

رقم الترتيب:.....
رقم التسلسل:.....

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية



رسالة محاضرة لنيل شهادة الدكتوراه علوم
تخصص: علم النفس الإجتماعي
من إعداد: زعطوط رمضان
بعنوان:

نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات

نوقشت يوم:

أمام لجنة المناقشة:

| | | |
|-------------|--|-------------------------|
| رئيسا | أستاذ التعليم العالي بجامعة قاصدي مرباح بورقلة | أ.د. نادية بوشلاق |
| مقررا | أستاذ التعليم العالي | أ.د. عبد الكريم قريشي |
| عضوا مناقشا | أستاذ التعليم العالي بجامعة محمد خيضر ببسكرة | أ.د. جابر نصر الدين |
| عضوا مناقشا | أستاذ التعليم العالي بجامعة الحاج لخضر بباتنة | أ.د. نور الدين جبالي |
| عضوا مناقشا | أستاذ محاضر جامعة قاصدي مرباح بورقلة | د. عبد الفتاح ابي مولود |
| عضوا مناقشا | أستاذ محاضر جامعة عمار ثليجي بالأغواط | د. بن الطاهر التجاني |

فهرس المحتويات

| الصفحة | المحتوى |
|--|---|
| أ | شكر وتقدير..... |
| ب-ج | ملخص الدراسة..... |
| د | فهرس المحتويات..... |
| ح | قائمة الجداول..... |
| ط | قائمة الأشكال..... |
| الفصل الأول: تقديم الدراسة | |
| 2 | 1- موضوع الدراسة..... |
| 6 | 2- مشكلة الدراسة..... |
| 10 | 3- فرضيات الدراسة..... |
| 11 | 4- أهمية وأهداف الدراسة..... |
| 12 | 5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة..... |
| الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة | |
| 17 | 1- نوعية الحياة..... |
| 21 | 1-1 المفهوم وتعريفاته..... |
| 30 | 1- 2 نوعية الحياة في الجزائر..... |
| 32 | 1- 3 المحددات والمتغيرات المتفاعلة في نوعية الحياة..... |
| 34 | 1- 4 نوعية الحياة والسرطان..... |

| | |
|-----|---|
| 35 | 1-5 النموذج النظري المقترح لتفسير نوعية الحياة..... |
| 37 | 1-6 الدراسات السابقة |
| 44 | 2- المرض المزمن..... |
| 48 | 1-2 التكيف مع المرض المزمن..... |
| 49 | 2-2 السرطان..... |
| 51 | 3- التدخين..... |
| 53 | 1-3 التدخين والصحة..... |
| 63 | 2-3 الدراسات السابقة..... |
| 75 | 4- الوظائف التنفيذية..... |
| 79 | 1-4 الدراسات السابقة..... |
| 81 | 5- الكفاءة الذاتية المدركة..... |
| 82 | 1-5 الدراسات السابقة |
| 85 | 6- الدعم الاجتماعي المدرك..... |
| 87 | 1-6 الدراسات السابقة..... |
| 91 | 7- الكرب النفسي..... |
| 96 | 1-7 الدراسات السابقة |
| 98 | 8- أداء الجهاز المناعي من خلال تعداد الخلايا المناعي..... |
| 101 | 1-8 الدراسات السابقة..... |
| 104 | 9- خلاصة الفصل..... |

الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية

| | |
|--|---|
| 106 | 1- المنهج..... |
| 106 | 2- العينة..... |
| 109 | 3- الأدوات..... |
| 122 | 4- التحليل الإحصائي..... |
| الفصل الرابع: النتائج ومناقشتها | |
| 125 | 1- نتائج ومناقشة الفرضية الأولى..... |
| 127 | 2- نتائج ومناقشة الفرضية الثانية..... |
| 129 | 3- نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة..... |
| 132 | 4- نتائج ومناقشة الفرضية الرابعة..... |
| 134 | 5- نتائج ومناقشة الفرضية الخامسة..... |
| 135 | 6- نتائج ومناقشة الفرضية السادسة..... |
| 137 | 7- نتائج ومناقشة الفرضية السابعة..... |
| 139 | 8- نتائج ومناقشة الفرضية الثامنة..... |
| 152 | 9- نتائج ومناقشة الفرضية التاسعة..... |
| 161 | 10- نتائج الفرضية العاشرة..... |
| 172 | خلاصة الدراسة..... |
| 174 | آفاق الدراسة ومقترحاتها..... |
| 175 | قائمة المراجع..... |
| 188 | الملحق 1: استمارة تحكيم مقياس التدين..... |
| 198 | الملحق 2: بطاقة اجتماعية اقتصادية..... |

| | |
|-----|---|
| 199 | الملحق3: مقياس نوعية الحياة..... |
| 202 | الملحق4: مقياس التدين..... |
| 206 | الملحق5: مقياس الدعم الاجتماعي المدرك..... |
| 207 | الملحق6: مقياس الكفاءة الذاتية المدركة..... |
| 208 | الملحق7: مقياس الكرب النفسي..... |
| 211 | الملحق8: مقياس الوظائف التنفيذية..... |
| 212 | الملحق9: نتائج تحليل نموذج نوعية الحياة لدى المرضى بواسطة AMOS..... |
| 219 | الملحق10: نتائج تحليل نموذج نوعية الحياة لدى الأصحاء بواسطة AMOS..... |

قائمة الجداول

| الصفحة | العنوان |
|--------|--|
| 20 | جدول 1: المؤشرات الاجتماعية لنوعية الحياة (Rapley 2003) |
| 23 | جدول 2: الأبعاد الموضوعية والذاتية للرفاه الذاتي حسب Noll |
| 26 | جدول 3: مكونات نوعية الحياة (Craig 2010) |
| 47 | جدول 4: توزيع الأمراض المزمنة الأربعة الرئيسية في ولاية ورقلة إلى غاية 2012/12/31 |
| 47 | جدول 5: الأمراض الأربعة الرئيسية بولاية ورقلة إلى غاية 2012/12/31 |
| 57 | جدول 6: مسارات محتملة لتأثير التدخين على الصحة (1996 Levin) |
| 67 | جدول 7: علاقة التدخين بالصحة النفسية حسب Koening (2012) |
| 68 | جدول 8: علاقة التدخين بالصحة الجسدية حسب Koening (2012) |
| 107 | جدول 9: الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة من حيث الجنس والسن |
| 108 | جدول 10: الخصائص الاجتماعية للعينة |
| 111 | جدول 11: مجالات نوعية الحياة حسب منظمة الصحة العالمية |
| 125 | جدول 12: مستوى نوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء |
| 127 | جدول 13: مستوى التدخين لدى المرضى والأصحاء |
| 129 | جدول 14: مستوى التقييم المعرفي ممثلا بالوظائف التنفيذية لدى المرضى والأصحاء |
| 132 | جدول 15: مستوى الكفاءة الذاتية المدركة لدى المرضى والأصحاء |
| 134 | جدول 16: مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المرضى والأصحاء |
| 135 | جدول 17: مستوى الكرب النفسي لدى المرضى والأصحاء |
| 138 | جدول 18: مستوى تعداد الكريات البيضاء و الخلايا اللمفاوية لدى المرضى و الأصحاء |
| 140 | جدول 19: مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة لدى مرضى السرطان |
| 140 | جدول 20: مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة لدى الأصحاء |
| 152 | جدول 21: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة والمتغيرات المستقلة حسب الجنس |
| 154 | جدول 22: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب السن |
| 155 | جدول 23: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى التعليمي |
| 157 | جدول 24: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى الاجتماعي |
| 158 | جدول 25: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى الاقتصادي |
| 160 | جدول 26: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب مدة الإزمان |

قائمة الأشكال

| الصفحة | العنوان |
|--------|--|
| 24 | شكل1: نموذج نوعية الحياة حسب Felce and Perry (1995) |
| 28 | شكل2: نموذج العلاقة بين المتغيرات النفسية الاجتماعية في مفهوم نوعية الحياة (Abbey) |
| 29 | شكل3: نتائج البحث في Google Scholar عن "نوعية الحياة" 19.9.2013 |
| 35 | شكل4: نموذج نوعية الحياة لدى مرضى السرطان (Northouse وزملاؤه 2002) |
| 37 | شكل 5: نموذج نوعية الحياة المقترح في الدراسة الحالية |
| 49 | شكل6: نموذج استراتيجيات مواجهة المرض المزمن (Spitz 2002) |
| 59 | شكل7: نموذج التعامل الديني أو الروحي بتطبيق النموذج التكاملي (Lynn 2005) |
| 61 | شكل 8: الطبيعة الانسانية في الاسلام (مكروم 1995) |
| 62 | شكل9: نموذج مسارات النظرية الاسلامية للصحة (Kasule 2008) |
| 75 | شكل10: الفص الجبهي ومناطقه الأساسية |
| 77 | شكل11: موضع إصابة Phineas Gage |
| 86 | شكل12: دور الدعم الاجتماعي في الصحة (Dantzer 1994) |
| 100 | شكل13: شبكة الاتصالات بين الجهاز العصبي المركزي وبين الجهاز الغدي والمناعي |
| 119 | شكل14: تحليل أبعاد سلوك التدخين |
| 162 | شكل15: نموذج نوعية الحياة لدى مرضى السرطان |
| 164 | الشكل16: النموذج المعدل لنوعية الحياة لدى مرضى السرطان |
| 165 | الشكل17: نموذج Lazarus للتقييم المعرفي |
| 165 | الشكل18: نموذج Damasio للتقييم المعرفي |
| 167 | شكل19: نموذج نوعية الحياة لدى الأصحاء |
| 169 | شكل20: النموذج المعدل لنوعية الحياة لدى الأصحاء |

الفصل الأول

تقديم الدراسة

1. موضوع الدراسة

2. مشكلة الدراسة

3. فروض الدراسة

4. أهمية وأهداف الدراسة

5. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة

.6

1- موضوع الدراسة:

تشكل الأمراض المزمنة أكبر سبب للوفيات في العالم، وقد أخذت تنتشر بشكل وبائي نتيجة التغير الاجتماعي والتحديث الصناعي وعولمة أنماط السلوك وطرائق المعيشة الأقرب إلى نمط الثقافة الغربي، لذلك فهي ترتبط بنوعية الحياة ونمط المعيشة وبالسلوك الصحي، حيث لاحظت منظمة الصحة العالمية أن 75% من أسباب أمراض القلب والأوعية يعود إلى أسباب سلوكية، منها طريقة الغذاء ونقص النشاط الرياضي؛ ويتوقع ارتفاع نسبة هذه الأمراض بسبب شيخوخة السكان ونسبة السمنة وتغير نمط الحياة اليومية.

ولا يختلف الوضع كثيراً في الجزائر والعالم العربي حيث تزداد نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم من 3% في الجمهور العام إلى 20% في الفئة العمرية 60-69 سنة، ويصيب السكري 150 مليون شخص في العالم ومن المتوقع أن يكون غالبية المصابين به سنة 2025 في الدول النامية في الفئة العمرية 45 إلى 64 سنة، أما السرطان فقد تسبب في وفاة 7.6 مليون نسمة في العالم سنة 2008، وقد وصل عدد الاصابات الجديدة في الجزائر الى 37900 حالة سنة 2012، وتسبب في وفاة 21700 شخص في نفس السنة (Globocan 2012).

تشكل هذه الأمراض عبئاً كبيراً على الفرد والأسرة والمجتمع بسبب تكاليف العلاج والرعاية، إضافة إلى الوفاة المبكرة، لذلك شكلت دراسة نوعية حياة هؤلاء المرضى مدخلا جديدا لفهم معاشة الفرد للمرض المزمن اعتماداً على زاوية إدراكٍ وتقييمٍ مخالفة لتلك التي يعتمدها الطبيب أو المعالج، حيث تحول التركيز من على المرض إلى المريض نفسه، وإلى العوامل النفسية والاجتماعية الذاتية مقابل العوامل المادية والموضوعية. تشير الأرقام إلى أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية، و83% من الوصفات الطبية، و80% من أيام الاستشفاء، و66% من الزيارات للأطباء، و85% من الزيارات لأقسام الطوارئ، يتسبب فيها المرض المزمن بطريقة أو بأخرى (تايلور 2007).

ويراقب العلماء اليوم قلق النقلة الوبائية في نوعية الأمراض المزمنة بسبب:

1- التقدم العلمي في السيطرة على المرض، حيث تحولت بعض الأمراض القاتلة إلى أمراض تمكن الانسان من السيطرة عليها مثل السكري وفقر الدم و حتى السرطان والإيدز.

2- شيخوخة السكان، حيث يرتفع العمر المتوقع للحياة بسبب تحسن الرعاية الصحية ونمط الحياة مع ما يتبع ذلك من ظهور أمراض الشيخوخة.

3- التغيرات التي لحقت بنمط المعيشة وبالسلوك الصحي، وكذا الكروب التي يعاني منها الإنسان العصري بسبب الصراعات والحروب والتكرار لخصائص الفطرة الإنسانية. إن 80% من الوفيات لدى المصابين بالأمراض المزمنة تقع في الدول النامية والفقيرة بسبب تدني المؤشرات النفسية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالصحة ومكافحة المرض والإعاقة. وقد مرت هذه النقلة الوبائية التي أدت إلى اختفاء أمراض كانت إلى وقت قريب تنتشر بشكل وبائي مثل الإسهال والانتانات التنفسية والطاعون، وظهور أمراض أخرى مثل الإيدز والسكري والسرطان والأمراض النفسية والعصبية بثلاثة مراحل حتى استقرت على الوضع الحالي (زعطوط 2005).

ولا تختلف الجزائر عن غيرها من الدول في هذا التغيير كما أشارت إليه دراسات MSP (2004)، ومنها دراسة PAFAN (2002)، حيث يُعتقد أن انتشار هذه الأمراض مرتبط بتحسين ظروف المعيشة من الاستقلال إلى اليوم، غير أن تيليويين يحذرننا من أن المؤشرات الموضوعية الاجتماعية والاقتصادية للرفاهية قد لا تعبر عن حقيقة إدراك الفرد الجزائري، حيث وجد وزملاؤه أن متوسط مؤشر الرفاهية الشخصية (PWT) ومؤشر الرفاهية الوطنية (WWI) يبلغان 57%، وذلك على عينة من 1417 شخصاً من الجمهور العام، مما يؤكد أهمية التقدير الذاتي للرفاهية (Tiliouine 2004).

وتتشارك الأمراض المزمنة في خصائص أهمها:

1- **الإزمان:** حيث يستعصي أغلبها على العلاج
 2- **تأثيرها على مناحي حياة الفرد:** النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والأسرية، والمهنية، مما يهدد نوعية حياته.

3- **ارتباطها بنمط المعيشة:** حيث يمكننا الاستدلال على طبيعة حياة الفرد ونمط معيشته من طبيعة الأمراض المزمنة المنتشرة في مجتمعه.

4- **صعوبة التكفل بها:** نتيجة الأسباب المتداخلة في إدارة هذه الأمراض مثل السياسة الصحية، كالضمان الاجتماعي، والتخطيط الصحي، والمستوى الاقتصادي، والمتغيرات السياسية مثل: الأمن، والعدل، والحرية وحقوق الإنسان، إضافة إلى الثقافة السائدة المرتبطة بالصحة والمرض.

5- **عبء هذه الأمراض:** على الفرد والمجتمع، حيث تؤدي إلى إعاقات وظيفية جسدية وعقلية تهدد نوعية الحياة التي يعيشها المريض المزمن ويشاركه فيها المحيطون به من الأسرة الصغيرة إلى المجتمع الكبير. لذا يعتبر Cebum التكفل بالأمراض المزمنة رهاناً اجتماعياً يتحدد بموجبه مستقبل السياسات الصحية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية والثقافية، وتمر حتماً بدراسات وبحوث معمقة ومبتكرة لهذه الظاهرة من وجهة نظر الأطباء وعلماء النفس والاجتماع.

كان السبق للأطباء في بحوث الأمراض المزمنة ابتداء من القرن 18م، ثم تلتها الدراسات الأمريكية في أربعينيات القرن الماضي، لكن الأبحاث الأولى المعقدة حول الأمراض المزمنة من الوجهة الاجتماعية والنفسية لم تظهر حتى الثمانينيات من القرن العشرين. وقد استُخدمت مقاربات عديدة في تلك الدراسات ابتداء بالنموذج البيولوجي، ثم الطبي، ثم السيكلوجي، ثم النفسي الاجتماعي، وأخيراً النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي biopsychosocial model.

وتلخص Taylor (2003) هذه المقاربات في تصارع النموذج الغربي للصحة والمرض والمعتمد أساساً على المفهوم المادي للحياة مع النموذج الاجتماعي الإنساني الذي يعتبر المرض والصحة ظاهرتين اجتماعيتين تتداخل فيهما عوامل متعددة. لذلك يعتبر الباحث المقاربة النفسية الاجتماعية أفضل الطرق التي تمكننا من دراسة الأمراض المزمنة.

لقد اعتمد الأطباء والباحثون النفسيون والاجتماعيون على مؤشرات موضوعية في مقاربتهم لهذه الأمراض مثل نسبة الوفيات ومدى الانتشار وظهور المضاعفات الخطيرة، وأيام الحياة التي يعيشها المريض

دون مضاعفات والتكفل العلاجي ومدى الإقامة المتكررة في المستشفى والضمان الاجتماعي وظروف الرعاية الصحية التي يحظى بها المريض المزمّن، إضافة إلى المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

إن الدراسات الكثيرة التي تناولت الأمراض المزمنة مثل دراسات Albright 2001، و Power 2003، و Norman 2000، و Maclood 2003، و Wild 2001 حاولت استكشاف المتغيرات الصحية والشخصية والاجتماعية، وكذا السلوك الصحي من وجهة نظر الأطباء والمحيطين بالمريض باستعمال مناهج متعددة. غير أن تلك الدراسات لم تركز على وجهة نظر المريض وتقييمه لكل تلك المتغيرات، وكذا مستوى الرفاهية وشعوره بالرضى عن حياته، أو ما أصبح يعرف حالياً بنوعية الحياة Quality of life، وهي مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن وجهة نظر المريض المتعلقة بتقييمه العام لنوعية حياته، بما فيها الجوانب الجسدية، والنفسية والاجتماعية والروحية (Knight و Mytko 1999)

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

- 1- **العوامل الداخلية:** أهداف ومعنى الحياة، والشعور بالكفاءة الذاتية، والعلاقات الاجتماعية، وتقدير الذات والحاجات والرغبات، والعوامل النفسية المرضية؛ وتدعى العوامل الذاتية.
- 2- **العوامل الخارجية:** كالمظاهر الاجتماعية، والاقتصادية، وأحدث الحياة، والدعم الاجتماعي؛ وغيرها وتدعى العوامل الموضوعية.

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

ويعتقد الباحث أن هذا التعريف أقرب إلى مفهوم "الحياة الطيبة" كما تناوله القرآن وأهميته بالنسبة للفرد سواء المعافى أو المصاب بأمراض وكروب، كما نشير إلى العودة إلى الإنسان ككائن كلاني يجتمع فيه الجسد والنفس والروح والعقل، وبيتعد عن المفهوم المادي المختزل الذي حاولت الفلسفة الغربية فرضه كنموذج وحيد لفهم الإنسان، والذي ينطلق أساساً من ثنائية ديكارت، ويصلنا بالتصور الحالي للإنسان في الطب وعلم النفس. لكن الدراسات الحديثة في علم النفس الطبي والصحي وعلم النفس الاجتماعي للصحة وكذا الرعاية التلطيفية palliative care، التي أسس لها Michael Kearney و Balfour Mount في أمريكا الشمالية، تحاول أن تؤسس لنموذج معياري أو نموذج فكري إدراكي جديد new paradigm، يشمل تعريفاً للإنسان على أنه كائن متكامل

تجتمع فيه الروح والجسد والعقل والقلب، في رحلة زمانية ومكانية من الميلاد حتى الوفاة، جاعلا غايته تكامل الذات من خلال نوعية حياة تتسم بالرضى الايجابي (Hutchinson 2011).

لذلك ارتأى الباحث دراسة نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، على اعتبار أن المرض يمثل شرخاً في صيرورة العافية، وتهديداً لكيونة الإنسان واقترابه من المحكات الوجودية الكبرى، مثل: المعاناة والألم والكبد ومعنى الحياة والموت؛ والتي قد تؤثر على شعوره بالسعادة والرضى من نوعية الحياة، التي غالباً ما تُفرض عليه من طرف الأطباء والأقرباء والمكلفين برعايته، دون الأخذ في الاعتبار وجهة نظره وطريقة معاناته وشكل الخبرة التي يحيا من خلالها.

وبما أن تلك المفاهيم الفرعية التي تثيرها نوعية الحياة تعتبر تقييماً وجودياً عميقاً من طرف المريض لمكانته وخبرة معاشه مرتبطة بمفاهيم الخير والشر، والصحة والمرض والابتلاء والعافية، والقدر خيره وشره، ومصير الإنسان وموته، كما تظهر لدى المصابين بأمراض مثل السرطان و الإيدز، وكذا الاضطرابات النفسية والعصبية المعقدة؛ قام الباحث باستكشاف مستوى نوعية الحياة لدى المريض المزمّن وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية الاجتماعية، انطلاقاً من النموذج الذي اعتمده وهو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (biopsychosocial model) وكذا الاختلاف في تلك العلاقة حسب المتغيرات الديموغرافية، مقارنة بنوعية الحياة لدى عينة من الأصحاء ثم اختبار نموذج تفسيري لنوعية الحياة .

2- مشكلة الدراسة:

تعيش الجزائر مخلفات أزمة أمنية أدخلت البلاد في دوامة العنف الاجتماعي بعد عقد من بداية الأزمة الاقتصادية الخانقة في ثمانينيات القرن العشرين. وما زالت بعض مظاهر الاحتجاج الاجتماعي تتفجر هنا وهناك في بعض المناطق من البلاد، معبرة عن معاناة متعددة الأبعاد. مع أن الوضع الاقتصادي والأمني قد تحسن بعد ارتفاع مداخيل المحروقات والإجراءات السياسية الهادفة لاحتواء الأزمات السابقة، فهناك مفارقة بين المؤشرات الاقتصادية والسياسية الدالة على النمو، والمؤشرات الخاصة بالرفاه النفسي والاجتماعي من وجهة نظر الفرد الجزائري (Tilouine 2004)، مما يدل على أهمية الوقوف على تقييم الإنسان لنوعية حياته على أساس إحساسه بالرضى والسعادة والرفاه والتوافق النفسي والاجتماعي والروحي. وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للمواطن العادي الذي لا يعاني من الأمراض والإعاقات أو الاضطرابات النفسية والعصبية وهم من عناهم الباحث بمصطلح الأصحاء، فإن نوعية الحياة لدى شريحة عريضة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة تغدو محل تساؤل، بسبب آثار المرض على المعاش اليومي وعلى العلاقات الاجتماعية وتفاعله مع عوامل البيئة، مما يزيد عبء التوافق النفسي لدى المريض المزمّن.

وتتميز الأمراض المزمنة بخصائص أهمها:

1- الأسباب: حيث توجد علاقة قوية بين المرض المزمن و نمط الحياة و سلوكيات المريض المتعلقة بالصحة والمرض.

2- التنبؤ: لا يمكن التنبؤ بمسار المرضى من حيث التحسن أو الانتكاس مما يزيد من قلق التوقع وعدم اليقين.

3- الشفاء: تستعصي أغلب هذه الأمراض عن الشفاء الكامل.

4- العلاج: تحتاج إلى علاج مكلف و طويل الأمد خاصة إذا ظهرت المضاعفات الخطيرة.

5- الإعاقة: تؤدي إلى إعاقات وظيفية و جسدية مما يزيد من معاناة المريض والتأثير على نوعية حياته.

6- الحيرة والغموض: المرتبطان بطبيعة المرض بدءاً من التشخيص ثم التحاليل المرهقة، مروراً بالعلاج المكلف ومضاعفته، وصولاً إلى مآل المرض المرتبط بالإعاقة أو الموت.

7- الوصمة: النفسية الاجتماعية في ظل التخلف الثقافي والحضاري الذي نعاني منه (Royer 1998).

لقد وصل عدد الوفيات سنة 2008 إلى 57 مليون حالة على مستوى العالم، شكلت الأمراض غير السارية منها 63% حيث تسببت في وفاة 36 مليون شخص. واحتلت أربعة أمراض رأس القائمة و هي أمراض القلب والأوعية، والسكري، والسرطان، وأمراض جهاز التنفس المزمنة.

وخلاف المعتقدات الشائعة، فإن 80% من حالات الوفيات حدثت في البلدان ذات الدخل الضعيف أو النامية. وتتوقع منظمة الصحة العالمية زيادة الإصابة بتلك الأمراض سنة 2030، وستصيب الدول النامية بنسبة 82% وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط بـ70%، مقارنة ببلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط بـ58% والبلدان ذات الدخل المرتفع بـ40% (تقرير الوضع العالمي 2010 WHO).

تشكل عوامل الاختطار في هذه الأمراض عاملاً مهماً مثل: تناول التبغ والكحول والكسل البدني وزيادة الوزن والنظام الغذائي غير الصحي، وتصحّبها بارتفاع ضغط الدم وزيادة الكوليسترول، وكذا ارتباط الأمراض المعدية بالسرطان مثل فيروس الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد B و C وجراثيم الملوية البوابية Helicobacter Pylori.

تضع هذه الأمراض عبئاً كبيراً على الفرد والأسرة والمجتمع بسبب تكاليف العلاج والرعاية، إضافة إلى الوفاة المبكرة، لذلك تشكل دراسة نوعية حياة هؤلاء المرضى مدخلاً جديداً لفهم معاشية الفرد للمرض المزمن اعتماداً على زاوية إدراك وتقييم مخالفة للطبيب أو المعالجين حيث تحول التركيز إلى المريض نفسه، وعلى العوامل النفسية والاجتماعية الذاتية مقابل العوامل المادية والموضوعية. حيث تؤكد الأرقام أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية، و83% من الوصفات الطبية، و80% من أيام الاستشفاء، و66% من الزيارات للأطباء، و85% من الزيارات لأقسام الطوارئ، يتسبب فيها المرض المزمن بطريقة أو بأخرى (تايلور 2007).

ويعتبر السرطان أحد الأمراض الخطيرة المرتبط بالموت في أذهان غالبية البشر، بسبب ارتفاع نسبة الوفيات الناجمة عنه، فقد تسبب في وفاة 7.6 مليون نسمة على مستوى العالم سنة 2008، و8.2 مليون نسمة سنة 2012، مع تسجيل 14.1 مليون حالة جديدة في ذات السنة. وقد تصدرت سرطانات الرئة والبروستاتا والمعدة والأمعاء والكبد قائمة سرطانات الرجال، بينما شكلت سرطانات الثدي والأمعاء وعنق الرحم والرئة و المعدة أهم السرطانات المنتشرة لدى النساء. أما في الجزائر فُسُجِلت 37900 حالة سرطان في 2012، كما تسبب في وفاة 21700 في نفس السنة (Globocan 2012).

قام زعطوط وبلعسل بدراسة إحصائية لحالات السرطان في مركز مكافحة السرطان بورقلة على مدار ثلاث سنوات من 2008 إلى 2010، حيث بلغ عدد الحالات 125 حالة في 2008، و220 حالة في 2009، و249 حالة

في 2010. تنتمي تلك الحالات جغرافيا إلى ولايات مختلفة، حيث بلغت 101 مريضا بورقلة (40%)، و80 مريضا من وادي سوف (32%)، و37 مريضا من غرداية (15%)، إضافة إلى ولايات أخرى مثل بسكرة، وآدرار وإيليزي، وسطيف (Zatout et Belaacel 2012).

تشكل نوعية الحياة لدى مريض السرطان أحد المحاور الرئيسة الذي تدور حوله البحوث المتعلقة بهذا المرض، بسبب الآثار المترتبة عن المرض وعلاجاته على المريض والمكلفين برعايته، وقد أشار Donovan (1989) وزملاؤه في دراستهم عن قياس نوعية الحياة إلى نقص كبير في المعلومات المتعلقة بنوعية الحياة من طرف الأطباء والنفسانيين، كما أن المقاييس المقترضة فيها قياس هذا المتغير تفتقر للشمولية المناسبة لخطورة المرض وتغلغله في جميع نواحي حياة المريض.

وأكدت دراسة Bottomley (2002) أهمية نوعية الحياة لدى مرضى السرطان وضرورة تقييمها بصفة منتظمة، غير أنه عرفها بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وهي مقارنة اختزالية حيث أن هذا المفهوم أوسع من أبعاده الجسدية والصحية.

أما Kleither وزملاؤه (2007) فيشيرون إلى أن تدني نوعية الحياة لدى مرضى السرطان أكدته بحوث كثيرة؛ غير أن الاختلافات بين المرضى في تقدير نوعية حياتهم كبيرة، ومرتبطة بزمن التشخيص ومرحلة المرض وموارد المريض الجسدية والنفسية والاجتماعية وطبيعته شخصيته وأعراض المعاناة خاصة منها النفسية والروحية. ويؤدي المرض وعلاجه إلى جملة من المضاعفات تستمر في التأثير على حياة ربع المرضى حتى بعد مرور سنوات على التشخيص وانتهاء العلاج وأهمها:

- التعب والإرهاق المزمن (70%)

- الاضطرابات الجنسية (70%)

- الاضطرابات البولية (40%)

- الكرب النفسي (50%)

- الألم الشديد (40%)

أما Gray (2011) وزملاؤه فتشير نتائج دراستهم على مرضى سرطان المستقيم والمعوي الغليظ إلى أن جزءا من العوامل المرتبطة بنوعية الحياة مثل التي أشار إليها Kleither قابلة للتغيير مما يترتب عليه تحسين نوعية الحياة لدى المرضى، مركزين على أهمية دراستها وتحليلها.

ويعتقد الباحث أن غياب علاج شاف ونهائي للأمراض المزمنة في أغلب الأحيان يطرح إشكالية نظرة المريض ومعايشته لمراحل العلاج، وظروفه، والعبء الذي يتحمله دون أمل في التعافي من المرض، وأثر ذلك كله على نوعية حياته. غير أن الدراسات الطبية وحتى النفسية في البلاد النامية وفي الجزائر تحديدا لم تلامس الحاجات النفسية والاجتماعية والروحية للمرضى المزمنين، بسبب تركيزها على النموذج الطبي الغربي biomedical model في مقارنة الصحة والمرض والاهتمام بالعلاج العضوي على حساب الجوانب الأخرى. ويمكننا استشفاف ذلك من وضعية الاختصاصات الطبية والنفسية والاجتماعية التي تركز على النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي مثل الطب السلوكي، وعلم النفس الاجتماعي للصحة، وعلم النفس الصحي، حيث تفتقر

أغلب جامعاتنا لهذه الاختصاصات. بل إن اختصاصا طبيا كاملا و مهما لم يظهر بعد في الجزائر وهو طب المسنين Geriartry، رغم أهميته القصوى إذ يخص شريحة من المجتمع تتزايد نسبتها ومشاكلها وترتبط بنوعية الحياة مع تزايد أعباء الشيخوخة مضافة الى آثار الأمراض المزمنة.

إن جهلنا بنوعية حياة المرضى المزمنين يؤثر على طريقة التكفل بهم من جهة ويزيد من الشعور بعدم الرضى على أداء المكلفين برعايتهم وكذا منظومة الصحة في بلادنا، وهو في رأينا أحد أسباب المفارقة بين الميزانيات الضخمة التي تصرفها الدولة على الرعاية الصحية، وبين عدم الرضى الذي يعبر عنه المواطن في كثير من مناسبات الاحتجاج الاجتماعي.

وعليه نطرح في دراستنا الأسئلة التالية:

1. ما مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين والأصحاء ؟
2. ما مستوى كل من التدين، والوظائف التنفيذية، والكفاءة الذاتية المدركة، والدعم الاجتماعي المدرك، والكرب النفسي، ومستوى تعداد الخلايا المناعية، لدى المرضى والأصحاء؟
3. هل توجد علاقة بين نوعية الحياة وبين كل من التدين والوظائف التنفيذية والكفاءة الذاتية المدركة والدعم الاجتماعي المدرك والكرب النفسي وتعداد الخلايا المناعية لدى المرضى والأصحاء؟
4. ما مدى صدقية نموذج مقترح لتفسير العلاقة بين نوعية الحياة وبين متغيرات الدراسة لدى المرضى والأصحاء؟

3- فرضيات الدراسة:

انطلاقا من أسئلة الإشكالية واعتمادا على الدراسات السابقة كما أوردها الباحث في مضانها تابعة لمتغيرات الدراسة، تمكن من صياغة الفرضيات التالية:

1. نتوقع انخفاض نوعية حياة المرضى المزمنين مقارنة بالأصحاء.
2. نتوقع ارتفاع مستوى التدين لدى المرضى المزمنين مقارنة بالأصحاء.
3. نتوقع انخفاض مستوى الوظائف التنفيذية لدى المرضى المزمنين مقارنة بالأصحاء.
4. نتوقع انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية المدركة لدى المرضى المزمنين مقارنة بالأصحاء.
5. نتوقع ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المرضى المزمنين مقارنة بالأصحاء.
6. نتوقع ارتفاع مستوى الكرب النفسي لدى المرضى المزمنين مقارنة بالأصحاء.

7. نتوقع انخفاض مستوى تعداد الخلايا المناعية لدى المرضى المزمنين مقارنة بالأصحاء.
8. نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة من جهة وبين كل من التدخين والوظائف التنفيذية والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي والكره النفسي ومستوى تعداد الخلايا المناعية لدى المرضى المزمنين والأصحاء.
9. نتوقع اختلاف تلك العلاقة باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية ومدة الايمان.
10. نتوقع اختبار صدقية نموذج تفسيري لنتائج العلاقة بين نوعية الحياة ومتغيرات الدراسة الحالية باستعمال نمذجة تحليل المسار.

4- أهمية الدراسة وأهدافها:

يعتبر الانتباه إلى أهمية دراسة نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين تداركا منهجيا لطريقة بحثنا وفهمنا لعلاقة الانسان بالمرض، وتحويل زاوية النظر الطبية الكلاسيكية المركزة على المرض إلى الاهتمام بالجوانب المعرفية والوجدانية والروحية والاجتماعية وإدراك المريض لحياته في اطار ثقافته.

لذلك يرى الباحث أن أهمية الدراسة الحالية تظهر في:

- 1- اعتمادها خلفية نظرية منبثقة من علم النفس الاجتماعي للصحة وعلم النفس الصحي وهي مقاربات حديثة تحل جزءا من عناصر مشكلة البحث الحالية.
- 2- اعتمادها النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في دراسة ظواهر الصحة والمرض وهو منهج تكاملي حديث يتجاوز النماذج الكلاسيكية.
- 3- كونها أول دراسة جزائرية في حدود علم الباحث تجمع بين المتغيرات الحيوية(البيولوجية) والنفسية والاجتماعية في نموذج واحد.

كما يسعى الباحث الى تحقيق أهداف رئيسية من دراسته وأهمها:

- 1- إلقاء الضوء على المتغيرات الفاعلة في نوعية حياة المرضى المزمنين ممثلين بمرضى السرطان مما يتيح للأطباء والنفسانيين والمكلفين برعايتهم من تعديل تدخلاتهم لتحسين التكفل بهم.
- 2- تكييف مقياس نوعية الحياة التابع لمنظمة الصحة العالمية بعد امضاء عقد شراكة مع فريقها البحثي الخاص بمشروع نوعية الحياة WHOQOL Project Group.
- 3- إنشاء مقياس للتدين بسبب المحاذير المنهجية المرتبطة باستعمال المقاييس الغربية.
- 4- استغلال الأدوات المنهجية الإحصائية الحديثة ممثلة في النمذجة بواسطة برنامج AMOS والذي يمكننا من تطبيق تقنية تحليل المسار وتعريف الطلاب والباحثين بها.

5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

أ- نوعية الحياة:

يرى Spitz (1999) أن مفهوم نوعية الحياة يختلف باختلاف الباحثين، لذلك ارتأينا في دراستنا اعتماد الخلفية النظرية التي يقوم عليها تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، حيث تعرفها بأنها " إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه" كما يقيسها WHOQOL BREF المستعمل في دراستنا (WHO 1999).

ب- المرض المزمن:

يختلف المرض المزمن عن المرض الحاد في كونه غير قابل للشفاء التام و ضرورة علاجه المستمر وإعاقته وظيفياً للمصاب به، إضافة إلى الأعباء النفسية والاجتماعية والاقتصادية المترتبة عليه. ونعتبر في دراستنا المريض المزمن كل شخص تم التأكد من إصابته بمرض السرطان، وذلك عن طريق الملف الطبي الخاص بكل مريض. وبالمقابل نعرف الأصحاء بكونهم الأفراد الذين تعرضوا لفحص منذ مدة لا تتجاوز الشهر ولم يظهر عليهم عيادياً أو من خلال التحاليل أي مرض محدد.

ج- الوظائف التنفيذية:

اشتق العلماء مصطلح الوظائف التنفيذية Executive Functions للدلالة على مجموعة من القدرات التي تمكن الفرد من الانخراط في السلوك الفعال أو الغرضي الهادف إلى خدمة الذات بنجاح (عبد القوي 2001). يتضمن هذا المفهوم عوامل أخرى مثل تنظيم الذات Self regulation، وتسلسل السلوك Sequencing Behavior، والمرونة Flexibility، وكف الاستجابة Inhibition، والتخطيط Planing، وتنظيم السلوك Organisation of Behavior.

ويرى الشقيرات (2005) أن الوظائف التنفيذية تشمل أربع مكونات هي:

✚ تشكيل وبناء الأهداف

✚ التخطيط

✚ تنفيذ الخطط الموجهة نحو هدف

✚ الأداء الفعال

ونتبنى في دراستنا تعريف Coolidge للوظائف التنفيذية في المقياس الشامل للاضطرابات النفسية CATI+، حيث يقيس الاستبتيان صعوبة اتخاذ القرار، وصعوبة التخطيط، وصعوبة إنجاز المهمات وهي وظائف تمثل أحد جوانب التقييم المعرفي في الفص الجبهي.

د- التددين:

يشير مصطلح الدين إلى مفهوم مركب يصعب وصفه لاختلاف التعريفات ثقافياً (المهدي 2002). لذلك لجأ الباحثون إلى دراسة التددين كأحد مظاهر الدين. وقد عرف الغرييون التددين بطريقة ضيقة حيث حصروه في

التردد على دور العبادة أو العضوية في منظمات دينية أو حصروه في الجانب العاطفي كما يشعر به الفرد بينه و بين قوة عليا (Peterson 2003).

ونظرا للاختلافات في تعريف المفهوم، وبعد مراجعة لأدب البحث الغربي والعربي الاسلامي والإطلاع على مجموعة من المقاييس المرتبطة بهذا المتغير، تبنى الباحث التعريف الإجرائي التالي:

"التدين حالة مركبة من المعتقدات والوجدانات والسلوكيات، المرتبطة بمكونات الدين عقيدة وشريعة وعبادة ومعاملة، تتضمن علاقة المؤمن بدينه فهما وتزيلا كما يمارسها في الحياة اليومية، مشكلة ادراكاته ومشاعره وتصرفاته حيال ذاته والآخرين والكون وأحداث الحياة، منعكسة على صحته البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية ونوعية حياته التي سماها القرآن الحياة الطيبة. وهي حالة نسبية من حيث القوة والعمق والثبات، وتتخلص ذروتها في تحقيق العبودية الشاملة لله رب العالميين". وبناء على هذا التعريف قام الباحث بإنشاء مقياس التدين المعد لتحقيق هذا الغرض.

هـ- الدعم الاجتماعي المدرك:

يختلف علماء الاجتماع مع علماء النفس وعلماء النفس الاجتماعي في تعريف الدعم الاجتماعي، حيث يركز علماء الاجتماع على الجانب الكمي فهو أقرب في مفاهيمهم إلى التكامل الاجتماعي، أما لدى علماء النفس فإن التركيز يكون على إدراك الفرد لهذا الدعم الاجتماعي من الناحية الكيفية، وعليه يعرفونه بأنه " مورد نفسي يحدد بإدراكات الفرد تجاه نوعية العلاقات الاجتماعية" (Schweitzer1994)، ويقسمونه إلى أنواع مثل الدعم الوجداني والمعلوماتي والمادي. وهناك مقاييس متعددة للدعم الاجتماعي غير أننا اعتمدنا مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ Dahlem و Zimet، لأننا نميل إلى اعتبار أن شعور الفرد وإدراكه للدعم الاجتماعي من وجهة نظر المريض المزمن المصاب بالسرطان أهم من الدعم الفعلي، ذلك أن علاج المرض المزمن يتكفل به صندوق الضمان الاجتماعي بنسبة 100%، وما يحتاجه المريض المزمن هو الشعور بكونه محاطاً بالرعاية من طرف عائلته، وأصدقائه و هي الأبعاد التي تقيسها الأداة التي استعملناها في الدراسة الحالية.

و- الكفاءة الذاتية المدركة:

يعرف Bandura (1997،2001) الكفاءة الذاتية بأنها: "القدرة على توقع نتائج السلوك، حيث يشعر الفرد بالتحكم في الموقف وقدرته على ضبط سلوكه حسب الموقف"، ويعتبر مفهوم الكفاءة الذاتية من أهم أعمدة نظرية المعرفة الاجتماعية بتركيزه على معتقدات الفرد المتعلقة بسلوكه مثل القدرة على حل المشاكل ومواجهة الأحداث، لذلك أدرجته أغلب النماذج التي تفسر نوعية حياة المرضى في بنائها كمتغير رئيسي.

وتُعرف الكفاءة الذاتية في دراستنا بأنها "إدراك الفرد لقدراته على التحكم في المواقف المختلفة، و ثقته بنفسه في مواجهة المشاكل و الأحداث التي يتعرض لها سواء المتوقعة أو غير المتوقعة بفعالية حيث يجد حلولاً لأغلبها"، وقد اعتمدنا في قياس هذا المتغير مقياس الكفاءة الذاتية المدركة لـ Schwarzer و Jerusalem.

ز- الكرب النفسي:

يستعمل مفهوم الكرب النفسي Psychological Distress كمؤشر على الصحة النفسية لدى الجمهور العام أو المرضى الذين لا تظهر عليهم اضطرابات نفسية شديدة بمفهوم الطب النفسي. غير أن المصطلح يشمل الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمزاج وكذا الاضطرابات جسدية الشكل التي تعبر عن معاناة نفسية مزمنة مثل القلق والاكتئاب والإعاقات الوظيفية والاضطرابات السلوكية.

يعرف Ross و Mirowsky (2002) الكرب النفسي بكونه حالة من المعاناة الوجدانية تتميز بأعراض اكتئابية كفقدان الاهتمام بالمذات والحزن والتشاؤم والقلق والانشغال والإحساس الدائم بالتوتر. وهو ما يقيسه مقياس الصحة العامة GHQ12 وهو من أهم الأدوات التي اعتمدها منظمة الصحة العالمية في استكشاف الكرب النفسي خاصة في الرعاية الأولية. وقد استعمل الباحث هذا الاستبيان في دراسات سابقة (زعطوط 2002) وثبتت صلاحيته السيكومترية وفعاليته السريرية مطابقا للدراسات السابقة (Hankins 2008).

ح- أداء الجهاز المناعي من خلال تعداد الخلايا المناعية:

يكون جهاز المناعة صمام الأمان في مواجهة التهديد الذي تتعرض له أجسامنا من طرف الطفيليات والجراثيم والعضويات الممرضة من داخلنا أو من بيئتنا. وتستجيب أجسامنا مناعيا في هذه المواجهة بطريقتين متكاملتين هما المناعة غير المحددة non specific immunity والمناعة المحددة specific immunity .

تمثل خلايا الدم البيضاء أحد المكونات الرئيسية في جهاز المناعة ووظيفتها الرئيسية هي الدفاع عن الجسم ويكون عددها مؤشرا على المرض في حالة الزيادة أو العوز، وهناك عادة ما بين 4×10^9 إلى 11×10^9 كرية دم بيضاء في لتر واحد من الدم. ويبدل التعداد الكلي لها على مقدرة الجسم على مكافحة العدوى. ونقصد بتعداد الخلايا المناعية تعدد الخلايا البيضاء الكلي (Taux des Globules Blancs(TGB)، وكذا تعداد الخلايا الليمفاوية (Taux des Lymphocytes(TL)، وذلك بالتحليل في مخبر المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف وكذا مخبر الدكتور بابيز بورقلة.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

تمهيد:

تعتبر نوعية الحياة من أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية التي ظهرت بعد منتصف القرن العشرين، بدءا بالدراسات الاقتصادية والسياسية، ثم الاجتماعية والنفسية، وتاليا الطبية والصحية (Pukeliène 2011). ورغم عدم اتفاق الباحثين على تعريفها ومكوناتها، وكذا المتغيرات الفاعلة فيها بسبب تجاذب اختصاصات متعددة لمفهوم نوعية الحياة، إلا أن المقاربة المعتمدة على النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي يراه Hutchinson (2013) مناسبة لمفهوم الرعاية الكلائية للمريض والذي ينبغي على طب وعلم نفس القرن الواحد والعشرين تبنيه لحل إشكالية الفصام المنهجي الذي تعانیه البحوث الطبية والنفسية المتعلقة بالإنسان كوحدة بيولوجية نفسية اجتماعية روحية، إضافة الى دراسات سابقة مثل: 1996 Cummins، و 2005 Layard، و 2009 Veenhoven، والتي ركزت على تحليل نوعية الحياة وأبعادها وطريقة قياسها، مكنت الباحث من تحديد أهم المتغيرات الفاعلة في نوعية الحياة.

وسوف نعرض في الفصل التالي الخلفية النظرية للدراسة ومتغيراتها، بدءا بالمتغير التابع وهو نوعية الحياة، ثم مفهوم المرض المزمن مركزا على مرض السرطان، ثم التدخين، ثم الوظائف التنفيذية، ثم الكفاءة الذاتية المدركة، ثم الدعم الاجتماعي المدرك، ثم الكرب النفسي، وأخيرا اداء الجهاز المناعي ممثلا بتعداد الكريات البيضاء. وقد فضل الباحث عرض الدراسات السابقة في مضانها موزعة على متغيرات الدراسة لفائدتها الوظيفية في مناقشة النتائج.

1- نوعية الحياة:**تمهيد:**

يمثل مفهوم نوعية (QOL) Quality Of Life (QOL) أحد الأمثلة الجيدة عن إشكالية تعقد المصطلح وتعدد أبعاده ودلالاته واستعمالاته. فرغم آلاف البحوث التي تناولته منذ الستينيات حتى اليوم، بل وتخصيص مجالات علمية وجمعيات عالمية في بحوثه لا يزال يشكل تعريفه أحد النقاط الخلافية بين الباحثين.

إن الارتباك الذي يحسه الباحث وهو يتناول مصطلح نوعية الحياة يعود إلى تداخله مع المصطلحات القريبة منه مثل الرفاه، والسعادة، والرضا عن الحياة، والحياة ذات المعنى، وهناء العيش، والعافية المرتبطة بالصحة، أو ارتفاع مستوى المعيشة عموما كما يراه الاقتصاديون (Rapley 2003).

يرى Cummins الذي عبر عن يأسه من الإحاطة بهذا المفهوم، أن نوعية الحياة من المفاهيم المركبة والمعقدة، لذلك ليس مفاجئا أن ينتفي الاجماع على تعريفه أو على شكل معياري لقياسه (Cummins 1997).

ويرجع أحد أسباب اضطراب المصطلح إلى شيوع استعماله، لذلك اشتكى Boyle (2002) وزملاؤه مما سموه "زئبقية المصطلح" وعدم تحديده بسبب استعماله غير المحدودة من طرف الأخصائيين والعامّة على السواء، فهو يشير إلى تقييم الفرد لحياته، مما يحيلنا إلى المعاني المقاربة عن الحرية والرفاهية well being والسعادة والعيش الطيب أو الهناء وتحقيق الذات والصحة النفسية والجسدية والحياة الجيدة good life بما فيها من المتع والأهواء والطيبات.

يعود أول استعمال للمصطلح إلى سنة 1964، حيث تناوله رئيس الولايات المتحد الأمريكية Johnson حين صرح أن "النمو والأهداف الاجتماعية لا تقاس بميزان بنوكنا وأن المجتمع العظيم لا يهتم بكمية السلع بل بنوعية حياة أفرادها" (2003 Rapley).

تعتبر نوعية أو جودة الحياة أساسا عن حالة سياسية واقتصادية State of State، حيث لاحظ الباحثون الاقتصاديون من هوبز إلى ماركس أن قوة السياسيين وسلطتهم تتبع من مقدرتهم على وضع المصطلحات والتعاريف. لقد كان أهم مصطلح غربي في القرن العشرين هو مصطلح التقدم أو النمو Progress، الذي شرعن السلطة السياسية حسب Veenhoven (1996). تم تقدير أو قياس نوعية الحياة والرفاهية في بداية هذا القرن بالمستوى المادي للمعيشة عن طريق مؤشرات الدخل الوطني الخام وحصص الفرد منه، غير أن الفجوة التي ظهرت بين المؤشرات المادية وبين المؤشرات الاجتماعية للرفاه غيرت المعادلة في الستينات حيث ظهر مصطلح المؤشرات الاجتماعية social indicators.

كانت البداية مع بحوث Ogburn في ثلاثينيات وأربعينيات القرن العشرين في جامعة شيكاغو عن قياس التغير الاجتماعي، وكذا بحوث Odum عالم الاجتماع في جامعة كارولينا الشمالية في 1936 عن المناطق الجنوبية في الولايات المتحدة، ثم تراكمت البحوث التي أشارت إلى نقص في المؤشرات الدقيقة لمتابعة التغيرات الاجتماعية وقياسها وتقييمها أو الحكم عليها والتي انتهت بالنيشرة الشهيرة "نحو تقرير اجتماعي" (1969) في الأيام الأخيرة لإدارة الرئيس Johnson (2012 Laud).

قبل ذلك بعشرين (1948) كانت منظمة الصحة العالمية تحدث ثورة في مفهوم الصحة بتعريفها الجديد الذي يرى أنها "حالة من المعافاة الجسدية والنفسية الاجتماعية وليست غياب المرض أو العجز فقط" (WHO 1948)، ثم أصبح مفهوم العافية أو حسن الحال Wellness شائعا في الخمسينيات على يد الطبيب Halbert Dum.

كان مشروع تقييم أثار البحوث الفضائية لوكالة الفضاء NASA على المجتمع الأمريكي هو الأصل الذي أطلقت منه البحوث حول المؤشرات الاجتماعية وكان مدير المشروع Raymond Bauer هو أول من استعمل المصطلح. وفي نهاية الستينات كانت حركة المؤشرات الاجتماعية Social Indicators Movement قد استقام عودها وأصبحت ذات تأثير نافذ في البحوث والسياسات .

أدت المفارقة بين المؤشرات الموضوعية للرفاهية والمؤشرات الذاتية أو الرفاهية المدركة إلى إعادة التفكير في محددات نوعية حياة الأفراد و الجماعات (2002 Noll). وتقاسم هذه الأرضية المشتركة تاريخيا تياران بحثيان يمثلان فلسفتين مختلفتين لمقاربة الحياة، عرفا بالمقاربة الاسكندنافية والمقاربة الأمريكية.

فالمقاربة الاسكندنافية حسب أعمال Drenowski (1974) و Erikson (1987) تركز على المجتمع المفيد النافع وعلى الرفاه الاجتماعي كهدف للثروة، والقدرة على الوصول إلى مصدرها مما يمكن الأفراد من التحكم في

مستوى معيشتهم اعتماد على المال والمعرفة والملكية والصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية والأمن وغيرها من المؤشرات، الأقرب إلى ترجمة البعد الاجتماعي لذلك تعتمد على المؤشرات الموضوعية.

أما المقاربة الأمريكية فهي أقرب إلى مفهوم الفردانية في الثقافة الغربية، بتركيزها على المؤشرات الذاتية استنادا إلى الفلسفة النفعية ونموذج البحوث النفسية اعتمادا على الرفاه الذاتي Subjective well being، وأهم مؤشرات الرضا والسعادة كما يخبرها الفرد (Noll 2002).

تبنت أوروبا حركة المؤشرات الاجتماعية في الثمانينات وظهرت تقارير وطنية متعددة في الدول الغربية والبنك الدولي والأمم المتحدة وتم استحداث مؤشر النمو البشري (HDI) Human Development Index.

تبنت رئيسة وزراء بريطانيا تانتشر المفهوم تحت شعار "الإدارة من أجل النوعية"، وتم تداول مصطلح نوعية الحياة كمرادف للرفاه الفردي والاجتماعي من الواجهة الاقتصادية. وفي السبعينيات والثمانينيات تم تحويل المصطلح إلى المستوى الفردي والتشعب بأبعاد جديدة مثل قيم الحرية والعدالة وضمان الحياة الطيبة، وتنوعت المؤشرات الاجتماعية إلى نوعين كما يبينه الجدول التالي:

جدول 1: المؤشرات الاجتماعية لنوعية الحياة (Rapley 2003)

| المؤشرات الاجتماعية الموضوعية | المؤشرات الاجتماعية الذاتية |
|-------------------------------|-----------------------------|
| • العمر المأمول | • روح المواطنة |
| • نسبة الجريمة (مستوى الأمن) | • الملكية الخاصة |
| • مستوى البطالة | • روح السلامة |
| • الناتج الأسري | • السعادة |
| • مستوى الفقر | • الرضا عن الحياة |
| • مستوى التعليم | • العلاقات الأسرية |
| • ساعات العمل | • الرضا المهني |
| • وفيات المواليد | • الحياة الجنسية |
| • نسبة الانتحار | • الإحساس بالعدل |
| | • الهوايات |
| | • الموقع الاجتماعي |

أضاف Veenhoven في بحوثه مفهوم الحياة السعيدة المأمولة أو توقع الحياة السعيدة Happy Life Expectancy (HLE) انطلاقا من العمر المأمول Standard Life Expectancy (SLE) حسب المعادلة التالية:

$$HLE = SLE \times (0-1 \text{ Happiness})$$
، فالحياة السعيدة المتوقعة (بالسن) = العمر المأمول \times 0 - 1 سعادة.

ويصل هذا المؤشر في الدول المتقدمة إلى 64 عاما في حين لا يتجاوز 25 عاما في الدول النامية. وبمجيء حركة علم النفس الايجابي و بحوث السعادة تعززت الدراسات التي تتناول نوعية الحياة كمفهوم مركزي، وانتقل المفهوم سريعا من علم الاقتصاد والسياسة ثم الاجتماع إلى الصحة الاجتماعية ثم إلى الطب وعلم النفس. أدت النقلة الوبائية مع القرن العشرين إلى تراجع الأوبئة والأمراض المعدية، وزاد العمر المأمول، وازدادت نجاحات الطب والصيدلة في علاج الأمراض المزمنة، وظهر ملايين من البشر الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية الدائمة، وبدأت تساؤلات كثيرة تدور حول نجاعة الإجراءات الطبية وكفاءة الأدوية في علاج هذه الأمراض، وأصبح من العاجل تقييم الآثار النفسية والاجتماعية بل والجسدية أيضا لتلك العلاجات والتدخلات. إن الأدوية الفعالة مثل مضادات ارتفاع ضغط الدم أدت إلى انقاذ الملايين من الإعاقة عن طريق الجلطة الدماغية أو الوفاة المبكرة، ولكنها أيضا تؤدي إلى تراجع كبير لدى بعض المرضى في أدائهم الجنسي مما يعرض رضاهم عن حياتهم الزوجية إلى خطر أكيد. وقد ازدادت التكنولوجيا الطبية تعقدا و تدخلت في حياة المرضى بتكاليف باهظة، وأصبح التساؤل مشروعا عن الجدوى من تلك التدخلات وأثرها على حياة المرضى، كما تدخلت وكالة الضمان الصحي والاجتماعي في مراقبة المنظومات الصحية بسبب تمويلها لتلك المؤسسات (Leplège 1999).

بدأت البحوث في علم النفس الصحي، وعلم المناعة النفسي العصبي، والدراسات النفسية الجسدية تشير إلى ضرورة إدراج العوامل الفردية المعرفية أو النفسية أو الاجتماعية في تقييم حالة المريض وعلاجه، خاصة لدى المرضى المزمنين أو المسنين، وبذلك أصبحت نوعية حياة المريض عاملا مهما في الرعاية الصحية كما اضافت بعدا جديدا في علم النفس الوقائي وتحسين القرارات المرتبطة بصحة الأفراد والجماعات والتحكم في الكلفة الاقتصادية للرعاية، مما أدى إلى ظهور مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة Health Related Quality of Life أو اختصارا HRQOL.

