دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	علاج الإنترفيرون وعلاقته بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضي التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن
المصدر:	المجلة المصرية للدراسات النفسية
الناشر:	الجمعية المصرية للدراسات النفسية
المؤلف الرئيسي:	شويخ، هناء أحمد محمد
المجلد/العدد:	مج24, ع83
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2014
الشهر:	إبريل
الصفحات:	463 - 492
رقم MD:	1012485
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الأمراض المزمنة، الصحة العامة، علاج الإنترفيرون
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1012485

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

علاج الإنترفيرون وعلاقته بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن(*)

د. هناء أحمد محمد شويخ
أستاذ علم النفس المساعد
بقسم علم النفس بآداب جنوب الوادي

الملخص:

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف العلاقة بين علاج الإنترفيرون ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن. واشتملت أدوات الدراسة على المكونات الآتية: استمارة البيانات الأولية، ومقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وبعد التحقق من الكفاءة السيكومترية للأداة، تم تطبيق الأدوات على عينة (ن=٢٤) مريضًا بالتهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن. وكانت أهم نتائج الدراسة وجود تأثير دال لعلاج الإنترفيرون في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى. وسوف تناقش النتائج والاتجاهات المستقبلية للبحث في مجال تحسين كفاءة علاج الإنترفيرون لدى مرضى التهاب الكبد "C" الفيروس المزمن.

(*) تتقدم الباحثة بالشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة/ سهير الغباشي ــ أستاذ علم النفس بجامعة القاهرة لمجهودها ولمساعدتها في إنجاز هذا العمل.

علاج الإنترفيرون وعلاقته بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن(*)

د. هناء أحمد محمد شويخ
أستاذ علم النفس المساعد
بقسم علم النفس بآداب جنوب الوادي

المقدمة:

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف العلاقة بين علاج الإنترفيرون Interferon ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة Health - Related Quality of Life (HRQL) لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن Hepatitis "C" Virus Chronic (HCV).

يحتل مفهوم نوعية الحياة صدارة عناية المريض المزمن في صورة الحاجة للقدرة على مواصلة العمل، والقدرة على مواصلة العلاقات الشخصية مع الأصدقاء والأزواج والأبناء، ومواصلة الشعور بالقدرة على الحياة، والقدرة على الاستمتاع بالمواقف أو الأحداث التي كانت تمنح السعادة قبل المرض(Bernstein, 2003). ويتماشى ذلك مع تعريف هيئة الصحة العالمية WHO لمفهوم الصحة، وهي أن لم تعد تعني فقط غياب المرض، وإنما تعنى – إضافة إلى ذلك – الحالة الكاملة من جودة العيش Well-being (Sobhonslidsuk, Silpakit, Kongskan & Satitpornkul, 2006).

وهذا ما يتفق مع وجهه نظر الباحثين في أن التحسن الذي يستهدفه العلاج الدوائي للأمراض المزمنة لا يرتبط بالضرورة بحدوث تحسن في نوعية حياة المريض (Jachuck, Brieley, Jachuck & Willcox, 1982)، وأكد ذلك من خلال إحدى الدراسات التي وجدت أنه بالرغم من إقرار الأطباء بأن نوعية الحياة لدى مرضاهم قد تحسنت مع التعاطي المنتظم للعلاج الدوائي، فإن نصف هؤلاء المرضى أو أياً من أقربائهم لم يقروا بهذا التحسن(Taylor, 2000, p.329).

من ناحية أخرى أثار تعريف هيئة الصحة العالمية الانتباه إلى الأمراض المزمنة الخالية من الأعراض، والتي يمكن أن تنبئ عن اختلال في نوعية الحياة ناجم عن المرض من قبيل أمراض

(*) تتقدم الباحثة بالشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة/ سهير الغباشي – أستاذ علم النفس بجامعة القاهرة لمجهودها ولمساعدتها في إنجاز هذا العمل.

الكبد المزمنة، ولقد بات من المعروف بين الأطباء أن الالتهاب الكبدي المزمن مرض بلا أعراض Asymptomatic. ويذكر في هذا الصدد أن أقل من ٢٠٪ من المرضى فقط يخبرون أعراضاً غير محددة مرتبطة بالمرض (National Institutes of Health Consensus Development Panel Statement, 1997) كالإرهاق، والألم العضلي العظمي، والحكة الجلدية، والصفراء، والصداع(Davis et al., 1994). وبالرغم من هذه الحقيقة ــ حقيقة خلو مرضى الكبد المزمن من الأعراض ــ فإن العديد من الدراسات أثبتت حدوث خلل في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء المرضى(Bernstein, 2003).

لقد كشفت دراسات متعددة عرضية وأخرى طولية عن العلاقة السلبية للإصابة الكبدية بالفيروس "C" بنوعية الحياة لدى المرضى (Spiegel et al., 2005; Strauss & DiasTeixeira, 2006; Younossi, Cauyatt, Kiwi, Boparai & King, 1999; Zandi, Adib-Hajbagheri, Memarian, Nejhad & Alavian, 2005). وأثبتت دراسة أخرى تمت على ٦٤٢ مريضاً أن مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" كشفوا عن درجات في نوعية الحياة أقل من الأصحاء(Bonkovsky & Wolley, 1999). ووصفت دراسة "ستيل" وزملائه (Steel, Chopra, Olek & Carr, 2006) نوعية حياة مرضى الكبد المزمن بأنها الأسوأ مقارنة بالجمهور العام. وأشارت دراسة أخرى إلى انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى تايلانديين ممن لديهم التهاب كبدي مزمن مقارنة بالأسوياء، وذلك على نحو يماثل تقارير الدول الغربية عن هذه المشكلة(Sobhonslidsuk et al., 2006). وتوصلت دراسة "تاليني" وآخرون(Taliani et al., 2007) من خلال عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" الايطاليين إلى انخفاض درجاتها على مجالات عديدة في نوعية الحياة مقارنة بعينة ضابطة من الأسوياء، وأكدت النتائج السابقة دراسة "كالمان" وزملائه (Kallman, ONeil, Larive, Boparai, Calabrese, & Younossi, 2007) حيث برهنت على أن مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" لديهم خلل في نوعية الحياة يفوق جوهرياً ما لدى الأصحاء ومرضى داء السكري من النمط الثاني، وأخيرًا كشفت دراسة (الغباشي ، شويخ، ٢٠٠٩) ــ التي أجريت على عينة (١٠٢) مصرية من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن ــ تدني متغيرات نوعية الحياة مع الزيادة في شدة أعراض المرض، والإدراك الذاتي السلبي للصحة العامة، كذلك تتدني نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالنزيف عن المرضى الخالين من النزيف.

كما أصبح تقدير نوعية الحياة لدى مرضى التهاب الكبد المزمن أمراً له أهميته الشديدة لا في مجال الكشف عن مدى تأثر نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى فحسب، وإنما في مجال محاولات علاجهم أيضاً، فنوعية الحياة المرتبطة بالصحة أصبحت هدفاً مهماً عند اختبار كفاءة علاجات أمراض الكبد المزمنة(Steel et al., 2007). وفي سبيل هذه النقطة كثرت الأبحاث المهتمة بتأثير علاج الإنترفيرون في نوعية حياة المرضى، ومنها دراسة "هانت" وآخرين (Hunt, Dominitz, Barbara & Waters, 1997) التي وجدت ــ خلال عينة (ن=٤٨) من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن ــ أن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة قد تحسنت لدى المرضى بعد الانتهاء من علاج الإنترفيرون مقارنة بنوعية حياتهم قبل وأثناء الخضوع للعلاج، في حين زادت شدة الاكتئاب أثناء فترة العلاج التي امتدت لستة أشهر. وفي دراسة أخرى ارتبطت نوعية الحياة ارتباطاً ايجابياً بزرع الكبد، وباستخدام علاج الإنترفيرون مع الريبافيرين(Strauss Ribaverene & DiasTeixeira, 2006)، وأكدت دراسة "باتي" وآخرون (Patti, Amato, Trojano, Bastinello, & Tola, 2011) أن علاج الإنترفيرون لمرضى التصلب العضلي المتعدد يحسن من نوعية حياتهم، ويخفف من شعورهم بالاكتئاب والتعب، كذلك لا تؤثر جرعة العلاج على الحالة المعرفية للمرضى، وهذه التغيرات ثابتة ومستقرة لمدة ثلاث سنوات من الانتهاء من العلاج. وأضاف "كاتز" وآخرون(Katz, Wolff, Crane, Vardhachary, & Javle, 2011) أن استخدام علاج الإنترفيرون كمضاد للفيروسات يؤثر بشكل سلبي على نوعية الحياة أثناء العلاج، ولكن بمجرد الانتهاء من الفترة العلاجية تعاود نوعية حياة المرضى إلى الارتفاع والاستقرار خلال فترة البقاء. أما "بندر" وآخرون(Bender, Yasko, Kirkwood, & Ryan, 2000) فكشفوا عن التغيرات قصيرة وطويلة المدى في الوظائف المعرفية ونوعية الحياة من خلال تتبع عينة من مرضى سرطان الجلد ممن يخضعون لعلاج الإنترفيرون، بحيث تم تطبيق ثلاثة قياسات؛ قبل العلاج، وأثناء العلاج بثلاثة أشهر، وبعد الانتهاء من العلاج بثلاثة أشهر، وجاءت النتائج لتشير إلى وجود تغيرات سلبية ملحوظة في الوظائف المعرفية ونوعية الحياة قبل العلاج وأثناءه مقارنة بفترة الانتهاء من العلاج.

