً للجسم، ويأتي إدراك غلاف الجسم من الجلد والمعلومات البصرية، ويعتقد أن حجم الجسم يظهر من التوازن العميق للجسم، وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وحفظ صورة الجسم. (Hrabosk et al, 2009)

نظرية التحليل النفسي : (فرويد، 1896)

أوضح فرويد (Freud) في نظريته عن الليبيدو إلى أن مناطق الاستثارة الجنسية هي مناطق الجسم ومناطق الحساسية الجسمية، وأن شخصية الفرد تتطور بحسب تتابع سيطرة الإحساسات الجسمية، ويبدأ الفرد في تكوين صورة عن جسمه عن طريق نمو الأنا التي تهيئ السبل له ليكون قادراً علي التمييز بين ذاته وبين الآخرين. وتشير نظرية التحليل النفسي إلى أن اضطراب صورة الجسم لدى الفرد واختلال الشخصية ترجع كلها إلى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمر الإنسان، وبداية إدراك الطفل للاختلافات الجنسية، وتتشكل العقد ومنها عقدة الإخصاء وحسد القضيب (Agliata,2014).

النظرية السلوكية: (واطسون، 1913)

يرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يتأثر بها، ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية، حيث يكون الفرد متأثراً بجو الأسرة، وبعبارات الذم والمدح التي يتلقاها، وبتعليقات الوالدين وبتقييمهم لأجسام أبنائهم، فإن ما تطلقه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائها ومثله أيضا تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد لجسمه (يحيي، 2010: 356).

النظرية الإنسانية : (روجرز،1949)

اعتبر روجرز (Rogers) الذات أنها المحور الأساس للشخصية، إذ تتضح شخصية الفرد بناء على إدراكه لذاته، فالخبرات التي يمر بها أو المواقف التي يتعرض لها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعاً لإدراكه لذاته، ولما كان لصورة الجسم أهمية كبري من خلال تداخلها مع تقدير الفرد لذاته، فإن الفرد يقيم ما يتعرض له من خبرات في ضوء مشاعر التقدير الإيجابي للذات، فالتجارب الماضية خاصة أحداث وخبرات الطفولة التي ترتبط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسمه كما أن لها تأثيراً قوياً وفعالاً علي توافق الشخصية، بحيث يعتقد "روجرز "أن لكل فرد حقيقته وصورته عن ذاته كما خبرها وأدركها هو، لذا فهي تعد العامل الحاسم في بناء شخصيته وصحته النفسية (يحيي، 2010).

النظرية الاجتماعية والثقافية: (فيجوتسكي ، 1978)

تُركز على تأثير القيم الثقافية على الفرد والقيم في محاولة فهم السلوك البشري لأنها الأساس التأكيدي في هذه النظرية وكيف يعتبرون الأفراد أنفسهم وكيف ينظر إليها وكيف يتأثروا بالآخرين من خلال القيم الثقافية (Jackson,2002).

فيما يتعلق بصورة الجسم تشير النظرية الاجتماعية والثقافية أيضاً إلى أهمية وسائل الإعلام في نقل رسائل بشأن التوقعات حول اللياقة البدنية المثالية. ويتعرض الأفراد من جميع الأعمار إلى وسائل الإعلام في المجتمع الغربي، والنظرية الاجتماعية والثقافية تنص على أن ضغوطاً متزايدة لتجسيد الشكل المثالي وجدت لوسائل الإعلام هو تأثراً كبيراً على مستويات عدم الرضا، والمثل الأعلى لصورة الجسم هو تصورات بعيدة عن متناول غالبية المجتمع في ضوء صورة الكمال (Tiggeman, 2002).

2.2.10 تعقيب عام على النظريات المفسرة:

يتبين من العرض السابق للتفسير النظري لصورة الجسم أن النظريات تتفق على أهمية صورة الجسم بالنسبة للفرد ومدى تأثرها بآراء وتوجهات الآخرين، فمن هذه النظريات أن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل صورة الجسم، ومنها من أشارت إلى أن شخصية الفرد تتضح بناءً على إدراكه، ومنها من تحدثت عن تعليقات الوالدين وتأثيرها على صورة الجسم، ويرى الباحث أن النظرية الاجتماعية والثقافية أكثر تفسيراً لصورة الجسم لأنها ربطت بين الواقع والثقافة التي يعيشها الفرد.

2.2.11 صورة الجسم من منظور اسلامي:

بما أن المقصود بصورة الجسم ما يميز الشخص عن غيره من البشر, وهذه الصورة يتم تشكيل الانسان عليها, وهو في بطن أمه وبهذا السياق قال الله تعالى: ﴿**الَّذِي خَلَقَكَ فَسَوَّاكَ فَعَدَلَكَ (7) فِي أَيِّ صُورَةٍ مَا شَاءَ رَكَّبَكَ**﴾ [الانفطار:7-8], والصورة غالبا تضم كل ما ظهر للعين من أعضاء الجسم إضافة للطول والعرض والوزن والنوع وصورة كل إنسان حسنة حتى لو كان بها عاهات أو تشوهات, لأن الله لم يخلق شيء قبيح حيث قال تعالى: ﴿**وَصَوَّرَكُمْ فَأَحْسَنَ صُوَرَكُمْ وَرَزَقَكُم مِّنَ الطَّيِّبَاتِ ذَٰلِكُمُ اللَّهُ رَبُّكُمْ فَتَبَارَكَ اللَّهُ رَبُّ الْعَالَمِينَ**﴾ [غافر:64]، والله هو الخالق والمصور للإنسان وهو في رحم أمه.

وعلى الشخص أن يتأمل نفسه بأحسن حال، لا سيما وأن الله فضل الإنسان على سائر المخلوقات، ولقد خلق سبحانه وتعالى كل فرد على شاكلة، فمنهم الأبيض، والأسود، الطويل، والقصير، وفضل الله بعضهم على بعض، حيث قال تعالى: ﴿**انظُرْ كَيْفَ فَضَّلْنَا بَعْضَهُمْ عَلَىٰ بَعْضٍ ۚ وَلَلْآخِرَةُ أَكْبَرُ دَرَجَاتٍ وَأَكْبَرُ تَفْضِيلًا**﴾ [الاسراء: 21].

2.2.12 الإسلام والجسم:

تميز الإسلام عن باقي الديانات بشموليته لكافة تفاصيل الحياة، وعليه ينقسم الجسم في الإسلام إلى ثلاثة جوانب:

1. **الجسم اليومي الديني:** الذي يمارس مجموعة من الشعائر العبادية مصحوبة بالثواب والحسنات لهذا الغرض، وهذه الشعائر تشكل إيقاعا جسميا واجتماعيا ودينيا يتحول الجسم بمقتضاه إلى صورة نمطية تستجيب بشكل منظم لإيقاع المقدس الذي يتبلور في جزيئيات الدنيوي.

2. الجسم اليومي الاجتماعي: فإذا كان الجسم اليومي الديني خاضعاً لقيم الصلاة والصيام والبسملة ... إلخ، فإن المعاملات التي تميزه هنا تحول الحياة الاجتماعية إلى مختبر دائم لممارسة قدسية العلاقات الاجتماعية. إن الجسم هنا يكمل الشعائر المتصلة بالعبادات ويؤطرها بحركات معينة للجلوس والأكل والنظر ودخول الحمام، ليصبح الجسم الاجتماعي رجعاً للجسم العبادي.

3. الجسم الشخصي: الذي يفقد طابعه الذاتي باندماجه المباشر في سمفونية القدسي التي يصنفها الإسلام على الوجود الاجتماعي. إن الأمر يتعلق هنا بالعلاقة الجنسية ومقاصدها الثابتة، وأوضاعها ومحللها ومحرمها ومكروهها. إن هذا الجسم ليس سوى الصورة التي تعكس بشفافية المسوغات الإيمانية للمسلم محددها في علاقته بذاته.

بالإضافة إلى التقسيمات السابقة، فإن الجسم الإسلامي ينقسم إلى ثنائية النفس والجسم، الأولى تعبر عن الروحي المتعالي، والثانية تعبر عن المادي الدنيوي. والنفس هي التي تلعب دور القيادة للجسم، من هنا تبعيته لها وانقياده، ففي الإسلام لا نلوم الجسم على أفعاله وإنما نلوم النفس (الزاهي، 1999).

ويرى الباحث أن الله خلق الإنسان في أحسن تقويم، واهتم الاسلام بصورة الجسم اهتماماً كبيراً لما لها من أثر كبير في تشكيل مفهوم الفرد عن ذاته، حيث إن صورة الفرد الإيجابية عن جسده تسهم بشكل فعال في تحقيق الاتزان والتوافق النفسي.

2.2.13صورة الجسم ومرضى الفشل الكلوي:

يعد مفهوم صورة الجسم من المواضيع المعقدة منذ العصور القديمة، حيث إن صورة الجسم تتطور وتتغير عبر المراحل النمائية للفرد، إذ تعد صورة الجسم السمة التي تحدد الشخصية، وتجعل الفرد يشعر برضا عن نفسه ويتقبل ذاته مما يؤثر على حياته بالإيجابية، وعلى العكس إذا كان لدى الفرد تفكير سلبي عن جسمه فإنه سوف يشعر بالحزن والأسى وعدم التوافق النفسي، حيث أكدت دراسة القاضي (2009) أن هناك علاقة ارتباطية بين نمو صورة الجسم الإيجابية والشخصية الناجحة، فالأفراد الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم على نحو إيجابي، يكونون أكثر صحة, بينما صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر على حياة الفرد، فالأفراد ذوي صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض.

ونظراً لما يحدث لمريض الفشل الكلوي من تغيرات جسمية لاحظها الباحث خلال تعامله مع هؤلاء المرضى لعدة سنوات **ومن هذه التغيرات الجسمية ما يلي:**

1. تغير لون البشرة بسبب نقص هيموجلوبين الدم نتيجةً لعدم إفراز الكلية هرمون الاريثروبيوتين.
2. تورم الوجه والأطراف بسبب تجمع السوائل داخل الخلايا وعدم القدرة على إخراج البول.
3. تورم الوصلة الدموية (الجهاز الخاص بعملية الغسيل الكلوي) مع مضي الوقت وتكرار مرات الغسيل الكلوي.
4. قد يوجد لدى بعض المرضى جهاز غسيل يسمى القسطرة المركزية في الصدر أو الرقبة أو في الفخذ، والذي يمنعه من النوم في الجهة الموجود فيها.
5. الضعف والهزل الشديد بعد جلسة الغسيل الكلوي المقررة مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً.
6. انحناء الظهر وبعض منهم لا يستطيع المشي بسبب نقص الكالسيوم لديه بسبب الفشل الكلوي.

ويرى الباحث أن مريض الفشل الكلوي بحاجة ماسة للشعور بالرضا عن جسمه وتقبل صورته، لكي يشعر بالتفاؤل، متقبلاً لذاته والآخرين، وهذا بدوره يحسن من تقبله للعلاج وتكيفه مع المرض، وينظر إلى الحياة نظرة إيجابية ويتقبلها، ويبتعد عن الصورة السلبية التي تؤدي إلى عدم التوافق وسرعة الانفعال، وقد أكدت دراسة الأطرش (2015) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والتوافق النفسي الاجتماعي.

ولأن هذه التغيرات الجسمية مجتمعة قد تجعل المريض يلجأ إلى لبس الملابس الفضفاضة لإخفاء هذه الوصلة الدموية مثلاً أو القسطرة المركزية، وتستعمل الأنثى مستحضرات التجميل لإخفاء لون البشرة الداكن، وقد يمتنع البعض منهم من المشاركة في الأنشطة المجتمعية، كان واضحاً وجلياً حضور المساندة الاجتماعية لمريض الفشل الكلوي لتعزيز المفهوم الإيجابي لصورة الجسم لديه وأكثر تقبلاً وتقديراً لذاته، حيث أكدت دراسة فايد (2006) أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين نمط الدعم الاجتماعي والرضا عن صورة الجسم، وبالمساندة الاجتماعية يشعر المريض بكفاءة الغسيل الكلوي ويتكيف مع مرضه فترة أطول بدون اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب، وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة يسينس وآخرون (2019) حيث أكدت وجود علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية ومستوى الأمل لدى مرضى الفشل الكلوي.

ويمكن القول إن صورتنا عن أنفسنا تساهم بشكل فعال في نجاحنا، لأن أي خلل في هذه الصورة يدفعنا لسوء تقدير إمكانياتنا ومستقبلنا وطموحاتنا مما يعرقل قدرتنا على تحقيق الأفضل، ويلعب جسم الفرد وصفاته العضوية، دوراً هاماً في تشكيل جانب أساسي من مفهوم

الفرد عن ذاته يعرف بصورة الجسم، ذلك التصور الذي يكونه الفرد عن جسمه ومظهره العضوي وكل ما هو محسوس فيه كشخص.

ونستنتج مما سبق أن المساندة الاجتماعية وصورة الجسم تؤثر على مرضى الفشل الكلوي، أي أنه كلما زادت المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، انخفض تأثير صورة الجسم على المرضى، والعكس صحيح، ويمكن القول أن نمو صورة الجسم بالإيجابية تساعد الناس في رؤية أنفسهم جذابين وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة، فالناس الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم على نحو إيجابي على الأرجح يتمتعون بصحة أكبر، بينما صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر على حياة الفرد، فالناس ذوي صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض، ويحاولون عدم الخروج من البيت ويميلون إلى الانطواء في العادة وعدم مخالطة الآخرين.

2.3 المبحث الثالث: الاتزان الإنفعالي Emotional Balance

2.3.1 مقدمة:

تُعد الانفعالات ركناً هاماً في حياة كل فرد، فهي تدخل في جميع جوانب الحياة اليومية وتجعل من الحياة شيئاً ممتعاً ومتنوعاً، وبدونها تصبح حياة الإنسان بلا معنى وقاحلة، وتعتبر الانفعالات جزء هام من عملية النمو الشاملة والمتكاملة، لأنها أحد الأسس التي تعمل على بناء الشخصية السوية، كما أن الانفعالات تعمل على توجيه الفرد نحو المسار النمائي الصحيح بكل ما تحمله من مشاعر وعواطف وسلوك وانفعالات مختلفة.

وإن ما يميز الأشخاص بالكفاءة من الناحية النفسيّة ليس مقدار ما يواجهونه من مشكلات بل هو طريقة استجابتهم لهذه المشكلات، ومقدرتهم على مواجهة تحدياتهم دون يأس أو عدم اتزان، بل بثقة للتعامل مع تلك المشكلات منطلقين من مفهومهم لذاتهم الايجابي وتوافقهم السليم مع أنفسهم ومع الظروف المحيطة بهم.

2.3.2 تعريف الانفعال لغة:

الانفعالات في اللغة جمع انفعال، وانفعال مأخوذ من الفعل انفعل بمعنى تأثر فقد عرف مجمع اللغة العربية انفعل ومنفعل :تأثر به انبساطا وانقباضا (المعجم الوسيط، 1972).

2.3.3 تعريف الانفعال اصطلاحاً:

لم يتفق العلماء على تعريف واحد للانفعال وذلك لان الانفعال حالة داخلية تتصف بجوانب معرفية وإحساسات وردود أفعال بيولوجية وسلوك تعبيري معين وهو غالبا ما يظهر بشكل مفاجئ ويصعب التحكم والسيطرة عليه. وسيقوم الباحث بعرض جملة من التعريفات الخاصة بالانفعال.

يعرف زهران (1997) الانفعال بأنه حالة شعورية مركبة يصحبها نشاط جسمي وفسيولوجي مميز والسلوك الانفعالي سلوك مركب يعبر عن السواء الانفعالي أو يعبر عن الاضطرابات الانفعالية.

ويرى الطويل (1999) بأن الانفعال خلل عام يصيب الفرد كله نفسيا وجسديا، ويؤثر إلى حد كبير في تصرفاته وأفعاله وخبراته الحسية والشعورية، والأعضاء الجسمية الحشوية الداخلية الفسيولوجية، وتحدث الانفعالات نتيجة لأسباب نفسية اجتماعية وبيئية.

ويعتبر الكناني وآخرون (2002) أن الانفعال هو حالة تغير في الكائن الحي يصاحبها اضطراب يشمل الفرد كله، ويؤثر في سلوكه وخبرته الشعورية ووظائفه الفسيولوجية الداخلية، وهو ينشأ في الأصل عن مصدر نفسي، ومن أمثلته الخوف والغضب الشديدين.

في حين يُعرف الانفعال بأنه تغير مفاجئ وهو أمر فطري يشمل الانسان كله نفسياً وجسمياً، ويؤثر في سلوكه الخارجي وفي شعوره، كما يصاحب بكثير من التغيرات الفسيولوجية، ويعين الانسان على الحياة والبقاء (الحسين، 2002).

من خلال ما سبق يرى الباحث أن الانفعال حالة شعورية مفاجئة يصاحبها تغير في مزاج الكائن الحي ينتج عنها ردود فعل في السلوك، ومجموعة من التغيرات الفسيولوجية الداخلية، كما أن الانفعال انعكاس مباشر للعلاقات القائمة التي يعيشها الفرد، ويستدل عليه بآثاره الظاهرة.

2.3.4 أثر الانفعالات في السلوك الإنساني:

يرى ضحيك (2004) أن الانفعالات حالات تصاحب السلوك أو هي عمليات مصاحبة للسلوك ولكن الانفعالات قد تكون هي نفسها دوافع للسلوك. فالانفعال الذي يرتبط بشيء ما أو بموقف ما يصبح بمثابة الدافع، فالشخص الذي نما في نفسه الخوف من الأماكن العالية يوجه حياته بعد ذلك على أساس تجنب الصعود إلى تلك الأماكن العالية ويصبح الخوف من هذه الأماكن العالية دافعاً قوياً له للقيام ببعض مظاهر السلوك التي تساعده في تجنب الارتقاء إلى تلك الأماكن.

ويؤدي الانفعال إلى تنظيم السلوك أو اضطرابه وهو قد يؤدي إلى اضطرابات السلوك الراهن ولكنه مع ذلك قد يؤدي إلى خلق صورة جديدة من السلوك تكون موجهة نحو الأهداف والمستويات الطفيفة من الانفعال تؤدي إلى التسهيل بينما الانفعال العنيف يؤدي إلى الاضطراب(حمدان،2010).

ويرى الباحث أن الانفعال المعتدل يساعد على ضبط النفس وكبح جماحها، يكون الفرد أكثر اتزاناً وتحكماً في تصرفاته، وأقل تحيزاً في أحكامه. أما الانفعال الحاد وخاصةً بالنسبة لمرضى الفشل الكلوي يفقد المريض توازنه ويجعله يبدو كأنه مختل السلوك أو مضطرب في النشاط، وكذلك يؤدي إلى التهور والاندفاع والخروج عن الاعتدال في السلوك ويؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي، ويؤدي الانفعال في حياة المريض إلى حالة من القلق وسرعة الغضب وردود الفعل غير المتوازنة، حيث يذكر محمود (1980) أن انفعال الغضب يؤدي بالانسان إلى

القيام بنوع معين من السلوك العدواني، يصعب السيطرة عليه سواء كان هذا السلوك شعورياً أم غير شعوري، أما انفعال الحب يكون إيجابياً يدعو إلى الارتياح ويجعل الفرد أكثر تحكماً في نفسه وينمو نمواً طبيعاً سليماً.

2.3.5 أثر الانفعال في الصحة النفسية:

يوجد عدد من الأمراض النفسية مصدرها انفعالات أصابها أحد عاملين هامين: إما أنها انفعالات متطرفة أرهقت أعصاب صاحبها، ولم يحاول أن يقوم بعملية ضبط نفسي متوازن لها. فالخوف إذا اشتد واستمر فإنه قد يتعدى إلى مخاوف وهمية أو أن يصل إلى مرحلة (القلق المرضي) أو (وسوسة فكرية مستعصية). كذلك الغضب إذا استمر وقوي فإنه يصل إلى سلوك تخريبي وقد ينتهي إلى انحراف نفسي وسلوك إجرامي. والعامل الثاني هو محاولة كبت الانفعالات الصحية الفطرية الهامة، فالكبت الصارم أو القمع القوي لا يميت هذه الانفعالات الفطرية في الإنسان بل يحولها إلى هم أو غم أو اكتئاب أو عزلة أو تشاؤم وانطواء وقد ينتهي ذلك إلى نقمة على النفس، ثم إلى الانتحار كما هو الحال في بيئات غير مؤمنة، فالغضب أصلاً كانفعال لا يجوز كبته أصلاً بل ينبغي تحويل طاقته إلى تنافس الخير، أو حب الجهاد، أو إلى مباراة رياضية أو تسابق نحو الإصلاح وكذلك الخوف أصلاً انفعال لا يجوز قمعه كلياً، بل لابد من تحويل طاقته نحو خوف المرض لإتباع السبل الصحيحة، أما الغضب المكبوت كلياً، فقد يؤدي إلى إلقاء النفس في المهالك والأخطار، وكل ذلك اختلال نفسي يدعو لمزيد من الاضطرابات والأمراض النفسية (الهاشمي، 1984).

ويرى الباحث أن الانفعال قد يؤدي إلى العديد من الاضطرابات النفسية إذا لم يتم التعامل معه بطريقة سليمة وتحويله إلى نشاط أو عمل خيري يقوم به الشخص لتجنب إلقاء النفس في المهالك. وأكد ذلك أيضاً محمود (1980) أن الشخص أكثر عرضة للاضطرابات والأمراض النفسية إذا أثر هذا الانفعال تأثيراً سلبياً على شخصيته وحرمه من شعور الحب والرضا.

2.3.6 النظريات المفسرة للاتزان الانفعالي:

تناولت العديد من الاتجاهات النظرية تفسير الانفعالات، وفيما يلي عرض لأهم هذه النظريات:

نظرية جيمس ولانج (James and Lange, 1880):

تؤكد هذه النظرية أن الانفعالات تحدث نتيجة التعرض لمنبهات خارجية تقود إلى ظهور استجابات فسيولوجية؛ وأن الإحساس الحشوي يعتمد على تفسير الفرد للمنبهات؛ فمثلاً عندما نسير في الغابة ونرى دباً مخيفاً نبدأ بالارتعاش ويبدأ القلب بالخفقان، فالإحساس الداخلي يسبق الشعور الانفعالي؛ فنحن نرتعش ثم نشعر بالخوف، أي أن السلوك هو الذي يولد الانفعال. ويؤخذ على هذه النظرية أن الاضطرابات الفسيولوجية ليست وحدها المسئولة عن الانفعال، وأن كثيراً من الاستجابات الفسيولوجية تحديت بسبب الانفعالات؛ وأن الفرد يحاول تجنب أي شيء قد يثير انفعاله (Cherry,2016).

النظرية الثلاموسية أو المهادية: (كانون بارد، 1915)

وهي النظرية مضمونها أن المشاعر الانفعالية هي نتيجة تنبيه الثلاموس أو المهاد، أما التغيرات السلوكية للانفعال فهي من وظائف الهيبوثلامس أو مهاد المخ. وتشير هذه النظرية إلى أن الشعور الانفعالي والسلوك الانفعالي يصدران في نفس الوقت، وليس كما كان يظن سابقاً واحدة تلي الأخرى، وأن التغيرات الحشوية لا تقود بالضرورة إلى حدوث وتطور الانفعالات (Alonso,2006).

نظرية التحليل النفسي: (فرويد، 1896)

يبني بعض المحللين النفسيين تفسيراتهم حول الانفعالات على المفاهيم المتعلقة بالانفعال مثل القلق، العدوان، فعلى الرغم من أن فرويد قد اهتم في كتاباته بالقلق والعمليات اللاشعورية، إلا أنه أهمل الانفعالات، واعتبرها عملية استجابة لا غير، ففي مقالة كتبها سنة (1915) عن اللاشعور يقول: هناك ثقة بأن الانفعالات تدخل ضمن الشعور أو الوعي، وفي التحليل النفسي تكون الانفعالات حالات من التوتر ترتبط بالدوافع الغريزية مثل الجنس، والعدوان (جابر وكفافي، 1990).

وأكد (فرويد) في نظرية التحليل النفسي على نظام الأنا باعتباره الجهاز الإداري والمسيطر والمنظم للشخصية، وأن لهذا الجهاز قدرة كبيرة في السيطرة على منافذ السلوك مع الجوانب البيئية المناسبة له، وإشباع الغرائز بطريقة متوازنة ومقبولة بالشكل الذي يتم فيه إرضاء مطالب نظام الأنا الأعلى ونظام الهو، ويعتقد فرويد أنه كلما كان الأنا قويا كان الفرد أكثر اتزانا وأكثر توافقا مع نفسه وبيئته (هول وليندزى،1978).

النظرية السلوكية: (واطسون، 1913)

وتنطلق هذه النظرية في تفسيرها للانفعال من خلال الكشف عن العلاقة بين الفرد المنفعل، وسبب هذا الانفعال، وخاصة الدور الذي يلعبه الفرد في هذا الانفعال، وتهتم هذه النظرية بتحديد التغيرات التي تحدث لدى الفرد عند الانفعال، بالإضافة إلى الاستجابات التي يبديها تجاه البيئة المحيطة، وهذا ما تشير إليه النظرية بانهيار الحدود التي تفصل بين العالم الداخلي للفرد، والعالم الخارجي له مما يفقده السيطرة على انفعالاته (الريماوي وآخرون،2004).

وقد تعامل واطسون (Watson) مع الانفعال على أنه نمط وراثي من الاستجابة، وتتضمن تغيرات جسيمة في جسم الكائن ككل، وخاصة في الأنظمة الحشوية والغددية، وقد عالج الانفعالات بنفس الطريقة التي تعامل بها مع الاستجابات غير الشرطية التي تحدث بشكل متسق لمنبهات معينة. ويلاحظ أن واطسون(Watson) لم يهتم بالتحليل الفسيولوجي للانفعال، أو بدور الجهاز العصبي. وعليه ترى النظرية السلوكية أن الاتزان الانفعالي يتحقق من خلال إدراك الفرد لجميع الظروف التي تؤدي إلى خلق السلوك غير المتوازن، ومعالجة السلوك والظروف ذات العلاقة وتسجيلها، وذلك لتعزيز البديل ومكافأة السلوك المرغوب فيه ومعاقبة غير المرغوب فيه (أبو مصطفى، 2015).

النظرية المعرفية: (شاكتر،1880)

تبحث هذه النظرية في الصلة بين ما نفكر به وما نشعر به، أو بعبارة أخرى: هل تترتب الانفعالات دوما على التفكير؟ فقد ذهب كل من ستانلي شاكتر (Stanly Schachter)، وجيروم سينجر (Jerome Singer) وهم من رواد النظرية المعرفية، إلى أن العنصر الرئيس في شعورنا بالانفعال هو تفسيرنا للموقف المثير للانفعال وللاستجابات الحشوية والعضلية التي تحدث في بدننا، فحدوث ما نحس به من دقات القلب وسرعة التنفس وإفراز للعرق في موقف التدريب الرياضي لا يثير فينا انفعالاً، بينما نفس الاستجابات إذا حدثت في موقف يهدد حياتنا، فإننا سوف نفسرها على أنها خوف (ريان، 2006).

ووفقاً لهذه النظرية فإن الانفعالات الإيجابية تظهر عند الإنسان عندما تتحقق توقعاته، وتتجسد تصوراته المعرفية في الحياة، أي بمعنى عندما تنسجم النتائج الحقيقية للأداء مع المقاصد والنوايا يحدث التآلف المعرفي، بينما تظهر الانفعالات السلبية وتزداد في تلك الحالات التي يكون فيها تناقض ما بين النتائج المتوقعة، والنتائج الفعلية للأداء.

2.3.7 تعقيب عام على النظريات المفسرة:

يُلخص الباحث ما سبق من تفسير نظري أن النظريات السابقة اتفقت بأن الشخص يتعرض لمثير، ويفسره ثم يتخذ موقفاً انفعالياً تجاهه، وتنوعت هذه النظريات في تفسيرها للانفعال ومصدر حدوث الانفعال والاتزان، وتتنوع هذه الانفعالات من شخص لآخر حسب طبيعة الموقف وحسب طريقة إدراك الشخص للموقف، والذي بناءً على هذا التفسير يتحدد هل يستطيع الفرد أن يتحكم في انفعالاته أم لا.

2.3.8 الاتزان الانفعالي في الاسلام:

يدعو الإسلام إلى السيطرة على الانفعالات و التحكم فيها، ويرى الخطيب (1998) أن الدراسات الحديثة التي أجريت في ميدان علم النفس و الطب النفسي قد بينت الحكمة من ذلك إذ ثبت أن اضطرابات الحياة الانفعالية و صراعات الإنسان النفسية تؤدي إلى نشوء كثير من الأعراض المرضية البدنية و النفسية إلا أن رسول الله صلى الله عليه وسلم بين علاجه الشافي بإذن الله لتلك الأمراض يمكن أن يختصر في ركعتين خفيفين في جوف الليل فقد قال صلى الله عليه و سلم: "أرحنا بها يا بلال" وهنا يقصد الرسول صلى الله عليه و سلم الصلاة كعلاج للأمراض النفسية المختلفة كما قدم صلى الله عليه وسلم علاجاً للانفعالات الشديدة في حديثه صل الله عليه و سلم حينما قال: (ليس الشديد بالصرعة، وإنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب) [البخاري, كتاب الأدب، (2267/5)، رقم: (5763)].

حيث أن القرآن الكريم ذكر الطمأنينة على أنها الاتزان الانفعالي وأعلى درجات السعادة والطمأنينة والاستقرار في الدنيا والآخرة هي الإيمان بالله تبارك وتعالى لقوله تعالي: ﴿**الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللَّهِ ۗ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ**﴾ [الرعد:28]. وحق لتلك القلوب أن تطمئن و تسعد لصلتها بربها، وتطمئن لشعورهم بقربها له و تسكن و تستأنس قلوبهم بذكر الله و توحيده، فلا يشعرون بقلق واضطراب من سوء العقاب وأن الإسلام دعا لضبط الانفعالات و تحبيب الانفعالات الايجابية مثل كظم الغيظ، والحب، والرحمة، والشفقة، والتوكل، والود، والبعد عن الانفعالات السلبية المدمرة كالغضب، والانتقام، والكراهية، والحقد، ودعا إلى القضاء على جذور الانفعال المرضي ومسبباته، مما يلعب دوراً هاماً في تحقيق الاتزان الانفعالي لدى الفرد، وهذا يتبين من خلال الآية الكريمة، قال تعالى: ﴿**الَّذِينَ يُنفِقُونَ فِي السَّرَّاءِ وَالضَّرَّاءِ وَالْكَاظِمِينَ الْغَيْظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ ۗ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ**﴾ [آل عمران: 134].

كما يرى الباحث أن الشخص يومياً يتعرض للعديد من المثيرات، التي يتفاعل معها من خلال انفعالاته المتنوعة والمختلفة، فنجد مثيرات تحتاج إلى التوتر، أو الغضب، وهناك مثيرات تحتاج إلى السرور، وبالتالي فإن الباحث يتفق مع وجهة النظر الاسلامية حول الاتزان الانفعالي، لأن الاسلام يدعو إلى ضبط الانفعالات والسيطرة عليها وعدم قمعها في نفس الوقت، ويشجع الفرد على الالتزام بالأخلاق في التعامل مع الآخرين.

2.3.9 الاتزان الانفعالي:

يعد الاتزان الانفعالي من مؤشرات الشخصية السوية، فالمتزن انفعالياً يتمتع بعدة سمات تشير إلى السواء. فالاتزان الانفعالي يعد من الأهداف بعيدة المدى عند الفرد، والتي من خلاله يتم التمييز بين الشخصية السوية، والشخصية المضطربة.

2.3.10 تعريف الاتزان لغة:

اِتِّزَانُ كِفَّتَي المِيزَانِ: تَعَادُلهُمَا، كَانَ مِثَالَ الاتِّزَانِ وَالْكَمَالِ: مِثَالَ الرَّزانةِ، وفي (علوم النفس) حالة تتعادل فيها الميول فلا يغلب أحدها على الآخر بحيث يستوعب نشاط الذِّهن بأسره. اتِّزان مستقِرّ: اتّزان جسم إذا زيح عن موضعه قليلاً عاد إلى وضعه الأصليّ. اتِّزان لا مُستقِرّ: اتِّزان جسم إذا زيح قليلاً عن موضعه لم يعد إلى وضعه الأصليّ واختلّ التوازن (المعجم الوسيط, 1972).

2.3.11 تعريف الاتزان اصطلاحاً:

لقد أشار الخالدي (2003) للاتزان الانفعالي على انه تفسير لحالة الاستقرار النفسي، الذي يطلق عليه أصحاب نظرية التحليل النفسي بمبدأ الثبات الانفعالي، وهو القدرة على الاستجابة للمثيرات المختلفة بإيجابية.

ويعرفه يونس (2005) بأنه قدرة الفرد على ضبط انفعالاته، والتحكم بها، وعدم إفراطه في التهيج الانفعالي أو عدم الانسياق وراء تأثير الأحداث الخارجية العابرة والطارئة وصولا إلى التكيف الذاتي والاجتماعي من دون أن يكلفه ذلك مجهودا نفسيا كبيرا.

ويرى ريان (2006) الاتزان الانفعالي بأنه حالة التروي والمرونة الوجدانية حيال المواقف الانفعالية المختلفة التي تجعل الأفراد الذين يميلون لهذه الحالة الأكثر سعادة، وهدوءاً وتفاؤلاً، وثباتاً للمزاج، وثقةً في النفس. أما الأفراد الذين يعزفون عن هذه الحالة فلديهم مشاعر الدونية، وتسهل إثارتهم، ويشعرون بالانقباض والكآبة، والتشاؤم.

ويرى العامري (2007) بأن الاتزان الانفعالي يشير إلى المرونة والحرية، والكفاية الفعلية، والارتباط الجيد بالآخرين، ومظاهر سلوكية سوية.

ويذكر السبعاوي (2008) أن الاتّزان الانفعالي هو قدرة الفرد على مواجهة ظروف وأحداث الحياة الضاغطة والمهددة والتعامل معها دون تعرض صحته النفسية والجسمية إلى الاضطراب أو المرض والتحكم في الذّات، والتعامل مع المجتمع الإنساني بإيجابية وكذلك التفاؤل والبشاشة والتحرر من الشعور بالإثم والقلق وبعض المشاعر السلبية.

في حين يعرفه حمدان (2010) بأن يكون لدى الفرد القدرة على التحكم والسيطرة على انفعالاته المختلفة ولديه مرونة في التعامل مع المواقف والأحداث الجارية حيث تكون استجابته الانفعالية مناسبة للمواقف التي تستدعي هذه الانفعالات.

وقد عرفه كومار (Kumar, 2013) أنه أحد المحددات التي تؤثر في الشخصية، وأنها ليست مجرد نمط، وهو واحد من سبعة مؤشرات مهمة على الصحة النفسية المرتفعة، فالفرد عندما يكون قادرًا على المحافظة على مشاعره مستقرة وتحت السيطرة حتى في الحالات القصوى يعد متزن انفعالياً.

ويذهب كل من إيزيهليرزي ونانديني (Ezhilarasi & Nanadhini, 2014) إلى أن الاتزان الانفعالي هو التصرف بطريقة هادئة، سواء كان الموقف جيدا أو سيئا، إيجابياً أو سلبيًا، ناجحًا أو فاشلا، وهو القدرة على التحكم بالتعبيرات العاطفية، مع الحفاظ على التفكير السليم، واتخاذ قرارات عقلانية ومهنية، وهو القدرة على إظهار المشاعر المناسبة، للمواقف الشائعة، والتصرف بطريقة عقلانية.

ويعرف أبومصطفى (2015) الاتزان الانفعالي بأنه تلك الحالة التي يتسم فيها الشخص بالهدوء والثبات الانفعالي وتظهر عليه علامات قليلة من التهيج الانفعالي ازاء أي نوع من المعارضة والغضب ويكون واقعيا في الحياة منضبطاً، ذاتياً، ومثابراً.

ويعرف المزيني المذكور في (عاشور,2017) الاتزان الانفعالي بأنه قدرة الشخص في التحكم والسيطرة على الانفعالات والتعامل بمرونة مع المواقف والأحداث الجارية منها والجديدة مما يزيد من قدرته على قيادة المواقف والآخرين.

مما سبق يُعرف الباحث الاتزان الانفعالي بأنه مظهر من مظاهر الصحة النفسية يتمثل في قدرة الفرد على التحكم بانفعالاته في مواقف معينة، وتقديره لذاته، والتصرف بطريقة عقلانية، والتعامل بمرونة مع الضغوط والمشكلات التي يتعرض لها.

2.3.12 أهمية الاتزان الانفعالي:

اهتمت معظم نظريات علم النفس وروادها بدراسة الاتزان الانفعالي، على أنه أحد الأهداف المهمة التي يسعى علم النفس إلى ترسيخها في شخصية الفرد (الشربيني، 2004).

من جهة أخرى أكّد برنهارت (Brnhart) المشار إليه في الزبيدي على أهمية الاتّزان الانفعالي واعتبره شرطاً من شروط السعادة والكفاءة في التّعامل مع البيئة المحيطة بالفرد، وقد أشار إلى أنّ هناك نوعاً من التوازن بين العقل، والانفعال. ففي حين يرتفع أحدهما ينخفض الآخر، فالعمل الإبداعي ينخفض بشكل كبير عندما يرتفع التوتر النفسي عند مستوى معين، إذ أن الاضطرابات الانفعاليّة حين تحصل يستحيل معها العمل بتعقّلٍ وذكاء وكفاءة (الزبيدي، 1997).

والاتزان الانفعالي مرتبط بتحمل الفرد لمسؤولياته تجاه نفسه وتجاه الآخرين، وسمة الاتزان الانفعالي عند الفرد تساعده على تأدية وظائفه بنظام وتنسيق، والاتزان الانفعالي يمهد لتغليب العقل على العاطفة، وتساعد على سيطرة الفرد على نزواته وكبح جماح النفس، وينشط تفكيره، ويتكيف مع الظروف بشكل سريع (السبعاوي،2008).

