



المملكة العربية السعودية

وزارة التعليم

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

كلية العلوم الاجتماعية

قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي

خطة مقدمة لتسجيل رسالة دكتوراه الفلسفة في قسم الخدمة الاجتماعية
تخصص (الممارسة المباشرة – سياسات الرعاية)

إعداد

إشراف

أ.د. *****

أستاذ دكتور بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

العام الجامعي

١٤٤٧هـ - ٢٠٢٦م



فهرس المحتويات

١	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة.....
١	١,١ مقدمة الدراسة.....
٤	٢,١ مشكلة الدراسة:.....
٥	٣,١ أهمية الدراسة.....
٧	٤,١ أهداف الدراسة.....
٧	٥,١ تساؤلات الدراسة:.....
٨	٦,١ مفاهيم الدراسة نظرياً وإجرائياً.....
٩	الفصل الثاني: أدبيات الدراسة.....
٩	١,٢ الإطار النظري.....
٩	١,١,٢ العلاج العقلاني الانفعالي.....
٩	١,١,٢,٢ مبادئ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي.....
١٠	٢,١,٢,٢ أهداف العلاج العقلاني الانفعالي.....
١١	٢,١,٢ جودة الحياة.....
١١	١,٢,٢,٢ أهمية جودة الحياة.....
١٢	٢,٢,١,٢ أبعاد جودة الحياة.....
١٣	٣,٢,١,٢ العوامل المؤثرة على جودة الحياة.....
١٤	٤,٢,١,٢ قياس جودة الحياة.....
١٥	٢,٢ الدراسات السابقة.....
١٥	١,٢,٢ البحوث والدراسات التي تناولت العلاج العقلاني الانفعالي.....
١٧	٢,٢,٢ البحوث والدراسات التي تناولت: جودة الحياة لدى المرضى.....
١٩	٣,٢,٢ التعليق على الدراسات السابقة في المحور الأول.....
٢٠	٤,٢,٢ التعليق على الدراسات السابقة في المحور الثاني:.....
٢١	٥,٢,٢ أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:.....
٢١	٦,٢,٢ أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:.....
٢٣	الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة.....
٢٣	١,٣ نوع الدراسة والمنهج المستخدم.....
٢٣	٢,٣ مجتمع وعينة الدراسة:.....
٢٣	٣,٣ أدوات الدراسة وكيفية تطبيقها.....
٢٦	٤,٣ حدود الدراسة.....
٢٧	٥,٣ أساليب تحليل البيانات.....

٢٨	قائمة المراجع
٢٨	المراجع العربية
٣٠	المراجع الأجنبية

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

١,١ مقدمة الدراسة

يشهد العالم المعاصر تحولات متسارعة في أنماط الحياة، بدءاً من التغيرات في طبيعة الغذاء والعمل، وصولاً إلى زيادة الضغوط النفسية والاجتماعية. هذه التحولات لم تكن بمعزل عن التأثير على صحة الإنسان، حيث ساهمت في تغيير الخارطة الوبائية للأمراض عالمياً. فبينما كانت الأمراض المعدية تشكل التحدي الأكبر في الماضي، برزت اليوم الأمراض المزمنة وغير السارية كواحدة من أبرز سمات العصر الصحي الحديث، فإرضة تحديات جديدة ومعقدة على الأفراد والمجتمعات على حد سواء.

وتشكل الأمراض المزمنة تهديداً على حياة الإنسان في مختلف المجتمعات، ولعل التقدم العلمي الحاصل في مختلف المجالات الطبية والصحية والذي حظيت به معظم المجتمعات والشعوب أصبح سلاحاً ذو حدين، فهو طريق لانتشار الأمراض النفسية التي تشكل تهديداً واضحاً على حياة البشرية، والأمراض المزمنة كونها تلازم الإنسان لفترة طويلة من حياته فإنها تثر على حالة المريض النفسية، كون هذه الأمراض لها أبعاد سلبية على البناء النفسي للإنسان، ويترتب عليها اضطرابات نفسية كالإكتئاب والعجز والقلق بدرجة لا تسمح بتأدية متطلباتهم الحياة مستقبلاً بالشكل المطلوب، كما يقل أملهم في الحياة (هادي، ٢٠٢٤).

يعد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة والتي تشكل خطورة على حياة المرضى وتؤدي إلى الوفاة أحياناً، إذ أن الكلى تعتبر من الأعضاء الهامة في جسم الإنسان لدورها الهام في تخليص الجسم من البقايا الغذائية والمواد السامة، إضافةً إلى أنها تعمل على توازن الماء في الجسم (يوسف، ٢٠٢٠). والفشل الكلوي من الأمراض التي تتفاقم وتزداد حدة مع الوقت وذلك بسبب طبيعة المرض، ووجود الأمراض المزمنة المصاحبة له كارتفاع ضغط الدم والسكر، وينتج عن الفشل الكلوي الكثير من المشكلات بسبب عدم قدرة الكلى على إخراج السموم وفشلها في الحفاظ على توازن نسبة الماء والأملاح داخل الجسم، وعدم قدرتها على إفراز الهرمونات، وعندما يصاب الشخص بالفشل الكلوي المزمّن يحتاج إلى عملية الغسيل الكلوي، لكي يعوض الجسم ببعض وظائف الكلى (العجمي، ٢٠٢٤).

ولخطورة هذا المرض فإن إصابة الفرد بمرض الفشل الكلوي يعتبر تحدياً يواجه الأسرة ويهدد استقرارها الاجتماعي والاقتصادي، فمما لا شك فيه أن مرض الفشل الكلوي يعتبر من أخطر الأمراض المزمنة التي تؤثر على حياة الطفل المصاب، كما يصنف هذا المرض بأنه من الأمراض الاجتماعية والذي يمتد تأثيره ليشمل أسرة المريض، والتي قد تواجه العديد من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية نتيجة لمرض الفرد، فوجوده المصاب بالفشل الكلوي المؤثر على حياته يؤدي غالباً إلى إعاقة وإعاقة الأسرة عن أداء أدوارها الاجتماعية وتسبب لهم العديد من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية (الجهني وآخرون، ٢٠٢٤).

وتتأثر حياة مرضى الفشل الكلوي على المستوى الصحي والنفسي والاجتماعي والمهني بصورة واضحة بتبعات المرض، وهذه التأثيرات تكون سلبية في الغالب، حيث يزداد الضعف الصحي مع الوقت وتتأثر النفسية والنظرة للحياة ويصاب المرضى بالإحباط، وتناوبهم مخاوف وصراعات الموت، وتقل قدرتهم على التفاعل وأداء الأدوار الاجتماعية والتأثير في المحيط الاجتماعي خاصة الأسرة، وقد يفقد المريض عمله فتزداد مشاكله سوءاً، ويزداد شعوره بعدم الفاعلية، وتنشغل به أسرته وبِعلاجه، فيشعر أنه يزيد أعبائهم بدلاً من التخفيف عنهم، ولا شك أن كل هذه التغيرات في المشاعر تنعكس على جودة حياته بصورة مباشرة أو غير مباشرة، حيث تنخفض مستويات جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي لدى جميع الفئات من المصابين وفي جميع مراحل المرض (الحسيني، ٢٠٢١).

ولا شك أن تأثير الفشل الكلوي على جودة حياة المرضى ينعكس على كثير من جوانب الحياة، ويزيد من مشكلات المرضى على مستويات أخرى، حيث يرى Thi Ngan & Khoi (2020) أن انخفاض جودة الحياة يدل على عدم إشباع الاحتياجات الضرورية ويشير إلى العديد من المشكلات والصعوبات التي تشمل الفرد وأسرته ومجتمعه، إذ أن جودة الحياة وتحسين نوعية حياة الأفراد هو أحد الأهداف الرئيسة لاستراتيجيات التنمية البشرية في المجتمعات، فانخفاض مستواها يؤثر على التفاعلات الاجتماعية والقدرة التنموية للمجتمع، وهو ما يعني تأثيراً واسعاً يتخطى المريض إلى الأسرة والمجتمع.

كما يواكب التغير في جودة حياة مرضى الفشل الكلوي تغيرات أخرى على المستوى الداخلي، أهمها الشعور بالاغتراب الاجتماعي نتيجة قيود العلاج الصارمة والإرهاق الناتج عن عملية الغسيل الكلوي والذي يمنع المرضى معظم الوقت من ممارسة الأنشطة والأدوار الاجتماعية، وما يرتبط بذلك من شعور بالعزلة، واضطراب المفاهيم، وفقدان معنى الحياة، وربما عدم الرضا عن المجتمع ومعايير وأنظمتها، وهو ما أكدته Moorthi & Kenzie (2019) على ازدياد مستويات العزلة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي كلمات تقدم المرض للمراحل الأخيرة. كما أكدت دراسة Alqalah et al. (2025) على أن مرض الكلى في مراحله النهائية يشكل تهديداً لجودة حياة الأفراد المصابين وله تأثير كبير على حياتهم اليومية، حيث إن التغيرات المصاحبة في التوازن النفسي، والقدرة المحدودة على الوفاء

بالالتزامات الاجتماعية جميعها تعيق جودة حياتهم، وهذا ما يتطلب توجيهًا لتحسين رعاية المرضى وتعزيز جودة حياتهم بشكل عام.

وأكد المفرج (٢٠٢٣) أن مرضى الفشل الكلوي قد يواجهون بعض المشكلات التي قد تعوقهم عن تحقيق أقصى استفادة ممكنة من الخدمات الطبية المقدمة لهم، مما يستلزم ضرورة تفعيل دور الخدمة الاجتماعية مع هؤلاء المرضى بشكل يتناسب مع ظروف المريض وذويه، خاصة وأن دور الطبيب المعالج غالباً ما يقتصر على تشخيص المرض وعلاجه فقط دون الاهتمام بتخفيف حدة المعاناة المصاحبة لهذا المرض، أو التخفيف من المشكلات التي قد تواجه المريض أو أسرته، مما يتطلب تدخلات مع هؤلاء المرضى من أجل مساعدتهم على تقبل الواقع والتكيف والتعايش معه

وفي مواجهة هذه التحديات تبرز أهمية التدخلات العلاجية النفسية كجزء لا يتجزأ من الرعاية الشاملة. ومن بين هذه التدخلات، يظهر العلاج العقلاني الانفعالي لصاحبه ألبرت إيليس كأحد النظريات المندرجة ضمن العلوم الاجتماعية والبارز في علم النفس بوجه الخصوص، حيث يركز على تعديل الأفكار والمعتقدات السلبية التي يمكن أن تؤدي للمشاكل النفسية والعاطفية، والتقليل من النواتج اللاعقلانية المؤدي للاضطرابات النفسية التي تعتمد على تزويدهم بالطريقة المثلى المبنية على تغيير التفكير اللاعقلاني واستبداله بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية (حبيب وأحلام، ٢٠٢٥).

ويساعد العلاج العقلاني الانفعالي في بيان العلاج النفسي النشط القائم على أسس تجريبية وفلسفية، ويهدف إلى حل المشكلات والاضطرابات العاطفية والسلوكية ومساعدة الناس على أن يعيشوا حياة أكثر سعادة وإرضاء (الشمسان ومريم، ٢٠٢٠). وفي العلاج العقلاني الانفعالي يتم تشجيع المسترشد ليتفحص أفكاره اللاعقلانية من جميع نواحيها الواقعية والمنطقية ومدى سويتها، وأن يقارنها من بدائها من الأفكار المنطقية المنتجة الممكنة، ومن خلال الأسئلة يتم العمل على حدوث استبصار لدى المسترشد أيضاً عن صراعه بين أهدافه قصيرة المدى وأفكاره بعيدة المدى، فالفرد اللاعقلاني غالباً يغفل عن أهدافه بعيدة المدى، وتتمثل أهداف العلاج من وجهة نظر إيليس في خفض حدة الاضطرابات إلى أقل حد ممكن، ومساعدة الأفراد على التحليل المنطقي لاضطراباتهم بما يساعد على تحقيق أهداف العلاج، إضافةً إلى تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية يحقق للفرد التوافق، ويجعل منه إنساناً سوياً، وإذا كانت عملية العلاج في ضوء هذا الاتجاه تتلخص في علاج اللامعقول بما هو معقول، فإن دور المعالج يتمثل في مساعدة الفرد على التخلص من الأفكار والاتجاهات اللاعقلانية واللامنطقية، وأن يحل محلها أفكاراً واتجاهات عقلانية ومنطقية (الخواجة، ٢٠١٥).

