

تاريخ الاستلام: 2021/05/19 تاريخ القبول: 2021/06/26 تاريخ النشر: 2022/01/02

أ. صهيب سامعي 1 \*

جامعة الحاج لخضر - باتنة (الجزائر)

مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي

Email : [s.samai@univ-skikda.dz](mailto:s.samai@univ-skikda.dz)

أ. نور الدين جبالي 2

جامعة الحاج لخضر - باتنة (الجزائر)

مخبر سيكولوجية مستخدمي الطريق

Email : [nouredine.djabali@univ-batna.dz](mailto:nouredine.djabali@univ-batna.dz)

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية للتحقق من مستوى جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ، و هذا باستخدام مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-100) الصادر عن المنظمة العالمية للصحة ، بالإضافة إلى التحقق من وجود أو عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة وفق المتغيرات الديمغرافية ( السن ، الجنس) ، و شملت عينة الدراسة 70 مريضا مصابا بالتهاب الكبد الفيروسي (ج) ممن يتابعون العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - باتنة - خلال الفترة الممتدة من ماي 2018 إلى جوان 2019 و أسفرت نتائج الدراسة على أنه لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) مستوى منخفض من جودة الحياة ، حيث جاء المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للعينة مساوي لـ 58,14 و هو ينتمي للمجال المنخفض للمقياس [26-60] ، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن و الجنس .

**الكلمات المفتاحية:** جودة الحياة ، التهاب الكبد الفيروسي (ج) ، (WHOQOL-100)

### Abstract

*This study aimed to evaluate the quality of life in patients with chronic hepatitis c infection (CHC). From 2018 to 2019 , 70 treated (HCV) patients at the public hospital establishment-Batna , were invited to complete the World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)-bref scale . The results of the study revealed that patients with hepatitis C have a low level of quality of life, where the arithmetic mean of the sample total score equals (58.14) and it belongs to the domain low [26-60], and the results indicate a lower quality of life in the sample in the four dimensions of the scale (physical health, mental health , social relations and environment).*

**Keywords:** quality of life, viral hepatitis C, (WHOQOL-100).

## المقدمة

يعد مفهوم جودة الحياة أحد أكثر المتغيرات التي لاقى اهتماما متزايدا من قبل الباحثين، خاصة في مجال الأمراض المزمنة، إلا أن مرض التهاب الكبد الفيروسي (ج) لم يلقى نفس الاهتمام في المجتمعات العربية و خاصة الجزائر في حدود علم الباحث. و وفقا للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للمرض و العلاج ، كان من الضروري محاولة فهم التأثيرات السلبية للمرض على الجانب البيولوجي ، النفسي ، و الاجتماعي للمرضى ، لذا كانت الدراسات التي تناولت جودة الحياة تصب في هذا المسعى ، بحكم أن هذا المفهوم شامل لمختلف جوانب الفرد ، من حيث الحالة الجسدية ، النفسية ، العلاقات الاجتماعية ، و الموارد التي توفرها البيئة ، و لقياس جودة الحياة سعى العديد من الباحثين لتطوير مجموعة من المقاييس لهذا الغرض ، و لعل أشهر المقاييس و أكثرها استخداما بين الباحثين هو مقياس جودة الحياة الصادر عن المنظمة العالمية للصحة ، و النسخة المختصرة منه و هي المستخدمة في هذه الدراسة .

## الإشكالية :

يعد التهاب الكبد الفيروسي (ج) أحد أكثر أمراض العدوى انتشارا، حيث قدرت المنظمة العالمية للصحة أن عدد المصابين حول العالم هو 171 مليون ، و هو ما يمثل 1 بالمئة من تعداد السكان يتوزعون بنسب مختلفة بين بلدان العالم ، و تتراوح النسبة بين 0,5 و 6,5 بالمئة في الدول الغربية ، و تصل إلى 2,3 بالمئة في دول الجنوب الشرقي لآسيا و شرق البحر الأبيض المتوسط . (coppola et al, 2019)

و أحصت الجزائر سنة 2017 ما يقارب 1.5 مليون مصاب بالتهاب الكبد الفيروسي ، 200 ألف يحملون الفيروس (ج) ، و حسب تصريح البروفيسور سعيد محمد المختص في علاج التهاب الكبد الفيروسي أن هناك ثلاث ولايات تنصدر القائمة الوطنية ، و هي خنشلة ، أم البواقي ، و باتنة.(بورنان،2018)

و يتعرض المصابون بالتهاب الكبد الفيروسي (ج) إلى خطر الإصابة بتليف الكبد ، و سرطان الخلايا الكبدية ، و لا تنحصر مضاعفات المرض بالكبد فقط ، بل تمتد معاناة المرضى إلى التعب المزمن فقدان الشهية ألأم المفاصل ، التهاب الأوعية الدموية ، الصداع و غيرها ، كما تتواتر لدى المرضى مشاعر الحزن ، الاكتئاب القلق ، و التي يمكن أن تكون مرتبطة بالعلاج المعتمد على مضادات الفيروسات سواء الجيل الأول ، أو الثاني منها .(Abdo, 2008)

كما ترتبط الإصابة بعدوى التهاب الكبد الفيروسي (ج) بالوصم الاجتماعي ، وهو ما يدفع بالمرضى إلى العزلة الاجتماعية ، و تجنب إقامة علاقات حميمة واجتماعية ، بل حتى عدم الرغبة في تلقي الخدمات الطبية ، حيث يركز الأطباء على محاولة التحكم في المرض و تجنب مضاعفاته فقط ، دون الأخذ بعين الاعتبار لمفهوم جودة الحياة ، حيث جاء هذا المفهوم متناغم مع التعريف الجديد للصحة ، التي ليست الخلو من المرض فقط ، بل هي حالة من الرفاهية الجسدية ، النفسية ، الاجتماعية الكاملة كما عرفتھا المنظمة العالمية للصحة .

(Jakab et al ,2017)

و قد تطور مفهوم جودة الحياة منذ ظهوره بعد الحرب العالمية الثانية ، إلى أن أصبح يعرف على أنه تصورات الفرد اتجاه حياته في سياق المعايير الثقافية و القيمة لمجتمعه ، و مستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه و توقعاته ، و وفق مفاهيم معيارية

محددة لديه ، إلا أن العديد من الباحثين أكدوا على ضرورة تضمين مفهوم جودة الحياة لوصف موضوعي ، و تقييم ذاتي من قبل الأفراد لمختلف الجوانب الجسدية ، الاجتماعية الانفعالية و المادية .(Karim ,2016)

و مما سبق يتضح لنا أن دراسة جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) أمر بالغ الأهمية من أجل التكفل الأمثل بالمرضى سواء من الناحية النفسية ، الاجتماعية ، و الجسدية ، و هو ما تسعى إليه الدراسة الحالية من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية :

- ما هو مستوى جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير السن ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ؟