فالاتزان الانفعالي من مؤشرات الثقة بالنفس، والكفاءة في مواجهة المواقف واختيار أساليب المواجهة السوية، وله دور كبير في تشكيل الشخصية (الشريفين والوهيبي،2018).

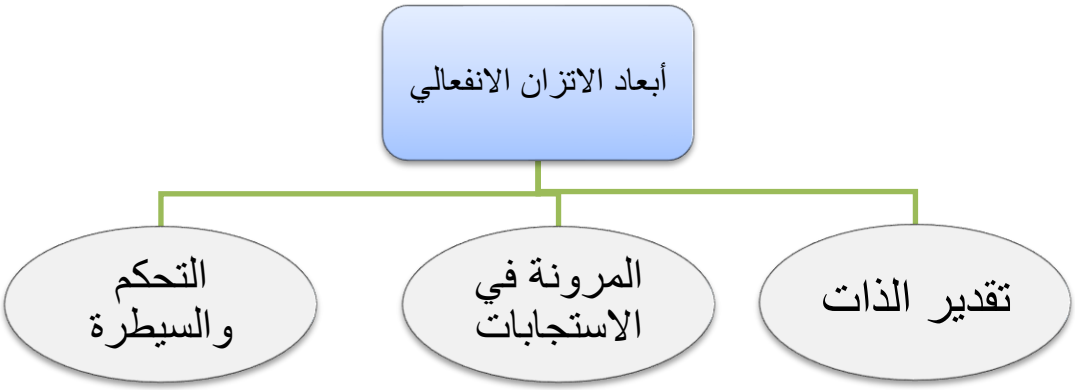
ويرى الباحث أن أهمية الاتزان الانفعالي لمرضى الفشل الكلوي تكمن في جعل المريض يتعامل بحرية مع الآخرين، ويتفاعل مع البيئة المحيطة به بإيجابية ويكون قادراً على التكيف والتعامل مع متطلبات الحياة بتوازن وتوافق، ويشعر بالأمن والاطمئنان. وإذا لم يستطيع المريض أن يضبط انفعالاته سوف يصاب بحالة من الانطواء وانخفاض المزاج، وكذلك التفكير المستمر وفقدان الشهية وعدم الرغبة في الكلام مع الآخرين، ويؤثر على صحته الجسمية والنفسية.

2.3.13 أبعاد الاتزان الانفعالي:

تحدد أبونصر (2019) أبعاد الاتزان الانفعالي التي تبناها الباحث كما يلي:

1. **تقدير الذات:** يقصد بها قدرة الفرد على تقييم نفسه وتكوين اتجاهات سليمة نحو الذات، وأن يكون الفرد متقبلاً لجميع خصائصه الذاتية، وضبط النفس، والبقاء بالقرب من الآخرين.

2. **المرونة في الاستجابة:** وهو أن يكون لدى الفرد قدرة في التعامل بمرونة مع الضغوط والمشكلات التي يتعرض لها، والتكيف مع الظروف المحيطة، بحيث تكون استجاباته الانفعالية مناسبة للمواقف التي تستدعي هذه الانفعالات.
3. **التحكم والسيطرة:** قدرة الفرد على ضبط انفعالاته المختلفة، في جميع المواقف وخاصة المواقف التي تهدد ذاته وحياته، ومتقبلا للنقد.



شكل (2.3) أبعاد الاتزان الانفعالي (إعداد الباحث)

2.3.14 الاتزان الانفعالي والصحة النفسية:

تعرف الصحة النفسية بأنها التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية، إن الصحة النفسية هي الشرط اللازم توافره حتى يتم التكيف بين المرء نفسه وكذلك بينه وبين العالم الخارجي، تكيفاً يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه هذا الفرد (القوصي، 1952).

ويذكر حامد (2005) أن للصحة النفسية علامات تنم عنها، ومؤشرات ترشد إليها، ودلالات تدل عليها، وتشير هذه العلامات إلى مظاهر سلوكية محددة يتوافر الكثير منها لدى الشخص الذي يتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية، وهذه المؤشرات هي مؤشرات نوعية، منها ما هو ذاتي لا يشعر بها إلا صاحبها، ومنها ما هو خارجي يدركه الآخرون كالاتزان الانفعالي، والثبات الوجداني، واستقرار الاتجاهات، ونضج الانفعالات إلى حد بعيد.

ويرى الباحث أن تكامل الشخصية يتسم في سلوكها وتصرفاتها ودوافعها بالاتزان الانفعالي، فالاتزان الانفعالي سمة عامة تفرق بين الأسوياء وغير الأسوياء، من هنا كان الاتزان الانفعالي كعملية ضبط لانفعالات الفرد، بحيث يتمتع بالمرونة والتروي، وهو صميم عملية التوافق والصحة النفسية الإيجابية.

2.3.15 سمات الشخص المتزن انفعاليا:

يرى (أبو زيد،1987) أن هناك عدة سمات يجب أن يتسم بها الشخص المتزن، يُلخصها فيما يلي:

1. قدرته على التحكم في انفعالاته وضبط نفسه في المواقف التي تثير الانفعال وقدرته على الصمود والاحتفاظ بهدوء أعصابه وسلامة تفكيره حيال الأزمات والشدائد، وتكون حياته الانفعالية ثابتة رصينة لا تتذبذب أو تتقلب لأسباب ومثيرات انفعالية تافهة.
2. يكون قادرا على تحمل المسئولية ويقوم بعمله باستقرار ومثابرة، ويوازن جميع انفعالاته في تكامل نفسي يربط من خلاله جوانب الموقف ودوافعه الشخصية وخبرته.
3. يستطيع العيش في توافق اجتماعي ويكيف نفسه مع البيئة المحيطة ويساهم بإيجابية في نشاطها الأمر الذي يعود عليه بالشعور بالرضا عن النفس والشعور بالسعادة والبشاشة.
4. يشعر بدرجة مناسبة من الأمن النفسي تؤهله لأن يشعر بالاستقرار والطمأنينة يستطيع من خلالها مواجهة صعوبات ومشكلات الحياة بسلوك معقول يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي في مختلف المجالات وتحت تأثير مختلف الظروف.

2.3.16 كيفية تحقيق الاتزان الانفعالي:

هناك بعض القواعد أو المبادئ المقترحة في هذا الصدد، والتي يمكن من خلالها التحكم والسيطرة في الانفعالات، يُلخصها عوض (2016) فيما يلي:

1. التعبير عن الطاقة الانفعالية في الأعمال المفيدة، حيث يولد الانفعال طاقة زائدة في الجسم تساعد الفرد على القيام ببعض الأعمال العنيفة، ومن الممكن أن يتدرب الفرد على القيام ببعض الأعمال الأخرى المفيدة لكي يتخلص من هذه الطاقة.

2. تقديم المعلومات والمعارف عن المنبهات المثيرة للانفعال، حيث يساعد ذلك على إنقاص شدة الانفعال وبالتالي التغلب على الاضطراب الذي يحدث للأنشطة المتصلة به.

3. محاولة البحث عن استجابات تتعارض مع الانفعال، فإذا شعر الفرد نحو شخص ما بشيء من الكراهية لأسباب معينة عليه أن يبحث عن أسباب أخرى إيجابية يمكن أن تثير إعجابه بهذا الشخص وتغير اتجاهه نحوه.
4. عدم تركيز الانتباه على الأشياء والمواقف المثيرة للانفعالات، فإذا لم يستطع الفرد التحكم في انفعالاته عن طريق البحث عن الجوانب الإيجابية أو السارة في الشيء مصدر الانفعال يمكنه أن يغير اهتمامه عن هذا الشيء إلى الأشياء والموضوعات التي تساعده على الهدوء والتخلص من انفعالاته وتوتراته.
5. الاسترخاء: يحدث الانفعال عادة حالة عامة من التوتر في عضلات الجسم، وفي مثل هذه الحالات يحسن القيام بشيء من الاسترخاء العام لتهدئة الانفعال وتناقصه تدريجياً.
6. عدم الحسم وإصدار الأحكام في الموضوعات والأمور المهمة أثناء الانفعال، ففترة الانفعال تمثل حالة من عدم التوازن لذلك يفشل الفرد في رؤية الأمور بشكلها الصحيح، وبالتالي تكون أحكامه غير صحيحة.

2.3.17 الاتزان الانفعالي ومرضى الفشل الكلوي:

تعتبر الحالة الانفعالية للإنسان نتاج لتفاعل بعض العوامل والمتغيرات الاجتماعية والخبرات الماضية والحاضرة، والتي صاغت الشخصية ومفهوم الذات بصورة تحدد طريقة التفاعل مع العوامل الذاتية والبيئية، لذا لا يمكن عزل صورة الجسم عن الحالة النفسية والانفعالية لأن معظم الاضطرابات تشمل أعراضاً جسدية، وحول أهمية الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن أوضحت دراسة الشريفين والوهيبي(2018) أن الاتزان الانفعالي من مؤشرات الثقة بالنفس، والكفاءة في مواجهة المواقف، وله دور كبير في تشكيل الشخصية.

إن الشخص المتزن انفعالياً يكون لديه القدرة على اختيار السلوك المناسب في أي وقت، والقدرة على تحمل مسئولية أفعاله والقرارات التي يتخذها، وهو قادر على إيجاد معنى للحياة، فضلا عن قدرته العالية على إقامة علاقة حميمة. ويعتقد مريض الفشل الكلوي أنه غير قادر على تفهم هذا التغير المفاجئ لوضعيته السابقة، كأن المرض شيء خارجي اقتحم حالته الجسمية، والوجدانية، والاجتماعية، والسيكولوجية، كما تظهر خلال هذه المرحلة الحالية والموجود بها مريض الفشل الكلوي الصدمة (الهمص واسماعيل، 2017).

ويستنتج الباحث أن متغيرات الدراسة (المساندة الاجتماعية، وصورة الجسم، والاتزان الانفعالي) يؤثرون على مرضى الفشل الكلوي، من عدة زوايا وأبعاد، حيث إن المساندة

الاجتماعية تؤثر بشكل إيجابي على مريض الفشل الكلوي، فهي ترفع من معنوياته وتعمل على تعزيز قدراته وتعزيز ذاته، وأن صورة الجسم قد تؤثر على مريض الفشل الكلوي بالإيجاب إذا كانت نظرته لنفسه إيجابية، أما اذا كانت نظرته لنفسه سلبية، فقد تصاحبه اضطرابات نفسية وتؤثر بشكل سلبي على انفعالاته ونفسيته، وبالتالي قد تزداد خطورة صحته في هذه اللحظة، حيث أكدت دراسة كيت وآخرون (2011) وجود ارتباطات كبيرة موجبة بين المراضة النفسية واضطراب صورة الجسم لدى مرضى الغسيل الكلوي.

وأما الاتزان الانفعالي فإنه يؤثر بشكل إيجابي على مريض الفشل الكلوي أن يكون قادراً على ضبط عواطفه والتحكم بها وعدم إفراطه في التهيج العاطفي أو عدم الانسياق وراء تأثير الأحداث الخارجية التي تحدث معه، حتى لا يصبح عرضة للتقلب السريع من حالة إلى أخرى، مما يجعل المريض قادراً على التكيف الذاتي والاجتماعي دون أن يكلفه ذلك مجهوداً، وتتجسد شخصية الفرد في جملة من التراكيب المادية والمعنوية وتشكل الانفعالات جزءاً مهماً في حياة الأفراد وخاصة مرضى الفشل الكلوي، ولا تتوقف عند حد معين من حياته أو عند موقف معين، ويهدف الفرد من وراء تلك الانفعالات إلى إبراز الشخصية السوية التي تحقق له الحياة السليمة والنمو الصحيح في الأفكار والمعتقدات والسلوك الذي يكون مرآة لما هو عليه، والسير نحو طريق الصحة النفسية.

2.4 تعقيب عام على الإطار النظري:

يتضح من خلال العرض السابق للإطار النظري للدراسة، والذي تناول متغيرات مهمة وهي المساندة الاجتماعية وصورة الجسم والاتزان الانفعالي لشريحة مهمة في المجتمع الفلسطيني ومهمشة من قبل الباحثين وهي مرضى الفشل الكلوي المزمن. فقد تناول الباحث موضوع المساندة الاجتماعية حيث قام الباحث بعرض تعريفات متعددة لمتغير المساندة الاجتماعية، ثم ذكر الباحث أهمية المساندة الاجتماعية ومدى اهتمام علماء النفس بهذا المتغير، وعرض مكونات وأبعاد المساندة الاجتماعية والنظريات والنماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية، وتطرق الباحث لموضوع المساندة الاجتماعية في الاسلام، وتم عرض حاجة مرضى الفشل الكلوي لهذه المساندة من وجهة نظر الباحث. ومن خلال النظريات بتين للباحث أن المساندة الاجتماعية تساعد المريض على تقبل العلاج والتكيف مع هذا المرض المزمن، لذا فإن متخذي القرار في وزارة الصحة بحاجة إلى الاهتمام بهذه الفئة من المرضى ودعوة للأهل والأصدقاء لتقديم مستوى عالٍ من المساندة الاجتماعية لذويهم من المرضى.

ثم تطرق الباحث في المبحث الثاني لموضوع صورة الجسم، حيث اهتم علماء النفس به ومحاولة دراسته، فتناول الباحث عدة تعريفات مختلفة لباحثين، ثم ذكر أهمية صورة الجسم. وبعد ذلك تناول الباحث عدة عناوين منها مكونات صورة الجسم وتعريف الرضا عن صورة الجسم، والتعرف على العوامل المؤثرة على تكوين صورة الجسم. تبين للباحث أن من أكثر النظريات المفسرة لصورة الجسم النظرية الاجتماعية الثقافية لما لها من تأثير كبير على الشخص من حيث البيئة المحيطة به، وتم عرض صورة الجسم من منظور اسلامي وربطها بعينة الدراسة، واستخلص الباحث أن صورة الجسم الإيجابية تساعد المريض في تقبل ذاته والآخرين، بينما صورة الجسم السلبية تجعله أكثر عرضة للانطواء والعزلة.

وبالحديث عن المبحث الثالث، فقد تناول الباحث موضوع الاتزان الانفعالي، إذ أنه موضوع جديد يتناول المرضى حيث أن الباحث لم يجد دراسات عربية تناولت الاتزان الانفعالى لدى مرضى الفشل الكلوي- حسب علم الباحث-، فقد قام الباحث بعرض عدة تعريفات مهمة للانفعال والاتزان الانفعالي، وبعد ذلك تناول الباحث عدة عناوين منها؛ أثر الانفعال على الصحة النفسية، وأبعاد الاتزان الانفعالي، واستعرض الباحث أهمية الاتزان الانفعالي والنظريات المفسرة. وتبين للباحث بعد الاتزان الانفعالي في الاسلام أن الانسان عليه أن يتحلى بالصبر والطمأنينة لما لها من أثر كبير على الصحة النفسية وتقبل العلاج والبعد عن الاضطرابات النفسية، وأخيراً تطرق الباحث للتعرف على سمات الشخص المتزن انفعالياً وكيفية تحقيق الاتزان الانفعالي، وقام الباحث بربط متغيرات الدراسة الثلاثة (المساندة الاجتماعية وصورة الجسم والاتزان الانفعالي) بعينة الدراسة وهي مرضى الفشل الكلوي المزمن.

الفصل الثّالث

الدّراسات السّابقة

الفصل الثّالث

الدّراسات السّابقة

3.1 مقدمة

تناول الباحث في هذا المحور الدراسات السابقة العربية والأجنبية منها، ولهذا الغرض اطلع الباحث على عديد الدراسات والمجلات العلمية والتربوية وكذلك زيارة المكتبات ذات العلاقة والشبكة العنكبوتية، وقام الباحث بعرض الدراسات التي تطرقت لمتغيرات الدراسة وهي على النحو التالي:

- **المساندة الاجتماعية.**
- **صورة الجسم.**
- **الاتزان الانفعالي.**

3.2 أولاً: الدراسات التي تتعلق بالمساندة الاجتماعية:

1. دراسة علي (2020):

هدفت الدراسة الى تحديد كلا من مستوى أبعاد المساندة الإجتماعية ومستوى أبعاد معنى الحياة، وكذلك تحديد طبيعة العلاقة بين المساندة الإجتماعية و معنى الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة، وكذلك تحديد الفروق بين الذكور والإناث من عينة الدراسة في كل من المساندة الإجتماعية ومعنى الحياة وكذلك تحديد العلاقة بين بعض المتغيرات الديموغرافية وعلاقتها بكل من المساندة الإجتماعية ومعنى الحياة لدى عينة الدراسة من المرضى بأمراض مزمنة، طبقت الدراسة على عينة بلغت 270 من المرضى بأمراض مزمنة (ذكور 116 – إناث 154) واستخدم مقياسين (مقياس المساندة الإجتماعية – مقياس معنى الحياة) وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق بين متوسطات أبعاد المساندة الاجتماعية وهي (المساندة الوجدانية، التكامل الاجتماعي، مساندة التقدير، المساندة المالية، والمساندة المعرفية)، وكذلك وجود علاقة طردية دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية ومستوى معنى الحياة للمرضى، ووجود فروق بين الإناث والذكور في بعض أبعاد المساندة الإجتماعية .

2. دراسة السعدي (2019):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، تكونت العينة من (123) مريضا ومريضة من محافظة جنين، وتم

استخدام المنهج الوصفي، وتطبيق مقياس المساندة الاجتماعية المدركة ومقياس جودة الحياة. وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق في متوسطات استجابات أفراد العينة في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك بحسب متغيري الجنس ومدة الإصابة بالمرض، وتبين وجود علاقة خطية بين مستوى الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي.

3. دراسة يسينس وآخرون (2019) .Yucens, et al:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الأمل والقلق والاكتئاب واستراتيجيات المواجهة بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى الكلى المزمن، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت على عينة من 65 مريضاً و51 متطوعاً سليماً صحياً، واستخدم مقياس الأمل والاكتئاب ومقياس المساندة الإجتماعية المدركة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين المساندة الإجتماعية ومستوى الأمل لدى المرضى.

4. دراسة زينجين وآخرون (2018) .Zengin, et al:

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية لدى عينة من الآباء والأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من مرض الكلى، طبقت على أولياء أمور 180 طفلا مصاباً بمرض كلوي مزمن، وتم استخدام المنهج الوصفي، وتم إستخدام أدوات (مقياس القلق – مقياس المساندة الإجتماعية – مقياس استراتيجيات المواجهة)، وتوصلت النتائج أن هناك علاقة إيجابية بين أساليب المساندة الإجتماعية وإستراتيجيات المواجهة، وعلى العكس أن الآباء الذين لا يتلقون أي مساندة اجتماعية من أقاربهم فمنهم من قام بتأنيب ذاته.

5. دراسة هيتراشى وابيزينا (2018) Hettiarachchi and Abeysena:

هدفت الدراسة إلى وصف العوامل المرتبطة بالضغوط النفسية لمرضى الكلى المزمن، طبقت على عينة من 382 مريض الذين تزيد أعمارهم عن 18 عاما مع الاعتماد على مقاييس (الضغوط النفسية – المساندة الإجتماعية – استراتيجيات مواجهة الضغوط – الألم)، وتم استخدام المنهج الوصفي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين زيادة المساندة الإجتماعية والمادية وبين الضغوط النفسية للمرض، وكذلك وجود علاقة عكسية بين استخدام استراتيجيات المواجهة والضغوط النفسية المرتبطة بالمرض.

6. دراسة سي بشير (2017):

هدفت الدراسة إلى محاولة معرفة أثر كل من المساندة الاجتماعية والفعالية الذاتية على سلوك الملائمة العلاجية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، اشتملت عينة البحث على 90 حالة من مرضى القصور الكلوي المزمن يتراوح اعمارهم بين 50 و80 سنة، تم الاعتماد في الدراسة الحالية على المنهج العيادي القائم على تطبيق بعض المقاييس ودراسة الحالة حسب نموذج أحمد عكاشة، وانتهت الدراسة إلى أن هناك عدة عوامل تؤثر في الامتثال العلاجي عند مجموعة البحث إلا أن العوامل الأساسية كانت تتعلق بالمساندة الاجتماعية والفعالية الذاتية.

7. دراسة أليكسوبولو وآخرون (2016). Alexopoulou, et al:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير المساندة الاجتماعية على جودة الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي، وكانت عينة الدراسة 258 مريضا من مرضى الغسيل الكلوي، وتم جمع البيانات من خلال: مقياس المساندة الاجتماعية متعدد الأوجه، ومقياس جودة الحياة، واستبانة المتغيرات الديموغرافية الاجتماعية، وتم استخدام المنهج الوصفي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى شعور المرضى بدعم كبير من الآخرين المهمين والعائلة وبدرجة أقل من الأصدقاء، ووجود علاقة دالة إحصائياً إيجابية بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة.

8. دراسة العقاد (2015):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أكثر أشكال المساندة الاجتماعية شيوعاً لدى مرضى الفشل الكلوي في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، والكشف عن مستوى المساندة الاجتماعية ومستوى الأمل ومستوى الرضا عن الحياة، وقد بلغت عينة الدراسة (138) مريضا ومريضة، (70 مريض، 68 مريضة) من مرضى الفشل الكلوي، وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الباحث مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الرضا عن الحياة. وتوصلت النتائج إلى أن المساندة من قبل الأسرة كانت من أكثر أشكال المساندة الاجتماعية المقدمة لدى المرضى، كما كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المساندة الاجتماعية تعزى إلى المتغيرات التالية: (الحالة الاجتماعية– العمر– الحالة المهنية– مدة المرض) بينما وجدت فروق دالة إحصائيا تعزى لمتغير النوع لصالح الإناث.

9. دراسة شحاتة (2015):

استهدفت الدراسة تحديد مستوى المساندة الاجتماعية التي تعد لمرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض، وقد طُبّقتْ الدراسة على عينة قوامها (176) مفردة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة، منهم (125) من مرضى السرطان، و(80) من مرضى القلب، و(48) ممن لديهم فشل كلوي، (42) من مرضى السكر، وتم استخدام المنهج الوصفي، وقد أوضحت النتائج أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض قد جاء بدرجة منخفضة، وأن هناك علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة بالمرض.

10.دراسة مقداد (2015):

هدفت الدراسة للتعرف إلى مستوى قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في ضوء بعض المتغيرات، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة التالية (اختبار قلق المستقبل – اختبار المساندة الاجتماعية – اختبار الصبر– اختبار التذكر)، وهي من إعداد الباحث، وقد تكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية قوامها (144) مريضاً، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي. وكانت النتائج: أن مستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقّاها المرضى كانت مرتفعة (82.2%)، وعدم وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وبين المساندة الاجتماعية وأبعادها لدى مرضى الفشل الكلوي، وعدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات قلق المستقبل والمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي يعزى (للنوع – للحالة الاجتماعية – للحالة الوظيفية – العمر– مدة المرض).

11. دراسة فاردانجاني وآخرون (2013) .Vardanjani, et al:

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، وتكونت عينة الدراسة من (160) مريضاً من المرضى الخاضعين لغسيل لكلى في إيران، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت الدراسة مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس المساندة الاجتماعية المتعدد الأوجه الذي يتضمن المساندة المقدمة من الأسرة والأصدقاء، وأهم شخص في حياة المريض، وأظهرت نتائج الدراسة أن معدل المساندة الاجتماعية الملقاة من الأسرة والأصدقاء كان مرتفعاً لدى أفراد عينة الدراسة، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب.

12. دراسة خاوار واخرون (2013) .Khawar, et al:

هدفت إلى تحديد العلاقة بين المساندة الإجتماعية وقلق الموت لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة مثل السرطان والإلتهاب الكبدي وأمراض القلب ومرض السكري، طبقت على عينة من 110 مريضاً من الجنسين (72 ذكور – 38 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين 18 – 76 سنة، وتم استخدام المنهج الوصفي، واستخدم مقياس المساندة الإجتماعية ومقياس قلق الموت، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين القلق من الموت والمساندة الإجتماعية، وأن المرضى الأقل تعليماً والمساندة الإجتماعية عالية يقل لديهم قلق الموت.

3.3 ثانياً: الدراسات التي تتعلق بصورة الجسم:

1. دراسة بيسر وديمير (2020) Bicer & Demer:

هدفت الدراسة لتحديد مدى إدراك صورة الجسم والرضا عن الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي، وتكونت عينة الدراسة من (135) مريضاً في مركز مدينة كيرسيهر، وقد استخدمت الدراسة أداة مقياس صورة الجسم متعدد الأبعاد (MBSRQ) واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن درجة صورة الجسم كانت متدنية بشكل لافت لفئة المرضى في عمر (65) فما فوق وعاطين عن العمل ودخلهم الاقتصادي محدود ولديه عائلة ممتدة، وهم يخضعون لجلسات الغسيل الكلوي منذ (10) أعوام، وخلصت الدراسة إلى أن مرضى الغسيل الكلوي تأثروا بشكل سلبي بصورة الجسم والرضا عن الحياة لأسباب متعددة.

2. دراسة بخيت (2020):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم ونوعية الحياة والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، ومعرفة مدى تنبؤ صورة الجسم بكل من نوعية الحياة والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، وقد شملت عينة الدراسة (75) مريضة من مريضات سرطان الثدي، وتم استخدام المنهج الوصفي، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس صورة الجسم إعداد شقير، ومقياس نوعية الحياة ترجمة الباحث، ومقياس القلق إعداد الباحث، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة سلبية بين صورة الجسم ونوعية الحياة، وعدم وجود تباين في صورة الجسم ونوعية الحياة وفقاً للعمر، وأن صورة الجسم تنبئ بنوعية الحياة والقلق.

3. دراسة الرشيد (2019):

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين اضطراب صورة الجسم والشعور بالاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري وقد تكونت عينة الدراسة من: (96) مريضاً من

مرضى السكري بمستشفى الملك فهد التخصصي بالقصيم بواقع: (46 ذكور، 50 إناث)، واستخدم المنهج الوصفي، وقد طبق عليهم مقياس اضطراب صورة الجسم من إعداد: مجدي الدسوقي، وقائمة تشخيص الاكتئاب، من إعداد: زيمرمان وآخرون. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب صورة الجسم وبين الشعور بالاكتئاب، كما أظهرت النتائج أن الإناث أكثر اضطراباً من الذكور في صورة الجسم، كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة (ذكور – إناث) من مرضى السكري على مقياس اضطراب صورة الجسم تعزى لمتغير العمر.

4. دراسة اسماعيل (2017):

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى سمات الشخصية وعلاقتها بصورة الجسم لدى عينة من البدناء، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، على عينة قوامها (300) شخص من البدناء المترددين على مركز ابن النفيس للمكملات الغذائية، أعمارهم فوق ال(18) عاماً، وتم استخدام مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية إعداد كوستا وماكري (1992) وأعد الباحث مقياس صورة الجسم، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجات سمة العصابية وبين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم، وكذلك وجود علاقة طردية بين درجات الانبساط وبين الدرجة الكلية لمقياس الرضا عن صورة الجسم، وتبين وجود فورق دالة إحصائياً على مقياس صورة الجسم تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وعدم فروق تعزى لمتغير الجنس.

5. دراسة موسى والبغدادي (2016):

هدفت الدراسة التعرف على تأثير الإعاقة الجسمية والصحية بمرض السكري على تشوه صورة الجسم، وتحديد الفروق بين المصابين بالسكري والأصحاء في اضطراب تشوه صورة الجسم وقلق المستقبل، تكونت العينة من (163) طالباً جامعياً، منهم (64 أصحاء، و59 مصابون بالسكر)، وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين الأصحاء والمرضى في اضطراب تشوه صورة الجسم.

6. دراسة جاليه صادغيان (2016)Jaleh Sadeghian:

هدفت الدراسة إلى فحص ومقارنة مستوى اضطراب صورة الجسم بين مرضى غسيل الكلى وزراعة الكلى، وتكونت عينة الدراسة من (84) مريضا (42 مريضا يخضعون لغسيل

الكلى، و42 مريضا بزراعة الكلى) في مستشفيين تعليميين في طهران، وتم استخدام المنهج الوصفي، وقد استخدمت الدراسة مقياس صورة الجسم، وقد أكدت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب صورة الجسم لصالح مرضى غسيل الكلى.

7. دراسة الشاعر (2014):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن صورة الجسم والاكتئاب وعلاقتهما ببعض المتغيرات لدى جرحى الحروق في قطاع غزة، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، وكانت أداة الدراسة عبارة عن :مقياس صورة الجسم إعداد الباحثة، ومقياس بيك المطور للاكتئاب، وقد بلغت العينة (53) مصاب بالحروق في قطاع غزة وقد أظهرت النتائج ما يلي: أن صورة الجسم لدى جرحى الحروق في قطاع غزة بلغ ما نسبته 63.84%, وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى جرحى الحروق تعزى لمتغير العمر، مكان الإصابة، درجة الإصابة، في حين لم تظهر فروق تعزى لمتغير الجنس، سبب الإصابة.

8. دراسة البهنساوي (2014):

هدفت الدراسة للتعرف على الفروق وفقاً لاختلاف متغير (النوع)، (محل الإقامة) على المساندة الاجتماعية المدركة واضطراب صورة الجسم والعشور بالذنب واستراتيجيات مواجهة الضغوط، وكذلك معرفة العلاقة بين المتغيرات باستراتيجيات مواجهة الضغوط، للتحقق من هذه الأهداف أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها 550 مفردة من طلاب الجامعة موزعة وفقا لمتغير النوع (165 ذكور – 385 إناث)، تتراوح أعمار العينة بين 18 : 23 عام، وتشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق على متغير النوع بين (الذكور والإناث) على خمس متغيرات فقط وهي (المساندة من قبل النظراء، الدرجة الكلية للمساندة، استراتيجية المواجهة النشطة، استراتيجية القبول) كانت الفروق في اتجاه الذكور، وأما استراتيجية (التحول إلى الدين) كانت في اتجاه الإناث، كما توصلت النتائج إلى وجود ارتباطات دالة موجبة بين المساندة الاجتماعية المدركة وصورة الجسم، كما تشير النتائج إلي إمكانية التنبؤ باستراتيجيات مواجهة الضغوط وأبعادها ومحاورها من خلال مجموعة من المتغيرات وهي (المساندة من قبل النظراء، اضطراب صورة الجسم، الشعور الذاتي بالمساندة، الشعور بالذنب، المساندة من قبل الأسرة، الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية).

9. دراسة خطاب (2014):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين صورة الجسم ومتغيرات الدراسة النفسية والاجتماعية لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة، كما وسعت للكشف عن مستوى الرضا عن صورة الجسم والكفاءة الاجتماعية لدى النساء البدينات في قطاع غزة، ومعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم تعزى للمتغيرات التالية: (العمر، المستوى التعليمي، عدد سنوات الزواج، عدد الأبناء)، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، على عينة مكونة من (162) امرأة بدينة، واستخدم مقياس صورة الجسم، ومقياس القلق والاكتئاب، ومقياس الكفاءة الاجتماعية، وتوصلت النتائج إلى أن مستوى الرضا عن صورة الجسم وصل (43.5%)، حيث احتل البعد الاجتماعي المرتبة الأولى بوزن نسبي (49.9%)، والبعد النفسي احتل المرتبة الثانية (44.3%)، واحتل المظهر العام المرتبة الأخيرة (37.9%). وتبين وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين مقياس صورة الجسم ووزن الجسم، وأخيرا تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً في صورة الجسم تعزى لمتغيرات الدراسة الديمغرافية.

10. دراسة ربيع (2013):

هدفت الدراسة إلى تحديد القدرة التنبؤية لكل من (صورة الجسم والرضا الجنسي والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات والذكاء الروحي)، بالرضا عن الحياة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، وبلغ قوامها (240) مريضة، وتم استخدام المنهج الوصفي، وطبقت عليهم المقاييس التالية: الرضا عن الحياة والذكاء الروحي، والمساندة الاجتماعية، وصورة الجسم، والرضا الجنسي، وتقدير الذات، وقد أسفرت النتائج أن صورة الجسم لم تنبئ بالرضا عن الحياة، ووجود قدرة تنبؤية للمساندة الاجتماعية بمستوى الرضا عن الحياة.

11. دراسة ديميت وآخرون (2012) .Demet,et al:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى ارتباط الاكتئاب والقلق وصورة الجسم والأداء الجنسي والتوافق الثنائي بنوع الغسيل في الفشل الكلوي المزمن، وتكونت عينة الدراسة من 36 مريضا غسيل كلى دموي، و54 مريضا غسيل كلى بريتوني، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي، وتم استخدام مقياس صورة الجسم ومقياس بيك المطور للاكتئاب والقلق، واستبانة الأداء الجنسي ومقياس التوافق الثنائي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى تأكيد وجود اضطراب صورة الجسم مع طول فترة العلاج في الغسيل الكلوي والغسيل البريتوني.

12. دراسة كيت وآخرون (2011) .Kate et al:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار اضطراب صورة الجسم في مجتمع غسيل الكلى وارتباطه بالضائقة النفسية، والتعرف على أي متغيرات مرتبطة بزيادة اضطراب صورة الجسم والمراضة النفسية، طبقت هذه الدراسة على عينة قوامها 97 مريضاً بالغسيل الكلوي وغسيل الكلى البريتوني من مركز متخصص إقليمي في المملكة المتحدة، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت مقاييس اضطراب صورة الجسم، ومقياس القلق والاكتئاب في المستشفى، ومقياس الوعي الذاتي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نسبة انتشار اضطراب صورة الجسم (18.6%) أعلى بكثير من معايير المجتمع، وتبين وجود ارتباطات كبيرة موجبة بين المراضة النفسية واضطراب صورة الجسم لدى مرضى الغسيل الكلوي.

3.4 ثالثاً: الدراسات التي تتعلق بالاتزان الانفعالي:

1. دراسة الشريفين والوهيبي (2020):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة نسبة التباين المفسر التي يفسرها كل بعد من أبعاد مقياسي صورة الجسد والاتزان الانفعالي في مستوى إدمان السيلفي لدى طلبة الجامعات الأردنية، وهل من الممكن أن تختلف هذه النسبة بإختلاف الجنس؛ ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير مقاييس لقياس كل من صورة الجسد والاتزان الانفعالي وإدمان السيلفي .تكونت عينة الدراسة من (791) طالبًا وطالبة من طلبة الجامعات الأردنية. واستخدم المنهج الوصفي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن لكل من الأبعاد التالية: الاسترخاء وضبط الذات، والاجتماعية، وتحمل الضغوط في مقياس الاتزان الانفعالي قدرة تنبؤية بمستوى إدمان السيلفي لدى الطلبة بشكل عام. وأن لبعدي الاجتماعية وتحمل الضغوط في مقياس الاتزان الانفعالي قدرة تنبؤية بمستوى إدمان السيلفي لدى الذكور، في حين كان لبعد تحمل الضغوط قدرة تنبؤية بمستوى إدمان السيلفي لدى الاناث، وأكدت أيضاً وجود فروق في مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث.

2. دراسة ياسين (2019):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من تأثير التنظيم الانفعالي على التنبؤ بالشره العصبي وتشوه صورة الجسم، والكشف عن علاقة التنظيم الانفعالي والشره العصبي بمجموعة من المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي)، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس الشره العصبي، ومقياس صورة الجسم إعداد الباحث (ن=40)، من المرضى المترددين على مستشفى المبرة بالإسكندرية، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التنظيم الانفعالي وصورة الجسم، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس التنظيم الانفعالي، وأن التنظيم الانفعالي يزداد مع التقدم في السن، وأن التنظيم الانفعالي لا يختلف باختلاف مستوى التعليم، وأن للتنظيم الانفعالي قدرة تنبؤية بمستوى صورة الجسم.

3. دراسة الربضي (2018):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى مفهوم الذات والاتزان الانفعالي لدى طلبة مدرسة الملك عبدالله الثاني للتميز، بالإضافة للتعرف على العلاقة بين مفهوم الذات والاتزان الانفعالي، والتعرف على القدرة التنبؤية لمفهوم الذات في الاتزان الانفعالي، على عينة قوامها

(50) طالباً وطالبة، وتم استخدام المنهج الوصفي، واستخدم الباحث مقياس مفهوم الذات أعده بيرس هاريس، ومقياس الاتزان الانفعالي لعادل العدل، وأشارت النتائج إلى امتلاك الطلبة لمفهوم الذات والاتزان الانفعالي بدرجة متوسطة، وكذلك عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى مفهوم الذات والاتزان الانفعالي وفقاً لمتغير الجنس، بالإضافة لوجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مفهوم الذات والاتزان الانفعالي، وأن هناك قدرة تنبؤية لمفهوم الذات أن يتنبأ بالاتزان الانفعالي لدى عينة الدراسة.

4. دراسة بوشينة (2018):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية الذات وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى عينة من المراهقين المصابين بداء السكري في ضوء مجموعة من المتغيرات (الجنس، مدة الإصابة بالمرض، نمط المرض) وتكونت عينة الدراسة من 64 مراهقا مصابا بداء السكري، تم اختيارهم بطريقة قصدية واستخدم الباحث المنهج الوصفي الإرتباطي مستعينا بأداتي البحث (مقياس فاعلية الذات، مقياس إدارة الانفعالات) من إعداده، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: مستوى إدارة الانفعالات لدى المراهقين المصابين بداء السكري مرتفع، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات إدارة الانفعالات تعزى لمتغير الجنس، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات إدارة الانفعالات تعزى لمتغير مدة الاصابة بالمرض لصالح أكثر من 5 سنوات.

