

جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي

عدودة صليحة
إحسان براجل
جامعة بسكرة

ملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، كما هدفت إلى معرفة طبيعة الفروق بين المرضى في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)، و استخدم المنهج الوصفي الارتباطي لمناسبتها لموضوع الدراسة، وقد شملت الدراسة عينة قوامها 129 فردا، تراوحت أعمارهم بين 16-80 سنة، وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF36، الذي تمت ترجمته إلى اللغة العربية، وتكييفه على البيئة المحلية، وقد تم التأكد من الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة على العينة المحلية، و استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات والفرضيات، و أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

1. يتمتع مرضى قصور الشريان التاجي بمستوى مرتفع من جودة الحياة المتعلقة بالصحة.
2. لا توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (السن، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)، ويستثنى من هذه النتيجة المحور الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية، والفرق لصالح الذكور.

1- إشكالية البحث:

تعتبر أمراض القلب والشرايين في القرن الحالي من أكثر الأمراض انتشارا وتشكل أعلى نسبة وفيات في العالم، فقد صرحت منظمة الصحة العالمية سنة 2012 أن هناك 17.5 مليون حالة وفاة جراء الأمراض القلبية الوعائية، مما يمثل 31% من مجموع الوفيات التي وقعت في العالم، من ضمنهم 7.4 مليون حالة وفاة بسبب

مرض الشريان التاجي (OMS, 2015)، و من المتوقع أن يرتفع عدد ضحاياها سنة 2015 إلى 20 مليون حالة وفاة (Geraldine, A, L, 2010, p1).

أما في الجزائر، فقد سجلت حالات تقدر ما بين 80 إلى 100 ألف حالة جديدة سنويا لمختلف أمراض القلب و الشرايين من بين 18 مليون مصاب تحصيهم مختلف دول العالم، أي ما يمثل 52 % من مجموع الوفيات (الجمعية الجزائرية لطب القلب، 2014)، و نظرا لإنتشارها الواسع و المتزايد، و تأثيرها على فئة الشباب و الراشدين فقد حظي البحث في أسبابها و طرق علاجها و الوقاية منها بأولوية عالية في مجال علم نفس الصحة. فقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد ضحايا أمراض القلب في ازدياد مستمر، و يعتبر مرض الشريان التاجي المسبب لها في النصف الثاني من القرن العشرين إلى الآن (جمعية الصحة العالمية، 2007)، و هو عبارة عن مرض ينشأ عن ترسب الكوليسترول و مواد أخرى على الجدران الداخلية للشرايين، و هذه المواد تشكل صفائح تعمل على تضيق الشرايين، إذ أن وجود هذه الصفائح يقلل من تدفق الدم عبر الشرايين، و يؤثر في تمرير المواد الغذائية من الشعيرات الدموية إلى الخلايا، مما يسبب تدمير الأنسجة و تلف جدران الشرايين، مما يؤدي إلى تجلط الدم الذي يمكن أن يسبب انسدادا في الأوعية الدموية و تضيقا يعيق تدفق الدم.

و من مسببات هذا المرض الاستعداد الوراثي المثبت بوضوح، بالإضافة إلى ارتباطه بعوامل خطيرة أخرى ذات صلة بأسلوب حياة الفرد كالإسراف في الكحول (شيلي تايلور، 2008، ص 280)، التدخين الذي يعتبر كعامل سببي قوي لهذا المرض. و يظهر أثر هذه السلوكات خاصة عند تدهور جودة الحياة المتعلقة بالصحة، و يرجع هذا التدهور إلى المعتقدات الشخصية الخاطئة التي يحملها المريض حول مرضه و طريقة تعامله مع متطلبات المرض، مما قد يعرضه للمخاطر الصحية، كما أن تدهور جودة الحياة الناجم عن عدم الالتزام بالعلاج قد يأخذ منحى آخر كالآثار الجانبية السلبية للأدوية مثل: عدم القدرة على التركيز، الغثيان، مما يفسر أن العديد من مرضى الاضطرابات القلبية الشريانية غير مستعدين لمقايسة ايجابية الأدوية بآثارها الجانبية المزعجة.

إن مؤشرات جودة الحياة من شأنها أن تبين لنا المشكلات التي تصاحب الأمراض و معالجتها، كما أن من شأنها أن تساعد على صياغة قرارات و سياسات تتعلق

بمدى فاعلية المعالجة، و الموازنة بين الكلفة و الفعالية، كما أن محاولة الوصول إلى أفضل مستوى من جودة الحياة، أو إدامة المحافظة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة بمختلف مجالاتها (الجسمية و النفسية و الإجتماعية...) ليس بالأمر الهين، إذ أن هناك عوامل كثيرة تؤثر على جودة حياة مرضى قصور الشريان التاجي، هذه المتغيرات تتمثل أساسا في الاكتئاب والقلق ووجود أمراض أخرى أو الأمراض الكامنة، كما أن هناك عوامل أخرى تتعلق بالمحددات البيئية والاجتماعية للصحة، و عليه فمن المهم النظر في هذه العوامل من أجل التخطيط لرعاية المرضى، وخاصة التخطيط لبرامج إعادة التأهيل القلبي، لا سيما إذا تعلق الأمر بمرض مزمن قد تكون نهايته مميتة.