## الجانب النظري للدراسة :

### 1. جودة الحياة :

سنحاول عرض التطور التاريخي لمفهوم جودة الحياة ، و توضيح أبعاده ، و أهم النماذج النظرية المفسرة له بالإضافة إلى طرق قياسه فيما يلي :

#### 1.1 مفهوم جودة الحياة :

لقد ظهر أول مرة مفهوم جودة الحياة في الولايات المتحدة الأمريكية بعد الحرب العالمية الثانية ، في البداية كان يشير هذا المفهوم إلى الجانب الاقتصادي للفرد مثل امتلاك منزل فردي ، سيارة خاصة بالإضافة إلى السلع الاستهلاكية الأخرى ، ثم بدأ هذا المفهوم في التوسع ليشمل الرضا عن الحياة ، و تحقيق حاجات الفرد النفسية ،

الاجتماعية ، و تطلعاته المستقبلية ، و هذا كله في بيئة مناسبة له ، في تلك الأيام اقتصر مفهوم جودة الحياة على الأفراد الأصحاء فقط ، و مبرر ذلك أن المجتمعات السليمة هي الوحيدة القادرة على الإنتاج المادي ، الثقافي ، و الصناعي مما يساهم في تحقيق مستوى عال من التنمية ، حيث تعد هذه الأخيرة علامة على جودة الحياة العالية . (Owczarek, 2010)

و مفهوم جودة الحياة يتضمن تقييم الأفراد لجودة جوانب متعددة من حياتهم ، حيث تتضمن هذه التقييمات ردود الفعل العاطفية للفرد اتجاه أحداث الحياة ، والشعور بالإنجاز ، و الرضا عن العمل و العلاقات الشخصية .

(Diener et al., 1999)

و غالبا ما يشار إلى مصطلح جودة الحياة على أنه ' الرفاه ، و مع ذلك فإن هناك العديد من التحديات لتطوير مفهوم شامل و عام لجودة الحياة و / أو الرفاه ، ففي الستينات من القرن الماضي استخدم مصطلح الرفاه للإشارة إلى ظروف الحياة الموضوعية للأفراد ، في حين أن مصطلح جودة الحياة كان محصورا في التقييمات الذاتية للأفراد لحياتهم ، أما اليوم فقد اختلف هذا التمييز في الدراسات ، و يمكن ارجاع ذلك ، إلى تعدد مفاهيم جودة الحياة و تطورها عبر الزمن من جهة ، ولإمكانية التقييم الموضوعي لكلا المصطلحين جودة الحياة و الرفاه من جهة أخرى ، سواء كان هذا التقييم خارجي من قبل الآخرين ، أو ذاتي من الفرد نفسه . (Theofilou, 2013)

و تجدر الإشارة إلى صعوبة إيجاد تعريف شامل و موحد لجودة الحياة ، لكون هذا المفهوم في تطور مستمر منذ ظهوره أول مرة ، بالإضافة إلى استخدامه في مجالات متنوعة ، سواء كانت اقتصادية ، اجتماعية ، نفسية ، أو طبية .

و على أية حال سنضع بعض التعاريف الأكثر استخداما لجودة الحياة فيما يلي :

- تعرف المنظمة العالمية للصحة مفهوم جودة الحياة على أنه تصورات الفرد اتجاه حياته في سياق المعايير الثقافية و القيمة لمجتمعه ، و مستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه و توقعاته ، و وفق مفاهيم معيارية محددة لديه ، و هو مفهوم واسع يتأثر بطرق مختلفة كالحالة البدنية و النفسية للفرد ، مستوى الاستقلالية لديه ، علاقاته الاجتماعية ، معتقداته الشخصية ، و مميزات بيئته المحيطة . (World Health Organization ,1997)

و في عام 2004 عرف جون ألكسندر John Alexandre جودة الحياة بأنها التجاوز عند حدود توفير ضروريات الحياة إلى توفير أساليب الراحة ، فبالنسبة لألكسندر جودة الحياة لا تقتصر على الاحتياجات الأساسية فقط بل تعدى إلى كل ما من شأنه يحقق للإنسان السعادة و الرضا في الحياة .

و في عام 2009 تناول Stiglitz مفهوم جودة الحياة بالاعتماد على مفهوم العوامل الذاتية و الاقتصادية للرفاه و التنعم ، و يشمل هذا عوامل مثل العمل اللائق ، وسائل الرفاهية المادية، اشباع حاجات العائلة و المستوى الصحي السليم ، حيث أن جودة الحياة من وجهة نظره ترتبط بالفرص المتاحة للأفراد ، و بالمعنى والغرض من الحياة لديهم ، و إلى أي مدى تمتعهم بتلك الفرص .

(عبد العزيز،2014)

و أخيرا بدأ تعريف جودة الحياة بشكل عام على أنه تقييم الفرد لحياته الخاصة خلال فترة زمنية محددة بمعنى آخر تقييم جزء من حياة الفرد من خلال ما يحدث بين ذاته من جهة ، و العوامل التي تؤثر عليه من البيئة الخارجية و البيئة الداخلية (الجسدية ) من جهة أخرى .(Theofilou,2013)

## 2.1 أبعاد و مجالات جودة الحياة :

كما سبق و رأينا فإن جودة الحياة مفهوم مركب و معقد ، فبعض الباحثين يؤكدون على الطابع الموحد و العالمي للمفهوم ، بينما يحاول البعض التركيز على مكونات جودة الحياة ، فيما يهتم آخرون بنوع التقييم ( ذاتي / موضوعي ) ، لكن يبقى المفهوم الذي جاءت به منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة أكثر قبولا لأنه يحدد الأبعاد بصورة عامة و هي البعد الجسدي ، النفسي ، العلاقات الاجتماعية ، الاستقلالية ، و البيئة ، و يضيف البعض البعد الروحي (Boggatz,2020,p16)

و سنتناول الأبعاد التي تبنتها المنظمة العالمية للصحة لجودة الحياة فيما يلي :

- الصحة الجسدية : يشمل بعدين فرعيين ، الصحة البدنية ( الحالة الصحية العامة ) و هي تشمل الطاقة ، الحيوية ، التعب ، النوم ، الألم ، و كل المؤشرات البيولوجية ، أما البعد ثاني فهو القدرات الوظيفية ( الاستقلالية ) و هو يتضمن الحالة الوظيفية ، ممارسة النشاطات اليومية ، الاستقلالية أو الاعتمادية .

- الصحة النفسية : يتعلق الأمر بالمشاعر الإيجابية في غياب القلق و الاكتئاب ، القدرات المعرفية ( ذاكرة ، تعلم ، تركيز ..إلخ) ، تقدير الذات ، و الرضا عن صورة الجسد .

- العلاقات الاجتماعية : يقصد بهذا البعد ثراء الحياة الاجتماعية للفرد مقابل العزلة و الانسحاب ، في العديد من المجالات : الأسرة ، الصداقة ، المجال المهني ، المواطنة .

