

نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان.

مرازة وليدة

جامعة المسيلة

ملخص :

شهد القرن الماضي تزايدا هائلا في الاهتمام بجودة (نوعية) الحياة المرتبطة بالصحة؛ نظرا للاتجاه العالمي الرامي إلى التساؤل حول فاعلية أنواع العلاج، وإعادة بناء أنظمة الرعاية الصحية. ففي مجال البحوث الطبية المتعلقة بالسرطان أصبحت قضايا جودة الحياة المرتبطة بالصحة عنصرا حيويا يهم مرضى السرطان وأسرههم ومقدمي الرعاية إلى حد كبير. ولقد بدأ الانتباه إلى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء المرضى نتيجة المطالبة باهتمام أكبر للحفاظ عليه أو استعادتها بعد علاج السرطان.

ونتيجة لهذا، استخدمت جودة الحياة المرتبطة بالصحة كتقييم في التجارب السريرية للسرطان حيث تم اتخاذ تقييماتها لمقارنة العلاجات، وكذلك تحديدا لآثار الجانبية والعواقب المترتبة على العلاجات و احتياجات إعادة التأهيل؛ و إمكانية الحد من هذه التأثيرات، وتوقعا لاستجابة للعلاج في المستقبل.

ومن هذا المنطلق ترمي هذه المقالة إلى تقييم مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان وكذا إبراز أكثر الأبعاد تأثرا بالمرض وعلاجاته.

الكلمات المفتاحية: مرض السرطان/نوعية الحياة/العلاجات/الصحة و المرض.

1- الإشكالية :

يعتبر علم الأورام أرضا خصبة للبحث في جودة الحياة بصفة عامة وجودة الحياة المرتبطة بالصحة بصفة خاصة، على اعتبار أن المرضى الذين يعانون من السرطان يظهرون العديد من الأعراض و فقدان القدرة الوظيفية التي تعتمد على التقارير الذاتية للمرضى والتي ليست قابلة للقياس من خلالا لاختبارات المعملية. (Osoba, 2011)

ونتيجة لهذا، استخدمت جودة الحياة المرتبطة بالصحة كتقييم في التجارب السريرية للسرطان حيث تم اتخاذ تقييماتها لمقارنة العلاجات، وكذلك تحديدا لآثار الجانبية والعواقب المترتبة على علاج السرطان لتقييم احتياجات إعادة التأهيل؛ و إمكانية الحد من هذه التأثيرات، وتوقعا لاستجابة للعلاج في المستقبل.

ولقد أصبحت قضايا جودة الحياة المرتبطة بالصحة عنصرا حيويا يهتم مرضى السرطان وأسرههم ومقدمي الرعاية. إلى حد كبير، و لقد بدأ الانتباه إلى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان نتيجة المطالبة ب اهتمام أكبر للحفاظ عليها أو استعادتها بعد علاج السرطان. (Ferrell, Dow, 1997)

وتعد جودة الحياة المرتبطة بالصحة أحد أهم الأمور التي تساعد في فهم تجربة السرطان و تشكيلها لدى المصاب، كما تلعب دورا أساسيا في نجاح العلاج. ويذكر أن تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصحة يختلف من شخص لآخر، كما وأن له تفرعات عديدة. فعلى سبيل المثال، الشعور بالألم والإرهاق وغير ذلك من الأعراض الجانبية للمرض وعلاجه كلها أمور تؤثر بشكل سلبي على جودة الحياة. كما وأن الضغوطات النفسية والصعوبات المادية والخلافات العائلية تقوم بذلك أيضا. و لهذا يجب أن يفهم مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة كعامل ذاتي بارز ، الذي يجب تقييمه من قبل المريض ك مفهوم معقد يعتمد على عوامل متعددة و وضعيات متغيرة عبر الزمن. ومن هذا المنطلق تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان؟

- أي بعد من أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة أكثر تأثرا بالسرطان؟

2- الفرضيات: تقترح الدراسة الفرضيات التالية:

-نتوقع انخفاض مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان.

