

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieure
Et de La Recherche Scientifique
Université –BATNA 1-
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
ET SCIENCES DE L'EDUCATION ET
L'ORTHOPHONIE



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة-باتنة 1-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاحوية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (ل و د) في علم النفس
تخصص علم نفس الصحة الإكلينيكي

إشراف الأستاذة الدكتوراه:
أحمان لبنى

إعداد الطالبة:
عبد الصمد صورية

الجامعة	الصفة	الدرجة	الأستاذ
جامعة باتنة 01	رئيسا	أستاذ	أد محوون بوسمن
جامعة باتنة 01	مشرفا ومقرا	أستاذ	أد أحمان لبنى
جامعة بسكرة	عضوا	أستاذ	أد جابر نصر الدين
جامعة باتنة 01	عضوا	أستاذ محاضر أ	د. عليوة سمية
جامعة باتنة 01	عضوا	أستاذ محاضر أ	د. شينار سامية
المركز الجامعي بركة	عضوا	أستاذ محاضر أ	د/ قنون خميسة

السنة الجامعية: 2020/2019

شكر وتقدير

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه

اللهم لك الحمد والشكر كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك وعلو مكانك
الشكر للوالدين الكريمين على كل جهودهما المبذولة في سبيل تربيتي وتشجيعي على بلوغ
أهدافي

الشكر والتقدير والإمتنان للأستاذة الدكتورة أحمان لبنى على وقوفها معي ودعمها لي على
الرغم من ضغوطها وإنشغالاتها، أقدم لها كل الإحترام والتقدير ،
ودعواتي لها بالتوفيق والصحة والسعادة

الشكر موصول لجميع أساتذتي الذين لم يبخلوا علي بدعمهم وعلمهم ومعارفهم ، وكان لهم
أثرا جميلا في مشواري العلمي وأخص بالذكر : الأستاذة بن فليس خديجة ،الأستاذة مزوز
بركو، الأستاذ عدوان يوسف. شكرا لكم جميعا ووفقكم الله وجعلكم نجوما ساطعة في سماء
العلم

أيضا أقدم جزيل شكري للأستاذة الدكتورة على قبولهم مناقشة هذه الدراسة

كما أتقدم بخالص الشكر لجنود الخفاء :

الزوج الكريم الذي ساندني كثيرا وحرص بكل إمكانياته على خروج هذه الدراسة إلى النور
في أفضل صورها .

صديقتي التي دعمتني كثيرا وكانت لي سندا قويا .

الأخت والرفيقة التي شاركتني بجهدا في كل مرحلة من مراحل إعداد هذا البحث .

صديقتي ، أشكركن على كل جهودكن .

وجزيل الشكر لكل من قدم لي يد المساعدة من قريب أو من بعيد .

ملخص الدراسة:

تمحورت الدراسة الحالية حول موضوع الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، وحاولت الإجابة على التساؤلات التالية:

1. ما هو مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة ؟
 2. هل العلاقة الارتباطية بين الالتزام الصحي وجودة الحياة دالة إحصائياً أم لا ؟
 3. هل الفروق في الالتزام الصحي دالة إحصائياً لدى عينة الدراسة تبعاً لكل من متغير (الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض) أم لا ؟
 4. هل الفروق في جودة الحياة دالة إحصائياً لدى عينة الدراسة تبعاً لكل من متغير (الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض) أم لا ؟
- وشملت الدراسة عينة قوامها (126) مصاباً بمختلف أمراض الغدد اللاحقوية، تراوحت أعمارهم بين 21 و 80 سنة، وتم إتباع كل من المنهج الوصفي الإرتباطي والمنهج السببي المقارن، والإستعانة بأدوات القياس المتمثلة في إستبيان الالتزام الصحي (تصميم الباحثة)، ومقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (تعريب بشرى إسماعيل أحمد 2008). وبعد إستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لتساؤلات وفرضيات الدراسة، تم التوصل إلى النتائج التالية:
- انخفاض مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة.
 - توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الالتزام الصحي وجودة الحياة.
 - توجد فروق دالة إحصائياً في الالتزام الصحي لدى أفراد العينة تعزى لكل من الجنس،، نوع المرض.
 - لا توجد فروق دالة إحصائياً في الالتزام الصحي لدى أفراد العينة تبعاً لكل من السن، مدة المرض.
 - توجد فروق دالة إحصائياً في جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لكل من الجنس، نوع المرض.
 - لا توجد فروق دالة إحصائياً في جودة الحياة لدى أفراد العينة وفق السن، مدة المرض.

Study Summary

The present study is focused on commitment to health and the quality of life for a sample of people affected by non-nodular gland diseases, and tried to answer the following questions:

1. What is the level of health commitment among the sample members?
2. Is the correlation between health commitment and quality of life statistically significant?
3. Are differences in health commitment statistically significant in the study sample according to each variable (sex, age, type of disease, duration of disease) or not?
4. Are differences in quality of life statistically significant in the study sample according to each variable (sex, age, type of disease, duration of disease) or not?

The study included a sample of (126) patients with various non-nodular glands diseases, ranging in age between 21 and 80 years. The applied research methods are descriptive relational approach and the comparatif causal approach, in addition of a measuring tool which consists of a questionnaire (designed by the researcher) and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) assessment, (translated to arabic by Bushra Ismail Ahmad 2008).

After using the appropriate statistical methods for the questions and hypotheses of the study, the following results were reached:

-Decreased level of health commitment among the sample members.-There is a statistically significant correlation between health commitment and quality of life.

-There are statistically significant differences in health adherence among the sample members attributed to each sex, type of disease.

-There were no statistically significant differences in the health commitment of the sample according to age, duration of disease.

-There are statistically significant differences in the quality of life of the sample according to sex, disease type.

-There are no statistically significant differences in the quality of life of the sample members according to age, duration of disease.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس المخططات

1 مقدمة

5 الجانب النظري

6 الفصل الأول أساسيات الدراسة

7 أولا/ مشكلة الدراسة

15 ثانيا/ أهداف الدراسة

16 ثالثا/ أهمية الدراسة

17 رابعا/ الدراسات السابقة

17 1/ الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية

19 2/ دراسات حول الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية

20 3/ دراسات حول الالتزام وجودة الحياة لدى الصابين بأمراض الغدد اللاقنوية

24 خامسا/ فرضيات الدراسة

25 الفصل الثاني الالتزام الصحي

26 أولا/ تعريف الالتزام الصحي

28 ثانيا/ محددات الالتزام الصحي

28 1/ مساهمات المريض

30 2/ العوامل المرتبطة بالمرض

31	3/ السيرورة العلاجية.....
32	4/ العلاقة بين الطبيب والمريض.....
35	5/ العوامل المتصلة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية.....
37	ثالثا/النماذج والنظريات المفسرة للالتزام الصحي.....
37	1/ نموذج القناعة الصحية.....
41	2/نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي.....
44	3/نموذج التمثلات الصحية.....
46	4/النموذج المعرفي.....
48	5/نموذج مراحل التغيير.....
49	6/نموذج الالتزام الصحي.....
54	رابعا/قياس الالتزام الصحي.....
54	1/ طرق التقييم الذاتي للالتزام الصحي.....
55	2/ طرق التقييم الموضوعي للالتزام الصحي.....
56	خامسا: التدخلات المستخدمة في تحسين الالتزام الصحي.....
60	الفصل الثالث جودة الحياة.....
61	أولا/مفهوم جودة الحياة.....
61	1/ تعريف جودة الحياة.....
62	أ/تعريف جودة الحياة على أساس المدخل الذاتي.....
62	ب/ تعريف جودة الحياة على أساس المدخل الموضوعي.....
64	ثانيا/النظريات والاتجاهات المفسرة لجودة الحياة.....
64	1/ نظرية هالدي.....
65	2/ نموذج أباي واندروز.....
66	3/ نموذج العوامل الستة لرايف.....
67	4/ نظرية لاوتن.....
67	5/الاتجاه الفلسفي.....
67	6/الاتجاه النفسي.....

68	7/ الاتجاه الاجتماعي
69	8/ الاتجاه الطبي
70	ثالثا/ مجالات وأبعاد جودة الحياة
71	1/المجال البدني
71	2/ المجال النفسي
71	3/ المجال الاجتماعي
72	4/ الرضا عن الحياة
72	5/ السعادة
76	رابعا/ قياس جودة الحياة
78	الفصل الرابع الغدد الملاقنوية وأمراضها
79	اولا/الغدة النخامية وأمراضها
80	1/ هرمونات الغدة النخامية ووظائفها
80	أ/ الهرمون المنشط لإفراز هرمونات الدرقية
80	ب/ الهرمون المنشط لإفراز هرمونات الكظرية
81	ج/ الهرمون المنشط لنمو الحوصلات
82	د/ هرمون النمو
82	هـ/ هرمون البرولاكتين
82	و/الهرمون المضاد لإدرار البول
83	ي/ هرمون الأوكسي توسين
84	2/ أمراض الغدة النخامية
84	أ/قصور النخامية
86	ب/الأورام الوطائية والنخامية
88	ج/مرض النخامية الخلفية
89	ثانيا/ الغدة الصنوبرية وأمراضها
90	2/ هرمونات الغدة الصنوبرية
91	3/ أمراض الغدة الصنوبرية

91	أ/ تكلس الغدة الصنوبرية.....
92	ب/ أورام الغدة الصنوبرية.....
92	ثالثا/الغدة الدرقية وأمراضها.....
92	1/ التركيب التشريحي.....
93	2/ هرمونات الدرقية.....
95	3/ التظاهرات الرئيسية للمرض الدرقي.....
95	أ/ فرط الدرقية.....
101	ب/ قصور الدرقية.....
104	ج/ الأورام الخبيثة.....
105	رابعا /الغدة جارالدرقية وأمراضها.....
106	1/ هرمون جار الدرقية.....
108	2/ التظاهرات الرئيسية لأمراض جار الدرقية.....
108	أ/ فرط كالسيوم الدم.....
109	ب/ نقص كالسيوم الدم.....
111	خامسا/الغدة الكظرية وأمراضها.....
111	1/ قشرة الغدة الكظرية وهرموناتها.....
111	أ/ مجموعة الأندروجينات.....
112	ب/ مجموعة هرمونات اتزان المعادن الاليكتروليتية في الدم.....
113	ج/ مجموعة هرمونات الجلوكوكورتيكوستيرويدات.....
113	2/ هرمونات نخاع الغدة الكظرية.....
113	أ/ الابينفرين.....
113	ب/ النورأبينفرين.....
114	3/ التظاهرات الرئيسية للمرض الكظري.....
114	أ/ المريض كوشينغي الشكل.....
115	ب/ قصور الكظر.....
117	ج/ فرط تنسج الكظر الخلقي.....

118.....	سادسا/ الجهاز الصماوي للبنكرياس وأمراضه
119.....	1/ هرمونات البنكرياس
119.....	أ/ الأنسولين
121.....	ب/ الجلوكاجون
121.....	ج/ السوماتوستاتين
122.....	2/ التظاهرات الرئيسية لأمراض البنكرياس الغدية الصماوية
122.....	أ/ نقص سكر الدم العفوي
123.....	ب/ التهاب البنكرياس الحاد
125.....	ج/ التهاب البنكرياس المزمن
127.....	د/ تشوهات البنكرياس الخلقية
127.....	هـ/ أورام البنكرياس
128.....	و/ الأورام الصماوية
129.....	سابعا/ الغدة التناسلية وأمراضها
129.....	1/ غدة الخصية
129.....	أ/ التأثيرات البيولوجية لهرمونات الخصية
132.....	2/ غدة المبيض
132.....	أ/ الهرمونات الأنثوية
134.....	3/ التظاهرات الرئيسية للمرض التناسلي
134.....	أ/ قصور الغدد التناسلية عند الذكر
135.....	ب/ تشدي الرجل
136.....	ج/ العنانة
137.....	د/ قصور القامة وتأخر البلوغ
139.....	هـ/ اختفاء الخصية
140.....	و/ انقطاع الحيض الثانوي
141.....	ي/ العقم
141.....	ز/ متلازمة المبيض متعدد الكيسات

143..... الجانب الميداني

144..... الفصل الخامس إجراءات الدراسة الميدانية

145..... أولاً/ الدراسة الإستطلاعية.

145..... 1/ أهداف الدراسة الإستطلاعية.

146..... 2/ خطوات الدراسة الإستطلاعية.

146..... 3/ عينة الدراسة الإستطلاعية.

149..... 4/ الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.

149..... أ/ إستبيان الالتزام الصحي.

154..... ب/ مقياس جودة الحياة المختصر.

158..... 5/ نتائج الدراسة الإستطلاعية.

159..... ثانياً/ الدراسة الأساسية.

159..... 1/ التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

160..... 2/ منهج الدراسة.

160..... 3/ حدود الدراسة.

162..... 4/ عينة الدراسة الأساسية.

165..... 5/ الأدوات المستخدمة في الدراسة.

165..... 6/ الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

167..... الفصل السادس عرض نتائج الدراسة

168..... أولاً/ عرض نتائج الفرضية الأولى.

168..... ثانياً/ عرض نتائج الفرضية الثانية.

169..... ثالثاً/ عرض نتائج الفرضية الثالثة.

171..... رابعاً/ عرض نتائج الفرضية الرابعة.

174..... الفصل السابع مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

175..... أولاً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

177..... ثانياً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

180..... ثالثاً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

184.....	رابعاً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
190.....	المناقشة العامة.....
195.....	خاتمة.....
200.....	قائمة المراجع.....
214.....	الملاحق.....
215.....	الملحق رقم 1: إستبيان الالتزام الصحي
217.....	الملحق رقم 2: مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة "

فهرس الجداول

- جدول رقم 1: أسباب قصور النخامية..... 85
- جدول رقم 2: المظاهر السريرية لضخامة النهايات..... 88
- جدول رقم 3: المظاهر السريرية لفرط الدرقية..... 96
- جدول رقم 4: أسباب فرط كالسيوم الدم..... 108
- جدول رقم 5: أسباب قصور قشر الكظر..... 116
- جدول رقم 6: المظاهر السريرية والكيميائية الحيوية في قصور الكظر..... 117
- جدول رقم 7: أسباب التهاب البنكرياس الحاد..... 124
- جدول رقم 8: الأورام البنكرياسية الغدية ذات الإفراز الداخلي..... 128
- جدول رقم 9: أسباب تندي الرجل..... 136
- جدول رقم 10: أسباب العنانة..... 137
- جدول رقم 11: أسباب قصر القامة..... 139
- جدول رقم 12: أسباب انقطاع الحيض الثانوي..... 140
- جدول رقم 13: مظاهر متلازمة المبيض متعدد الكيسات..... 142
- جدول رقم 14: توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب كل من متغير الجنس والسن..... 147
- جدول رقم 15: توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب كل من متغير نوع مرض الغدة ومدة المرض..... 148
- جدول رقم 16: قيمة معامل الارتباط لإستبيان الالتزام الصحي..... 151
- جدول رقم 17: قيمة معامل ألفا كرونباخ لإستبيان الالتزام الصحي..... 152
- جدول رقم 18: قيمة معامل الارتباط لإستبيان الالتزام الصحي..... 152
- جدول رقم 19: معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للإستبيان..... 153
- جدول رقم 20: الفروق بين متوسطات الفئة العليا والدنيا لإستبيان الالتزام الصحي..... 153
- جدول رقم 21: مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية..... 154
- جدول رقم 22: قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المختصر..... 155
- جدول رقم 23: قيمة معامل الارتباط لمقياس جودة الحياة المختصر..... 156
- جدول رقم 24: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لكل من جودة الحياة العامة والصحة العامة..... 156
- جدول رقم 25: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعد الصحة الجسدية..... 156
- جدول رقم 26: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعد الصحة النفسية..... 157
- جدول رقم 27: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعد العلاقات الاجتماعية..... 157

- جدول رقم 28: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعـد البيئـة.....157
- جدول رقم 29: المستويات حسب المتوسط الحسابي.....158
- جدول رقم 30: المستويات حسب المتوسط الحسابي.....158
- جدول رقم 31: توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....163
- جدول رقم 32: توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية.....163
- جدول رقم 33: يمثل توزيع أفراد العينة حسب أمراض الغدد اللاحقوية.....164
- جدول رقم 34: التوزيع الجغرافي لأفراد العينة حسب مدة المرض.....165
- جدول رقم 35: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإستبيان الالتزام الصحي.....168
- جدول رقم 36: الإحصاءات الوصفية وقيمة معامل الارتباط بين الالتزام الصحي وجودة الحياة.....168
- جدول رقم 37: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاحقوية في إستبيان الالتزام الصحي حسب متغير الجنس.....169
- جدول رقم 38: نتائج إختبار T. TEST للكشف عن الفروق بين مرضى الغدد اللاحقوية في إستبيان الالتزام الصحي حسب متغير السن.....169
- جدول رقم 39: نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) للكشف عن الفروق بين مرضى الغدد اللاحقوية في إستبيان الالتزام الصحي حسب متغير نوع المرض.....170
- جدول رقم 40: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاحقوية في إستبيان الالتزام الصحي حسب متغير مدة المرض.....171
- جدول رقم 41: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاحقوية في مقياس جودة الحياة حسب متغير الجنس.....171
- جدول رقم 42: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاحقوية في مقياس جودة الحياة حسب متغير السن.....172
- جدول رقم 43: نتائج إختبار ANOVA لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاحقوية في مقياس جودة الحياة حسب متغير نوع مرض الغدة.....172
- جدول رقم 44: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاحقوية في مقياس جودة الحياة حسب متغير مدة المرض.....173

فهرس الأشكال

- شكل رقم 1: بوضف تركيب الغدة الصنوبرية 90
- شكل رقم 2: بوضف الغدة الدرقية 93
- شكل رقم 3: داء غريفز: 99
- شكل رقم 4: موقع و تركيب الغدة الجار درقية 106
- شكل رقم 5: أجزاء الغدة الكظرية 112
- شكل رقم 6: التشريح الفيزيولوجي لجزيرة لانغرهانس في البنكرياس 119
- شكل رقم 7: بوضف توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس 147
- شكل رقم 8: توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب السن 147
- شكل رقم 9: توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب نوع مرض الغدد اللاقنوية 148
- شكل رقم 10: توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب مدة المرض 149
- شكل رقم 11: بوضف توزيع أفراد العينة حسب الجنس 163
- شكل رقم 13: توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض 164
- شكل رقم 14: توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض 165

فهرس المخططات

- مخطط رقم 1: العوامل المؤثرة على الالتزام الصحي 36
- مخطط رقم 2: يوضح نموذج المعتقدات الصحية 40
- مخطط رقم 3: يوضح نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي 43
- مخطط رقم 4: نموذج التنظيم الذاتي للصحة 46
- مخطط رقم 5: يوضح مراحل تطور نموذج التغيير 49
- مخطط رقم 6: نموذج التقبل الصحي 51

مقدمة

لقد تزايد الإعتراف في مختلف الميادين بأهمية دراسة جودة الحياة ومجالاتها وأبعادها، حيث أصبح هذا المفهوم من أبرز القضايا في ميدان الطب وعلم نفس الصحة، فقد تناولته الباحثون بكثرة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، بما فيها مرض السكري، والذي يعتبر كذلك مرضاً من أمراض الغدد اللاحوية، هذه الأخيرة التي شغلت إهتمام الكثير من المختصين والباحثين الذين قاموا بدراسات تناولوا فيها جودة الحياة لدى المصابين بكل من أمراض الغدة النخامية، والدرقية، والكظرية، والبنكرياسية الصماوية، إلى غير ذلك من أمراض الغدد اللاحوية. ومن بين هذه الدراسات يمكن ذكر كل من دراسة (Elberling,2004)، (Dekkers & al,2006)، (Santos & al 2009)، (Haraj et al 2015)، (Shivaprasad & al 2018)، (HO & Druce, 2018).

والجدير بالذكر أن كل هذه الدراسات - على حد علم الباحثة - قد أثبتت من خلال نتائجها أن جودة الحياة تنخفض لدى المصابين بمختلف أمراض تلك الغدد . وبعد الإطلاع على التراث النظري، وكل مايتعلق بدراسة جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحوية، إتضح للباحثة أن تلك الدراسات قد تناولت جميعها متغير جودة الحياة منفرداً لدى هؤلاء المرضى، وأغفلت متغيراً رئيساً قد يكون سبباً في احتمالات تزايد تأثيرات المرض على الفرد، مما ينعكس بشكل مباشر على جودة الحياة، خاصة إذ علمنا أن العامل الرئيسي في نجاح الإدارة الذاتية للمرض، والتحكم بشكل إيجابي في السيرورة العلاجية للمريض هو: الالتزام بالتعليمات الطبية، وتناول الأدوية في وقتها، وحضور مواعيد المتابعة، وإتباع النظام الغذائي الصحي، وممارسة النشاط البدني.

وعليه جاءت هذه الدراسة كإلتفاتة لمتغيرين أساسيين (الإلتزام الصحي، جودة الحياة) في الميدان الطبي وعلم نفس الصحة، حيث تناولت الباحثة متغير الإلتزام الصحي في هذه الدراسة إنطلاقاً من إحساسها بالمشكلة أثناء إحتكاكها بهؤلاء المرضى في الميدان ، من خلال معتقداتهم وأفكارهم حول مؤشرات الإلتزام الصحي والممارسات السلوكية الصحية ، وإنعكاسها على حياتهم بصفة عامة، إلى جانب بعض الدراسات النادرة حول الإلتزام الصحي لدى المصابين بالسكري، كدراسة (Memon & al 2017) حول الإلتزام لدى مرضى السكري في المملكة العربية السعودية، تكونت العينة من 130 مريض، وقد أسفرت نتائجها عن عدم إتباع المرضى للخطة الغذائية، وضعف الإلتزام بالأدوية، والتعليمات والإرشادات

الطبية الموصى بها. وقد يعتبر هذا المشكل من أهم المشاكل التي تواجه المختصين والأطباء القائمين على رعاية هؤلاء المرضى، والذي من شأنه أن يعرقل مسار المتابعة العلاجية أو توقفها، مما قد يؤدي إلى الفشل في الوصول إلى النتائج المرجوة من العلاج.

ان دراسة الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، عبارة عن إنقذاتة بالغة الأهمية لإدارة هذه الأمراض، والتخفيف من أعراضها، وإحتمالات مضاعفاتها، هذا إلى جانب إعتبار أن كلا المتغيرين هدفا من الأهداف الرئيسية في المسار العلاجي لهؤلاء المرضى، بالإضافة إلى أن جودة الحياة أصبحت جزءا مهما في البحوث السريرية لتقييم نتائج الرعاية الصحية والعلاج، وذلك من خلال تقديم أدلة مهمة تبين إختلافها بين المرضى تبعا للعلاجات المقدمة لهم، ومدى تأثيرها بالعلاج وآثاره الجانبية. وهذا ما أشار إليه (Iqbal & al. 2017) بأنه قد أصبح من المعترف به اليوم، هو تقييم جودة الحياة للمرضى ك مجال هام من مجالات المعرفة العلمية، وذلك لإرتباطه بالرضا والرفاهية في المجالات البدنية، والنفسية، والاجتماعية والاقتصادية، والثقافية. كما تكمن أيضا أهمية دراسة الالتزام الصحي في توضيح دوره وأهميته في الوصول إلى النتائج المرجوة من العلاج، والمحافظة عليها من قبل المرضى وطبيعة إرتباطه بجودة الحياة لديهم.

ومن جهة أخرى ملاحظته الباحثة - على حد علمها- في الدراسات السابقة، قصورا في عدم وجود أي دراسة تجمع بين المتغيرين لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، على الرغم من أهمية الالتزام الصحي في مختلف جوانب حياة المرضى، وهذا هو النقص الرئيسي الذي تسعى الدراسة الحالية لمعالجته في هذه الدراسة.

ان ماسبق ذكره شكل دافعا قويا لدى الباحثة لتناول هذا الموضوع بالدراسة بغرض:

✦ الوقوف على طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة.

✦ توضيح مختلف أمراض الغدد اللاحقوية، وإحتمالات مضاعفاتها في حياة المرضى من

حيث الجوانب الجسمية، والنفسية، والاجتماعية.

✦ توضيح مفهوم الالتزام الصحي، ومختلف التفسيرات النظرية له، والعوامل المؤثرة عليه، والتي

يجب أن ينظر إليها في إطار تفاعلي. وكذا أهمية الالتزام الصحي في الإدارة الجيدة للمرض والحفاظ على النتائج المرجوة من العلاج، والإرتقاء بالصحة.

✦ توضيح مفهوم جودة الحياة ومجالاتها وتفسيراتها، خاصة وأنها قد أصبحت جزءا مهما ورئيسيا في فهم وعلاج مختلف الأمراض، كونها مفهوم واسع يتأثر بشكل واسع بالصحة الجسدية للفرد، وحالته النفسية، وعلاقاته الاجتماعية، ومستوى استقلاليته الذاتية وبِعلاقته بالعوامل الأساسية المتوفرة في محيطه. وعليه تهدف الدراسة المعنية إلى محاولة توضيح العلاقة الكامنة بين كل من الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة، ومعرفة فيما إذا كانت هناك فروق في كلا المتغيرين تعزى لمتغيرات ديمغرافية كالجنس، والسن، ونوع المرض، ومدة المرض. حيث تعتقد الباحثة أن محاولة تحقيق هذه الأهداف بمثابة خطوة مهمة لكل المختصين في هذا المجال، نظرا لما ينبني عليها من إستنتاجات أو قرارات أو إرشادات أو توصيات نفسية وطبية ترتبط بعلاج ووقاية المرضى، وقد استطاعت الباحثة في ضوء ما أتيج لها من إمكانات أن تقدم ما يمكن اعتباره إجابات أولية حول التساؤلات، والفرضيات الأساسية التي طرحت بخصوص هذا الموضوع ليتبين أن:

✦ مستوى الالتزام الصحي منخفض لدى عينة المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية.

✦ توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى أفراد العينة.

✦ توجد فروق دالة إحصائيا في كل من متغير الالتزام الصحي وجودة الحياة تبعا لكل من الجنس، نوع المرض.

✦ لا توجد فروق دالة إحصائيا في كل من متغير الالتزام الصحي وجودة الحياة تبعا لكل من السن، مدة المرض.

وقد توصلت الباحثة إلى هذه النتائج من خلال اعتماد المنهج الوصفي الإرتباطي، والمنهج السببي المقارن، أما العينة فقد تم إختيارها بطريقة قصدية تبعا لبعض الشروط، وهذا بالتوجه إلى بعض العيادات الخاصة بأمراض الغدد اللاحقوية والسكري، والمستشفيات، وبعض الأفراد خارج العيادات والمستشفيات. وقد قامت الباحثة بالإستعانة ببعض المختصين في هذا المجال، من أجل إجراء الدراسة الميدانية وتطبيق الأدوات الخاصة بها، ولا تزعم الباحثة أن ماتوصلت إليه من نتائج هي حل نهائي لمشكلة هذه الدراسة، كون أن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم واسع ومعقد ومتعدد الأبعاد، علاوة على ذلك أنه مفهوم يتأثر إلى حد بعيد بذاتية كل فرد وإدراكاته الخاصة، هذا بالإضافة إلى أن كل دراسة معرضة لبعض النقائص، ومن بين نقائص الدراسة الحالية أنها تناولت كل أمراض الغدد اللاحقوية وعدم التركيز على أمراض غدة معينة

فقط، وما يتضح من التراث النظري وبعض الدراسات السابقة أن جودة الحياة تختلف باختلاف الأمراض في الغدة الواحدة، وعليه تظل النتائج المتوصل إليها محكومة بحدود هذه الدراسة، و بخصوصيات المنهجية المتبعة، وأدوات البحث المستعملة في الوصول إليها. إلا أنها من جهة أخرى تعتبر كخطوة وإنطلاقة مهمة للباحثين والمختصين المهتمين لإجراء دراسات تتبعية في هذا المجال، وخطوة مهمة أيضا لبناء برامج تثقيف صحي بما يتناسب مع إحتياجات المرضى، وإستغلال الوقت إنطلاقا من النتائج المتحصل عليها لمحاولة تحسين الإلتزام الصحي وجودة الحياة لديهم بإعتبارهما عاملان أساسيان في نجاح العملية العلاجية والمتابعة الصحية.

وعموما يمكن القول أن الباحثة قد تناولت في هذه الدراسة موضوع الإلتزام الصحي والعوامل المؤثرة فيه، وأهم النماذج والنظريات المفسرة له، والآثار المترتبة على تحسينه، وطرق قياسه، كما تناولت موضوع جودة الحياة من حيث المفهوم، والنظريات المفسرة لها، ومجالاتها وأبعادها، وطرق قياسها، وتناولت أيضا الباحثة موضوع الغدد اللاحوية وأمراض كل غدة من هذه الغدد، وتناولت في الجانب الميداني مختلف إجراءات الدراسة من إختيار العينة وأدوات البحث، والأساليب الإحصائية المتبعة في حساب النتائج، مع توضيح الطريقة التي إتبعتها في الوصول إلى النتائج، وتفسير النتائج ومناقشتها في إطار ماتوفر لديها من معطيات نظرية ومؤشرات ميدانية، وفي ضوء كل من العينة والمنهج المتبع والأدوات المستخدمة في الدراسة.

