

## نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات

رمضان زعطوط

عبد الكريم قريشي

جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر)

### Abstract

Quality of life is one of the most relevant modern concepts focusing on patient experience dealing with chronic disease and its effects on his life, and in which clinical psychology meets health social psychology.

Among numerous interpretive theories and models approaching this concept, we adopt dynamic bio-psycho-social approach to purpose an explanatory model with religiosity and distress as mediator variables between inputs represented by objective factors and biological characteristics and the quality of life as output.

Correlations and differences between these three variables were explored, so we applied World Health Organization's WhoQol Bref to assess quality of life, religiosity scale was prepared for the purpose of this study, General health questionnaire (GHQ) is used to evaluate psychological distress, on a sample of 100 cancer patients compared to 100 healthy individuals as a control one.

Results indicate that the most of cancer patients (88%) have a satisfied quality of life, whereas 12% have a low quality of life, 80% among cancer patients considered themselves religious, however, approximately 50% of them suffer from psychological distress. Among patients and healthy controls, a positive significant correlation ( $P < 0.001$ ) between quality of life and religiosity and negative correlation ( $P < 0.001$ ) with psychological distress, refers to the stability of the path of variables interaction.

Differences in relationship according to other depending variables such as sex, age, educational, economic level and social status are observed.

Based on these preliminary results we propose an explanatory model adding other determinant variables.

**Key words:** quality of life, chronic illness, religiosity, psychological distress

### تقديم الدراسة:

تشكل الأمراض المزمنة تحدياً هائلاً لمجتمعات الألفية الثالثة من حيث نوعيتها أو انتشارها، حيث تسببت هذه الأمراض في وفاة 35 مليوناً شخص عام 2005 و هو ضعف العدد الذي توفي من جراء الأمراض المعدية بما فيها الإيدز والسل والملاريا (ONS,2005) و يراقب العلماء اليوم قلق النقلة الوبائية في نوعية الأمراض المزمنة بسبب:

1. التقدم العلمي في السيطرة على المرض حيث تحولت بعض الأمراض القاتلة إلى أمراض يمكن السيطرة عليها مثل السكري و فقر الدم و حتى الأيدز.
2. شيخوخة السكان حيث يرتفع العمر المتوقع للحياة بسبب تحسن الرعاية الصحية و نمط الحياة مع ما يتبع ذلك من ظهور أمراض الشيخوخة.

3. التغيرات التي لحقت بالسلوك الصحي و كذا الكروب التي يعاني منها الإنسان العصري بسبب الصراعات و الحروب و التكرار لخصائص الفطرة الإنسانية.

إن 80% من الوفيات لدى المصابين بالأمراض المزمنة في الدول النامية و الفقيرة سببه تدني المؤشرات النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية المرتبطة بالصحة و مكافحة المرض و الإعاقة، و لقد مرت هذه النقلة الوبائية التي أدت إلى اختفاء أمراض كانت إلى وقت قريب تنتشر بشكل وبائي مثل الإسهال و الإنتانات التنفسية و الطاعون و ظهور امراض أخرى مثل الإيدز و السكري و السرطان و الأمراض النفسية و العصبية بمراحل حتى استقرت على الوضع الحالي (زعطوط، 2005).

ولا تختلف الجزائر عن غيرها من الدول في هذا التغيير كما أشارت إليه دراسات وزارة الصحة والسكان (MSP) 2002 و دراسة و PAPAN (2004) ، حيث يعتقد أن انتشار هذه الأمراض مرتبط بتحسن ظروف المعيشة من الاستقلال إلى اليوم غير أن تيليويين (2004)، يحذرنا من أن المؤشرات الموضوعية الاجتماعية والاقتصادية للرفاهية قد لا تعبر عن حقيقة إدراك الفرد الجزائري، حيث وجد وزملاؤه أن متوسط مؤشرات الرفاهية الشخصية (PWT) ومؤشرات الرفاهية الوطنية (WWI) يبلغان 57%، وذلك على عينة من 1417 شخصاً من الجمهور العام مما يؤكد أهمية التقدير الذاتي للرفاهية (Tiliouine, 2004).

يجب اعتبار التكفل بالأمراض المزمنة رهاناً اجتماعياً يتحدد بموجبه مستقبل السياسات الصحية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية و الثقافية وتمر حتماً بدراسات وبحوث معمقة ومبتكرة لهذه الظاهرة من وجهة نظر علماء النفس و الاجتماع.

لقد اعتمد الأطباء والباحثون النفسيون الاجتماعيون وعلماء الاجتماع على مؤشرات موضوعية في مقاربتهم لهذه الأمراض مثل نسبة الوفيات ومدى الانتشار وظهور المضاعفات الخطيرة، وأيام الحياة التي يعيشها المريض دون مضاعفات. والتكفل العلاجي ومدة الإقامة المتكررة في المستشفى والضمان الاجتماعي، وظروف الرعاية الصحية التي يحظى بها المريض المزمّن، إضافة إلى المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، غير أن تلك الدراسات لم تركز على وجهة نظر المريض وتقييمه لكل المتغيرات وكذا مستوى الرفاهية وشعوره بالرضى على حياته، أو ما أصبح يعرف حالياً بنوعية الحياة *quality of life*. وهو مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن وجهة نظر المريض المتعلقة بتقييمه العام لنوعية حياته بما فيها الجوانب الجسدية، والنفسية والاجتماعية والروحية (Kinght et Mytko, 1999).

وخلافاً للفلاسفة، لم يهتم علماء النفس الاجتماعي بطبيعة نوعية الحياة لدى الأفراد بل بتصور كل إنسان لنوعية حياته حيث ركزوا على مفاهيم السعادة والرفاهية، والإشباع والتوافق الاجتماعي وأخيراً نوعية الحياة كما ركزوا على المكونات الوجدانية والمعرفية للسعادة والرفاهية وكذا العوامل المؤثرة فيها (Fischer, 2002) مثل:

1. **العوامل الداخلية:** أهداف ومعنى الحياة و الشعور بالكفاءة الذاتية و العلاقات الاجتماعية، وتقدير الذات والحاجات، و الرغبات، والعوامل النفسية المرضية وتدعى العوامل الذاتية.
2. **العوامل الخارجية:** كالمظاهر الاجتماعية و الاقتصادية وأحداث حياة والدعم الاجتماعي وغيرها وتدعى العوامل الموضوعية.

ويرتكز مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة إلى تعريف منظمة الصحة العالمية (1947) على أنها "حالة من المعافاة النفسية والجسدية والاجتماعية وليست غياب المرض او العجز فقط" (Auho, 1999).  
 أما نوعية الحياة عموماً فهي تشمل إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعايير ومخاوفه، فهو مفهوم معقد متعدد الأبعاد يتضمن الصحة العضوية والنفسية والروحية ومستوى الاستقلالية ومعتقدات الفرد وعلاقاته الاجتماعية وكذا ارتباطه بالعناصر الأساسية في البيئة التي يعيش فيها (WHO, 2004).