1.1. المفهوم وتعريفاته:

1.1.1. التعريف اللغوي:

يشيع استعمال مصطلح "جودة الحياة" في البحوث العربية (البهادلي 2005، سعيد حسن و سيف المحرزي 2006، أبو حلاوة 2009، وعكاشة 2007) كترجمة للمصطلح المركب quality of life، وعلى افتراض أنه لا خلاف على مصطلح الحياة كترجمة لـ life، مع أن المورد يعطينا مقابلات أخرى مثل: المعيشة والرزق والعمر، إلا أن الخلاف في ترجمة Quality له أثر في نظري على المفهوم ذاته وعلى الفلسفة الكامنة وراءه كما رأينا في المقارنة التاريخية السابقة.

إن لفظة quality في الإنجليزية تشير إلى مستوى شيء ما بالقياس إلى معيار مماثل له، غير أن أغلب مدلولاتها تشير إلى التمييز و الجودة خاصة في المنتجات السلعية لكن الملاحظ أن أصل الكلمة يعود إلى الفرنسية القديمة quality والتي تعود بجذورها إلى اللاتينية qualitas من qualitis بمعنى النوعية.

لذلك فضلت استعمال مصطلح نوعية بدل جودة، لأن الجودة في رأي تحمل حكما مسبقا بالتمييز والرفعة والتفوق و هو أحد معاني لفظ qualité المتأخر، أما المعنى الأصيل فهو :

- السمات أو الخصائص الطبيعية الجيدة أو السيئة لشخص أو شيء
- النوعية مقابل الكمية في الفلسفة وعلم النفس خصوصا
- مظهر أو طريقة الكينونة أو مجموع الشروط التي يقدم على أساسها شيء ما

إن مصطلح "النوعية" يبتعد قليلا عن المفاهيم السلعية والسوقية التي بدأت تغزوا مجالات النفس والروح، كما يبدو محايدا لا يحمل حكما بالجودة والتمييز.

إن الارتباك الذي أشرنا إليه في التمهيد التاريخي لمصطلح نوعية الحياة يشمل أيضا الترجمة التي تؤثر على بناء المفهوم بذاته وأبعاده، حيث يخلط بعض الباحثين بين جودة الحياة والرزق ويصبح المصطلح الإنجليزي لهذا الأخير livelihood مرادفا لنوعية الحياة وبعدها من أبعاد جودة الحياة إضافة إلى معنى الحياة والرضا عن الحياة، وهو في رأينا تساهل غير محمود في المصطلح (الضامن وسعيد حسن 2006).

2.1.1 التعريف الإصطلاحي:

تعود جذور مفهوم نوعية الحياة إلى الفلسفة حيث يختلط بمفاهيم السعادة، والرغبة، و اللذة، والرفاهية، وقد بحثه كل من أرسطو و أفلاطون و سقراط وأبيقور وشوبنهاور وسبينوزا وباسكال و غيرهم (Fisher 2002).

وقد تعددت دلالات المصطلح بطريقة مفتوحة جعلت Moons (2006) يصفه بـ"المصطلح المظلة " umbrella term لتغطيته أو تضمينه مصطلحات أخرى مثل الأداء الوظيفي والوضع الصحي وإدراكات الفرد وخبراته المعاشة، وظروف حياته وسلوكه العام ونمط معاشه، والأعراض التي تظهر عليه والسعادة والهناء وطيب العيش وغيرها مما يزيد المفهوم غموضا.

لقد وجد Antaki و Rapley سنة 1996 ما يقارب 2500 مقالا علميا تناول المفهوم، كما وجد Hyghes وزملاؤه في 1995 أربعة وأربعين تعريفا تم استعمالها لنوعية الحياة ما بين 1970 و 1993، وأحصى Cummins بعدهم في 1997 أكثر من 100 تعريف ونموذج، أغلبها غير واضح وغير تطبيقي. حيث يبدو أن لكل باحث تعريفا لنوعية الحياة، ومما زاد الطين بلة ظهور تعاريف ونماذج نوعية أو خاصة بكل مرض نفسي أو جسدي أو اجتماعي، ووصل الأمر إلى أولياء المرضى و المكلفين برعايتهم حيث أنشئت نماذج خاصة بهم لتقرير نوعية

حياتهم (Moons2006)، وينسحب الإشكال نفسه على أدوات القياس التي تقيم نوعية الحياة مما حدا بـ Landesman إلى القول بأن هذا المفهوم يخضع لإرادة الباحث.

لذلك فضلت في دراستي تبني تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة واستعمال مقياسها WHOQOL Bref تجنباً لهذا الخلط في التعريف والأدوات، ذلك أن وضع تصور نظري مفاهيمي يخضع لجملة شروط لا تتوفر في رأيي للباحث الفرد.

غير أن سعة المفهوم لا يجب أن تثني عن محاولة تحديده و تعريفه سواء نظرياً أو إجرائياً. حيث يوجد اتفاق بين أغلب الباحثين على أن لنوعية الحياة مؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية منفصلة وقد لا تكون مرتبطة، فالارتباط بين مؤشرات الصحة الموضوعية وبين مؤشرات الصحة الذاتية بدأ ضعيفاً. وأشار Noll (2000) إلى أن الجمع بين ظروف المعاش الموضوعية وبين إدراك الرفاه الذاتي يمكن أن نتصوره كمصفوفة على الشكل التالي :

جدول2: الأبعاد الموضوعية والذاتية للرفاه الذاتي حسب Noll

| الرفاه الذاتي | | ظروف المعاش الموضوعية |
|---------------|------|-----------------------|
| سيء | حسن | |
| تتافر | رفاه | حسن |
| حرمان | تكيف | سيء |

ويشير مصطلح التتافر إلى معضلة عدم الرضا Dissatisfaction Dilemma، حيث نجد أغنياء ميسورين ولكنهم أشقياء. أما التكيف فيشير إلى مفارقة الرضا أو مفارقة العجز، حيث أن ظروف الحياة السيئة لا تشكل مانعاً من التمتع بالحياة لدى المعاقين أو الذين يعانون من احد أسباب العجز أو القصور، بل و لدى المرضى المزمنين أنفسهم والمصابين منهم بأمراض خطيرة مثل السرطان، حيث لا تختلف مستويات الرضا عن الحياة لديهم عن الأسوياء إلا في بعض البيئات وبغياب بعض المتغيرات الممتصة للكروب مثل التدخين (Koch 2001)، وهو ما يفسر إهمال الباحثين الأوروبيين الشماليين المؤشرات الذاتية، كنسبة الانتحار المعبرة عن اليأس من الحياة أو المعاناة الوجودية والنفسية، حيث أن أعلى نسب الانتحار في العالم توجد في البلدان الاسكندنافية مثل السويد، حيث يبدو الرفاه المادي أو نوعية الحياة بالمفهوم الموضوعي مرتفعين جداً.

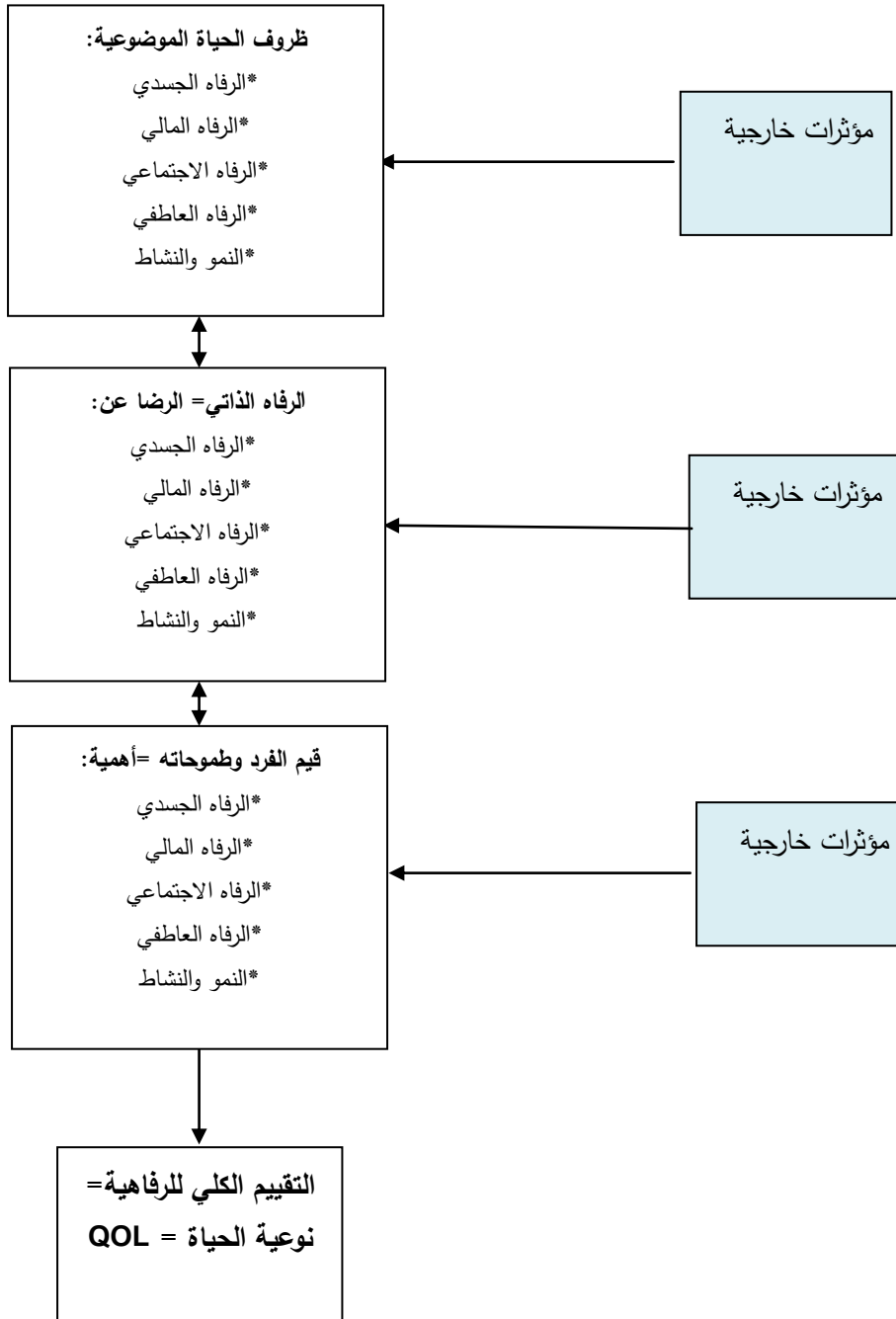
3.1.1. التعاريف العامة لنوعية الحياة:

ونقصد بها التعاريف التي تجمع بين المؤشرات الموضوعية والمؤشرات الذاتية أو المدركة. يبدو مصطلح النوعية ذا دلالات ايجابية في استعمالته العامة الغاية منه تبرير السياسات الاقتصادية والاجتماعية. أما في استعماله لدى الأخصائيين فهو أقرب إلى التقرير الموضوعي لظروف الحياة من وجهة نظر الأفراد أو الجماعات، أكثر منه تبررا سياسيا لتيار معين في الحكم.

تورد Illic (2010) التعاريف التالية لنوعية الحياة:

- تعبر نوعية الحياة عن الرضا عن الحياة ككل (Meeberg 1993).
- تعرف نوعية الحياة على أنها الشعور بالرفاهية وحسن الحال الذي يتضمن مؤشرات موضوعية وتقييما ذاتيا للوضع الجسدي والمادي والاجتماعي والانفعالي، يمتد إلى النمو الفردي و النشاط الهادف موزونا بمنظومة القيم الشخصي، كما يظهر في الشكل التالي:

شكل 1: نموذج نوعية الحياة حسب Felce and Perry (1995)



• تمثل نوعية الحياة تقييماً متعدد الأبعاد لظروف الحياة الحالية للشخص في سياق ثقافته التي يحيا فيها والقيم التي يتبناها. وهي في المقام الأول شعور ذاتي بالرفاه وحسن الحال، متضمنة أبعاداً جسدية ونفسية واجتماعية وروحية، وفي بعض الظروف يمكن أن تسهم المؤشرات الموضوعية في هذا الإدراك والتقييم لتقريب المعنى (1999 Haas).

• هي حكم أو تقدير معرفي واع لرضى الإنسان عن حياته (Rejeslci و Mihallco 2001). ونلاحظ على التعاريف السابقة تركيزها على المكونات العامة لنوعية الحياة مثل الشعور بالرفاهية أو هناءة المعاش وكذا الرضا عن الحياة، لكنها لا تستعرض الأبعاد المكونة للمفهوم.

• أما Phalock و Parmeuter في وثيقة الإجماع حول نوعية الحياة من طرف الجمعية العالمية لدراسات الإعاقة العقلية IASSID، فيلاحظان أن هذا المفهوم في كفايته الإيجابية خاصة المادية بـ quality يجعلنا نفكر في المعايير الممتازة أو الرائعة المرتبطة بخصائص البشر وقيمهم مثل السعادة والنجاح والثروة والصحة والإشباع، أما إضافته إلى الحياة فيشير إلى جوهر الوجود البشري، رغم عدم وجود إجماع عن جوهر الحياة. ويحذر الباحثان من الإمبريالية الثقافية التي تحملها بعض المفاهيم والتي يرشح منها نمط المعيشة الغربي في سياقه التاريخي أكثر من جوهر الإنسانية جمعاء (Rapley 2003).

• ركزت IASSID في تعريفها لنوعية الحياة على 5 مبادئ آخذة بعين الاعتبار إمكان تطبيقها على المعاقين وهي:

(1) تتضمن نفس العوامل والعلاقات، سواء بالنسبة للمعاقين أو الأصحاء.
 (2) نخبها حين تتحقق حاجاتنا وحين تكون لدينا إمكانية إغناء حياتنا في مجالات مختلفة.
 (3) تتضمن عوامل موضوعية وأخرى ذاتية، لكنها تركز في المقام الأول على إدراك الفرد و خبرته لنوعية حياته.

(4) تركز على حاجات واختيارات الفرد و قدرته على ضبط سلوكه (الكفاءة الذاتية).
 (5) تتضمن عوامل متعددة، متأثرة بالمتغيرات الفردية والاجتماعية والبيئية مثل: العلاقات الحميمة، والأسرة والصدقة، والعمل، والجوار، والسكن ومكان العيش، والتربية والصحة، وحقوق الفرد، والحالة السياسية. ونلاحظ أن هذا التعريف يكاد يكون جامعاً للمعنى الكلي لنوعية الحياة وهو قريب من تعريف منظمة الصحة العالمية.

ويلخص مهدي كاظم ونجم البادي (2005) محتوى التعاريف التي تناولت نوعية الحياة و هي:

- 1) القدرة على تبني أسلوب حياة يشبع رغبات واحتياجات الفرد.
 - 2) السعادة والرضا عن الذات والحياة الجيدة.
 - 3) الاستماع بالظروف المادية والبيئية الخارجية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته، وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، والإحساس بالسعادة وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه.
 - 4) حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادراً على إشباع حاجاته المختلفة الفطرية والمكتسبة، والاستمتاع بالظروف المحيطة به (كاظم و البادي 2005).
- يستعرض أبو حلوة تعاريف متعددة ثم يلاحظ أنها لا تختلف عن وصف Craig Jackson (2010) المصاغ تحت مسمى الباءات الثلاث the 3B's كما يظهر في المكونات التالية :

1. الكينونة Being

2. الانتماء Belonging

3. الصيرورة Becoming

جدول 3: مكونات نوعية الحياة (Craig 2010)

| المجال | الأبعاد الفردية | الأمثلة |
|-----------------------|--|---|
| الكينونة Being | الوجود البدني Physical Being | 1. القدرة البدنية على التحرك و ممارسة النشاطات 2. أساليب التغذية و أنواع المأكولات المتاحة |
| | الوجود النفسي Psychological Being | 1. التحرر من الضغط و القلق 2. الحالة المزاجية العامة (الارتباك، الضيق) |
| | الوجود الروحي Spiritual Being | 1. وجود أمل في المستقبل 2. أفكار الفرد عن ذاته (صواب، خطأ) |
| الانتماء Belonging | الانتماء المكاني البدني Physical Belonging | 1. مكان العيش 2. نطاق الجيدة |
| | الانتماء الاجتماعي Social Belonging | 1. القرب من الأسرة 2. وجود أشخاص مقربين و أصدقاء |
| | الانتماء المجتمعي Community Belonging | 1. توفر الخدمات المهنية و المتخصصة 2. الأمن المالي |
| الصيرورة Becoming | الصيرورة العملية Practical Becoming | 1. القيام بأشياء حول منزلي 2. العمل في الوظيفة أو زيارة المدينة |
| | الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming | 1. الأنشطة الترفيهية الخارجية 2. الأنشطة الترفيهية الداخلية |
| | الصيرورة الارتقائية Growth Becoming | 1. تحسين الكفاءة البدنية و النفسية 2. القدرة على التكيف مع متغيرات الحياة |

يلخص حلاوة تلك التعاريف في تحليل نهائي على أن نوعية الحياة تمثل وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسدية و النفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الإيجابي فهي تعبر عن التوافق النفسي كما يعبر عنه بالسعادة و الرضا عن الحياة. غير أننا نلاحظ على أبعاد نوعية الحياة لدى Craig المقاربة الاختزالية للدين والخبرة الوجودية متأثرا بالرواسب الثقافية الغربية، إذا يبدو الوجود الروحي تعريفا للروحانية الغربية المتأثرة بالمعتقدات الآسيوية الشرقية.

ويمكننا وضع الملاحظات التالية على مجموع تلك التعاريف:

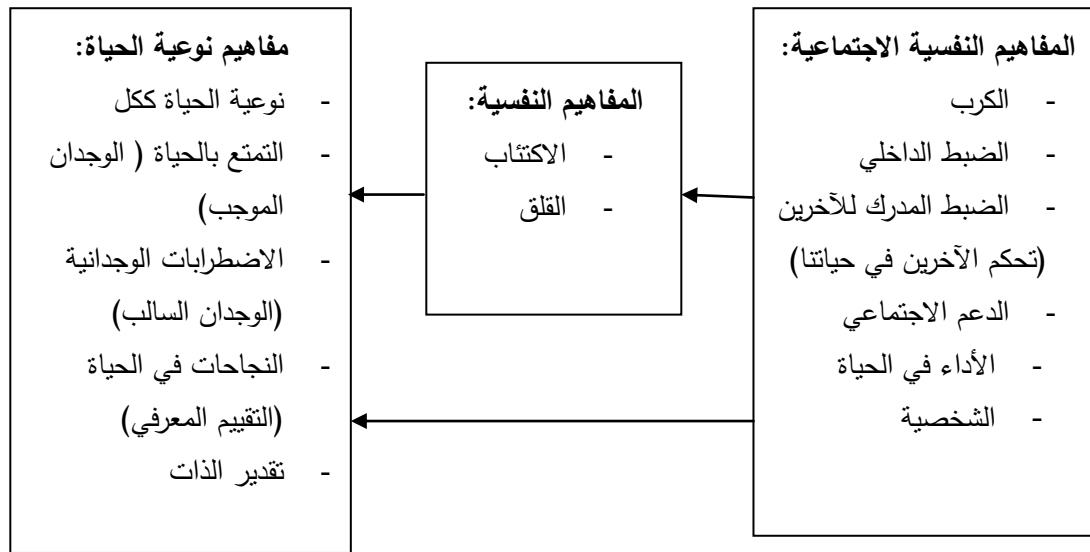
(1) التشابه الكبير بينها، بحيث تستعير نفس المصطلحات مثل: معنى الحياة والرضا رغم اختلاف المقاربات النظرية للمفهوم.

(2) تركيزها على الجانب النفعي المادي، حتى في صورته النفسية بالاعتماد على مرجعية الفرد وإهمال ادراك المجتمع ككل لنوعية حياته.

(3) تجنبها إدراج المحكات الوجودية الكبرى المتعلقة بطبيعة الإنسان، وكنتيجة لذلك طبيعة الحياة مثل المصير والغاية والوظيفة من الوجود البشري، ويبدو لي أن ذلك نتيجة تحاشيها البعد الديني والروحي لتلك الأسئلة وإجاباتها، ورغم أن بعضها يضيف هذا البعد ويركز عليه إلا أن الدين والروحانية لا تشكل قطبا أساسيا في "فلسفة نوعية الحياة" الغربية.

4.1.1. التعاريف المرتبطة بالصحة و المرض :

دأب الأطباء على التركيز على علامات الأمراض وأعراضها بدل الاهتمام بمشاعر المريض ومعايشته للمرض، ورغم أن المرض يشكل انكسارا حادا في صيرورة العافية، وصدمة للمريض تغير مسار حياته، إلا أن النموذج الطبي الخطي هو الذي بقي سائدا ومهيمن في فهمنا للصحة والمرض. إن المساهمة الرئيسة لعلم النفس الاجتماعي في تطبيقاته الصحية والطبية هي التدليل على قصور النموذج الطبي الكلاسيكي المتمركز على المرض وتعويضه بالنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي، وهو الذي نتبناه في دراستنا هذه لأنه الملائم لأغلب التعاريف التي تناولت محددات ومكونات نوعية الحياة و أبعاد هذا المفهوم كما تناوله ABBEY وANDREWS (1984) في النموذج التالي:



شكل 2: نموذج العلاقة بين المتغيرات النفسية الاجتماعية في مفهوم نوعية الحياة حسب Abbey غير أننا نأخذ على النموذج قصوره عن تضمين البعد البيولوجي الجسدي، وتغيبه للعامل الديني والروحي، وهو ما تداركته نماذج متأخرة، مثل النموذج الذي نقتحره في هذه الدراسة والذي يعتمد على النموذج التفاعلي ل Lazarus و Folkman.

نشأ النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model من ملاحظات George Engels وانتقاداته للنموذج الطبي الخطي وكانت أهمها:

1- إن التغيرات الحيوية الكيميائية لا تؤدي إلى ظهور الأمراض حتماً، فالمرض هو نتيجة تفاعل عوامل متعددة جزيئية وفردية، واجتماعية. بل إن الاضطرابات النفسية والاجتماعية قد تظهر على شكل خلل حيوي كيميائي.

2- لا تلقي التغيرات الحيوية والكيميائية الضوء على المعنى والدلالات التي تكتسبها أعراض المريض، ولا تساعد الطبيب على إيجاد طريقة للتعامل معها وجمع المعلومات الضرورية لرعايته.

3- تكتسب المتغيرات النفسية الاجتماعية أهمية أكثر من التركيز على حساسية وشدة ومسار المرض.

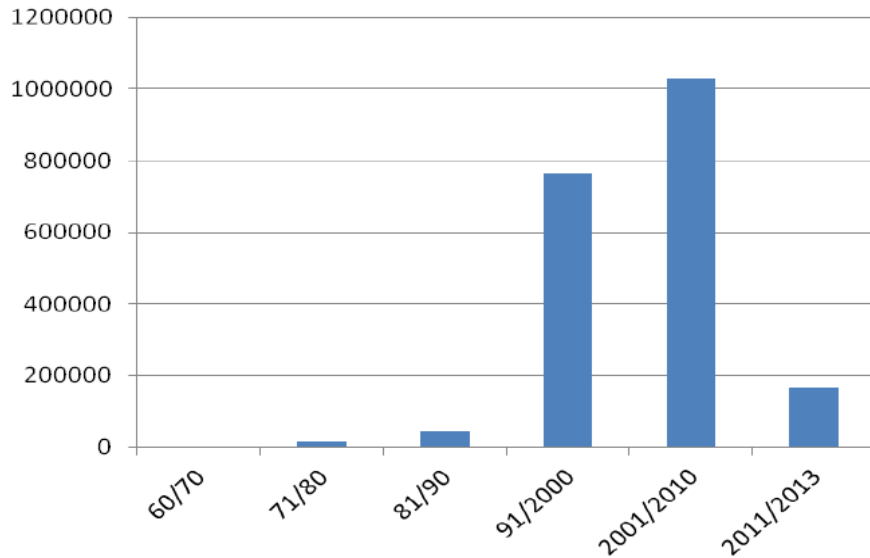
4- تبني دور المريض لا يرتبط حتماً بالاضطرابات الحيوية الكيميائية.

5- أغلب النجاحات التي تحققها الأدوية في العلاج مرتبطة بمتغيرات نفسية اجتماعية مثل: أثر المعنى أو الدواء الغفل placebo effect.

6- تؤثر العلاقة بين الطبيب و المريض في مسار المرض ولو عن طريق الالتزام بالعلاج فقط.

7- على العكس من المادة الجامدة، فإن المرضى يتأثرون بطريقة دراستهم كما يتأثر الأطباء بمرضاهم أيضاً (Carrio 2004).

إن مراجعة الأدب الطبي والنفسي عن تعاريف نوعية الحياة وتطبيقاته في مختلف الأمراض ومجالات الرعاية تضرنا أمام ظاهرة "حيرة الاختيار". ففي مراجعة سريعة سنة 2005 للبحوث المنشورة في بنك المعلومات Pubmed عن نوعية الحياة، كانت النتيجة 76698 مقالا علميا ما بين 1966 و 2005. كانت بحوث نوعية الحياة تمثل 0.002 % من مجموع البحث العلمي سنة 1966، ثم وصلت إلى 1.36% في 2005 حيث تضاعفت النسبة 680 مرة. و في بحث شخصي قام به الباحث عن طريق محرك البحث الأكاديمي google scholar أعطى النتائج التالية:



شكل 3: نتائج البحث في google scholar عن "نوعية الحياة" (16.9.2013)

ونلاحظ انفجار البحث في نوعية الحياة منذ 1991 إلى اليوم، و يكاد يتضاعف كل عام، بل إن البحوث التي أجريت في ثلاث سنوات (2011-2013) كما نلاحظ في الشكل (3) تعادل ما يقارب 20 سنة من البحوث السابقة. يتقاطع مصطلح نوعية الحياة في مجال الرعاية النفسية والطبية مع مصطلحات أخرى قريبة منه مثل: نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ومع تعريف الصحة ذاته، أو الحياة الطبيعية أو الرضا عن الحياة (Lepège 1999). كان البعد المقاس مع بداية البحوث هو الحالة الصحية، أو الوضع الصحي وقد ركز الباحثون في تقديرهم للصحة على الأعراض الجسدية والنفسية، ونشأت في الولايات المتحدة وبريطانيا محاولات لقياس المعاناة المدركة وأثر المرض أو العلاج والأدوية على الوظائف الجسدية وأثره على الرضا عن الحياة. وحيث أن حالة الفرد الصحية مرتبطة بثقافته وبالمجتمع الذي يعيش فيه ونظامه الصحي وبالعوامل البيئية والعائلية والوراثية، ركزت البحوث حسب Bergner على أبعاد خمسة للوضع الصحي هي:

- 1- الأسس الوراثية
- 2- الحالة البيولوجية والنشورية
- 3- الحالة الوظيفية
- 4- الحالة العقلية والنفسية
- 5- المخزون الصحي (الكمون الصحي)

ورغم البعد المادي الواضح لتلك الأبعاد، إلا أن تبني النموذج التكاملي في دراسة نوعية الحياة أصبح في رأينا هو الخيار المنهجي الأكثر ملاءمة لطبيعة المفهوم وتشعب أبعاده.

2.1. نوعية الحياة في الجزائر :

يفترض أن تكون نوعية الحياة في الجزائر مرتفعة اعتمادا على كونها بلدا غنيا من حيث الموارد الاقتصادية، حيث تعتبر من أكبر الدول المصدرة للبترول والغاز والمعادن، إضافة إلى غناها بالموارد البشرية حيث مازالت نسبة الشباب مرتفعة إضافة إلى البنية التحتية الجيدة في التعليم والصحة والخدمات والطرق.

غير أن المؤشرات العالمية للتنمية تضع الجزائر في مراتب متخلفة بالنسبة لإمكانياتها ومواردها، وهناك على الأقل ثلاثة تقارير سنوية ذات طابع عالمي تهدف إلى ترتيب دول العالم حسب مؤشرات ومعايير مختارة تتبناها الجهات التي تصدر هذه التقارير وأهمها:

1- تقرير التنمية البشري الذي يصدر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والذي يقوم على ثلاثة أعمدة هي: الدخل و الصحة و التعليم. فقد صنف الجزائر سنة 2009 في المرتبة 104، أما تقرير 2013 فقد حسن وضعها في المرتبة 93 بعد كولومبيا وسيريلانكا (تقرير التنمية البشرية 2013).

2- تقرير التنافسية العالمي: الذي يغطي 133 دولة ويركز على متطلبات أساسية مثل البنية التحتية والاستقرار الاقتصادي والصحة والتعليم الأساسي وكذا الكفاءة، فقد صنف الجزائر في المرتبة 89 بعد المغرب ومصر وتونس.

3- تقرير جودة الحياة الذي تصدره مجلة International living الأيرلندية، والذي وضع الجزائر في المرتبة 139 ب 52 نقطة سنة 2011، بعيدا وراء تونس التي أخذت المرتبة 69.

أما في دراسة Mercer (2011) والتي تخص أكبر المدن العالمية، فقد جاءت مدينة الجزائر العاصمة في المرتبة 185 أفضل قليلا من طهران (188) وطرابلس الليبية (204).

أما عن الدراسات المحلية فلم نعثر إلا على دراسة تيليويين وبلغوميدي (2009)، والتي استكشفت العلاقة بين التدين ومعنى الحياة والرفاه الذاتي لدى الطلبة الجزائريين، وشملت العينة 495 طالبا جامعيًا، واستعمل الباحثان فيها مقياس التدين الإسلامي الشامل والصيغة المختصرة من مقياس معنى الحياة والرضا عن الحياة ومؤشر الرفاه الشخصي (PWI). ودلت النتائج على أهمية الارتباط بين المعتقدات الدينية والرفاه الذاتي (Tiliouine 2009).

اعتمد تيليويين وزملاؤه في دراستهم مفهوم الرفاه الذاتي Subjectif wellbeing انطلاقا من مشروع المركز الأسترالي لنوعية الحياة بالتعاون مع جامعة Deakin والذي يوفر مؤشر الرفاهية الذاتية أو الشخصية (PWI)، وترجم خطأ إلى المؤشر العالمي للارتياح والذي أنشأه Cummins على أنقاض المقياس الشامل لنوعية الحياة Com QOL (1994)، لكنه تخلى عنه نظرا للنقائص السيكومترية الكثيرة التي ظهرت من جراء تطبيقه. ويرى صاحب المقياس أن مؤشر الرفاهية الشخصي يقيس الجانب الذاتي من نوعية الحياة انطلاقا من تحليل المفهوم العام للرضى عن الحياة (PWIQAd Manual 201).

ويشير تيليوبين ومزيان في أحدث مشاركة لهما في كتاب "بحوث نوعية الحياة و المؤشرات الاجتماعية"، والصادر عن الجمعية العالمية لبحوث نوعية الحياة (ISQOLS) سنة 2012، إلى أن مصطلح الرفاهية الذاتية مرادف لمصطلح نوعية الحياة، وبعد أن يوردا وضعية الدول الإسلامية و العربية على مؤشرات التنمية والرفاه والتي تستند أغلبها إلى المعايير الموضوعية المادية، يتناولان وضعية الجزائر حيث وصلت نسبة السكان الذي يعانون من الفقر إلى 23%، مما دعى الدولة إلى تخصيص أكثر من 55 مليار دولار ما بين 2005 و 2009 لإنفاقها على النمو الاقتصادي، و تحسين مستوى المعاش، غير أن الفساد الإداري والاقتصادي أثر على فعالية تلك الأموال في الواقع اليومي للناس (Tiliouine 2012). وصلت درجة مؤشر الرضا عن الحياة إلى 5.6 وهي أقل من مقابلاتها في الدول العربية النفطية. وفي دراسة تتبعية قام تيليوبين و زملاؤه بقياس مؤشر الرفاه كل 18 شهرا منذ 2003 إلى اليوم و ذلك باستعمال مؤشر الرفاه العالمي (IWI) مقارنة بمؤشر الرفاه الشخصي (PWI) والذي يركز على نوعية حياة الأفراد وكذا مؤشر الرفاه الوطني (NWI)، ويركز على الجانب الاقتصادي والبيئي والاجتماعي وكذا السياسي، ولاحظ الباحثان أن متوسط درجة الرفاه الشخصي PWI في الجزائر Mean = 65.19 (SD = 17.7) أقل من مثيلتها في أستراليا (Mean = 74.90 SD = 0.75)، وكانت الدرجات المنخفضة مرتبطة بمجال الأمن والوضع الاجتماعي. ورغم تحفظنا على التقارير العالمية للتنمية البشرية، والدراسة المحدودة لتيليوبين وزملائه، والظروف التي مرت بها الجزائر في التسعينيات من القرن الماضي، والتي أصابت التنمية بشكل تام، وتصدر إعادة الأمن الاجتماعي للمشروع الوطني، إلا أن ذلك لا يعفينا من ملاحظة عدم تحقيق رفاه اجتماعي مناسب للموارد والإمكانات البشرية والاقتصادية التي تتوفر عليه بلادنا.

إن التغيرات التي لحقت بصحة السكان، بما فيها النقلة الوبائية التي أدت إلى اختفاء الأمراض الانتانية من الواجهة، وظهور الأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان، والأمراض النفسية والعصبية (زعطوط 2005)، جعل عبء المرض والرعاية يتزايد على كاهل الفرد و المجتمع. ولا تختلف الجزائر عن غيرها من الدول في هذه الظاهرة كما أشارت إليه دراسة MSP (2004) ودراسة PAFAM (2002)، ونعتقد أن ظهور تلك الأمراض مرتبط بتحسين ظروف المعيشة من الاستقلال إلى اليوم.

3.1. المحددات و المتغيرات المتفاعلة في نوعية الحياة :

يشير Cella و Tulsky (1990) إلى أن نوعية الحياة مرتبطة بتقييم المرضى ورضاهم بمستوى أدائهم الوظيفي الحالي مقارنة بما يتصورون أنه الأمثل. أما Erickson و Patrick (1993) فينظران إلى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على أنها القيمة المعطاة لطول الحياة، متأثرة بالأداء الوظيفي وظهور الاعاقات والصحة المدركة والفرص الاجتماعية المتاحة التي تتأثر بالمرض أو الجروح أو العلاج وكذا سياسات الرعاية. كما ركز بعض الباحثين على مفهوم الفجوة gap بين آمال وتوقعات الفرد و بين خبراته اليومية، و تدعى بفرضية الفجوة gaps Hypothesis (Colman 1984 و Bergner 1989).

وبضيف Ruta عوامل أخرى مؤثرة في نوعية الحياة من الوجة الاقتصادية والاجتماعية مثل:

أ- الدخل:

حيث يزيد مستوى الرفاهية في الدول الغنية ويتناقص في الدول الفقيرة، غير أن معامل الارتباط بين نوعية الحياة في جانبها النفسي الاجتماعي وبين الاشباع المادي كان ضعيفا، حيث وصل إلى 0.13 في الولايات المتحدة، و 0.45 في الهند، ويجادل Diener و Cummins (2000) في أن الدخل إذا زاد عن الحاجات الضرورية يتناقص ارتباطه مع نوعية الحياة، حيث وجد Ahuria أن دخل الفرد لا يفسر أكثر من 2 إلى 3 % من التباين في نوعية الحياة، وهو عرض ظاهر فيما أطلق عليه بظاهرة "المرفهون المحبطون" أو "الملهوفون"، إذ ورغم تطور الدخل و الأحوال المادية في أوروبا وأمريكا الشمالية إلا أن نوعية الحياة لا تسير في نفس المنحى.

ب- العلاقات الاجتماعية:

إن انهيار العلاقات الاجتماعية و اختفاء الدعم الاجتماعي كمورد هام في امتصاص أحداث الحياة الضاغطة والكرب المزمّن والحاد، أدى إلى قصور في التكيف والمواجهة لدى طبقات كثيرة في المجتمع، وهو ما سمي "بالمغبر الثالث" الذي يفسر درجة الرضا عن الحياة المتشابهة بين عينة من 400 من أكبر أغنياء الولايات المتحدة حسب Forbes List، وبين رعاة الماساي الفقراء (5.8 مقابل 5.7). إن تحسن العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي يؤثران بقوة في نوعية الحياة، بالتركيز على المشاعر الايجابية حيث يبدو أن الشعور بالوحدة هو أكبر أعداء السعادة (Ruta 2007).

ج- التدين:

يؤكد Koenig في دراسة مُراجعة حديثة (2012) شملت أغلب الدراسات التي تناولت التدين أو الروحانية والصحة ما بين 1872 إلى غاية 2010، بما يزيد عن 3300 مقال علمي موثق منهجيا. وأكد تحليل تلك البحوث العلاقة الايجابية والارتباط الدال بين مخرجات الصحة وبين التدين، مما يدعو كل الباحثين إلى أخذ هذا المتغير بعين الاعتبار في دراسات نوعية الحياة.

د- المشاعر الايجابية و السلبية و مستوى الحالة المزاجية و كذا الطبع و العوامل الوراثية.

هـ- التوازن الحيوي المعرفي: درس Cummins الرضا عن الحياة و اعتبره متغيرا مشابها للمتغيرات الحيوية البيولوجية حيث يخضع لقانون التوازن الحيوي Homeostasis. ويرى أن إدامة المحافظة على الرضا عن الحياة يتم تحت تأثير متغيرات معرفية متنوعة مثل الشعور بالضبط أو الفاعلية الذاتية، و كذا الأخطاء والتحيزات المعرفية مما يجعل متغير التقييم المعرفي فاعلا بصفته متغيرا وسيطا كما نجده في النماذج التفاعلية مثل نموذج Lazarus و Folkman.

إن التقييم المعرفي يؤدي بنا حتما إلى التساؤل عن دور الوظائف التنفيذية كما يعرفها علم النفس العصبي وتأثيرها على نوعية الحياة أو القرارات المتعلقة بالخبرة وتنظيم الحياة اليومية. وقد اشارت دراسات كثيرة إلى علاقة هذا التقييم وبالتحديد أداء الفص الجبهي في إدراك نوعية الحياة خاصة في الأمراض المزمنة أو الكروب المهدة للحياة، ويرتبط ذلك أيضا بالقدرة على ضبط السلوك والشعور بالتحكم عن طريق الكفاءة الذاتية self efficacy التي تتضمنها نظرية Bandura في المعرفة الاجتماعية، كما أن تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة مرادف في رأينا للتقييم المعرفي، ومرتبطة في ذات الوقت بالكفاءة الذاتية والقدرة على إدارة الذات في سياق ثقافة الانسان وقيمه.

إن مفهوم التوازن الحيوي المعرفي هو جزء من النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي، لذلك فإن علم النفس العصبي المناعي psychoneuroimmunology يركز على وظيفة الجهاز المناعي في المحافظة على هذا التوازن في الصحة و المرض. و قد أشار Nunes (1995) وزملاؤه إلى الارتباط بين نوعية الحياة وبين كل من الدعم الاجتماعي وأداء الجهاز المناعي لدى المصابين بالايديز (HIV)، حيث بينت دراستهم العلاقة بين المستويات المرتفعة للخلايا المناعية CD4 و بين نوعية الحياة.

4.1. نوعية الحياة والسرطان:

بدأ استعمال مصطلح نوعية الحياة لدى مرضى السرطان في السبعينيات من القرن العشرين، غير أن محتواه كان مشكلا (Rizzo 2002)، بحيث لم يشمل المفهوم بأبعاده الكثيرة. وقد ركز البعض آنذاك على غيابسمية الأدوية المضادة للسرطان من وجهة نظر الطبيب، على أساس بعض المؤشرات مثل مؤشر كارنوفسكي Karnofski Index أو مؤشر الحياة لمنظمة العالمية، ثم استعملت أبعاد أخرى مثل مدة البقاء على قيد الحياة دون ظهور آثار سمية أو معاودة المرض (TWIST) Time Without Symptom and Toxicity.

وتمت اضافة مقاييس أخرى تأخذ في الحسبان القلق والاكتئاب وبعض الأعراض الجسدية مثل Sickness Impact Profil أو Quality of Well Being Scale. ويدخل الثمانينات ظهرت مقاييس مخصصة لمرض السرطان مثل EORTC Functional Living Index Cancer (Shipper, 1984)، وكذا مقياس الاتحاد الأوروبي EORTC FACT، ويوجد مماثل له باللغة الفرنسية وهو استبيان Besanson.

يتضح من خلال التقييم الذي أجري لنوعية حياة مرضى السرطان أن اغلبهم يقدرونها إيجابيا، حيث يتحول المرض إلى خبرة سلبية معلمة حيث تتحسن بعض جوانب الحياة بعد المرض مثل العلاقات العائلية. كما يقدم Razan و Delvaux (1998) تفسيراً آخر للإدراك الإيجابي لنوعية الحياة لدى مرضى السرطان اعتماداً على بعدين الأول معرفي، والثاني وجداني، فكثير من المرضى ينظر إلى تاريخ حياته فيقيمه إيجابياً على أساس أنه حقق أهدافه الرئيسية، مما ينعكس إيجابياً على الوجدان ويرفع درجة الرضا عن الحياة، وهذا لا يمنع من وجود فئة من هؤلاء المرضى تعاني المشاعر السلبية والكرب النفسي تطابقاً مع الطبيعة الإنسانية. غير أن الباحث الحالي يعتقد أن التقدير الإيجابي لنوعية الحياة كما تشير إليه بعض البحوث أمر مبالغ فيه حيث تشير نفس البحوث إلى ارتفاع نسبة الكرب والاضطرابات النفسية لدى مرضى السرطان. إن تقييم نوعية الحياة مرتبط بنمو الفرد وتطوره وتغيير قيمه وتقييمه للموقف وعناصره الوجدانية (Rizzo 2002).

5.1. النموذج النظري المقترح:

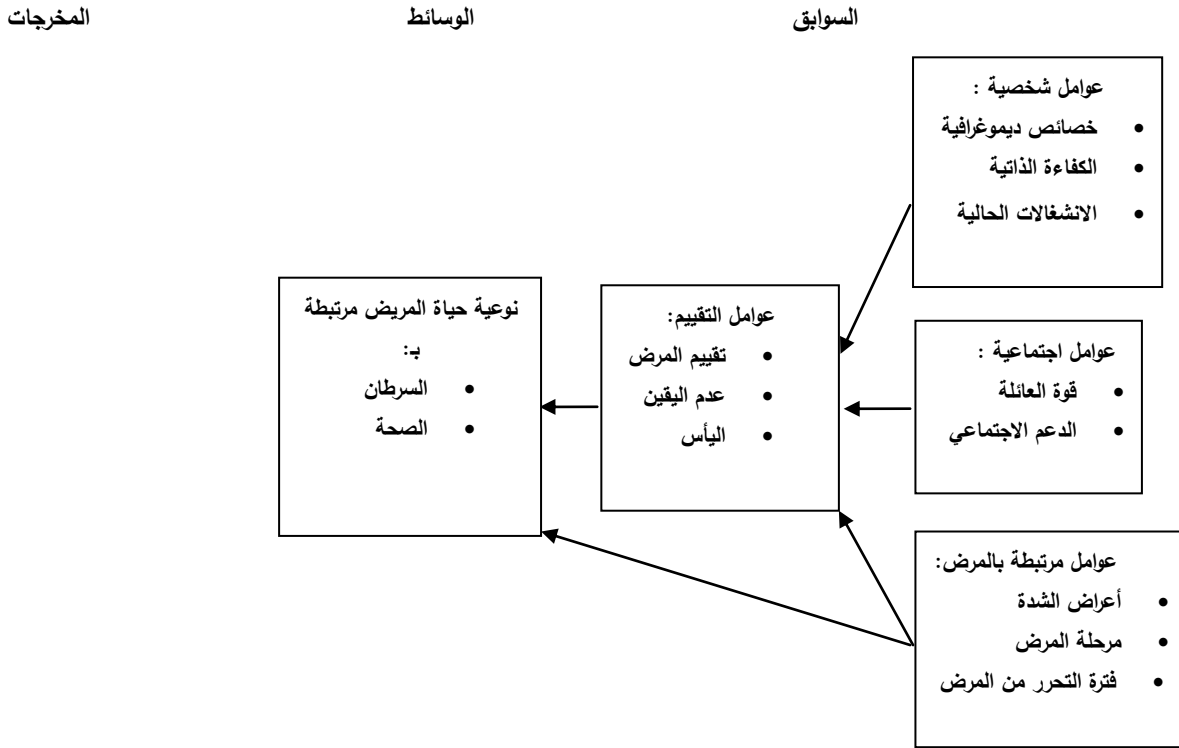
حاول في دراستنا هذه الجمع بين المتغيرات أو المحددات الأساسية المتفاعلة مع نوعية الحياة في نموذج نظري قريب من النموذج الذي استعمله Northouse وزملاؤه (2002) في دراستهم عن نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي، و يحقق شروطاً نظرية و منهجية أهمها:

1- يعتمد على النماذج التفاعلية خاصة نموذج Lazarus.

2- يتضمن المتغيرات الأساسية في دراستنا المذكورة سابقاً.

3- يتضمن المتغيرات الديموغرافية والنفسية والاجتماعية والحيوية متوافقا مع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

4- ملاءمته للمرضى والأصحاء.



شكل 4: نموذج نوعية الحياة لدى مرضى السرطان (Northouse وزملاؤه 2002)

غير أننا نلاحظ على النموذج غياب بعض المتغيرات الأخرى الهامة مثل: التدين والتوازن الحيوي وكذا متغير طبيعة الوجدان، والعوامل الانفعالية ممثلا في الضيق النفسي، وهو ما استدركناه في النموذج النظري الذي نعتمده في دراستنا محاولين اختبار صدقه عن طريق النمذجة.

ويتوقع الباحث إمكانية تفسير العلاقة بين نوعية الحياة كمتغير تابع في دراستنا وبين المتغيرات

المستقلة الأخرى باقتراح نموذج نظري بإتباع الخطوات التالية:

أ- تحليل الدراسات السابقة التي تناولت نماذج تفسيرية أو تحليلية لنوعية الحياة لاستخراج الخلفية النظرية التي يمكن اعتمادها، إذا لم يكن بمقدور الباحث اقتراح تفسير نظري جديد. تمكننا هذه الخطوة أيضا من تحديد المتغيرات الرئيسة المعتمدة وتقسيمها إلى متغيرات منبئة (مستقلة) وأخرى وسيطة وتابعة. وقد اعتمدنا النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي كأساس نظري انطلاقا من أعمال Lazarus وزملائه عن النموذج التفاعلي، إضافة إلى بحوث Bandura عن المعرفة الاجتماعية ودور المتغيرات المعرفية في إدارة الذات والتكيف مع المواقف الكاربية وفي تفسير سلوكنا في الصحة والمرض (Bandura 1989; Lazarus 1991, 2000).

ب- التأكد من علاقة المتغيرات مع بعضها من خلال نتائج الدراسة استنادا إلى مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة، مما يمنحها مصداقية التواجد في النموذج، وعلى اساس ذلك يتم تعديل النموذج النظري المقترح.

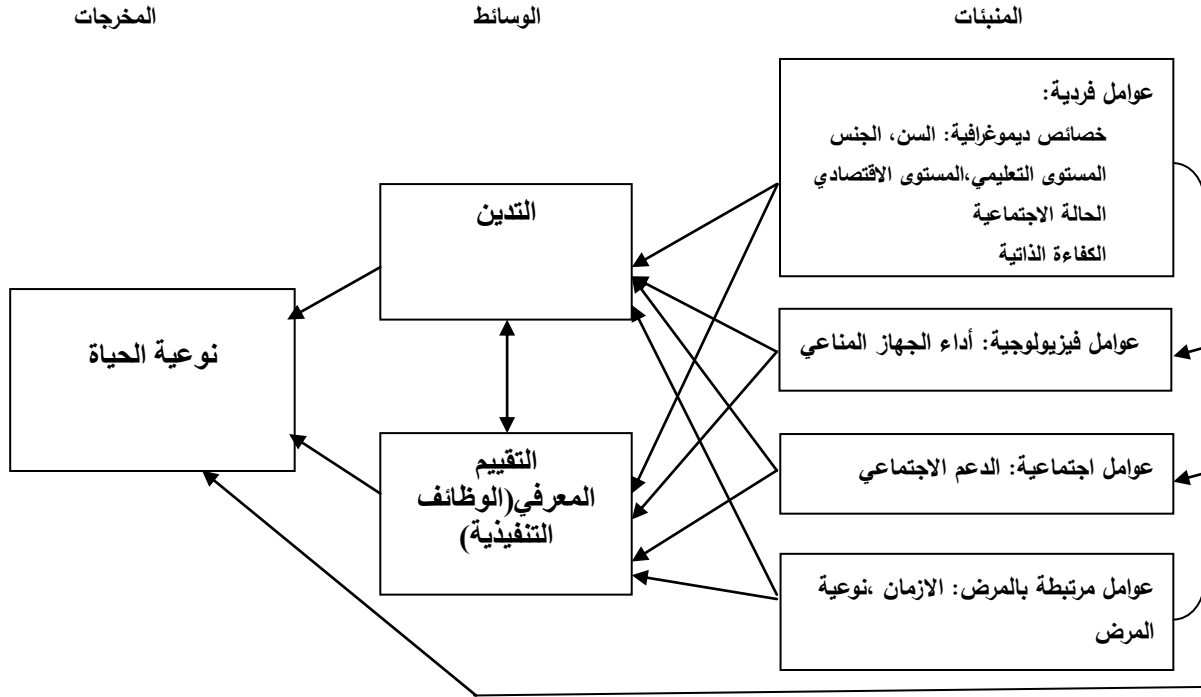
ج- اختبار النموذج عن طريق التحليل الاحصائي المناسب وقد اخترنا مقارنة تحليل المسار باستعمال نمذجة المعادلات البنائية (SEM) Structural Equation Modeling عن طريق برنامج تحليل عزوم البنى AMOS (22.0) المدمج مع الحزمة الاحصائية SPSS (20).

ورغم أن تحليل الانحدار قد يفى بالغرض إلا أنه يختلف عن تحليل المسار في كون هذا الأخير:

- 1- أكثر مرونة ومطواعية للباحث.
- 2- يقدم طريقة تفسيرية لاتجاه الأثر، مما يمكننا من اعتماد نماذج تفسيرية، وهو منهج غائب في الدراسات النفسية.
- 3- يمكننا من تحديد الأثر المباشر وأثر المتغيرات المعدلة.
- 4- وبضيف AMOS امكانية اختبار النموذج المقترح عن طريق الرسم البياني.

وقد أخذنا في الحسبان تمييز Joreskog (1993) بين سيناريوهات اقتراح النماذج النظرية حيث يقسمها إلى ثلاثة انواع:

- 1- النماذج التوكيدية الصرفة: حيث يقترح الباحث نمودجا وحيدا صالحا للاختبار اعتمادا على الدراسات السابقة أو باقتراح منه، ثم يجمع المعطيات الميدانية ويختبر ملائمة النموذج لتلك المعطيات مستنتجا قبوله أو رفضه.
- 2- النماذج الاختيارية: يقوم الباحث باقتراح نماذج متعددة منذ البداية اعتمادا على الدراسات السابقة، ثم يختبر ملاءمتها للمعطيات الميدانية ويقبل منها ما تدل مؤشرات الملاءمة على صلاحيته لتفسير النتائج.
- 3- النماذج التوليدية: حيث يقوم الباحث باقتراح نموذج أو اكثر ثم اختباره، فإذا دلت مؤشرات الملاءمة على قصوره عمد إلى تعديله حتى يصبح أكثر صلاحية لتفسير نتائج بحثه، مركزا على تحليل أسباب عدم الملاءمة. وتعتبر هذه المقاربة استكشافية لا توكيدية، بحيث تصبح تلك النماذج محاولات تفسيرية خاضعة للنقد والتغيير، وهو ما نراه مناسباً لطبيعة دراستنا، ذلك اننا لا نزعم تقديم نموذج نظري توكيدي لتفسير نوعية الحياة. انطلاقا من الخطوات السابقة، يمكننا اقتراح النموذج النظري التالي:



شكل 5: نموذج نوعية الحياة المقترح في الدراسة الحالية

6.1. الدراسات السابقة في نوعية الحياة:

أ-الدراسات العربية:

- تناولت أغلب الدراسات العربية نوعية الحياة من زاوية الجودة والسعادة والمفهوم الايجابي للحياة، محاولة استكشافها لدى طلاب الجامعة، ولدى النساء، ولدى كبار السن (مهدي كاظم ونجم البهادلي 2006، العدلي 2006، المحرزي وإبراهيم 2006، المحرزي وسعيد حسن 2006، نعيسة 2012).
- فقد درس فرجاني(1992) مفهوم وقياس جودة الحياة في البلدان العربية في السياق الدولي على أساس ميثاق حقوق الإنسان لأجل بلورة مفهوم عربي لنوعية الحياة، ركزت النتائج على الحقوق الفردية مثل السلامة الشخصية وحرية الرأي والفكر وكذا الحقوق الجامعية مثل تكوين الأسرة والرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية ومستوى المعيشة اللائق (رغداء علي 2012).
- وتناول عبد الله الحمص، قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في قطاع غزة(2005)، على عينة من 203 والدة، وأبرزت النتائج عدم رضا الوالدات عن حياتهن خاصة لدى المصابات بأمراض مزمنة مثل السكري وضغط الدم (عبد الله الحمص 2010).
- وأتمت أميرة طه دراسة نوعية الحياة لدى المعاقين بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية على عينة من 50 معاقا بصريا ومثلهم من العاديين، وبينت النتائج انخفاض نوعية الحياة لدى المعاقين وارتباطها بمفهوم الذات (أميرة طه 2006).

- وتناول أبو حلاوة (2009) الذكاء الانفعالي، والمعنى الشخصي، وجودة الحياة النفسية، مقارنة بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة. ودرس منصور جودة الحياة وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى (Big Five) في الشخصية والقلق، على عينة من 403 طالبا وطالبة بكلية التربية بالعريش بجامعة السويس.

- ودرست رغداء علي نعيمة جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق وتشيرين على عينة من 360 طالبا وأشارت النتائج إلى تدني نوعية الحياة لدى الطلبة (نعيمة 2012).

ب- الدراسات التي تناولت نوعية الحياة في علاقتها ببعض الأمراض:

- قام المحمد وجورجيس (2005) بدراسة نوعية الحياة لدى المصابين بالربو في الأردن، وهدفت الدراسة إلى تقييم نوعية حياة المرضى الراشدين والتعرف على المؤشرات والجوانب البيئية والجسمية والنشاطات اليومية والأدوية والعلاجات وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية. بلغت العينة 100 مريضا من مراجعي قسم الطوارئ والعيادات الخارجية، وأشارت النتائج إلى تأثر نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى في جوانبها الجسدية والنفسية والاجتماعية.

- وقامت وفاء العطار (2005) بتقييم نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القولون والمستقيم لدى 50 مريضا في مشافي بغداد، مستعملة استمارة خاصة لتقييم نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القولون وأشارت النتائج إلى أن النوعية المتعلقة بالمشي والحركة والشعور بالألم والإرهاق.

- وقام الديوان (2006) بدراسة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المراهقين العراقيين المصابين بالسكري، وتكونت العينة من 160 مريضا مصابا بالنوع الأول من السكري المرتبط بالأنسولين، ودلت النتائج على أن نوعية حياة المراهقين الأقل سنا أفضل من غيرهم، كما لعبت الرياضة والنشاط البدني دورا دالا في تحمل أعباء المرض وتحسين نوعية الحياة.

- كما قام الطيباني (2007) بتقييم نوعية الحياة لدى المرضى المزمين في دراسة مقارنة بين مرضى الفصام ومرضى السكري، وشملت الدراسة 50 مصابا بالفصام و100 مريضا بالسكري و100 من الأصحاء، وتم تطبيق مقياس نوعية الحياة WHOQOL. أظهرت النتائج قصورا في نوعية الحياة لدى الفصاميين مقارنة بمرضى السكري أو أفراد العينة الضابطة. حصل حوالي 60% من المرضى والعينة الضابطة على مستوى نوعية حياة متوسطة، ولم يظهر الرضا عن الحياة لدى الفصاميين، بينما أقر مرضى السكري أنهم راضون عن حياتهم خاصة في جانب العلاقات الشخصية، وأستخلص الباحث الأثر السلبي للمرض المزمين على نوعية الحياة.