وتوصلت دراسة "ديكسون" وآخرون(Dixon, Walters, Turner & Hancock, 2006) ــ من خلال المقارنة بين مجموعتين لمرضى سرطان الجلد: المجموعة التجريبية (ن=٦٥) التي تخضع لعلاج الإنترفيرون، والمجموعة الضابطة (ن=٧٩) التي لا تتلقى هذا العلاج ــ إلى تحسن الأداء الاجتماعي، والحالة الصحية والنفسية كأبعاد لنوعية الحياة بعد انتهاء فترة العلاج لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة. وأكدت المنظمة الأوربية للأبحاث وعلاج السرطان أن

الخضوع لعلاج الإنترفيرون يسبب تدهور ملحوظ في نوعية حياة المرضى وفقدان الشهية خلال الأسبوع الثالث من العلاج، وأضافت أن نوعية الحياة هي مؤشر مبكر على الاستجابة المناعية لعلاج الإنترفيرون(Atzpodien, Kuchler, Wandert, & Reitz, 2003). وفي سبيل التحقق من فعالية علاج الإنترفيرون قامت الدراسات بقياسات متعددة تبدأ بقياس قبل أخذ العلاج كخط أساس، ثم تتوالي القياسات بعد كل ثلاثة أشهر من العلاج، ثم قياسات متابعة تمتد إلى ٢٤ شهر، وكشفت نتائج مجمل هذه الدراسات عن تحسن نوعية الحياة بعد انتهاء العلاج، بينما أثناء العلاج يعاني المرضى تدهور ملحوظ في نوعية حياتهم، وأضافت الدراسات أن تحسن البُعد العقلي والجسمي يبدو أكثر وضوحًا لدى المرضى صغار السن (Cella, Michaelson, Bushmakin, Cappelleri, & Charbonneau, 2010; Jongen, Sindic, Carton, Zwanikken, & Lemmens, 2010). بينما أشارت دراسة أخرى إلى انخفاض نوعية الحياة بشكل دال إحصائيًا لدى مرضى سرطان الكبد ممن يخضعون لعلاج الإنترفيرون مقارنة بالمرضى الذين لا يتلقون هذا العلاج(Anonymous, 2007).

وتوحي الدراسات أن مرضى التهاب الكبد الفيروسي المزمن حتى ممن لا يكون لديهم مضاعفات كبرى مرتبطة بالمرض والعلاج يدركون أنفسهم على أنهم على غير ما يرام، وأنهم يخبرون تغيرات جوهرية في نوعية معيشتهم الجسمية والنفسية، ومثل هذه النتائج لها تضمينات مهمة تخص الرعاية والإدارة التمريضية، والرعاية الذاتية، وخفض الأعراض (Heitkemper, Jarrett, Kurashige & Carithers, 2001).

إلا أن هذه الفئة الأخيرة من الدراسات ــ على الرغم من أهميتها ــ فإنها تبدو محدودة للغاية مقارنة بكثافة الدراسات التي عنيت بنوعية الحياة لدى مرضى الكبد، فإذا أضفنا إلى ذلك ما لمسناه في نطاق استعراضنا للبحوث في هذا الموضوع من جدب ساحة البحوث العربية منها، فإن هذا يسلمنا إلى واقع يعكس الحاجة لتلك البحوث، لاسيما عندما نتذكر أن أمراض الكبد المزمنة تصنف طبياً على أنها ضمن الأمراض المتوطنة أو كما يشار إليها بأمراض المناطق الحارة، والتي تحظى بمعدلات انتشار مرتفعة مقارنة بمعدلات انتشارها في البيئات غير الحارة نظراً لتدني المستوى الاقتصادي الاجتماعي، وانتشار الفقر(الغباشي ، شويخ، ٢٠٠٩).

إن موطن أهمية هذه الفئة من الدراسات الخاصة بتقييم فاعلية العلاجات الطبية التي تكرس لخفض الأعراض، والارتفاع بمستوى نوعية الحياة لدى المرضى، فضلاً عما يحققه ذلك من تقدم في امتثال المرضى للنظم العلاجية المقررة لهم. فمن غير شك أن تقدير كيف يؤثر المرض بدقة على الأنشطة المهنية والاجتماعية والشخصية، بالإضافة إلى الأنشطة العامة للحياة اليومية، يمثل

أساساً مهماً للتدخلات التي تُصمم من أجل تحسين نوعية الحياة (Devins et al., 1990; Maes, Leventhal & De Ridder, 1996).

مشكلة البحث:

من كل ما سبق يمكن تحديد عدد من المشكلات التي يعنى بها البحث الراهن في الأسئلة التالية:

١- هل يؤدي علاج الإنترفيرون إلى حدوث تغيرات في أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن؟.

٢- في حالة ارتباط علاج الإنترفيرون بحدوث تغيرات في أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن:

(أ) ما هو اتجاه هذه التغيرات (سلبية / إيجابية)؟

(ب) ما هو مدى استقرار تلك التغيرات في فترة المتابعة؟

متغيرات الدراسة:

[١] نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:

تشير نوعية الحياة ــ طبقاً لتعريف جمعية علم النفس الأمريكية ــ إلى المدى الذي يصل إليه الفرد في تحقيق الرضا عن الحياة، وبلوغ الفرد نوعية الحياة الجيدة يلزمه تحقق أمور مهمة هي: جودة المعيشة أو اللياقة الوجدانية والمادية والجسمية، والارتباط بعلاقات شخصية، ووجود فرص للارتقاء الشخصي (مثل المهارات)، وممارسة الحقوق، وعمل اختيارات أسلوب الحياة وتحديدها ذاتياً، والمشاركة في المجتمع، وتعتبر تقوية نوعية الحياة (ودعمها) ذات أهمية خاصة لأولئك الذين لديهم مرض مزمن، وذوي المشكلات الارتقائية، ومشكلات العجز الأخرى، وأولئك الذين يخضعون لعلاج طبي أو نفسي(VendenBos, 2007).

هذا التعريف يتفق مع تعريف هيئة الصحة العالمية، كما يتفق مع تعريفات أخرى (Grant & Rivera, 1998, p.5; Graves, 2003; Kandil, 1998, Haberman & Bush, 1998, p.118; Vukadinovic, 2000) ألقت الضوء بشكل واضح على المتغيرات التي تشكل نوعية الحياة، وهذه المتغيرات تتمثل في **اللياقة الجسمية**، وهي تنعكس من خلال أسئلة عن القوة والطاقة، والقدرة على أداء نشاطات الحياة اليومية، و**اللياقة النفسية**، وهي تتضمن مدى البعد أو القرب من الخبرة بأعراض القلق والخوف من المرض، واحتمالات الوفاة الناجمة عنه، و**اللياقة الاجتماعية**، وهي تشير إلى علاقات المريض بالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، و**الخبرة الذاتية**

بالأعراض المرتبطة بالمرض الجسمي وتلك المرتبطة بالعلاج، وهي تشمل أعراض المرض من قيء وغثيان، وألم، والأعراض الجانبية للعلاج، **واللياقة الروحانية**، وهي تعكس معنى الحياة والتوقعات الخاصة بالمرض) (من خلال: شويخ، ٢٠٠٧؛ King, 1998, pp.25-26).

وعلى ضوء هذه التعريفات يمكن تَمثُّل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وقياسها في البحث الراهن بكونها "**مجمل الشعور الذاتي للفرد بمدى تحقق الرضا لديه فيما يتعلق بمختلف متغيرات الحياة الشخصية المرتبطة بالصحة، والتي تتمثل في إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، حدود النشاط اليومي، مشكلات الصحة الجسمية، مشكلات الصحة النفسية، الأنشطة الاجتماعية، الألم، الحيوية والحالة المعنوية العامة، الأداء الاجتماعي**".

الأساس النظري:

يمثل النموذج التصوري لنوعية الحياة الذي قدمه "ويلسون" Wilson و"كليرى" Cleary سنة ١٩٩٥ ركيزة تستند إليها الدراسة الراهنة، وهو نموذج يرسى النظرة متعددة المتغيرات لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، فإلى جانب المتغيرات البيولوجية والفسيولوجية وخصائص الفرد والبيئة، تشتمل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ــ طبقاً للنموذج ــ على إدراك الصحة، ومستوى العرض Symptom status، والمستوى الوظيفي Functional status، وفي هذا يفترض النموذج أن إدراك الصحة يرتبط بكل من المستوى الوظيفي ومستوى العرض والمتغيرات البيولوجية والفسيولوجية(Sobhonslidsuk et al., 2006)، وفي هذا الإطار يتولد افتراض الدراسة الرئيسي حول علاقة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي"C" المزمن بمجموعة من المنبئات الإكلينيكية المتمثلة في تطور المرض، وشدة الأعراض، والنزيف الدموي، والإدراك الذاتي للصحة.

ومن الجلي أن نلاحظ هنا أن البنية الأساسية التي أقيم عليها هذا النموذج التصوري تتمثل في المنظور الأعراض، وهو النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي BioPsychoSocial Model، والذي يفترض أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تمثل معاً محددات مهمة للصحة والمرض؛ حيث تتفاعل تلك العوامل معاً لتنتج حالة من الصحة أو المرض، وهذا التصور ينطوي على أن الصحة والمرض يسببهما عوامل عديدة، كما أنهما يولدان بدورهما آثاراً عديدة (Taylor, 2000).

وللإجابة على تساؤل كيف تتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية معاً تبنى الباحثون

منحى نظرية المنظومات Systems Theory Approach، ويرجع مفهوم "المنظومة" إلى "لودفيج فون برتلانفي" Ludwig Von Bertalanfy (١٩٦٨)، واستخدمه "جورج إنجل" George Engle (١٩٨٠) لفهم الصحة والمرض من منظور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Sarafino, 1995)، ويشير مفهوم المنظومة إلى كيان دينامي يتألف من مكونات تقوم فيما بينها على علاقات متبادلة على نحو مستمر، وتزعم نظرية المنظومات أن الترابط بين كل مستويات (مكونات) التنظيم في أي كيان هو ترابط هرمي، وأن التغير في أي واحد من هذه المستويات سوف يستتبعه تغير في كل المستويات الأخرى، من ثم فإن الصحة والمرض والرعاية الصحية كلها عمليات ذات علاقات متبادلة فيما بينها، وهي تنطوي على تغيرات متفاعلة داخل الفرد على المستويات المختلفة(Taylor, 2000).