ويمكننا أن نستشف من التعريف مفهوم "الحياة الطبيعية كما تناوله القرآن وأهميته بالنسبة للفرد سواء المعافى أو المصاب بأمراض وكروب، كما نشير إلى العودة إلى مفهوم الإنسان ككائن كلاني يجتمع فيه الجسد والنفوس والروح والعقل وبيئته عن المفهوم المادي المختزل الذي حاولت الفلسفة الغربية فرضه كنموذج وحيد لفهم الإنسان. لذلك رأينا أن ندرس نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين على اعتبار أن المرض يمثل شرخاً في سيرورة العافية، وتهديداً لكيونة الإنسان واقترابه من المحكات الوجودية الكبرى مثل المعاناة والألم والكبد، ومعنى الحياة، والموت، والتي قد تؤثر على شعوره بالسعادة والرضى بنوعية الحياة التي غالباً ما تفرض عليه من طرف الأطباء، والأقرباء والمكلفون برعايته دون الأخذ في الاعتبار لوجهة نظره وطريقة معاناته، وشكل الخبرة التي يعايشها.  
 وبما ان تلك المفاهيم الفرعية التي تثيرها نوعية الحياة تعتبر تقيماً وجودياً عميقاً من طرف المريض تماماً مثل مفاهيم الخير والشر، والصحة والمرض والابتلاء والعافية، والقدر خيره وشره، ومصير الإنسان وموته، كما تظهر لدى المصابين بأمراض مثل السرطان والإيدز وكذا الاضطرابات النفسية والعصبية المعقدة، فإننا ارتأينا أن ندرس العلاقة بين نوعية الحياة لدى المريض المزمن وبين بعض المتغيرات الرئيسية كما استخلصناها من التراث البحثي. لأننا نعتقد أن التدبير والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي والكره النفسي والتقييم المعرفي إضافة الى أداء الجهاز المناعي مرتبطة بنوعية الحياة ومتأثرة معها، خاصة في ظروف التحدي والكره الذي يزلزل الكيان الإنساني كما في المرض المزمن.

لذلك نعتزم في دراستنا هذه استكشاف نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين واختبار نموذج تفسيري اعتماداً على ارتباطه بتلك المتغيرات مثل التدبير و الدعم الاجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والكره النفسي وأداء الفص الجبهي متمثلاً في الوظائف التنفيذية وكذا أداء الجهاز المناعي كمتغير فيزيولوجي متمثلاً في مستوى الكريات البيضاء والخلايا الليمفاوية. غير اننا سنقتصر في هذا المقال على اكتشاف علاقة نوعية الحياة لدى مرضى السرطان بكل من التدبير والكره النفسي مقارنة بالأصحاء .

#### مفاهيم الدراسة:

#### 1-نوعية الحياة: يتدخل مفهوم نوعية الحياة في مجالات عديدة، مثل:

- مستويات المعيشة.
- أنماط الحياة وعاداتها.
- مؤشرات الصحة والمرض.

ويرى Fischer أن هذا المفهوم هو محصلة لتفاعل عوامل متعددة مثل:

- العوامل النفسية.
- العوامل الاجتماعية.
- العوامل الاقتصادية.
- العوامل السياسية.
- العوامل البيئية.

وقد اختلفت المقاربة النظرية لهذا المفهوم على أساس أربعة اتجاهات:

- أ. **المقاربة الفلسفية:** حيث يختلط بمفهوم السعادة واللذة والرغبة والرفاهية، وقد بحثه كل من أرسطو وأفلاطون وسقراط و أبيقور وشوبنهاور وسبينوزا و باسكال وغيرهم (Fischer 2002).
- ب. **المقاربة النفسية – الاجتماعية:** حيث ظهر مصطلح الحياة لدى علماء النفس الاجتماعي في 1976 مع أعمال Bradburer في دراسة عن المكونات النفسية للرفاهية.
- ج. **المقاربة السياسية:** من السياسيين الذين تبنا مفاهيم الرفاهية وتحسين مستوى المعيشة Henri IV من فرنسا و Johnson في الولايات المتحدة، وكان Jefferson هو أول من أدرج حق السعادة ضمن حقوق الإنسان الدستورية.
- د. **المقاربة الطبية:** ظهر مفهوم نوعية الحياة مع الحرب المضادة للطب العقلي، والاعتراض على وضع المرضى العقليين في مصحات هي أشبه بالسجون حسب رواد هذا الاتجاه وذلك منذ 1963، ونادى بإعادة المريض إلى حضن المجتمع لتعود إليه إنسانيته التي افتقدها مرتين: الأولى بسبب المرض، والثانية بسبب السجن المؤسستي الذي وضع فيه باسم العلاج الحديدي. ويعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية للمفهوم الكلاسيكي للصحة أحد أهم المراجع التي أشارت إلى نوعية الحياة والشعور بالرفاهية. وفي سنة 1968 اقترح Karnofsky سلماً للأداء مرتبطاً بالرفاهية النفسية، كما فعل ذلك Katz سنة 1963، وكان Elkinton أول من استعمل المصطلح في 1966.

و يرتبط مفهوم نوعية الحياة من الناحية الموضوعية بالبيئة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والطبيعية التي يعيش فيها الفرد ومن الناحية الذاتية بتقييم الفرد لحياته ونوعيتها. لذلك انقسم الباحثون إلى تيارين:

1. **التيار الأول:** يرى أن نوعية الحياة مفهوم ذاتي فردي، لذلك لا مناص من مقارنته ابتداء بتاريخ الفرد، وانتهاء بخبرة الحياة كما يحياها.
2. **التيار الثاني:** ويرى أن المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة ذات أهمية قصوى حيث لا يمكن الاعتماد على تقييم الفرد الذاتي، لأنه مدعاة للخطأ وبسبب إسقاطات المريض اللاشعورية وآلياته الدفاعية. لذلك ينظر أغلب الباحثين (Fischer 2002, Taylor 2003)، إلى إمكانية مقارنة التقييم الذاتي للمريض الذي يعتبر مرجعاً أساسياً في تقدير نوعية الحياة بالتقييم المستمد من المؤشرات الموضوعية ودراسة الفروق بينها. وقد اختلفت المرجعيات النظرية في تفسير نوعية الحياة مثل نظرية الطموحات الفردية، ونموذج المقارنة الاجتماعية، ونظرية تلاؤم الإنسان مع البيئة ونظرية التنافس المعرفي وغيرها. ويرى Spitz (1999) أن مفهوم نوعية الحياة يعطي مجالات مختلفة باختلاف الباحثين لذلك ارتأينا في دراستنا اعتماد الخلفية النظرية التي يقوم

عليها تعريف منظمة الصحة العالمية، حيث تعرفها بأنها " إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعايير ومخاوفه". (WHO, 1999).

2- **التدين:** يلعب الدين دورا هاما في حياة الانسان بغض النظر عن الزمان والمكان والعرق والجنس بل والسن ايضا، لذلك لم تخلو حضارة من معتقدات او رموز او اماكن لها طابع القدسية .إن المتأمل لحركة التاريخ سوف يجد أن الدين لعب الدور الأساسي في التحولات التاريخية الكبرى حيث كانت العقيدة خلف حركات الانسان الفاعلة بصرف النظر عن الحق والباطل فيها(المهدي،2002)

ويفرق الباحثون بين الدين والتدين حيث يمثل الاول الاسس والقواعد والتعاليم المكتوبة او الشفهية التي تشمل العقيدة والشريعة اما التدين فهو تطبيق الانسان او التزامه بتلك التعاليم في حياته اليومية.