- البيئة : و يشمل هذا البعد العديد من المؤشرات ، كالدخل ، السكن ، الحرية ، الأمان سهولة التنقل ، و الحصول على الرعاية الصحية ، الضوضاء ، التلوث و

غيرها. (Schweitzzy & Boujut,2014,p46-53)

### 3.1 نظريات جودة جودة الحياة :

لقد سعى العديد من الباحثين إلى محاولة وضع نماذج نظرية لماهية جودة الحياة وكذا العوامل التي ترتبط بها ، و قد عرفت فترة الثمانيات من القرن الماضي ظهور العديد من النماذج النظرية ، كالنموذج البيئي المقترح من قبل بيبولز و آخرون (Bubolz et al 1980) ، و نموذج بيغلو و آخرون (Biglow et al 1982) الذي ترتبط فيه جودة الحياة بالتوازن ما بين الحاجات و موارد الفرد من جهة ، و كفاءته في انجاز أدواره و توقعاته من جهة أخرى ، بينما ركز نموذج رايش و زوترا (Reich et zautra 1984) على العلاقة الوثيقة ما بين مفهوم السيطرة و جودة الحياة ، في حين أعطى نموذج أبيبي و أندرويس (Abbey et Andrews 1985) أهمية كبرى للمتغيرات النفسية لجودة الحياة . (Mercier&Filion,1987)

و سنتناول بقليل من التفصيل أهم نموذجين لجودة الحياة من وجهة نظر الباحث فيما يلي :

#### أ / نموذج لاوتن (Lawton 1996) :

يتميز هذا النموذج بدمجه للعوامل الذاتية و الموضوعية لجودة الحياة لدى الفرد ، و توضيح العلاقات السببية بينهما ، حيث تطور هذا النموذج ضمن المقاربة النفسية الاجتماعية لجودة الحياة ، حيث تؤخذ بعين الاعتبار كل من عوامل التكيف مع البيئة من جهة ، و تصورات الأفراد و قيمهم من جهة أخرى ، و حسب لاوتن فإن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بعاملين هما :

- الظرف المكاني : حيث تؤثر البيئة على إدراك الفرد لجودة حياته ، بطريقة مباشرة كالتأثير على الصحة و غير مباشرة كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها .



- الظرف الزمني : إن إدراك الفرد لتأثير البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر بحيث تزيد قدرته أكثر على السيطرة على ظروف بيئته ، و بالتالي على شعوره بجودة الحياة .

(Hay-Paquin,1997,p42)

ب / نموذج فنتجودت و آخرون (Ventegodt ,et al) :

و فق هذا النموذج فإن تفسير جودة الحياة لدى الفرد يكون وفق الأبعاد التالية :

- البعد الذاتي : جودة الحياة الذاتية تتضمن الرفاهية الشخصية ، السعادة ، و الرضا عن الحياة ، و معنى الحياة لدى الفرد .

- البعد الموضوعي : أي جودة الحياة الموضوعية و تتضمن القيم و المعايير الثقافية ، إمكانية اشباع الحاجات ، توفر الامكانية ، و السلامة البدنية ، بمعنى الموارد و الإمكانيات المتوفرة في بيئة الفرد التي تسمح له بتحقيق أعلى درجة من جودة الحياة (Ventegodt et al ,2003).

#### 4.1 قياس جودة الحياة :

يتم قياس جودة الحياة عن طريق أدوات التقرير الذاتي ، و هناك نوعان من المقاييس ( عامة ، خاصة) ، فالمقاييس العامة تستخدم على نطاق واسع ، و يمكن استخدامها لقياس جودة الحياة لدى كل من الأفراد الأصحاء ، أو المرضى على حد سواء ، حيث تستخدم هذه المقاييس العامة لتقييم الصحة العامة للمرضى ، و مقارنة جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بأمراض مختلفة ، كما يمكن استخدامها لمقارنة جودة الحياة لدى المرضى و الأصحاء ، و بالتالي تحديد المستوى الفعلي للخلل الوظيفي . (Owczarek,2010)

و يعد مقياس جودة الحياة الصادر من منظمة الصحة العالمية أحد أشهر المقاييس و أكثرها استخداما عبر العالم ، سواء في نسخته الأولى التي تضم 100 بند (WHOQOL-100) ، أو النسخة المختصرة له (WHOQOLBREF) ، و قد طور هذا المقياس بالتعاون مع 15 مركزا ميدانيا للأبحاث ، بحيث يمكن استخدامه في بلدان و ثقافات متنوعة ، و هذا في المجالات الطبية ، البحث ، و رسم السياسات الصحية (WHO,1997)

و يفضل الباحثون استخدام النسخة المختصرة للمقياس ، كما هو الحال في هذه الدراسة ، نظرا لأن النسخة الأولى طويلة جدا ب 100 بند قد يتعذر على الأفراد استكمال الإجابة عن المقياس ، و ربما شعورهم بالملل قد يدفعهم للإجابة على بنود المقياس دون تمعن و هو ما قد يؤثر سلبا على النتائج .

## 2. التهاب الكبد الفيروسي :

التهاب الكبد الفيروسي هو أحد أنواع العدوى الفيروسية ، فهو يمثل مجموعة من الأمراض التي تصيب الكبد ، حيث يوجد خمسة فيروسات لالتهاب الكبد هي : A ,B,C,D,E ، و يمكن أن تكون كل هذه الفيروسات مسؤولة عن التهاب الكبد الحاد ، التي لا تظهر أعراضه في الغالب ، ما عدا الفيروسات B,C المسؤولة عن التهاب الكبد المزمن ، الذي من الممكن أن يؤدي على المدى الطويل إلى تليف الكبد أو حتى سرطان . (Brouard ,2019,p23)

### 1.2 التهاب الكبد الفيروسي (ج) :

في عام 1970 و بعد إجراء العديد من الاختبارات التشخيصية المعتادة لالتهاب الكبد A,B ، و جد أن العديد من المرضى ظهرت عليه علامات سريرية للمرض ، رغم أن نتائج الاختبارات التشخيصية لهم كانت سلبية ، و هو ما دفع بالعديد من

العلماء لطرح فرضية وجود فيروس آخر ليس A و لا B ، لتأتي سنة 1989 يتم فيها الإعلان عن الفيروس (ج) بفضل التعاون بين العالمين هوجتون Houghton و برادلي Bradley ، ليتقرر في مارس 1990 ضرورة الكشف عن الأجسام المضادة لالتهاب الكبد الفيروسي (ج) عن كل عملية تبرع بالدم ، و قد سمح هذا الاجراء بالتقليل من إمكانية انتشار العدوى بنسبة 10% عند عمليات نقل الدم .  
(Belaygue,2017 ,p50)

## 2.2 عوامل الخطر المرتبطة بالإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي (ج):

هناك العديد من العوامل التي تساهم في زيادة احتمالية الإصابة بهذا المرض ، سوف نذكر أهم العوامل فيما يلي :

### 1.2.2 تعاطي المخدرات :

يظل تعاطي المخدرات أحد أهم عوامل الخطر ، فعلى الرغم من السياسات المتبعة للحد من خطر الإصابة بهذه العدوى منذ سنة 1987 ، إلا أنه خطر الإصابة بفيروس التهاب الكبد الوبائي المرتبط بتعاطي المخدرات لم ينخفض بمستوى مماثل لخطر الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة ، و قد أرجع الباحثين هذا التفاوت إلى مقاومة أكبر لدى فيروس التهاب الكبد (ج) خارج البيئة البيولوجية ، و ليس بسبب القدرة على العدوى في حد ذاتها .