وعلى مستوى مخرجات هذا النمط من التدخل العلاجي لدى مرضى غسيل الكلى، نجد أن دراسة Farnoodi et al. (2020) أشارت إلى أن التدخل بالعلاج العقلاني الانفعالي يساهم في تقليل أعراض وعلامات الاكتئاب وتحسين الحالة النفسية لمرضى غسيل الكلى. كما أشارت دراسة Aurooj et al. (2023) إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي بشكل ملحوظ في التخفيف من الضيق النفسي

وتحسين الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي، كما أوصت الدراسة باتباع العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كنهج متكامل لتلبية احتياجات مرضى الفشل الكلوي في المرحلة النهائية، في ضوء ما سبق وانطلاقاً من حقيقة أن الفشل الكلوي يفرض أعباءً نفسية وانفعالية ثقيلة تؤثر سلباً على جودة حياة المرضى، وبالنظر إلى النتائج الواعدة التي أظهرتها الدراسات حول فعالية التدخلات ومن ضمنها العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين الصحة النفسية لهذه الفئة، تبرز فجوة بحثية في البيئة المحلية. من هنا، تأتي هذه الدراسة كمحاولة لسد هذه الفجوة، عبر اختبار فاعلية برنامج علاجي قائم على أسس العلاج العقلاني الانفعالي، وقياس أثره المباشر في تحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي.

٢,١ مشكلة الدراسة:

يؤكد برنامج جودة الحياة المنبثق عن رؤية المملكة ٢٠٣٠ على تحسين جودة حياة الأفراد والأسرة عبر تطوير البيئة المناسبة لإيجاد خيارات أكثر حيوية يمكن من خلالها تعزيز أنماط الحياة الإيجابية، وزيادة تفاعل المواطنين مع المجتمع، ويشمل ذلك التوجه جميع الفئات بما في ذلك المرضى، والذين تسعى المملكة لتحسين وتطوير الخدمات الصحية المقدمة لهم لتواكب المعايير العالمية، وهو ما يمكن ملاحظته من خلال الجهود الكبيرة المبذولة في علاج الأمراض المزمنة وفي مقدمتها مرض الفشل الكلوي، حيث تتكفل الحكومة بالعلاج المجاني الكامل لهؤلاء المرضى، وتنتشر مراكزها العلاجية المجهزة بأحدث التقنيات العلاجية العالمية في ربوع المملكة، وتحمل جميع تكاليف العلاج وعمليات الغسيل في المراكز الأهلية تخفيفاً عن المرضى ودعمًا لهم، هذا فضلاً عن إنشاء المركز السعودية لزراعة الأعضاء الذي يرتبط بمنظومة متكاملة للتبرع بالأعضاء وتنظيم عمليات زراعة للكلية وفقاً للأولويات (الحسيني، ٢٠٢٢).

يُعد الفشل الكلوي المزمن من أكثر الأمراض المزمنة تأثيراً في حياة الإنسان لما يفرضه من قيود بدنية ونفسية واجتماعية طويلة الأمد، إذ يواجه المرضى تحديات يومية تتعلق بالاعتماد المستمر على أجهزة الغسيل الكلوي، والانقطاع عن العمل، وتراجع المشاركة الاجتماعية، والضغط المالية والإنهاك النفسي (Almutairi et al., 2023). ويمثل مرض الفشل الكلوي المزمن أزمة صحية عالمية متنامية، حيث تشير تقارير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2022) إلى أن أكثر من (٨٥٠) مليون شخص حول العالم يعانون أمراض الكلى المزمنة، فيما تجاوز عدد المرضى الخاضعين للغسيل الكلوي في المملكة العربية السعودية (٢٢) ألف مريض يعانون تدنياً واضحاً في جودة الحياة الاجتماعية والوظيفية.

لا يقتصر تأثير الفشل الكلوي على الجانب الجسدي، بل يمتد ليصبح أزمة نفسية حادة للمريض، حيث يعاني مرضى الفشل الكلوي، وخصوصاً الخاضعين للغسيل الكلوي، من تدهور حاد وملحوظ في جودة الحياة، حيث تفرض طبيعة المرض والعلاج قيوداً جسدية، نفسية، اجتماعية، واقتصادية صارمة. وقد أظهرت الدراسات أن مثل دراسة عياش وكوسة (٢٠٢٣) أن مرضى الفشل

الكلوي يعانون انخفاضاً ملحوظاً في جودة الحياة العامة والرضا عنها مقارنة بغيرهم من المرضى المزمنين، كما كشفت دراسة (Zarei et al. (2022 أن نحو (٤٠٪) منهم يواجهون ضغوطاً انفعالية حادة تؤثر في التزامهم بالعلاج وتفاعليهم الاجتماعي. كذلك بينت دراسة الغفيلي والمشوح (٢٠٢٠) أن الاكتئاب وضعف الصلابة النفسية من أبرز العوامل التي تحد من تكيف المرضى مع حالتهم المرضية وتؤثر سلباً في جودة حياتهم.

وأشارت دراسة المفتي (٢٠٢٣) إلى أن مرض الفشل الكلوي من الأمراض المعقدة والمتداخلة في أسبابها وآثارها التي تستمر لفترات طويلة أو مدى الحياة، ويكون العلاج فيها غير مضمون النتائج، مما يتوقع معه العديد من الآثار السلبية والمشكلات التي تؤثر في جودة حياة المريض نتيجة القيود والعجز الذي تسببه. كما أكدت دراسة آل قراد (٢٠٢٠) على تأثير مرض الفشل الكلوي على الحياة الأسرية للمريض من حيث صعوبة تفهم الأسرة للمرض الذي يعاني منه المريض، وأحياناً التفكك والاضطراب الأسري وضعف تماسكها أو توازنها بسبب عدم قدرة المريض على أداء واجباته، وقد تنهار الأسرة إذا طال المرض أو طالت مدة العلاج عندما يطلب أحد الزوجين الطلاق بسبب ذلك. كما أشارت دراسة الحسيني (٢٠٢٢) إلى أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى غسيل الكلى كان متوسطاً في الأبعاد الصحية والنفسية والاجتماعية،

ومن هذا المنطلق، تبرز أهمية الخدمة الاجتماعية العلاجية ودورها في تحسين جودة الحياة للمرضى المزمنين عبر تمكينهم من مواجهة ضغوط المرض وتعزيز تقبلهم الذاتي، وهو ما أشار إليه المفرج (٢٠٢٣) الذي أكد أن الأخصائيين الاجتماعيين يساهمون في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لمرضى الفشل الكلوي، إلا أن البرامج العلاجية المطبقة ما تزال محدودة في تعزيز العديد من الجوانب في حياة المصابين.

في ظل الانتشار المتزايد لمرض الفشل الكلوي وما يصاحبه من عبء نفسي وتدهور في جودة الحياة، ومع وجود فجوة بحثية حول فعالية التدخلات النفسية المتخصصة في البيئة المحلية، فإن مشكلة هذه الدراسة تتمثل في الكشف عن مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي.

٣,١ أهمية الدراسة

تنقسم أهمية الدراسة إلى الآتي:

أ- الأهمية العلمية:

تتمثل الأهمية العلمية للدراسة في الآتي:

١. سد الفجوة البحثية الجغرافية والثقافية، فبينما توجد مجموعة من الدراسات الدولية التي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) مع مرضى الفشل الكلوي، إلا أن هناك ندرة واضحة في الأبحاث التي تتناول العلاج العقلاني الانفعالي تحديداً، وتطبيقها ضمن السياق الثقافي

والاجتماعي العربي. هذه الدراسة ستوفر بيانات أصيلة من بيئة لم تحظَ بالبحث الكافي، مما يسمح باختبار مدى قابلية تعميم مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي وفعاليتها عبر ثقافات مختلفة. ٢. تتجاوز هذه الدراسة مجرد قياس أثر التدخل لتساهم في فهم أعمق للآليات النفسية الكامنة. من خلال تطبيق نموذج ألبرت إيليس على تجربة مرضى الفشل الكلوي، ستقدم الدراسة رؤية إمبريقية حول طبيعة المعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها المرضى تجاه مرضهم المزمن، وكيف تؤدي هذه المعتقدات إلى عواقب انفعالية وسلوكية سلبية مثل انخفاض جودة الحياة. ٣. تساهم الدراسة في توسيع نطاق تطبيق نظريات علم النفس الإكلينيكي لتشمل مجال علم النفس الصحي، وتحديدًا في التعامل مع التحديات النفسية للأمراض المزمنة. إن نجاح التدخل سيوفر دليلاً إضافياً على أن الأمراض الجسدية ليست مجرد كيانات بيولوجية، بل هي تجارب نفسية-اجتماعية يمكن تعديل مسارها عبر تدخلات معرفية منظمة. ٤. تساهم هذه الدراسة في اختبار فعالية نموذج العلاج العقلاني الانفعالي في سياق ثقافي جديد، مما يقدم للباحثين أساساً علمياً يمكن البناء عليه. فمن خلال تقديم بروتوكول علاجي واضح النتائج، تفتح الدراسة الباب أمام أبحاث مستقبلية يمكن أن تستكشف متغيرات أخرى، أو تقارن بين تدخلات مختلفة، أو تطور برامج وقائية، مما يمهّد الطريق لتراكم معرفي منظم في هذا المجال الهام.

ب- الأهمية التطبيقية:

تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في الآتي:

١. تقدم هذه النتائج رؤية قيّمة لصانعي السياسات، ومقدمي الرعاية الصحية، والأسر، والمجتمع بشكل عام لتطوير استراتيجيات موجهة تهدف إلى تعزيز جودة الحياة ومعالجة احتياجات الأفراد الذين يخضعون لغسيل الكلى. مما قد يعزز الوصول إلى خدمات رعاية صحية شاملة، معالجة العوامل الاجتماعية والاقتصادية، تعزيز أنماط الحياة الصحية، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي.
٢. ستنتج عن هذه الدراسة برنامج علاجي متكامل ومُفصّل قائم على العلاج العقلاني الانفعالي ومُكيّف خصيصاً لمرضى الفشل الكلوي. هذا البروتوكول يمكن أن يصبح دليلاً عملياً للأخصائيين النفسيين والمعالجين في المستشفيات ومراكز غسيل الكلى، مما يضمن تقديم تدخل نفسي منهجي ومبني على الأدلة، بدلاً من الدعم النفسي غير الموجه.
٣. من خلال تزويد المرضى بمهارات عملية لتحديد وتحدي أفكارهم اللاعقلانية، تساهم الدراسة في الانتقال من نموذج الرعاية السلبي إلى نموذج التمكين، فالمرضى الأكثر عقلانية هو مريض أكثر قدرة على التكيف، وأكثر التزاماً بالعلاج، وأقل عرضة للاكتئاب والقلق، مما قد ينعكس إيجاباً ليس فقط على جودة حياته، بل على مؤشرات الصحة والسريرية أيضاً.

٤. ستقدم نتائج هذه الدراسة دليلاً علمياً قوياً لصناع القرار في القطاع الصحي حول أهمية وجدوى دمج خدمات الصحة النفسية كجزء لا يتجزأ من الرعاية الشاملة لمرضى الفشل الكلوي. يمكن استخدام هذه النتائج للمطالبة بتخصيص الموارد وتدريب الكوادر لتوفير هذا النوع من العلاج بشكل روتيني، مما يمثل استثماراً طويلاً الأمد في صحة ورفاهية المرضى.

