

إدراك المرض وعلاقته بنوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية الإصطناعية

## Illness Perception and its Relationship to Quality of Life in Patients With Heart Valve Replacements

يونس سرغيني

جامعة الجزائر 2

### ملخص:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن علاقة إدراك المرض بنوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية الإصطناعية، ومعرفة الفروق في هذين المتغيرين لدى أفراد العينة تبعاً للجنس والسن، لتحقيق هذه الأهداف جمعنا البيانات من 30 مريض حامل للصمامة القلبية الإصطناعية باستخدام مقياس إدراك المرض المختصر ومقياس نوعية الحياة لدى مرضى القلب، وبعد تحليل البيانات توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى أفراد العينة، كما توصلنا إلى عدم وجود فروق في نوعية الحياة و أبعادها تبعاً للجنس والسن باستثناء الفروق الموجودة في نوعية الحياة الجسمية تبعاً للسن، لا توجد فروق في إدراك المرض و أبعاده تعزى للجنس، توجد فروق بين أفراد العينة تعزى للسن في إدراك المرض وأبعاد الهوية، المدة، العواقب، التحكم الشخصي، التحكم في العلاج وفهم المرض، في حين لا توجد فروق في بعدي القلق والانفعالات بين أفراد العينة حسب السن.

الكلمات المفتاحية: إدراك المرض، نوعية الحياة، الصمام القلبي الاصطناعي.

### Abstract:

The purpose of this study was to reveal the relationship of illness perceptions to the quality of life of heart valve replacements patients, and to know the differences in these two variables according to gender and age. To achieve these goals, we collected data from 30 patients using the brief Illness Perception questionnaire and the Heart Quality of Life questionnaire. The results showed that There is an inverse correlation between Illness Perception and quality of life; There are no differences in the quality of life and its dimensions according to gender and age; except for the differences in the physical quality of life according to age; There are no differences in Illness Perception and its dimensions due to gender; There are differences due to age in Illness Perception and its dimensions( identity, timeline, consequences, personal control, treatment control and coherence);While there are no differences in the dimensions of concern and emotions according to age.

Keywords: Illness Perception , quality of life, heart valve replacements

## 1\_ مقدمة:

يؤدي فشل صمام واحد أو أكثر من صمامات القلب الأربعة في أداء وظيفتها بشكل مناسب إلى حدوث مرض الصمامات القلبية، حيث لا تتمكن من الحفاظ على تدفق دم أحادي الاتجاه عبر القلب، وهو ما يثقل القلب بزيادة معدل عمله. (Flanagan & Pandit ,2003,p.28)

ينتج عن مرض الصمام ما يقرب من 20000 حالة وفاة سنويًا، ويقدر معدل انتشار مرض الصمام الأبهري بـ 2.5٪ في الولايات المتحدة وحدها، ويصاب أكثر من 25٪ من كبار السن بتصلب الصمام الأبهري الذي يعتبر علامة على مرض الصمام ومؤشر لخطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، يمكن أن يظهر مرض الصمام على شكل تضيق وهو إعاقة لتدفق الدم، أو على شكل قلس وهو إغلاق معيب يسبب التدفق العكسي للدم، يميل مرض الصمام إلى التطور وقد تتعرض وظيفة البطين للخطر في النهاية. (Hinton & Yutzey,2011,p.36)

تسبب أمراض صمام القلب ضعفًا كبيرًا في الحياة اليومية بسبب أعراض مثل الذبحة الصدرية وضيق التنفس والتعب أثناء الأنشطة العادية، كما تعتبر حالة من حالات الإعاقة لأنها من الأسباب الرئيسية للإصابة بالقصور القلبي، ولها تأثير سلبي على نوعية الحياة. (Molero et al,2020,p.36)

تعد جراحة الصمام العلاج الأمثل لمعظم أمراض الصمامات حيث تم إثبات تحسن الأعراض بشكل جيد في عدد من الدراسات والتي أظهرت أن تحسن الأعراض يتوافق باستمرار مع تحسن في الديناميكية الدموية، وأثبتت أيضًا تفوقًا عامًا للتدخل الجراحي على العلاج الطبي المحافظ لدى معظم المرضى الذين يعانون من أمراض الصمامات المتقدمة (Groves, 2001,p.715)، هذا ويكون استبدال الصمام البديل العلاجي الوحيد إذا كان إصلاح الصمام غير ممكن. (Musumeci et al ,2018,p.01)

غير أن الدراسات أظهرت انخفاض معدلات البقاء على قيد الحياة للمرضى بعد استبدال الصمام في مقارنتها بفئات العمر والجنس المتطابقة لدى مجموع السكان، فمثلا لوحظ زيادة في الوفيات اللاحقة لدى المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا، كما تشير الدراسات أن معدلات البقاء لمدة 10 سنوات تقدر تقريبًا بـ 65٪ لاستبدال الصمام الأبهري، و 55٪ لاستبدال الصمام التاجي، و 55٪ لاستبدال الصمام المضاعف، و يُعزى ما يقرب من 20٪ من الوفيات اللاحقة إلى مضاعفات متعلقة بالصمام (Groves,2015,p.715)، كما أنه وعلى الرغم من الفوائد التي يحققها استبدال الصمام، إلا أنه يسجل انخفاض في الوظيفة الجسدية، كما يستمر القلق والاكتئاب لدى المرضى وهما من المؤشرات المستقلة المعروفة للمراضة والوفيات على المدى الطويل (Sibilitz et al,2015,p.96)، وبناءً عليه فمن المحتمل أن تكون معظم مضاعفات استبدال الصمام مرتبطة بالمرض وليس الصمام الاصطناعي في حد ذاتها. (Molero et al,2020,p.37)