- و تناول كل من أبو زيد وأبو العلا (2007) العلاقة بين نوعية الحياة واضطرابات المزاج، في دراسة مقارنة بين المصابين بالاكتئاب أحادي وثنائي القطب وبين الفصاميين، بوجود عينة ضابطة. بينت النتائج فروقا دالة في نوعية الحياة بين المجموعات، حيث كانت أسوأ لدى الفصاميين، يليهم المصابون بالاكتئاب الجسيم ثنائي القطب، وأخيرا المصابون بالاكتئاب.

- ودرس الصفار وياسين (2009) نوعية الحياة لدى المصابين بالفصام في مدينة دهوك بالعراق لدى عينة من 40 فصاميا باستعمال WHOQOL Bref، مقارنة مع الأصحاء، ودلت النتائج على فروق كبيرة بين نوعية الحياة لدى الفصامين وغيرهم في مجالات الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية والعلاقات الشخصية.

- أما لبنا وسعيد حسان (2009) فقد استكشفا عوامل الاختطار ونوعية الحياة لدى المصابين بالربو في مستشفى السليمانية بالعراق. شملت العينة 173 مريضا، 61% منهم من الإناث، وأشارت النتائج إلى انخفاض نوعية الحياة بسبب الربو وعلاجاته، وكان الجنس والمستوى التعليمي والمهنة عوامل مؤثرة وكانت عوامل الاختطار تشمل كون المريض من خلفية تعليمية واقتصادية متواضعة وأنثى مقيمة في البيت.

- وقام الجميح وزملاؤه (2011) بدراسة نوعية الحياة ومحددات لدى مرضى الديال الدموي بأحد مراكز تصفية الدم بالمملكة العربية السعودية، وأثر بعض العوامل السكانية والسريرية، مستخدمين استمارة قصيرة لقياس نوعية الحياة والمرض الكلوي (KDQOL-SF). شملت العينة 100 مريض يعالجون بالديال الدموي المزمن، وبينت النتائج دور الوظيفة المعرفية والدور العاطفي والدور الجسدي ووضع العمل في نوعية الحياة. كما ظهرت محددات ايجابية هي: رضى المريض وتشجيع طاقم الرعاية وجودة التدخلات الاجتماعية.

- أما عبد الله ومنصور (2012) فقد قاما بدراسة أثر العلاج الكيميائي على نوعية الحياة لدى المصابين بابيضاض الدم المزمن على عينة من 130 مصابا، واستعمل الباحثان نسخة مختصرة من مقياس نوعية الحياة الخاص بمنظمة الاتحاد الأوروبي المتعلقة بالسرطان، وأظهرت الدراسة ارتباطا إحصائيا دالا بين الجنس ومؤشر الزحمة والحالة الزوجية والمهنية ومدة المرض تطوره والأداء الوظيفي مع نوعية الحياة، ولم يظهر هذا الارتباط مع العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

- قامت وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف (2012) بدراسة نوعية الحياة لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني في الموصل، وشملت العينة 300 مريضا، ثم تطبيق مقياس نوعية الحياة المختصر WHOQOL Bref لمنظمة الصحة العالمية، وأظهرت النتائج أن 41% من المرضى يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة، و46% بدرجات متوسطة و13% يعانون من انخفاض نوعية حياتهم، وتشير النتائج إلى أن متوسط نوعية الحياة لدى مرضى السكري مرتفع نسبيا مقارنة مع الأمراض الأخرى، وأن الإناث أكثر تأثرا بالمرض من الذكور.

- وقام علي معلا والمطيب (2012) بتقييم نوعية الحياة الجسمية للمراهقين المصابين بابيضاض الدم الحاد في مدينة بغداد، وشملت العينة 50 مريضا، واستعملا استبانة خاصة تحتوي على المعطيات العامة ونوعية الحياة البدنية، وأشارت النتائج إلى نوعية حياة متوسطة من الناحية البدنية.

ج-الدراسات الأجنبية:

- وقام Taphourn وزملاؤه (2000) بمراجعة أدبيات البحث عن نوعية الحياة لدى المصابين بأورام دماغية وذلك باستعمال استبيانات متعددة مثل استبيان نوعية الحياة الخاص بالمصابين دماغيا، وأكد الباحثون على أهمية الاستبيان الذي أنشأته المنظمة الأوروبية لبحوث علاج السرطان وهو EORTC QLQ-C30، وكذا التقييم الوظيفي لعلاج السرطان FACT، حيث يركز هذا الأخير على المجالات النفسية والاجتماعية

أكثر منه على الأعراض الطبية. ولاحظ الباحثون أثر الجراحة والعلاج بالأشعة على نوعية الحياة وعلى الأداء المعرفي للمرضى وكذلك العلاج الكيميائي والعلاج التدايمي.

- قامت Nely و Martin's Dovalle (2006) بدراسة نوعية الحياة لدى 50 مصابا بالسرطان في أحد مستشفيات البرازيل مقارنة بـ 70 شخصا من الأصحاء باستعمال WHOQOL BREF، ولم تجد الدراسة فروقا بين المجموعتين.

- وقام Kreiler وزملاؤه (2007) باستكشاف العلاقة بين الضغط النفسي والكفاءة أو الفعالية الذاتية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وذلك باختبار نموذج تفاعلي يعتمد متغيرين وسيطين هما الكرب المدرك والكفاءة الذاتية، وتكونت العينة من 60 مريضا، وفرق الباحثون بين الكرب الصحي والكرب الاجتماعي، ودلت النتائج على أن مؤشر الكرب الصحي يؤثر في نوعية الحياة عبر الكرب المدرك، وأن الكفاءة المدركة تساعد في خفض الكرب المدرك وبالتالي نرفع من مستوى نوعية الحياة، وكذلك فإن نوعية الحياة تتأثر سلبا بالكرب الاجتماعي.

- أما Mazanec وزملاؤه (2010) فتناولوا بالبحث العلاقة بين التفاؤل ونوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان، حديثي التشخيص وركزوا على الصحة لدى عينة من 163 مريضا، مرت 6 أشهر على تشخيصهم باستعمال بطارية مكونة من مقاييس نفسية اجتماعية، ودلت النتائج على ارتباط التفاؤل بنوعية الحياة وبالقلق والاكتئاب، ولم يكن التفاؤل عاملا تنبؤيا بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وارتبطت الوجدانات السالبة (القلق والاكتئاب) بانخفاض نوعية الحياة.

- وقامت Yanez وزملاؤها (2011) بمراجعة الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي لدى المريضات من أصل لاتيني في الولايات المتحدة، وتم اختيار 20 دراسة من بين 375 مقالا تم العثور عليها، بعضها نوعي والأخر كمي وتم التركيز على الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والجنسية لنوعية الحياة، ودلت النتائج على انخفاض نوعية الحياة النفسية لدى المريضات من أصل أوروبي مقارنة مع غيرهن وغياب التقييم المتعلق بالحياة الجنسية إلا نادرا.

- أما حيدر نجاد وزملاؤه (2011) فقاموا باستكشاف العوامل المؤثرة في نوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان تحت العلاج الكيميائي في إيران، على عينة من 200 مريض باستعمال EORTC QLQ - C30، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط بين نوع السرطان وبين كل من شدة الألم والإرهاق، ولم ترتبط

المتغيرات والعوامل الديموغرافية مثل السن ومستوى التعليم والوضع الاجتماعي والدخل بنوعية الحياة، كما أظهر 66% من العينة نوعية حياة مُرضية.

- ودرس Gray وزملاؤه (2011) العوامل الثابتة والمتحولة المنبئة بنوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القولون والمستقيم على عينة من 496 مريضا، تم تقييم نوعية الحياة والأداء الوظيفي والأداء المعرفي والعوامل الاجتماعية، وظهر انخفاض في نوعية الحياة لدى الإناث، وأهم العوامل المتغيرة هي التعب والقهم والبهر، والاكنتاب وكذا المعتقدات المرتبطة بالمرض، أما المتغيرات الثابتة مثل الجنس والسكن فلم تكن مؤثرة في نوعية الحياة من حيث تفسيرها للتباين.

- استكشفت سلمان لوسي وزملاؤها (2011) نوعية الحياة لدى المرضى الذين وصلوا وإلى مراحل متأخرة من مرض السرطان مقارنة مع الإيدز، وهم يتلقون علاجا تلطيفيا في جنوب إفريقيا وأوغندا، وشملت العينة 285 مريضا متوسط أعمارهم 40 عاما، منهم 197 مريضة، كانت نوعية حياة مرضى الإيدز أسوأ من مثلتها عند مرض السرطان، كما أظهرت النتائج أهمية الشعور بالسلام وخبرة معنى الحياة مقارنة بالتحسن الوظيفي، كما ارتبطت الصحة الروحية بنوعية الحياة مما يؤشر إلى أهمية قياس حاجات المرضى النفسية والروحية خصوصا.

- أما Costanzolo وزملاؤه (2012) فقاموا باستكشاف استجابات المصابين بالسرطان للكروب والمنغصات اليومية وأثر ذلك على نوعية حياتهم، وشملت العينة 111 مريضا مقارنة بعينة مماثلة من الأصحاء، وتم قياس الاستجابة للكرب عن طريق تحليل كورتيزول اللعاب في فترات مختلفة من اليوم، وأظهرت النتائج مرونة كبيرة لدى المرضى في مواجهتهم للكروب والضغوطات النفسية اليومية، غير أن الأثر السلبي على المزاج يشير إلى أهمية التكفل النفسي بهؤلاء المرضى للتخفيف من الوجدانات السالبة لديهم.

- وقام Braun وزملاؤه (2012) باستكشاف دور نوعية الحياة في مآل السرطان على عينة من 673 مصابا بسرطان البروستاتا، ما بين 2001 و2008 بالمنهج التبعي، وباستعمال مقياس الاتحاد الأوروبي لنوعية الحياة EORTC QLQ-C30 وكانت الأبعاد المنبئة بطول الحياة هي الجانب الجسدي والانفعالي والاجتماعي والشعور بالتعب والألم والأرق وفقدان الشهية والإمساك، واستنتج الباحثون أن مستوى نوعية الحياة في بداية المرض يمكن أن يستعمل كمؤشر على طول العمر في السرطان.

- وقام أحمد جاسم و Withford (2013) بدراسة نوعية الحياة لدى النساء البحرينيات المصابات بسرطان الثدي، بتطبيق النسخة العربية EORTC QLQ-C30، على عينة من 337 مريضة، وصلت نسبة

المريضات اللاتي يتمتعن بنوعية حياة مرتفعة 95% بمتوسط 63.9 درجة على المقياس، وكان الأداء الاجتماعي هو الأعلى بـ77.5 درجة، بينما كانت الوظيفة الوجدانية هي الأقل بـ63.4 درجة، وكذا الأداء الجنسي بـ25.9 درجة، بينما كان فقدان الشعور أكثر الأعراض تسببا في الضيق النفسي وكذلك الشعور بالتعب والإرهاق.

ونلاحظ على الدراسات السابقة حول مرضى السرطان مايلي:

- 1- غياب نظرية عربية أو إسلامية الأصول عن نوعية الحياة رغم تراثنا الزاخر، وهو عمل يتجاوز في رأي الجهد الفردي إلى الجماعي.
- 2- غياب أدوات قياس لنوعية الحياة مرتبطة بثقافتنا.
- 3- ظهور متغير التدين أو الروحانية كعامل إيجابي في بعض الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى فئات متنوعة من المجتمع وغياب هذا المتغير في الدراسات التي شملت المرضى، وهو ما يشير إلى إشكالية تجنب التدين والروحانية لدى الأطباء العضويين والنفسانيين.
- 4- ظهور "مفارقة العجز" حيث لم ترتبط نوعية الحياة في كثير من الأحيان بالمتغيرات أو العوامل الموضوعية، وارتفاع نسبة الرضا عن الحياة في الأمراض المزمنة الخطيرة مثل السرطان.
- 5- عدم وضوح الفرق بين المفاهيم الأساسية المرتبطة بنوعية الحياة مثل الصحة المدركة، والرفاهية الذاتية، والوضع الصحي ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة خاصة في البحوث الطبية، وكذا عدم وضوح الفرق بين الأبعاد الموضوعية وبين الأبعاد الذاتية، حيث لا تفسر الأبعاد والعوامل الموضوعية سوى 15% من مجموع نوعية الحياة.
- 6- الخلط بين المحددات مثل ظروف الحياة، والمؤشرات وبين المكونات السلبية والإيجابية.
- 7- يستخلص من أغلب الدراسات أن العامل الحاسم في نوعية الحياة هو الرضا المدرك ونلاحظ أن مفهوم منظمة الصحة العالمية الخاص بنوعية الحياة ينبنى أساسا على هذا المفهوم لذلك رأينا استخدامه في دراستنا، مع تحفظنا على الدلالات التي يحملها منذ نشأته بسبب عدم مشاركة المسلمين والعرب في المشروع المرتبط بنوعية الحياة وهو ما حاولنا تداركه في هذه الدراسة بتسليط الضوء على متغير التدين كمؤشر أساسي في نوعية الحياة.

ويبدو أن سمة أو حالة الرضا تتحقق فيها الشروط الأساسية التي بينها Moons (2006) في تقييمه لبحوث نوعية الحياة، حيث أن مفهوم الرضا يحقق الأهداف التالية:

- 1- يفرق بين نوعية الحياة وبين الصحة المدركة.
- 2- مؤشر لنوعية الحياة أكثر منه محدد لها.
- 3- لا يتغير كثيرا خلال الزمن بخلاف الوجدان.
- 4- يركز على الجانب الإيجابي.
- 5- يركز على الجوانب الذاتية أكثر من الجوانب الموضوعية.

2- المرض المزمن:

يعتبر المرض انقطاعاً مفاجئاً في التوازن الدينامي الذي نطلق عليه اصطلاحاً اسم "الصحة"، حيث تؤدي العوامل الممرضة أو العمليات المميتة والتي تأخذ مكانها بداخلنا إلى تدمير عمليات حفظ الحياة مما يسرع بالاتجاه نحو الموت أو تأخير الشفاء وازدياد المعاناة (Fischer 1997)

ويميز الأطباء بين المرض المزمن، والمرض الحاد الذي يظهر فجأة ويشفى منه الإنسان سريعاً دون مضاعفات على المدى الطويل. أما المرض المزمن فيشمل عدداً كبيراً من الأمراض تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والسبب والأعراض والعلاج والمآل وتتمو ببطء كما تستمر لمدة طويلة (رضوان 1999). ويعرف DiMatteo المرض المزمن بأنه يشمل واحداً أو أكثر من الإعاقات أو الانحراف عن البنية أو الوظيفة الطبيعية، واسعة كانت أو محدودة فإنها تكون دائمة مزمنة وغير قابلة للرجوع إلى الحالة الطبيعية وتكون مصحوبة عادة بعجز (Christensen 2002).

و تتميز هذه الأمراض بخصائص أهمها:

1- الأسباب: حيث توجد علاقة قوية بين المرض المزمن ونمط الحياة وسلوكيات المريض المتعلقة بالصحة والمرض.

2- التنبؤ: لا يمكن التنبؤ بمسار المرضى من حيث التحسن أو الانتكاس.

3- الشفاء: تستعصي أغلب هذه الأمراض عن الشفاء.

4- العلاج: تحتاج إلى علاج مكلف وطويل الأمد خاصة إذا ظهرت المضاعفات الخطيرة.

5- الإعاقة: تؤدي إلى إعاقات وظيفية وجسدية مما يزيد من معاناة المريض ويؤثر على نوعية حياته.

تشكل هذه الأمراض أكبر سبب للوفيات في العالم العربي وكذا النامي (WHO 2005) وقد أخذت تنتشر بشكل وبائي نتيجة التغير الاجتماعي والتحديث الصناعي وعولمة أنماط السلوك وطرائق المعيشة الأقرب إلى نمط الثقافة الغربي، لذلك فهي ترتبط بنوعية الحياة ونمط المعيشة وبالسلوك الصحي، حيث لاحظت منظمة الصحة العالمية أن 75% من أسباب أمراض القلب والأوعية يعود إلى أسباب سلوكية منها طريقة الغذاء ونقص النشاط الرياضي.

ويتوقع ارتفاع نسبة هذه الأمراض بسبب شيخوخة السكان ونسبة السمنة وتغير نمط الحياة اليومية. ولا يختلف الوضع كثيراً في الجزائر والعالم العربي حيث تزداد نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم من 3% في الجمهور العام إلى 20% في الفئة العمرية 60-69 سنة، و يصيب السكري 150 مليون شخص في العالم ومن المتوقع أن يكون غالبية المصابين به سنة 2025 في الدول النامية في الفئة العمرية من 45 إلى 64 سنة.

وصل عدد الوفيات سنة 2008 إلى 57 مليون حالة على مستوى العالم، شكلت الأمراض المزمنة منها 63%، حيث تسببت في وفاة 36 مليون شخص. واحتلت أربعة أمراض رأس القائمة وهي أمراض القلب والأوعية، والسكري والسرطان وأمراض جهاز التنفس المزمنة.

وخلاف المعتقدات الشائعة فإن 80% من حالات الوفيات حدثت في البلدان النامية أو ذات الدخل الضعيف. وتتوقع منظمة الصحة العالمية زيادة الإصابة بتلك الأمراض سنة 2030، وستصيب الدول النامية (82%)،

وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (70%)، مقارنة ببلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط (58%) والبلدان ذات الدخل المرتفع (40%) (تقرير الوضع العالمي 2010 WHO).

وتشكل عوامل الاختطار في هذه الأمراض عاملا مهما مثل تناول التبغ والكحول والكسل البدني وزيادة الوزن والنظام الغذائي غير الصحي وتصاحبها بارتفاع ضغط الدم وزيادة الكولسترول، وكذا ارتباط الأمراض المعدية بالسرطان مثل فيروس الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد B و C وجرثوم الملوية البوابية Helicobacte Pylori.

تشكل هذه الأمراض عبئا كبيرا على الفرد والأسرة والمجتمع بسبب تكاليف العلاج والرعاية، إضافة إلى الوفاة المبكرة، لذلك تشكل دراسة نوعية حياة هؤلاء المرضى مدخلا جديدا لفهم معيشة الفرد للمرض المزمن اعتمادا على زاوية إدراك وتقييم مخالفة لتلك التي ينظر من خلالها الطبيب أو المعالج، حيث تحول التركيز إلى المريض نفسه، وعلى العوامل النفسية والاجتماعية الذاتية في مقابل العوامل المادية والموضوعية.

تشير الأرقام إلى أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية، و83% من الوصفات الطبية، و80% من أيام الاستشفاء، و66% من الزيارات للأطباء، و85% من الزيارات لأقسام الطوارئ، يتسبب فيها المرض المزمن بطريقة أو بأخرى (تايلور 2007).

إن المتغيرات الفاعلة في الأمراض المزمنة هي الوضع الاقتصادي والاجتماعي والبناء الأسري والدور الجنسي ونمط الغذاء والسكن والمهنة والسلوك الجنسي والدين، إضافة إلى الضغوط الاجتماعية والصحة النفسية (الكندري 2003). لذلك يمكننا تجنب 80% من حالات مرضى شرايين القلب، و90% من حالات النوع الثاني من السكري، و33% منه حالات السرطان، اعتماداً على ثلاثة عوامل هي:

- التغذية الصحية

- النشاط الرياضي

- الامتناع عن السلوك الممرض مثل التدخين و تعاطي الكحول و المخدرات (WHO 2005)

ويشكل السكري وضغط الدم المرتفع أكثر الأمراض المزمنة من حيث نسبة الإصابة في الجزائر، كما بينته دراسات وزارة الصحة أو المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، سواء من حيث النسبة أو التكاليف، حيث بلغت نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم 3% (1.8% لدى الرجال و 4.2% لدى النساء)، ونسبة انتشار السكري 1.5% (1.5% لدى الرجال و 1.7% لدى النساء)، أما السرطان فقد تجاوز 28000 حالة مكتشفة سنويا وتسبب في وفاة 21000 شخص عام 2008. ويتسبب السرطان في 12% من أسباب الوفيات من بين الأمراض غير السارية في الجزائر. وغالبا ما تكون التوقعات سلبية في ضوء ارتفاع نسبة عوامل الاختطار مثل السمنة (39% لدى الرجال و 52% لدى النساء)، والتدخين (24% لدى الرجال)، والخمول البدني (31% من الرجال و 47% من النساء)، مما يزيد احتمال الإصابة (WHO 2013).

لقد بلغت نسبة التدخين في بعض العينات المدروسة 50% في الفئة العمرية من 20 إلى 60 سنة لدى الذكور خاصة، وكانت أهم عوامل الخطر هي التدخين والتعرض للشمس، ونوعية التغذية والكسل وعدم النشاط الرياضي (زعطوط 2005). ففي الجنوب الجزائري مثل ما هو عليه الحال بمدينة ورقلة ترتفع نسبة الملوحة في

الماء الشروب مما يزيد من حالات ارتفاع الضغط الدموي (MSP2005)، كما تؤثر درجات ارتفاع الحرارة وضربات الشمس على مرض السكري خاصة النوع المرتبط بالأنسولين، كما تشكل أشعتها أحد العوامل المتسببة في سرطانات الجلد، وفي غياب سجل محلي للسرطان تبقى أغلب انواعه مجهولة السبب، ولا يمكن ربطها بالعوامل البيئية أو الاقتصادية أو الاجتماعية الثقافية ذات الخصوصية في الجنوب الجزائري.

أما انتشار تلك الامراض على مستوى ولاية ورقلة التي يبلغ عدد سكانها 633967 (2010) ويبلغ عدد المؤمنین الاجتماعيين، منهم 348832 مسجلا عند مصالح الضمان الاجتماعي، فقد بلغ عدد المرضى المزمنين 27738 مريضا بنسبة 8%، آخذين في الاعتبار السكان غير المؤمنین. وقد سجلت مصالح الضمان الاجتماعي 945 حالة جديدة من الامراض المزمنة في نهاية سنة 2012.

جدول 4: توزيع الأمراض المزمنة الاربعة الرئيسية في ولاية ورقلة إلى غاية 2012/12/31

| السن | العدد | % إلى مجموع الامراض المزمنة | % إلى مجموع المؤمنین اجتماعيا |
|---------|-------|-----------------------------|-------------------------------|
| 35-19 | 6930 | 27 | 2 |
| 55-36 | 11187 | 45 | 3.2 |
| 70-56 | 5660 | 22 | 1.6 |
| 70< | 1563 | 6 | 0.45 |
| المجموع | 25340 | 100 | 7.25 |

المصدر: وكالة الضمان الاجتماعي ورقلة 2013

ونلاحظ أن 45% من المرضى متواجدون في المرحلة العمرية الشابة (36-55 عاما)، مما يشكل عبئا متزايدا على الافراد والأسر المعولة والنظام الصحي الذي يعتبر الطب المجاني أولوية وطنية. و تتوزع الأمراض الاربعة الرئيسية حسب نوعها كما يلي:

جدول 5: الامراض الاربعة الرئيسية بولاية ورقلة إلى غاية 2012/12/31

| السن / المرض | 35-19 | 55-36 | 70-56 | 70< | المجموع | % إلى مجموع الامراض المزمنة | % إلى مجموع المؤمنین اجتماعيا |
|--------------|-------|-------|-------|-----|---------|-----------------------------|-------------------------------|
| أمراض نفسية | 542 | 1008 | 527 | 211 | 2288 | 8 | 0.65 |
| السرطان | 168 | 148 | 152 | 77 | 545 | 2 | 0.15 |
| ضغط الدم | 3359 | 3532 | 617 | 655 | 8163 | 29.4 | 2.43 |
| السكري | 1904 | 4522 | 3806 | 281 | 10514 | 38 | 3 |

المصدر: وكالة الضمان الاجتماعي ورقلة 2013

1.2. التكيف مع المرض المزمن:

يشكل المرض المزمن صدمة نفسية واجتماعية للمريض ومحيطه، خاصة اذا كان من النوع المهدد للحياة مثل السرطان، مما يؤدي إلى تغيير جذري في حياة المريض اضافة إلى التكلفة الاقتصادية المرتفعة.

يعتبر المرض تهديدا جديا يدركه المريض ويحاول التكيف معه أو مواجهته اعتمادا على مصادر الدعم الداخلية مثل الرصيد الصحي، وكفاءة جهاز المناعة، والقدرات المعرفية التي تمكن الفرد من إدارة الذات والتعامل مع الأنظمة الصحية وعلى مصادر الدعم الخارجي مثل الاطباء والممرضين والأسرة والأصدقاء.

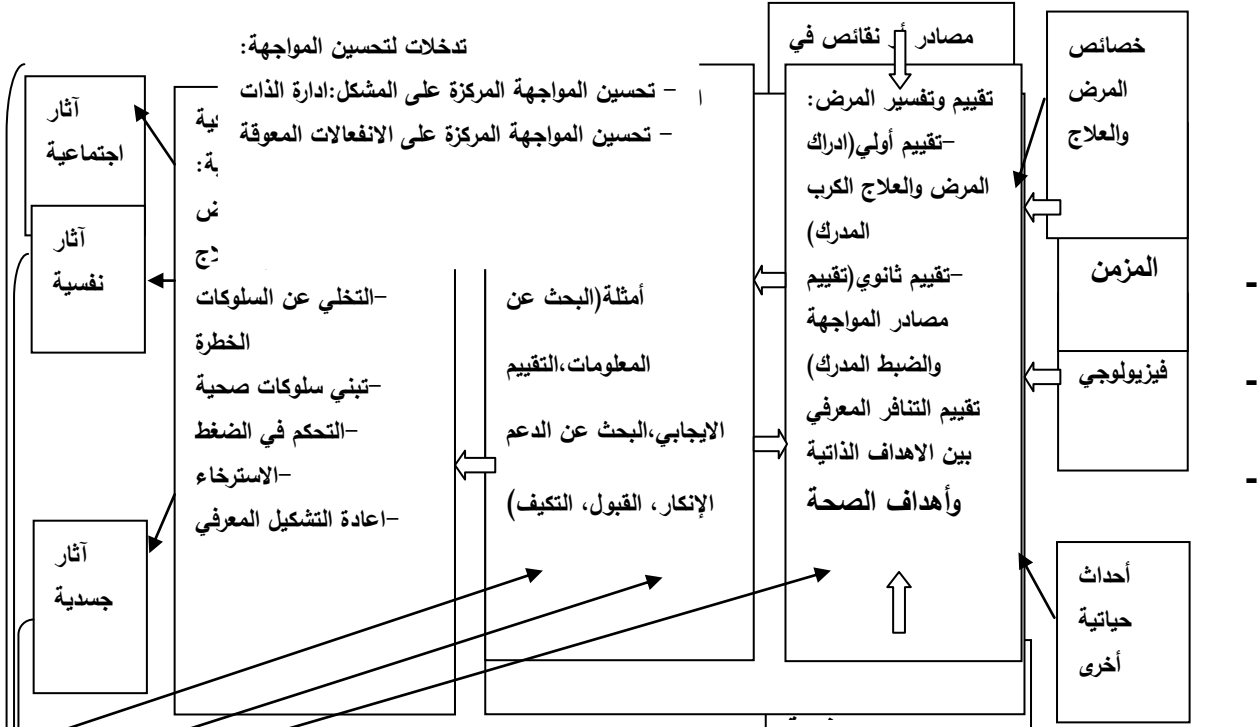
ويتميز المرضى فيما بينهم في استعمال تلك المصادر للنجاح في عملية التوافق، حيث يرى Santon و collins (2001) خمس مؤشرات على ذلك النجاح هي:

- نجاح في علامات التكيف الايجابي مع المرض المزمن
- غياب الكرب النفسي خاصة القلق والاكتئاب
- ايجابية الوجدان في اغلب الاحيان
- احترام الدور في مجالات متعددة كالالتزام بالعلاج أو استئناف العمل
- الاشباع والرضا في مجالات الحياة المختلفة (Spitz 2002)

ترجع الخلفيات النظرية والنماذج المنبثقة عنها التي حاولت تفسير التوافق مع المرض المزمن في أصولها إلى دراسات الكرب والضغط النفسي وأهم تلك المحاولات:

- نموذج Lazarus و Folkman (1984) التفاعلي للتعامل مع الكرب
- نموذج Moos و Schaefer (1993)
- نموذج Maes و Leventhal و De Ridder (1996)

ويلخص Spitz تلك المقاربات في النموذج التكاملي التالي:



شكل 6: نموذج استراتيجيات مواجهة المرض المزمن (Spitz 2002)

2.2. السرطان:

يعتبر أحد الأمراض الخطيرة المرتبط بالموت في أذهان أغلبية البشر، بسبب ارتفاع نسبة الوفيات الناجمة عنه، فقد تسبب في وفاة 7.6 مليون نسمة (13% من مجموع الوفيات) سنة 2008. وتصدرت سرطان الرئة و البروستاتا والمعدة والأمعاء والكبد قائمة سرطانات الرجال، بينما شكلت سرطانات الثدي والأمعاء وعنق الرحم والرئة و المعدة أهم السرطانات المنتشرة لدى النساء (2008 Globocan).

يطلق مصطلح الأورام الخبيثة على مجموعة السرطانات البشرية، التي تنفرد بتوالد سريع خارج عن السيطرة لخلايا شاذة تتعدى على الأنسجة المجاورة، أو تنتشر في أعضاء أخرى عن طريق ظاهرة النقلة Métastase، بسبب عوامل وراثية جينية إضافة إلى عوامل خارجية أهمها:

✚ العوامل المادية المسيطرة مثل الأشعة فوق البنفسجية والأشعة المؤينة.

✚ العوامل الكيميائية المسرطنة مثل: الاسبستوس، ودخان التبغ، والافلاتوكسين (ملوثات غذائية)، والأرسنيك (احد ملوثات مياه الشرب).

✚ العوامل البيولوجية المسرطنة مثل: أنواع العدوى الناجمة عن بعض الفيروسات أو الجراثيم أو الطفيليات.

✚ كما تزيد الشيخوخة من احتمال حدوث السرطان بسبب تعطل آليات التصليح الخلوي مع التقدم في العمر (WHO 2013).

ويتفق الباحثون في السرطان على العوامل الآتية المساعدة على أحداث المرض وتدعى عوامل الاختطار risk : factors

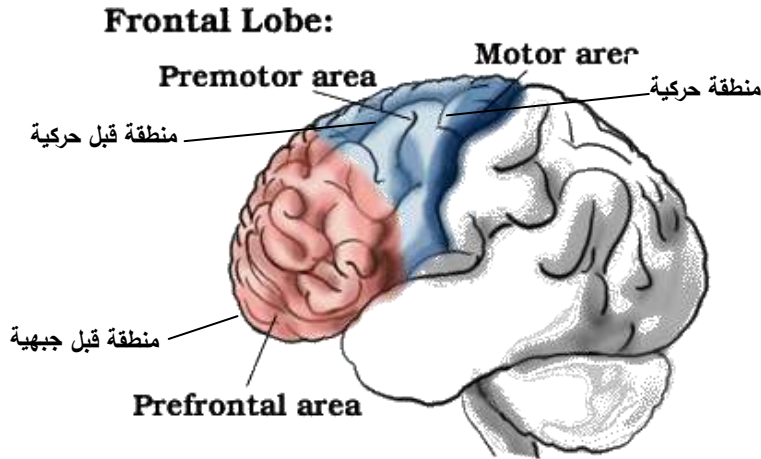
- تعاطي التبغ
- تعاطي الكحول
- فرط الوزن
- نظام غذائي غير صحي
- قلة النشاط البدني
- التعرض لدخان حرق الوقود الصلب
- العدوى ببعض الفيروسات خاصة فيروس الورم الحليمي البشري و فيروس التهاب الكبد.
- تلوث الهواء في المناطق الحضرية

تُسجل 29000 حالة سرطان على الأقل في الجزائر كل عام، وقد تسبب في وفاة 21000 مريضا سنة 2008. وقام زعطوط وبلعسل بدراسة إحصائية لحالات السرطان في مركز مكافحة السرطان بورقلة على مدار ثلاث سنوات من 2008 إلى 2010، حيث بلغ عدد الحالات 125 حالة في 2008، و 220 حالة في 2009، و 249 حالة في 2010. تنتمي تلك الحالات جغرافيا إلى ولايات مختلفة، حيث بلغت 101 مريضا بورقلة (40%) و 80 مريضا من وادي سوف (32%) و 37 مريضا من غرداية (15%)، إضافة إلى ولايات أخرى مثل بسكرة وآدرار واليزي وسطيف (Zatout et Belaacel 2012).

4- الوظائف التنفيذية:

يرتبط السلوك البشري بسلامة الدماغ وظيفيا وتشريحيا، حيث يؤدي التلف الجزئي أو الكلي للقشرة الدماغية أو المكونات التحتية إلى خلل متناسب في السلوك. إن مقارنة المنطقة قبل الجبهية وقشرتها prefrontal cortex في البنية والوظيفة تثبت تميزها الواضح (Zielmet 2008)، غير أن تاريخ علم النفس العصبي يشير إلى أن تلك المنطقة من الدماغ التي تحتل مقدمة الفص الجبهي كانت مثار تخمينات وافتراضات متعددة، كونها غير مرتبطة بإحدى الحواس المعروفة مثل مراكز الفصوص الأخرى. لذلك نسبت إلى المناطق الصامتة أو الخاصة بالتفكير والتجريد، والحكم والإبداع والتحكم في سلوكنا الاندفاعي، والضبط الأخلاقي والتوجيه والمراقبة.

ينظم الفص الجبهي السلوك التكاملي بسبب ارتباطاته المتعددة مع مكونات الدماغ، لذا يبدو وكأنه قائد الجوقة الحقيقي، فهو المسؤول عن التخطيط، والتعليم ومراقبة البيئة، وتحيين السلوك في تكيفه مع النشاطات غير المعتادة والتي تحتاج إلى حكم سريع، وفرز المنبهات المفيدة وتجنب المعوقات التي تمنعنا من تحقيق أهدافنا. ولقد اشتق العلماء مصطلح الوظائف التنفيذية executive functions للدلالة على مجموعة من القدرات التي تمكن الفرد من الانخراط في السلوك الفعال أو الغرضي الهادف إلى خدمة الذات بنجاح (عبد القوي 2001).



شكل 10: الفص الجبهي ومناطقه الأساسية

يتضمن هذا المفهوم عوامل أخرى مثل تنظيم الذات self regulation، وتسلسل السلوك behavior sequencing، والمرونة flexibility، وكف الاستجابة inhibition، والتخطيط planning، وتنظيم السلوك behavior organisation.

ويرى الشقيرات (2005) أن الوظائف التنفيذية تشمل أربع مكونات هي:

- ✚ تشكيل وبناء الأهداف
- ✚ التخطيط
- ✚ تنفيذ الخطط الموجهة نحو هدف
- ✚ الأداء الفعال

وتعمل تلك القدرات على تمكين الفرد من الانخراط في سلوكيات ناجحة ومستقلة وهادفة، وهي تختلف عن الوظائف المعرفية بالمفهوم العام لأن سلامة الوظائف التنفيذية تمكن الفرد من أن يبقى مستقلاً ومعتمداً على نفسه ومنتجاً حتى لو كان يعاني من اضطراب ووظائفه المعرفية الأخرى. ذلك أن إصابة الوظائف التنفيذية يجعله اعتمادياً، لا يعتني بنفسه، ولا يستطيع إدارة حياته، شاملة العلاقات الاجتماعية، والاستجابة للمحيط، وهي ركائز نوعية في الحياة اليومية للأصحاء والمرضى على السواء (الشقيرات 2005). ويرد سامي عبد القوي تفصيل Le Zak (1995) لهذه الوظائف حيث يتضمن:

1. الإدارة أو صياغة الهدف volition:

إن وعي الفرد بنفسه وبيواقعه وبمحيطه يمكنه من صياغة أهدافه عن طريق الإدارة والمبادرة، لكن اضطراب هذه الخطوات يؤدي إلى انخفاض الوعي بالمشاكل المعرفية والسلوكية التي يعاني منها الفرد، إضافة إلى التبدل وعدم الاهتمام بالصحة وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة وافتقاد الدافعية والتخطيط للمستقبل.

2. التخطيط planning:

تساعدنا القدرة على التخطيط بعد اختيار الهدف على تحديد العناصر والأدوات الضرورية للإنجاز، ويؤدي اضطراب هذه الخطوة إلى عدم القدرة على التفكير المجرد أو المفاهيمي واختفاء المرونة الفكرية، والعجز عن التخطيط للمستقبل واضطراب السلوك الاجتماعي.

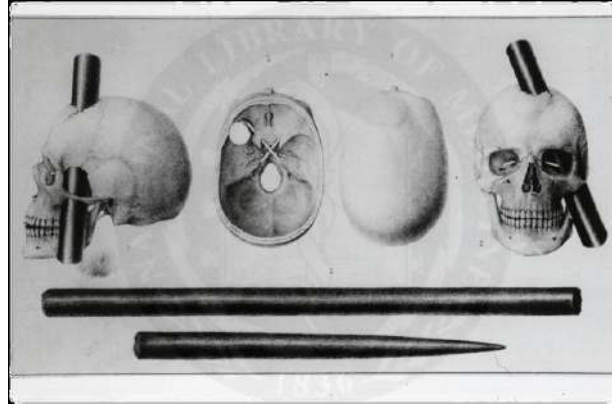
3. الفعل الغرضي أو الهادف purposive action :

وتمثل مقدرة الفرد على توجيه نشاطه أو فعله نحو تحقيق الهدف المنشود والمخطط له في الخطوات السابقة، فإذا عجزت هذه الوظيفة فإن المريض يصاب بنشنت الانتباه وفقدان المبادرة وعدم الصبر وعدم المثابرة.

4. الأداء الفعال effective performance:

يستطيع الفرد تقييم إنجازته ومدى تحقيق خطته وأهدافه، حيث يملك القدرة على التركيز على المنبهات والمثيرات والأدوات الفعالة، وإهمال غيرها من المعوقات، كما يستطيع التعلم المستمر واستدعاء الخبرات السابقة في المهمة الحالية. يظهر اضطراب هذه المرحلة في التصلب والجمود المعرفيين والعجز عن اكمال المهمات وصعوبة حل المشكلات (عبد القوي 2001).

لهذا تنبه الباحثون في علم النفس العصبي إلى دور الفص الجبهي وعلاقته بالوظائف التنفيذية ابتداء بحالة Phineas Gage (الشكل 11) والتي وصفها طبيبه Harlow سنة 1868، حيث تعرض عامل السكك الحديدية هذا إلى حادث أدى إلى اختراق جمجمته بعمود حديدي لكنه نجى من الموت وتعافى من جراحه. غير أن التغيير الكبير الذي طرأ على شخصيته كان كارثياً، حيث تدهورت وظائفه النفسية والاجتماعية بصفة معكوسة لما عرف عنه قبل الحادث. ثم توالى البحوث بعد التمكن من تقنيات التحليل والتصوير العصبي لتؤكد علاقة المنطقة قبل الجبهية بشخصيتنا عموماً، وبقدرتنا على تقييم أفعالنا والاستجابة للبيئة والإفادة منها، ومرونة سلوكنا الاجتماعي.



شكل 11: موضع إصابة Phineas Gage

يلعب التقييم المعرفي عموماً والوظائف التنفيذية خصوصاً دوراً وسيطاً بيننا وبين المنبهات والمثيرات الداخلية والخارجية، إضافة إلى الإحساس والإدراك وتكييف الاستجابة. إن القدرة على الفهم والتحليل والمتابعة والتقدير والحكم وضبط السلوك وإدارة الذات والتخطيط للمستقبل بغرض تحقيق وإنجاز أهدافنا بما يخدم توقعاتنا هي من أهم وظائف الفص الجبهي، كما يسهل التواصل الاجتماعي مع المحيط وتنظيم انفعالاتنا، وكل ذلك في سبيل التوافق أو التكيف خاصة في الشدائد والكروب وفي مواجهة متاعب الحياة واضطراب الصحة وحلول العجز، كما هو الحال في الأمراض المزمنة مثل السرطان (Davis 2010).

أثبت باحثون مهتمون بطريقة تعاملنا مع الكرب والضيق وتفاعل الإنسان مع تلك الشدائد تفاعلاً دينامياً هادفاً للتخفيف من العبء النفسي والاجتماعي وحتى الجسدي الناتج عنه. وتعتبر نماذج Lazarus وFolkman وMoos وSchaefer وLeventhal وMaes أساسية في مفهومنا لدور العوامل المعرفية التي تتوسط تقييمنا للضغوط النفسية أو الجسدية أو الاجتماعية (Fisher 2002)، وعلاقة ذلك بالقرارات المرتبطة بنوعية حياتنا ورفاهيتنا الذاتية.

ويمكننا النظر إلى تلك العلاقة من الزوايا التالية:

1. يؤثر التقييم المعرفي عموماً والوظائف التنفيذية خصوصاً على نوعية الحياة من حيث ضرورتها للتكيف مع الكروب والضغوط.

2. يؤدي المرض المزمن وعلاجاته مثل السرطان أو السكري أو ارتفاع الضغط الدموي إلى مضاعفات معرفية أطلق عليها الباحثون تسمية الدماغ الكيميائي chemobrain. لقد وصفت تلك الآثار بداية السبعينيات 1970's، لكنها لم تحض بالاهتمام إلا في التسعينيات 1990's، فقد أشارت الدراسات إلى تأثير أدوية المصابين بسرطان الثدي في 35% من الحالات بسبب العلاج (Arndt 2010).

إن بحوث نوعية الحياة هي التي أدت إلى فتح هذا الملف المغيب عن أثر العلاجات الطبية التشخيصية وحتى تكنولوجيا الرعاية على حياة المرضى وأخذ رأيهم أو معاشيتهم أو العبء النفسي والاجتماعي لتلك الإجراءات على تعاملهم اليومي.

3. يتصاحب المرض المزمن المهدد للحياة باضطرابات نفسية وجدانية مثل القلق والاكتئاب، وقد ثبت أثرهما السلبي على الأداء المعرفي مما يعود سلبيا على نوعية الحياة (Wilson 2007 و Laing 2010).
4. يتصاحب المرض المزمن مع ارتفاع السن وأثر تراجع الوظائف المعرفية بسبب الشيخوخة، مما يؤدي إلى اضطراب تقدير نوعية الحياة.

1.3. الدراسات السابقة:

- دراسة Welfel وزملائه (2004) وهي دراسة تتبعية، حيث ظهر أن 33% من المصابات يعانين من اضطراب معرفي بعد شهور، و 39% بعد عام، كما أن 45% تحسنت لديهن الوظائف المعرفية.
- دراسة Jeukins (2006) في بريطانيا على المصابات بسرطان الثدي، والتي شملت 85 امرأة يعالجن كيميائيا و 43 يعالجن إشعاعيا و 49 من النساء غير المصابات، وهي دراسة تتبعية (البداية، ثم بعد 6 أشهر، ثم بعد 18 أشهر)، ولم تجد الدراسة فروقا في المجموعات في الأداء النفس العصبي وفي نوعية الحياة، غير أن المجموعات الثلاث أظهرت انخفاضا في التقييم النفسي العصبي.
- دراسة Stewart وزملائه (2008) التي استكشفت اضطرابات الوظائف المعرفية لدى المصابات بسرطان الثدي اللاتي يعالجن كيميائيا (ن=61) مقارنة باللاتي يعالجن هرمونيا (ن=51)، و كان التدهور المعرفي واضحا ثلاث مرات أكثر لدى المعالجات كيميائيا مقارنة بزميلاتهن.
- دراسة Quesnel (2009) وزملائه في كندا التي انطلقت من فرضية أن المصابات بسرطان الثدي اللاتي يعالجن كيميائيا (ن=41) يكون أداؤهن أسوأ في التقييم النفسي العصبي مقارنة باللاتي يعالجن بالأشعة (ن=23) والصحيحات (ن=40). أظهرت النتائج اضطرابات في الانتباه و الذاكرة اللفظية، والطلاقة اللفظية كما وجدت علاقة بين نوعية الحياة وبين الوظائف المعرفية في بداية المتابعة لكنها تحسنت بعد ذلك مع ظهور نتيجة غير متوقعة وهي أن اللاتي يعالجن كيميائيا كن الأفضل في التقييم النفس العصبي.
- دراسة Davis و زملائه (2010) على مجموعة من النساء المسنات (65-75 سنة) غير مريضات، حيث وجدت بعض الاضطرابات في الوظائف التنفيذية خاصة المتعلقة بالذاكرة العاملة وأوصوا باستعمال هذا المؤشر في تقييم نوعية الحياة لدى المريضات وغير المريضات خاصة مع تقدم العمر.
- دراسة Rein-Arndt و زملائه (2010) التي استكشفت العلاقة بين الوظائف التنفيذية وبين نوعية الحياة انطلاقا من فرضية أن اضطراب الوظائف التنفيذية يؤثر على الدور الاجتماعي وعلى نوعية الحياة لدى المصاب، بدراسة تتبعية لدى 46 مصابة بسرطان الثدي. ثم 6 أشهر بعد ذلك (ن=39)، ثم بعد عام (ن=37). أشارت النتائج إلى أن 6 إلى 25% من المريضات عانين من اضطرابات معرفية بعد ستة أشهر وبعد عام، كما أشارت النتائج إلى علاقة معكوسة بين نوعية الحياة والاضطرابات المعرفية.

- دراسة Kessler وزملائه (2011) التي تناولت أداء القشرة قبل الجبهية والوظائف التنفيذية لدى المصابات بسرطان الثدي، على عينة من 25 مريضة تحت العلاج الكيميائي و 19 امرأة لم تخضع للعلاج الكيميائي مقارنة

بـ18 من الصغيرات غير المصابات بالمرض باستعمال fMRI. دلت النتائج على نقص في أداء القشرة قبل الجبهية والوظائف التنفيذية خاصة بعد العلاج الكيميائي كما ظهر ذلك جليا لدى مرتفعات السن ذوي المستوي التعليمي المنخفض (Kessler 2011).

إن اضطراب الوظائف المعرفية في السرطان أدى إلى ظهور مصطلح الدماغ الكيميائي chemobrain غير أن دراسات أخرى أثبتت أن تلك الاضطرابات ربما كانت موجودة قبل العلاج الكيميائي (Andrew Saykin و Brennac و McDonald 2011).

- دراسة Tang و زملائه (2012) على عينة من 46 مصابا بسرطان الأنف والحنجرة تعرضوا لآثار العلاج الإشعاعي على الدماغ مقارنة بعينة غير متضررة، وتم قياس بعض المؤشرات السلوكية مثل الاضطرابات الوجدانية والتقييم النفسي العصبي وكذا نوعية الحياة باستعمال WHOQOL BREF ، ودلت النتائج على أن المرضى الذين أصيبت أدمغتهم جراء العلاج الإشعاعي ظهرت لديهم مشاعر سلبية واضطراب الوظائف التنفيذية وانخفاض نوعية الحياة كما ارتفعت لديهم درجة القلق والاضطرابات المعرفية.

ونلاحظ على الدراسات السابقة ما يلي:

- قلة الدراسات التي تناولت تدهور الأداء المعرفي لدى مرضى السرطان.
- تركيزها على دور الوظائف التنفيذية وأداء الفص الجبهي في نوعية الحياة.
- استعمال بعض الدراسات لأدوات استكشاف مهمة للغاية مثل fMRI والتي نفتقدها في جامعاتنا ومخابرنا.
- تضارب نتائج الدراسات بين مؤيد لأثر العلاج الكيميائي والإشعاعي السلبي على الوظائف التنفيذية وبين نافي له.

5- الكفاءة الذاتية المدركة :

تعتبر الصورة التي يتمثلها كل فرد عن نفسه ذات أهمية قصوى في السلوك البشري، إذ تعتمد قدرتنا على الفعل ودافعيتنا للنشاط والإنجاز على مقدار ما ندرك من تقديرنا لذواتنا ووعينا بمفهوم الذات. ويشير مركز الضبط إلى العزو السبي الذي يقوم به الفرد لدوافع السلوك متأرجحا بين الذات والآخر وبين الداخل والخارج. غير أن مفهوم كفاءة الذات يختلف عن كل تلك المفاهيم بصفة دقيقة حيث يعرفه بندورا بأنه "اعتقادات الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء تؤثر على الأحداث التي تمس حياته، وشعور الفرد بأنه قادر على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث، وأنها تحت سيطرته غالبا" (1998 Bandura). ويحدد الاعتقاد بكفاءة الذات طريقة إدراكنا للأشياء مما يدفعنا إلى السلوك بطريقة فعالة، فدوو الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل ومشاعرهم أكثر إيجابية، وبأن الكروب امتحان وتحد لإمكانيات الفرد، فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه، ويرون أن المواقف الضاغطة تدفعنا إلى التكيف الإيجابي والتغلب عليها.

وتعتبر الكفاءة الذاتية الحجر الأساس في نظرية المعرفة الاجتماعية لـ Bandura، التي ترى أن سلوك الأفراد يتحدد بإدراكهم لبيئتهم من جهة وإدراكهم لمواردهم الذاتية من جهة أخرى، وينشأ الاعتقاد في الكفاءة الذاتية من أربعة مصادر هي:

1- **الخبرات السابقة لنجاحاتنا:** حيث يؤدي نجاحنا في مواجهة الأحداث في الماضي إلى تعزيز شعورنا بالقدرة على التحكم في مجرى الأحداث والتأثير فيها، إذ أن الخسارة المتكررة تؤدي إلى تشكيك الفرد في قدراته على تجاوز الكروب والمصاعب.

2- **شهود نجاح الآخرين:** ممن يملكون نفس إمكانياتنا ويؤدي ذلك إلى تعزيز الكفاءة عن طريق النمذجة الاجتماعية والمقارنة مع القرناء.

3- **الإقناع الاجتماعي:** فكلما تلقى الفرد التشجيع والدعم من الآخرين أو سمع رأي الآخرين في كفاءته زادت ثقته بنفسه.

4- **التركيز على استجابات الجسم:** في مواجهته للكرب، حيث تلعب الانفعالات المصاحبة دورا هاما في إشرط المشاعر الايجابية أو السلبية، فيؤخّر الفرد الاستجابات الحادة الشديدة على أنها دلالة على الفشل مثل التعب والأرق والصداع والألم (Schwarzer 1999).

وتؤثر الكفاءة الذاتية في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف، والدوافع والوجدان وانتقاء المعلومات في بيئتنا المدركة. فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد في الكفاءة إلى التأثير في تقييمنا لأهداف الحياة، واستقبال المعلومات بطريقة خاصة بنا، كما أن أغلب دوافعنا تتأثر بالعزو السببي وتوقع النتائج والأهداف المستعرفة cognitive goals. كذلك فإن الاعتقاد في الكفاءة يؤثر في طريقة تعاملنا مع الكرب وله علاقة مباشرة بشعورنا بالقلق والاكتئاب، إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي والوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة، وهي عوامل هامة في التكيف مع المرض المزمن (Fischer 2002).

1.5 الدراسات السابقة:

- قام Freach وزملاؤه باستكشاف العلاقة بين إدراك كفاءة الذات وبين سلوك الوقاية من الصداع، على عينة من 329 مريضاً ممن يعانون من صداع خفيف، ولاحظ أن مرتفعي كفاءة الذات يتحكمون في سير المرض بطريقة أفضل كما أن معاناتهم وإعاقتهم أقل (Freach2000).

- وقام Senecal وزملاؤه بدراسة الالتزام بالحمية وعلاقته بكفاءة الذات مقابل تنظيم الذات وبالامتثال للتعليمات الطبية والرضى عن الحياة، انطلاقاً من مفاهيم نظريتي المعرفة الاجتماعية لـ Bandura ونظرية التصميم الذاتي لـ Deci و Rayan، وشملت العينة 638 مريضاً بالسكري ودلت النتائج على أن كفاءة وتنظيم الذات يرتبطان إيجاباً بالامتثال للحمية غير أن ارتباط الكفاءة الذاتية أقوى (Senecal 2000).

- وقام Graves وزملاؤه (2001) بدراسة على عينة من 14 مريضة بسرطان الثدي وهي دراسة تجريبية لتحسين نوعية الحياة لديهن باستعمال نظرية المعرفة الاجتماعية لكنها تعاني من نقائص في التحليل الإحصائي للنتائج.

- قام Norman وزملاؤه باستكشاف الفروق في استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية والضبط المدرك لدى فئتين من المرضى، فئة تعاني من أمراض مزمنة مكونة من 137 مريضاً، وفئة مصابة بأمراض حادة مكونة من 134 مريضاً، وتدل النتائج على أن المصابين بأمراض حادة مرتفعو الكفاءة الذاتية مقارنة بالمزمنين. ويستعمل المرضى المزمنون استراتيجيات مختلفة في التكيف مع المرض سواء الانفعالية التجنبية، أو الأدوات والمركزة حول المشكل أو إلهائية ترفيهية أو مخففة، كما أن هناك ارتباط دال بين الكفاءة الذاتية وبين استراتيجيات المواجهة (Norman 2002).

- وهدفت دراسة Kohler وزملائه إلى الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والكفاءة الذاتية المدركة لدى المصابين بأمراض تنفسية مزمنة، حيث تم قياس الوظائف الفيزيولوجية للرئتين ومقارنتها بفئات المرضى حسب كفاءة الذات، وخلصت النتائج إلى اعتبار الكفاءة الذاتية متغيراً وسيطاً بين آثار المرض ونوعية الحياة (Kohler 2002).

- أما دراسة Han وزملائه (2005) عن التفاعل مع الأطباء لدى مريضات سرطان الثدي، وهي دراسة وصفية على عينة من 352 مريضة درسوا فيها متغيرات مثل الكرب، والكفاءة الذاتية الانفعالية والدعم الاجتماعي. ووجدوا ارتباطاً دالاً بين انخفاض الكفاءة الذاتية الانفعالية أو الوجدانية وبين القدرة على التفاعل مع الأطباء والمرمضين.

- أما دراسة Collie و زملائها (2005) التي شملت 89 مريضة، وتمت دراسة كل من الكفاءة الذاتية والمواجهة أو أساليب التعامل وعلاقتها بصعوبات التفاعل مع الفريق الطبي في الريف، ووصلت لنتائج مماثلة لدراسة Han السابقة.

- دراسة Manna و زملائه (2006) على عينة من 95 مريضة بسرطان الثدي، التي درست العلاقة بين الفاعلية الذاتية النوعية في السرطان وبين التكيف النفسي والاجتماعي مع المراحل الأولى للسرطان، ووجدوا أن مستوى الكفاءة الذاتية يبقى مستقراً خلال تلك المدة.

- وفي مراجعة لـ Neipp وزملائها (2007) للأدب البحثي لأربعين سنة من 1966 إلى 2006 لاستكشاف الجانب المعرفي للتحكم والضبط ومتغيراته الأساسية مثل مركز الضبط والعزو السببي والكفاءة الذاتية والضبط المدرك،

وأوضحت نتائج المسح علاقة الكفاءة الذاتية المدركة بالتوافق النفسي لدى مرضى السرطان والأمراض المزمنة الأخرى .

- أما دراسة Van Weert (2007) وزملائها على عينة من 63 مصابا بالسرطان، تناولت العلاقة بين كل من الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي المدرك وبين نوعية الحياة قبل وبعد التأهيل من مرضى السرطان الذي دام 15 أسبوعا، دلت النتائج على أن الدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية يمكنهما تفسير 17% إلى 47% من التباين في نوعية الحياة.

- ودرس Porter وزملاؤه (2008) العلاقة بين الكفاءة الذاتية وإدارة الألم، ونوعية الحياة لدى مرضى سرطان الرئة والراعين لهم، حيث شملت العينة 152 مريضا وذويهم من القائمين عليهم، حيث دلت النتائج على ارتباط نوعية الحياة بالكفاءة الذاتية وكذلك بالكرب النفسي.

- وأكد Rottmann و زملاؤه (2008) في دراستهم على عينة من 684 امرأة مصابة بسرطان الثدي، على إمكانية التنبؤ بالتوافق الانفعالي والوجداني بواسطة الكفاءة الذاتية في علاقتهم بنوعية الحياة، ودلت النتائج على دورها في التكيف النفسي مما يجعل رفع مستواها هدفا للبرامج العلاجية.

- أما دراسة Akin وزملائه (2008) على عينة من 141 مريضة تركية بسرطان الثدي، فاستكشفت العلاقة بين نوعية الحياة وبين الكفاءة الذاتية لدى المتابعات للعلاج الكيميائي، ودلت النتائج على انخفاض الكفاءة الذاتية إلى مستويات متوسطة خلال مدة العلاج.