و ينتقل هذا الفيروس بين المدمنين بسبب استخدامهم لنفس الابر و الملاعق دون تعقيم عند تعاطيهم للهروين ، كما أثبت العلماء إمكانية انتقال العدوى عبر الجيوب الأنفية لدى المدمنين عند استخدامهم نفس الأدوات بينهم لاستنشاق مادة الكوكايين  
(Delile et al.,2008).

### 2.2.2 نقل الدم :

يعد نقل الدم من أوائل الأسباب المعروفة لنقل العدوى ، حيث قدر عدد الأشخاص المصابين نتيجة عمليات نقل الدم ما بين 100000 و 400000 شخص إلى غاية التسعينات ، و تجدر الإشارة إلى أنه لا يتم نقل العدوى عن طريق نقل الدم من شخص حامل للفيروس فقط ، بل حتى بعض الأدوية المشتقة من الدم يمكنها نقل العدوى .

و منذ أن أصبح فحص الأجسام المضادة لالتهاب الكبد الفيروسي (ج) إلزاميا منذ مارس 1990 ، انخفضت بشكل كبير جدا إمكانية انتقال العدوى عن طريق عمليات نقل الدم . (Houssaini,2020,p12)

### 3.2.2 المستشفيات و الوسائل الطبية :

على الرغم من تطور طرق التعقيم إلا أن الوسائل الطبية لازالت السبب الثاني في انتقال العدوى إلتهاب الكبد الفيروسي بين الأفراد ، و يمكن أن تنتقل العدوى عن طريق المعدات الطبية سيئة التطهير ، أو حتى عبر أيدي الأطباء و الممرضين ، و بالمثل يمكن أن تكون العمليات الجراحية سببا في انتقال عدوى التهاب الكبد الفيروسي (ج) بما في ذلك عمليات الخزعة biopsie ، بالإضافة إلى عيادات طب الأسنان ثقب الأذنين و الوشم .

و يشتهر بأن الخدمات و المعدات الطبية بكل أنواعها مسؤولة عن إصابة 26% من النساء و 17% من الرجال من إجمالي الإصابات الجديدة بهذا الوباء (Bronowicki,2017,p12).

#### 4.2.2 انتقال العدوى في الأسرة:

خطر انتقال فيروس التهاب الكبد (ج) من الأم إلى الطفل نادر حيث تقدر النسبة بـ 5% ، و ترتفع هذه النسبة إلى 20% في حالة كانت الأم مصابة كذلك بفيروس فقدان المناعة المكتسبة . و تحدث الإصابة للوليد خاصة أثناء عملية الولادة العسيرة أو القيصرية ، كما أن الرضاعة الطبيعية لا تشكل أي خطر على الرضيع لعدم إمكانية انتقال الفيروس عن طريق الحليب .

و يمكن أن تحدث العدوى بين الأفراد الذين يعيشون معا من خلال مشاركة أدوات التنظيف ، فرشاة الأسنان شفرة الحلاقة و غيرها . كذلك يمكن أن تنتقل العدوى من خلال الممارسة الجنسية بين الأزواج، فقد وجد الفيروس في الإفرازات المهبلية لدى المرأة ، و في السائل المنوي للرجل كذلك . (Belaygue,2017,p22)

#### 3.2 علاج التهاب الكبد الفيروسي (ج):

منذ اكتشاف التهاب الكبد الفيروسي (ج) سنة 1989 تطورت العلاجات بشكل كبير ، ففي بداية التسعينات كان العلاج يعتمد على الأنترفيرون ألفا  $\alpha$  Interferon و هو من مضادات الفيروسات ، مما سمح بتحقيق استجابة فيروسية دائمة لدى أكثر من 20% من المرضى ، و في سنة 1998 تم اعتماد علاج مزدوج ما بين الأنترفيرون ألفا و ريبافيرين Ribavirine و هو ما مكن من مضاعفة الاستجابة الفيروسية الدائمة لدى المرضى لتصل إلى حدود 50% من الحالات .

و في سنة 2011 طرح في السوق لأول مرة مثبطات البروتينات لالتهاب الكبد الفيروسي (ج) ، Le Telaprevir et le Boceprevir ، ليصبح العلاج الثلاثي المعتمد على مثبطات البروتينات و الأنترفيرون ألفا و الريبافيرين هو العلاج المعياري لمرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ذو النمط الجيني 1 ، و هو ما أدى إلى زيادة

الاستجابة الفيروسيية بنسبة تتراوح ما بين 20 و 25% مقارنة بالعلاج المزوج ،  
وبسبب ظهور آثار جانبية مثل فقر الدم ، التهابات جلدية تم سحب مثبط  
البروتينات Telaprevir من الأسواق سنة 2015 .

و قد شهدت سنة 2014 بداية ظهور جيل جديد من الأدوية المضادة  
للفيروسات ذات المفعول الكبير مثل مضادات البروتياز Anti-proteases، ومضادات  
البوليميراز Anti-polymerases و غيرها حيث تعمل هذه المضادات على تثبيط  
مراحل معينة من الدورة الفيروسيية ، و بالتالي منع ظهور خلايا كبدية مصابة ، هذه  
الأدوية المضادة للفيروسات الجديدة قليلة الآثار الجانبية على المرضى، و أكثر فعالية  
فهي مسؤولة عن شفاء حوالي 90% من المرضى بعد علاج يتراوح ما بين 12 و 24  
أسبوع فقط. (Dhumeaux,2014,pp203-215)

4.2 الجوانب النفسية العصيبة و الاجتماعية لدى مرضى التهاب الكبد  
الفيروسي (ج) :

أ/ الاضطرابات النفسية و العقلية :

تعد الاضطرابات النفسية كالقلق و الاكتئاب من أهم المظاهر المصاحبة  
لالتهاب الكبد الفيروسي (ج) ، و هو ما قد يتسبب في إعاقه قدرة المريض على  
ممارسة حياته اليومية ، فقد وجد أن الاكتئاب و القلق يصيب الثلث من مجموع  
مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ، و أن النمط الجيني 3 من مرضى التهاب  
الكبد الفيروسي (ج) هم أكثر عرضة من غيرهم للاكتئاب (Adinolfi et  
al.,2015)

عامل آخر مرتبط بالتهاب الكبد الفيروسي (ج) و هو الوصم الاجتماعي ، الذي  
قد يرفع من مستويات القلق و الخوف من نقل المرض إلى الآخرين ، و هذا الخوف