٤,١ أهداف الدراسة

بناءً على ما ورد في مشكلة الدراسة وأهميتها، فإن الهدف الرئيس للدراسة الحالية يتحدد فيما يلي:

الكشف عن فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي.
ويتفرع عن ذلك الأهداف الفرعية التالية:

١. تصميم وبناء برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي.
 ٢. التعرف على الفرق في مستوى جودة الحياة بأبعادها المختلفة (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، والبيئية) بين المجموعة التجريبية (التي تتلقى البرنامج العلاجي) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.
 ٣. التحقق من أثر البرنامج العلاجي في خفض مستوى المعتقدات اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية.
 ٤. تحديد مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي في تحسين جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية، وذلك من خلال قياس التبع بعد فترة زمنية من انتهاء البرنامج.
 ٥. الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، تبعاً لمتغيراتهم الشخصية (النوع، المستوى التعليمي، مدة الإصابة بالمرض).
- ٥,١ تساؤلات الدراسة:

يتمثل السؤال الرئيس لهذه الدراسة فيما يلي:

ما فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي؟

ويتفرع عن ذلك التساؤلات الفرعية التالية:

١. ما صورة البرنامج العلاجي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي المناسب لمرضى الفشل الكلوي؟
٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسط درجات جودة الحياة بأبعادها المختلفة (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية) بين المجموعة التجريبية (التي تتلقى البرنامج العلاجي) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسط درجات المعتقدات اللاعقلانية بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية (التي تتلقى البرنامج العلاجي)؟

٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسط درجات جودة الحياة بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية (التي تتلقى البرنامج العلاجي)؟

٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي تُعزى لمتغيرات (النوع، المستوى التعليمي، مدة الإصابة بالمرض)؟

٦,١ مفاهيم الدراسة نظرياً وإجرائياً

تشتمل الدراسة الحالية على ثلاثة مفاهيم محورية هي:

العلاج العقلاني الانفعالي

عرفه حاج قويدر ومرصالي (٢٠٢٣، ص. ٩٤٠) بأنه: "عبارة عن مجموعة من الفنيات المعرفية والوجدانية والسلوكية التي تساعد الفرد على التخلص من الأفكار اللاعقلانية والانفعالات السلبية والسلوكيات الخاطئة".

ويعرف إجرائياً بأنه: عبارة عن برنامج تدخلي نفسي، منظم ومحدد الجلسات، يهدف إلى تحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي، وذلك من خلال تطبيق مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية المستمدة من نظرية ألبرت إليس.

جودة الحياة

يعرفها Ertutk (2022, p.196) بأنها: "الحالة العامة لرغبة الفرد في العيش بشكل جيد، حيث تركز على إيجاد التوازن بين الجوانب النفسية والاجتماعية والبدنية، بالإضافة إلى ذلك، فإن كدى الرضا عن العمل يؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية وجودة الحياة".

وتعرف إجرائياً في هذه الدراسة بأنها: "تصور المريض وإدراكه الشخصي لمدى رضاه عن حياته في ظل معاناته من مرض الفشل الكلوي، ويتم قياسها على مستوى البعد الجسدي والنفسي، وبعد العلاقات الاجتماعية، وبعد البيئة في المقياس الذي سيتم تطبيقه على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة".

مرضى الفشل الكلوي

يعرفهم المفتي (٢٠٢٣، ص. ٣٢٧) بأنهم: "الأشخاص الذين يعانون من توقف في وظائف الكلى وعملها، ويحتاجون إلى الغسيل الكلوي بشكل دائم في المستشفيات".

ويعرفوا إجرائياً بأنها: "تلك الشريحة من المرضى الذين يعانون من تدهور ملحوظ في جودة حياتهم نتيجة لتشخيصهم طبياً بأنهم في المرحلة النهائية من مرض الكلى المزمن (ESRD - Stage 5)، وانتظامهم على علاج الغسيل الكلوي الدموي لمدة لا تقل عن ستة أشهر".

الفصل الثاني

أدبيات الدراسة

١,٢ الإطار النظري

١,١,٢ العلاج العقلاني الانفعالي

يمثل العلاج العقلاني الانفعالي أحد ركائز العلاج المعرفي السلوكي، وكان مبادئه مصدر إلهام لـ أرون بيك مؤسس العلاج المعرفي السلوكي، ويتقد ألبرت أليس أن معظم الناس لا يدركون أن العديد من أفكارهم عن أنفسهم غير عقلانية وتؤثر سلباً على الطريقة التي يتصرفون بها في العلاقات والمواقف المهمة، ووفقاً لـ أليس فإن هذه الأفكار تدفع الأفراد إلى المعاناة من المشاعر السلبية والانخراط في سلوكيات مدمرة للذات، وفي الوقت نفسه يكون الأفراد قادرين على تحدي معتقداتهم غير العقلانية وتغييرها، إذا كانوا على استعداد للقيام بالعمل، في حين أن أحداث الحياة المحددة قد تسهم في اضطرابات الصحة النفسية، ويعتقد معالجو العلاج العقلاني الانفعالي أن نظام المعتقدات الخاطئ وغير العقلاني هو السبب وراء معظم مشكلاتهم، ومن خلال التخلي عن الأفكار السلبية واستبدالها بمعتقدات إيجابية يصبح الشخص أكثر قدرة على قبول نفسه والآخرين (أرنوط، ٢٠٢٥).

١,١,١,٢ مبادئ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي

يركز العلاج العقلاني الانفعالي على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وتشير إلى أن السلوكيات والمشاعر تنتج مباشرةً من الأحداث الخارجية، ولكن بالطريقة التي تفسر بها تلك الأحداث، وتشكل تلك النظرية على عدد من المبادئ والتي تركز على أن هناك عدد من الأفكار غير المنطقية، يتبناها الفرد من خلال تفاعله مع البيئة الخارجية وهو ما سبب له العديد من المشكلات النفسية، وتسعى هذه النظرية إلى تعديل تلك الأفكار واستبدالها بأفكار عقلانية واقعية، وتدريب الأفراد على التعامل مع المشاعر السلبية بطريقة إيجابية بناءة، ومن بين المبادئ التي تسعى النظرية إلى تحقيقها:

- الاعتماد على نموذج ABCDE وهو ما يشير إليه Ellis et al. (2021) في النقاط التالية:

١. (A) ويعني الحدث المحفز (Activating Event): وتشير إلى الحدث الذي يحدث أو الموقف الذي يتعرض له الفرد.

٢. (B) المعتقد (Belief): وهي الطريقة التي يفسر بها الفرد الموقف أو الحدث الذي يتعرض له.
٣. (C) النتيجة السلوكية (Consequence): وهي المشاعر والتصرفات الناتجة عن المعتقد.
٤. (D) الجدل (Disputing): وهي المناظرة والتحدي مع المعتقد غير المنطقي.
٥. (E) المعتقد الجديد الفعال (Effective New Belief): وهي استبدال المعتقد اللاعقلاني بآخر أكثر منطقية.

- التركيز على الأفكار غير المنطقية:

تري النظرية أن معظم المشكلات النفسية لدى الفرد ناتجة عن مجموعة المعتقدات غير العقلانية أو المبالغ فيها، وهنا يركز العلاج العقلاني على دحض الأفكار غير المنطقية التي يتبناها الفرد ومحاولة التخلص منها، حيث أنها مكن معظم المشكلات النفسية وهي السبب وراء السلوك الانسحابي للفرد.

- الإنسان مسؤول عن مشاعره وأفكاره:

يرى (Dryden 2002) أن فكرة النظرية ترفض أن الظروف هي السبب المباشرة لمشاعر الفرد، بل تؤكد أن الفرد هو المسؤول عن كيفية تفسير تلك الأحداث، وبالتالي تعمل على تغيير إدراك الفرد لهذه الظروف والأحداث

- العلاج يتضمن تغير فكري وسلوكي وعقلي:

يشير (Neenan 2022) أن نظرية (RET) لا تستخدم فقط لتعديل الأفكار، بل أيضاً على تغيير المشاعر والسلوكيات المرتبطة بهذه الأفكار عبر تقنيات عملية.

- التركيز على القبول الذاتي وقبول الآخرين:

تشجيع النظرية على قبول الذات حتى مع وجود أخطاء وهو ما يطلق عليه القبول غير المشروط وكذلك قبول الآخرين وعدم الحكم عليهم بشكل قاطع (Grieger al., 2019).

٢،١،١،٢ أهداف العلاج العقلاني الانفعالي

يتبع العلاج العقلاني الانفعالي في تحقيق هدف رئيس هو التقليل من السلوكيات الهازمة للذات، وإكساب الفرد فلسفة في الحياة أكثر واقعية وسماحة، وتتمثل هذه الفلسفة من خلال تقبل الذات دون شروط، وتبني اتجاهات غير معادية وغير ناقدة للآخرين، وتقبل الواقع الذي لا يمكن تغييره بتسامح وتساهل دون شكوى من إحباط أو حرمان أو ضيق، وإرادة العمل لتحسين ظروف حياة الفرد لزيادة متعته الشخصية، وأوضح إليس أن الهدف الكلي للعلاج العقلاني الانفعالي هو تقليل نزعة هزيمة النفس عند المتعالي والوصول إلى فلسفة حياتية أكثر واقعية، ويهدف العلاج العقلاني الانفعالي إلى تحقيق ما يلي (الهوارنة، ٢٠٢٥):

١. مساعدة المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية التي تسبب ردود أفعال غير مناسبة.
٢. حث المريض على الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
٣. محاربة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية لدى المريض.

٤. التخلص من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالإقناع العقلي المنطقي.
٥. إعادة التنظيم بنظام المعتقدات لدى المريض.
٦. إزالة أو تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المريض وبصفة خاصة تقليل القلق ولوم الذات وتقليل العدوان ولوم الآخرين والظروف، وتحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقبل الآخرين وإعادة المريض إلى التفكير العلمي والتحكم في انفعالاته وسلوكه عقلياً.
٧. تقليل قلق المتعالج أي لوم نفسه، وتقليل عدوانيته أي لوم العميل للآخرين والعالم.
٨. تعليم المتعالج طريق لمراقبة نفسه وملاحظتها وتقديرها، والتأكيد لنفسه أن تحسن حالته سوف يستمر، وبهذا فإن الهدف الرئيس من مشورة المرشد النفسي هو تعليم المتعالج كيف يتحرى ويناقش أفكاره اللاعقلانية.
٩. تنمية التوجيه الذاتي والاستقلالية الذاتية والمسؤولية.
١٠. تحمل سقطات البشر وتقبل الأشياء غير المؤكدة والمرونة والانفتاح على التغيير والتفكير العلمي.
١١. تقبل المخاطر أو الرغبة في تجريب أشياء جديدة وتقبل الذات.

٢,١,٢ جودة الحياة

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الهامة في الدراسات التربوية والنفسية والإنسانية لارتباطه بشكل مباشر بمدى تمتع الأفراد في الصحة النفسية والعقلية، وما ينطوي عليه من مؤشرات تدل على شعور الأفراد بالأمل والتفاؤل والنظرية الإيجابية للحياة، بحيث يعيش الأفراد حياة مفعمة بالنشاط والحيوية والتقبل والاحترام والاستقلال المعرفي، وهذا ما ينعكس على مختلف الجوانب الحياتية للأفراد الاجتماعية منها والمهنية والأسرية وغيرها (الهاشمي، ٢٠٢١).

١,٢,١,٢ أهمية جودة الحياة

تمثل جودة الحياة أهمية كبيرة في حياة الفرد والمجتمع، فهي مؤشر حقيقي للتنمية الشاملة على جميع الأصعدة، وتلعب دوراً كبيراً في تحقيق التقدم والاستقرار في حياة الأفراد، وأشار ضيف الله وآخرون (٢٠٢٠) إلى أهمية جودة الحياة والتي يمكن حصرها في العناصر التالية:

١. تساهم جودة الحياة في تقدير التنمية سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو بشرية.
٢. تتضح أهمية جودة الحياة بشكل كبير وفعال في التنمية البشرية من خلال التركيز على ما حققته من إشباع للحاجات الإنسانية لدى الفرد.
٣. تظهر أهمية جودة الحياة في المحافظة على سعادة الأفراد في هذا العصر.
٤. تهتم جودة الحياة بقياس ومعرفة درجة الرضا التي يشعر بها الفرد تجاه أنماط حياته عامةً.
٥. تغطي جودة الحياة العديد من المجالات منها الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والنفسية والتاريخية والطبية وقضايا البيئة والتسوق والتجارة والدخل والتوظيف وكافة جوانب الحياة الأخرى.