5. دراسة آنا كاتارينا وآخرون (2018) Ana Catarina:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق مما إذا كانت الروحانية والتدين مرتبطين بوجود خطر الانتحار وما إذا كانت هذه المعتقدات مرتبطة بوجود مشاكل الصحة النفسية لدى مرضى الغسيل الكلوي، وتكونت عينة الدراسة من (264) مريضا من ثلاث وحدات غسيل كلى بالبرازيل، واستخدم المنهج الوصفي، وتم استخدام مقياس الصحة العامة، ومقياس الرفاه الروحي والتدين، ومقياس خطر الانتحار، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين التدين وتحسين الصحة النفسية بين مرضى غسيل الكلى، وكذلك ارتبطت المعتقدات الروحية بانخفاض خطر الانتحار لدى عينة الدراسة.

6. دراسة سامية (2017):

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف علي طبيعة العلاقة بين المساندة الأسرية و الصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي، إلى جانب الكشف على الفروق بين أفراد العينة

في المساندة الأسرية تبعاً لمتغير الجنس بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة، وللتحقق من هذه الأهداف تم الاعتماد على مقياس المساندة الأسرية لدكتورة فيفيان خميس و مقياس الصحة النفسية لدكتورة بشرى جاسم أحمد، تم تطبيقهما علي عينة قوامها (60) فرداً من مرضى القصور الكلوي، واختيرت العينة بطريقة الحصر الشامل، تم الاعتماد على المنهج الوصفي، من أهم نتائج الدراسة أنه لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المساندة الأسرية والبعد النفسي في الصحة النفسية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في المساندة الأسرية تعزى إلي متغير الجنس، بالتالي لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المساندة الأسرية والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

7. دراسة باربيريس وآخرون (2017) .Barberis et al:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقيق في تأثير التأقلم والتنظيم الانفعالي على نوعية حياة المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى، تم إجراء ثلاث استبانات على 78 مريضاً في غسيل الكلى: توجيهات التكيف مع المشكلات التي تم اختبارها، والنموذج القصير، واستبيان تنظيم العاطفة المعرفية، وتم استخدام المنهج الوصفي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العمر، إعادة التركيز الإيجابي، استراتيجيات التجنب، ونهج المشكلة تنبأت بالصحة البدنية. أما الصحة النفسية، كانت المتنبئات هي الجنس، اللوم الذاتي، القبول، إعادة التقييم الإيجابي والتوجه المتسامي، وتؤكد هذه الدراسة على وجود علاقة بين التنظيم الانفعالي والتكيف ونوعية الحياة.

8. دراسة بورزق (2017):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة علاقة تقدير الذات والمساندة الاجتماعية بالاتزان الانفعالي لدى المراهق المتمدرس من سن (16-18)، وتكونت العينة من (520) طالب وطالبة، حيث استخدم المنهج الوصفي، وتم استخدام مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، ومقياس المساندة الاجتماعية للسمادوني ومقياس الاتزان الانفعالي إعداد الباحث، وكانت نتائج الدراسة: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في متغير الاتزان الانفعالي تعزى إلى الجنس، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الاتزان الانفعالي تعزى إلى المساندة الاجتماعية.

9. دراسة بياتريس و رودريجو (2014) Beatriz and Rodrigo:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاقة بين الصحة النفسية والرفاهية الروحية لدى مرضى الغسيل الكلوي، تكونت عينة الدراسة من (150) مريضاً من مركز غسيل كلى في البرازيل،

دراسة مقطعية مستعرضة، تم استخدام مقياس الصحة العامة، ومقياس الرفاهية الروحية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين الرفاهية الروحية والصحة النفسية لدى عينة الدراسة، وأكدت الدراسة أن الرفاهية الروحية مؤشر قوي على الصحة النفسية لدى عينة الدراسة.

10. دراسة زكريا (2012):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الصحة النفسية والفشل الكلوي المزمن وبعض المتغيرات. بلغ حجم عينة الدراسة (50 مريضاً) مصاباً بالفشل الكلوي المزمن تحت الغسيل الكلوي بمركز مستشفى جياد لجراحة وأمراض الكلى. تم تطبيق مقياس الصحة النفسية المقنن على البيئية السودانية. توصلت الدراسة الى ان مستوى الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن مرتفع بنسبة(54%) وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تبعاً للنوع لصالح الذكور وتبعا للمستوى التعليمي لصالح جامعي وتبعاً للحالة الزواجية لصالح متزوج وتبعا لتكاليف العلاج لصالح المستوى الوسط وتبعا للإصابة ببعض الأمراض العضوية المزمنة الأخرى لصالح غير مصاب, وتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الدخل الشهري ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للعمر وتبعا للسكن وتبعا للمهنة وتبعا لمدة المرض وتبعا لمدة العلاج.

11. دراسة سالم (2009):

استهدفت الدراسة التعرف على علاقة صورة الجسم بالاتزان الانفعالي لدى طلاب المدارس من العاديين والمكفوفين، وقد تكونت عينة الدراسة من (190) طالب وطالبة من العاديين والمكفوفين، وتم تقسيمهم حسب النوع والفئة العمرية، وقد طبق عليهم الباحث أدوات منها: مقياس صورة الجسم، ومقياس الاتزان الانفعالي، استمارة المقابلة الاكلينيكية، من إعداد الباحث، بالإضافة إلى اختبار المنزل والشجرة والشخص، وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية: وجود فروق دالة إحصائياً بين العاديين والمكفوفين في بعدي الاتزان الانفعالي (ضبط الانفعالات– القدرة على اتخاذ القرار) لصالح العاديين، كما تبين وجود فروق دالة للتفاعل بين الذكور والإناث والفئة العمرية في صورة الجسم (الواقعية والمثالية) عند العاديين لصالح الذكور، وأن هناك علاقة دالة موجبة بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي للمجموعتين.

3.5 التعقيب العام على الدراسات السابقة:

- **مدى استفادة الباحث من الدراسات السابقة:**

يرى الباحث أنه استفاد كثيرا من هذه الدراسات في إعداد ومراجعة الإطار النظري لدراسته، ولقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة في الآتي:

- صياغة أسئلة وأهداف وفروض الدراسة.
- اختيار المنهج والأدوات المناسبة وتحديد الأسلوب الإحصائي.
- ساهمت هذه الدراسات في الفهم والتعمق للمساندة الاجتماعية وصورة الجسم والاتزان الانفعالي.
- الاستفادة من المراجع والمصادر الموجودة في هذه الدراسات السابقة.
- الاستفادة من نتائج هذه الدراسات في تفسير نتائج الدراسة الحالية ومقارنة هذه النتائج مع نتائج الدراسة الحالية.

- **علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:**

من خلال إطلاع الباحث على الدراسات السابقة وجد أن دراسته الحالية اتفقت مع الدراسات السابقة في بعض الجوانب من ناحية، واختلفت معها في بعض الجوانب من ناحية أخرى. كونها لم تستخدم نفس العينة والمتغيرات مجتمعة، ويظهر الاختلاف واضحاً في الأهداف المرجوة من كل دراسة ومتغيراتها، ونوع وحجم الدراسة والبيئة التي طبقت فيها تلك الدراسات. كذلك تختلف هذه الدراسة عن الدراسات الأخرى في اعتبارها الدراسة التي تناولت المحاور الثلاثة مثل المساندة الاجتماعية وصورة الجسم والاتزان الانفعالي، فلم يجد الباحث أي دراسة مشابهة لدراسته مجتمعة فيها المتغيرات الثلاثة وخاصة مرضى الفشل الكلوي المزمن _ حسب علم الباحث _، كما اختلفت أنها دراسة نوعية ألقت الضوء على شريحة لم تنل نصيبها الكافي من الدراسات.

- **ما تتميز به هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:**

- **موضوع الدراسة:** استخدم الباحث موضوع المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، فلم يعثر الباحث على دراسة مشابهة لدراسته مجتمعة فيها المحاور الثلاثة لمرضى الفشل الكلوي المزمن _ حسب علم الباحث_، كما أنها تعتبر الدراسة الأولى التي ربطت هذه المحاور الثلاثة.

- **متغيرات الدراسة:** استخدم الباحث المحاور الثلاثة: المساندة الاجتماعية، صورة الجسم، والاتزان الانفعالي.
- **عينة الدراسة:** اختلفت عن بعض عينة الدراسات السابقة، حيث كانت عينة الدراسات السابقة متنوعة على مرضى السرطان والسكري وطلبة الجامعات والمراهقين والأطفال وعلى فئات أخرى غير مماثلة للعينة الحالية وهي مرضى الفشل الكلوي المزمن.

3.6 فرضيات الدراسة:

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
2. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
3. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
4. توجد قدرة تنبؤية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) للمساندة الاجتماعية ولصورة الجسم بمستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة).
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة).
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الاصابة).

3.7 الصعوبات التي واجهت الباحث:

1. لم يتمكن الباحث من الاطلاع على النصوص الكاملة للأبحاث والرسائل العلمية، وذلك بسبب قيود النشر والقوانين المنظمة للاستفادة منها.
2. ندرة الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة وخاصة الاتزان الانفعالي وصورة الجسم.

3. صعوبة الإلتقاء مع أفراد عينة الدراسة وخاصة عمل الباحث معهم في نفس القسم.
4. صعوبة الحصول على أفراد عينة الدراسة وجمع البيانات في وقت واحد أو في فترة واحدة.

الفصل الرّابع

الطريقة والإجراءات

الفصل الرّابع
الطريقة والإجراءات

4.1 تمهيد:

من أجل تحقيق هدف الدراسة الخاص بالمساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، فقد تضمن هذا الفصل الإجراءات والخطوات المنهجية التي تمت في مجال الدراسة الميدانية، حيث تناول وصفاً لمنهج الدراسة المتبع، ومجتمعها، وعينة الدراسة، وطريقة اختيارها، كما أعطى وصفاً مفصلاً لأدوات الدراسة المستخدمة وكيفية بنائها، إضافة إلى صدقها وثباتها، وكذلك إجراءات الدراسة والمعالجة الإحصائية التي استخدمها الباحث في معالجة البيانات والمعلومات التي تم جمعها من أفراد عينة الدراسة لاستخلاص نتائج الدراسة وتحليلها وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

4.2 منهج الدراسة:

انطلاقاً من طبيعة البحث، والأهداف التي يسعى إليها؛ تستند هذه الدراسة إلى المنهج الوصفي التحليلي، الذي يحاول من خلاله وصف وتحليل الظاهرة موضوع الدراسة؛ لأنه المنهج الأنسب الذي يحقق أهداف البحث بالشكل الذي يضمن الدقة والموضوعية، فهو يقوم على الرصد والمتابعة الدقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات، من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون، والوصول إلى نتائج، وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره دون إحداث أي تدخل للباحث في مجرياتها(عليان وغنيم، 2000 :43).

وقد استخدم الباحث مصدرين أساسيين للمعلومات:

1. **المصادر الثانوية:** حيث اتجه الباحث للكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات والمقالات والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة. والتي تتعلق بموضوع البحث بهدف إثراء موضوع الدراسة بشكل علمي، وذلك من أجل التعرف على الأسس والطرق العلمية السليمة في كتابة الدراسات، وكذلك أخذ تصور عن آخر المستجدات حول موضوع الدراسة.

2. **المصادر الأولية:** من خلال توزيع استبانات لدراسة مفردات الدراسة وحصر وتجميع المعلومات اللازمة في موضوع الدراسة، ومن ثم تفريغها وتحليلها باستخدام برنامج (SPSS) الإحصائي واستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة بهدف الوصول لدلالات ذات قيمة مؤشرات تدعم موضوع الدراسة.

4.3 مجتمع الدراسة:

بناءً على مشكلة الدراسة، وأهدافها فإن مجتمع الدراسة المستهدف يشمل جميع مرضى الفشل الكلوي المزمن المترددين على قسم الغسيل الكلوي (مجمع ناصر الطبي، مستشفى أبو يوسف النجار) والبالغ عددهم (246) مصاب ومصابة، وذلك بحسب إحصائيات وتقارير وزارة الصحة الفلسطينية خلال العام 2021م، موزعين كما في الجدول التالي:

جدول (4.1): توزيع مرضى الفشل الكلوي المزمن على المستشفيات

م	المستشفى	العدد	النسبة المئوية من المجتمع
.1	**مجمع ناصر الطبي**	154	%62.6
.2	**مستشفى أبو يوسف النجار**	92	%37.4
المجموع		246	%100

المصدر: اعتماداً على إحصائيات مجمع ناصر الطبي ومستشفى أبويوسف النجار، 2021م.

4.4 عينة الدراسة:

وقد قام الباحث باستخدام طريقة الحصر الشامل، وذلك لصغر مجتمع الدراسة، ولتوفر البيانات كاملة عن المجتمع مما يسهل التواصل معهم والوصول إليهم، ولتقوية نتائج الدراسة، وبعد التأكد من صدق وسلامة الاستبانة للاختبار؛ تم توزيع (205) استبانة على عينة الدراسة بطريقة العينة القصدية، وهي ما تشكل نسبة (100%) من مجتمع الدراسة، وبعد إتمام عملية جمع البيانات وصلت حصيلة الجمع إلى (205) استبانة بنسبة استرداد (83.3%)، وبذلك تصبح عينة الدراسة التي تم إجراء التحليل الإحصائي عليها (205) استبانة.

والجدول التالي يبين توزيع عينة الدراسة وخصائصها الديموغرافية تبعاً لمتغيراتها (النوع، المؤهل العلمي مدة الإصابة):

جدول (4.2): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة (ن= 205)

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة المئوية (%)
النوع	ذكر	120	58.5
	أنثى	85	41.5

المجموع		**205**	**100%**
المؤهل العلمي	لا يقرأ ولا يكتب	53	25.8
	ثانوية عامة فما دون	113	55.1
	جامعي	39	19.1
المجموع		**205**	**100%**
مدة الاصابة	1-12 شهر	33	16.1
	1- 5 أعوام	98	47.8
	5 أعوام فأكثر	74	36.1
	المجموع	**205**	**100%**
العمر	أقل من 25سنة	22	10.73
	25 سنة إلى أقل من 35 سنة	35	17.1
	35سنة إلى أقل من 45 سنة	30	14.63
	45 سنة فأكثر	118	57.56
	المجموع	**205**	**100%**

يتضح من الجدول (4.2) أن ما نسبته (58.5%) من مرضى الفشل الكلوي في مجمع ناصر الطبي، ومستشفى أبو يوسف النجار كانوا من الذكور، بينما (41.5%) كانوا من الإناث، أما من حيث المؤهل العلمي كان ما نسبته (25.6%) من المرضى عينة الدراسة كانوا من فئة لا يقرأ ولا يكتب، بينما (55.3%) من فئة ثانوية عامة فما فوق، ونسبة (18.1%) من حمالة المؤهل العلمي الجامعي، وبما يتعلق بمدة الإصابة كان ما نسبته (15.9%) من 1-12 شهر، و(47.9%) من 1-5 أعوام، وأخيرًا (36.2%) من 5 أعوام فأكثر. وأن ما نسبته (10.73%) من مرضى الفشل الكلوي في مجمع ناصر الطبي، ومستشفى أبو يوسف النجار كانوا من الفئة العمرية أقل من 25 سنة، بينما (17.1%) كانوا من فئة25 سنة إلى أقل من 35 سنة، أما من حيث 35سنة إلى أقل من 45 سنة كان من نسبته (14.63%) ، بينما (57.56%) من فئة 45 سنة فأكثر.

4.5 أدوات الدراسة:

بعد اطلاع الباحث على الأدب النظري وعدد من الدراسات السابقة والأدوات المستخدمة فيها، قام الباحث باستخدام ثلاثة مقاييس بالإضافة إلى استمارة البيانات الشخصية للعينة وهي:

جدول (4.3): أقسام أداة الدراسة الرئيسة

رقم القسم	عنوان القسم	عدد الفقرات
–	البيانات الشخصية	3
أولاً	مقياس المساندة الاجتماعية إعداد (زعرب، 2018)	55
ثانياً	مقياس صورة الجسم إعداد (الشاعر،2014)	34
ثالثاً	مقياس الاتزان الانفعالي إعداد (أبونصر، 2019)	36

يبين الجدول السابق أقسام أداة الدراسة، وعدد فقرات كل قسم منها.

مقياس المساندة الاجتماعية:

أ. إعداد الأداة:

لتحقيق الغاية المرجوة من الدراسة الحالية، قام الباحث بالاطلاع على مجموعة من المقاييس الخاصة بالمساندة الاجتماعية، واستفاد منها، واعتمد الباحث في هذه الدراسة مقياس **(زعرب، 2018)** للمساندة الاجتماعية، لأنه يتلاءم مع أهداف الدراسة والبيئة الفلسطينية، إذا يتكون المقياس في صورته النهائية من (55) فقرة.

ب. وصف المقياس:

يهدف المقياس إلى التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في المستشفيات محل الدراسة، وبناء على ذلك فإن مقياس المساندة الاجتماعية يتكون من (55) فقرة تقيس المساندة الاجتماعية بأبعادها، ويحتوي المقياس على أبعاد أربعة وهي (بُعد المساندة العاطفية، بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية، بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية"، بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات). كما هو موضح كالتالي:

جدول (4.4): يبين أبعاد المقياس وعدد فقراتها

البعد	أرقام الفقرات الموجبة	أرقام الفقرات السالبة	عدد الفقرات
بُعد المساندة العاطفية.	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-17-18-19	14-15-16	19
بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية.	20-21-22-23-24-27-29-30-32-33	25-26-28-31	14
بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية".	34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46	-----	13
بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات.	47-48-49+50-51-52-53-54-55	----	9
عدد فقرات مقياس المساندة الاجتماعية			**55**

ومن الجدول السابق الجدول (4.4)، يتضح توزيع الفقرات حيث تم توزيع جميع الفقرات إلى فقرات موجبة وسالبة.

ت. تصحيح المقياس:

تتراوح درجات هذا المقياس من 55 درجة وحتى 275، وتم تحديد مستوى الموافقة في خمس مستويات بطريقة ليكرت likert (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) وتتراوح الدرجة الكلية لكل عبارة ما بين (1 درجة _ 5 درجات)، بمعنى إذا كانت الاجابة يحصل المستجيب على (خمس درجات (5) عندما يجيب موافق بشدة، وأربعة درجات (4) عندما يجيب موافق، وثلاث درجات (3) عندما يجيب محايد، ودرجتين (2) عندما يجيب غير موافق، ودرجة واحدة(1) عندما يجيب غير موافق بشدة)، ولغايات تفسير المتوسطات الحسابية، ولتحديد مستوى المساندة الاجتماعية لدى عينة الدراسة وانطلاقًا من ذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها على هذا المقياس لكامل عبارات المقياس هي (275) درجة، وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها هي (55) درجة، والدرجة المتوسطة للمقياس هي (123) درجة ليتم الحكم نسبيًا عن مستوى المساندة الاجتماعية. والجدول التالي يوضع أبعاد وطريقة التصحيح:

جدول (4.5): عدد فقرات المساندة الاجتماعية حسب كل مجال من مجالاتها

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	طريقة التصحيح	
		الدرجة الدنيا	الدرجة العليا
بُعد المساندة العاطفية.	19	19	95
بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية.	14	14	70
بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية".	13	13	65
بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات.	9	9	45
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	***55***	***55***	275

دلالات صدق وثبات مقياس المساندة الاجتماعية:

يقصد بصدق المقياس أنْ يقيس ما وضع لقياسه، ولم يقم الباحث بحساب دلالات الصدق لأنه المقياس تم تطبيقه على البيئة الفلسطينية، قد تحقق الباحث من صدق مقياس المساندة الاجتماعية، من خلال الدراسة السابقة التي استخدمت هذه المقياس، والتي استخدمت صدق الاتساق الداخلي وصدق البنائي، وتبين أنها تتسم بدرجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي والصدق البنائي، وتقيس ما وضعت لقياسه ، لذلك لم تحذف أي فقرة من هذه الفقرات، وكذلك بالنسبة إلى ثبات المقياس قد تحقق الباحث من ثبات مقياس المساندة الاجتماعية، من

خلال الدراسة السابقة التي استخدمت هذه المقياس، وقد استخدمت ثبات التجانس الداخلي (Consistency)، وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدم طريقة (ألفا كرونباخ) (Cronbach Alpha)، (طريقة التجزئة النصفية) باستخدام (معامل جتمان) وتبين أن المقياس يتمتع بدرجات عالية من الثبات ويصلح ويصلح لإجراء الدراسة الحالية. مما يطمئن الباحث على استخدام المقياس بكل طمأنينة؛ وبذلك يكون المقياس في صورتها النهائية كما هي في الملحق رقم (2). ويكون الباحث قد تأكد من صدق وثبات المقياس مما يجعله على ثقة تامة بصحة المقياس، وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة على أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

مقياس صورة الجسم:

أ. إعداد الأداة:

لغرض قياس مستوى صورة الجسم لمرضى الفشل الكلوي المزمن، وبعد اطلاع الباحث على العديد من الدراسات السابقة والأدب التربوي، وعدد من المقاييس العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، تبنى الباحث مقياس (**الشاعر، 2014**) وهو يتكون من (34) فقرة تقيس في مجملها صورة الجسم بأبعادها لمرضى الفشل الكلوي المزمن في المستشفيات محل الدراسة.

ب. وصف المقياس:

يهدف المقياس إلى التعرف على مستوى صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في المستشفيات محل الدراسة، ويتكون من (34) فقرة تقيس صورة الجسم، ويحتوي المقياس على أبعاد خمسة وهي (التناسق العام لأجزاء الجسم، المنظور النفسي لشكل الجسم، المنظور الاجتماعي لشكل الجسم، المحتوى الفكري لشكل الجسم، المحتوى السلوكي لشكل الجسم) كما هو موضح كالتالي:

جدول (4.6): يبين أبعاد المقياس وعدد فقراتها

البعد	أرقام الفقرات الموجبة	أرقام الفقرات السالبة	عدد الفقرات
التناسق العام لأجزاء الجسم.	33-32-31-29-28-26-25	27	8
المنظور النفسي لشكل الجسم.	34-3	18-16-7-4	6
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	23-22-19-12	24-6	6
المحتوى الفكري لشكل الجسم.	17-14-13-11-9-8-2	10	8
المحتوى السلوكي لشكل الجسم.	30-21-20-15-5-1	20-5-1	6
عدد فقرات مقياس صورة الجسم			**34**

ومن خلال توزيع الفقرات الموضحة في جدول (4.6)، تم توزيع جميع الفقرات إلى فقرات موجبة وسالبة.

ت. تصحيح المقياس:

تتراوح درجات هذا المقياس من 34 درجة وحتى 170، وتم تحديد مستوى الموافقة في خمس مستويات بطريقة ليكرت likert (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) وتتراوح الدرجة الكلية لكل عبارة ما بين (1 درجة _ 5 درجات)، بمعنى إذا كانت الاجابة يحصل المستجيب على (خمس درجات (5) عندما يجيب موافق بشدة، وأربعة درجات (4) عندما يجيب موافق، وثلاث درجات (3) عندما يجيب محايد، ودرجتين (2) عندما يجيب غير موافق، ودرجة واحدة(1) عندما يجيب غير موافق بشدة)، ولغايات تفسير المتوسطات الحسابية، ولتحديد مستوى صورة الجسم لدى عينة الدراسة وانطلاقًا من ذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها على هذا المقياس لكامل عبارات المقياس هي (170) درجة، وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها هي (34) درجة، والدرجة المتوسطة للمقياس هي (85) درجة ليتم الحكم نسبيًا عن مستوى صورة الجسم.

جدول (4.7): يبين عدد فقرات صورة الجسم حسب كل مجال من مجالاتها

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	طريقة التصحيح	
		الدرجة الدنيا	الدرجة العليا
التناسق العام لأجزاء الجسم.	8	8	40
المنظور النفسي لشكل الجسم.	6	6	30
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	6	6	30
المحتوى الفكري لشكل الجسم.	8	8	40
المحتوى السلوكي لشكل الجسم.	6	6	30
الدرجة الكلية لصورة الجسم	**34**	**34**	170

دلالات صدق وثبات مقياس صورة الجسم:

يقصد بصدق المقياس أنْ يقيس ما وضع لقياسه، ولم يقم الباحث بحساب دلالات الصدق لأنه المقياس تم تطبيقه على البيئة الفلسطينية، قد تحقق الباحث من صدق مقياس صورة الجسم ، من خلال الدراسة السابقة التي استخدمت هذه المقياس، والتي استخدمت صدق الاتساق الداخلي وصدق البنائي، وتبين أنها تتسم بدرجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي والصدق البنائي، وتقيس ما وضعت لقياسه ، لذلك لم تحذف أي فقرة من هذه الفقرات، وكذلك بالنسبة إلى ثبات المقياس قد تحقق الباحث من ثبات مقياس صورة الجسم ، من خلال الدراسة

السابقة التي استخدمت هذه المقياس، وقد استخدمت ثبات التجانس الداخلي (Consistency)، وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدم طريقة (ألفا كرونباخ) (Cronbach Alpha)، (طريقة التجزئة النصفية) باستخدام (معامل جتمان) وتبين أن المقياس يتمتع بدرجات عالية من الثبات ويصلح ويصلح لإجراء الدراسة الحالية. مما يطمئن الباحث على استخدام المقياس بكل طمأنينة؛ وبذلك يكون المقياس في صورتها النهائية كما هي في الملحق رقم (3). ويكون الباحث قد تأكد من صدق وثبات المقياس مما يجعله على ثقة تامة بصحة المقياس، وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة على أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

مقياس الاتزان الانفعالي:

أ. إعداد المقياس:

لغرض قياس مستوى الاتزان الانفعالي لمرضى الفشل الكلوي المزمن، وبعد اطلاع الباحث على العديد من الدراسات السابقة والأدب التربوي، وعدد من المقاييس العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، اعتمد الباحث مقياس **(أبونصر، 2019)** وقد بلغ إجمالي عبارات المقياس في صورته النهائية (36) فقرة، بما يتلاءم مع أهداف مجتمع الدراسة الحالية والبيئة الفلسطينية كما هو موضح في ملحق رقم (4).

ب. وصف المقياس:

يهدف المقياس إلى التعرف على مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في المستشفيات محل الدراسة، وبناء على ذلك تم إعداد مقياس الاتزان الانفعالي، ويتكون من (36) فقرة تقيس مستوى الاتزان الانفعالي، ويحتوي المقياس على أبعاد ثلاثة وهي (بُعد الضبط الانفعالي، بُعد المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة، بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات.) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (4.8): يبين أبعاد المقياس وعدد فقراتها

البعد	أرقام الفقرات الموجبة	أرقام الفقرات السالبة	عدد الفقرات
بُعد الضبط الانفعالي.	12-11-10-9-8-7-5-4-3-2-1	6	12
بُعد المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة.	24-23-22-21-20-19-18-17-16-15-14-13	-	12
بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات.	35-34-33-32-31-30-29-28-27-26-25	36	12
عدد فقرات مقياس الاتزان الانفعالي			**36**

ومن خلال توزيع الفقرات الموضحة في الجدول رقم (4.8)، تم توزيع جميع الفقرات إلى فقرات موجبة وسالبة.

ت. تصحيح المقياس:

تتراوح درجات هذا المقياس من 36 درجة وحتى 180، وتم تحديد مستوى الموافقة في خمس مستويات بطريقة ليكرت likert (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) وتتراوح الدرجة الكلية لكل عبارة ما بين (1 درجة _ 5 درجات)، بمعني إذا كانت الاجابة يحصل المستجيب على (خمس درجات (5) عندما يجيب موافق بشدة، وأربعة درجات (4) عندما يجيب موافق، وثلاث درجات (3) عندما يجيب محايد، ودرجتين (2) عندما يجيب غير موافق، ودرجة واحدة (1) عندما يجيب غير موافق بشدة)، ولغايات تفسير المتوسطات الحسابية، ولتحديد مستوى الاتزان الانفعالي لدى عينة الدراسة وانطلاقًا من ذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها على هذا المقياس لكامل عبارات المقياس هي (180) درجة، وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها هي (34) درجة، والدرجة المتوسطة للمقياس هي (90) درجة ليتم الحكم نسبيًا عن مستوى الاتزان الانفعالي. والجدول التالي يوضع أبعاد وطريقة التصحيح:

جدول (4.9): يبين عدد فقرات الاتزان الانفعالي حسب كل مجال من مجالاتها

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	طريقة التصحيح	
		الدرجة الدنيا	الدرجة العليا
بُعد الضبط الانفعالي.	12	12	60
بُعد المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة.	12	12	60
بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات.	12	12	60
الدرجة الكلية للاتزان الانفعالي	**36**	**36**	180

دلالات صدق وثبات مقياس الاتزان الانفعالي:

يقصد بصدق المقياس أنْ يقيس ما وضع لقياسه، ولم يقم الباحث بحساب دلالات الصدق لأنه المقياس تم تطبيقه على البيئة الفلسطينية، قد تحقق الباحث من صدق مقياس الاتزان الانفعالي، من خلال الدراسة السابقة التي استخدمت هذه المقياس، والتي استخدمت صدق الاتساق الداخلي وصدق البنائي، وتبين أنها تتسم بدرجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي والصدق البنائي، وتقيس ما وضعت لقياسه ، لذلك لم تحذف أي فقرة من هذه الفقرات، وكذلك بالنسبة إلى ثبات المقياس قد تحقق الباحث من ثبات مقياس صورة الجسم ، من خلال الدراسة السابقة التي استخدمت هذه المقياس، وقد استخدمت ثبات التجانس الداخلي (Consistency)،

وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدم طريقة (ألفا كرونباخ) (Cronbach Alpha)، (طريقة التجزئة النصفية) باستخدام (معامل جتمان) وتبين أن المقياس يتمتع بدرجات عالية من الثبات ويصلح ويصلح لإجراء الدراسة الحالية. مما يطمئن الباحث على استخدام الاستبانة بكل طمأنينة؛ وذلك من خلال استخدام طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة، التجزئة النصفية كطريقة ثانية لقياس. وبذلك يكون المقياس كما هو في الملحق رقم (4). ويكون الباحث قد تأكد من صدق وثبات المقياس مما يجعله على ثقة تامة بصحة المقياس، وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة على أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

4.6 المحك المعتمد في الدراسة:

لتحديد المحك المعتمد في الدراسة فقد تم تحديد طول الخلايا في مقياس ليكرت الخماسي من خلال حساب المدى بين درجات المقياس (5−1=4) ومن ثم تقسيمه على أكبر قيمة في المقياس للحصول على طول الخلية أي (5/4=0.80) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (بداية المقياس وهي واحد صحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (4.10): يوضح المحك المعتمد في الدراسة

طول الخلية (المتوسط الحسابي)		الوزن النسبي المقابل له		درجة الموافقة
من	إلي	من	إلي	
1	1.80	من 20%	%36	**قليلة جداً**
أكبر من 1.80	2.60	أكبر من 36%	%52	**قليلة**
أكبر من 2.60	3.40	أكبر من 52%	%68	**متوسطة**
أكبر من 3.40	4.20	أكبر من 68%	%84	**كبيرة**
أكبر من 4.20	5	أكبر من 84 %	%100	**كبيرة جداً**

ولتفسير نتائج الدراسة والحكم على مستوى الاستجابة، اعتمد الباحث على ترتيب المتوسطات الحسابية على مستوى المجالات للاستبيان، ومستوى الفقرات في كل مجال، وقد حدد الباحث درجة الموافقة حسب المحك المعتمد للدراسة.

4.7 إجراءات تنفيذ الدراسة:

قام الباحث بمجموعة من الخطوات والاجراءات لإتمام هذه الدراسة حيث كان أهمها:

1- تحديد مجتمع الدراسة، إذ قام الباحث بتحديد المجتمع، وهم مرضى الفشل الكلوي المزمن في مجمع ناصر الطبي، ومستشفى أبو يوسف النجار التي ستطبق عليها الدراسة، ومن ثم الحصول على الموافقة بتطبيق أدوات الدراسة في المستشفيات محل الدراسة.
2- الاطلاع على الأدب التربوي المنشور والدراسات السابقة ذات الصلة التي تناولت موضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء المقاييس وصياغة فقراتها.
3- تحديد المجالات الرئيسة التي شملتها كل مقياس من أدوات الدراسة.
4- إجراء التعديلات المناسبة بما يتناسب مع عينة الدراسة.
5- تحديد حجم المجتمع الأصلي للدراسة ومن ثم العينة المناسبة من خلال مخاطبة الجهات المختصة في المستشفيات محل الدراسة.
6- تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الفعلية للحصول على الاستجابات بشكل نهائي، وقد تمت مراعاة القواعد التالية أثناء التوزيع: توضيح الغرض من الدراسة، وطريقة الإجابة عليها، وأهمية التعاون في دقة تدوين الإجابة.
7- تم جمع البيانات بعد التأكد من صلاحيتها للاستخدام بمراعاة المستجيبين لتعليمات الاستبانة وهي: الإجابة على كامل الاستبانة بدقة، ووضع إجابة واحدة فقط في معيار تدرج الإجابات، وبعد المراجعة وجد أن بعض الاستبانات التي رجعت غير صالحة للاستخدام.
8- ادخال البيانات إلى ذاكرة الحاسوب، حيث استخدم برامج الرزمة الإحصائية (SPSS) لتحليل البيانات وإجراء الإحصاء المناسب.
9- معالجة البيانات واستخلاص النتائج وتقديم التوصيات في ضوء نتائج الدراسة.

4.8 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

من أجل معالجة البيانات قام الباحث باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وبذلك باستخدام المعالجات الإحصائية الآتية:

1- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والتكرارات: لوصف عينة الدراسة.

2- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لقياس درجة الارتباط: يقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين متغيرين. وقد تم استخدامه لحساب الاتساق الداخلي والصدق البنائي للاستبانة، والعلاقة بين المتغيرات.

3- اختبار (ت) في حالة عينة واحدة (T-Test) لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 3 أم زادت أو قلت عن ذلك.

4- الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression).

5- اختبار (ت) في حالة عينتين (Independent Samples T-Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المستقلة.

6- اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA (One Way Analysis of Variance) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين ثلاث مجموعات أو أكثر من البيانات.

7- اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين مستويات المتغيرات التابعة.

الفصل الخامس

نتائج الدّراسة ومناقشتها وتفسيرها

الفصل الخامس

نتائج الدّراسة ومناقشتها وتفسيرها

5.1 تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً تفصيلياً لتحليل البيانات وفقاً لفقرات الاستبانة ومجالاتها (محاور الدراسة)، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضيات الدراسة، بهدف التعرف على المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن ويتمثل ذلك في عرض نص الفرضية، يلي ذلك مباشرة الإشارة إلى نوع المعالجات الإحصائية المستخدمة، يلي ذلك تعليقات على أبرز النتائج المستخلصة، وهكذا يجري عرض النتائج المرتبطة بكل فرضية على حدة، التي تم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

5.2 أولاً: نتائج أسئلة الدراسة وتفسيرها:

النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول:

التساؤل الأول: ما درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟

تم الإجابة على هذا السؤال باستخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والوزن النسبي لمستوى المساندة الاجتماعية، واختبار (ت) (t– test) لعينة واحدة لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3) أم لا لمرضى الفشل الكلوي المزمن في المستشفيات محل الدراسة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.1): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل مجال من مجالات مقياس المساندة الاجتماعية

م	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
1	بُعد المساندة العاطفية.	4.164	0.394	83.29	46.30	.000	1	كبيرة
2	بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية.	3.635	0.341	72.71	29.24	.000	2	كبيرة
3	بُعد المساندة الأدائية "	3.349	0.413	66.98	13.25	.000	4	متوسطة
4	بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات.	3.627	0.484	72.54	20.32	.000	3	كبيرة
	المتوسط الكلي	3.749	0.302	74.98	38.93	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.1) أن المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة عن مجالات مقياس المساندة الاجتماعية تراوحت ما بين (4.16- 3.35)، وأكثر أبعاد المساندة الاجتماعية توافر جاء بعد "المساندة العاطفية" بالمرتبة الأولي بمتوسط حسابي قدرة (4.16) وبوزن نسبي(83.29%)، وبمستوى موافقة كبيرة، بينما جاء بعد" المساندة الأدائية " الإجرائية"." في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.35) وبوزن نسبي(66.98%) وبمستوى موافقة كبيرة، أما المتوسط الحسابي لتقديرات عينة الدراسة على مقياس المساندة الاجتماعية ككل بلغ (3.75) وبوزن نسبي(74.98%) وبمستوى موافقة كبيرة، وقيمة الاختبار(38.98)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (000.) لذلك تعتبر فقرات هذا المقياس دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على توافر مجالات مقياس المساندة الاجتماعية عند أفراد العينة بدرجة كبيرة.