فالمرض له تأثير مباشر على النواحي النفسية الاجتماعية، و التي بدورها لها تأثير على الأنظمة الحيوية المتصلة بتعديل الوظائف الجسمية أو على العادات الصحية الواقية من المرض أو المخففة من الظروف المسببة لهذا المرض، فمن المعروف مثلا أن العملية الجراحية التي تجرى لتوسيع الشريان التاجي تحسن من القدرات الجسمية للفرد، ولكن أحيانا ما ينتج عنها تحسن ضئيل لدى بعض المرضى، بل قد ينتج عنها تدهور في الأداء الإجتماعي و الجسدي. و بناءا على ما سبق نخلص إلى صياغة التساؤلات التالية:

1. ما مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

2. هل توجد فروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.

3. فرضيات الدراسة :

- نتوقع تدهور جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

- لا توجد فروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، مدة المرض).

4- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. الكشف عن مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
2. الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)

5- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

• جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من سلم مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة المقدم من طرف منظمة الصحة العالمية (SF 36 V 2) . والذي يضم ثمانية محاور تتمثل في: " الوظائف البدنية، القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الاضطرابات الإنفعالية، الطاقة، الصحة المدركة.

• مرض قصور الشريان التاجي:

هو عبارة عن تضيق في الشرايين التاجية بسبب الرواسب الدهنية أو العصيدية، مما يؤدي إلى حاجة عضلة القلب الشديد للأكسجين.

6- الجانب النظري للدراسة:

- تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

يعرف برادي وآخرون Brady et al, 2001 جودة الحياة المتعلقة بالصحة بأنها مفهوم يرتبط بضبط الجوانب الروحانية الخاصة بالعقائد لدى الأفراد، ويشير إلى ملاحظاته عن مرضى السرطان ومدى تحسن نوعية الحياة لديهم وتحسن حالتهم الصحية بعد استغراقهم في ممارسات ذات طبيعة عقائدية روحانية (حسام الدين محمود عزب، 2004، ص ص 581-583).

و يرى باتريك و إريكسون (Patrick D.L, & Erickson P (1993) أن " جودة الحياة المرتبطة بالصحة هي القيمة المخصصة لطول الحياة فيما يخص الإعاقة، المستوى الوظيفي، التصورات والفرص الاجتماعية المتغيرة عن طريق المرض أو الإصابة أو العلاج أو السياسة الصحية " .(Anne, H, 2007, p 18).

و توصل "Smith, K, W, 1999" إلى أنه من منظور المرضى هناك فرق ما بين جودة الحياة والحالة الصحية المحسوسة للمرضى، حيث وجد أن جودة الحياة والحالة الصحية لكل منهما تركيبته المميزة الخاص بها، ولا يجب التبادل في استخدام هذين المصطلحين، فعندما نعطي معدل لجودة الحياة نجد أن المرضى يركزون على الحالة العقلية أكثر من تركيزهم على الوظائف الجسدية، وهذا النمط عكس التقييم للحالة الصحية حيث تكون الحالة الجسدية أكثر أهمية من الحالة العقلية (صالح إسماعيل عبد الله الهمص، 2010، ص50).

و ترى باري و كرسبي (Barry, M.M & Crosby, C ; 1993) أن مفهوم جودة الحياة يستخدم كأحد المعايير لتقييم أثر عملية العلاج وفعاليتها، و إعادة الاستقرار إلى حياة الفرد بعد العلاج.

و يشير مالدون و بارجر (Muldoon, M,F & Barjer, S, D ; 1998) إلى أن أحد التعريفات الهامة لجودة الحياة يعتمد على تقييم الفرد الذاتي لحالته الصحية و يعتبرها انعكاسا للطريقة التي يدرك بها الفرد أو يتفاعل بها مع وضعه الصحي و مع المظاهر الأخرى غير الصحية في حياته (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص ص 128-129).