٢,٢,١,٢ أبعاد جودة الحياة

تناول الكثير من الباحثين أبعاد جودة الحياة، وتعددت التصنيفات ووجهات النظر التي حددت المكونات الرئيسة لهذه الأبعاد، ويمكن حصر أبعاد جودة الحياة في الأبعاد التالية (اعقاب وزرمان، ٢٠٢١؛ اليوبي والحربي، ٢٠٢٠):

- جودة الحياة الموضوعية: وتتمثل فيما يوفره المجتمع من إمكانات مادية بالإضافة إلى الحياة الاجتماعية لحياة الفرد، ويعد تقييم الفرد لجودة الحياة الموضوعية في حياته كالدخل والمسكن والعمل والتعليم والصحة، ويمثل في إحدى مستوياته الأساسية انعكاساً مباشراً لإدراك الفرد لجودة حياته.
- جودة الحياة الوجودية: وتتمثل في الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد البيولوجية والنفسية وقدرته على العيش بتوافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.
- جودة الحياة الذاتية: وتتمثل في مدى الرضا الشخصي عن الحياة ومن ثم الشعور بالسعادة وجودة الحياة، حيث إنها تمثل دوراً مهماً في تفسير مفهوم جودة الحياة لدى الفرد، فهي تقوم على تقييم جودة الحياة كما يدركها ويستجيب لها الأفراد وما تحققه لهم من إشباع، الأمر الذي يؤدي إلى شعورهم بالرضا أو السعادة، وبالتالي فإن سعادة الأشخاص ورضاهم أو تعاستهم يعد أفضل مؤشر لجودة الحياة.

كما أورد بو عمامة (٢٠١٩) إلى العديد من الأبعاد الأخرى التي ترتبط بجودة حياة الفرد والتي تتمثل فيما يلي:

١. البعد البيولوجي: وهو البعد الذي يتعامل مع تنمية الفرد من خلال طاقاته البدنية والجسمية ويساعد على ضمانه صحته واستمرارها مدى حياته.
 ٢. البعد المعرفي: وهو البعد الذي يتعامل في تنمية قدرات الفرد الأدائية والعقلية والمعرفية والمهارية، ويجعلها في تطور وتجدد مستمر.
 ٣. البعد السيكولوجي: وهو البعد الذي يتعامل مع تنمية قدرات الفرد الروحية والنفسية والثقة وتقدير الذات.
 ٤. البعد السوسيولوجي: وهو البعد الذي يتعامل مع تنمية المهارات الاجتماعية المختلفة لدى الفرد من تقدير المجتمع، والذات الاجتماعية الفردية وتقدير العلاقات البيئية مع الآخرين.
- بينما أوضح بلقاسمي ومسعودي (٢٠٢١) أن أبعاد جودة الحياة تضم أربعة من العناصر التي تمثل جودة الحياة وهي:

- جودة الصحة العامة: حيث حظيت الصحة العامة باهتمام علم النفس الإيجابي في الكثير من الأدبيات على الرغم من اختلاف العلماء في تحديد مفهوم واضح وجيد لجودة الحياة، إلا أن هناك اتفاقاً في تحديد مؤشرات جودة الحياة والتي تتمثل في المؤشرات الجسدية والاجتماعية والمادية والعقلية، فالصحة تعتبر قناعة ذاتية وقاعدة أساسية لتفادي الكثير من المشكلات التي

تعرض الفاعل والمجتمع، فخلو الفاعل من المرض وتمتعته بالصحة الجيدة يعتبر شعور ميسر لجودة الفاعل، وذلك لأن الصحة من أثن وأعلى الأشياء التي يمتلكها أي إنسان، وما على الفاعل إلا الاستمرار في تحسينها للتكيف في الواقع.

- جودة الحياة الأسرية: ويمكن تعريفها على أنها وصول كل فاعل من الفاعلين إلى الحالة التي يرى فيها نفسه بأنه قادر على إشباع حاجات المادية والعقلية والنفسية والعاطفية والثقافية، بحيث يستطيع مواجهة الصعوبات التي يمر بها في الواقع، والاستمتاع بحياته بغض النظر عن تلك الصعوبات، فجودة الحياة الأسرية تكمن داخل الأسرة ومدى قدرتها على التآلف والمحبة والاحترام داخل الأسرة.

- جودة الحياة النفسية: وهي سلامة الفاعل من الأمراض النفسية والعقلية، وعدم ظهور أي أعراض في الاضطرابات السلوكية، وتعتبر الصحة النفسية من الأمور النسبية التي تختلف درجتها من فاعل لآخر نظراً لاختلاف التوافق الداخلي الذاتي مع دوافعه وأهدافه، وأيضاً توافقه مع محيطه الخارجي.

- جودة إدارة الوقت: وهي مدى قدرة الفاعل الاجتماعي على إنجاز المهام والأهداف التي توكل إليه بحيث يكون فاعلاً فعالاً قادراً على الإنجاز، فهذه العملية تمر بعدة مراحل ضرورية، تستهدف تحديد الأولويات والمتطلبات الوظيفية كلاً حسب أهميتها ووفقاً للزمن والموارد المتاحة، حيث يمكن اختصارها على أنها فن الاستخدام الرشيد للوقت.

٣,٢,١,٢ العوامل المؤثرة على جودة الحياة

تتأثر جودة الحياة بالعديد من العوامل التي تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة والتي يمكن توضيحها على النحو التالي (القحطاني، ٢٠٢٠):

- تحقيق الفرد لذاته وتقديرها: من خلال إدراك الفرد بأنه يمتلك طاقات وقدرات ينبغي استثمارها، كما عليه أن يقدر ذاته ويحترمها، وألا يقلل من قيمة نفسه، فتحقيق الذات يعزز الشعور بالرضا عن الذات ومن ثم الشعور بجودة الحياة.

- إشباع الحاجات الأساسية: يعد إشباع هذه الحاجات ضرورة لكل فرد من أفراد المجتمع، وقد تختلف من فرد لآخر من حيث درجة تحقيقها وإشباعها، ولكنها حاجات يسعى إليها الكل، ويتم تحقيقها من خلال عملية متكاملة بين الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه للشعور بجودة الحياة.

- المعنى الإيجابي للحياة: لا يسعى الفرد فقط لإشباع غرائزه أو لتهيئة أفضل الظروف الاجتماعية ليعيشها، لكنه يسعى ويهتم بأن يكون لحياته معنى ومغزى، وهدفاً وقيمة، ومن خلال هذا المعنى وتلك القيمة يشعر بجودة الحياة.

- المساندة والعلاقات الاجتماعية: من خلال هذه المساندة والعلاقات الاجتماعية المتبادلة يشعر الفرد بالأهمية والاحترام والتقدير وكذلك الشعور بالثقة بالنفس وبالآخرين، والشعور بالتفاؤل تجاه الحياة والمستقبل مما يشعرهم بجودة الحياة.

- الرضا عن الحياة: وهو عبارة عن تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها وفقاً لنسقه القيمي، ويعد الشعور بالرضا عن الحياة مؤشراً مهماً من مؤشرات الصحة النفسية السليمة، فالرضا يدفع الفرد إلى الحياة ويزيد من رغبته فيها مما يشعره بجودة الحياة.
- الصلابة النفسية: وهي مجموعة من السمات الشخصية ذات الطابع النفسي الاجتماعي وهي سمات تشمل الالتزام والتحدي والتحكم وكذلك الضغوط النفسية والتي تمكنه من التعايش معها وتشعره بجودة الحياة.
- الالتزام الديني: يعد من العوامل المؤثرة فيما يشعر به الفرد من رضا عن حياته، ويمكن أن يتخذ كقيمة تنمي لدى الفرد جودة الحياة، مما يجعله أكثر قدرة على مواجهة الضغوط والتكيف معها.
- السعادة: وهي حالة من المرح والإشباع والتي تنشأ من خلال إشباع الدوافع، وتسمو إلى مستوى الرضا النفسي الذي يصاحب تحقيق الذات، وتؤثر السعادة على صحة الفرد النفسية والجسمية وتتأثر بالسمات الشخصية، وتعد جزءاً من شعور الفرد بجودة حياته.
- التوجه نحو المستقبل: يعد قلق المستقبل أحد أنواع القلق، والذي يمثل الخوف من مجهول ينتج عن خبرات ماضية وحاضرة يعيشها الفرد، وتجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر، ومن ثم شعور بعدم الاستقرار، وقد تسبب له هذه الحالة شيئاً من عدم الثقة بالنفس، وعدم القدرة على مواجهة المستقبل مما يشعره بعدم جودة الحياة.

٤,٢,١,٢ قياس جودة الحياة

يعتبر قياس جودة الحياة من أهم المجالات التي ما زالت تحتاج لمجهود كبير من المتخصصين والباحثين في علم النفس، حيث تصنف إلى ثلاثة مقاييس يمكن توضيحها على النحو التالي (اعقاب وزرمان، ٢٠٢١):

١. المقاييس النوعية: وتتمثل في المقاييس المتعلقة بمواقف وظروف معينة وأهداف محددة.
 ٢. المقاييس العامة أو الشاملة: وهي مقاييس تتضمن أسئلة حول الصحة العامة للفرد ومجالات حياته المختلفة.
 ٣. المقاييس المؤسسة على النفع والفائدة: وهي مقاييس تتضمن تفضيلات الفرد في فترات معينة.
- وذكر جديد وبنين (٢٠٢٠) أن مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع جداً ومتعدد الأبعاد، فعدم وجود اتفاق حول تعريف هذا المفهوم يجعل من طريقة قياسه تواجه صعوبة كبيرة، فيوجد اتفاق بين الباحثين على أن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم يمكن قياسه من خلال عدة أبعاد، لكن لم يتفقوا على عدد هذه الأبعاد، فقد تعددت المقاييس المستخدمة في قياس جودة الحياة ومن أبرزها:
- مقياس جودة الحياة لفريتش: ويستخدم لقياس الرضا عن الحياة: ويتضمن مقياس الجودة الذاتية ١٤ مجالاً للحياة منها العمل والصحة وفلسفة الحياة والعلاقات مع الأقارب والجيران والعمل، حيث يتطلب المقياس من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسب للسعادة العامة له.

- المقياس العالمي: وضع هذا المقياس من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون السؤال الوحيد الذي يتم سؤاله للفرد لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس (فلنجان) لجودة الحياة الذي يسأل الأفراد عن مدى رضاهم عن ١٥ مجالاً من مجالات الحياة.
- المقياس العام: لديه أمور مشتركة مع المقياس العالمي وقد وضع من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية، وقد تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراضه على حياة المرضى، ويطبق هذا المقياس على مجموعة كبيرة من الأفراد، والميزة الكبرى لهذا القياس هي تغطيته الواسعة.
- المقياس الخاص: وتم تطويره من أجل مراقبة ردود الفعل للعلاج في حالات خاصة وهذه الخطوات مقتصرة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من الأفراد، حيث يكون لهؤلاء حساسية التغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة.

٢,٢ الدراسات السابقة

١,٢,٢ البحوث والدراسات التي تناولت العلاج العقلاني الانفعالي

في حين هدفت دراسة (Rosdiana et al. (2025 إلى الكشف عن مستوى تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري من خلال العلاج السلوكي العاطفي العقلاني. أجريت الدراسة على عينة صغيرة من عشرة مرضى في عيادة جامعية، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تلقت عشر جلسات أسبوعية من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ركزت على إعادة البناء المعرفي وتنظيم الانفعالات، ومجموعة ضابطة تلقت الرعاية التقليدية فقط. أظهرت النتائج أن المرضى في المجموعة التجريبية حققوا تحسناً ملحوظاً في جودة الحياة، إلى جانب انخفاض مستويات القلق وتعزيز المرونة الانفعالية والقدرة على التكيف، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تُظهر تغيراً يُذكر. خلصت الدراسة إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يُعد تدخلاً واعداً يمكن دمجه ضمن الرعاية متعددة التخصصات لمرضى السكري، مع الحاجة إلى تجارب أوسع نطاقاً تشمل عينات أكبر ودراسات طويلة لتأكيد الفوائد على المدى البعيد.