ويستدل من النتائج أعلاه على توافر المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن عينة الدراسة بدرجة كبيرة، ووجود اتجاهات إيجابية بين مجتمع الدراسة نحو المساندة الاجتماعية، مما يؤكد إدراكهم لمفهوم المساندة الاجتماعية، وأهمية ممارستها وخاصة في مجال المساندة العاطفية الذي جاء بالمرتبة الأولى.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة المجتمع الفلسطيني وعاداته وتقاليده وتمسكه بالقيم الدينية التي تدعو إلى المحبة والرحمة وتحث على زيارة المريض وتقديم الدعم والمساندة اللازمة والوقوف إلى جانبه فعن أبى هريرة رضى الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال:[حق المسلم على المسلم خمس: رد السلام، وعيادة المريض، وإتباع الجنائز، وإجابة الدعوة، وتشميت العاطس] (رواه البخاري) [كتاب الجنائز، باب الأمر باتباع الجنائز، (2/ 71) برقم(1240)]، ولأن المساندة الاجتماعية مصدراً فعالاً من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي للفرد، وخصوصاً مع مرضى الفشل الكلوي كغيرهم من الذين يحتاجون إلى هذه المصادر، والتي تلعب دوراً كبيراً في التخفيف عن معاناتهم وآلامهم، والآثار النفسية والاجتماعية السلبية المترتبة عن إصابتهم بهذا المرض، وتزيد من شعور تقبلهم للمرض والاستعداد للمواجهة، كما أنها تقلل من التأثير السلبي للمرض، وتوفر تقديراً للثقة والذات، لذلك جاءت النتيجة مرتفعة لوجود اتجاهات إيجابية بين مجتمع الدراسة نحو المساندة الاجتماعية، مما يؤكد إدراكهم لمفهوم المساندة الاجتماعية، وأهميته لدى مرضى الفشل الكلوي وتأثيره على نفسيتهم.

واتفقت هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات كنتيجة دراسة (فاردانجاني وآخرون، 2013) التي نصت على أهمية المساندة الاجتماعية لمريض الفشل الكلوي وكانت بنسبة مرتفعة أيضاً، وكذلك نتيجة دراسة (مقداد، 2015) التي أظهرت أن مستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى كانت مرتفعة بنسبة (82.2%). بينما اختلفت هذه النتيجة مع

دراسة شحاته (2015) والتي نصت على أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض قد جاء بدرجة منخفضة.

وقد حُسب المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار **(ت)** (t– test) لمعرفة درجة الموافقة لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات كل مجال من مجالات مقياس المساندة الاجتماعية كل مجال على حدة، وعلى النحو الآتي:

1) نتائج تحليل فقرات " بُعد المساندة العاطفية ":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد المساندة العاطفية فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.2): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " المساندة العاطفية "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
.1	أحظى بحب أسرتي.	4.47	0.58	89.43	40.07	.000	5	كبيرة جداً
.2	أشعر بالرعاية والاهتمام من أسرتي.	4.48	0.62	89.59	37.59	.000	4	كبيرة جداً
.3	أعتبر نفسي محبوب/ة من أسرتي.	4.49	0.62	89.76	37.38	.000	3	كبيرة جداً
.4	أفراد أسرتي يقدرونني حق قدري.	4.32	0.70	86.42	29.41	.000	9	كبيرة جداً
.5	تمنحني أسرتي الحرية في اتخاذ القرارات.	3.78	1.13	75.53	10.74	.000	19	كبيرة
.6	تشاركني أسرتي في أفراحي	4.45	0.60	89.02	37.78	.000	7	كبيرة جداً
.7	أجد العون من أسرتي في تربية أبنائي.	4.04	0.84	80.73	19.26	.000	16	كبيرة
.8	علاقتي مع أسرتي طيبة.	4.51	0.62	90.16	38.29	.000	1	كبيرة جداً

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
.9	أحظى باهتمام من أهلي.	4.50	0.64	89.92	36.82	.000	2	كبيرة جداً
.10	أتلقى اتصالات من أفراد أسرتي للاطمئنان على صحتي.	4.31	0.58	86.26	35.40	.000	10	كبيرة جداً
.11	أحظى باحترام من حولي.	4.47	0.63	89.35	36.53	.000	6	كبيرة جداً
.12	تشعرني الأسرة بالرضا.	4.43	0.59	88.70	37.89	.000	8	كبيرة جداً
.13	ألجأ إلى أسرتي عندما تواجهني مشكلة ما.	4.23	0.71	84.63	27.40	.000	11	كبيرة جداً
.14	أشعر بأن الآخرين من حولي يستغلونني.	3.91	1.05	78.21	13.60	.000	17	كبيرة
.15	تمارس علي ضغوطات من أسرتي.	4.12	0.90	82.44	19.66	.000	15	كبيرة
.16	أعاني من سلب حقي من أهلي.	4.13	0.94	82.52	18.76	.000	14	كبيرة
.17	أشعر أنني محل اهتمام أسرتي.	4.16	0.78	83.25	23.50	.000	12	كبيرة
.18	أعاني من تدخل أسرتي في شؤوني الخاصة.	3.83	1.00	76.67	13.09	.000	18	كبيرة
.19	تحترم أسرتي رأيي.	4.16	0.77	83.25	23.83	.000	13	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال المساندة العاطفية		4.16	0.39	83.29	46.30	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq .05$.

يتضح من الجدول (5.2) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " المساندة العاطفية " تراوحت ما بين (4.51– 1.87) وجاءت الفقرة رقم (8) " **علاقتي مع أسرتي طيبة** " بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.51) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (90.16%)، وقيمة اختبار (ت)، (38.29) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي(0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة جداً من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويتبين للباحث أن هذه النتيجة عادلة لأن الأسرة تعتبر الملاذ الحقيقي للمريض، وكذلك يعود إلى المجتمع الفلسطيني المتمسك بتعاليم دينه الحنيف الذي يوصي بالأخوة والمحبة والاحترام والإخاء والعطف بين أفراد المجتمع ككل، ولأن أفراد مجتمع الدراسة منهم الأب والأم والأخ فقد أوصانا الله تعالى ببر الوالدين ورد الجميل لهم في الكبر حيث قال تعالى: (وَقَضَى رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا) [الإسراء:23]، وكذلك عادات وتقاليد الأسرة الفلسطينية ووقوفها تجاه أي شخص في هذه الأسرة, وتقوم الأسرة باحتواء هذا المريض لديها والحفاظ عليه من الأزمات النفسية والاجتماعية التي يشعر بها، حيث تقدم له كل الدعم في جميع مجالاته الحياتية وخاصةً النفسية، لأن الحالة النفسية تلعب دوراً كبيراً في التأثير على مرضى الفشل الكلوي، والأسرة بدورهم يقوموا بالتكيف مع ما يعتريه، وتخفف عليه وطأة الاضطرابات ونتائجها، وتعتبر الأسرة من مصادر القوة للمساندة الاجتماعية، فزيارة الأهل والأصدقاء للمريض، يُعزز من ذاته ويرفع من معنوياته.

بينما جاءت الفقرة رقم (5) " **تمنحني أسرتي الحرية في اتخاذ القرارات** " في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (3.78) وبوزن نسبي (75.5%)، وقيمة اختبار (ت) (10.74)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مريض الفشل الكلوي يُشكل حملاً ثقيلاً على أفراد الأسرة بسبب الاحتياج الدائم والمكثف للدعم المادي والنفسي والاجتماعي، لذلك تقوم الأسرة من باب التخفيف من عبء الحالة النفسية التي يمرون بها، وبالتالي تمنحهم الحرية في اتخاذ

قراراتهم بدرجة تحافظ على صحته بما لا يتعارض مع سير الحياة الاجتماعية، كي يشعر بأن مكانته لا زالت موجودة بالبيت ولم تتغير بعد المرض، وهذه الرقابة الاجتماعية من قبل الأسرة لمريضها لأنها تعلم أن المريض تتأثر حالته النفسية بسبب هذا المرض وبالتالي يُصبح غير قادر على الترتيب والتخطيط لبرامجه اليومية، والتي من شأنها أن تولد عنده الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية والتي بدورها تنعكس نتائجها السلبية على سلوكياته وتفاعلاته مع الآخرين.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" المساندة العاطفية" (4.16)، وبوزن نسبي يساوي (83.29%)، وقيمة اختبار (ت) (46.30)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (000.) لذلك يعتبر مجال" المساندة العاطفية " دال إحصائياً عند مستوى دلالة (05. ≥ α)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة لوضوح أهمية مفهوم المساندة العاطفية لدى أفراد المجتمع، وأن للمساندة العاطفية دوراً كبيراً في تعزيز الروابط والعلاقات الاجتماعية بين الأفراد، والتي تعمل على تعميق عمليات الاتصال بالآخرين وتقلل من سلوكهم من الانعزال والابتعاد، حيث تشمل التقدير والتأثير والثقة والاهتمام والاستماع، وكذلك لأن المجتمع الفلسطيني تغلب عليه العاطفة أكثر من أي شيء آخر، ويحتاج الفرد عموماً ومرضى الفشل الكلوي خصوصاً إلى مزيد من التفاعل الاجتماعي منذ اصابته بالمرض وخلال مراحل حياته المختلفة، ويرى الباحث أن المساندة العاطفية قد ينتج عنها منع الضغوط وهو ما يحسن من الاستجابات الانفعالية والسلوكية لهذه الفئة، وهو ما يفسر حصول بُعد المساندة العاطفية على المرتبة الأولى.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (العقاد، 2015) والتي نصت على أن المساندة العاطفية من أكثر أشكال المساندة لدى مرضى الفشل الكلوي. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (علي، 2020) والتي كشفت عن عدم وجود فروق بين أبعاد المساندة الاجتماعية ومن بينها المساندة العاطفية.

2) نتائج تحليل فقرات " بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية ":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد مساندة الصحبة الاجتماعية فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.3): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي%	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
20	أحظى بحب أصدقائي/ صديقاتي.	4.069	0.761	81.38	22.04	.000	3	كبيرة
21	أتلقى النصائح من الآخرين.	4.191	0.645	83.82	28.95	.000	2	كبيرة
22	يقف الآخرون بجانبي عند الحاجة.	4.301	0.728	86.02	28.04	.000	1	كبيرة جداً
23	أرفه عن نفسي بالخروج مع أقراني.	3.350	1.106	66.99	4.96	.000	11	متوسطة
24	يزورني رفاقي في مواعيد محددة.	3.695	0.853	73.90	12.79	.000	10	كبيرة
25	أشعر بالوحدة بين اصدقائي/ صديقاتي.	3.789	0.945	75.77	13.08	.000	8	كبيرة
26	ثقتي بأصدقائي/ صديقاتي معدومة.	3.915	1.025	78.29	14.00	.000	5	كبيرة
27	أحظى بعدد من الأصدقاء المخلصين.	3.715	0.935	74.31	12.00	.000	9	كبيرة
28	الثقة معدومة بمن حولي.	3.915	1.009	78.29	14.22	.000	6	كبيرة
29	أستمد القوة ممن حولي.	3.919	0.853	78.37	16.89	.000	4	كبيرة
30	أفتقد وجود أصدقاء في حل مشكلاتي الخاصة.	2.882	1.098	57.64	-1.68	.094	12	متوسطة
31	أشعر أن الخير يأتي من أصدقائي.	2.565	0.953	51.30	-7.16	.000	14	قليلة
32	أبوح بأسراري لأصدقائي.	2.695	1.054	53.90	-4.54	.000	13	متوسطة
33	أشعر بالراحة عند قضاء وقتي مع أصدقائي.	3.894	0.801	77.89	17.51	.000	7	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية		3.635	0.341	72.71	29.24	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.3) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " مساندة الصحبة الاجتماعية "تراوحت ما بين (4.3- 2.55) وجاءت الفقرة رقم (22)" **يقف**

الآخرون بجانبي عند الحاجة" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.30) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (86.02%)، وقيمة اختبار (ت)، (28.04) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي(0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة جداً من قبل أفراد عينة الدراسة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويُفسر الباحث هذه النتيجة أن الانسان يُحب من يقدم له الدعم ويقف بجانبه لكي يشعره بالأمل وتقبل العلاج، ولأن المريض يعاني من مرض مزمن يلازمه طوال حياته يمنعه من ممارسة أعماله ونشاطاته كما كان سابقاُ فيحتاج إلى هذا الدعم، وأيضاً هذا المرض يسبّب له نقص في الكالسيوم وهبوط في ضغط الدم، وهو ما يؤثر على نشاطه الجسدي، الأمر الذي يتطلب وقوف الآخرين بجانبه، ويحتاج المريض إلى من يقف بجانبه عند جلسة الغسيل الكلوي ويقدم له الطعام والشراب الذي يحتاجه، وخاصةً بعد الانتهاء من الغسيل الكلوي يقوم بمساعدته بالضغط على الوصلة الدموية لتوقف الدم عنها وقد يحتاج الأمر لوقت ليس بالقليل، ويستدعي هذا المرض المزمن وقوف ذوي المرضى مع مرضاهم وتقديم الدعم المعنوي والمادي مثل كثير من أنواع الأدوية والتحاليل والصور والوسائل المساعدة، ومن خلال عمل الباحث مع هذه الفئة ومعرفته الكاملة أن هؤلاء المرضى يحتاجون إلى كثير من أنواع الادوية والتي تختلف من شخص إلى آخر وحسب الفئة العمرية، وكذلك حسب وجود أمراض أخرى متلازمة معهم كالضغط والسكر والقلب .. إلخ، فإنهم يحتاجون إلى شراء هذه الأدوية وعلى نفقتهم الخاصة لعدم توفرها في المستشفيات أغلب الوقت، وهذا الأمر يحتاج إلى مصاريف إضافية غير مصاريف الأسرة، وكذلك وجب تقديم كثيراً من الدعم المعنوي جبراً لخواطرهم وتطييباً لأنفسهم، لأن وقوف الآخرين بجانب هذه الفئة يعطيهم قيمة ويهتدون بهم ويحبوهم ويعتبرونهم سنداً يمكن الركون إليهم وقت الحاجة.

بينما جاءت الفقرة رقم (31) " **أشعر أن الخير يأتي من أصدقائي.**" في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.55) وبوزن نسبي (51.30%)، وقيمة اختبار (ت) (-7.16)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مريض الفشل الكلوي المزمن يفتقد لوجود الأصدقاء بجانبه بسبب عدم تمكنه من الخروج وقضاء وقتاً ممتعاً معهم كما كان سابقاً بسبب التعب والإرهاق الذي يحصل معه بعد جلسات الغسيل الكلوي، وبسبب هبوط ضغط الدم أحياناً الأمر الذي يجعله يلزم البيت ولا يكون له أصدقاء بالعدد الكافي الذي كان سابقاً، وأيضاً الطعام والشراب المحدود قد يجعل المريض غير قادر على تكوين أصدقاء منعاً لإحراج نفسه، وبسبب نقص الكالسيوم لدى مريض الفشل الكلوي والذي يجعله لا يقوى على الجلوس أو المشي والحركة لفترات طويلة، الأمر الذي يحتم عليه ملازمة البيت وعدم الاشتراك في التفاعلات الاجتماعية والتي تهدف للتسلية والاسترخاء، وهذا ما يجعل المريض مفتقداً للروابط الاجتماعية مع الآخرين.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال"مساندة الصحبة الاجتماعية" (3.64)، وبوزن نسبي يساوي (72.71%)، وقيمة اختبار (ت) (29.24)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك يعتبر مجال" مساندة الصحبة الاجتماعية " دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة لوضوح أهمية مفهوم مساندة الصحبة الاجتماعية لدى أفراد المجتمع، وأن مساندة الصحبة الاجتماعية لها دور كبير في تعزيز المزاج الإيجابي عند الأفراد، وتعمل على تحسين مستوى صحته النفسية، ومساعدة المريض في أوقات الغسيل الكلوي وبعدها وتقديم كل ما يحتاج إليه من دعم معنوي ومادي، كما وتعمل على تفعيل وتقوية المهارات الدفاعية للتعامل مع الأحداث التي يمر بها مريض الفشل الكلوي والأفكار غير العقلانية حول القضايا المختلفة التي تعصف به، حيث حاز بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية على المرتبة الثانية بين أبعاد المساندة الاجتماعية، نظراً لوضوح مفهومه لدى أفراد المجتمع. وحسب رأي الباحث وعمله مع هذه الفئة فقد وجد أن الشبكات الاجتماعية يمكن أن تزود المرضى بخبرات وتجارب إيجابية والتي بدورها تكسبهم حالة من الوجدان والاستقرار في مواقف الحياة المختلفة، وللصحبة الاجتماعية أثراً في تحسين المناعة من خلال ضبط الانفعالات والتحكم في مستوى هرمونات الجسم المختلفة.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (فاردانجاني، 2013) التي أكدت شعور المرضى بالدعم والمساندة من الأصدقاء بدرجة عالية. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة

دراسة (علي، 2020) والتي نصت على عدم وجود فروق بين أبعاد المساندة الاجتماعية ومن ضمنها بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية.

3) نتائج تحليل فقرات " بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد المساندة الأدائية فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.4): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية"."

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
34	حينما أكون في ضائقة أجد من يهتم بي.	4.21	0.72	84.23	26.39	.000	1	كبيرة جداً
35	توفر مؤسسات المجتمع الدعم المعنوي لي.	2.48	1.12	49.51	-7.37	.000	10	قليلة
36	أتلقى الدعم المادي من مؤسسات المجتمع.	1.96	0.83	39.19	-19.73	.000	13	قليلة
37	أشارك في الرحلات الترفيهية التي تنظمها مؤسسات المجتمع.	2.11	0.95	42.28	-14.71	.000	12	قليلة
38	يساعدني أفراد أسرتي في رعاية الأبناء.	3.76	0.89	75.20	13.37	.000	7	كبيرة
39	تعمل المؤسسات على تنمية قدراتي.	2.15	0.91	42.93	-14.65	.000	11	قليلة
40	أستشير ذوي الخبرة في اتخاذ قرارتي.	3.93	0.75	78.62	19.47	.000	5	كبيرة
41	أتلقى العون من عائلتي.	4.17	0.86	83.33	21.22	.000	3	كبيرة
42	توفر لي أسرتي احتياجاتي.	4.20	0.82	83.90	22.73	.000	2	كبيرة

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار (ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
43	يقدم لي أبنائي الهدايا في المناسبات.	3.74	0.98	74.80	11.79	.000	8	كبيرة
44	تساعدني عائلتي في الأعمال المنزلية.	3.91	0.96	78.29	14.90	.000	6	كبيرة
45	أتلقى مساعدات من أشقائي.	2.92	1.15	58.37	-1.10	.270	9	متوسطة
46	تشجعني عائلتي على تحمل أعباء الحياة.	4.00	0.78	80.08	20.19	.000	4	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية".		3.35	0.41	66.98	13.249	.000		متوسطة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.4) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية". " تراوحت ما بين (84.2- 1.96) وجاءت الفقرة رقم (34) " **حينما أكون في ضائقة أجد من يهتم بي.**" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.21) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (84.2%)، وقيمة اختبار (ت)، (26.39) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (05.≥ α)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة جداً من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة المجتمع الذي يعيش فيه مريض الفشل الكلوي من تكافل واهتمام وترابط وحب للخير وتقديم النصائح والمساعدة، ولأن المجتمع الغزي بطبعه يحب مساعدة الناس الأصحاء، ناهيك عن أولئك المرضى بمرض مزمن كالفشل الكلوي وظروفهم الصحية والمادية الخاصة، وكذلك لأهمية المساندة الاجتماعية المقدمة من الأصدقاء من خلال شعور المريض بالدعم والمحبة والقبول من طرف أصدقائه وأسرته، مما يسهل من

عملية إعادة إدماجه في المجتمع كفرد طبيعي بدلاً من إقصائه، حيث تعمل على محو إحساسه بالوحدة والضعف، الأمر الذي من شأنه أن يدفع بالمريض نحو السعي إلى عيش حياة طبيعية رغم صعوبات المرض، حيث إن المهارة الاجتماعية في تقديم المساندة في وقتها المناسب، فيكون تأثيرها إيجابياً على المريض. ومن خلال عمل الباحث في قسم الغسيل الكلوي وجد كثيراً من دعم الأفراد وحضورهم اللافت خصوصاً للمرضى المشخصين لأول مرة ووجود ذويهم وجيرانهم وأصدقائهم وهو ما يفسر ميل هذه الفئة لقبول الآخرين الوقوف بجانبهم، وهو ما يؤدي إلى عدم العزلة والانطواء ونشر روح التسامح والمودة.

بينما جاءت الفقرة رقم (36)" **أتلقى الدعم المادي من مؤسسات المجتمع**." في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (1.96) وبوزن نسبي (39.2%)، وقيمة اختبار (ت) (19.73−), وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة مرض الفشل الكلوي المزمن وما يترتب عليه من نفقات وتكلفة مادية، فقد تحتاج كل جلسة تكلفة مادية ليست بالبسيطة من مواصلات وطعام وشراب له ولمرافقه، وكذلك بعض التحاليل والصور كالرنين المغناطيسي والتصوير المقطعي وبعض الأدوية الخاصة والوسائل المساعدة غير المتوفرة في مراكز وزارة الصحة، فيضطر المريض لشرائه على نفقته الخاصة، ويغطي التأمين لهم بعض أدوية الضغط والسكر والقلب ولكن توجد أدوية يتم شراؤها على نفقتهم الخاصة، فلا يوجد دعم مادي متوفر لهذه الفئة بشكل دوري وإنما تكون هناك مساعدات عينية قليلة للبعض منهم، ويرى الباحث أن الدعم المادي للأفراد وخصوصاً مرضى الفشل الكلوي يُعتبر من أهم مظاهر التكافل والمساندة الاجتماعية في كفاية المحتاجين، من ملبس ومأكل ومشرب وإيواء وغيرها من أمور المساندة المالية، ولأن الظروف المعيشية العامة لقطاع غزة والحصار الاقتصادي وكذلك جائحة كورونا يلقي بظلاله أثراً واضحاً على عدم مقدرة المؤسسات الحكومية وحتى الخاصة على تقديم الرعاية والدعم المادي الكافي لهذه الفئة.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية (3.35)، وبوزن نسبي يساوي (66.98%)، وقيمة اختبار (ت) (13.25)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك يعتبر مجال" بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية"." دالاً

إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن المساندة الأدائية أو ما تسمى بالإجرائية لها دور كبير في المساعدة في أداء مهمات أو أعمال صغيرة، قد تؤثر بالإيجاب على الحالة النفسية لمريض الفشل الكلوي، حيث حاز بُعد المساندة الأدائية على المرتبة الرابعة والأخيرة بين أبعاد المساندة الاجتماعية، وعلى الرغم من أهمية الدعم المادي لهذه الفئة والمساندة المادية إلا أننا لا نستطيع الاغفال عن مدى تأثير الدعم العاطفي والصحبة الاجتماعية ودعم الأقران والأصدقاء لهذه الفئة قد يثير اهتمامهم بشكل أكبر نتيجة لما تتركه علامات القلق والتوتر والعزلة وشعورهم بكثير من التنمر من الآخرين، فهم بحاجة إلى من يقبلهم ويساندهم ويهتم بمشاعرهم ويضمد جراح قلوبهم، ويكسبهم طرقاً وتقنيات للتكيف مع مصابهم، وتحتاج هذه الفئة إلى من يقف بجانبها من خلال التفاعل الاجتماعي وتقديم مختلف وسائل الدعم المعنوية والمادية.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (مقداد، 2015) التي نصت على أن مستوى المساندة الإجرائية جاء بنسبة متوسطة. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (علي، 2020) والتي نصت على عدم وجود فروق بين أبعاد المساندة الاجتماعية ومن ضمنها بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية ".

4) نتائج تحليل فقرات " بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات ":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.5): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
47	أتلقى التوجيهات من أسرتي.	**4.02**	0.83	80.49	19.30	.000	3	كبيرة
48	توجيهات المؤسسات تكون مفيدة لي.	**2.74**	1.07	54.72	-3.88	.000	8	متوسطة
49	يقدم لي	**3.78**	0.80	75.69	15.44	.000	6	كبيرة

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
	أصدقائي النصائح عند الحاجة.							
50	أتأثر بأفكار من أثق بهم.	**3.99**	0.85	79.76	18.13	.000	4	كبيرة
51	أجد العون عند قيامي بمهامي.	**4.10**	0.71	82.03	24.24	.000	2	كبيرة
52	أتلقى التشجيع من أهلي عند القيام بعمل ما.	**4.11**	0.72	82.20	24.08	.000	1	كبيرة
53	أستمع إلى المعلومات التي يقدمها لي رفاقي.	**3.83**	0.79	76.67	16.48	.000	5	كبيرة
54	يقدم لي أصدقائي النصح والإرشاد دون أن أطلب منهم.	**3.53**	0.92	70.57	9.01	.000	7	كبيرة
55	أشارك في الأنشطة المجتمعية.	2.53	1.04	50.65	-7.05	.000	9	قليلة
الدرجة الكلية لمجال بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات		3.63	0.484	72.54	20.32	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.5) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات " تراوحت ما بين (4.11- 2.53) وجاءت الفقرة رقم(52) " أتلقى التشجيع من أهلي عند القيام بعمل ما " بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.11) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (82.2%)، وقيمة اختبار (ت)، (24.08) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي(0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (α ≤.05)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة

المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مريض الفشل الكلوي قد يصاب بالعجز أو عدم القدرة على القيام بأعمال كان يقوم بها سابقاً قبل المرض بسبب الفشل الكلوي المزمن ومضاعفاته، ولذلك فقد تقوم الأسرة أو الأهل بتشجيعه عند قيامه بعمل ما لكي يشعر بالأمل والقوة والتوافق بدلاً من الإحساس بالفشل والإحباط، فقد تشركه في تنفيذ الأعمال المنزلية، وأخذ رأيه في مختلف القضايا المنزلية كالذهاب في رحلة أو تغيير ديكور المنزل، وكذلك يرجع السبب إلى تنوع أساليب المساعدات التي يتلقاها مريض الفشل الكلوي من أسرته وأصدقائه، والتي تتمثل في الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في كافة مواقف الحياة، والتي تُشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان فتجعله يثق بنفسه ويدركها، مما يزيد من كفاءته الاجتماعية، حيث تعمل على تشجيعهم على النظرة التفاؤلية للحياة والتمسك بالأمل، كما أن له تأثيراً إيجابياً على تشجيع المرضى على التخطيط وصنع القرار، والمسؤولية نحو مستقبل أفضل.

بينما جاءت الفقرة رقم (55) " **أشارك في الأنشطة المجتمعية**." في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.53) وبوزن نسبي (50.65%)، وقيمة اختبار (ت) (7.05−)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (000.) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (05. ≥ α)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث حصول هذه الفقرة على وزن نسبي ضئيل إلى أن مرضى الفشل الكلوي هم أشخاص شبه عاجزين عن المشاركة في الأنشطة المجتمعية والعمل، لما للمرض من أثر خطير على الصحة البدنية والنفسية وانعكاسات ذلك على واقع الحياة، ويرجع السبب كذلك لخوف بعضهم من نظرة الناس لهم بسبب وجود الوصلة الدموية وامكانية أن تسبب ألماً وتكون عرضة للنزيف بالإضافة إلى مظهرها غير المقبول من الآخرين، وبسبب مضاعفات المرض من ضعف عام وهزل شديد وألم في المفاصل وزيادة الحكة في الجسم، واضطراب النتائج المخبرية لوظائف الكلى تعكس حالة من الخمول والإجهاد، لذلك من الضروري فهم الحالة النفسية لمريض الفشل الكلوي والتفاعل معه بإيجابية وتقديم يد العون له وتوفير قدر الإمكان كل

المستلزمات التي يحتاجها ومعاونته على تعزيز ذاته وإيصاله إلى مرحلة التكيف مع هذا الواقع الجديد.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات " (3.63)، وبوزن نسبي يساوي (72.54%)، وقيمة اختبار (ت) (20.32)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (000.) لذلك يعتبر مجال" بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات " دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة لوضوح أهمية مفهوم مساندة التوجيه وتقديم المعلومات لدى أفراد المجتمع، وأهمية المعلومات المقدمة الخاصة بمواعيد جلسات الغسيل الأسبوعي وأنواع الطعام المسموح به وغير المسموح، وضرورة الاهتمام والعناية بجهاز الغسيل الكلوي، وتثقيف الأهل والمرافقين حول هذه المعلومات لأنهم يقضون وقت أطول مع المريض، ولأن مساندة التوجيه وتقديم المعلومات لها دورٌ كبيرٌ في مساعدة مرضى الفشل الكلوي على تشجيعهم والتخفيف عليهم والقدرة على تعزيز ذاتهم والتفاعل معهم بإيجابية وتقديم يد العون لهم، حيث حاز بعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات على المرتبة الثالثة بين أبعاد المساندة الاجتماعية، نظراً لوضوح مفهومه لدى أفراد المجتمع، ويرى الباحث أن هذا الوعي الصحي الذي يجب أن يتمتع به المرضى وذويهم من خلال تقديم المعلومات الكافية فيما يتعلق بطبيعة المرض والأعراض الجانبية ومواعيد الجلسات والتعرف لجهاز الغسيل الكلوي ومضاعفات قد تطرأ خلال تلك الجلسات، ولا نغفل عن الصورة والانطباعات التي ترسم على وجوه الآخرين من سخرية واحباط واستهزاء وهو ما يؤثر على الحالة المزاجية والانفعالية بشكل عام للمرضى، وحيث إن تلك المعلومات الهامة فيما يخص حالة أولئك المرضى قد تؤثر بشكل لافت على تردد أولئك للخضوع لجلسات غسيل دموي طارئة ناتجة عن تناول أطعمة غير مسموح بها وشرب كمية من السوائل تفوق الحد المسموح به، وكذلك اغفال المرضى وذويهم عن أخذ الأدوية بانتظام، وتعرضهم لنوبات من الغضب والتوتر والضغط النفسي.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (فاردانجاني، 2013) التي أكدت أن مستوى المساندة الاجتماعية جاء بنسبة مرتفعة. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (علي، 2020) والتي نصت على عدم وجود فروق بين أبعاد المساندة الاجتماعية ومن ضمنها بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

السؤال الثاني: ما درجة صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟

تم الإجابة على هذا السؤال باستخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والوزن النسبي لمستوى صورة الجسم، واختبار (ت) (t– test) لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3) أم لا لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن محل الدراسة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.6): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل مجال من مجالات مقياس صورة الجسم

رقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
1	التناسق العام لأجزاء الجسم.	3.48	0.49	69.58	15.30	.000	2	كبيرة
2	المنظور النفسي لشكل الجسم.	3.53	0.49	70.64	17.12	.000	1	كبيرة
3	المنظور الإجتماعي لشكل الجسم.	3.36	0.36	67.21	15.82	.000	5	متوسطة
4	المحتوى الفكري لشكل الجسم.	3.296	0.35	65.93	13.33	.000	4	متوسطة
5	المحتوى السلوكي لشكل الجسم.	3.297	0.44	65.94	10.64	.000	3	متوسطة
	المتوسط الكلي	3.39	0.24	67.83	25.87	.000		متوسطة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.6) أن المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة عن مجالات مقياس صورة الجسم تراوحت ما بين(5.53– 3.296)، وأكثر أبعاد صورة الجسم توافر جاء بعد " المنظور النفسي لشكل الجسم " بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة(3.53) وبوزن نسبي(70.64%) وبمستوى موافقة كبيرة، بينما جاء بعد" المحتوى الفكري لشكل الجسم" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.29) وبوزن نسبي(65.93%) وبمستوي موافقة متوسطة، أما المتوسط الحسابي لتقديرات عينة الدراسة على مقياس صورة الجسم ككل بلغ (3.39) وبوزن نسبي(67.83%) وبمستوى موافقة متوسطة، وقيمة الاختبار(25.87)، وأن

القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر فقرات هذا المقياس دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على توافر مجالات مقياس صورة الجسم عند أفراد العينة بدرجة متوسطة.

ويستدل من النتائج أعلاه على توافر صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن عينة الدراسة بدرجة متوسطة، ووجود اتجاهات إيجابية بين مجتمع الدراسة نحو صورة الجسم، مما يؤكد إدراكهم لمفهوم صورة الجسم، وأهمية ممارستها وخاصة في مجال المنظور النفسي لشكل الجسم الذي جاء بالمرتبة الأولى.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن هذه الفئة تعيش في مجتمع إسلامي لا يفرق بين أبيض وأسود، أو طويل وقصير، ولأن ثقافة المجتمع أيضاً لها دور كبير في تحسين صورة الجسم لديهم بسبب الدعم والمساندة الكبيرة المحيطة بهذه الفئة، ويرى الباحث أن مفهوم صورة الجسم هو من المتغيرات المهمة والتي تؤثر في التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، وتعد من المحددات المهمة لمفهوم الذات لدى الفرد، فتصور الفرد لذاته الجسمية في وقت ما، قد يحدد شعوره بالسرور أو الألم أو القوة أو الضعف أو الحيوية، وبالتالي تصور المريض لحالته الجسمية يكون من أهم في تحديد مشاعره وأحاسيسه.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (الشاعر، 2014) التي أكدت أن مستوى صورة الجسم جاء بنسبة (63%). واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (بيسر وديمير، 2020) التي أظهرت إلى أن درجة صورة الجسم كانت متدنية لدى مرضى الغسيل الكلوي.

وقد حُسب المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار **(ت)** (t– test) **لمعرفة** درجة الموافقة لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات كل مجال من مجالات مقياس **صورة الجسم** كل مجال على حدة، وعلى النحو الآتي:

1) نتائج تحليل فقرات " التناسق العام لأجزاء الجسم ":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد التناسق العام لأجزاء الجسم فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.7): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " التناسق العام لأجزاء الجسم "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
25	أشعر أنني جميل/ة وجذاب/ة.	3.78	0.72	75.53	16.80	.000	3	كبيرة
26	أشعر أن ملامح جسمي متناسقة.	3.49	0.91	69.88	8.51	.000	6	كبيرة
27	أنا غير جذاب/ة من الناحية الجسمية.	3.61	0.91	72.28	10.59	.000	5	كبيرة
28	أرى أن طولي مناسب.	3.88	0.75	77.56	18.33	.000	1	كبيرة
29	أشعر بالرضا عن وزني.	3.43	1.03	68.70	6.62	.000	7	كبيرة
31	أشعر بالرضا عن منطقة الخصر والبطن.	3.28	1.07	65.69	4.16	.000	8	متوسطة
32	أشعر بالرضا عن طولي وقوامي.	3.83	0.78	76.67	16.81	.000	2	كبيرة
33	أشعر بالرضا عن لون بشرتي.	3.73	0.78	74.63	14.65	.000	4	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال التناسق العام لأجزاء الجسم		3.48	0.49	69.58	15.30	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.7) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " التناسق العام لأجزاء الجسم " تراوحت ما بين (3.88-3.28) وجاءت الفقرة رقم (28) " أرى أن طولي مناسب. " بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (3.88) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (77.56%)، وقيمة اختبار (ت)، (18.33) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (05.≥ α)، مما يدل على أن

متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن جسم مريض الفشل الكلوي ومظهره الخارجي وصحته تؤثر على حالته النفسية، فهو يكون في حالة تكوين فكرة عن جسمه، وبنفس الوقت يُصارع المرض الذي ابتلاه الله سبحانه وتعالى به، فهو مؤمن بأن الله خلقه في أحسن تقويم، حيث قال تعالى: (لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِىٓ أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ) [التين: 4]، ويرى الطبيب ستيفن Steven (2015) أن فشل الكلى في إزالة السوائل الزائدة، يتسبب في تورم الساقين أو الوجه أو القدمين، الأمر الذي يؤدي إلى كبر البطن وزيادة كبيرة في الوزن، وشلل العضلات بسبب نقص الكالسيوم. وهذا ما يؤكد للباحث أن الأعراض الجسدية المتعلقة بهذا المرض لا تؤثر بشكل جوهري في طول الفرد، حيث إن هذا المرض يؤثر بشكل واضح في البنية الجسدية العضلية كمحيط الخصر ووزن المريض، وهو ما يفسر رضا هذه الفئة وقبولهم لأطوالهم حيث إن الطول والقصر له علاقة بجينات الفرد ولا علاقة مباشرة بطبيعة المرض.

بينما جاءت الفقرة رقم (31) " أشعر بالرضا عن منطقة الخصر والبطن." في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (3.28) وبوزن نسبي (65.69%)، وقيمة اختبار (ت) (4.16)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويبين الباحث أن من مضاعفات مرض الفشل الكلوي المزمن تجمع السوائل داخل الغشاء البريتوني مما يؤدي إلى انتفاخ البطن والخصر وهو ما يعرف علمياً بالاستسقاء، مما يؤدي إلى صعوبة في التنفس ويؤثر على شكل الشخص الخارجي، فقد يصيبهم الشره أثناء جلسات الغسيل الكلوي، فطبيعة التغذية لهذه الفئة تفرض عليهم نمطاً معيناً وأنواعاً مخصصة، والاضطرابات التي تصاحب المرض كالخلل الذي يصيب أملاح الدم مثل البوتاسيوم والصوديم والكالسيوم تترك أثراً في البنية الجسدية، وفي حالات كثيرة الاضطرابات النفسية والتوتر والقلق والمزاج المكتئب قد يجبر كثير منهم إلى نقص الرغبة في تناول الغذاء الصحي والأدوية اللازمة، لذلك جاءت هذه الفقرة في المرتبة الأخيرة. ويؤكد ذلك الطبيب ستيفن أيضاً Steven (2015) حيث ذكر أن العديد من الأمراض مثل السرطان والفشل الكلوي تتسبب في حدوث

استسقاء البطن، وهو تجمع كميات كبيرة من السائل داخل غشاء البطن مما يؤدي إلى الشعور بضيق النفس والانزعاج في بعض الأحيان.