وعلى هذا الأساس فإن استبدال الصمام القلبي وإن كان ضرورة علاجية ملحة ينتج عنه تحسن في الحالة الصحية، إلا أنه لا يعني نهاية المرض بالنسبة للمريض الذي يجد نفسه مستمرا في مواجهة جملة من القيود والعوائق التي عليه التعامل معها مما يؤثر على نوعية الحياة لديه، على الرغم من إجراء محاولات ناجحة لتحسين العلاجات الطبية فغالبا ما لا يكون لدى المرضى خيار آخر سوى تعلم كيفية التعايش مع مرضهم، لذلك تم توجيه البحوث النفسية الصحية نحو فحص الآليات التي ينطوي عليها شرح تأثير الأمراض المزمنة على الرفاه الجسدي والنفسي والاجتماعي للمرضى، كما تشير نتائج الأبحاث إلى أن رفاهية المرضى المصابين بأمراض مزمنة لا تتحدد بشكل كبير بالعوامل الطبية، مثل شدة المرض، بدلاً من ذلك تلعب العوامل النفسية دوراً حاسماً. (Kaptein et al,2006,p.432)

من بين العوامل النفسية التي ركزت عليها الدراسات نجد كيفية إدراك المريض لمرضه والتصور الذي يحمله عن هذا المرض من حيث هويته وجدوله الزمني وانعكاساته وإمكانية التحكم فيه، يحدد إدراك المرض الاختلاف في نتائج المرض بقدر كبير، كما أن المرضى الذين يعانون من نفس الظروف والأعراض لديهم تصورات مختلفة عن مرضهم والتي تؤثر على سلوكهم وأدائهم ونوعية حياتهم. (Yaraghchi, Rezaei, Mandegar, & Bagherian,2012,p.3330)

أظهرت نتائج دراسة "إنام" و آخرون (Inam et al, 2018) أن تصورات المرض السلبية لدى مرضى القلب التاجي المتضمنة لإدراك أكبر لأعراض المرض وعواقبه مع انخفاض في إمكانية السيطرة على المرض ارتبطت بانخفاض نوعية الحياة، كما توصلت دراسة "ياراغشيا" وآخرون (Yaraghchi et al, 2012) إلى أن إدراك المرض وخصوصا مكونات الهوية والمخاوف بشأن المرض والقدرة على الوعي بالمرض والانفعالات تنبأت بـ31% من التباين في نوعية الحياة لدى المرضى الخاضعين إلى تطعيم مجازة الشريان، وتوصل "دينسمور" (Dinsmore,2010) في تتبعه للمرضى بعد إصابتهم بالسكتة الدماغية إلى ارتباط ارتفاع نوعية الحياة بعد السكتة الدماغية بنموذج إدراك المرض الواثق والإيجابي الذي يفهم فيه المريض مرضه ويدركه على أنه ليس له عواقب كثيرة على حياته، حيث تتحسن لديه القدرات الوظيفية بعد 12 شهراً من السكتة الدماغية.

تأسيسا على ما سبق تتضح أهمية إدراك المرض في تحقيق نوعية حياة جيدة لدى المرضى المزمنين، وعلى الرغم من هذه الأهمية إلا أننا سجلنا نقص الاهتمام بهذا الموضوع لدى المرضى الحاملين للصمامة القلبية في المجتمع العربي عموما والجزائري بصفة خاصة، ومنه جاء بحثنا الحالي ليلسلط الضوء على نوعية العلاقة الموجودة بين أبعاد إدراك المرض بمختلف أبعاد نوعية الحياة لدى المرضى الحاملين للصمامة القلبية، وكذا التعرف على الفروق الموجودة في المتغيرين حسب الجنس والسن.

## 2\_ أسئلة البحث :

بناء على ما سبق فإننا نطرح الأسئلة التالية :

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى المرضى حاملي الصمامات القلبية الاصطناعية ؟

- هل توجد فروق في نوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية تعزى للجنس و السن ؟

— هل توجد فروق في إدراك المرض لدى حاملي الصمامة القلبية تعزى للجنس و السن ؟

### 3\_ فرضيات البحث :

للإجابة على هذه الأسئلة صغنا الفرضيات الآتية :

الفرضية الأولى: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى المرضى حاملي الصمامات القلبية الاصطناعية .

الفرضية الثانية : توجد فروق في نوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية تعزى للجنس و السن.

الفرضية الثالثة: توجد فروق في إدراك المرض لدى حاملي الصمامة القلبية تعزى للجنس و السن.

### 4\_ أهمية البحث :

يتناول بحثنا العلاقة بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى المرضى حاملي الصمامات القلبية، تشير الإحصائيات إلى ارتفاع عدد حالات المرضى الحاملين للصمامات الميكانيكية والبيولوجية على حد سواء، ولذلك فإن دراسة مختلف المتغيرات التي يمكن أن تفسر طرق رعاية المرضى والمساعدة على تحسين ظروف المريض ونوعية حياته تعد حاجة ملحة، حيث تكشف مثل هذه الدراسات على الحاجات التي تستهدفها برامج التربية العلاجية المصممة لمرضى الصمامة القلبية، ويأتي على رأس هذه الحاجات التربوية التصور الذي يحمله المريض عن مرضه .

### 5\_ أهداف البحث :

- استكشاف العلاقة بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى المرضى حاملي الصمامات القلبية الاصطناعية
- الكشف عن الفروق في نوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية تعزى للجنس و السن.
- التعرف على الفروق في إدراك المرض لدى حاملي الصمامة القلبية تعزى للجنس و السن.