غير ان قياس وتقييم الدين يرتطم بصعوبات منهجية اهمها:

1- خصوصية الخبرة الدينية وجوانبها وروحانياتها خاصة أهم اعمدتها وهو الإيمان .  
2- المرغوبية الاجتماعية وحساسية الظاهرة حيث يخشى الفرد من التعبير عن طبيعة معتقداته او سلوكه الديني خشية الحكم عليه سلبا.

3- تعدد ابعاد الخبرة الدينية وصعوبة حصرها في استبيان او مقياس محدود البنود

4- تحيز الباحث ذاته

5- العداء التاريخي بين العلوم النفسية والاجتماعية الغربية من جهة والظاهرة الدينية .

لذلك لجأ الباحثون الى قياس التدين كسلوك وقبلوا اختلاف المقاربات المنهجية والقياسية للأسباب السالفة. وحيث ان التدين(المعبر اجرائيا عن الدين) يحدد إدراك الفرد وتقييمه ونظرته لذاته ولغيره وللكون وأحداث الحياة بل ويتداخل عبر مراحل النمو مع تشكيل مفاهيم السواء والاضطراب والصحة والمرض والدنيا والآخرة والموت والحياة والخير والشر والحق والباطل والقبح والجمال، لذلك اعتمدها كمتغير وسيطي أساسي كمحاولة لمقاربة نوعية الحياة لدى المصابين بأمراض مزمنة ونظرا للاختلافات في تعرف المفهوم وبعد مراجعة لأدب البحث الغربي والعربي الاسلامي والإطلاع على مجموعة من المقاييس المرتبطة بهذا المتغير فضلنا إنشاء مقياس للتدين مبني على التعريف الإجرائي التالي:

■ "التدين حالة مركبة من المعتقدات والوجدانات والسلوكيات المرتبطة بمكونات الدين عقيدة وشريعة وعبادة ومعاملة، تتضمن علاقة المؤمن بدينه فهما وتنزيلا كما يمارسها في الحياة اليومية مشكلة إدراكاته ومشاعره وتصرفاته حيال ذاته والآخرين والكون وأحداث الحياة منعكسة على صحته البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية ونوعية حياته التي هادفا الى ما سماه القرآن الحياة الطيبة. وهي حالة نسبية من حيث القوة والعمق والثبات وتتخلص ذروتها في تحقيق العبودية الشاملة لله رب العالمين.

3- **الكرب النفسي:** يستعمل مفهوم الكرب النفسي Distress كمؤشر على الصحة النفسية لدى الجمهور العام او المرضى الذين لا تظهر عليهم اضطرابات نفسية شديدة .غير ان المصطلح يشمل الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمزاج وكذا الاضطرابات جسدية الشكل التي تعبر عن معاناة نفسية مزمنة مثل القلق والاكتئاب والإعاقات الوظيفية والاضطرابات السلوكية.

يعرف Mirowsky و Ross (2002) الكرب النفسي بكونه حالة من المعاناة الوجدانية تتميز بأعراض إكتئابية (فقدان الاهتمام، والحزن والتشاؤم) والقلق (الإنشغال والإحساس الدائم بالتوتر)، وقد تظهر في شكل أعراض جسدية (الأرق والصداع والإرهاق). وقد ركز Horwitz على أن الكرب النفسي هو حالة من عدم التكيف نتيجة الضغوط المستمرة وهو عابر وطبيعي مثل ما نشاهده لدى المراهقين. غير أن Weheaton (2002) يعتبره حالة ثابتة نسبياً كما تثبتته الدراسات التتبعية لأكثر من عشر سنوات متتالية.

ونلاحظ على المقاييس التي تقيم الكرب النفسي اشتراكها في بعض بنودها مع تلك التي تقيس القلق والاكتئاب وهما مكونين رئيسيين في الكرب النفسي، كذلك تلعب الاختلافات الثقافية دوراً مهماً في التعبير عن المعاناة النفسية. يعتبر مقياس الصحة العامة من أهم الأدوات التي اعتمدها منظمة الصحة العالمية في استكشاف الكرب النفسي خاصة في الرعاية الأولية وقد استعمل الباحث هذا الاستبيان في دراسات سابقة (زعطوط 2002) وثبتت صلاحيته السيكمترية وفعاليته السريرية مطابقاً للدراسات السابقة (Hankins 2008).

#### المنهج:

نظراً لطبيعة موضوع الدراسة ومتغيراته وانطلاقاً من المشكلة والفرضيات التي وضعناها فإن المنهج الوصفي الارتباطي و الفارقي هو المناسب.

#### العينة:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 60 مصاباً بأمراض مزمنة (متوسط العمر 45 سنة، 35 أنثى و 25 ذكراً) إضافة إلى 50 من الأسوياء (متوسط أعمارهم 41 سنة، 30 ذكراً و 20 أنثى) يحملون نفس خصائص العينة الأساسية.

أما عينة الدراسة الأساسية فتكونت من 200 فرد، منهم 100 من مرضى السرطان و 100 من الأصحاء وقد كان طريقة المعاينة تشخيصية قصدية حرصنا فيها على توافر الخصائص التالية (شروط الإنتماء للعينة):  
بالنسبة للمصابين بالسرطان:

- ألا يقل العمر عن 18 سنة للجنسين
- ان تتأكد اصابته بأحد انواع السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي او الاشعاعي
- ألا يكون في مرحلة متقدمة من المرض
- ألا يكون مصاباً بإعاقة وظيفية تمنع اجراء المقابلة أو استعمال أدوات الدراسة

بالنسبة للأصحاء:

- ألا يقل العمر عن 18 سنة للجنسين
- الا يكون مصاباً بمرض حاد او مزمن
- ألا يكون مصاباً بإعاقة وظيفية تمنع اجراء المقابلة أو استعمال أدوات الدراسة

جدول 1: خصائص عينة الدراسة

مدة الايمان		المستوى الاجتماعي		المستوى الاقتصادي		المستوى التعليمي		السن		الجنس		الخصائص
<عام	≥عام	↘	↙	↘	↙	↘	↙	45 <	45 ≥	ا	ذ	العينة
41	59	74	26	48	52	64	36	39	61	59	41	مرضى السرطان 100
/	/	44	56	52	48	38	62	11	89	53	47	الأصحاء 100

أدوات الدراسة: استعملنا ثلاثة مقاييس هي مقياس نوعية الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية، ومقياس التدبير من انشاء الباحث، و مقياس الصحة العامة.

وصلت معاملات الصدق والثبات لأدوات الدراسة الى مستويات مقبولة:

-مقياس نوعية الحياة : من انشاء منظمة الصحة العالمية وقد سمحت لنا بعد امضاء عقد مع فريق نوعية الحياة باستعماله. ومقياس BREF- الذي طور من مقياس نوعية الحياة WHOQOL100 عبر 15 مركز حول العالم، لذا فهو يصلح لكل الثقافات لتقييم نوعية حياة المرضى المزمنين، حيث قام الباحثون باسكتشاف نوعية تركيب الحياة في البيئات الثقافية لدول وثقافات مختلفة.