وبشكل عام فقد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" **التناسق العام لأجزاء الجسم** " (3.48)، وبوزن نسبي يساوي (69.58%)، وقيمة اختبار (ت) (15.30)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (000.) لذلك يعتبر مجال" **التناسق العام لأجزاء الجسم** " دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$ .05)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن معظم أفراد عينة الدراسة موافقون على محور التناسق العام لأجزاء الجسم، لأن هؤلاء المرضى يعيشون في مجتمع اسلامي ومؤمنون بأن الله هو من خلقهم وخلق جسمهم، حيث قال تعالى: (يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُم مِّن ذَكَرٍ وَأُنثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا ۚ إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ ۚ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ) [الحجرات:13] ، وبالرغم من أن مرضى الفشل الكلوي يُعانون من هذا المرض نجد أن معظمهم ليسوا مُعترضون على خلق الله عز وجل، فهم مُؤمنون بخلقه سبحانه وتعالى، فهم مقتنعون بأن الله عز وجل صورهم في أحسن صورة، لذا فإنهم يشعرون بالرضا عن جسمهم وحالتهم ونظرتهم إلى أنفسهم كغيرهم من الأشخاص، ويمكن القول أن الأفراد أصحاب النظرة الإيجابية لأنفسهم يتميزون بأنهم يشعرون بقدراتهم وإمكانياتهم وما لديهم من ميزات خاصة في شخصياتهم، ويتميزون باتجاه واقعي ويتقبلون أنفسهم والآخرين والعالم الطبيعي كما هو. ويرى الباحث أن تمتع هذه الفئة بدرجة من القبول والرضا عن التناسق العام لأجسادهم تبقيهم على درجة من التمتع بالصحة النفسية بما تحتويه من البعد عن الاحباط واليأس وتحقيق شكلاً من التوزان الداخلي.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (القاضي، 2009) التي أكدت أن مستوى الشكل العام لصورة الجسم جاء بنسبة مرتفعة. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الشاعر، 2014) التي نصت أن مستوى التناسق العام لأجزاء الجسم جاء بنسبة منخفضة، وكذلك نتيجة دراسة (خطاب، 2014) التي نصت على أن مستوى المظهر العام لصورة الجسم جاء بصورة منخفضة.

2) نتائج تحليل فقرات " المنظور النفسي لشكل الجسم ":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد المنظور النفسي لشكل الجسم فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.8): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " المنظور النفسي لشكل الجسم "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
3	أشعر أنني شخص آخر بسبب التغيرات التي حدثت لجسمي.	4.58	0.69	91.63	35.76	.000	1	كبيرة جداً
4	ينتابني شعور بأن حياتي قد انتهت.	3.84	1.11	76.83	11.91	.000	3	كبيرة
7	أشعر أن شكلي منفر حتى لأقرب الناس لي.	3.89	0.91	77.72	15.28	.000	2	كبيرة
16	تأتيني بعض الأفكار لقتل نفسي بسبب مظهري.	3.30	1.16	66.10	4.13	.000	4	متوسطة
18	أشعر بالفشل في إنجاز مهامي.	3.05	1.33	60.98	0.58	.565	5	متوسطة
34	أشعر بالغيرة عندما أرى الأشخاص الأصحاء.	2.53	1.20	50.57	-6.18	.000	6	قليلة
الدرجة الكلية لمجال المنظور النفسي لشكل الجسم		3.53	0.49	70.64	17.12	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05. ≥ α.

يتضح من الجدول (5.8) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " المنظور النفسي لشكل الجسم " تراوحت ما بين (4.58-2.53) وجاءت الفقرة رقم (3) " أشعر أنني شخص آخر بسبب التغيرات التي حدثت لجسمي" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.58) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (91.63%)، وقيمة اختبار (ت)، (35.76)

وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي(0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة جداً من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويرى الباحث أن للفشل الكلوي علامات وأعراض جسدية تظهر على هذه الفئة تبدأ من الهزل العام وضعف البنية الجسدية وكذلك الاضطراب في العلامات الحيوية كضغط الدم، وكذلك ما يظهر على المريض من انتفاخ في الوجه وتورم والتهاب الوصلة الدموية الوردية، كل ما سبق بالإضافة إلى الحالة المزاجية والانفعالية وشعور هؤلاء بالنقص والغضب يؤثر على الحالة الجسدية والنفسية، وتجعل المريض يشعر أن كل شيء تغير وأنه قاصر على التعامل مع هذه المتغيرات الجسدية الجديدة ومع الحالة المرضية الطارئة التي تعرض لها، وهو يدرك يقيناً أن هذا المرض مزمن، وأنه بحاجة لفترات طويلة جداً من تناول الأدوية والتعرض لكثير من مضاعفات المرض.

بينما جاءت الفقرة رقم (34) " أشعر بالغيرة عندما أرى الأشخاص الأصحاء" في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.53) وبوزن نسبي (50.57%)، وقيمة اختبار (ت) (-6.18)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن مرضى الفشل الكلوي تختلف طاقات تحملهم ودرجة صبرهم على المرض عن بعضهم البعض، نجد بعضاً منهم يرى نفسه عاجزاً ومُصاباً بمرض فيتمنى أن يُصبح مثل الآخرين، لذلك يأتيه شعور الغيرة عندما يرى الآخرين أصحاء وغير مَرضى، ولأن كل فرد سواء مريض فشل كلوي أو غيره يحمل صورة عقلية لذاته الجسمية، وقد نجد في المقابل كثيراً من أفراد هذه الفئة مؤمنون أن الله قد قسم الصحة والرزق وأن كل شيء عنده بمقدار، ويستعمل هذه الصورة لقياس المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم، ويتبدل كل من إدراك الفرد ومفاهيم صورة الجسم الوجدانية، ويؤثر كل منهما على الإدراك، وردود الفعل، وأن الإنسان بطبعه اجتماعي، أي أن الانسان فطر على العيش مع الجماعة والتعامل معهم، ولأن ويعد اضطراب صورة الجسم شكلاً من أشكال الاضطرابات النفسية، والتي يكون فيها عدم الرضا عن المظهر الجسمي.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" المنظور النفسي لشكل الجسم " (3.53)، وبوزن نسبي يساوي (70.64%)، وقيمة اختبار (ت) (17.12)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك يعتبر مجال" المنظور النفسي لشكل الجسم " دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$ .05)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك حصول مجال المنظور النفسي لشكل الجسم على درجة موافقة كبيرة إلى أن صورة الجسم لها أهمية فائقة كظاهرة إنسانية لا تقل أهمية عن أي مفهوم أخر من المفاهيم النفسية، وأن صورة الجسم ليس شيئاً موروثاً وإنما هو مفهوم مُكتسب يتم تعلمه ثم يتطور عبر المرحلة الإنمائية للفرد، وأن معظم أفراد عينة الدراسة لديهم موافقة وقبول على فقرات بُعد المنظور النفسي لشكل الجسم، أي أن لديهم نظرة واسعة ومفهومة عن ما يحتويه شكل الجسم، ولديهم رضا عن حالتهم ووضعهم وأجسامهم، لذلك نجد أن مريض الفشل الكلوي بالرغم من حجم الألم والوجع الذي يكون مُصاب به، إلا أنه لا يستطيع أن يُغير شكله أو يبدي عدم موافقته، فليس في ذلك حول ولا قوة، فهذا خلق الله سبحانه وتعالى.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الشاعر، 2014) التي بينت أن مستوى المنظور النفسي لشكل الجسم لمرضى الحروق جاء بنسبة مرتفعة 68.62%. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (خطاب، 2014) التي توصلت إلى أن نسبة البُعد النفسي لصورة الجسم جاء بنسبة منخفضة 44.3%.

3) نتائج تحليل فقرات " المنظور الاجتماعي لشكل الجسم":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد المنظور الاجتماعي لشكل الجسم فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.9): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t– test) لكل فقرة من فقرات مجال " المنظور الاجتماعي لشكل الجسم "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار (ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
6	أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح.	2.74	1.13	54.88	-3.5	.000	5	متوسطة
12	أتفاعل مع الناس	4.13	0.67	82.52	26.2	.000	1	كبيرة

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار (ت)	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب	المستوى
	بطريقة طبيعية.							
19	أرى أني لدي قبول بين الآخرين رغم شكلي الحالي.	3.99	0.76	79.84	20.4	.000	3	كبيرة
22	أفضل العمل بمفردي بسبب شكل جسمي المختلف عن الآخرين.	2.96	1.27	59.11	−0.6	.580	4	متوسطة
23	رؤية الناس لي تسبب لهم بعض المضايقات.	2.30	1.08	46.02	−10.2	.000	6	قليلة
24	ليس لي أصدقاء بسبب مظهري الحالي.	4.05	0.80	80.98	20.5	.000	2	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال المنظور الاجتماعي لشكل الجسم		3.36	0.36	67.21	15.8	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05. ≥ α.

يتضح من الجدول (5.9) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " المنظور الاجتماعي لشكل الجسم " تراوحت ما بين (4.13−2.30) وجاءت الفقرة رقم (12) " أتفاعل مع الناس بطريقة طبيعية." بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.13) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (82.52%)، وقيمة اختبار (ت)، (26.2) وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (α ≤.05)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مريض الفشل الكلوي لا يختلف عن غيره من أفراد المجتمع، فجميعنا بشر، ولكن يبتلي الله سبحانه وتعالى عباده ليختبرهم ويقيس مدى صبرهم على ما ابتلاهم به، وكذلك لأن الإنسان بطبعه اجتماعي سواء كان صحيحاً أم مريضاً، يحب التفاعل والاندماج مع الناس، حيث قال تعالى: (وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا) [الحجرات،

13]، ولأن مريض الفشل الكلوي المزمن يلتقي بعدد كبير من الناس لتكرار حضوره إلى المستشفى لجلسات الغسيل الكلوي، فيتعامل مع فئات متنوعة ومتغيرة من الناس، ولأن مرضى الفشل الكلوي يجب أن نُعاملهم بلطف وأن نُحسن معاملتهم، وتقديم يد العون لهم، ومما لا شك فيه أن صورة الجسم تشغل حيزاً كبيراً من اهتمام الجميع، ويظهر هذا الاهتمام في (مريض الفشل الكلوي) على أن يظهر في أحسن صورة في عين الأفراد الآخرين، وتلعب صورة الجسم دوراً مهماً في تمتع الشخص بالصحة النفسية، فصورة الجسم السلبية تؤثر على الكفاءة الاجتماعية والجسمية للشخص.

بينما جاءت الفقرة رقم (23) " رؤية الناس لي تسبب لهم بعض المضايقات." في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.30) وبوزن نسبي (46.02%)، وقيمة اختبار (ت) (10.2−), وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن بعض المرضى قد يفقد الثقة في نفسه ويتأثر بكلام الآخرين عنه، ويتحسس من رؤية الناس له بشكله الجديد بعد هذا المرض وتغيراته عليه، فلا يحب أن يراه الناس على هذا الحال، وذلك لأن صورة الجسم الإيجابية تساعد مرضى الفشل الكلوي في رؤية أنفسهم جذابين وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة، فالأشخاص الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم بشكل إيجابي يكونون أكثر صحة، كما أن عدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان يترتب عليه الكثير من المشاكل النفسية والاجتماعية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، ويمكن القول أن صورة الجسم تؤثر معرفياً وانفعالياً على تفاعلاتنا الاجتماعية، وأن صورة الجسم ذات طابع اجتماعي ونفسي، لذا فمن الممكن أن تؤثر صورة الجسم على الحالة النفسية للفرد، وربما ترتبط باضطرابات نفسية كثيرة كالقلق والاكتئاب والعزلة الاجتماعية وغيرها، ويرى الباحث أن حضور هذه الفقرة في المرتبة الأخيرة لأن الناس عموماً يشعرون أنهم معرضون في أي وقت لأي طارئ كالمرض مثلاً أو الموت، وكذلك يعلمون أن معيار التمايز بين الناس في هذه الحياة هو التقوى وهو ما أشار إليه دينيا الحنيف، وكذلك الإشارة إلى عدم الاستهزاء والسخرية من الغير، لذا فقد نجد قبولاً من الناس لهذه الفئة بل وتعاوناً وتعاطفاً واحتراماً.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" المنظور الاجتماعي لشكل الجسم " (3.36)، وبوزن نسبي يساوي (67.21%)، وقيمة اختبار (ت) (15.8)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك يعتبر مجال" المنظور الاجتماعي لشكل الجسم " دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن صورة الجسم ما هي إلا صورة ذهنية نكونها عن أجسامنا، وهي مستمدة من أحاسيسنا الباطنة وخبراتنا الانفعالية، وما نعتقده عن نظرة الآخرين لنا، ونجد أن صورة الجسم ليست فقط المظهر الخارجي للشخص إلا أنها تتضمن جوانب إدراكية وسلوكية أخرى، لذلك جاءت النتيجة مرتفعة نظراً لتوافق أفراد مجتمع الدراسة مع فقرات بُعد المنظور الاجتماعي لشكل الجسم، ويرى الباحث أن إدراك الفرد لشكل الجسم من الناحية الاجتماعية يشعر الفرد بالكفاء والرضا والتوافق الاجتماعي مع الآخرين، مما يضمن قدرته على تغيير سلوكه وعاداته عند مواجهته لأي مشكلة مادية كانت أو اجتماعية، والتي تمكنه من المعايشة والانسجام مع الظروف المحيطة به، والمشاركة في الحياة الاجتماعية.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الشاعر، 2014) التي أكدت أن مستوى المنظور الاجتماعي لصورة الجسم جاء بنسبة مرتفعة. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (خطاب، 2014) التي أكدت أن مستوى البعد الاجتماعي لصورة الجسم جاء بنسبة منخفضة.

4) نتائج تحليل فقرات " المحتوى الفكري لشكل الجسم ":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد المحتوى الفكري لشكل الجسم فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.10): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " المحتوى الفكري لشكل الجسم "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
2	عندما أخرج كثيراً أفكر فيما يقوله الآخرون عن ملامح جسمي.	2.75	1.15	55.04	-3.37	.001	6	متوسطة

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
8	أتقبل جسمي كما هو عليه.	4.00	0.77	80.00	20.46	.000	3	كبيرة
9	أفكر كثيراً في عمليات التجميل.	1.75	0.80	34.96	-24.58	.000	8	قليلة جداً
10	أفتقر إلى الثقة بنفسي وشكلي.	4.00	1.08	80.00	14.52	.000	3	كبيرة
11	أرى أنني أتمتع بالقبول لدى الناس رغم شكلي.	4.08	0.62	81.63	27.33	.000	2	كبيرة
13	أعتقد أن شريك/ة حياتي يتقبلني رغم شكلي.	4.19	0.70	83.74	26.45	.000	1	كبيرة
14	أرى أن التغيرات الجسدية التي أعاني منها ليس لها حل.	3.47	1.08	69.35	6.77	.000	5	كبيرة
17	أحكم على الناس تبعاً لمظهرهم الخارجي.	2.12	1.05	42.36	-13.24	.000	7	قليلة
الدرجة الكلية لمجال المحتوى الفكري لشكل الجسم		3.30	0.35	65.93	13.33	.000		متوسطة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.10) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " المحتوى الفكري لشكل الجسم " تراوحت ما بين (4.19- 75.1) وجاءت الفقرة رقم (13) " أعتقد أن شريك/ة حياتي يتقبلني رغم شكلي " بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.19) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (83.74%)، وقيمة اختبار (ت)، (26.45) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي(0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (05.≥ α)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة المجتمع الغزي وعاداته القائمة على المحبة والحب والاحترام بين الأشخاص تكون درجة تقبلهم ومحبتهم أكثر لأن الأسرة الفلسطينية جبلت على ذلك، وهذه الصفات توارثتها الأجيال، ولأن تعاليم ديننا تدعو إلى المحبة والرضا حيث قال تعالى: (وَمِنْ ءَايَٰتِهِۦٓ أَنْ خَلَقَ لَكُم مِّنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَٰجًا لِّتَسْكُنُوٓاْ إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُم مَّوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِى ذَٰلِكَ لَءَايَٰتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ) [الروم: 21]، فتجد المريض متقبلاً من شريك حياته بغض النظر عما هو عليه أو ما به من مرض لكي يعيش حياة سعيدة تخلو من الاضطرابات النفسية، ولأن الرضا عن الجسم يرتبط بطريقة أو بأخرى بالشعور بالسعادة والاطمئنان، فالشخص الذي يشعر بالجاذبية هو شخص راضٍ عن صورته الجسمية، ويعتبر شخص سعيد يتمتع بقبول اجتماعي من قبل الآخرين، وإذا كان رضا الفرد أو عدم رضاه عن صورة الجسم يرتبط بما يصدره الآخرين من أحكام وتقييمات، فإن النمط الجسمي الذي يعتبر جذاباً ومناسباً له فاعلية قد تكون أعم وأشمل في التأثير على مدى رضا الفرد عن جاذبيته الجسمية والنفسية.

بينما جاءت الفقرة رقم (9) " أفكر كثيراً في عمليات التجميل." في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (1.75) وبوزن نسبي (34.96%)، وقيمة اختبار (ت) (24.58-)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة جداً من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك إلى درجة تقبل المرضى لمرضهم ومدى تعايشهم معه بسبب المساندة الاجتماعية المحيطة بهم، ولزيادة نسبة تقبل شريك حياتهم لهم، ولأن نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى من هم كبار السن فلا يفكرون في عمليات التجميل، بل يفكرون في التقرب إلى الله واحتساب الأجر على الله، ويرجع ذلك أيضاً لإدراك أفراد عينة الدراسة بخطورة عمليات التجميل وما تأثيرها على الإنسان، وموقف الدين الإسلامي منها، فيجب التفريق بين عمليات التجميل التي يراد بها زيادة الحسن، أو طلب الجمال، وبين ما يراد به إزالة ضرر أو عيب أو تشوه، ومعالجة ذلك. مثل ميل الأنف، أو بروز عظمة زائدة فيه، أو تباين واضح في سعة فتحتيه. فهذه العيوب ونحوها يجوز معالجتها بعملية جراحية.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" المحتوى الفكري لشكل الجسم " (3.30)، وبوزن نسبي يساوي (65.93%)، وقيمة اختبار (ت) (13.33)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك يعتبر مجال" المحتوى الفكري لشكل الجسم " دالاً

إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويرى الباحث أن عدم تقبل الآخرين من قبل أفراد العينة وعدم القدرة على الاندماج والتواصل والحكم المفرط وجلد الذات قد يسبب الضيق والقلق وهذا ما يعد تربة صالحة للاضطراب النفسي، ولذا فإن القدرة على التلاؤم مع البيئة المحيطة يجعله مستمراً في البقاء مدركاً لمكانته وإمكانياته، وتمكنه من المحافظة على الأمل واستخدام المهارات والإدراكات المعرفية اللازمة للمواجهة وحل الأزمات. ولذا فإن الباحث يعزو هذه النتيجة إلى أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على فقرات بُعد المحتوى الفكري لشكل الجسم، حيث تكون لديهم مفهوم واسع حول المحتوى الفكري لشكل الجسم، وأن معظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم يبقون صامتين ولا يفصحون عن معاناتهم النفسية وعن شعورهم بالاكتئاب ورغبتهم في الانتحار ويترددون في السعي أو البحث عن العلاج، وتسوء حالتهم خصوصاً إذا كان لديهم مرض مزمن كمرض الفشل الكلوي، فكل هذه الأمراض تؤثر على صورة الجسم لذلك يشعر المرضى بالاستياء والسخط.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الشاعر، 2014) التي نصت على أن مستوى المحتوى الفكري لشكل الجسم جاء بنسبة متوسطة. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (بيسر وديمير، 2020) التي نصت على أن مستوى المحتوى الفكري جاء بنسبة متدنية.

5) نتائج تحليل فقرات " المحتوى السلوكي لشكل الجسم":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد المحتوى السلوكي لشكل الجسم فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.11): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " المحتوى السلوكي لشكل الجسم "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
1	أحاول إخفاء جسمي عن الآخرين.	3.05	1.20	60.98	.64	.526	5	متوسطة
5	أتجنب النظر	3.77	1.11	75.45	10.89	.000	3	كبيرة

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
	للمرآة ورؤية ما حل بجسمي من تغيرات.							
15	أحاول إيجاد الحلول لمشكلتي عن طريق عمليات التجميل	1.84	0.83	36.83	-22.02	.000	6	قليلة
20	أشعر بالألم عند مقارنة شكلي بالآخرين.	3.33	1.22	66.67	4.29	.000	4	متوسطة
21	بدأت أتكيف مع مظهري الجديد.	3.93	0.75	78.70	19.61	.000	1	كبيرة
30	أحاول باستمرار أن أحسن مظهري.	3.85	0.81	76.99	16.42	.000	2	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال المحتوى السلوكي لشكل الجسم		3.30	0.44	65.94	10.64	.000		متوسطة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.11) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " المحتوى السلوكي لشكل الجسم " تراوحت ما بين (3.93- 1.84) وجاءت الفقرة رقم (21) " بدأت أتكيف مع مظهري الجديد." بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (3.93) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (78.70%)، وقيمة اختبار (ت)، (19.61) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (05.≥ α)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن مريض الفشل الكلوي يعاني من مرض مزمن يلازمه طوال حياته وتظهر عليه تغيرات جديدة على شكله تلازمه دوماً، ولأن هذا المرض علاجه بالغسيل

الكلوي مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً بمعنى أنه شيء متكرر خلال حياته، لا يمكن أن يتغير، لذا وجب على المريض أن يتأقلم ويتكيف مع مظهره الجديد، ويرى الباحث أن مريض الفشل الكلوي قد خرج من مرحلة الغضب والمساومة وصولاً إلى درجة معقولة من التقبل والرضا، ولذا فإن عدد المرضى يتوجهون بالسؤال والاستفسارات التي تتعلق بمرضهم ومضاعفاته إلى الفريق المعالج، وكثير من المرضى يحرص على حضور الندوات التثقيفية المتعلقة بالتغذية والأدوية والمضاعفات، ومطالعة المواقع الالكترونية التي تتناول مرضهم وطبيعته وأعراضه، لذا فقد يحرص بعض هؤلاء إلى تنظيم مواعيد أخذ العلاج، وكذلك مواعيد جلسات الغسيل الكلوي ومراجعة العيادات.

بينما جاءت الفقرة رقم (15) " أحاول إيجاد الحلول لمشكلتي عن طريق عمليات التجميل " في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (1.84) وبوزن نسبي (36.83%)، وقيمة اختبار (ت) (22.02-)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث حصول هذه الفقرة على نسبة قليلة لأن أفراد المجتمع وخاصة الأشخاص الذين يُعانون من تشوه في صورة الجسم والمُصابون بمرض الفشل الكلوي، مؤمنون بخلق الله للإنسان في أفضل صورة حيث قال تعالى: **(اللَّهُ الَّذِي جَعَلَ لَكُمُ الْأَرْضَ قَرَارًا وَالسَّمَاءَ بِنَاءً وَصَوَّرَكُمْ فَأَحْسَنَ صُوَرَكُمْ وَرَزَقَكُم مِّنَ الطَّيِّبَاتِ ۚ ذَٰلِكُمُ اللَّهُ رَبُّكُمْ ۖ فَتَبَارَكَ اللَّهُ رَبُّ الْعَالَمِينَ)** [غافر: 64]، ولأن هؤلاء المرضى ينظرون للتكيف والتعايش مع هذا المرض بما فيه من تغيرات كتبها وقدرها الله سبحانه وتعالى عليهم، لأنهم يُدركون تماماً أن عمليات التجميل قد حرمها الله سبحانه وتعالى في قرآنه العظيم، وأن لها خطورة على الإنسان، ولكن يجب التفريق بين عمليات التجميل التي يراد بها زيادة الحسن، أو طلب الجمال، ويرى الباحث أن عمليات التجميل تعتبر واحدة من العمليات المكلفة وباهظة الثمن خصوصاً في قطاع غزة مع ضعف القدرة الاقتصادية، وقد يترك الخوف من مضاعفات هذه العمليات أثراً ويسبب له هاجساً كبيراً، وهو ما يفسر قلة التردد على عيادات التجميل.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" المحتوى السلوكي لشكل الجسم " (3.30)، وبوزن نسبي يساوي (65.94%)، وقيمة اختبار (ت) (10.64)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك يعتبر مجال" المحتوى السلوكي لشكل الجسم " دال

إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك أن الجسم يحتل مكانةً مهمةً بالنسبة للفرد في علاقته مع نفسه ومع الآخرين، فهو وسيلة لتحقيق الاتزان الانفعالي والوجداني للفرد عن طريق الاعتناء بالصورة الجسدية ومحاولة إظهارها بطريقة ترضي مقاييس الصورة المثالية للمجتمع، فإذا وجد أن جسمه لا ينمو بشكل يحقق له صورة إيجابية من حيث المقاييس المتعارف عليها، فإن ذلك يضعه في وضع لا يُحسد عليه مما قد يؤثر على حالته الانفعالية والنفسية وسلوكه الاجتماعي، لذلك جاءت هذه النتيجة متوسطة على فقرات محور المحتوى السلوكي لشكل الجسم، ويرجع ذلك لأن صورة الجسم تُمثل انعكاساً نفسياً للجانب الوظيفي والعصبي والشكلي للجسم، وإن هذه الصورة تعبر عن فكرة الإنسان عن نفسه وعلاقته مع بيئته، فضلاً عن كونها ضابطاً يحدد السلوك الذي يمارسه الفرد باعتباره من الأمور الرئيسة التي تشغل بال كثير من الناس، ويظهر ذلك في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر، وهي التي تحدد تقدير الفرد لذاته وتناغمه مع أفراد المجتمع نفسياً واجتماعياً، لذلك يجد مرضى الفشل الكلوي أنفسهم أمام تحدياً جديداً ليتكيف مع المرض الذي أصابه، وأن يُحاول أن يتأقلم معه ومع أفراد المجتمع.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الشاعر، 2014) التي أكدت على أن نسبة المحتوى السلوكي لصورة الجسم جاء بنسبة متوسطة. بينما اختلفت هذه الدراسة مع نتيجة دراسة (بيسر وديمير، 2020) التي أكدت أن مستوى صورة الجسم جاء بنسبة متدنية.

النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث:

التساؤل الثالث: ما درجة الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟

تم الإجابة على هذا السؤال باستخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والوزن النسبي لمستوى الاتزان الانفعالي، واختبار (ت) (t– test) لعينة واحدة لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3) أم لا لمرضى الفشل الكلوي المزمن في المستشفيات محل الدراسة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.12): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل مجال من مجالات مقياس الاتزان الانفعالي

رقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
1	بُعد الضبط الانفعالي.	3.55	0.42	71.08	20.65	.000	3	كبيرة
2	بُعد المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة.	3.63	0.44	72.58	22.40	.000	2	كبيرة
3	بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات.	3.65	0.49	73.03	21.01	.000	1	كبيرة
	المتوسط الكلي	3.61	0.39	72.23	24.50	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.12) أن المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة عن مجالات مقياس الاتزان الانفعالي تراوحت ما بين (3.65- 3.55)، وأكثر أبعاد الاتزان الانفعالي توافر جاء بعد " التنظيم الذاتي للانفعالات" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة(3.65) وبوزن نسبي(73.03%) وبمستوي موافقة كبيرة، بينما جاء بعد" الضبط الانفعالي " في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.55) وبوزن نسبي(71.03%) وبمستوي موافقة كبيرة، أما المتوسط الحسابي لتقديرات عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي ككل بلغ (3.61) وبمستوي موافقة كبيرة، وبوزن نسبي(72.23%) وقيمة الاختبار(24.50)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر فقرات هذا المقياس دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (α ≤.05)، مما يدل على توافر مجالات مقياس الاتزان الانفعالي عند أفراد العينة بدرجة كبيرة.

ويستدل من النتائج أعلاه على توافر الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن عينة الدراسة بدرجة كبيرة، ووجود اتجاهات إيجابية بين مجتمع الدراسة نحو الاتزان الانفعالي، مما يؤكد إدراكهم لمفهوم الاتزان الانفعالي، وأهمية ممارستها وخاصة في مجال التنظيم الذاتي للانفعالات الذي جاء بالمرتبة الأولى.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة ومستوى القدرات التي يمتلكها هؤلاء المرضى في التحكم بانفعالاتهم بسبب التوجيه والإرشاد والدعم اللازم من البيئة الأسرية أو بيئة القسم الغسيل الكلوي، ولأن الاتزان الانفعالي قد يتأثر بالعديد من المؤثرات والعوامل التي قد تتباين في الفرد نفسه، فقد يرتبط بشخصية الفرد الذاتية، أو قد يرتبط بالبيئة المحيطة له، وما يتعرض له من مواقف خلال الحياة اليومية، وأن هذه العوامل تؤدي دوراً مؤثراً في قدرة الفرد على تحقيق الاتزان الانفعالي، وقد تتأثر الجوانب النفسية للفرد نتيجة الضغوط التي يتعرض لها الفرد وما يصاحبها من تغيرات نفسية وفسيولوجية، ويرى الباحث أن الحفاظ على مستوى معين من الانفعالات مطلب ضروري لحياة أفضل بعيدة عن أي اضطراب نفسي، لأن الانفعالات الزائدة عن الحد المعقول تؤدي بهذه الفئة إلى كثير من الاضطرابات النفسية والجسدية التي تؤثر سلباً على صحتهم، ونتيجة لذلك جاءت النتيجة مرتفعة على فقرات هذا المحور، نظراً لأن مجتمع الدراسة لديهم فهم واضح بالتغيرات التي تحدث للفرد عند الانفعال. ويرى الباحث أن الشخص السليم نفسياً هو القادر على السيطرة على انفعالاته والتعبير عنها وعدم اللجوء إلى الكبت وإخفائها أو المبالغة في إظهارها.

واتفقت هذه النتيجة مع بعض الدراسات كدراسة (زكريا، 2012) التي بينت أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي مرتفع بنسبة 54%، ونتيجة دراسة (بوشينة، 2018) التي أظهرت أن مستوى إدارة الانفعالات لدى المراهقين المصابين بداء السكري مرتفع. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الربضي، 2018) التي بينت أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة مدرسة الملك عبد الله جاء بدرجة متوسطة.

وقد حُسب المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار(ت) (t- test) لمعرفة درجة الموافقة لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات كل مجال من مجالات مقياس الاتزان الانفعالي كل مجال على حدة، وعلى النحو الآتي:

1) نتائج تحليل فقرات " بُعد الضبط الانفعالي ":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد الضبط الانفعالي فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.13): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد الضبط الانفعالي "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
1	يمكنني العيش في مناطق مزدحمة.	2.50	1.05	50.00	-7.45	.000	12	قليلة
2	أتحمل ضغوط العمل.	2.77	1.11	55.37	-3.29	.001	10	متوسطة
3	أشعر بأنني ناجح في الأعمال التي أقوم بها.	3.53	0.88	70.65	9.45	.000	8	كبيرة
4	أسعى للإصلاح بين المتخاصمين.	4.14	0.50	82.76	35.69	.000	2	كبيرة
5	أدرك جيدا انفعالات الآخرين.	4.08	0.63	81.63	27.04	.000	3	كبيرة
6	أنزعج كثيرا من الأحداث المؤلمة التي تصيب مجتمعي.	4.47	0.67	89.43	34.24	.000	1	كبيرة جداً
7	أسعى بألا أرد الإساءة مهما كانت العواقب.	4.07	0.81	81.46	20.66	.000	4	كبيرة
8	ألجأ إلى تناول العقاقير المهدئة عند مواجهة الضغوط.	2.72	1.20	54.47	-3.62	.000	11	متوسطة
9	أتحكم بذاتي عند الغضب.	3.30	1.09	65.93	4.27	.000	9	متوسطة
10	أثق بنفسي على مواجهة المواقف الصعبة.	3.81	0.75	76.18	17.03	.000	5	كبيرة

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
11	أتعامل مع مشكلاتي بروح التحدي.	3.60	0.96	71.95	9.73	.000	7	كبيرة
12	أتقبل انتقاد الآخرين بصدر رحب.	3.65	1.02	73.09	10.09	.000	6	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال بُعد الضبط الانفعالي		3.55	0.42	71.08	20.65	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≤ α.

يتضح من الجدول (5.13) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " بُعد الضبط الانفعالي " تراوحت ما بين (4.47– 2.50) وجاءت الفقرة رقم (6) " أنزعج كثيرا من الأحداث المؤلمة التي تصيب مجتمعي." بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.47) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (89.43%)، وقيمة اختبار (ت)، (34.24) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (α ≤.05)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة جداً من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك إلى طبيعة وثقافة المجتمع الغزي الاجتماعية والمساندة والمجاملة، ومشاركة الآخرين أفراحهم وأحزانهم، هذه كلها صفات توارثتها الأجيال وباقية، ولأن ديننا الحنيف أوصانا بالأخوة والوقوف بجانب بعضنا البعض ونكون كالبنيان المرصوص حيث قال تعالى: **(إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلِحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ)** [الحجرات: 10]، ويرى الباحث أنه بالرغم مما يمرون به مرضى الفشل الكلوي من معاناة وحالة نفسية سيئة، إلا أننا نجدهم أكثر عاطفية فيما يتعلق بالأحداث التي تُصيب المجتمع، فالاتزان الانفعالي له دور كبير في تشكيل شخصية الأفراد، ويتسم الأفراد الذين يتمتعون بالاتزان الانفعالي بالقدرة على التفكير السليم والمتوازن في المواقف الصعبة والشدائد مع الحفاظ على هدوء الأعصاب، وهم واقعيون حول مواقف الحياة، أما الأشخاص الذين يفتقرون للاتزان

الانفعالي فيكونوا أقل استقراراً عاطفياً، ومن السهل أن يشعروا بالانزعاج والضيق وأن يشعروا بالإحباط لأي ظرف غير مرغوب عندهم، بالإضافة إلى الشعور بالحزن والاكتئاب والإحباط.

بينما جاءت الفقرة رقم (1) " يمكنني العيش في مناطق مزدحمة " في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.50) وبوزن نسبي (50%)، وقيمة اختبار (ت) (7.45-)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.05 $\geq \alpha$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك أن معظم أفراد عينة الدراسة غير موافقون على هذه الفقرة نظراً لأن مرضى الفشل الكلوي يجلسون ثلاثة أيام أسبوعياً بواقع أربع ساعات على جهاز الغسيل الكلوي وفي مكان مغلق ومزدحم، فإنهم يحتاجون إلى الهدوء، وإلى المناطق الأقل ازدحاماً، حتى لا تزيد انفعالاتهم النفسية، نظراً لما يمرون به من وقت عصيب في فترة علاجهم، وبسبب ارتفاع أملاح الدم لديهم الأمر الذي يسبب لدى هذه الفئة ضيق التنفس وعدم التحمل، وبالتالي ظهور الاستجابات السلبية في مواجهة الضغوط النفسية والمواقف السيئة التي يتعرض لها مريض الفشل الكلوي مما قد يؤدي إلى اضطراب الصحة النفسية له، لذلك جاءت النتيجة منخفضة، نظراً لعدم موافقة أفراد عينة الدراسة على هذه الفقرة؛ ذلك أن لا أحد يعيش في الأماكن المزدحمة فهي تؤثر على الحالة النفسية للأفراد.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" بُعد الضبط الانفعالي " (3.55)، وبوزن نسبي يساوي (71.08%)، وقيمة اختبار (ت) (20.65)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك يعتبر مجال" بُعد الضبط الانفعالي " دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة (.05 $\geq \alpha$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أن أفراد عينة الدراسة مُدركون تماماً لمفهوم الضبط الانفعالي لدى الأفراد، ومدى أهميته في التأثير على شخصية الفرد، وتكوينها، وأن عدم ضبط الانفعالات والتحكم بها يؤدي إلى شرخ العلاقات الاجتماعية والشعور بالغضب والتوتر النفسي، ويرى الباحث أن هذه الفئة منهم كبار السن والشباب والمتعلمون وغيرهم فهم يتأثرون بالآخرين

ويدركون جيداً انفعالات الآخرين لأنهم دوماً معهم ويقضون أوقاتاً طويلة سوياً، لذلك تجدهم يتقبلون نقد الآخرين لأن الاتزان الانفعالي يعد من أهم المقومات التي تُساعد مريض الفشل الكلوي على تأدية وظائفه العقلية بنظام وتنسيق، وكي يتم جلسة غسيله بكفاءة عالية بعيداً عن أي توتر أو ضغط يؤثر على حالته النفسية والصحية، لذلك جاءت النتيجة مرتفعة.

2) نتائج تحليل فقرات " بُعد المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بعد المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.14): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة "

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
13	أتأقلم سريعا مع طبيعة التغيرات.	3.77	0.78	75.37	15.41	.000	4	كبيرة
14	أفكر بأشكال مختلفة عند تعرضي لمشكلة.	3.63	0.86	72.52	11.40	.000	8	كبيرة
15	يتسم سلوكي بالمرونة.	3.63	0.95	72.68	10.47	.000	7	كبيرة
16	أتكيف مع الظروف المحيطة بي.	3.99	0.64	79.84	24.35	.000	1	كبيرة
17	أقوم بأعمال يصعب على الآخرين القيام بها.	2.64	1.04	52.85	-5.40	.000	11	متوسطة
18	أعترف بأخطائي بسهولة.	3.62	0.94	72.36	10.27	.000	9	كبيرة
19	أبدأ بالاعتذار للآخرين.	3.64	1.00	72.76	10.01	.000	6	كبيرة
20	يمكنني التعامل مع الغرباء.	3.82	0.81	76.34	15.92	.000	3	كبيرة

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
21	أتمتع بمهارات تواصل فعالة.	3.72	0.86	74.47	13.20	.000	5	كبيرة
22	يسهل علي الانسحاب من النقاش والجدل غير المفيد.	3.52	0.93	70.49	8.86	.000	10	كبيرة
23	أتكيف بسرعة مع المرضى الجدد.	3.95	0.75	79.02	19.78	.000	2	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة		3.63	0.44	72.58	22.40	.000		كبيرة

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05. ≥ α.