على الرغم من عدم وجود تعريف شامل و متفق عليه لجودة الحياة في المجال الصحي، إلا أن جميع الدراسات في هذا المجال تبحث عن المستوى الوظيفي للفرد، و تقييمه لصحته في تأثيرها على جودة الحياة، علاوة على ذلك فإن معظم الباحثين ركزوا في تعريفهم إما على جودة الحياة كسلوك فردي، أو مستوى فعالية أو جودة الحياة كإدراك للمستوى الصحي و الصلاحية، أما فيما يخص جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي فيعتبر من المهام الصعبة، فالمفهوم من الصعب تحديده، و ذلك بأن مؤشرات الجودة يجب أن تحدد من المرضى أنفسهم، فهم أكثر من يدركون أهمية العجز و تأثير المرض على مستوى الرضا عن الحياة بشكل عام، هذا بالإضافة إلى ارتباط إدراك الفرد لجودة حياته بمجموعة من

المتغيرات كنوع العلاج، ومدته، التدخين، المساندة الاجتماعية المدركة، وكذا مستوى الإلتزام بالعلاج الذي يعتبر من أهم العوامل المنبئة بجودة الحياة.

- محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان

التاجي:

هناك عوامل كثيرة تؤثر على جودة حياة مرضى قصور الشريان التاجي، هذه المتغيرات تتمثل أساسا في الاكتئاب والقلق ووجود أمراض أخرى أو الأمراض الكامنة، كما أن هناك عوامل أخرى تتعلق بالمحددات البيئية والاجتماعية للصحة، وعليه فمن المهم النظر في هذه العوامل من أجل التخطيط لرعاية المرضى، وخاصة التخطيط لبرامج إعادة التأهيل القلبي، وسوف نركز هنا على العوامل الأكثر تعقيدا لدى مرضى قصور الشريان التاجي، والتي تتمثل أساسا في:

الاكتئاب: الاكتئاب يعتبر عامل خطر أولي وثانوي للمرض المؤدي للوفيات، وغير مستقل عن عوامل الخطر التقليدية مثل التدخين وارتفاع ضغط الدم و Dyslipidémie. فقد أشار (Ruo, B & al, 2003) أن تقديرات النسب المئوية للمرضى المصابين بمرض الشريان التاجي الذين يعانون من أعراض الاكتئاب تتفاوت بين 10 و 40٪، وأظهرت دراسة (Frasure, S & al, 2005) وجود علاقة ارتباطية قوية بين الاكتئاب و الذبحة الصدرية لدى عينة من مرضى قصور الشريان التاجي، وتوصل بوكوك وآخرون (Pocock, SJ & coll, 1996) إلى أن شدة الذبحة الصدرية ترتبط بجودة الحياة، وأظهرت دراسة أخرى ل (Gravelly-White & al, 2007) أن الذبحة الصدرية تعتبر كعامل منبئ لسوء جودة الحياة المتعلقة بالصحة عاطفيا وجسديا واجتماعيا، فضلا عن مستوى أعلى من الاكتئاب وفقا لاستبيان SCL-90. ولاحظ الباحثون إلى أنه خلال ستة أسابيع من المتابعة، المرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية ذكروا بأن جودة الحياة أصبحت أسوأ بكثير. ومن الواضح أن أعراض الذبحة الصدرية في المرضى الذين يعانون من مرض الشريان التاجي تؤثر على نوعية الحياة ووجود الاكتئاب أو أعراض الاكتئاب تؤثر بشكل كبير على جودة الحياة. أما بالنسبة لعبء المرض، فقد وجد جيانغ (Jiang W; 2008) أن وجود الاكتئاب لدى مرضى قصور الشريان التاجي يرتبط مع زيادة معدلات استخدام الرعاية الصحية والاستشفاء و الزيارة المتكررة لمصلحة الاستعجال الطبي. وقد ركزت معظم الدراسات على التشخيص الإكلينيكي

للاكتئاب الشديد، ولكن هناك أدلة تعتمد على آثار أعراض الاكتئاب المبلغ عنها ذاتياً، إذ أن مستويات منخفضة من أعراض الاكتئاب قد تنبأ بخطر أمراض الشرايين التاجية، و هنا يشير (Ruo, B & al, 2003) أن معظم التقارير تفيد أن المكتئبين لديهم إدراك مرتفع لعبء المرض مقارنة مع المرضى الغير مكتئبين. و وجدت إحدى الدراسات التي قام بها (Goyal TM & al 2005) أن عدم وجود تحسن وظيفي لدى مرضى الاكتئاب بعد ستة أشهر من جراحة القلب يؤثر على الصحة البدنية و القدرة الوظيفية بنفس مقدار تأثير الصحة العقلية.