[٢] مرض التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن:

هو مرض يتميز بحدوث تلف تدريجي لنسيج الكبد عبر الوقت، وهو يمثل فئة عريضة يقع تحتها أمراض عديدة للكبد منها تشمع الكبد Cirrhosis وتليف الكبد Fibrosis. ويُذكر أن التشمع يحتل الترتيب السابع من بين الأسباب التي تقود إلى الوفاة في الولايات المتحدة، وذلك طبقاً للمؤسسة القومية لأمراض داء السكري والجهاز الهضمي والكلي National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)، ونتيجة لحدوث تلف مزمن للكبد يحل النسيج الندبي Scar Tissue محل نسيج الكبد السليم، محدثاً تناقصاً تدريجياً في تدفق الدم عبر الكبد، وما إن يُفقد نسيج الكبد السليم فإن المواد المغذية والهرمونات والعقاقير والسموم لا تتم معالجتها بفاعلية بواسطة الكبد، وبالإضافة إلى ذلك يكف إنتاج البروتين، والمواد الأخرى التي ينتجها الكبد. أما التليف فهو يُعرف بنمو النسيج الندبي نتيجة لحدوث التهاب أو عدوى أو إصابة، ويمكن للنمو الزائد للنسيج الندبي في الكبد أن يحول دون عمل الوظيفة بشكل صحيح، ودائماً ما يؤدي حدوث التليف في الكبد إلى حدوث تشمع(Chalasaniv et al., 2008).

ومن أسباب مرض الكبد المزمن الإصابة بعدوى الفيروسات B وC وD، إذ يمكن أن يؤدي كل منها إلى إصابة مزمنة بالكبد، وهو ما يحتمل معه كثيراً أن يرتبط بحدوث تشمع، ويزداد احتمال حدوث سرطان كبدي خلوي لدى المرضى المصابين إصابة مزمنة بالكبد B وC و D(Peter, McNally & Facg, 2001).

أما عن أعراض مرض التهاب الكبد الفيروسي"C" المزمن: فهي تتمثل في الإرهاق المتزايد والتوعك العام كعرض رئيسي يشكو منه مرضى الكبد المزمن C و B، لكن لا تبدو الأعراض

محددة في نسبة كبيرة من المرضى، أما الأعراض الأخرى الشائعة فتشمل آلام المفاصل، أو فقدان الشهية، أو ألم مستمر في الربع العلوي الأيمن من البطن، أو اليرقان، أو سهولة الإصابة بالكدمات، أو استمرار النزف بعد الحلاقة أو بعد الجروح الصغيرة(Ibid).

ويعتبر الغثيان والقيء من الأعراض الشائعة في مرحلة ما، لدى أغلب حالات مرضى الكبد، كما يعتبر القيء الدموي من الأعراض المتكررة، ومن الشائع حدوث تغير في وظيفة الإخراج أو شكل البراز ولونه، فكثيراً ما يحدث إسهال مع لين في البراز أو نزول براز مدمم (مختلط بالدم نتيجة حدوث نزف بدوالي المريء(O'Grady, Lake & Howdle, 2000).

[٣] علاج الإنترفيرون:

الإنترفيرون هو مجموعة بروتينات صغيرة تنتجها الخلايا الليفية المنشطة، والخلايا الأكولة الكبيرة، وهي غير متخصصة بفيروس معين، حيث ترتبط بأغشية الخلايا السليمة، وتحفزها لإنتاج بروتين خاص ضد الفيروس Antiviral Proteins، ويعمل هذا البروتين على منع تكاثر انتشار الفيروس داخل الخلايا، مما يقلل انتشار العدوى الفيروسية من خلية إلى أخرى في الجسم، لهذا هو مهم جداً للوقاية من الفيروسات(Wikipedia, 2013).

ويفرز جسم الإنسان ثلاثة أنواع من الإنترفيرونات؛ هي: (١) ألفا IFN-α: تفرزه كريات الدم البيضاء، (٢) بيتا IFN-β: تفرزه الخلايا الليمفاوية الأم، (٣) جاما IFN-γ: تفرزه الخلايا اللمفاوية. وتتفق كل أنواع الإنترفيرون في تركيبها الكيميائي الأساسي، إذ أنها تتكون من سلسلة من الأحماض الأمينية، ولكن تختلف في ترتيبها وعددها. ومن التأثيرات الحيوية لها نجد: تحريض الخلايا على مقاومة الهجوم الفيروسي، وتنظيم معظم أوجه الوظيفة المناعية، وتساعد على نمو وتمايز العديد من أنواع الخلايا(Kasper et al., 2005).

ويستفيد من علاج الإنترفيرون المرضى الذين يتصفون بالآتي: ارتفاع معدل الإنزيمات أكثر من ضعف المعدل الطبيعي، التهاب كبدي متوسط إلى شديد الدرجة، بداية مرحلة التليف، وجود الحامض النووي للفيروس بواسطة تحليل PCR. ومن المؤشرات الدالة على نجاح العلاج بالإنترفيرون عودة الإنزيمات الكبدية إلى المعدل الطبيعي، أو القريب من الطبيعي، وانحسار الالتهاب والتليف الكبدي باستخدام عينة الكبد، وتحسن الصحة العامة، ونوعية الحياة للمريض، اختفاء الفيروس من الدم، باستخدام تحليلPCR (Marchesini et al., 2001).

ويتم تقييم علاج الإنترفيرون على ثلاث مراحل، هي: (١) الاستجابة المبكرة (بعد ٣ أشهر من بداية العلاج)، (٢) الاستجابة نهاية العلاج (بعد نهاية فترة العلاج)، (٣) الاستجابة المستديمة

(بعد ٦ أشهر من إيقاف العلاج)(Wikipedia, 2013).

ومن الأعراض الجانبية لعلاج الإنترفيرون نجد أعراض تتشابه مع نزلة البرد مثل ارتفاع درجه الحرارة، آلام في العضلات والمفاصل وصداع، كذلك انخفاض عدد كريات الدم البيضاء والصفائح الدموية، وسقوط الشعر، واختلال وظائف الغدة الدرقية سواء انخفاض أو ارتفاع. وتحدث هذه الأعراض غالبًا خلال الأسابيع الأولى من العلاج، وسرعان ما تزول باستعمال بعض المسكنات البسيطة أو بتخفيف الجرعة حسبما يتراءى للطبيب. ويجب توقف العلاج عند حدوث أعراض جانبية شديدة لا يتحملها المريض، وانخفاض عدد الصفائح الدموية إلى أقل من (٥٠.٠٠٠)، وانخفاض عدد كريات الدم البيضاء إلى أقل من (٢٠٠٠)، واضطرابات الغدة الدرقية، وزيادة نسبة الأجسام المناعية للغدة الدرقية، وعدم اختفاء الفيروس من الدم بعد ٣ أشهر من العلاج طبقا لتحليل PCR، وظواهر فشل كبدى مثل الاستسقاء، أو بوادر غيبوبة، أو نزف دوالي المرئ في أثناء العلاج(Kasper et al., 2005).

المنهج وإجراءات الدراسة:

قامت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي المقارن، وذلك للكشف عن تباين أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" عبر مراحل علاج الإنترفيرون، من خلال تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي متكرر للمتغير التابع. وفيما يتصل بعناصر هذا المنهج المقترح نعرض لها على النحو التالي:

١- أدوات الدراسة:

اشتملت أدوات الدراسة على المكونات الآتية:

١- **استمارة البيانات الأولية:** وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بالمريض كالسن، والنوع، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، بالإضافة إلى طول فترة المرض والعلاج.

٢- **مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:** تم الاعتماد على الصورة المختصرة ٣٦ لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة Short form 36 Questionnaire for health related quality of life، وهو يعتبر الأداة الأكثر شيوعاً في الاستخدام مع مرضى الكبد المزمن (Bernstein, 2003)، حيث تمت ترجمة الصورة الأصلية له بدراسة (الغباشي ، شويخ ، ٢٠٠٩)، كما تم إعداد بنوده على النحو الذي يلائم الثقافة العربية، ويناسب المرضى المصريين.

يتكون الاستخبار من ٣٦ بنداً مصنفة في تسعة مجالات فرعية تصف إجمالاً نوعية الحياة

المرتبطة بالصحة، هذه المجالات هي:

١- الصحة العامة
٢- حدود النشاط اليومي.
٣- مشكلات الصحة الجسمية.
٤- مشكلات الصحة النفسية.
٥- الأداء الاجتماعي.
٦- الألم.
٧- الحيوية والحالة المعنوية العامة.
٨- الأنشطة الاجتماعية.
٩- إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها.

وتعد مجالات الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، والألم، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها بمثابة مقياس للصحة الجسمية، أما مجالات مشكلات الصحة النفسية، والأداء الاجتماعي، والحيوية والحالة المعنوية العامة، والأنشطة الاجتماعية فهي مؤشرات على الصحة النفسية (Sobhonslidsuk, Silpakit, Kongsakon, Satitpornkul, & Sripetch, 2004).

وتتم الإجابة على الاختبار وفقاً لمقياس شدة تدريجي، يتراوح بين فئتين للاستجابة إلى ست فئات بحسب كل مقياس فرعي، وتتراوح الدرجة الكلية على الاختبار بين ١ ــ ٤٨ درجة، وهي تمثل حاصل جمع الدرجات على المقاييس الفرعية، بحيث تعكس الدرجة الأعلى إدراكاً وشعوراً أفضل بنوعية الحياة. وطبقاً لدراسات سابقة حقق استخبار ٣٦ المختصر لنوعية الحياة المرتبطة الصحة ثباتاً وصدقاً جيداً بين جماهير الرعاية الأولية والمرض المزمن بما فيه التهاب الكبد المزمن(Bernstein, 2003; Ware, Kosinski & Keller, 1994).