-نتوقع انخفاض متوسط درجات مرضى السرطان في بعد الكفاءة الجسمانية في جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

3-تحديد مصطلحات الدراسة:

-جودة الحياة المرتبطة بالصحة: حسب شوماخر ونوتن and Naughton

Schumaker (1996) هي إدراك ذاتي ، يتأثر بالحالة الصحية الحالية، وبالقدرة على أداء تلك الأنشطة الهامة بالنسبة للفرد.

(Romero et al, 2013)

وتعرف جودة الحياة المرتبطة بالصحة إجرائيا ، من خلال الدرجة التي يحصل عليها مريض السرطان في مقياس التقييم الوظيفي لعلاج السرطان FACT-G 4 المستعمل في الدراسة و الذي يشمل الأبعاد التالية ، الكفاءة الجسمانية ، الكفاءة الأسرية / الاجتماعية ، الكفاءة العاطفية ، و أخيرا الكفاءة الوظيفية .

-مرضى السرطان: ويعرف مرضى السرطان في هذه الدراسة، بأنهم المرضى الذين شخصوا بمرض السرطان من قبل أطباء متخصصين في علم الأورام السرطانية، وذلك بعد القيام بمجموعة من الفحوصات الإكلينيكية، والمخبرية اللازمة. 4.

4-الدراسات السابقة:

هدفت هدفق دراسة حيدر نجاد Heydarnejad (2011) إلى تقييم جودة الحياة لدى مرضى السرطان ذوي الأورام الصلبة، خلال دورات العلاج الكيميائي المختلفة. وأجريت على مجموعة من 200 مريض سرطان، طبق عليهم استبيان (EORTC QLQ-C30) لقياس جودة الحياة. أفادت الغالبية العظمى من المرضى (68%) بمستوى ملائم إلى حد ما أو إيجابي من جودة الحياة، و هي نتيجة تظهر أن جودة الحياة ترتبط ارتباطا مباشرا بإجراءات علاج السرطان.

وبهدف تقييم جودة حياة المصابين بالسرطان قام راجع Rajae (2011) بإجراء دراسة استطلاعية بفاس

(المغرب) لمدة سنة. اينقيمت جودة الحياة المرتبطة بالصحة بواسطة النسخة العربية QLQ C (EORTC) (30) شملت الدراسة (61) مريضا، 44 امرأة و 17 رجلا، متوسط أعمارهم +/- 49.29. منهم 70.5% متزوجون، 52.5% غير متعلمين مع 84% من المرضى فقط لهم مستودع راسي جامعي. دلت النتائج أن معظم المرضى لا يعانون من مشاكل أداء الجسدي، أما 50.15% كانوا يعانون من مشاكل علل الصعيد العاطفي والفقد، و 6.4% من المرضى كانت لهم مشاكل علل الصعيد الاجتماعي. بالنسبة للمعطيات العرضية تم تقسيم تسعاً بعد وقد تصدرت المشاكل المالية بنسبة 63.6% يليها التعيين بنسبة 38.78%. (Rajae, 2011, pp80-81)

وقامت هريلا Harila (2011) بتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى الناجين على المدى الطويل من سرطان الدم الليمفاوي الحاد (ALL) acute lymphoblastic leukemia، استخدم المسح الصحي (RAND-36) لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة الذاتية، على 74 من الناجين من سرطان الدم الليمفاوي الحاد وتألقت المجموعة الضابطة من 146 من الشباب الأصحاء مختارة من سجل السكان المحليين.

أظهر الناجون من سرطان الدم الليمفاوي الحاد نتائج جودة حياة مرتبطة بالصحة جيدة مقارنة مع المجموعة الضابطة. (Harila, 2011)

و بحث دراسة كيك **Keck** (2006) العلاقة بين مركز ضبط الألم ونتائج مؤشر جودة الحياة لدى مرضى الألم المزمن. تكونت عينة الدراسة من 10 مرضى يتراوح سنهم بين 18 سنة إلى 91 سنة. تم جمع البيانات الالديموغرافية والصحية كما تم استخدام مقياس مركز ضبط الألم المعد من طرف طومي وآخرون (1991) والمؤشر العام لجودة الحياة - الإصدار الثالث (QLI-GVIII) لفرانس و باور Ferrans & Power (1985). بينت النتائج أن البعد النفسي - الروحي لجودة الحياة كانت نتائجه أكثر تباينا تلاه البعد الجسمي و الوظيفي ثم العائلي و السوسيو اقتصادي. (keck , 2006,pp14-25)