القلق: ليس هناك ما يكفي من الأدلة للجزم بأن هناك علاقة بين القلق ومرض الشريان التاجي، إلى أن المعطيات المتوفرة تدل على أن عدد الحالات المرضية بالقلق (كحالة) تقدر بنسبة 36% و 45% و يستمر في جميع مراحل الحياة، وقد أفادت بعض الدراسات كالتالي قام بها كل من (Shen BJ & al, 2008. Tadaro JF & al, 2007) وجود ارتباط بين القلق وتطور وتواتر مرض الشريان التاجي، كما لوحظ أن معدل انتشار اضطراب القلق العام يتراوح ما بين معتدل إلى حاد، و قد أكدت دراسة طولية ل (Shen BJ et al, 2008) لمدة 12 سنة أهمية القلق في الدراسة المعيارية للشيوخوخة ، و توصلت نتائجها إلى أن القلق كان عاملاً تنبؤياً بمرض قصور الشريان التاجي لدى الرجال الأكثر من 60 عاماً، و في هذا السياق تجدر الإشارة إلى أنه بالرغم من أهمية دراسة أكبر قدر ممكن من المتغيرات إلى أنها قد تزرع خلط عند تحديد دور القلق لدى المرضى و الأحداث الناتجة عن المرض، و عليه فالقلق يعتبر عامل خطر مستقل للمرضى الذين يعانون من مرض الشريان التاجي.

وأخيراً، فإن وجود مرض خطير و قاتل له تأثير على جودة حياة المرضى، و من المهم أن يدرك المختصون في مجال الرعاية الصحية التأثير السلبي للأمراض المزمنة على جودة الحياة، وذلك من أجل تقييم مختلف جوانب حياة المريض، و تحفيز المريض على الاعتراف و علاج هذه المتغيرات، و في نهاية المطاف تحسين جودة حياة المرضى (Geraldine AL, 2010, pp 4-5).

7- الجانب التطبيقي:

1. منهج الدراسة: المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي الإرتباطي.
2. اجراءات الدراسة: تمت بالمركز الإستشفائي الجامعي -قسم أمراض القلب- إذ تم الإطلاع على الحالات الموجودة في المصلحة في تلك الفترة، حيث تعرفنا على

المرضى، و عرفناهم على دورنا، و الهدف من العمل معهم، و من ثم تم اختيار الحالات.

3. حدود الدراسة:

1.3 الحدود المكانية: تحدد إجراء الدراسة الميدانية بالمركز الإستشفائي-باتنة و قسنطينة و بسكرة- قسم أمراض القلب، و بعض العيادات الخارجية الخاصة بأمراض القلب و الشرايين.

2.3 الحدود الزمنية: لقد امتدت دراسة بحثنا رسميا في الفترة الممتدة من 2014/2013 .

3.3 الحدود البشرية:

1.3.3 عينة البحث: تم اختيار العينة من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في مرضى قصور الشريان التاجي، و البالغ عددهم 129 مريضا، و قد تم اختيار العينة بطريقة قصدية ممن يعانون من مرض قصور الشريان التاجي، و ذلك اعتمادا على: ملفات المرضى، تشخيص الطبيب المعالج، عن طريق بعض المعارف والأصدقاء.

2.3.3 خصائص العينة: فيما يلي عرض لخصائص العينة، حسب العمر، الجنس، المستوى التعليمي، و كذلك مدة المرض:

خصائص العينة حسب العمر: جدول (1): خصائص العينة حسب العمر.

العمر	العدد	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	6	4.95868 %
20-50	53	43.80165 %
أكثر من 50	62	51.23967 %
المجموع	121	100 %

خصائص العينة حسب الجنس: جدول (2): خصائص العينة حسب الجنس.

الجنس	العدد	النسبة المئوية
إناث	67	52.71 %
ذكور	60	47.29 %
المجموع	127	100 %

خصائص العينة حسب المستوى التعليمي: جدول (3): خصائص العينة حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
أمي	32	% 26.44628
ابتدائي	23	% 19.00826
متوسط	21	% 17.35537
ثانوي	21	% 17.35537
جامعي	24	% 19.83471
المجموع	121	% 100

خصائص العينة حسب مدة المرض: جدول (4): خصائص العينة حسب مدة المرض.

مدة المرض	العدد	النسبة المئوية
أقل من عام	48	% 48.45
1-5 أعوام	40	% 40.44
أكثر من 10 أعوام	11	% 11.11
المجموع	99	100

ملاحظة: فيما يخص عدد العينة، هناك استمارات لم يحدد فيها المرضى الجنس أو العمر أو المستوى التعليمي أو مدة المرض، و مرضى آخرون لم يجيبوا عن أحد محاور المقياس، وبالتالي فإن عدد أفراد العينة كان يختلف في كل مرة.
4. أدوات الدراسة:

1.4 مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة " (Short Form-36 Health Survey) تمت ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، وبعد ذلك تم التأكد من صدق وثبات المقياس من خلال حساب الخصائص السيكومترية
6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم اختبار التحليلات الإحصائية طبقاً لسمات العينة وفرضيات الدراسة، وقد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية).

7. عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة:

1.7 مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي للإجابة على هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، فكانت كما يلي:
جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
29,33	0,89	الوظائف البدنية
4.06	0.25	القيود البدنية
11.33	0.81	الألم الجسدي
10.00	0.00	الأداء الإجتماعي
22.46	1.30	الصحة النفسية
6.46	1.06	الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية
17.71	3.72	الطاقة
25.00	2.23	الصحة المدركة

يلاحظ من الجدول أن المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد الدراسة تراوحت بين (4.06 و 29.33)، بانحراف معياري تراوح بين (0 و 3.72).

2.7 دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).

دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي حسب العمر: جدول (6): دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	99,224	2	49,612	1,600	غير دال
داخل المجموعات	3411,342	120	31,012		
بين المجموعات	6,920	2	3,460	1,683	غير دال
داخل المجموعات	6,920	110	2,055		

غير دال	1,213	10,847	2	21,694	بين المجموعات	الألم الجسدي
		8,939	114	1036,945	داخل المجموعات	
غير دال	,014	,076	2	,152	بين المجموعات	الأداء الاجتماعي
		5,518	116	629,078	داخل المجموعات	
غير دال	1,181	27,862	2	55,724	بين المجموعات	الصحة النفسية
		23,584	114	2641,372	داخل المجموعات	
غير دال	1,224	2,083	2	4,166	بين المجموعات	الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية
		1,701	112	200,759	داخل المجموعات	
غير دال	,834	16,076	2	32,151	بين المجموعات	الطاقة
		19,279	118	2139,954	داخل المجموعات	
غير دال	,472	13,746	2	27,492	بين المجموعات	الصحة المدركة
		29,146	111	3410,100	داخل المجموعات	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب العمر، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية 1,600، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 1,683، و محور الألم الجسدي 1,213، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الاجتماعي 014، و 1,181 فيما يخص محور الصحة النفسية، و 1,224 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 834، لمحور الطاقة، و 472، لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائياً.

دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي حسب الجنس: جدول (7): دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب الجنس

مستوى الدلالة	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	الجنس	
غير دال	-1,065	5,855	20,60	53	ذكور	الوظائف البدنية
		5,379	19,49	63	إناث	
,000 دال	-2,363	1,651	5,52	56	ذكور	القيود المرتبطة بالصحة البدنية
		1,160	4,90	63	إناث	
غير دال	-1,386	3,097	6,98	57	ذكور	الألم الجسدي
		2,838	6,23	64	إناث	

الأداء الاجتماعي	ذكور	57	6,65	2,379	غير دال	-2,324
	إناث	63	5,68	2,176		
الصحة النفسية	ذكور	56	15,00	4,521	غير دال	-,580
	إناث	62	14,48	5,089		
الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية	ذكور	58	4,16	1,309	غير دال	-,811
	إناث	66	3,95	1,430		
الطاقة	ذكور	53	10,26	3,894	غير دال	,007
	إناث	63	10,27	4,766		
الصحة المدركة	ذكور	60	16,95	5,285	غير دال	-1,023
	إناث	63	15,97	5,285		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاوَر مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب الجنس، ماعدا المحاور الثاني الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية و الفرق لصالح الذكور، حيث بلغت قيمة "ت" 2,363-، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى أقل من 0.01، أما في محور الوظائف البدنية فقد بلغت قيمة "ت" 1,065-، و محور الألم الجسدي 1,386-، في حين بلغت قيمة "ت" في محور الأداء الاجتماعي 2,324-، و 580-، فيما يخص محور الصحة النفسية، و 811-، فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 007، محور الطاقة، و 1,023- لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائياً.

دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي حسب المستوى التعليمي: جدول (8): دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب

المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
الوظائف البدنية	بين المجموعات	4	130,750	1,061	غير دال
داخِل المجموعات	3264,241	106	30,795		
القيود المرتبطة بالصحة البدنية	بين المجموعات	4	5,998	,706	غير دال
داخِل المجموعات	235,614	111	2,123		
الألم الجسدي	بين المجموعات	4	62,349	1,873	غير دال

		8,324	111	923,952	داخل المجموعات	
		9,982	4	39,928	بين المجموعات	الأداء
غير دال	1,954	5,108	110	561,846	داخل المجموعات	الإجتماعي
		31,615	4	126,459	بين المجموعات	الصحة
غير دال	1,407	22,463	108	2426,036	داخل المجموعات	النفسية
		,497	4	1,988	بين المجموعات	الحدود التي
غير دال	,253	1,965	114	223,995	داخل المجموعات	تسببها الإضطرابات الإنفعالية
		17,349	4	69,396	بين المجموعات	الطاقة
غير دال	,929	18,668	107	1997,461	داخل المجموعات	
		20,894	4	83,577	بين المجموعات	الصحة
غير دال	,785	26,618	113	3007,847	داخل المجموعات	المدركة

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائيا في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية 1,061، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 706، و محور الألم الجسدي 1,873، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الإجتماعي 1,954 و 1,407 فيما يخص محور الصحة النفسية، و 253، فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 929، لمحور الطاقة، و 785، لمحور الصحة المدركة، وكل هذه المحاور غير دالة إحصائيا.

دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي حسب مدة المرض: جدول (9): دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مدة

المرض

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	,625	2	,313	,010	غير دال
داخل المجموعات	2604,275	87	29,934		
بين المجموعات	8,393	2	4,196	2,208	غير دال
داخل المجموعات	172,927	91	1,900		

					البدنية
غير دال	,971	8,249	2	16,498	بين المجموعات
		8,493	91	772,906	داخل المجموعات
غير دال	0.110	,579	2	1,159	بين المجموعات
		5,250	91	477,778	داخل المجموعات
غير دال	,181	4,824	2	9,648	بين المجموعات
		26,684	88	2348,176	داخل المجموعات
غير دال	,379	,778	2	1,555	بين المجموعات
		2,053	94	192,940	داخل المجموعات
غير دال	,178	3,711	2	7,422	بين المجموعات
		20,891	88	1838,402	داخل المجموعات
غير دال	,156	5,021	2	10,041	بين المجموعات
		32,245	94	3031,072	داخل المجموعات

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاوَر مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مدة المرض، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية 0,10، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 2.208 و محور الألم الجسدي 971، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الإجمالي 0.110 و 181، فيما يخص محور الصحة النفسية، و 379، فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية. و 178، لمحور الطاقة، و 156، لمحور الصحة المدركة، وكل هذه المحاور غير دالة إحصائياً.

تفسير ومناقشة النتائج:

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: " نتوقع تدهور جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، و للتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لإستجابات المرضى على مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، و قد تراوحت المتوسطات الحسابية بين (4.06 و 29.33)،

بانحراف معياري تراوح بين (0 و 3.72)، مما يدل على عدم تحقق الفرضية الأولى، أي أن مرضى قصور الشريان التاجي يتمتعون بجودة حياة مرتفعة".
وعليه فالوظائف البدنية، والسيطرة على الألم والقيام بالحركات والنشاطات الرياضية الموصى بها، والإبتعاد عن الإنفعالات، وتجاوز الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية تعتبر كمؤشرات هامة لتحسين جودة الحياة لدى المرضى، وهذا ما يتفق مع دراسة هيريك (Herrick, S, E & al, 1994) على مجموعة من المصابين بإصابات الحبل الشوكي، وذلك بغرض التعرف على الآثار التي يمكن أن يحدثها المرض وتداعياته المرضية على إفساد نوعية الحياة لديهم، وقد أشارت النتائج بعد إجراء أحد البرامج التأهيلية أن قدرتهم على حل المشكلات بناء على التقييم الشخصي لديهم أصبحت مرتفعة مما أدى بدوره إلى تحسين درجاتهم على اختبار نوعية الحياة، كما تتفق مع نتائج دراسة دراسة توفيق درادكة و طارق الحبيب (Daradkeh, T, K & Al Habeeb, T, 2005) ، على عينة من مرضى الفصام والتي بينت أن ربع أفراد العينة يتمتعون بجودة حياة معقولة على الرغم من مرضهم.

وتختلف نتائج الدراسة مع دراسة وفي دراسة قام بها فيتزسيمون (Fitzsimons & al, 2000) والتي هدفت إلى تقييم مستوى جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، وذلك باستخدام مقياس النموذج المختصر "36" للمسح الصحي (Short Form-36 Health Survey)، وهو نفس المقياس المستخدم في الدراسة الحالية. وقد خلصت الدراسة إلى أن المرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية لديهم مشاكل جسمية ونفسية جسيمة، وخاصة الذين ينتظرون إجراء عملية جراحية للقلب، كما تختلف أيضا مع دراسة قام المحمد و جورجيس بدراسة جودة الحياة لدى المصابين بالربو، والتي أشارت نتائجها إلى تأثر جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى في جوانبها الجسمية والنفسية والاجتماعية.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض) وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة التباين بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة والمتغيرات المذكورة

أعلاه، فمن خلال الجدول (6) نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب العمر، و من خلال الجدول (7) يتضح لنا أيضاً غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب الجنس، ماعدا المحور الثاني الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية و الفرق لصالح الذكور، حيث بلغت قيمة "ت" - 2,363 ، و هي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى أقل من 0.01، كما نجد من خلال الجدول (8) غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب المستوى التعليمي، و يبين لنا الجدول (9) غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مدة المرض، و عليه فهذه النتيجة تشير إلى تحقق الفرض الثالث، أي أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)".