يتضح من الجدول (5.14) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة " تراوحت ما بين (2.64– 3.99) وجاءت الفقرة رقم (16) " أتكيف مع الظروف المحيطة بي. " بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (3.99) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (79.84%)، وقيمة اختبار (ت)، (24.35) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (α ≤.05)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة هذا المرض الفشل الكلوي المزمن ومضاعفاته، فمريض الفشل الكلوي المزمن يمر بمواقف وخبرات متكررة ومتنوعة، ويمر عليه مرضى جدد يتعرف عليهم وينصحهم، ولأن هؤلاء المرضى مؤمنون بقضاء الله وقدره، ويدركون جيداً نهاية هذا المرض الخطير، وأحياناً يكون المريض نفسه بصحة جيدة اليوم وبعد غدٍ يكون عكس ذلك، فأموره متقلبة وليست ثابتة على نفس الحال بسبب طبيعة هذا المرض، وربما لم يحضر مع المرافق يوماً، كل هذه الظروف والأسباب تجعل المريض يتعلم الصبر على تحمل المرض والتكيف مع الظروف البيئية المحيطة به، ومحاولة التعايش مع هذا المرض الخطير، وقد تكون

الأمور الروتينية التي يتعرض لها شبه يومياً من مواعيد جلسات غسيل وطبيعة الأكل والشرب لها أثر كبير في التكيف والتأقلم، ويرى الباحث أن أهمية الاتزان الانفعالي تكمن في السعادة والكفاءة في التعامل مع البيئة المحيطة بالفرد، وأن عملية الاتزان الانفعالي هي المرونة في التعامل مع الانفعالات بحيث تجعل مريض الفشل الكلوي يتمتع بالمرونة والتأني وهو جوهر أساسي في عملية التوافق والصحة النفسية السليمة التي تمكنه من التعامل مع المواقف المألوفة والجديدة بحكمه ونجاح، لذلك يجد المريض نفسه أمام عقبات لا يستطيع أن يجتازها بسهولة، فيكون أمام تحدي نفسي وهو أن يتكيف مع الظروف المحيطة بالبيئة التي يعيش بها، وأن يكون تحت الأمر الواقع الذي ابتلاه الله به، وأن يَصبر على تحمل هذا المرض، وأن يتكيف مع البيئة المحيطة به.

بينما جاءت الفقرة رقم (17) " أقوم بأعمال يصعب على الآخرين القيام بها " في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.64) وبوزن نسبي (52.85%)، وقيمة اختبار (ت) (5.40-)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث حصول الفقرة على وزن نسبي ضئيل للأسباب التالية: مضاعفات مرض الفشل الكلوي المزمن من تقلص في العضلات، تعب وإرهاق شديد بسبب نقص في هيموجلوبين الدم، وألم في المفاصل بسبب نقص الكالسيوم وفيتامين د، وبسبب النصائح الطبية التي تُطلب منه مثل عدم حمل أي شيء ثقيل في اليد التي يوجد بها جهاز الغسيل، ولأن الأعمال والجهد تتطلب شرب الماء للتعويض وهذا أمر غير مسموح لأن شرب الماء بقدر بالنسبة لوضعه الصحي، وكذلك توجد فئة كبيرة من كبار السن لا يستطيعون القيام بأعمال وأفعال مثل الآخرون، ويرى الباحث من خلال عمله مع هذه الفئة أن مريض الفشل الكلوي يجب أن يرتاح وأن لا يقوم بأعمال مُجهدة عليه تؤثر على جسمه وبدنه وحالته النفسية؛ لأن ذلك يؤثر على صحته النفسية والبدنية، وبالتالي هُناك خطورة عليه، فيجب أن يتأقلم مع الواقع الذي يعيشه، وأن يكون في هدوء، وعدم الميل إلى العدوان وتحمل المسؤولية، والمثابرة في الأداء والقدرة على العيش في توافق اجتماعي وأن يتحكم بانفعالاته ويبني سلوكاً أخلاقياً ثابتاً.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة " (3.63)، وبوزن نسبي يساوي (72.58%)، وقيمة اختبار (ت) (22.40)،

وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك يعتبر مجال" المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة " دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مجتمع الدراسة يوافقون على فقرات بُعد المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة، نظراً لوضوح أهميته في حياة الأفراد وخصوصاً مرضى الفشل الكلوي، لأن هذه الفئة تتعرض للكثير من المثيرات والمتغيرات ويتعامل شبه يومياً مع مجموعة من الناس المختلفة لذا تجد لديهم المرونة في التعامل، ويرى الباحث أن تلك المرونة تؤثر عليهم وتساعدهم على التغلب على عصب الوقت، وأن يكونوا أكثر دراية بما يواجهونه أو بما قد يواجهونه مستقبلاً، وأن يكون لديهم مرونة ودراية بشكل أكبر في التعامل مع مثل هذه الأحداث، حتى تتمكن هذه الفئة من التقليل من الضغط النفسي والاكتئاب والابتعاد عن الأفكار الانتحارية، لذلك جاءت هذه النتيجة مرتفعة نظراً لوجود موافقة من قبل مجتمع الدراسة على بُعد المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة.

3) نتائج تحليل فقرات " بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات.":

حسبت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار (ت) لاستجابات أفراد الدراسة على بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات فكانت كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.15): المتوسط الحسابي والنسبي والانحراف المعياري واختبار(ت) (t- test) لكل فقرة من فقرات مجال " بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات."

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
24	أحتفظ بهدوئي عند التعرض لمشكلة.	3.37	1.06	67.35	5.44	.000	7	متوسطة
25	أستطيع التركيز عند التعرض للضغوط.	3.26	1.07	65.12	3.74	.000		متوسطة
26	أقيم ردود أفعالي تجاه المثيرات التي أتعرض لها.	3.26	0.98	65.20	4.15	.000	11	متوسطة

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة اختبار(ت)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الترتيب	المستوى
27	أنظر بشمولية لما أقوم به من أعمال.	3.31	0.95	66.26	5.17	.000	9	متوسطة
28	يستطيع الآخرون الاعتماد علي.	3.33	1.09	66.59	4.73	.000	8	متوسطة
29	أدافع عن آرائي عند اقتناعي بها.	4.20	0.59	83.90	31.89	.000	2	كبيرة
30	أتعامل مع الآخرين بشكل إيجابي.	4.15	0.57	82.93	31.32	.000	3	كبيرة
31	لدي القدرة على التفكير المستنير.	3.73	0.90	74.55	12.74	.000	5	كبيرة
32	أجد صعوبة في البقاء بعيدا عن الآخرين.	3.31	1.11	66.18	4.38	.000	10	متوسطة
33	أدرك أن التخطيط الجيد يقود إلى تحقيق الأهداف.	4.33	0.72	86.50	28.76	.000	1	كبيرة جداً
34	أرى نفسي هادئا معظم الوقت.	3.63	0.94	72.68	10.62	.000	6	كبيرة
35	أدعم الآخرين دون أن يطلبوا مساعدة.	3.96	0.72	79.11	20.85	.000	4	كبيرة
الدرجة الكلية لمجال بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات		**3.65**	**0.49**	**73.03**	**21.01**	**.000**		**كبيرة**

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.15) أن المتوسطات لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال " بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات " تراوحت ما بين (3.26– 4.33) وجاءت الفقرة رقم (33) "

أدرك أن التخطيط الجيد يقود إلى تحقيق الأهداف." بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدرة (4.33) (الدرجة الكلية من 5) أي بوزن نسبي (86.50%)، وقيمة اختبار (ت)، (28.76) وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (0.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة جداً من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأولى في هذا المجال.

ويعزو الباحث ذلك لأهمية التخطيط في حياة الأفراد وخاصة هذه الفئة، فالتخطيط الجيد يعمل على تحقيق الأهداف المتوقعة، ولكي تكون عملية التخطيط ناجحة، يجب أن تراعي الخطة الواقعية وأن تكون قابلة للتحقيق وليست خيالية أي يصعب تحقيقها، وأن تتسم بالمرونة بوضع بدائل متعددة للاختيار بينهم، ويرى الباحث أن التخطيط لمريض الفشل الكلوي مهم جداً، حيث يساعده على التغلب على المشكلات التي قد يواجهها، لأن هؤلاء المرضى منهم المهندس والمعلم والحكيم وغيره من المهن، فهم يلتزمون بمواعيد الجدول الأسبوعي للغسيل الدموي، ومواعيد مراجعة الطبيب، فيجدون أنفسهم بحاجة ماسة لهذا التخطيط الجيد لكي ينسقوا بين أمور حياتهم ومواعيد جلساتهم، وذلك لأن جدول الغسيل الخاص بهم متغير عند الأغلب، تارةً يبدأ الساعة السابعة صباحاً وينتهي الساعة الحادية عشر صباحاً، أحياناً يبدأ الساعة الحادية عشر صباحاً وينتهي الساعة الثالثة عصراً، وتارةً أخرى يبدأ الساعة الثالثة عصراً وينتهي الساعة السابعة مساءً، وتجد المرضى منهم من لديه مصالح وأهداف يسعى لتحقيقها، فهم يدركون أن الحضور لجلسات الغسيل الكلوي يضمن لهم عدم تأخرهم وتحقيق أهدافهم المرجوة.

بينما جاءت الفقرة رقم (26) " أقيم ردود أفعالي تجاه المثيرات التي أتعرض لها. " في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (3.26) وبوزن نسبي (65.20%)، وقيمة اختبار (ت) (4.15)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (.000) لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وبذلك جاء ترتيبها في المرتبة الأخيرة في هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة للأسباب التالية: أن مريض الفشل الكلوي المزمن يتعرض لمثيرات متعددة بداية من الأسرة والبيئة المحيطة به، مروراً بالمثيرات والمواقف التي يتعرض لها داخل قسم الغسيل الكلوي من طول انتظار، وتعطل جهاز الغسيل أحياناً، وانقطاع الكهرباء الأمر الذي يؤدي إلى تأخر توصيل المريض بجهاز الغسيل الخاص، وأنانية مريض الفشل

الكلوي الذي يفضل نفسه أحياناً على الآخرين، وارتفاع نسبة وظائف الكلى مثل اليوريا والكرياتينين الأمر الذي يؤثر عليه سلباً، كل هذه المثيرات المتنوعة تجعل المريض يفقد أعصابه أحياناً وتجده ينفعل بطريقة مفاجئة ولا يقيم ردود أفعاله، ويرى الباحث أن قدرة الفرد على تقييم ذاته من أكثر الجوانب المركزية في بنائه السيكولوجي، وتقدير الذات لا يولد مع الإنسان، بل هو مكتسب من تجاربه في الحياة وطريقة رد فعله تجاه التحديات والمشكلات في حياته، وعملية تقدير الذات هي عملية دالة للمتغيرات الشخصية والاجتماعية كالمستوى الأكاديمي أو الأخلاقي أو الثقافي أو الاقتصادي، فيجد مريض الفشل الكلوي في هذه الحالة أمام المثيرات التي يتعرض لها، والتي قد تنتج عنها شعور غير مُناسب له، كالشعور بالذنب والخزي والندم، لذلك جاءت هذه الفقرة بنسبة متوسطة، أن الفرد عليه أن يُقيم ذاته، لبذل المزيد من الجهد والسعي إلى تحقيق المزيد من النجاح في مختلف مناحي الحياة.

وبشكل عام قد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمجال" بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات " (3.65)، وبوزن نسبي يساوي (73.03%)، وقيمة اختبار (ت) (21.01)، وأن القيمة الاحتمالية (.Sig) تساوي (000.) لذلك يعتبر مجال" بُعد التنظيم الذاتي للانفعالات " دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه المجال قد زاد عن درجة الموافقة المتوسطة، وهي (3)، وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن التنظيم الذاتي للانفعالات يُعتبر سمة للأفراد، حيث يتسم بالقدرة على التحكم في الانفعالات وضبط النفس في المواقف التي تثير الانفعال، وأن تكون الحياة الانفعالية ثابتة لا تتذبذب ولا تتقلب لأبسط الأمور، وأن يَنظر إلى العالم نظرة مرحة، لأن من يتمتع بالتنظيم الذاتي للانفعالات يشعر بالسعادة والهدوء وثبات المزاج، ويرى الباحث أن هذه الفئة تدرك جيداً قيمة التخطيط الجيد وتنظيم الانفعالات لما له من تأثير كبير على الصحة النفسية لديهم وتقبل الشكل لديهم وتقبل العلاج، والعيش بتكيف مع هذا المرض المزمن، لذلك جاءت هذه النتيجة مرتفعة لأهمية مفهوم التنظيم الذاتي للانفعالات لدى أفراد العينة محل الدراسة.

النتائج المتعلقة بالتساؤل الرابع:

التساؤل الرابع: هل هناك علاقة بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم اختبار الفرضية الاتية:

الفرضية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ولقد تم التحقق من صحة هذه الفرضيات عن طريق إيجاد معاملات الارتباط باستخدام" معامل بيرسون" بين الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية بأبعادها وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن لمعرفة ما إذا كان هناك علاقة بينهما، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون:

جدول (5.16): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة للمقياس المساندة الاجتماعية بأبعاده وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن

متغير المساندة الاجتماعية بأبعادها		متغير التابع صورة الجسم بأبعادها					
البعد	**المؤشرات الإحصائية**	**التناسق العام لأجزاء الجسم**	**المنظور النفسي لشكل الجسم**	**المنظور الاجتماعي لشكل الجسم**	**المحتوى الفكري لشكل الجسم**	**المحتوى السلوكي لشكل الجسم**	**الدرجة الكلية لصورة الجسم**
المساندة العاطفية	معامل الارتباط	.193**	-.194-**	.090	-.023	.181**	.099
	القيمة الاحتمالية	.002	.002	.157	.715	.004	.121
مساندة الصحبة الاجتماعية	معامل الارتباط	.187**	-.007	.200**	.128*	.250**	.267**
	القيمة الاحتمالية	.003	.918	.002	.045	.000	.000
المساندة الأدائية " الإجرائية"	معامل الارتباط	.243**	-.061	.304**	.135*	.067	.245**
	القيمة الاحتمالية	.000	.342	.000	.035	.295	.000
مساندة التوجيه وتقديم المعلومات	معامل الارتباط	.268**	.010	.327**	.364**	.056	.365**
	القيمة الاحتمالية	.000	.871	.000	.000	.385	.000
الدرجة الكلية للمتغير المساندة الاجتماعية بأبعادها	معامل الارتباط	.290**	-.106	.282**	.166**	.190**	.296**
	القيمة الاحتمالية	.000	.099	.000	.009	.003	.000

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≤ α.

يتضح من الجدول (5.16) أن معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم يساوي (0.296)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية والدرجة الكلية لصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية ازداد مستوى صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أن هناك "علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى قوة العلاقة بين أبعاد المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن إلى تجانس الفئة المستهدفة، واتفاقها على ضرورة توضيح مفهوم المساندة الاجتماعية ومدى تأثيره على مريض الفشل الكلوي، حيث إن المساندة الاجتماعية لها دور كبير وفعال في التخفيف من حدة مرضهم وآلامهم والآثار النفسية والاجتماعية السلبية الناتجة عن ذلك، وكذلك المواقف والصعوبات التي يتعرضون لها خلال ممارسة حياتهم اليومية، ويرى الباحث أن تقبل المريض لذاته يساعد على إكسابه أنماط سلوكية صحية تساعده على المحافظة على نشاطه وصحته، وأن من يتمتع بمساندة اجتماعية من الآخرين يصبح شخصاً واثقاً من نفسه وقادراً على تقديم المساندة الاجتماعية للآخرين، ومتقبلاً لذاته وشكله مما يؤثر إيجابياً عليه ويساعده على تحمل المرض ومضاعفاته ويتكيف مع هذا المرض المزمن، لأن هناك ارتباط موجب بين صورة الجسم والتوافق الاجتماعي.

وقد اتفقت هذه الدراسة مع نتيجة دراسة الأطرش (2015) التي أكدت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والتوافق النفسي الاجتماعي، وكذلك نتيجة دراسة (البهنساوي، 2014) التي أكدت وجود علاقة دالة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية المدركة وصورة الجسم. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (مقداد، 2015) التي أظهرت أنه لا توجد علاقة بين أبعاد المساندة الاجتماعية وقلق المستقبل.

ويتفرع من الفرضية الرئيسة مجموعة من الفرضيات الفرعية التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة العاطفية) وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.16) أن معامل الارتباط بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة العاطفية) وصورة الجسم يساوي (0.099)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (.121)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد المساندة العاطفية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى ثبوت صحة الفرضية الصفرية، وعدم تحقق الفرضية البديلة، أي أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة العاطفية) وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه مهما كانت المساندة العاطفية من خلال إظهار العطف والمحبة للمريض ولا سيما من قبل المحيط الاجتماعي القريب باستخدام الايحاءات والسلوكيات الجسدية التي تشير للثقة والمحبة إلا أن صورة الجسم تؤثر على شخصية الفرد، وتعتبر من المتغيرات المهمة لفهم سلوكه، لذلك نجد أن مريض الفشل الكلوي يُعاني من اضطرابات نفسية بسبب نظرته السلبية إلى صورة جسمه لذلك نجده في عزله عن باقي المجتمع، حتي ولو كانت المساندة العاطفية من قِبل الجميع جيدة وأن الجميع يدعمه ويشجعه، ولكن نجد أن المريض متأثراً بحالته النفسية، ويرى الباحث أن المساندة العاطفية المقدمة من الأهل أو الأصدقاء أو شريك الحياة قد لا يدوم مفعولها طويلاً، وربما تنتهي عند رؤية الأشخاص الأصحاء أو بمجرد ذهاب المريض إلى قسم الغسيل، لأنه يرى المرضى بجانبه وما حل بهم من تغيرات جسدية، بمعنى أن هذه المساندة العاطفية قد يتأثر بها عدد قليل من المرضى والأغلب لا يتأثر بها، وربما ضعف الثقة في أنفسهم والتفكير السلبي لدى هؤلاء المرضى يؤدي إلى عدم وجود علاقة بين المساندة العاطفية وصورة الجسم.

الفرضية الفرعية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة الصحبة الاجتماعية) وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.16) أن معامل الارتباط بين مستوي المساندة الاجتماعية (مساندة الصحبة الاجتماعية) وصورة الجسم يساوي (0.267)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية (مساندة الصحبة الاجتماعية) ازداد مستوى صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة الصحبة الاجتماعية) وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت مساندة الصحبة الاجتماعية كلما زادت النظرة الإيجابية لصورة الجسم لدى مريض الفشل الكلوي، لأن مريض الفشل الكلوي يتأثر بأقوال من يحيطون به ويقدمون له الدعم من أقارب وأصدقاء ومرضى، الذين يقضون وقتاً طويلاً مع المريض لمدة تزيد عن ثلاث ساعات بواقع ثلاث مرات أسبوعياً، وبسبب تعاليم ديننا الحنيف الذي يأمرنا بالإخاء والمحبة وثقافة المجتمع القائمة على الاجتماعية والدعم والمساندة، لذلك كان هناك علاقة إيجابية بين مساندة الصحبة الاجتماعية وصورة الجسم، ويرى الباحث أن جسم الفرد وصفاته العضوية تلعب دوراً هاماً في تشكيل جانب أساسي من مفهوم الفرد عن ذاته، ونجد أن صورة الجسم الإيجابية تساعد الأشخاص في رؤية أنفسهم جذابين وبالتالي قد يتمتعون بصحة أكثر، لذلك نجد أن أكثر فئة تُخفف عن مرضى الفشل الكلوي هم من يحيطون بهم من أهل وأصدقاء، لأن حالتهم النفسية تكون متقلبة، وقد ترتبط باضطرابات نفسية كثيرة كالقلق والاكتئاب والعزلة، فهم يُخففون عن المريض.

الفرضية الفرعية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة الأدائية " الإجرائية") وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.16) أن معامل الارتباط بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة الأدائية " الإجرائية") وصورة الجسم يساوي (0.245)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية" وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية (المساندة الأدائية " الإجرائية") ازداد مستوى صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة الأدائية " الإجرائية) وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت المساندة الأدائية أو ما تُسمى بالإجرائية كلما زاد مستوى صورة الجسم لدى مريض الفشل الكلوي، أي بمعنى أن المساندة الإجرائية تعمل على زيادة مستوى صورة الجسم لدى المريض، من خلال الدعم المعنوي والمادي الذي تتلقاه هذه الفئة من قبل الآخرين به، كالأسرة والأصدقاء وجيران العمل والزملاء، ومدى قدرة الفرد على تقبل هذا الدعم، لما يتطلبه هذا المرض من تكلفة مالية ليست بسيطة، أي تعمل على توفير الإمكانات اللازمة المالية، سواءً على شكل خدمات، أو خبرات، أو استشارات، وتُساعد هذه المساندة في التغلب على كثير من المعاناة والآلام النفسية، وتحسين الأمور الحياتية، وتخفيف الضغط والسير نحو طريق الصحة النفسية.

الفرضية الفرعية الرابعة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة التوجيه وتقديم المعلومات) وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.16) أن معامل الارتباط بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة التوجيه وتقديم المعلومات) وصورة الجسم يساوي (0.365)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات وصورة الجسم لدى مرضى

الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية (مساندة التوجيه وتقديم المعلومات) ازداد مستوى صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة التوجيه وتقديم المعلومات) وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت مساندة التوجيه وتقديم المعلومات كلما زاد مستوى صورة الجسم لدى مريض الفشل الكلوي، أي كلما زادت المساندة المقدمة بدايةً من الأهل والأسرة والأصدقاء حول كيفية التعامل مع مريض الفشل الكلوي المزمن، وأيضاً المقدمة من الطاقم الطبي حول مواعيد جلسات الغسيل الكلوي وضرورة الالتزام بها، وطبيعة الأكل المسموح والممنوع، وكيفية الاهتمام بجهاز غسيل الدم، ومتابعة ضغط الدم، وتثقيف المريض والأهل حول هذا المرض، كلما زاد ذلك من مستوى صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، وكلما خفف من الآلام والاضطرابات النفسية، ويرى الباحث أن مساندة التوجيه وتقديم المعلومات لمريض الفشل الكلوي تعتبر أكثر إيجابية للمريض، فهي تعطي المريض تفاؤلاً أكثر وشعوراً بالسعادة بأن هناك شخص يقوم بتوجيهه أين يذهب وماذا يفعل، ويعمل هذا النوع من المساندة على التحديد الواضح والتفاهم الجيد للتعامل مع الأحداث اليومية الضاغطة التي يواجهها المريض، لذلك نجد أن العلاقة إيجابية وأن تقديم المعلومات للمريض، يُخفف من آلامه واضطراباته النفسية كنظرته السلبية إلى جسمه بأن يشعر بأن الآخرين يختلفون عن جسمه.

النتائج المتعلقة بالتساؤل الخامس:

التساؤل الخامس: هل هناك علاقة بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم اختبار الفرضية الاتية:

الفرضية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ولقد تم التحقق من صحة هذه الفرضيات عن طريق إيجاد معاملات الارتباط باستخدام" معامل بيرسون" بين الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية بأبعادها والاتزان الانفعالي لدى

مرضى الفشل الكلوي المزمن لمعرفة ما إذا كان هناك علاقة بينهما، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون:

جدول (5.17): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة للمقياس المساندة الاجتماعية بأبعاده والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن

متغير المساندة الاجتماعية بأبعادها		متغير الاتزان الانفعالي بأبعادها			
البعد	المؤشرات الإحصائية	الضبط الانفعالي	المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة	التنظيم الذاتي للانفعالات	الدرجة الكلية والاتزان الانفعالي
المساندة العاطفية	معامل الارتباط	.231**	.163*	.251**	.248**
	القيمة الاحتمالية	.000	.010	.000	.000
مساندة الصحبة الاجتماعية	معامل الارتباط	.233**	.293**	.294**	.315**
	القيمة الاحتمالية	.000	.000	.000	.000
المساندة الأدائية " الإجرائية"	معامل الارتباط	.244**	.276**	.347**	.335**
	القيمة الاحتمالية	.000	.000	.000	.000
مساندة التوجيه وتقديم المعلومات	معامل الارتباط	.328**	.339**	.385**	.404**
	القيمة الاحتمالية	.000	.000	.000	.000
الدرجة الكلية للمتغير المساندة الاجتماعية بأبعادها	معامل الارتباط	.336**	.336**	.410**	.417**
	القيمة الاحتمالية	.000	.000	.000	.000

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≥ α.

يتضح من الجدول (5.17) أن معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي يساوي (0.417)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≥.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية ازداد مستوى والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أن هناك "علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≥.05) بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى قوة العلاقة بين أبعاد المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن إلى تجانس الفئة المستهدفة، واتفاقها على ضرورة توضيح مفهوم الاتزان الانفعالي ومدى تأثيره على مريض الفشل الكلوي، لأن هذه الفئة الملكومة تعيش في مجتمع اسلامي يدعو للمحبة والدعم والتعاون وكظم الغيظ، فنجد المساندة الاجتماعية المحيطة بهم كبيرة لأنهم يعيشون في مجتمع مترابط، من أجل تمكن هذه الفئة من مواجهة ظروف وأحداث الحياة الضاغطة والمهددة والتعامل معها دون أن تتعرض صحتهم النفسية والجسمية إلى الاضطراب أو المرض والتحكم في ذاتهم، والتعامل مع المجتمع بإنسانية وإيجابية، لذلك جاءت النتيجة مرتفعة، أي أن مجتمع الدراسة موافقون على أن التحكم بانفعالات الفرد من ضبط للنفس والثبات والاستقرار أمام مواقف الحياة المختلفة.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (أليكسوبولو، 2016) التي أظهرت وجود علاقة دالة احصائيا إيجابية بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة، وبشكل مقرب مع نتيجة دراسة (هيتراشي وإبيزينا، 2018) التي أكدت وجود علاقة عكسية بين زيادة المساندة الإجتماعية والمادية وبين الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (بورزق، 2017) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في متغير الاتزان الانفعالي تعزى إلى المساندة الاجتماعية، ونتيجة دراسة (سامية، 2017) التي وضحت أنه لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين المساندة الأسرية والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

ويتفرع من الفرضية الرئيسة مجموعة من الفرضيات الفرعية التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة العاطفية) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.17) أن معامل الارتباط بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة العاطفية) والاتزان الانفعالي يساوي (0.248)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد المساندة العاطفية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية (المساندة العاطفية) ازداد مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة العاطفية) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت المساندة العاطفية كلما زاد الاتزان الانفعالي لدى مريض الفشل الكلوي، أي بمعنى كلما كان هُناك مساندة عاطفية من طرف الأسرة أو الأصدقاء أو المحيطون به، كلما زاد مستوى الاتزان الانفعالي لدى المرضى، لأن المساندة العاطفية تلعب دوراً مهماً في تكوين شخصية المريض وبناء ذاته، حيث تؤثر هذه المساندة على طبيعة ودرجة انفعالات هذه الفئة للوصول إلى الدرجة المتزنة من هذه الانفعالات كي لا تسبب لهم أي اضطرابات نفسية أو جسدية، فهي عامل مهم في رفع الروح المعنوية له، ودعمه من خلال تشجيعه، فبذلك يزيد من توازنه الانفعالي فيكون قادراً على ضبط نفسه والتحكم بانفعالاته أمام الآخرين.

الفرضية الفرعية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة الصحبة الاجتماعية) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.17) أن معامل الارتباط بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة الصحبة الاجتماعية) والاتزان الانفعالي يساوي (0.315)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد مساندة الصحبة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية (مساندة الصحبة الاجتماعية) ازداد مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة الصحبة الاجتماعية) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت مساندة الصحبة الاجتماعية كلما زاد الاتزان الانفعالي لدى مريض الفشل الكلوي، أي بمعنى كلما كان هُناك مساندة من الصحبة الاجتماعية كالأسرة والاصدقاء والأطباء كلما زاد مستوى الاتزان الانفعالي لدى المرضى، لأن المساندة

تعتبر مصدر من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل الذي يحتاجه مريض الفشل الكلوي، وتحتاج هذه الفئة إلى من يساندها ويقدم لها الدعم، فكلما تقدم العمر بالفرد كان بحاجة للتواصل الاجتماعي مع الآخرين، والذي يدعم حياته بالحب والتقدير والانتماء ويزيد من قوته لمواجهة مشكلات الحياة، ويلعب الاتزان الانفعالي دور في تجديد مدى قدرة الفرد على التكيف مع الصعوبات والمواقف الضاغطة التي تواجه الفرد في حياته، لذلك جاءت هذه النتيجة إيجابية وكبيرة.

الفرضية الفرعية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة الأدائية " الإجرائية") والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.17) أن معامل الارتباط بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة الأدائية " الإجرائية") والاتزان الانفعالي يساوي(0.335)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد المساندة الأدائية " الإجرائية" والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية(المساندة الأدائية " الإجرائية") ازداد مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (المساندة الأدائية " الإجرائية) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت المساندة الأدائية " الإجرائية كلما زاد الاتزان الانفعالي لدى مريض الفشل الكلوي، أي بمعنى كلما كان هُناك مساندة من الصحبة الاجتماعية كالأسرة والاصدقاء والأطباء والمؤسسات الاجتماعية كلما زاد مستوى الاتزان الانفعالي لدى المرضى، فهذه الفئة تحتاج إلى الدعم المادي ولكن حاجتها للدعم المعنوي والنفسي أكثر، فالمريض عندما يَشعر أن الجميع بجانبه وأن الجميع يدعمه نفسياً ومادياً واقتصادياً، فكل ذلك يُخفف عنه آلامه واضطراباته النفسية وبذلك يشعر المريض بصحة أكثر، ويزيد ذلك من تفاؤله بالحياة بشكل أكبر، وبالتالي يخرج من جو العُزلة الاجتماعية والاكتئاب والضغط النفسي الذي يشعر به، لذلك جاءت النتيجة إيجابية.

الفرضية الفرعية الرابعة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة التوجيه وتقديم المعلومات) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.17) أن معامل الارتباط بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة التوجيه وتقديم المعلومات) والاتزان الانفعالي يساوي(0.404)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد مساندة التوجيه وتقديم المعلومات والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة المساندة الاجتماعية(مساندة التوجيه وتقديم المعلومات) ازداد مستوى الاتزان الانفعالي لدي مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى المساندة الاجتماعية (مساندة التوجيه وتقديم المعلومات) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت مساندة التوجيه وتقديم المعلومات كلما زاد الاتزان الانفعالي لدى مريض الفشل الكلوي، أي بمعنى كلما كان هُناك مساندة من الصحبة الاجتماعية كالأسرة والاصدقاء والأطباء والمؤسسات الاجتماعية من حيث توفير المعلومات كلما زاد مستوى الاتزان الانفعالي لدى المرضى، حيث إن المريض يحتاج إلى من يُساعده في أمور حياته وخاصة في المستشفيات فهو يذهب إلى المستشفى من مرتين إلى ثلاثة أسبوعيا لجلسات الغسيل الكلوي، فهو يحتاج إلى من يرشده ويقدم له المعلومات عن مواعيد الغسيل وباقي التفاصيل التي يحتاج إليها المريض، فيكون لديه العديد من التساؤلات فيحتاج إلى شخص يُسانده بكل أمور حياته ويُخفف عنه، وعندما تتوفر له كل هذه المعلومات حول طبيعة مرضه، يصبح أكثر تعاملاً مع مرضه بطريقة سليمة واتزاناً لما يدور حوله من مواقف وأحداث، لذلك جاءت العلاقة طردية موجبة.

النتائج المتعلقة بالتساؤل السادس:

التساؤل السادس: هل هناك علاقة بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم اختبار الفرضية الاتية:

الفرضية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ولقد تم التحقق من صحة هذه الفرضيات عن طريق إيجاد معاملات الارتباط باستخدام" معامل بيرسون" بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم بأبعادها والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن لمعرفة ما إذا كان هناك علاقة بينهما، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون:

جدول (5.18): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة للمقياس صورة الجسم بأبعاده والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن

متغير صورة الجسم بأبعادها		متغير الاتزان الانفعالي بأبعادها			
البعد	المؤشرات الإحصائية	الضبط الانفعالي	المرونة في التعامل مع الأحداث المختلفة	التنظيم الذاتي للانفعالات	الدرجة الكلية والاتزان الانفعالي
التناسق العام لأجزاء الجسم	معامل الارتباط	.359**	.354**	.372**	.416**
	القيمة الاحتمالية	.000	.000	.000	.000
المنظور النفسي لشكل الجسم	معامل الارتباط	.024	.121	.214**	.142*
	القيمة الاحتمالية	.713	.057	.001	.026
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	معامل الارتباط	.257**	.210**	.107	.216**
	القيمة الاحتمالية	.000	.001	.093	.001
المحتوى الفكري لشكل الجسم	معامل الارتباط	.150*	.087	.047	.106
	القيمة الاحتمالية	.018	.172	.466	.099
المحتوى السلوكي لشكل الجسم	معامل الارتباط	.227**	.161*	.139*	.200**
	القيمة الاحتمالية	.000	.012	.029	.002
الدرجة الكلية لصورة الجسم بأبعادها	معامل الارتباط	.360**	.265**	.192**	.308**
	القيمة الاحتمالية	.000	.000	.003	.000

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 05.≤ α.

يتضح من الجدول (5.18) أن معامل الارتباط بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي يساوي (0.308)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لصورة الجسم والدرجة الكلية للاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، إذ جاءت العلاقة طردية

موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة صورة الجسم ازداد مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أن هناك "علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى قوة العلاقة بين أبعاد صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في تجانس الفئة المستهدفة، واتفاقها على ضرورة توضيح مفهوم صورة الجسم والاتزان الانفعالي ومدى تأثيره على مريض الفشل الكلوي، لأن مرض الفشل الكلوي يتطلب إدارة ذاتية وتنظيم للانفعالات، حيث يؤثر على تصور شكل الجسم، ويؤثر على القرارات المتعلقة بصحة الجسم لدى هذه الفئة كما تؤثر على صحته النفسية، ويرى الباحث أن صورة الجسم تشرح مدى تكامل أجزاء جسم الفرد في نظر الشخص نفسه، أي أن جميع أجزاء وأعضاء جسم الإنسان تكون في نظر نفسه متكاملة ولا تكون ناقصة، لأن ذلك يؤثر على انفعالاته، وتلعب دوراً مهماً في تمركزه أمام الجميع في انفعالاته وتصرفاته، والقدرة على الحفاظ على المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية.

وقد اتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة (زكريا، 2012) التي أوضحت أن هناك علاقة دالة موجبة بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي، وكذلك نتيجة دراسة (ياسين، 2019) التي أكدت وجود علاقة ارتباطية مرجبة بين التنظيم الانفعالي وصورة الجسم. فيما اختلفت هذه النتيجة بشكل آخر مع نتيجة دراسة (ربيع، 2013) التي أظهرت أن صورة الجسم لم تتنبأ بالرضا عن الحياة.

ويتفرع من الفرضية الرئيسة مجموعة من الفرضيات الفرعية التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى صورة الجسم (التناسق العام لأجزاء الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.18) أن معامل الارتباط بين مستوى صورة الجسم (التناسق العام لأجزاء الجسم) والاتزان الانفعالي يساوي (0.416)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد التناسق العام لأجزاء الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي

المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة مستوى صورة الجسم (التناسق العام لأجزاء الجسم) ازداد مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى صورة الجسم (التناسق العام لأجزاء الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زاد التناسق العام لأجزاء الجسم كلما زاد الاتزان الانفعالي لدى مريض الفشل الكلوي، أي بمعنى كلما كان هُناك تناسق في جسم الإنسان كلما كانت نظرته إلى نفسه إيجابية أكثر، ويرتبط رضا الفرد أو عدم رضاه عن صورة جسده بما يصدره الآخرين من أحكام وتقييمات عنه، أي أن الجسد ليس مهماً بحد ذاته، ولكن أهميته تأتي من نظرة الآخرين له، ولا شك فيه أن صورة الجسم تشغل حيزاً كبيراً من اهتمام الجميع، ويظهر هذا الاهتمام في حرص الفرد على أن يظهر في أحسن صورة في عين الأفراد الآخرين، وكلما كان شعر الفرد بالرضا عن ذاته كلما كانت مشاعره إيجابية تجاه نفسه وتجاه الآخرون، وكلما كان أيضاً أكثر تحكماً في نفسه وأكثر ضبطاً لانفعالاته.

الفرضية الفرعية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى صورة الجسم (المنظور النفسي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.18) أن معامل الارتباط معامل الارتباط بين مستوي صورة الجسم (المنظور النفسي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي يساوي (0.142)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (0.026)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد التناسق العام لأجزاء الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية، بمعني أنه كلما زادت درجة مستوى صورة الجسم (المنظور النفسي لشكل الجسم) زاد مستوى الاتزان الانفعالي لدي مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوي دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوي صورة الجسم (المنظور النفسي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زاد المنظور النفسي لشكل الجسم كلما زاد الاتزان الانفعالي لدى مريض الفشل الكلوي، أي بمعنى كلما كان هُناك نظرة إيجابية من الفرد لجسمه كلما كانت نظرته إلى نفسه إيجابية أكثر، وكلما زاد ذلك من اتزان انفعالاته، وكلما كان الدعم النفسي المحيط بهذا المريض أكثر كلما تقبل ذاته وأصبح أكثر اتزناً، ويرى الباحث أن صورة الجسم لدى الفرد تلعب دوراً مهماً في مدى تمتع الشخص بالصحة النفسية، فصورة الجسم السلبية تؤثر على الكفاءة الاجتماعية والجسمية للشخص، وإن ضعف الاتزان الانفعالي يؤدي إلى أمراض نفسية وسلوكية عديدة وضعف السيطرة على الغضب الذي بدوره يعمل على ضعف عاطفة الحب لدى الفرد وتزداد لديه الغيرة وفقدان الثقة بالنفس.