و هدفت دراسة انج و آخرون **Inge et al** (2005) إلى التحقق و البحث في المعارف المتعلقة بالألم و جودة الحياة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الألم المزمن و كذلك البحث في منبئات جودة الحياة. شملت عينة الدراسة غير المتماثلة 1208 مريض لديهم ألم مزمن من المستشفى الجامعي ماستريكت للألم المزمن. و كان متوسط أعمارهم 50 سنة ن و كان هناك 62% نساء و 38% رجال. عرضت على العينة الاختبارات المرتبطة بالمتغيرات الديموغرافية ،مقياس ماك جيل للألم، قائمة إدراك و مواجهة الألم، مقياس الكارثية الخاص الألم ، مقياس جودة الحياة.

و أظهرت النتائج أن العينة سجلت جودة حياة منخفضة في كل مجال، و أن المرضى الذين لديهم ألم ظهر منخفض، و ألم متعدد المواقع كان لديهم مستوى جودة حياة أدنى. و تبين أن ارتباط الكارثية بجودة الحياة أقوى من شدة الألم . كما تبين أن نوع الألم لعب دورا في تحديد نتائج جودة الحياة مع أولئك الذين في فئة الألم المتعدد المواقع. بالإضافة كان هناك فرق صغير بين النساء و الرجال، حيث سجلت النساء ألم أكثر، كارثية الألم، و نتيجة أدنى في الوظيفة الجسدية و النشاط، ألم جسدي و صحة عامة. و أهم النتائج بينت أن كارثية الألم كانت أكبر عامل في نتائج جودة الحياة، حيث أنه كان أقوى من حدة الألم ذات نفسه. و أن الألم كان المنبئ الوحيد و الأهم في جودة الحياة. (Inge et al, 2005)

ووفقا، لليندستروم و آخرون **al Lindstrom et** (2004) دراسة ل 81 مريض من العيادات الخارجية لتدبر الألمفي النرويج من قبل هذه المجموعة كشفت انخفاضاً في كل المقاييس الفرعية المقاسة بواسطة النموذج القصير لنتائج المسح الطبي (SF-36)، أداة كثيرا ما تستخدم لتحديد جودة الحياة المرتبطة بالصحة. وقد سجلت النساء صحة جسمية سيئة أكثر سوءا من الرجال، وارتبطت مدة الألم ايجابيا بالصحة الجسمية، التي

كانت نتيجة غير متوقعة. كما كانت زيادة الألم مرتبطة عكسيا مع الصحة الجسمية، في حين أن الدعم الاجتماعي كان له تأثير إيجابي على الصحة النفسية. وقد وجد أن متغيرات شدة الألم، والخمول، والاحتمالية الناقصة للألم تساهم في خفض الصحة. (KECK, 2006, pp11-12)

أما دراسة ألمراس و زملائه **Almeras et al** (2003) فهدفت إلى تقييم جودة الحياة بعد العلاج الإشعاعي الخارجي لسرطان البروستاتا المتمركز 108 من المرضى. القيم المرجعية المستخدمة للمقارنة كانت تلك التي لوحظت من طرف Litwin في مجموعة ضابطة لا تعاني سرطان البروستاتا. أجاب ثلاثة أرباع 3/4 العينة بأنهم راضون إلى راضون جدا فيما يتعلق بالعلاج الذي يتلقونه. وكانت النتائج المتحصل عليها في جودة الحياة الكلية مماثلة لتلك التي تحصلت عليها المجموعة الضابطة. ولوحظ أن العلاج الإشعاعي الخارجي يغير كثيرا من جودة الحياة المتعلقة بالوظائف الجنسية و الهضمية. وعلى المستوى البولي (Almeras, 2003).