### 6\_ مصطلحات البحث :

#### 6\_1\_ إدراك المرض :

يعرف "ليفينثال" (Leventhal, 1980) إدراك المرض بنظام الاعتقاد الضمني حول المرض الذي يضعه الفرد من أجل إعطاء معنى لمرضه، على أساس المعلومات المدججة والمتكاملة من مصادر مختلفة وذلك من أجل اختيار استراتيجيات المواجهة المناسبة التي تدير الخطر الصحي (Maharjan,2016,p48)

إدراك المرض هو التصورات أو المعتقدات المعرفية المنظمة التي يكونها المرضى حول مرضهم، وتعتبر كمحددات مهمة للسلوك وارتبطت بنتائج صحية مهمة مثل الملاءمة العلاجية والتعافي الوظيفي. (Petrie,2007,p 163)

لقد حددت الدراسات التي قام بها "ليفينثال" وزملاؤه أربع مكونات رئيسية لإدراك المرض هي الهوية، الزمن، العواقب و لأسباب، اقترح " هارتمان" (Hartman) مكون رئيسي خامس وهو قابلية التحكم، وعلى مر السنين تم تحديد فروق إضافية ضمن الجدول الزمني و مكونات القابلية للتحكم، وتمت إضافة إدراك التناسق أو فهم المرء للمشكلة الصحية، هذا وقدمت الأبحاث حول

اللبنات الأساسية لتصورات المرض فهما أفضل للأبعاد ومزيديا من الدعم لحقيقة أن الأشخاص يشكلونها بطريقة نشطة للغاية (Benyamini, 2011,p 284)

تقع تصورات المرض في قلب نموذج التنظيم الذاتي لأنه يركز على كيفية اختيار المرضى للسلوكيات التي يجب إتباعها لتحقيق أهدافهم، ويسمى أيضا بنموذج الحس أو المعنى المشترك لأن المعتقدات الفردية المرتبطة بالأمراض والتي هي منبثقة من الحس المشترك تلعب دور مركزي في هذا النموذج. (Schweitzer Et Boujut ,2014,p 396)

ونعرف إدراك المرض إجرائيا بمعتقدات المريض حامل الصمامة القلبية الاصطناعية حول مرضه، والتي تتضمن معتقدات حول هوية المرض، مدته، انعكاساته، قدرة المريض في التحكم في المرض وفي علاجه، و قدرته على فهم مرضه وإدراك تأثيراته النفسية وذلك كما يقيسها مقياس إدراك المرض المختصر.

## 6\_2\_ نوعية الحياة:

على الرغم من صعوبة قياس وتعريف نوعية الحياة، إلا أنه يمكن اعتبارها مفهوم متعدد الأبعاد يركز على التصورات الذاتية لحالة ذهنية الفرد الحالية، وقد يكون التحدي الرئيسي في استكشاف المجالات التي ينبغي أن يشملها التعريف العام للمفهوم، وفي هذا توصلت الدراسات إلى أنه من أجل الحصول على تفسير فعال ينبغي النظر إلى نوعية الحياة كمفهوم يتكون من عدد من القيم الاجتماعية والبيئية والنفسية والبدنية. (Theofilou,2013,p150)

تعرف المنظمة العالمية للصحة نوعية الحياة بأنها " تصور الأفراد لوضعهم في الحياة في سياق الثقافة وأنظمة القيم التي يعيشون فيها ، وفيما يتعلق بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم" (WHOQOL Group,1998,p.551)

حسب "شيبير" وآخرون (1996) Schipper et al فإن هناك اتفاق واسع على أن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة هي التأثير الوظيفي لحالة طبية و/أو علاجها اللاحق على الشخص، وبالتالي فإن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة هي ذاتية ومتعددة الأبعاد، وتشمل الوظيفة الجسدية والمهنية، والحالة النفسية، والتفاعل الاجتماعي والإحساس الجسدي. (Post ,2014,p 171)

يرى "غوتاي" وآخرون (1992,p.12) Gotay et al أنها حالة من الرفاهية تتكون من مكونين هما القدرة على أداء الأنشطة اليومية التي تعكس الرفاهية النفسية والجسدية الاجتماعية، ورضا المرضى عن مستويات الأداء والسيطرة على الأعراض المرتبطة بالمرض و/أو بالعلاج.

ونعرف نوعية الحياة إجرائيا بأنها تقييمات حامل الصمامة القلبية التي تعكس إدراكه لوضعه الحالي والمتعلق بحالته الجسمية وأعراض المرض وما تفرضه من قيود والمؤثرة على أدائه الانفعالي والاجتماعي كما يحددها مقياس نوعية الحياة لمرضى القلب (MacNew) .

## 7\_ منهج البحث:

استخدمنا في البحث الحالي المنهج الوصفي بشقيه الإرتباط والمقارنة لتحديد العلاقة بين متغيري البحث، والكشف عما إذا كانت هناك فروق بين أفراد العينة في نوعية الحياة وإدراك المرض تعزى للجنس والسن.

## 8\_ عينة البحث:

تتكون عينة البحث من (30) مريض حامل للصمامة القلبية الإصطناعية تم اختيارها وفق العينة المتاحة، يتم اللجوء إلى هذا الصنف من العينة عندما لا يتوفر للباحث أي اختيار لسحب عينة يقوم بالتحقق على العناصر التي تقع في يده (در، 2017، ص. 316).

## 9\_ أدوات البحث:

### 9\_1\_ مقياس نوعية الحياة لمرضى القلب MacNew :

يتكون مقياس نوعية الحياة لمرضى القلب MacNew في صيغته الأصلية من (27) بنداً تقيس ثلاثة مجالات فرعية مع وجود (12) بنداً يقيس أكثر من مجال واحد، وتنقط بنود المقياس والمقاييس الفرعية من (1) إلى (7) (Alphin et al, 2014, p.522)، تحسب درجة كل مجال على أنها متوسط الإجابات في هذا المجال، يمكن حساب الدرجة الكلية لنوعية الحياة بمتوسط جميع العناصر المسجلة ما لم يكن أحد المجالات مفقوداً تماماً. (Höfer, Lim, Guyatt & Oldridge, 2004, p.03)، تراوحت معاملات ألفا كرومباخ في نسخته الإنجليزية (Valenti, Lim, Heller, Knapp, 1996) بين (0.93) إلى (0.95) في حين بلغ معامل الارتباط بين تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه بعد 14 يوم (0.86).