وللتأكد من صلاحيته في بيئة الدراسة قام الباحث بالاشراف على دراسة تناولت الوظائف التنفيذية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان، قامت بها نصيرة فقيه وكاميليا طلاب، وقد حرصنا فيها على اتباع طريقة منظمة الصحة العالمية في تكييف المقياس بدءا بالترجمة ووصولاً الى الخصائص السيكمترية. حيث وصل صدق الإتساق الداخلي للإختبار الى 0.69 وكان الارتباط بين البنود والدرجة الكلية دالا عند 0.01. اما الثبات فقد استعملنا طريقة التجزئة النصفية، وتم حساب معامل ثبات الاختبار وصل إلى 0.94. وكذلك بواسطة معامل ألفا كرونباخ الذي وصل إلى 0.74.

- بالنسبة لمقياس التدبير الذي انشاءه الباحث فقد تم عرضه للتحكيم على 13 باحثا في كل من الجزائر والسعودية والأردن، وقد تم تعديل المقياس حسب نتائج التحكيم وقد وصل معامل الارتباط بمقياس التدبير للصنيع الذي يتمتع بثبات وصدق عاليين الى 0.80، اما معامل الثبات بإعادة التطبيق فقد وصل الى 0.78.

- مقياس الصحة العامة الذي يقيس الكرب النفسي حيث تم قياس ثباته بين التطبيقين حيث وصل معامل الارتباط  $r = 0.83$  وهو ارتباط دال وموجب مما يدل على ثبات المقياس. وتم قياس الصدق عن طريق المقارنة الطرفية وكان الفرق دالا بين المتوسطين (  $t = 10.76$  ) عند مستوى 0.01 مما يدل على صدق الاستبيان.

#### مشكلة الدراسة:

يمكننا اعتبار العقد الماضي في الجزائر مخلفات أزمة أمنية أدخلت البلاد في دوامة العنف الاجتماعي بعد عقد من بداية الأزمة الاقتصادية الخانقة في الثمانينات. و ما زالت بعض مظاهر الاحتجاج الاجتماعي تنفجر هنا وهناك في بعض المناطق من البلاد معبرة عن معاناة متعددة الأبعاد. مع أن الوضع الاقتصادي والأمني قد تحسن بعد ارتفاع مداخيل المحروقات والإجراءات السياسية الهادفة لاحتواء الأزمات السابقة، فهناك مفارقة بين المؤشرات الاقتصادية والسياسية الدالة على النمو والمؤشرات الخاصة بالرفاه النفسي والاجتماعي من وجهة نظر الفرد

الجزائري مما يدل على أهمية الوقوف على تقييم الإنسان لنوعية حياته على أساس إحساسه بالرضى والسعادة والرفاه والتوافق النفسي والاجتماعي والروحي. (Tiliouine, 2012)

إذا كان الأمر كذلك بالنسبة للمواطن العادي الذي لا يعاني من الأمراض والإعاقات أو الاضطرابات النفسية والعصبية فإن نوعية الحياة لدى شريحة عريضة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة تغدو محل تساؤل بسبب آثار المرض على المصابين على المعاش اليومي وعلى العلاقات الاجتماعية وتفاعله مع عوامل البيئة مما يزيد عبء التوافق النفسي لدى المريض المزمن، إضافة إلى عوامل أخرى مثل:

1. الحيرة والغموض المرتبطان بطبيعة المرض بدءاً من التشخيص .
  2. التكلفة الاقتصادية بدءاً بالتحاليل المرهقة، مروراً بالعلاج المكلف ومضاعفاته، وصولاً إلى مآل المريض المرتبط بالإعاقة أو الموت.
  3. تجاهل احتياجات المرضى المزمنين المرتبطة بالمعاناة النفسية والاجتماعية والروحية خاصة في الامراض الخطيرة المهددة للحياة مثل السرطان.
  4. الوصمة النفسية الاجتماعية في ظل التخلف الثقافي والحضاري الذي نعاني منه.
- لذلك كله، نطرح الأسئلة التالية:

1. ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء؟
2. ما مستوى التدخين لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء؟
3. ما مستوى الكرب النفسي لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء؟
4. هل توجد علاقة ارتباطية بين المتغيرات الثلاث لدى المرضى والأصحاء؟
5. هل توجد فروق بين المرضى والأصحاء في كل من المتغيرات الثلاث؟
6. هل توجد فروق في مستوى نوعية الحياة والتدخين والكرب النفسي لدى كل من المرضى والأصحاء تبعاً لمتغيرات الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والمستوى الاجتماعي ومدة الازمان؟

#### فرضيات الدراسة:

1. نتوقع انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء
2. نتوقع ارتفاع مستوى التدخين لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء
3. نتوقع ارتفاع مستوى الكرب النفسي لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء
4. نتوقع وجود علاقة ارتباطية قوية بين مستوى نوعية الحياة وكل من التدخين والكرب النفسي لدى مرضى السرطان وكذا الاصحاء
5. نتوقع وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى كل من نوعية الحياة والتدخين والكرب النفسي بين مرضى السرطان وبين الاصحاء
6. نتوقع وجود فروق في مستوى كل من نوعية الحياة والتدخين والكرب النفسي تبعاً لمتغيرات الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والمستوى الاجتماعي ومدة الازمان لدى مرضى السرطان وكذا الاصحاء.

## النتائج و مناقشتها:

## نتائج و مناقشة الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى توقع انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المزمين ممثلين بمرضى السرطان، مقارنة بالأصحاء.

واعتمادا على درجات مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة الصيغة المختصرة WhoQol Bref. فان 12% من أفراد عينة الدراسة من المصابين بالسرطان يعانون من نوعية حياة منخفضة ( $60 \geq$  درجة). في حين أن 57% لديهم نوعية حياة متوسطة ( $60 < 94 \geq$  درجة)، وبلغت نسبة الذين يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة 31% ( $60 < 130$  درجة) وقد بلغ متوسط العينة في نوعية الحياة 87 درجة بانحراف معياري = 16.7.

أما لدى الأسوياء فان 1% فقط يعاني من انخفاض مستوى نوعية الحياة في حين أن 66% لديهم مستوى متوسطا، و33% يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة. وقد بلغ متوسط العينة في نوعية الحياة 90.59 درجة بانحراف معيار وصل إلى 13.22.

ويخلص الجدول التالي النتائج.

جدول 2: نسبة نوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء

العينة	نسبة نوعية الحياة المنخفضة	نسبة نوعية الحياة المتوسطة	نسبة نوعية الحياة المرتفعة
مرضى السرطان	12%	57%	31%
الأصحاء	1%	66%	33%

وسواء باستعمال اختبار(ت) للفروق او النسبة الحرجة و باستثناء نسبة نوعية الحياة المنخفضة 12% لدى مرضى السرطان فانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين الكليتين.

وعليه يمكن اعتبار مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان أعلى مما كنا نتوقع حيث بلغ مجموع نسبة نوعية الحياة المتوسطة إلي الجيدة 88%، وقد وافقت نتيجتنا دراسة Pacian (2012) وزملائها الذين استعملوا نفس المقياس WhoQol Bref، ووصلوا إلي نتيجة مفارقة أيضا على عينة من 50 مريضة بسرطان الثدي تراوحت أعمارهن بين 45-65 سنة تحت العلاج، حيث كان إدراكهن لنوعية الحياة مرتفعا خاصة لدى المتعلمات العازبات الاتي يعشن في الريف.