بينما كان الغرض من الدراسة التجريبية التي قامت بها أول و زميلاتها **all et al** (2000) هو فحص الاختلافات الموجودة لدى الأفراد المقيمين في المنطقة الجنوبية الشرقية من الولايات المتحدة والذين يعانون الألم المزمن في تصورهم لجودة الحياة في مجموعتين:

تلقت مجموعة من الأفراد (ن = 16) تدخل للألم المزمن، وتألفت المجموعة الثانية (ن = 20) من الأفراد الذين لم يتلقوا التدخل المتعلق بالألم المزمن. تم تحليل نتيجة 36 فردا على مؤشر Ferrans و Power لجودة الحياة. وكشف تحليل البيانات أن كلا الفريقين في هذه الدراسة التجريبية يدرك جودة حياته على أنها منخفضة، وأن مجموعة المرضى الذين تلقوا برنامج تدخل (ن = 16) سجلت جودة حياة مدركة أقل. (All et al, 2000)

وقام الباحث ريتشاردسون وآخرون **Richardson et al** (1997) بدراسة على نساء مصابات بمرض سرطان الثدي في مرحله الأولى بلغ عددهن (ن = 47)، وقد قُسمت المريضات إلى ثلاث مجموعات، الأولى استلمت العناية الطبية الاعتيادية (ن=15)، والثانية تلقت 6 أسابيع من الدعم (ن=16) والمجموعة الثالثة تلقت دورات في التأمل (ن=16). وقد استخدم مقياس أساليب مواجهة السرطان، بروفيل مواقف (سلوكات) الحياة، جودة الحياة (FACT-B)، بروفيل الحالات المزاجية، و الدعم الوظيفي. وعند إجراء الدراسة تم الأخذ بعين الاعتبار السن و مرحلة المرض و عدد الأشهر بعد العلاج.

سجل لدى جميع النساء تحسن جودة الحياة، و بينت مجموعة التأمل و الدعم تحسنا في مهارات المواجهة (اختيار الدعم) والدعم الاجتماعي المدرك، وميلا لتعزير معنى الحياة. و قد خلصت الدراسة إلى أنه على

الرغم من أن التأمل خفض التوتر وحسن جودة الحياة، فإن كلا من التأمل و الدعم حسنا لمواجهة السلوكيات، وإدراك الدعم. (Richardson et al, 1997, pp 62-70)

✓ التعليق على الدراسات :

ركزت الدراسات على إبراز أهمية جودة الحياة المرتبطة بالصحة، حيث أصبحت عنصرها مافيا اتخاذ القرارات الطبية بنفس درجة أهمية، ونجاعة الأدوية المستعملة. وكذا إبراز مستوى جودة الحياة لدى المرضى، و أكثر الجوانب من حياة المريض تأثرا بالمرض. و علاوة على ذلك بحثت في تأثير عامل الجنس و السن، مدة و شدة الألم ونوع العلاج على جودة حياة مريض السرطان وقد خلصت الدراسات إلى نتائج متباينة. كما يظهر لنا من خلال قراءة الدراسات السابقة تنوع المقاييس المستخدمة لتقييم جودة الحياة لدى مرضى السرطان باختلاف أهداف و عينة الدراسة.

5- منهج الدراسة:

اعتمد على المنهج الوصفي في هذه الدراسة ، حيث نحاول من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة وتحليل بياناتها والتعبير عنها كميًا.

6- أدوات الدراسة:

مقياس FACT-G هو أداة لقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى الذين يعانون من السرطان. وفيه نجد أنه من خلال البند الواحد ، هناك 5 إجابات محتملة تتراوح بين "ليس على الإطلاق" إلى "كثيرا جدا" (مقياس ليكرت). تتعلق الأسئلة بالأيام السبعة التي تسبق وقتنا لإجابة على المقياس. تنقسم أسئلة FACT-G إلى 4 سلاسل فرعية متعلقة ب 4 مجالات لجودة الحياة التي يمكن قياسها بطريقة معزولة: الكفاءة الجسمانية (7 بنود)، الكفاءة الأسرية/الاجتماعية (7 بنود)، الكفاءة الانفعالية (6 بنود)، الكفاءة الوظيفية (7 بنود). (Belgian

Screening Tools II, pp1-2)

تنقط بنود العبارات الايجابية من 0 إلى 4 في حين تعكس بنود العبارات السلبية بحيث تنقط من 4 إلى 0 ، ثم تضاعف نتيجة مجموع البنود من خلال عدد البنود في السلم الفرعي و بعدها تقسم على عدد البنود المجاب عليها. ينتج عن هذا نتيجة السلم الفرعي.