- ووجدت Mosher (2010) وزملاؤها أن ارتفاع الكفاءة الذاتية مؤشر على القدرة على التكيف مع المرض، لدى عينة من 87 مريضا مصابا بالسرطان إضافة إلى التعامل مع الألم والكرب النفسي، غير أن انعدام الفروق بين المرضى والأصحاء في الكفاءة الذاتية قد يعود للمتغيرات الوسيطة الكامنة المؤثرة فيها.

- أما دراسة Hass وزملائه (2011) على عينة من 73 مريضة، فقد استكشفت العلاقة بين الكرب النفسي والإرهاق والكفاءة الذاتية والنشاط البدني وبين نوعية الحياة، ووجدوا ارتباطا دالا سلبيا بين درجة التعب والإرهاق الذي يؤدي إلى انخفاض الكفاءة الذاتية.

ونستخلص من استعراض هذه الدراسات ما يلي:

1- أهمية الكفاءة الذاتية كمتغير رئيس في دراسة السلوك البشري، كما تلعب الكفاءة الذاتية دورا محددا في التكيف مع المرض وتنظيم الذات.

3- تنوع الدراسات التي تناولت هذا المتغير، ويعود الفضل في رأينا في ذلك لمجهودات Bandura مؤسس نظرية المعرفة الاجتماعية.

4- إمكانية تربية كفاءة الذات خاصة في مراحل النمو المختلفة للوصول إلى ذات فاعلة غير هيابة أمام الحوادث والكروب خاصة في اللحظة الراهنة.

5- قلة الدراسات العربية في هذا المجال، في حدود علم الباحث، مما يدعونا إلى البحث في هذه المتغيرات وربطها بمفاهيم نابغة من تراثنا قريبة أو مشابهة مثل: علو الهمة، وكذا تحرير الفرد من أثر الصراع التاريخي بين مفهومي التسيير والتخيير وحرية الإرادة والفعل

6- الدعم الاجتماعي المدرك:

تعتبر ظاهرة التعلق الاجتماعي ذات دلالة على أهمية الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في حياة البشر. ومنذ نماذج سجون بنسلفانيا ومروراً ببحوث Harlow (1958)، وكذا أبحاث Bowlby على الوليد وكذا Spitz، اعتُبر الحرمان الاجتماعي من أسوء الكوارث النفسية والاجتماعية التي يمكن أن يتعرض لها الفرد (Scheitzer 1994). إن الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية حميمة يعيشون عمراً أطول من غيرهم، كما أن معاناتهم من الكرب أقل مقارنة بمن يعيشون في عزلة اجتماعية نتيجة لفقر الشبكة الاجتماعية.

ويعتبر الدعم الاجتماعي أحد مظاهر التكامل الاجتماعي وإن كان يختلف عن الشبكة الاجتماعية الفعلية أو الدعم الاجتماعي المتلقى، وكذا البحث عن هذا الدعم في إطار استراتيجيات المواجهة للكرب (Fischer 2002). إن العامل المهم في الدعم الاجتماعي هو إدراك الفرد له وشعوره بفعاليته، فقد اهتم بعض الباحثين من أمثال Ell وزملائه بنوعيه العلاقات الاجتماعية وشدتها وامتدادها دون النظر إلى أثر ذلك على الفرد وتقبله له فقد تكون هذه العلاقة مصدر كرب مثل حالات سرطان الثدي لدى المرأة.

يعرف Kobasa (1985) الدعم الاجتماعي بأنه "مورد نفسي يتمثل في إدراكات الفرد لنوعية العلاقات الاجتماعية (Dantzer 1994). ويعرفه Brownell (1984) بأنه "تبادل بين شخصين يهدف إلى تحسين نوعية الحياة لأحدهما".

ويرى Siegel (1993) أن أهمية الدعم الاجتماعي تكمن في وظيفته الأساسية وهي إعطاء معلومات للشخص في إطار شبكة الاتصالات الرسمية أو غير الرسمية مثل الزوج والأصدقاء وأعضاء النادي أو الجمعيات مما يعزز التكامل الاجتماعي (Fischer 2002).

وينتفع الدعم الاجتماعي إلى:

- الدعم الأداةي أو الوسائلي
- الدعم المعلوماتي أو الإرشادي
- الدعم الانفعالي

كما ينتفع من وجهة نظر الفرد إلى الدعم الفعلي الذي يتلقاه الفرد والدعم المدرك (Schwarzer 1999). وقد أشارت دراسات عديدة منها دراسات Martin و Davis و Mahler و Kulic و 1989، إلى الدور الذي يلعبه الدعم الاجتماعي في الصحة والمرض. ففي دراسة Mahler و Kulic على المرضى الناقيين من جراحة الشرايين التاجية للقلب، تقلصت مدة الاستشفاء بطريقة دالة بالنسبة للذين تلقوا زيارات أقاربهم مقارنة بأولئك الذين قلت زيارتهم (Dimatteo 2004).

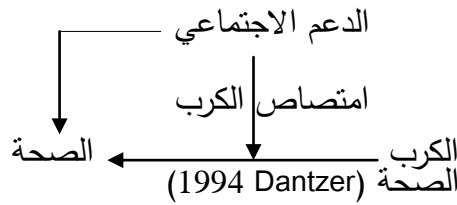
كما ارتبط الدعم الاجتماعي بالامتثال للتعليمات الطبية حيث يرفض 25 إلى 40% من عموم المرضى الامتثال للحمية الغذائية أو متابعة العلاج الدوائي؛ ويؤدي الدعم الاجتماعي دوره في هذه الحالة عن طريق:

1- تدعيم التفاؤل وتقدير الذات.

2- امتصاص الكرب stress buffering: فالدعم الاجتماعي المدرك خاصة يساعد الفرد في مواجهة الكرب عن طريق تحسين الاستجابات الحيوية وانتقاء الآليات المناسبة للتكيف مع المرض أو الكرب خاصة في الأمراض المزمنة، حيث أثبتت دراسة Rosengren وآخرون (1993) على أشخاص تجاوزوا الخمسين سنة تم تتبعهم لمدة سبع سنوات، حيث ارتبط مستوى الأحداث الكاربية في السنة السابقة لبداية الدراسة بنسبة الوفيات في نهايتها وتبين أن للدعم الاجتماعي دوراً هاماً في خفض نسبة هذه الوفيات (2004 Sheldon).

3- الأثر المباشر للدعم الاجتماعي على الوظائف الفيزيولوجية عن طريق تحسين التوازن الانفعالي، والتحكم في انفعالات الغضب والخوف والقلق والاكتئاب، مما يزيد مستوى اللياقة النفسية والجسدية، وهي قضية هامة في الأمراض المزمنة حيث يعمل الدعم الاجتماعي كمتغير وسيط بين الكرب وإمكانيات الفرد (1994 Dantzer). ففي قائمة Rahe و Holmes لأحداث الحياة نجد أربعة أحداث هامة على رأس القائمة وهي موت الشريك، والطلاق والانفصال أو موت أحد الأقرباء؛ ونلاحظ الصبغة العلائقية الداعمة في هذه الأحداث.

ويمكن تصور نموذج تأثير الدعم الاجتماعي على الصحة كما يلي:



شكل 12: دور الدعم الاجتماعي في الصحة (1994 Dantzer)

1.6. الدراسات السابقة:

- تعتبر دراسة Berkman و Symen (1979) من الدراسات الرائدة في استكشاف العلاقة بين الدعم الاجتماعي وآثاره الصحية، حيث شملت العينة 7000 فرد من سكان كاليفورنيا، تراوحت أعمارهم ما بين 30 إلى 69 عاماً وتم تتبعهم لمدة تسعة سنوات ثم تقييم العلاقات الاجتماعية حسب 4 مؤشرات سميت "مؤشر الشبكة الاجتماعية"، كما تم تقسيم العينة إلى ثلاثة فئات حسب تلقيها للدعم (منخفضة الدعم ومتوسطة الدعم ومرتفعة الدعم)، وحُسبت نسبة الوفيات في السنة التاسعة. أظهرت النتائج الدور الواقي للدعم الاجتماعي حيث وصلت نسبة الوفيات لدى فئة منخفضة الدعم الاجتماعي من 1.8 إلى 4.6 أضعاف ما هي عليه في مرتفعي الدعم الاجتماعي (1994 Scheitzer).

- دراسة Selvin وزملائه (1996) عن الدعم الانفعالي لمرضى السرطان، على عينة من 431 مريضاً بالسرطان حيث تمت مقارنة الدعم العاطفي من الأطباء المختصين المكلفين بالمرض والطاقم الطبي بما فيه أطباء الفحص والممرضون ثم الأسرة وكبار الأطباء المكلفين بهم.

- وفي دراسة مسحية لـ Helgeson و Sheldon (1996) عن دور الدعم الاجتماعي في التوافق أو التكيف مع مرض السرطان، أشارت الدراسات للدور الهام الذي يلعبه الدعم الاجتماعي في مرض السرطان لسببين على الأقل:

- الأول: إن نوعية البيئة الاجتماعية، وشبكة العلاقات البين شخصية ترفع من جودة الحياة والرفاهية وطيب الحياة، كما تحمي المريض من أثار الصدمات النفسية والجسدية المرتبطة بالمرض وبأحداث الحياة غير السارة.

وأشارت Glanz و زملاؤها و Reynold إلى علاقة الدعم الاجتماعي بالبقاء على قيد الحياة ونسبة الوفيات لدى مرضى السرطان.

- الثاني: يؤثر السرطان في العلاقات الاجتماعية لكونه مرضاً مميتاً، تلحق الوصمة المصابين به ما يؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية، كما تحد من النشاط الاجتماعي للمرض حيث يصبح المرض وعلاجه محور حياته، مما يسبب انكماش الشبكة الاجتماعية حوله. كما يزيد السرطان من الإحساس بالنقص والهشاشة والضعف والخوف والارتباك والعجز عن السيطرة و التحكم في مسار الحياة و أحداثها و توقعاتها المستقبلية.

- وقام Koopman وزملاؤه بدراسة العلاقة بين التوافق الانفعالي مع السرطان في مراحل المتقدمة والشعور بالألم وبين الدعم الاجتماعي و كروب الحياة، على عينة من 102 امرأة تعاني من انتشار السرطان الرئوي، وأجابت المفحوصات على مقاييس الدعم الاجتماعي والكرب والألم واضطرابات المزاج، كما تم جمع المعطيات الديموغرافية والطبية لهنّ، وقد عرف الباحثون الدعم الاجتماعي من الناحية الإجرائية بأنه عدد الأفراد الداعمين للمريضة وقسموه إلى دعم سلبي وإيجابي، ودلت النتائج على أساس الدرجة الكلية لنمط المزاج على ارتباط دالّ بين كروب الحياة وبين الدعم الاجتماعي، وكلما كان الدعم الاجتماعي قويا وفاعلا، كان تحمل الألم لدى أفراد العينة مقبولا (Koopman 1998).

- وقام Dimatteo وزملاؤه بمسح نظري للبحوث التي تناولت الدعم الاجتماعي ما بين 1948 إلى 2001، وباستعمال تقنية ما بعد التحليل لما يزيد عن 120 دراسة، ظهرت علاقة دالة بين الدعم الاجتماعي والتماسك العائلي أو الصراع والوضع الزواجي والعيش مع الراشدين في منزل واحد؛ كما وجدت الدراسة أن الذين يشعرون بالتماسك العائلي يمثلون 1.74 مرة أفضل من غيرهم ممن يشعرون بالتمزق العائلي أو الصراع (Dimatteo 2004).

- كما استكشف Dupertius العلاقة التمييزية بين أنواع مصادر الدعم الاجتماعي وأثرها على الصحة النفسية والجسدية باستعمال المعلومات المتوفرة من الاستقصاء المعياري للمسنين، وقد تكونت العينة من 1386 مسنا (متوسط أعمارهم 62.75)، تم تصنيفهم إلى أربع مجموعات حسب شبكة التفاعل الاجتماعي والدعم المدرك: مرتفعو الدعم من طرف العائلة والأصدقاء، ثم مرتفعو الدعم من طرف العائلة فقط ومرتفعو الدعم من طرف الأصدقاء فقط؛ وباستعمال تحليل التباين اتضح أن الذين يتمتعون بدعم اجتماعي مرتفع من طرف العائلة والأصدقاء يعانون أقل من غيرهم من الاكتئاب، كما أن وضعهم الصحي أفضل من غيرهم (Dupertuis 2004).

- أما لدى المرضى المزمنين فإن الدعم الاجتماعي يلعب دوراً كبيراً بسبب مآل المرض ومدته وتكاليفه، ففي دراسة Symister وزملائه على عينة من 86 مريضا بقصور الكلية، تم قياس الدعم الاجتماعي وتقدير الذات وكذا الأعراض الاكتئابية والتفاؤل، وعرف الدعم الاجتماعي إجرائياً بالتفاعل بين الزوجين ودلت النتائج على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وتقدير الذات مما يؤثر في ظهور الأعراض الاكتئابية (Symister 2003).

- أما Holt وزملاؤه فقد درسوا أثر الدعم الاجتماعي على مستويات ضغط الدم في الحياة اليومية في سياق تفاعلي، شملت العينة 102 من الأسوياء الأصحاء، تم قياس الضغط لديهم 3 مرات في اليوم على مدى أسابيع في جو تفاعلي اجتماعي، كما جُمعت المعلومات عن علاقاتهم الاجتماعية كماً وكيفاً، وأدى تحديد النتائج إلى إيضاح العلاقة بين انخفاض ضغط الدم الأساسية وبين التفاعل مع أعضاء الأسرة (Holt 2003).
- دراسة Zhon وزملائه (2010) عن دور الكرب المدرك كمتغير وسيط بين الدعم الاجتماعي وبين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بسرطان البروستاتا (ن=175 مريضاً). وهي دراسة تتبعية لمدة عامين، ودلت النتائج على أن الدعم الاجتماعي المرتفع في بداية البحث ينبيء بنوعية حياة مرتفعة وذلك عبر التعديل من إدراك الكرب.
- دراسة Junghyun وزملائه (2010) عن دور الدعم الاجتماعي واستراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالعافية الوجدانية (الرفاهة الانفعالية) لدى المصابات بسرطان الثدي (ن=231 امرأة)، تم اختبار صدقية نموذج وسائطي يشمل المتغيرات المستقلة والتابعة، ودلت النتائج على أن الدعم الاجتماعي يؤثر في استراتيجيات المواجهة بدعمه للإيجابية منها مقابل السلبية مما يؤثر في التكيف الوجداني مع المرض.
- دراسة Carpenter وزملائها (2010) على عينة من 260 امرأة مصابة بسرطانات ولادية نسائية، والتي ركزت على دور الدعم الاجتماعي كعامل لامتناص للكرب والضيق حيث يلعب دوراً وسيطاً بين النشاط البدني وبين العافية النفسية (الصدمات و الاكتئاب)، ودلت النتائج على أن الوضع الصحي والإحساس بالعافية مرتبطة بالكرب والضيق النفسي، إن الذين يتلقون دعماً اجتماعياً مرتفعاً هم الأكثر قدرة على التعامل مع ذلك الكرب مما يرفع لياقتهم النفسية.
- دراسة Yoo وزملائه (2010) عن الدعم الاجتماعي لدى المصابات بسرطان الثدي المتقدم في السن على عينة من 47 مريضة يتراوح عمرهن بين 65-85 سنة، وهي دراسة كيفية، دلت النتائج على أن المسنات المصابات بسرطان الثدي يواجهن تحديات كثيرة مرتبطة بالصحة، منها الشعور بالهشاشة والضعف وانشغالهن بسبب تبعيتهن وحاجتهن إلى المرافق لأداء وظائف الحياة اليومية. كما يهتمن بموت أحبائهن أو موتهن بسبب أمراض الشيخوخة أو العجز، والفقد الذي يشعرن به في الحياة كلها أكثر من خوفهن من السرطان، وأن الاستقلالية هي أكبر انشغالاتهن لذلك فإن الرفع من جودة الحياة لدى المسنات المريعات يمر عبر تشجيع و تنمية الاعتماد على الذات.
- دراسة Beasley وزملائها (2010) عن علاقة الشبكة الاجتماعية بالبقاء على قيد الحياة بعد تشخيص سرطان الثدي لدى عينة من 4589 امرأة بمتوسط 5.6 عام من البقاء على قيد الحياة بعد التشخيص البدئي. وتم إنشاء مؤشر الارتباط أو الربط الاجتماعي وعلاقته بنمط معيشتهم. إن الاتصال بالأصدقاء و المداومة على النشاطات الدينية والمشاركة في الاجتماعية مرتبطة بـ15 إلى 28% من انخفاض خطر الوفاة.
- دراسة Mallinckrodt وزملائها (2012) عن اختبار نموذج يجمع الدعم الاجتماعي والتكيف والكرب النفسي بعد تلقي العلاج بسبب سرطان الثدي على عينة من 154 امرأة، استعملت فيها مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة والتكيف، والكرب النفسي، ثلاثة أسابيع بعد العملية الجراحية، ثم 8 إلى 16 شهراً بعد ذلك،

وباستعمال تحليل الانحدار المتعدد، وُجد ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي ودرجة الضيق والكره النفسي في المرحلة الأولى ثم بينه وبين التكيف في المرحلة الثانية.

- الدراسة المسحية لـ Mallinckrodt وزملائه (2012) عن علاقة الدعم الاجتماعي الفعلي والمدرک ومخرجات الصحة بين الماضي والحاضر والتي شملت البحوث المنشورة خلال ثلاثين سنة ما بين 1980 إلى 2010. إن أهم نتيجة توصل إليها المسح النظري هي أن ارتباط الدعم الاجتماعي بالصحة ثابت على مدار ثلاثين سنة الماضية، لكن الآليات الشارحة لهذه العلاقة خاصة منها النماذج النفسية لم تثبت بالدليل وعليه مازالت تحتاج مزيداً من الدراسة.

ونلاحظ على الدراسات السابقة مايلي:

- 1- إشارتها إلى أهمية الدعم الاجتماعي في تحديد مخرجات الصحة.
- 2- عدم إشارتها إلى تآكل النسيج الاجتماعي في الدول الغربية، وانخفاض الدعم الاجتماعي نتيجة التغيرات التي مست مفهوم العائلة، والعلاقة بين الأبناء والآباء.
- 3- غياب الدراسات العربية، في حدود اطلاع الباحث، في هذا المجال نتيجة اعتمادنا على النموذج الطبي في فهم العلاقة بين الصحة والمرض واستبعاد العوامل النفسية الاجتماعية رغم تفرد مفاهيمنا في ذلك مثل الأجر المرتبط بزيارة المريض ومواساته والدعاء له وكذا صلة الرحم.
- 4- أهمية الدعم الاجتماعي في المرض المزمن بالذات للخصوصيات التي ذكرنا سابقاً.

7- الكرب النفسي:

يورد القاموس الانجليزي العربي الكلمات التالية مقابلا لكلمة Distress: ألم، أسي، خطب، كرب، محنة، عوز. لذلك تمت ترجمته غالبا بالضيق أو الأسي النفسي، ونحن نختار مصطلح الكرب لشموله للدلالات الأخرى مثل الغم، والمعاناة أو العذاب النفسي، والضراء، والقلق والانشغال الدائم بأمر ما، وقد يصل الأمر إلى الشعور باليأس والاكتئاب بمفهومه النفسي العام.

جاء في لسان العرب أن الكرب هو الحزن والغم الذي يأخذ بالنفس، وكربت الحبل فتلته لتضييق القيد وأصله الكرب وهو عقد غليظ في رشاء الدلو يجعل طرفه في عُرقوة الدلو ثم يشد ثنياته رباطا وثيقا. لذلك فإن لفظ الكرب أقرب لمعانيه في اللغات الاجنبية.

ويعتبر مصطلح الضغط النفسي أو stress أقرب المصطلحات للكرب وأكثرها تداخلا معه في الكتابات النفسية والطبية وغير المتخصصة. إن مراجعة سريعة لدلالات المصطلحين في بعض القواميس والموسوعات الطبية والنفسية مثل المعجم النفسي، أو المعجم الطبي، أو المعجم النفسي الطبي، أو موسوعة شرح المصطلحات النفسية، تبين أن أغلبها تجاهل مصطلح Distress لصالح stress والذي يفصل فيه علماء النفس ويختصره الأطباء.

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

ويعرف Ross و Mirowsky (2002) الكرب النفسي بكونه حالة من المعاناة الوجدانية تتميز بأعراض اكتئابية مثل فقدان الاهتمام، والحزن، والتشاؤم وأعراض القلق مثل الانشغال، والإحساس الدائم بالتوتر، وقد تظهر اعراض جسدية مثل الأرق، والصداع، والارهاق. وقد ركز Horwitz على أن الكرب النفسي هو حالة من عدم التكيف نتيجة الضغوط المستمرة وهو عابر وطبيعي مثل ما نشاهده لدى المراهقين. غير أن Weheaton (2002) يعتبره حالة ثابتة نسبيا كما تثبتته الدراسات التتبعية لأكثر من عشر سنوات متتالية. هذه الحالة تتمثل في مستمر Continuum ما بين الشعور بالهشاشة والعجز والحزن والخوف وهي حالة موضوعية، إلى اضطرابات نفسية معوقة مثل القلق والاكتئاب والهلع والعزلة الاجتماعية والأزمة الروحية.

تعرف الشبكة الوطنية الشاملة للسرطان NCCN، الكرب النفسي بأنه "خبرة وجدانية غير سارة ذات طبيعة نفسية أو اجتماعية أو روحية، تؤثر على القدرة على التكيف بطريقة فعالة مع السرطان وعلاجاته"، وتعتبر هذه التجربة جزءا من متصل يبدأ بالمشاعر الطبيعية من الإحساس بالهشاشة والحزن والخوف وصولا إلى صعوبات نفسية أو معاناة مثل القلق والاكتئاب والعزلة الاجتماعية والأزمة الروحية. ويشمل الكرب النفسي حسب هذا التعريف فئة متنوعة من الاضطرابات مثل عسر المزاج والاكتئاب والقلق وصعوبات التكيف، التي تختلف نسبتها باختلاف موضع السرطان والأفراد المعنيين وشدة الاعراض ونوعية العلاج (NCCN 2013).

يختلف الأطباء النفسيون في موضع وأهمية الكرب النفسي من خارطة الاضطرابات النفسية. فهو اضطراب وجداني يؤثر على الأداء الاجتماعي والحياة اليومية للإنسان (Wheaton 2007)، وأحيانا أحد علامات الامراض النفسية الأخرى مثل الوسواس القهري والكرب التالي للصدمة ويكون أحيانا أخرى علامة على خطورة الاضطراب كما في الاكتئاب الجسيم والقلق العام.

أما الأطباء فعادة ما يعتبرون الكرب النفسي مرحلة طبيعية انتقالية في عملية التكيف مع الامراض الحادة أو الخطيرة والمزمنة. وما زالت العلاقة بين هذا المفهوم وبين كل من الاكتئاب والقلق غير واضحة رغم اشتغال أغلب مقاييس الكرب النفسي على بنود تقيس هذين الاضطرابين. ويبدو حسب Horwitz (2007) أن الكرب النفسي المزمّن غير المعالج يصل بالمرضى إلى حالات شديدة من الاضطرابات النفسية بما فيها الاكتئاب والقلق.

ينتشر الكرب النفسي بنسبة 5% إلى 27% في الجمهور العام (Kurigame 2009)، ويصل إلى نسب أعلى في المجموعات المعرضة للتهديد أو الضغوط النفسية أو الكوارث، وأيضا لدى الفئات التي تعيش البؤس والفقر، أو تعاني من مشاكل البطالة أو ضغوط العمل المرهق.

أشار المكتب العالمي للعمل (ILO) إلى أن هذا الاضطراب يصيب 15% إلى 20% من العمال في أوروبا وشمال امريكا وتوجد فروق في المعانات النفسية حسب الجنس فهي أكثر شيوعا بين الأمريكيين من أصل مكسيكي وفي افريقيا والصين، ويتناقص الكرب بارتفاع السن (Aranda 2007).

يعتبر قياس الكرب النفسي احد الاشكاليات التي تعترض تعميمه بسبب غياب إجماع على تعريف المفهوم، وتعتبر الشبكة الوطنية الشاملة للسرطان NCCN إحدى أهم المؤسسات التي ساهمت في ارساء قواعد المفهوم لدى المصابين بالسرطان، ووضعت له مقياسا بسيطا هو ترمومتر الكرب النفسي Distress Thermometer. إلا أن أشهر المقاييس المستعملة في البحوث هي:

1. **استبيان الصحة العامة: General Health Questionnaire (GHQ)** وهو مصمم لقياس الكرب أو الضيق

النفسى لدى الجمهور العام في البحوث الوبائية لدى الافراد الذين لم يشخصوا كمرضى عقليين أو نفسيين (Goldberg 1991).

اشتملت النسخة الأصلية على 60 بندا، تصف الاكتئاب والقلق والاضطرابات الجسدية والإعاقة الاجتماعية، ثم ظهرت نسخ أخرى (30 و 28 و 20 و 12 بندا). تحتوي النسخة المختصرة (12 بندا) والمستعملة في دراستنا على بنود تقيس التركيز، والنوم، والقدرة على اتخاذ القرار، والمزاج المكتئب وأعراض القلق واضطراب العلاقات الاجتماعية والشعور بالسعادة. ويعتبر بعض الباحثين (Furukawa 2003) أن GHQ هو المقياس الذهبي للكرب، وقد اثبتت الترجمات الكثيرة (40 لغة) لهذا المقياس خصائصه القياسية الجيدة، وأهمها الدراسات العاملة التي تثبت صدق قياسه لعامل واحد هو الكرب النفسي (Haukins 2008).

2. **مقياس كسلر: وأشهرها K10** وهو يعتمد على اعراض القلق والاكتئاب ايضا (Kessler 2001).

3. **قوائم الأعراض:** منها القائمة المختصرة (BSI) لـ Derogatis وزملائه الذين اضافوا نسخا اخرى لها مأخوذة من قائمة Hopkins للأعراض HSU-58 (Drapeau 2012).

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

1.7. الكرب النفسي لدى مرضى السرطان:

يعتبر السرطان مرضا شاملا حيث يمس كل مجالات حياة المريض الباطنة والظاهرة. وإذا كانت الآثار الجسدية واضحة فإن الآثار النفسية والاجتماعية والروحية والاقتصادية ذات أهمية كبيرة في هذا المرض. تقسم المشكلات الرئيسية التي يعاني منها مريض السرطان إلى خمس مجالات هي:

1. **الاعراض الجسدية:** مثل الألم و التعب والعجز والمظاهر النفس جسدية.
2. **الاضطرابات المعرفية والوجدانية:** مثل الخوف الحزن والانشغال الدائم، واليأس، وفقد السيطرة على الحياة، واضطراب الاستقلالية واضطراب صورة الذات.
3. **الصعوبات الاجتماعية:** مثل اضطراب المسؤوليات الاجتماعية المتعلقة بالدور، والأداء المهني المتدهور.
4. **الصعوبات الأسرية:** مشاكل العلاقة مع الأزواج والأبناء والخوف من الرحيل.
5. **الصعوبات الطبية والعلاجية:** مثل الوصمة، والقلق على الوقت، والخوف من الأطباء وتكلفة العلاج وآثاره الثانوية.
6. **المشاكل الوجدانية والروحية:** حيث يواجه المريض فكرة الفناء الشخصي والموت والبحث عن المعنى والشعور بالذنب واقترب النهاية (Dolbeaut 2012).

يمثل السرطان بالنسبة للمصاب به صدمة قوية وأزمة شديدة لارتباطه بالموت، مما يهيئ المريض للإصابة باضطرابات نفسية تحتاج إلى رعاية مبكرة، ويفضل المختصون في علم نفس السرطان استعمال مصطلح التوافق النفسي بدل المواجهة Coping، حيث يختلف التوافق عن المواجهة في شموله الاستجابات الوجدانية اللاشعورية أو اللاإرادية وفي تقييم مصدر الضغط النفسي (Dolbeaut 2009).

إن أهم الاضطرابات النفسية التي تعبر عن الكرب لدى مرضى السرطان هي:

1. اضطرابات المزاج مثل الاكتئاب وعسر المزاج.
2. القلق واضطراب التكيف مع أعراض السرطان وتناذر الضغط النفسي الحاد أو تناذر الضغط التالي للصدمة والرهاب، والقلق العام والاضطراب الوسواسي القهري.

3. اضطرابات جسدية الشكل مثل الجسدية، والألم، والمراق وشوهة الجسد.
 4. كما قد تظهر بعض الأعراض العصبية الذهانية أيضا في 35% إلى 45%، وتصل إلى 60% لدى المرضى في المراحل الأخيرة. والغريب أن أكثر من 50% من المرضى في كل الدراسات لايتلقون أي علاج أو رعاية لكربهم النفسي، وهو ما لاحظناه بصفة شخصية أثناء الدراسة الميدانية، مع أن عدم التكفل به يؤدي:
 1. تدهور نوعية حياة المريض.
 2. انخفاض عتبة الألم و الأعراض الجسدية مما يفاقم مظاهر الشكوى مثل الجسدية مما قد يؤدي الى الاكتئاب والانتحار.
 3. اضطراب التكيف والعلاقات الاجتماعية.
 4. صعوبات التعامل مع الأطباء والمسؤولين عن الرعاية.
 5. ارتفاع تكلفة المرض بسبب الاستهلاك التعويضي من الأدوية والزيارات الطبية.
- لذلك دعا Barry Bultz في 2005 إلى اعتبار الكرب النفسي العلامة أو المؤشر الحيوي السادس إضافة لدرجة الحرارة، والتنفس، ونبض القلب، وضغط الدم، والألم، لدى كل المرضى بسبب الآثار العضوية والنفسية والاجتماعية والطبية الاقتصادية المترتبة عليه.

تظهر بعض الخصائص لدى مرضى السرطان الذين يعانون أكثر من غيرهم من الكرب وأهمها:

- ✚ وجود اكتئاب مزمن سابق
- ✚ سرطان الثدي والأعضاء الجنسية
- ✚ الذين يستعملون آليات مواجهة العجز
- ✚ اليأس
- ✚ نقص أو انخفاض الدعم الاجتماعي

2.7. الدراسات السابقة:

- دراسة Shapiro وزملائها (2001) وهي مراجعة نظرية للمتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي. دلت النتائج على اختلاف مستوى الكرب باختلاف خطورة المرض أو مرحلة العلاج. كما أثرت المرحلة العمرية، حيث كان الكرب أكثر ارتفاعا عند صغيرات السن منه لدى كبيرات السن. كما ارتبط ارتفاع السن (كبيرات السن) مع زيادة النشاط الاجتماعي والعلاقات وتحسن الصحة النفسية وارتفاع مستوي نوعية الحياة. وخلصت الدراسة إلى الإشارة للجوانب الايجابية لخبرة المرض لدى المصابات بالسرطان حيث أن:

✚ 50% الى 66% يتكيفن إيجابيا مع سرطان الثدي (دراسات Baker و Marcelus و Zabora 1997،

و Spiegel 1996)

✚ أهم جانب هو التحسن في العلاقات والتفاعل الاجتماعي.

✚ إن أهم متغير في التكيف النفسي مع السرطان هو الشعور بالقدرة على التحكم و أن العامل الأساسي فيه هو الرضى أو القبول acceptance.

- دراسة Carlson و Bultz (2003) المسحية للأدب النظري ولطريقة تقييم الكرب النفسي لدى مرضى السرطان، والتي توصلت الى أن 45% من المرضى يعانون من كرب نفسي متوسط ولا يتلقى المساعدة النفسية سوى 10% منهم فقط. ويشير الكرب الانفعالي إلى القلق والاكتئاب واضطرابات التكيف التي يتسبب فيها السرطان .

- دراسة Sostaric و Sprah (2003) المسحية عن الكرب النفسي لدى مرضى السرطان المعالجين بالأشعة التي أشارت إلى ازدياد نسبة الاكتئاب والقلق واضطراب التوافق لدى مجموعات من مرضى السرطان خاصة أولئك المعالجون بالأشعة، أو في نهاية المرض، أو في حالات الألم الشديد مما يزيد نسبة الانتحار بينهم. كذلك فإن 20% يعانون من الاكتئاب والقلق و15% يحتاجون إلى رعاية نفسية مختصة و25% يحتاجون إلى دعم اجتماعي واقتصادي.

- دراسة Bennet و Badger (2005)، وهي من أهم الدراسات المراجعة للبحوث ما بين 1988 إلى 2004، واستخلصت 38 دراسة تم فحصها. تم التركيز على اعراض الاكتئاب وأشارت الدراسات إلى مستوى مرتفع من الاكتئاب لدى المصابين بسرطان البروستاتا مقارنة بالأصحاء من نفس العمر، كذلك وتصاحب الاكتئاب مع الألم.

- دراسة Katz (2007)، الذي فحص البحوث التي تناولت الصحة النفسية للمصابين بسرطان البروستاتا من 1999-2005 خاصة في ارتباطها بنوعية الحياة واستنتجت انخفاض نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى.

- دراسة Malyszczak وزملائه (2007) عن الكرب النفسي وعلاقته بسمات الشخصية لدى المرضى المزمنين، متمثلة في عينة من 45 مريضا بسرطان الدم و46 مصابا بأمراض باطنية، واستعمل مقياس الصحة العامة GHQ30 وقائمة الشخصية لأيزنك، ودلت النتائج على أن نصف الأفراد يعانون من كرب نفسي وثلاث العينة وصل إلى درجة من الكرب النفسي يدعو إلى تدخل طبي نفسي، عدا عينة الأسوياء. لا توجد فروق دالة بين المجموعات في العصابية أو الانبساطية، والذهانية، كما ارتبطت العصابية بالدرجة الكلية للكرب النفسي في كل المجموعات.

- دراسة Sharpley وزملائه (2008) عن الكرب النفسي لدى المصابين بسرطان البروستاتا حيث تساءلوا في ضوء المراجعة النظرية عن تضارب نتائج الدراسات، وأشاروا إلى إشكالية مصطلح الكرب ومرادفاته مثل الضيق والصحة النفسية والرفاهية النفسي أو المعافاة، ونوعية أو جودة الحياة. كما خلصت الدراسة إلى أن أهم مكونين للكرب هما القلق والاكتئاب.

- دراسة Gao (2010) عن الكرب النفسي لدى الناجين أو الباقين على قيد الحياة من مرضى السرطان إلى نهاية العمر، وشملت العينة 200 مريضا من العيادات الخاصة، و364 مريضا من المجتمع العام، و150 من مصلحة العلاج التلطيفي. تم قياس الكرب باستعمال GHQ12، والعوامل المرتبطة بالمآل السريري بواسطة معامل الانحدار. وصلت نسبة الكرب النفسي إلى 24% في العيادات الخاصة و16.5% في مرضى المجتمع العام وارتفعت بشكل محسوس إلى 59.3% في مصلحة العلاج التلطيفي. ووجدت فوارق معتبرة في الكرب النفسي حسب نوعية وموضع السرطان.

ونلاحظ على الدراسات السابقة ما يلي:

- إن 50% من مرضى السرطان يتكيفون إيجابيا مع السرطان، غير أن 10% فقط ممن يعانون الكرب النفسي يتلقون دعما نفسيا.

- الإشارة إلى أهمية الدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية كمتغيرات أساسية في نوعية الحياة لدى مرضى السرطان والأصحاء على السواء.

- التأكيد على أن أهم مكونين للكرب هما القلق والاكتئاب، وهما البعدان الأساسيان في مقياس GHQ المستعمل في دراستنا.

- نلاحظ أهمية الدراسات المسحية والمراجعة والتي يؤكد الباحث على أهميتها خاصة تلك التي استعملت تقنية ما وراء التحليل meta-analysis وهي دراسات غائبة لدى الباحثين العرب.

8- أداء الجهاز المناعي اعتمادا على تعداد الخلايا المناعية:

يشكل جهاز المناعة صمام الأمان في مواجهة التهديد الذي تتعرض له أجسامنا من طرف الطفيليات والجراثيم والعضويات الممرضة من داخل أجسامنا أو من خارجها. وتستجيب أجسامنا مناعيا في هذه المواجهة بطريقتين متكاملتين هما المناعة غير المحددة non specific immunity، والمناعة المحددة specific immunity.

تعمل المناعة غير المحددة أو غير النوعية من خلال أربع آليات هي:

1. الحواجز التشريحية أو البدنية مثل الجلد والأنسجة المخاطية المبطنة للمداخل الطبيعية مثل الأنف حيث تمنع وصول العوامل الممرضة.
2. تدمير المهاجم عن طريق البلعمة phagocytosis، بواسطة الخلايا البيضاء الكبيرة في مواضع الهجوم.
3. مهاجمة الجراثيم بمواد قاتلة مثل الانترفيرون Interferon، وهو مثبط قوي لنمو الفيروسات، وبعض الاحماض مثل حمض الماء وكذلك الأنزيمات مثل الليزوزيم lysozyme.
4. الالتهاب الموضعي local inflammation.

إن تجاوز تلك الحواجز يضع الجراثيم وجها لوجه مع مكونات المناعة الخلوية والخلوية الموجودة في الدم. إن ردود الفعل الخلوية Humoral Immunity تتم من خلال الخلايا للمفاوية B، إذ تتمايز بعد تنشيطها الى نوعين من الخلايا:

- الأولى: أجسام مضادة ناضجة تفرز خلايا البلازما.

- الثانية: خلايا هاجعة غير منقسمة وخلايا ذاكرة memory B cells.

تنتج خلايا البلازما أجساما مضادة أو الجلوبيولين المناعي Immunoglobulins الذي يعتبر الأساس لردود الفعل المحدودة لمولد المضادات، أما المناعة الخلوية غير المباشرة فتتضمن خلايا T للمفاوية التي تنتجها غدة

التيتموس، وحين تستثار بواسطة مولد الضد Antigene المناسب، تقوم بإفراز مواد كيميائية نوعية تقتل المهاجم وهناك نوعان من خلايا T للمفاوية وهي خلايا T السامة Cytotoxic T cells، و خلايا T المساعدة T Helper cells لأنها تساند الخلايا الاخرى في عملها مثل خلايا B وبالعات الكبيرة من خلال إنتاج Cytokines بما فيها الانترلوكين-2، Interlukin-2 (Taylor2007).

تمثل خلايا الدم البيضاء احد المكونات الرئيسية في جهاز المناعة ووظيفتها الرئيسية هي الدفاع عن الجسم. ويكون عددها مؤشرا على المرض في حالة الزيادة أو العوز. وهناك عادة ما بين $10^9 \times 4$ الى $10^9 \times 11$ خلية دم بيضاء في لتر واحد من الدم. ويشير التعداد الكلي لها لمقدرة الجسم على مكافحة العدوى.

ويشكل التعداد التفريقي (التمييزي) للكريات البيض أحد أهم المؤشرات على أداء الجهاز المناعي وهو

مكون كالتالي:

العدلات: 50-62 % Neutrophils

اللمفاويات: 20-40 % Lymphocytes

الحمضات: 1-6 % Eosinophils

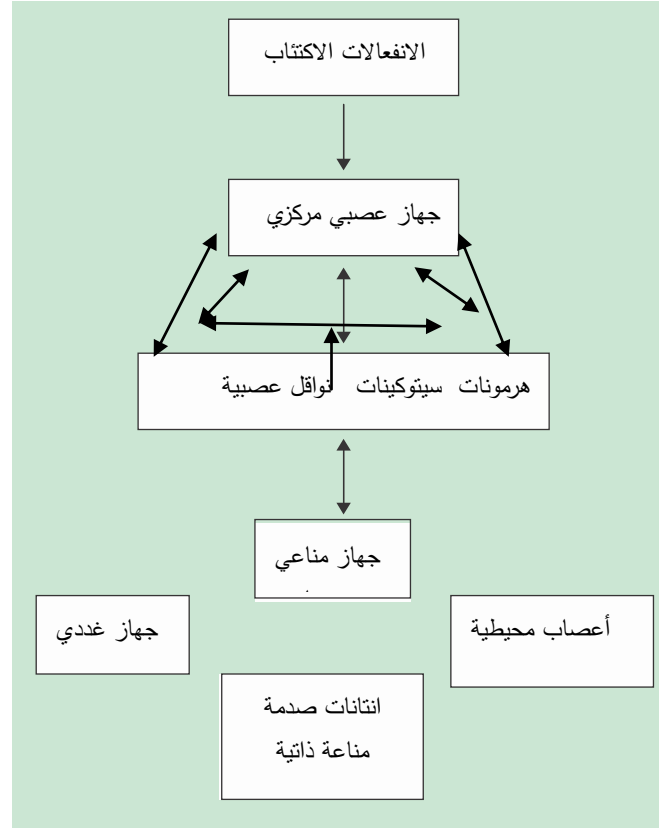
القاعدات: < 1 % Basophils

الوحذات: 2-10 % Monocytes

إن دراسة العلاقة بين الجهاز المناعي والجهاز العصبي والجهاز الغددي وارتباطها بالضغوط النفسية أو الكرب الحاد والمزمن، أدى إلى ظهور علم جديد يسمى علم المناعة النفسي العصبي (PNI) PsychoNeuroImmunology، الذي اثبتت بحوثه أثر العوامل النفسية بل والاجتماعية والروحية على تلك الاجهزة سلبيًا أو إيجابيًا مما يؤدي الى تداخلها مع نشوء ومسارات الامراض (Dongall 2007).

إن فكرة تأثير الحالات النفسية على مآل المرض قديمة، حيث أشار لها جالينوس Galen منذ القرن الثاني حيث لاحظ أن النساء السوداويات melancholic women أكثر عرضة لظهور أورام الثدي مقارنة بالمتقائلات sanguine women، وصولاً إلى Hans Seley (1936) الذي وصف حالة الضغط النفسي وسماها Stress State. وسمى التناذر الذي يصفها بالتناذر العام للضغط النفسي، وتم الربط بين الجهاز الغددي والجهاز العصبي في تلك الظاهرة.

يملك الباحثون اليوم الدليل التجريبي على أن النواقل العصبية مثل الأدرينالين، والسيروتونين، والدوبامين والانكيفالين، والهرمونات العصبية مثل الكورتيكويدات أو مشتقات قشر الكظر تؤثر في الجهاز العصبي، وتوجد مستقبلات لتلك النواقل والهرمونات على الخلايا للمفاوية والخلايا البالعة (Reiche2004). وبالمقابل فإن إفرازات الجهاز المناعي مثل السيتوكين cytokines، والانترلوكين interleukin1، وعامل تآكل الورم (TNF) والانتيروفيرونات interferons، يمكنها التأثير على المحور الغددي العصبي كما هو مبين في الشكل التالي:



شكل 13: شبكة الاتصالات بين الجهاز العصبي المركزي والمحيطي

وبين الجهاز الغددي والمناعي (2004 Reiche)

تدل دراسات Colabrese وزملائه (1987) و Biondi وزملائه (1996) على أثر الضغوط والكروب على الجهاز المناعي، حيث انخفضت الخلايا القاتلة والليمفاوية لدى المكتئبين. بينما تزيد الخلايا الحبيبية بسبب إفرازات الأمينيات القشرية، وقد وجد Kang وزملاؤه (2012) نتائج مهمة في ارتباط مستوى الكريات البيضاء (WBC) باضطراب المزاج لدى مرض السرطان ($R=0.25$)، وكذا مع العادلات Neutrophils ($R=0.39$)، وارتباطا سالباً بين تعداد الخلايا اللمفاوية وبين اضطراب المزاج ($R=-0.34$)، وارتبطت نوعية الحياة بتعداد العدلات سلباً (-0.37)، وإيجاباً مع الخلايا اللمفاوية ($R=0.43$). وتدل تلك النتائج على صدقية تعداد الخلايا المناعية خاصة منها العدلات Neutrophils واللمفاويات Lymphocytes كمؤشر للكرب ونوعية الحياة.

- قامت Segerstrom وزميلها Miller (2004) بدراسة مسحية شملت البحوث التي تناولت العلاقة بين الشدة النفسية أو الكرب و بين الجهاز المناعي على مدار 30 سنة السابقة لهما. تم تحليل 300 مقال علمي، وأشارت نتائج التحليل الى أن العوامل الكاربية الحادة تؤدي الى استجابة المناعة الطبيعية بطريقة تكيفية وتعطيل المناعة النوعية. كما تؤدي بعض أنواع الكرب مثل الامتحانات والمسابقات وضغوطهما الى تعطيل المناعة الخلوية والمحافظة على المناعة الخلوية (الهرمونية). أما الكرب المزمنة فهي تعطل النوعين معا. غير أن الكرب المدرك كما يعبر عنه الأفراد أو إدراك الضغوط لا يرتبط بتغيرات مناعية.

- تشير Standish وزملاؤها (2008) إلى دور الجهاز المناعي في الوقاية من سرطان الثدي خاصة مستوى الخلايا للمفاوية وإفرازاتها (Cytokine). أما فرضية أن الجهاز المناعي يؤثر على سرطان الثدي فتؤيدها الدراسات الوبائية والسريرية ما يؤثر الى أهمية العلاج المناعي في السرطان. كما أضافت Standish (2008) دراسة أخرى على المصابات بسرطان الثدي لقياس أثر العلاج بالإشعاع (Rx) على الجهاز المناعي ولاحظت انخفاضا دالا في الخلايا للمفاوية، يستمر لأسابيع مرتبطا بمكان أو بموضع الإشعاع.

- دراسة Blomberg وزملائه (2009) على عينة من 134 امرأة مصابة بسرطان الثدي تراوح عمرهن ما بين 25-69 سنة بمتوسط 49.5 سنة، 48% منهن ذات راع و 66.4% عاملات. تم أخذ قياسات الدم في الأسبوع المباشر للجراحة قبل وبعد العلاج الكيميائي والإشعاعي لأثره على الجهاز المناعي. استكشف الباحثون التكيف النفسي مع الكرب الناتج عن استئصال الثدي في الأسابيع التالية للجراحة، حيث درسوا العلاقة بين الحالة المزاجية ونوعية الحياة من جهة وبين الخلايا للمفاوية T-helper (Th₁) Cytokine بعد ضبط المتغيرات الأخرى مثل نوعية المرض والعلاج والعوامل الاجتماعية والديموغرافية والسلوك الصحي. ودلت النتائج على زيادة إفرازات Th₁ في حالة انخفاض القلق بالنسبة للنوع IL-2، في حين يرتبط تحسن المزاج بإفراز مرتفع لـ IL-12 و ISN-y، كما ارتبطت نوعية الحياة بارتفاع Th₁ و TNF- γ . كما أشارت الدراسة إلى أن القلق يؤدي إلى خفض IL-2) CytoTh₁ أما المزاج الايجابي فيؤدي إلى رفع IFN-y و IL-12.

- أما دراسة Costanzo وزملائه (2012) فكانت مراجعة نظرية عن تأثير المتغيرات السلوكية على نمو السرطان. حيث استكشفوا العلاقة بين العوامل السلوكية المرتبطة بالكرب والضغوطات النفسية (Stress) و بين نمو الخلايا السرطانية وأشاروا الى أن هناك نوعين من الكرب:

✚ الكرب السابق للسرطان

✚ الكرب الناتج عن السرطان

وتتم الاستجابة الهرمونية عن طريق المحور تحت المهاد - الغدة النخامية - قشر الكظر وكذا الجهاز الودي عن طريق الهرمون المنبه للكظر ACTH أو الأدرينالين والنورأدرينالين وكذا عن طريق التنبيه المباشر للخلايا المناعية (المفاوية) مما يؤثر مباشرة على الاستجابة المناعية. وكذا أثر التعصيب المباشر لأنسجة المناعية من طرف الجهاز الودي. ويؤدي وجود مستقبلات للهرمونات القشرية glucocorticoids والأدرينالين على الخلايا البيضاء إلى تأثير مباشر عصبي- هرموني على الخلايا للمفاوية. وعليه يؤدي الكرب الانفعالي إضافة إلى

القلق والاكتئاب إلى خفض الاستجابة المناعية بما فيها نسبة أو عدد الخلايا T والمستقبلات و عوامل المناعة، كما يؤثر الالتهاب المزمن على الاكتئاب ونوعية الحياة.

إن التغييرات التي يحدثها الكرب في الهرمونات والجهاز العصبي المركزي SNC تؤدي إلى تغييرات وآثار واضحة على:

✚ المناعة

✚ نمو الأوعية

✚ طرق مسارات الالتهاب

مما يؤدي إلى نمو السرطان و يستلزم تخفيف الكرب تحسنا في أداء تلك الاجهزة في محاربة النمو السرطاني.

- دراسة Kang وزملائه (2012) التي استكشفت العلاقة بين الكرب المرتبط بالسرطان واضطراب المزاج وعلاقته بكل من نوعية الحياة والاستجابة المناعية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بعد التشخيص بفترة قليلة على عينة من 100 امرأة. ودلت النتائج على ارتباط الكرب المدرك باضطرابات المزاج وارتباط اضطراب المزاج بانخفاض نوعية الحياة المدركة وارتفاع تعداد العدلات neutrophils وانخفاض نسبة الخلايا الليمفاوية Tsup. كان معامل الارتباط بين كرب السرطان وبين تعداد الخلايا الليمفاوية lymphocytes غير دال، أما معامل الارتباط بين الاكتئاب والقلق وبين العدلات neutrophils فدال موجب ($R=0.39$)، وكان معامل الارتباط بين الاكتئاب والقلق وبين lymphocytes فدال وموجب ($R=0.34$)، أما معامل الارتباط بين التعداد الكلي للكريات البيضاء GB وبين نوعية الحياة QoI فكان دالا وسالبا ($R=-0.39$)، وكان معامل الارتباط بين تعداد الليمفاويات ونوعية الحياة دال موجب ($R=0.43$). ولم يظهر ارتباط بين تعداد الخلايا البيضاء GB وبين نوعية الحياة QoI، كما ظهر ارتباط منخفض بين GB وبين الكرب النفسي Distress ($R=0.25$).

- أشارت دراسات أخرى أهمها دراسات Luecken 2002 و Glaser 2005 و Von Ah 2007 و Cohen 2012

إلى أن الكرب والضيق النفسي يؤدي إلى تغييرات واضحة في خلايا المناعة لدى الأصحاء والمرضى على السواء. حيث لوحظ ارتفاع في أداء الجهاز المناعي لدى مريضات سرطان الثدي وذلك بتحسن حالتهم المزاجية بالعلاج. كما تؤدي هرمونات قشر الكظر glucocortoids إلى انخفاض في نسبة الليمفاويات lymphocytes بينما تؤدي الكاتيكولامينات إلى ارتفاع في نسبة neutrophils وانخفاض في نسبة lymphocytes .

- دراسة Milne و زملائها (2012) على عينة من المصابات بسرطان المبيض استكشفت العلاقة بين نسبة

الخلايا الليمفاوية في الدم وبين مآل المرض باستعمال مؤشر نسبة الأحياء الناجيات من السرطان، ووجدت

علاقة دالة بين نسبة الليمفاويات Absolute Lymphocytes Account ALC وبين مآل المرض .

- دراسة Chu-Yuan وزملائه (2013) على عينة من 243 مريضاً بسرطان القولون والمستقيم تلقوا علاجاً كيميائياً ما بين 2003 و2011، حيث استكشفوا العلاقة بين نسبة الخلايا العَدَلَات واللمفاوية neutophils و lymphosyts وبين مآل السرطان وظهرت النتائج وجود علاقة دالة بين انخفاض نسبة الليمفاويات lymphosyts في الدم الى اقل من $(10^9 \times 0.66)$ وبين الوفيات .

ونلاحظ على الدراسات السابق مايلي:

- نقص في عدد الدراسات التي تربط بين نوعية الحياة وبين أداء الجهاز المناعي.
- الإشارة الى أهمية العلاقة بين الكرب النفسي و أداء الجهاز المناعي.
- أهمية استكشاف العلاقة بين المتغيرات السلوكية والبيولوجية اعتماداً على مقاييس مخبرية دقيقة، وهو المنهج التكاملية الحديث الغائب في بحوثنا العربية.

خلاصة الفصل النظري:

يمكننا الفحص الشامل للجانب النظري السابق من استنتاج الملاحظات التالية:

- 1- تتوزع بحوث نوعية الحياة على مجالات واختصاصات متعددة، تُصعّب من حصر المقاربات النظرية والمنهجية وكذا الدراسات السابقة التي تقدر بمئات الآلاف. لكن الباحث اقتصر على فرز الدراسات المرتبطة مباشرة بموضوع الدراسة ومشكلتها ومتغيراتها الرئيسية، أو المفيدة في تفسير النتائج، لذلك جاء حجم الفصول في العموم متناسبا مع عدد وأهمية الدراسات السابقة في موضوعه.
- 2- غياب نظرية نفسية عربية أو إسلامية في مقارنة نوعية الحياة عدا بعض المحاولات الفردية التي أوردنا نماذج منها، وينسحب الأمر نفسه على المنهج وأدوات القياس التي يغلب عليها الطابع الغربي، رغم حساسة المفهوم للفروق الثقافية والحضارية وتشعبه بالأبعاد العقائدية والروحية، وتغلغل ابعاده في مناحي الحياة الفردية والاجتماعية. ويمكن إدراج نفس الملاحظة بالنسبة لمتغيرات اساسية أخرى مثل التدخين. ويعتقد الباحث أن هذا الأمر يتعدى الجهد الفردي الى الجهد الجماعي.
- 3- ندرة الدراسات والمراجع العربية- في حدود جهد الباحث واطلاعه- التي تناولت المرض والصحة من وجهة نظر الطب السلوكي، وعلم النفس الاجتماعي للصحة، وعلم النفس الصحي، وهي اختصاصات يتيمة في عالمنا العربي على العموم.
- 4- تمكن الباحث انطلاقاً من الفصل النظري والمفاهيم الأساسية المنبثقة من النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي مروراً بعلم المناعة النفسي العصبي المبنوثة في الدراسات السابقة، إضافة لخبرته الطبية وبحوثه السابقة عن الأمراض المزمنة (زعطوط 2005،2002) من تحديد المتغيرات الرئيسية في الدراسة وكذا اقتراح

نموذج مولد من النماذج التفاعلية السابقة لتفسير نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، تطبيقاً للمنهج التكاملية وهو أحدث المقاربات في دراسة الصحة والمرض كما يظهر في أدب البحث.

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة الميدانية

1. المنهج

2. العينة

3. الأدوات

4. التحليل الإحصائي

1. المنهج:

يرتبط منهج الدراسة بطبيعة موضوع وأهداف البحث المتوخاة، ونوعية المعطيات الواجب جمعها، وكذا بإمكانيات الباحث والوقت المحدد للدراسة، وبما أننا نهدف إلى استكشاف نوعية الحياة لدى المريض المزمّن وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية الاجتماعية، فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي الارتباطي أو التفاضلي (مجذوب 2003).

تأكد الباحث من تشخيص المرض اعتماداً على الملف الطبي لكل مريض. وتم تطبيق جميع أدوات الدراسة عن طريق المقابلة الفردية من طرف الباحث وبمساعدة من ثلاثة نفسانيين تم تدريبهم على كيفية تطبيق أدوات الدراسة وبلغ متوسط زمن التطبيق ساعتين ونصف لكل مريض، وساعة لكل فرد من الأصحاء.

2. العينة:

تعتبر المعاينة من أهم الخطوات البحثية، ولاشك في أن المعاينة العشوائية أفضل وسيلة للتحكم في التباين الشديد في مجتمع البحث وضبط المتغيرات الدخيلة، غير أنه تعذر علينا اللجوء لهذه الطريقة بسبب استحالة حصر مجتمع البحث بالنسبة للمصابين بالسرطان لعدم وجود سجلات بأسمائهم وعناوينهم، لذلك لجأنا إلى ضم كل المرضى المصابين في مركز ورقلة لمكافحة مرض السرطان في فترة تطبيق الدراسة.

تم التأكد من تشخيص المرض اعتماداً على الملف الطبي لكل مريض، غير أننا اعتماداً على الدراسات السابقة، وتقليلاً لمساوئ العينة التشخيصية القصدية حرصنا على توافر الشروط التالية في أفراد العينة:

- أن يوافق على أخذ عينة من دمه لأغراض الدراسة.
- ألا يقل العمر عن 18 سنة للجنسين.
- أن تتأكد إصابة المريض بأحد أنواع السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي أو الإشعاعي.
- ألا يكون في مرحلة متقدمة من المرض يتعذر فيها اتمام تطبيق المقاييس.
- ألا يكون مصاباً بإعاقة وظيفية تمنع إجراء المقابلة أو استعمال أدوات الدراسة.