كما تم تقدير الصلاحية للمقياس في دراسة (الغباشي ، شويخ ، ٢٠٠٩) على مجموعة مكونة من ثلاثين مريضاً من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن، أمكن الحصول عليهم من عيادة الأمراض المتوطنة بمستشفى عين شمس الجامعي (الدمرداش) التابع لكلية الطب بجامعة عين شمس، تراوحت أعمارهم بين ٢٢-٦٠ سنة، بمتوسط عمري مقداره ٤٥.٣٣ وانحراف معياري ٩.٨٥ سنة. وتم حساب الصدق من خلال إتباع الطريقتين الآتيتين: (أ) تقدير القدرة التمييزية لمقاييس الدراسة: وجاءت دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على المقياس دالة عند مستوى ٠.٠٠٠١. (ب) حساب الاتساق الداخلي: تم إجراء هذا التقدير عن طريق حساب معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة الكلية المُجمعة على مقياس نوعية الحياة إجمالاً، وقد اعتمدت الدراسة على محك ارتباط مقداره (٠.٣)* كحد أدنى لمعامل ارتباط البند بالدرجة الكلية. وتراوحت

(*) وهو معامل الارتباط عند مستوى دلالة ٠.٠٥ ودرجات حرية (ن-٢)= ٢٨.

معاملات الارتباط بين ٠.٤٠ و٠.٨٧ أما عن حساب الثبات فاعتمدت الدراسة على طريقتي: (أ) معامل ألفا كرونباخ، (ب) القسمة النصفية، وجاءت معاملات الثبات ٠.٨٦ و٠.٩٤ على التوالي. وهي نتائج دالة على تمتع المقياس بمؤشرات صدق وثبات جيدة، مما يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الراهنة.

٢- وصف عينة الدراسة: بدأت العينة الأساسية للدراسة باثنين وأربعين (٤٢) مريضاً بمرض التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن، ولكن تم استبعاد أثنا عشر (١٢) مريضًا لم يستجيبوا لعلاج الإنترفيرون، كما انسحب ثمان (٦) مرضي من الدراسة لعدم التعاون والجدية، ومن ثم تكونت عينة الدراسة من أربعة وعشرين (٢٤) مريضاً من الجنسين (إناث وذكور)، تم انتقاء أفرادها من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن المترددين على مركز الكبد المصري، وعيادات الكبد بمستشفى عين شمس التخصصي، ويتراوح المدى العمري للعينة بين ٣٦ ــ ٤٦ سنة، بمتوسط ٤١.٦٥ سنة، وانحراف معياري ± ٧.١٦ سنة، واشتملت العينة على كافة المستويات التعليمية، كما تباينت الحالة الاجتماعية لديهم بين أعزب ومتزوج، والجدول رقم (١) يوضح توزيع أفراد العينة على تلك الخصائص الديموجرافية.

جدول (١)

الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

الجنس		المستوى التعليمي			الحالة الاجتماعية	
إناث	ذكور	إعدادية	دبلوم	جامعي	أعزب	متزوج
٥	١٩	٦	٩	٩	٤	٢٠

تم انتقاء أفراد عينة الدراسة بإشراف أطباء متخصصين في أمراض الكبد، حيث روعيت مجموعة من المحكات الإكلينيكية عند الاختيار، وعليه كان أفراد العينة جميعهم من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن، ومتوسط طول فترة المرض لديهم ٢٤.١٩ شهرًا وانحراف معياري ١٢.٢٥ شهرًا، ويخضعون لعلاج الإنترفيرون.

٣- تصميم الدراسة وخطة التحليلات الإحصائية:

للإجابة على السؤال الرئيسي للدراسة الراهنة بمدى فعالية علاج الإنترفيرون في حدوث تغيرات في أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن، تم عمل خمسة قياسات:

(١) القياس القبلي (قبل أخذ علاج الإنترفيرون)، وتم في شهر أكتوبر ٢٠١٢.
(٢) قياس أثناء العلاج (بعد أخذ علاج الإنترفيرون بثلاثة أشهر)، في شهر يناير ٢٠١٣.
(٣) القياس البعدي (بعد الانتهاء من أخذ علاج الإنترفيرون مباشرة)، في شهر مايو ٢٠١٣.
(٤) قياس المتابعة الأولى (بعد مرور ثلاثة أشهر من التوقف النهائي لعلاج الإنترفيرون)، في شهر أغسطس ٢٠١٣.
(٥) قياس المتابعة الثانية (بعد مرور ستة أشهر من التوقف النهائي لعلاج الإنترفيرون)، في شهر نوفمبر ٢٠١٣.

ومن خلال استخدم اختبار "فريدمان" لتحليل التباين للعينات المترابطة من الدرجة الثانية للتحقق من صحة وجود فروق بين مرات التطبيق المختلفة، وذلك للوقوف على قدر فاعلية علاج الإنترفيرون في حدوث تغيرات في أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن. ويُعد اختبار "فريدمان" لتحليل التباين للعينات المترابطة من الدرجة الثانية من الاختبارات الملائمة للبيانات الرتبية، وبالرغم من اشتراكه مع اختبار "تحليل التباين" البارامتري في الهدف، يختلف عنه في نقطتين أساسيتين، هما: (١) أن المقارنات في اختبار "فريدمان" تعتمد على متوسط رتب المتغيرات، وليس على المتوسط والانحراف المعياري للدرجات الخام، كما في تحليل التباين البارامتري. (٢) لا يقوم اختبار "فريدمان" على حساب النسبة الفائية، مثل تحليل التباين البارامتري، بل يقارن بين القيم المرتبة بالقيم المتوقعة في تحليل لمربع كاى(أبو علام ، ٢٠٠٣ ، ص٢٧٤).

وفي حالة ظهور فروق ذات دلالة إحصائية، وجب إجراء مقارنات متعددة بين كل بديلين للمجموعة ذاتها، لتحديد إي البدائل أو الأداءات يعود لها الاختلاف، وذلك بالاستعانة باختبار "ويلكوكسن" للأزواج المترابطة، وهو اختبار لامعلمي بديل لاختبار "ت" للعينات المترابطة (غير المستقلة)، ويتميز بالكشف عن اتجاه الفروق بين أزواج المشاهدات لتطبيقين للعينة نفسها، وحجمها(الشربيني ، ٢٠٠١ ، ص ٣٢٧).

النتائج:

فيما يلي عرض نتائج اختبار "فريدمان" لتحليل التباين للعينات المترابطة من الدرجة الثانية للمقارنة بين المرات الخمس للتطبيق المختلفة لمجموعة الدراسة على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. ويوضح الجدول التالي (٢) نتائج اختبار "فريدمان" لتحليل التباين للعينات المترابطة من الدرجة الثانية للمجموعة الدراسة.

جدول (٢)

نتائج اختبار "فريدمان" للمقارنة بين مواقف

التطبيق الخمس في أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

م	متغيرات الدراسة		كا٢	درجات الحرية	مستوى الدلالة
١-	الصحة العامة	بُعد الصحة الجسمية	١٠.١٩	٤	٠.٠٣١
٢-	حدود النشاط اليومي		١٨.٨١	٤	٠.٠٠١
٣-	مشكلات الصحة الجسمية		٩.٥٠	٤	٠.٠٥
٤-	الألم		٩.٤٩	٤	٠.٠٥
٥-	إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها		١٨.٨١	٤	٠.٠٠١
درجة مقياس الصحة الجسمية			٣٠.٧٣	٤	٠.٠٠١
١-	الأداء الاجتماعي	بُعد الصحة النفسية	٣.٤٨	٤	٠.٧١
٢-	مشكلات الصحة النفسية		١٠.٩٥	٤	٠.٠٣١
٣-	الحيوية والحالة المعنوية العامة		١٣.٩١	٤	٠.٠٠١
٤-	الأنشطة الاجتماعية		٢.٤٨	٤	٠.٦٥
درجة مقياس الصحة النفسية			٢٥.٩٣	٤	٠.٠٠١
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة			٣١.٤٩	٤	٠.٠٠١

يتضح لنا من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد مجموعة الدراسة بالنسبة للتطبيقات الخمس على أغلب أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وهي: الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، والألم، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها ضمن بُعد مقياس الصحة الجسمية، ومشكلات الصحة النفسية، والحيوية والحالة المعنوية العامة ضمن بُعد مقياس الصحة النفسية، بالإضافة إلى الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

مما يوحي ذلك بفعالية علاج الإنترفيرون في حدوث تغيرات في أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن، وامتدادها لمدة ستة أشهر بعد انتهاء العلاج.

ولمعرفة طبيعة واتجاه الفروق بين هذه التطبيقات الخمس، نستخدم اختبار "ويلكوكسن" للأزواج المترابطة ذات الإشارة للرتب لدى عينة الدراسة.

وقد تم إجراء مجموعة من المقارنات المتعددة، والتي يمكن تصنيفها في ثلاث فئات من النتائج:

الفئة الأولى: وتختص بمجموعة المقارنات الخاصة بالفروق بين التطبيق قبل أخذ علاج الإنترفيرون، وكل من التطبيقات الأربع، التي تمت أثناء العلاج، وبعد الانتهاء منه، وخلال فترة المتابعة، كل منهم على حدة؛ بهدف تحديد اتجاهات الفروق التي أحدثها علاج الإنترفيرون.

الفئة الثانية: وتركز على مجموعة المقارنات الخاصة بالفروق بين التطبيق أثناء علاج الإنترفيرون، وكل من التطبيقات الثلاث التي تمت بعد الانتهاء من العلاج، وخلال فترة المتابعة.

الفئة الثالثة: وتشمل مجموعة المقارنات الخاصة بالفروق بين التطبيق بعد الانتهاء من علاج الإنترفيرون مباشرة، وكل من التطبيقين اللذين تما على مدار فترة المتابعة من ناحية، وكذلك المقارنة بين التطبيقين الخاصين بفترة المتابعة من ناحية أخرى؛ بهدف تحديد اتجاهات تلك الفروق بعد توقف العلاج، ومن ثم تحديد ما إذا كان للعلاج تأثير مستمر بعد توقفه أم سيختفي هذا التأثير بعد فترة زمنية من توقفه.