في حين وجد Linaloami (2010) وزميله في دراسة لنوعية الحياة لدى 50 مريضة مصابة بسرطانات نسائية أن الجانب الجسدي هو الأكثر تضررا في حين لم يتأثر المكون الاجتماعي لنوعية الحياة، غير ان الدرجة العامة لنوعية الحياة كانت مقبولة وفوق المستوى المتوقع تماما كما في دراستنا.

إن هذه النتيجة يمكن مقارنتها بمفهوم مفارقة العجز حيث إن الذين يعانون صحيا من أمراض مزمنة أو إعاقات حتى لو كانت مهددة للحياة قد يظهرون مستويات مرتفعة من نوعية الحياة مما يؤيد الرأي القائل بالتميز بين الحالة الصحية أو الوضع الصحي Health status وبين نوعية الحياة حيث نفرق بين المكون الموضوعي والذاتي لهذين المفهومين Moouns 2006.

إضافة إلى عامل أهم وهو ارتباط نوعية الحياة بإدراك الفرد لمكانته في الحياة في سياق ثقافته وقيمه وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها كما نقيسها في مقاربة منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة ولا شك أن ذلك الإدراك نتيجة لمتغيرات وسيطية مثل التدخين، والدعم الاجتماعي وإدراك الكفاءة الذاتية، مروراً بالقدرة على التقدير المعرفي والحكم الصائب على خبرة الحياة اليومية في محصلة الوجدانات السالبة والموجبة المرتبطة بظروف الحياة الموضوعية، وقبلها بالخصائص الثابتة نسبياً التي نكتسبها من الوراثة البيئية مع كالتعب والمزاج والشخصية، بل والأداء الفيزيولوجي الذي يجمع بين سمات أجهزة متعددة عصبية ونفسية ومناعية، متأثره بمستويات التوازن لدى الكائن الحي مرتبطة حسب المقاربة البيئية (الفيزيائي والكيميائي ثم البيولوجي فالنفسى والاجتماعي ثم الروحي).

### نتائج و مناقشة الفرضية الثانية:

ونشير إلى ارتفاع مستوى التدخين لدى المصابين بالأمراض المزمنة، مقارنة بالأصحاء. واعتماداً على مقياس التدخين الذي أنشأناه لغرض الدراسة، فقد بلغ متوسط عينة مرض السرطان 163 درجة، بانحراف معياري قدره 32.35. وقد وصلت نسبة التدخين المنخفض إلى 1 فقط أما بالنسبة للتدخين المتوسط فـ 24%، وبلغت نسبة التدخين المرتفع حسب درجات المقياس 75%. وتبين المقارنة بين النسب باستعمال النسبة الحرجة أن الفروق دالة لصالح ذوى التدخين المرتفع لذلك نعتبر الفرضية محققة.

أما لدى الأسوياء فكانت النسبة متقاربة حيث انعدمت في التدخين المنخفض 0%، ووصلت في التدخين المتوسط إلى 18%، و لم نجد فروقا دالة بين نسبة المرضى المزمنين في التدخين وبين مقابلتها لدى الأصحاء. و يمكن مقارنة نسبة التدخين لدى المرضى المصابين بالسرطان والأصحاء في الجدول التالي:

جدول 3: نسبة التدخين لدى المرضى والأصحاء

العينة	نسبة التدخين المنخفض	نسبة التدخين المتوسط	نسبة التدخين المرتفع
المرضى	1%	24%	75%
الأصحاء	0%	18%	82%

ونشير دراسة (Alcorn 2010) وزملائه إلى نسب متقاربة مع دراستنا، حيث وجدوا أن 81% يصفون أنفسهم بالمتدينين الجيدين و93% منهم يتمتعون بروحانية spirituality مرتفعة كما اعتقد 78% منهم أن التدخين أو اللياقة الروحية تلعب دوراً هاماً في خبرة أو معايشة السرطان.

كما وجد Holt وزملاؤه أن التدخين يلعب دوراً هاماً كوسيط للتوافق النفسى وتحسين الأداء الوظيفي النفسى والجسدي لدى الأمريكيين ذي أصل إفريقي وأشار إلى الأمريكيين المصابين بالسرطان، كثيراً يستعملون السدين كأسلوب مواجهة للكرب والصدمة الناتجة عن المرض، كما يزداد إقبال المرضى على السلوكيات الدينية والطقوس وزيارة المعابد (Bowie, al 2001).

ولقد أشار Laumeier إلى أثر التدخين في نوعية حياة المرضى المصابين بالسرطان حيث تؤدي خبرة التدخين والتعلق بالله إلى تسهيل نشوء معنى للمرض مما يمكن الفرد من مواجهته (Holt et al 2011).

وقد وجد Sears (1994) و Greene إن التكيف الروحي يخفض من مستويات القلق لدى المرضى، وهو ما أثبتته Jackson Corsey وأكدته (Welston 1999) وزملاؤه من أن الإيمان عامل تكيف مع الكرب المرتبط بالصحة.

ويبدو أن التدبير يؤثر على الصحة بطرق شتى:

1. تشجيع السلوك الصحي ونمط المعيشة السليم.
2. دعم المعتقدات الإيجابية في مواجهة المشاعر السالبة.
3. دعم المواجهة أو التعامل (coping) خاصة ممارسة الصلاة والدعاء و الأعمال الدينية.
4. التوازن الوجداني والاتزان الانفعالي خاصة في أماكن العبادة.
5. تشجيع الخبرات المساعدة على التسامح والمشاركة في العمال الخيرية.
6. الدعم الاجتماعي خاصة بين المؤمنين.

#### نتائج و مناقشة الفرضية الثالثة:

و تشير إلى ارتفاع مستوى الكرب النفسي لدى المصابين بالمرض المزمن مقارنة بالأصحاء. ولقد وصل متوسط العينة بمقياس الصحة العامة GHQ 14 درجة بانحراف معياري قدره 7.14 واستنادا الي دلالة سلم الدرجات فان 48% لم يظهر لديهم ضيق نفسي كما لا يختلفون عن الأصحاء وأن 36% يعانون من ضيق نفسي متوسط كمؤشر على وجود اضطرابات نفسية سواء بانخفاض المشاعر والخبرات الموجبة أو ارتفاع الخبرات والمشاعر السالبة، وان 16% يعانون من ضيق نفسي شديد يمكن اعتباره علامة على وجود اضطرابات نفسية شديدة . حين نقارن تلك النسب بمقابلتها لدى الأصحاء يظهر الفرق جليا في هذا المتغير حيث وصلت نسبة الأصحاء الذين لا يعانون من اضطرابات نفسية إلى 72% ، و أولئك الذين يعانون من اضطرابات متوسطة 18% ، ويمكن اعتبار 10% من الأصحاء يعانون من اضطرابات نفسية شديدة. تدل المقارنة باستعمال النسبة الحرجة إلى وجود فروق بين المرضى والأصحاء في اتجاه ارتفاع الكرب النفسي لدى المصابين بالسرطان وهو ما أشارت إليه الفرضية الثالثة.