- يعتبر تحليل الدم إجراء غير اعتيادي يحتاج إلى شروط طبية وقائية، كما نحتاج للموافقة المعلمة للمبحوث وهو أمر كان في متناولنا بالنسبة لفئة المرضى الاستشفائيين. أما بالنسبة للأصحاء فقد لجأنا بالنسبة لعينة الأصحاء لمختبر خاص هو مخبر الدكتور بابيز الذي يتواجد فيه يومياً أكثر من مائتي مراجع. وعن طريق الاستعانة بالمرضى بالمخبر وبأخصائية نفسية وبعد مقابلة فردية نحرص فيها على توفر الشروط التالية في المفحوص:

- أن يوافق على أخذ عينة من دمه لأغراض الدراسة.
 - ألا يقل العمر عن 18 سنة للجنسين.
 - ألا يكون مصاباً بمرض حاد أو مزمن.
 - ألا يكون مصاباً بإعاقة وظيفية تمنع إجراء المقابلة أو استعمال أدوات الدراسة.
- وتكونت عينة الدراسة النهائية من 200 فرد، منهم 100 مريض بالسرطان، و 100 من الأصحاء .

1.2. الخصائص الديموغرافية للعينة:

جدول 9: الخصائص الديموغرافية للعينة من حيث الجنس والسن:

| السن | | الجنس | | الخصائص العينة |
|-----------|-----------|-------|------|-------------------|
| < 45 عاما | ≥ 45 عاما | إناث | ذكور | |
| 39 | 61 | 59 | 41 | مرضى السرطان 100 |
| 11 | 89 | 53 | 47 | الأصحاء 100 |

ونلاحظ من خلال الجدول توازن العينة من حيث الجنس للمرضى والأصحاء، أما بالنسبة للسن فقد تراوح عمر المرضى ما بين 18 إلى 77 عاما بمتوسط 43 عام ($SD \pm 12.2$)، وتراوح عمر الأصحاء ما بين 18 إلى 63 عاما بمتوسط 31 عاما ($SD \pm 10.4$)، ورجوعا إلى معطيات الهرم السكاني للمجتمع الجزائري، وكذا لتوزيع عينة الدراسة تم اعتماد سن الخمسة والأربعين. وغلبت نسبة الافراد الذين تجاوز عمرهم 45 سنة على عينة المرضى والأصحاء، وهو ما لاحظته Mazanec وزملاؤها (2010) من أن متوسط عمر المرضى يتجاوز 58 عاما حيث تكثر الاصابة بالأمراض المزمنة مع التقدم في العمر عكس ما يحدث عند الأصحاء حيث لا يتجاوز 35 عاما في المتوسط.

2.2. الخصائص الاجتماعية للعينة:

جدول 10: الخصائص الاجتماعية للعينة

| مدة الازمان | | الحالة الاجتماعية | | المستوى الاقتصادي | | المستوى التعليمي | | الخصائص العينة |
|-------------|-------------|-------------------|-----------|-------------------|-------|------------------|-------|---------------------|
| < سنة واحدة | ≥ سنة واحدة | متزوج | غير متزوج | مرتفع | منخفض | مرتفع | منخفض | |
| 41 | 59 | 74 | 26 | 48 | 52 | 64 | 36 | مرضى السرطان 100 |
| / | / | 44 | 56 | 52 | 48 | 94 | 6 | الأصحاء 100 |

قام الباحث في مرحلة أولى بتقسيم المستوى التعليمي إلى ثلاث مستويات :

- أمي أو ابتدائي = مستوى منخفض

- متوسط أو ثانوي = مستوى متوسط

- جامعي = مستوى مرتفع

غير أن تعداد الجامعيين كان منخفضا لايمكننا من المقارنة الاحصائية، لذا أدمج المستوى الجامعي مع المستوى المتوسط الثانوي واعتباره مستوى مرتفعا.

ونلاحظ من خلال الجدول أن نسبة المتعلمين بين المرضى والأصحاء غير متجانسة، ويرى الباحث احتمال ارتباط ذلك بالسن لدى المرضى حيث أن 61 % منهم ولدوا بعد 1968 وتابعوا تعليمهم الابتدائي أو المتوسط، أما لدى الأصحاء فإن 89 % منهم صغار السن مما يفسر نسبة المستوى التعليمي المرتفع بينهم.

وتم تقسيم المستوى الاقتصادي حسب الوضع المهني الحالي لأفراد عينة الدراسة إلى مستويين:

- من بطل إلى ذي دخل ضعيف = مستوى منخفض

- من ذي دخل متوسط إلى مرتفع = مستوى مرتفع

ونلاحظ توازن نسب المستوى الاقتصادي، رغم أن أكثر من 90 % من الأصحاء صغار السن و متعلمون ويعود أحد أسباب ذلك في رأي الباحث إلى ارتفاع نسبة البطالة .

أما بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية فقد تم تقسيمه إلى فئتين استنادا إلى العزوبية والزواج المستمر حاليا دون انقطاع بسبب الموت أو الطلاق أو الترميل، ويمكن احالة النسب الملاحظة في الجدول إلى عوامل أهمها السن.

ونظرا لكون السرطان أحد الامراض الخطيرة التي يبلغ متوسط الحياة بعد التشخيص 5 سنوات، واعتماد على أن المرحلة الأولى من العلاج تتم في السنة الأولى من سيرة المرض، ارتأى الباحث تقسيم العينة حسب متغير الازمان إلى فئتين :

- أقل أو يساوي سنة من بداية التشخيص

- أكثر من سنة من بداية التشخيص

3. الأدوات :

اعتمد الباحث في تقييم متغير الدراسة الرئيسي وهو نوعية الحياة مقياس منظمة الصحة العالمية WHOQOL Bref بعد ترجمته وتكييفه. ونظرا لحساسية ظاهرة التدخين وللمحذورات المرتبطة بقياس هذه الظاهرة كما أوردناها في مبحث التدخين، فضل الباحث إعداد مقياس للتدخين لأغراض الدراسة الحالية. وقد قام بتحكيمة جماعة من الباحثين (12 أستاذا باحثا) في كل من الجزائر والمملكة العربية السعودية والأردن، وتم التأكد من خصائصه السيكومترية. أما بالنسبة للمتغير الحيوي تعداد الخلايا المناعية فقد أجرينا فحصا للدم لجميع أفراد العينة في كل من المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة ومختبر الدكتور بابزي؛ وأما بالنسبة لمتغيرات الدعم الاجتماعي المدرك، والكفاءة الذاتية المدركة، والوظائف التنفيذية، والكره النفسي، فقد استعملنا مقاييس تمت دراسة خصائصها السيكومترية وملاءمتها لعينة البحث في دراسات قبلية قام بها الباحث بنفسه أو أشرف عليها.

استعمل الباحث 6 مقاييس لجمع البيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة، إضافة إلى تقنية تحليل الدم بالنسبة لمتغير تعداد الخلايا المناعية. نورد فيما يلي تعريفا لها ولخصائصها السيكومترية كما ظهرت من خلال دراسات سابقة للباحث أو بإشرافه.

1. مقياس نوعية الحياة WHOQOL BREF :

ظهر مفهوم نوعية الحياة المرتبط بالصحة Health Related Qaulity Of Life (HRQOL) باكرا في الدراسات المتعلقة بالصحة عموما وبالأمرض المزمنة خصوصا. غير أن العنوان هو الذي تغير فقط حيث أدرجت البحوث السابقة التي تناولت المرض تحت المسمى الجديد وبنفس المقاييس والاستبيانات القديمة دون تععيد أو تأصيل نظري يربط بين الصحة و نوعية الحياة. وأثار التصور الجديد أسئلة هامة مثل هل هناك نوعية حياة غير مرتبطة بالصحة؟ وهو ما حتم على الباحثين إيجاد تعريف جديد لنوعية الحياة يتجاوز الانحيازات المنهجية والثقافية والسياقات الوطنية المحلية، وهو المشروع الذي تبنته منظمة الصحة العالمية فيها يعرف بالمشروع العالمي لنوعية الحياة، وأنشأت مقياسا عالميا يتكون من 100 بند WHOQOL100، والذي اختصر فيها بعد إلى WHOQOL Bref المكون من 26 بندا والذي تبنيته في دراستنا بعد اتفاق مكتوب مع منظمة الصحة العالمية.

نتج المقياس من مشروع عالمي بدأ العمل بالتزامن في 15 مركزا حول العالم لجمع البيانات، واتبع المشروع خمس خطوات منهجية هي:

- 1- تحليل المفهوم من طرف الخبراء وتقديم تعريف خاص بنوعية الحياة.
- 2- دراسة أولية لتحديد كيفية صياغة المفهوم في الثقافات المختلفة، نتج عنه الأبعاد المكونة لنوعية الحياة ومجالاتها.
- 3- تطبيق الاستبيان الأصلي (300 بندا) على عينات من المرضى والأصحاء تحول بعدها إلى 180 بندا ثم 150 بندا، ثم استقر على 100 بند.
- 4- دراسة الخصائص السيكومترية لـ WHOQOL 100.

5- إنشاء صيغة مختصرة هي WHOQOL Bref.

استقر مشروع البحث على تعريف نوعية الحياة بأنها:

" إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته و نظامه القيمي الذي يعيش فيه في علاقته

بأهدافه و توقعاته و معاييرها و مخاوفه" (WHO 2000).

وتكونت مجالات نوعية الحياة الستة حسب منظمة الصحة العالمية من الجوانب التالية:

جدول 11: مجالات نوعية الحياة حسب منظمة الصحة العالمية (WHOQOL 2000)

| المجال | مكوناته الرئيسية |
|------------------------|---|
| 1. الصحة الجسدية | الطاقة و التعب، الراحة (الانزعاج)، الألم، النوم و الراحة |
| 2. الصحة النفسية | صورة الجسم و المظهر، المشاعر السلبية، المشاعر الايجابية، تقدير الذات، ردود الفعل (التعلم، الذاكرة، التركيز) |
| 3. مستوى الاستقلالية | الحركة، النشاط اليومي، الاستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية، القدرة على العمل |
| 4. العلاقات الاجتماعية | العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي |
| 5. البيئة | الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية والمعونة الاجتماعية السكن، القدرة على التعلم، الهوايات، البيئة الفيزيائية: التلوث ، الضجيج ، المناخ |
| 6. الصحة الروحية | الروحانية، التدبير، المعتقدات الشخصية |

تكونت الصيغة المختصرة من بند واحد ممثل عن كل مجال من المجالات الأربع والعشرين إضافة لبنتين

عن الحياة ككل. وأصبح WHOQOL Bref مكونا من 26 بندا وهو المستعمل في دراستنا هذه.

إن اختيار الخلفية النظرية وأداة القياس أمرين هامين وقد اعتمدنا مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية

لأسباب التالية:

1- كونه نتاج بحث دولي مشترك مما يقلل تحيزه الثقافي.

2- تركيزه على المحددات الرئيسية لنوعية الحياة انطلاقاً من النموذج الحيوي - النفسي - الاجتماعي.

3- إمكانية تطبيقه على الأصحاء والمرضى على السواء مما يمكننا من عقد مقارنات مثمرة.

وقد تمت ترجمة المقياس وتكييفه والتأكد من خصائصه السيكومترية في دراسة زعطوط وفتيه وطلاب عن

اضطراب الوظائف التنفيذية وعلاقته بنوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (2009) بإتباع الخطوات التالية:

- ترجمة مقياس نوعية الحياة الأصلي WHOQOL-100 من طرف أربع أساتذة متخصصين يتقنون اللغتين

العربية والانجليزية، اثنان منهم متخصصون في اللغة الانجليزية والترجمة وأستاذان في علم النفس. كما تم التأكد

من صدق الترجمة بواسطة الترجمة العكسية ثم مقارنة الصياغة الأصلية للمقياس، وصياغة إعادة الترجمة من

طرف أستاذ متخصص في اللغة الانجليزية.

- أما بالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس فقد استغرقت مراكز المنظمة العالمية للصحة عدة سنوات من

أجل التأكد من دقة خصائصه السيكومترية حيث وصلت قيمة معامل الصدق والثبات (0.90)، وأجريت عليه

تعديلات كثيرة من خلال الملاحظات التي ترسلها هذه المراكز إلى المنظمة، وأجريت عدة دراسات في المراكز

15 لتحديد صدقه وثباته (Albert 2001 و Ichan2000).

لكن لمزيد من الثقة المنهجية في المقياس قمنا بتطبيقه على عينة استطلاعية من 60 مريضاً. تم حساب

الصدق بواسطة طريقة الاتساق الداخلي للاختبار وذلك بحساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس

حيث وصل إلى 0.67، أما الثبات فقد تم استعمال التجزئة النصفية حيث وصل معامل الارتباط بعد التصحيح إلى

0.94، وبطريقة الفا حيث وصلت قيمة المعامل إلى 0.74، لذا يمكننا الاطمئنان لخصائص هذا المقياس.

2. مقياس الدعم الاجتماعي المدرك Perceived Social Support Scale :

تختلف مقاييس الدعم الاجتماعي باختلاف التصورات النظرية للمفهوم ذاته، حيث ينقسم الدعم

الاجتماعي إلى:

1- الدعم الاجتماعي المتلقى (الفعلي)

2- الدعم الاجتماعي المدرك

ويعتبر الدعم الاجتماعي المدرك أهم من الدعم الاجتماعي الفعلي في مواجهة الكروب ومنها المرض المزمن (1994 Scheitzer). ومن أمثلة مقاييس الدعم الاجتماعي الفعلي قائمة السلوكيات الاجتماعية الداعمة لـ Barrera، واستبيان الكرب لـ Lazarus وزملائه. كذلك فإن مقاييس الدعم الاجتماعي متنوعة منها قائمة تقييم الدعم اليبينشخصي لـ Cohen وزملائه، وسلم الدعم العائلي المدرك لـ Procidano.

وقد انشأ Sarason وزملاؤه استبيان الدعم الاجتماعي سنة 1983، غير أنه يقسم الدعم المدرك إلى بعدين: الجاهزية *disponibilité*، والإشباع أو الرضى *satisfaction*. وتشير الجاهزية إلى إدراك الشخص لكمية الدعم الاجتماعي، أما الرضى فهو تابع لإدراك نوعية الدعم، لذلك فضلنا استعمال مقياس Zimet وزملائه الذي أنشأه سنة 1988، وهو متعدد الأبعاد على أساس أنه يقيس أنواع الدعم، ومصادر الدعم مثل العائلة والأصدقاء والأشخاص المميزين في حياة الفرد.

وقد قام الباحث (زعطوط 2005) بترجمة المقياس من لغته الأصلية الإنجليزية إلى العربية وكذا من نسخة فرنسية، بمساعدة متخصصين في اللغتين، كما قمنا بالترجمة العكسية من العربية إلى الفرنسية للتأكد من تطابق المعاني. ومع أن بنود المقياس تبدو متحررة من التحيز الثقافي، حيث ثبت صدق المقياس وثباته في الدراسات السابقة، حيث وصل معامل الارتباط بطريقة إعادة التطبيق إلى 0.76، وتم التأكد من صدقه عن طريق التحليل العاملي (Zimet 1990)، إلا أننا تأكدنا منها في دراستنا الاستطلاعية حيث وصل معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني إلى 0.60 وهو دال عند 0.01، كما وصلت قيمة (ت) المحسوبة في المقارنة الطرفية إلى 12.9، وهي دالة عند درجة حرية 26، مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس. يتكون المقياس من 12 بنداً، يجاب عليها بطريقة ليكرت من معارض تماماً إلى موافق تماماً ومن درجة إلى خمس درجات، على أساس 5 بدائل.

3. مقياس توقع الكفاءة الذاتية العام Self Efficacy Scale :

يتكون المقياس في نسخته الألمانية لسنة 1981 من 20 بنداً، قام بإنشائه Schwarzer لمقياس الكفاءة الذاتية *Self efficacy* وتم اختصاره سنة 1995 إلى 10 بنود كما هي في المقياس الذي اعتمده في دراستنا. وقد قمنا بترجمة المقياس من النسخة الإنجليزية والفرنسية، كما قدمنا لنا صاحب المقياس نفسه عن طريق البريد الإلكتروني، كما يتواجد المقياس على الإنترنت بأكثر من 26 لغة، وقد سمح صاحبه باستعماله في البحوث العلمية بشرط الإشارة إلى المصدر؛ وعندما قمنا بترجمة المقياس من طرف متخصصين في اللغتين الفرنسية والإنجليزية لاحظنا اختلافات مع النسخة العربية المنشورة في الموقع الإلكتروني لصاحب المقياس التي تحوي أخطاء فادحة كاختلاط بعض البنود وعدم ترتيبها. وقد اعتذر Schwarzer عن هذه الأخطاء بكونه لا يجيد العربية وأنه يعتمد على دراستنا الحالية في تصحيح هذه الأخطاء.

تجاوز عدد الدراسات التي استخدمت هذا المقياس الألف بلغات مختلفة وفي أقطار متباعدة (Schwarzer 2005)، وقد قام صاحب المقياس بتحليل هذه النتائج باستعمال تقنية ما بعد تحليل أو التحليل المتعدد *Metanalyse* وبلغت العينة الكلية 17 553 من 22 قطراً، ودلت النتائج على أحادية البعد لهذا المقياس.

ووصلت قيمة الاتساق الداخلي ما بين 0.75 و 0.91 مما يدل على صدقه، كما وصلت معاملات الارتباط لدى إعادة التطبيق 0.67 مما يدل على ثباته.

وللتأكد من خصائص المقياس في نسخته قمنا بتقدير صدقه على العينة الاستطلاعية بطريقة المقارنة الطرفية، وكانت الفروق دالة حيث بلغت قيمة (ت) 8.4 وهي دالة ، وبلغ معامل الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني 0.55 مما يدل على ثباته. ويتكون المقياس من 10 بنود يجاب عنها بطريقة ليكرت (لا نادراً، غالباً، دائماً) بدرجات مقابلة من 1 إلى 4 بدرجات دنيا وقصوى (10 إلى 40).

ويعتبر Schwarzer أن تحديد عتبة لتقسيم العينة حسب متوسطات الأفراد على منخفضي الكفاءة ومرتفعي الكفاءة غير ممكن دائماً وأنه يمكن اعتبار متوسط العينة لدى التطبيق نقطة فاصلة خاصة إذا كان قريباً من 30 درجة.

4. مقياس الكرب النفسي (GHQ) :General Health Questionnaire

وضعه Goldberg سنة 1972 وكانت الصيغة الأصلية من 60 بنود تم ظهرت صيغ مختصرة مثل GHQ30 و GHQ28 و GHQ12 وهذه الصيغة الأخيرة هي المستعملة في دراستنا، ولقد ترجم هذا المقياس إلى أكثر من 38 لغة وأثبت صلاحيته للاستخدام في البحوث المقارنة في ثقافات مختلفة، ويمتاز بملاءمته للتطبيقات العيادية الطبية ولدى الأصحاء أيضاً.

إن الأساس النظري لهذا الاستبيان يرتكز على الترتيب الهرمي للاضطرابات النفسية حيث تشمل قاعدة الهرم اضطرابات المزاج الشائعة بما فيها التعبير عن المعانات النفسية في شكل أعراض جسدية، والتغير الواضح في السلوك الاجتماعي، وتشمل القمة الأمراض النفسية المميزة كالذهانات وغيرها. تمت ترجمة هذا المقياس من الفرنسية اعتماداً على صيغة Bettchart وزملائه ويتكون المقياس من 15 بنود على شكل أسئلة يجاب عنها بطريقة ليكرت، (أفضل من العادة، كالعادة، أقل من العادة بقليل، أقل من العادة بكثير).

ورغم أن ثبات وصدق الإختبار عاليان، حيث أكدت أكثر من 50 دراسة عالمية الخصائص السيكومترية الجيدة للمقياس، إلا أننا تأكدنا منها حيث تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية جزائرية لقياس صدقه وثباته. وتمثلت العينة في 65 طالبا وطالبة من جامعة ورقلة، وأعيد تطبيق المقياس بعد أسبوعين من التطبيق الأول، حيث وصلت قيمة معامل الارتباط 0.83 وهو ارتباط دال وموجب مما يدل على ثبات المقياس. وتم قياس الصدق عن طريق المقارنة الطرفية وكان الفرق دالاً بين المتوسطين (ت = 10.76) عند مستوى 0.01 مما يدل على الصدق التمييزي للاستبيان.

5. مقياس الوظائف التنفيذية Executive Functions Scale

وهو اختبار فرعي من بطارية Coolidge لـ CATI+، وهو استبيان مكون من 16 بنود، وقد تم اختيار البنود على أساس صدقها وثباتها بما يتفق مع الفهم النظري للوظائف التنفيذية، والتي وصفت على أنها مجموعة من

السلوكيات التي تساعد على تحقيق الأهداف في المستقبل والتي تشمل التخطيط والتنظيم والتحكم ووضع الخطط والاستراتيجيات لتحقيق الأهداف المستقبلية بما في ذلك السيطرة على الانفعالات والقدرة على الكف والتثبيط والمرونة الإدراكية .

وزعت البنود على محاور ثلاث هي:

- صعوبة اتخاذ القرار

- صعوبة التخطيط

- صعوبة اتمام المهام

وهي وظائف تقتضي سلامة الفص الجبهي والقدرة على التقييم المعرفي السليم في الحياة اليومية، وهي مهمة ضرورية للأصحاء والمرضى لأنها تمكنهم من التفاعل مع البيئة الداخلية والخارجية بطريقة ناجحة وفعالة. بلغ معامل صدق المقياس 0.82 بطريقة صدق المحك مع MMS30 ، وبلغ معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق 0.83، كما بلغ صدقه التمييزي 88% إذ امكنه تمييز 17/15 من المصابين في الفص الجبهي(زعطوط وعثماني2011).

6. مقياس التدين Religiosity Scale :

1.6 إعداد المقياس:

يلعب الدين دورا هاما في حياة الانسان بغض النظر عن الزمان والمكان والعرق والجنس بل والسن ايضا، لذلك لم تخلو حضارة من معتقدات أو رموز أو اماكن لها طابع القدسية. إن المتأمل لحركة التاريخ سوف يجد أن الدين لعب الدور الأساسي في التحولات التاريخية الكبرى حيث كانت العقيدة خلف حركات الانسان الفاعلة بصرف النظر عن الحق والباطل فيها(المهدي2002).

ويفرق الباحثون بين الدين والتدين حيث يمثل الأول الأسس والقواعد والتعاليم المكتوبة أو الشفهية التي تشمل العقيدة والشريعة أما التدين فهو تطبيق الانسان أو التزامه بتلك التعاليم في حياته اليومية.

غير أن قياس وتقييم الدين يرتطم بصعوبات منهجية أهمها:

- 1- خصوصية الخبرة الدينية وجوانبيتها وروحانيتها خاصة أهم اعمدتها وهو الايمان.
- 2- المرغوبية الاجتماعية وحساسية الظاهرة، حيث يخشى الفرد من التعبير عن طبيعة معتقداته أو سلوكه الديني خشية الحكم عليه سلبا.
- 3- تعدد أبعاد الخبرة الدينية وصعوبة حصرها في استبيان أو مقياس محدود البنود.
- 4- تحيز الباحث ذاته.

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

لذلك لجأ الباحثون إلى قياس التدين كسلوك وقبلوا اختلاف المقاربات المنهجية والقياسية للأسباب السالفة.

وحيث أن التدين(المعبر إجرائيا عن الدين) يحدد إدراك الفرد وتقييمه ونظرته لذاته ولغيره وللكون وأحداث الحياة، بل ويتداخل عبر مراحل النمو مع تشكيل مفاهيم السواء والاضطراب والصحة والمرض والدنيا والآخرة والموت والحياة والخير والشر والحق والباطل والقبح والجمال، لذلك اعتمدها كمتغير وسيطي أساسي في

نموذجنا المقترح كمحاولة لمقاربة نوعية الحياة لدى المصابين بأمراض مزمنة . ونظرا للاعتبارات السابقة قام الباحث بإنشاء مقياس للتدين متبعا الخطوات التالية:

أ- انطلاقا من الأدب النظري السابق خصوصا:

- المقاييس السابقة (البورت، ويلسون، السعيد، عثمان، مهدي، الطائي، حميدان، نصار، ابوالنيل، الصنيع، المهدي).

- فقه الصحة في تراثنا.

- مفهوم الحياة الطيبة في القرآن والسنة.

- النموذج المقترح في دراستنا للعلاقة بين نوعية الحياة والتدين.

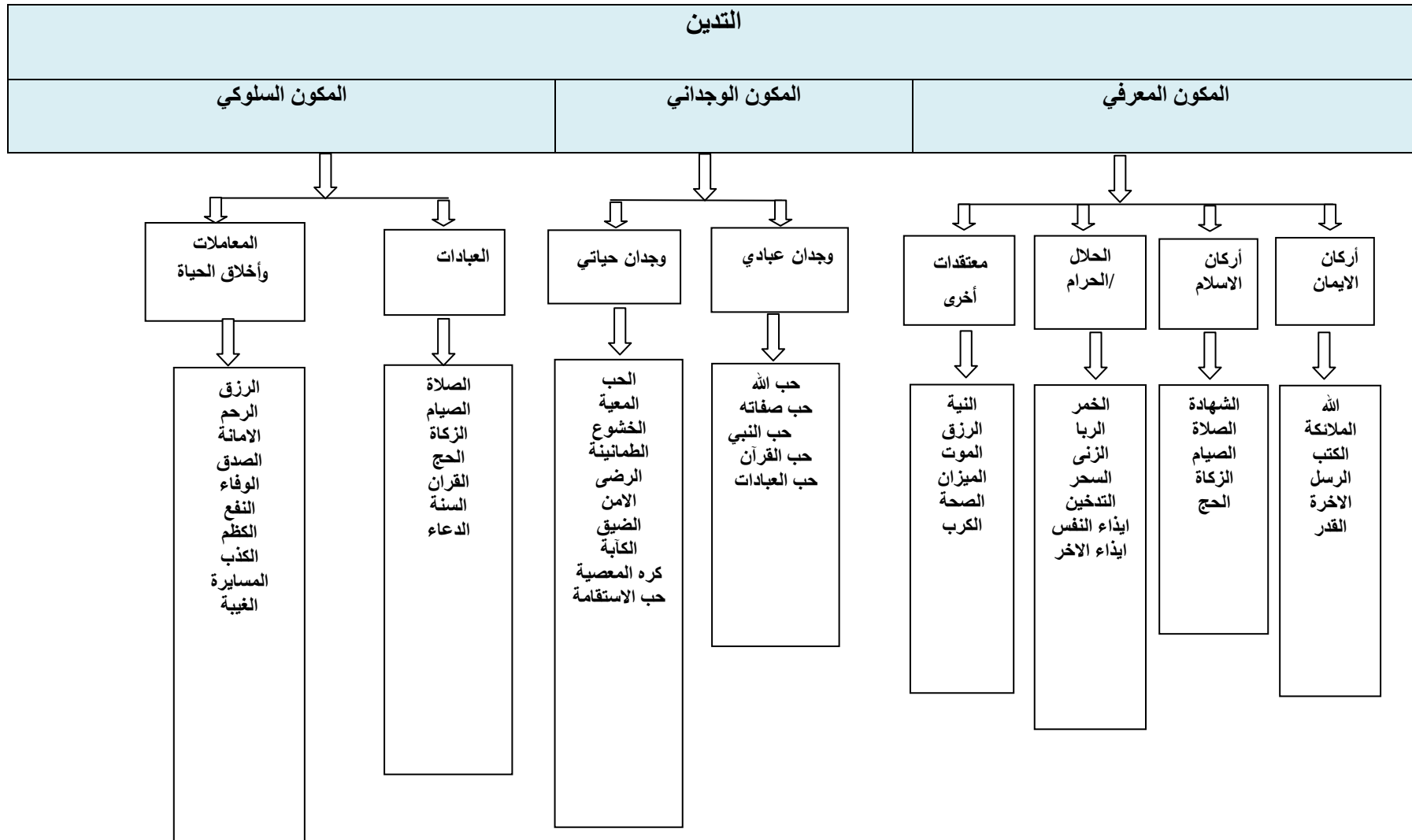
قدر الباحث أن ظاهرة التدين من وجهة نظر علم النفس الاجتماعي، نشاط سلوكي فردي وتفاعلي يشمل المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية (النزوعية)، في تتاعم وتكامل مرتبط بعقيدة الفرد أو نظرتة للوجود، وهو ما اصطلح على تسميته بالنظرة للعالم World View. ونظرا للاختلافات في تعرف مفهوم الدين والروحانية، وبعد مراجعة لأدب البحث الغربي والعربي الاسلامي والإطلاع على مجموعة من المقاييس المرتبطة بهذا المتغير وضعنا التعريف الإجرائي التالي للتدين:

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

ب- قمنا بتحليل مفاهيمي للتدين انطلاقا من الأساسيات التي لا يصلح دين المسلم بدونها في نموذج تكاملي لا يرتبط بنظرة جزئية حتى لو وردت في السنة النبوية أو التراث الاسلامي لأن تعريفات الدين والتدين كثيرة ومتشعبة (الصنيع 2010). حيث ينطلق البعض من الحديث الجامع عن ابن عباس "حدثني عن الإسلام" أو من حديث شعب الإيمان، أو استقراء من علماء العقيدة والفقه والأصول والدعوة والتصوف.

واعتمادا على ذلك وتطبيقا للتعريف الاجرائي قدر الباحث أن التدين كسلوك يتكون من الابعاد التالية:

شكل 14: تحليل أبعاد سلوك التدين



يقيس استبيان السلوك التديني لدى المفحوص بمكوناته الثلاث:

أ- المكون المعرفي

ب- المكون الوجداني

ج- المكون السلوكي (النزوعي)

تضمنت النسخة الأولى 75 بندا كما هو مبين في الملحق رقم 1.

وفيما يلي دلالات البنود ودرجاتها (قبل التحكيم):

أ- المكون المعرفي (الاعتقادي):

البنود من 1 إلى 29، حيث تعطى درجة لكل ركن صحيح من أركان الإيمان أو الإسلام يذكره أو يكتبه المفحوص وصفر في حالة الخطأ وذلك من البند 1 إلى البند 11. أما من البند 12 إلى البند 16 فتقدر البدائل فيه بـ (جيدة = 2، متوسطة = 1، ضعيفة = 0).

وأما البنود من 17 إلى 23 فتقدر البدائل فيه بـ (حرام = 2، مكروه = 1، لا اعرف = 0)

أما بقية البنود إلى آخر الاستبيان فتقدر على سلم هو: دائما = 4، كثيرا = 3، أحيانا = 2، نادرا = 1، لا = 0، وعليه تكون درجات المكون المعرفي محصورة بين 0 إلى 59 درجة.

ب- المكون الوجداني:

تمثله البنود من 30 إلى 46، وتقدر البدائل حسب السلم التالي: دائما = 4، كثيرا = 3، أحيانا = 2، نادرا = 1، لا = 0. وعليه فإن درجاته تتراوح ما بين 0 إلى 64 درجة.

ج- المكون السلوكي (الممارسة):

وتمثله البنود من 47 إلى 75 وتقدر البدائل حسب السلم التالي: دائما = 4، كثيرا = 3، أحيانا = 2، نادرا = 1، لا = 0. وعليه تتراوح درجاته بين 0 و 116 درجة.

الدرجة الكلية للمقياس:

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 0 إلى 239 درجة.

ملاحظة هامة:

يحتوي المقياس على بنود مقلوبة أو معكوسة تصحح بقلب درجات البدائل وهي البنود: 28، 29، 38، 41، 59، 71، 75-42.

2.6. الخصائص السيكومترية للمقياس:

1.2.6. صدق المحكمين:

نظرا لحساسية ظاهرة التدين وتعدد ابعادها، فضل الباحث عرض المقياس في صورته الأولى على مجموعة متنوعة من الباحثين الأكاديميين في اختصاصات علم النفس الاجتماعي والعيادي والتربوي وعلوم اللغة والفقهاء وأصول الدين في كل من الجزائر والسعودية والأردن (الملحق 1).

وقد بلغت نسبة الاتفاق 80%، وحرص الباحث على الأخذ بالتعديلات التي اتفق بشأنها ثلثا المحكمين وابقى على المختلف فيها، وأصبح المقياس في صورته النهائية كما في الملحق 2.

2.2.6. الصدق :

أ- **صدق المحك**: وهو احد اعلى أنواع الصدق أهمية، وقد تم اختيار مقياس التدين للصنيع الذي يتمتع بثبات وصدق عاليين، كما نه بني على اساس المحاذير التي ذكرناها في الفرق بين مفهوم التدين في الثقافة الغربية والثقافة الاسلامية، وقد اعتمد صاحبه مقارنة شعب الايمان للإحاطة بظاهرة التدين. وقد وصل معامل الارتباط بين مقياس التدين الحالي وبين المحك إلى 0.70، مما يدل على صدقه في قياس ظاهرة التدين رغم اختلاف مقارنة الأداتين.

ب- **معامل الاتساق الداخلي**: وصلت قيمة معامل الفا للاتساق الداخلي 0.70، ورغم انخفاضه نسبيا فانه في حدود المقبول.

ج- **الصدق التمييزي**: باعتماد المقارنة الطرفية (26%)، وقد وصلت قيمة اختبار ت للفرق بين الفئتين 18.95 عند درجة حرية 50 والفرق دال عند $p < 0.000$ ، مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

3.2.6. الثبات:

اعتمدنا اقوى انواع الثبات وهو اعادة الاختبار ووصل معامل الارتباط إلى 0.78، ووصل معامل الثبات بطريقة الفا إلى 0.72، مما يشير إلى ثبات الاختبار.

ورغم أن تلك النتائج مطمئنة، إلا أن الباحث يعتقد أن مقياس التدين ما زال بحاجة إلى مزيد من الدراسة للتدقيق في خصائصه السيكومترية، إضافة إلى ضرورة إجراء تحليل عاملي للتأكد من أبعاده.

4. التحليل الاحصائي:

اعتمد الباحث في تحليل النتائج الأدوات الاحصائية التالية:

1. النسب المئوية ومقارنتها باستعمال معادلة النسبة الحرجة.

2. اختبار (ت) للفرق بين المتوسطات.

3. معامل الارتباط لبيرسون.

4. النمذجة الاحصائية بواسطة برنامج تحليل عزوم البنى AMOS analysis of moment structures

لاختبار الفرضية العاشرة المتعلقة بصدقية النموذج التفسيري المقترح. ويعتمد تحليل النموذج في هذا البرنامج

على مفهوم النمذجة بواسطة المعادلات البنائية SEM structural equation modeling التي تعتبر امتدادا

للنموذج الخطي العام (GLM) الذي يمكن الباحث من اختبار عدة معادلات انحدار مجتمعة.

تمكننا النمذجة بواسطة SEM من:

- معالجة متغيرات تابعة كثيرة كمخرجات.

- معالجة متغيرات وسيطة يمكنها أن تدخل في النموذج كمتغيرات تنبئية.
- اختبار مطابقة المعطيات المقاسة للنموذج النظري المقترح من خلال تحليل المسار path analysis والنمذجة السببية causal modeling.

ومع استحالة تحديد العلاقة السببية في العلوم الانسانية والاجتماعية، فإن تلك التقنيات تمكننا من:

- ضبط المتغيرات الكامنة والدخيلة
 - ضبط أخطاء القياس
 - اختبار صدق النماذج النظرية
 - كشف العلاقة بين مفهوم الدلالة الاحصائية وقوتها لاكتشاف الأثر واختبار النموذج
 - المقارنة بين النماذج
- إن برنامج AMOS يحقق التطبيق البصري التخطيطي للتقنيات الاحصائية السابقة، وقد استعملنا في دراستنا النسخة 22 لسنة 2013 بإذن من صاحب الحقوق المحفوظة وهو شركة IBM. ويمكننا من رسم النموذج رسماً، واستخراج قيم التباين المشترك، ومعاملات الانحدار، وقيم الأثر المباشر المعيارية وغير المعيارية، وكذا مؤشرات المطابقة بين النموذج النظري وبين معطيات الدراسة. وقد تعددت مؤشرات المطابقة لتمكن الباحثين من عدم التسرع في الاحكام الموجبة أو السالبة فيما يتعلق بتحليل النماذج.

وقد اعتمدنا في دراستنا أهم تلك المؤشرات وهي:

1. χ^2 أو χ^2 chi-square: ويقاس الفرق بين معطيات العينة وبين مصفوفة التباين المشترك، وتكون قيمته غير الدالة مؤشراً على جودة المطابقة. لكن بعض التحفظات عليه مثل حساسيته لحجم العينة جعلت الباحثين ينصحون بعدم الاكتفاء به.
2. **RMSEA** جذر المتوسط التربيعي لخطأ التقريب Root Mean Square Error of Approximation: وهو مؤشر على تطابق النموذج المقترح مع مصفوفة التباين المشترك، وتدل قيمه التي تتجاوز 0.08 على جودة المطابقة.
3. **CFI** مؤشر المطابقة المقارنة Comparative Fit Index: وهو مراجعة لمؤشر NFI بإدراج حجم العينة، خاصة مع العينات الصغيرة، وتعتبر قيمة 0.95 عتبه الدنيا كمؤشر على المطابقة الجيدة.
4. **NFI** مؤشر المطابقة المعدل Normed Fit Index: ويشير الى مقارنة χ^2 للنموذج المقترح مع النموذج الصفري، ويفضل أن تتجاوز قيمته عتبة 0.90 للإشارة الى جودة المطابقة.
5. **GFI** مؤشر جودة المطابقة Goodness of Fit Index: الذي اقترحه Joreskog و Sorbom كبديل لـ χ^2 ، ويشير الى جودة تمثيل النموذج لمصفوفة التباين المشترك الملاحظة، ويفضل أن تتجاوز قيمته 0.95 للإشارة الى جودة المطابقة.

الفصل الرابع

النتائج ومناقشتها

1. نتائج ومناقشة الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى توقع انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين ممثلين بمرضى السرطان، مقارنة بالأصحاء. ويلخص الجدول التالي النتائج.

جدول 12: مستوى نوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء

| نوعية الحياة المرتفعة 94 < | نوعية الحياة المتوسطة 94 ≥ -60 < درجة | نوعية الحياة المنخفضة 60 ≥ درجة | العينة |
|-------------------------------|--|------------------------------------|---------------------|
| %31 | %57 | %12 | مرضى السرطان 100 |
| %33 | %66 | %1 | الأصحاء 100 |

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

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

وباستثناء نسبة نوعية الحياة المنخفضة 12% لدى مرضى السرطان، و1% لدى الأصحاء حيث كانت الفروق دالة ونعتبره القيمة المضافة السلبية لمرض السرطان، سواء باستعمال اختبار (ت) للفروق أو النسبة الحرجة، فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالسرطان وبين الأصحاء في نوعية الحياة بالنسبة للعينة الكلية. وعليه يمكن اعتبار مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان أعلى مما كنا نتوقع حيث بلغ مجموع نسبة نوعية الحياة المتوسطة إلى الجيدة 88%، وقد وافقت نتيجتنا دراسة (Pacian 2012) وزملائها الذين استعملوا نفس المقياس WHOQOL Bref، ووصلوا إلى نتيجة مفارقة أيضا على عينة من 50 مريضة بسرطان الثدي تراوحت أعمارهن ما بين 45-65 سنة تحت العلاج، حيث كان إدراكهن لنوعية الحياة مرتفعا خاصة لدى المتعلقات العازبات اللاتي يعشن في الريف.

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

غير أن دراسات كثيرة أشارت إلى انخفاض نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، حيث وجد المطيب ومعلا (2012) أن نوعية حياة المراهقين المصابين بابيضاض الدم الحاد متوسطة ومرتبطة بالعوامل البدنية، وقد يلعب

عامل السن دورا كبيرا في تقييم نوعية الحياة خاصة لدى الشباب الذين يدركون المرض في صورة إعاقة شديدة. كم اشار البنا وحسان(2009) إلى انخفاض نوعية الحياة لدى مرضى الربو في السلبيمانية بالعراق وكان عامل الاختطار الأهم كون المريض أنثى منخفضة التعليم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ومقيمة في البيت.

أما وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف(2012) فقد قاما باستكشاف نوعية الحياة لدى مرضى السكري في الموصل باستعمال نفس المقياس الذي نستعمله في دراستنا وأشارت النتائج إلى أن 13% من المرضى يعانون من نوعية حياة منخفضة، وهي نتيجة مشابهة لما وجدناه، وأن 46% يتمتعون بنوعية حياة متوسطة و 41% يقدرّون نوعية حياتهم بالمرتفعة وهي نسبة أعلى مما لدى مرضى السرطان في دراستنا.

وترتبط نوعية الحياة في السرطان بموضع المرض، حيث أشار Taphoorn وزملاؤه (2010) إلى أثر الجراحة والعلاج الإشعاعي على نوعية الحياة لدى المصابين بأورام دماغية، كما يؤثر العلاج الكيميائي على الأداء المعرفي للمريض مما يعوقه في بعض وظائف الحياة اليومية. وترتبط نوعية الحياة أحيانا بعوامل إثنوغرافية، فقد وجدت Yanez وزملاؤها(2011) أن المصابات بسرطان الثدي من الأمريكيات ذوات الأصل الاوروبي يعانين من نوعية حياة اخفض من غيرهن من الأمريكيات من أصول أخرى. أما حيدر نجاد وزملاؤه(2011) فقد وجدوا أن 66% من المصابين بالسرطان يتمتعون بنوعية حياة مُرضية. كما وجد أحمد جاسم وWithford(2013) في دراستهما عن نوعية الحياة لدى النساء البحرينيات المصابات بسرطان الثدي أن 95% منهن يتمتعن بنوعية حياة مرتفعة.

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

ويعتقد الباحث أن هذه النتيجة ومثيلاتها في الدراسات السابقة خاصة على عينات متدينة أو في العالم الإسلامي يمكن عزوها إلى سببين رئيسيين:

- الأول: أثر عامل التدخين في إعطاء معنى للمرض واعتباره ابتلاء مما يؤدي إلى الرضى وتخفيف الكرب التالي للصدمة.

- الثاني: مفهوم مفارقة العجز handicap paradox، حيث أن الذين يعانون صحياً من أمراض مزمنة أو إعاقات حتى لو كانت مهددة للحياة قد يظهرون مستويات مرتفعة من نوعية الحياة، مما يؤيد الرأي القائل بالتمييز بين الحالة الصحية أو الوضع الصحي health status وبين نوعية الحياة، حيث نفرق بين المكون الموضوعي والذاتي لهذين المفهومين Moouns(2006).

واعتمادا على النتائج السابقة يمكننا اعتبار الفرضية الأولى غير متحققة جزئيا، ونقبل كون نوعية الحياة لدى مرضى السرطان مرتفعة مقارنة بالأصحاء.

2. نتائج و مناقشة الفرضية الثانية:

وتشير إلى ارتفاع مستوى التدخين لدى المصابين بالأمراض المزمنة ممثلين بمرضى السرطان، مقارنة بالأصحاء. ويلخص الجدول التالي نتائج الفرضية:

جدول 13: مستوى التدخين لدى المرضى والأصحاء

| العينة | التدخين المنخفض | التدخين المتوسط | التدخين المرتفع |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| مرضى السرطان 100 | %1 | %24 | %75 |
| الأصحاء 100 | %0 | %18 | %82 |

واعتمادا على مقياس التدخين الذي اعدناه لغرض الدراسة، فقد بلغ متوسط عينة مرض السرطان 163 درجة بانحراف معياري قدره $32.35 \pm$. وقد وصلت نسبة التدخين المنخفض إلى 1% فقط أما بالنسبة للتدخين المتوسط فبلغت 24%، وبلغت نسبة التدخين المرتفع 75%.

أما لدى الأصحاء فكانت النسبة مقارنة لمقابلاتها لدى المرضى ووصلت في التدخين المتوسط إلى 18%، وفي التدخين المرتفع إلى 82%، ولم نجد فروقا دالة بين نسبة المرضى المزمنين في التدخين وبين مقابلاتها لدى الأصحاء.

وتشير دراسة Alcorn (2010) وزملائه إلى نسب متقاربة مع دراستنا، حيث وجدوا أن 81% من مرضى السرطان يصفون انفسهم بالمتدينين الجيدين و93% منهم يتمتعون بروحانية spirituality مرتفعة، كما اعتقد 78% منهم أن التدخين أو اللياقة الروحية تلعب دورا هاما في خبرة أو معاشة السرطان.

كما وجد Holt وزملاؤه أن التدخين يلعب دورا هاما كوسيط للتوافق النفسي وتحسين الأداء الوظيفي النفسي والجسدي لدى الأمريكيين ذوي أصل إفريقي، وأشار إلى أن الأمريكيين المصابين بالسرطان كثيرا ما يستعملون الدين كأسلوب مواجهة للكرب والصدمة الناتجة عن المرض، كما يزداد إقبال المرضى على السلوكيات الدينية والطقوس وزيارة المعابد (Bowie 2001).

وأشار Laumeier إلى أثر التدخين في نوعية حياة المرضى المصابين بالسرطان، حيث تؤدي خبرة التدخين والتعلق بالله إلى تسهيل نشوء معنى للمرض مما يمكن الفرد من مواجهته (Holt 2011). وهو ما ظهر في دراسة Wilds وزملائه (2009) لدى مريضات سرطان الثدي حيث تمتعن بروحية وتدين عاليين. وتؤكد Vallurupelli وزملائها (2012) في استكشافهم للتكيف الروحي والديني لدى المصابين بالسرطان المتقدم الذين يتلقون علاجا تلطيفيا أن 94% منهم أكدوا أهمية العامل الديني في مساعدتهم على المواجهة.

لقد وجد Koenig (2012) أن 58% من الدراسات وجدت ارتباطا موجبا بين التدخين أو الروحانية وبين ادراك الصحة، كما يرتبط خطر الإصابة بالسرطان سلبيا مع التدخين في 55% من الدراسات السابقة. وقد أكد Reyes (1999) من قبل أن 34% إلى 86% من المرضى يستعملون دينهم في مواجهة المرض المزمن. وقد وجد Sears و Greene (1994) أن التكيف الروحي يخفض من مستويات القلق لدى المرضى، وهو ما أثبتته Welston (1999) وزملاؤه من أن الإيمان عامل تكيف مع الكرب المرتبط بالصحة.

ويبدو أن التدخين يؤثر على الصحة بطرق شتى أهمها:

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

اما لدى الأصحاء فإن نسبة التدخين المرتفعة تعكس في رأينا نسبه لدى الجمهور العام في المجتمعات الإسلامية عموما والمجتمع الجزائري خصوصا. وقد أشارت الدراسات إلى ارتباط التدخين بالسعادة لدى طلاب الجامعة ومدرسيها وإدارييها، كما أشارت إليه سراج جان (2008). كما ظهرت علاقة موجبة ودالة بين الصحة النفسية المرتبطة بسمات الشخصية مثل الانبساط والعصابية وبين التدخين حيث ارتبط التدخين بالانبساط ايجابا وبالعصابية سلبا. وهو ما أكده الصنيع (2010) حيث أشارت أغلب الدراسات العربية على فئات مختلفة من المجتمع إلى الدور الإيجابي للتدخين على الصحة النفسية. ولا يقتصر الأمر على المجتمع الإسلامي في هذه الظاهرة حيث وجد معهد Gallup (2000) في دراساته السبئية أن 83% من الأمريكيين متدينون وأن 47% منهم ممارسون للشعائر يوميا.

إن عدم ظهور فروق بين عينة المرضى والأصحاء يعود في نظرنا إلى أسباب منها:

- ارتفاع نسبة التدخين في مجتمع الدراسة ابتداء.
- أثر المرغوبة الاجتماعية في الإجابة على استبيانات التدخين.
- واستنادا إلى النتائج السابقة يمكننا اعتبار أن الفرضية الثانية لم تتحقق، ونقبل بديلها حيث لم تظهر فروق في مستوى التدخين بين المرضى المزمنين والأصحاء.

3. نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة :

تشير الفرضية إلى أننا نتوقع انخفاض التقييم المعرفي كما يظهر في الوظائف التنفيذية لدى المرضى المزمنين مقارنة بالأصحاء. ويلخص الجدول التالي نتائج الفرضية:

جدول 14: مستوى التقييم المعرفي ممثلا بالوظائف التنفيذية لدى المرضى والأصحاء

| العينة | تقييم معرفي منخفض | تقييم معرفي متوسط | تقييم معرفي مرتفع |
|--------|-------------------|-------------------|-------------------|
|--------|-------------------|-------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------|-----------|----------|---------------------|
| 48 ≥ - 33 | 32 ≥ - 17 | 16 ≥ - 0 | مرضى السرطان 100 |
| %13 | %84 | %3 | |
| %18 | %81 | %1 | الأصحاء 100 |

إن المقياس الفرعي للوظائف التنفيذية المأخوذ من قائمة المحور الثاني للنسخة المراجعة لـ Coolidge (+ CATI) يتيح لنا تقسيم الأداء المعرفي ممثلاً بالوظائف التنفيذية للفص الجبهي، وتتراوح درجاته من 0 إلى 48 درجة حيث يمكن تقسيم الدرجات إلى ثلاثة مستويات كما في الجدول.

نلاحظ من خلال النتائج تقارب نسبة مستوى أداء الفص الجبهي الممثل في الوظائف التنفيذية لدى مرضى السرطان والأصحاء، حيث لا توجد فروق دالة في المستويات الثلاث كما تم التأكد من ذلك عن طريق اختبار عينتين مستقلتين حيث وصل متوسط عينة المرضى إلى 27.7 ± 5.46 درجة، ومتوسط عينة الأصحاء إلى 28.07 ± 5.5 درجة حيث كان الفرق بينهما غير دال إحصائياً.

نلاحظ أن أكثر من 80% من مرضى السرطان لديهم تقييم معرفي متوسط مقابل 13% لديهم تقييم معرفي جيد، في حين يعاني 3% من تقييم معرفي منخفض قد يكون مرتبطاً بنوعية السرطان خاصة سرطان الدماغ. ودلت النتائج على أن المصابات دماغياً أظهرن وجدانات سالبة و اضطراب في الوظائف المعرفية. كما ارتبطت نوعية الحياة لديهن بالضيق النفسي.

أما phillips (2012) وزملاؤها فقد تناولت الأداء المعرفي لدى المصابين بسرطان الثدي بعد العلاج الكيميائي أو الإشعاعي مقارنة بالأصحاء، وهي دراسة تتبعية لثلاثة سنوات، على عينة من 62 امرأة تعالج بالعلاج الكيميائي و 67 امرأة بالعلاج الإشعاعي مقارنة بـ 182 امرأة من الأصحاء، ولم تدعم النتائج الرأي القائل بتأثير العلاج الكيميائي على الوظائف المعرفية، كما أشارت إلى أثر العلاج الإشعاعي خاصة على منطقة الدماغ، ولم تظهر فروق دالة بين المرضى والأصحاء في الأداء المعرفي موافقة لدراستنا.

وأشار Ahles و Saykia (2007) إلى أن الدراسات التي تناولت أثر العلاج الكيميائي على الوظائف المعرفية كثيرة ومتعددة غير أنها متناقضة أيضاً، ومنذ 1970 إلى نهاية 1990 تمت الإشارة إلى بعض الاضطرابات المعرفية خاصة المتعلقة بالذاكرة أو الوظائف التنفيذية لدى المرضى الذين خضعوا إلى العلاج الكيميائي، غير أن بعض الملاحظات تم تسجيلها على تلك الدراسات وأهمها:

- لا تستمر الآثار بعيدة المدى على الأداء المعرفي إلا لدى مجموعة منهم (17-34%).

- قد تكون مرتبطة بالحالة النفسية حيث تزيد تلك الاضطرابات بازدياد الكرب النفسي.

وهو ما أكده Loing و زملاؤه 2010 على عينة من 60 امرأة مصابة بسرطان الثدي من الأمريكيات ذوات الأصل الإفريقي، حيث تم استكشاف العلاقة بين الكرب النفسي والوظائف التنفيذية وخلصت النتائج إلى أن القدرة على اتخاذ القرار والتقييم المعرفي الجبهي يرتبطان سلبياً مع شدة الكرب النفسي، و تم إثبات أثر الكرب النفسي

على أداء الفص الجبهي عن طريق نموذج الانحدار. وهو ما تشير إليه الارتباطات بين متغيرات دراستنا حيث كان معامل الارتباط بين مستوى أداء الوظائف التنفيذية وبين الكرب سالبا ودالا لدى المرضى والأصحاء $R_1 = -0.41$ و $R_2 = -0.37$.

أما Yamadu وزملاؤه (2010) فقد تتبعوا الآثار العصبية لدى الناجيات من سرطان الثدي لأكثر من 10 سنوات، لدى عينة من 30 مريضة مقارنة بعينة من غير المصابات باستعمال مجموعة من المقاييس النفسية العصبية، وكذا مقياس الاكتئاب لBeck، وخلصت الدراسة إلى وجود آثار بعدية للعلاج الكيميائي على الوظائف النفسية العصبية لدى المريضات في كل من الإنتباه والذاكرة العاملة، والسرعة النفسية الحركية وكذا الوظائف التنفيذية مقارنة بالصحيحات، ولم توجد فروق بينهن في اللغة، والإدراك البصري الفضائي وفي الذاكرة وكذا في الاكتئاب.

وقام زعطوط وطلاب وفقهيه (2010) باكتشاف العلاقة بين اضطراب الوظائف التنفيذية وعلاقته بنوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان مقارنة بالمصابين بالسكري على عينة مكونة من 136 مريضا (100 مريض بالسكري و36 مريضا بالسرطان)، ودلت النتائج على أن 74% من المرضى يعانون من اضطراب في الوظائف التنفيذية.

إن مراجعة نتائج الفرضية في ضوء الدراسات السابقة تتيح لنا الملاحظات التالية:

1- اختلاف دراستنا عن الدراسات السابقة باستعمالها لمقياس وصفي للوظائف التنفيذية، في حين أن أغلب الدراسات استعملت مقاييس أدائية مثل مقياس المهمة المزدوجة (CTMT) أو مقياس تصنيف البطاقات وكذا التقييم النفسي العصبي المختصر (MMSE).

2- إن مدة الإزمان لدى أكثر من 60% من المريضات لم تتجاوز سنة واحدة، وأن أكثر من 90% لم تتجاوز السنين، مما لا يتيح دراسة تتبعية لأثر العلاج الكيميائي على وظائف الدماغ، كما يحتمل التداخل بين المتغيرات النفسية في السنين الأوليتين وبين المتغيرات التشريحية والعصبية.

3- أشارت دراسات كثيرة إلى عدم ثبات الآثار النفسية-العصبية المعروفة بالدماغ الكيميائي chemobrain التي وصفت آثار العلاج الكيميائي على الدماغ بسبب متغيرات كثيرة منها الفروق الفردية، وهو ما أشارت إليه Yamada (2011) في رسالتها للدكتوراه حيث وجدت التقييم النفسي-العصبي لدى المصابين بالسرطان يقترب من الأصحاء. وهو ما أشار إليه أيضا Fardell وزملاؤه (2011)، حيث قدرت الدراسات أن آثار العلاج الكيميائي ضعيفة إلى متوسطة وأنها تظهر عند 15% - 50% من الناجين من السرطان فقط.

ويرى الباحث أن عدم وجود فروق بين المرضى والأصحاء في التقييم المعرفي وعدم ظهور أثر العلاج الكيميائي والإشعاعي على الوظائف التنفيذية بالخصوص قد يعود لأسباب منها:

- مدة الإزمان المنخفضة

- طبيعة مقياس الوظائف التنفيذية المستعمل في دراستنا على شكل استبيان والذي نعتقد أن حساسيته للتغيرات المتوسطة في الوظائف المعرفية قد تختلف عن تلك التي تكشفها الاختبارات الادائية.

واستنادا إلى النتائج السابقة يمكننا اعتبار الفرضية الثالثة لم تتحقق.

4. نتائج ومناقشة الفرضية الرابعة:

تشير إلى انخفاض الكفاءة الذاتية المدركة لدى المرضى مقارنة بالأصحاء، واستنادا إلى دلالات درجات مقياس الكفاءة الذاتية لـ schwartzer يمكننا تلخيص النتائج في الجدول التالي:

جدول 15: مستوى الكفاءة الذاتية المدركة لدى المرضى والأصحاء

| كفاءة ذاتية مرتفعة 40 - 25 | كفاءة ذاتية منخفضة 20 - 0 | العينة |
|-------------------------------|------------------------------|------------------|
| %75 | %25 | مرضى السرطان 100 |
| %85 | %16 | الأصحاء 100 |

نلاحظ من الجدول أن ربع المصابين بالسرطان (25%) يعانون من كفاءة ذاتية مدركة منخفضة مقارنة بـ 16% من الأصحاء، واستنادا إلى الاختبارات الإحصائية للفروق بين النسبتين (باستعمال القيمة الحرجة عند 0.05) أو اختبار الفروق بين المتوسطات، نلاحظ وجود فرق دال إحصائيا بين المرضى والأصحاء في مستوى الكفاءة الذاتية المدركة المنخفض لصالح المرضى، في حين لم تظهر فروق بين المرضى والأصحاء في مستوى الكفاءة الذاتية المدركة المرتفعة.