إن النتيجة المتحصل عليها تتوافق و توقعاتنا، باستثناء الفرض الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية، إذ كانت هناك فروق دالة إحصائياً حسب متغير الجنس، و الفرق لصالح الذكور، و يمكن تفسير ذلك أن الأعباء الملقاة على الرجل فيما يخص تأمين المستوى المعيشي لأفراد أسرته، و السعي الدؤوب لتلبية احتياجاتهم، خاصة إذا كان هو المورد الوحيد المعتمد عليه في الأسرة، كل هذا يجعله لا يستسلم للعوائق المرتبطة بالقيود التي تفرضها الصحة البدنية، مما يجعله أكثر حركة و نشاطاً، كما أن اختلاف المعايير الاجتماعية التي تتوقع من الرجال أن يعكسوا صورة صلبة عن أنفسهم تجعلهم لا يستسلمون للمرض.

أما في فيما يتعلق ببقية المتغيرات فإن خطورة المرض و الأعراض المؤلمة المرتبطة به و كذا الأعباء الناجمة عن المرض كعدم القدرة على الحركة و حالة التبعية للغير، و القيود التي يفرضها البرنامج العلاجي، و كذا الخوف من الموت سيكون لها انعكاس مباشر على جودة حياة المرضى بمجالاته المختلفة، و هذا لا يستثن منه لا الفئة العمرية للمريض، و لا المستوى التعليمي أو مدة المرض.

إن تقهقر الحالة الصحية للمريض، و ما ينجر عن ذلك من آلام عادة ما يؤدي إلى تدني مستوى نشاط الفرد، و إلى تراجع في قدراته الحركية، كما تميل ردود

الأفعال الإنفعالية لمن يعانون من الألام المزمنة إلى القلق و الإكتئاب، و تتدهور علاقاتهم الإجتماعية، فالمرض يجعل المريض منهمكا بذاته، دائم الإهتمام بأعراضه الجسمية و الإنفعالية و ذلك مهما بلغت مرتبتهم العلمية أو سنهم، أو خبرة تعرضهم للمرض، فنتائج الدراسة الحالية تتفق و دراسة راماناياه و آخرون (Ramaiah, N, 1997) التي أوضحت أن المرتفعين و المنخفضين على مقياس الرضا عن الحياة يختلفون في العصابية و الإنبساطية و التفتح و التوافق و الوعي، إلا أنه لم توجد فروق بين الجنسين (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص ص 134-136)..

و من جهة أخرى تختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ريجيدور (Regidor, E & al, 1999) ، و التي فحصت الفروق بين الصحة المدركة و مستوى التعليم لدى السكان الراشدين في اسبانيا، و قد أوضحت النتائج أن الضعف في مستوى الإدراك الصحي مرتبط بانخفاض مستوى التعليم، و لا يستثن من هذه النتيجة إلا النساء من مستوى التعليم الثاني اللاتي كانت لديهن مستويات أعلى في مختلف الأبعاد الصحية مقارنة بالنساء في المستوى التعليمي الثالث، كما ظهرت أكبر الفروق في المستوى التعليمي لدى كل من الرجال و النساء في الصحة العقلية و الصحة العامة لدى الأشخاص في السن من "25-44 سنة"، و في الوظائف الجسمية و الصحة العامة في السن من "45-64 سنة"، أما في فئة السن من "65 فما فوق" فقد كانت أكبر الفروق التي وجدت في الوظائف الجسمية و الحيوية لدى الرجال، و آلام الجسم و الدور العاطفي الإنفعالي لدى النساء.

كما تختلف نتائج الدراسة عما توصلت إليه دراسة ماك كوناث و آخرون (McConatha, J & al, 1998) على 327 من الذكور و الإناث، الذين تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات عمرية (من 19-35 سنة ، من 36 إلى 55 سنة، من 56 سنة فأكثر)، و التي بينت نتائجها أن الإناث الأكبر سنا كانوا أقل تحكما في حياتهم من صغار الراشدين، و أن ذلك ينعكس على إدراكهم لجودة الحياة، فالكبار من السيدات أقل إدراكا لجودة الحياة من الصغار، و تختلف عن نتائج دراسة توفيق درادكة و طارق الحبيب (Daradkeh, T, K & Al Habeeb, T, 2005) باستثناء متغير الجنس، إذ طبقت الدراسة على عينة قوامها 211 من الفصاميين، و توصلت إلى عدم وجود علاقة دالة بين الجنس و الحالة العائلية من جهة، و بين جودة الحياة من جهة أخرى، في حين كان الارتباط دالا بين المستوى التعليمي و المهنة و بين جودة

الحياة، كذلك أظهرت النتائج أن جودة الحياة كانت أفضل لدى المرضى الذين يعانون من أعراض ذهانية طفيفة و الذين لا يعانون من أعراض ذهانية على الإطلاق، إذ كان ربع أفراد العينة يتمتعون بجودة حياة معقولة على الرغم من مرضهم.