7- الخصائص السيكمترية للمقياس:

*الصدق: تم حساب صدق المقياس بواسطة طريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه. والجداول التالية توضح النتائج المتحصل عليها.
جدول(1): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الكفاءة الجسمانية وبنوده.

البند	البند	البند	البند GP	البند	البند	البند	البند
GP 7	GP 6	GP 5	GP 4	3	GP 2	GP 1	
**0.705	**0.841	**0.641	**0.664	**0.630	**0.796	**0.686	معامل الارتباط

جدول(2): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الكفاءة الاجتماعية / الأسرية وبنوده.

البند	البند	البند GS	البند	البند GS	البند GS	البند GS	البند
7	GS 6	5	GS 4	3	2	1	
**0.408	*0.349	**0.481	0.282	**0.640	**0.528	**0.607	معامل الارتباط

جدول(3): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الكفاءة الانفعالية وبنوده.

البند	البند GE	البند GE	البند GE	البند GE	البند GE	البند GE	البند
6	5	4	3	2	1		
**0.806	**0.604	**0.510	**0.549	**0.615	**0.770		معامل الارتباط

جدول(4): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الكفاءة الوظيفية وبنوده.

البند	البند GF	البند GF	البند GF	البند GF	البند GF	البند GF	البند
7	6	5	4	3	2	1	
**0.729	**0.808	**0.629	**0.793	**0.775	**0.609	**0.647	معامل الارتباط

تدل العلامة (***) على وجود دلالة إحصائية عند مستوى 0.01. تدل العلامة (*) على وجود دلالة إحصائية عند مستوى 0.05.

يتبين لنا من النتائج المتحصل عليها لقيم معاملات الارتباط بين الأبعاد الأربعة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة والبنود الممثلة لكل بعد، أن كل معاملات الارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01

باستثناء البند السادس التابع لبعء الكفاءة الاجتماعية / الأسرية (GS 6) كان معامل ارتباطه دال عند مستوى الدلالة 0.05. كما يتبين لنا أن البند الرابع التابع لبعء الكفاءة الاجتماعية/الأسرية (GS4) كان معامل ارتباطه غير دال. أي أن عدد البنود الدالة هو 26 بندا من بين المجموع الكلي للبنود و هو 27، و هو ما يشير إلى تمتع مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة Fact-G بمعامل صدق عال.

*الثبات: تم التحقق من ثبات المقياس بواسطة الطرق التالية:

✓ حساب معامل α كرومباخ، طريقة التجزئة النصفية، معادلة سبيرمان براون Spearman Brown

لإجراء التصحيح الإحصائي. وقد دلت النتائج على ارتفاع جميع معاملات الثبات المحسوبة بالطرق الثلاث السابق ذكرها وقد تراوحت قيمها بين (0.63 و 0.83)، وهو ما يدل على تمتع المقياس بدرجة من الثبات .

8- عينة الدراسة:

قمنا باختيار عينة قصدية قوامها (100) مريض سرطان من الجنسين. وتجر الإشارة إلى أن المقاييس كانت بشكل بطارية طبقت على المرضى فرديا. و يمكن تلخيص أهم المتغيرات الوصفية الخاصة بعينة الدراسة كما يلي:

من حيث الجنس غالبية أفراد العينة من الإناث (56 مريضة مقارنة 44 مريضا) نظرا للانتشار المتزايد لسرطان الثدي. ومن حيث السن فهم ينتمون إلى فئة الكهول والشباب (45 مريضا أعمارهم بين 41 ← 61) و (42 مريضا أعمارهم بين 20 ← 40 سنة)، غالبيتهم من حيث المستوى التعليمي لديهم مستوى متوسط (24 مريضا) و ثانوي (23 مريضا)، مقارنة بغير المتعلمين ب (19 مريضا)، وفئة الجامعيين و ذوي مستوى ابتدائي (17 مريضا). وبالنظر إلى حالتهم الاجتماعية فأغلبهم متزوجون (62 مريضا)، مقارنة بالعازبين (17 مريضا)، المطلقين (11 مريضا) و الأراامل (10 مريض).