ويمدنا تحليل النتائج في هذا الإطار بالإجابة عن سؤالين هما:

السؤال الأول: ما فاعلية علاج الإنترفيرون في حدوث تغيرات في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن؟.

السؤال الثاني: ما هو اتجاه هذه التغيرات (سلبية / إيجابية)، وما هو مدى استقرار تلك التغيرات في فترة المتابعة؟

وتوضح الجداول الثلاث التالية (٣)، (٤)، (٥) نتائج المقارنات بين الأداءات الخمس للمجموعة الدراسة.

جدول (٣)
نتائج اختبار "ويلكوكسن" لإتجاهات الفروق بين القياسات المختلفة قبل تطبيق علاج الإنترفيرون، وأثناءه ، وبعد الانتهاء منه، وخلال فترة المتابعة على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

م	متغيرات الدراسة		الفروق بين القياس القبلي والقياس أثناء العلاج			الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي		
			مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)	مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)
١	بُعد الصحة الجسمية	الصحة العامة	٥٦	١٠	*٢.٠٥	٣	٧٥.٠٢	**٢.٨٣
٢		حدود النشاط البومي	١٦	٢	١.٩١	٥.٥٠	٧٢.٥٠	**٢.٦٣
٣		مشكلات الصحة الجسمية	٤١	١٤	١.٣٨	٥	٧٣	**٢.٦٧
٤		الألم	٩٠	٧	٠.٤٣	١	٦٥	**٢.٨٥
٥		إدراكات الصحة	١٧	٩	١.٢٥	٧	٥٩	*٢.٣١
درجة مقياس الصحة الجسمية			١٥	٣	١.٨٢	٩	٧٤	**٢.٧٧
٦	بُعد الصحة النفسية	مشكلات الصحة النفسية	٥٩	١٨	*١.٩٨	٦	٣٦	*١.٩٩
٧		الحيوية والحالة المعنوية	٦٦	٦	*٢.١٢	٧.٥	٥٦	**٢.٣٨
درجة مقياس الصحة النفسية			٥٥	٨	*٢.١٣	١٢	٦٦	**٢.٤٨
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة			٥٦	٣	*٢.١٥	٩	٧٦	**٣.٠٩

م	متغيرات الدراسة		الفروق بين القياس القبلي والمتابعة الأولى			الفروق بين القياس القبلي والمتابعة الثانية		
			مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)	مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)
١	بُعد الصحة الجسمية	الصحة العامة	صفر	٦٦	**٢.٩٤	٢	٦٩	**٢.٩٤
٢		حدود النشاط البومي	صفر	٦٥	**٢.٩١	٢	٦٥	**٢.٠٦
٣		مشكلات الصحة الجسمية	٦.٥٠	٥٩.٥٠	*٢.٣٦	٩	٦٩	**٢.٣٥
٤		الألم	صفر	٦٦	**٢.٩٣	صفر	٧٨	**٣.٠٦
٥		إدراكات الصحة	٢	٧٦	**٢.٩٠	١	٧٧	**٢.٩٨
درجة مقياس الصحة الجسمية			١٣	٨٩	**٣.١٥	١١	٨٥	**٢.٧٦

٦	بُعد الصحة النفسية	مشكلات الصحةالنفسية	٣	٥٢	٢.٠٧*	٦	٧٦	٢.٦٧**
٧		الحيوية والحالة المعنوية	٣	٥٢	٢.٠٧*	٣	٧١	٢.٤٢**
درجة مقياس الصحة النفسية			٢	٨٠	٣.٠٦**	صفر	٧٨	٢.٩٤**
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة			٦	٨٢	٣.٠١**	٢	٨٠	٣.٠٦**

جدول (٤)

نتائج اختبار "ويلكوكسن" لاتجاهات الفروق بين القياسات المختلفة أثناء علاج الإنترفيرون وكل من التطبيقات الثلاث التي تمت بعد الانتهاء من العلاج، وخلال فترة المتابعة على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

م	متغيرات الدراسة		الفروق بين القياس أثناء العلاج والقياس القبلي			الفروق بين القياس أثناء العلاج والمتابعة الأولى		
			مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)	مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)
١	بُعد الصحة الجسمية	الصحة العامة	٥	٤٥	١.٩٩*	٥	٥٠	٢.٢٩*
٢		حدود النشاط البدني	١.٥٠	١٣.٥٠	١.٦٣	٧	٧١	٢.٥١**
٣		مشكلات الصحة الجسمية	١٨	٥٩	٠.١١	٨	٤٧	١.٩٩*
٤		الألم	٢	٥٣	٢.٦٠**	٢	٥٣	٢.٦٠**
٥		إدراكات الصحة	صفر	٤٥	٢.٠٧**	١٠	٥٥.٥	٢*
درجة مقياس الصحة الجسمية			٣	٧٥	٢.٧٧**	٢.٨٢*	صفر	٣.٧٥**
٦	بُعد الصحة النفسية	مشكلات الصحة النفسية	١٧	٤٧	٠.١٩	٦٠	٥٥	٢.١٠*
٧		الحيوية والحالة المعنوية	٨	٦٥	٢.١٥*	٧	٤٩	١.٩٧*
درجة مقياس الصحة النفسية			١١	٢٢	٠.٢٠	١١	٢٢	٢.٢٧*
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة			٨	٧٨	٢.٩٤**	٨	٧٨	٢.٧٤**

م	متغيرات الدراسة		الفروق بين القياس أثناء العلاج والمتابعة الثانية		
			مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)
١	بُعد الصحة الجسمية	الصحة العامة	٤.٥	٥٠.٤٥	٢.٣٥**
٢		حدود النشاط البدني	٤	٦٢	٢.٥٨**
٣		مشكلات الصحة الجسمية	١٥.٥٠	٦٢.٥٠	١.٩٥*
٤		الألم	٢	٦٤	٢.٧٦**
٥		إدراكات الصحة	صفر	٧٥	٣.٠٦**

درجة مقياس الصحة الجسمية		٣	٧٨	٠٠٣
٢	بُعد الصحة النفسية	مشكلات الصحة النفسية	٢٧	٦٥	٠٠٢.١٥
٧		الحيوية والحالة المعنوية	١.٥٠	٦٣.٥٠	٠٠٢.٦٣
درجة مقياس الصحة النفسية			٥	٢٢	٠٠٢.٤٥
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة			٣	٢٨	٠٠٢.٤٦

جدول (٥)

نتائج اختبار "ويلكوكسن" لاتجاهات الفروق بين القياسات المختلفة بعد الانتهاء من علاج الإنترفيرون وخلال فترة المتابعة على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

م	متغيرات الدراسة		الفروق بين القياس البعدي والمتابعة الأولى			الفروق بين القياس البعدي والمتابعة الثانية		
			مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)	مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)
١	بُعد الصحة الجسمية	الصحة العامة	٨	٦٢	٠٠٢.٦٦	٣	٦٣	٠٠٢.٨٥
٣		حدود النشاط البدني	٢	٧٦	٠٠٢.٩٠	١	٦٤	٠٠٢.٧٥
٤		مشكلات الصحة الجسمية	٧	٣٨	٠١.٩٥	٤	٥٢	٠٠٢.١٦
٤		الألم	٣	٥٢	٠٢.٠٧	١	٥٥	٠٠٢.٢٧
٥		إدراكات الصحة	١	٧٧	٠٠٢.٩٨	صفر	٧٣	٠٠٢.٧٦
درجة مقياس الصحة الجسمية			٣	٤٢	٠٢.٣١	صفر	٧٢	٠٠٢.٦٥
٢	بُعد الصحة النفسية	مشكلات الصحة النفسية	١٢	٤٩	١.٦٧	١٠	٦٠	٠١.٩٨
٧		الحيوية والحالة المعنوية	٢	٥٢	٠١.٩٩	٢	٦١	٠٠٢.١٦
درجة مقياس الصحة النفسية			صفر	٦٥	٠٠٢.٩٤	٣	٧٢	٠٠٢.٤٦
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة			صفر	٧٨	٠٠٣.٠٦	صفر	٧٥	٠٠٢.٨٤

تابع جدول (٥)

م	متغيرات الدراسة		الفروق بين قياس المتابعة الأولى والمتابعة الثانية		
			مجموع رتب الإشارات الموجبة	مجموع رتب الإشارات السالبة	قيمة (Z)
١	بُعد	الصحة العامة	٧	٣٩	٠١.٩٥
٣		حدود النشاط البدني	٣	٣١	١.١٥

٣		مشكلات الصحة الجسمية	٢	٨	١.٠٩
٤		الألم	١١	٤٢	١.٧٧
٥		إدراكات الصحة	٢	٧٦	٢.٩٠**
درجة مقياس الصحة الجسمية			١٣	٤٥	١.٥٠
٦	بعد الصحة النفسية	مشكلات الصحة النفسية	٢٠	٣٥	٠.٧٧
٧		الحيوية والحالة المعنوية	١١	٤٦	١.٨٧
درجة مقياس الصحة النفسية			٩	٣٢	١.٢٥
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة			٣٠	٤٨	٠.٨٥

ـ * تشير إلى مستوى دلالة فيما وراء ٠.٠٥ ـ ** تشير إلى مستوى دلالة فيما وراء ٠.٠١

ونستخلص من الجداول الثلاث السابقة (٣)، (٤)، (٥) عدداً من النتائج، وهي:

١- أوضحت نتائج الأداء في التطبيقات الخمس لأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة أن أسوأ الأداءات انخفاضاً جاءت في القياس أثناء الخضوع لعلاج الإنترفيرون مقارنة بكافة القياسات الأخرى حتى القياس القبلي.

٢- تشير الفروق في الأداء على أغلب أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة إلى تفوق الأداء في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي وأثناء العلاج، بما يؤكد فعالية علاج الإنترفيرون في حدوث تغيرات في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن.