يمكن أن يفسر العزلة الاجتماعية و نقص العلاقات العاطفية لدى المرضى ، و يمكن أن يؤدي الوصم ( حقيقي أو متخيل ) إلى عزل الأسر التي أصيب أحد أفرادها بالمرض ، و تقليل العلاقات الاجتماعية سواء في البيئة المهنية ، الدراسية ، و في المجتمع ككل ، و قد أشارت بعض الدراسات إلى ارتباط الوصم بانخفاض الالتزام بالعلاج لدى المرضى ، و حتى في الرغبة في تلقي الخدمات الطبية ، و هو ما يجعل من برامج التكفل النفسي كالتربية العلاجية ، الدعم النفسي ، و التدريب على المهارات السلوكية أمر بالغ الأهمية. (Barreira et al., 2019)

#### ب / الاضطرابات العصبية و الإدراكية :

لقد وجدت الدراسات الحديثة الدور الممرض لفيروس التهاب الكبد (ج) على الجهاز العصبي المركزي و ظهور الاضطرابات النفس عصبية و الإدراكية لدى المرضى ، و قد أطلقت يارلوت و آخرون Yarlott et al 2017 على العلاقة ما بين التهاب الكبد الفيروسي (ج) و اضطرابات الإدراك ، التعب ، و الاكتئاب مصطلح متلازمة الدماغ لالتهاب الكبد الفيروسي (ج) Hépatites C Virus Brain Syndrome ، و من المحتمل أن هذه المتلازمة تحدث نتيجة تأثير الاستجابة المناعية المحيطية على الجهاز العصبي المركزي ، و يعد ضعف الإدراك العصبي أحد أكثر المظاهر شيوع لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ، حيث يمكن أن تتأثر سرعة معالجة المعلومات ، الذاكرة ، الانتباه ، التعب ، نتيجة هذا المرض ، و قد أظهرت الدراسات أن هذه الصعوبات المعرفية وجدت عند 50 بالمئة من المرضى . (Yarlott et al ,2017)

الجانب الميداني للدراسة :

1. إجراءات الدراسة الميدانية :

1.1 منهج الدراسة : يرجع تعدد مناهج البحث و اختلافها إلى طبيعة المواضيع والمشكلات المدروسة ، و بما أن موضوع بحثنا هو " جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي ج " فإن المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي .

2.1 الحدود المكانية و الزمانية للدراسة :

- الحدود المكانية : قام الباحث بإجراء هذه الدراسة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية باتنة ، و هو مستشفى متخصص بعلاج الأمراض التنفسية ، و الامراض الناتجة عن العدوى ، و من بينها مرض التهاب الكبد الفيروسي (ج) .

- الحدود الزمانية : تم إجراء الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة من ماي 2018 إلى جوان 2019

3.1 مجتمع الدراسة : يتكون مجتمع الدراسة الحالية من المرضى المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي (ج) ممن يتلقون العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية -باتنة- .  
عينة الدراسة : تمثلت عينة الدراسة في 70 مريضا مصابا بالتهاب الكبد الفيروسي (ج) ممن يتابعون العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية -باتنة- ، و قد تم اختيارهم بطريقة قصدية .

خصائص عينة الدراسة : تم تحديد ثلاثة خصائص رئيسية للعينة يعتقد الباحث بأن لها أثر في نتائج الدراسة و هي : السن الجنس ، و الحالة الاجتماعية (متزوج / غير متزوج) و هو ما يوضحه الجدول رقم (1) :



جدول رقم(1): خصائص عينة الدراسة

الحالة الاجتماعية		السن		الجنس		العينة
غير متزوج	متزوج	العدد	المجموعات	ذكور	إناث	
20	50	20	أقل من 40 سنة	30	40	70
		50	من 40 سنة فما فوق			

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

## 4.1 أدوات الدراسة :

قام الباحث باستخدام مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذي يضم 26 بنداً ، و قد جاء البند الأول و الثاني على شكل سؤال عام حول الحياة عامة ، و الصحة العامة ، بينما يعكس كل بند من البنود 24 مجالاً من المجالات الأربع و العشرين التي تضمنتها النسخة الأصلية للمقياس (WHOQOL-100) ، و تتوزع البنود الأربع و العشرين لمقياس جودة الحياة المختصر على أربعة أبعاد ، كما يوضحه الجدول رقم (2) :

جدول رقم (2): أبعاد مقياس جودة الحياة المختصر

البنود	البعاد
18 , 17 , 16 , 15, 10 , 4 , 3	الصحة الجسدية
26 , 19 , 11 , 7 , 6 , 5	الصحة النفسية
22, 21, 20	العلاقات الاجتماعية
25 , 24 , 23 , 14 , 13 , 12, 9, 8	البيئة

المصدر: WHO ,1997

يجيب المفحوص على هذا المقياس من خلال خمسة بدائل للإجابة حيث تتراوح الدرجة من 1 إلى 5 ، أما البنود رقم ( 3 , 4 , 26 ) فهي بنود عكسية ، و تشير الدرجة المرتفعة للمقياس إلى ارتفاع جودة الحياة.

جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي ج: دراسة  
ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية باتنة

و يتم تفسير الدرجة المتحصل عليها وفق ثلاثة مستويات ، منخفض من [26-60] متوسط من [61-95] و أخيرات مرتفع من [96-130]

2. عرض نتائج الدراسة و مناقشتها :

1.2 عرض النتائج الخاصة بالسؤال الأول : لقد نص التساؤل الأول على ما هو مستوى جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ؟. و للإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي للدرجات الكلية المتحصل عليها من مقياس جودة الحياة المختصر لدى أفراد العينة ، و مقارنتها بالمجالات الثلاثة للمقياس، و جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (3) :

جدول رقم (3) : مستوى جودة الحياة لدى العينة

مستويات المقياس	المتوسط الحسابي	العينة	الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة
منخفض [26-60]	59,35	70	4155
متوسط [61-95]			
مرتفع [96-130]			

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول رقم (3) نلاحظ أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة على مقياس جودة الحياة المختصر جاء مساوي لـ 59,35 و هو ينتمي للمستوى [26-60] ، و عليه يمكننا القول بأن مستوى جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) منخفض .

و لتحليل نتائج أفراد العينة على مقياس جودة الحياة المختصر وفق الأبعاد الأربعة ، بالإضافة للبند 1 و 2 ، قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية لكل بعد على

حدى و مقارنتها بالمتوسطات الفرضية لها ، و قد جاءت النتائج كما هو موضح في

الجدول رقم (4) :

جدول رقم(4):النتائج الخاصة بأبعاد مقياس جودة الحياة

المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الدرجة الكلية	حجم العينة	البعد
21	15,97	1118	70	الصحة الجسدية
18	13,28	930		الصحة النفسية
9	6,05	424		العلاقات الاجتماعية
24	20,5	1435		البيئة
3	2,12	149		البند 1
3	1,41	99		البند 2

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول رقم (4) نلاحظ بأن المتوسطات الحسابية لنتائج العينة حسب كل بعد من الأبعاد الأربعة للمقياس بالإضافة للبند 1 و 2 جاءت كلها أصغر من المتوسطات الفرضية لها .