أما من حيث مدة إصابتهم بالمرض فهي تتراوح بين السنة وخمس سنوات (51 مريضا) مقارنة بالأكثر من 5 سنوات ب (28 مريضا)، و الذين لم تتجاوز مدة مرضهم السنة ب (21 مريضا).

وفيما يخص نوع العلاج فقد تصدرت فئة المرضى الخاضعة للعلاج الكيميائي (51 مريضا) العينة الإجمالية مقارنة بالعلاج الجراحي (24 مريضا) والعلاج الإشعاعي (25 مريضا) .

9- المجال الزمني و المكاني للدراسة:

– المجال الزمني: امتدت فترة انجاز الدراسة التي شملت تطبيق المقاييس ومعالجة وتحليل النتائج من أكتوبر 2014 إلى غاية سبتمبر 2015.

–المجال المكاني: تم جمع استجابات المرضى من مايلى:

مركز مكافحة السرطان بولاية باتنة، المستشفى الجامعي " بن فليس التوهامي " بولاية باتنة وهذا من الأقسام التالية : قسم جراحة نساء / رجال . قسم المسالك البولية . قسم مكافحة الأمل، جمعية شعاع الأمل لمرضى السرطان بولاية الجلفة، جمعية الفجر لمرضى السرطان بولاية باتنة، وعدد من الحالات من ولاية المسيلة .

10-المعالجات والأساليب الإحصائية:

تم الاستعانة في تحليل نتائج الدراسة على برنامج (SPSS)البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية النسخة 18.

11-عرض و مناقشة النتائج:

❖ الفرضية الأولى " نتوقع انخفاض مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان".

للتحقق من صحتها تم حساب المتوسط الفرضي للدرجة الكلية لأداة القياس، متوسط الدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان، وكذا دلالة الفرق بين المتوسطين باستعمال الاختبار التائي (-t) test لعينة واحدة. و النتائج مبينة في الجدول التالي.

جدول(5): يمثل نتائج اختبار (t-test) لعينة واحدة لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان.

المتغير	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	انحراف معياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
جودة الحياة المرتبطة بالصحة	54	70.98	18.02	39.38	0.01

بمراجعة المتوسط الحسابي لدرجات مرضى السرطان في جودة الحياة المرتبطة بالصحة والذي بلغت قيمته (70.98) ومقارنته بالمتوسط الفرضي للدرجة الكلية للمقياس والذي قدر ب(54) ، تبين لنا أن متوسط العينة

أكبر من المتوسط الفرضي. وعند حساب دلالة الفرق بين المتوسطين باستعمال الاختبار التائي (t-test) لعينة واحدة، بلغت القيمة التائية المحسوبة (39.38) بانحراف معياري (18.02) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01. وعليه فان الفرق بين المتوسطين ذو دلالة إحصائية لصالح المتوسط الحسابي لأفراد العينة. وهذا ما يشير إلى تمتع مرضى السرطان بمستوى جيد في جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وهي نتيجة تمكننا من القول بأن الفرضية المتحقق.

كما أنها نتيجة مماثلة لتلك التي خلص إليها Heydarnejad (2011)، Harila (2011) و Richardson (1997) حيث أفاد مرضى السرطان بمستوى جيد من جودة الحياة، و Almeras (2011) et al (2003) الذين وجدوا أن جودة الحياة الكلية لمرضى سرطان البروستاتا مماثلة لتلك التي تحصل عليها غير المرضى. غير أنها تختلف مع ما وجدته Lindstrom et al (2004) حيث كشفوا انخفاضاً في كل المقاييس الفرعية لجودة الحياة، وكذا All et al (2000)، Inge et al (2005) أين أدرك المرضى الذين يعانون من الألم جودة الحياة على أنها منخفضة.