جدول 4: نسبة الكرب النفسي لدى المرضى والأصحاء

العينة	نسبة الخالين من الكرب النفسي	نسبة الكرب النفسي المتوسط	نسبة الكرب النفسي المرتفع
المرضى	48%	36%	16%
الأصحاء	72%	18%	10%

تعرف الشبكة الوطنية الشاملة HCCN الكرب النفسي او distress "على انه خبرة وجدانية غير سارة متعددة العوامل ، نفسيا (معرفيا وانفعاليا وسلوكيا ) و اجتماعيا و روحيا , و تشكل متواصلا ممتدا من المشاعر السلبية والضيق العادي الذي نخبره في حياتنا اليومية وصولا إلى الاضطرابات النفسية الشديدة مثل القلق والاكتئاب و الهلع و العزلة الاجتماعية والخبرات الروحية أو الوجودية المؤلمة (NCCN 2013).

تشير بعض الدراسات إلى نسبة 20-30% من الإصابة بالكرب النفسي في الأمراض المزمنة (Wilson 2007). ويتوافق الكرب النفسي لدى المرضى المزمنين مع انخفاض نوعية الحياة، واضطراب السلوك الصحي، و كثرة استعمال المرافق الصحية و كذا ارتفاع نسبة الوفيات (Gao et al. 2010).

قام Gao وزملاؤه بمقارنة الكرب النفسي لدى عينة طبقية مكونة من 200 مريضا بالسرطان يعالجون خارج المستشفى، و 150 في المراحل الأخيرة من المرض في العلاج التديمي مقارنة بعينة من الجمهور العام بلغت 364 فردا. وباستعمال نفس الأداة GHQ حيث وجد أن 24.5% من المرضى خارج المستشفى يعانون من ضيق نفسي، و 59% لدى المقيمين في مصلحة العلاج التديمي و 16.5% فقط لدى الجمهور العام، أما في عينتنا فيمكن اعتبار 52% من مرضى السرطان يعانون من اضطرابات نفسية تحتاج إلى تدخل علاجي في حين لم تتجاوز النسبة 28% لدى الأصحاء.

#### نتائج و مناقشة الفرضية الرابعة:

التي تشير إلى توقع علاقة دالة إحصائيا بين كل من نوعية الحياة و التدخين و الكرب النفسي وباستعمال معامل ارتباط بيرسون، تظهر النتائج التالية:

جدول 5: معاملات الارتباط بين كل من نوعية الحياة والتدخين والكرب النفسي لدى المرضى

الكرب النفسي	التدخين	نوعية الحياة	
		1	نوعية الحياة
	1	0.309 0.002	التدخين
1	-0.250 0.012	-0.737 0.000	الكرب النفسي

و نلاحظ الارتباط الدال عند 0.01 بين نوعية الحياة وبين التدخين، وكذلك الارتباط المرتفع بين الكرب النفسي ونوعية الحياة، حيث كلما زاد الكرب النفسي انخفضت نوعية الحياة، وتشير اغلب الدراسات السابقة إلى نتائج متقاربة. يشير Kkandasamy 2004 وزملاؤه إلى ارتباط المعافاة الروحية سلبيا مع القلق والاكتئاب وأعراض الكرب النفسي لدى مرضى السرطان في المراحل المتأخرة. أما Malyszczak 2007 وزملاؤه، فقد قاسوا الكرب النفسي لدى المرضى المزمنين وتكونت عينتهم من 45 مريضا بسرطان الدم و 46 من المرضى المزمنين في الطب الداخلي و 45 من الأصحاء واستعملوا مقياس الصحة العامة وقائمة ايزنيك للشخصية EPQ-R، و دلت نتائجهم على وجود ضيق نفسي عند 50% من المرضى والأصحاء في حين وصلت النسبة عند الأصحاء إلى 22% فقط وهي نتائج قريبة من دراساتها.

أما لدى الأصحاء فتظهر معاملات الارتباط في الجدول التالي:

جدول6: معاملات الارتباط بين كل من نوعية الحياة والتدين والكرب النفسي لدى الاصحاء

الكرب النفسي	التدين	نوعية الحياة	
-	-	1	نوعية الحياة
-	1	0.343 0.00	التدين
1	0.393- 0.00	0.575- 0.00	الكرب النفسي

ونلاحظ الارتباط الدال عند مستوى 0.01 بين كل من نوعية الحياة و التدين و الكرب النفسي مما يدل على استطراد هذه العلاقة وثباتها وعلى إمكانية ان يشكل التدين و الكرب النفسي متغيران وسيطان بين العوامل الثابتة بنسبة او الموضوعية و الوراثية ونوعية الشخصية و الأداء الفيزيولوجي خاصة للجهاز العصبي و الهرموني و المناعي و بين نوعية الحياة.

#### نتائج و مناقشة الفرضية الخامسة:

وتتنبأ بوجود فروق دالة إحصائيا بين المرضى و الأصحاء في كل من نوعية الحياة و التدين و الكرب النفسي .وباستعمال اختبار(ت) لدلالة الفروق كما يبينه الجدول التالي :

جدول7: قيم اختبار (ت) للفروق بين المرضى و الأصحاء في كل من نوعية الحياة و التدين و الكرب النفسي

ل	قيمة ت	ف	
0.083	1.741-	2.987	نوعية الحياة
0.316	1.005-	13.208	التدين
0.025	2.264	2.858	الكرب النفسي

ونلاحظ من الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المرضى و الأصحاء في كل من نوعية الحياة و التدين، و وجود فرق دال عند 0.05 في الكرب النفسي لصالح المرضى. وقد لاحظنا ذلك في التعليق على الفرضية الثالثة.

يرى Nucci و Martins أن نوعية الحياة مكون متعدد الأبعاد تشترك فيه مجالات متعددة من حياتنا ووجودنا فهو يتعدى مفهوم الرفاهية ، أو الوضع الصحي الجيد حتى بتعريف منظمة الصحة العالمية الصحة التي ترى ان الصحة حالة من المعافاة الكاملة جسديا و نفسيا و اجتماعيا.

وفي دراستهما رأي الباحثان أن الإصابة بالمرض خاصة إذا كان مزمنا و مهددا للحياة يترك أثرا واضحا على نوعية الحياة غير أن شدة هذا الأثر تابعة لعوامل متعددة، بل ويؤثر على كمية حياة المريض نفسها. تكونت عينة الدراسة من 50 مريضا بالسرطان و 70 فردا من الأصحاء كعينة ضابطة.

واستخداما WhoQol Bref لمقارنة نوعية الحياة بين المجموعتين ولم يجدا فروقا دالة بين المرضى و الاسوياء و ارجعا ذلك الى تعقد مفهوم نوعية الحياة و ذاتيته و ارتباطه بتصورات الأفراد و توقعاتهم و قد لا يشكل

الوضع الصحي عاملا حاسما فيه، بل تشكل اتجاهات المريض ومعتقداته و نظراته للأحداث و للعالم و لأهدافه داخل نسق ثقافته العنصر الأهم. أهم العوامل الفاعلة فقد تؤدي الإصابة بمرض مزمن إلى ترتيب الأولويات الحياتية، وإعادة اكتشاف الوجدان الإنساني و علاقته مع الآخرين ومع نفسه إضافة إلى المتغيرات الفاعلة كالدعم الاجتماعي والتجربة الروحية التي يمر بها المريض في الظروف العصيبة (Nucci,do Valle 2006).