قمنا بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية وعرضه للتحكيم على مجموعة من الأساتذة ، كما قمنا بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس وأشارت النتائج إلى تمتع بنود المقياس بمستوى عالٍ من الاتساق الداخلي حيث تراوحت بين (0.82) و(0.95)، ماعدا البند رقم (16) الذي جاء غير دالٍ وعليه قمنا بحذفه من البحث ليصبح المقياس في نسخته الحالية مكوناً من (26) بنداً، كما تم التأكد من ثبات المقياس عن طريق حساب قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ الذي بلغت قيمته (0.99) وهو معامل ثبات مرتفع يمكن الاعتماد عليه بكل ثقة في هذا البحث.

### 9\_2\_ مقياس إدراك المرض المختصر :

يحتوي المقياس على تسعة بنود تمت صياغتها من خلال تشكيل سؤال واحد يلخص البنود الواردة في كل مقياس فرعي من مقياس إدراك المرض المعدل IPQ-R، يتم تقدير جميع البنود باستثناء السؤال السببي باستخدام مقياس استجابة يمتد من 0 إلى 10، (Broadbent, Petrie, Maina, Weinman, 2006, p.632)، من الممكن حساب النتيجة الإجمالية التي تمثل الدرجة التي يُنظر فيها إلى المرض على أنه مهدد أو غير مهدد للفرد ، لحساب النتيجة تعكس درجات البنود 3 و 4 و 7 وإضافتها إلى البنود 1 و 2 و 5 و 6 و 8 حيث تشير الدرجة الأعلى إلى وجهة نظر أكثر تحديداً للمرض .

أظهر المقياس صدق تنبئي جيد للمرضى الذين يتعافون من إحتشاء عضلة القلب، كما تم التأكد من الصدق التمييزي للمقياس من خلال قدرته على التمييز بين الأمراض المختلفة، تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق تطبيق وإعادة تطبيق الإختبار على فترتين زمنيتين و أشار معامل الارتباط بين التطبيقين إلى درجات جيدة من الثبات حيث تراوح بين (0.42) و(0.72). (Broadbent et al,2006,p.633)

ومن جهتنا قمنا بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية وعرضه على مجموعة من الأساتذة لتحكيم بنوده من حيث ملاءمتها وإمكانية تطبيقها في البيئة الجزائرية، كما تحققنا من الخصائص السيكومترية للمقياس وتوصلنا إلى تمتع المقياس بصدق اتساق داخلي مرتفع تراوحت بين (0.78) و(0.97)، وكذا مستوى عال من الثبات تبينه قيمة معامل ألفا كرونباخ التي بلغت (0.97).

#### 10\_ الأساليب الإحصائية المستخدمة:

نظرا لطبيعة العينة المختارة وكذلك لصغر حجمها استعنا في بحثنا بأساليب الإحصاء اللابرامتري أو غير الاستدلالي والتي تتمثل في: \_ معامل ارتباط ل " سبيرمان" .  
\_ اختبار " مان- ويتني" للفروق بين مجموعتين مستقلتين .

#### 11\_ النتائج:

#### 1\_11\_ عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى المرضى حاملتي الصمامة القلبية الاصطناعية.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام معامل الارتباط ل " سبيرمان" من أجل قياس حجم العلاقة الارتباطية بين درجات المرضى حاملتي الصمامة القلبية الاصطناعية على مقياس إدراك المرض ونوعية الحياة، وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (01): نتائج معامل الارتباط لـ " سبيرمان " بين درجات المرضى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية على مقياسي الأمل ونوعية الحياة

المتغيرات	نوعية الحياة الجسمية	نوعية الحياة النفسية	نوعية الحياة الاجتماعية	نوعية الحياة العامة	العدد	مستوى الدلالة
الهوية	-0.90	-0.87	-0.88	-0.89	30	(α : 0.01 )
المدة	-0.81	-0.76	-0.76	-0.78		
العواقب	-0.94	-0.89	-0.94	-0.94		
التحكم الشخصي	-0.88	-0.86	-0.84	-0.87		
التحكم في العلاج	-0.76	-0.75	-0.73	-0.73		
فهم المرض	-0.85	-0.86	-0.87	-0.87		
القلق	-0.91	-0.93	-0.90	-0.93		
الانفعال	-0.95	-0.94	-0.93	-0.95		
إدراك المرض	-0.95	-0.93	-0.93	-0.94		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) وجود علاقة ارتباطية عكسية بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى أفراد العينة، إذ تراوحت معاملات ارتباط الدرجة الكلية لإدراك المرض بنوعية الحياة و أبعادها بين (-0.93) و (-0.95)، كما تراوحت معاملات ارتباط أبعاد إدراك المرض بنوعية الحياة و أبعادها بين (-0.73) و (-0.95)، وهي قيم قوية وسالبة ودالة إحصائيا عند مستوى (α : 0.01)، وهي تشير إلى أنه كلما ارتفعت درجات أفراد العينة في مقياس إدراك المرض انخفضت درجاتهم في مقياس نوعية الحياة بأبعاده الفرعية و العكس صحيح، مع العلم بأن الدرجات العالية لمقياس إدراك المرض تدل على ارتفاع التصورات السلبية للمرض، وبهذا الفرضية الأولى تحققت.