تأتي دراسة عروج وآخرون (٢٠٢٤) لاختبار فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) في التخفيف من الضيق النفسي وتحسين الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي في المرحلة النهائية. شملت الدراسة ٦٤ مشاركاً تم توزيعهم عشوائياً على مجموعة تجريبية تلقت ثمان جلسات علاجية مع جلسيتين متابعتين، ومجموعة ضابطة على قائمة الانتظار. استخدم الباحثون مقياس الصحة النفسية (MHI) لتقييم الحالة قبل وبعد التدخل. أظهرت النتائج أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كان فعالاً بشكل ملحوظ في تقليل الضيق النفسي وتحسين مستوى الصحة النفسية، مما يؤكد جدواه كنهج علاجي متكامل لتلبية احتياجات هذه الفئة من المرضى.

كما هدفت دراسة (Chen et al. 2024) إلى استقصاء أثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالاقتران مع التمرير المستمر على المشاعر السلبية وجودة الحياة لدى مرضى سرطان البروستاتا الذين خضعوا لعملية استئصال البروستاتا الجذري. شملت الدراسة ٨٢ مريضاً تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة تلقت الرعاية التمريضية التقليدية، ومجموعة تجريبية تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى جانب التمرير المستمر. أظهرت النتائج أن المرضى في المجموعة التجريبية سجلوا مستويات أقل من القلق والاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما حققوا درجات أعلى في جوانب متعددة من جودة الحياة مثل الحيوية، الأداء الجسدي، الصحة العامة، الأداء الانفعالي، الصحة النفسية، والوظائف الاجتماعية. خلصت الدراسة إلى أن الجمع بين العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتمرير المستمر يُعد تدخلاً فعالاً في تخفيف المشاعر السلبية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى سرطان البروستاتا بعد الجراحة، مما يجعله جديراً بالتطبيق والتوسع في الممارسة السريرية.

وبالانتقال من التأثير النفسي إلى التأثير السلوكي هدفت دراسة (Marwa & Utami 2024) إلى توضيح أثر العلاج العقلاني الانفعالي (RET) على مستوى القلق لدى مرضى الأمراض المزمنة أثناء فترة الاستشفاء، حيث يمكن أن يتعرض المرضى لتجارب علاجية أو مواقف تُعد صادمة ومرهقة نفسياً. اتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وشملت الدراسة عينة صغيرة من عشرة مرضى تتراوح أعمارهم بين ٣٠ و ٥٠ عاماً، تم اختيارهم بطريقة هادفة، وقُسموا إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. أظهرت النتائج أن العلاج العقلاني الانفعالي ساهم في خفض مستويات القلق لدى المرضى في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بعد التدخل، بينما لم تُسجل فروق مهمة بين المجموعتين قبل العلاج. خلصت الدراسة إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يُعد تدخلاً نفسياً واعدًا يمكن أن يُستخدم لتقليل القلق لدى مرضى الأمراض المزمنة أثناء فترة العلاج في المستشفى.

وتتقاطع الدراسة السابقة مع دراسة (Liu et al. 2022) التي هدفت لاختبار فاعلية برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم الذين يخضعون للعلاج الكيميائي في الصين. شملت الدراسة عينة مكونة من ٥٦ مريضاً، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تدخلت برنامجاً علاجياً مدته ستة أسابيع إلى جانب الرعاية التمريضية الروتينية، ومجموعة ضابطة اقتصرَت على الرعاية الروتينية فقط. تضمن البرنامج التدخل أربع مراحل رئيسية: بناء العلاقة وتوثيق الملفات الصحية، التواصل الجماعي وتعلم إدارة الأعراض، تقديم المعرفة الصحية وتعزيز السلوكيات الإيجابية، وأخيراً مراجعة العلاج وتلخيص التجربة. أظهرت النتائج أن المرضى الذين شاركوا في البرنامج التدخل حققوا تحسناً ملحوظاً في السيطرة على الأعراض، وانخفاض مستويات القلق والاكتئاب، وتحسن جودة النوم مقارنة بالمجموعة الضابطة.

خلصت الدراسة إلى أن تطبيق برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يمكن أن يكون خطة رعاية فعالة للمرضى الذين يُعاد إدخالهم إلى المستشفى بشكل متكرر لتلقي العلاج الكيميائي.

أجرى جاد (٢٠٢١) دراسةً هدفت لاختبار فعالية استخدام بعض فنيات العلاج العقلاني الانفعالي لخفض درجة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، اتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتكونت العينة من (١٠) تجريبية و(١٠) ضابطة، وكانت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعتين في القياس القبلي. ووجود فروق في القياس البعدي لصالح التجريبية. ووجود فروق بين التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي، وعدم وجود فروق بين التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

وهدف دراسة عبد الكريم (٢٠٢١) إلى التعرف على أثر أسلوب العلاج العقلاني والانفعالي للعالم Elis في التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الاكتئاب المراجعين إلى (مستشفى ابن رشد للأمراض النفسية) بغداد، اتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتم بناء مقياس التأهيل النفسي والاجتماعي، وقد تم الاستعانة بعينة التحليل الإحصائي البالغ (١٥٠) من مرضى الاكتئاب وقد تم تشخيص حالة واحدة فقط ممن حصلت على أدنى الدرجات تطبيق البرنامج عليها، وكذلك بناء البرنامج العلاجي وفق المشكلات المطروحة بأسلوب العلاج الفردي على عينة البحث، أظهرت النتائج أن البرنامج العلاجي كان فاعلاً في إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي للمصابين باضطراب الاكتئاب. يُلاحظ من استعراض الدراسات السابقة في هذا المحور أن العلاج العقلاني الانفعالي أثبت فعالية واعدة عبر طيف واسع من الحالات المرضية (السكري، السرطان، الفشل الكلوي)، مما يؤسس لمنطق علمي قوي يفترض إمكانية نجاحه في دراستنا الحالية. كما يظهر أن معظم الدراسات الناجحة اعتمدت على برامج علاجية محددة الجلسات (٨-١٠ جلسات)، وهو ما سيدعم تصميم البرنامج المقترح في هذه الدراسة. إلا أنه يلاحظ أيضاً ندرة الدراسات العربية التي طبقت هذا العلاج على مرضى الفشل الكلوي تحديداً، وهو ما يؤكد على أصالة هذه الدراسة وحاجتها.

٢,٢,٢ البحوث والدراسات التي تناولت: جودة الحياة لدى المرضى

هدفت دراسة أبو زهري (٢٠٢٥) إلى استكشاف مستوى السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي. كما سعت لتحديد ما إذا كانت هناك فروق تُعزى لمتغيرات العمر، والنوع، ومدة الإصابة. اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي وشملت ٤٢١ مريضاً ومريضة من مستشفيات قطاع غزة خلال الفترة ٢٠٢٣-٢٠٢٤، اعتمدت الدراسة على مقياس السلوك الصحي ومقياس جودة الحياة، وأظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي كان متوسطاً بوزن نسبي (٦٠,٦٠٪)، بينما كانت جودة الحياة مرتفعة جداً بوزن نسبي (٨٠,٦٠٪). كما كشفت النتائج عن وجود علاقة طردية موجبة ودالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة. من ناحية أخرى، لم تُظهر الدراسة أي فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات السلوك الصحي وجودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

وهدفت دراسة Mbeje et al. (2024) التي أُجريت في مقاطعة كوازولو ناتال بجنوب أفريقيا إلى تطوير إطار مفاهيمي لتحسين جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن الذين يخضعون لغسيل الكلى، خاصة في سياق الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط حيث تندر الدراسات المنهجية في هذا المجال. اعتمدت الدراسة على تصميم مختلط تتابعي، بدأ بجمع بيانات كمية من ٣١٦ مريضاً باستخدام استبيان منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (WHO HRQOL-BREF)، تلاه جمع بيانات نوعية من خلال مقابلات جماعية مع ١٧ من مقدمي الرعاية الصحية حتى الوصول إلى التشبع. أظهرت النتائج أن المرضى يعانون من انخفاض ملحوظ في جودة الحياة في الجوانب الاقتصادية والنفسية والجسدية والاجتماعية. كما حدد التحليل النوعي مجموعة من العوامل المؤثرة في جودة الحياة، أبرزها الموقع الجغرافي للمرضى، سهولة الوصول إلى مراكز الغسيل الكلوي، القدرة على التكيف وقبول المرض، ممارسات الإدارة الذاتية، الدعم الأسري، إضافة إلى توفر طاقم تمريضي مدرب. خلصت الدراسة إلى أن تحسين جودة الحياة لمرضى الفشل الكلوي المزمن يتطلب إطاراً متكاملأ يأخذ في الاعتبار العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية إلى جانب الرعاية الطبية المباشرة.

وهدفت دراسة المفتي (٢٠٢٣) إلى الوصول لمؤشرات تخطيطية لتحسين جودة الحياة لمرضى الفشل الكلوي بقطاع غزة من خلال تحديد مستوى جودة الحياة الاقتصادية والاجتماعية والصحية والأسرية والنفسية لمرضى الفشل الكلوي، حيث استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي بأسلوب العينة لمرضى الفشل الكلوي بوحدات الغسيل بمجمع الشفاء الطبي وعددهم (١٠٧) مرضى، واستعان الباحث بأداة مقياس جودة الحياة من إعداده، ولقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن جودة الحياة النفسية والاقتصادية لمرضى الفشل الكلوي جاءت (منخفضة)، بنسبة (٥٢,٣٪) للأولى وبنسبة (٥٢,٦٪) للثانية، كما أظهرت النتائج أن جودة الحياة الاجتماعية والأسرية والصحية لمرضى الفشل الكلوي جاءت (متوسطة) بنسبة (٥٧٪) للحياة الاجتماعية وبنسبة (٦٠٪) للحياة الأسرية وبنسبة (٦٨,٣٪) للحياة الصحية، وأخيراً في ضوء مناقشة النتائج توصل الباحث لمجموعة من المؤشرات التخطيطية منها أن تعمل المؤسسات الحكومية والأهلية على مساندة هذه الفئة من المرضى، وزيادة الدخل الشهري لهم ليتناسب مع الاحتياجات الأسرية وتفعيل التشبيك والتنسيق بين المؤسسات لتقديم الخدمات للمريض وتلبية احتياجاته والتنوع في تقديم هذه الخدمات، والاهتمام بتفعيل برامج التوجيه والإرشاد، وتوجيهها لتعلم مهارات حل المشكلات والاستشارة المهنية، وإدارة الحالة، وتوفير برامج الدعم النفسي والاجتماعي.

هدفت دراسة كسوري وشتوح (٢٠٢٢) إلى لكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتمت الدراسة الميدانية في مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بريان، في الفترة من ٢٠٢٢/٠١/٠٢ إلى ٢٠٢٢/٠٣/٣٠. شملت الدراسة عينة من ٥٠ فرداً من الجنسين، واعتمدت على مقياس جودة الحياة

ومقياس الفاعلية الذاتية. أسفرت الدراسة عن النتائج الرئيسية التالية: مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض. مستوى الفاعلية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن منخفض. وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والفاعلية الذاتية لدى المرضى.