وأخيرا تجدر الإشارة إلى أن أهم الجهات التي يمكنها الإستفادة من نتائج الدراسة الحالية هم المختصين في أمراض السكري و الغدد اللاحوية، وذلك من خلال الإستعانة بالنتائج وتوظيفها في متابعتهم لهؤلاء المرضى من أجل تحسين الإلتزام الصحي لديهم بإعتباره خطوة مهمة للوصول إلى الأهداف العلاجية المرجوة والمحافظة عليها. وذلك من خلال تصميم برامج تثقيفية وعلاجية وتوعوية بطريقة موجهة ومحددة تبعا للفروق التي إتضحت بين المرضى وتوضيح آلية التأثير والتأثير التي تحدث بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة.

A decorative black and white border with intricate floral and scrollwork patterns, framing the central text. The border consists of repeating motifs of stylized flowers and flowing lines, creating a rectangular frame.

الجانب النظري

الفصل الأول

أساسيات الدراسة

أولا/ مشكلة الدراسة

ثانيا/ أهداف الدراسة

ثالثا/ أهمية الدراسة

رابعا/ الدراسات السابقة

خامسا/ فرضيات الدراسة

أولا/ مشكلة الدراسة

يعتبر مفهوم جودة الحياة في علم النفس من المفاهيم الحديثة نسبياً، حيث تم تبنيه في مختلف فروع علم النفس النظرية منها والتطبيقية عندما بدأت الدراسات السيكولوجية بدراسة وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان. إن مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع، يتضمن بطريقة معقدة، الصحة البدنية للشخص ومستوى استقلاليته وعلاقاته الاجتماعية ومعتقداته الشخصية. ويقصد به عموماً، جودة حياة الإنسان من حيث تكوينه الجسدي والنفسي والمعرفي، وتكوينه الاجتماعي والأخلاقي، ودرجة توافقه مع ذاته ومع الآخرين (سليمان: 2010، ص120). كما عرفت (منظمة الصحة العالمية OMS، 1994) جودة الحياة بأنه مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بالصحة الجسدية للفرد، بحالته النفسية، بعلاقاته الاجتماعية، بمستوى استقلاليته الذاتية وبعلاقته بالعوامل الأساسية المتوفرة في محيطه (الزروق: 2015، ص 43). كما أشار أبو حلاوة (2010) في تعريفه لجودة الحياة بأنها ترتبط بالإدراك الذاتي للحياة، لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة. وهو يقصد بذلك أن جودة الحياة تتضمن مدخلين أساسيين لتفسيرها وهما: المدخل الذاتي الذي ينطوي على إدراكات الفرد لظروفه من خلال الرفاهية النفسية والرضا والسعادة إلى غير ذلك. والمدخل الموضوعي الذي ينطوي البيئة و الرفاهية الاجتماعية، والظروف الصحية، وعلاقة الفرد بمحيطه وظروفه. والجدير بالذكر أنه قد تم التركيز بشكل متزايد من قبل الكثير من الباحثين الذين أصبحوا يهتمون بالجوانب النفسية والاجتماعية على أهمية دراسة جودة الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض مختلفة، بإعتبار أن جودة الحياة جانب مهم وأساسي في نجاح المتابعة العلاجية والوصول إلى النتائج المرجوة.

وقد ركز العديد من الباحثون على دراسة جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، بما فيها داء السكري وأمراض الغدد اللاحقوية، هذه الأخيرة التي تؤثر على العديد من الأعضاء والوظائف الحيوية لدى الإنسان، ويعتبر داء السكري هو المرض الرئيسي من حيث الإصابة والمضاعفات والوفيات، ثم يأتي في الموضع الثاني أمراض الغدة الدرقية كقصور الدرقية، وفرط الدرقية على وجه الخصوص، ثم أمراض الغدة الكظرية، وأمراض الغدة النخامية، بعدها تأتي أمراض الغدد الأخرى والتي تعتبر قليلة نوعاً ما كضخامة الأوعية الدموية، قصور الغدة التتاسلية، الشعرانية، ورم القواتم الكلوي، متلازمة كوشينغ. وقد تم تسجيل أكثر من 19000 حالة وفاة في فرنسا في عام 2006 بسبب أمراض الغدد الصماء (PANORAMA DE LA SANTE - 2010). وفي الهند ما يقرب 36 مليون شخص يعانون من

هشاشة العظام، و 42 مليون شخص يعانون من مرض الغدة الدرقية. وهناك نسبة عالية من الأشخاص يعانون أيضا من اضطرابات الغدة الدرقية، حتى في المناطق التي تحتوي على اليود بشكل كاف. وتصل النسبة إلى 108 مليون من العبء المشترك لجميع أمراض الغدد الصماء والتمثيل الغذائي (Sanjay & al,2012).

وقد أشار Nunes et Tabarin (2008) في دراستهما إلى أن قصور الغدة الكظرية المزمن هو مرض يصيب أكثر من 125000 مريض في أوروبا وأكثر من 100000 مريض في أمريكا الشمالية، وإن لم يتم إدارة أمراض هذه الغدة بشكل جيد، قد تكون مهددة للحياة. كما توصلت دراسة (Fontana et Gaillard,2009) إلى أن إنتشار أورام الغدة النخامية في سويسرا قد قدر بـ 805 حالة/ مليون (1 لكل 1241 نسمة)، وتحدث ذروة الإصابة بأورام الغدة النخامية بين 20 و 45 عاما لدى المرأة، بينما في الرجال، يكون هذا الاكتشاف غالبا ما بين 35 و 60 عاما. والجدير بالذكر أن مرض الغدة النخامية يرتبط بزيادة معدل الوفيات بسبب مرض الأوعية الدموية، وتعد السيطرة على إفراز الكورتيزول وفرط هرمون النمو وتقليل عوامل الخطر القلبية الوعائية عاملا رئيسيا في الحد من الوفيات لدى مرضى كوشينغ وضيق ضخامة النهايات (Sherlock & al,2010)

وقد أشار Hammiche (2012) في دراسته أنه وفقا لـ O.M.S، يقدر عدد مرضى السكر في العالم في عام 2010 بـ 346 مليون شخص. بالإضافة إلى ذلك، تقدر نفس المنظمة أن هذا الرقم قد يتضاعف بحلول عام 2025 إذا لم يتم اتخاذ تدابير وقائية صارمة. كما أشار alDiagne & (2016) أن إنتشار تضخم الغدة الدرقية مرتفع جدا في فرنسا حيث قدر بـ 80.8 %، كما قدر جحوظ العينين في الدول الغربية بـ حوالي 78.7%، و في الجزائر والمغرب حوالي 70%.

والجدير بالذكر أن كل الدراسات التي حصلت عليها الباحثة حول جودة الحياة لدى المصابين ببعض أمراض الغدد اللاقنوية، قد أسفرت نتائجها عن انخفاض في جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، وهناك من أرجع هذا الانخفاض إلى التأثيرات الجانبية للعلاج الطبي لهذه الأمراض وبعض الاضطرابات النفسية، كدراسة (Elberling,2004) حول فحص جودة الحياة لدى مرضى " غريفز Graves " المشخصين حديثا، وتأثير العلاج الطبي للغدة الدرقية على جودة الحياة المتعلقة بالصحة، بالإضافة إلى دراسة التأثير المحتمل من هرمونات الغدة الدرقية والأعراض النفسية على ضعف جودة الحياة في حالة التسمم الدرقي، وتمت الدراسة على عينة مكونة من 36 مريض بين (18- 60) سنة، وتم تطبيق

استبيان جودة الحياة (SF-36)، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن انخفاض كبير في جودة الحياة في الأبعاد البدنية والعقلية والاجتماعية، كما ارتبط انخفاض جودة الحياة في المرحلة الحادة من مرض جريفز بأعراض الاكتئاب والقلق.

ومن خلال دراسة مقطعية قام بها (Haraj et al 2015) حول تقييم جودة الحياة لدى المرضى المصابين بسرطان الغدة الدرقية، والتي شملت 124 مريضا بسرطان الغدة الدرقية و124 من الأصحاء. تم تقييم جودة الحياة بمقياس SF36، وقد اتضح من خلال نتائج الدراسة أن جودة حياة مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء منخفضة بشكل كبير في جميع درجات SF36، ومن بين العوامل التي أثرت على جودة الحياة هي العلاج بالجرعة ووجود ورم خبيث.

كما أجريت دراسة أخرى لـ (Shivaprasad & al 2018) حول جودة الحياة ذات الصلة بالصحة بين المرضى الهنود الذين يعانون من قصور الغدة الدرقية. حيث شملت الدراسة (244) من المرضى. كان من بينهم 43 مريضا و201 مريضة، وكان متوسط أعمارهم 36 عاما. وتم تطبيق إستبيان جود الحياة (SF-36) وأسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض كبير في جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة.

وهناك من الباحثين من أكد على أن انخفاض جودة الحياة مرتبط بتأثيرات المرض في حد ذاته، وهذا ماتوصلت إليه دراسة Dekkers (2006) & al) بأن أمراض الغدة النخامية ترتبط بجودة الحياة المنخفضة، ويمكن تفسير ذلك بعدة عوامل ترتبط بدرجات مختلفة من قصور النخامية، علاوة على ذلك، قد تحفز الأورام الغدية المنتجة لـ GH وACTH تأثيرات لا يمكن علاجها، والتي تستمر بالرغم من علاج المرض على المدى الطويل. وهو نفس ما أشار إليه (Crespo & al 2013) بأن تقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأشخاص الذين يعانون من أورام الغدة النخامية قد حظي بكثير من الاهتمام خلال السنوات 10-15 سنة الماضية. ومعظم النتائج أظهرت انخفاضا في جودة الحياة.

كما أجريت دراسات أخرى حول أمراض الغدة الكظرية بما فيها دراسة (Santos & al 2009) والتي أثبتت ان المرضى المصابون بمتلازمة ضخامة النهايات أو متلازمة كوشينغ هم أكثر فئة تعاني من انخفاض شديد في جودة الحياة. وهذا ما أكده أيضا (HO & Druce, 2018) من خلال مراجعتها لمجموعة من الدراسات الخاصة بجودة الحياة وأمراض الغدة الكظرية، بأن جودة الحياة تنخفض بشدة في متلازمة كوشينغ مقارنة مع عامة السكان، وقد ارتبط هذا الانخفاض بتصورات المرض السلبية. بالإضافة

إلى انخفاضها بشدة لدى مرضى قصور الغدة الكظرية الخلقي. وفي نفس السياق اشار **Tiemensma (2014)** في دراسة حول المرضى الذين يعانون من قصو الغدة الكظرية، إلى أن هؤلاء المرضى يعانون من انخفاض كبير في جودة الحياة مع وجود شكاوى جسدية ونفسية مستمرة، والتي نسبت، على الأقل جزئياً، إلى عيوب جوهريّة للعلاج بالهرمونات البديلة.

ومن جهة أخرى قد تتأثر جودة الحياة ببعض العوامل كالجنس، والعمر، ونوع المرض، ومدة المرض، فقد أثبتت دراسة (**Cornelie & al,2018**) حول تأثير أورام الغدة النخامية غير العاملة على جودة الحياة المرتبطة بالصحة. وأثبتت أن جودة الحياة لدى المرضى الذكور الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب أورام الغدة النخامية غير العاملة أفضل مقارنة بالإناث.

أيضاً يمكن ذكر دراسة (**Rawnaq & Majid,2018**) والتي أثبتت بأن هناك علاقة كبيرة بين الجنس والنشاط البدني، وإتضح أن الذكور أكثر نشاطاً من الإناث. وهذا بسبب ثقافة المجتمع، أين تعتبر ممارسة الرياضة غير مناسبة للنساء، بسبب بعض القيود الثقافية، مما ينعكس على جودة الحياة لديهم. كما أشارت أيضاً دراسة (**Crespo et al 2013**) بأن فرط برولاكتين الدم قد يؤدي إلى انقطاع الطمث، الجفاف المهبلي، عسر الجماع وانخفاض الرغبة الجنسية، مما قد يؤدي إلى العقم. وهذه الإعاقات الإيجابية لها تأثير كبير على جودة الحياة لدى النساء. كما يمكن ذكر دراسة (**Lawler & al 2009**) والتي هدفت لدراسة العلاقة بين الشبكة الاجتماعية والوحدة والاكتئاب والقلق وجودة الحياة لدى المسنين المرضى، وظهر من خلال نتائجها أن % 11 من الأفراد يشعرون بالوحدة النفسية، و % 9 وصفوها بأنها مؤلمة، كما أن % 16 من المسنين لم يملكو شبكات دعم متكاملة، و % 12 من الأفراد الذين يملكون شبكات دعم اجتماعية متكاملة كانوا يشعرون بالوحدة، وكان الإحساس بالوحدة أكبر لدى الأرامل والمسنين ذوي الإعاقة الفيزيولوجية، بالإضافة إلى الإحساس بعدم الارتياح والمزاج المكتئب.

كما أثبتت دراسة (**Crouzeix et Reznik 2014**) بأن جودة الحياة تنخفض لدى المرضى الذين يعانون من الورم الحميد في الغدة النخامية غير وظيفية، وقد يكون للعلاج الإشعاعي تأثير سلبي على جودة الحياة، خاصة عندما يؤدي إلى قصور الغدة النخامية الأمامية. وهذا ما أكدته أيضاً دراسة (**Crespo et al 2013**)p حول تحسين جودة حياة المرضى الذين يعانون من أورام الغدة النخامية، بأن ضخامة النهايات متلازمة ترتبط بالتغيرات المورفولوجية مع وجود قيود جسدية ونفسية، بما في ذلك آلام المفاصل والصداع وانخفاض الطاقة والرغبة الجنسية، وقد يؤثر المرض وعلاجه بشكل كبير على جودة

الحياة لدى المرضى. أيضا يمكن ذكر دراسة (Charlotte & al,2017) والتي أثبتت أن متلازمة كوشينغ من أصل الغدة النخامية إرتبطت بانخفاض شديد في جودة الحياة مقارنة بمتلازمة كوشينغ من أصل الغدة الكظرية. أيضا دراسة (Cornelie & al,2018) التي أظهرت بأن المرضى الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب أورام الغدة النخامية غير العاملة يتمتعون بجودة حياة أفضل من المرضى الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب ورم قحفي بلعومي. غير أن هناك دراسة أخرى أشار إليها Nicoletta & Giovanni (2007) في دراسته، تمت فيها مقارنة 86 مريضا مصابين بأمراض الغدة النخامية مع 60 مريضا من اضطرابات الغدد الصماء الأخرى، وقد عرضت كلتا المجموعتين من المرضى انخفاض في جودة الحياة. بالإضافة إلى ذلك توجد نسبة كبيرة من المرضى الذين عولجوا من نقص هرموني إتضح أنهم يعانون من اضطرابات غامضة إلى حد ما وجودة حياة منخفضة. (yeon kim,2015).

كما أكدت بعض الدراسات على عدم وجود أي علاقة بين جودة الحياة ومدة المرض، بما فيها دراسة (Crespo et al, 2013) والتي أسفرت نتائجها على أن مرضى متلازمة كوشينغ غالبا ما يشكون من التعب/الضعف (85%)، والتغيرات في المظهر الجسدي (63%)، وعدم الاستقرار العاطفي (61%)، والمشاكل المعرفية (49%)، والاكنتاب (32%) وصعوبات النوم (12%) وهذه المشاكل تسبب آثارا سلبية على الحياة الأسرية والعلاقات الاجتماعية والآداء في العمل والمدرسة، ولم يتم العثور على أي إرتباط بين ضعف جودة الحياة ومدة المتابعة، ومدة المرض.

إن الملاحظ على نتائج الدراسات التي تحصلت عليها الباحثة، أن جميعها أثبتت انخفاض جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، كما إتضح من خلالها أن أكثر العوامل التي يعزى لها انخفاض جودة الحياة هي: الآثار الجانبية للعلاج والأدوية، العلاج بالهرمونات البديلة، أعراض المرض وآثاره، تصورات المريض ومعتقداته.

ومن جهة أخرى ترى الباحثة بأنه قد يكون هناك فعلا تأثير سلبي لتلك العوامل على جودة الحياة، وقد يكون المريض على وعي بها ويتأثيرها على حياته، غير أنه قد لايعي السبب الفعلي الذي يجعله غير قادر على التحكم في تلك العوامل التي تمنعه من الإستمتاع بحياته. فمعظم تلك الأمراض تتطلب من المرضى إدارة جيدة من خلال الالتزام الصحي لتقادي مخاطرها ومضاعفاتها والتخفيف من أعراضها، والتحكم إلى حد ما في العوامل التي تؤثر على جودة الحياة، ولن يتم ذلك إلا بالتعاون الفعال والنشط بين

الطبيب والمريض، من خلال إتباع المريض لكل التوصيات والإرشادات والنصائح الطبية. وهذا ما أكدته دراسة (Iris & al, 2013) والتي إتضح من خلالها أن مرضى ضخامة النهايات لديهم سمات مرتبطة بالقلق وقله سلوك البحث عن الجدة والاندفاع، مقارنة بمرضى أورام الغدة النخامية غير العاملة، والذين يتميزون بالالتزام بالعلاج، والتواصل مع الطبيب، وقد وصف المرضى أنفسهم على أنهم أكثر تفادياً للأذى والعصبية، وأظهروا التوافق الاجتماعي العالي. كل هذه الجوانب النفسية قد تفيد المرضى في العلاج المناسب، وفي تحسين جودة حياتهم. وفي نفس السياق، أكدت دراسة (Iqbal & al 2017) أن جودة الحياة ترتبط ببعض مؤشرات الالتزام الصحي، حيث أجريت الدراسة حول تقييم ملامح وتنبؤات جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى النوع الثاني من داء السكري، والتي طبقت على عينة مكونة من 300 مريض، وتم استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي لتوقع العوامل المرتبطة بشكل مستقل مع جودة الحياة. واتضح من خلالها إرتباط كل من: عدد من الأدوية الموصوفة، والالتزام بالدواء، والرضا عن العلاج بجودة الحياة لدى عينة الدراسة. هذا إلى جانب دراسة (Malipa & al 2013) حول الالتزام الصحي وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السكري النوع الأول، والتي أجريت على عينة مكونة من 40 مراهق تتراوح أعمارهم بين (16-19) سنة. اتضح من خلالها وجود علاقة إيجابية بين الالتزام الصحي وجودة الحياة المتعلقة بالصحة.

أيضا دراسة (Efrosini & al, 2016) حول الالتزام وجودة الحياة عند المرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني في شمال اليونان، على عينة مكونة من 108 مريضا، وتم جمع البيانات عبر استبيان يتكون من ميزانين، تضمن الجزء الأول أسئلة حول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والجزء الثاني يتكون من استبيانين، بعنوان "استبيان أنشطة الرعاية الذاتية لمرضى السكري"، والذي يقيس الالتزام بالعلاج، و"مقياس SF-36 لقياس جودة الحياة". وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين الالتزام وجودة الحياة. ومن ضمن توصياتها التخطيط للتدخلات لتعزيز الالتزام، وبالتالي مساعدة هؤلاء المرضى على تحسين جودة حياتهم.

ومن جهة أخرى أكدت المنظمة العالمية للصحة (OMS) Organisation Mondial de la Santé على أنه ينبغي تقييم عملية الالتزام لجميع المرضى كجزء من تخطيط العلاج، ويجب مراقبة هذه العملية كجزء من متابعة العلاج. والجدير بالذكر أنها عرفت الالتزام الصحي بأنه "درجة التوافق بين سلوك الفرد

في أخذ الدواء وإتباع حمية غذائية، وتبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية وإتباع التعليمات والإرشادات الطبية، (OMS 2003p3).

غير أن العديد من المرضى لا يلتزمون بهذه السلوكيات، فعلى سبيل المثال يعتبر قصور الغدة الدرقية بمثابة مشكلة صحية شائعة في جميع أنحاء العالم، تتطلب علاجاً بديلاً لهرمونات الغدة الدرقية مدى الحياة لمعظم المرضى، وعلى الرغم من أن إدارة قصور الغدة الدرقية يعتبر بشكل عام واضح، إلا أن العديد من المسوحات المقطعية للمرضى الذين يتلقون LT4 قد أظهرت بأن عدد كبير من المرضى غير ملتزمين بالعلاج، وذلك أساساً لأنهم اضطروا إلى تأجيل وجبة الإفطار حوالي 30 دقيقة على الأقل (Cappelli & al, 2018). كما أشار Kalra (2012) Kalra & أن العديد من مرضى الغدة الدرقية غير راضين عن علاجهم لأنهم يخشون من الأنظمة التي تفتقر إلى المرونة والاستقلال، والزيارات المتكررة لطلب الرعاية الصحية، كما أنهم يخشون نظاماً يتدخل في نمط حياتهم ويتطلب تحقيقات متكررة. هذا إلى جانب مرض السكري الذي يعتبر من الأمراض التي تتطلب تغييرات جذرية في مختلف المجالات والانتشطة على كل من المستوى الجسمي والمهني والاجتماعي (تايلور: 2008، ص514).

إلا أن هناك دراسات أثبتت ضعف الالتزام لدى هذه الفئة، بما فيها الدراسة المستعرضة لـ (Koprulu et al, 2014) والتي كان الغرض منها تحديد الالتزام بالدواء والتنبؤ من الالتزام الأمثل لدى مرضى السكري من النوع الثاني، حيث شملت 200 مريض تم إختيارهم بشكل عشوائي من العيادات، وتم استخدام إستبيان تقييم مستوى الالتزام، وإتضح من خلال النتائج انخفاض في مستوى الالتزام لدى عينة الدراسة. وقد أشار Efrosini & al (2016) في دراسته حول مرضى السكري، أن المستوى المنخفض للالتزام بالتمارين والعناية بالقدم يتوافق مع الدراسات الأخرى. ومع ذلك، فحص باحثين آخرين عدم الالتزام في 500 مريض يعانون من مرض السكري من النوع الثاني ووجدوا نسب عالية من عدم الالتزام في مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم والنظام الغذائي والعناية بالقدم والتمارين الرياضية.

ومن أكثر الأسباب التي يقدمها المرضى لعدم التزامهم بالأدوية هي: النسيان (30%)، والأولويات الأخرى (16%)، وقرار حذف الجرعة (11%)، ونقص المعلومات (9%)، والأسباب العاطفية (7%)، و (27%) من المرضى لا يعطون أي سبب. (Bosworth: 2012, p 8). كما أظهرت بعض الدراسات أن عدم الالتزام يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد و 25% عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية و 35% عندما يفوق 5 أدوية. (De blic: 2007, p 422).

كما قد يتأثر الالتزام الصحي أيضا بالعديد من المتغيرات كالجنس، والعمر، ونوع المرض، ومدة المرض. فقد يظهر النساء درجة عالية من الالتزام بإتباع العلاج (تايلور: 2008، ص460). كما أن النساء يستخدمن الخدمات الطبية أكثر من الرجال (فرج: 2000، ص556). غير أن هناك دراسة أخرى لـ (Rawnaq & Majid, 2018) حول تمسك مرضى السكري بخطة إدارة ونمط الحياة، أثبتت بأن هناك علاقة كبيرة بين الجنس والنشاط البدني، وإتضح أن الذكور أكثر نشاطا بدنيا من الإناث. ونفس الدراسة أثبتت بأن هناك علاقة مهمة بين العمر والنشاط البدني. بإعتبار أن كبار السن غير نشطين جسديا بسبب نقص الطاقة، ووجود أمراض مصاحبة، ومشاكل في الجهاز العضلي الهيكلي. غير أن دراسة (Efrsini & al, 2016) جاءت نتائجها معاكسة وأثبتت عدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

كما يرى آخرون بأن الالتزام قد يتأثر بمدة المرض، حيث أنه قد ينخفض عندما يستغرق العلاج وقتا طويلا وخصوصا إذ كان يتطلب إجراءات معقدة، أو يعرقل أسلوب الحياة الذي إعتاد عليه المريض ويتطلب منه تغيير عاداته الشخصية أو تغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطه (تايلور: 2008، ص459). غير أن دراسة (Rawnaq & Majid, 2018) أثبتت عدم وجود علاقة بين مدة المرض والالتزام بالعلاج الدوائي.

وعليه، بناء على ماسبق يمكن القول أن ضعف الالتزام قد يحد من إمكانات علاجات فعالة لتحسين صحة المرضى وجودة الحياة، وقد أشار (Akash & al (2015) في دراسته حول تأثير التمرينات البدنية المنتظمة على وظيفة الغدة الدرقية لمرضى قصور الغدة الدرقية، أن التمارين الرياضية تؤدي إلى تحسين وظائف الغدة الدرقية، وقد يكون من الصعب العثور على الطاقة اللازمة لممارسة الرياضة عند الشعور بالإرهاق ولكن التمرين مهم بشكل خاص في علاج قصور الغدة الدرقية. ويعتبر واحدا من أقوى العلاجات الطبيعية للتخفيف من الاكتئاب، وهو أحد الأعراض الشائعة لدى هؤلاء المرضى.

فقد أشارت منظمة الصحة العالمية (2003) إلى أن الالتزام عملية معقدة تحددتها عدة عوامل متفاعلة، تشمل خصائص المريض ومحيطه وظروفه، بالإضافة إلى كل العوامل المرتبطة بالمرض والعلاج، وخصائص نظام الرعاية الصحية، وأداء فريق الرعاية الصحية، وتوافر موارد الرعاية الصحية وإمكانية الوصول إليها، وهناك العديد من جوانب العلاج المحددة التي قد لا يلتزم المريض بها، بما فيها

حفظ المواعيد الطبية، استخدام الدواء بالجرعات الصحيحة وفي الوقت المناسب، تغيير السلوك من حيث تعديل النظام الغذائي، وزيادة النشاط البدني، والإقلاع عن التدخين، والمراقبة الذاتية للأعراض، تناول الأكل الصحي، إتخاذ سلوكيات جنسية آمنة (World Health Organization: 2003, p 149).

ترى الباحثة أن كل ماتم عرضه من دراسات حول جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية تبدوا أنها غير كافية وغير مقنعة لتفسير العوامل التي أدت إلى انخفاض جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، ولا يمكن الجزم بأنها هي العوامل الأساسية في انخفاض جودة الحياة ونحن نجهل إلى أي مدى يمكن أن يرتبط الالتزام الصحي بجودة الحياة لدى هذه الفئة، وهذا مايدفع الباحثة للتساؤل هل الالتزام الصحي يرتبط بجودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية ؟ وبهذا تتحدد إشكالية الدراسة في طرح التساؤلات التالية:

5. ماهو مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة ؟

6. هل العلاقة الارتباطية بين الالتزام الصحي وجودة الحياة دالة إحصائيا أم لا ؟

7. هل الفروق في الالتزام الصحي دالة إحصائيا لدى عينة الدراسة تبعا لكل من متغير (الجنس،

السن، نوع المرض، مدة المرض) أم لا ؟

8. هل الفروق في جودة الحياة دالة إحصائيا لدى عينة الدراسة تبعا لكل من متغير (الجنس،

السن، نوع المرض، مدة المرض) أم لا ؟

ثانيا/ أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى محاولة تحقيق الأهداف التالية:

1) معرفة مستوى الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية.

2) الكشف عما إذا كانت هناك علاقة إرتباطية بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى أفراد العينة.

3) الكشف عما إذا كانت هناك فروق في الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة تبعا لكل من:

الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض.