٣- استمرار بقاء أثر التحسن الناتج عن علاج الإنترفيرون بالنسبة لأغلب أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، حيث تشير الفروق في الأداء إلى تفوق الأداء في القياسات الخاصة بفترة المتابعة مقارنة بخط الأساس وأثناء العلاج، مما يشير إلى قدرة علاج الإنترفيرون على إحداث الأثر المطلوب والفعال في تحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

٤- استمرار التحسن خلال فترة المتابعة بعد توقف علاج الإنترفيرون في اتجاه التفوق، حيث أن أثر علاج الإنترفيرون قد استمر بشكل أفضل بالنسبة لأغلب أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وثبوت مقدار التحسن بالنسبة لباقي الاختبارات النفسية عند نفس المستوى في القياس البعدي. وبصفة عامة فإن التحسن قد استمر بشكل جوهري على أغلب أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة خلال فترة المتابعة مقارنة بالقياس البعدي.

عموماً تسلمنا نتائج الجداول السابقة إلى استنتاجين مهمين؛ أولهما ثمة علاقة جوهرية تبدو بين علاج الإنترفيرون من ناحية وأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من ناحية أخرى،

والاستنتاج الثاني أن هذه العلاقة تتحو في اتجاه انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة أثناء الخضوع لتلقي علاج الإنترفيرون، ثم يلي ذلك تحسن في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة مع رصد مؤشرات نجاح علاج الإنترفيرون في الشفاء من المرض.

مناقشة النتائج:

دلتنا نتائج "فريدمان" لتحليل التباين للعينات المترابطة من الدرجة الثانية على فعالية علاج الإنترفيرون في حدوث تغيرات في أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن، وامتدادها لمدة ستة أشهر بعد انتهاء العلاج. ويبدو ذلك واضحًا على مستوى الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، أو على مستوى درجات معظم أبعاده؛ وهي: الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، والألم، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، ومشكلات الصحة النفسية، والحيوية والحالة المعنوية العامة. هذه النتائج تعنى أن أخذ علاج الإنترفيرون يؤثر بشكل دال في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن، حيث جاءت أسوء مرحلة لانخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى أثناء علاج الإنترفيرون مقارنة بمرحلة ما قبل العلاج، ومراحل الانتهاء منه والمتابعة. فما هو موقع تلك النتائج مما أتت به الدراسات السابقة؟

بالرغم من الاهتمام المحدود نسبياً بين الدراسات السابقة بالعلاقة التي تربط بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن وعلاج الإنترفيرون، فقد ظهرت بضعة مؤشرات واضحة تؤكد هذه العلاقة، كان من بين تلك المؤشرات ما كشفت عنه إحدى الدراسات الحديثة من انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن أثناء خضوعهم لعلاج الإنترفيرون (Cella et al., 2010; Jongen et al., 2010). وأشارت دراسة أخرى إلى انخفاض نوعية الحياة بشكل دال إحصائيًا لدى مرضى سرطان الكبد ممن يخضعون لعلاج الإنترفيرون مقارنة بالمرضى الذين لا يتلقون هذا العلاج (Anonymous, 2007). كما أكدت دراسة "هانت" وآخرين(Hunt et al., 1997) أن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة تحسنت لدى المرضى بعد الانتهاء من علاج الإنترفيرون مقارنة بنوعية حياتهم قبل وأثناء الخضوع للعلاج، وأضاف "كاتز" وآخرون(Katz et al., 2011) أن استخدام علاج الإنترفيرون كمضاد للفيروسات يؤثر بشكل سلبي على نوعية الحياة أثناء العلاج، ولكن بمجرد الانتهاء من الفترة العلاجية تعاود نوعية حياة المرضى إلى الارتفاع والاستقرار خلال فترة البقاء. وكشف "بندر" وآخرون(Bender et al., 2000) عن وجود تغيرات سلبية ملحوظة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن في الوظائف المعرفية ونوعية الحياة قبل استخدام

علاج الإنترفيرون وأثناءه مقارنة بفترة الانتهاء من العلاج. وتوصلت دراسة "ديكسون" وآخرون (Dixon et al., 2006) إلى تحسن الأداء الاجتماعي، والحالة الصحية والنفسية كأبعاد لنوعية الحياة بعد انتهاء فترة العلاج لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة. وأكدت المنظمة الأوربية للأبحاث وعلاج السرطان أن الخضوع لعلاج الإنترفيرون يسبب تدهور ملحوظ في نوعية حياة المرضى وفقدان الشهية خلال الأسبوع الثالث من العلاج، وأضافت أن نوعية الحياة هي مؤشر مبكر على الاستجابة المناعية لعلاج الإنترفيرون(Atzpodien et al., 2003). كما جاءت نتائج بعض الدراسات متناقضة مع نتائج الدراسة الراهنة ومنها على سبيل المثال ما وجدته أحدى الدراسات من تحسن نوعية الحياة أثناء عملية زرع الكبد، مع استخدام علاج الإنترفيرون مع الريبافيرين(Strauss & DiasTeixeira, 2006)، وكذلك دراسة "باتي" وآخرون (Patti et al., 2011) التي وجدت أن علاج الإنترفيرون لمرضى التصلب العضلي المتعدد يحسن من نوعية حياتهم، ويخفف من شعورهم بالاكتئاب والتعب، كذلك لا تؤثر جرعة العلاج على الحالة المعرفية للمرضى، وهذه التغيرات ثابتة ومستقرة لمدة ثلاث سنوات من الانتهاء من العلاج.

والتساؤل الآن في هذه النقطة لماذا يُعد استخدام علاج الإنترفيرون سببًا مباشرًا لانخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة أثناء تلقي العلاج؟، وخاصة أن نتائج الدراسة الراهنة ونتائج الدراسات السابقة تكاد تكون أجزمت عن أن أسوء مراحل انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن جاءت أثناء الخضوع لعلاج الإنترفيرون، فهل المشكلة في تركيبة الدوائية لهذا العلاج أم أن هناك تفسير آخر، وهناك طرح للتفسيرات لهذه النقطة البحثية:

(١) الاستجابة الفيروسية المستمرة Sustained Virological Response (SVR):

وهي أحد العلامات الإيجابية على نجاح العلاج، حيث أوحت نتائج أحدى الدراسات بأن التحسن المبكر في نوعية الحياة لدى مرضى الكبد الذين حققوا نتائج سلبية للفيروس – (Negative HCV RNA) والذي أعقب تلقيهم علاجات الإنترفيرون، يرتبط بمدى إصابة الكبد الفيروسية (Strauss & DiasTeieira, 2006). وفي نتائج مشابهة بإحدى الدراسات ظهر أن مرضى التهاب الكبد الفيروسي"C" المزمن الذين حققوا تحسناً مع العلاج على مستوى الإصابة الكبدية ــ كما يُعبر عنها بالاستجابة الفيروسية المستمرة ــ سجلوا درجات أعلى عبر كل مقاييس نوعية الحياة خاصة مجال مشكلات الصحة الجسمية مقارنة بالمرضى الذين لم يحرزوا استجابة فيروسية مستمرة (Spiegel et al., 2005)، كما تحققت نفس النتائج ــ اقتران الاستجابة الفيروسية المستمرة الناتجة عن العلاج بالتحسن على مقاييس نوعية الحياة، والتي تمثلت في الحيوية والأداء الاجتماعي والكرب

الصحي(Ware, Bayliss, Mannocchia & Davis, 1999). وهذا معناه أن بداية أخذ علاج الإنترفيرون لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن يصاحبه خوف وقلق شديد لدى المرضى بسبب التوقع بعدم استجابة الجسم لهذا العلاج، وعدم جدوى الأموال الضخمة التي تم صرفها على العلاج، وغيرها من الخسائر النفسية والمادية حتى تبدأ الفحوصات التالية بعد ثلاثة أشهر من تناول العلاج في الظهور، ويشعر المريض معها بقبول الجسم لهذا العلاج، وقدرته على تقليل عدد الفيروسات في الجسم، وهنا تبدأ معها زوال القلق وارتفاع نوعية الحياة بشكل ملحوظ، وهذا يظهر بوضوح في القياس بعد الانتهاء من العلاج.

(٢) **التعب المُعوق Disability Fatigue**: تؤثر المحددات الجسمية والنفسية الاجتماعية في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الكبد المزمن؛ حيث وجد ارتباط نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بأعراض ألم المفاصل، والألم في الجانب الأيمن العلوي من البطن، والشهية المتناقصة، والإرهاق أو التعب (Gutteling, Deman, VanDerPlus, Schalm, Busschbach, & Darlington, 2006)، وفي دراسات أخرى انصب التركيز على أعراض الإجهاد بالذات، وتبين تأثيرها السلبي على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، حيث عبر ٦١٪ من عينة المرضى المصابين بالكبد الفيروسي"C" عن فقدان الشهية المرتبط بالتعب مما دعا الباحثين للزعم بأن التعب المُعوِّق هو العامل الأكثر أهمية على الإطلاق من حيث إسهامه في فقدان جودة المعيشة بين أفراد العينة(Kallman et al., 2007)، وفي نتائج أخرى استهدفت تحليل تأثير الشعور بالإرهاق وأعراض الاكتئاب في نوعية الحياة لدى مرضى الالتهاب الكبدي الفيروسي "C"، حيث أفصح ٦٩٪ من مرضى العينة عن الشعور بأعراض الإرهاق، وأمكن لدرجات اختبار الإرهاق (FIS) أن تفسر ٥٤٪ من التباين الكلي لنوعية الحياة، وكانت درجات الإجهاد المرتفعة مرتبطة بنوعية حياة جسمية وعلاقات اجتماعية مختلّة (Macellin, Preau, Pavaux, Dellamonica, Spire, & Carrier, 2007). ويبدو أن الأعراض الجسمية لا تخلو من التأثير في نوعية حياة المرضى حتى ولو كانت أعراضاً جانبية لعلاج وليست أعراضاً للمرض. وهذا ما أوضحته الدراسات النظرية عند استعراضها لبعض البحوث التي تفحص نتائج العلاج بالإنترفيرون مع مرضى الكبد، فقد أوضحت أن للإنترفيرون ملامح جوهرية للآثار الجانبية مما يخفض من نوعية الحياة، وأن من الأمثلة على الآثار الجانبية الشائعة التي تؤثر سلباً على نوعية الحياة، الإرهاق، شبه الأنفلونزا Flu – like illness، الأنيميا، الطفح الجلدي، الحكة،آلام المفاصل، وآلام العضلات، الحمى(Bernstein, 2003).