وما يفسر هذا الاختلاف حسب الباحثة هو الفترة التي يتم فيها التقييم، فقد تبين أن جودة الحياة تكون متدنية بشكل خاص خلال الفترة الأولى من المرض، ولكنها تميل للتحسن مع مرور الزمن. وهذا التحسن يكون نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل حيث تتأثر جودة الحياة بشكل خاص بنتائج العلاج و بإدراك المريض سواء لمرضه أو لمكانته وقدرته على تقييم وضعه و مواجهة التحديات التي تواجهه كما تتأثر بحجم شبكة المساندة التي يتلقاها. إدراك المرض على أنه ابتلاء من الله و على المريض أن يتقبله و يصبر عليه و يواجه المشكلات التي قد تعترضه أثناء مسار المرض يخفف من عبء المرض و من المشكلات النفسية، كما أن توفر الدعم من المحيط يشكل عاملاً مهماً في تحسن جودة الحياة فهو يساهم في زيادة شعوره بالأمل و الرضا من خلال تقبلهم لمرضه و مساندتهم له.

❖ الفرضية الثانية "نتوقع انخفاض متوسط درجات مرضى السرطان في بعد الكفاءة الجسمانية في

جودة الحياة المرتبطة بالصحة".

تم حساب متوسطات درجات مرضى السرطان في كل بعد من أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة. و الجدول التالي يبين ما تم التوصل إليه من نتائج.

جدول (6): يمثل متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي
الكفاءة الجسمانية	14	15.09
الكفاءة الاجتماعية/الأسرية	14	21.06
الكفاءة العاطفية	12	15.70
الكفاءة الوظيفية	14	19.13

يتبين لنا من قراءة الجدول أن متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة جميعها

أكبر من المتوسط الفرضي لكل بعد بشكل دال، مما يشير إلى أن مستوى كل من الكفاءة الجسمانية،
الأسرية/الاجتماعية، العاطفية، و الوظيفية يدل على تمتع المرضى بمستوى جيد من جودة الحياة.

كما يتبين لنا أيضا أن متوسط بعد الكفاءة الأسرية/ الاجتماعية لدى مرضى السرطان هو الأكبر بين
المتوسطات حيث بلغت قيمته م= 21.06. ونجد في الأخير بعد الكفاءة الجسمانية بمتوسط حسابي م=15.09،
وهو ما يشير إلى أن البعد الأكثر تأثرا لدى مرضى السرطان هو بعد الكفاءة الجسمانية. و انطلاقا من هذه
النتيجة يمكننا القول بأن الفرضية قد تحققت.

وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت إليه دراسة Rajae (2011) التي دلت نتائجها أن

المشاكل لعل الصعيد العاطفي كانت هي البارزة ثم تلتها مشاكل علل الصعيد الاجتماعي، في حين لم يعاني
المرضى من مشاكل في الأداء الجسدي. و دراسة keck (2005) التي وجدت أن البعد الأكثر تباينا في جودة الحياة هو
البعد النفسي، تلاه الجسدي و الوظيفي ثم العائلي و السوسيو اقتصادي. وتفسر نتيجة تحسن البعد الأسري /
الاجتماعي من جودة الحياة بان استجابة المريض لتشخيص وعلاج السرطان تتأثر بعامل المساندة والتي تعتبر
مهمة في إعطاء الأمل للمريض. فالدعم النفسي يُعد أهم أنواع المساندة لمرضى السرطان سواء قدمت من
الأصدقاء أو الأزواج باعتبار أن أغلبية المرضى من المتزوجين. وذلك بالسماح للمريض بالتعبير عن مشاعره
وانفعالاته، وجعله يقوم بدوره المنوط إليه داخل الأسرة ومساعدته عند القيام بالأعمال اليومية دون إبداء مشاعر
الشفقة و تحسنيه بالعجز أو النقص.