خلاصة وتوصيات:

من خلال نتائج الدراسة نستخلص أن مرض قصور الشريان التاجي هو مرض خطير و مدمر، و يؤثر على المريض مهما كان سنه، أو مستواه التعليمي، أو مدة إصابته بالمرض، فهو يؤثر في الحالة النفسية و الاجتماعية و الصحية للمريض، فرغم خطورة هذا المرض، إلا أن أفراد عينة الدراسة الحالية أظهروا درجة مرتفعة من جودة الحياة، و هذا ما يجعلنا نعطي أهمية كبيرة للرعاية الصحية و النفسية التي تقدم للمرضى من أجل تحسين جودة الحياة لديهم، و عليه فالوظائف البدنية، و السيطرة على الألم و القيام بالحركات و النشاطات الرياضية الموصى بها، و الابتعاد عن الانفعالات، و تجاوز الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية تعتبر كمؤشرات هامة لتحسين جودة الحياة لدى المرضى، إضافة إلى تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة التي يحملونها حول المرض و كيفية التعايش معه، و بالتالي إمكانية التعايش مع المرض بطريقة تجعلهم يتقبلون أنفسهم، و يمارسون نشاطاتهم اليومية بشكل طبيعي. هذه النتائج توفر معلومات هامة للقائمين على رعاية مرضى قصور الشريان التاجي و مرضى الجهاز القلبي بصفة عامة للتعرف علي هؤلاء المعرضين لتدهور جودة حياتهم ، و تقديم برامج تثقيفية مخططة علي أسس علمية و مواكبة لاحتياجات المريض الفعلية، و توفير الخدمات الصحية و النفسية للمرضى، إضافة إلى توفير أنماط حياتية و تدابير علاجية تؤدي إلى جودة حياة أفضل.

قائمة المراجع:

1. الجمعية الجزائرية لطب القلب (2014)، 100 ألف إصابة جديدة بأمراض القلب في الجزائر سنويا، المؤتمر الدولي لأمراض القلب، الجزائر.
2. العارف بالله محمد الغندور (د،س)، أسلوب حل المشكلات و علاقته بنوعية الحياة –دراسة نظرية –المؤتمر الدولي السادس، جامعة عين شمس.
3. أميرة محمد الدق (2011)، أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي (س) المزمين في ضوء فاعلية الذات الصحية و الحالة العقلية. (ط1)، إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
4. تيموثي ج. ترول (2007)، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة فوزي شاکر طعيمة داود و حنان لطفي زين الدين، ط1، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان.
5. جبال نور الدين (2008)، علاقة الإضطرابات السيکوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، مذكرة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية الآداب و العلوم الإنسانية، قسم علم النفس، جامعة الحاج لخضر باتنة.
6. جمعية الصحة العالمية (2007)، توقی الأمراض غير السارية و مكافحتها "تنفيذا إستراتيجية العالمية"، مدون في:
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_15-ar.pdf: 12/02/2007-15:56).
7. حسام الدين محمود عزب (2004)، برنامج إرشادي لخفض الإكتئابية و تحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر "التعليم للجميع... التربية و آفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي، كلية التربية، جامعة عين شمس.
8. سامي محمد موسى هاشم (2001)، جودة الحياة لدى المعوقين جسميا و المسنين و طلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، ع13، جامعة عين شمس.
9. صالح اسماعيل عبد الله الهمص (2010)، قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة و علاقته بجودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة.
10. شيلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و آخرون، (ط1)، دار الحامد للنشر و التوزيع عمان-الأردن.
11. زعطوط رمضان (2014)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمين و علاقتهما ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس الإجتماعي، جامعة قاصدي مرباحي، كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية، ورقلة.

12. Daradkeh, T, K & Al Habeeb, T (2005), **Quality of life of patients with schizophrenia 2**, Eastern Mediterranean Health Journal, Vol 11, Nos 5/6.
13. Geraldine, A, L (2010), **Coronary Artery Disease and Quality of Life**, Baker HDI Heart and Diabets Institute, Melbourne, Australia.
14. Gustave-Nicolas Fisher & Cyril Taraquino, (2006) **Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé**, traduit par : Olivier Desrichard, Dunod,Paris.
15. Organisation mondiale de la santé (2015), **Maladies cardiovasculaires**, (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>; 07/01/2015 : 23 :00)