وإذا عدنا إلى نتائج دراستنا الخاصة بتأثير علاج الإنترفيرون سلبيًا في نوعية الحياة

المرتبطة بالصحة أثناء تلقي العلاج، فهذا يفسره الأعراض الجانبية لهذا العلاج المتمثلة في التعب والإجهاد، وآلام العضلات والمفاصل. وهذا يحمل في طياته أن علاج الإنترفيرون ليس السبب الأساسي في خفض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، بل أعراضه الجانبية، بدليل تحسن نوعية حياة المرضى بعد تحقيق علاج الإنترفيرون الهدف المنشود منه، وتعود جسم المريض على هذه الأعراض الجانبية. ومن ثم ينبغي دراسة الباحثين لأهمية تخفيف حدة الأعراض الجانبية لعلاج الإنترفيرون، مما يؤدي بدوره إلى الحفاظ على مستوى جيد لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة رغم الخضوع لعلاج الإنترفيرون.

(٣) الإدراك الذاتي للصحة **Self-perceived of Health**: يحتوى مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على بُعدين أساسيين، هما: بُعد الصحة الجسمية وبُعد الصحة النفسية، والعلاقة بينهما تبادلية. وبالرجوع للمضمون الذي ينطوي عليه كل من البُعدين، فمقياس بُعد الصحة الجسمية يسأل عن مدى التعرض لمشكلات في العمل أو في البيت بسبب الحالة المرضية عند المريض، أما مقياس بُعد الصحة النفسية فيسأل عن مدى التعرض لمشكلات في العمل أو في النشاط اليومي في البيت بسبب الاكتئاب أو القلق الناجم عن المرض. ومن هنا ظهر مفهوم الإدراك الذاتي للصحة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (الغباشي ، شويخ ،٢٠٠٩) التي وجدت أن سبب ارتفاع مستوى نوعية الحياة هو ارتفاع الإدراك الذاتي للصحة العامة لدى المرضى، وأكدته الدراسات المتسقة معها وإن كانت محدودة جداً، حيث تلفت النظر إلى حقيقة أن الإدراك الجيد للصحة يرفع من درجات الفرد على مقاييس نوعية الحياة بغض النظر عن مراحل مرض الكبد (Sobhonslidsuk et al., 2006)، وأن الإدراك السيئ للصحة من الممكن أن يقود إلى انخفاض نوعية الحياة إلى الحد الذي دفع "برنشتاين" Bernstein إلى استنتاج أن سبب الانحراف في نوعية الحياة الذي يتكشف بعد التشخيص بمرض الكبد المزمن والخضوع للعلاج يعود في جزء منه إلى ظاهرة "النعت"Labeling Phenomenon (Bernstein, 2003)، وكأن الإصابة بالكبد المزمن تُدرك لدى المريض على أنها وصمة. وفي دراسة أخرى يذهب "بونكوفسكى" و"وللي"(Bonkovsky & Wolley, 1999) إلى أن الأفراد الذين يصابون بالتهاب الكبد الفيروسي"C" يكشفون عن ثقة أقل في صحتهم الراهنة، واهتمام أكبر بصحتهم في المستقبل، وذلك بعد أن أثبتت الدراسة على ٦٤٢ مريضاً أن مرضى التهاب الكبد الفيروسي"C" كشفوا عن درجات في نوعية الحياة أقل من المجموعة الضابطة. ويبدو أن هذا العامل اكتسب قيمة كبيرة كمنبئ بنوعية الحياة في بعض الدراسات السابقة إلى حد الزعم بأن يُعد واحداً من أقوى المنبئات بالتعرض لاحتمالات الوفاة(Wilson & Cleary, 1995)، وأن ارتباطه بنوعية الحياة يولد التوقع

بإمكانية تحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى عن طريق البحث عن إستراتيجية لتغيير إدراك المريض للصحة(Sobhonslidsuk et al., 2006) في اتجاه تحسين هذا الإدراك.

وإذا كان في تحسين الإدراك الذاتي للصحة من تجليات على ارتقاء نوعية الحياة لدى مرضى الكبد المزمن، فإن تحقق هذا الأثر الإيجابي في نوعية الحياة يمكن أن يمتد ليسهم في حل واحدة من أكثر قضايا إدارة الأمراض المزمنة شيوعاً، وهي مشكلة امتثال المرضى للنظام العلاجي المقرر لهم؛ ذلك أن مواصلة الامتثال للنظام العلاجي يُعد مطلباً جوهرياً من مطالب إدارة المرض المزمن، ومن ناحية أخرى فإن الفشل في الاستمرار على العلاج يعوق الفوائد الإكلينيكية المتحققة من وراء هذا العلاج. فإذا أضفنا إلى ذلك فرضية أن نوعية الحياة الجيدة تزيد من امتثال المرضى للنظم العلاجية، فإن تحسين الإدراك الذاتي للصحة لدى المرضى ــ كأحد مفاتيح ارتقاء نوعية الحياة لديهم ــ سوف يكتسب أهمية عملية كبيرة.

خلاصة القول في هذه النقطة أن نتائج الدراسة الراهنة بشأن ارتفاع قدرة عامل "الإدراك الذاتي للصحة" على التنبؤ بنوعية الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن، والاستنتاجات التي تبعت تلك النتائج، تسلمنا كلها إلى توصيات في اتجاه مزيد من البحث في أدلة العلاقة بين نوعية الحياة وامتثال المرضى المزمنين للنظم العلاجية، إضافة إلى أهمية العناية بكيفية تحسين الإدراك الذاتي للصحة لدى مرضى الكبد المزمن ــ على المستوى التطبيقي ــ لتحسين امتثالهم للنظم العلاجية المقررة لهم.

وبنظرة عامة على مجمل ما توصلت إليه نتائج الدراسة الراهنة بشأن علاقة نوعية الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي"C" المزمن بعلاج الإنترفيرون، نستطيع أن نخلص إلى أن تلك النتائج تبدو مؤيدة للنموذج التصوري لنوعية الحياة الذي طرحه "ويلسون" و"كليري" سنة ١٩٩٥ والذي يرسي نظرة متعددة المتغيرات لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، تشتمل ــ إلى جانب المتغيرات البيولوجية والفسيولوجية، وخصائص الفرد والبيئة ــ على إدراك الصحة، ومستوى العرض والمستوى الوظيفي. كما يفترض النموذج أن إدراك الصحة يرتبط بكل من المستوى الوظيفي، ومستوى العرض، والمتغيرات البيولوجية والفسيولوجية(Ibid)، على ضوء هذا كله نتفق مع "سوبونسلايدسك" Sobhonslidsuk فيما ذهب إليه من توصية مؤداها أنه إذا كان العلاج الطبي يعد بمثابة مفتاح لتحسين حالة المريض ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لديه، فثمة علاج إضافي مع مساندة نفسية ضروري لرفع إدراك المريض للصحة، وهو ما يمكن أن يؤدي بدوره إلى تحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لديه وربما للأفضل. وتُمكن هذه النقطة البحثية من

إجراء تدخلات مبكرة لدعم نوعية الحياة لدى المرضى من خلال إدارة تلك المحددات الإكلينيكية بالصورة الملائمة، فعلى سبيل المثال إذا ظهرت مؤشرات دالة على ارتباط الإدراك الذاتي للصحة بنوعية الحياة، فإنه من الممكن تحسين نوعية الحياة عن طريق البحث عن إستراتيجية لدعم وتحسين إدراك المريض لصحته(Sobhonslidsuk et al., 2006).

وهكذا تبدو أهمية التقدير المبكر لمنبئات نوعية الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن الخاضعين لعلاج الإنترفيرون في إمكان التدخل في الوقت المناسب وبالصورة الملائمة لتحسين نوعية الحياة، يضاف إلى هذا أهمية هذه التقديرات المبكرة عند تقييم فعالية العلاج.

المراجع:

١- أبو علام ، رجاء (٢٠٠٣). ***التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام برنامج SPSS***. القاهرة: دار النشر للجامعات.

٢- الشربيني ، زكريا (٢٠٠١). ***الإحصاء اللابارامتري مع استخدام SPSS في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية***. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٣- الغباشي ، سهير ؛ شويخ ، هناء (٢٠٠٩). بعض منبئات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن من المصريين. ***دراسات نفسية***، ١٩ (٢)، ٢١٧-٢٦٠.

٤- شويخ ، هناء (٢٠٠٧). ***فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للعلاج بالاستصفاء الدموي المتكرر***. رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، جامعة القاهرة ، كلية الآداب ، قسم علم النفس.

5- Anonymous (2007). Sunitinib demonstrates superior survival, quality-of-life benefits compared with interferon alfa. ***Formulary***, 42(4), 245-246.

6- Atzpodien, J., Kuchler, T., Wandert, T., & Reitz, M. (2003). Rapid deterioration in quality of life during interleukin-2- and [alpha]-interferon-based home therapy of renal cell carcinoma is associated with a good outcome. ***The British Journal of Cancer***, 89(1), 50-54.

7- Bender, C., Yasko, J., Kirkwood, J., & Ryan, C. (2000). Cognitive function and quality of life in interferon therapy for melanoma. ***Clinical Nursing Research***, 9(3), 352-363.