## 11\_2\_ عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية إلى وجود فروق في نوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية تبعاً للجنس و السن.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار " مان- ويتني " للفروق بين مجموعتين مستقلتين للمقارنة بين درجات

المرضى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية على مقياس نوعية الحياة وذلك تبعاً للجنس والسن وقد جاءت النتائج كما يلي:



الجدول رقم (02): نتائج اختبار " مان- ويتني " للفروق بين درجات المرضى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية على مقياس نوعية الحياة حسب الجنس، السن.

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية sig	قيمة U	متوسط الرتب	العدد	المتغيرات الديمغرافية		نوعية الحياة
غير دالة	0.166	68.50	17.8	20	ذكور		نوعية الحياة العامة
			12.35	10	إناث		
			المجموع: 30				
غير دالة	0.069	65	19.08	12	أقل من 50 سنة		السن
			13.11	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع: 30				
غير دالة	0.20	71.5	16.93	20	ذكور		نوعية الحياة الجسمية
			12.65	10	إناث		
			المجموع: 30				
دالة عند المستوى ( $\alpha : 0.05$ )	0.04	59.5	19.54	12	أقل من 50 سنة		السن
			12.81	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع: 30				
غير دالة	0.12	65.5	17.23	20	ذكر		نوعية الحياة الانفعالية
			12.05	10	أنثى		
			المجموع: 30				
غير دالة	0.07	66	19	12	أقل من 50 سنة		السن
			13.17	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع: 30				
غير دالة	0.27	75	16.75	20	ذكر		نوعية الحياة الاجتماعية
			13	10	أنثى		
			المجموع: 30				
غير دالة	0.057	63	19.25	12	أقل من 50 سنة		السن
			13	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع: 30				

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) عدم وجود فروق في نوعية الحياة العامة وأبعادها الفرعية لدى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية تبعاً للجنس والسن، حيث جاءت القيم الإحصائية لـ sig الخاصة بمتغيري الجنس والسن والموضحة في الجدول أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، يستثنى من ذلك القيمة الاحتمالية الإحصائية لـ sig الخاصة بمتغير السن والمتعلقة ببعد نوعية الحياة الجسمية والتي بلغت (0.04) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، وبناء على ما سبق يمكن القول أن الفرضية الثانية تحققت جزئياً حيث توجد فروق في نوعية الحياة الجسمية تبعاً للسن فقط وذلك لصالح الأصغر سناً، في حين لم تتحقق الفرضية الثانية فيما يخص نوعية الحياة العامة وبقيتها تبعاً للجنس والسن.

### 11\_3\_ عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة:

تشير الفرضية الثالثة إلى وجود فروق في إدراك المرض لدى حاملي الصمامة القلبية تعزى للجنس و السن.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار "مان- ويتني" للفروق بين مجموعتين مستقلتين للمقارنة بين درجات المرضى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية على مقياس إدراك المرض وذلك تبعاً للجنس والسن وقد جاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (03): نتائج اختبار "مان- ويتني" للفروق بين درجات المرضى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية على مقياس إدراك المرض حسب الجنس، السن

إدراك المرض	المتغيرات الديمغرافية	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	القيمة الاحتمالية sig	الدلالة الإحصائية
الهوية	الجنس	ذكور	20	14.80	86	غير دالة
		إناث	10	16.90		
	المجموع: 30					
المدة	السن	أقل من 50 سنة	12	11.46	59.5	دالة عند المستوى ( $\alpha: 0.05$ )
		50 سنة فأكثر	18	18.19		
	المجموع: 30					
العواقب	الجنس	ذكر	20	14.53	80.5	غير دالة
		أنثى	10	17.45		
	المجموع: 30					
العواقب	السن	أقل من 50 سنة	12	10.71	50.5	دالة عند المستوى ( $\alpha: 0.05$ )
		50 سنة فأكثر	18	18.69		
	المجموع: 30					
العواقب	الجنس	ذكر	20	13.90	68	غير دالة
					0.15	

			18.70	10	أنثى		
			المجموع:30				
دالة عند المستوى ( $\alpha :0.05$ )	0.04	61.5	11.63	12	أقل من 50 سنة	السن	
			18.08	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع:30				
غير دالة	0.17	69.5	13.98	20	ذكر	الجنس	التحكم الشخصي
			18.55	10	أنثى		
			المجموع:30				
دالة عند المستوى ( $\alpha :0.05$ )	0.009	47	10.42	12	أقل من 50 سنة	السن	
			18.89	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع:30				
غير دالة	0.26	75	14.25	20	ذكر	الجنس	التحكم في العلاج
			18	10	أنثى		
			المجموع:30				
دالة عند المستوى ( $\alpha :0.05$ )	0.01	49.5	10.63	12	أقل من 50 سنة	السن	
			18.75	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع:30				
غير دالة	0.25	74.5	14.23	20	ذكر	الجنس	فهم المرض
			18.05	10	أنثى		
			المجموع:30				
دالة عند المستوى ( $\alpha :0.05$ )	0.05	62.5	11.71	12	أقل من 50 سنة	السن	
			18.03	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع:30				
غير دالة	0.07	59.5	13.48	20	ذكر	الجنس	القلق
			19.55	10	أنثى		
			المجموع:30				
غير دالة	0.08	68	12.17	12	أقل من 50 سنة	السن	
			17.72	18	50 سنة فأكثر		
			المجموع:30				
غير دالة	0.13	66.5	13.38	20	ذكر	الجنس	الانفعال
			18.85	10	أنثى		
			المجموع:30				
غير دالة	0.09	69	12.25	12	أقل من 50 سنة	السن	
			17.67	18	50 سنة فأكثر		

		المجموع:30				
الدرجة الكلية لإدراك المرض	الجنس	67	13.85	20	ذكر	
			18.80	10	أنثى	
			المجموع:30			
دالة عند المستوى ( $\alpha:0.05$ )	السن	56.5	11.21	12	أقل من 50 سنة	
			18.36	18	50 سنة فأكثر	
			المجموع:30			
غير دالة	0.14					