الفرضية الفرعية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى صورة الجسم (المنظور الاجتماعي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.18) أن معامل الارتباط بين مستوى صورة الجسم (المنظور الاجتماعي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي يساوي (0.216)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (000.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد المنظور الاجتماعي لشكل الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة مستوى صورة الجسم (المنظور الاجتماعي لشكل الجسم) ازداد مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى صورة الجسم (المنظور الاجتماعي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زاد المنظور الاجتماعي لشكل الجسم كلما زاد الاتزان الانفعالي لدى مريض الفشل الكلوي، أي بمعنى كلما كان هُناك نظرة إيجابية من قبل المجتمع لجسم الفرد، كلما زاد من اتزان انفعالاته أمام الجميع، ويرجع ذلك إلى النظرة الاجتماعية وتأكيدها على الجاذبية الجسمية كمعيار لقبول الآخرين، والتأكيد المبالغ فيه من قبل المجتمع والأفراد على مظهر الفرد يؤدي إلى تكون صورة الجسم السلبية، وبذلك أن صورة الجسم والمظهر الجسمي لهما أهمية كبيرة لدى المجتمع، والذي يمتلك اتزاناً انفعالياً هو الذي يمكنه

السيطرة على انفعالاته بمرونة عالية والتعبير عنها حسب طبيعة الموقف، وهذا يُساعد الفرد على مواجهة واعية لظروف الحياة وأزماتها.

الفرضية الفرعية الرابعة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى صورة الجسم (المحتوى الفكري لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.18) أن معامل الارتباط بين مستوى صورة الجسم (المحتوى الفكري لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي يساوي (0.106)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (099.)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد المحتوى الفكري لشكل الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى صورة الجسم (المحتوى الفكري لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زاد المحتوى الفكري لشكل الجسم كلما انخفض الاتزان الانفعالي لدى الأفراد، فكثرة التفكير في شكل الجسم وطبيعته، يؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس، والشعور بالنقص أحياناً والمشاعر السلبية، ويرى الباحث أن ضعف الثقة بالنفس يُعتبر كنظرة سلبية ويؤثر على الحالة النفسية للأفراد، وعدم القدرة على تنظيم الانفعالات له وللآخرين، فالتفكير يُعتبر مرهقاً، ويجلب القلق والاكتئاب وزيادة الاضطرابات النفسية لدى هذه الفئة، ولكي يجتاز المريض هذه المرحلة بنجاح يتوجب عليه بذل الجهد والمثابرة والصبر والتحمل بالإضافة إلى مواجهة ضغوط الحياة اليومية، وكل ذلك يتطلب قدراً من الاتزان الانفعالي لكي يتمكن من عبور هذه المرحلة بسلام.

الفرضية الفرعية الخامسة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤.05) بين مستوى صورة الجسم (المحتوى السلوكي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

يتضح من الجدول (5.18) أن معامل الارتباط بين مستوى صورة الجسم (المحتوى السلوكي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي يساوي (0.200)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي (002.)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α≤.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة

إحصائية بين بُعد المحتوى السلوكي لشكل الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؛ إذ جاءت العلاقة طردية موجبة، بمعنى أنه كلما ازادت درجة مستوى صورة الجسم (المحتوى السلوكي لشكل الجسم) ازداد مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين مستوى صورة الجسم (المحتوى السلوكي لشكل الجسم) والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زاد المحتوى السلوكي لشكل الجسم كلما زاد الاتزان الانفعالي لدى المرضى بنظر المجتمع، حيث إن هذه الفئة تعيش في مجتمع اسلامي ومؤمنة بأن الأفضلية بالتقوى والعمل الصالح وليس بالمظاهر فنجدها تتكيف مع الظروف المحيطة، الأمر الذي يجعل هذه الفئة أكثر اتزاناً وضبطاً لانفعالاتهم، ونجد على العكس تماماً من يكون لديه اضطراب في صورة الجسم ومحتواه السلوكي عن شكل الجسم، يكون أقل اتزاناً وعرضةً للاضطرابات النفسية والعزلة الاجتماعية وسرعة الغضب والتوتر حيث إنهم قد يتجنبون الخروج في الأماكن العامة، بما في ذلك الذهاب إلى العمل والمدرسة والمناسبات الاجتماعية، ويخرج بعضهم من منزله في الليل فقط، بينما لا يغادره البعض الآخر على الإطلاق، وغالباً ما يفكر هؤلاء بالسلوك الانتحاري.

السؤال السابع: هل يمكن التنبؤ بالاتزان الانفعالي من خلال صورة الجسم والمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن؟

للإجابة على هذا التساؤل تم اختبار الفرضية الآتية:

الفرضية الرابعة: توجد قدرة تنبؤيه ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) للمساندة الاجتماعية ولصورة الجسم بمستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Linear Regression Analysis) باستخدام طريقة (Stepwise)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.19): نتائج تحليل الانحدار المتعدد باستخدام المساندة الاجتماعية وصورة الجسم

النموذج	المتغير التابع	المتغيرات المستقلة (المساندة الاجتماعية)	المقدرات	قيمة "t"	القيمة الاحتمالية sig.	معامل الارتباط	معامل التحديد المعدل	قيمة " F"	القيمة الاحتمالية sig.
1	الاتزان الانفعالي	الثابت	2.43	14.01	.000	0.404	**0.160**	**47.71**	.000
		مساندة التوجيه وتقديم المعلومات	0.33	6.91	.000				
2		الثابت	1.84	7.2	.000	0.441	**0.188**	**29.4**	.000
		مساندة التوجيه وتقديم المعلومات	.269	5.4	.000				
		مساندة الصحبة الاجتماعية	.219	3.1	.002				
النموذج	المتغير التابع	المتغيرات المستقلة (صورة الجسم)	المقدرات	قيمة "t"	القيمة الاحتمالية sig.	معامل الارتباط	معامل التحديد المعدل	قيمة " F"	القيمة الاحتمالية sig.
1	الاتزان الانفعالي	الثابت	2.46	15.1	.000	.416	**.173**	**51.14**	.000
		التناسق العام لأجزاء الجسم	.332	7.2	.000				
2		الثابت	1.934	7.76	.000	.445	**.198**	**30.04**	.000
		التناسق العام لأجزاء الجسم	.313	6.78	.000				
		المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	.175	2.75	.006				
3		الثابت	2.25	7.82	.000	.462	**.213**	**21.884**	.000
		التناسق العام لأجزاء الجسم	.294	6.3	.000				
		المنظور الاجتماعي	.210	3.22	.001				

النموذج	المتغير التابع	المتغيرات المستقلة (المساندة الاجتماعية)	المقدرات	قيمة "t"	القيمة الاحتمالية sig.	معامل الارتباط	معامل التحديد المعدل	قيمة " F"	القيمة الاحتمالية sig.
		لشكل الجسم							
		المنظور النفسي لشكل الجسم	.103-	2.14-	.033				

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

فقد تبين من الجدول (5.19) أنه بالنسبة للتنبؤ بمستوى الاتزان الانفعالي بمعلومية المساندة الاجتماعية، قد بلغت قيمة معامل الارتباط يساوي (0.441)، ومعامل التحديد المعدل قد بلغ (0.188)، وهذا يشير إلى أنه قد استطاع نموذج الانحدار أن يفسر ما نسبته (18.8%) من التغيرات الناتجة في مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، أما القيمة الباقية والبالغة (81.2%) تعود للتغير في عوامل أخرى لم تدخل نموذج الانحدار، وتبين أن قيمة الاختبار (ف) تساوي (29.4) والقيمة الاحتمالية (sig) تساوي 0.000، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يؤكد على معنوية نموذج الانحدار ويشير على قدرة النموذج المقدر للتنبؤ بمستوى الاتزان الانفعالي، وتبين من خلال القيمة الاحتمالية (sig) لكل متغير أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يشير على تأثير كل أبعاد المساندة الإجتماعية على مستوى الاتزان الانفعالي باستثناء بعد (المساندة العاطفية، المساندة الأدائية " الإجرائية) فقد كانت قدرة تنبؤيه معدومة لأن القيمة الاحتمالية له أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$) أي أنها لا تؤثر في مستوى الاتزان الانفعالي.

ويعزو الباحث ذلك إلى طبيعة مرض الفشل الكلوي المزمن وما ينجم عنه من مضاعفات تتطلب حضور المساندة الاجتماعية بكافة أشكالها، التي بدورها تخفف من الضغوط النفسية لدى هذه الفئة، وتقلل من انفعالاتهم وتحسن مزاجهم، مما يجعلهم يعيشون حياة أفضل خالية من الاضطرابات النفسية مليئة بالاتزان والضبط الانفعالي، فهذه النتيجة تؤكد قوة تأثير المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي المزمن في زيادة درجة اتزانهم الانفعالي وخاصة عندما يتلقون الدعم والعون ممن حولهم، وعندما يكونوا موضع رعاية واهتمام، وعلاقات اجتماعية طيبة وتشجيع من الأهل والأصدقاء والمجتمع، فالمساندة تجعلهم يدركون أنهم ليسوا بمفردهم في معترك حياتهم التي يهددها الموت.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (ربيع، 2013) التي أكدت وجود قدرة تنبؤية للمساندة الاجتماعية بمستوى الرضا عن الحياة، وكذلك نتيجة دراسة (ياسين، 2019) التي أكدت وجود قدرة تنبؤية للتنظيم الانفعالي بمستوى صورة الجسم. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (بورزق، 2017) التي أظهرت عدم وجود دور للمساندة الاجتماعية في التأثير على الاتزان الانفعالي.

تبين بالنسبة للتنبؤ بمستوى الاتزان الانفعالي بمعلومية صورة الجسم فقد تبين أن قيمة معامل الارتباط يساوي (0.462)، ومعامل التحديد المعدل قد بلغ (0.213)، وهذا يشير إلى أنه قد استطاع نموذج الانحدار أن يفسر ما نسبته (21.3%) من التغيرات الناتجة في مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، أما القيمة الباقية والبالغة (78.7%) تعود للتغير في عوامل أخرى لم تدخل نموذج الانحدار، وتبين أن قيمة الاختبار (ف) تساوي (21.85) والقيمة الاحتمالية (sig) تساوي 0.000، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يؤكد على معنوية نموذج الانحدار ويشير على قدرة النموذج المقدر للتنبؤ بمستوى الاتزان الانفعالي، وتبين من خلال القيمة الاحتمالية (sig) لكل متغير أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)، مما يشير على تأثير كل أبعاد صورة الجسم على مستوى الاتزان الانفعالي باستثناء بعد (المحتوى الفكري لشكل الجسم، المحتوى السلوكي لشكل الجسم) فقد كانت قدرة تنبؤيه معدومة لأن القيمة الاحتمالية له أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$) أي أنها لا تؤثر في مستوى الاتزان الانفعالي.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد قدرة تنبؤيه ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) للمساندة الاجتماعية ولصورة الجسم بمستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ويرى الباحث أن المساندة الاجتماعية وصورة الجسم يلعبان دوراً هاماً في تكوين شخصية الفرد، فهما المؤثر الوحيد المسؤول عن الاتزان الانفعالي للفرد، وأن لكل منهما دور في تأثر انفعالات المريض أمام الجميع، فنجد أن مريض الفشل الكلوي الذي يتم رعايته من قبل أصدقائه وأسرته وأطبائه بكل حب واهتمام وتقدير، يكون أكثر ثقة بنفسه وتقديراً لذاته، وأكثر قدرة على تحمل أعباء المرض، وبالتالي نجد أن صورة الجسم الإيجابية تساعد الأشخاص في رؤية أنفسهم جذابين ويكونون أكثر ضبطاً وتحكماً في انفعالاتهم وأكثر شعوراً بالإيجابية تجاه الآخرين وأكثر تقبلاً للعلاج وتكيفاً مع هذا المرض، وهذا يعني أن الشخص يزداد اتزانه كلما كان راضياً عن صورة جسمه ومتقبلها كما هي، أما عدم الرضا عن الجسم يترتب عليه كثير

من المشكلات النفسية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وبالتالي تؤدي إلى اضطراب انفعالاته مع الجميع.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الربضي، 2018) التي أظهرت أن هناك قدرة لمفهوم الذات أن يتنبأ بالاتزان الانفعالي لدى الطلبة. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (بورزق، 2017) التي أكدت عدم وجود دور لتقدير الذات في التأثير على الاتزان الانفعالي.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لعامل (النوع، المؤهل العلمي، مدة الإصابة)؟

للإجابة على هذا التساؤل تم اختبار الفرضية الآتية:

الفرضية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الإصابة).

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار (ت) T-Test في حالات العينتين المستقلتين (Independent Samples T-Test) لاختبار الفروق التي تعزى لمتغير(النوع)، بينما تم استخدام اختبار تحليل التباين لأحادي (One-Way ANOVA) لاختبار الفروق التي تعزى للمتغيرات (المؤهل العلمي، مدة الإصابة)، والتي تتكون من أكثر من مجموعتين، وفيما يلي اختبار الفرضية الرئيسية الخامسة وفقاً للبيانات الديموغرافية.

وينبثق عن الفرضية الخامسة الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية الخامسة (1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير النوع.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير النوع، تم استخدم اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين ونتائج الجدول التالي تبين ذلك:

جدول رقم (5.20): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير النوع

المتغير	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
المساندة الاجتماعية بأبعاده	ذكر	120	3.72	0.30	1.581-	0.115	غير دالة
	أنثي	85	3.79	0.31			

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.20) أنه باستخدام اختبار " T" (Independent Samples T-Test) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig. < 0.05) لإجابات المبحوثين كانت أكبر من مستوى الدلالة، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير النوع.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير النوع.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، تكون لكلا الجنسين سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً، فالطرفين يمرون بنفس الظروف ويتواجدون في نفس القسم، ويعيشون نفس الألم، وما يترتب عليه من حيثيات وتبعيات مؤثرة على تحقيق الطموحات والآمال المستقبلية والوضع الصحي الراهن والأفكار التي تدور في خاطر كل مريض سواء كان ذكراً أم أنثى، كما أن المساندة الاجتماعية المقدمة لا تختلف باختلاف النوع، كون أنهم يعيشون في مجتمع إسلامي مترابط يهتم بالفرد فلا وجود للتفريق بين ذكر أو أنثى، فكل ما يحتاجه الفرد من دعم أسري سواء معنوياً أو فكرياً أو مادياً أو روحانياً فهو مكفول من قبل الأسرة، ويمكن أن يُعزى تفسير هذه النتيجة أيضاً إلى الملاحظة المباشرة من خلال عمل الباحث مع هذه الفئة إذ وجد أن درجة المعاناة لدى هؤلاء المرضى متساوية مما يبرر حاجتهم لنفس المستوى من المساندة الاجتماعية.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (رياش، 2016) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكر تعزى لمتغير الجنس، واتفقت كذلك مع نتيجة دراسة (مقداد، 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي يعزى إلى النوع. فيما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (المالكي، 2019) التي أظهرت أن هناك فروق دالة احصائياً عند مستوى دلالة في متوسط درجات المساندة الاجتماعية بين الذكور والاناث.

الفرضية الخامسة (2): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤0.05) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير مدة الإصابة، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) ونتائج الجدول التالي تبين ذلك:

جدول (5.21): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة

المتغير	مدة الإصابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المساندة الاجتماعية بأبعاده	12 -1شهر	33	3.79	0.33
	5-1أعوام	98	3.75	0.28
	5 أعوام فأكثر	74	3.73	0.31

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

يتضح من الجدول (5.21) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة حول المساندة الاجتماعية بأبعاده، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق وصلت لمستوى الدلالة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5.22): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة

مقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
المساندة الاجتماعية بأبعاده	بين المجموعات	.08	2	.040	.442	.643	غير دالة
	داخل المجموعات	22.24	243	.092			
	المجموع	22.32	245				

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.22) أنه باستخدام اختبار " التباين الأحادي" لمقارنة ثلاث متوسطات أو أكثر من البيانات، تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لإجابات المبحوثين كانت أكبر من مستوى الدلالة(α≤0.05) لمتغير المساندة الاجتماعية بأبعاده، وهذا يدل على عدم

وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن المعاناة والآثار السلبية والوجهات المستقبلية السيئة تبدأ منذ الوهلة الأولى من معرفة المريض بأن لديه مرض مزمن، فالتوتر والخوف والقلق والاكتئاب تبدأ أعراضهم على المريض منذ معرفته بأنه مريض فشل كلوي، وعلى أثر ذلك تتكاثف المساندة الاجتماعية على اعتبارها شيء أساسي من قبل الأسرة والأصدقاء، وذلك كله لا يختلف عند المريض سواء كانت إصابته شهر أم شهرين أم سنة، ويرى الباحث أيضاً أن طبيعة المجتمع الفلسطيني تُوجب علينا المساندة والدعم لكافة الأشخاص وخاصة المرضى، لذلك نجد أن المساندة الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في حياة المرضى؛ لما لها من أثر عميق على حالتهم الصحية والنفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى دورها في تحديد مدى استجابتهم وتأقلمهم مع الواقع.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (مقداد، 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية في درجات قلق المستقبل والمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي يعزي إلى متغير مدة المرض، وكذلك نتيجة دراسة (العقاد، 2015) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المساندة الاجتماعية تعزي لمتغير مدة الإصابة. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (شحاته، 2015) التي أكدت وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة بالمرض.

الفرضية الخامسة (3): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) ونتائج الجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5.23): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المتغير	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المساندة الاجتماعية بأبعاده	لا يقرأ ولا يكتب	53	3.64	0.32
	ثانوية عامة فما دون	113	3.77	0.29
	جامعي	39	3.83	0.28

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

يتضح من الجدول (5.23) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة حول المساندة الاجتماعية بأبعاده، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق وصلت لمستوى الدلالة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5.24): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي

مقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
المساندة الاجتماعية بأبعاده	بين المجموعات	1.197	2	.598	6.884	.001	دالة
	داخل المجموعات	21.126	243	.087			
	المجموع	22.323	245				

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.24) أنه باستخدام اختبار " التباين الأحادي" لمقارنة ثلاث متوسطات أو أكثر من البيانات، تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لإجابات المبحوثين كانت أقل من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ولإيجاد الفروقات بين المجموعات حول المساندة الاجتماعية التي تعزى لمتغير المؤهل العلمي تم استخدام اختبار (LSD) كما مبين في الجدول التالي:

جدول (5.25): الفروقات بين المجموعات في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المؤهل العلمي

مقياس	المؤهل العلمي	لا يقرأ ولا يكتب	ثانوية عامة فما دون	جامعي
المساندة الاجتماعية	لا يقرأ ولا يكتب	1	-.13742-*	-.19439-*
	ثانوية عامة فما دون	.13742*	1	-.05697
	جامعي	.19439*	.05697	1

يتضح من الجدول (5.25) الآتي:

وجود فروق جوهرية دلالة إحصائياً عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) في مستوى المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي بين فئة (لا يقرأ ولا يكتب)، وفئة (جامعي) لصالح مستوى (جامعي).

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ويرى الباحث ذلك أن هذه النتيجة جاءت منطقية، ووجود فروق بين الفئات، حيث إن فئة لا يقرأ ولا يكتب، يُمكن أن تكون نظرتهم للمرض مختلفة عن فئة الثانوية العامة فما دون أو الجامعي، فكل فئة تختلف عن الفئة الأخرى، فنجد أن الجامعي أكثر ثقافة من غيره، وهم متعلمون وأكثر صبراً ونجد أن مدارك العقل لديهم ناضجة، فهم يختلفون عن غير المتعلمين، لذلك نجد أن المساندة الاجتماعية لكل فئة تختلف عن الفئة الأخرى، ويُمكن لفئة أن تتعايش وتتأقلم مع المساندة الاجتماعية المقدمة لهم بغيرها عن الفئات الأخرى، ويمكن القول أن مريض الفشل الكلوي يمر بتغيرات فسيولوجية كبيرة من تدهور وتقلص في وظائف الكلى؛ ويكون مجبراً على التعايش مع المتطلبات الجديدة التي يفرضها المرض على حياته، لذلك فهو بحاجة إلى الدعم والمساندة المستمرة من محيطه كالأسرة والأصدقاء والفريق الطبي على مختلف الفئات سواء كان جامعي أو ثانوية فما دون أو غيره.

لم تتفق هذه النتيجة مع أي دراسة سابقة – على حد علم الباحث – توضح ما إذا تناولت متغير المؤهل العلمي، نظراً لأن أفراد مجتمع الدراسة لا ينطبق عليهم متغير المؤهل العلمي، وإنما تناولت العديد من المتغيرات الأخرى التي تُناسب طبيعة الدراسة وطبيعة مجتمع الدراسة، وهذا ما يميز هذه الدراسة بتناولها العديد من المتغيرات الديموغرافية التي تُغطي جميع جوانب الدراسة.

النتائج المتعلقة بالسؤال التاسع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى صورة الجسم تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الإصابة)؟

للإجابة على هذا التساؤل تم اختبار الفرضية الآتية:

الفرضية السادسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الإصابة).

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار (ت) T-Test في حالات العينتين المستقلتين (Independent Samples T-Test) لاختبار الفروق التي تعزي لمتغير (النوع، ومدة الإصابة)، بينما تم استخدام اختبار تحليل التباين لأحادي (One-Way ANOVA) لاختبار الفروق التي تعزى للمتغيرات (المؤهل العلمي)، والتي تتكون من أكثر من مجموعتين، وفيما يلي اختبار الفرضية الرئيسية السادسة وفقاً للبيانات الديموغرافية.

وينبثق عن الفرضية السادسة الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية السادسة (1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير النوع.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير النوع، تم استخدم اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين ونتائج الجدول التالي تبين ذلك:

جدول (5.26): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير النوع

المتغير	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
مستوى صورة الجسم بأبعاده	ذكر	120	3.41	0.21	1.823	0.070	غير دالة
	أنثي	85	3.36	0.27			

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.26) أنه باستخدام اختبار " T" (Independent Samples T-Test) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig. < 0.05) لإجابات المبحوثين كانت أكبر من مستوى الدلالة، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين حول صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير النوع.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير النوع.

ويعزو الباحث هذه النتيجة الواقعية إلى أن مستوى صورة الجسم لا يختلف باختلاف النوع، فهم يتعرضون لنفس التأثيرات والعوامل المؤثرة على إدراكهم لصورة الجسم لديهم، فكلا الجنسين يُحاول أن يظهر بصورة إيجابية وجيدة في أعين الجميع، لأن صورة الجسم تمثل

انعكاساً نفسياً للجانب الوظيفي والعصبي والشكلي للجسم، وإن هذه الصورة تعبر عن فكرة الإنسان عن نفسه وعلاقته مع بيئته، وبالتالي يهتم بالنظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر الذي يبدو عليه الفرد في الواقع، فهو وسيلة لتحقيق الاتزان الانفعالي والوجداني للفرد عن طريق الاعتناء، ونلاحظ أن الجنسين مقتنعون بأن صورة الجسم تؤثر على حالتهم النفسية وعلاقاتهم الاجتماعية، لذلك لا فرق بين الأنثى والذكر في المرض، فالجميع يُعاني نفس الألم، ويمر بنفس المستوى من المرض.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الشاعر، 2014) التي أكدت عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد العينة في صورة الجسم تعزى لمتغير الجنس، كما اتفقت مع نتيجة دراسة (بخيت، 2020) التي وضحت عدم وجود تباين في صورة الجسم تعزى لمتغير الجنس. بينما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (الرشيد، 2019) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد العينة (ذكور وإناث)، من مرضى السكري على مقياس اضطراب صورة الجسم لصالح الإناث.

الفرضية السادسة (2): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير مدة الإصابة، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) ونتائج الجدول التالي تبين ذلك:

جدول (5.27): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة

المتغير	مدة الإصابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
صورة الجسم بأبعاده	12 -1شهر	33	3.37	0.26
	5-1أعوام	98	3.41	0.21
	5 أعوام فأكثر	74	3.37	0.26

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

يتضح من الجدول (5.27) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة حول صورة الجسم بأبعاده، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق وصلت لمستوى الدلالة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) والجدول التالي يبين ذلك.

جدول (5.28): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة

مقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
صورة الجسم بأبعاده	بين المجموعات	0.12	2	.062	1.096	.336	غير دالة
	داخل المجموعات	13.68	243	.056			
	المجموع	13.81	245				

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.28) أنه باستخدام اختبار " التباين الأحادي" لمقارنة ثلاث متوسطات أو أكثر من البيانات، تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لإجابات المبحوثين كانت أكبر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند بين متوسطات استجابات المبحوثين حول صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة مرض الفشل الكلوي المزمن ومضاعفاته، حيث إن هذه التغيرات الجسمية التي تظهر على المريض من تغير لون البشرة بسبب نقص هيموجلوبين الدم وتغير شكل الجسم وانتفاخ الوجه بالسوائل منذ إصابته بالفشل الكلوي إلى أن يصل لدرجة الفشل المزمن للغسيل الدموي، وبعدها تظهر انتفاخ الوصلة الدموية، فنجد أن المريض يُعاني من توتر نفسي واكتئاب شديد بأنه مريض فشل كلوي، وهنا يَشعر أنه مختلف عن باقي الأفراد الأصحاء، حيث يتأثر مفهوم صورة الجسم إلى حد كبير في العلاقات الأسرية بين المريض وذويه وأصدقائه، فتجدهم يتعرضون إلى اضطهادات ومواقف حياتية تؤثر مباشرة على تقدير الذات لديهم.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (ديميت، 2012) التي أكدت وجود اضطراب صورة الجسم مع طول فترة العلاج في الغسيل الكلوي، وكذلك نتيجة دراسة (بيسر وديمير، 2020) التي أظهرت أن المرضى الذين زادت مدة إصابتهم عن عشر سنوات تدنت درجة صورة الجسم لديهم.

الفرضية السادسة (3): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤0.05) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) ونتائج الجدول التالي تبين ذلك:

جدول (5.29): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المتغير	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
صورة الجسم بأبعاده	لا يقرأ ولا يكتب	53	3.39	0.21
	ثانوية عامة فما دون	113	3.38	0.23
	جامعي	39	3.42	0.29

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

يتضح من الجدول (5.29) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة حول صورة الجسم بأبعاده، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق وصلت لمستوى الدلالة تم استخدام تحليل التباين الأحادي(One-Way ANOVA) والجدول التالي يبين ذلك:

جدول(5.30): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى صورة الجسم بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي

مقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
صورة الجسم بأبعاده	بين المجموعات	0.06	2	.032	.567	.568	غير دالة
	داخل المجموعات	13.74	243	.057			
	المجموع	13.81	245				

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.30) أنه باستخدام اختبار " التباين الأحادي" لمقارنة ثلاث متوسطات أو أكثر من البيانات، تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لإجابات المبحوثين كانت أكبر من مستوى الدلالة(α≤0.05) وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الأفراد على اختلاف فئاتهم ومستوياتهم التعليمية فهُم نتاج بيئة واحدة، ومرض واحد، فنجد أن جميع الفئات سواء جامعي أو ثانوية أو فما دون، يشعرون نفس الشعور، ويحلمون نفس الحلم، فهم لديهم من يحيطون بهم يدعمونهم ويقدمون القدر الكافي من المعلومات الخطرة عن مرض الفشل الكلوي المزمن من كافة الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية لذا فهم راضون عن صورة جسمهم، لأنهم يواجهون يومياً مواقف في حياتهم ويشعرون بالعزلة والاكتئاب والقلق حيال مرضهم، ويرى الباحث أيضاً أن هذه الفئة تعيش في مجتمع اسلامي لا يفرق بين أحدهم إلا بالتقوى وأن ثقافة المجتمع تنظر للجميع نظرة ثابتة بغض النظر عن اختلاف مستويات التعليم لديهم، فكل منهم يحمل نفس المرض ونفس المضاعفات، لذلك نجد أن أسلوب التفرقة بين مرضى الفشل الكلوي يكون شبه معدوم من حيث الفئات، لأن هذا المرض قائم على الجميع.

وقد اختلفت هذه الدراسة مع نتيجة دراسة (اسماعيل، 2017) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الرضا عن صورة الجسم تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

النتائج المتعلقة بالسؤال العاشر: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الإصابة)؟

للإجابة على هذا التساؤل تم اختبار الفرضية الآتية:

الفرضية السابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الإصابة).

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار (ت) T-Test في حالات العينتين المستقلتين (Independent Samples T-Test) لاختبار الفروق التي تعزي لمتغير (النوع، ومدة الإصابة)، بينما تم استخدام اختبار تحليل التباين لأحادي (One-Way ANOVA) لاختبار الفروق التي تعزى للمتغيرات (المؤهل العلمي)، والتي تتكون من أكثر من مجموعتين.

وينبثق عن الفرض السادسة الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية السابعة (1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير النوع.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير النوع، تم استخدم اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين ونتائج الجدول التالي تبين ذلك:

جدول رقم (5.31): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير النوع

المتغير	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده	ذكر	120	3.60	0.38	-0.354	0.724	غير دالة
	أنثي	85	3.62	0.41			

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.31) أنه باستخدام اختبار " T" (Independent Samples T-Test) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig. > 0.05) لإجابات المبحوثين كانت أكبر من مستوى الدلالة، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين حول الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير النوع.

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير النوع.

ويرى الباحث أن هذه الفئة تعيش في بيئة اجتماعية واحدة وثقافة واحدة، حيث إن الضغوط التي يعيشونها والظروف التي يمرون بها تكون متشابهة بينهم، لذا نجد هناك تشابه في الانفعالات والسلوكيات فيما بينهم، ويعتبر الاتزان الانفعالي سمة شخصية عامة يفترض تواجدها لدى جميع الناس وليست متعلقة بجنس دون الآخر، وأيضاً كلا الجنسين يتلقون نفس الرعاية والاهتمام والمساندة والتشجيع من قبل الأسرة والأصدقاء والآخرين، فالمريض عندما يَشعر أن هناك من يهتم به ويقدم له الرعاية والمعلومات ويستلطفه، يكون لديه اتزان انفعالي كبير تجاه الآخرين، لذا لا نجد هناك اختلاف بين مرضى الفشل الكلوي في الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير النوع.

واتفقت هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات كدراسة (سامية، 2017)، ودراسة (بورزق، 2017)، ودراسة (بوشينة، 2018) التي أكدت عدم وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير الجنس. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (ياسين، 2019)، ودراسة (الشريفين والوهيبي، 2020) التي أكدت وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الإناث.

الفرضية السابعة (2): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير مدة الإصابة، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) ونتائج الجدول التالي تبين ذلك:

جدول (5.32): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة

المتغير	مدة الإصابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاتزان الانفعالي بأبعاده	شهر 12 -1	33	3.73	0.36
	أعوام 5-1	98	3.64	0.40
	5 أعوام فأكثر	74	3.52	0.38

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

يتضح من الجدول (5.32) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة حول الاتزان الانفعالي بأبعاده، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق وصلت لمستوى الدلالة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5.33): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير مدة الإصابة

مقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
الاتزان الانفعالي بأبعاده	بين المجموعات	1.48	2	.742	4.999	.007	دالة
	داخل المجموعات	36.05	243	.148			
	المجموع	37.53	245				

المصدر: إعداد الباحث، بالاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.33) أنه باستخدام اختبار " التباين الأحادي" لمقارنة ثلاث متوسطات أو أكثر من البيانات، تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لإجابات المبحوثين كانت أقل من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) الاتزان الانفعالي بأبعاده، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ولإيجاد الفروقات بين المجموعات حول الاتزان الانفعالي التي تعزى لمتغير مدة الإصابة تم استخدام اختبار (LSD) كما مبين في الجدول التالي:

جدول (5.34) الفروقات بين المجموعات في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير المؤهل العلمي

مقياس	مدة الإصابة	شهر 12 -1	5-1أعوام	5 أعوام فأكثر
الاتزان الانفعالي	شهر 12 -1	1	.08414	.12896*
	أعوام 5-1	-.08414	1	.21310*
	5 أعوام فأكثر	-.12896-*	-.21310-*	1

يتضح من الجدول (5.34) الآتي:

وجود فروق جوهرية دلالة إحصائياً عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة الإصابة بين فئة (12 -1شهر)، وفئة (5 أعوام فأكثر) لصالح فئة (5 أعوام فأكثر).

وجود فروق جوهرية دلالة إحصائياً عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة الإصابة بين فئة (5-1أعوام)، وفئة (5 أعوام فأكثر) لصالح فئة (5 أعوام فأكثر).

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير مدة الإصابة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن مرضى الفشل الكلوي المزمن الجدد يكون لديهم غضب شديد وإنكار أنهم مصابون بهذا المرض ويصاحبه رهبة وخوف أيضاً، ثم بعد فترة من الزمن أشهر وربما سنوات حسب طبيعة المساندة الاجتماعية والبيئة المحيطة بهم، منهم من يتأقلم سريعاً ويتكيف مع طبيعة المرض ويتقبل هذا المرض، ومنهم من لا يتقبل المرض ويواجه ضغوطات نفسية ويصاب بالاكتئاب والقلق، على عكس المرضى المصابون بالمرض منذ سنوات نجدهم متقبلون لهذا المرض المزمن ومتكيفون معه لأنه لازمهم فترة طويلة من الزمن ولا يزال كذلك، لذا نجد أن هناك فروقاً بين مرضى الفشل الكلوي تعزى لمدة الإصابة، ويرى

الباحث أيضاً مما لاحظه خلال عمله مع هذه الفئة أن المرضى الذين تزيد إصابتهم عن سنة يختلف عن المصاب الجديد، وأن المرضى المصابون بخمس سنوات فأكثر هم من يهونون على المريض الجديد ويدعمونه معنوياً ونفسياً.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (بوشينة، 2018) التي أكدت وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الاتزان الانفعالي تعزى لمدة الإصابة لصالح أكثر من خمس سنوات. فيما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (زكريا، 2012) التي نصت على عدم وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير مدة الإصابة.

الفرضية السابعة (3): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ومن أجل تحديد الفروق تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) ونتائج الجدول التالي تبين ذلك:

جدول (5.35): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المتغير	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاتزان الانفعالي بأبعاده	لا يقرأ ولا يكتب	53	3.47	0.47
	ثانوية عامة فما دون	113	3.64	0.35
	جامعي	39	3.72	0.34

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

يتضح من الجدول (5.35) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة حول الاتزان الانفعالي بأبعاده، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق وصلت لمستوى الدلالة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) والجدول التالي يبين ذلك:

جدول(5.36): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده تعزى لمتغير المؤهل العلمي

مقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
الاتزان الانفعالي بأبعاده	بين المجموعات	2.04	2	1.021	6.994	.001	دالة
	داخل المجموعات	35.49	243	.146			
	المجموع	37.53	245				

المصدر: الاعتماد على بيانات الدراسة الميدانية، 2021م.

وقد تبين من الجدول (5.36) أنه باستخدام اختبار " التباين الأحادي" لمقارنة ثلاث متوسطات أو أكثر من البيانات، تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لإجابات المبحوثين كانت أقل من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) الاتزان الانفعالي بأبعاده، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة معنوية واضحة في متوسطات آراء المبحوثين تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ولإيجاد الفروقات بين المجموعات حول الاتزان الانفعالي التي تعزى لمتغير المؤهل العلمي تم استخدام اختبار (LSD) كما مبين في الجدول التالي:

جدول (5.37): الفروقات بين المجموعات في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير المؤهل العلمي

مقياس	المؤهل العلمي	لا يقرأ ولا يكتب	ثانوية عامة فما دون	جامعي
الاتزان الانفعالي	لا يقرأ ولا يكتب		-.17475-*	-.25779-*
	ثانوية عامة فما دون	.17475*	1	-.08304
	جامعي	.25779*	.08304	1

يتضح من الجدول (5.37) الآتي:

وجود فروق جوهرية دلالة إحصائياً عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي بين فئة (لا يقرأ ولا يكتب)، وفئة (ثانوية عامة فما دون) لصالح فئة (ثانوية عامة فما دون).

وجود فروق جوهرية دلالة إحصائياً عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي بين فئة (لا يقرأ ولا يكتب)، وفئة (جامعي) لصالح فئة (جامعي).

ويستدل الباحث من نتائج التحليل إلى أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى الفروق الفردية في القدرات العقلية، وأن المستويات التعليمية يوجد فروق بينها حول الاتزان الانفعالي لديهم فيما يتعلق بمرض الفشل الكلوي، فنجد أن فئة الذين لا يقرأ ولا يكتب لديهم فهماً قليلاً فيما يتعلق بالمرض وحول اتزان انفعالاتهم أمام الآخرين لعدم بحثهم ودراستهم عن طبيعة المرض وزيادة التثقيف والوعي الصحي عن هذا المرض، أما فئة الثانوية والجامعيين فنجدهم أكثر وعياً وثقافة من الآخرين فيما يتعلق باتزان

انفعالاتهم أمام الآخرين فهم يتمتعون بالقدرة على ضبط الانفعالات والتعبير عن المشاعر بأسلوب لبق بما يتناسب مع المواقف والأحداث بسبب زيادة مستواهم التعليمي وفكرهم الناضج وزيادة الثقافة والاطلاع ومتابعة التحديثات عن هذا المرض، الأمر الذي يمكن هذه الفئة من تجاوز الصعوبات التي تواجههم في حياتهم اليومية، ومن خلال عمل الباحث مع هذه الفئة وجد عدداً من هذه الفئة من لديهم مؤهلات جامعية يسألون عن المعلومات الداخلية لجهاز غسيل الدم مثل نسبة الصوديوم وحرارة الماكينة والغسيل بدون سحب سوائل وهكذا، وبالتالي نجد أن متغير المؤهل العلمي يختلف من فئة لفئة حسب طبيعة العقل وطبيعة التفكير لدي الأفراد.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (زكريا، 2012) التي أكدت وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير المؤهل العلمي لصالح الجامعي. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (ياسين، 2019) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى لمستوى التعليم.