ويدخل التكيف الروحي كعامل حاسم هنا، حيث يؤدي إلى نظرة جديدة للمصائب و المكاره مرتبطا بالعزو السببي والإيمان بالقضاء والقدر ويبدو أن التدين المرتفع في كلا العينتين (المرضى و الأصحاء) يساهم في نوعية الحياة بواسطة عوامل أو متغيرات وسيطة مثل الرضى عن الحياة أو الأمل و التفاؤل و قد أشار Lynn و زملاؤه إلى أهميته في أنماط المواجهة الروحية والدينية. ويعرف الأمل على أنه "مركب أو مكون معرفي يتمثل في إحساس الفرد بأنه مدفوع نحو تحقيق الهدف والغاية الموجهة، إضافة إلى إدراكه بقدرته على المبادأة و المثابرة بسلوكه الهادف على عكس اليأس الذي يتطابق في محصلته مع الكرب و العجز عن المواجهة و قصور في الاستراتيجيات الغرضية .

كما يؤدي التدين حسب Thoreseen، إلى تشجيع آليات التكيف و المواجهة و الفعالية الذاتية الروحية، حيث يجد الإنسان سندا في الاستعانة بالله و اللجوء إليه حين يفقد الأمل في الشفاء على يد البشر .

#### نتائج و مناقشة الفرضية السادسة:

نتوقع وجود فروق في نوعية الحياة والتدين والكرب النفسي تبعا لمتغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي والاجتماعي والاقتصادي ومدة الازمان، ويلخص الجدول التالي نتائج تلك الفروق:

الجدول 8: نتائج اختبار (ت) للفرق في المتغيرات التصنيفية داخل كل من العينتين

المتغير	العينة	نوعية الحياة	التدين	الكرب النفسي
الجنس	ذكور/ إناث	2.13	0.223-	0.824
	ذكور/ إناث	1.95	1.13	0.66-
السن	صغار/ كبار	0.89	0.11-	0.91
	صغار/ كبار	0.30-	1.15-	0.25
المستوى التعليمي والاجتماعي والاقتصادي	مستوى تعليمي منخفض/مرتفع	2.14-	0.89	0.13
	مستوى تعليمي منخفض/مرتفع	0.43	0.41-	0.68
	مستوى اجتماعي منخفض/مرتفع	2.09	0.19	0.84
	مستوى اجتماعي منخفض/مرتفع	0.112	2.37-	0.91
مدة الازمان	مستوى اقتصادي منخفض/مرتفع	1.74-	0.63-	0.52
	مستوى اقتصادي منخفض/مرتفع	0.07	0.20	0.83
	مستوى ازمان منخفض/مرتفع	1.18	1.53	0.12

نلاحظ من خلال الجدول ان متغير الجنس فارقي في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين ممثلين بالمصابين بالسرطان وكذا لدى الاسوياء لصالح الذكور وان كانت قيمة ل مساوية لمستوى الدلالة ،في حين لاتوجد فروق بين الذكور والإناث في التدين او الكرب النفسي.

اما بالنسبة للسن فلا تظهر فروق بين صغار السن وكبار السن في نوعية الحياة او التدخين سواء لدى المرضى او الاصحاء في حين ظهر فرق بينهما في الكرب النفسي لصالح صغار السن لدى الاصحاء الذين يبدون اكثر معاناة من الناحية النفسية ارتباطا بظروف الحياة الصعبة وقلق المستقبل .

اما متغير التعليم فيظهر افضلية ذوات المستوى التعليمي المرتفع في نوعية الحياة ورغم انه لا يبدو فارقا في مستوى التدخين إلا ان منخفضات التعليم اكثر معاناة من الكرب النفسي لكن يختلف الامر مقارنة مع الاصحاء حيث لا تظهر فروق تعود لمستوى التعليم سواء في نوعية الحياة او التدخين او الكرب النفسي.

يظهر الجدول ان مستوى نوعية الحياة يختلف بين المتزوجين وغير المتزوجين لصالح الاخيرين مع ان دراسات كثيرة بينت دور الزواج في الدعم الاجتماعي في الامراض المزمنة (زعطوط، 2005) ، غير ان الامر يبدو مختلفا في مرض السرطان حيث ان الفروق بين الفئتين في الكرب النفسي لصالح المتزوجين يوحي بان الزواج والاولاد يزيدان من كرب مريض السرطان لقلقه الدائم من الموت وخوفه على مستقبل ابنائه واسرته. اما لدى الاصحاء فتظهر فروق لصالح المتزوجين في التدخين.

وتظهر المقارنة على اساس المستوى الاقتصادي عدم وجود فروق في نوعية الحياة والتدخين لدى مرضى السرطان عدا في الكرب النفسي حيث تبدو المعاناة النفسية مرتبطة بالمعاناة الاقتصادية نظرا للكلفة الكبيرة لهذا المرض من الناحية الاقتصادية وهي الفوارق التي لا تظهر لدى الاصحاء كذلك لا تبدو مدة الازمان فارقة في مستوى الحياة نوعية او التدخين او الكرب النفسي لدى مرضى السرطان. وتظهر دراسة Nucci وزميلاتها (2006) عدم وجود فروق بين المصابين بالسرطان وبين الاصحاء في متغيرات السن والجنس والتعليم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

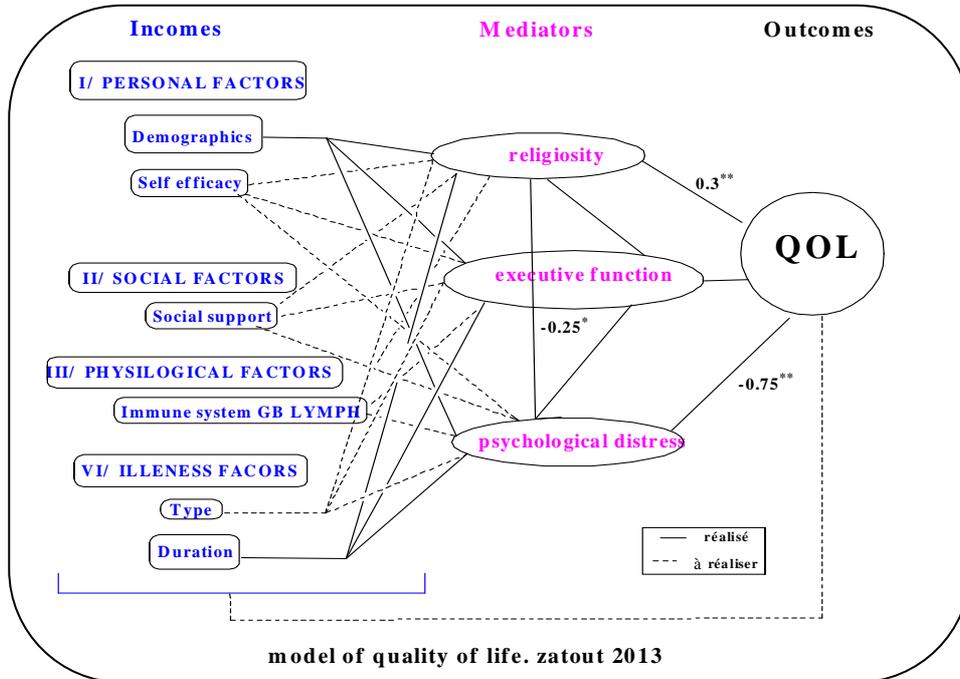
#### خلاصة :

تعتبر نوعية الحياة مؤشرا محدد لمستوى المعيشة و الرعاية الصحية و النفسية والاجتماعية غير انه مركب متعدد العوامل تتداخل معه متغيرات كثيرة ، مثل التدخين ونوعية الحياة.