4) الكشف عما إذا كانت هناك فروق في جودة الحياة لدى عينة الدراسة تعزى لكل من متغير

الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض

ثالثا/ أهمية الدراسة:

لقد أصبحت الأمراض المزمنة منتشرة بشكل واسع، وفيها تناول الباحثين كل من السرطان، ارتفاع ضغط الدم، ومرض السكري وبعض أمراض الغدد اللاحقوية. هذه الأخيرة التي تؤثر على العديد من الأعضاء والوظائف الحيوية لدى الإنسان، وقد أصبحت تشكل تهديدا كبيرا لصحة الأفراد بما فيها مرض السكري، وأمراض الغدة الدرقية، وأمراض الغدة الكظرية، وأمراض الغدة النخامية، وقصور الغدد التناسلية، وضخامة الأوعية الدموية الشعرانية، ورم القواتم الكلوي، متلازمة كوشينغ إلى غير ذلك. وقد أشار مجموعة من الباحثين بما فيهم Nunes et Tabarin (2008) إلى أنه إن لم يتم إدارة أمراض بعض هذه الغدد بشكل جيد، قد تكون مهددة للحياة. ومن هنا تتبثق أهمية هذه الدراسة في ما يلي:

- توضيح انتشار الأمراض اللاحقوية من خلال الإحصائيات التي تم ذكرها.
- أهمية المتغيرات والعينة: لقد تناولت الدراسة الحالية كل من الالتزام الصحي وجودة الحياة، لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، حيث تعتبر هذه الدراسة إلتفاتة مهمة لهؤلاء المرضى في ظل مخاطر ومضاعفات هذه الأمراض إن لم يتم إدراتها بطريقة جيدة.
- لقد جمعت هذه الدراسة بين كل من الالتزام الصحي و جودة الحياة لدى مرضى الغدد اللاحقوية، وهذا ما أغفلته الدراسات السابقة، فكل الدراسات التي تحصلت عليها الباحثة تناولت كل متغير بشكل منفرد. وهذا التوليف بين المتغيرات يعتبر بمثابة خطوة علمية في التراث العلمي لعلم نفس الصحة الإكلينيكي.
- إن الملاحظ على العيادات الخاصة بمرض السكري وأمراض الغدد الصماء، أنها تفتقر لمعلومات حول جودة الحياة، هذه الأخيرة التي إتضح من خلال الدراسة الحالية أن لها علاقة بالالتزام الصحي لدى هؤلاء المرضى.
- توجيه الإهتمام بهذه المتغيرات لدى المختصين المعنيين بمتابعة هؤلاء المرضى، ومحاولة التعريف بالالتزام الصحي، ومايتضمنه من أساسيات يحتاج المريض للإطلاع على إيجابياتها بغرض الالتزام بها كالمواعيد الطبية، وإتباع حمية غذائية مناسبة، والالتزام بالنشاط البدني، وتغيير أسلوب الحياة، وأهمية ذلك في نجاح العملية العلاجية والوصول إلى النتائج المرجوة، والإدارة الجيدة للمرض.

- أهمية دراسة متغير جودة الحياة وتوضيح أهم الأبعاد والمجالات التي قد تتأثر ببعضها البعض، فقد يكون الفرد غير راضيا عن حياته كلها، ويشعر بسوء الحال لأنه لم يستطع تحديد السبب الرئيسي لتدهور حياته، وقد يعزى هذا لجهله بالمجال الذي يعاني منه بالضبط، وتأثيره السلبي على باقي المجالات الأخرى.

- تعتبر الدراسة كمساهمة أولية لفتح آفاق لدراسات علمية أخرى في نفس المجال.

رابعاً/ الدراسات السابقة:

للدراسات السابقة أهمية كبيرة في أي دراسة، باعتبارها توفر للباحث عدد كبير من المعلومات حول موضوع دراسته، وتبين الفجوة العلمية غير الموجودة في البحث العلمي، والمبررات القوية للقيام بدراسة جديدة.

ومن خلال مراجعة الباحثة للدراسات السابقة حول موضوع الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية. توصلت إلى أن هناك مجموعة من الدراسات التي تناولت جودة الحياة منفردة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية. ودراسات قليلة جداً تناولت الالتزام الصحي لدى مرضى السكري، إلى جانب دراستين - على حد علم الباحثة - تناولت كلا المتغيرين لكن عند مرضى السكري فقط.

كما تشير الباحثة أن هناك بعض الدراسات غير مستوفية للشروط الكاملة التي يجب أن تتوفر في الدراسات السابقة، إلا أنها أفادت الدراسة الحالية في بعض الجوانب .

وسيتم فيما يلي عرض هذه الدراسات في كل مجموعة وفق ترتيب وتسلسل زمني، وعرض أهم النتائج التي توصلت إليها، وتوضيح محل الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.

1/ الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية:

دراسة (Elberling,2004) حول فحص جودة الحياة في مرضى " غريفز Graves " المشخصين حديثاً، وتأثير العلاج الطبي للغدة الدرقية على جودة الحياة المتعلقة بالصحة، بالإضافة إلى دراسة التأثير المحتمل من هرمونات الغدة الدرقية والأعراض النفسية على ضعف جودة الحياة في حالة التسمم الدرقي، وتمت الدراسة على عينة مكونة من 36 مريض بين (18 - 60) سنة، وتم تطبيق استبيان جودة الحياة (SF-36)، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن انخفاض كبير في جودة الحياة في الأبعاد

البدنية والعقلية والاجتماعية، كما ارتبط انخفاض جودة الحياة في المرحلة الحادة من مرض جريفز بأعراض الاكتئاب والقلق.

دراسة (Dekkers & al,2006) حول جودة الحياة بعد علاج ورم الغدة النخامية غير الوظيفي تم فيها تقييم جودة الحياة لدى 99 من المرضى البالغين (متوسط العمر، 61.9 سنة ؛ المدى، 24-86 سنة) خلال فترة طويلة من المتابعة بعد الجراحة (ن = 99) والعلاج الإشعاعي الإضافي (ن = 37) لعلاج NFMA، وقد تم استخدام الاستبيانات ذات الصلة بالصحة (مقياس القلق والاكتئاب، مؤشر التعب متعددة الأبعاد)، والنموذج القصير SF-36 لجودة الحياة. وأسفرت النتائج عن انخفاض ملحوظ في جودة الحياة لدى المرضى. ويمكن تفسير ذلك بعدة عوامل ترتبط بدرجات مختلفة من قصور النخامية، علاوة على ذلك، قد تحفز الأورام الغدية المنتجة لـ GH و ACTH تأثيرات لا يمكن علاجها، والتي تستمر بالرغم من علاج المرض على المدى الطويل.

دراسة (Haraj et al 2015) حول تقييم جودة الحياة لدى المرضى المصابين بسرطان الغدة الدرقية. هي دراسة مقطعية قائمة على الملاحظة مع مجموعة مقارنة. شملت الدراسة 124 مريضا بسرطان الغدة الدرقية و124 من الأصحاء. تم تقييم جودة الحياة بمقياس SF36، وقد اتضح من خلال نتائج الدراسة أن جودة حياة مرضى السرطان مقارنة بمجموعة المقارنة ضعيفة بشكل كبير في جميع درجات SF-36، ومن بين العوامل التي أثرت على جودة الحياة هي العلاج بالجرعة ووجود ورم خبيث.

دراسة (Hedman,2017) حول جودة الحياة لدى المصابين بسرطان الغدة الدرقية، تم استخدام SF-36 واستبيان خاص بالدراسة. في الدراسات الأولى والثاني، تم قياس جودة الحياة على المدى الطويل من قبل المرضى 14-17 سنة بعد التشخيص. وقد تبين أن جودة الحياة أن منخفضة لدى المرضى مقارنة مع عامة السكان السويديين. كان نصف المرضى خائفين من التكرار. تم قياس الأعراض المرتبطة بالغدة الدرقية، وكانت هناك فروق تبعا لبعض العوام كالعمر والجنس والأمراض المصاحبة والتعليم.

كما ذكر أن معظم المرضى يحصلون على علاج طويل الأمد مع هرمونات الغدة الدرقية، وقد تؤثر الآثار الجانبية الناجمة عن هذه الهرمونات بالإضافة إلى العمليات الجراحية والعلاج باليود المشع على جودة الحياة.

دراسة (Charlotte & al,2017) حول جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى الذين يعانون من أمراض الغدة النخامية والغدة الكظرية، على عينة مكونة من 343 مريضا واستخدمت الدراسة

مقياس (SF-36) واستبيان الصحة العامة 12 (GHQ-12) في وقت واحد، مع جدول زمني مشترك لقياس تأثير dysregulation محور HPA على جودة الحياة. وقد ظهر من خلال النتائج أن متلازمة كوشينغ من أصل الغدة النخامية قد إرتبطت بانخفاض شديد في جودة الحياة، وخاصة في الأبعاد المادية.

دراسة (Iqbal & al 2017) حول تقييم ملامح وتنبؤات جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى النوع الثاني من داء السكري، أن جودة الحياة ترتبط ببعض مؤشرات الالتزام الصحي، والتي طبقت على عينة مكونة من 300 مريض، وتم استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي لتوقع العوامل المرتبطة بشكل مستقل مع جودة الحياة. واتضح من خلالها إرتباط كل من: عدد الأدوية الموصوفة، والالتزام بالدواء، والرضا عن العلاج بجودة الحياة لدى عينة الدراسة.

دراسة (Shivaprasad & al 2018) حول جودة الحياة ذات الصلة بالصحة بين المرضى الهنود الذين يعانون من قصور الغدة الدرقية. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (244) من المرضى، من بينهم 43 مريضا و 201 مريضة، وكان متوسط أعمارهم 36.57 عاما. وتم تطبيق إستبيان جود الحياة (SF-36) وأسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض كبير في جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة.

2/ دراسات حول الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقة:

دراسة (Ayman & al,2013) حول إلتزام مرضى السكري بالعلاج الموصوف هدفت هذه الدراسة إلى دراسة مدى انتشار عدم الإلتزام بين مرضى السكري في محافظة الغربية في مصر وأسبابه وتأثيره على السيطرة على نسبة السكر في الدم والعوامل التي تؤثر عليه. على عينة مكونة من 339 من مرضى السكري الذين استوفوا معايير الإشتمال في هذه الدراسة. تم تقييم الإلتزام بالعلاج خلال زيارات المرضى للوحدات الصحية في محافظة الغربية. وتم تقييم الإلتزام بالدواء خلال مقابلة شخصية مع كل مريض باستخدام استبيان متعدد الخيارات، كما تم الحصول على عينات من الدم لقياس الهيموغلوبين السكري (HbA1c). وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

انخفاض مستوى الإلتزام لدى عينة الدراسة.

- ومن بين العوامل التي أثرت بشكل كبير على مستوى الالتزام: العمر والدخل والمستوى التعليمي، مدة العلاج، ووجود أمراض أخرى غير مرض السكري، وعدد الأدوية الموصوفة. النسيان وارتفاع تكلفة العلاج. وكان العامل الآخر الذي لعب دورا مهما هو تكاليف رعاية مرض السكري.

دراسة (Koprulu et al,2014) والتي كان الغرض منها تحديد الالتزام بالدواء والتنبؤ من الالتزام الأمثل لدى مرضى السكري من النوع الثاني، حيث شملت 200 مريض تم إختيارهم بشكل عشوائي من العيادات، وتم استخدام إستبيان تقييم مستوى الالتزام، وإتضح من خلال النتائج انخفاض في مستوى الالتزام لدى عينة.

3/ دراسات حول الالتزام وجودة الحياة لدى الصابيين بأمراض الغدد اللاقنوية:

دراسة Efrosini (& al,2016) حول الالتزام بالعلاج وجودة الحياة لدى مرضى السكري كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري، النوع الثاني، وكذلك العلاقة بين الالتزام وجودة الحياة. هذه الدراسة وصفية وقد أجريت في مستشفى مقاطعة شمال اليونان في فيريا. كانت العينة التي تم فحصها ملائمة وكانت تتألف من 108 مريضا مصابا بداء السكري من النوع الثاني زاروا العيادة الطبية كمرضى خارجيين، تم جمع البيانات عبر استبيان يتكون من ميزانين، تضمن الجزء الأول أسئلة حول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والجزء الثاني يتكون من استبيانين، بعنوان "استبيان أنشطة الرعاية الذاتية لمرضى السكري"، والذي يقيس الامتثال للعلاج، و"مقياس SF-36 لقياس جودة الحياة". وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود علاقة بين جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى عينة الدراسة، وعدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر، ولم يؤثر مستوى تعليم المرضى على الالتزام لدى مرضى السكري النوع الثاني.

دراسة (Wisit & al,2008) حول جودة الحياة والالتزام لدى مرضى السكري نوع 2، أجريت دراسة مقطعية من أجل دراسة الإلتزام و جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع 2، في تايلاند. تم استخدام تقنية متعددة المراحل لاختيار المرضى من المراكز الصحية في منطقتين من المقاطعة (Wihan Daeng) و (Nong Don) تم تخصيص المشاركين في الدراسة الاستقصائية لمجموعتين وفقا لجودة الحياة (جيد = 70، متوسط إلى فقير = 94) باستخدام معايير

WHOQOL-BREF- جودة الحياة المختصر، نسخة تايلاندية، وإستبيان الإلتزام يتكون من 3 أجزاء: المؤشرات الديموغرافية الاجتماعية، معلومات عن صحة المرضى والالتزامهم من حيث

السيطرة الغذائية ، ممارسة الرياضة البدنية ، استخدام الأدوية والعناية بالقدم. وأسفرت النتائج عن ارتباط الالتزام بالتحكم الغذائي والتمارين واستخدام الدواء بشكل إيجابي مع جودة الحياة ، في حين لم يرتبط استخدام العناية بالأقدام ب جودة الحياة، أحد الأسباب المحتملة لهذا الاكتشاف هو أن غالبية المشاركين كانوا مرضى جدد لديهم أقل من 5 سنوات وبدون أي مضاعفات، وتشير نتائج الانحدار اللوجستي إلى أن الالتزام الجيد في الجوانب المختلفة يؤدي إلى جودة حياة أعلى من الإلتزام المنخفض .

التعليق على الدراسات السابقة:

● التعليق على الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية:

لاحظت الباحثة أن كل الدراسات السابقة التي تم عرضها أنها تناولت متغير جودة الحياة بشكل منفرد لدى معظم المرضى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، بما فيها: دراسة (Elberling,2004) لدى مرضى " غريفز Graves "، ودراسة (Dekkers & al,2006) لدى مرضى الغدة النخامية، ودراسة (Santos & al 2009) ودراسة (Cresp o et al 2013) لدى مرضى أورام الغدة النخامية ومتلازمة ضخامة النهايات ومتلازمة كوشينغ، ودراسة (Haraj et al 2015) و (Hedman,2017) لدى المرضى المصابين بسرطان الغدة الدرقية، ودراسة (Charlotte & al,2017) لدى مرضى الغدة الكظرية، ودراسة (Iqbal & al 2017) لدى مرضى النوع الثاني من داء السكري، ودراسة (Shivaprasad & al 2018) لدى مرضى قصور الغدة الدرقية.

أما من حيث الهدف فقد إشتكرت هذه الدراسات في هدف واحد وهو تقييم جودة الحياة لدى المرضى، ومن حيث العينة إهتمت كل الدراسات بمختلف أمراض الغدد اللاحقوية، وإشتكرت من حيث إستخدامها لإستبيان جودة الحياة SF-36، ومن خلال نتائجها إتفقت كلها على وجود انخفاض في جودة الحياة لدى المصابين بمختلف أمراض الغدد اللاحقوية، وأن جودة الحياة تتأثر بمجموعة من العوامل، بما فيها الأعراض المرتبطة بالمرض، والعلاج بالهرمونات البديلة، بالإضافة إلى تأثير العلاج الكيميائي، والعمليات الجراحية والعلاج باليود المشع. ومن بين هذه الدراسات يمكن ذكر كل من دراسة (Haraj et al 2015) و دراسة (Hedman,2017). كما أكدت دراسات أخرى على أن جودة الحياة تتأثر أيضا ببعض الإضطرابات النفسية ومدة العلاج ومدة المرض وعدد الأدوية الموصوفة والالتزام بالدواء والرضا

عن العلاج والأبعاد المادية، كدراسة (Elberling,2004)، ودراسة (Sonino,2015)، ودراسة (Cresp o et al 2013)، ودراسة (Iqbal & al 2017)، ودراسة (Charlotte & al,2017).

● التعليق على الدراسات التي تناولت الالتزام لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية:

إن الملاحظ على هذه الدراسات من حيث المتغيرات أنها تناولت متغير الالتزام بشكل منفرد لدى المصابين بالسكري. كما أنها تناولت بعض الجوانب من الالتزام فقط كدراسة (Ayman&al,2013) حول التزام مرضى السكري بالعلاج الموصوف. ودراسة (Koprulu et al,2014). حول الالتزام بالدواء لدى مرضى السكري. غير أن هناك جوانب أخرى أغفلت تناولها لدى هؤلاء المرضى كالنشاط البدني، الالتزام بالحمية الغذائية إلى غير ذلك، باعتبارها جوانب مهمة جدا في عملية الالتزام الصحي. هذا الأخير الذي يشمل كل ماسبق. أما من حيث الأهداف، فقد كان الغرض من هذه الدراسات هو محاولة معرفة مدى التزام المرضى بكل من العلاج والدواء. وقد إقتصرت كل الدراسات عينة المصابين بمرض السكري النوع الأول والنوع الثاني فقط وأغفلت باقي الغدد اللاقنوية. كما أنها إستخدمت إستبيانات خاصة بالالتزام، من تصميم الباحثين الذين أجروا هذه الدراسات.

● التعليق على الدراسات التي تناولت الالتزام وجودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد

اللاقنوية:

إن الملاحظ على هذه الدراسات من حيث المتغيرات أنها تناولت كل من الالتزام وجودة الحياة كدراسة دراسة (Wisit & al,2008)، ودراسة (Efrosini & al,2016). ومن حيث الأهداف، فقد كانت مشتركة بينها في محاولة الكشف عن العلاقة بين الالتزام وجودة الحياة، وتقييم الالتزام بالعلاج لدى نفس العينة وهي عينة مرضى السكري النوع الأول والثاني. وقد إستخدمت كلا الدراستين، أما من حيث أدوات جمع البيانات، فقد إعتمدت دراسة (Efrosini & al,2016) على إستبيان SF-36 لجودة الحياة المتعلقة بالصحة، أما دراسة (Wisit & al,2008)، فقد إعتمدت على مقياس جودة الحياة المختصر، أما بالنسبة لأدوات الدراسة، فقد إستخدمت دراسة (Efrosini & al,2016) إستبيان الإلتزام يتكون من ميزانين، تضمن الجزء الأول أسئلة حول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والجزء الثاني يتكون من استبيانين، بعنوان "استبيان أنشطة الرعاية الذاتية لمرضى السكري"، والذي يقيس الالتزام بالعلاج. أما دراسة (Wisit & al,2008) فقد إستخدمت إستبيان الإلتزام يتكون من 3 أجزاء: المؤشرات الديموغرافية الاجتماعية،

معلومات عن صحة المرضى والتزامهم من حيث السيطرة الغذائية ، ممارسة الرياضة البدنية ، استخدام الأدوية والعناية بالقدم.

أما بالنسبة للنتائج فقد إتفقت كلا الدراستين عن وجود علاقة بين الالتزام وجودة الحياة. بالإضافة على عدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر و المستوى التعليمي.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

بعد الإطلاع على التراث النظري لاحظت الباحثة أن كل الدراسات السابقة - على حد علم الباحثة- أنها تناولت متغير جودة الحياة بشكل منفرد لدى معظم المرضى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية، بما فيها: دراسة (Elberling,2004) لدى مرضى " غريفز Graves "، ودراسة Dekkers & al,2006) لدى مرضى الغدة النخامية، ودراسة (Santos & al 2009) ودراسة (Cresp o et al 2013) لدى مرضى أورام الغدة النخامية ومتلازمة ضخامة النهايات ومتلازمة كوشينغ، ودراسة (Haraj et al 2015) و (Hedman,2017) لدى المرضى المصابين بسرطان الغدة الدرقية، ودراسة (Charlotte & al,2017) لدى مرضى الغدة الكظرية، ودراسة (Iqbal & al 2017) لدى مرضى النوع الثاني من داء السكري، ودراسة (Shivaprasad & al 2018) لدى مرضى قصور الغدة الدرقية.

أما دراسات أخرى فقد تناولت الالتزام لدى فئة واحدة من أمراض الغدد اللاقنوية، وهي فئة مرضى السكري، وهي دراسات قليلة جدا - على حد علم الباحثة- كدراسة (Ayman & al,2013) حول امتثال مرضى السكري للنظام العلاجي الموصوف ودراسة (Koprulu et al,2014) الالتزام بالدواء لدى مرضى السكري من النوع الثاني. ودراسة أخرى تناولت متغير الالتزام وجودة الحياة لدى مرضى السكري أيضا وهي دراسة (Efrosini & al,2016) حول الالتزام بالعلاج وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

إن الملاحظ على الدراسات السابقة أنها قامت بدراسة جودة الحياة بشكل منفرد لدى المرضى المصابين بمختلف أمراض الغدد اللاقنوية، ودراسات أخرى كان تناولها لمتغير الالتزام مقتصرًا على المرضى المصابين بالسكري فقط، وأغفلت دراسته لدى باقي مرضى الغدد اللاقنوية، ودراسات قليلة جدا تناولت جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري أيضا. لكن بإعتبار أن الالتزام الصحي أوسع

وأشمل من الالتزام بالدواء أو الالتزام بالعلاج فالباحثة لم تجد أي دراسة تناولت هذا المتغير لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية.

ومن خلال ما تم طرحه من دراسات سابقة تأتي الدراسة الحالية لتناول متغير الالتزام الصحي لدى مرضى الغدد اللاحقوية. محاولة تحقيق مجموعة من الأهداف والمتمثلة في الكشف عن مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة، ومحاولة معرفة طبيعة العلاقة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة، وكذا الكشف عن ما إذا كانت هناك فروق بين أفراد العينة في كل من جودة الحياة والالتزام الصحي. وهذا ما يميز الدراسة الحالية عن باقي الدراسات السابقة ويعطيها قيمتها العلمية كإضافة للتراث النظري في علم نفس الصحة و كمعالجة للقصور الذي ظهر في الدراسات السابقة التي أجريت في ميدان أمراض الغدد اللاحقوية.

خامسا/ فرضيات الدراسة:

1. ينخفض الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية.
2. توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة.
3. توجد فروق دالة إحصائيا في الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة تبعا لبعض المتغيرات النوعية (الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض).
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى عينة الدراسة تعزى لكل من متغير (الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض).



الفصل الثاني الالتزام الصحي

أولا/ تعريف الالتزام الصحي

ثانيا/ محددات الالتزام الصحي

ثالثا/ النماذج والنظريات المفسرة للالتزام الصحي

رابعا/ طرق قياس الالتزام الصحي

خامسا/ تدخلات في تحسين الالتزام الصحي

يعتبر الالتزام الصحي قضية من القضايا الرئيسية في الصحة العامة، وذلك لما له من تأثير حاسم ودور أساسي في العملية العلاجية والمتابعة الصحية، نظرا لإنعكاساته على مختلف جوانب حياة المرضى، لأن الالتزام يدل على مدى فاعلية مشاركة المريض والتزامه بكل ما هو مطلوب منه في سبيل الحفاظ على النتيجة الصحية المرغوب فيها والإرتقاء بالصحة إلى ما هو أفضل، وقد يتأثر الالتزام الصحي بالعديد من العوامل والأسباب ذات العلاقة بالمريض وخصائصه، والمرض، والسيرورة العلاجية، والظروف الاقتصادية والاجتماعية.

وعلى الرغم من أن النماذج والنظريات قد اختلفت في بعض الزوايا في تفسيرها للالتزام الصحي لدى المرضى، إلا أنها إنفقت في الكثير من المنطلقات الرئيسية في فهم عملية الالتزام. ومن خلال هذا الفصل سيتم توضيح كل ماسبق في العناصر التي تم تناولها من طرف الباحثة.

أولا/تعريف الالتزام الصحي:

الكثير من الباحثين يستخدمون كلا من " الامتثال " و " الالتزام " على انهما نفس المصطلح، غير انه قد اتضح من خلال التراث النظري أن هناك اختلاف بينهما وسيتم توضيح ذلك من خلال التحديد التالي للمصطلحين:

➤ **الإمتثال (Cpmpliance):** إستعمل منذ 1975 في المعجم الطبي وفي الاعمال الإنجليزية للإشارة وتعويض تعبير " هروب المريض " هذا المصطلح لم يفرض نفسه إلا تدريجيا في الميدان العلاجي وإستعماله إرتبط ضمنا بالصورة النمطية للمرضى السيئين الذين لا يريدون أو لا يستطيعون الخضوع للوصفات الطبية.

➤ **الالتزام (Commitment):** ويعني الدرجة التي يتبع بها المريض الوصفات الطبية، وقدرته على متابعة الدواء المكتوب في الوصفة أو في إطار التجارب العيادية، والدرجة التي يتبع بها الوصفات الطبية فيما يتعلق بالحميات الغذائية والتمارين وكذلك أخذ الأدوية.(سامرة و بوصبع: 2017، ص 29)

تجدد الإشارة إلى ان الباحثة في هذه الدراسة قامت بتبني مصطلح " **الالتزام** " وسيتم تحديد المصطلح اكثر في العرض التالي:

لقد حظي مصطلح الالتزام بقبول في الأدبيات بشكل كبير، لأنه يعكس بشكل أفضل دورا أكثر نشاطا للمرضى في الموافقة على العلاجات الموصوفة. كما أن مصطلح "الالتزام" يركز على موافقة المريض فيما يتعلق بكل التوصيات العلاجية المقدمة له من طرف الطبيب.

وعلى الرغم من أن معظم الأبحاث قد ركزت على الالتزام بالعلاج والأدوية، إلا أن منظمة الصحة العالمية ترى بأن الالتزام يشمل أيضا العديد من السلوكيات المتعلقة بالصحة والتي تتجاوز تناول الأدوية الموصوفة ومن خلال اجتماع منظمة الصحة العالمية في يونيو (2001) تم الاعتراف بأن الالتزام يشمل: البحث عن عناية طبية، وتناول الأدوية بشكل مناسب، وحضور مواعيد المتابعة، وتنفيذ التعديلات السلوكية التي تتناول النظافة الشخصية، والإدارة الذاتية للمرض، والتدخين، والسلوكيات الجنسية المحفوفة بالمخاطر، والنظام الغذائي غير الصحي، ومستويات غير كافية من النشاط البدني. هذا إلى جانب العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية (سواء كان طبيبا أو ممرضة أو ممارس صحي آخر) يجب أن تكون شراكة تعتمد على قدرات كل منهم. (World Health Organization: 2003.p18)

وقد تم تعريف الالتزام على أنه " المدى الذي يتزامن فيه سلوك الشخص (من حيث تناول الأدوية أو اتباع الوجبات الغذائية أو تنفيذ تغييرات نمط الحياة) مع الاستشارات الطبية أو الصحية". هذا هو التعريف الأكثر اقتباساً على نطاق واسع في الأدبيات ويحتفظ بفائدته لأنه يحدد عدة عناصر مهمة تتعلق بالالتزام:

● يجلب التركيز على سلوكيات معينة مطلوبة من الطبيب.

● يطلب من المرضى القيام بأشياء محددة، مثل تناول الأدوية، واتباع الحمية.

يركز هذا التعريف أيضا على التوافق بين ما يطلب من المرضى القيام به وما الذي يقومون به

بالفعل (إذا كان سلوكهم "يتزامن" مع النصائح المقدمة لهم). (Michael & al: 2010,pp 1-2).

● وعرف (Morris et Schulz, 1992) الالتزام بأنه " درجة إتباع المريض للتوصيات الطبية

فيما يتعلق بالنظام الغذائي، ممارسة الرياضة أو الدواء " .

● وعرف (rand & all, 1993) الالتزام بأنه " مدى توافق سلوك المريض مع توصيات مقدمي

الرعاية الصحية " . (cohen & all: 2003, p 208)

● وقد تبنت المنظمة العالمية للصحة (OMS) Organisation Mondiale de la Santé،

التعريف التالي "الالتزام هو درجة التوافق بين سلوك الفرد في أخذ الدواء وإتباع حمية غذائية، وتبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية وإتباع التعليمات والإرشادات الطبية..(OMS 2003p3):

● كما عرف الالتزام على أنه " درجة الانسجام بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية، وإتباع الحمية أو تعديل سلوك الحياة وإتباع الوصفات والتوصيات الطبية ".

(Marcelli et Branconnier: 2008, p 634)

وقد عرف الالتزام الصحي حديثاً بأنه ليس مجرد اتباع تعليمات الطبيب بل يلعب المرضى وعائلاتهم دوراً فعالاً في تبني سلوكيات الإدارة الصحية والمحافظة عليها مع مرور الوقت وهذا يمكن أن يتطلب تغييرات كبيرة لجميع أفراد الأسرة. (Schwartz: 2015,p 6)

إنطلاقاً من التعاريف السابقة يمكن إستخلاص التعريف التالي:

الالتزام الصحي هو الإنتظام في إتباع التوصيات والإرشادات الطبية طول فترة العلاج وبعده، مما يعمل على نجاح الخطة العلاجية والوصول إلى النتائج المرجوة، ولا يتم ذلك إلا من خلال المشاركة الفعالة للمريض ومدى قدرته على الالتزام بالشروط المحددة من قبل الطبيب في ميدان العناية الطبية فيما يخص تناول الأدوية الموصوفة، وإتباع نظام غذائي يتناسب مع المرض، والالتزام بمواعيد الفحوصات والتحليل، وحضور مواعيد المتابعة بانتظام، وتغيير أسلوب الحياة، وممارسة الأنشطة الرياضية، والالتزام بالعلاج بصفة عامة، ومدى قدرة المريض على المحافظة على السلوكات والنتائج الصحية التي توصل لها مع مرور الوقت.