هدفت دراسة إمام (٢٠٢١) إلى استكشاف جودة الحياة لدى مرضى يخضعون لغسيل الكلى في مستشفى ابن سينا التخصصي بالخرطوم - السودان. اعتمدت الدراسة على تصميم وصفي شمل ١١٢ مريضاً في وحدة الغسيل الكلوي، حيث جُمعت البيانات باستخدام استبيان مقابلة يتضمن الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والمتغيرات السريرية. أظهرت النتائج أن جميع مجالات جودة الحياة لدى المرضى كانت متأثرة بدرجات متفاوتة، بما في ذلك الصحة العامة، الجوانب الجسدية، الاجتماعية، الانفعالية، والنفسية. ومع ذلك، خلصت الدراسة إلى أن مرضى الغسيل الكلوي يتمتعون بجودة حياة مقبولة بشكل عام رغم التحديات الصحية والنفسية المرتبطة بالمرض والعلاج. هدفت دراسة (Cha & Han (2020 التي أُجريت على مرضى الفشل الكلوي في المرحلة النهائية إلى استقصاء الأمراض المصاحبة الأكثر شيوعاً لديهم، ومقارنة جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفقاً لنوع وعدد هذه الأمراض. شملت الدراسة ٢٥٠ مريضاً يخضعون لغسيل الكلى في عيادات محلية، وتم تقييم جودة الحياة باستخدام استبيان مختصر مكون من ١٢ بنداً. أظهرت النتائج أن غالبية المرضى يعانون من مرض واحد أو أكثر مصاحب، وكان أكثرها شيوعاً ارتفاع ضغط الدم، السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية. كما تبين أن جودة الحياة تتأثر بشكل ملحوظ بزيادة عدد الأمراض المصاحبة، خاصة في الجوانب الجسدية، بينما كان تأثيرها على الجوانب النفسية أقل وضوحاً. وقد ارتبط مرض السكري بشكل خاص بانخفاض أكبر في جودة الحياة. خلصت الدراسة إلى ضرورة إدارة مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم بشكل مخصص للكشف المبكر عن أمراض الكلى المزمنة والحد من تطورها، إضافة إلى أهمية السيطرة على عوامل الخطر القلبية الوعائية لتحسين جودة الحياة لدى هذه الفئة من المرضى.

يتضح من استعراض الدراسات في هذا المحور أن هناك شبه إجماع علمي على أن مرضى الفشل الكلوي يعانون من جودة حياة منخفضة إلى متوسطة، خاصة في الأبعاد النفسية والاقتصادية والجسدية، وهو ما يؤكد على وجود مشكلة حقيقية تستدعي التدخل، ويلاحظ أن أغلب الدراسات اقتصرَت على وصف الواقع أو ربطه بمتغيرات أخرى دون تقديم حلول تدخلية. وهذا بالضبط ما يبرز الفجوة البحثية التي تسعى دراستنا الحالية لسدها، بالانتقال من مجرد وصف المشكلة إلى "اختبار فاعلية حل علاجي لها".

٣,٢,٢ التعليق على الدراسات السابقة في المحور الأول

بدايةً، يمكن النظر إلى دراسة Rosdiana et al. (2025) كنقطة انطلاق مهمة، حيث أثبتت فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري، وهي حالة مرضية

مزمنة تشترك في العديد من التحديات النفسية مع الفشل الكلوي. وإذا كانت هذه الدراسة قد أثبتت الفعالية في سياق مرض السكري، فإن دراسة (عروج وآخرون، ٢٠٢٤) تأتي لتؤكد هذه الفعالية بشكل مباشر مع الفئة المستهدفة في دراستنا الحالية، وهم مرضى الفشل الكلوي، حيث أظهرت النتائج أن البرنامج العلاجي المكون من ثماني جلسات كان فعالاً بشكل ملحوظ في تقليل الضيق النفسي وتحسين مستوى الصحة النفسية لدى المشاركين، مما يؤكد جدوى هذا النهج العلاجي لتلبية الاحتياجات النفسية لهذه الفئة من المرضى.

ولم تقتصر فعالية العلاج على تحسين جودة الحياة بشكل عام، بل امتدت لتشمل متغيرات نفسية محددة. هذا ما أبرزته دراسة (Chen et al. (2024 التي وجدت أن دمج العلاج مع الرعاية التمريضية أدى إلى انخفاض ملحوظ في القلق والاكتئاب لدى مرضى سرطان البروستاتا. وبشكل مشابه، ولكن مع التركيز على متغير القلق تحديداً، توصلت دراسة (Marwa & Utami (2024 إلى أن العلاج ساهم في خفض مستويات القلق لدى عينة متنوعة من مرضى الأمراض المزمنة، مما يعزز فكرة أن العلاج يستهدف آليات نفسية مشتركة بين مختلف الأمراض.

وبالانتقال من الدراسات التي ركزت على متغيرات نفسية إلى تلك التي اهتمت بالأعراض الجسدية والسلوكية، تقدم دراسة (Liu et al. (2022 دليلاً قوياً على الأثر الشمولي للعلاج، حيث لم يقتصر التحسن على خفض القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، بل امتد ليشمل تحسين جودة النوم والسيطرة على الأعراض. وعلى الصعيد المحلي، نجد أن الدراسات العربية قد دعمت هذا التوجه أيضاً، فدراسة جاد (٢٠٢١) أثبتت فعالية فنيات العلاج في خفض الرهاب الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي، مع تأكيد استمرارية الأثر في القياس التتبعي، وهو ما يمثل نقطة قوة منهجية هامة. وفي سياق مختلف قليلاً، أظهرت دراسة عبد الكريم (٢٠٢١) أن العلاج كان فعالاً في إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الاكتئاب، مما يؤكد على أن هذا النهج العلاجي لا يقتصر على الحالات المرضية الجسدية، بل يمتد تأثيره إلى الاضطرابات النفسية الأولية.

٤,٢,٢ التعليق على الدراسات السابقة في المحور الثاني:

عند استعراض الأدبيات المتعلقة بجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، نجد تبايناً مثيراً للاهتمام في النتائج. فبينما تشير دراسة أبو زهري (٢٠٢٥) في قطاع غزة إلى مستوى "مرتفع جداً" لجودة الحياة، وهي نتيجة قد تبدو غير متوقعة وتستدعي التأمل في طبيعة العينة أو الأداة المستخدمة، تأتي دراسات أخرى من سياقات مختلفة لتقدم صورة مغايرة. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة (Mbeje et al. (2024 في جنوب أفريقيا وجود "انخفاض ملحوظ" في جودة الحياة خاصة في الجوانب الاقتصادية والنفسية.

وتتفق مع هذه النتيجة الأخيرة دراسات أخرى من البيئة العربية نفسها. فدراسة المفتي (٢٠٢٣)، التي أجريت أيضاً في قطاع غزة، خلصت إلى أن جودة الحياة النفسية والاقتصادية كانت "منخفضة"، بينما كانت الأبعاد الأخرى "متوسطة". وبشكل أكثر حسماً، أكدت دراسة كسوري

وشتوح (٢٠٢٢) في الجزائر أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى القصور الكلوي كان "منخفضاً". هذا التباين بين نتيجة دراسة (أبو زهري) وبقية الدراسات (المفتي، كسوري وشتوح، Mbeje) يشير إلى أن قياس جودة الحياة قد يتأثر بعوامل ثقافية أو منهجية، ويؤكد على ضرورة استخدام مقاييس موثوقة ومقارنة النتائج بحذر.

وبعيداً عن مجرد قياس المستوى، سعت دراسات أخرى لفهم العوامل المؤثرة في جودة الحياة. فدراسة Cha & Han (٢٠٢٠) قدمت رؤية مهمة حين أظهرت أن جودة الحياة تتأثر سلباً بزيادة عدد الأمراض المصاحبة، خاصة السكري، مما يسلط الضوء على أهمية النظر إلى الحالة الصحية الكلية للمريض. أما دراسة (إمام، ٢٠٢١) في السودان، فقد قدمت نتيجة متوازنة، حيث أقرت بأن جميع مجالات جودة الحياة متأثرة، لكنها خلصت في النهاية إلى أنها "مقبولة بشكل عام"، مما قد يشير إلى دور عوامل التكيف والمرونة النفسية لدى المرضى في مواجهة تحديات المرض.

٥,٢,٢ أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

تتجلى أوجه الاستفادة في النقاط التالية:

- ساعدت الدراسات السابقة في تأكيد وجود مشكلة بحثية حقيقية تستدعي المعالجة.
- ندرة الدراسات التي جمعت بين هذين المتغيرين في البيئة العربية تحديداً هو ما أكد أصالة الدراسة والحاجة الماسة إليها.
- استفادت الدراسة من الدراسات السابقة في بناء الإطار النظري وتحديد المتغيرات.
- اختيار المنهجية وأدوات القياس المناسبة.
- استفادت الدراسة من الاطلاع على تفاصيل البرامج العلاجية المطبقة في الدراسات السابقة.
- صياغة الأسئلة وتوقع النتائج.

٦,٢,٢ أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

أولاً: أوجه الاتفاق

- تتلاقى الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات السابقة في منطلقاتها النظرية والمنهجية الأساسية، مما يضعها ضمن سياق علمي راسخ. وأبرز هذه النقاط:
- على مستوى الإطار النظري: تتفق الدراسة الحالية مع دراسات مثل (Rosdiana et al., 2025) و (عروج وآخرون، ٢٠٢٤) في تبني "العلاج العقلاني الانفعالي" كإطار نظري وتدخل، مما يؤكد على الانتماء إلى مدرسة فكرية واضحة تفترض أن التغيير المعرفي هو مفتاح التغيير الانفعالي والسلوكي.
 - على مستوى المنهجية: تتشابه الدراسة الحالية مع النهج المتبع في غالبية دراسات التدخل الرصينة مثل (جاد، ٢٠٢١) و (Liu et al., 2022) في اعتماد المنهج شبه التجريبي بتصميمه القائم على مجموعتين (تجريبية وضابطة) وقياسات متعددة (قبلي، بعدي، تتبعي)، باعتباره التصميم الأمثل لقياس سببية وأثر التدخلات العلاجية.

- على مستوى الهدف العام: تشترك الدراسة الحالية في هدفها العام مع دراسات مثل (Chen et al., 2024) و (Mbeje et al., 2024) في السعي نحو تحسين جودة الحياة لدى عينة من المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، مما يضعها ضمن التوجه العالمي الحديث في الرعاية الصحية الذي يركز على رفاهية المريض كغاية أساسية للعلاج.

ثانياً: أوجه الاختلاف

على الرغم من نقاط الاتفاق السابقة، فإن الدراسة الحالية تنفرد وتتميز عن الدراسات السابقة في عدة جوانب جوهرية، وهي التي تشكل مساهمتها العلمية الأصيلة:

- على مستوى تكامل المتغيرات: بينما ركزت بعض الدراسات على تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي على مرضى الفشل الكلوي دون قياس جودة الحياة كمتغير تابع أساسي (مثل دراسة عروج وآخرون، ٢٠٢٤ التي ركزت على الضيق النفسي)، وركزت دراسات أخرى على قياس جودة الحياة لدى نفس الفئة دون تقديم تدخل علاجي منهجي مثل دراسة (المفتي، ٢٠٢٣)، تتميز الدراسة الحالية بكونها أول دراسة (في حدود علم الباحثة) في البيئة العربية تجمع بين هذين المتغيرين بشكل تكاملي، حيث تختبر أثر متغير مستقل محدد (العلاج العقلاني الانفعالي) على متغير تابع محدد (جودة الحياة) لدى عينة مرضى الفشل الكلوي.

- على مستوى عمق القياس المنهجي: تتميز الدراسة الحالية بإضافة القياس التبعي، وهي نقطة قوة لا توجد في العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة (Marwa & Utami, 2024) التي اقتصرت على القياس البعدي). هذا الامتداد المنهجي لا يقيس فقط "فاعلية" العلاج، بل يقيس "استمرارية" هذه الفاعلية، وهو سؤال بحثي أعمق وأكثر أهمية في سياق الأمراض المزمنة.

- على مستوى بناء الأداة التدخلية: لا تكتفي الدراسة الحالية باختبار علاج جاهز، بل تهدف إلى تصميم وبناء برنامج علاجي مقنن ومكيف خصيصاً لمرضى الفشل الكلوي في البيئة المحلية. هذا الجانب التطويري يميزها عن الدراسات التي تكتفي بتطبيق برامج عامة، ويقدم منتجاً علمياً ملموساً يمكن استخدامه وتطويره مستقبلاً.

- على مستوى السياق الثقافي: تتجاوز الدراسة الحالية مجرد تكرار ما توصلت إليه دراسات أجنبية مثل (Liu et al., 2022)، لتقوم باختبار فعالية هذا النموذج العلاجي الغربي في سياق ثقافي واجتماعي عربي، مما يساهم في الإجابة عن سؤال مهم حول مدى عالمية المبادئ النفسية العلاجية، ويقدم بيانات أصيلة من بيئة لا تزال تعاني من ندرة في هذا النوع من الأبحاث التدخلية.