و مما سبق يمكننا القول أن جودة الحياة لدى أفراد العينة جاءت منخفضة في كل أبعادها ، و يمكن ترتيبها تنازليا وفق لمتوسطاتها الحسابية و الفرضية ، من أكثر الأبعاد انخفاض في جودة الحياة حيث جاء بعد الصحة الجسدية أولا ، و يليه كل من بعدي الصحة النفسية و البيئة ، ثم بعد العلاقات الاجتماعية .

**2.2 عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثاني :** دار السؤال الثاني للدراسة حول وجود أو عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس ، و للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بتطبيق اختبارات للفروق ، و جاءت النتائج كما يلي :

أ / النتائج الخاصة لعينة الدراسة حسب متغير الجنس على مقياس جودة الحياة :

جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي ج: دراسة

ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية باتنة

قدر عدد الذكور بـ 30 فرد ، بينما عدد الإناث فهو 40 ، و قد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (5)

جدول رقم (5) : مستوى جودة الحياة حسب الجنس

المتغير	حجم العينة	البند 1	البند 2	الصحة الجسدية	الصحة النفسية	العلاقات الاجتماعية	البيئة	الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	مستويات المقاييس
الجنس	ذكور	30	79	56	581	458	198	503	1875	60-26 منخفض
			المتوسط الحسابي	2,63	1,86	19,36	15,62	6,6	16,76	62,50
	إناث	40	70	43	537	472	226	932	2280	95-61 متوسط
			المتوسط الحسابي	1,75	1,07	13,42	11,8	5,65	23,3	57

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول رقم (5) نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعينة الذكور جاء مساوي لـ 62,5 و هو ينتمي للمجال المتوسط [61-95] ، بينما بلغ المتوسط الحسابي للإناث 57 و ينتمي للمجال المنخفض [26-95] . و عليه يمكننا القول بأن جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) من الذكور أفضل من جودة الحياة لدى الإناث

، و هو ما تعكسه المتوسطات الحسابية لكل منهما ، و قد تفوق الذكور على الاناث في كل أبعاد المقياس ما عدا بعد البيئة أين تفوقت الاناث على الذكور .

ب / النتائج الخاصة بتطبيق اختبارات للفروق حسب متغير الجنس :

للتأكد من أن الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً قام الباحث بتطبيق اختبارات

للفروق و قد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (6) :

جدول رقم (6) : نتائج اختبارات للفروق حسب الجنس

المتغيرات	Z	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T الاحصائية	T الجدولية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
الجنس	30	62,50	7,31	3,77	1,99	0,05	68	دال
	40	57,00	4,89					أثنى

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

من الجدول رقم (6) نلاحظ بأن T المحسوبة جاء أكبر من T الجدولية ، و عليه

يمكننا القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس

عند مستوى الدلالة 0,05 .

3.2 عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثالث : نص السؤال الثالث : هل توجد

فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير السن ، و للإجابة

عن هذا السؤال قام الباحث بتطبيق اختبارات للفروق ، و جاءت النتائج كما يلي:

أ / النتائج الخاصة لعينة الدراسة حسب متغير السن على مقياس جودة الحياة :

## جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي ج: دراسة

### ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية باتنة

قدر عدد الأفراد الذين يقل عمرهم عن 40 سنة بـ 20 ، فيما كان عدد الأفراد الذين بلغ سنهم 40 سنة فما فوق بـ 50 ، و جاءت نتائجهم على أداة الدراسة كما هو مبين في الجدول رقم (7):

جدول رقم (7) : مستوى جودة الحياة حسب السن

المشغور	حجم العينة		الدرجة الكلية	النسبة الوسط الحسابي	النسبة الكلية	البيئة	العلاقات الاجتماعية	الصحة النفسية	الصحة الجسدية	البدن 2	البدن 1	الدرجة الكلية	النسبة الوسط الحسابي	الدرجة الكلية	النسبة الوسط الحسابي		
	أقل من 40	أقل من 20															
السن	أقل من 40	20	1220	61	391	110	273	356	31	59	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية		
					19,55	5,5	13,65	17,8	1,55	2,95	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية			
	أقل من 40 فما فوق	40	2935	58,7	1044	314	657	762	68	90	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية		
					20,88	6,28	13,14	15,24	1,36	1,8	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية			
منخفض	60-26																
متوسط	95-61																
مرتفع	130-96																

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

نلاحظ من الجدول رقم (7) بأن المتوسط الحسابي للأفراد الذين يقل سنهم عن 40 عام يساوي 61 و هو ينتمي للمجال المتوسط [61- 95] ، بينما جاء المتوسط الحسابي للأفراد الذين يبلغ سنهم 40 عام فما فوق مساوي لـ 58,7 و هو ينتمي للمجال المنخفض [26-60] ، و عليه يمكننا القول بأن الأفراد الذين يقل سنهم عن 40 سنة يتمتعون بجودة حياة أفضل من الأفراد الذين يبلغ سنهم 40 عام فما فوق .

و قد تفوق أفراد العينة الأصغر سنا على نظرائهم الأكبر سنا في كل أبعاد المقياس ماعدا بعدي العلاقات الاجتماعية و البيئة .

ب / النتائج الخاصة بتطبيق اختبارات للفروق حسب متغير السن :

للتأكد من أن الفرق بين المتوسطات دال إحصائيا قام الباحث بتطبيق اختبارات

للفروق و قد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (8) :

جدول رقم (8) : نتائج اختبارات للفروق حسب الجنس

المتغيرات	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T الجدولية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
السن	أقل من 40	61	11,52	3,19	1,99	0,05	68	دال
	من 40 فما فوق	50	58,7					

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم (8) نلاحظ بأن T المحسوبة جاء أكبر من T الجدولية ، و عليه يمكننا القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير السن عند مستوى الدلالة 0,05 .

4.2 عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثالث : نص السؤال الرابع : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ، و للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بتطبيق اختبارات للفروق ، و جاءت النتائج كما يلي :

أ / النتائج الخاصة لعينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية على مقياس جودة الحياة :

جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي ج: دراسة  
ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية باتنة

قدر عدد أفراد العينة المتزوجون بـ 50 فرد، فيما بلغ عدد الأفراد غير المتزوجون 20 فرد ، و جاءت نتائجهم على مقياس جودة الحياة المختصر كما هو مبين في الجدول رقم (9):

جدول رقم (9) : مستوى جودة الحياة حسب الحالة الاجتماعية

مستويات المقياس	المتوسط الحسابي	الدرجة الكلية	حجم العينة	المتغير	الحالة الاجتماعية
منخفض [26-60]	59,76	2988	50	متزوجون	
متوسط [61-95]	58,35	1167	20	غير متزوجون	
مرتفع [96-130]					

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول رقم (9) نلاحظ بأن المتوسط الحسابي لأفراد العينة من المتزوجون جاء مساوي لـ 59,76 ، بينما بلغ المتوسط الحسابي لغير المتزوجون 58,35 ، و ينتمي كلا المتوسطين للمجال المنخفض [26-60] ، و يمكننا القول بأن لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي مستوى منخفض من جودة الحياة سواء كانوا من المتزوجون أو غير المتزوجون .