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أن جميع القيم الإحصائية لـ sig الخاصة بمتغير الجنس جاءت أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha:0.05$ )، وهذا يعني عدم وجود فروق في إدراك المرض بأبعاده تبعاً للجنس لدى أفراد العينة، أما فيما يخص متغير السن فنلاحظ أن القيمة الإحصائية لـ sig المتعلقة ببعدها بلغت (0.08) وتلك المتعلقة ببعدها الانفعالات بلغت (0.09) وهما بدورهما أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha:0.05$ ) وتؤشران إلى عدم وجود فروق في هذين البعدين تعزى للسن، أما القيم الإحصائية لـ sig والمتعلقة ببقية أبعاد إدراك المرض ودرجته الكلية جاءت أصغر من مستوى الدلالة ( $\alpha:0.05$ )، وبناء على ذلك يمكننا القول بوجود فروق في إدراك هوية المرض وفهمه، مدته، عواقبه، التحكم الشخصي فيه والتحكم في علاجه، فضلاً عن وجود فروق في الدرجة الكلية لإدراك المرض لدى أفراد العينة تبعاً للسن، بحيث كلما ارتفع السن زادت التصورات السلبية للمرض، ومنه الفرضية الثالثة لم تتحقق بالنسبة للجنس ولكنها تحققت بالنسبة للسن.

## 11\_ المناقشة العامة والتوصيات:

نستنتج من الجدول رقم (01) تحقق الفرضية الأولى، حيث توجد علاقة ارتباطية عكسية بين نوعية الحياة وإدراك المرض، فمعاملات ارتباط درجات المقياسين جاءت سالبة وقوية ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha:0.01$ ).

تتفق نتيجة الفرضية الأولى مع العديد من الدراسات السابقة، إذ كشف التحليل البعدي الذي أجراه "هاغر" و"أوربل" (Hagger & Orbell, 2003) أن إدراك إمكانية علاج المرض والسيطرة عليه ارتبطت بشكل كبير وإيجابي بالنتائج التكيفية للرفاهية النفسية والوظيفة الاجتماعية والحيوية وارتبطت سلباً بالضيق النفسي والحالة المرضية، في حين أظهرت عواقب المرض والجدول الزمني والهوية علاقات كبيرة وسلبية بالرفاهية النفسية والوظيفة الاجتماعية والحيوية، بينت دراسة "ستافورد"، "بيرك"، و"جاكسون" (Stafford, Berk, & Jackson, 2009) ارتباط التصورات الإيجابية لدى مرضى الشريان التاجي بشكل كبير مع نتائج أفضل في نوعية الحياة، في دراسة "فرانس"، "لوين"، "واطسون"، و"طومسون" (French, Lewin, Watson, & Thompson, 2005) على المرضى الخاضعين لإعادة التأهيل بعد الإصابة باحتشاء عضلة القلب تنبأ إدراك المرض بنوعية الحياة الانفعالية والجسدية والاجتماعية، حيث كانت معتقدات العواقب الأكثر ارتباطاً حتى بعد التحكم في آثار القلق الأساسي والاكتماب على نوعية الحياة اللاحقة.

اهتمت الدراسات كذلك ببحث تصورات المرض كمنبئات لأعراض الاكتئاب والقلق والذدان يعدان من المؤشرات الهامة لنوعية الحياة، من بينها دراسة "كوستا"، "فالي"، "سوبرال"، و"غراسا بيريرا" (Costa, Vale, Sobral, & Graça, 2015) والتي بينت ارتباط تصورات مرضى الأمل المزمن حول العواقب والجدول الزمني والهوية والقلق والانفعالات بشكل إيجابي وقوي مع أعراض الاكتئاب والقلق، في حين كانت تصورات المرض حول التحكم الشخصي والتحكم في العلاج وفهم المرض مرتبطة بشكل سلبي وقوي مع أعراض الاكتئاب والقلق، كما لاحظ "نالين بوس"، "إلستروم"، "بيورلينج"، "بيرسون"، "سابونشي" (Nahlén Bose, Elfström, Björling, Persson & Saboonchi, 2016) أن الإدراك الأقل للسيطرة على مرض الفشل القلبي يرتبط بمزيد من أعراض القلق والاكتئاب، في حين توجد ارتباطات إيجابية لبعدي العواقب والهوية في علاقتهم بالقلق و الاكتئاب.

يرى "ستراوب" (Straub, 2014, p.488\_489) أن تصورات المرض تؤثر على صحتنا بطريقتين على الأقل، وذلك من خلال التأثير على سلوكياتنا الصحية الوقائية، والتأثير على كيفية تفاعلنا عندما تظهر الأعراض.

إدراك المرض مؤشر مهم لكيفية تصرف المرضى أثناء تجربة المرض، وبشكل عام ترتبط تصورات المرض الإيجابية بإدارة أكثر إيجابية للمرض والنتائج الصحية، لذلك أصبحت مسألة كيفية المساهمة في بناء تصورات أكثر إيجابية بين المرضى عن مرضهم مهمة للغاية، ولقد أظهرت الدراسات أن توفير المعلومات الصحية الكافية يمكن أن يؤثر على تكوين إدراكات أكثر إيجابية عن المرض. (Katavić, Tanacković, Badurina, 2016, p.4)

هذا ونستنتج من البيانات الواردة في الجدول رقم (02) عدم تحقق الفرضية الثانية جزئياً حيث لا توجد فروق تبعا للجنس والسن في نوعية الحياة العامة، النفسية والاجتماعية، كما لا توجد فروق في نوعية الحياة الجسمية تبعا للجنس، لكن تحققت الفرضية الثانية جزئياً إذ توجد فروق فقط في بعد نوعية الحياة الجسمية تبعا للسن.