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

١,٣ نوع الدراسة والمنهج المستخدم

تعتبر الدراسة الحالية من الدراسات التدخلية التجريبية، حيث ستبنى الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي لكونه يتناسب مع متغيرات البحث الحالي المتمثلة في السعي لتحقيق من فاعلية البرنامج القائم على العلاج العقلاني الانفعالي (كمتغير مستقل) في تحسين جودة الحياة (متغير تابع) لدى أسر مرضى الفشل الكلوي، وستعتمد الباحثة تصميم المجموعتين "المجموعة التجريبية" بقياس (قبلي- بعدي- تباعي) والمجموعة الضابطة وهو الأكثر ملائمة للدراسة الحالية.

٢,٣ مجتمع وعينة الدراسة:

سيتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى الفشل الكلوي المزمن في المرحلة النهائية (ESRD) الذين تنطبق عليهم المعايير التالية:

- ✓ يخضعون لعلاج الغسيل الكلوي الدموي (Hemodialysis) بشكل منتظم.
 - ✓ يتلقون الرعاية في وحدات الغسيل الكلوي بالمستشفيات الحكومية في مدينة الرياض
 - ✓ تم تسجيلهم في قوائم المستشفيات خلال فترة إجراء الدراسة في العام (٢٠٢٥-٢٠٢٦).
- ويُقدر الحجم الكلي لمجتمع الدراسة بحوالي (...) مريض فشل كلوي، وذلك بناءً على الإحصائيات الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة لعام (...). نظراً لصعوبة تطبيق الدراسة على كامل أفراد المجتمع الأصلي، سيتم اختيار عينة ممثلة منه.

حيث سيتم اختيار عينة قصدية من المجتمع لمناسبتها لهذا النمط من الدراسات بواقع (...) مريض فشل كلوي، وسيتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين على النحو التالي:

- المجموعة التجريبية: وتتكون من (...) مريضاً ومريضة، وهي المجموعة التي سيطبق عليها البرنامج العلاجي.
- المجموعة الضابطة: وتتكون من (...) مريضاً ومريضة، وهي المجموعة التي لن تتعرض للبرنامج العلاجي.

٣,٣ أدوات الدراسة وكيفية تطبيقها

ستقوم الباحثة باستخدام عدة أدوات تتناسب مع طبيعة المتغيرات وأهداف الدراسة، وتشمل هذه الأدوات ما يلي:

أولاً: البرنامج القائم على العلاج العقلاني الانفعالي

سيتم تصميم وبناء البرنامج التدخل على النحو التالي:

- أهداف البرنامج: يهدف البرنامج إلى تحسين جودة حياة مرضى الفشل الكلوي من خلال مساعدتهم على تحديد ومناقشة وتغيير معتقداتهم وأفكارهم اللاعقلانية المرتبطة بالمرض، واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية وواقعية.
- الأسس التي سيقوم عليها البرنامج: تتمثل الاستفادة من النماذج ذات العلاقة ذات العلاقة مثل نموذج (A-B-C)، وطبيعة الأفكار اللاعقلانية، بالإضافة إلى الأساس النفسي والإكلينيكي.
- مبررات استخدام العلاج العقلاني الانفعالي: يقوم العلاج العقلاني الانفعالي على فرضية أن الاضطراب النفسي ينبع من "تفسير" الفرد للأحداث وليس من الأحداث ذاتها. هذه الفرضية تتناسب تماماً مع حالة مرضى الفشل الكلوي؛ فالمرض والعلاج (غسيل الكلى) يمثلان "حدثاً ضاعطاً" (A) لا يمكن تغييره، وبالتالي فإن التدخل الأكثر منطقية هو الذي يركز على تغيير "نظام المعتقدات" (B) لدى المريض حول هذا الحدث. إنه يعالج "ما يمكن التحكم فيه" (الأفكار) بدلاً من التركيز على "ما لا يمكن التحكم فيه" (المرض نفسه). كما أن ما تم استعراضه في فصل الدراسات السابقة، أظهرت العديد من الأبحاث الحديثة (مثل دراسات عروج وآخرون، ٢٠٢٤؛ وLiu et al., 2022؛ وRosdiana et al., 2025) فعالية واعدة للعلاج العقلاني الانفعالي في تحسين المتغيرات النفسية (كالقلق والاكتئاب) وجودة الحياة لدى عينات متنوعة من مرضى الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي، السرطان، السكري). هذا الدعم الإمبريقي يوفر أساساً علمياً قوياً لتوقع نجاح هذا العلاج في السياق الحالي.
- الفنيات التي سيتم استخدامها: تتنوع الفنيات التي سيتم توظيفها كالفنيات المعرفية على نحو الدحض والمناقشة وإعادة الصياغة المعرفية، بالإضافة إلى فنيات انفعالية كالتقبل غير المشروط للذات وتمارين الخيال العقلاني الانفعالي واستخدام الفكاهة، بالإضافة إلى فنيات سلوكية كالواجبات المنزلية وتمارين التعرض وتحدي السلوك.
- محتوى البرنامج: سيتكون البرنامج العلاجي من ١٢ جلسة بواقع جلسة أسبوعياً مدتها ٦٠-٩٠ دقيقة. تتضمن الجلسات مجموعة من الفنيات المعتمدة في هذا المجال.
- مراحل تطبيق البرنامج: سيتم تطبيق البرنامج عبر المراحل التالية:
 - ✓ المرحلة الأولى: مرحلة بناء العلاقة والتقييم القبلي: وتهدف إلى بناء بيئة علاجية آمنة وداعمة يتم من خلالها تقييم وضع المشاركين من خلال تطبيق مقياس جودة الحياة كقياس قبلي.
 - ✓ المرحلة الثانية: مرحلة التدخل العلاجي وتطبيق الفنيات: وتهدف إلى تزويد المشاركين بالمعارف والمهارات اللازمة لتغيير الأفكار اللاعقلانية لديهم.
 - ✓ المرحلة الثالثة: مرحلة تقييم الأثر المباشر: وتهدف لقياس فالية البرنامج العلاجي في إحداث التغيير المطلوب بعد انتهائه مباشرة.
 - ✓ المرحلة الرابعة: مرحلة المتابعة وقياس استمرارية الأثر: ومن خلالها يتم التحقق من مدى تحسن المشاركين وأنه لم يكون مؤقتاً بل مستمر.

- صدق البرنامج العلاجي: للتحقق من البرنامج وصلاحيته سيتم عرضه في صورته الأولى على مجموعة من المختصين والمحكمين من خبراء الإرشاد والبرامج التدريبية العلاجية؛ وذلك لغرض أهداف ومحتوى البرنامج وصلاحيته، وسيتم تعديل بعض عناصر البرنامج بناءً على الملاحظات التي سيتم اقتراحها من قبل المحكمين.

- الجلسات الإرشادية: سيتم تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية بواقع ١٢ جلسة بواقع جلسة أسبوعياً موزعة على ثلاثة أشهر خلال الفترة من ... إلى ...، بينما لن تتلق المجموعة الضابطة أي تدخل. ستعقد الجلسات في قاعة مخصصة بالمستشفى، وستراوح مدة كل جلسة بين ٦٠ و ٩٠ دقيقة، سيتم خلالها استخدام وسائل متنوعة كالعروض التقديمية وأوراق العمل والنقاش الموجه لدعم تطبيق فنيات العلاج.

سيتم تطبيق أدوات الدراسة وفقاً للتسلسل الزمني التالي:

١. مرحلة القياس القبلي: قبل البدء بتطبيق البرنامج العلاجي، ستقوم الباحثة بتطبيق مقياس جودة الحياة على جميع أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.
٢. مرحلة التدخل: سيتم تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، بواقع جلسة أسبوعية على مدار ١٢ أسبوعاً، بينما تستمر المجموعة الضابطة في تلقي الرعاية المعتادة دون أي تدخل من الباحثة.
٣. مرحلة القياس البعدي: بعد انتهاء الجلسة الأخيرة من البرنامج العلاجي مباشرة، سيتم إعادة تطبيق مقياس جودة الحياة على جميع أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.
٤. مرحلة القياس التبعي: بعد مرور شهرين من انتهاء القياس البعدي، سيتم التواصل مع أفراد المجموعة التجريبية فقط وإعادة تطبيق مقياس جودة الحياة عليهم، وذلك لقياس مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي.

ثانياً: مقياس جودة الحياة

ستقوم الباحثة بالاعتماد على مقياس عالمي مختصر صادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) لقياس جودة الحياة. وقد تم اختياره لتمتعه بخصائص سيكومترية ممتازة، وقابليته للتطبيق عبر ثقافات مختلفة، وشموليته. يتكون المقياس من (٢٦) بنداً، تقيس أربعة أبعاد رئيسية:

- البعد الجسدي، ويشمل ٧ بنود.
- البعد النفسي، ويشمل ٦ بنود.
- بعد العلاقات الاجتماعية، ويشمل ٣ بنود.
- بعد البيئة، ويشمل ٨ بنود، بالإضافة إلى بندين يقيسان جودة الحياة بشكل عام والصحة بشكل عام.

وسيتم التحقق من خصائصه السيكومترية على عينة استطلاعية من مجتمع الدراسة الحالي

للتأكد من ملاءمته.

صدق أداة الدراسة

ستقوم الباحثة بالتأكد من صدق أداة الدراسة وذلك من خلال:

الصدق الظاهري:

سيتم استخدام أسلوب الصدق الظاهري، بهدف التأكد من مدى صلاحية المقياس وملاءمتها لأغراض البحث، وذلك من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين من الأكاديميين والمختصين، وطلب منهم إبداء الرأي فيما يتعلق بمدى صدق وصلاحية كل فقرة من فقرات المقياس ومدى مناسبته لقياس ما وضع لقياسه، وإدخال التعديلات اللازمة سواء بالحذف أو الإضافة أو إعادة الصياغة.

صدق المحتوى

ويتم من خلال الاتساق الداخلي معرفة مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس مع المحور الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، ولحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس سيتم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)، والذي من خلاله سيتم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وذلك بهدف التحقق من مدى صدق المقياس ككل، وذلك عبر عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة.

ثبات أداة الدراسة

المقصود بثبات المقياس أنه يعطي النتائج نفسها تقريباً لو تكرر تطبيقها أكثر من مرة على نفس الأشخاص في ظروف مماثلة. وسيتم حساب ثبات الاستبانة وذلك بطريقتين الأولى باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha والثانية معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لسيرمان-براون (Spearman-Brown Coefficient)).

٤,٣ حدود الدراسة

الحدود الموضوعية:

تقتصر هذه الدراسة على اختبار فاعلية متغير مستقل محدد، وهو برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT). كما تقتصر على قياس أثر هذا البرنامج على متغير تابع محدد، وهو "جودة الحياة" بأبعادها الأربعة (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية) كما يقيسها مقياس منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF).

الحدود البشرية:

تقتصر الدراسة على عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن في المرحلة النهائية (ESRD) الذين يخضعون لعلاج الغسيل الكلوي الدموي.

الحدود المكانية:

سيتم تطبيق هذه الدراسة في وحدات الغسيل الكلوي في المستشفيات الحكومية بمدينة

الحدود الزمانية:

سيتم جمع بيانات الدراسة وتطبيق البرنامج العلاجي خلال فترة زمنية محددة تمتد لخمس أشهر شاملة فترة القياس التتبعي.