ولأن التواصل و المساندة الاجتماعية تمثل متغيراً مهماً؛ فإن توفرهما لدى مريض سرطان له أثر إيجابي
حيث، يترتب عن تقبل المريض لذاته و واقعه الجديد بعد إصابته بالسرطان و شعوره، بتقبل الآخرين له و لمرضه،
و مساندتهم له، شعوره بالرضا و زيادة قابليته لمواجهة ألم السرطان ما ينعكس إيجاباً على جودة حياته الاجتماعية و
الأسرية. و في المقابل فإن تحصل بعد الكفاءة الجسمانية في دراستنا على درجة منخفضة مقارنة بباقي أبعاد جودة

الحياة المرتبطة بالصحة، يفسر من خلال أن الناحية الجسمية للمريض هي المرآة العاكسة للمرض أكثر من باقي النواحي فالكفاءة الجسمانية لمريض السرطان تتأثر بصورة كبيرة بالمرض بسبب انعكاسات المرض وعلاجاته على جسم المريض. والغثبان والألم والشعور بالإرهاق ونقص الطاقة و عدم القدرة على أداء الأنشطة، هي الآثار الجانبية الأكثر شيوعا لعلاج السرطان.

➤ خاتمة:

مما سبق يتضح لنا أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة بصورة عامة تعكس الطرق التي تدل على الراحة النفسية و الاجتماعية والجسمية في الحياة اليومية للفرد. ومن الأسباب التي تدفع الباحثين إلى دراسة جودة الحياة المرتبطة بالصحة هو أهميتها في تحديد تأثير المرض على مختلف جوانب الحياة اليومية للفرد. وفي ضوء ما أسفرت عنه النتائج فقد تبين لنا ضرورة إجراء دراسات تهتم بالبحث في متغيرات نفسية أخرى، يمكن أن يكون لها دور مهم في تحديد و تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان وهذا نتيجة قلة الدراسات المتناولة لهذا الموضوع في البيئة العربية قياسا بالبحوث و الدراسات المجراة في البيئة الأجنبية. و التأكيد على أهمية برامج التنمية الصحية بصفة عامة و النفسية بصفة خاصة، في المجال الوقائي و العلاجي باعتبارها أحد المنبئات القوية على جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

المراجع:

- 1-All, Anita C.,Fried, Juliet H.,Wallace, Debra C. (2000). quality of life, chronic pain, and issues forhealthcare professionals in rural communities,online journal of rural nursing and health care, vol. 1, no. 2.
- 2-Almeras, Christophe, Zerbib, Marc, Eschwege, François, Debré, Bernard. (2003).Questionnaire de qualité de vie UCLA/RAND Prostate Cancer Indexaprès radiothérapie externe pour cancer de prostate localize: retentissement des complications et qualité de vie générale, Progrès en Urologie, 13, p: 256-265.
- 3-Belgian Screening Tools II, Best II.
- 4-Ferrell, Betty R., Dow, Karen Hassey.(1997) .Quality of Life Among Long-Term Cancer Survivors, oncology Review Article, Survivorship.at:
<http://www.cancernetwork.com/survivorship/quality-life-among-long-term-cancer-survivors#sthash.4BDmzTfj.dpuf>
- 5-Harila, Marika. (2011) .Health-related quality of life in survivors of child -hood acute lymphoblastic leukemia.University of Oulu, Finland.
- 6- Heydarnejad, M.S., Hassanpour, Dehkordi , A.,and Solati,Dehkordi K .(2011) .Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy, African Health Science. 11(2): 266–270. on : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- 7-Inge, E. Lanné et al. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain than with pain intensity, *European journal of pain*, vol 9, Netherlands
- 8- Keck, Sherry D. A. (2006). Pain locus of control and quality of life, index scores in chronic pain patient, a thesis for the degree master of science in nursing, university of North Carolina, Greensboro.
- 9-Osoba, David. (2011). Health-related quality of life and cancer clinical trials, *Ther Adv Med Oncol*; 3(2): 57–71.
- 10- Rajae, Najib. (2011). Evaluation prospective de la qualité de vie Des patients cancéreux suivis (apropos de 61 cas) au service d'oncologie medicale du CHU Hasan II de Fes, These du Doctorat en medecine, université Sidi Mohammed Ben Abdellah Faculte de medecine et de pharmacie Fes Maroc.
- 11-Richardson MA. et al. (1997). Coping, life attitudes, and immune responses to imagery and group support after breast cancer treatment. *Sep*; 3(5):62-70.
- 12- Romero, Martin, Vivas-Consuelo, David and Alvis-Guzman, Nelson. (2013). Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation?, *Springer Plus*, 2:664.