تتفق نتائج الفرضية الثانية مع نتائج دراسة 'حامد'، 'بيرسون'، 'إنجل'، 'ماكدونو' و'سميث' (Hamed, Persson, Engel, McDonough & Smith, 2009) التي أقرت نتائج صحية متماثلة للذكور والإناث الخاضعين لاستبدال الصمام الأبهري، و تختلف نتائج الفرضية الثانية مع النتائج التي توصلت إليها دراسة 'تيلفر' و'دوبوي' و'هاردي' و'ليماي' (Tailleferre, Dupuis, Hardy & LeMay, 2005) والتي أشارت إلى أن النساء يتحسن أكثر من الرجال في الانفعالات والأداء الاجتماعي بينما ينطبق العكس على الصحة العقلية، وتقر دراسة 'موليرو جونيور'، 'رايموندو'، 'دو أمارال'، 'دي أبريو' و'بريدا' (Molero Junior, Raimundo, do Amaral, de Abreu & Breda, 2020) بأن الذكور يصرحون بتحسين نوعية الحياة لديهم أكثر من النساء، وتتفق نتائج هذه الدراسة جزئياً مع نتائج الفرضية الثانية في عدم وجود فروق في نوعية الحياة تعزى للسن، كما تختلف نتيجة الفرضية الثانية مع ما توصلت إليه نتائج المراجعة المنهجية التي قام بها كل من 'شان'، 'سكسينا'، 'مكماهون'، 'ويلسون' و'نيوكومب' (Shan, Saxena, McMahan, Wilson & Newcomb, 2013) التي أشارت إلى أن المرضى المسنين أظهروا تحسناً في الأعراض القلبية بعد عملية استبدال الصمام

تساوي نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى السكان العامين المطابقين لهم في العمر وكذلك لدى المرضى الأصغر سنًا الخاضعين لنفس العملية، يمكن أن نفسر هذه النتيجة بتطور التقنيات العلاجية الدوائية والجراحية وتحسن نوعية الصمامات الاصطناعية مما ألقى الفروق تبعاً للسن والجنس.

نستنتج من الجدول رقم (03) تحقق الفرضية الثالثة جزئياً إذ لا توجد فروق بين أفراد العينة في إدراك المرض بأبعاده تبعاً للجنس، لكن توجد فروق في إدراك المرض بأبعاده تبعاً للسن، باستثناء بعدي القلق والانفعالات اللذان لا يوجد فروق فيهما تبعاً للسن. تتفق نتيجة الفرضية الثالثة مع ما ورد في الأدبيات البحثية، حيث أشارت دراسة "كيم" و "كيم" و "ريو" (Kim, Kim, & Ryu, 2019) إلى أن التدخلات الهادفة إلى تحسين إدراك المرض لا بد أن تأخذ بعين الاعتبار ضرورة التمييز بين المرضى وفقاً للفئة العمرية، حيث توصلوا إلى وجود فروق في إدراك المرض بين المرضى كبار وصغار السن، تكشف نتائج دراسة "ما"، "يان"، "وو" و "هوانغ" (Ma, Yan, Wu & Huang, 2018) أن النساء الأصغر سنًا لديهن ثقة أكبر بأنفسهن في قدرتهن على السيطرة على المرض، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن إدراك أعراض المرض يزيد بزيادة العمر وتقل معها تصورات المريض حول قدرته على التحكم في مسار مرضه و فرصه في الشفاء منه أو التحكم في علاجه.

هذا ويمكن القول أن تقلص التحيزات الثقافية بين الجنسين وإتاحة المزيد من مصادر المعلومات المعتمدة في بناء تصورات المرض ألغت الفوارق بين الجنسين في إدراكهم لمرض الصمامة القلبية، وهذا يختلف مع ما ذكره " بنياميني" (Benyamini, 2011, p.302) حول أن الاختلافات البيولوجية والاجتماعية بين المرأة والرجل وكذلك التفاعل بين هذين العاملين تؤدي إلى اختلافات بين الجنسين في إدراك الصحة والمرض، فبعض الأمراض من الناحية البيولوجية خاصة بجنس دون الآخر، وبعضها يختلف في الانتشار بين الجنسين، وبعضها شائع في كلا الجنسين ولكن النساء غالباً ما يعانين منها بشكل مختلف، أما على الجانب الاجتماعي تحدد الأعراف الاجتماعية وأدوار الجنسين توقعات مختلفة من النساء والرجال وبذلك فهي توفر سياقاً مختلفاً للتحكم على الأعراض ولصياغة تصورات المرض.

بناء على ما سبق اتضح لنا العلاقة بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى المرضى المزمين عموماً ومرضى القلب خصوصاً، ولتعزيز نوعية حياة المريض الحامل للصمامة القلبية الاصطناعية، لا بد من تصميم برامج تربية علاجية تستهدف تمكين المريض من تطوير تصورات إيجابية عن مرضه بما يساهم في تحسين نوعية الحياة لديه، كما نوصي في الأخير بإجراء المزيد من الأبحاث حول نوعية الحياة والعوامل المعززة لها، إضافة إلى البحث في العوامل المؤثرة في تكوين إدراك المرض ودور هذا الأخير في السلوكيات الوقائية المانعة لتطور المرض.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1. در، محمد. (2017). أهم مناهج وعينات وأدوات البحث العلمي. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية ، 9 ،

325\_309.