ثانياً/محددات الالتزام الصحي:

من خلال مراجعة التراث النظري يمكن ان ذكر العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي في النقاط التالية:

1/ مساهمات المريض:

من أهم المشاكل المطروحة والمؤثرة في الالتزام الصحي لدى المرضى مشكلة إنكار المرض من قبل المريض وعدم تقبل العلاج والالتزام بكل ما يتعلق به. فمثلاً من أكثر الأسباب التي يقدمها المرضى لعدم التزامهم بالأدوية هي النسيان (30%)، والأولويات الأخرى (16%)، وقرار حذف الجرعة (11%)،

ونقص المعلومات (9%)، والأسباب العاطفية (7%)، و (27%) من المرضى لا يعطون أي سبب.

(Bosworth: 2012,p 8)

العوامل السوسيوديمغرافية: هناك بعض الخصائص الديمغرافية التي قد تلعب دورا في تحقيق المستوى المطلوب من الالتزام. فالنساء وكبار السن يظهرون درجة عالية من الالتزام بإتباع العلاج. إلا أن هناك من أشار إلى أن عامل الجنس لا يسمح بمزيد من التنبؤ بالنساء اللاتي لا يلتزم بمواعيد الطبيب يمكن أن يصبحن ملتزمات إذ تم تقديم تسهيلات لهن لحضانة أبنائهن. (سامرة و بوصيع: 2017، ص 35)

كما جاء أيضا في هذا السياق أنه مع تقدم العمر، تزداد المشكلات الطبية عادة عند المسنين، بينما تقل قدرتهم على عرض شكاوهم بفاعلية، وعلى متابعة التعليمات العلاجية، حيث وجد أن 40% من المرضى ممن هم فوق الخمسين، يواجهون صعوبات في فهم التعليمات المتضمنة في الوصفة الطبية. (تايلور: 2008، ص 454)

📌 **المعتقدات والتصورات:** إن التصورات الاجتماعية والمعرفية للمرض تؤثر بشكل واضح على الالتزام الصحي لدى المريض، ففي سياق العلاقة المتبادلة والمتفاعلة بين الشخص المريض والجماعة ترى (Herzlich,1969) في النموذج المعروف باسم " المخطط التوضيحي " بأن هناك علاقة بين الفرد والمجتمع شأنها كالعلاقة بين الصحة والمرض، وفي هذه النظرية فإن الشخص يكون بطبعه سليما ولكن يصير مريضا نتيجة أسلوب الحياة التي يفرضها المحيط الاجتماعي. أما من ناحية التصورات المعرفية للمرض، فإن المفاهيم التي يحملها المرضى عن الصحة والمرض وكيفية استجاباتهم للأعراض المرضية كل ذلك يؤثر في إدراكهم للمرض، فكل مريض يعطي معنى خاص لمرضه على حسب تصورات داخل الجماعة، وكما يمليه الإدراك الجماعي للصحة والمرض، وكذا طبيعة الخبرة الشخصية مع أعراض المرض.

المعرفة ومستوى الفهم: هناك عوامل أخرى تؤثر في قدرة المريض على فهم المعلومات والاحتفاظ بها، منها مستوى معرفة المريض وخبرته بالمرض، إذ أن بعض المرضى غير قادرين على فهم حتى أبسط المعلومات حول حالتهم، وفي المقابل فإن المرضى الذين كانت لديهم خبرة سابقة بالمرض، وتلقوا تفسيرها واضحا لمرضهم وكيفية معالجته، أو الذين عرفوا أن مرضهم خطيرا أظهروا تشويها أقل في

معلوماتهم، أما المرضى الذين يعتبر المرض جديدا بالنسبة لهم، ولديهم القليل من المعلومات حوله، فقد أظهروا أعلى درجات التشويه في فهمهم وتفسيرهم لحالتهم. (تايلور: 2008، ص 454)

كما يعتبر مستوى الفهم من العوامل التي تتدخل الالتزام، فقد تم اثبات ان الالتزام السيء كان دائما نتيجة ليس لغياب تعاون المرضى، ولكن يعود لنقص شرح الاطباء وفهم المرضى فدراسة (Crane.1996) التي انجزت في مصلحة الاستعجالات كشفت ان 59% فقط من المعلومات فهمت من طرف المرضى والعناية الوحيدة التي يتذكرها المرضى هي في العموم التشخيص أو التصنيف الطبي. وهذا يظهر اهمية تقديم الاطباء معلومات وتعليمات محددة (التوقيت، عدد الاقراص، تحديد غذائي إلى غير ذلك) لمرضاهم، ليس بشكل شفهي فقط، ولكن ايضا عن طريق الكتابة، فرضى المرضى واستذكاهم وفهمهم يرتبط بشكل ايجابي مع نوعية المعلومات المعطاة من طرف الطبيب. (سامرة و بوصيع: 2017، ص36)

المساندة الاجتماعية: تلعب المساندة الاجتماعية دورا بارزا في الالتزام لدى المريض حيث اتضح ان الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يكونون أكثر تقيدا بالنظام العلاجي الخاص بهم، وأكثر ميلا للإستفادة من الخدمات الصحية. (تايلور: 2008، ص 450)

2/ العوامل المرتبطة بالمرض:

إن أهم ما يؤثر على الالتزام الصحي لدى المريض هو غياب أعراض واضحة للمرض، الأمر الذي يرسخ لدى المريض الاعتقاد بالسلامة الصحية على الرغم من معاناته من مرض معين يستوجب خضوعه للعلاج والالتزام به، وهذا ما أشارت إليه Schneider (2005) أن من أهم أسباب عدم الالتزام الصحي يكون نتيجة عدم ظهور الأعراض أو استمرارها أو تحسن الحالة الصحية للمريض دون شفائه التام. هذا بالإضافة إلى الآثار الجانبية للدواء وعدد مرات تناوله في اليوم من بين العوامل التي من شأنها أن تؤثر في الالتزام الصحي لدى المريض، فقد اتضح من خلال دراسة أجريت عن تعدد الأدوية والالتزام لدى المرضى الذين كانوا يعانون من داء السكري من النوع 2، وكان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد الالتزام بالدواء والتنبؤ بوقوع الالتزام الأمثل في المجتمع من المرضى الذين يعانون من مرض السكري واختبار فرضية أن الالتزام يتناقض مع زيادة عدد الأدوية الموصوفة، وقد وجد الباحثون أن العدد الإجمالي للأدوية التي توصف لم ترتبط مع الالتزام بالدواء والالتزام كان أقل بكثير عندما يشعر المريض بتحسن في الحالة الصحية الحالية أو المستقبلية. (Grant: 2003, p 1712)

كما يمكن القوم أن الالتزام الصحي لدى المريض قد يتأثر في حالة ما إذا كان المريض يعاني من أمراض أخرى مصاحبة، الأمر الذي من شأنه أن يعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول، أو الملل بسبب كثرة الأدوية واختلاط الأعراض وآثارها الجانبية على نفسية المريض. علاوة على ذلك قد يتهاون المرضى في الالتزام الصحي عندما لا يشعرون بخطورة المرض أو عدم الظهور الفوري للأعراض.

3/ السيرة العلاجية:

إن استجابة المريض للعلاج والالتزام الصحي بصفة عامة، تختلف من مريض إلى آخر وذلك تبعاً لمدى ملائمة المعلومات الجديدة مع معتقداته السابقة، وهناك العديد من العوامل التي تتحكم في سير العملية العلاجية ومدى تقبل المريض للعلاج والالتزام به يمكن ذكرها فيما يلي:

المعارف المرتبطة بالعلاج: إن المعرفة الجيدة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه، أو وجود تفاعلات بين العلاج والكحول أو الأغذية أو الأدوية الأخرى التي قد يتناولها المريض في وقت واحد مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد للالتزام الصحي. (Baur et ttessier, 2001, p 16)

النظام العلاجي: يؤكد العديد من الباحثين والدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى انخفاض مستوى الالتزام الصحي لدى المرضى سواء من حيث تعدد الجرعات أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت بعض الدراسات أن عدم الالتزام يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد و 25% عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية و 35% عندما يفوق 5 أدوية (De blic: 2007, p 422). ومن خلال هذه الدراسة يتضح أنه كلما زاد عدد الأدوية كلما أثر ذلك على مستوى الالتزام بها. هذا بالإضافة إلى جانب آخر مرتبط بعملية أخذ الدواء في حد ذاتها إذ نجد أن الالتزام يكون أفضل في حالات أخذ الدواء بالحقن عنه في حالات أخذه عن طريق الفم، كما يكون أحسن عندما يكون العدد موافق لعدد الوجبات (3 مرات) منه عندما يؤخذ مرة واحدة، أضف إلى ذلك شكل ولون وطعم الدواء نفسه. (Gérard Reach, 2006)

الاستشفاء: بعد التشخيص بمرض مزمن، كثيراً ما يواجه المرضى أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن الجسمي والنفسي والاجتماعي حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات

ليست فعالة، وعندما لا تستجيب المشكلات المصاحبة للأمراض المزمنة لجهود التعامل عندها ستكون النتيجة مبالغة في أعراضها ودلالاتها، وفي سوء العواقب الصحية وقد يسيطر القلق والخوف والاكنتاب.

(تايلور: 2008، ص ص 516 - 517)

إلا أنه على الرغم من هذا نجد أن العديد من المرضى بعد التشخيص بمرض معين مع مرور الوقت ينخفض التزامهم الصحي ويتراجع استقرارهم فيما يخص تناول الأدوية وإتباع حمية غذائية معينة أو الاستمرار في التزامهم بالإرشادات الطبية التي تم تقديمها لهم من طرف الأطباء وهذا ما يؤكد (Heidelberg & Coll) أن 39% فقط من مرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء. ويضيف (Kruse & Coll) في دراسة اعتمدت على التعداد الإلكتروني للأدوية على 300 مريض ماكث بالمستشفى أن 51% منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة التي تلت خروجهم و 48% إلتزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من انتهاء الاستشفاء في حين قدرت نسبة المتغيرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم تقدر بـ 30% بعد انتهاء نفس الفترة وترتفع نسبة الإلتزام خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية الدائمة: (Bouer et ttessier: 2001, p 16).

تحسين الأعراض: أكدت العديد من الدراسات أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض على الرغم من تلقيه للعلاج عامل أساسي من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج ونقص الإلتزام به. فعدم تحسن الأعراض التي يعاني منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه. (Bauer et ttessier: 2001, p 17)

4/ العلاقة بين الطبيب والمريض:

تتسبب نوعية العلاقة بين المريض والطبيب بمشكلات الاتصال القائم بينهما مما يؤدي إلى غياب الإحساس بالرضا من قبل المريض الذي يعد مؤشر أساسي لنجاح العملية العلاجية، فالعديد من الدراسات التي كشفت على عدة عوامل للتقبل الجيد للعلاج ولنجاح العملية العلاجية وهي عوامل تدخل في عملية التواصل بين المريض والطبيب بما فيها التفاهم والتفاعل الجيد بينهما. (Patrick: 2003, p 5)

يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب، إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة، حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية عادة حول تدني التغذية الراجعة، واستخدامهم مصطلحات علمية مختصة ومعقدة، بحيث لا يستطيع المرضى فهمها في بعض الأحيان، وكذلك حول عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة، وعليه قد تبين أن للاتصال السيء آثاره السلبية العديدة، وفي مقدمتها عدم التزام المرضى بتوصيات وإرشادات الطبيب ونصائحه الطبية. (تايلور: 2008، ص 442)

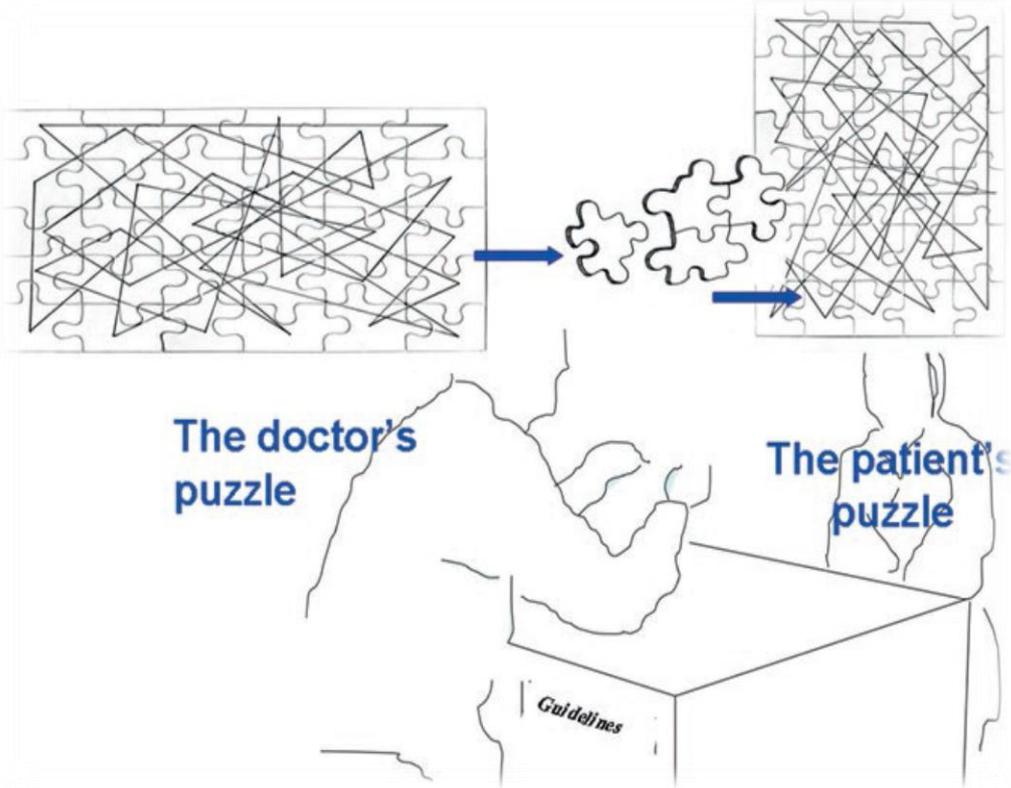
غير أن رفض المريض للعلاج أو تراجع الالتزام لديه فذلك يعود لبعض العوامل التي من شأنها أن تؤثر على الالتزام الصحي لدى المريض بما فيها عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب وعدم وصول الرسالة بشكل جيد، حيث اتضح في إحدى الدراسات أن 23% من الاستشارات لا يستطيع المريض من الانتهاء من طرح أعراضه وبحث شكواه للطبيب، حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه وفي 69% من الحالات بوجه عام بعد اثنتي عشرة ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب. (تايلور، 2008، ص 452). وهذا ما ظهر من خلال العديد من البحوث التي أشارت أن هناك صلة قوية بين رضا المريض بالاستشارة والتزامه بالنصيحة الطبية حيث وجد " كورس وآخرون " من خلال تقييمهم لأمهات يرتدون على عيادة خارجية للأطفال أن أولئك اللاتي كن شديدات الرضا بدفع الطبيب واهتمامه وتزويده لهن بالمعلومات كن أليين بقدر 3 أضعاف للالتزام بالنصيحة الطبية مقارنة باللاتي لم تكن راضيات. كما أن مقاطعة الطبيب للمريض لها تأثيرها السلبي على التوصل لتشخيص سليم، إلى جانب عدم توفر الفرصة الكافية للمريض لتقديم المعلومات التي قد تكون مهمة عن حالته. هذا بالإضافة إلى أنه في كثير من الأحيان قد ينسى الأطباء أن المرضى بحاجة للغة بسيطة لفهم الأقوال الطبية وهذا معلق عليه "Iey" " في تلخيصه للبحوث قائلاً أن المرضى يرغبون بصفة عامة في الحصول على المعلومات حول حالتهم وعلاجهم غير أن الكثيرين يشعرون أنه لم يتم إخبارهم بالمعلومات الكافية، ولا يفهم كثيرون ما يتم إخبارهم به، ولا يتذكر آخرون ما قيل لهم.

ومن جهة أخرى يعتبر تثقيف المريض قضية أساسية وهو النقطة الحاسمة التي سنكشف عن فعالية وصفة الطبيب، حيث يمكننا أن نستنتج منه بفعالية الشروط التي يمكن بموجبها نقل أحد معتقدات الطبيب إلى المريض، بطريقة سنقودها ليس فقط إلى قبولها، ولكن أيضاً حتى تكتسب الجودة الأساسية للمتانة، والقدرة لإنتاج إجراءات كافية على المدى الطويل. لذلك من الضروري التفكير في الشروط التي

تجعل هذا التقاسم للمعتقدات فعالاً، وهذا بمثابة التفكير في الظروف التي تجعل تعليم المريض فعالاً. وهناك عدة عوامل قد تؤثر على مشاركة المعتقدات كالإصرار على نقل الاعتقاد-لا يمكننا أن نأمل أن يؤمن شخص ما بإصرار بشيء ما إذا تمت الإشارة إليه فقط، وإنما يستغرق تثقيف المريض وقتاً، حيث تتضمن معظم الزيارات الطبية تقديم مفهوم جديد للمريض، ومن المهم أن يشرح مقدم الرعاية الصحية هذا المفهوم ويتحقق من أنه قد تم فهمه، وإذا لزم الأمر، يوضح ويصمم المعلومات للمريض.

(Reach: 2015,p143)

علاوة على ذلك، يجب على الطبيب معرفة كيفية اغتنام اللحظات الذهبية للتعليم، إحدى هذه الفرص الواضحة هي عندما يسأل المريض عن تفسير يتعلق بعلاجه ؛ وهذا يعني أنه يرى "فجوة" في اللغز الشامل لمعتقداته، ويود أن يملأها. هذا بالإضافة إلى الثقة، فمن أجل اعتقاد جديد بموعظة الآخرين، يجب أن يثق المريض في المحث، وربما هذا هو أحد الأسباب التي تجعل الرسائل تنتقل بشكل أفضل في العلاقات بين الطبيب والمريض منذ فترة طويلة.



(Reach: 2015,p144)

5/ العوامل المتصلة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية:

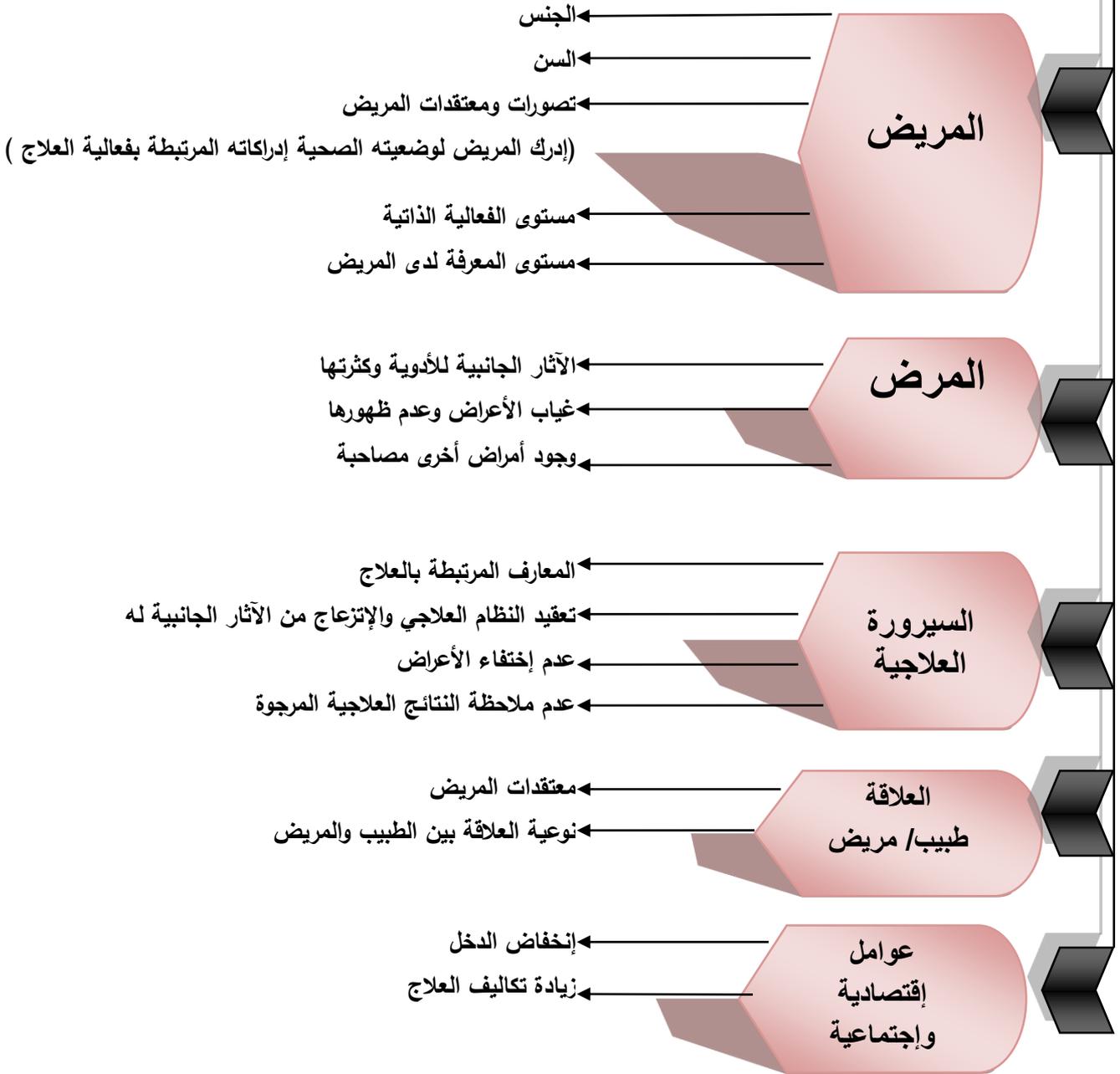
تعتبر التكاليف المادية بمثابة حاجز أمام الحصول على خدمات الرعاية الصحية، الأدوية الضرورية لإدارة المرض، مما يؤثر على الالتزام الصحي لدى المرضى، كما قد يكون من الصعب تغيير نمط الحياة في سياق الضعف الاجتماعي والاقتصادي، ويمكن لعوامل مثل: نقص وسائل النقل، عدم الاعتياد على نظام الرعاية الطبية وعدم كفاية تغطية التأمين الطبي أن تهدد عملية الالتزام، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل، قلة التعليم، تدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية من المرجح أن يواجهوا تحدياً أكبر في تحقيق السلوك الصحي الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع. (Sally&al: 2009,p453)

تعقيب عام:

لقد إتضح من الطرح السابق أن هناك العديد من العوامل التي من شأنها أن تؤدي إلى عرقلة مسار الالتزام الصحي لدى المرضى فعلى سبيل المثال قد يتأثر الالتزام بالسن نظراً لخصائص كل مرحلة عمرية، أيضاً عدم تقبل المريض للمرض ورفضه للنظام العلاجي إنطلاقاً من تصوراته ومعتقداته حول المرض ونظرة المجتمع له، هذا بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بالأدوية وتأثيراتها الغير مرغوب فيها، إلى جانب الآثار الجانبية للعلاج وماتسببه من إزعاج للمريض أو إخراج أمام الآخرين، أيضاً نجد نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض ومدى تأثيرها على إستمرارية ونجاح المتابعة العلاجية بينهما والالتزام المريض بكل مايقدمه الطبيب من إرشادات ونصائح طبية، إلى جانب هذا لايمك إغفال تأثير الظروف الاقتصادية والاجتماعية لكل مريض فعلى سبيل المثال انخفاض دخل المريض وزيادة تكاليف العلاج قد يؤثر على التزام المريض من خلال إنقطاعه على مواصلة العلاج أو عدم القدرة على الالتزام بالمواعيد الطبية التي تبرمج له.

إن الفهم الدقيق لهذه العوامل والتفاعل الذي يحدث بينها ومحاولة التعامل معها داخل إطار العملية العلاجية من شأنه أن يمكننا بطريقة أو بأخرى من العمل على تخطي العديد من العوائق والصعوبات التي يواجهها المرضى في مسارهم العلاجي والصحي والنجاح في تحقيق التزام المريض. والمخطط رقم () يوضح بشكل عام العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي:

العوامل المؤثرة في الإلتزام الصحي



مخطط رقم 1: العوامل المؤثرة على الإلتزام الصحي

ثالثاً/النماذج والنظريات المفسرة للالتزام الصحي:**1/ نموذج القناعة الصحية: Health Belief Model**

النموذج الأول لإدراج العوامل المعرفية في تحديد السلوك هو نموذج المعتقدات الصحية، الذي طور في أوائل الخمسينيات من قبل (**Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels and Irwin**) **Rosenstock (Becker and Maiman 1975)**. يفرض هذا النموذج تصوراً للتهديدات والتوقعات على خلفية اجتماعية سكانية، والتي تشمل، على سبيل المثال، العمر والجنس والعرق والمهنة وما إلى ذلك. ولاتخاذ القرار بتبني سلوك صحي جديد، يجب أن يشعر الفرد بالضعف الشخصي، بغض النظر ما قد يكون الوضع "الموضوعي". وتشمل التهديدات إدراك ضعف الفرد في مواجهة مشكلة صحية وتصورها لشدة المشكلة. و يأخذ النموذج في الاعتبار الشدة ليس فقط من حيث الصحة، (بما في ذلك الألم وعدم الراحة وخطر الموت)، ولكن أيضاً فيما يتعلق بالنتائج المهنية والاجتماعية والعائلية. أما التوقعات فهي الفوائد التي يتوقعها الفرد من السلوك الصحي، وتصور الفرد لقدرته على أداء العمل (الفعالية الذاتية)، وتصوره للعقبات التي تحول دون أدائها. وبمجرد أن يقرر الفرد، بعد تقديره للإيجابيات والسلبيات، الخضوع للعلاج، قد يكون سبب دفعه إما حدثاً داخلياً (ظهور العرض الأول، على سبيل المثال) أو حدثاً خارجياً (حملة إعلامية أو فقد قريب من المرض نفسه). (**Reach: 2015,p22**)

يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، وهو يمثل اتجاهها يركز على نتائج التوقع على أساس القيمة، كما أنه اتجاه يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوب بحالة التردد أو عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معيناً سوف يحقق هذه الأهداف. (**عبد العزيز: 2010، ص 34**)

ووفقاً للنموذج الأصلي (**روزنستوك 1966 - 1974**) أن احتمال تبني الفرد سلوك وقائي (حصول على تطعيم، الالتزام بالعلاج..) يتم تحديده من قبل أربعة أنواع من التصورات والمعتقدات:

○ **الخطورة التي يدركها الفرد:** أن ادراك الفرد لخطورة المشكلة الصحية ودرجة هذه الخطورة في رأيهم أول العوامل التي تؤثر في قيامه بالسلوكيات المرتبطة بالصحة، سواء كانت سلوكيات صحية أو سلوكيات تؤدي إلى المرض.

○ **درجة التأثير التي يدركها الفرد:** ويتعلق هذا العامل بإدراك الفرد لدرجة تأثره بهذه المشكلة الصحية أو المرض، فالأفراد الذين يقدرّون تعقد المشكلة وتطورها سيكونون أكثر حساسية وتأثراً بها.

○ **قرار القيام بالفعل:** كلما كان الشخص متنبها ويقظا حول إمكانية حدوث المشكلة الصحية أو المرض، كلما زاد إدراكه لخطورة التهديد الناتج عنها، مما يدفعه للقيام بالسلوكيات الصحية اللازمة (سواء كانت وقائية أو علاجية). فمؤشرات القيام بالسلوك الصحي تأخذ أشكالاً عدة منها: طلب الاستشارة، الذهاب لمركز الخدمات الطبية، إجراء تحليل وفحوصات مخبرية، هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى يمكن ذكرها في:

• متغيرات ديموغرافية: العمر، الجنس، السلالة أو العرق.

• متغيرات اجتماعية وثقافية: سمات الشخصية، الطبقة الاجتماعية، الضغط الاجتماعي.

• متغيرات بنائية: معرفة الشخص بكيفية تقبله للمشكلة الصحية وحالته قبل حدوثها.

(قاسم: 2012، ص 238)

ويرى كل من (جانز وبيكر Janz & Becker, 1984) أن نموذج القناعة الصحية يرتكز على مجموعة من المسلمات القاعدية الضرورية لتنفيذ السلوك الصحي، والتي تلتقي كلها حول فكرة إدراك الصحة على أنها قيمة لها أهميتها وأن الحفاظ عليها مرهون بمدى قبول الفرد للالتزام بالنشاطات التي تقود إلى ذلك، ويشير هذان الباحثان إلى أن هناك خمس متغيرات تتحكم في تبني السلوك الصحي وهي:

• الخطر العام المدرك على الصحة.

• شدة خطورة بعض الأمراض كالسرطان.

• الاعتقاد الذاتي بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة السلوك الصحي الوقائي.

• الاعتقاد الذاتي بارتفاع احتمالات الإصابة بالمرض في حال التخلي عن ممارسة السلوك الصحي الوقائي.