5.3 نتائج الدراسة

تمهيد:

يتركز الهدف الرئيس للدراسة التعرف على المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، ومعرفة مدى تأثير المتغيرات الديمغرافية، وقد تناول الباحث من خلال هذا الفصل عرضاً لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1- أظهرت النتائج توافر أبعاد المساندة الاجتماعية بشكل عام بدرجة موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المتغير وهي متوافر بنسبة (74.98%).
2- كشفت نتائج الدراسة عن توافر أبعاد صورة الجسم بشكل عام بدرجة موافقة متوسطة من قبل أفراد عينة الدراسة وهي متوفرة بنسبة (67.83%).
3- أشارت النتائج إلى توافر الاتزان الانفعالي لدي مرضى الفشل الكلوي المزمن عينة الدراسة بدرجة كبيرة وهي بنسبة (72.23%).
4- بينت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين المساندة الاجتماعية وصورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
5- كشفت الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين المساندة الاجتماعية والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
6- بينت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) بين صورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
7- توصلت النتائج إلى أنه توجد قدرة تنبؤيه ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمساندة الاجتماعية ولصورة الجسم بمستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
8- أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول المساندة الاجتماعية بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، مدة الإصابة)، وتبين وجود فروق تعزى لمتغير المؤهل العلمي.
9- أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى صورة الجسم بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، مدة الإصابة).

10- أوضحت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) متوسطات استجابات المبحوثين حول مستوى الاتزان الانفعالي بأبعاده لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للمتغيرات (المؤهل العلمي، مدة الإصابة)، وتبين عدم وجود فروق تعزى لمتغير النوع.

5.4 توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج ومناقشتها في العرض السابق من خلال اختبار الفرضيات وإجابة أسئلة الدراسة، جرى تحديد أقل الأوزان النسبية لمتغيرات الدراسة، لذلك أوصى الباحث بمجموعة من التوصيات كالآتي:

1- ضرورة رفع مستوى اهتمام الأسرة بمنح مرضى الفشل الكلوي الحرية في اتخاذ القرارات.
2- التأكيد على دور المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء من أجل التخفيف من أعباء المرض.
3- التأكيد على تقديم الدعم لمرضى الفشل الكلوي المزمن وخاصة من قبل الأصدقاء.
4- تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات والمراكز الصحية.
5- يجب على القائمين على الأنشطة المجتمعية مشاركة مرضى الفشل الكلوي في بعض الأنشطة بعد التأكد من وضعه الصحي.
6- التأكيد على أهمية تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والمعنوي والمادي لمرضى الفشل الكلوي المزمن لمساعدتهم في التغلب على المرض.
7- تشجيع مرضى الفشل الكلوي على الشعور بالرضا عن منطقة الخصر والبطن عن طريق عقد ورش عمل وندوات تدعو لذلك.
8- تقديم برامج إرشادية وعلاجية للمصابين بمرض الفشل الكلوي الذين لديهم صورة جسم غير راضين عنها للمساعدة في الوصول إلى التوافق والصحة النفسية.
9- تدعيم التفاعل الاجتماعي بما يتناسب مع مرض الفشل الكلوي المزمن عن طريق الأنشطة الثقافية والحفلات الترفيهية والزيارات.
10- ضرورة أن تهتم الأسرة والمؤسسات المختصة بإيجاد حلول لمشاكل مرضى الفشل الكلوي نتيجة للتغيرات الجسمية المتسارعة التي تطرأ.
11- العمل على وضع برامج تدريبية لمساعدة مرضى الفشل الكلوي المزمن على تطوير مهارتهم في رفع مستوى الاتزان الانفعالي لديه تدريجياً وصولاً إلى أفضلها.

12- الاهتمام بتصميم وتطبيق برامج الإرشاد النفسي المتعلقة بالاتزان الانفعالي نظراً لأهميته لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

13- عقد ورش عمل وندوات تهدف إلى توعية مرضى الفشل الكلوي المزمن بأهمية الاتزان الانفعالي من أجل تمتعهم بصحة نفسية سوية.

5.5 مقترحات الدراسة:

1. دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
2. إعداد برنامج إرشادي لخفض اضطراب صورة الجسم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
3. إعداد برنامج إرشادي للحد من الانفعالات لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
4. دراسة الاحتياجات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.
5. دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات لدى مرضى الفش الكلوي المزمن.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

القرآن الكريم

أولاً: المصادر

النووي، محيي الدين أبي زكريا يحي بن شرف (ب.ت.) *رياض الصالحين من كلام سيد المرسلين*، مكتبة الإيمان، المنصورة، جامعة القاهرة.

ثانياً: المراجع العربية:

إبراهيم، ماجدة. (2017). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالألم لدى عينة من مرضى السرطان. *دراسات تربوية واجتماعية*،*23* (1).

أبو زيد، إبراهيم. (1987). *سيكولوجية الذات والتوافق*، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

أبومصطفى، شادي. (2015). *الضغوط النفسية وعلاقتها بالاتزان الانفعالي والقدرة على اتخاذ القرار لدى ممرضي الطوارئ في المستشفيات الحكومية* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التَّربية، الجامعة الاسلامية، غزة.

أبونصر، سماح. (2019). *الاتزان الانفعالي وعلاقته بكفاءة الذات لدى معلمي ومعلمات المدارس الحكومية بمحافظة شمال غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس المفتوحة، غزة.

الأنصاري، منى. (2002). بروفيل إدراك الذات البدنية لطالبات المرحلة الثانوية بمملكة البحرين، *مجلة العلوم التربوية*،*3* (13)، 177-200.

أهل، إسماعيل. (2017). *سمات الشخصية وعلاقتها بصورة الجسم لدى عينة من البدناء*، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة.

بخيت، حسين. (2020). صورة الجسم كمنبئي لنوعية الحياة والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*،*10* (30).

بريالة، هناء. (2013). *صورة الجسم لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر.

بهجت، محمد رشوان. (2006). *فعالية استخدام خدمة الفرد الجماعية لتحيق المساندة الاجتماعية لمريض الفشل الكلوي*، ورقة مقدمة في المؤتمر العلمي الدولي الثاني والعشرين للخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

البهنساوي، أحمد. (2014). المساندة الإجتماعية المدركة وإضطراب صورة الجسم والشعور بالذنب كمؤشرات للتنبؤ باستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى عينة من طلاب الجامعة، *المجلة العلمية لكلية الآداب*، ع 49.

بورزق، كمال. (2017). تقدير الذات والمساندة الاجتماعية وعلاقتهما بالاتزان الانفعالي لدى المراهقين المتمدرسين، رسالة ماجستير منشورة، *مجلة دراسات لجامعة عمار ثليجي الأغواط*، ع (56).

بوشينة، صالح. (2018). *فاعلية الذات وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى المراهقين المصابين بداء السكري* (رسالة دكتوراه غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية، جامعة المسيلة، الجزائر.

بيك، آرون. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، *ترجمة عادل مصطفى*، الطبعة الأولى، القاهرة: دار الآفاق للنشر والتوزيع.

جابر، عبد الحميد. وكفافي، علاء الدين. (1990). معجم *علم النفس والطب النفسي*، ج (3)، القاهرة: دار النهضة العربية.

حسونة، أمل. (2004). *علم نفس النمو*، القاهرة: الدار العالمية للنشر والتوزيع.

حسين، طه. (2002). *مهارات توكيد الذات*، عمان: دار الفكر.

حسين، فايد. (1998). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية، *مجلة الرائد*،8 (2).

حمدان، محمد. (2010). *الاتزان الانفعالي والقدرة على اتخاذ القرار لدى ضباط السلطة الفلسطينية* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة.

حمدان، مفيد. (2010). *دراسة الضغوط النفسية من حيث علاقتها بالروح المعنوية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلبة الجامعات في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأزهر، غزة.

حنفي، هويدة. (2007). المساندة الاجتماعية كما يدركها المكفوفون والمبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لديهم. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 17(55).

الحويج، صالح. (2008). *مفهوم صورة الجسد وعلاقتها بالاستعداد للعصابية لدى طالبات شهادة التعليم الأساسي في المجتمع الليبي*. هذه الدراسة من موقع على الانترنت (www.elssafa.com)

الخالدي، أ. (2003). *سيكولوجية الفروق الفردية والتفوق العقلي*، ط1 ، عمان : دار وائل للنشر.

الخزعان، هيا. (2010). *الرضا الزواجي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من الطالبات المتزوجات بجامعة أم القرى* (رسالة ماجستير غير منشورة)، المعهد العالي للغات بجامعة دمشق، سوريا.

خطاب، هبة. (2014). *صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة*، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الاسلامية، غزة.

الخطيب، محمد. (1998). *التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق*، الطبعة الثانية، غزة، فلسطين.

الدامر، نوار. (2014). *الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأمير نايف، الرياض.

الدسوقي، مجدي. (2006). *اضطرابات صورة الجسم الأساليب التشخيص الوقاية والعلاج*، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

دليلة، زناد. (2008). *سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالتغيرات المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة "(الهيموديالیز)* (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة الجزائر.

دياب، مروان. (2006). *دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

رباعية، عبد الله. (2009). النقوط: دراسة فقهية اجتماعية، *الأردنية في الدراسات الإسلامية* ، *5*(3).

الربضي، وائل. (2018). مفهوم الذّات وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى طلبة المرحلة الثّانويّة في مدرسة الملك عبد الله الثاني للتميز في محافظة عجلون. *دراسات العلوم التربوية*، الجامعة الأدرنية.

ربيع، هبة. (2013). بعض المتغيرات المنبئة بالرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، *مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 23* (4).

الربيعة، فهد. (1997). الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة: دراسة ميدانية، *مجلة علم النفس*، ع 43، القاهرة.

رشاد، علي. (2015). *أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي*، القاهرة: مؤسسة المختار.

الرشيد، لؤلؤة. (2019). اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالشعور بالاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري، *المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية*،*6* (2).

الريماوي، محمد. وآخرون (2017). *علم النفس العام*، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الريماوي، محمد. وآخرون (2004). *علم النفس العام*، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الزاهي، فريد. (1999). *الجسد المقدس في الاسلام*، (د.ط). أفريقيا: الشرق بيروت.

الزبيدي، ي. (1997). *جودة القرار وعلاقته بالاتّزان الانفعالي وموقع الضبط لدى المدراء العامين* (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كليّة الآداب– الجامعة المستنصرية.

زعرب، عثمان. (2018). *المساندة الاجتماعية وقلق المستقبل وعلاقتهما بالتوجه نحو الحياة لدى زوجات الشهداء بمحافظات غزة*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس المفتوحة، غزة.

زكريا، آدم. (2012). *الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمركز مستشفى جياد لجراحة وأمراض الكلى* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الخرطوم، السودان.

زهران، حامد. (1997). *علم النفس الاجتماعي*، ط 6 ، القاهرة: دار متبولي للنشر.

سالم، محمود. (2009). صورة الجسم وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدي طلاب المدارس من العاديين والمكفوفين: دراسة كلينيكية، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*،*19* (65).

سامية، صوشي. (2017). المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي – دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة، *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، قسم علم النفس.

سامية، محمد. (2008). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات والاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، *مجلة البحوث النفسية والتربوية بالمنوفية*، (23).

السبعاوي، فضيلة. (2008). قياس الاتزان الانفعالي لدى طلبة معاهد إعداد المعلمين والمعلمات الذين تعرضت أسرهم لحالات الدهم والتفتيش والاعتقال من قبل قوات الاحتلال الأمريكي وأقرانهم الذين لم يتعرضوا لها " دراسة مقارنة ". *مجلة التربية والعلم*، *15*(3)، 267 – 293.

السعدي، رحاب. (2019). الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في فلسطين (دراسة تطبيقية في محافظة جنين). *مجلة جامعة القدس للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 11*(31).

سليم، مريم. والشعراوي، إلهام. (2006). *الشامل في المدخل إلى علم النفس*، الطبعة الأولى، بيروت: دار النهضة العربية.

سي بشير، كريمة. (2017). تأثير المساندة الاجتماعية والفعالية الذاتية على سلوك الامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم :دراسة حالات، *مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 22* (10).

الشاعر، درداح. (2005). *اتجاهات طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة نحو المخاطرة وعلاقتها بكل من المساندة الاجتماعية وقيمة الحياة لديهم* (رسالة دكتوراه غير منشورة)، برنامج الدراسات العليا المشترك بين جامعة عين شمس وجامعة الأقصى، غزة، فلسطين.

الشاعر، مسرة. (2014). *صورة الجسم والاكتئاب وعلاقتهما ببعض المتغيرات لدى جرحى الحروق في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الاسلامية، غزة.

شاهين، إيمان. ومنيب، تهاني. (2003). تقدير الجسم وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي، *مجلة كلية التربية، 4* (27).

الشبراوي، أنور. (2001). علاقة صورة الجسم ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين، *مجلة كلية التربية،13*(38).

شحاته، فوزي. (2015). *المساندة الاجتماعية في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمن* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مصر.

الشربيني، لطفي. (2004). مواجهة الحرب النفسية وقهر الإرادة. الموقع الالكتروني: www.otfyaa.com

الشريفين، أحمد. والوهيبي، إيناس. (2018). القدرة التنبؤية لصورة الجسد والاتزان الانفعالي بإدمان السيلفي لدى طلبة الجامعات الأردنية. *مجلة جامعة الخليل للبحوث، 13*(1).

شقير، زينب. (2008). *دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل*. المؤتمر الدولي جامعة عين شمس.

الشناوي، محمد. وعبد الرحمن، محمد. (1994). *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية*، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

صالح، حنان. (2009). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الزقازيق.

ضحيك، محمود. (2004). *القيم المتضمنة في سلوكيات قادة النشاط الكشفي في مدارس محافظة غزة و علاقتها بالاتزان الانفعالي* (رسالة ماجستير غير منشورة), كلية التربية, الجامعة الاسلامية, غزة.

الطويل، عزت. (1999). *معالم علم النفس المعاصر*، الطبعة الثالثة، الزقازيق: مكتبة آداب نبها.

عاشور، باسل. (2017). *الصمود النفسي وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى ممرضي العناية الفائقة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية الجامعة الاسلامية، غزة.

العبادسة، أنور. (2017) الرضا عن صورة الجسم وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقات الفلسطينيات بقطاع غزة. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 21* (2).

عبد الستار، نورا. (2007). *صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات والاكتئاب لدى طالبات المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة ومحافظة جدة*، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية.

عبد الله، معتز. (2005). الإيثار والثقة والمساندة كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للانضمام للجماعة. *مجلة علم النفس*،*14* (57).

عبد الله، هشام. (2008). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديمجرافية، *مجلة دراسات تربوية، 14* (4).

العزاوي، سهير. (2005). *برنامج ارشادي في تقبل صورة الجسم لدى طالبات المرحلة المتوسطة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة بغداد.

عفاشة، هنادي. (2017). فاعلية برنامج إرشادي في تحسين صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين حركياً، *دراسات عربية سعودية*، العدد الحادي والثمانون، كلية التربية وعلم النفس.

العقاد، ساري. (2015). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأمل والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظات غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة.

علي، ايهاب. (2020). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعني الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة (رسالة دكتوراه)، *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 3* (50).

علي، سهام. (2009). المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية لدى أطفال مرضى القلب. *مجلة كلية التربية*، ع 6، جامعة الزقازيق.

علي، عبد السلام. (2000). المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية. *مجلة علم النفس*، (53).

علي، عبد السلام. (2005). *المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها*، ط 1، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

علي، عبد السلام. (2008). *المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية*، ط2، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عودة، محمد. (2010). *الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

عوض، أميلة. (2016). *إدارة الذات وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى زوجات شهداء حرب 2014 على غزة*، (رسالة ماجستير غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

غانم، محمد. (2002). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات الإيواء وأسر طبيعية. *مجلة دراسات عربية في علم النفس، 1* (3).

فاطمة، عبده. (2000). *العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت العلاج بالاستشفاء* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التمريض، جامعة عين شمس.

فايد، جمال. (2006). صورة الجسم وعلاقتها ببعض أنماط التفاعلات الاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة، *مجلة كلية التربية، 1* (60).

فايد، حسني. (2010). *سلسلة في علم النفس دراسات في السلوك والشخصية*، ط 1، مصر: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

فايد، حسين. (1998). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية، *مجلة دراسات نفسية،8* ،2 .

فايد، حسين. (2004). *العدوان والاكتئاب في العصر الحديث (نظرة تكاملية)*، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

فايد، حسين. (2001). *دراسات في الصحة النفسية*، ط1 ، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

فرغلي، رضوى. (2005). *ديناميات الموقف الأوديبي وصورة الجسم لدى البغيات القاصرات*، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

القاضي، وفاء. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى البتر بعد الحرب على غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

القوصي، عبد العزيز. (1952). *أسس الصحة النفسية*، ط (4)، جمهورية مصر العربية: مكتبة النهضة.

كفافي، علاء الدين. (1990). *الصحة النفسية*، ط 4، القاهرة: دار هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان.

كناني، ممدوح. وآخرون (2002). *المدخل إلى علم النفس*، بيروت: مكتبة الفلاح.

كوسه، بوقطوشة. (2019). المساندة الاجتماعية في تقبل العلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة. *مجلة دراسات في علم نفس الصحة*، ع 3.

الكيال، دحام. (1977). *دراسات في علم النفس*، بغداد: مكتبة الشرق الجديد.

المجدلاوي، ماهر. (2014). مصادر الاحتراق النفسي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من السائقين. *مجلة جامعة الأقصى سلسلة العلوم الإنسانية*،*18* (2).

محمد، أحمد. (2015). التدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتحقيق المساندة الاجتماعية لمرضى عمليات تكميم المعدة. *مجلة الخدمة الاجتماعية، 15* (54).

محمود، إبراهيم. (1980). *مدخل في علم النفس*، مصر: دار المعارف.

مصطفى، وحيد. (2009). *دراسة مقارنة لمستوى الاتزان الانفعالي لدى المراهقين والمراهقات بالريف والحضر* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الزقازيق، القاهرة.

مقداد، غالب. (2015). *قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

موسى، محمد. والبغدادي، مي. (2017). اضطراب تشوه صورة الجسم وعلاقتها بقلق المستقبل لدى عينة من مرضى السكري، *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، *4* (14).

الهاشمي، عبد الحميد. (1984). *أصول علم النفس العام*، عمان: دار الشروق.

هول، ج. ولندزي، ك. (1978). نظريات الشخصية، *ترجمة :فرح أحمد فرح وقدوري محمود ولطفي محمد فطيم*، القاهرة: دار الفكر العربي.

ياسين، حمدي. (2019). التنظيم الانفعالي محدد سيكولوجي للشره العصبي وتشوه صورة الجسم لدى عينة من مرضى الشره العصبي، *مجلة البحث العلمي في التربية*، جامعة عين شمس, *3*(20).

يحيي، كاظم. (2010). صورة الجسم وعلاقتها بالقبول الاجتماعي لدي طلبة الجامعة، *مجلة القادسية للعلوم الانسانية*، ع10.

يونس، محمد. (2005). علاقة الاتزان الانفعالي لمستوى تأكيد الذات عند عينه من طلاب الجامعة الأردنية، *مجلة جامعة النجاح للأبحاث، 19* (3).

ثالثاً: المراجع الأجنبية

Abboud, H. & Henrich, WL. (2010). Clinical practice. Stage IV chronic kidney disease. *N Engl J Med. ,362*(1).

Agliata, D. and Tantleff D. (2014). The Impact of media exposure on male's body image. *Journal of Social and clinical psychology, 23* (1).

Alexopoulou, M., et al. (2016). The Effect of Perceived Social Support on Hemodialysis Patients Quality of Life. *Mater Sociomed,* (5).

Alonso, J. (2006). State of The Art on Emotion. *Integrating cognition and emotion for autonomous system*. (1st Ed.) Draft: European.

Ana Catarina et al. (2018). The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis: Comprehensive Psychiatry. *Sao Paulo Medical Journal, 80*.

Anderson, R. and Saulsman, L. and Evoy, P. and Fursland, A. and Nathan, P. and Ridley, S. (2012). Building Body Acceptance: Overcoming Body Dysmorphic Disorder. *Centre for Clinical Interventions, Perth Western Australia*.

Awadalle, H. (2008). Programmers for Improving Emotional and Cognitive Changes in Patient under Renal Dialysis in Egypt, World Health Organization, Eastern Mediterranean. *Health Journal, 11,* 3.

Barberis, N. (2017). The Relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis. *Int J Psychiatry Med, 52* (2).

Beatriz, M. and Rodrigo, C. (2014). Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: A Correlation study. *Sao Paulo Medical Journal, 132*(1).

Biçer, S, & Demir, G. (2020). Determination of body image perception and life satisfaction in patients undergoing hemodialysis. *Journal of Novel Physiotherapy and Rehabilition, 4*.

Breakey, J. (1997). Body Image: The Inner Mirror. *American Academy of Orthotists and Prosthestists Providing Better Care Through Knowledge, 9,* (3).

Brooks, A., et al. (2014). Social Support: a Key Variable for Health Promotion and Chronic Disease Management in Hispanic Patients with Rheumatic Disease. *Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorder*s.

Cash, T. (2012). The Psychology of Physical Appearance: Aesthetics, attributes, and image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), Body images: Development, deviance, and change. *New York: Guilford press*.

Cherry, k. (2016, June 22). What is the James Lang Theory of Emotion? Retrieved November 25, 2016, from: www.verywell.com.

Demet, G. et al. (2012). Depression, Anxiety, Body Image, Sexual Functioning, and Dyadic Adjustment Associated with Dialysis Type in Chronic Renal Failure. *Int J Psychiatry Med, 43*(3).

Eklund, R. and Bianco, T. (2000). Social Anxiety and Physical Activity Among Adolescents, Reclaiming Children and Youth, *Health Journal, 9*(3).

Ezhilarasi, T. & Nanadhini, M. (2014). A study on emotional stability among college student-a sociological study. *International Journal of Research in Management, Economics & Commerce, 4*(12).

Gove, P. (2009). Webster third new international Diaionary of the English Language unabridged.

Green, Y. et al., (2019). Usefulness of Social Support in Older Adults After Hospitalization for Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*.

Gül, F., Kara, H., Nazik, H., & Kara, D. (2017). Body Image, Self-Esteem and Quality of Life in Vitiligo Patients. *Journal of Clinical & Experimental Investigations, 8*(2).

Hawroth. V, (2011). Different change of Body-images in patient with anorexia or bulimia nervosa during in patient psychosomatic treatment, Europeans Eating Disorders Review,14.

Hettiarachchi, R. and Abeysena, Ch. (2018) .Association of Poor Social Support and Financial Insecurity with Psychological Distress of Chronic Kidney Disease Patients. *International Journal of Nephrology*.

House, T. (1981). Work stress and social support. *Addison- Wesley, Reading, MA. Gerontologist,* 14(4).

Hrabosky, J. et al. (2009). *Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls,* A multisite study, Elsevier.

Jackson, L. (2002). Physical attractiveness: A sociocultural perspective. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, clinical* practice.

Kaniasty, K. (2005). Social Support and Traumatic Stress.*The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder,16,*2.

Kate, A. et al. (2011). Body Image disturbance in adult dialysis patients. *Disability and Rehabilitation, 33* (6).

Kimmel, P. and Peterson, R. (2005). Depression in End-Stage Renal Disease Patients Treated with Hemodialysis: Tools, Correlates, Outcomes and Needs. *Seminars in Dialysis, 18*(2).

Khawar, M., et al. (2013). Perceived Social Support and Death Anxiety Among Patients with Chronic Diseases. *Pakistan Journal of Medical Research, 52*.

Koerner, F. and Maki, L. (2004). Family Communication Patterns and Social Support in Families of Origin and Adult Children's Subsequent Intimate Relationships. *International Association for Relationship Research, conference, Madison.*

Kumar, P. (2013). A Study of Emotional Stability and Socio-Economic Status of Students Studying in Secondary Schools. *International Journal of Education and Information Studies, 3*(1).

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology, 140*, 52.

Ozolat, A., Ayaz, T., Konag, O., & Ozcan, A., (2014). Attachment Style and perceived social support as predictor s of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turk J Med Sci, 44*.

Portero, C. and Oliva, A. (2007). Social Support, Psychological Well – being, and Health Among the Elderly, *Educational Gerontology, 33*, 12, 1053-1068.

Sadeghian, J. (2016). Body-Image Disturbance: A Comparative Study among Haemodialysis and Kidney Transplant Patients. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 10*(5).

Smeltzer, S. & Bare, B.(2000). *Burnner & Suddarths Text Book of Medical Surgical Nursing*,9th ed.

Stacy, A. (2000). *Amount of influence selected grouos have on the perceived body image of fifth graders.* Masters' thesis, The graduate college. University of Wiscosin-Stout-Menomonre.

Steven, K. (2015). MD, Sidney Kimmel Medical College at Thomas University. Retrieved 2015 from; www.msdmanulas.com.

Tiggeman, M. (2002). Media influences on body image development. In T. F. Cash &T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: Ahandbook of theory, research, & clinicalpractice*.

Vardanjani, S., Khalili, F., Dehkordi, F., Vardanjani, M., & Vardanjani, A. (2013). Perceived Social Support and Depression Factors in Hemodialysis Patients. *World Appl Sci J, 25*(3).

Vandbos, G. (2008). *APA dictionary of psychology Washington*, American psychology Association.

Yetzer, S. (2004). *Self-concept and body image in person who are spinal cord injured with and without lower limb amputation*, Heath Care system, California, USA.

Yucens, B., et al. (2019) .The association between hope, anxiety, depression, coping strategies and perceived social support in patients with chronic kidney disease. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences ,32,* 1.

Zengin, O. et al. (2018). Anxiety, Coping and Social Support Among Parents Who Have Children with Chronic Kidney Disease. *Konuralp Medical Journal, 10*.

الملاحق

الملاحق

ملحق (1): استمارة جمع البيانات

الجامعـــــــة الإســـلاميــة – غـزة
عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي
كليـــــــــــة التـــربيـــــــــــة
ماجستير الصحة النفسية والمجتمعية

يقوم الباحث بإعداد دراسة لنيل شهادة الماجستير في مجال علم النفس– الصحة النفسية من كلية التربية الجامعة الإسلامية بعنوان: **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن،** أرجو قراءة كل فقرة من فقرات الاستبانة بعناية وتمعن والإجابة عليها بوضع علامة (√) في المكان الذي تراه مناسباً لك، مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة, علماً بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابات التي تناسبك تنطبق عليك، وإننا نتعهد لك بأن البيانات سوف تستخدم فقط لأغراض البحث العلمي.

نشكر لكم حسن تعاونكم

الرجاء تعبئة البيانات الشخصية والوظيفية التالية بوضع علامة (√) أمام الفقرة المناسبة:

1. **النوع:** ذكر ( ) أنثى ( ).
2. **المؤهل العملي:** لا يقرأ ولا يكتب ( ) ثانوية عامة ( ) جامعي ( ).
3. **مدة الإصابة:** 1–12 شهر ( ) 1–5 أعوام ( ) 5 أعوام فأكثر ( ).

الباحث

محمد عمر أبوزهري

ملحق رقم (2): مقياس المساندة الاجتماعية إعداد (زعرب،2018)

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
.1	أحظى بحب أسرتي.					
.2	أشعر بالرعاية والاهتمام من اسرتي.					
.3	أعتبر نفسي محبوب/ة من أسرتي.					
.4	أفراد أسرتي يقدرونني حق قدري.					
.5	تمنحني أسرتي الحرية في اتخاذ القرارات.					
.6	تشاركني أسرتي في أفراحي وأحزاني.					
.7	أجد العون من أسرتي في تربية أبنائي.					
.8	علاقتي مع أسرتي طيبة.					
.9	أحظى باهتمام من أهلي.					
.10	أتلقى اتصالات من أفراد أسرتي للاطمئنان على صحتي.					
.11	أحظى باحترام من حولي.					
.12	تشعرني الأسرة بالرضا.					
.13	ألجأ إلى أسرتي عندما تواجهني مشكلة ما.					
.14	أشعر بأن الآخرين من حولي يستغلونني.					
.15	تمارس علي ضغوطات من أسرتي.					
.16	أعاني من سلب حقي من أهلي.					
.17	أشعر أنني محل اهتمام أسرتي.					
.18	أعاني من تدخل أسرتي في شؤوني الخاصة.					
.19	تحترم أسرتي رأيي.					
.20	أحظى بحب أصدقائي/ صديقاتي.					
.21	أتلقى النصائح من الآخرين.					
.22	يقف الآخرون بجانبي عند الحاجة.					
.23	أرفه عن نفسي بالخروج مع أقراني.					
.24	يزورني رفاقي في مواعيد محددة.					
.25	أشعر بالوحدة بين اصدقائي/ صديقاتي.					
.26	ثقتي بأصدقائي/ صديقاتي معدومة.					
.27	أحظى بعدد من الأصدقاء المخلصين.					
.28	الثقة معدومة بمن حولي.					
.29	أستمد القوة ممن حولي.					
.30	أفتقد وجود أصدقاء في حل مشكلاتي الخاصة.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
.31	أشعر أن الخير يأتي من أصدقائي.					
.32	أبوح بأسراري لأصدقائي.					
.33	أشعر بالراحة عند قضاء وقتي مع أصدقائي.					
.34	حينما أكون في ضائقة أجد من يهتم بي.					
.35	توفر مؤسسات المجتمع الدعم المعنوي لي.					
.36	أتلقى الدعم المادي من مؤسسات المجتمع.					
.37	أشارك في الرحلات الترفيهية التي تنظمها مؤسسات المجتمع.					
.38	يساعدني أفراد أسرتي في رعاية الأبناء.					
.39	تعمل المؤسسات على تنمية قدراتي.					
.40	أستشير ذوي الخبرة في اتخاذ قرارتي.					
.41	أتلقى العون من عائلتي.					
.42	توفر لي أسرتي احتياجاتي.					
.43	يقدم لي أبنائي الهدايا في المناسبات.					
.44	تساعدني عائلتي في الأعمال المنزلية.					
.45	أتلقى مساعدات من أشقائي.					
.46	تشجعني عائلتي على تحمل أعباء الحياة.					
.47	أتلقى التوجيهات من أسرتي.					
.48	توجيهات المؤسسات تكون مفيدة لي.					
.49	يقدم لي أصدقائي النصائح عند الحاجة.					
.50	أتأثر بأفكار من أثق بهم.					
.51	أجد العون عند قيامي بمهامي.					
.52	أتلقى التشجيع من أهلي عند القيام بعمل ما.					
.53	أستمع إلى المعلومات التي يقدمها لي رفاقي.					
.54	يقدم لي أصدقائي النصح والإرشاد دون أن أطلب منهم.					
.55	أشارك في الأنشطة المجتمعية.					

ملحق (3): مقياس صورة الجسم إعداد: (القاضي، 2014):

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1.	أحاول اخفاء جسمي عن الآخرين.					
2.	عندما أخرج كثيراً أفكر فيما يقوله الآخرون عن ملامح جسمي.					
3.	أشعر أنني شخص آخر بسبب التغيرات التي حدثت لجسمي.					
4.	ينتابني شعور بأن حياتي قد انتهت.					
5.	أتجنب النظر للمرآة ورؤية ما حل بجسمي من تغيرات.					
6.	أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح.					
7.	أشعر أن شكلي منفر حتى لأقرب الناس لي.					
8.	أتقبل جسمي كما هو عليه.					
9.	أفكر كثيراً في عمليات التجميل.					
10.	أفتقر إلى الثقة بنفسي وشكلي.					
11.	أرى أنني أتمتع بالقبول لدى الناس رغم شكلي.					
12.	أتفاعل مع الناس بطريقة طبيعية.					
13.	أعتقد أن شريك/ة حياتي يتقبلني رغم شكلي.					
14.	أرى أن التغيرات الجسدية التي أعاني منها ليس لها حل.					
15.	أحاول إيجاد الحلول لمشكلتي عن طريق عمليات التجميل.					
16.	تأتيني بعض الأفكار لقتل نفسي بسبب مظهري.					
17.	أحكم على الناس تبعاً لمظهرهم الخارجي					
18.	أشعر بالفشل في إنجاز مهامي.					
19.	أرى أني لدي قبول بين الآخرين رغم شكلي الحالي.					
20.	أشعر بالألم عند مقارنة شكلي بالآخرين.					
21.	بدأت أتكيف مع مظهري الجديد.					
22.	أفضل العمل بمفردي بسبب شكل جسمي المختلف عن الآخرين.					
23.	رؤية الناس لي تسبب لهم بعض المضايقات.					
24.	ليس لي أصدقاء بسبب مظهري الحالي.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
25.	أشعر أنني جميل/ة وجذاب/ة.					
26.	أشعر أن ملامح جسمي متناسقة.					
27.	أنا غير جذاب/ة من الناحية الجسمية.					
28.	أرى أن طولي مناسب.					
29.	أشعر بالرضا عن وزني.					
30.	أحاول باستمرار أن أحسن مظهري.					
31.	أشعر بالرضا عن منطقة الخصر والبطن.					
32.	أشعر بالرضا عن طولي وقوامي.					
33.	أشعر بالرضا عن لون بشرتي.					
34.	أشعر بالغيرة عندما أرى الأشخاص الأصحاء.					

ملحق (4): مقياس الاتزان الانفعالي إعداد: (أبو نصر، 2019):

لقد تم حذف الفقرة رقم (24) من المقياس لأن درجتها غير مقبولة وغير دالة إحصائياً، وبذلك أصبح المقياس الذي طُبق على عينة الدراسة مكون من (35) فقرة.

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
.1	يمكنني العيش في مناطق مزدحمة.					
.2	أتحمل ضغوط العمل.					
.3	أشعر بأنني ناجح في الأعمال التي أقوم بها.					
.4	أسعى للإصلاح بين المتخاصمين.					
.5	أدرك جيدا انفعالات الآخرين.					
.6	أنزعج كثيرا من الأحداث المؤلمة التي تصيب مجتمعي.					
.7	أسعى بألا أرد الإساءة مهما كانت العواقب.					
.8	ألجأ إلى تناول العقاقير المهدئة عند مواجهة الضغوط.					
.9	أتحكم بذاتي عند الغضب.					
.10	أثق بنفسي على مواجهة المواقف الصعبة.					
.11	أتعامل مع مشكلاتي بروح التحدي.					
.12	أتقبل انتقاد الآخرين بصدر رحب.					
.13	أتأقلم سريعا مع طبيعة التغيرات.					
.14	أفكر بأشكال مختلفة عند تعرضي لمشكلة.					
.15	يتسم سلوكي بالمرونة.					
.16	أتكيف مع الظروف المحيطة بي.					
.17	أقوم بأعمال يصعب على الآخرين القيام بها.					
.18	أعترف بأخطائي بسهولة.					
.19	أبدأ بالاعتذار للآخرين.					
.20	يمكنني التعامل مع الغرباء.					
.21	أتمتع بمهارات تواصل فعالة.					
.22	يسهل علي الانسحاب من النقاش والجدل غير المفيد.					
.23	أتكيف بسرعة مع المرضى الجدد.					
.24	أجد صعوبة في تغيير عاداتي.					
.25	أحتفظ بهدوئي عند التعرض لمشكلة.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
26.	أستطيع التركيز عند التعرض للضغوط.					
27.	أقيم ردود أفعالي تجاه المثيرات التي أتعرض لها.					
28.	أنظر بشمولية لما أقوم به من أعمال.					
29.	يستطيع الآخرون الاعتماد علي.					
30.	أدافع عن آرائي عند اقتناعي بها.					
31.	أتعامل مع الآخرين بشكل إيجابي.					
32.	لدي القدرة على التفكير المستنير.					
33.	أجد صعوبة في البقاء بعيدا عن الآخرين.					
34.	أدرك أن التخطيط الجيد يقود إلى تحقيق الأهداف.					
35.	أرى نفسي هادئا معظم الوقت.					
36.	أدعم الآخرين دون أن يطلبوا مساعدة.					

ملحق (5): كتاب تسهيل مهمة باحث

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الإسلامية بغزة
The Islamic University of Gaza

مكتب عميد كلية التربية هاتف داخلي: 2400

الرقم ج س غ/63/..... Ref
التاريخ 09 ذو القعدة 1442 Date
20 يونيو 2021م

الأخ الدكتور / رامي العبادلة حفظه الله،
مدير عام تنمية القوى البشرية بوزارة الصحة الفلسطينية،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع: تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم كلية التربية تحياتها، يرجى التكرم بالعلم أن الطالب/ **محمد عمر أبو زهري** برقم جامعي 120192413 مسجل ضمن طلبة الماجستير في كلية التربية تخصص- الصحة النفسية المجتمعية، وخطته بعنوان:

" المساندة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم والاتزان الانفعالي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن"

يرجى التكرم بتسهيل مهمة الطالب المذكور أعلاه، والسماح له بتطبيق استبانة دراسته على الفئة المستهدفة من مرضى الفشل الكلوي بمجمع ناصر الطبي، ومستشفى أبو يوسف النجار، وذلك بهدف البحث العلمي فقط.

والله ولي التوفيق،،،

عميد كلية التربية

أ.د. إبراهيم الأسطل

كلية التربية Faculty of Education

- صورة لـ:
  - مشرف الطالب/ة.
  - الملف.

REDMI NOTE 8 PRO
AI QUAD CAMERA

ص.ب. 108 الرمال، غزة فلسطين فاكس: Fax: + 970 (8) 264 4800 هاتف: 970 (8) 264 4400