٥,٣ أساليب تحليل البيانات

وسيتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية حسب ما تقتضيه عملية تحليل وتفسير البيانات:

١. المتوسط الحسابي "Mean" وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة حول فقرات محاور المقياس.
٢. الانحراف المعياري "Standard Deviation" للتعرف على مدى انحراف استجابات أفراد عينة الدراسة لكل فقرة من فقرات محاور الاستبانة، ويلاحظ أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات أفراد عينة الدراسة حول كل فقرة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر تركزت الاستجابات وانخفض تشتتها بين المقياس.
٣. معامل ثبات "ألفا كرونباخ" ومعامل ثبات التجزئة النصفية لسبيرمان-براون لقياس ثبات المقياس.
٤. معامل ارتباط "بيرسون" لقياس صدق المقياس، واختبار العلاقة بين محاور الدراسة.
٥. اختبار "ت" للعينات المستقلة للمقارنة بين متوسطي درجات مجموعتين مستقلتين (غير مرتبطتين).
٦. اختبار "ت" للعينات المرتبطة للمقارنة بين متوسطي درجات نفس المجموعة في قياسين مختلفين (مرتبطتين).
٧. تحليل التباين المشترك (ANCOVA) للمقارنة بين المجموعتين في القياس البعدي، مع عزل أثر القياس القبلي إحصائياً.
٨. اختبار "ت" للعينات المستقلة للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور والإناث.
٩. تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA): للمقارنة بين متوسطات درجات ثلاث مجموعات مستقلة أو أكثر.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- أبو زهري، محمد. (٢٠٢٥). العوامل النفسية الاجتماعية لدى المرضى: دراسة استكشافية للسلوك الصحي وجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفيات قطاع غزة. *مجلة بوابة الباحثين للدراسات والأبحاث*، ١ (٤)، ٨٢-٤٦.
- أرنوط، بشرى. (٢٠٢٥). اضطراب الشخصية الحدية قلب عالق بين نقيضين. مكتبة الأنجلو المصرية
- اعقاب، نور الدين، وزرمان، كريم. (٢٠٢١). جودة الحياة والمسؤولية الاجتماعية: دراسة استطلاعية لأراء الطلبة بجامعة خنثلة. *مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي*، ١ (٣)، ٥٨٩-٦٠٥.
- آل قراد، منصور. (٢٠٢٠). المشكلات التي تواجه أسر مرضى الفشل الكلوي ودور الخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدتها. *المجلة العربية للعلوم الاجتماعية*، ١٧ (٣)، ١٤٢-١٧٢.
- إمام، انتصار. (٢٠٢١). جودة الحياة لدى مرضى غسيل الكلى في مستشفى ابن سينا التخصصي ٢٠٢٠ [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة النيلين.
- بلقاسي، بو عبد الله، ومسعودي، محمد. (٢٠٢٠). جودة الحياة لدى أساتذة التعليم الابتدائي في ظل تأثير جائحة كورونا. *دراسات نفسية وتربوية*، ١٤ (٢)، ٢٤٦-٢٦٦.
- بوعمامة، حكيم. (٢٠١٩). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد (دراسة تحليلية). *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، ١ (١)، ٣٤٣-٣٦٠.
- جاد، نسمة. (٢٠٢١). فعالية بعض فنيات العلاج العقلاني الانفعالي لخفض درجة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي: دراسة تجريبية. *مجلة الخدمة النفسية*، ١ (١٤)، ٣٧٩-٤٠٠.
- جديدي، روضة، وبنين، وفاء. (٢٠٢٠، ٤-٥ فبراير). *جودة التعليم كمدخل لتحسين جودة حياة الفرد في اتجاه تحقيق التنمية البشرية المستدامة: التجربة اليابانية نموذجاً*. أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر الأبعاد والتحديات. جامعة الشهيد حمة لخضر.
- الجهني، حنان، العتيبي، امتنان، والحمودي، نوره. (٢٠٢٤). المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تواجه أسر الأطفال المصابين بمرض الفشل الكلوي: دراسة تطبيقية في مستشفى جامعة الملك عبد العزيز بمحافظة جدة. *المجلة العربية للنشر العلمي*، ١ (٦٥)، ١١٤-١٤١.
- حاج قويدر، أسماء، ومرصالي، حورية. (٢٠٢٣). فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في تحسين مستوى الاتزان الانفعالي لدى مدمن المخدرات: دراسة ميدانية في مستشفى فرانتز فانون في البلدية. *مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية*، ١ (٢)، ٩٣٤-٩٥٣.
- حبيب، يحيى، وأحلام، بوعروة. (٢٠٢٥). توطین نظرية العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت إلیس فی السیاق الثقافی للمجتمعات العربية الإسلامية. *مجلة المعيار*، ٢٩ (٢)، ٨٤٩-٨٥٩.
- الحسيني، فاطمة. (٢٠٢١). جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠. *مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية*، ١ (٢٤)، ٤٧٥-٤٩٧.
- الحسيني، فاطمة. (٢٠٢٢). واقع جودة الحياة وعلاقته بالاعترا ب الاجتماعي لدى مرضى الفشل الكلوي في المجتمع السعودي: دراسة تطبيقية على المستشفيات والمراكز المتخصصة في مدينة مكة المكرمة [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الملك عبد العزيز.

الخواجة، عبد الفتاح. (٢٠١٥). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى إدمان الإنترنت وتحسين الكفاءة العامة لدى الطلبة بجامعة السلطان قابوس. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية*، ٥ (١٧)، ٢٢٧-٢٤٠.

الشمسان، منيرة، ومريم، رجاء. (٢٠٢٠). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الجامعة في ضوء التخصص والتحصيل الدراسي. *دراسات نفسية*، ١ (٤)، ٥٦٣-٦١١.

ضيف الله، محمد، وليلة، هشام، وعبابة، علي. (٢٠٢٠، ٤-٥ فبراير). *الاستدامة وجودة الحياة: نموذج التنمية*. أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر-الأبعاد والتحديات. جامعة الشهيد حمة لخضر.

عبد الكريم، وفاء. (٢٠٢١). تأثير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الاكتئاب. *مجلة الأستاذ للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، ٦٠ (٤)، ٥٢٥-٥٦٦.

العجمي، إيمان. (٢٠٢٤). الفشل الكلوي وأثره في الطهارة والصيام: دراسة فقهية مقارنة. *مجلة الشريعة والقانون*، ١ (٤٤)، ١٦٨١-١٧٥٦.

عياش، منال؛ كوسة، وسيلة. (٢٠٢٣). جودة الحياة وتقدير الذات عند مريض القصور الكلوي المزمن. *مجلة التواصل*، ٢٩ (٢)، ١٢٨-١٤٢.

الغفيلي، إيلاف، والمشوح، سعد. (٢٠٢٠). الاكتئاب وعلاقته بالصلاية النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٣٠ (١٠٩)، ٤٤٩-٤٩٨.

القحطاني، ظافر. (٢٠٢٠). جودة الحياة وعلاقتها بالسمات الشخصية لدى الطلاب الجامعيين. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، ١ (٤٥)، ٤٠٤-٤٥٠.

كسوري، لامية، وشتوح، هجير. (٢٠٢٢). *جودة الحياة والفعالية الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة غرداية.

المفتي، أمجد. (٢٠٢٣). مؤشرات تخطيطية لتحسين جودة الحياة لمرضى الفشل الكلوي (دراسة مطبقة على عينة من مرضى الفشل الكلوي بمجمع الشفاء بغزة). *المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية*، ١٦ (٣)، ٣٢١-٣٣٩.

المفرج، خالد. (٢٠٢٣). الدور المهني للأخصائيين الاجتماعيين في تقديم الدعم لمرضى الفشل الكلوي: دراسة وصفية على مرضى الفشل الكلوي بمستشفى بقعاء بمنطقة حائل. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، ١٨ (٣)، ١٠١-١٢٢.

هادي، زهرة. (٢٠٢٤). قلق المستقبل لدى المصابين بالأمراض المزمنة "مرضى الفشل الكلوي أنموذجاً": دراسة أنثروبولوجية في مدينة بغداد. *مجلة الدراسات المستدامة*، ٦ (١)، ٢٣٣٢-٢٣٥٦.

الهاشمي، نهال، وعبد الرشيد، ناصر، والمجالي، مصلح. (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي في تحسين مستوى جودة الحياة النفسية لدى المعلمات المغتربات. *مؤتة للبحوث والدراسات*، ٣٦ (١)، ٢٥٥-٣٠٠.

الهوارنة، معمر. (٢٠٢٥). العلاج العقلاني الانفعالي لتعديل السلوك. *مجلة الأدب العلمي*، ١ (١٤١)، ٤٣-٥٤.

اليوبي، رعد، والحري، غادة. (٢٠٢٠). أساليب المعاملة الوالدية وأثرها على جودة الحياة لدى عينة من الأسر في مدينة جدة: دراسة تطبيقية. *مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس*، ١ (١٢٦)، ٨٣-١٣٦.

يوسف، ماجدة. (٢٠٢٠). الخصائص الديموغرافية والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية لمرضى الفشل الكلوي: دراسة مسحية على المرضى التابعين لمستشفى أبو حمص المركزي بمحافظة البحيرة. *مجلة الاقتصاد الزراعي والعلوم الاجتماعية*، ١٠ (١١)، ٦٠٥-٦١٣.

- Almutairi, N., Alharthi, F., & Alqurashi, A. (2023). Quality of life and psychosocial adjustment among dialysis patients in Saudi Arabia. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 34(2), 317–326.
- Alqalah, T. A. H., Alrubaiee, G. G., & Alkubati, S. A. (2025). Factors Associated with the Quality of Life and Needs of Hemodialysis Patients in Saudi Arabia: A Basis for Improved Care. *Medicina*, 61(2), 180.-
- Aurooj, A., Zia, N., Nadeem Kirmani, S. K., Khan, S., Aurooj, T., Minhaj, D., & Kafeel, S. R. (2024). Efficacy of Rational Emotive Behavior Therapy for the Alleviation of Psychological Distress and Amelioration of Psychological Well-Being Among End-Stage Renal Disease Patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 54(1), 29-36.
- Cha, J., & Han, D. (2020). Health-related quality of life based on comorbidities among patients with end-stage renal disease. *Osong public health and research perspectives*, 11(4), 194-200.
- Chen, H., Fang, F., Chen, Y., & Cai, Y. (2024). The effects of continuous care utilizing rational emotive therapy on prostate cancer patients. *International Journal of Urological Nursing*, 18(3), e12422.
- Dryden, W. (2020). *Rational Emotive Behaviour Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Routledge.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (2021). *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide* (3rd ed.). Albert Ellis Institute.
- Ertürk, R. (2022). The effect of teachers' quality of work life on job satisfaction and turnover intentions. *International Journal of Contemporary Educational Research*, 9(1), 191-203.
- Farnoodi, F., Amiri, H., Arefi, M., Nia, K. A., & Fard, A. A. P. (2020). Comparing the Effectiveness of Ellis' Rational-Emotive-Behavior Therapy (REBT) and Glasser's Reality Therapy (RT) on Reducing Depression Symptoms in Hemodialysis Patients and Control Group. *Archives of Pharmacy Practice*, 11(1-2020), 161-167.
- Grieger, R. M., & Boyd, J. S. (2019). *Rational-Emotive Therapy: Readings for the Professional*. Routledge.
- Liu, Y., Ni, X., Wang, R., Liu, H., & Guo, Z. (2022). Application of rational emotive behavior therapy in patients with colorectal cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(2), 147-154.
- Marwa, M., & Utami, W. (2024). Rational Emotive Therapy and Anxiety in Patients with Chronic Diseases: A Quasi-Experiment Pre-Post Control Study. *Jurnal Bimbingan dan Konseling Terapan*, 8(1), 46-57.
- Mbeje, P. N., Chironda, G., & Mtshali, N. G. (2024). A conceptual framework to improve the quality of life in patients with CKD on dialysis in KwaZulu Natal Province, South Africa. *Heliyon*, 10(19), 1-11.
- Moorthi, R. N., & Latham-Mintus, K. (2019). Social isolation in chronic kidney disease and the role of mobility limitation. *Clinical Kidney Journal*, 12(4), 602-610.
- Neenan, M. (2022). *Developing Resilience: A Cognitive-Behavioural Approach* (2nd ed.). Routledge.
- Ngan, N. T. (2020). Factors influencing on quality of life: model selection by AIC. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(2), 163-171.
- Rosdiana, R., Shofiyah, S., Karosekali, E., Sovitriana, R., & Alsa, A. (2025). Enhancing quality of life in diabetes mellitus patients through rational emotive behavior

- therapy: A randomized controlled trial. *Edelweiss Applied Science and Technology*, 9(3), 2843-2854.
- World Health Organization (WHO). (2022). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneva: WHO Press.
- Zarei, F., Fattahi, S., & Mohammadi, A. (2022). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on depression, anxiety, and quality of life in patients with chronic renal failure. *Journal of Renal Care*, 48(4), 204–212.