ب / النتائج الخاصة بتطبيق اختبارات للفروق حسب متغير الحالة الاجتماعية :  
للتأكد من وجود أو عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجون و غير المتزوجون قام الباحث بتطبيق اختبارات للفروق و قد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم(10) :



المتغيرات	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T الجدولية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
الحالة الاجتماعية	متزوجون	50	59,76	4,02	0,806	1,99	0,05	غير دال
	غير متزوجون	20	58,35	10,71				

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) بأن T المحسوبة جاء أصغر من T الجدولية ، و عليه يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية .

### 3 . مناقشة نتائج الدراسة :

من خلال نتائج الدراسة يتضح لنا انخفاض جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ، و هذا الانخفاض يشمل كل بعد من الأبعاد التي شملها مقياس جودة الحياة المختصر ، و تتفق نتائج هذه الدراسة مع العديد من الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ، مثل دراسة أريديرا ألفيس و آخرون (Alves et al 2012) التي أجريت على 108 مريض بالتهاب الكبد الفيروسي (ج) بالبرازيل ، و باستخدام مقياس جودة الحياة المختصر ، حيث وجد أن 58,1 بالمئة من المرضى كانت جودة حياتهم منخفضة .

و يتضح تأثير فيروس التهاب الكبد (ج) على جودة الحياة لدى المرضى المزمنين من خلال الأمراض الجسدية الناتجة عن تطوره حيث يمكن أن يؤدي إلى تليف الكبد ، و سرطان الكبد و هما السببين الرئيسيين في زراعة الكبد ، بالإضافة إلى أعراض

جسدية أخرى كالتهاب الأوعية الدموية ألام المفاصل ، التعب ، و الصداع و غيرها(Jakab et al,2017) .

و هو ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية التي توصلت إلى أن البعد الخاص بالصحة الجسدية هو أكثر الابعاد انخفاضاً في جودة الحياة لدى عينة الدراسة مقارنة مع غيره من الابعاد .

و تتواتر الاضطرابات النفسية و العقلية كالقلق ، الاكتئاب ، بالإضافة إلى بعض الاضطرابات العصبية و الإدراكية ، بكثرة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) ، و هو ما أثبتته دراسة ستوارت و آخرون (Stewart et al ,2012) التي أجريت على 395 مريضاً ، حيث وجد أن 41 بالمئة من المرضى يعانون من القلق ، و 27 بالمئة من الاكتئاب ، و قد أرجع العديد من الباحثين أن ذلك يعود إلى المضاعفات المصاحبة للعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات المعتمدة ، و هو ما يساهم في خفض جودة الحياة لدى المرضى (Fagundes et al 2015) ، و هو ما توصلت إليه الدراسة الحالية حيث وجد الباحث ان عينة الدراسة سجلت انخفاضاً كبيراً لجودة الحياة في بعد الصحة النفسية ، و رغم ذلك تبقى هذه النتيجة تحتاج إلى مزيد من البحث ، فرغم ظهور الجيل الجديد من الأدوية المضادة للفيروسات و التي تخلف آثار جانبية أقل بكثير من سابقتها ، إلا أنه لازالت تسجل اعراض الاكتئاب و القلق لدى المرضى مما يطرح فرضية أن الفيروس في حد ذاته هو المسؤول عن ذلك .

و لا يمكن إغفال جانب مهم في مرض التهاب الكبد الفيروسي (ج) ، و هو الجانب الاجتماعي ، حيث يعاني المرضى من الوصم الاجتماعي ، الذي يغذي خوف الآخرين من انتقال العدوى لهم ، و هذا الخوف يمكن أن يفسر العزلة الاجتماعية و نقص العلاقات العاطفية لدى المرضى ، و يمكن أن يؤدي الوصم (حقيقي أو

متخيل) إلى عزل الأسر التي أصيب أحد أفرادها بالمرض ، و تقليل العلاقات الاجتماعية سواء في البيئة المهنية ، الدراسية ، و في المجتمع ككل . (Brreira et al ,2019)

و قد توصلت الدراسة الحالية إلى أن عينة الدراسة تعاني من انخفاض جودة الحياة في بعدها الاجتماعي ، و هو ما يعكس ضعف العلاقات الاجتماعية للمرضى ، و عدم رغبتهم في ممارسة مختلف النشاطات الاجتماعية كحضور التجمعات و الافراح ، و الزيارات العائلية و غيرها ، و أبعد من ذلك فهذا المرض يؤثر حتى العلاقات الحميمة بين الأزواج خوفا من انتقال العدوى ، و هو ما يؤثر على النسق الأسري ككل لدى العائلات التي يعاني أحد أفرادها من المرض .

كما أسفرت نتائج الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس ، حيث جاءت جودة الحياة لدى الذكور من مرضى التهاب الكبد الفيروسي (ج) أفضل مقارنة مع نظيرتها لدى الإناث ، حيث تفوق الذكور في أبعاد الصحة الجسدية ، النفسية ، و الاجتماعية ، بالإضافة إلى البند 1 و 2 ، بينما تفوقت الإناث على الذكور في بعد البيئة في و تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة بيانكو و آخرون (Bianco et al ,2013) ، و قد أسفرت نتائج هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس ، حيث كانت درجات الذكور أعلى في النشاط البدني ، و تحمل الألم ، بينما تفوقت الإناث في الحالة العاطفية و الصحة العقلية .

أما فيما يتعلق بمتغير السن فقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن ، حيث جاءت جودة الحياة لدى الأفراد الأقل من 40 سنة أفضل من الذين يبلغ سنهم 40 سنة فما فوق ، و قد تفوق أفراد العينة

الأصغر سنا في بعدي الصحة الجسدية و النفسية بالإضافة إلى البندين 1 و 2 ، بينما تفوق الأفراد الأكبر سنا في بعدي العلاقات الاجتماعية و البيئة ، و تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة كل من كيم و آخرون (Kim et al,2018) ، التي أكدت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن ، حيث وجدوا أن المرضى الأصغر سنا كانت جودة حياتهم أفضل من الأكبر سنا .

### 3. استنتاج عام :

من خلال ما سبق يتبين أن مرض التهاب الكبد الفيروسي (ج) من أكثر الأمراض وطأة على المصابين به ، فهو يمس الجانب الجسدي ، النفسي ، الاجتماعي لديهم ، بسبب المرض نفسه ، و/ أو بسبب الآثار الجانبية للعلاج ، و هو ما يسهم في خفض مستوى جودة الحياة لديهم ، كما توصلت هذه الدراسة إلى أن المتغيرات الديمغرافية ( السن ، الجنس ) ، يمكن اعتبارها من المحددات التي تؤثر على مستوى جودة الحياة لدى المرضى .