• وجود دوافع داخلية معززة للسلوك الوقائي (كظهور بعض الأعراض المرضية) وأخرى خارجية (كالإرشادات الطبية العامة المتداولة في وسائل الإعلام والإشهار المختلفة).

(Janz & Becker: 1984. p 24)

ويتلخص تفسير السلوك الصحي أو السلوك المرضي عن طريق نموذج المعتقدات الصحية في نقطتين أساسيتين:

❖ أن السلوك الصحي للفرد تجاه مشكلة صحية معينة يتحدد عن طريق ما يراه هذا الشخص من احتمالات تعرضه لهذه المشكلة (المرض).

❖ أن السلوك يتحدد من خلال صراع الأهداف والدوافع وأن هذا السلوك يتجه أو يتبع أقوى الدوافع وأكثرها قيمة في رأي الفرد وعلى الرغم أن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والشخصية المتنوعة تؤثر على الدوافع والخبرات والمعلومات الصحية للشخص فإنها لا تعتبر أسبابا مباشرة للسلوك الصحي وإنما تعتبر عوامل تؤثر في أبعاد المعتقدات حسب نموذج المعتقدات الصحية الذي يحدد السلوك الصحي.

ويتم تنفيذ السلوك الصحي عندما تتوفر الشروط التالية:

-عندما يدرك الفرد ويفتتح أن عدم ممارسة النشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بالمرض (التهديد المدرك).

-قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد اتخاذ إجراءات وقائية (الشدة المدركة).

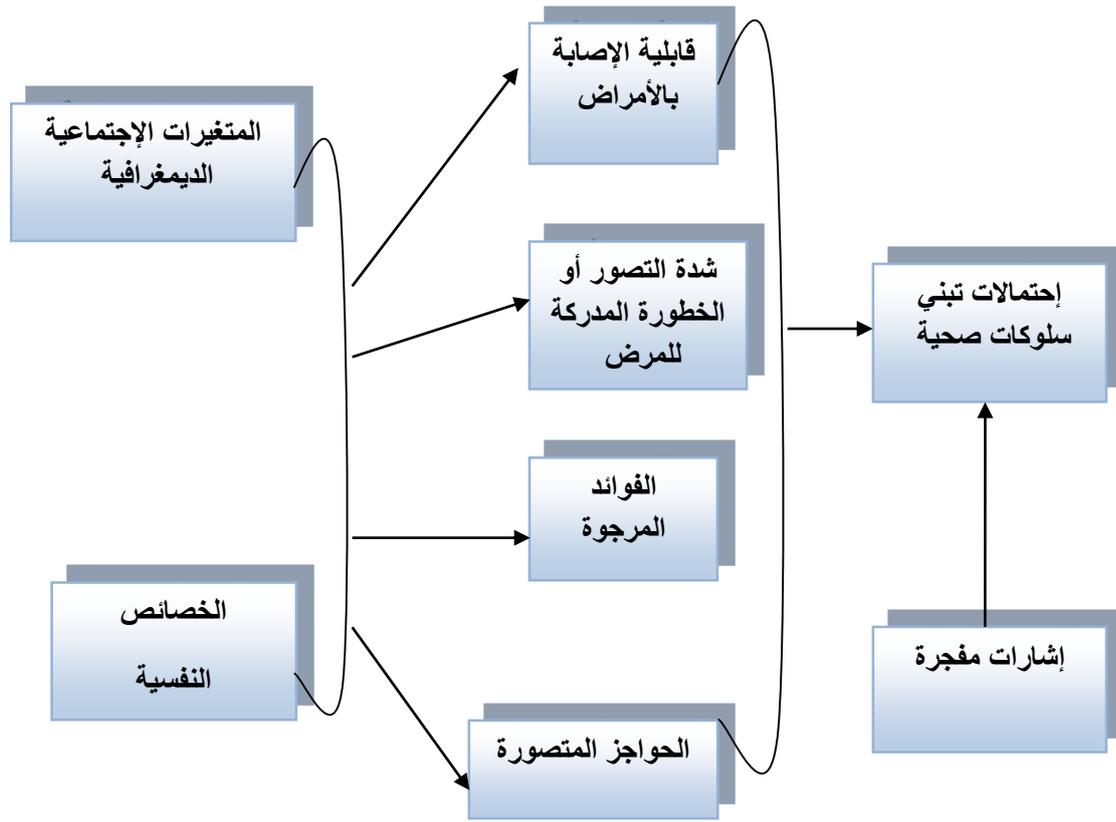
-أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية (الفوائد المدركة).

-أن تكون الفوائد المتوقعة أهم من التكلفة.

-أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي سيؤدي إلى نتائج إيجابية متوقعة.

-أن تتوفر دوافع داخلية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه. (بخلف: 2001، ص 32)

ويفترض نموذج المعتقد الصحي خمس مجموعات رئيسية من المتغيرات التي تتنبأ أو تفسر الالتزام الصحي: (1) القابلية المتصورة (بما في ذلك الخطر المتصور للشخص بالتعاقد أو التنازل عن حالة أو قبول حالة موجودة) ؛ (2) الشدة المتصورة (تقييم الشخص للعواقب الطبية والاجتماعية الناجمة عن الإصابة بمرض أو عدم تلقي العلاج)، (3) الفوائد المتصورة (حكم الشخص على المنافع المتصورة لاتخاذ إجراء صحي معين) ؛ (4) الحواجز المتصورة (إدراك الشخص لوجود عوائق للالتزام بالمعاملات الموصى بها، بما في ذلك تحليل للتكلفة والعائد حيث يوازن الشخص إيجابيات وسلبيات اتخاذ إجراء) ؛ و(5) الإشارات إلى العمل (الإشارات الداخلية، مثل أعراض المرض أو الإشارات الخارجية، مثل حدث الآخرين على تحفيز الحركة). (Michael: 2010.p48)



مخطط رقم 2: يوضح نموذج المعتقدات الصحية

(Hayden & al: 2006, p24)

ومن بين الدراسة التي تم فيها استخدام نموذج المعتقدات الصحية في دراسة الالتزام الصحي يمكن ذكر دراسة الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم من قبل (نيلسون وآخرون 1978، Nelson & al، لدى مرضى السكري من قبل (ألوينا 1980 Alogna)، وإجراء الفحص الذاتي للثدي لدى النساء المعرضات لخطر الإصابة بسرطان الثدي من قبل (كالان 1984 Calan،) والالتزام بالحماية الغذائية من قبل (ايربان وآخرون 1992 Urban & al،) وقد أكدت العديد من الأبحاث ملائمة النموذج لاستخدامه واقعيا لوضع استراتيجيات لتحسين الالتزام الصحي. (Fisher: 2002.p 23)

2/ نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي: Le Modele de Prediction des

:comportements de sante (MPCS)

أقترح هذا النموذج من طرف (Pender,1975) وطبق واستخدم من طرف (Richard,1988). وهو يكمل مجموعة من المقاربات والنظريات والتصورات المفسرة لتقبل العلاج والسلوك الصحي بصفة عامة. ويرتكز هذا النموذج في الأساس على نموذج المعتقدات الصحية (HBM) وكذلك يتضمن العوامل المكونة لنظرية التكيف الاجتماعي، مصدر الضبط الصحي (HLC) والعديد من العوامل الأخرى الأصلية أو المعدلة. ويتكون هذا النموذج من (05) فئات من العوامل وهي كالتالي:

العوامل المعدلة: والتي تتعلق بالمتغيرات الديمغرافية الاجتماعية (العمر والجنس...)، والمتغيرات الشخصية الداخلية وهي تعود إلى ما يمكن للمريض أن يصل إليه من خلال تحفيزات المحيط لمتابعة العلاج، وكذلك الوسائط الاجتماعية، بالإضافة إلى المتغيرات الظرفية المتعلقة (بالوضع الاقتصادي) التي تعود إلى إرساء المتغيرات النفس اجتماعية للسلوكات الصحية والتي تأخذ بعين الاعتبار الجانب الثقافي، والسلوك المعياري للمرض. (Tarquinio: 2006.p07)

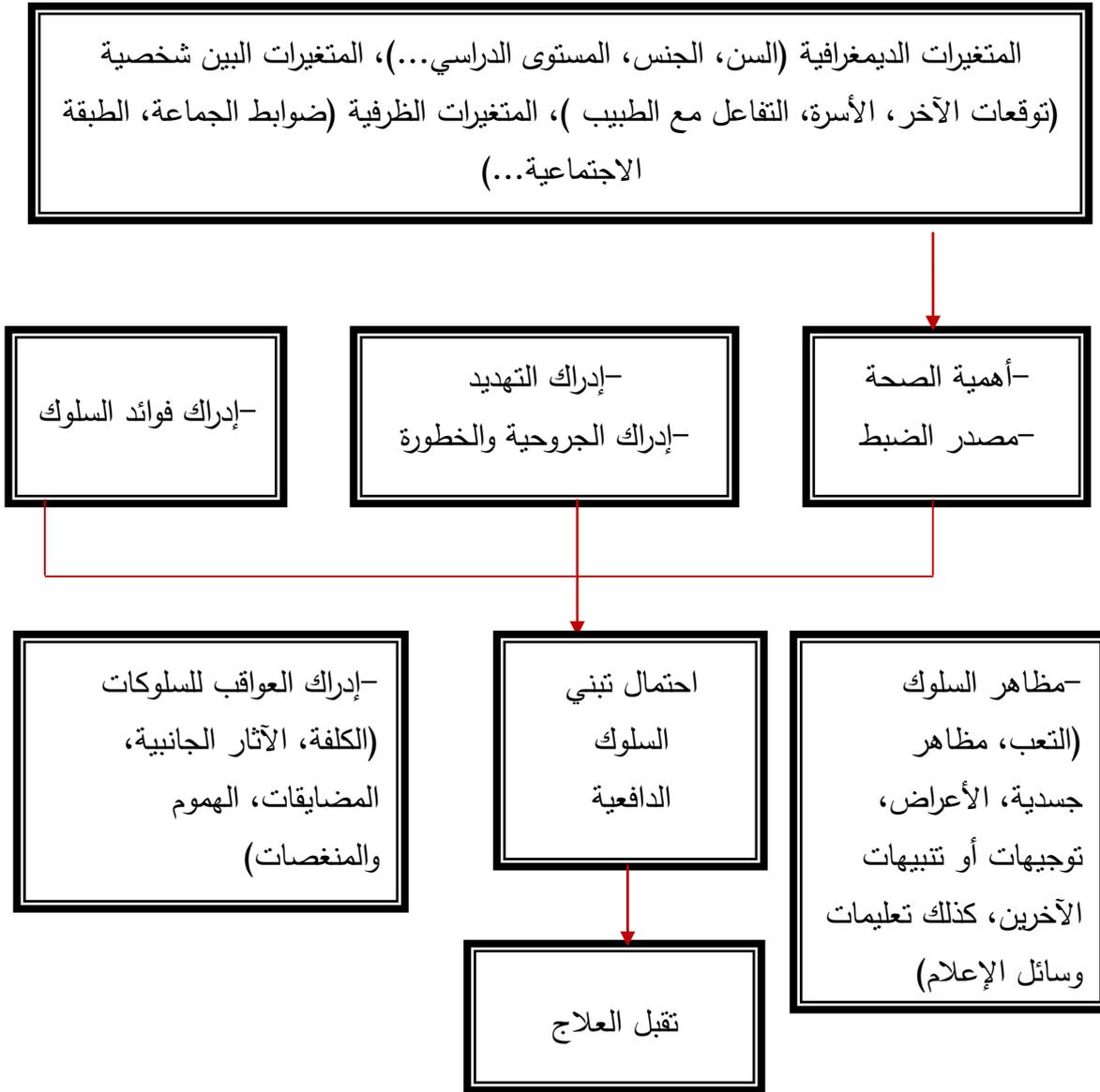
■ **الإدراكات الفردية:** والمتعلقة بالصحة والمرض، وكذلك المكاسب (نتائج العلاج) المتصلة بأهمية الصحة للأفراد. مصدر ضبطه (الداخل/ الخارجي) على طريقة (wallston & al,1978) فهناك الكثير من المحددات التي ستؤثر على السلوك الصحي أو على البحث عن المعلومات فيما يخص المرض أو العلاج. نجد أيضا إدراك خطورة المرض، التأثيرات ومجموعة الأعراض أيضا، إدراك الفوائد التي تعود على المريض من السلوك الصحي.

إدراك العواقب للسلوكات الصحية: وترجع إلى المتغيرات الشخصية للمريض الذي يكون يهتم لها وهي لها علاقة بنمط حياته - وبالتالي إما المقارنة أو المطابقة بين طموحاته وأهدافه في الحياة، وكذلك نتائج العلاج (فائدته من متابعة العلاج) هل هذه كلها تؤدي إلى احتمال الحصول على السلوك الصحي والتكيف مع وضعية المرض. (Fischer: 2006. P175)

■ **مظاهر السلوك أو المسببات:** والتي يمكن أن تكون كدليل داخلي (كالتعب، المظاهر الجسدية أو الأعراض...) أو كدليل خارجي (تنبيهات وتوجيهات المحيط سواء كان الاجتماعي أو الإعلامي...) على وضعية المريض، هذه الأخيرة دورها وضع المرضى في مواجهة واقعهم المرضين وهي تعمل كمحددات واقعية، هذه العلامات تجبرهم على فهم الواقع الذي يمكن أن يكونوا فيه بوضع مسافات أو إخفائه.

احتمالية تبني السلوكات الصحية: والتي تنشأ من العلاقة أو التفاعل بين مظاهر السلوك وإدراك العواقب والمدركات الفردية. إنها تعتبر معالجة لهذه المحددات التي ستأخذنا حسب هذا النموذج على الأقل إلى تقبل علاج جيد. (Fischer: 2006.p176)

والشكل الموالي يوضح نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي:



مخطط رقم 3: يوضح نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي (MPCS) لـ (Pender, 1975)

Adapte par (Richard, 1988)

(Fischer: 2006.p176)

3/ نموذج التمثلات الصحية لـLeventhal (1980):

ظهر هذا النموذج على يد Leventhal بين (1980 و 1984) وهو قائم على الفكرة التي مفادها الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه. (Reach: 2006.P42)

وتتنظم السلوكيات المرتبطة بالمرض تبعاً لهذا النموذج بأشتمالها على (05) مكونات أساسية هي:

- ✓ الهوية: وتعني التسمية التي يطلقها المريض على مرضه وأعراضه.
- ✓ السبب: العوامل التي يمكن أن يعزو المريض إليها أسباب مرضه.
- ✓ البعد الزمني: ويقصد بها المدة المحددة أو المفترضة من طرف المريض لمرضه (مرض مزمن/ حاد).

✓ الآثار: نتائج المرض وعواقبه الواضحة بالنسبة للمريض.

العلاج: والذي يمكن أن يلجأ إليه المريض بحثاً عن الشفاء والاستقرار. (Fischer: 2002. p40)

واستخدم هذا النموذج من قبل Gonder (Frederik et cox 1991) في دراسة الالتزام بالحمية الغذائية لدى مرضى السكري، وإستخدامه كل من (Pertir, Weinman Sharp & Buckley, 1996) لدراسة تقبل العلاج لدى مرضى يعانون من إنسداد في عضلة القلب. كما استخدم هذا النموذج لتفسير سلوكيات الالتزام الصحي انطلاقاً من إدراكات مرض معين و هذا من خلال مجهودات الفرد للتصرف إزاء المرض و الأعراض و النتائج الناجمة عنهما، و يستند هذا النموذج على ثلاث مسلمات أساسية هي:

❖ **الفرد عامل فعال (نشط):** في حل مشكلته، فهو يسعى إلى تخفيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يأملها.

التمثلات المعرفية والانفعالية: يفترض أن هذه التمثلات خاصة بكل فرد ويمكن أن لا تتفق مع الحقيقة الطبية، وهي تصورات محددة اجتماعياً تنهياً إنطلاقاً من القيم الاجتماعية الثقافية، وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها فرد يتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد بها فرد مريض معنى مرضه. (Gauchet: 2008.p61) .

ولفهم الالتزام الصحي، اقترح نموذج التمثلات الصحية حلقة مكونة من مراحل كالآتي:

✚ **التمثل المعرفي للمرض:** ويقصد بها تنظيم المعلومات المختلفة المغذات من طرف المحيط. حيث تحدد هذه الأخيرة حسب كمية المعلومات وصحتها التي يستقيها المريض من الأصدقاء والعائلة، الفريق الطبي ووسائل الإعلام أو من خلال أعراضه أو تجارب سابقة - لأن المريض دائما يسعى إلى فهم ومعرفة مرضه وأعراضه لهذا السبب تجده يكون تمثلات معرفية ونماذج سلوكية تساعده على مواجهة الأخطار الصحية التي يمكن أن يتعرض لها.

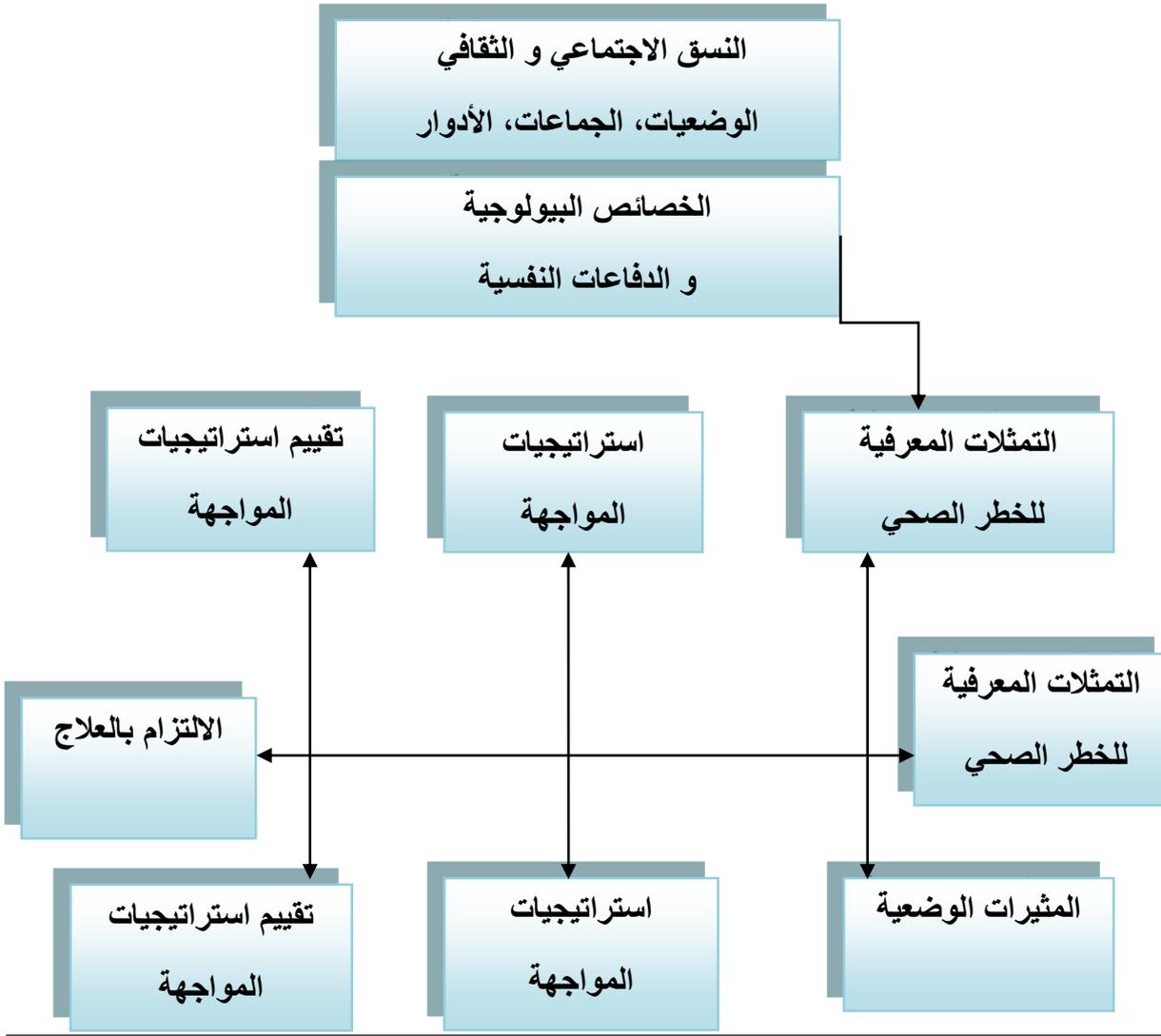
✚ **الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج:** والتي تنتج أساسا عن تصورات المريض لتحديد المرض وإدراكه لأهمية العلاج ومتابعته.

✚ **التسيير المتبني تبعا للتصورات:** أي الإستراتيجية التي يمكن أن يتبناها المريض لكي يواجه الوضعية المرضية، سواء بتبني سلوك صحي من خلال تقبل العلاج طلبا لتحسين حالته الصحية أو من خلال التركيز على تنظيم انفعالاته وضبطها والتقليل من الآثار السلبية وما ينجم عنه من ضغط انفعالي

✚ **التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة:** وهنا يقوم المريض بتقييم مدى فعالية الاستراتيجيات المتبناة، وكننتيجة لذلك يقوم بتعديل التصورات المعرفية والاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض ويتبنى استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية. إن آلية التغذية الراجعة تسمح بتفسير تطور التنظيم الذاتي العائد إلى تعديلات المعلومات والتمثلات وتبنى إستراتيجيات مواجهة جديدة.

(Gauchet: 2008.p62)

والشكل التالي يوضح نموذج التمثلات الصحية:



مخطط رقم 4: نموذج التنظيم الذاتي للصحة

ليفوننتال 1980، Leventhal 1984

(Gauchet: 2008.p63)

4/النموذج المعرفي: (1981 – 1989) ley:

فرضية النموذج المعرفي لتقبل العلاج والالتزام به والتي مفادها أنه يمكن التنبؤ بتقبل العلاج من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة، فهم المعلومات المعطاة، والتذكير بالمعلومات.

-رضا المريض: درس (ley, 1988) مدى رضا المريض عن الفحص الطبي واستعرض 21 دراسة للمرضى في المستشفى ووجد أن 41% من المرضى غير راضيين عن علاجهم و 28% غير راضيين عن المعاملة العامة، كما وجد في الدراسة التي قام بها (ley 1988) أن مستويات رضا المرضى

تتوافق مع نوعية الاستشارة ولاسيما الجوانب العاطفية (الدعم العاطفي والتفاهم)، الجوانب السلوكية (التفسير الكافي، وصف الأدوية)، الكفاءة (التشخيص، ملائمة الإحالة) للقائم على الرعاية، ويذكر "Iey" أن الرضا يرتبط كذلك بمحتوى الفحص وأن المرضى يريدون معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات الممكنة.

-الفهم: اختبرت دراسات عديدة مدى فهم المرضى لمضمون الاستشارة الطبية، حيث قام Boyle (1970) باختبار مدى معرفة المرضى لتعريف الأمراض المختلفة، وذكر أن 85% يعرفون بشكل صحيح إلتهاب المفاصل و 77% يعرفون بشكل صحيح اليرقان، 52% يعرفون بشكل صحيح الخفقان و 80% يعرفون بشكل صحيح إلتهاب الشعب الهوائية. كما بحث Boyle عن تصورات المريض لموقع الأجهزة ووجد أن فقط 42% يعرفون موقع القلب بشكل صحيح و 20% يعرفون موقع المعدة بشكل صحيح و 43% يعرفون موقع الكبد بشكل صحيح، ويشير هذا بشكل واضح إلى تدني فهم الاستشارات. فإذا كان المعالج يقدم النصح للمريض ويوحي له بإتباع برنامج علاجي خاص والالتزام به، فيما لا يفهم المريض أسباب المرض، موقع الجهاز المصاب والعمليات التي ينطوي عليها العلاج، فإن هذا النقص في الفهم من المحتمل أن يؤثر في النصيحة والالتزام الصحي لدى المريض.

-التذكر: فحص الباحثون أيضا عملية استرجاع المعلومات المقدمة خلال الفحص الطبي، حيث درست (Bain, 1977) عينة من المرضى فوجدت أن 37% منهم لا يتذكر اسم الدواء، 23% لا يتذكرون عدد الجرعات، و 25% لا يمكنهم تذكر مدة العلاج، وفي دراسة تحليلية حول تذكر معلومات الفحص الطبي وجد (Iey 1981 – 1989) أن التذكر يتأثر بالعديد من العوامل، على سبيل المثال (القلق، المعرفة الطبية، المستوى الفكري)، كما خلص إلى أن التذكر ليس له علاقة بعمر المريض على عكس بعض التوقعات التي تقر بتأثير الشيخوخة على الذاكرة (James ogden, 2007)

يرى Iey أن للرضا تأثير مباشر على الالتزام الصحي أما الفهم والتذكر فلهما تأثير غير مباشر عبر تأثيرها على رضا المريض، كما يمكن أن يكون لهذه العوامل الثلاثة تأثير مباشر على الالتزام الصحي. (Jullia Russel: 2005.p 104)

5/ نموذج مراحل التغيير: The Stages of Change Model

لقد استطاع كل من بروكاشاسكا بكليمانتي ونوركروس 1992 Prochaska, Diclemente and Norcross، بناء نموذج نظري يعنى بتحديد المراحل التي يمر من خلالها عندما يغير عن قصد سلوكا مضرا مثل التدخين أو أكل غير صحي. حسب نموذج مراحل التغيير فإن رغبة الفرد للتخلي عن عادة صحية سيئة تخضع لعدة عوامل شخصية داخلية. (عبد العزيز: 2010، ص 40)

وعملية التغيير هذه تمر بالمراحل الخمس الآتية

✓ مرحلة ما قبل الوعي الصحي Precontemplation Stage:

حيث يكون الفرد في هذه المرحلة غير واع أو غير مهتم بسلوكاته المشككة للخطر على صحته. ولهذا فهو لا يظهر أي رغبة في تغييرها. (الزروق: 2015، ص 22)

✓ مرحلة الوعي الصحي Contemplation Stage:

وهي المرحلة التي يكون فيها الفرد مدركا لمخاطر سلوكاته ويصرح برغبته في تعديلها ويفكر في ذلك جديا، ولكنه لا يقدم فعليا على التغيير، ويبقى في حالة صراع بين شعوره بالخطر وبين عدم قدرته على التخلي عن سلوكاته اللاصحية.

✓ مرحلة الاستعداد للتنفيذ Preparation Stage:

وفي هذه المرحلة التي تسبق مباشرة مرحلة التنفيذ تزداد بشكل ملح رغبة الفرد وقناعته في التخلي عن سلوكاته التي يعتقد ويدرك بقوة مدى خطورتها على صحته، فيساعده ذلك على إتخاذ القرار على التغيير

✓ مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل Action Stage:

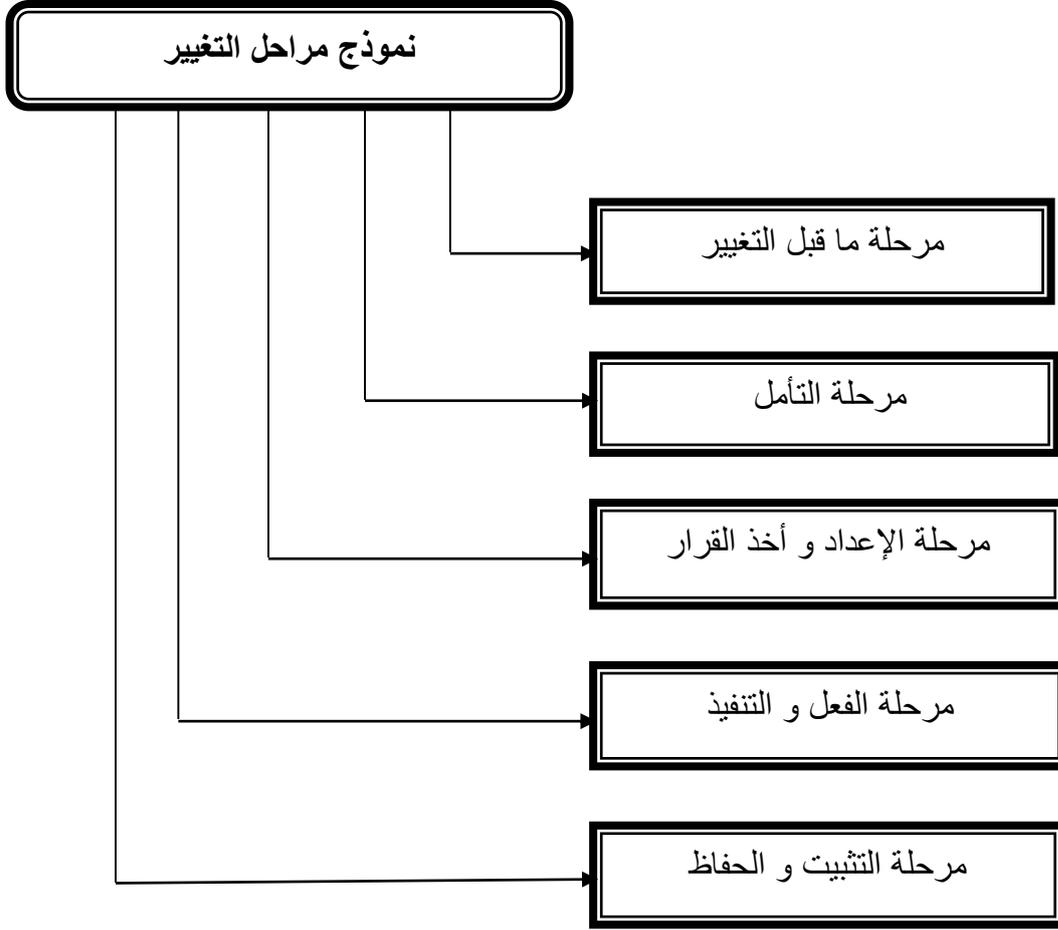
هي مرحلة التغيير الفعلي والتخلي عن السلوك غير الصحي.