إن اعتقاد الفرد بقدرته على التكيف والتعامل مع أحداث الحياة اليومية وإدارة المرض المزمن وتخفيف العقبات مرتبط بالأداء اليومي وبالسلوك الصحي، وكذا بالقدرة على التحكم في الذات رغم التحديات (زعطوط 2005). وفي مراجعة نظرية هامة للتراث البحثي قام Neipp وزملاؤه بفحص المقالات التي صدرت خلال أربعين سنة (ما بين 1966 إلى 2006) لاستكشاف الجانب المعرفي للتحكم والضبط ومتغيراته الأساسية مثل مركز الضبط والعزو السببي، وأظهرت النتائج علاقة الكفاءة الذاتية بالتوافق النفسي لدى مرضى السرطان والأمراض المزمنة الأخرى. ويؤكد Vanwart في دراسته على عينة من 63 مريضا بالسرطان تناول فيها دور الكفاءة الذاتية في نوعية الحياة، حيث وجد أنه بإمكانها تفسير ما بين 17% إلى 47% من التباين في نوعية الحياة متوافقا مع Mosher وزملائه في التأكيد على اعتبار الكفاءة الذاتية المدركة مؤشرا على القدرة على التكيف مع المرض والتعامل الناجح مع الألم والكرب النفسي.

إن السرطان مرض مهدد للحياة، يشنت قدرة الفرد على التحكم في مصيره، ذلك أن إحدى خصائصه الغموض وعدم توقع النتائج على المدى القصير بما فيها العمر المأمول، لذلك نعتقد أن متغير التحكم المدرك في الذات وفي أحداث الحياة، إضافة إلى مركز الضبط الداخلي، تعتبر منبئات بالقدرة على التكيف وتحمل أعباء المرض. غير أن الارتباط القوي بين كل من الكفاءة الذاتية والتدين و بين نوعية الحياة يدعونا إلى طرق تساؤل مهم حول مركز الضبط في القدرة على التكيف والمواجهة. ذلك أن أغلب الدراسات الغربية السابقة تميل إلى اعتبار مركز الضبط الداخلي أحد المؤشرات الخمسة للصحة النفسية، لكن ذلك يصطدم في نظرنا بمفهوم القضاء والقدر حيث يؤمن المسلم أن عزو الأسباب إلى الله سبحانه وتعالى هو أحد مؤشرات الإيمان، مفرقين

يبين مفهوم التوكل والتوكل حيث لا يستلزم ذلك الاستسلام لأحداث الحياة اليومية والشعور إزاءها بالعجز والسلبية حيث يفترض في المسلم الأخذ بالأسباب و ترك النتائج للمقدر وهو الله سبحانه وتعالى. وقد أشارت دراسات علم النفس الصحي إلى أن العزو الخارجي (مركز الضبط الخارجي) قد يكون مفيدا وحاميا من الكرب المرتبط بأحداث الحياة التي تتجاوز قدرة الفرد، مثل آثار الكوارث الطبيعية والأوبئة والأمراض الخطيرة مثل السرطان (Taylor 2007).

إن النسبة المرتفعة للكفاءة الذاتية لدى المرضى والأصحاء (75%، 84%) تعود في رأينا إلى المتغيرات الوسطية الأخرى مثل التدخين و حداثة المرض وارتفاع كفاءة التقييم المعرفي، وهو ما أشارت إليه Burcle وزملاؤها (2009) من أن الكفاءة الذاتية تنظم السلوك البشري عن طريق الوظيفة المعرفية بما فيها القدرة على التحكم والتقييم الإيجابي للأحداث وكذا عن طريق الدافعية والوجدان.

ويؤكد Rohmann وزملاءه (2010) في دراساتهم على مريضات سرطان الثدي أنه بإمكاننا التنبؤ بالتوافق الانفعالي والوجداني وكذا بنوعية الحياة بواسطة مستوى الكفاءة الذاتية مما يجعلها هدفا للبرامج العلاجية الرامية لرفع مستوى التكيف مع المرض.

تشير نتائج الفرضية إلى أن ربع المرضى يعانون من كفاءة ذاتية منخفضة وأن الفرق بينهم وبين الأصحاء دال، لذلك يمكن اعتبار الفرضية الرابعة متحققة جزئيا.

5. نتائج ومناقشة الفرضية الخامسة:

تشير الفرضية إلى ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المصابين بالسرطان مقارنة بالأصحاء، واستنادا إلى مقياس Zimet للدعم الاجتماعي المدرك يمكننا تلخيص النتائج في الجدول التالي:

جدول 16: مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المرضى والأصحاء

| العينة | دعم اجتماعي مدرك منخفض 0 - 24 | دعم اجتماعي مدرك مرتفع 24 < - 40 |
|------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| مرضى السرطان 100 | 21% | 79% |
| الأصحاء 100 | 24% | 76% |

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة 21% لدى المرضى و 24% لدى الأصحاء يقيمون الدعم الاجتماعي المقدم لهم بطريقة سلبية، في حين أن ما يقارب 80% من الفئتين تدرك هذا الدعم بصورة إيجابية، ولا توجد فروق دالة إحصائية بين هذه النسب لدى الفئتين وهو ما لا يتوافق وتوقعنا من هذه الفرضية، حيث قدرنا أن مرضى السرطان يتلقون دعما اجتماعيا مرتفعا بسبب خطورة المرض وتكاليفه النفسية والاجتماعية والاقتصادية، إضافة إلى قلق الموت وقلق المستقبل المرتبط بمآلات المرض ومضاعفاته.

يشير Helgeson (1996) إلى أن السرطان يؤدي إلى الشعور بالنقص و الإعاقة و الاحساس بالعجز عن السيطرة على المواقف والأحداث ومسار الحياة، ويزيد من مشاعر الهشاشة والضعف والارتباك والخوف من المستقبل، مما يزيد من أهمية الدعم الاجتماعي لتجاوز ذلك كله.

ويؤكد Zhou (2010) دور الدعم الاجتماعي في تعديل الشعور بالكرب أو الضيق النفسي مما ينعكس على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى سرطان البروستاتا. وهو ما أشار إليه Yoo (2010) وزملاؤه لدى المصابات بسرطان الثدي، وكذا Mallinckrodt (2012) في دراسة عن العلاقة بين نوعية الحياة والتكيف مع الكروب والصدمات بعد العلاج الجراحي لاستئصال الثدي.

ويلخص Uchino وزملاؤه (2012) العلاقة بين الدعم الاجتماعي وبين المخرجات الصحية في دراستهم المسحية التي شملت الأدب النظري خلال 30 عاما (1980-2010) والتي خلصت إلى أهمية وارتباط الدعم الاجتماعي بالصحة، ولكنها تحفظت على الآليات المفسرة لهذه العلاقة خاصة منها النفسية حيث لم تثبت مصداقيتها من خلال الدراسة النقدية لها.

نلاحظ عدم وجود ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي المدرك وبين الكرب النفسي لدى الأصحاء وهو ما يدعم الرأي الناقد لـ Uchino وزملائه حول إشكالية تفاعل آليات الدعم الاجتماعي مع المتغيرات الأخرى.

ونلاحظ من الدراسات السابقة عدم عثورنا على دراسات مقارنة بين المرضى والأصحاء في الدعم الاجتماعي ويمكننا عزو انعدام الفروق بين الفئتين في دراستنا إلى استمرار بعض الاخلاق الإيجابية في المجتمع بغض النظر عن الصحة و المرض، ومنها الدعم الاجتماعي في ظل تزايد صعوبات المعاش، وإن كان ذلك افتراضا يستحسن اختباره بسبب إشارات تآكل النسيج الاجتماعي بسبب المادية والأناية المفرطة. ويعتقد الباحث أنه برغم عدم وجود فروق بين مرضى السرطان والأصحاء في الدعم الاجتماعي، إلا أن خمس المرضى الذين يعانون من انخفاض الدعم الاجتماعي يشكل تهديدا لنوعية حياتهم بسبب تكاليف المرض ومضاعفاته خاصة في المراحل المتقدمة حين يصبح المريض في اشد الحاجة إلى الدعم بكل أنواعه. واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار أن الفرضية لم تتحقق.

6. نتائج و مناقشة الفرضية السادسة:

نتوقع حسب هذه الفرضية ارتفاع نسبة الذين يعانون من كرب نفسي من بين مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء. ولقد وصل متوسط درجات عينة مرضى السرطان في الكرب النفسي حسب مقياس GHQ إلى 14 درجة ($7.4 \pm$)، واستناد إلى دلالة سلم الدرجات يمكننا تلخيص النتائج في الجدول التالي:

جدول 17: مستوى الكرب النفسي لدى المرضى والأصحاء

| العينة | خالون من الكرب | كرب نفسي متوسط | كرب نفسي مرتفع |
|------------------|----------------|----------------|----------------|
| مرضى السرطان 100 | 48% | 36% | 16% |
| الأصحاء 100 | 72% | 18% | 10% |

ونلاحظ من خلال الجدول أن 48% من المصابين بالسرطان لا يعانون من كرب نفسي، في حين أن 36% يعانون من كرب متوسط، و16% من كرب مرتفع يمكن اعتباره علامة على وجود اضطرابات نفسية شديدة تحتاج إلى تدخل عاجل. أما بالنسبة للأصحاء فقد وصلت نسبة الذين لا يعانون من كرب نفسي 72% مقابل 28% مابين الكرب المتوسط والشديد. وتشير المقارنة بين نسبة الكرب لدى المرضى ولدى الأصحاء إلى فروق دالة لصالح المرضى الذين كانوا أكثر كرباً بسبب المعاناة النفسية التي تصاحب الأمراض المزمنة وخصوصاً مرض السرطان.

وإذا كانت النسبة العامة للذين يعانون من ضيق نفسي في تكيفهم مع المرض المزمن هي 20% إلى 30% (Wilson 2007)، فإن 52% من عينة دراستنا أظهروا مستويات متوسطة إلى مرتفعة من الكرب النفسي، وهي نسبة قريبة من تلك التي توصل لها Malyszczak (2007) في دراسة عن الكرب النفسي وعلاقته بسمات الشخصية على عينة من 45 مصاباً بأمراض باطنية مختلفة، و45 من الأصحاء حيث وجد أن 50% يعانون من كرب نفسي، وأن أكثر من 30% يحتاجون إلى تدخل نفسي عاجل.

أما Gaol وزملاؤه (2010) فلاحظوا تغير تلك النسبة باختلاف مكان العلاج، حيث وصلت نسبة الكرب إلى 24% لدى مرضى العيادات الخارجية و16% لدى مضي المجتمع العام، مقابل 59% في مصلحة العلاج التلطيفي، حيث تكون المعاناة النفسية مصاحبة للمعاناة العضوية في المرحلة الأخيرة من السرطان، كما وجد الباحثون اختلافاً في تلك النسبة حسب موضع السرطان. ويشير Carlson و Buletz (2003) في مسحهم النظري إلى أن 45% من المرضى أظهروا معاناة من الكرب النفسي، في حين لا يتلقى إلا 10% من مجموع مرضى السرطان مساعدة نفسية.

إن أهم اضطرابين ممثلين للكرب النفسي هما الاكتئاب والقلق، ويوضح Sprah و Sostaric (2004) ارتفاع الإصابة بالاكتئاب والقلق واضطرابات التوافق لدى مجموعات متعددة من مرضى السرطان، حيث تزداد نسبة الانتحار بين من يعانون كرباً نفسياً شديداً، ومن بينهم 20% يظهرون علامات اكتئاب شديدة وما يقارب 15% يحتاجون إلى رعاية نفسية متخصصة.

ويشير Shapiro (2001) في مراجعته النظرية للمتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي إلى أن مستوى الكرب يختلف باختلاف خطورة المرض ومرحلة العلاج، كما أن صغيرات السن أكثر معاناة من الضيق والقلق والاكتئاب وهو موافق للنتيجة التي توصلنا إليها في الفروق حسب السن. ومن النقاط الهامة التي أشارت إليها الجوانب الإيجابية لمرض السرطان عند بعض المصابين حيث أن 50% إلى 66% يتكيفون بطريقة إيجابية مع مرضهم. وتدعمها دراسات Zabora و baker و Spiegel (1996) حيث لاحظوا تحسن العلاقات الاجتماعية بعد الإصابة وزيادة صلة الرحم، وكان أهم مؤشر على التكيف الإيجابي هو القدرة على التحكم المبني أساساً على الرضا وتقبل الوضع الجديد.

وقد لاحظ Gao (2010) أن الكرب النفسي أمر شائع في السرطان بغض النظر عن المرحلة التي يكون فيها المريض. فقد وجد في دراسة تتبعية أن 50% من النساء المصابات يعانين من كرب نفسي في العام الأول من

التشخيص وهي مدة إزمان مقارنة لمدة إزمان عينتنا وهو ما قد يفسر موافقته للنسبة التي ظهرت في دراستنا، ثم تنخفض النسبة إلى 25% بعد سنوات لتعود إلى 45% في السنوات التي تبدأ فيها أعراض الانتكاسة.

ينشأ الكرب النفسي في مرض السرطان من عدة عوامل أهمها المشاكل الوجدانية والمعرفية مثل الخوف، واليأس، والشعور بالعجز واضطراب صورة الذات، ومن المضاعفات الجسدية للمريض مثل الألم والإرهاق والعجز، يضاف إليها الاضطرابات الأسرية بتهديد حياة الأم أو الأب أو الكفيل، ومشاكل العلاقات بين الزوجين، ثم الصعوبات المادية والاقتصادية، والمعانات في الرعاية والعلاج بسبب نقص التكفل وقلة الهياكل المستقبلية. مما يجعل المريض يستنفذ مصادره المعرفية، والنفسية والمالية في سبيل الحصول على سرير في أحد المستشفيات، إضافة للبعد الغائب في مستشفياتنا، وهو التكفل بالمعانة الوجدانية الدينية أو الروحية.

إن الدراسة الرائدة لـ Derogatis (1983) هي التي أسست لعلم نفس السرطان psychooncology، حيث بينت نسبة المعانة من الكرب النفسي لدى المرضى خاصة أن 45% منهم لا يتلقون أية رعاية نفسية متخصصة مما يؤثر سلباً على نوعية حياتهم. وتصل نسبة الكرب في الجمهور العام من الأصحاء حسب Kariyama من 5% إلى 27% وهي نسبة موافقة أيضاً لنتيجة دراستنا (28%).

وقد تزيد بسبب الحوادث أو الضغوط أو الكوارث مثل ما حدث في الجزائر في ما اصطلح على تسميته بالعشرية السوداء من القرن الماضي. وتصل نسبة الكرب بين العمال الاوروبيين ما بين 15% إلى 20%، وقد ترتفع إلى 39% لدى المهاجرين.

وقد أشار Tiliouine (2012) إلى العلاقة بين المناخ السياسي والاجتماعي وبين الضغوط النفسية، مما ينعكس سلباً على الرفاهية الفردية. مع الأخذ في الاعتبار العوامل المؤثرة على تلك العلاقة سواء الديموغرافية (السن والجنس والعرق والوضع الاجتماعي)، أو العوامل الفردية مثل الصدمات والأحداث غير السارة، ثم الموارد والمصادر الاجتماعية سواء المادية أو المعنوية. واستناداً إلى نتائج الفرضية يمكننا اعتبارها متحققة.

7. نتائج الفرضية السابعة:

تشير الفرضية الى توقع انخفاض أداء الجهاز المناعي لدى المصابين بالسرطان مقارنة بالأصحاء. إن تقييم أداء و كفاءة الجهاز المناعي بالغة الصعوبة في غياب التحاليل النوعية لمكوناته بما فيها المناعة الخلوية والمناعة الخلوية. لذلك واقتداء ببعض الدراسات السابقة (Cohen2012، 2005Leucken، Glaser2002)، استخدمنا مؤشر الخلايا المناعية، وهو تعداد الكريات البيضاء Leucocyts، والخلايا الليمفاوية Lymphocyts كمؤشر على حالة الجهاز المناعي. ويشير الجدول التالي إلى النتائج المتحصل عليها لدى المرضى المزمين ولدى الأصحاء.

جدول 18: مستوى تعداد الكريات البيضاء والخلايا الليمفاوية لدى المرضى والأصحاء

| تعداد خلوي مناعي سوي | | تعداد خلوي مناعي منخفض | | العينة |
|----------------------|-------------------|------------------------|----------------|--------|
| Lym $1_{G/L} \leq$ | $4_{G/L} \leq GB$ | $1_{G/L} >$ Lym | $4_{G/L} > GB$ | |

| | | | | |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|
| مرضى السرطان 100 | %18 | %16 | %82 | %84 |
| الأصحاء 100 | %6 | %2 | %96 | %98 |

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة المرضى الذين يعانون من انخفاض أداء الجهاز الخلوي المناعي (GB %18 Lym %16) مرتفعة مقارنة بالأصحاء، وهي فروق دالة سواء باستعمال النسبة الحرجة أو اختبارات دلالة الفروق. وهو أمر متوقع لسببين رئيسيين، أولهما مرتبط بأثر العلاج الكيميائي والإشعاعي لدى المصابين بالسرطان على الخلايا المناعية. حيث يؤدي إلى انخفاضها بسبب محاربتها لكل الخلايا ذات التوالد السريع. وثانيهما الكرب والضغوط النفسية الناتجة عن المعاناة النفسية الجسدية التي يختبرها المصاب بمرض مهدد للحياة مثل السرطان، إضافة إلى الآثار الاجتماعية والاقتصادية لهذا المرض.

فقد أشارت Segerstrom وزميلها Miller (2004) في دراستهما المسحية التي تناولت العلاقة بين الكرب النفسي وبين الجهاز المناعي، من خلال فحص ثلاثمائة مقال علمي متعلق بهذه العلاقة في العقود الثلاثة السابقة للدراسة. حيث دلت النتائج على أن الكرب والضغوط النفسية الشديدة تؤدي إلى تعطيل المناعة الخلوية والمحافظة على المناعة النوعية، أما الكرب المزمن فيؤدي إلى تعطيلها معاً. وتضيف Standish (2005) في دراستها على المصابات بسرطان الثدي لقياس أثر العلاج الإشعاعي (RT) على الجهاز المناعي إلى أنه يؤدي إلى انخفاض دال للخلايا الليمفاوية.

ويشير Costanzo (2012) وزملاؤه في مراجعة نظرية هامة عن تأثير المتغيرات السلوكية المرتبطة بالكرب والضغوط النفسية stress-distress على نمو الخلايا السرطانية، حيث فرقوا بين نوعين من الكرب، السابق للتشخيص واللاحق بالتشخيص. وأكدوا أن الاستجابة الهرمونية العصبية للكرب كما يبينها علم المناعة النفسي العصبي psychoneuroimmunology عن طريق المحور تحت المهاد-النخامي-قشر الكظر، وكذا الجهاز الودي عن طريق ACTH أو الأدرينالين أو النورادرينالين، وكذا عن طريق التنبيه المباشر للخلايا الليمفاوية، تؤثر مباشرة على الاستجابة المناعية. ثم إن التعصيب المباشر للأنسجة المناعية من قبل الجهاز الودي وكذا وجود مستقبلات للهرمونات القشرية (corticoïdes) وللأدرينالين على الخلايا البيضاء والليمفاوية، يؤكد التأثير المباشر بين الجهاز العصبي النفسي وبين الجهاز المناعي. وعليه ليس مستغرباً أن يؤدي الكرب والضيق النفسي الشديد كما في السرطان، إلى انخفاض الاستجابة المناعية الخلوية بما فيها عدد الخلايا الليمفاوية. وقد وصلت نسبة مرضى السرطان الذين يعانون من كرب نفسي مرتفع ومتوسط إلى 52% بينما بلغت نسبة الأصحاء 28% فقط، كما أن معامل الارتباط بين الضيق النفسي وبين تعداد الخلايا البيضاء والليمفاوية سلبى وإن كان غير دال لدى المرضى والأصحاء، لكنها ظهرت واضحة في الارتباط الدال ($R=-0.49$) عند صغار السن المصابين بالسرطان سواء بالنسبة للكريات البيضاء أو الخلايا الليمفاوية، وظهر هذا الارتباط لدى الأصحاء مرتبطاً بمتغيرات أخرى مثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي.

وأكد Blomberg (2009) وزملاؤه تلك العلاقة بين الجهاز المناعي الخلوي وبين المتغيرات النفسية المتمثلة في التكيف مع الكرب بعد استئصال الثدي لدى المصابات بالسرطان، حيث استكشفوا العلاقة بين الحالة المزاجية وبين الخلايا الليمفاوية ممثلة في الخلايا المساعدة T-helper1 بإفرازاتها (cytokins) لدى عينة من 134 مصابة بسرطان الثدي، تراوحت أعمارهن ما بين 25-60 سنة. وتم اخذ قياسات الدم في الاسبوع المباشر للجراحة قبل بدء العلاج لتجنب الأثر المباشر للعلاج على الخلايا. وأشارت النتائج إلى أن القلق يؤدي إلى انخفاض في الخلايا الليمفاوية وأن المزاج الإيجابي يؤدي إلى ارتفاع مستوى المكونات المناعية مثل IFN-IL₁₂. أما دراسة Chu-Yuan وزملائه (2013) على عينة من 243 مريضا بسرطان القولون والمستقيم ممن تلقوا علاجاً كيميائياً ما بين 2011 و 2013، فقد أظهرت العلاقة بين نسبة الخلايا الليمفاوية وبين مآل المرض بحيث تزداد الوفيات بانخفاض تعداد هذه الخلايا.

ورغم توافق نتائجنا مع بعض الدراسات السابقة إلا أن عدم تجانس عينتنا من حيث نوع السرطان وكذا نوعية العلاج يجعلنا نتحفظ على المقارنة بينها وبين تلك الدراسات. واستناداً إلى نتائج الفرضية يمكننا اعتبار الفرضية متحققة جزئياً.

8. نتائج الفرضية الثامنة:

تشير الفرضية الثامنة إلى أننا نتوقع وجود علاقة دالة بين المتغير التابع لدراستنا وهو نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة التي فصلناها في نتائج الفرضيات السابقة. ويلخص الجدولان التاليان مصفوفة الارتباط بين نوعية الحياة وبين تلك المتغيرات لدى مرضى السرطان ولدى الأصحاء مع الأخذ بالاعتبار المختصرات التالية: الجنس=SEX، السن=AGE، المستوى التعليمي=EDU، المستوى الاقتصادي=ECO، الحالة العائلية=FAM، الإزمان=DURE، تعداد الكريات البيضاء=GB، تعداد الليمفاويات=LYM، نوعية الحياة=QOL، التدخين=RELG، الدعم الاجتماعي=SOUT، الكفاءة الذاتية=EFFIC، الكرب النفسي=PSYDISS، الوظائف التنفيذية=EXU.

جدول 19: مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة لدى مرضى السرطان.

| | SEX | AGE | EDU | ECO | FAM | DURE | GB | LYM | QOL | RELG | SOUT | EFFIC | PSYDISS | EXU |
|---------|--------------|----------|---------|--------|-------------|--------|--------|--------|--------------|---------|--------|--------------|--------------|-----|
| SEX | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| AGE | -.099- | 1 | | | | | | | | | | | | |
| EDU | -.153- | -.475.** | 1 | | | | | | | | | | | |
| ECO | -.328- ** | .078 | .450** | 1 | | | | | | | | | | |
| FAM | -.216.* | .491** | -.105- | .353** | 1 | | | | | | | | | |
| DURE | -.132- | .112 | -.112- | -.040- | .031 | 1 | | | | | | | | |
| GB | -.138- | .244* | -.007- | -.075- | -.015- | .015 | 1 | | | | | | | |
| LYM | .029 | .136 | -.023- | -.047- | -.005- | -.007- | .506** | 1 | | | | | | |
| QOL | -.210.* | -.212.* | .221* | .172 | -.207- * | -.119- | .013 | .043 | 1 | | | | | |
| RELG | .023 | -.009- | .073 | .083 | -.019- | -.153- | .069 | .072 | .309** | 1 | | | | |
| SOUT | -.019- | -.001- | .093 | .183 | .142 | -.078- | -.004- | .004 | .233* | .402** | 1 | | | |
| EFFIC | -.171- | -.027- | .082 | .147 | .010 | -.156- | .061 | .119 | .467** | .468** | .348** | 1 | | |
| PSYDISS | .169 | .209* | -.211.* | -.145- | .220* | .114 | -.056- | -.140- | -.737- ** | -.250.* | -.131- | -.457- ** | 1 | |
| EXU | -.274- ** | -.131- | .202* | .183 | .110 | -.167- | .054 | -.074- | .431** | .304** | .179 | .490** | -.409- ** | 1 |

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral)

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral)

جدول 20: مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة لدى الأصحاء

| | SEX | AGE | EDU | ECO | FAM | GB | LYM | QOL | RELG | SOUT | EFFIC | PSYDISS | EXU |
|---------|--------------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------------|--------------|--------|--------|--------------|-----|
| SEX | 1 | | | | | | | | | | | | |
| AGE | -.299- ** | 1 | | | | | | | | | | | |
| EDU | .243* | -.239-* | 1 | | | | | | | | | | |
| ECO | -.292- ** | .289** | .276** | 1 | | | | | | | | | |
| FAM | -.072- | .582** | -.131- | .061 | 1 | | | | | | | | |
| GB | .180 | .051 | -.214-* | -.243-* | .248* | 1 | | | | | | | |
| LYM | .054 | .232* | -.208-* | -.092- | .172 | .451** | 1 | | | | | | |
| QOL | -.235-* | .043 | -.059- | -.062- | -.011- | .011 | .104 | 1 | | | | | |
| RELG | -.143- | .211* | .055 | .040 | .233* | .059 | .122 | .343** | 1 | | | | |
| SOUT | .001 | -.091- | .136 | -.022- | .000 | -.029- | -.074- | .360** | .392** | 1 | | | |
| EFFIC | .046 | -.032- | .081 | -.049- | -.026- | .133 | .111 | .216* | .246* | .275** | 1 | | |
| PSYDISS | .115 | -.168- | -.046- | -.028- | -.146- | -.039- | -.132- | -.575- ** | -.393- ** | -.142- | -.196- | 1 | |
| EXU | .074 | .045 | .056 | .079 | .144 | .088 | .096 | .363** | .428** | .098 | .265** | -.373- ** | 1 |

1.8. العلاقة بين نوعية الحياة والتدين:

نتوقع حسب الفرضية الثامنة وجود ارتباط موجب ودال بين نوعية الحياة وبين التدين لدى المرضى ولدى الأصحاء على السواء استناداً للدراسات السابقة التي أثبتت هذا الارتباط ولطبيعة إشكالية دراستنا.

1.1.8. العلاقة بين نوعية الحياة والتدين لدى مرضى السرطان:

تشير نتائج التحليل الإحصائي إلى أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين نوعية الحياة والتدين بلغ 0.31، وهو دال موجب عند $p < 0.01$.

وتوافق هذه النتيجة دراسة Wildes وزملائه (2009) التي هدفت إلى استكشاف العلاقة بين الروحانية أو التدين وبين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة HRQOL لدى المصابات بسرطان الثدي، ووصل معامل الارتباط إلى 0.26 ($p < 0.05$)، وكانت الدرجات المرتفعة على انساق الاعتقاد (SBI-15R) مؤشراً منبئاً بنوعية الحياة الجيدة.

كما توصل Kandasamy (2011) إلى نتائج قريبة في دراسته التي تناولت الروحانية والضيق أو الكرب النفسي والاكتئاب والقلق، وهدفت الدراسة إلى استكشاف أثر الرفاه الروحي Spiritual Well Being، على الأعراض السلبية مثل الكرب النفسي لدى مرضى العلاج التلطيفي المصابين بالسرطان، وخلصت إلى وجود ارتباط سالب بين مستوى الروحانية والأعراض المهددة لنوعية الحياة. وهي قريبة أيضاً من دراسة Nelson وزملائه (2009)، عن دور الروحانية والتدين في الاكتئاب لدى مرضى السرطان (البروستاتا)، حيث أشارت النتائج إلى ارتباط سالب لكن ضعيف ($R = -0.23$) ($P < 0.05$) بين التدين والاكتئاب، بينما وصل الارتباط إلى -0.28 بين الاكتئاب والروحانية، حيث يبدو المريض الغربي مهتماً أكثر بالمفاهيم الروحانية مثل السلام الداخلي، ومعنى الحياة منه بالمفاهيم الكلاسيكية للدين.

وقد وجد Atef Vahid (2011) علاقة بين الإتجاه الديني وبين نوعية الحياة لدى مرضى إيرانيين بالسرطان، وقد أكد تلك النتائج سفاري وزايد (2012) في استكشاف دور المعتقدات الدينية في نوعية الحياة لدى مرضى

السرطان في مستشفى قصار بقزوين. حيث أشارت نتائج تحليل الانحدار إلى ان المعتقدات الدينية يمكنها التنبؤ بنوعية الحياة.

وبتحليل نتائج الدراسات السابقة عن الارتباط بين التدخين ونوعية الحياة يمكننا استنتاج المسارات التي يؤثر بها التدخين على نوعية الحياة، ومنها مساعدة مرضى السرطان على مواجهة التهديد والصدمة الناتجة عن المرض وكذا عدم اليقين مثل دراسة Holt وزملائها (2009) عن دور الدين في مواجهة السرطان لدى الأمريكيات من اصل افريقي رغم صغر العينة (23 مريضة) إلا انها دراسة نوعية لها دلالاتها في مواجهة الشعور بفقدان السيطرة على الحياة والمصير وعلى الجسد ذاته التي يخلفها السرطان.

أما بعض الدراسات (Gall 2000 و Acklin 1983) فقد ركزت على دور التدخين أو الحالة الروحية في عملية المواجهة أو التكيف، مما اصطلح على تسميته بالواجهة الدينية والروحية Religions/Spiritual Coping حيث تشير Thuné-Boyle (2010) وزملائها إلى أن 73% من مريضات سرطان الثدي يستعملن المواجهة الدينية أو الروحية وهو ما أشار إليه Koenig و Ortiz و Reyes حيث وجدوا أن 34% إلى 86% من المرضى يستعملون دينهم أو روحانيتهم في مواجهة المرض، خاصة في المراحل المتقدمة وخلال العلاج التلطيفي.

لذلك اعتبر Yanez (2009) أن الدرجات المرتفعة من التدخين أو الروحانية تنبئ بانخفاض اعراض الاكتئاب وازدياد البقاء على قيد الحياة، مما يحسن الصحة النفسية ويخفض من الضيق والكرب لدى المرضى بالسرطان. أما المسار الاخير لعلاقة التدخين بنوعية الحياة فيتمثل في أثره على الصحة النفسية والجسدية والاجتماعية، وتعتبر دراسة Koenig المسحية (2012) افضل الدراسات في هذا المجال حيث تشير النتائج إلى دور التدخين في تدعيم القدرة على مواجهة الكروب، حيث أن 90% من الدراسات وجدت ارتباط موجبا بين التدخين وبين القدرة على المواجهة أو التكيف مع الشدائد والكروب، وتؤكد 79% من الدراسات على علاقة موجبة بين الانفعالات الإيجابية وبين التدخين، وعلاقة سالبة مع اليأس والعجز والاكتئاب. كما يؤدي الدعم الاجتماعي دورا رئيسا في العلاقة بين التدخين ونوعية الحياة. أما في الجانب الجسدي ونمط المعاش فقد أشارت 70% من الدراسات في المتوسط إلى علاقة ايجابية بين التدخين والسلوك الصحي، ماعدا في زيادة الوزن التي ظهرت في المتدنيين أكثر من غيرهم. بل إن 55% من الدراسات التي تناولت علاقة التدخين أو الروحانية بالسرطان وجدت ارتباطا سالبا بين خطر الإصابة بهذا المرض وبين مستوى التدخين، بل نقل نسبة الوفيات من السرطان في فئة المتدنيين بطريقة دالة مقارنة مع عينة غير المتدنيين (Koenig 2012).

إن تحليل النتائج التي تناولت العلاقة بين التدخين أو الروحانية وبين نوعية الحياة تستدعي بعض الملاحظات منها:

✦ ظهور تناقضات في بعض الدراسات مع الغرض العام الذي يشير إلى وظيفة ايجابية للتدخين. حيث أشار Koenig إلى أن 8% من مجموع 42 دراسة تناولت العلاقة بين تقدير الذات وبين التدخين كان الارتباط فيها سالبا، حيث يعتقد باحثون أن بعض المعتقدات الدينية تؤدي إلى بخس الانسان لنفسه، والشعور بالذنب في عدم التزامه بمقتضيات الشريعة قبل مرضه، وأن الله عاقبه بإصابته على مسيرة حياته. كما أشارت

بعض النتائج إلى العلاقة السالبة بين التدخين والشعور بالتحكم أو القدرة على إدارة الذات، وتُطرح ههنا إشكالية مركز الضبط الداخلي مقابل مركز الضبط الخارجي الذي يشيع لدى المتدينين ويعتبره البعض معرقلاً للتوافق النفسي. غير أن بعض الدراسات أشارت إلى دور الضبط الخارجي في التخفيف من أعراض الصدمة التالية للسرطان. كما ظهرت هذه العلاقة السالبة بين التدخين وبين كل من النشاط الرياضي والصحة المدركة والوزن الصحي والأعراض الذهانية.

✚ وقد يعود سبب تلك النتائج المتناقضة في رأي الباحث إلى:

1. التعريف الاجرائي للتدين أو الروحانية وللعلاقة بينهما وأهميتهما في حياة المريض قبل الإصابة بالمرض وبعدها.
 2. إشكالية القياس، حيث نجد بعض أدوات التقييم مثل المقياس الوظيفي للرفاهية الروحية لعلاج المرض المزمن (FACIT-sp) وهو أحد أكثر الأدوات استعمالاً لتقييم الروحانية لدى المرضى المزمنين، لكنه يعرف هذا المفهوم بعيداً عن الالتزام بالأديان السماوية المعروفة، مما يضعنا أمام مشكلة مقارنة تلك النتائج بنظيراتها عند المؤمنين بالأديان.
 3. حساسية الظاهرة الدينية لدى المؤمنين، وابتعاد الأطباء والنفسانيين عن مناقشة العلاقة بين التدخين ونوعية حياة المريض، مما يتسبب في تعدد المناطق الغامضة التي تحتاج إلى اضاءة بحثية مثل مفهوم المعاناة الروحية Spiritual Suffering أو الصراع الروحي Spiritual Struggle حيث تتتاب المريض مشاعر أو أفكار تعبر عن يأسه من مساعدة الله له، أو غضبه منه، أو إحساسه بالظلم والغبن لأنه لم يرتكب ما يستحق هذه المصيبة في نظره.
 4. غياب بعض مؤشرات الأزمة الروحية أو الدينية أو الوجودية عن بعض الدراسات، مثل نسبة الانتحار لدى المرضى المزمنين، حيث تشير دراسات Yousaf 2005 و Ahn 2010 و Cooke 2013 و Crocetti 1998 إلى أن نسبة الانتحار تصل إلى الضعفين لدى المصابين بالسرطان مقارنة بالجمهور العام. ورغم غياب الدراسات التي تستكشف نسبة الانتحار بين المرضى المزمنين ومنهم مرضى السرطان خصوصاً في المجتمعات العربية والإسلامية، فإن الباحث يعتقد أن التدخين هو أهم عامل في تخفيف الأزمة الوجودية التي يعيشها المريض وكذا خوفه من غضب الله للتحريم الشديد لقتل النفس.
- 1.2.8. العلاقة بين نوعية الحياة والتدين لدى الأصحاء:
- تشير نتائج التحليل الإحصائي إلى أن قيمة معامل الارتباط بين درجات نوعية الحياة وبين درجات التدخين لدى الأصحاء وصل إلى 0.34 وهو دال ($p < 0.01$).

إن أغلب الدراسات العربية عن التدخين شملت عينات من طلبة الجامعة، ففي دراسة نادية سراج (2008) تكونت العينة من طالبات وموظفات وإداريات بجامعة الرياض، وتم استكشاف العلاقة بين الشعور بالسعادة ومستوى التدخين إضافة إلى متغيرات أخرى باستعمال قائمة اكسفورد للسعادة، ودلت النتائج على ارتباط موجب ودال بين السعادة والتدخين وكذا الحالة الصحية.

وتشير دراسات سليمان الحين (2006)، ويحي مهني (1982)، والمستكاوي (1983)، ومجموعة الدراسات التي لخصها الصنيع (1421هـ)، إلى علاقة التدخين بالخصائص الإيجابية للشخصية وبالصحة النفسية. غير أن الدراسات العربية لم تهتم بنوعية الحياة وعلاقتها بالتدخين عند الأصحاء.

ونجد هذا الارتباط الموجب في دراسة Koenig المسحية في العلاقة بين القدرة على مقاومة الكرب، وبين الأمل والتفاؤل والأخلاق الإيجابية وبين التدخين. إضافة إلى تأثير العامل الديني أو الروحاني على السلوك الصحي مما ينعكس إيجاباً على نوعية حياة الأشخاص. فمن بين 326 دراسة تناولت العلاقة بين التدخين والرفاه الذاتي أو نوعية الحياة الجيدة، ظهر ارتباط موجب في 79% منها بين نوعية الحياة والرفاه الذاتي Well Being، وفي 82% منها بين التدخين ونوعية الحياة (Koenig 2012).

إن المقارنة بين المرضى والأصحاء في ارتباط التدخين بنوعية الحياة يجعلنا نعتقد أن مرضى السرطان أكثر تدنياً من الأصحاء بحكم خطورة المرض وارتباطه بالموت، غير أن النتيجة الحالية تؤكد تجذر التدخين كسمة وكحالة في المجتمع الجزائري بنسبة متقاربة بين الأصحاء والمرضى، وهو ما ظهر في نتائج الفرضية الثانية. ونلاحظ اختلاف الدراسات في الحكم على دور التدخين في نوعية الحياة، وما إذا كان مكوناً رئيساً لها أم متغيراً وسيطاً بينها وبين المتغيرات المستقلة الأخرى، ونميل إلى الرأي الأخير اعتماداً على نتائج الفرضية الثانية، والفرضية الحالية باعتبار التدخين متغيراً وسيطاً في نموذج تفسير نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين. واستناداً إلى النتائج يمكننا اعتبار الفرضية متحققة.

2.8. العلاقة بين نوعية الحياة والوظائف التنفيذية:

1.2.8. العلاقة بين نوعية الحياة والوظائف التنفيذية لدى مرضى السرطان:

بلغت درجة معامل الارتباط بين المتغيرين 0.43، وهي دالة عند $p < 0.01$ ، وبمراجعة الدراسات السابقة لم نعثر على قيم لمعامل الارتباط بين نوعية الحياة والوظائف التنفيذية. حيث تقيم أغلب البحوث الأداء المعرفي باختبارات أدائية لا تعطي درجة عامة للمفحوص تشير للوظائف التنفيذية ككل، وهو ما حاولنا تجنبه باستعمال استبيان CATI+ Coolidge .

ويشير Rein Arndt (2010) وزملاؤه إلى علاقة معكوسة بين الاضطرابات المعرفية وبين نوعية الحياة. ذلك أن الوظائف التنفيذية تؤثر مباشرة على الحياة اليومية. وتركز أغلب الدراسات على الاضطرابات المعرفية التي يسببها العلاج الكيميائي والإشعاعي، مثل دراسة Stewart (2008)، حين قارن بين الأداء المعرفي للمصابين بسرطان الثدي المعالجات كيميائياً ونظيراتها اللاتي يتلقين علاجاً هرمونياً.

قدر الباحثون منذ عقود أن 15% إلى 50% من مرضى السرطان يعانون من صعوبات الأداء على اختبارات الوظائف المعرفية، غير أن الدراسات الأخيرة تقدر تلك النسبة بـ 20% إلى 30% فقط كما تؤكد Vardy (2009)،

وتضيف أن 30% من مريضات سرطان الثدي وكذا سرطان القولون والمستقيم عانوا من اضطرابات معرفية بسبب العلاج الكيميائي، وأن ذلك العجز يتحسن بعد توقيف العلاج، ولا يستمر إلا في 20 إلى 30% من الحالات، ولاحظت أن 70% من المرضى الذين وصفوا أنفسهم بالعجز المعرفي لم يظهروا ضعفا في الأداء على مقاييس النوعية، مما يقودنا إلى ملاحظة هامة تربط بين الاضطرابات المعرفية وبين أعراض التعب والإرهاق والاكتئاب وانخفاض نوعية الحياة، كما يرتبط بالسن خاصة بعد الستين. مما يضعنا أمام تساؤل عن دور الوظائف التنفيذية والتقييم المعرفي في نوعية الحياة.

تشير كسلر (2001) وزملاؤها إلى انخفاض أداء القشرة الجبهية، وقبل الجبهية المسؤولة عن الوظائف التنفيذية لدى المصابات بسرطان الثدي باستعمال fMRI، خاصة في منطقتي القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية، والقشرية الجانبية مقارنة بالأصحاء. إن أكثر المناطق هشاشة في مواجهة العلاج الكيميائي هي القشرة قبل الجبهية الذيلية الجانبية اليسرى، كما ظهر تأثير عاملي السن والمستوى التعليمي. إن اضطراب الوظائف التنفيذية قد يتسبب لدى مرضى السرطان في:

- ✦ ضعف مراقبة الذات.
- ✦ زيادة التهيج وسرعة الانفعال.
- ✦ السلوك المنفلت أو المترکز على الذات.
- ✦ العدوانية اللفظية أو الجسدية.
- ✦ التحرر الجنسي.
- ✦ التماذي.
- ✦ اضطراب السلوك الاجتماعي.

وهي الأعراض التي ظهرت على حالة Phineas Gage الشهيرة. وتزداد صعوبة نوعية الحياة إذا وصلت الخلايا السرطانية إلى الدماغ، ذلك إن العلاج الكيميائي أو الإشعاعي يؤثر بدرجة ملحوظة على الخلايا العصبية التي لا تتوالد ولا تتجدد.

ونلاحظ قلة الدراسات التي تناولت الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالسرطان، حيث لم تجد جونسون كاترين (2005) إلا 16 دراسة تناولت أثر العلاج الكيميائي على الوظائف المعرفية لدى مرضى السرطان. وكان المجال المشترك بين الدراسات والذي ظهر فيه اضطراب واضح هو الذاكرة البصرية. وظهر أثر الحجم في مجال الوظائف التنفيذية والذاكرة اللفظية وسرعة معالجة المعلومات.

إن الارتباط بين نوعية الحياة والوظائف التنفيذية، إضافة إلى أهمية التقييم المعرفي في رصد الذات والقدرة على إصدار الأحكام تجعلنا نتوقع أن يكون أداء الفص الجبهي في هذا المجال بالذات متغيرا وسيطيا في نموذج تفسير نوعية الحياة المفترض.

2.2.8. العلاقة بين نوعية الحياة والوظائف التنفيذية لدى الأصحاء:

يشير معامل الارتباط الموجب 0.36 والدال عند $p < 0.01$ ، إلى العلاقة بين نوعية الحياة والوظائف التنفيذية لدى الأصحاء، ولم نعثر على دراسات سابقة في هذا المجال تظهر قيم معامل الارتباط، عدا دراسة Dans وزملائها (2011) على مجموعة من النساء المسنات (66-75) والتي أشارت إلى بعض الاضطرابات المتعلقة بالذاكرة العاملة، غير أن التشخيص التفريقي مع عامل السن غير واضح.

ومن الملاحظات المهمة ما استكشفتها Sims وزملائها (2011) عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي وبين الوظائف التنفيذية لدى الأصحاء الأمريكيين الافارقة، وقد أظهر تحليل الانحدار أن الدعم الاجتماعي منبئ جيد بأداء الفص الجبهي، واستنتج الباحثون أن اضطراب الوظائف التنفيذية يؤدي إلى سلوكيات متعارضة مع نوعية الحياة الجيدة مثل تشتت الانتباه وعدم التوافق الاجتماعي، وضعف القدرة على إصدار الاحكام، وانخفاض الدافعية والعجز عن التحكم في الانفعالات، وصعوبة التخطيط خاصة للمستقبل (Sims 2001).

وتشير دراسات النمو إلى أن الوظائف التنفيذية تنمو وتتضج من الميلاد إلى سن الخامسة والسادسة، وتكون العلاقات مع البالغين ذات أهمية حاسمة في مستقبلها عند الراشدين، خاصة أن للوظائف التنفيذية ثلاثة أهداف هي الأداء الفعال للذاكرة العاملة، والمرونة الذهنية، وإدارة الذات أو ضبطها. وتعتبر دراسات Baumeister من البحوث الهامة التي تناولت العلاقة بين الوظائف التنفيذية وإدارة الذات أو تنظيمها Self Regulation، وقد نحت مصطلح نضوب الذات Ego Depletion، حيث يؤدي اضطراب العلاقة بين المكونين إلى افقار الذات عموماً في مواجهة متطلبات داخلية وخارجية. ويبدو أن المصدر الرئيس الذي قد يتعرض للنضوب أو الاضطراب في هذه العلاقة هو الانتباه الموجه أو الإرادي.

وبمقارنة معامل الارتباط بين نوعية الحياة والوظائف التنفيذية لدى المرضى والأصحاء لم يكن الفرق دالاً، وهي نفس النتيجة التي ظهرت في نتائج الفرضية الثالثة، وعليه يمكننا استنتاج عدم وجود فروق دالة في تقدير الوظائف التنفيذية بين المرضى والأصحاء. وهي موافقة لما توصلت إليه (2011) Yameda، وكذا Fardel وزملائه (2011) حيث قدروا أن آثار العلاج الكيميائي على الأداء المعرفي غير ثابتة، وربما تزول مع مرور الوقت، وأنها في الغالب تظهر لدى 15%-50% من المرضى. واستناداً إلى النتائج السابقة يمكننا اعتبار الفرضية متحققة.

3.8. العلاقة بين نوعية الحياة والكفاءة الذاتية المدركة:

1.3.8. العلاقة بين نوعية الحياة والكفاءة الذاتية المدركة لدى مرضى السرطان:

بلغ معامل الارتباط بين نوعية الحياة والكفاءة الذاتية المدركة 0.47 ($p \leq 0.01$)، وهو ارتباط دال وموجب. مما يشير إلى أهمية إدارة الذات في الحياة اليومية للمرضى وهو ما أشارت إليه دراسات سابقة (2000 Poster و Collie 2005 و Han 2005).

ويعانى مرضى السرطان من تحديات وتهديدات قصيرة المدى، وأخرى مؤجلة تتميز بالمخاوف والقلق من المستقبل ومواجهة عدم اليقين، إضافة إلى مضاعفات المرض والعلاج، وتعتبر عدم القدرة على إدارة الذات

uncontrollability أحد مؤشرات الاختطار في التعامل مع هذا المرض، لذلك تشير دراسات Bekham وزملائه (1997) و Lev و Owen (1999) إلى أهمية الكفاءة الذاتية المدركة في التكيف مع السرطان. وقد درس Manne وزملاؤه (2000) العلاقة بين الكفاءة والفاعلية التي يتمتع بها المريض وبين التكيف النفسي الاجتماعي مع مراحل السرطان وكذا Akin في 2008، حيث لاحظوا استقرارا في الكفاءة الذاتية للمرضى خلال العلاج.

إن الارتباط الدال بين الكفاءة الذاتية المدركة (75% من المرضى يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة)، وبين نوعية الحياة (88% منهم يتمتعون بنوعية حياة متوسطة إلى مرتفعة)، يؤدي إلى تعديل إدراك الكرب والضغوط المترتبة عن المرض مما يرفع من نوعية الحياة الجيدة (Kreitler 2007). كما أظهر المرضى ذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة انخفاضا في القلق والاكتئاب والكرب النفسي (Porter 2008). ويؤثر السرطان على الكفاءة الذاتية عبر اليأس من الشفاء، مما يؤدي إلى الكرب الشديد (Park و Folkman 1997).

2.3.8. العلاقة بين نوعية الحياة والكفاءة الذاتية المدركة لدى الأصحاء

يشير معامل الارتباط بين نوعية الحياة والكفاءة الذاتية لدى الأصحاء إلى علاقة ضعيفة ($R=0.216$)، بين المتغيرين مع أن نتائج الفرضية الرابعة تشير إلى أن 85% من الأصحاء يتمتعون بكفاءة ذاتية مدركة عالية. وتوافق هذه النتيجة تلك التي توصل لها Azar وزملاؤه (2006) على عينة من النساء الايرانيات العاملات من الأصحاء ($R=0.25$)، ثم ارتفع هذا الارتباط لدى النساء غير العاملات، مع ملاحظة اختلاف العينة من حيث كونهن شابات (24-41 سنة) متزوجات، وباستعمال WHOQOL Bref ومقياس الكفاءة الذاتية (GSE)، ونلاحظ أن المقارنة بين معاملي الارتباط تشير إلى أن علاقة نوعية الحياة لدى مرضى السرطان بالكفاءة الذاتية أقوى منها لدى الأصحاء، مع أن نتائج الفرضية الرابعة تشير إلى ارتفاع الكفاءة الذاتية عند الأصحاء وعند المرضى على السواء، وأن الفروق غير دالة ماعدا لدى ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة من مرضى السرطان. وقد يعود ذلك إلى أن مرض السرطان يعيد ترتيب أولويات المريض، بل ويصبح ما يتعلق بهذا المرض هو محور حياته، مستنفرا كل جهوده وكفاءته في التكيف، وكلما انخفض التهديد الناتج عن المرض كلما انخفض الارتباط مع الكفاءة الذاتية. وقد وصلت درجة معامل الارتباط بين الرفاهية الذاتية المدركة (SWB) وبين الكفاءة الذاتية 0.31 في دراسة Timberlake عن عينة من 1189 مسنا معافى من كارولينا الشمالية.

4.8. العلاقة بين نوعية الحياة والدعم الاجتماعي المدرك:

1.4.8. العلاقة بين نوعية الحياة و الدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى السرطان:

وصل معامل الارتباط بين نوعية الحياة والدعم الاجتماعي المدرك إلى 0.23 ($p < 0.05$)، ورغم دلالاته إلا أنه ضعيف، وهو ما أشار إليه Konecny و Sammarco (2008) في دراستهما عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي، ولاحظا أن الدعم الاجتماعي المدرك يمكنه تفسير 15.1% من التباين الملاحظ على نوعية الحياة.

وكان Selvia وزملاؤه (1996) قد قاموا باستكشاف الدعم الانفعالي لدى مرضى السرطان ووجدوا أن المرضى يفضلون الدعم الذي يأتي من الأطباء المكلفين بهم ومن الأسرة، غير أن ملاحظات الباحث السريرية خلال

تطبيق الدراسة تشير إلى انخفاض الاتصال بين المرضى وأطبائهم، ويعود ذلك من وجهة نظر الأطباء إلى العدد الكبير للمرضى وضيق الوقت وزيادة الاعباء.

ويعتقد Zhou وزملاؤه (2010) أن الدعم الاجتماعي يخفف من الكرب كعامل وسيط بينه وبين نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان البروستاتا. أما Junghyun وزملاؤه (2010) فقد ربطوا أهمية الدعم الاجتماعي باستراتيجيات المواجهة والتقييم المعرفي حيث يؤدي إلى دعم إيجابية مقابل السلبية لدى مرضى السرطان. بل إن Breaslay وزملاءها (2010) وجدوا ارتباط موجبا ودالا بين وفرة الشبكة الاجتماعية لمريضات سرطان الثدي وبين مدة البقاء على قيد الحياة، حيث انخفضت نسبة الوفيات لدى مرتفعات الدعم الاجتماعي بنسبة 15% إلى 28%. وتشير Carpenter وزملاؤها (2010) إلى دور الدعم الاجتماعي كعامل امتصاص للكرب والضيق مما يؤدي إلى عافية نفسية وجسدية بسبب تحسن اللياقة النفسية.

ويلعب الدعم الاجتماعي دورا هاما في التعامل مع مرضى السرطان لأسباب منها:

1. نوعية العلاقات الاجتماعية والبيئية الخاصة بالمريض ترفع من نوعية الحياة وتحمي المريض من آثار الصدمات النفسية والأحداث غير السارة، وهي كثيرة في مرض السرطان.
2. يؤثر السرطان في العلاقات الاجتماعية كونه مرضا مميتا، تلحق الوصمة بالمصابين به، مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية، بل إن مستوى الأمية في مجتمعنا الجزائري يؤدي إلى معاناة صامتة لدى هؤلاء المرضى، حيث تمتنع المرأة مثلا من معاشره زوجها جنسيا والمصاب بسرطان البروستاتا اعتقادا منها بإمكانية العدوى.
3. يزيد السرطان من الهشاشة النفسية والجسدية والضعف والخوف والارتباط أمام الشك وعدم اليقين المرتبط بمآل المرض والعجز عن السيطرة والتحكم فيه وفي مسار الحياة، وتوقعات المستقبل مما يجعل الدعم الاجتماعي المدرك والمناسب للمريض أحد المعدلات لتلك المشاعر والمعتقدات (Sheldon و Helgeson، 1996).

وقد أثبت Uchino وزملاؤه (2012) في دراستهم المسحية التي شملت الفترة ما بين 1980-2010 أن ارتباط الدعم الاجتماعي بالصحة ثابت، لكن الآليات المفسرة لتلك العلاقة مازالت غير واضحة.

2.4.8. العلاقة بين نوعية الحياة والدعم الاجتماعي المدرك لدى الأصحاء:

بلغ معامل الارتباط بين نوعية الحياة والدعم الاجتماعي 0.36 ($p < 0.01$)، مما يشير إلى أهمية الشبكة الاجتماعية لدى الأصحاء ايضا، وهو ما أشار إليه Ke Xiong وزملاؤه (2010) في دراستهم عن دور الدعم الاجتماعي في نوعية الحياة لدى الناجين من زلزال وانشوان حيث وصل معامل الارتباط ما بين الصحة النفسية وبين الدعم الاجتماعي إلى 0.39.

ويبدو أن الدعم الاجتماعي يؤثر على الصحة النفسية والجسدية ثم نوعية الحياة بتخفيفه من الكرب المدرك، وبالدعم النفسي الذي يقدمه للأصحاء في مواجهة احداث الحياة اليومية، فقد وجدت Shishehegar

وزملاؤها(2013) أنه يلعب دورا معدلا في الضغوط النفسية المصاحبة للحمل لدى النساء صغيرات السن حيث وصل معامل الارتباط بين الدعم الاجتماعي و نوعية الحياة لديهن $R=0.4$. واستنادا إلى النتائج السابقة يمكننا اعتبار الفرضية متحققة.

5.8. العلاقة بين نوعية الحياة والكرب النفسي:

1.5.8. العلاقة بين نوعية الحياة والكرب النفسي لدى مرضى السرطان:

وصلت قيمة معامل الارتباط بين نوعية الحياة والكرب النفسي $R=-0.74$ ($p < 0.01$)، ما يدل على علاقة عكسية قوية بينهما. وهي نتيجة مشابهة تقريبا لما توصل إليه Kandasamy وزملاؤه على عينة من المصابين بسرطانات متقدمة ($R=-0.72$) عن الارتباط بين اعراض الكرب والرفاهية الذاتية، كما وجد ارتباطا سالباً بين اعراض كثيرة سلبية وبين نوعية الحياة.

أما دراسة Bennet و Badger (2005) التي مسحت أدب البحث من 1988 إلى 2004، رائدة في هذا المجال، مركزة على اعراض الاكتئاب لدى المصابين بالسرطان من خلال مراجعة 38 بحثاً، أشارت في أغلبها إلى مستويات مرتفعة من الكرب النفسي لدى المرضى مقارنة مع القراء من الجمهور العام، ووجدوا أن الزواج والدعم الاجتماعي وسمة التفاؤل والنشاط البدني تعمل على امتصاص الكرب لدى المرضى. ثم تبعتها دراسة (2007) Katz الذي ركز على سرطان البروستاتا، ولاحظ ارتباط الصحة النفسية لدى المرضى بنوعية الحياة.

ويشير Zenger وزملاؤه (2010) في دراستهم عن العلاقة بين نوعية الحياة والكرب النفسي لدى مرضى سرطان مقارنة مع عينة من الأصحاء إلى ارتباط انخفاض نوعية الحياة بازدياد المعاناة من الكرب النفسي وقدتم قياس الكرب بمقياس HADS.