و عليه أصبح من الضروري زيادة الاهتمام بهذه الفئة من المرضى ، من أجل الرفع من مستوى جودة الحياة لديهم و تحسين مستوى التزامهم بالعلاج ، من خلال تصميم برامج التكفل النفسي كالتربية العلاجية ، الدعم و العلاج النفسي ، و الاشراف على تكوين مجموعات الدعم الاجتماعي لديهم . مع مراعاة سن و جنس المرضى و وضعيتهم الاجتماعية .

قائمة المراجع:

- 1- Coppola,N.,Alessio,L.,Onorato,L.,Sagnell,C.,Macera,M.,Pisaturo,M.,(2019).Epi demiology and management of hepatitis c virus infections in immigrant populations ,infectious diseases of poverty ,8,(17),<http://doi.org/10.1186/s40249>.
- 2- بورنان ، يوسف ( 2018 ، جانفي ، 29 ).التهاب الكبد الفيروسي يصيب 1.5 مليون جزائري ، العين الإخبارية ، <http://al-ain.com/article/algeria-hepatitis-illness-patiens>،
- 3- Abdo,A.(2008).hepatitis c and poor quality of life :is it the virus or the patient ?,*the saudi journal of gastroenterology*,14(3).109-113.
- 4- Jakab,j.,Vcev,A.,& Smolic,M.(2017).health related quality of life in antiviral-treated chronic hepatitis c patients, *update on hepatitis c*,(pp159-170),Intech
- 5- Karim,M.(2017).health,health –related quality of life and quality of life :what is the difference?,*pharmaco economics* ,34(7),doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- 6- Owczarek,k.(2010).theconcept of quality of life,ACTAneuropsychological,8,(3) ,207-213,<https://www.researchgate.net/publication/289641702>
- 7- Diener,E.,& Eunkook ,M.(1999).subjective wellbeing :three decades of progress, *psychologicalbulletin*,125,(2),276-302,<http://doi:10.1037/00332909.125.2.276>
- 8- Delile , J., Reiller , B., Foucher,J.,Léadinghem,V.,Gachie,J.(2008).hépatite c chez les usagers de drogues ,alcoologie et addictologie , 30,( 4),385-394
- 9- Theofilou,P.(2013).quality of life : definition and measurement ,Europe's journal of psychology ,9,(1),150-162,<http://doi:10.5964/ejop.v9i1.337>
- 10- World health organization.(1997).WHOQOL-BREF, introduction, administration, scoring ,Geneva
- 11- أحمد عبد العزيز ، أحمد البقلي .(2014، ديسمبر ،17-18).مفهوم نوعية الحياة : النشأة و التطور [بحث مقدم]،المؤتمر السنوي قضايا السكان و التنمية " الواقع و تحديات المستقبل ما بعد 2015 " ، القاهرة ، مصر .
- 12- Bouggatz,T.(2020).quality of life and person-centered car for older people, springer , Switzerland
- 13- Schweitzer ,M.,& Boujut, E.,(2014).psychologie de la santé concept , méthodes et modèles , (2<sup>nd</sup> ed),Dunod paris
- 14- Mercier,C.,& Fillion,J.(1987).la qualité de vie: perspectives théoriques et empiriques ,santémentaleauQuébec,12 ,(1),135143,<https://doi.org/10.7202/030380> ar
- 15- Hay-paquin ,L.(1997).elaboration et validation d'un model de qualité de vie et de qualité des soins .[Unpublished doctoral dissertation] ,université de Montréal, canada
- 16- Ventegodt , S., Andersen ,N., & Merick,J.(2003).quality of life philosophy: quality of life , happiness, & meaning in life , *the scientific world journal*,3,1164-1175,<http://doi:10.1100/tsw.2003.i02>
- 17- Brouard ,C.(2019).cascade de pris en charge de l'hépatite c chronique en France métropolitaine , [ doctoral dissertation, université paris-saclay ],HAL,<https://tel.archives-ouvertes.fr>

- 18- Belaygue ,F.(2017). *l'hépatite c , les nouveaux traitements et les recommandations*,[Unpublished doctoral dissertation] ,université de Toulouse 3- Paul Sabatier ,France
- 19- Houssaini , Y .(2020). *hépatite virale c : actualités diagnostiques et thérapeutiques* ,[Unpublished doctoral dissertation] , université Mohammed 6 , royaume du Maroc
- 20- Bronowicki , j. et al .(2017).*hépatite c : transmission nosocomiale , état de sante et devenir des personnes atteintes* , institut national de la sante et la recherche médicale( INSERM),HAL, [http //hal-lara.archives-ouvertes.fr /hal-1570662](http://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-1570662)
- 21- Dhumeaux , D.(2014). *Pris en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C* , ministres des affaires sociales et de la santé, EDP Sciences, France
- 22- Adinofli , L.,Noovola , R.,& Luis ,G.(2015).*chronic hepatitis c virus infection and neurological and psychiatric disorders : an overview* ,*world journal of gastroenterology* ,21,(8), 2269-2280,[http// Doi :10.3748 /wjg.21.8.2269](http://doi.org/10.3748/wjg.21.8.2269)
- 23-Barreira,D.,Marinho,R.,Bicho,M.,Fialho,R.,&Quakinin,S.(2019).*psychosocial and neurocognitive factors associated with hepatitis c – implications for future health and wellbeing*, *frontiers of psychology*, 9,(2666),[http://Doi:10.3389/fpsyg.2018.02666](http://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02666)
- 24- Yarlott ,L.,Heald ,E.,& Forton ,D.(2017).*hepatitis c virus infection , and neurological and psychiatric disorders*, *journal of advanced research* ,v8,139-148,[http//dx.doi.org/10.1016/j.jare.2016.09.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.jare.2016.09.005)
- 25- Alves ,G.,Hilzendeger,C.,Pereira,G.,Silva,J.(2012).*quality of life of patients with hepatitis c*, *revista de sociedade de brasileira de medicina tropical*,45(5),553-557.
- 26- Fagundes,R., Ferreira,L.,& Face,F.(2015).*health-related quality of life in patients with hepatitis c in double and triple therapy* , *journal of school of nursing*,49(6),937-943, [http://Doi: 10.1590/s0080-62342015000600009](http://doi.org/10.1590/s0080-62342015000600009)
- 27- Bianco ,T., Cillo ,U.,Amodio ,P., & Zanus , G.(2013). *Gender Differences in the quality of life of patients with liver cirrhosis related to hepatitis c after liver transplantation* ,*Blood Purif* ,(36),231-236,Doi:10.1159/000356362
- 28- Kim , H., Hyeonsik ,C., & Seonhye,L.(2018).*Factors influencing on health-related quality of life in south Korean with chronic liver disease* ,*Health and quality of life outcomes*,(16):142, <http://doi.org/10.1186/s12955-018-0964-1>