✓ مرحلة الإحتفاظ أة الإبقاء على السلوك Maintenance Stage:

ويقصد بها أن الفرد عندما يلمس الفوائد التي إنبتقت عن تعديله لسلوكه على صحته، يحاول الإحتفاظ أو الإبقاء عليها، ويساعده على ذلك الدعم الإيجابي الذي يقدمه الآخرون من خلال تمشين الجهود التي بذلها من أجل التغيير.

(الزروق: 2015، ص23)

والشكل التالي يوضح نموذج مراحل التغيير:



مخطط رقم 5: يوضح مراحل تطور نموذج التغيير

(عبد العزيز: 2010، ص41)

وترى الباحثة أن من خلال البحث عن سبب الإحساس بالمشكلة ومدى الإقتناع بالسلوك الجديد لدى الفرد، يمكن تحديد المرحلة التي يتموضع فيها الفرد ومنه إختيار التدخل المناسب له، وهنا تكمن قوة هذا النموذج ونجاحه في التطبيق.

6/نموذج الالتزام الصحي (Le Health Compliance Model (HCM)

طور هذا النموذج من قبل (Heiby & Carlson,1986)وهو نسخة شاملة لنموذج السلوك الاجتماعي المفسر لمختلف أنماط تقبل العلاج الخاصة بـ (قواعد الصحة، ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية، احترام المواعيد الطبية) حيث يشمل هذا النموذج ثلاثة أنواع من المتغيرات وهي:

•السوابق أو المتغيرات الوضعية (الموقفية): حيث تتحدد حسب عدة مظاهر وهي:

-خصائص ومميزات العلاج: التركيز، الطعم، اللون، تعقيد الجرعات، تعبئة الدواء.

-وضعية المعلومات أو المعارف المقدمة على نوع الأهداف المرجوة من العلاج، التكيف مع أسلوب الحياة الجديد.

-نوعية المعلومات المقدمة: كتابية، شفاهية، أشرطة، طريقة الحوار أو التواصل هل هو كتابي أو شفهي، سهولة الفهم وبساطة النصيحة.

-متابعة المريض وعدد المعاينات، وكذلك الدعم العائلي والاجتماعي ونوعية العلاقة طبيب/ مريض.

•العوامل الفردية الذاتية: حيث تتضمن العوامل الفردية كل ما يتعلق بإدراك المريض لوضعيته

الصحية كمريض، ومعتقداته وإدراكاته المرتبطة بفعالية العلاج، الثمن المدرك، والخطورة المحددة أو المقدرة، ودرجة الرضا التي يشعر بها المريض.

•النتائج: وهي تتعلق بالمنافع أو المساوئ الناجمة عن العوامل الذاتية المختلفة بادراكات المريض

الذاتية وهذه المنافع قد تكون اجتماعية كالتقدير من قبل الآخرين، جسدية أي تحسن الحالة الصحية للمريض أو التخفيف من الأعراض، أو مادية أي مكاسب اقتصادية.

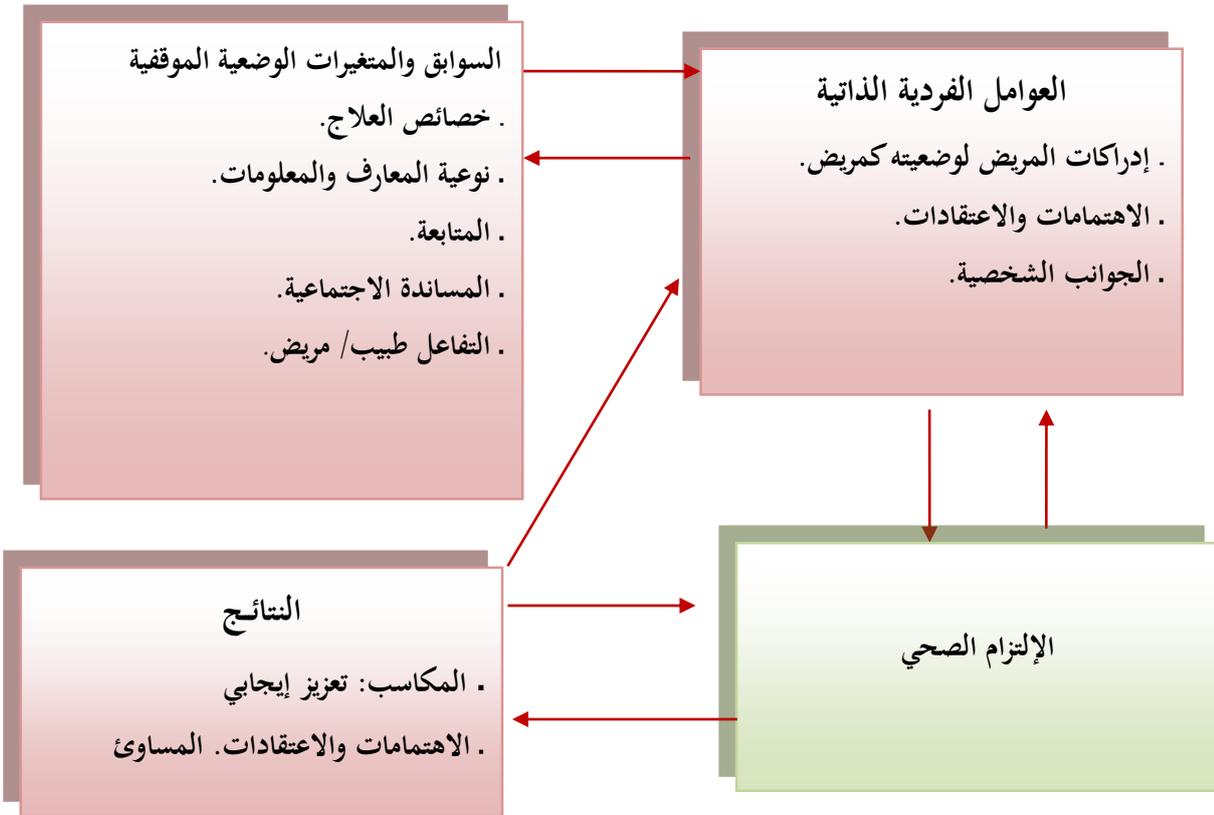
أما المساوئ فتكون هي أيضا اجتماعية والتي تتمثل في صفة المرض وأعراضه في المجتمع وبصفة أخرى الوصم والتجريم الذي قد يؤدي إليه المرض أو أعراضه، جسدية كزيادة حدة المرض أو مضاعفاته أو عدد أعراضه الجانبية أو مادية كزيادة تكاليف العلاج. وقد اعتبر هذا النموذج أن الالتزام الصحي يتم تبعا للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد ويحسون بها بإمتثالهم للعلاج عبر الآثار (النتائج المباشرة أو غير المباشرة) التي تحدث في حياتهم، حيث ذكرت مستويين للعوامل: مكاسب/ مساوئ الالتزام.

✓ في إطار العوامل الفردية لتقبل العلاج فهناك مكاسب ومساوئ مدركة قبل السلوك، حيث يعتبر هذا الإدراك كمحدد للالتزام الصحي.

✓ في إطار النتائج يتعلق الأمر بالمكاسب والمساوى المدركة والمعاشة بعد السلوك المتبني (الالتزام أو عدم الالتزام الصحي). وتعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية راجعة وتؤثر على السلوكيات الداخلية المرتبطة بالعلاج في حد ذاته، أو غيرها من السلوكيات الأخرى.

هذه المقاربة تظهر السلوك الدينامي لسيرورة الالتزام وتسمح بأخذ بعين الاعتبار عامل الوقت وتأثيره وهو ما يطرح غالباً في نماذج الصحة.

(Fischer: 2006, P172)



مخطط رقم 6: نموذج التقبل الصحي Heiby et Carlson 1986

(Tarquinio: 2006,P5)

تعقيب عام:

إنطلاقاً مما سبق يمكن القول ان تلك النماذج والنظريات ماهي إلا إطاراً مفاهيمياً مكملاً لبعضه البعض، بغرض تحقيق هدفين مشتركين بصفة عامة، ألا وهما:

•أولاً: الوقاية من الأمراض من خلال تبني سلوكيات صحية سليمة للحفاظ على الصحة والإرتقاء بها.

•ثانياً: حماية الفرد من مضاعفات الأمراض في حالة إصابته بها، كما تساهم تلك النماذج والنظريات بدور أساسي ومركزي في تفسير السلوكيات الصحية التي يقوم بها المريض في إطار تمثلاته المعرفية، وطريقة إستجابته للمرض، وكل العوامل المؤثرة في تقبله للعلاج بصفة خاصة والالتزام الصحي بصفة عامة.

فقد جاء (نموذج المعتقدات الصحية Health Belief Model) ليفسر وينبئ على وجه الخصوص بالسلوك الصحي، ويرى بأن الشخص يقوم بإجراء وقائي بالإعتماد على عاملين: تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية، وتقييم إيجابيات وسلبيات اتخاذ إجراءات إزائه، اي أنه يفترض أن الإنسان يتبنى سوياً صحياً بناء على شعوره بالتهديد وتوقعاته حول سلوك ما، بالإضافة إلى سعيه نحو تحقيق أهداف معينة إنطلاقاً من دوافع داخلية مرتبطة بتلك الأهداف، ووفقاً للنموذج الأصلي (روزنستوك 1966 - 1974) أن احتمال تبني الفرد سلوك وقائي يتم تحديده من قبل عدة أنواع من التصورات والمعتقدات بما فيها إدراك الفرد لخطورة المرض، ودرجة تأثره به، ومدى قيامه بالسلوكيات الصحية اللازمة كطلب الإستشارة وإجراء التحاليل والفحوصات نتيجة إدراك الخطر. فعلى سبيل المثال لو قمنا بإسقاط هذا النموذج على مريض السكري، نجد أن المريض لن يقوم بالالتزام الصحي إلا عند تقديره للتهديد المرتبط بهذا المرض كبتير الأعضاء مثلاً، كما يقوم المريض بتقييم إيجابيات الالتزام الصحي كإجراء وقائي، وسلبيات عدم الالتزام وما يرتبط به من مخاطر ومضاعفات يمكن أن تهدد حياة المريض. فإدراك هذا الأخير لخطورة المرض ودرجة تأثيره على حياته بمختلف جوانبها ونشاطاته اليومية، إلى جانب إدراكه لقيمة الصحة وأهميتها، هو من يحدد التزامه بكل مؤشرات الالتزام الصحي.

أما (نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي لـ Pender 1975) ، والمركز أساساً على نموذج المعتقدات الصحية (HBM)، فقد ركز على أهم العوامل والمحددات التي تؤثر على الالتزام الصحي، والتي قد تؤدي بالفرد بدرجة معينة إلى تقبل علاج جيد والالتزام به، ومن بين هذه العوامل يمكن ذكر: المتغيرات

الديمغرافية، تحفيزات المحيط لمتابعة العلاج، الوضع الاجتماعي والاقتصادي، هذا إلى جانب الإدراكات الفردية المتعلقة بالصحة والمرض، مصدر الضبط، إدراك خطورة المرض. أيضا تأثير تلك العلاقة بين مظاهر السلوك وإدراك العواقب.

في حين ركز (نموذج التمثلات الصحية لـ Leventhal، 1980) في تفسيره للالتزام الصحي على فكرة مفادها أن الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول أمراضهم. وأشار أن تلك الإستجابات تختلف باختلاف كل من: الهوية، الأسباب التي يعزو إليها المريض مرضه، عواقب المرض الواضحة للمريض، نوعية العلاج الذي يمكن أن يلجأ إليه المريض. ولفهم عملية الالتزام الصحي تجدر الإشارة إلى أن النموذج قام بإقتراح مراحل في غاية الأهمية كالتمثل المعرفي للمريض، والإستجابة الانفعالية للمرض والعلاج، إلى جانب نوعية الإستراتيجية التي يتبناها المريض لتحديد مواجهة المرض، وتقييم هذه الإستراتيجية لتبني استراتيجيات مواجهة أخرى أكثر فعالية.

أما (نموذج مراحل التغيير لـ Prochaska, Diclemente and Norcross 1992) فقد تم بناءه على خمسة مراحل مترابطة، كل مرحلة تفسر نوعا معين من الوعي بالمشكلات الصحية وكيفية السعي نحو تغييرها من خلال تبني سلوكيات صحية سليمة إلى غاية مرحلة الإحتفاظ بكل مايساهم في الإرتقاء بالصحة، حيث تبدأ هذه المراحل من مرحلة ما قبل التغيير أين يعي الأفراد بالمشكلة لكنهم لا يحدثون أي تغيير، ثم تأتي مرحلة التأمل أين يشعر المرضى بالمشكل ويفكرون في تغييره، ثم مرحلة إتخاذ القرار وظهور الرغبة في العمل وتغيير السلوك المضر بالصحة، وبعدها مرحلة التنفيذ والعمل لبلوغ الأهداف الصحية التي يسعى إليها المرضى وتأتي أخيرا مرحلة الحفاظ على النتائج التي تم التوصل إليها وتقادي الوقوع في الإنتكاسة من أجل الإستمرار في الالتزام بالسلوكيات الصحية كي يصل المرضى إلى النتائج الصحية المرجوة.

وقد ركز (نموذج الالتزام الصحي لـ Heiby & Carlson 1986) من جهته على تفسير أنماط تقبل العلاج الخاصة بـ (قواعد الصحة، ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية، احترام المواعيد الطبية....). ويرى هذا النموذج أن الالتزام الصحي قد يتأثر بمجموعة من المتغيرات بما فيها: خصائص العلاج كتعقيد جرعات الدواء، وطعمه. بالإضافة إلى المعلومات المقدمة للمريض من حيث البساطة أو الصعوبة، ومدى نجاح المريض في التكيف مع أسلوب الحياة الجديد أو الفشل في ذلك، مستوى المساندة

الاجتماعية ودورها في تقبل العلاج، طبيعة التواصل بين الطبيب والمريض وانعكاسها على نجاح أو فشل العملية العلاجية والالتزام الصحي لدى المريض. هذا إلى جانب بعض المتغيرات الأخرى كتصورات المريض حول المرض وإعتقاداته بفاعلية العلاج وانعكاس ذلك على تقبل العلاج لديه والالتزام به من خلال سيرونة دينامية مستمرة للحفاظ على الصحة.

رابعاً/قياس الالتزام الصحي:

إن التخطيط لفعالية وكفاءة العلاج يستلزم إجراء تقييم لسلوك الالتزام الصحي، إلا أن العديد من الباحثين والمختصين اختلفوا في الطرق المستعملة من أجل تقييم وقياس مدى الالتزام الصحي لدى المرضى، ويمكن تقسيم هذه الطرق إلى:

1/ طرق التقييم الذاتي للالتزام الصحي:

تعتبر الأكثر شيوعاً في الممارسة السريرية حيث أثبتت العديد من الأبحاث أن تقييم الالتزام لدى نفس المريض باستعمال مقياس ذاتي يعطي نتائج أعلى من التقييم بواسطة المقياس الموضوعي، ويمكن ذكر:

○ **التقرير الذاتي للمريض:** قد تتم هذه الطريقة من خلال توجيه أسئلة بسيطة للمريض، تمكن من جمع المعلومات عن الظروف المحيطة التي قد تكون عاملاً في عدم الالتزام، إلا أن هذه الطريقة يبقى استعمالها غير موثوق فيه، وذلك لما توفره لنا من معلومات تفتقر للدقة، وقد تكون هناك عوامل أخرى لم يذكرها المريض في تقريره الذاتي قد تكون هي سبب عدم التزامه كالمستوى الاقتصادي أو ظروف اجتماعية معينة أو عدم رضاه عن فريق الرعاية الصحية.

○ **سجلات المريض اليومية:** وفي هذه الطريقة يتم الاستعانة بقوائم أو استمارات معدة مسبقاً لتسجيل بعض السلوكيات التي تتعلق بتناول الدواء (النوع، المدة، الجرعات)، ممارسة التمارين، إتباع نظام غذائي، إلا أن هذه الطريقة تحتاج لإرادة المريض للقيام بها كما أنها قد تكون قابلة للتزوير من طرف المريض مما يجعلها تفتقر للدقة والصدق في الكثير من الأحيان.

○ **مدى الالتزام بالدواء وبعض السلوكيات الصحية:** في هذا السياق وضعت العديد من المقاييس

لتقييم الالتزام بالدواء بما فيها إدراج المريض لجدول زمني للأدوية المتناولة خلال فترة معينة، ويطلب منه تسجيل عدد المرات التي نسي فيها تناول الدواء، ويعتبر مقياس (موريسكي Morisky, 1986 الأكثر استعمالاً، حيث استخدم لتقييم الالتزام الدوائي لعدد من الأمراض بما فيها الربو (Erickson et al, 2001)، السكري (Krapek & al, 2004)، نقص المناعة المكتسب (Fairley & al, 2003)، إلى غير ذلك من الأمراض.

○ **الحمية:** الكثير من العناصر التي بإمكانها أن تؤثر على النتائج الصحية كالسعرات الحرارية، الكولسترول، الدهون المشبعة، الكالسيوم، السكر، الخضروات والفواكه، لهذا ضمن المعقد إجراء تقييم شامل لكل هذه العناصر، ويعتبر مقياس (Food frequency questionnaires FFQ) من أفضل المقاييس الخاصة بالالتزام المتعلقة بالحمية. (Williams et al: 2006.p 95)

هذا بالإضافة إلى طرق أخرى يمكن ذكرها في ما يلي:

- الدقة في احترام المواعيد الطبية.
- حساب عدد الأدوية المتناولة مقارنة بعدد الأدوية الموصوفة.
- الحكم على تحسين الحالة الصحية للمريض.
- الاستبيان.
- المقابلة مع المريض. (Bauer et ttessier: 2001, pp 9 – 10)

2/ طرق التقييم الموضوعي للالتزام الصحي:

تعتبر المقاييس الموضوعية أكثر دقة وأقل عرضة للتزوير من قبل المريض، وتتمثل في ما يلي:

- إيجاد نسب الدواء ونسب بعض المركبات التي يحتويها الدواء في الدم وفي البول.
- المراقبة.

-تطبيق استمارات ومقاييس تقبل العلاج لدى كل المرضى. (قارة: 2015. ص 75)

-الطرق البيولوجية وهذا بالتحاليل المخبرية فهي تساعد الطبيب على كشف مدى تمركز الأدوية التي يتناولها المريض.

-وزن المريض، ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظام غذائي خاص ولتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض ومقارنة وزنه بأخر لمعرفة مدى التزامه واندماجه في الخطة العلاجية.

-الملاحظة المباشرة، وفيها يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص لتقييم حالة المريض.

-ملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الأعراض أو زوالها وتحسن الحالة الصحية للمريض.

-ملاحظة الآثار الجانبية للعلاج. (Drouin: 2004.p 48)

-قياس الدواء: ويكون بعد الدواء بين الزيارة والأخرى، حيث يكون الفرق هو الكمية المستهلكة خلال الفترة الفاصلة وعلى الرغم من أنها الطريقة السهلة، إلا أنها يمكن أن تتأثر بمجموعة من العوامل منها:

• الحصول على عبوات الأدوية خلال الفترة الفاصلة.

• وجود أدوية غير مستخدمة من وصفات طبية سابقة في البيت لم تكن مدرجة.

• نسيان إحضار الدواء عند القياس خلال زيارة الطبيب، التعمد في عدم إحضاره.

القياس الالكتروني للسلوك: (مراقبة مستوى السكر في الدم على سبيل المثال)، ويعتبر معيار جيد لقياس الالتزام الصحي لدى المريض، من مزاياه يعتبر قياس دقيق وأني للسلوك، وكذلك يعطي كمية كبيرة من المعلومات دون إزعاج للمريض ومع ذلك يبقى هذا القياس مكلف ويحتاج للوقت من أجل تحليل البيانات. (Williams et al: 2006.p 95)

خامسا: التدخلات المستخدمة في تحسين الالتزام الصحي:

هناك العديد من العوامل الاجتماعية والنفسية المعروفة تتدخل في الالتزام الصحي لدى المريض وقد لخصها كامبيرون (1996) في الآتي:

- فهم المريض لنظام العلاج ومعرفة السلوكيات الصحية.

- نوعية التفاعل بين الطبيب والمريض ورضا المريض مع العلاقة.

- الدعم الاجتماعي للمريض والعزلة الاجتماعية.
- المواقف الصحية للمريض، والمعتقدات الصحية.
- ميزات الصحة نظام الرعاية، مثل تعقيد النظام أو احتمال وشدة الآثار الجانبية للنظام.

(Martin& Dimatteo: 2014.p324)

وعلى الرغم من أهمية الالتزام، لا تزال هناك العديد من العوائق التي تعرقل تحقيقه في العديد من النواحي، حيث تقدم التقنيات الجديدة طرقاً لتقليل هذه الحواجز، وتمكين المرضى من الالتزام والحفاظ على التغيير السلوكي. وقد إقترح " أومسون ووالكر " (2011) سلسلة من العوائق التي تؤدي إلى انخفاض الالتزام الصحي لدى المرضى، وتشمل العوامل التالية:

- أخطاء وصف الأدوية غير الفعالة والأدوية.
- التكلفة.
- نسيان المرضى.
- الجرعة والجداول العلاجية المعقدة.
- الآثار الجانبية.
- سوء العلاقة بين المريض والمريض.
- عدم إدراك عدم الاستفادة من الأدوية.
- عدم فهم المريض.
- عدم وجود الكفاءة الذاتية والدافع.

إن الحد من هذه الحواجز أمر بالغ الأهمية لزيادة التزام المريض، وللتصدي لها يمكن إستخدام نظام الرعاية الطبية التكنولوجية لمساعدة الجهود المستمرة للحفاظ على الحياة وإطالة أمدها، والنهوض بنوعية الحياة سواء من خلال استخدام قواعد البيانات الإلكترونية لتنظيم المعلومات الصحية الخاصة بالمئات من المرضى وتخزينها والوصول إليها ؛ أو من خلال تطوير التقنيات في الجراحة الروبوتية، مكنت التكنولوجيا المجتمع من تحسين صحة المريض ونتائج الرعاية بسرعة. كما أدت التكنولوجيا الحديثة إلى زيادة الجهود الوقائية من خلال الكم الهائل من المعلومات الصحية المتاحة للمرضى ومقدمي الخدمات

من خلال الموارد عبر الإنترنت والوصول الفوري إليها. إن الابتكارات التقريبية قد ساهمت في فهم الديناميكا الدوائية، والآليات البيولوجية والكيميائية الكامنة وراء الصحة والمرض، كما قد حسنت التقنيات نتائج المرضى مع زيادة إمكانات العلاجات الجديدة. (Martin & DiMatteo: 2014, p324)

🚩 أنواع التقنيات:

تعد تقنيات الترويج لرعاية المرضى وإدارتها متعددة الأوجه، وقد نظم Blaya و Fraser و Holt (2010) هذه التقنيات في ثمان فئات:

1. سجل الصحة الإلكترونية (EHR): التوثيق الإلكتروني للمعلومات المتعلقة بالصحة على المريض الذي يمكن إنشاؤه وتنظيمه وإدارته من قبل مقدمي الخدمات والموظفين.
- 2- نظام إدارة المعلومات المختبرية: نظام يستخدمه الأفراد لتسهيل الأنشطة المختبرية وتحديد المعلومات للأطباء والموظفين.
3. نظام معلومات الصيدلانية: نظام حاسوبي لإدخال الأوامر لتنظيم وتوزيع وتتبع الأدوية والأوامر.
4. تسجيل المرضى أو نظام الجدولة: نظام يستخدم لتسجيل ومراقبة تقدم المرضى من خلال عمليات الرعاية الصحية، وخاصة الإجراءات متعددة الخطوات.
5. نظام دعم القرار السريري: نظام يستخدم لتعزيز اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، من خلال إشراك الخوارزميات التنبؤية لتوليد خطة العلاج الأكثر ملاءمة باستخدام معلومات c-patient محددة.
6. نظام تذكير المريض: هو جهاز يطالب المريض بتنفيذ سلوك خاص كجزء من نظام العلاج الخاص به.

7. نظام البحث/ جمع البيانات: نظام بحثي محدد يستخدم لتجميع وتنظيم وإدارة البيانات حول مختلف أساليب سلوك المريض.

8. نظم المراقبة والتقييم وتعقب المرضى: مجموعة من هذه الأنظمة تشارك في تتبع بيانات المرضى عبر مصادر متنوعة للرعاية الطبية. بالإضافة إلى ذلك، تم تطوير مجموعة واسعة من التقنيات التي تتضمن مكونات مختلفة لكل من هذه الأنظمة. (Martin & DiMatteo: 2014, p325)

بالإضافة إلى ذلك تم تطوير مجموعة واسعة من التقنيات التي تتضمن مكونات مختلفة لكل من هذه الأنظمة. يشمل الصحة الإلكترونية المتنقلة، تطوير أدوات إدارة المرض القابلة للنقل، ويمكن الوصول إليها على الفور من خلال الإنترنت، والأجهزة الذكية، كما تشمل الرعاية الصحية عن بعد عدد لا يحصى من التقنيات لتعزيز الصحة، وهي امتداد للرعاية الطبية خارج نطاق التفاعل المباشر بين مقدمي الرعاية والمرضى.

وأخيرا ترى الباحثة أن كل ما جاء في هذا الفصل من تراث نظري قد ساعدها فيما يلي:

● صياغة وتحديد إشكالية الدراسة .

● يعتبر رصيذا معرفيا جيدا وخطوة ثرية ومهمة للباحثة في الميدان، وبالتحديد في الدراسة الإستطلاعية، وذلك من حيث فهم كل مؤشرات الالتزام الصحي والعوامل المؤثرة فيه وتفسيرها لدى الأفراد المعنيين بالدراسة.

● فهم مرجعية القيام بالسلوكات الصحية لدى هؤلاء المرضى في إطار معتقداتهم حول الصحة والمرض وظروفهم الحياتية، وإنعكاس كل ماسبق على التزامهم بكل ما هو مطلوب منهم بغرض الحفاظ على صحتهم.

● مساعدة الباحثة في تحديد وصياغة إشكالية الدراسة من خلال بعض الدراسات التي أثبتت نتائجها انخفاض مستوى الالتزام لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية.

● بناء أداة القياس المستخدمة في هذه الدراسة و المتمثلة في إستبيان الالتزام الصحي.



الفصل الثالث

جودة الحياة

أولاً/ تعريف جودة الحياة

ثانياً/ النظريات المفسرة لجودة الحياة

ثالثاً/ مجالات وأبعاد جودة الحياة

رابعاً/ قياس جودة الحياة

لقد إتضح من خلال التراث النظري أنه على الرغم من شيوع إستخدام مصطلح جودة الحياة بين الباحثين والمختصين، إلا أن مشكلة وضع تعريف واحد متفق عليه من طرف الجميع، يعد من المهام الصعبة لعدة اعتبارات، بما فيها أن مفهوم جودة الحياة قد تم استخدامه في العديد من العلوم، علاوة على ذلك نجده مفهوم تحدهه الكثير من المتغيرات الثقافية مما أدى إلى تعريفه بطرق مختلفة من طرف المجتمعات، هذا بالإضافة إلى أن مفهوم جودة الحياة مفهوم يتغير بتغير الزمان وبتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها، فهناك من المرضى من يرى السعادة في المال والرفاهية وهناك من يراها في الصحة وراحة البال إلى غير ذلك. أي أن كل مايتعلق بجودة الحياة يستند إلى معايير تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد الأفراد لمقومات جودة حياتهم وتحقيق سعادتهم. وعلى الرغم من كل هذه الصعوبات في الوصول إلى تعريف واحد متفق عليه، ظهرت العديد من المحاولات من طرف كل المهتمين بهذا المفهوم مما أدى إلى إتساع التراث العلمي لجودة الحياة.