وتؤكد ابحاث المعهد الوطني الأمريكي للسرطان (NCI) على أن أهم عوامل الاخطار في اصابة مرضى

السرطان بالكرب النفسي هي:

✦ صعوبات الحياة اليومية

✦ الأعراض الجسدية ومضاعفات العلاج(الارهاق، القيء، والألم)

✦ المشاكل البيئية

✦ الاكتئاب والقلق

✦ صغر السن

✦ الجنس: فالكرب لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور

✦ إنخفاض المستوى التعليمي

وهو ما ظهر في دراستنا أيضا حيث كانت الفروق دالة بين ذوي المستوى التعليمي المنخفض وبين ذوي المستوى التعليمي المرتفع في الكرب لصالح الفئة الأولى. غير أن Tavoli وزملاءه(2008) في دراستهم عن علاقة الاكتئاب بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان في طهران لم يجدوا ارتباطا بينهما إلا في حالة وجود الألم، وهي مخالفة لأغلب الدراسات حيث يشير McMillan و Small(2002) إلى أن الكرب النفسي يمكن اعتباره منبئا

بنوعية الحياة ويفسر ما يقارب 35% من التباين فيها. وما زالت ملاحظة Mc Clement وزملائه (1997) عن إشكالية تعريف الكرب النفسي وأدوات قياسه قائمة وقد يعزى إليها بعض التناقض الملاحظ في نتائج العلاقة مع نوعية الحياة.

2.5.8. العلاقة بين نوعية الحياة والكرب النفسي لدى الأصحاء:

بلغت قيمة معامل الارتباط بين نوعية الحياة والكرب النفسي $R = -0.57$ ($p < 0.01$) مما يؤثر على العلاقة العكسية القوية بينهما وأهميتها لدى المرضى والأصحاء على السواء، وهو ما يشير إليه Gunnvor وزملاؤه (2013) في دراستهم عن العلاقة بين أحداث الحياة السلبية وبين الكرب النفسي والرضى عن الحياة، على عينة من 4823 من النرويجيين ممن تجاوزت أعمارهم 16 سنة باستعمال قائمة Hopkins (HSC-2r) وببند واحد عن الرضى العام عن الحياة، وقائمة الأحداث السلبية غير السارة.

وقد تناولت دراسات عربية كثيرة نوعية الحياة في علاقتها بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة والموظفين والنساء العاملات (نعيسة 2011 و المحرزي و ابراهيم 2006 و أبو حلاوة 2009). واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار الفرضية متحققة.

6-8. العلاقة بين نوعية الحياة وأداء الجهاز المناعي:

1-6-8. العلاقة بين نوعية الحياة وأداء الجهاز المناعي لدى مرضى السرطان:

إن قيمة معامل الارتباط بين كل من عدد الكريات البيضاء والليمفاوية وبين نوعية الحياة غير دالة، وهي مخالفة لاتجاه الفرضية، حيث كنا نتوقع أن يؤثر السرطان أو الكرب المرتبط به على أداء الجهاز المناعي وهو ما ظهر في النسبة المئوية للذين يعانون من انخفاض الكفاءة المناعية الخلوية استنادا إلى تعدد الكريات البيضاء والخلايا الليمفاوية. ويبدو أن تأثير العلاج الكيميائي والإشعاعي أدى إلى اضطراب تعداد الخلايا المناعية وأثر كمتغير دخيل على العلاقة بين أداء الجهاز المناعي ونوعية الحياة، إضافة إلى احتمال الأخطاء التي نلاحظها في المخابر والمتعلقة بعدم الدقة في التحليل ومعايرة أجهزة تحليل الدم.

وتشير الدراسات السابقة كذلك التي حللتها Miller و Segerstrom (2004) إلى ارتباط تعطل المناعة الخلوية بالكرب النفسي والضغط المزمن، وهو ما لاحظته Blomberg وزملاؤه (2009) لدى المصابات بسرطان الثدي المستأصل حديثا حيث أدى القلق إلى انخفاض مستوى الخلايا الليمفاوية من النوع $Th1$ (IL_2).

أما Kang وزملاؤه (2012) فوصلوا إلى نتيجة مشابهة لنا بالنسبة للكريات البيضاء وارتباطها بنوعية الحياة لدى مريضات السرطان، حيث لم يكن الارتباط دالا، لكن الارتباط بين تعداد الخلايا الليمفاوية وبين نوعية الحياة كان قويا ودالا موجبا ووصل إلى $R = 0.43$ ($p \leq 0.01$). عكس الارتباط مع العدلات Neutrophils والذي كان دالا وسلبيا -0.37 ($p < 0.01$)، وتعتبر العدلات أكثر المكونات الجزئية للكريات البيضاء ($< 50\%$).

قد يكون السبب في إعادة توزيع الخلايا المناعية تحت تأثير هرمونات الضغط حيث تؤدي الستيرويدات القشرية Glucocorticoids إلى انخفاض نسبة الخلايا الليمفاوية، بينما تؤدي الأمينات Cathecholamines إلى ارتفاع نسبة العدلات وانخفاض الليمفاويات.

2-6-8. العلاقة بين نوعية الحياة وأداء الجهاز المناعي لدى الأصحاء:

يتضح من خلال قيم معامل الارتباط غير الدالة بين نوعية الحياة وتعداد الكريات البيضاء وكذا الليمفاوية، أن النتيجة مشابهة لتلك التي توصلنا لها لدى مرضى السرطان، حيث لا توجد فروق بينهما في هذه العلاقة وهو ما يؤيد احتمال وجود خلل في قياس تعداد الكريات البيضاء، كما أن الدراسات التي أشارت إلى وجود الارتباط تختلف عن دراستنا من حيث تجانس عينة البحث تبعاً لنوع المرض. واستناداً للنتائج السابقة يمكننا اعتبار الفرضية غير متحققة.

9. نتائج الفرضية التاسعة:

تشير الفرضية إلى أننا نتوقع اختلاف العلاقة بين نوعية الحياة والمتغيرات المستقلة باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية ونوعية المرض ومدة الإزمان لدى المرضى والأصحاء.

1.9. العلاقة بين نوعية الحياة والمتغيرات المستقلة حسب الجنس:

قمنا بحساب معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب الجنس لدى المرضى والأصحاء كما تظهر في الجدول التالي:

جدول 21: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة والمتغيرات المستقلة حسب الجنس

| العينة | السن | التدخين | الوظائف التنفيذية | الكفاءة الذاتية المدركة | الدعم الاجتماعي المدرك | الكرب النفسي | تعداد الخلايا المناعية |
|--------------|----------|---------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| مرضى السرطان | ذكور(41) | *0.32 | *0.37 | **0.45 | 0.27 | **0.60 - | 0.12 - |
| | إناث(59) | **0.35 | **0.41 | **0.45 | 0.22 | **0.78 - | 0.13 |
| الأصحاء | ذكور(47) | **0.45 | **0.43 | 0.10 | *0.30 | **0.52 - | 0.14 |
| | إناث(43) | 0.19 | **0.36 | *0.33 | **0.44 | **0.60 - | 0.10 |

* : دال عند $p < 0.05$ و ** : دال عند $p < 0.01$

نلاحظ من خلال الجدول أن العلاقة بين نوعية الحياة والمتغيرات المستقلة دالة، وهي أقوى عند الإناث المصابات بالسرطان، غير أن العلاقة بالدعم الاجتماعي المدرك غير دالة لدى الذكور والإناث. وكان معامل الارتباط في العينة الكلية دالاً وضعيفاً ($R=0.23$ $p < 0.05$)، وهو أمر غير متوقع نظراً لنتائج الدراسات السابقة وطبيعة دور الدعم الاجتماعي في الأمراض المزمنة، حيث يؤكد Uchino وزملاؤه (2012) في دراستهم المسحية عن علاقة الدعم الاجتماعي الفعلي والمدرك بمخرجات الصحة في البحوث التي ظهرت ما بين 1980 إلى 2010، أن الارتباط ثابت في أغلب الدراسات.

لكن تفحصنا لبعض الدراسات السابقة (Sheldon 1996 و Helgeson و Sélvin 1986 و Zhon 2010 و Junghyun 2010) تبين أن الدعم الاجتماعي المدرك يلعب دور الوسيط بين الكرب النفسي وبين نوعية الحياة بتعديله لمعرفة المرض المتعلقة بادراك الضغوط، فهو مرتبط بالكرب النفسي والمعاناة الوجدانية أكثر منه بالجانب المادي والأداتي أو حتي المعلوماتي. غير أن العلاقة بين بالدعم الاجتماعي وبين الكرب النفسي غير دالة أيضا سواء لدى الذكور أو الإناث المصابات بالسرطان، مما يفقد الدعم الاجتماعي أثره على نوعية الحياة. إن من خصائص العينة الحالية لمرضى السرطان كونها استشفائية (hospitalisée) في غالبيتها (85%) كانت تتابع العلاج الكيميائي والإشعاعي في مستشفى ورقلة، لذا يعتقد الباحث أن أحد التفسيرات لعدم دلالة العلاقة بين الدعم الاجتماعي وبين نوعية الحياة هو أن المعاناة الرئيسية لهؤلاء المرضى في هذه الفترة هي بسبب الأعراض الجسدية المرتبطة بالعلاج، والمعاشية اليومية لخبرة الاستشفاء، لذلك فإن الدعم الاجتماعي من طرف الأطباء والمرضى أكثر ارتباطا بنوعية الحياة من الدعم الاجتماعي المدرك الممنوح من طرف الأسرة والأصدقاء وهو الذي يركز عليه المقياس المستعمل في دراستنا، وهو ما أشار إليه Selvin وزملائه (1986) خاصة من لدن الأطباء المختصين. ومن الدراسات التي أشارت إلى أن الدعم الاجتماعي المدرك الذي يصدر من الأطباء وفريق الرعاية أقوى ارتباطا بكثير من نظيره المقدم من العائلة، خاصة إبان العلاج أو الانتكاسة، دراسة Luszczyńska وزملائها (2012) عن الدعم الاجتماعي وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى سرطان الرئة. وتجدر الإشارة إلى أن إدراك الدعم الاجتماعي رغم كونه من العالميات النفسية الاجتماعية psychosocial universals، إلا أنه مرتبط بالسياق الثقافي والاجتماعي فالتلاحم الأسري وصلة الأرحام والتعاون الاجتماعي مما يدخل تحت مصطلح الرأسمال الاجتماعي، تأكل في الحضارة الغربية إلى درجة مهددة. في حين مازال الفرد يلقى دعما اجتماعيا واحتضانا من الأسرة في العالم العربي والإسلامي خاصة، بغض النظر عن كونه مريضا أو معافى لعلاقة ذلك بالانتماء الديني، وهو ما يظهر واضحا في درجة الارتباط بين الدعم الاجتماعي والتدين من جهة وبين التدين ونوعية الحياة، وهو ما يفسر في رأينا نسبة الرضى عن الحياة لدى مرضى السرطان. ونلاحظ عدم وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية وبين نوعية الحياة لدى الذكور الأصحاء ودلائنها وقوتها لدى مرضى السرطان ذكورا وإناثا.

وقد توصل الباحث في دراسة سابقة (زعطوط 2005) عن السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين إلى الارتباط الضعيف بين الكفاءة الذاتية المدركة وبين سلوك الأفراد مما يدعو إلى ما يسميه "تربية الكفاءة الذاتية"، ذلك إن متغير الكفاءة الذاتية لا يبدو فعالا إلا في الحالات المهددة مثل مرض السرطان.

نلاحظ أيضا عدم ارتباط تعدد الخلايا المناعية (الكريات البيضاء والخلايا الليمفاوية) بنوعية الحياة ولم تختلف العلاقة باختلاف الجنس سواء لدى المرضى أو لدى الأصحاء، وهي نتيجة مخالفة لبعض الدراسات السابقة كما رأينا في تحليل نتائج الفرضية الثامنة. أما لدى الأصحاء فإن الارتباط بين الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة دال وقوي، رغم عدم ارتباطه بالكرب النفسي أيضا، ذلك أن الأصحاء لا يعانون من كرب نفسي مرتفع إضافة إلى أن حياتهم تدور حول المعاش اليومي دون تهديد بسبب المرض أو العجز.

أما بالنسبة للكرب النفسي فقد ارتبط بنوعية الحياة ارتباطا سلبيا قويا لدى الذكور والإناث سواء عند المرضى أو الأصحاء مما يؤشر على أهميته في الرفاه النفسي والجسدي والاجتماعي لجميع شرائح المجتمع.

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير الجنس فاعلا في العلاقة بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة.

2.9. العلاقة بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب السن:

قمنا بحساب معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب السن لدى المرضى والأصحاء كما تظهر في الجدول التالي:

جدول 22: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب السن

| العينة | السن | التدين | الوظائف التنفيذية | الكفاءة الذاتية المدركة | الدعم الاجتماعي المدرك | الكرب النفسي | تعداد الخلايا المناعية |
|--------------|--------------------|--------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| مرضى السرطان | ≥ 45 سنة (63) | **0.41 | **0.41 | **0.50 | **0.41 | - 0.74** | 0.029 |
| | < 45 سنة (39) | 0.23 | **0.46 | **0.45 | 0.23 | - 0.73** | 0.079 |
| الأصحاء | ≥ 45 سنة (89) | **0.30 | **0.32 | **0.28 | **0.38 | - 0.57** | 0.1 |
| | < 45 سنة (11) | **0.67 | **0.67 | -0.13 | 0.23 | - 0.87** | 0.11 |

* : دال عند $p < 0.05$ و ** : دال عند $p < 0.01$

نلاحظ من خلال الجدول أن الارتباط بين نوعية الحياة والتدين لم يكن دالا لدى كبار السن من مرضى السرطان، وهي نتيجة غير متوقعة بسبب ارتباط التدين عادة بكبر السن، حيث يشير الكندري (2011) إلى أن التدين يأخذ بعدا كبيرا وأهمية متزايدة مع السن، خاصة بعد منتصف العمر بسبب التغيرات الفيزيولوجية المؤثرة على الشيخوخة، ما يشكل عاملا حاميا من الكرب بما يوفره من شعور باليقين والاستقرار والامان مثل ما تشير إليه الدراسات السابقة في كل الثقافات. وهو ما أكدته Chaaya (2007) وزملاؤه عند المسنين اللبنانيين. ولم نعثر على دراسات قارنت العلاقة بين نوعية الحياة وبين متغيرات التدين حسب السن ونرى أن هذه النتيجة تحتاج إلى المزيد من الدراسة. غير أن عامل الأمية المرتفع بين كبار السن قد يكون في رأينا من المتغيرات الدخيلة المؤثرة في هذه العلاقة. كما لم ترتبط نوعية الحياة بالدعم الاجتماعي لدى كبار السن من المرضى وهي نتيجة مفارقة أيضا حيث تزداد حاجة المرضى إلى الدعم الاجتماعي بسبب تدهور الوظائف البدنية مع كبر السن. وقد أشار Van Weert (2007) إلى أن الدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية يمكنهما تفسير 17% إلى 47% من التباين في نوعية الحياة لدى مرضى السرطان.

أما لدى الأصحاء فكانت قيمة معامل ارتباط نوعية الحياة بكل من التدخين والوظائف التنفيذية لدى كبار السن أقوى منها لدى صغار السن مع تحفظنا على هذه المقارنة بسبب صغر حجم عينة كبار السن ($n=11$). ولم تظهر علاقة دالة بين نوعية الحياة وبين الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي المدرك لدى كبار السن من الأصحاء عكس ما ظهر لدى صغار السن.

ونلاحظ الارتباط السلبي الدال والمرتفع بين نوعية الحياة والكرب لدى فئتي صغار وكبار السن لدى المرضى والأصحاء مما يؤثر على أهميته في إدراك الأفراد وتقييمهم لنوعية حياتهم. بعكس العلاقة مع تعداد الخلايا المناعية التي لم تكن دالة في العينتين أيضا.

استنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير السن فاعلا في العلاقة بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة لدى المرضى والأصحاء.

3.9. العلاقة بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى التعليمي:

قمنا بحساب معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى التعليمي لدى المرضى والأصحاء كما تظهر في الجدول التالي:

جدول 23: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى التعليمي

| العينة | السن | التدخين | الوظائف التنفيذية | الكفاءة الذاتية المدركة | الدعم الاجتماعي المدرك | الكرب النفسي | تعداد الخلايا المناعية |
|--------------|----------------|---------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| مرضى السرطان | مستوى تعليمي ↓ | 0.22 | 0.15 | *0.33 | 0.08 | -0.66** | 0.18 |
| | مستوى تعليمي ↑ | **0.39 | **0.51 | **0.54 | **0.35 | -0.76** | 0.10 |
| الأصحاء | مستوى تعليمي ↓ | **0.38 | *0.30 | 0.08 | **0.33 | -0.57** | 0.13 |
| | مستوى تعليمي ↑ | *0.32 | **0.41 | **0.45 | *0.33 | -0.57** | 0.02 |

* : دال عند $p < 0.05$ و ** : دال عند $p < 0.01$ ↓ :منخفض ↑ : مرتفع

نلاحظ من خلال الجدول الارتباط الدال بين نوعية الحياة وبين كل من التدخين والوظائف التنفيذية والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي المدرك والكرب النفسي خاصة لدى ذوي المستوى التعليمي المرتفع، ونجد هنا أيضا ان الارتباط بين نوعية الحياة وبين تعداد الخلايا المناعية غير دال سواء لدى المرضى ولدى الأصحاء، وهي نتيجة غير متوقعة أيضا.

غير أننا نلاحظ أن نوعية الحياة لا ترتبط بالتدخين ولا بالوظائف التنفيذية ولا بالدعم الاجتماعي المدرك لدى منخفضي المستوى التعليمي من مرضى السرطان. وهي نتيجة موافقة لكثير من الدراسات السابقة على المرضى المزمين مثل دراسة Barbareschi وزملائه (2011) على عينة من 553 من مرضى القلب، حيث أشارت النتائج

إلى انخفاض نوعية الحياة لدى المرضى ذوي المستوى التعليمي المنخفض مقارنة بذوي المستوى التعليمي المرتفع. وقد أشار Rigidor (1999) من قبل إلى أن إدراك الصحة ينحدر بانحدار المستوى التعليمي، إضافة إلى اضطراب التواصل والشعور بالعزلة والاكتئاب، والخوف من الاعتماد التام على المحيط، فعادة ما يكون منخفضو المستوى التعليمي من كبار السن ذكورا وإناثا.

لكن دراسات أخرى مثل دراسة Dehkordi (2009) وزملائه التي أشارت إلى عدم وجود فروق بين المتعلمين والأميين من مرضى السرطان في نوعية الحياة. وهو ما أكده Nijad (2011)، حيث لم يجد فروقا في نوعية الحياة يمكن عزوها للمستوى التعليمي أو السن أو الجنس لدى مرضى السرطان في إيران.

إن عدم ارتباط نوعية الحياة بالتدين والوظائف التنفيذية والدعم الاجتماعي المدرك لدى منخفضي المستوى التعليمي قد يعود في رأينا إلى تدني توظيف العمليات المعرفية نتيجة الأمية العامة التي تعتبر من أهم معوقات الصحة (زعطوط 2005)، حيث يؤثر المستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين على الوظائف التنفيذية والتقييم المعرفي عموما وقد لاحظنا ذلك في إجابات المفحوصات والمفحوصين من الأميين حيث تعثروا في الإجابة على الجوانب المعرفية في استبيان التدين والوظائف التنفيذية، وهو ما أكده Kempen وزملاؤه (1999) في دراستهم عن العلاقة بين التقييم المعرفي ونوعية الحياة.

ویدعوننا ذلك للتساؤل في ضوء تعريف نوعية الحياة كما تعتمد منظمة الصحة العالمية المتضمن إدراك الفرد لحياته وقيمه ومعايير وأهدافه واهتماماته في إطار ثقافته، وهي أبعاد تعتمد أساسا على المعرفة والتعليم والمستوى الاجتماعي والمهني والدخل الاقتصادي وكلها مرتبطة بالمستوى التعليمي. غير أن الفروق بين المرضى والأصحاء في تلك المتغيرات تجعلنا لا نستبعد عوامل أخرى مثل أثر المرض وعلاجه، سواء الكيميائي أو الإشعاعي والذي يؤثر على الوظائف الإدراكية مثل الاستبصار والوعي، الذي يظهر لدى ذوي التعليم المنخفض أكثر من غيرهم.

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار المستوى التعليمي متغيرا فاعلا في نوعية الحياة خاصة لدى المرضى المزمنين.

4.9. العلاقة بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى الاجتماعي:

قمنا بحساب معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى الاجتماعي لدى المرضى والأصحاء، كما تظهر في الجدول التالي:

جدول 24: معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى الاجتماعي

| العينة | السن | التدين | الوظائف التنفيذية | الكفاءة الذاتية المدركة | الدعم الاجتماعي المدرك | الكرب النفسي | تعداد الخلايا المناعية |
|--------|----------|--------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| مرضى | غيرمتزوج | 0.20 | *0.42 | **0.53 | **0.64 | **0.76 - | 0.12 |

| | | | | | | | |
|-------|----------|--------|--------|--------|--------|----------|---------|
| 0.02 | **0.72 - | 0.16 | **0.46 | **0.48 | **0.34 | متزوج | السرطان |
| 0.22 | **0.64 - | *0.33 | *0.29 | *0.30 | *0.27 | غيرمتزوج | الأصحاء |
| 0.03- | **0.47 - | **0.41 | 0.09 | **0.46 | *0.51 | متزوج | |

* : دال عند $p < 0.05$ و ** : دال عند $p < 0.01$

نلاحظ من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين نوعية الحياة والمتغيرات المستقلة قوية ومطردة ما عدا العلاقة مع تعداد الخلايا المناعية التي لم تكن دالة سواء لدى المرضى أو لدى الأصحاء. وكذا العلاقة بين نوعية الحياة وكل من التدين لدى غير المتزوجين من المرضى وبينها وبين الدعم الاجتماعي لدى المتزوجين. إن الفرق بين المتزوجين وغيرهم في التدين وفي نوعية الحياة واضح في الدراسات السابقة، حيث أشار Gore (2005) وزملاؤه إلى الدور الإيجابي الذي يلعبه الزواج في حياة مرضى السرطان، فهو يؤثر على نوعية الحياة، بل وعلى نسبة الوفيات في سرطان المثانة. ويبدو أن الزواج يساعد على التكيف مع المرض ويزيد من الدعم الاجتماعي ويشجع السلوك الصحي، كذلك فإن العلاقة بين التدين والزواج تبدو ذات اتجاهين حيث يؤثر كل واحد منهما في الآخر إيجاباً.

وهو ما أشار إليه Mugenda و Ondigi (2011) على عينة من 5149 كينيا، حيث وجد ارتباطاً دالاً بين الزواج ونوعية الحياة؛ وهو ما أشارت إليه Pacian وزملاؤها (2012) في دراستهم عن الجوانب النفسية الاجتماعية لنوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي في بولونيا. إن التفسير المحتمل في رأينا لعدم ارتباط نوعية الحياة بالدعم الاجتماعي لدى المتزوجين من مرضى السرطان أن هذا الدعم يأتي تلقائياً من الزوج و الأولاد، في حين أنه يخضع لبعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية في حالة غير المتزوجين الذين يحتاجون لهذا الدعم بل يشكل جزءاً هاماً في حياتهم حتى من الناحية الاقتصادية.

أما لدى الأصحاء فكانت الارتباطات كلها دالة، ما عدا الارتباط بين نوعية الحياة وتعداد الخلايا المناعية، وكذا الكفاءة الذاتية المدركة لدى المتزوجين.

أما الفرق بين المتزوجين وغير المتزوجين الأصحاء في دور الكفاءة الذاتية في نوعية الحياة فإن الزواج يجعل مسؤولية الحياة متقاسمة بين الزوجين، إضافة لانخفاض الشعور بالتهديد بسبب الدعم الاجتماعي. وقد تكون معاملات الارتباط السلبية القوية الدلالة بين نوعية الحياة وبين الكرب النفسي سواء لدى المرضى أو الأصحاء مؤشراً مؤيداً لدور الزواج خصوصاً والحالة الاجتماعية عموماً في نوعية الحياة. واستناداً للنتائج السابقة يمكننا اعتبار المستوى الاجتماعي متغيراً فاعلاً في نوعية الحياة.

5.9. العلاقة بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى الاقتصادي:

قمنا بحساب معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى الاقتصادي لدى المرضى والأصحاء كما تظهر في الجدول التالي:

جدول 25: معاملات الارتباط نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة حسب المستوى الاقتصادي

| العينة | السن | التدين | الوظائف التنفيذية | الكفاءة الذاتية المدركة | الدعم الاجتماعي المدرك | الكرب النفسي | تعداد الخلايا المناعية |
|--------------|-----------------|--------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| مرضى السرطان | مستوى اقتصادي ↓ | *0.31 | **0.40 | **0.54 | 0.22 | - 0.77** | - 0.019 |
| | مستوى اقتصادي ↑ | *0.31 | **0.48 | *0.29 | 0.23 | - 0.65** | 0.14 |
| الأصحاء | مستوى اقتصادي ↓ | 0.11 | **0.46 | 0.31 | *0.43 | - 0.63** | 0.06 |
| | مستوى اقتصادي ↑ | **0.49 | *0.35 | 0.00- | **0.38 | - 0.54** | 0.14 |

* : دال عند $p < 0.05$ و ** : دال عند $p < 0.01$ ↓ : منخفض ↑ : مرتفع

نلاحظ من خلال الجدول ارتباط نوعية الحياة لدى مرضى السرطان بكل من التدين والوظائف التنفيذية والكرب النفسي، ولم ترتبط بالدعم الاجتماعي المدرك ولا بتعداد الخلايا المناعية كما كان متوقعا. وكانت العلاقة مع الجهاز المناعي غير دالة أيضا، فإن الفرق في المستوى الاقتصادي يتوقع أن يكون مؤثرا في نوعية الحياة وبالتالي يكون الدعم الاجتماعي أحد المؤشرات الرئيسية التي نعتمدها في التنبؤ بالرفاه النفسي الاجتماعي في الأمراض المكلفة اقتصاديا مثل السرطان. لكننا لم نلاحظ ذلك الارتباط سواء بالنسبة للجنس أو كبر السن أو لانخفاض المستوى التعليمي أو للزواج، مما يشير إلى أن نوعية الحياة لدى مرضى السرطان في مرحلة العلاج ربما ترتبط بمتغيرات أخرى مثل الكفاءة الذاتية والتدين والكرب النفسي.

إن الدراسات السابقة التي تدرس أثر المستوى الاقتصادي على نوعية الحياة في ارتباطها بمتغيرات أخرى قليلة، حيث أشار Penson (1998) إلى أثر العامل الاقتصادي على نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان البروستاتا. غير أن Mantazeri وزملاءه (2003) يشيرون في دراستهم لعلاقة المستوى الاجتماعي الاقتصادي (SES) بنوعية الحياة لدى المصابين بسرطان الرئة إلى أن الفرق بين ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض وبين ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع كان دالا عند بدء الدراسة لكنه اختفى بعد في المتابعة.

ويلعب المستوى الاقتصادي دورا في تحمل تكاليف المرض، كما يساعد على السلوك الصحي، ويؤثر الفقر، والبطالة، وظروف العمل، والسكن، والتي ترتبط عادة بمستوى تعليمي منخفض على صحة الإنسان (Ncho 2000) إلا أن الفروق بين مرضى السرطان استنادا إلى المستوى الاقتصادي لم يكن دالا إلا على مستوى الكرب النفسي، حيث يبدو منخفضو المستوى الاقتصادي أكثر كربا، وهو أمر متوقع نظرا لتكاليف المرض الاقتصادية والمالية على الفرد والأسرة.

إن أحد التفسيرات المحتملة في رأينا لعدم دلالة للارتباط بين نوعية الحياة وبين الدعم الاجتماعي والذي كان ضعيفا في العينة الكلية ($R=0.23$)، هو أن إدراك نوعية الحياة كما يقيسها WHOQOL Bref مرتبط أكثر لدى مرضى السرطان بخبرة المرض وقلق الصحة والمعاناة الزائدة من الكرب النفسي، وليس بالظروف المادية

| | | | | | | | |
|--------|----------|------|--------|-------|--------|---------|-----------------|
| 0.06 - | **0.75 - | *028 | **0.48 | **049 | **0.40 | إزمان ↓ | مرضى السرطان |
| 0.29 | **0.71 - | 0.15 | **042 | 0.21 | 0.22 | إزمان ↑ | |

* : دال عند $p < 0.05$ و ** : دال عند $p < 0.01$ ↓ : منخفض ↑ : مرتفع

نلاحظ من خلال الجدول أن نوعية الحياة ارتبطت بالمتغيرات المستقلة ارتباطا دالا، عدا مع تعداد الخلايا المناعية لدى ذوي الإزمان المنخفض والذين لم يتجاوزوا عاما واحدا من بداية التشخيص. غير أن الأمر يختلف مع ذوي الإزمان المرتفع حيث لم ترتبط نوعية الحياة بالتدين وكذا بالوظائف التنفيذية وبالدعم الاجتماعي ولا بتعداد الخلايا المناعية أيضا.

ويشير Crombet و Lage (2011) الى أن مرض السرطان يتحول ببطء من مرض قاتل في الشهور الأولى من التشخيص الى مرض مزمن، خاصة في الدول المتقدمة، ما يعكس تطور التشخيص المبكر والعلاج الفعال.

ويترجم الارتباط الدال بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة لدى منخفضي الإزمان حساسية العام الأول من المرض، حيث يواجه المريض الآثار المباشرة للعلاج الكيميائي والإشعاعي، إضافة الى المضاعفات النفسية والاجتماعية مثل إدارة الحياة اليومية وتقبل المرض وصورة الجسم، خاصة بعد الجراحة المشوهة عند النساء وكذا الكرب التالي للصدمة وهو ما نلاحظه في الارتباط السالب والمرتفع بين نوعية الحياة وبين الكرب النفسي. إن الفروق بين مرض السرطان في نوعية الحياة وفي المتغيرات الأخرى غير دالة ماعدا بالنسبة للوظائف التنفيذية، حيث تبدو أفضل لدى منخفضي الإزمان؛ ونعتقد أن أثر العلاج الكيميائي والإشعاعي على الأداء المعرفي مباشرة أو عبر ارتفاع تكاليف المرض النفسية والجسدية والمادية، يؤثر على التقييم المعرفي بسبب الإزمان. كما قد تشير معاملات الارتباط غير الدالة بين كل من نوعية الحياة وبين التدين والوظائف التنفيذية والدعم الاجتماعي الى عاملين مرتبطين بالإزمان المرتفع وهما:

- التكيف مع المرض بعد مرور المرحلة الأولى الصادمة في العام الأول.

- التركيز على إدارة المرض والخوف من المضاعفات أو الانتكاسة.

وأشارت Imhonde (2008) إلى أن نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي لم ترتبط بالإزمان، لكننا نعتقد أن الارتباط القوي بين نوعية الحياة وبين كل من الكفاءة الذاتية والكرب النفسي يشير الى المعاناة التي يكابدها مريض السرطان بغض النظر عن مدة الإزمان.

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير الإزمان فاعلا في العلاقة بين نوعية الحياة والمتغيرات المستقلة في دراستنا خاصة لذوي الإزمان المرتفع.

10. نتائج ومناقشة الفرضية العاشرة:

تشير الفرضية إلى إمكانية اختبار نموذج تفسيري لنتائج العلاقة بين نوعية الحياة ومتغيرات الدراسة الحالية. وقد اقترح الباحث نموذجا نظريا (شكل 6) اعتمادا على الدراسات السابقة التي تناولت التكيف مع المرض المزمن

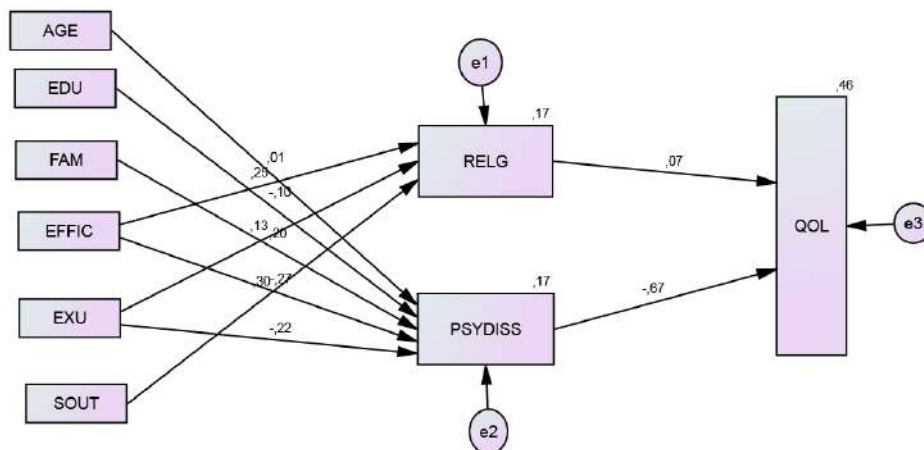
(2000 Spitz)، ونموذج نوعية الحياة (2002 Northhouse)، وكذا النموذج التفاعلي لـ Lazarus، مستلهما النموذج التكاملية الحيوي النفسي الاجتماعي biopsychosocial model. ثم قام بتحليله بواسطة برنامج تحليل عزوم البنى AMOS الذي يمكننا من تطبيق النمذجة بواسطة المعادلات البنائية.

1.1.10. اختبار النموذج لدى مرضى السرطان:

1.1.10. اختبار النموذج الأولي :

تبدأ الخطوة الأولى في اختبار النموذج باستعراض مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة لاستخراج المتغيرات الفاعلة في النموذج كما في الجدول (19).

نلاحظ من خلال الجدول أن الوظائف التنفيذية لا ترتبط بالسن ولا بمدة المرض ولا بتعداد الخلايا المناعية ولا بالدعم الاجتماعي المدرك، لذلك نرى استنادا إلى شروط Baron و Kenny (1986) الخاصة بتحديد مفهوم الوساطة الجزئية partial mediation، أنه بإمكاننا تعويض متغير الوظائف التنفيذية بالكرب النفسي الذي يلائم هذه الشروط بطريقة أفضل. كما تم حذف المتغيرات ذات العلاقة غير الدالة من النموذج الذي نخضعه لاختبار النمذجة لدى مرضى السرطان عن طريق AMOS كما يظهر في الشكل التالي:



شكل 15: نموذج نوعية الحياة لدى مرضى السرطان

نلاحظ من خلال النتائج، وانطلاقاً من الأوزان المعيارية للانحدار (SRW:Standardised Regression Weights) أن أثر السن على كل من التدين أو الكرب النفسي ضعيف أو منعدم (SRW=0.01)، وكذا الأمر بالنسبة للمستوى التعليمي (-0.1) أو الدعم الاجتماعي (0.22)، والحالة العائلية (0.20). كما يظهر أثر التدين على نوعية الحياة، وهو أثر ضعيف غير متوقع (0.07)، عكس الكرب النفسي الذي بلغ معامل انحداره -0.76. و هو قوي ودال.

وتشير قيم مربع الارتباط المتعدد (R^2) لكل من متغيري التدين والكرب النفسي (0.17)، الى قيم تحت العتبة الدنيا المقبولة لإبقائهم معا في النموذج وهي 0.20، حيث يصبح تعديل النموذج حتمياً، كما أن المتغيرين الوسيطين في شكلهما الحالي لا يفسران إلا 46% من التباين في نوعية الحياة. وبالعودة الى مؤشرات المطابقة، نلاحظ أن:

➤ مؤشر χ^2 : قد وصلت قيمته الى 74.12، عند درجة حرية 26 وهي دالة عند $P < 0.000$ ، وعليه يتحتم علينا قبول الفرضية البديلة ورفض الفرضية الصفرية التي تشير الى عدم وجود فروق بين النموذج المقترح وبين مصفوفة التباين الممثلة للنتائج الميدانية على عينة الدراسة. غير أن هذا المؤشر حساس لحجم العينة لذلك يكون عرضة للأخطاء من نوع (α) أو (β) ، لذلك لا يكتفى به لوحده.

➤ مؤشر RMSEA: الذي بلغت قيمته 0.13 مع $P_{close} < 0.000$ ، مما يدل على انخفاض المطابقة بين النموذج والمعطيات.

➤ مؤشر CFI: الذي بلغت قيمة 0.83، وهو مقبول جزئياً على اعتبار عتبة 0.80، إلا أن أغلب الباحثين يفضلون عتبة 0.90 كحد أدنى للمطابقة المقبولة.

➤ مؤشر NFI: الذي بلغ 0.29 وهو يدل ايضاً على مطابقة منخفضة للنموذج المقترح.

يمكننا أن نستنتج من قيم المؤشرات السابقة عدم مطابقة النموذج المقترح لمعطيات الدراسة الحالية، وهي نتيجة وإن كانت كثيرة الحدوث في الدراسات السابقة بسبب تعقد متغيرات الدراسة وتعدد أبعادها، إلا أنها لم تكن متوقعة بسبب دور التدين في نوعية الحياة وارتباطها الدال به ($R=0.30$). ورغم الدراسات المتعددة التي أوردناها في تحليل علاقة التدين بنوعية الحياة في نتائج الفرضية الثامنة، وكذا دراسة Koenig المسحية الشاملة، وهو ما دعمه Kutsey وزملائه (2007) في دراستهم عن دور اللياقة الروحية كعامل وسيط جزئياً في نوعية الحياة لدى الأمريكيين الافارقة، وكذلك دراسة Tarakeshwar وزملائها (2006) والتي وجدت أثراً موجباً ومنبئاً للتكيف الديني على نوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان المتقدم، وإن كان معامل الانحدار ضعيف ($SRW=0.17$)؛ رغم ذلك كله إلا أن الأثر الضعيف للتدين على نوعية الحياة في النموذج الحالي ($SRW=0.07$) يجعلنا نتخلى عنه كمتغير وسيط بين المتغيرات المستقلة وبين نوعية الحياة.

وتشير هذه النتيجة تساؤلاً هاماً في نظرنا فحواه مدى فاعلية التدين في حياة المرضى المزمنين كعامل مخفف للكرب، ومساعد على التكيف مع الضغوط النفسية الناجمة عن المرض ومضاعفاته، ونخص بالذكر هنا التدين كحالة معرفية ووجدانية اعتماداً على جوهرية الخبرة الإيمانية، وليس ارتباطاً بالسلوك الظاهري الذي قد تلعب العوامل الاجتماعية والثقافية مثل الجاذبية الاجتماعية دوراً هاماً فيه.

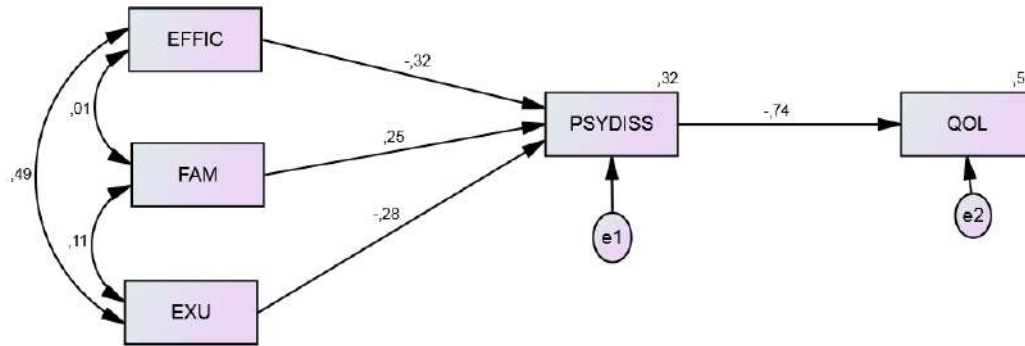
لكننا نذكر بأن دراستنا تابعة للنوع الثالث الذي أشار إليه Joreskog (1993)، وهو النموذج التوليدي الاستكشافي، لذلك يتعذر علينا استخلاص نتائج نهائية أو تأكيدية عن دور التدين في حياة المرضى المزمنين. وتتعدد أسباب عدم مطابقة النماذج لمعطيات الدراسة ومنها:

- ✓ عشوائية العينة وتوزيع المتغيرات المقاسة في مجتمع الدراسة.
- ✓ طبيعة المقاييس المستعملة خاصة في قياس المتغير التابع.
- ✓ الخلفية النظرية التي يبني عليها النموذج، ومدى وجود دراسات قريبة أو مشابهة لمقترحات الدراسة الحالية (Hooper 2008).

2.1.10. اختبار النموذج المعدل لنوعية الحياة لدى المرضى:

إن حذف المتغيرات التي كانت معاملاتها أو أوزانها غير دالة، وكذا أثرها الكلي على نوعية الحياة، واعتماداً على أدنى عتبة مقبولة لقيمة مربع الارتباط المتعدد (R^2)؛ يمكننا اقتراح نموذج مختصر نحاول به تفسير أثر المتغيرات الباقية في نوعية الحياة، مع الإبقاء على متغير الكرب النفسي كعامل أساسي نظراً لأثره البالغ في نوعية الحياة حسب النتائج.

وعليه يصبح النموذج المعدل على الشكل التالي:



الشكل 16: النموذج المعدل لنوعية الحياة لدى مرضى السرطان

نلاحظ من خلال معاملات التقييم المعياري standarised estimation أن كلا من الكفاءة الذاتية المدركة، والتقييم المعرفي ممثلاً بالوظائف التنفيذية ذات أثر مباشر سالب على الكرب النفسي. وقد بلغت معاملات قيم التأثير الكلي للكفاءة و الوظائف التنفيذية على نوعية الحياة في هذا النموذج على التالي: 0.51 و 0.63، كما أظهر تأثير الحالة العائلية على الكرب النفسي ($SRW=0.25$)، كما بلغ معامل التأثير غير المباشر لهذا المتغير على نوعية الحياة ($IE=-7.09$).

أما الكرب النفسي فإنه يؤثر بقوة في نوعية الحياة، حيث بلغ وزن الانحدار المعياري ($SRW=-0.74$)، وعليه فإن انخفاض الكرب النفسي يؤدي إلى تحسن واضح ودال في نوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وهي نتيجة موافقة لأغلب الدراسات السابقة التي أوردناها في تحليل العلاقة هذه المتغيرات في نتائج الفرضية الثامنة.

ويظهر فحص مؤشرات جودة المطابقة بين النموذج المعدل نتائج دراستنا القيم التالية:

➤ مؤشر χ^2 : الذي بلغ قيمة 8.48، عند درجة حرية 3 و $P<0.037$ وهو وإن كان دالاً عند 0.05، إلا أنه يقترب كثيراً من عدم الدلالة مما يشير إلى اقتراب النموذج المعدل من المطابقة المقبولة.

➤ مؤشر RMSEA: الذي بلغ قيمته 0.13 ونلاحظ أن $P_{close}<0.076$ ، مما يدل على مطابقة النموذج لمعطيات الدراسة.

➤ مؤشر CFI: والذي بلغت قيمته 0.96، وهي قيمة دالة على المطابقة الجيدة بين النموذج وبين معطيات الدراسة الحالية.

✚ مؤشر NFI: وهو وإن كان في حزمة واحدة في مقارنات الخط القاعدي (Base Line Comparaison) مع CFI، إلا أن قيمة (0.94) تؤيد المطابقة الجيدة للنموذج.

✚ مؤشر GFI: والذي بلغ 0.97، وهو دال جدا على المطابقة الجيدة بين النموذج وقيم متغيرات الدراسة. مما يؤيد قبول هذا النموذج. وعليه يمكننا استنتاج مطابقة النموذج المعدل لنوعية الحياة لدى مرضى السرطان. غير أن ظهور متغير الكرب النفسي كعامل وسيط ومنبئ بين كل من الكفاءة الذاتية والوظائف المعرفية، والحالة العائلية قد يبدو معكوسا ذلك أن نموذج Lazarus التفاعلي يركز على التقييم المعرفي للكرب النفسي أو الضغوط المهددة على الشكل التالي:

الحادث الكارب ← التقييم المعرفي الواعي ← الانفعال

الشكل 17: نموذج Lazarus للتقييم المعرفي

حيث يظهر التقييم المعرفي وسيطا بين الحادث وبين آثاره الوجدانية، إلا أن الباحث يميل الى تفسير نتائج النموذج المعدل في ضوء المعطيات علم النفس العصبي كما يطبقها أخصائيو العلاج المعرفي السلوكي (Cottraux 2010)، حيث يعتبر نموذج Damasio أكثر قابلية لتفسير الفروق بين التقييم المعرفي الواعي ونظيره غير الواعي. على الشكل التالي:

الحادث الكارب ← تقييم غير واعي ← الانفعال ← تقييم واع ← الوجدان

الشكل 18: نموذج Damasio للتقييم المعرفي

ويفترض Damasio أن العلاقة بين المهاد وبين اللوزة لا تمر حتما ودائما على القشرة الحسية أو المنطقة قبل الجبهية، والتي يسلكها كما هو مفترض العلاج المعرفي، بل يمكن أن تتم عن طريق مختصر غير واع يربط مباشرة المهاد باللوزة وهو الطريق الذي يسلكه كما هو مفترض العلاج السلوكي.

إن الأثر المحدود للوظائف التنفيذية ممثلة للتقييم المعرفي على الكرب النفسي لدى مرضى السرطان قد يعود في نظرنا استنادا إلى نظرية Damasio إلى أن جزءا كبيرا من الكرب النفسي يكون غير واع، مع احترازنا على استعمال مصطلح "غير واع" والذي نعتمد فيه مفهوم علم النفس العصبي له مبتعدين به عن مفهومه في التحليل النفسي. ونعتقد أن بعض المؤشرات تؤيد فرضنا هذا مثل:

✚ يعتبر قلق الموت المصاحب لمرض السرطان أحد المكونات الرئيسية للكرب عند المرضى، مما يؤدي الى معاناة معرفية غير واعية بين الاستسلام للخوف من الموت أو مقاومته للحفاظ على تماسك الذات (Self Coherence) وعدم نضوبها (Self Depletion)؛ لأن النتيجة المعاكسة لتلك الحالة تتمثل بظهور أعراض عدم التكيف التي تصل إلى الإنكار أو الاكتئاب الشديد أو الانتحار المقنع، وقد يكون الخروج من هذا التناقض المعرفي والازدواج الوجداني عن طريق غير واعي أجدى للمريض.

✚ إن عدم جدوى ميكانيزمات الدفاع، أو آليات التكيف في التخفيف من الكرب المؤثر في نوعية الحياة دون مساعدة خارجية، وكذا ما أوردها في الدراسات السابقة عن دور الكرب في نوعية الحياة، يدعم وجوده كمتغير وسيط يمكن استهدافه بالعلاج المعرفي السلوكي.

✚ إن علاقة المكون الوجداني للتدين خاصة في أهم أبعاده وهو الرضى النفسى والوجودي العميق في مواجهة القلق والخوف والكرب الناتج عن السرطان، قد يعيد متغير التدين الأصيل إلى نموذج تفسير نوعية الحياة، وهو ما يحل لنا التناقض بين جملة الدراسات السابقة التي تشير إلى أهمية التدين في الحياة و الدراسة الحالية.

إن الارتباط القوي بين التدين ونوعية الحياة كما يظهر في مصفوفة الارتباط لدى مرضى السرطان يجعلنا نعتقد أنه كمتغير مستقل ذو اثر مباشر على نوعية الحياة، وهو ما يفسر في رأينا نتيجتين هامتين:

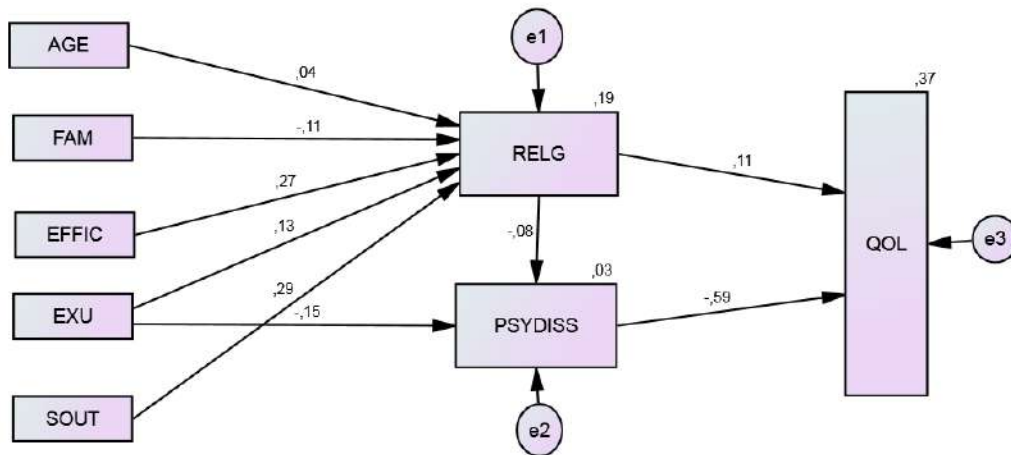
- ارتفاع نسبة نوعية الحياة المتوسطة والجيدة لدى المرضى رغم ارتباط المرض بالموت.
- انعدام أو انخفاض نسبة الانتحار بين هؤلاء المرضى، رغم أننا لانستبعد ظهور أفكار انتحارية قد تتبدى مقنعة في رفض المريض للغذاء أو الدواء.

لكن غياب متغير التدين كعامل منبئ أو وسيط في النموذج التفسيري لنوعية الحياة لدى المرضى لا يلغي دلالة الارتباط القوي، ويعتقد الباحث أن اختفاء هذا المتغير من النموذج مرتبط بعلاقته الضعيفة بالكرب النفسي (-0.25) لدى المرضى عكس ما ظهر لدى الأصحاء (-0.4) لذلك حافظ على مكانه كمتغير مستقل في نموذج نوعية الحياة لدى الأصحاء.

2.10. اختبار النموذج المقترح لدى الأصحاء:

نبدأ اختبار النموذج باستعراض مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة لدى الأصحاء كما سبقت في الجدول (20). لنستخرج منها المتغيرات ذات العلاقة الفاعلة في نوعية الحياة وتضمينها النموذج المقترح.

نلاحظ من خلال الجدول أن متغير الوظائف التنفيذية لم يرتبط بأي من المتغيرات المستقلة الديموغرافية والاجتماعية مثل الجنس، والسن، والمستوى الاجتماعي، والتعليمي، والاقتصادي، ولا بالدعم الاجتماعي، كما أن ارتباطه بالكفاءة الذاتية ليس قويا ($R=0.26$)، لذلك يتعذر علينا إدراجه كمتغير وسيط في نموذج تفسير نوعية الحياة. ونلاحظ أيضا قوة الارتباط بين الكرب النفسي وبين نوعية الحياة، وارتباطه مع المتغيرات الأخرى، إضافة لمتغير التدين، وعليه يصبح النموذج المقترح المتوافق مع مصفوفة الارتباط ممثلا في الشكل التالي بعد اختباره بواسطة Amos :



شكل 19: نموذج نوعية الحياة لدى الأصحاء

تشير أوزان معاملات الانحدار إلى انخفاض تأثير السن (0.04) والحالة العائلية (0.11)، والدعم الاجتماعي (-0.15) على التدخين؛ ويمكننا ملاحظة الأثر المباشر المنخفض للتدخين على نوعية الحياة (0.11)، وكذلك تأثيره على الكرب النفسي (-0.08)، مما لا يؤهل هذا المتغير للبقاء متغيراً وسيطياً في النموذج. واعتماداً على معامل الارتباط المتعدد (R^2) لكل من التدخين (0.19)، والكرب النفسي (0.03)، يتحتم علينا إجراء تغييرات على النموذج ليصبح أكثر مطابقة سواء بالنسبة للمتغيرات المستقلة أو الوسيطة. أما بالنسبة لمؤشرات جودة المطابقة فكانت:

➤ مؤشر χ^2 : بلغت قيمته 64.96 مع ($Jf=P<0.000$)، مما يؤشر بعدم قبول الفرضية الصفرية، لذلك يمكننا اعتبار المطابقة بين النموذج ومعطيات الدراسة منخفضة.

➤ مؤشر RMSEA: الذي بلغ قيمة 0.15، ونلاحظ أن ($P_{close}<0.000$)، وهو غير دال أيضاً مما يؤشر إلى انخفاض المطابقة أيضاً.

➤ مؤشر CFI: والذي بلغت قيمته 0.27، وهو غير دال أيضاً.

➤ مؤشر GFI: والذي بلغ 0.83، وهو في حدود المطابقة المتوسطة لكن أغلب الباحثين يشترطون عتبة 0.90 كحد أدنى لقبوله.

➤ مؤشر NFI: وقد بلغ 0.28 وهي قيمة تدل على انخفاض المطابقة أيضاً.

إن النتائج السابقة تشير إلى انخفاض كبير للمطابقة بين النموذج المقترح لتفسير نوعية الحياة وبين معطيات الدراسة ممثلة في قيم متغيراتها.

إن مقارنة النموذج الحالي ونظيره لدى مرضى السرطان يظهر حذف متغير المستوى التعليمي منه مؤشراً على التأثير المحدود على نوعية الحياة لدى الأصحاء، وقد ظهر ذلك في الارتباط غير الدال بنوعية الحياة وعدم ارتباطه بالمتغيرات الأساسية الأخرى مثل التدخين والكرب الاجتماعي.

ونلاحظ أن التدين والكرب النفسي كمتغيرين وسيطيين يفسران 46% فقط من التباين في نوعية الحياة لدى مرضى السرطان و37% لدى الأصحاء. أما أثرهما المباشر على نوعية الحياة فكان متقاربا في النموذجين، حيث كان منخفضا بالنسبة للتدين (0.07 و 0.11) ومرتفعا بالنسبة للكرب النفسي (-0.67 و -0.59) خلافا لما توقعناه.

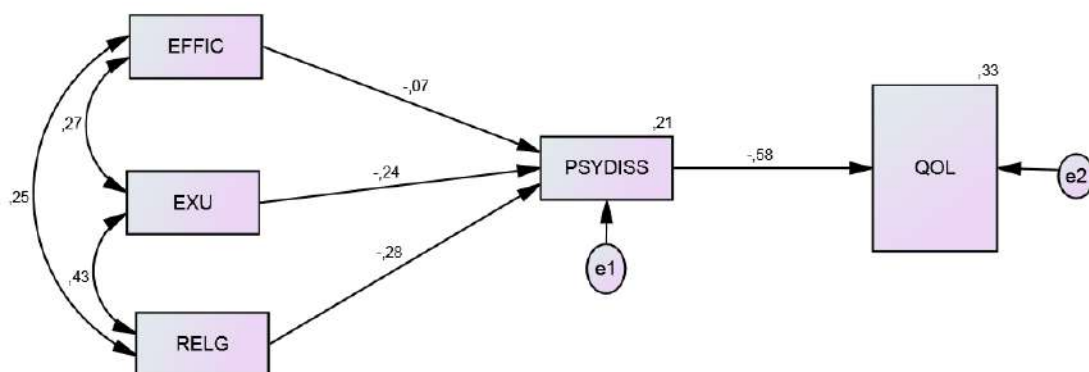
ويعتقد الباحث أن نوعية الحياة كما يقيسها استبيان منظمة الصحة العالمية، وكذا أغلب المقاييس المتاحة يركز على الصحة الجسدية كبعد أساسي لمتعلقاتها المادية، رغم وجود بنود أحادية تقيس الجانب الانفعالي، والعلائقي الاجتماعي، وكذا الرضى عن الحياة؛ إذ لا يمكنها تقييم البعد المعنوي الوجودي أو الوجدان الحياتي المرتبط بنوعية الحياة مما يجعل أثر التدين فيها ضعيفا، مقارنة بالوجدان الجسدي والنفسي الممثل بالمشاعر السلبية والمعاناة النفسية والاجتماعية الممثلة في الكرب النفسي والتي تظهر المعاملات أنها ذات تأثير كبير على نوعية الحياة .

ويعتقد الباحث أن التقييم العميق للرضى النفسي بمكوناته الصحية الجسدية والإيمانية والنفسية والاجتماعية يمكنه أن يكون منبئا جيدا عن نوعية الحياة لدى الأصحاء والمرضى على السواء.