8- Bernstein, D. (2003). ***Health related quality of life and hepatitis C.*** Available in http://www. hc.vadvocate.org/hcsp/articles/Bernstein-2htm.

9- Bonkovsky, H., & Wolley, T. (1999). Reduction of health related quality of life in chronic hepatitis C and improvement with interferon therapy. ***Hepatology***, 29(1), 264-270.

10- Cella, D., Michaelson, M., Bushmakin, A., Cappelleri, J., & Charbonneau, C. (2010). Health-related quality of life in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with sunitinib vs. interferon-[alpha] in a phase III trial: final results and geographical analysis. ***The British Journal of Cancer***, 102(4), 658-664.

11- Chalasani, N., Fontana, R., Bonkovsky, H., Watkins, P., Davers, T., Serrano, J., Yang, H., & Rochon, J. (2008). Causes, Clinical Features, and Outcomes From a Prospective Study of Drug-Induced Liver Injury in the United States. ***Gastroenterology***, 135(6), 1924-1934.

12- Davis, G., Balart, M., Schiff, E., Lindsay, K., Bodenheimer, H., Perrillo, R., Carey, W., Jacobson, I., Payne, J., & Dienstag, J. (1994). Assessing health – related quality of life in chronic hepatitis C using the sickness impact profile. ***Clin Ther***, 16, 334-343.

13- Devins, G., Mandin, H., Hons, R., Burgess, E., Klassen, J., Taub, K., Schorr, S., Letourneau, P., & Bucke, S. (1990). Illness intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease: Comparison and stability across treatment modalities. ***Health Psychology***, 9, 117-142.

14- Dixon, S., Walters, S., Turner, L., & Hancock, B. (2006). Quality of life and cost-effectiveness of interferon-alpha in malignant melanoma: results from randomized trial. ***The British Journal of Cancer***, 94(4), 492-498.

15- Grant, M., & Rivera, L. (1998). Evolution of Quality of life in Oncology and oncology Nursing. In C. R. King & P. S. Hinds, ***Quality of life from Nursing and patient perspectives*** (pp.3-22), Boston: Jones and Bartlett Publishers.

16- Graves, K. (2003). Social Cognitive Theory and Cancer Patient's QOL: A Meta–Analysis of Psychosocial Intervention Components. ***Health Psychology***, 22(2), 210-219.

17- Gutteling, J., Deman, R., VanDerPlus, S., Schalm, S., Busschbach, J., & Darlington, A. (2006). Determinant of quality of life in chronic liver patients. ***Alimentary Pharmacology & Therapeutics***, 23(11), 1629-1635.

18- Haberman, M., & Bush, N. (1998). Quality of life Methodological and Measurement Issues. In C. R. King & P. S. Hinds (Ed.), ***Quality of life from Nursing and Patient Perspectives*** (pp.117-139), Boston: Jones and Bartlett Publishers.

19- Heitkemper, M., Jarrett, M., Kurashige, E., & Carithers, R. (2001). Chronic hepatitis C: Implication for health-related quality of life. ***Gastroenterology Nursing***, 24(4), 169-175.

20- Hunt, C., Dominitz, J., Barbara, P., & Waters, B. (1997). Effect of interferon-[alpha] treatment of chronic hepatitis C on health-related quality of life. ***Digestive Diseases and Sciences***, 42(12), 2482-2486.

21- Jachuck, J., Brieley, H., Jachuck, S., & Willcox, P. (1982). The effect of hypertensive drugs on the quality of life. ***Journal of the Royal College of General Practitioners***, 32, 103-105.

22- Jongen, P., Sindic, C., Carton, H., Zwanikken, C., & Lemmens, W. (2010). Improvement of health-related quality of life in relapsing remitting multiple sclerosis patients after 2 years of treatment with intramuscular interferon-beta-1a. ***Journal of Neurology***, 257(4), 584-589.

23- Kallman, J., ONeil, M., Larive, B., Boparai, N., Calabrese, L., & Younossi, Z. (2007). Fatigue and health related quality of life (HRQL) in chronic hepatitis C virus infection. ***Digestive Diseases & Sciences***, 52(10), 2531-2539.

24- Kandil, F. (1998). ***Quality of Life among Cancer Bladder Patient with Different Urinary Diversions***. MD, Faculty of Nursing, Cairo University.

25- Kasper, D., Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., & Jameson, J. (2005). ***Principles of internal medicine*** (6^{th}). New York: Mc Graw Hill.

26- Katz, M., Wolff, R., Crane, C., Vardhachary, G., & Javle, M. (2011). Survival and Quality of Life of Patients with Resected Pancreatic Adenocarcinoma Treated with Adjuvant Interferon-Based Chemoradiation: A Phase II Trial. ***Annals of Surgical Oncology*** , 18(13), 3615-3622.

27- King, C. (1998). Overview of Quality of Life and Controversial Issues. In C. R. King & P. S. Hinds (Ed.), ***Quality of life from Nursing and Patient Perspectives*** (pp.23-34), Boston: Jones and Bartlett Publishers.

28- Macellin, F., Preau, M., Ravaux, I., Dellamonica, P., Spire, B., & Carrier, M. (2007). Self- reported fatigue and depressive symptom as main indictors of the quality of life (QOL) of patients living with

HIV and hepatitis C: Implications for clinical management and future research. ***HIV Clinical Trials***, 8(5), 320-327.

29- Maess, S., Leventhal, H., & De Ridder, D. (1996). Coping with Chronic Diseases. In: M. Zeidner & N. Endler, (Eds.), ***Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*** (pp221-251), New York: John Wiley & Sons.

30- Marchesini, G., Bianchi, G., Amodio, F., Merli, M., Panella, C., Loguercio, C., Apolone, G., Niero, M., & Abbiati, R. (2001). Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. ***Gastroenterology***, 120, 170-178.

31- National Institutes of Health Consensus Development Panel Statement (1997). Management of hepatitis C. ***Hepatology***. 26(3), 25-105.

32- O'Grady, J., Lake, J., & Howdle, P. (2000). ***Comprehensive Clinical Hepatology***. London: Harcourt Publisher.

33- Patti, F., Amato, M., Trojano, M., Bastinello, S., & Tola, M. (2011). Quality of life, depression and fatigue in mildly disabled patients with relapsing-remitting multiple sclerosis receiving subcutaneous interferon beta-1a: 3-year results from the COGIMUS (Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis) study. ***Multiple Sclerosis Journal***, 17(8). 991-1001.

34- Peter, R., & McNally, D. (2001). ***Liver Secrets***. Colorado: Hanley & Beffus.

35- Sarafino, E. (1995). ***Health Psychology: Biopsychological Interactions***. New York: Wiley.

36- Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongsakon, R., Satitpornkul, P., & Sripetch, C. (2004). Chronic Liver disease questionnaire: translation and validation in Thais. ***World Journal of Gastroenterology***, 10, 1954-1957.

37- Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongskan, R., & Satitpornkul, P. (2006). Factors influencing health – related quality of life in chronic liver disease. ***World Journal of Gastroenterology***, 12(48), 7786-7791.

38- Spiegel, B., Younossi, Z., Hays, R., Revicki, D., Robbins, S., & Kanwal, F. (2005). Impact of hepatitis C on health related quality of life: a systematic review and quantitative assessment. ***Hepatology***, 41(4), 790-800.

39- Steel, J., Chopra, K., Olek, M., & Carr, B. (2007). Health – related quality of life: Hepatocellular Carcinoma, Chronic liver disease, and the general population. ***Quality of Life Research***, 16, 203-215.

40- Strauss, E., & DiasTeixiram M. (2006). Quality of life in Hepatitis C. ***Liver International***, 26(7), 755-765.

41- Taliani, G., Rucci, P., Biliotti, E., Cirrincione, L., Aghemo, A., Alberti, A., Almasio, P., Bartolozzi, D., Caporaso, N., Coppola, R., Chiaramonte, M., Floreni, A., Gaeta, G., Persicop, M., Secchi, G., Versace, I., Zacharia, S., & Mele, A. (2007). Therapy expectations and physical comorbidity affect quality of life in chronic hepatitis C virus inflection. ***Journal of Viral Hepatitis***, 14(12), 875-882.

42- Taylor, S. (2000). ***Health psychology*** (4th). New York: McGraw – Hill, Inc.

43- VendenBos, G. (2007). ***APA Dictionary of Psychology***. Washington: American Psychological Association.

44- Vukadinovic, C. (2000). Quality of Life. ***Philosophy and Sociology***, 2 (7), 373-377.

45- Ware, J., Bayliss, M., Mannocchia, M., & Davis, G. (1999). Health – related quality of life in chronic hepatitis C: impact and treatment response. ***The International Therapy Group Hematology***, 30(2), 550-555.

46- Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. (1994). ***SF-36 Physical and Mental Health Summary Scores: A user's Manual***. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.

47- ***Wikipedia*** (2013). Interferon. Available in: http://en.wikipedia.org /wiki/Interferon.

48- Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health – related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. ***JAMA***, 273.

49- Younossi, Z., Cauyatt, G., Kiwi, M., Boparai, N., & King, D. (1999). Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. ***Gut***, 45(2), 295-300.

50- Zandi, M., Adib-Hajbagheri, M., Memarian, R., Nejhad, A., & Alavian, S. (2005). Effect of a self – care program on quality of life of cirrhotic patients referring to Tehran hepatitis center. ***Health & Quality of Life Outcomes***, 3(35), 25-39.

Effect of interferon treatment of chronic hepatitis C on health-related quality of life

By
Dr. Hanaa. A. M. Shuwiekh

Abstract

This research aims at discovering the effect of interferon treatment of chronic hepatitis C on health-related quality of life. In order to verify the hypotheses of study, one battery concluded of a demographic and health - related quality of life questionnaire has been used.

After fulfilling psychometric requirements of the battery, The Data is gathered from 24 patients with chronic hepatitis "C" virus.

The results have shown that using interferon treatment has a significant effect in health-related quality of life.

Implications and future directions for research on chronic hepatitis "C" virus are discussed.