وماتجدر الإشارة إليه أن الباحثة تبنت في هذه الدراسة مصطلح جودة الحياة، وليس نوعية الحياة. ذلك لأن ترجمة " Quality " إلى جودة، يكون وفق هدف الباحث، إذ كان يبحث عن تقييم لحياة الفرد أو الأفراد في جانبها الإيجابي، أي فيما إذا كان المبحوثون يقيمون حياتهم على أنها جيدة، وبالتالي فإن وسيلة القياس التي تستعمل لجمع المعلومات، ينبغي أن تصمم في اتجاه تقييم مدى جودة حياة المبحوثين، وتقسّم الجودة إلى مستويات، ثم توضيح أكثرها سيادة حسب ادراك المبحوثين.

ويعد مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة في العلوم الطبيعية والعلوم الإنسانية، وقد تم تبني هذا المفهوم بدلا من نوعية الحياة في مختلف التخصصات الدقيقة في علم النفس، النظرية منها والتطبيقية، وخاصة علم نفس الصحة وعلم النفس الإيجابي والصحة النفسية. (معمرية: 2015، ص76)

أولا/ مفهوم جودة الحياة:

1/ تعريف جودة الحياة:

إن مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع، يتضمن بطريقة معقدة، الصحة البدنية للشخص ومستوى استقلالته وعلاقاته الاجتماعية ومعتقداته الشخصية. ويقصد به عموما، جودة خصائص الإنسان، من حيث تكوينه الجسمي والنفسي والمعرفي، وتكوينه الاجتماعي والأخلاقي، ودرجة توافقه مع ذاته ومع الآخرين. (سليمان: 2010، ص120)

وقد إتسع مفهوم جودة الحياة ليتجاوب مع تصميم برامج دعم الافراد والجماعات وخدمات التقويم، كما أنه نتيجة ملائمة للتعليم والصحة وبرامج التأهيل والخدمات الاجتماعية، وعليه فجودة الحياة بناء كلي شامل يتكون من متغيرات متنوعة يمكن قياسها بمؤشرات ذاتية ومؤشرات موضوعية، وهذا ما أدى إلى تنوع وتعدد تعاريف جودة الحياة من قبل الباحثين على حسب المؤشرات السابقة، ومن بين هذه التعاريف يمكن ذكر:

أ/تعريف جودة الحياة على أساس المدخل الذاتي:

وينطوي على إدراكات الفرد لظروفه من خلال تقويم الجوانب النفسية، ويركز هذا التقويم على قياس الرفاهية النفسية أو الرضا والسعادة الشخصية، كما يقيس أيضا المشاعر الإيجابية لدى الأفراد وتوقعاتهم للحياة. ومن أمثلة تعاريف هذا المدخل يمكن ذكر:

-تعريف (عبد الفتاح وآخرون، 2006): يشير مفهوم جودة الحياة إلى الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية وإحساسه بالسعادة وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه". (عبد الفتاح وآخرون: 2006، ص204)

-تعريف (العادلي، 2006): جودة الحياة هي حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادر على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به. (العادلي: 2006، ص39)

ب/ تعريف جودة الحياة على أساس المدخل الموضوعي:

ينطوي على البيئة الخارجية، والظروف الصحية والرفاهية الاجتماعية والعلاقات والظروف المعيشية والتعليم والأمن والسكن ووقت الفراغ والأنشطة. ومن أمثلة تعاريف هذا المدخل يمكن ذكر:

-تعريف (منظمة الصحة العالمية OMS، 1994): مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بالصحة الجسدية للفرد، بحالته النفسية، بعلاقاته الاجتماعية، بمستوى استقلالته الذاتية وعلاقته بالعوامل الأساسية المتوفرة في محيطه. (الزروق: 2015، ص 43)

-تعريف (عبد المعطي، 2005): يشير مفهوم جودة الحياة إلى رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، والنزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه". (عبد المعطي: 2005، ص17)

أما بالنسبة للتعريف الشامل لجودة الحياة، فقد عرفها (ابو حلاوة، 2010) بأنها: وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والإستمتاع بها والوجود الإيجابي، فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعبر عنه بالسعادة والرضا عن الحياة كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى.

- تعريف موسوعة علم النفس: تعرف جودة الحياة على أنه مفهوم ذو أبعاد عديدة لخصها

على أنها سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة، و ذلك لأغراض تيسير البحث و القياس و هي كالاتي (التوازن الانفعالي، حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الإيجابية و السلبية، كالحزن و الكآبة و القلق و الضغوط النفسية...إلخ، الحالة الصحية للجسم، و الاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في جودة الحياة، الاستقرار الأسري و تواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية و تواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة، الاستقرار الاقتصادي و هو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة، التوائم الجنسي و يرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم و حالة الرضا عن المظهر و الشكل العام). (عبد الحميد وبن سيف: 2006، ص290)

وإنطلاقا مما سبق ترى الباحثة أنه لا يوجد إتفاق على اتجاه واحد في تعريف جودة الحياة، فهو يختلف باختلاف وجهات نظر الباحثين من حيث المحتوى والتسمية في التفريق بين الأبعاد الموضوعية والذاتية، كما أنه مفهوم مركب ينطوي على عدة مجالات وأبعاد جسدية، ونفسية، واجتماعية. كما ترى الباحثة أنه بإمكاننا أن نلمس نوع من الإتفاق بين الباحثين في تحديد مفهوم جودة الحياة من خلال النظرة الشاملة للتفاعل بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي لجودة الحياة، هذه الأخيرة التي تشير إلى كل من الصحة الجسمية، و الصحة العقلية و الانفعالية، و التفاعل الاجتماعي، إلى جانب شعور الفرد بالكفاءة

الذاتية والرضا عن الذات، والتحسن المستمر لجوانب شخصيته في مختلف النواحي، وهي حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة في ظل علاقاته بالعوامل الأساسية المتوفرة في محيطه والظروف الاجتماعية المحيطة به.

ثانيا/النظريات والاتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

هناك العديد من النماذج والأطر التي قامت بتفسير جودة الحياة من وجهات نظر متعددة، فهناك من ربط مفهوم جودة الحياة بالتكيف بين إحتياجات الفرد وموارده من جهة وبين آدائه في تحقيق الأدوار والتوقعات من جهة أخرى، وهناك من أعطى الأهمية الكبرى للخصائص النفسية في تفسيره لجودة الحياة، و فيما يلي عرض لبعض من هذه النماذج:

1/ نظرية هالدي, 1984, Haldey:

بين "هالدي" في نظريته أن الوجود الجيد و الوجود السيئ يعتبران كمتغيرين مستقلين، فبعض الأمراض مثل السرطان يمكن أن تتطور لمدة طويلة دون أن يشعر المريض بذلك، و العكس صحيح، أي أن الفرد قد يكون بصحة جيدة ولكنه يشعر بأنه مريض، فبالرغم من أن كل فرد يبحث عن جودة حياة جيدة و مستقرة إلا أن معظم الأبحاث هنا تؤكد على أن الصحة ما هي إلا مجال من مجالات الحياة، فعندما تسوء الظروف للفرد تلقائيا يعيد النظر في تأثير الجوانب الأخرى على جودة الحياة، فكل مجالات الحياة مهمة، و نفس الوضعية يمكن أن يكون لها صيغ مختلفة، فالمساندة الاجتماعية، و تقاسم الانفعالات و التبعيات المتبادلة لها علاقة مباشرة مع بعض استراتيجيات جودة الحياة. من خلال " نظرية هالدي " نجد أنه قد تم التطرق ضمنيا إلى مصطلحين مهمين جدا ألا و هما مصطلح التنافر و التكيف، إذ يشير مصطلح التنافر إلى معضلة عدم الرضا حيث نجد أصحابهم أشقياء، أما التكيف فيشير إلى مفارقة الرضا أو مفارقة العجز حيث أن ظروف الحياة السيئة لا تشكل مانعا من التمتع بالحياة لدى المرضى المصابين بأمراض خطيرة مثل قصور الشريان التاجي حيث لا تختلف مستويات الرضا عن الحياة لديهم عن الأسوياء إلا في بعض البيئات وبغياب بعض المتغيرات مثل الكفاءة الذاتية (عودة: 2015، ص 126)

2/ نموذج أباي واندروز: Abbey & Andrews, 1985

تعتبر معظم الأبحاث التي قام بها كل من: Dupuy (1980), Costa (1980), Kamman et al, (1979) كانت بمثابة نقطة انطلاق لتطوير النظرية، إذ أن الباحثين يفترضون بأن التفاعل بين الأفراد مع العالم الاجتماعي سوف يؤثر على عدد من العوامل النفسية والاجتماعية، والتي تؤثر فيما بعد على بعض الحالات الداخلية مثل الاكتئاب والقلق والتي بدورها تؤثر على إحساسهم بالرفاه. وتتمثل العناصر الرئيسية لهذا النموذج في 5 مصطلحات نفس اجتماعية (الإجهاد، ومصدر الضبط داخلي و خارجي، العلاقات الاجتماعية، الأداء)، واثنين من المفاهيم النفسية (الاكتئاب والقلق) وخمسة تقييمات منفصلة عن نوعية الحياة، وبناء على هذه المفاهيم، حدد الباحثون فرضيتهم التي مفادها أن الضغط، مصدر الضبط، المساندة الاجتماعية والأداء لهم تأثير مباشر على القلق والاكتئاب، و في المقابل أن هذه الحالات الانفعالية الأخيرة لهما تأثير مباشر على نوعية الحياة.

وعموماً، فإن النتائج التي حصل عليها (Abbey & Andrews) تشير إلى أن الضغط والاكتئاب يرتبطان بقوة مع الإدراكات السلبية لجودة الحياة، في حين أن مصدر الضبط الداخلي، والأداء والدعم الاجتماعي يرتبطون بشكل معتدل بالتصورات الإيجابية لجودة الحياة و العلاقة بين التأثيرات الإيجابية ومصدر الضبط الداخلي، والدعم الاجتماعي والأداء أقوى من العلاقة بين نفس المصطلحات و التأثيرات السلبية. وعلى ما يبدو، وفقاً لـ (Abbey & Andrews) أنه عندما يحاول الناس تحديد مقدار تمتعهم بالحياة، فإنهم يؤكدون على المحددات الإيجابية للرفاه، أو مصدر الضبط الداخلي والدعم الاجتماعي، وعلى العكس، عند محاولة تحديد مقدار شعورهم بالضيق، فالإهتمام يكون منصب حول المحددات السلبية للرفاهية مثل الضغط و مصدر الضبط الخارجي، فالنظرية تطرقت إلى جودة الحياة على أنه مفهوماً دينامياً يتضمن مجموعة من الأبعاد الجسمية والنفسية والاجتماعية، و ترتبط بمحاولة جعل الفرد ينظر إلى الحياة بطريقة أكثر ايجابية، أي، إلى أي مدى يشعر الأفراد بقدرتهم على السيطرة على حياتهم الشخصية و بأن حياتهم لها معنى، و بمقدرتهم إقامة علاقات ايجابية مع الآخرين؟، و ذلك و لو في ظل وجود بعض الظروف الغير مواتية التي قد تحول دون تحقيق المستوى الأمثل من الجودة كالمريض مثلاً. (عدودة: 2015، ص ص 126-

3/ نموذج العوامل الستة لرايف **Ryff, 1989**:

قامت رايف بوضع تصور نظري ذي (6) أبعاد، وبنيت رايف إطارها النظري في إستنتاج أبعاد الوجود النفسي الأفضل على أساس العديد من النظريات والآراء، وتوصلت من خلالها إلى الأبعاد التالية:

➤ **الإستقلالية (الذاتية) Autonomy**: يشير إلى إستقلالية الفرد وقدرته على إتخاذ القرار

، والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية، وأن يفكر ويتفاعل بطرق محددة منظمًا لسلوكه.

➤ **التمكن من الظروف (السيطرة على البيئة) Environment mastery**: وهي قدرة الفرد

على التمكن من تنظيم الظروف والتحكم في كثير من الانشطة، والإستفادة بطريقة فعالة من الظروف المحيطة، وتوفير البيئة المناسبة للحاجات والقيم الشخصية.

➤ **التطور الشخصي Personal Growth**: النمو المستمر للشخصية وقدرة الفرد على

تنمية وتطوير قدراته، وزيادة فعاليته وكفاءته الشخصية في الجوانب المختلفة والشعور بالإنفاؤل.

➤ **العلاقة الإيجابية مع الآخرين Positive Relations with others**: تتمثل في قدرة الفرد

على تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين على أساس من الود والتعاطف والثقة المتبادلة والتفهم.

➤ **الحياة الهادفة Purpose in life**: وتشير إلى الشعور بمعنى الحياة في الوقت الحاضر

وفي الماضي وقدرة الفرد على تحديد أهدافه في الحياة بشكل موضوعي، وأن يكون له هدف ورؤية واضحة توجه سلوكياته مع المثابرة والإصرار على تحقيق أهدافه.

➤ **تقبل الذات Self-Acceptance**: حيث تعبر الدرجة المرتفعة في تقبل الذات عن

اتجاهات موجبة نحو الذات وتقبل مظاهر الذات بما تشمله من إيجابيات ونواحي القصور والشعور

الإيجابي عن حياة الفرد الماضية. (رابعة: 2017، ص 39)

4/ نظرية لاوتن 1996 LAWTON:

(لاوتن 1996 Lawton) لقد كانت فكرته عن جودة الحياة بناء على أن إدراك الفرد لنوعية حياته

يتأثر بطرفان هما:

■ **الظرف المكاني:** اذ ان هناك تأثيراً للبيئة المحيطة بالفرد على الإدراك لجودة حياته

وطبيعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران احدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً، والآخر تأثيره غير مباشر إلا انه يحمل مؤشرات ايجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

■ **الظرف الزماني:** ان ادراك الفرد لتأثير طبة البيئة على جودة حياته يكون اكثر ايجابياً

كلما تقدم في العمر ، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان اكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون

التأثير اكثر ايجابية على شعوره بجودة الحياة. (Argyle: 1999,p353)

أيضا من بين الاتجاهات التي قامت بتفسير جودة الحياة يمكن ذكر:

5/الاتجاه الفلسفي:

وينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء مثالي يدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخائق وترك العنان للحظات من خيال إبداعي، وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور " مفارقة للواقع تلمسا لسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لآلام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية. (مسعودي: 2015، ص206)

6/الاتجاه النفسي:

ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية . " وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا " في حالة الإشباع" أو عدم الرضا" في حالة عدم الإشباع" نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة. (سليمان: 2009)

وعليه جودة الحياة يمكن ان تتضح في تلك العلاقة بين الفرد وبيئته، من خلال احساس الفرد ومشاعره وانفعالاته في مختلف نواحيه النفسية.

7/ الاتجاه الاجتماعي:

يشير إلى عدد من الجوانب ويركز على الأسرة والمجتمع، وعلاقة الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية الأخرى، حيث يرى أحد العلماء أنه يجب الإهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية أكثر من الإهتمام بكميتها، ومن بين أهم المجالات في الاتجاه الاجتماعي:

• **السكان:** عند إهتمام علماء الاجتماع بدراسة جودة الحياة ركزوا على المؤشرات الخارجية

مثل:

- معادلة المواليد والوفيات وضحايا الأمراض المختلفة

- نوعية المساكن

- المستوى التعليمي للفرد

- المجتمع ومستوى الإستيعاب والقبول في مراحل التعليم المختلفة

- مستوى الدخل.

• **العمل:** يرتبط مفهوم جودة الحياة بما يقوم به الفرد من عمل، أو مايشغله من وظيفة،

وثمة محددات هامة يمكن أن يكون لها تأثير هام في تحقيق هذا المفهوم إجرائيا مثل:

- أوضاع العمل نفسه

- العائد المادي ومايمكن أن يوفره العمل من فرص للحراك المهني والمكانة المهنية، مما يكون له

تأثير على حياة الفرد وعلاقته بالمهنة

-نوعية الإشراف وعلاقة الزمالة تعد من العوامل الفعالة في تحقيق هذا المفهوم، فهي تؤثر بدرجة

ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. (الغندور، 2007)

وعليه يمكن القول أن أصحاب الاتجاه الاجتماعي في تفسيرهم لجودة الحياة يركزون أساساً على كل من السكان والعمل والدخل، إلى جانب علاقات الأفراد وكل المتغيرات الاجتماعية الأخرى التي تدخل في إطار المجتمع ككل.

8/ الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية مختلفة، أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية، تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة.

إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضاً تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكل، وتعطي جودة الحياة مؤشراً للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، وذلك في غياب علاج حالي أو الإحتياج للخدمات. (مسعودي: 2015، ص206)

تعقيب عام:

إتضح من خلال العرض السابق للنماذج المفسرة لجودة الحياة نوعاً من التكامل بين مختلف التفسيرات التي حاولت التركيز على مختلف سياقات حياة الأفراد، حيث ترى نظرية "هالدي Haldey, 1984" أن كل مجالات الحياة مهمة فعندما تسوء ظروف الفرد، تلقائياً يعيد النظر في تأثير الجوانب الأخرى على جودة الحياة لديه، كما ركز "هالدي" على كل من التنافر و التكيف، حيث أشار بمصطلح التنافر إلى إشكالية عدم الرضا، فهناك من الأفراد من يتمتعون بصحة جيدة إلا أنهم أشقياء وتعساء، أما التكيف فيقصد به أنه على الرغم من ظروف الحياة السيئة إلا أنها لا تشكل مانعاً من التمتع بالحياة لدى بعض الأفراد أو المرضى المصابين بأمراض خطيرة، ويشير إلى أن هناك بعض المتغيرات التي من شأنها أن تحدد مدى تمتع الفرد بحياته كالفعالية الذاتية مثلاً. أما نموذج "أباي واندروز Andrews & Abbey" فقد إفترض بأن التفاعل بين الأفراد مع العالم الاجتماعي من شأنه أن يؤثر على كل من الجانب النفسي والاجتماعي، وقد يؤدي ذلك إلى بعض الانفعالات والحالات السلبية، كما ذكر الباحثان أن الضغط، ومصدر الضبط، والمساندة الاجتماعية، والأداء لهم تأثير مباشر على القلق والاكتئاب، وفي المقابل أن هذه الحالات الانفعالية الأخيرة لها إنعكاس سلبي و تأثير مباشر على جودة الحياة، وتوصلاً إلى أن الضغط

والاكتئاب يرتبطان بقوة مع الإدراكات السلبية لجودة الحياة، في حين أن مصدر الضبط الداخلي، والأداء والدعم الاجتماعي يرتبطون بشكل معتدل بالتصورات الإيجابية لجودة الحياة، كما تطرق النموذج إلى أن جودة الحياة مفهوما ديناميا يتضمن مجموعة من الأبعاد الجسمية و النفسية و الاجتماعية، ويرتبط بالجانب الإيجابي لدى الفرد، أي إلى أي مدى يشعر الأفراد بقدرتهم على السيطرة على حياتهم وتمتعهم بها، ومدى قدرتهم على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين حتى لو كانت الظروف غير مواتية. أما بالنسبة لنموذج "العوامل الستة لرايف 1989، Ryff" فقد ركز على مجموعة من الأبعاد تركز معظمها على الوجود النفسي للفرد بما في ذلك قدرة الفرد على مقاومة الضغوط وإستقلاليته في إتخاذ القرارات، إلى جانب قدرته على تنظيم الظروف والإستفادة منها بطريقة إيجابية، مما يحدد مدى قدرته على زيادة فعاليته الذاتية وتنمية قدراته وإمكانياته و يجعله قادرا على تحديد الاهداف في الحياة بشكل موضوعي، وأن يكون له هدف ورؤية واضحة توجه سلوكياته مع المثابرة والإصرار على تحقيق أهدافه. ومن جهة أخرى تركز نظرية " لاوتن 1996، LAWTON" على تأثير إدراك الفرد بكل من الظرف المكاني، والظرف الزمني وتأثر كل ظرف بمتغيرات معينة: كالبيئة المحيطة بالفرد، والسن وإنعكاس ذلك على جودة الحياة.

من خلال هذا الموجز نلاحظ أنه على الرغم من إختلاف طريقة الطرح بين الاتجاهات والنظريات من حيث المقومات التي تحدد جودة حياة الأفراد، إلا أنها تتفق كلها بأن هناك بعض المتغيرات الرئيسية كالفعالية، والكفاءة الذاتية، ورضا الفرد تلعب دورا أساسيا في شخصية الأفراد من أجل الوصول إلى نظرة إيجابية للحياة ومعنى الوجود وتحقيق الأهداف المسطرة والتمتع بالحياة حتى لو كانت الظروف المحيطة غير مناسبة وغير مواتية للفرد، فقدره هذا الأخير على مقاومة الضغوط وتمتعه بإمكانية إتخاذ قراراته والإستفادة من الظروف المحيطة به، من شأن كل ذلك ان يساعده على إحساسه بالرفاه والإستمتاع بالحياة في ظل الإمكانيات والقدرات المتاحة.

ثالثا/ مجالات وأبعاد جودة الحياة:

لقد أكد العديد من الباحثين على أن جودة الحياة مفهوم مركب، ينطوي على عدة أبعاد ومجالات نفسية واجتماعية وجسدية، وكل مجال من هذه المجالات يتخذ أبعادا مختلفة من التفسيرات التي تختلف باختلاف المنطلقات النظرية لمتناولها، كما أشارت منظمة الصحة العالمية إلى وجود العديد من المجالات الرئيسية لجودة الحياة ويمكن ذكر:

1/المجال البدني:

ويمكن اعتبار الصحة واللياقة البدنية والحالة الوظيفية الجسمية الجيدة من العناصر الموضوعية لجودة الحياة، إذ أن مفهوم جودة الحياة لا يقتصر على غياب المرض أو العجز أو الألم، وإنما يعبر عن حالة من الرفاهية الجسمية والاجتماعية والنفسية، وأن إدراك الفرد بإمكانية تحقيق التوازن بين سيطرته على وعيه وقدراته العقلية وإدراكه، وإحساسه بما يحيطه، وسيطرته على أجزاء جسمه، وتحكمه بحركاته، وتخلصه من حالة الكسل والترخي، والشعور بالعجز، وعدم القدرة على الحركة النشيطة، من خلال ممارسة التمارين والأنشطة الرياضية والمشى تؤثر على الفرد وجودة حياته بإيجابية. (ابراهيم: 2006، ص 27)

2/ المجال النفسي:

إن جودة الحياة النفسية من المفاهيم ذات الطابع الجدلي، إذ تختلف مضامينه و دلالاته باختلاف الأفراد و اختلاف الثقافات، و تسهم فيه مجموعة متنوعة من المكونات، و تتداخل جودة الحياة من المنظور النفسي مع أبعاد جودة الحياة من المنظورات الأخرى، فمن منظور الصحة العضوية تذهب بعض الدراسات إلى ان جودة الحياة تصبح مفهوما محوريا لتطوير و زيادة فعالية التدخلات العلاجية للحالات التي تعاني أمراضا عضوية شديدة، و لتحقيق هذا المفهوم لابد من توفير مقومات العناية الجيدة و إلى معالجة الاثار النفسية التي عادة ما تصاحب المرض العضوي، و قد توصل (توركأن 1993, Turkan) إلى أن الذين يعانون من أمراض عضوية و يتلقون علاجاً طبياً، قد يعانون من آثار جانبية ذات أبعاد سلوكية معقدة، كما أنهم قد يسلكون على نحو غير موات يعوق استمرارهم في العلاج، و لهذا السبب يتعين أن يخضع هؤلاء لإختبارات سيكولوجية من أجل متطلبات الضبط السلوكي باعتباره أحد أبعاد جودة الحياة. (الخليفي: 2000، ص 163)

وقد تعددت وجهات النظر حول هذا المجال، حيث يرى الكثير من الباحثين أن المجال النفسي لجودة الحياة يتضمن جميع الحالات العاطفية الإيجابية، أما البعض الآخر فيرى أن هذا المجال يعتمد على غياب الإضطرابات النفسية كالقلق والإكتئاب.

3/ المجال الاجتماعي:

يرى (فلاناجون Flanagan 1982)، ان هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرد في تقييم الوظائف الاجتماعية مثل: تقدير الذات الاجتماعية، الإحساس بتحقيق الذات والنجاحات والإنجازات إل غير ذلك، كما يرى (ألمبرهانكس Hankiss,1984) أن الإهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة، و قد

ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، و هذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر. (محمدي: 2013، ص6)

4/ الرضا عن الحياة:

إن الدراسات السوسولوجية ركزت في البداية على الرفاهية المادية وظروف الحياة التي تؤدي إلى تقييم الأفراد لحياتهم بطريقة ايجابية، و بعد ذلك اهتموا بمتغير الرضا عن الحياة، هذا الأخير الذي عرفه (بافو وآخرون & al Pavot) على أنه عملية معرفية تؤدي إلى المقارنة بين حياة الأفراد و المعايير المرجعية (القيم، المثاليات)، و عليه، فالرضا في الحياة يشير إلى تقييم شامل لكل ما يفعله الفرد في حياته، في حين أن (دينر 1994 Diner) يرى بأن الرضا في الحياة يرجع إلى حكم واعي و شامل للفرد على حياته، و يمكن ان يكون مقسم إلى مجالات محددة " مهنية، عائلية، الرفاهية، الصحة، الذات، الجماعة التي ينتمي إليها... إلخ. (Marilou: 2002, p57)

5/ السعادة:

يرى (فينهوفن 2003 Veenhoven) بأن السعادة هي الدرجة التي يحكم فيها الشخص ايجابيا على نوعية حياته الحاضرة بوجه عام، و بمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها، و تقديره الذاتي لها، و قد دلت بحوث كثيرة على أن السعادة نتاج تفاعل مركب بين الشخص و بيئته، مما يجعلهما عوامل أساسية في السعادة، و في دراسة " لو" التتبعية تنبأ الدعم الاجتماعي بالمستوى الكلي للسعادة، في حين تنبأت الأحداث الإيجابية للحياة بالرضا عن الحياة، و فضلا عن ذلك كانت العلاقة قوية بين السعادة و الرضا عن الحياة، و موجز القول أن التفسير الدقيق للفروق الفردية في السعادة يتطلب تضمين ثلاثة تأثيرات: الشخصية، الجوانب الاجتماعية، المتصلة بالخصائص، السكانية، العوامل البيئية و الموقفية، و هذا هو المدخل متعدد الأبعاد. (عبد الكريم: 2006، ص ص 8-81)

وعموما يمكن ذكر أبعاد ومؤشرات جودة الحياة كما يلي:

ترى (مجدي، 2009) أن هناك ثلاثة أبعاد لجودة الحياة كالتالي:

➤ جودة الحياة الموضوعية: وتتمثل بما يوفره المجتمع من امكانات مادية إلى جانب

الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

➤ **جودة الحياة الذاتية:** والتي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو

مدى الرضا والقناعة عن الحياة، ومن ثم الشعور بالسعادة.

➤ **جودة الحياة الوجودية:** وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها

يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية، والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع (مجدي: 2006، ص63)

ويرى (Rosen , 1995) أن جود الحياة تتضمن أربعة أبعاد أساسية تضمنها المقياس الذي أعده لهذا الغرض وهي: الضغط النفسي المدرك، والعاطفة، والوحدة النفسية، والرضا. ويذكر (Widar et al, 2003) أن هناك إجماعاً على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة هي:

■ **البعد الجسمي:** وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

■ **البعد الوظيفي:** وهو خاص بالرعاية الطبية، ومستوى النشاط الجسمي.

■ **البعد الاجتماعي:** وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.

■ **البعد النفسي:** وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية، والإدراك العام للصحة، والصحة

النفسية، والرضا عن الحياة والسعادة. (Widar et al: 2003.p p 497-505)

ويشير حسن مصطفى (2005) إلى أن أبعاد جودة الحياة هي كما يلي:

■ **جودة الحياة الذاتية:** وتعني كيف يشعر كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو

مدى الرضا والقناعة عن الحياة والسعادة بها

■ **جودة الحياة الوجودية:** وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي

من خلالها يمكن للفرد أن يحيا حياة متناغمة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية إلى ما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع (مصطفى: 2005،

ص 17)

وتحدد كل من (عبد الوهاب وسند، 2010) عشر أبعاد لجودة الحياة هي:

التفاعل الاسري، والحياة اليومية، والوالدية، والسعادة المادية، والسعادة الانفعالية، والبيئة المادية، والصحة، والانتاجية، والسعادة الاجتماعية. (عبد الوهاب وسند: 2010، ص200)

أما بالنسبة لـ (Ventegodt et al, 2003) فيرون أن جودة الحياة تتضمن بعدين رئيسيين هما:

- **البعد الذاتي: Subjective Quality of Life** ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

- **البعد الموضوعي Objective Quality of Life:**

ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: عوامل موضوعية (مثل المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية. (ابو حلاوة: 2010، ص6)

كما تجدر الإشارة في هذا السياق إلى إن لجودة الحياة، في بعديها الموضوعي والذاتي، عددا من المظاهر يمكن ذكرها كما يلي:

🚩 **مظاهر البعد الموضوعي لجودة الحياة:**

- **المظهر الأول:** ويتمثل في العوامل المادية، وهذه العوامل نسبية في التعبير عن جودة

الحياة، فهي ترتبط بثقافة المجتمع ومستوى تحضره، وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع الثقافة التي يعيشون فيها، والمعايير الثقافية والحضارية التي يوفرها المجتمع.