يعاني 12% من مرض السرطان من نوعية حياة منخفضة، و88% لديهم نوعية حياة متوسطة إلى مرتفعة خلافا لتوقعاتنا، مما يدل على فاعلية بعض العوامل الوسيطة في تخفيف المعاناة وتقبل المرض مثل التدخين حيث أن 80% من أفراد العينة ذوي تدخين مرتفع مما يؤكد فاعلية هذا المتغير الوسيط بين الظروف الموضوعية وصدمة المريض وبين التكيف والمواجهة.

تبدو العلاقة بين نوعية الحياة وكل من التدخين والكرب النفسي دالة لدى المرضى والأسوياء مما يؤكد قوة التأثير بين المتغيرات وصلاحية النموذج الحيوي- النفسي- الاجتماعي في تفسير نوعية الحياة. غير أن نصف المرضى يعانون من كرب نفسي، مما يستلزم تدخلا علاجيا لتخفيف القلق والاكتئاب لدى المصابين بالسرطان ، يمكننا استنتاج أن التدخين المرتفع ليس مانعا من إصابة الفرد بالاضطراب النفسي وان كان وسيط في ارتفاع نوعية الحياة .

أما بالنسبة للمتغيرات التصنيفية فقد وجدت فروق بين الذكور والإناث لصالح الذكور في نوعية الحياة وهو أمر تابع للدور الاجتماعي والكفاءة الذاتية المدركة. وكان العزاب أفضل في نوعية الحياة وأقل كربا من المتزوجين كما ارتبط المستوى الاقتصادي المنخفض بارتفاع الكرب النفسي. اعتمادا على الدراسات السابقة والدراسة الحالية يمكننا اقتراح نموذج تفسيري لنوعية الحياة لدى المرضى المزمنين يتطلب اختبارها على عينات مختلفة من المرضى والأصحاء.



**المراجع:**

1. الخضر، عثمان محمود. التدخين والشخصية احادية العقلية في بعض شرائح المجتمع الكويتي دراسات نفسية، (2000) 10(1):79-86.
2. الغباشي، سهي. اتجاهات حديثة في علم نفس الصحة. *المجلة الاجتماعية القومية*، (2002)، 33(39): 79-80.
3. الكندري، يوسف يعقوب. الثقافة، الصحة، المرض: رؤية جديدة في الانثروبولوجيا المعاصرة. جامعة الكويت، (2003) الكويت.
4. المهدي، محمد عبد الفتاح . سيكولوجية الدين والتدين الاسكندرية: (2002) البطاش للنشر والتوزيع.
5. Who Whogol. Measuring quality of life.who MSAMANLPSF, (1997); 97,4.
6. H.Tiliouine et al. Measuring well being in developing countries: the case of Algeria, Social indctorsresearch; (2002); 00-1-32.
7. G. F. Fischer. La Psychologie Sociale. (1997), Paris: *Edition du Seuil*.
8. G. F. Fischer. *Traité de Psychologie de la Soanté*. (2002), Paris: Dunod.
9. J, Mirowsky., and C.E. Ross. "Selecting outcomes for the sociology of mental health:Issues of measurement and dimensionality." *Journal of Health and Social Behavior*, (2002); no 43, 152-170.
10. B, Wheaton., "The twain meets: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz)." *Health* , (2007); no. 11:303-319.
11. A.V, Horwitz., "Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements." *Health*, (2007); no. 11:273-289
12. Drapeau Aline et al. :Epidemiology of Psychological Distress in Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control Edited by Luciano L'Abate- **InTech 2011**.
13. Matthew Hankins .The factor structure of the twelve item General Health Questionnaire (GHQ-12): the result of negative phrasing? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; (2008), 4:10
14. Krzysztof Malyszczak, Angelika Pyszczel, Karolina Lindner, Tomasz Wrobel, Grzegorz Mazur, Andrzej Kiejna, Kazimierz Kuliczkowski, Ryszard Andrzejak. General psychological and personality traits in physically ill patients. *Archives of Psychotherapy*, (2007); 1-2: 57-60.
15. Andrea Bovero, Paolo Leombruni, Marco Miniotti, Riccardo Torta. Religiosity, pain and depression in advanced cancer patients. *WCPRR March*, ( 2013): 51-59.
16. A, Kandasamy., SK, Chaturvedi., G, Desai. Religiosity, pain and depression in advanced cancer patients. *Indian Journal of Cancer*,(2011); Volume48: 55-59.
17. Wei Gao, Michael I. Bennett, Daniel Stark, Scott Murray, Irene J. Higginson. Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: Prevalence, associated factors and clinical implications. *E U R O P E A N J O U R N A L O F C A N C E R* x x x ( 2 0 1 0 ) : x x x –x x x.
18. Wei Gao, Daniel Stark, Michael I. Bennett, Richard J. Siegert , Scott Murrayand Irene J. Higginson. Using the 12-item General Health Questionnaire to screen psychological distress from survivorship to end-of-life care:dimensionality and item quality. *Psycho-Oncology* , (2012); 21: 954–961.
19. Nely Aparecida Guernelli Nucci, Elizabeth Ranier Martins do Valle. Quality of Life and Cancer. *Applied Cancer Research* (2006); 26(2):66-72.
20. Cheryl L. Holt, Min Qi Wang, Lee Caplan, Emily Schulz, Victor Blake, Vivian L. Southward. Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: testing a meditational model. *J Behav Med*, (2011) 34(6): 437–448.
21. Habib Tiliouine & Abbes Belgoumidi An Exploratory Study of Religiosity, Meaning in Life and Subjective Wellbeing in Muslim Students from Algeria *Applied Research Quality Life* (2009) 4:109–127
22. A .Peciau et all. Psychological aspect of quality of life of polish women with breast cancer . *ann agric med*, (2012);1913, 509-512.
23. Livia Loami Ryz Jorge . Sueli Riul da Silvia: Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients . *Rev. latino-Am . enfermagem*.(2010), sept-oct; 1865, 849-55.
24. Philip Moons et all.Critique on the conceptualization of QoL. A review and evaluation of different conceptual approaches . *International journals, of nursing studies*. (2006);43, 819-901
25. Mansano Schosser, Thalyta Cristina, Ceolew Maria Filomena . Quality of life of cancer patients during the chemotherapy period. *Text Content Nursing, Florianopolis*, (2012); jul-sept 21(3), 600-7.
26. Alcorns et al. "If God wanted me yesterday I wouldn't be here today" : religions and spiritual themes in patient's experience of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicina* (2010).