3.10. اختبار النموذج المعدل لدى الأصحاء:

إن حذف المتغيرات التي لم تكن قيم معاملاتها أو أوزانها دالة، إضافة إلى اعتماد عتبة 0.20 كقيمة دنيا لمربع الارتباط المتعدد (R^2)، يمكننا من حذف متغير التدين كعامل وسيط في تفسير نوعية الحياة لدى الأصحاء، وإبقائه كمتغير مستقل بسبب معاملات ارتباطه مع نوعية الحياة والكرب النفسي والكفاءة الذاتية والوظائف المعرفية وكذلك فان عدم ارتباط السن والدعم الاجتماعي بالكرب النفسي يفقداهما مكانتهما في النموذج، ويبقى الأثر المباشر للكرب النفسي على نوعية الحياة ($SRW=-0.59$) مؤهلا له للبقاء في النموذج.

وعليه يصبح النموذج المعدل على الشكل التالي:



شكل 20: النموذج المعدل لنوعية الحياة لدى الأصحاء.

يشير النموذج الى الأثر الضعيف المباشر للكفاءة الذاتية على الكرب النفسي ($SRW=-0.07$)، خلافا لأثره في نموذج مرضى السرطان ($SRW=-0.32$)، ولاتوجد فروق كبيرة بين المرضى والأصحاء في أثر الوظائف التنفيذية على الكرب النفسي وهو أثر سالب حيث يؤدي الاستبصار المعرفي الى خفض الكرب النفسي. أما بالنسبة لمطابقة النموذج لمعطيات الدراسة فقد وصلت المؤشرات الى القيم التالية:

➤ مؤشر χ^2 : بلغت قيمته 5.44، و ($df=3, P<0.14$) مما يجعلنا نقبل الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق بين النموذج ومعطيات الدراسة وهو مؤشر على جودة المطابقة.

➤ مؤشر RMSEA: وبلغت قيمته 0.91 ويدل على مطابقة جيدة.

➤ مؤشر CFI: الذي بلغت قيمته 0.97، وهو مرتفع بنسبة تشير الى المطابقة الجيدة بين النموذج المعدل وبين معطيات الدراسة.

➤ مؤشر GFI: والذي بلغ 0.98، مما يدل على المطابقة الجيدة.

➤ مؤشر NFI: وقد بلغ 0.94 وهو في حدود المقبول ايضا.

إن النتائج السابقة لمؤشرات جودة المطابقة تجعلنا نقبل النموذج المعدل في تعبيره عن نتائج متغيرات الدراسة وارتباطاتها مع بعضها.

إن ظهور الأثر المباشر للكفاءة الذاتية على الكرب النفسي لدى المرضى مقارنة بالأصحاء قد يرتبط بأهمية إدارة الذات والتمركز حولها عند الإصابة بالمرض الخطير المهدد للحياة، عكس الشعور بالأمان والبعد عن الخطر لدى الأصحاء. إن الكفاءة الذاتية المدركة كما نستخلص من دراسات علم النفس الاجتماعي المعرفي، متغير معرفي ونفسي اجتماعي تابع لمستوى الحرية النفسية، ودرجة الاستقلالية في القرارات المتعلقة بحياة الفرد. وهي بعد تربوي نمائي مرتبط بهامش الحرية والمسؤولية التي يخبرها الطفل منذ نعومة أظافره حيث يتم تعزيزها بالخبرات الإيجابية الذاتية وبالمقارنة الاجتماعية، معدلة للمعريفات المعوقة، إضافة للتعلم الاجتماعي كما تشير إليه نظرية Bandura، والذي نستنتج منه مفهوم تربية الكفاءة الذاتية المنبثقة عن تربية الإرادة الحرة في المجتمع.

وقد وجد زعطوط (2005) في دراسة سابقة عن السلوك الصحي في الأمراض المزمنة ارتباطا انخفاض الكفاءة الذاتية بمتغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي، كما وجد انخفاضا دالا للكفاءة لدى المرضى الذين لا يشعرون بالتهديد الآني لحياتهم. مثل المصابين بارتفاع ضغط الدم من صغار السن وهم أشبه في هذه الحالة أو السمة بالأصحاء.

ونلاحظ من خلال النموذج المعدل تعويض متغير الوضع العائلي لدى مرضى السرطان بالتدبير لدى الأصحاء؛ كما يبدو الوضع العائلي مؤثرا في الكرب بطريقة سالبة حيث يؤدي وجود الأولاد والزوجة الى زيادة

الكرب بعكس المتوقع من الزواج كدعم اجتماعي رئيسي. غير أن المصابات بالسرطان خاصة يعانين من الخوف والقلق على الأسرة في حالة الوفاة.

كما أثر التدخين في الكرب النفسي لدى الأصحاء ($SRW=-0.28$) ، حيث ينخفض الكرب بارتفاع مستوى التدخين، ونعتقد أنه يمثل التأثير غير المباشر للتدخين على نوعية الحياة.

إن ظهور الكرب النفسي كمتغير فاعل ووسيط بين نوعية الحياة وبين بعض المتغيرات المستقلة في دراستنا مثل الكفاءة الذاتية، والأداء المعرفي للفص الجبهي ممثلاً بالوظائف التنفيذية، والتدخين، والحالة العائلية، يشير في أحد أوجهه إلى أهمية الحالة الوجدانية وأثرها على الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية لدى المرضى والأصحاء على السواء. كما أنها العامل الرئيس في تقديرهم لنوعية حياتهم وقد اشرنا إلى أهمية الكرب النفسي في ارتباطه بنوعية الحياة في مناقشتنا لنتائج الفرضية الثامنة.

إن هذه النتيجة ذات قيمة كبيرة بالنسبة للمرضى أولاً، حيث يشير أغلبهم إلى نوعية حياة مرتفعة في حين أن ما يقارب نصفهم يعاني من كرب نفسي متوسط أو شديد يحتاج إلى تدخل نفسي وطبي. وكذلك فإن ظهور أثر المتغير الوجداني يجعل الأطباء وجهاً لوجه مع النموذج الحيوي-النفسي-الاجتماعي وأهميته في تفسير نوعية الحياة، بدلاً من اعتماد مؤشرات عضوية مادية راسخة في أدبيات النموذج الطب الغربي المادي. كما يستلزم التقييم المنتظم Systematic Evaluation للكرب النفسي لدى المرضى، كما هو الحال في أغلب الدول التي تأخذ بالحسبان خفض المعاناة النفسية كشرط أساسي لنوعية الحياة الجيدة.

خلاصة الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى استكشاف نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين ممثلين بمرضى السرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية الاجتماعية مقارنة بالأصحاء من الجمهور العام، وأثر المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والامراضية على تلك العلاقة، واختبار نموذج تفسيري لنوعية الحياة.

ويمكننا تلخيص نتائجها كما يلي:

1. يعاني 12% من مرضى السرطان من نوعية حياة منخفضة مقابل 1% فقط من الأصحاء وباستثناء تلك

النتيجة فإن نوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء مرتفعة حيث قاربت النسبة 90%، ولا توجد فروق

بينهما فيها خلافا لتوقعاتنا.

2. يعتبر مستوى التدين مرتفعا لدى المرضى المزمنين والأصحاء على السواء، حيث بلغت النسبة 80%

ولم تظهر فروق دالة بينهما، وقد ارتبط التدين بنوعية الحياة في العينتين ارتباطا دالا وموجبا، حيث

وصل معامل الارتباط لدى المرضى الى 0.31، ولدى الأصحاء الى 0.34.

3. يعتبر مستوى الأداء المعرفي ممثلا بالوظائف التنفيذية مرتفعا لدى العينتين، حيث أن 84% من

المرضى المزمنين و81% من الأصحاء يتمتعون بوظائف تنفيذية متوسطة، مقابل أداء معرفي جيد لدى

13% من المرضى المزمنين و18% من الأصحاء، ولم تظهر فروق بين المرضى والأصحاء في

الوظائف التنفيذية، وقد ارتبط الأداء المعرفي بنوعية الحياة لدى العينتين ارتباطا دالا وموجبا، حيث

وصل قيمته الى 0.43 لدى المرضى و 0.36 لدى الأصحاء.

4. يعتبر مستوى الكفاءة الذاتية المدركة أخفض لدى المرضى المزمنين حيث وصلت نسبة المرض ذوي

الكفاءة الذاتية المدركة المنخفضة الى 25%، مقابل 16% لدى الأصحاء، وكان ارتباط نوعية الحياة

بالكفاءة الذاتية دالا وموجبا لدى المرضى حيث وصلت قيمة معامل الارتباط الى 0.47، وضعيفا لدى

الأصحاء (0.21).

5. يعاني ثلث المرضى المزمنين والأصحاء من انخفاض الدعم الاجتماعي المدرك وكان ارتباطه بنوعية

الحياة ضعيفا لدى المرضى حيث وصلت قيمة معامل الارتباط الى 0.23، و قويا ودالا لدى الأصحاء

(0.36).

6. يعاني 52% من المرضى المزمنين من مستوى متوسط إلى مرتفع في الكرب النفسي مقارنة

بالأصحاء (28%) وكان ارتباط الكرب النفسي بنوعية الحياة سلبيا وقويا لدى المرضى حيث وصلت

قيمة معامل الارتباط الى -0.74، والى -0.54 لدى الأصحاء.

7. يعاني مرضى السرطان من انخفاض الأداء المناعي (18% من المرضى) ممثلاً في انخفاض مستوى الخلايا البيضاء والليمفاوية، غير أن تعداد هذه الأخيرة لم يرتبط بنوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء على السواء.

8. نستنتج من أثر كل من الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي على قيم معاملات الارتباط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات المستقلة أنها فاعلة في تلك العلاقة، وهو ما لم يظهر بالنسبة للمستوى الاقتصادي. كما كان الإزمان المرتفع أيضاً فاعلاً في تلك العلاقة لدى المرضى.

9. لم يظهر الأثر المنبئ أو الوسيطي لمتغير التدين في تفسير نوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء، غير أنه حافظ على مكانته كمتغير مستقل في نموذج نوعية الحياة لدى الأصحاء. كما ظهر الأثر المباشر والوسيطي للكرب النفسي بين كل من الكفاءة الذاتية والتقييم المعرفي ممثلاً بالوظائف التنفيذية و بين نوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء على السواء، لذا بإمكاننا اعتبار التكفل بالكرب النفسي لدى المرضى المزمنين والأصحاء عاملاً حاسماً في تحسين نوعية حياتهم.

آفاق الدراسة واقتراحاتها:

1- إن طريقة المعاينة القصدية في الدراسة الحالية فرضتها طبيعة العينة وظروف العثور عليها وخصوصية المرض المزمن المتمثل في السرطان، غير أن تعميم النتائج يحتاج في نظر الباحث الى تحقيق شروط منهجية أفضل مثل عشوائية العينة، وشمولها لأمراض مزمنة اخرى لغرض المقارنة، ويعتقد الباحث أن توسيع الدراسة الى المستوى الجهوي أو الوطني كفيل بتحقيق تلك الشروط خاصة اذا تكفل به فريق بحثي متكامل.

2- يشكل المرض المزمن عبئا على الفرد والمجتمع ويتسبب في خسائر نفسية واجتماعية واقتصادية مما يعيق عملية النمو الفردي والجماعي، وقد اصبحت دراسة نوعية الحياة احد المداخل للتكفل بالزمنى، لذلك يرى الباحث اعتمادا على نتائج الدراسة الحالية في تأكيدها على علاقة الكرب النفسي بنوعية الحياة، ضرورة إنشاء مشروع وطني لنوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، بإمكانه أن ينطلق من مجموعة من فرق البحث على مستوى الجامعات، وصولا للتكفل به من طرف هيئة وطنية مستقلة، وقد سبقتنا دول مثل كندا وأستراليا في إنشاء مشروعاتها الوطنية لنوعية الحياة لكافة المواطنين دون استثناء.

3- تدل نتائج الدراسة الحالية، وكذا المقاربات النظرية والمنهجية المستعملة على اهمية الاختصاصات التي تدرس الصحة والمرض والسلوك الصحي والمتغيرات الفاعلة فيها، مثل علم النفس الاجتماعي للصحة وعلم النفس الصحي وعلم المناعة النفسي العصبي، والطب السلوكي، لذا ينصح الباحث بإدراج مساقات تغطي تلك الاختصاصات في تكوين النفسانيين خاصة العياديين منهم، مما ينعكس ايجابا على فهمهم للمتغيرات الفاعلة في التكيف مع المرض ويحسن تكفلهم بالمرضى المزمنين اعتمادا على المقاربة الكلاسيكية.

4- تشجيع الدراسات التي تستعمل المقاربات المنهجية المُحَيَّنَة، والتقنيات الإحصائية الحديثة مثل منهج ما وراء التحليل meta-analysis، التي تفرز وتلخص الدراسات والبحوث السابقة ذات الأثر، مما يمكن الباحثين من استغلالها بفاعلية في انشاء نماذج بحثية ذات صدقية مرتفعة بدل الهدر البحثي الحالي.

5- تخصيص دورات تكوينية لطلبة الدكتوراه ومابعدها في النمذجة السلوكية باستعمال البرامج التفاعلية الحديثة مثل برنامج AMOS وغيره، مما يمكن طلبتنا وباحثينا من تحيين معارفهم ومهارات بحثهم مسابرين التقدم السريع في تلك التقنيات على المستوى العالمي.

1- المراجع العربية:

1. جان (نادية سراج). (2008). الشعور بالسعادة وعلاقته بالتدين والدعم الاجتماعي والتوافق الزوجي والحالة الصحية. دراسات نفسية. مج 18، ع4، أكتوبر. 601-648.
2. الحسين (سليمان بن محمد). (2006). التدين وعلاقته بالعصاب والانبساط. دراسات طفولة.
3. احمد (زكريا توفيق). (1999). العلاقة بين مستوى التدين وإشباع الحاجات النفسية عند طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية. العدد الثالث والعشرون. جزء3.
4. غانم (محمد حسن). (2004). التدين وعلاقته بقلق الموت والأحداث السارة والنظرة للحياة. دراسات عربية في علم النفس. مج3، ع3، يوليو، 197-255.
5. الانصاري (هيفاء عبد الحسين) ، عبد الخالق (احمد محمد). (2010). التدين وعلاقته بفعالية الذات والقلق لدى ثلاث عينات كويتية. دراسات نفسية، مج22، ع1، يناير، 149-180.
6. الضامن (منذر عبد الحميد) و حسن (عبد الحميد سعيد). (2006). قيم العمل ودورها في جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط 17-19 ديسمبر.
7. الجميح (أحمد)، كمال (العنزي) ، صالح بن (صالح) ، حجيلي (فايز) ، السياري (عبدالله). (2011). دراسة حول نوعية الحياة ومحدداتها لدى مرضى الديال الدموي في أحد مراكز الديال بالمملكة العربية السعودية، المجلة العربية لطب وزرع الكلى ، المجلد الرابع ، العدد الثالث ، سبتمبر.
8. الصنيع (صالح بن ابراهيم). 1421هـ. التدين والصحة النفسية. الادارة العامة للثقافة والنشر، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية.
9. احمد (زكريا توفيق). (1999). التدين واشباع الحاجات النفسية عند طلاب الجامعة بمدينة الاسماعيلية. مجلة كلية التربية، العدد23، جزء3.
10. الشقيرات (محمد عبد الرحمن). (2005). مقدمة في علم النفس العصبي. عمان، (طبعة اولى)، دار الشروق.
11. عبد القوي (سامي). (2001). علم النفس العصبي. (طبعة اولى)، مطبوعات جامعة الامارات العربية المتحدة.
12. المهدي (محمد عبد الفتاح). (2002). سيكولوجية الدين والتدين. البطاش للنشر والتوزيع. الإسكندرية. مصر.

13. الكندري (يوسف يعقوب). (2003): الثقافة، الصحة، المرض: رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة. جامعة الكويت. الكويت.
14. الهيمص (صالح اسماعيل). (2010). قلق الولادة لدى الامهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة. رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية، قسم علم النفس كلية التربية، غزة.
15. سعيد حسن (عبد الحميد) و المحرزي (راشد بن سيف). وإبراهيم (محمود محمد). جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية و استراتيجيات المقاومة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس: وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة جامعة السلطان قابوس، مسقط 17-19 ديسمبر.
16. نعيصة (رغداء علي). (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق وتشيرين. مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، العدد الاول.
17. الدينو (نماء محمد). (2012). التدين ، المفهوم والتصورات. مؤتة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، المجلد 27، العدد 6.
18. تقرير الوضع العالمي (ملخص بالعربية) من 2010 . www.who.int
19. رمضان (زعطوط). (2005) علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة ورقلة.

2- المراجع الأجنبية:

1. Abraham J, Haut MW, Moran MT, Filburn S, Lemiux S, Kuwabara H. (2008). Adjuvant chemotherapy for breast cancer: effects on cerebral white matter seen in diffusion tensor imaging. Clin Breast Cancer.; 8(1):88–91.
2. Adel N. Abdullah, Khalidah A. Mansour, (2012). Impact of chemotherapy upon quality of life for patients with chronic myeloid leukemia, Iraqi National Journal of Nursing Specialties, Vol. 25, Special issue.
3. [Agustin Lage](#) and [Tania Crombet](#). (2011). Control of Advanced Cancer: The Road to Chronicity .Int J Environ Res Public Health. March;8(3):683–697. doi: [10.3390/ijerph8030683](https://doi.org/10.3390/ijerph8030683).
4. Ahles ,Tim, A. and Saykin, Andrew, J. (2007). Candidate mechanisms for chemotherapy-induced cognitive Changes .Nat Rev Cancer .March ; 7(3): 192–201. doi:10.1038/nrc2073.
5. Aicha Omar Maulana. (2002). Health promotion; an Islamic perspective; Master thesis; University de Maastricht.
6. ALAN J. CHRISTENSEN et MICHAEL H. ANTONI, (2002). Chronic Physical Disorders Behavioral Medicine's Perspective, Blackwell, USA.
7. Albright Teresa. L. et al. (2001). Predictors of self care behaviour in adults with type 2 diabetes :An RRnest Study. Fam. Med.; 33 (5) : 354-360.
8. Aldona Mikailiūkštienė et al. (2013). Quality of life in relation to social and disease factors in patients with type 2 diabetes in Lithuania; Med Sci Monit.; 19:165-174.
9. Ali Montazeri, et al. (2003). Quality of life in lung cancer patients: does socioeconomic status matter? Health and Quality of Life Outcomes, 1:19.

10. Aline Drapeau, Alain Marchand et Dominic Beaulieu-Prévost (2012). Épidémiologie de la détresse psychologique, Les maladies mentales - Compréhension, prédiction et de contrôle, le professeur Luciano Labate (Ed.), ISBN: 978-953-307-662 - 1, InTech, disponible à partir de: <http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-and-contrôle/épidémiologie-de-psycho-détresse>.
11. Andrea Bovero et al.(2013).Religiosity, pain and depression in advanced cancer patients. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 8(1): 51-59.
12. Anna Pacian et al.(2012)Psychosocial aspect of quality of life of Polish women with breast cancer *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* ., Vol 19, No 3, 509-5123.
13. Antonia Abbey et Frank M Andrews. (1985). modeling the psychosocial determinants of quality of life. *Social Indicators Research* 16 1-34.
14. Athanasia Papatthanasiou et al.(2008).Reporting distress and quality of life of patients with diabetes mellitus in primary and secondary care in Greece, *Mental Health in Family Medicine*;5:85–93.
15. Arbuckle James L.(2013). IBM® SPSS® Amos™ 22 User's Guide.at: <http://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg27038441.visited:9/2013>.
16. Azadeh Tavoli et al.(2008).Depression and quality of life in cancer patients with and without pain:the role of pain beliefs, *BMC Cancer*, 8:177.at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/177>.
17. Bandura, A.(1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol.6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
18. Barbareschi G, Sanderman R, Leegte IL, van Veldhuisen DJ, Jaarsma T (2011).Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *J Card Fail*. Jan;17(1):47-53. doi: 10.1016/j.cardfail. 2010.08.005.
19. Barry D. Bultz and Linda E. Carlson. (2005).Emotional Distress: The Sixth Vital Sign in Cancer Care, DOI: 10.1200/JCO.02.3259 www.jco.org.
20. Beasley Jeannette M.,et al. (2010).Social networks and survival after breast cancer diagnosis. *J Cancer Surviv*. December; 4(4): 372–380.
21. Betina Yanez ,Elizabeth H. Thompson ,Annette L. Stanton.(2011).Quality of life among Latina breast cancer patients: a systematic review of the literature, *J Cancer Surviv* 5:191–207.
22. Betina Yanez et al.(2009).Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer:Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning. *J Consult Clin Psychol*. August ; 77(4): 730–741.
23. Blomberg Bonnie B., et al. (2009). Psychosocial Adaptation and Cellular Immunity in Breast Cancer Patients in the Weeks After Surgery: An Exploratory Study. *J Psychosom Res*. November; 67(5): 369–376.
24. BOTTOMLEY ANDREW.(2002).The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist* ;7:120-125.
25. Burke Nancy, J. et al.(2009).Social and Cultural Meanings of Self-Efficacy. *Health Educ Behav*. October; 36(5 Suppl): 111S–128S.
26. Byrne, Barbara M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming*. 2nd ed. Routledge Taylor & Francis Group. New York, London.

27. Catherine E. Jansen et al.(2005).A Metaanalysis of Studies of the Effects of Cancer Chemotherapy on Various Domains of Cognitive Function, *Cancer*; 104:2222–33.
chemotherapy, *journal of clinical oncology*, volume: 18, Issu: 14, pp2695-2701.
28. Cheryl L.Holt.(2009).Role of religion in cancer coping among African Americans: A qualitative examination. *J Psychosoc Oncol.* ; 27(2): 248–273.
29. Christine,B. (2000). Cognitive function in breast cancer patients; receiving adjuvant
30. CLAUDIA DAMBOH NCHO.(2009).RELATIONSHIP BETWEEN LOW SOCIO-ECONOMIC STATUS AND HEALTH: A FAMILY PERSPECTIVE. MAGISTER TECHNOLOGIAE: NURSING. Tshwane University of Technology.
31. Cohen S. et al.(2012).Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 109, no. 16, pp. 5995–5999.
32. Costanzo Erin S. Sood Anil K.and Lutgendorf Susan K.(2011).Biobehavioral Influences on Cancer Progression. *Immunol Allergy Clin North Am.* February; 31(1): 109–132.
33. Cummins, R. A. (1996). The Domains of Life Satisfaction: an Attempt to Order Chaos. *Social Indicators Research*, 38 (1),303-332.
34. Cummins, R. A.(2000).Objective and Subjective Quality of Life: an Interactive Model. *Social Indicators Research*, 52 (1),55-72.
35. David A. Padgett; and Ronald Glaser. (2003).How stress influences the immune response. *TRENDS in Immunology* Vol.24 No.8 August.
36. Davis Jennifer, C.Marra Carlo A, Najafzadeh Mehdi and Liu-Ambrose Teresa. (2010). The independent contribution of executive functions to health related quality of life in older women. *BMC Geriatrics*, 10:16 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/16>.
37. Dimatteo M.R.(2004).Social support and patient Adherence to medical treatment: A meta-Analysis. *Health psychology.*; 23 (2): 207-218.
38. Donald P. Braun , Digant Gupta , Edgar D. Staren, (2012) .Predicting survival in prostate cancer: the role of quality of life assessment. *Support Care Cancer* 20:1267–1274.
39. Donovan K , Sanson-Fisher R W and Redman S.(1989). Measuring quality of life in cancer patients. *JCO July.* vol. 7 no. 7 959-968.
40. Duck-Hee Kang et al. (2012).Cancer-Specific Stress and Mood Disturbance: Implications for Symptom Perception, Quality of Life, and Immune Response inWomen Shortly after diagnosis of Breast Cancer. *International Scholarly Research Network Volume*, Article ID 608039,doi:10.5402/2012/608039.
41. Crocettill E, Arnianil S, Acciail S, A Barchielli and E Buiatti. (1998). High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy *British Journal of Cancer* 77(7), 1194-1196.
42. Regidor E., Barrio G., L. de la Fuente, Domingo A., C.Rodriguez, and .(1999) Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults,*J Epidemiol Community Health.* February; 53(2): 75–82.
43. Edna Maria Vissoci Reiche et al.(2004).Stress, depression, the immune system, and cancer, *Lancet Oncol*; 5: 617–25.
44. El-Tayebani M. (2007).Quality of Life in Chronically Ill Patients: A Comparative Study between Schizophrenia and Diabetes Mellitus. *Current Psychiatry.* Vol. 14 No.3 November.

45. Eqbal Ghanim Ali Ma'ala ,Rafea Qadri Meteab, (2012).Assessment of Physical Quality of Life Domain of Adolescents with Acute Lymphocytic Leukemia at Teaching Hospitals in Baghdad City, kufa Journal for Nursing sciences , Volume: 2 Issue: 3 Pages: 129-137.
 46. Eric A. Zillmer, Mary V. Spiers, William C. Culbertson.(2000) Principles of Neuropsychology. Thomson Wadsworth. Belmont, USA.
 47. Erin S. Costanzo et al. (2012).Cancer Survivors' Responses to Daily Stressors: Implications for Quality of Life, Health Psychol. May ; 31(3): 360–370.
-
48. Eunmi Ahn, Dong Wook Shin, Sung-Il Cho, Sohee Park,Young-Joo Won, and Young Ho Yun.(2010).Suicide Rates and Risk Factors among Korean Cancer Patients, 1993-2005.*Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*;19:2097-2105.
 49. Fadel Hazza' Ali al-Mahameed, Samira A. Gorgies ;(2005).Assessment of Asthmatic Patients' Quality Of Life in Jordan, Sci. J. Nursing/ Baghdad, Vol: 18,No.2,.
 50. Faith S. Luyster ; Jacqueline Dunbar-Jacob. (2011).Sleep Quality and Quality of Life in Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ.* ; 37(3): 347–355.
 51. Fardell ,J.E. Vardy, J .Johnston, I.N. and Winocur, G.(2011).Chemotherapy and Cognitive Impairment: Treatment Options. *Clinical pharmacology & Therapeutics*, VOLUME 90 NUMBER 3 ,september.
 52. Fariba Hashemi Hefz Abad, Maryam Shabany Hamedan;(2011).Comparison of Attitudes Regarding Quality of Life between Insulin-Treated Subjects with Diabetes Mellitus and Healthy Populations; *Diabetes Metab J*;35:397-403.
 53. Farida Mecheri .(2008).[La Gestion de maladies chroniques en Algérie : Le Cas du cancer](#) (p146-154) in *Governing Health Sstems in Africa*, Edited by Martyn Sama & Vinh-Kim Nguyen, CODESRIA.
 54. Francesc Borrell-Carrió, Anthony L. Suchman Ronald M. Epstein (2004).The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med* 2004;2:576-582. DOI: 10.1370/afm.245.
 55. GaoWet al.(2010).Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: Prevalence, .associated factors and clinical implications, *Eur J Cancer*, doi:10.1016/j.ejca. 2010.03.033
 56. Genov, Nicolai Ed.(2002) *Advances in Sociological Knowledge over Half a Century*.Paris: International Social Science Council.*Gerontology* 50:236–46.
-
57. Gertrudis I.J.M. Kempen et al.(1999).Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *Social Science & Medicine* 49 143-149.
 58. Ghufraan Ahmed Jassim, and David L Whitford, (2013).Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study, *BMC Cancer*, 13:212.
 59. Glaser R.(2005).Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology, *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 19, no. 1, pp. 3–11.
 60. GLOBOCAN .(2012). Facts sheet, asp. Algeria at: <http://globocan.iarc.fr>.
 61. Gore JL, Kwan L, Saigal CS, Litwin MS.(2005).Marriage and mortality in bladder carcinoma. *Cancer*. Sep 15;104(6):1188-94..
 62. Grace J. Yoo. Grace J. Yoo; Ellen G. Levine ; Caryn Aviv ; Cheryl Ewing ; Alfred Au. (2010) .Older women, breast cancer, and social support. *Support Care Cancer* 18:1521–1530.

63. Grace Lindsay et al. (2011).Quality of Life in People with Type 2 Diabetes in Relation to Deprivation, Gender, and Age in a New Community Based Model of Care, Nursing Research and Practice Volume, Article ID 613589, 8 pages.
64. Gray NM, Hall SJ, Browne S, Macleod U, Mitchell E, Lee AJ, Johnston M, Wyke S, L Samuel, D Wellerand, Campbell NC.(2011).Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer. British Journal of Cancer .104, 1697 – 1703.
65. [Gustave-Nicolas Fischer](#), (2002).Traité de psychologie de la santé, Paris. Dunod.
66. Haitham Iassa Bahoo AL-Banna Heshu Mohameed Saeed Hassan,(2009).Risk Factors, Quality of Life and Management of Asthmatic Adults Attending Asthma and Allergy Center in Sulaimani City, Iraqi J. Comm. Med., July, 22 (3).
67. Harold G. Koenig. (2012).Review Article:Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. International Scholarly Research Network .Volume 2012, Article ID 278730, 33 pages doi:10.5402//278730.
68. Heydarnejad [MS](#) , [Dehkordi A Hassanpour](#), and [Dehkordi K](#) .(2011).[Solati](#) Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy Afr Health Sci. June; 11(2): 266–270.
69. Helgeson Vicki S and Cohen Sheldon.(1996).Social Support and Adjustment to Cancer:Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. Health Psychology, , Vol. 15, No. 2, 135-148.
70. Hoekstra-Weeber. (2007).Chapter 4:. Perceived social support and self-efficacy and quality of life before and after cancer rehabilitation. Doctorat thesis.University of Groningen, the Netherlands.
71. Hong Chu-Yuan.(2013).The impact of chemotherapy-associated neutrophil/lymphocyte counts on prognosis of adjuvant chemotherapy in colorectal cancer. Chu-Yuan et al. BMC Cancer, 13:177.
72. Hutchinson Tom A. Editor.(2011). Whole Person Care :A New Paradigm for the 21st Century. Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
73. Ikuyo Imayama et al.(2011).Determinants of quality of life in adults with type1 and type 2 diabetes, Health and Quality of Life Outcomes, 9:115.
74. Ikuyo Imayama,(2011).Determinants of quality of life in adults with type1 and type 2 diabetes, Health and Quality of Life Outcomes, 9:115.
75. Ingela C. Thune´-Boyle et al. (2010). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. Psycho-Oncology DOI: 10.1002/pon.
76. Ingela C. Thune´-Boyle. Et al. (2006) .Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. Social Science & Medicine 63 151–164.
77. Irandokht Asadi Sadeghi Azar et al.(2006).Relationship between Quality of Life, Hardiness, Self-efficacy and Self-esteem amongst Employed and Unemployed Married women in Zabol, Iran J Psychiatry; 1: 104-111.
78. James M .Nelson.(2009).Psychology, religion and spirituality, Springer.
79. Janette Vardy.(2009).Cognitive Function in Survivors of Cancer .American Society of Clinical Oncology.educational book.DOI.1092-9118/09/1-10.at:
<http://meetinglibrary.asco.org/content/93-65>

80. Jawad K. A. Al-Diwan, (2006).Health - Related Quality of Life of diabetic Adolescents in Iraq: A preliminary Report, Iraqi J. Comm. Med. JAN. 19 (1).
81. JUNGHYUN KIM,et al. (2010).The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models. *J Health Psychol.* May ; 15(4): 543–552.
82. Calman K C .(1984).Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Med Ethics.* 1984 September; 10(3): 124–127.
83. Kandasamy A,chaturvedi SK ,Desai G.(2011).Spirituality,distress,depression anxiety and quality of life in patients with advanced cancer. *indian journal of cancer/January –march / Volume 48, Issue 1,Page : 55-59.*
84. Kang Duck-Hee, Park Na-Jin, and McArdle Traci.(2012).Cancer-Specific Stress and Mood Disturbance: Implications for Symptom Perception, Quality of Life, and Immune Response in Women Shortly after Diagnosis of Breast Cancer .*International Scholarly Research Network.* ID 608039, 7 pages doi:10.5402/2012/608039.
85. Kesler, Shelli, R. Kent, Jamie, S. O'Hara, Ruth. (2011).Prefrontal Cortex and Executive Function Impairments in Primary Breast Cancer *Arch Neurol.* November; 68(11): 1447–1453.
86. Kimberly A.et al.(2009).The Religiosity/Spirituality of Latina Breast Cancer Survivors and Influence on Health-Related Quality of Life. *Psychooncology.* August ; 18(8): 831–840.
87. Kolawole BA, Mosaku SK, R.T. Ikem; (2009).A Comparison of two measures of quality of life of Nigerian clinic patients with type 2 Diabetes Mellitus; *African Health Sciences;* 9(3): 161-166.
88. Koopman C et al. (1998)social support, life stress and emotional adjustment advanced Breast cancer. *Psycho-oncology.*; 7: 101-111.
89. Krause, Neal. (1995).“Religiosity and Self-Esteem among Older Adults.” *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*Sep;50(5):P236-46.
90. Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M.(2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-oncology,* 16, 329-341.
91. Kristen M. Carpenter, Jeffrey M. Fowler, G. Larry Maxwell, and Barbara L. Andersen. . (2010).Direct and Buffering Effects of Social Support among Gynecologic Cancer Survivors.*Ann Behav Med.* February ; 39(1): 79–90.
92. Kristin M. Phillips et al.(2012).Cognitive Functioning After Cancer Treatment: A Three-Year Longitudinal Comparison of Breast Cancer Survivors Treated with Chemotherapy or Radiation and Non-cancer Controls *Cancer.* April 1; 118(7): 1925–1932. doi:10.1002/cncr.26432.
93. Krzysztof Małyszczak,et al.(2007)General psychological distress and personality traits in physically ill patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy,* 1–2 : 57–60.
94. Laing,Sharon,S. et al.(2010).EVALUATING THE RELATIONSHIPS AMONG PSYCHOLOGICAL DISTRESS, EXECUTIVE COGNITIVE FUNCTION AND ECONOMIC FACTORS ON MAMMOGRAPHY USE IN UNAFFECTED AFRICAN AMERICAN WOMEN AT RISK FOR BREAST CANCER. *Ethnicity & Disease,* Volume 20, autumn.
95. LAGER JULIA M.(2006).RELATIONSHIP AMONG RELIGIOUS COPING, PSYCHOSOCIAL FACTORS, AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES. PhD Thesis. Health Education IN. Texas A&M University.

96. Layard, Richard. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. New York and London: Penguin.
97. Lev, E.L.Paul, D. Owen, S.V. (1999). Age, self-efficacy, and change in patients' adjustment to cancer. *Cancer Pract.* Jul-Aug;7(4):170-6.
98. Linda E. Carlson, Barry D. Bultz. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research* 55 403–409.
99. Liz Cooke, Jennifer Gotto, Lina Mayorga, Marcia Grant, and Rachel Lynn.(2013). What Do I Say? Suicide Assessment and Management. *Clinical Journal of Oncology Nursing* , Volume 17, Number 1. DOI:10.1188/13.CJON.E1-E7.
100. Lucy E Selman et al. (2011). Quality of life among patients receiving palliative care in South Africa and Uganda: a multi-centred study, *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:21.
101. Lu D., K. Fall, P. Sparén, W. Ye, H-O. Adami, U. Valdimarsdóttir & F. Fang. (2013). Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Annals of Oncology* 00: 1–5, doi:10.1093/annonc/mdt415.
102. Luecken L. J. and Compas B. E.(2002). Stress, coping, and immune function in breast cancer, *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 24, no. 4, pp. 336–344,.
103. Luszczynska A. et al.(2012). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review, *Psychooncology*. Oct 25. doi: 10.1002/pon.3218
104. CHAAYA [M.](#), SIBAI [A. M.](#), FAYAD [R.](#), and EL-ROUEIHEB [Z.](#) (2007). Religiosity and depression in older people: Evidence from underprivileged refugee and non-refugee communities in Lebanon, *Aging Ment Health*. January; 11(1): 37–44. doi: [10.1080/13607860600735812](https://doi.org/10.1080/13607860600735812).
105. Macmillan Cancer Support (2013). Long-term consequences of cancer and its treatment.at: <http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Livingwithandaftercancer/Lifeaftercancer/Long-term-effects-cancer.aspx>.
106. Mallinckrodt Brent ; Armer Jane M., and Heppner P. Paul. (2012). A Threshold Model of Social Support, Adjustment, and Distress after Breast Cancer Treatment. *J Couns Psychol.* January ; 59(1): 150–160.
107. Mancho,Sanne M.(2009), Brain Magnetic resonance Imaging correlates of impaired cognition in patients with type2 diabetes, *diabetes journals*, content 55/4/1106.
108. Markus Zenger et al.(2010).The relationship of quality of life and distress in prostate cancer patients compared to the general population. *GMS Psycho-Social-Medicine*, Vol. 7,1-10. ISSN 1860-5214.
109. MARTIN J.B. TAPHOORN,EEFJE M. SIZOO,ANDREW BOTTOMLEY, (2010).Review on Quality of Life Issues in Patients with Primary Brain Tumors, *The Oncologist*;15:618–626.
110. Matthew Miller, Helen Mogun, Deborah Azrael, Katherine Hempstead, and Daniel H. Solomon.(2008). Cancer and the Risk of Suicide in Older Americans. *J Clin Oncol* 26:4720-4724.
111. McDonald BC, Conroy SK, Ahles TA, West JD, Saykin AJ. (2010). Gray matter reduction associated with systemic chemotherapy for breast cancer: a prospective MRI study. *Breast Cancer Res Treat.*; 123(3):819–828.
112. McDonald, Brenna, C. and Saykin, Andrew, J. (2011) Neurocognitive Dimensions of Breast cancer. *Neuropsychopharmacology* .36, 355–374. doi:10.1038/npp.2010.142.

113. Milne Katy. Et al.(2012).Absolute lymphocyte count is associated with survival in ovarian cancer independent of tumor infiltrating lymphocytes. *Journal of Translational Medicine*, 10:33.
114. Mohammad-Kazem Atef-vahid.et al. (2011).Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer. *J Res Med Sci*; 16(7): 928-937.
115. Mojca Šoštarič, Lilijana Šprah . (2004).Psychological distress and intervention in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiol Oncol*; 38(3): 193-203.
116. Mosher Catherine, E. Katherine, N. DuHamel, Jennifer Egert, and Meredith Y. Smith. (2010).Self-efficacy for Coping with Cancer in a Multiethnic Sample of Breast Cancer Patients: Associations with Barriers to Pain Management and Distress. *Clin J Pain.* ; 26(3): 227–234.
117. Mounica Vallurupalli,et al. (2012).The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *J Support Oncol.* ; 10(2): 81–87.
118. Najat M. AL-Saffar, Yousif A. Yaseen, (2009).Quality of life in schizophrenic patients in Duhok city, *Tikrit Medical Journal*; 15(2):79-86.
119. NEDA LAITEERAPONG et al. (2011).Correlates of Quality of Life in Older Adults With Diabetes, *Diabetes Care* 34:1749–1753,.
120. Neipp Marie-Carmen ,Sofía López-Roig ,M Ángeles Pastor. (2007).Control beliefs in cancer: A literature review. *Anuario de Psicología*, vol. 38, nº 3, 333-355.
121. Nely Aparecida Guernelli Nucci,Elizabeth Ranier Martins do Valle.(2006).Quality of Life and Cancer, *Applied Cancer Research*, Volume 26, Number 2.
122. NM Gray et al. (2011). Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer, *British Journal of Cancer* 104, 1697 – 1703.
123. Omar.,Hassan., Kasule; (2008) ; the concept of health an Islamic perspective, islamic medical education resources 05 at [http// omor-Kasule.05. tripdd.Com](http://omor-Kasule.05.tripdd.Com), visited : 10/7/2012.
124. Ondigi Alice, N. Mugenda Olive,M.(2011).PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE AMONG KENYAN FAMILIES *International Journal of Humanities and Social Science* Vol. 1 No. 7 [Special Issue –June] 125
125. Orly Tamir et al. (2012).Quality of Life and Patient-Perceived Difficulties in the Treatment of Type 2 Diabetes. *Rev Diabet Stud* 9:46-54.
126. Park, C.L., & Folkman, S.(1997) Meaning in the context of stress and coping, *Review of General Psychology* 2, pp. 115—144.
127. Penson DF, Litwin MS, Lubeck DP, Flanders S, Pasta DJ, Carroll PR.(1998).Transitions in health-related quality of life during the first nine months after diagnosis with prostate cancer.*Prostate Cancer Prostatic Dis.* Mar;1(3):134-143.
128. Peterson C, et al.(2003). The effect of religion spirituality coping ou positive attitudes of adult muslin refugees from Kosovo and Bosnia. *The international journal of the psychology of religion*;13 (1): 29-47.
129. Peteet John R; Balboni Michael J.(2013).Spirituality and Religion in Oncology. CA: A Cancer Journal for Clinician. [Volume 63, Issue 4](#), July/August. pages 280–289.

130. Power F. et al. (2001). Monitoring of psychological well being in outpatients with diabetes. *Diabetes care.*; 24 (u); 1929-1935.
131. Portera ,Laura S. Keefe Francis, J., Garsta Jennifer. McBride Colleen, M. and Baucom Donald. (2008). Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: Associations with symptoms & distress. *Pain.* July 15; 137(2): 306–315.
132. Pukeliene Violeta; Starkauskiene Viktorija. (2011). Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*, 22(2), 147-156.
133. Ramy H, AbouZeid M, Abou El Ella I, Mohamed A. (2007). Quality of Life and Mood Disorders: A Comparative Study between Unipolar Disorder, Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Current Psychiatry.* Vol. 14 No.3 November.
134. Regina C. Sims, et al. (2011). The influence of functional social support on executive functioning in middle-aged African Americans. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.* July ; 18(4): 414–431.
135. Reuben M. Baron and David A. Kenny. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 51, No. 6, 1173-1182 0022-3514.
136. Rottmann, N. et al. (2010). Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Qual Life Res.* Aug; 19(6): 827-36
137. Royer Ariela. (1998). *Life with chronic illness: social and psychological dimensions.* PRAEGER .Westport, Connecticut, London.
138. Saffari M, Zeidi IM, Pakpour AH. (2012). Role of Religious Beliefs in Quality of Life of Patients with Cancer. *Hakim Research Journal*; 15(3): 243- 250.
139. Sammarco A, Konecny LM . (2008). Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum.* Sep; 35(5): 844-9. doi: 10.1188/08.ONF.844-849.
140. Sara Shishehgar et al. (2013). The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* July; 15(7): 560-5.
141. Scheitzer B. M. (eds) (1994). *Introduction à la psychologies de la santé.* Presse universitaire de France. Paris.
142. Schieman Scott. (2010). Socioeconomic Status and Beliefs about God's Influence in Everyday Life. *Sociology of Religion*, 71:1 25-51. doi:10.1093/socrel/srq004.
143. Segerstrom Suzanne C. and Miller Gregory E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychol Bull.* July ; 130(4): 601–630.
144. Shapiro Shauna L. et al. (2001). Quality of Life and Breast Cancer: Relationship to Psychosocial Variables. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, Vol. 57(4), 501–519.
145. Sharpley Christopher F, Bitsika Vicki and David H.R. Christie. (2008). Psychological Distress among Prostate Cancer Patients: Fact Or Fiction? *Clinical Medicine: Oncology*; 2 563–572.
146. Shelli R. Kesler et al. (2011). Prefrontal Cortex and Executive Function Impairments in Primary Breast Cancer. *Arch Neurol.* November ; 68(11): 14471453. doi:10.1001/archneurol.2011.245

147. Shulamith Kreitler et al. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients, *Psycho-Oncology* 16: 329—341.
148. Shulamith Kreitler^{1,2}, Dina Peleg and Mally Ehrenfeld.(2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology* 16: 329--341 DOI: 10.1002/pon.1063.
149. Slevin ML et al. (1996) . Emotional support for cancer patients: what do patients really want? *British Journal of Cancer* 74, 1275-1279.
150. Standish Leanna J. et al. (2008). Breast Cancer and the Immune System. *J Soc Integr Oncol.* ; 6(4): 158–168.
151. Stephanie A. Reid-Arndt, et al. (2010). Neuropsychological Functioning and Quality of Life During the First Year after Completing Chemotherapy for Breast Cancer, *Psychooncology.* May ; 19(5): 535–544.
152. Stephanie Misono, Noel S. Weiss, Jesse R. Fann, Mary Redman, and Bevan Yueh. (2008). Incidence of Suicide in Persons With Cancer. *J Clin Oncol* 26:4731-4738.
153. Stephen Kaplan and Marc G. Berman.(2010). Directed Attention as a Common Resource for Executive Functioning and Self-Regulation; *Perspectives on Psychological Science* 5(1) 43-57.
154. Strong, V. et al. (2007). Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer :Centre symptom study. *British Journal of Cancer* 96(6), 868 – 874.
155. Susan Ayers et al.(2007). *Cambridge Handbook of psychology, health and medicine.* Cambridge Press.
156. Sue Penckofer et al. (2012). Does Glycemic Variability Impact Mood and Quality of Life?; *DIABETES TECHNOLOGY & THERAPEUTICS* Volume 14, Number 4,.
157. Susan R. Mazanec et al. (2010). The Relationship Between Optimism and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Cancer Nurs.* ; 33(3): 235–243. doi:10.1097/NCC.
158. Susan R. Mazanec et al.(2010). The Relationship Between Optimism and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients, *Cancer Nurs.* ; 33(3): 235–243.
159. Sylvie NORDMANN – DOLBEAULT.(2009). La détresse des patients atteints de cancer : prévalence, facteurs prédictifs, modalités de repérage et de prise en charge. THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE.
160. Symister P. et Friend R.(2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health psychology*; 22 (3): 123-199.
161. Tang Y, Luo D, Rong X, Shi X, Peng Y (2012) Psychological Disorders, Cognitive Dysfunction and Quality of Life in Nasopharyngeal Carcinoma Patients with Radiation-Induced Brain Injury. *PLoS ONE* 7(6): e36529. doi:10.1371/journal.pone.0036529
162. Tarakeshwar Nalini, C.Vanderwerker Lauren, Paulk Elizabeth, J. Pearce Michelle, Stanislav V. Kasl, and Holly G. Prigerson,(2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *J Palliat Med.* June ; 9(3): 646–657.
163. Tiliouine Habib & Belgoumidi Abbes. (2009). An Exploratory Study of Religiosity, Meaning in Life and Subjective Wellbeing in Muslim Students from Algeria. *Applied Research Quality Life* 4:109–127.
164. Tiliouine Habib and Meziane Mohamed.(2012). The Quality of Life of Muslim Populations: The Case of Algeria. In Kenneth C. Land Alex C. Michalos M. Joseph Sirgy Editors. *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research.* Springer.

165. Torricia Helena Yamada. (2011).The relationship between social support, optimism, and cognition in breast cancer and non-Hodgkin's lymphoma survivors. PH.D. THESIS. The University of Iowa.
166. Torricia, H. Yamada et al. (2010) Neuropsychological Outcomes of Older Breast Cancer Survivors: Cognitive Features Ten or More Years after Chemotherapy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 22:1, Winter ,Torricia.
167. Torricia; Helena; Yameda.(2011).the relationship between social support, optimism, and cognition in breast cancer and non Hodgkin's lymphoma survivors', PhD, Thesis, University of Iowa.
168. UTSEY SHAWN O.BOLDEN MARK A., LEE ANGELA. LANIER YZETTE., NEWSOME CRYSTAL. (2007). Spiritual Well-Being as a Mediator of the Relation between Culture-Specific Coping and Quality of Life in a Community Sample of African Americans. of *Cross-Cultural Psychology* 2007; 38; 123. DOI: 10.1177/0022022106297296.
169. Yousaf U, M-LM Christensen, G Engholm, and HH Storm.(2005). Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. *British Journal of Cancer* 92, 995 –1000. doi:10.1038/sj. bjc. 6602424.
170. Vallurupalli Mounica et al.(2012).The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality ofLife of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *J Support Oncol*; 10(2): 81–87. doi:10.1016/j.suonc.2011.09.003.
171. Van Roy, Ralph F., Frank D. Bean, and James R. Wood. 1973. “Social Mobility and Doctrinal Orthodoxy.” *Journal for the Scientific Study of Religion* 12:427–39
172. Van Weert, Ellen (2007).Cancer rehabilitation: effects and mechanisms.Ph.d. Thesis. .University of Groningen, the Netherlands.at:<http://dissertations.ub.rug.nl>.
173. Von Ah D. Kang D. H. and Carpenter J. S.(2007). Stress, optimism, and social support: impact on immune responses in breast cancer, *Research in Nursing and Health*, vol. 30, no. 1, pp. 72–83.
174. Veenhoven, R. (2009). Well-Being in Nations and Well-Being of Nations. Is There a Conflict Between Individual and Society? *Social Indicators Research* (91), 5-21.
175. Wafaa Abdul Aziz Mostafa, Mohammad Yousif Almkhtar, (2012).Quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus in Mosul, *Ann. Coll. Med. Mosul*; 38 (1): 20-26).
176. Wafaa M. Al Attar, (2005).Quality of Life Assessment for Patients with Colorectal Cancer, *Sci. J. Nursing/ Baghdad*, Vol. 18,No.2.
177. WHO.(2013).Cancer.Aide-mémoireN°297.at:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html>.
178. Wilson RS, Schneider JA, Boyle PA, et al. (2007).Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology*.;68: 2085–2092.
179. Woo Je Lee et al ;(2012).Health-Related Quality of Life Using the EuroQol 5D Questionnaire in Korean Patients with Type 2 Diabetes. *J Korean Med Sci*; 27: 255-260.
180. Xiong Ke, Chaojie Liu, Ningxiu Li.(2010).Social support and Quality of Life: a cross-sectional study on survivors eight months after the 2008 Wenchuan earthquake. *Public Health*, 10:573. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/573>.
181. Yamada Torricia Helena. (2011).THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT, OPTIMISM, AND COGNITION IN BREAST CANCER AND NON-HODGKIN'S LYMPHOMA SURVIVORS. PH.D. THESIS. The University of Iowa .July.at <http://ir.uiowa.edu/etd/1280>.

182. Zatout Ramdane.et Belaacel Amel.(2012).Bilan d'activité du centre anti-cancer d'Ouargla, communication orale. Journée internationale du cancer 2012.
183. Zhou Eric S et al. (2010).Perceived Stress Mediates the Effects of Social Support on Health-Related Quality of Life Among Men Treated for Localized Prostate Cancer. J Psychosom Res. December ; 69(6): 587–590.

ملخص:

تشكل الأمراض المزمنة اليوم تحديا طبيا ونفسيا واجتماعيا واقتصاديا خطيرا لمجتمعاتنا. ويزداد عبؤها على الدول النامية التي يحدث فيها ما يزيد على 70% من نسبة الإصابة العالمية ومنها الجزائر. وقد درج الأطباء على تقييم فعالية التدخل العلاجي لهذه الأمراض من زاوية نظر الطب الغربي ونموذجه العضوي متجاهلين معطيات علم النفس الاجتماعي والصحي والعيادي، التي تُجمع على ضرورة اعتماد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي لمقاربة نوعية الحياة في الأمراض المزمنة. لذلك سعينا في دراستنا الحالية الى استكشاف نوعية الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين، ممثلين بعينة من 100 مريض بالسرطان، مقارنة بعينة من 100 شخص من الأصحاء. ومحاولة اختبار صدق نموذج لتفسير العلاقة بين متغيرات الدراسة عن طريق نمذجة تحليل المسار بواسطة برنامج AMOS.

وقد افترضنا انخفاض كل من نوعية الحياة، والتقييم المعرفي، والكفاءة الذاتية، ومستوى الخلايا المناعية، وكذا ارتفاع مستوى كل من التدين، و الكرب النفسي، والدعم الاجتماعي، لدى المرضى مقارنة بالأصحاء؛ كما افترضنا وجود علاقة دالة بين نوعية الحياة كمتغير تابع وبين متغيرات الدراسة الأخرى، وأن تلك العلاقة تختلف باختلاف المتغيرات التصنيفية؛ كما افترضنا إمكانية اختبار نموذج تفسيري للعلاقة بين متغيرات الدراسة.

وقد استعملنا في دراستنا مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية WHOQOL Bref، ومقياس الكرب النفسي GHQ12، ومقياس الدعم الاجتماعي لـ Zimet، ومقياس الكفاءة الذاتية لـ Schwarzer، ومقياس الوظائف التنفيذية لـ Coolidge، ومقياس التدين من إعداد الباحث، إضافة إلى تقنية تحليل الدم لقياس تعداد الخلايا المناعية.

ودلت النتائج على عكس ما توقعناه حيث ارتفعت نسبة نوعية الحياة المتوسطة والجيدة لدى المرضى (88%) مقارنة بالأصحاء (99%)، ورغم أن 12% من المرضى يعانون من نوعية حياة منخفضة، فإن الفروق بين المرضى والأصحاء لم تكن دالة على مستوى العينة الكلية. ولم توجد فروق أيضا بين العينتين في الوظائف التنفيذية، وكانت الكفاءة الذاتية المدركة لدى المرضى منخفضة مقارنة بالأصحاء، كما كان مستوى الدعم الاجتماعي منخفضا في العينتين ولم يرتبط بنوعية الحياة لدى المرضى بعكس الأصحاء. كما ارتبط الكرب النفسي سلبا بنوعية الحياة لدى المرضى (-0.74) ولدى الأصحاء (-0.56)، وكان الفرق دالا لصالح المرضى. ورغم انخفاض تعداد الخلايا المناعية لدى المرضى إلا أنه لم يرتبط بنوعية الحياة لدى العينتين. وكانت المتغيرات التصنيفية الديموغرافية والاجتماعية وكذا مدة الايمان فاعلة في العلاقة بين نوعية الحياة وبين متغيرات الدراسة عدا المستوى الاقتصادي.

ورغم ارتباط التدين بنوعية الحياة لدى المرضى (0.31) ولدى الأصحاء (0.34)، إلا أن تحليل النموذج المقترح لم يظهر دوره الوسيط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات الأخرى كما كان متوقعا، عكس متغير الكرب النفسي الذي ارتبط بنوعية الحياة وبكل من الكفاءة الذاتية والوظائف التنفيذية والوضع العائلي لدى المرضى إضافة الى التدين كمتغير مستقل لدى الأصحاء، لذلك يمكننا اعتبار الكرب النفسي متغيرا مفتاحيا و هدفا رئيسيا للتدخلات العلاجية لرفع مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين إضافة للمتغيرات الفاعلة الأخرى.

كلمات مفتاحية: نوعية الحياة، مرض مزمن، سرطان، تدين، كرب نفسي، نموذج حيوي نفسي اجتماعي، تحليل مسار، نمذجة.

Summary:

Chronic diseases account for a real and serious medical, psychological, sociological economic challenge in modern societies. Developing countries, where 70% of the global incidence of these diseases accure, bear an increasing burden, including Algéria. Physicians evaluate effectiveness of their intervention in this area from the perspective of western medicine recalling the organic model, ignoring the data from social, health ,and clinical psychology, chowing the importance of biopsychosocial model to approaching quality of life(QOL)in chronic diseases.

In this study we explore the quality of life in chronic patients and its relationship with some biopsychological variables on a sample of 100 cancer patients compared to 100 healthy subjects, trying to validate an explanatory model of quality of life using path analysis with AMOS.

We assumed that the patients' quality of life, executive functions, self efficacy, and the rate of immune cells are lower than those of healthy subjects. Also, patients' level of religiosity, psychological distress and social support are higher than those of healthy subjects. We assumed significant correlation between quality of life and variables in our study, this relationship differ according to socio-demographic variables.

We used the WHOQOL Bref, GHQ12 scale, Zimet social support scale, Schwarzer self efficacy scale, Coolidge executive functions questionnaire and religiosity scale prepared by myself, blood analysis to assess the rate of immune cells.

The results show, contrary to our expectation, that patients' quality of life score is as higher (88%) as healthy subjects (99%), and although 12% of cancer patients suffer from a poor quality of life, the differences between two samples are not significant. as well as executive functions. Self efficacy was lower in patients than in healthy subjects. The social support is less than expected in both samples and its correlation with quality of life is not significant. The psychological distress is strongly correlated with the quality of life in patients (-0.74) and in healthy (-0.56), the difference being in favor of the cancer patients. The rate of immune cells was not correlated with QOL. Socio-demographic variables have a significant effect on this relationship except the economic level.

Despite the correlation of religiosity with the quality of life in patients (0.31) and healthy subjects (0.34) , religiosity has not emerged as a mediating variable between quality of life and other variables contrary to psychological distress, which was correlated with self efficacy and executive function and family level in cancer patients; and with religiosity in healthy. According to our results, psychological distress must be considered a key variable in therapeutic interventions to improve the quality life.

Key words: quality of life, chronic disease, cancer, religiosity, psychological distress, biopsychosocial model, path analysis, modeling.