المراجع باللغة الأجنبية:

2. Alphin, S., Höfer, S., Perk, J., Slørdahl, S., Zwisler, A.-D. O., & Oldridge, N. (2014). the macnew heart disease health-related quality of life questionnaire: a scandinavian validation study. *social indicators research*, 122(2), 519–537.
3. Benyamini, y.(2011).*Health and Illness Perceptions.in h.Friedman(ed), The Oxford Handbook of Health Psychology(pp.281\_314)* , New York: Oxford University Press
4. Broadbent, e., Petrie, k., Main, j., Weinman, j.(2006). the brief illness perception questionnaire,*journal of psychosomatic research*,60, 631– 637.
5. Costa, V., Vale, S., Sobral, M., & Graça Pereira, M. (2015). illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *psychology, health & medicine*, 21(4), 483–495.
6. Dinsmore, J.(2010).*quality of life and illness perception in stroke patients : a 12 month study* ,doctoral thesis ,queen's university of belfas.
7. Flanagan, T. & Pandit, A.(2003). living artificial heart valve alternatives: a review. *European cells & materials*,20(6),28\_45.
8. French, D. P., Lewin, R. J. P., Watson, N., & Thompson, D. R. (2005). do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction? *journal of psychosomatic research*, 59(5), 315–322.
9. Gotay, C., & Moore, D. (1992). assessing quality of life in head and neck cancer. *quality of life research*, 1(1), 5–17.
10. Groves, P. (2001). valve disease: surgery of valve disease: late results and late complications. *heart*, 86(6), 715–721. doi:10.1136/heart.86.6.715
11. Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). a meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *psychology & health*, 18(2), 141–184. doi:10.1080/088704403100081321
12. Hamed, O., Persson, P., Engel, A., McDonough, S. & Smith, J. (2009). gender differences in outcomes following aortic valve replacement surgery. *international journal of surgery*, 7(3),217\_217.
13. Hinton, R. B., & Yutzey, K. E. (2011). heart valve structure and function in development and disease. *annual review of physiology*, 73(1), 29–46. doi:10.1146/annurev-physiol-012110-142145
14. Höfer, s., Lim, l. Guyatt, g. Oldridge, n.(2004).the macnew heart disease health-related quality of life instrument: a summary,*health qual life outcomes*,2(3), doi: 10.1186/1477-7525-2-3
15. INAM, s., HUNJRA, m., WARIS, f. et al. (2018). life orientation, illness perceptions and quality of life in patients with coronary heart disease. *p j m h s*,12(1),195-198.
16. Kaptein, A., Helder, D., Scharloo, M., Van Kempen, G., Weinman, J., Van Houwelingen, H., & Roos, R. (2006). illness perceptions and coping explain well-being in patients with huntington's disease. *psychology & health*, 21(4), 431–446
17. Katavić, s., Tanacković ,s., Badurina, b.(2016).illness perception and information behaviour of patients with rare chronic diseases, *information research*, 21(1),1\_29.
18. Kim, S., Kim, E., & Ryu, E. (2019). illness perceptions, self-care management, and clinical outcomes according to age-group in korean hemodialysis patients. *international journal of environmental research and public health*, 16(22), 4459. doi:10.3390/ijerph16224459
19. Ma, C., Yan, J., Wu, Y., & Huang, W. (2018). illness perceptions of chinese women with breast cancer and relationships with socio-demographic and clinical characteristics. *international journal of nursing practice*, e12677. doi:10.1111/ijn.12677

20. Maharjan,s. (2016). *illness perception and treatment adherence among patients with hypertension in nepal* , a thesis sulmittedin partial fulfilment of the requirement for the degree of master of nursing science , prince of songkla university.
21. Molero Junior,J., Raimundo,R., Do Amaral,J., De Abreu,L. & Breda,J. (2020).bioprosthesis versus mechanical valve heart prosthesis: assessment of quality of life. *international journal of cardiovascular sciences*,33(1),36-42.
22. Musumeci, L., Jacques, N., Hego, A., Nchimi, A., Lancellotti, P., & Oury, C. (2018). prosthetic aortic valves: challenges and solutions. *frontiers in cardiovascular medicine*, 5. doi:10.3389/fcvm.2018.00046
23. Nahlén Bose, C., Elfström, M. L., Björling, G., Persson, H., & Saboonchi, F. (2016). patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 704–713.
24. Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). the role of illness perceptions in patients with medical conditions. *current opinion in psychiatry*, 20(2), 163–167.
25. Post, M. (2014). definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *topics in spinal cord injury rehabilitation*, 20(3), 167–180.
26. Schweitzer,m. et Boujut,É.( 2014) . *Psychologie de la santén Concepts, méthodes et modèles (2<sup>em</sup> éd)*, France : Dunod .
27. Shan, L., Saxena, A., McMahon, R., Wilson, A., & Newcomb, A. (2013). a systematic review on the quality of life benefits after aortic valve replacement in the elderly. *the journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 145(5), 1173–1189.
28. Sibilitz,K.,Berg,S.,Thygesen,L. et al (2015).high readmission rate after heart valve surgery: a nationwide cohort study ,*international journal of cardiology*,189 ,96–104.
29. Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes?. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 211–220.
30. straub,r.(2014). *healt h psychology: a biopsychosocial approach, fourth edition*, united states of america: worth publishers.
31. Taillefer,M.,Dupuis,G., Hardy,J.& Lemay,S. (2005).quality of life before and after heart valve surgery is influenced by gender and type of valve. *quality of life research* ,14(3) , 769-778.
32. Theofilou,p.(2013).Quality of Life: definition and measurement, *euope's journal of psychology*,9(1), 150–162.
33. Valenti,l,Lim,l.,Heller,r.,Knapp,j. (1996). an improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction,*quality of life research*,5(1),151\_161.
34. WHOQOL Group.(1998). development of the world health organization whoqol-bref quality of life assessment. *psychol med*,28,551-558.
35. Yaraghchi, A., Rezaei, O., Mandegar, M. H., & Bagherian, R. (2012). the relationship between illness perception and quality of life in iranian patients with coronary artery bypass graft. *procedia - social and behavioral sciences*, 46, 3329–3334.