- **المظهر الثاني:** هو إشباع الحاجات، بمعنى أن جودة حياة الأفراد تقاس بالدرجة التي

يمكن عندها مقابلة حاجاتهم بمدى إمكان إشباعها، فعندما يتمكن الأفراد من إشباع حاجاتهم، فإن جودة حياتهم ترتفع.

- **المظهر الثالث:** فهو القوى والمتضمنات الحياتية. فإن حياة الفرد لكي تكون جيدة، لا

بد له من استعمال القدرات العقلية والإبداعية الكامنة لديه، وينمي العلاقات الاجتماعية والعمل الهادف، وهي من المؤشرات على جودة الحياة.

- **المظهر الرابع:** هو الصحة والبناء الجسمي للفرد، فهي تعكس قدرته البدنية وسلامته الصحية.

✚ مظاهر البعد الذاتي لجودة الحياة:

- حسن الحال وهو مظهر عام لجودة الحياة
- الرضا عن الحياة، وهو أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، لأن كون الفرد راضيا عن حياته، يعني أن حياته تسير بشكل جيد، وهو ينبع من إشباع الفرد لكل توقعاته واحتياجاته.
- معنى الحياة، لأنه كلما شعر الفرد بإنجازاته وبمواهبه وقيمه وأهميته لدى الآخرين، وأن غيابه يسبب نقصا أو افتقاد الآخرين، كلما شعر بجودة الحياة التي يحياها.
- السعادة والشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات والشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة والشعور بالنشوة، حينما يدرك الفرد قيمه وامتضانات حياته، مع استمتاعه بالصحة النفسية.

(إبراهيم و صديق: 2006، ص 279)

ويرى (أبو حلاوة، 2010) أن دورة الحياة والخبرات المتبادلة التي نتعرض لها في كل مرحلة تلعب دورا هاما في ثبات رؤيتنا لجودة الحياة الشخصية، ويقترح تصور ذو ثمانى أبعاد يمكن من تقييم جودة الحياة الشخصية لكل إنسان بغض النظر عن تصوراته ورؤاه الشخصية، وهذه الأبعاد هي:

- السلامة البدنية والتكامل البدني العام
- الشعور بالسلامة والأمن
- الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية
- الحياة المنظمة المقننة
- الإحساس بالانتماء إلى الآخرين
- المشاركة الاجتماعية
- أنشطة الحياة اليومية ذات المعنى أو الهادفة
- الرضا والسعادة الداخلية

ويؤكد أن هذه الأبعاد لا تتبع تنظيم هرمي محدد أو ثابت، بل ينظم كل فرد هذه الأبعاد في بناء هرمي خاص وفق أولوياته ورؤاه الذاتية لأهمية كل قيمة بالنسبة لجودة حياته الشخصية، وأن ترتيب هذه

الأبعاد حسب أولوياتها تعتمد على الخبرات الذاتية بكل فرد وعلى الثقافة التي يعيش في إطارها. (أبو حلاوة: 2010، ص15).

رابعاً/ قياس جودة الحياة:

ان تقييم جودة الحياة أمر معقد وذلك بسبب حقيقة أنه لا يوجد تعريف عالمي واضح ومتفق عليه لجودة الحياة. وقد قسم (Wiklund & All 2000) أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاث أنواع:

➤ **القياس العالي:** وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس فلانجان لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالاً من مجالات الحياة

➤ **القياس العام:** له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية وفي الرعاية الصحية، تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير مرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى، ويطبق المقياس العام على مجموعة كبيرة من السكان، والميزة الكبرى لهذا المقياس في تغطيته الشاملة وكذلك حقيقة أنه يسمح بعمل مقارنات على مجموعات مختلفة من المرضى، أما عيوب هذا المقياس أنه لا يعطي عناوين ذات صلة بمرض معين.

➤ **القياس الخاص بالمرض:** تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في الحالات الخاصة، هذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية التغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى كالألم، التعب إلى غير ذلك وهذه الإجراءات والقياسات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يمكن تحل بواسطة التدخل العلاجي.

ولقد نتج عن هذا التصنيف في الأدوات التي تقيس جودة الحياة أصلاً من وجود مفهومين لها وهما مفهوم جودة الحياة العامة وجودة الحياة الخاصة أو المتعلقة بالصحة، غير أن الملاحظ على هذه المقاييس سواء كانت عامة أو نوعية هو أنها لاتعكس دائماً تطابقاً بين تسميتها وبين الأبعاد التي تقيسها وفي ما يلي سيتم عرض بعض المقاييس التي تقيس جودة الحياة:

أول مقياس لجودة الحياة ظهر سنة 1970 وهو مقياس فيتاغرام (THE VITGRAMO) وفي سنة 1976 ظهر مقياس لقياس نوعية الحياة من قبل برستمان وباوم حيث تراوحت المؤشرات من مشاعر الرفاه إلى الألم. (حمزة و حسين: 2018، ص147)

• وهناك مقياس ملمح تأثير المرض وضعه (Bergner,1981) يتكون من 12 بعدا في 136 سؤالا ويقاس تأثير المرض على الوظائف الجسدية والنفسية.

• ملمح الصحة لنوتينغهام (NHP) تم إقتراحه من طرف (Hunt et al,1981) في صيغة 38 سؤالا ويقاس الوظائف الصحية، النوم، النشاط، الألم، التهميش الاجتماعي الناتج عن المرض.

• سلم الصحة النفسية العامة (PGWB) صمم هذا السلم من طرف دبي (Dupuy) ولذلك فهو يعرف بإسمه أيضا هو سلم يقاس تقدير الفرد لحالته الانفعالية والعاطفية.

• ملمح جودة الحياة الذاتية (PQVS) وضعه (Dazort et al,1995) هو عبارة عن إستبيان مكون من 29 بند لقياس جودة الحياة الذاتية من خلال مؤشرات ومجالات معينة من مجالات الحياة كالمجال الجسدي، المجال النفسي، الانفعالي، العلائقي.

• إستبيان نوعية الحياة: صمم (Evans and Cope,1994) جهاز ذاتي التقدير لقياس جودة الحياة لدى البالغين يحتوي 192 تقيس خمس مجالات رئيسية هي الرفاهية العامة (المادية، البدنية، النمو الشخصي) العلاقات الشخصية البيئية، النشاط التنظيمي، النشاط الوظيفي، نشاط ترفيهي وإبتكاري.

مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-100) والمختصر (WHOQOL-BREF) وهو شامل وواسع حيث يشمل عدة مجالات وهي الصحة الجسمية والصحة النفسية، المعتقدات الشخصية، العلاقات الاجتماعية وعلاقتهم بالبيئة المحيطة. الأول مكون من 100 بندا اختصر فيما بعد لـ 26 بندا ليكون (WHOQOL-BREF). (حمزة و حسين: 2018، ص 148)

وأخيرا ماتجر الإشارة إليه هو أن كل ماسبق ذكره من تراث نظري حول جودة الحياة، قد ساهم في مساعدة الباحثة في الجوانب التالية:

○ الفهم العميق لمصطلح جودة الحياة بكل جوانبها الذاتية والموضوعية، مما ساعد الباحثة على فهم أفراد العينة في هذه الجوانب، وكيفية نظرتهم وتفسيرهم لحياتهم.

○ الدراسات السابقة حول جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية ومساهمتها في بناء إشكالية الدراسة الحالية.

○ الإطلاع على مقاييس جودة الحياة، وإختيار المقياس المناسب للدراسة الحالية والمتمثل في مقياس جودة الحياة المختصر.

الفصل الرابع الغدد اللاقنوية وأمراضها

أولا/الغدة النخامية وأمراضها

ثانيا/الغدة الصنوبرية وأمراضها

ثالثا/الغدة الدرقية وأمراضها

رابعا/الغدة جار الدرقية وأمراضها

خامسا/الغدة الكظرية وأمراضها

سادسا/الجهاز الصماوي للبنكرياس وأمراضه

سابعا/الغدد التناسلية وأمراضها

من خلال الإطلاع على التراث النظري إتضح أن نشاط الجسم وسلوكياته تخضع بشكل رئيسي إلى كل من الجهاز العصبي والجهاز الهرموني، حيث يعمل كلاهما على تنظيم وتنسيق أجهزة الجسم ومساعدته على القيام بوظائفه الحيوية. ويختص الجهاز الغدي الهرموني بدوره باستقبال وإرسال رسائل كيميائية عن طريق الدم لتنظيم نشاط الخلايا في أجزاء الجسم المختلفة. وتعرف الغدد على انها مجموعة من الأعضاء النسيجية والتي تتواجد في مناطق متفرقة في جسم الانسان، وتتمثل وظيفتها في إنتاج وتصنيع مجموعة من المواد الكيميائية تسمى "هرمونات HORMONES"، هذه الأخيرة التي تعمل على القيام بوظائفها من خلال مجموعة من الطرق، وماتجدر الإشارة إليه أن الغدد في جسم الانسان توجد بأنواع مختلفة بما فيها غدد خارجية الإفراز تتميز بوجود قنوات تتخلص بها من الإفرازات التي تقوم بتصنيعها كالغدد اللعابية. وغدد مختلطة الإفراز، وتتميز هذه الأخيرة بإحتوائها على قنوات إفرازية وخلايا ذات إفراز داخلي. أما النوع الأخير والذي سيتم تناوله في الدراسة الحالية فيتمثل في الغدد داخلية الإفراز، هذه الأخيرة التي تتميز بعدم وجود قنوات خاصة بها، وتسمى أيضا بالغدد اللاقنوية، حيث تفرز هذه الأخيرة هرموناتها في الدم مباشرة وأي زيادة أو نقصان في هذه الهرمونات يؤدي ذلك إلى اضطرابات وأمراض غدية عديدة. وسيتم تناول كل ماسبق بالتفصيل من خلال التراث النظري للغدد اللاقنوية وأمراضها.

اولا/الغدة النخامية وأمراضها Pituitary Gland and its Diseases :

هي عبارة عن غدة صغيرة الحجم، بحجم حبة الحمص، يبلغ قطرها سنتمترا واحدا ووزنها نصف غرام، وتوجد في حفرة خاصة في أسفل قاعدة الدماغ، تدعى السرج التركي sella Turcica لأن شكلها يشبه سرج الفرس التركي. وهي تتكون من فصين اثنين يختلفان عن بعضهما البعض من حيث التركيب والوظيفة، وتتصل مع تحت المهاد Hypothalamus بواسطة سويقة نخامية ويرتبط الفصان مع بعضهما البعض بواسطة الفص الأوسط المعروف بـ " البرزخ " وهو عبارة عن امتداد ضيق يشبه الفص الأمامي نشأة وتركيبا ووظيفة. (سيد وآخرون: 2015، ص393)

1/ هرمونات الغدة النخامية ووظائفها:

أ/ الهرمون المنشط لإفراز هرمونات الدرقية **thyroid stimulating hormone**:

📌 **الوظيفة:** يقوم هذا الهرمون بوظيفة رئيسية وهامة في تحفيز نمو الغدة الدرقية وتنشيط إفرازاتها من هرمون الثايروكسين (T4) والثايرونين ثلاثي اليود (T3) وتأمين وصول الدم إلى الغدة الدرقية، وتتلخص هذه الوظيفة في قيام الهرمون بزيادة نشاط الخلايا الرئيسية (Chief cells) للغدة الدرقية من خلال 3 مراحل محددة:

-زيادة سحب اليود داخل الخلايا بواسطة ما يسمى بمضخة اليود.

-إنتاج وتحرير هرمون الثايروكسين (T4) والهرمونات المصاحبة له.

-الإسراع في تحلل البروتين الرابط للثايروكسين (Thyroxine binding globulins. TBG).

خلال مرحلة تصنيع هرمونات الدرقية (T4. T3) وجد أن هرمون TSH يؤثر مباشرة على أكسدة اليود، والقيام بأيدنة جزيئات الثايروكسين في مركب الجلوبيولين للثايروكسين، بالإضافة إلى دوره في إتمام عملية إتحاد جزيئات الثايروكسين المتأيدة وإدخال الأحماض الأمينية داخل الغدة الدرقية، أما من حيث عملية إفراز هرمونات الدرقية فإن هرمون TSH يحفز بلعمة TBG داخل الخلايا وتحفيز وظيفة الليوزومات للقيام بتحليل TBG وتحرير هرمونات الدرقية منها داخل الدم. (القماطي: 2005، ص ص81-

(82)

ب/ الهرمون المنشط لإفراز هرمونات الكظرية (Adrenocorticotropin hormone ACTH):

📌 **الوظيفة:**

-يخضع ACTH في إفرازه للتنظيم المباشر للهرمون المحرر الذي يفرز من الجسم تحت السريري (CRH) الذي يؤثر مباشرة على الجزء القشري للكظرية لإفراز الهرمونات القشرية السكرية، خاصة الكورتيزول، وبالتالي يقوم بتنظيم أيض كل من الجلوكوز والبروتين والدهن.

- يساعد على زيادة إدخال الجلوكوز إلى الخلية بالإضافة إلى تحفيز عملية تحلل الجلايكوجين من أجل توفير الطاقة اللازمة لتصنيع الهرمونات ويساعد أيضا في تكوين الجلوكوز من مصادر سكرية وبروتينية.

- يساعد على تصنيع البروتين الذي عادة ما يكون ملازما لتصنيع الأسترويدات القشرية، وتعتبر مرحلة تغيير الكوليسترول إلى برجنينولون كمصدر أولي لتصنيع هذه الهرمونات مرحلة محددة لوظيفة هرمون (ACTH).

-زيادة إفراز ACTH تعمل على تحفيز إفراز الكورتيزول الذي يقوم بدور أساسي في تنشيط وتصنيع الإنزيمات اللازمة لتحويل هرمون النورأبينفرين إلى أبينفرين. (القماطي: 2005، ص ص 84-85)

ج/ الهرمون المنشط لنمو الحوصلات (FSH) Follicular Stimulating Hormone:

🚩 **الوظيفة:** يقوم هرمون (FSH) بوظائف هامة في كل من الأنثى والذكر يمكن إيجازهما فيما يلي:

لدى الأنثى:

-تحتاج الأنثى لهذا الهرمون لنمو المبيض خلال الفترة ما قبل النضج وكذلك نمو وتطور الحوصلات المبيضية غير الناضجة.

-يلعب دورا أساسيا في المحافظة على إفراز هرمون الأستروجين من الجسم الأصفر لعدد من الحيوانات

-يعمل على تنظيم نمو الحوصلات المبيضية خلال الدورة التناسلية.

لدى الذكر:

-يحتاج الذكر لهذا الهرمون لنمو ونضج الأنيبيبات المنوية في الخصيتين استعدادا لتكوين الحيوانات المنوية.

-يعمل على تنظيم آلية تصنيع وتكوين الخلايا المنوية في الحيوانات البالغة جنسيا. (القماطي: 2005، ص 91)

د/ هرمون النمو (GH) :Growth Hormone :

لايؤثر هذا الهرمون مباشرة على أي غدة أخرى وإنما يمتد نشاطه ليشمل التأثير على النمو العام الطبيعي للكائن الحي، والنمو عادة يحدث نتيجة إنقسام الخلايا بالأنسجة المختلفة. ويتوقف النمو على نشاط هذا الهرمون، أما التغيرات الجنسية فتخضع لتأثير هرمون آخر من هرمونات هذا الجزء الأمامي. والجدير بالذكر أن نقص هذا الهرمون من شأنه أن يؤدي إلى القزامة، أي ان الشخص يكون طبيعي في نسبة ذكائه العام إلا أنه لا يحتفظ بعملية النسب والتناسب بين أطوال أعضاء جسمه المختلفة. أما زيادة نشاط هذا الهرمون يعتمد على مرحلة النمو لأن تأثيره قبل النضج يختلف عن تأثيره بعد النضج، حيث أن زيادة هذا الهرمون قبل النضج تؤدي إلى العملاقة الناشئة عن اضطراب ذلك الجزء من الغدة النخامية. (محمد كامل: 1994، ص88)

هـ/ هرمون البرولاكتين Prolactin :

إن تأثير البرولاكتين الأكثر وضوحاً هو إحدائه تمييز وتطور خلايا الغدة اللبنية (الثدي) بالعضافة إلى تنبيه هذه الخلايا لإنتاج وتكوين بروتينات اللبن وباقي مكوناته، وقد يعمل البرولاكتين كهرمون نمو ثانوي على الكبد بصفة خاصة، هذا ولقد اثبتت نتائج العديد من الدراسات وجود ثلاث هرمونات رئيسية لازمة لإتمام نمو وتطور الغدة اللبنية (الثدي) وهي البرولاكتين والأنسولين والكورتيزول. (صفوت وجادر: 1996، ص49)

و/الهرمون المضاد لإدرار البول (ADH) :Antidiuretic Hormone :

يلعب هرمون ADH دوراً حيوياً في تنظيم التوازن المائي بالجسم من خلال أثره المباشر على الخلايا الطلائية على الأنبيبات الملتفة البعيدة والقناة الجامعة للنيفرون عند الحاجة إلى الماء (كالجفاف أو العطش) تزداد مقدرة هذه الخلايا على امتصاص الماء من البول المتكون وإعادته إلى الدورة الدموية (reabsorption)، يقوم هذا الهرمون بهذه الوظيفة من خلال نظام الموصل الثاني (C – AMP) مسبباً إنتاج انزيمات لازمة لزيادة نفاذية هذه الخلايا لممرور الماء (زيادة القناة المائية aquaporins) تقوم هذه القنوات المائية بإعادة الماء خالياً من المذيبات الأخرى إلى الدم مسبباً انخفاضاً في اسموزية الدم (Osmolarity) مع زيادة اسموزية البول. (القماطي: 2005، ص 116)

-مضيق الأوعية الدموية: تعتبر هذه الوظيفة ثانوية بالنسبة لوظيفة الهرمون الرئيسية في المحافظة على الماء بالجسم ويعتقد أن الهرمون يعمل على تضيق الأوعية الدموية (vasoconstrictor) داخل الجزء النخاعي للنيفرون ويقلل من عملية تدفق الدم من خلالها بالإضافة إلى مساهمته في حفظ التوازن الأيوني للصوديوم والكلور .

-تنظيم التركيز الأيوني للصوديوم خارج الخلية: حوالي 95% من إجمالي الضغط الاسموزي يتوقف على التركيز الأيوني لعنصر الصوديوم خارج الخلية وبالتالي فإن وظيفة هرمون ADH وتأثيرها بالضغط الاسموزي لا تتم إلا من خلال تنظيمه لأيون الصوديوم. (القماطي: 2005، ص ص 118-119)

ي/ هرمون الأوكسي توسين (Oxytocin, OT) :

🚩 الوظيفة:

- تأثير (Oxytocin, OT) على الرحم وعلى الولادة: المادة الأوكسيتوسينية هي تلك التي تسبب تقلص الرحم الحامل، وهرمون الأوكسي توسين كما يدل عليه اسمه ينبه بشدة الرحم الحامل وخاصة عند نهاية الحمل ولهذا يعتقد العديد من أطباء الولادة بأن هذا الهرمون مسؤول عن تسبب الولادة لدرجة جزئية على الأقل، وتؤيد ذلك الحقائق التالية:

-تطول مدة الوضع في الحيوانات المزلة منها الغدة النخامية، مما يدل على إمكانية تأثير

(Oxytocin, OT) أثناء الوضع.

-تزداد كمية (Oxytocin, OT) في البلازما أثناء الولادة.

-يؤدي تنبيه عنق الرحم في حيوان حامل إلى حدوث إشارات عصبية تمر إلى الوطاء وتسبب

زيادة في إفراز (Oxytocin, OT)

-تأثير (Oxytocin, OT) على قذف اللبن: يقوم (Oxytocin, OT) بدور خاص مهم في عملية

الألبان Lactation وهو دور مفهوم بصورة جيدة أكثر من دوره في وضع الوليد ففي الألبان يسبب هذا الهرمون عصر اللبن من الأسناخ إلى القنوات بحيث يتمكن الرضيع من رضعه وتعمل هذه الآلية بالطريقة التالية:

-تحريير (Oxytocin, OT) بواسطة الغدة النخامية الخلفية، ويحمل (Oxytocin, OT) بواسطة الدم إلى الثديين حيث يسبب تقلص الخلايا العضلية الظهرية، التي تكون تعريشة تقع حول أسناخ غدة الثدي، ويبدأ جريان اللبن في أقل من دقيقة بعد بداية الرضع، ولذلك تسمى هذه الآلية نزول اللبن milk letdown أو قذف اللبن. (غايتون وهول: 1997، ص ص 1132-1133)

2/ أمراض الغدة النخامية Diseases of the pituitary gland

أ/قصور النخامية HYPOPITUITARISM:

يتم تعريف قصور الغدة النخامية على أنه فقدان الكلي أو الجزئي لوظيفة الغدة النخامية الأمامية والخلفية التي تسببها اضطرابات الغدة النخامية أو تحت المهاد، و يبدو أن معدل الإصابة (من 12 إلى 42 مريضا جديدا لكل مليون سنويا) ومعدل الانتشار (300 إلى 455 مريضا لكل مليون) يقلل من معدل الإصابة الفعلي بهذا الاضطراب نظرا لما يصل إلى 30% إلى 70% من مرضى إصابات الدماغ تظهر أعراض انخفاض إفراز الهرمون من الغدة النخامية الخاصة بهم. (yeon kim,2015)

وتشمل الأسباب أي مرض في النخامية أو في الوطاء كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 1: أسباب قصور النخامية

مكان الآفة.	الأعواز الشائعة/الأسباب.	الاعواز النادرة/الأسباب.
الوطاء:		
المكتسبة.	الورم القحفي البلعومي. أذية الرأس. الجراحة. المعالجة الشعاعية.	الساركويد. التدرن. كثرة المنسجات بخلية لانغرهانس. الورم الأولي أو الثانوي. الإفريقي. التهاب الدماغ
الخلقية	GnRH (متلازمة كالمان) GnRH	TRH. DRH.
النخامية:		
البنوية	ورم النخامية. الجراحة. المعالجة الشعاعية. أذية الرأس. الورم السحائي الموضعي.	الورم الثانوي. التنخر بعد الوضع (متلازمة شيهان). المناعى الذاتي. النزف (السكرتة). داء ترسب الاصبغة الدموي.

إن تظاهر الاعراض متنوع بشكل كبير ويعتمد على الآفة المستبطنة، فالعيوب الخلقية في الوطاء تتظاهر عادة بالقامة الصغيرة، ويكون إفراز هرمون النمو هو أول الهرمونات التي تفقد غالباً، ويؤدي ذلك عند البالغين إلى الضعف العضلي وزيادة الكتلة الدهنية، لكن هذه المظاهر لا تكون واضحة إذا كانت معزولة، بعد ذلك يضعف افراز موجهاً الغدد التناسلية (LH و FSH) ويحدث عند الذكور فقد الشبق Libido والعنانة، ويحدث عند الإناث ندرة الطموث أو انقطاع الحيض، وقد يحدث عند الذكور في مرحلة متأخرة التثدي ونقص عدد مرات الحلاقة، يصبح شعر الإبطن وشعر العانة في كلا الجنسين في النهاية خفيفاً أو حتى غائبا. ويصبح الجلد بشكل مميز مجعداً Wrinkled وأكثر نعومة. (ديفيدسون: 2005، ص 206-207)

ويتضمن علاج قصور الغدة النخامية عادة بديلاً للهرمون الناقص، ولكن يجب توخي الحذر لأن العديد من الدراسات قد أبلغت عن زيادة حالات اضطرابات القلب والأوعية الدموية، وعدد الوفيات بين هؤلاء المرضى، هذا بالإضافة إلى أن نسبة كبيرة من المرضى الذين عولجوا من نقص هرموني يعانون من اضطرابات غامضة إلى حد ما ونوعية حياة منخفضة. (yeon kim,2015)

ب/الأورام الوطائية والنخامية PITUITARY AND HYPOTHALMIC :TUMOURS

➤ أورام النخامية غير الوظيفية :NON-FUNCTIONING PITUITARY TUMOURS

تكون الأورام النخامية عادة أوراما غدية Adnomas سليمة. إن الكارسينوما الأولية في الغدة النخامية نادرة لكن الورم الانتقالي من ورم أولي في الثدي أو الرئة أو الكلية أو من أي مكان آخر قد يحدث في الوطاء وينقص وظيفة النخامية. وتتنوع المظاهر السريرية ويعتمد ذلك على نمط الآفة في الغدة النخامية وتأثير تلك الآفة على البنيات المحيطة بها، ويعتبر الصداع هو العرض الأكثر شيوعا لكنه الأقل نوعية، ولا تسبب الأورام النخامية مظاهر خلل وظيفة الوطاء أو النخامية الخلفية إلا إذا امتدت بشكل كاف بحيث تصطمم بالوطاء حيث أن الضغط على النخامية لا يتداخل مع وظيفتها. (ديفيدسون: 2005، ص ص 213-214)

كما تم تحديد مظاهر الورم النخامي غير العامل حسب حجم الورم، وسرعة نمو الورم، واتجاه توسيع الورم، وغالبا ما تكون الأعراض متمحورة حول عيوب في المجال البصري أو أعراض تتعلق بنقص هرموني، كما قد تكون أيضا صداعا أو أعراضا من الضغط على الأعصاب القحفية أو سيلان الأنف أو الغثيان وفي بعض الحالات، قد يكون هناك نزيف أو احتشاء الورم الحميد، أي سكتة ورم، والتي يمكن أن تؤدي إلى توسع مفاجئ في الورم مما يؤدي إلى صداع حاد، وضعف البصر وقصور الغدة النخامية (Daniel: 2014,p6)

➤ الورم البرولاكتيني PROLACTINOMA

إن النوع الأكثر شيوعا من ورم الغدة النخامية الإفرازي ينتج البرولاكتين وفرط البرولاكتين في الدم، والذي يؤدي في الغالب إلى اختلال وظيفي في الغدد التناسلية لدى النساء قبل انقطاع الطمث وفي الرجال، وقد يتراوح هرمون البرولاكتين في الدم من ارتفاع خفيف (30-60 نانوغرام/ مل) إلى عدة آلاف. (Janet & all: 2003,p 56)

يعتبر ارتفاع مستويات برولاكتين البلازما من الموجودات الشائعة وقد ينجم عن مجموعة متنوعة من الأسباب، ورغم أن القائمة طويلة فإنه من الممكن عادة الوصول إلى تشخيص افتراضي عن طريق القصة المرضية المأخوذة بدقة خاصة فيما يتعلق بالمعالجة الدوائية.

إن المظاهر الرئيسية لفرط برولاكتين الدم هي ثر اللبن Galactorrhoea وقصور الغدد التناسلية، ويؤدي قصور الغدد التناسلية عند النساء إلى انقطاع الحيض الثانوي وندرة الطموث أو النزف الحيضي والإباضة مع العقم، أما عند الرجال فيحدث نقص الشبق والعنانة ونقص عدد مرات الحلاقة، ويتظاهر الرجال عادة بالأعراض في مرحلة متأخرة مقارنة مع النساء وهم أكثر ميلاً لأن يكون لديهم ورم غدي كبير، كذلك فإن المرضى المصابين بالأورام الغدية الكبيرة قد يكون لديهم أي من المظاهر السريرية للأورام النخامية غير الوظيفية. (ديفيدسون: 2005، ص ص 215-216)

➤ ضخامة النهايات ACROMEGALY:

ضخامة النهايات هي مرض متعدد النظم ينتج عن إفراز هرمون النمو، والملاح الكلاسيكية لتضخم اليدين والقدمين والوجه (الوهن، الرؤوس الأمامية، سماكة الأنف والشفنتين) قد تستغرق سنوات عديدة لتصبح واضحة، وقبل التعرف على هذه الخصائص الكلاسيكية، يصاب المرضى بفرط التعرق، البشرة الدهنية، علامات الجلد، حب الشباب الكيسي، آلام المفاصل (المفاصل الكبيرة: الكتفين، الوركين، الظهر، الركبتين)، ارتفاع ضغط الدم، عدم تحمل الجلوكوز أو السكري، توقف التنفس أثناء النوم، تضخم الغدة الدرقية العقيدية. والحقيقة المؤسفة هي أن معظم المرضى يعانون من المرض لمدة 7 سنوات أو أكثر قبل إجراء التشخيص الصحيح، كذلك ترتبط ضخامة النهايات بالوفيات المبكرة، أي حوالي 10 سنوات في وقت مبكر عن السكان العاديين. (Janet & all: 2003,p 59)

جدول رقم 2: المظاهر السريرية لضخامة النهايات.

<p>الاعتلال المفصلي بضخامة النهايات. الاعتلال العضلي. متلازمة نفق الرسغ. ظاهرة رينو متأخرة البداية. ضخامة الأحشاء (مثل الدرقية والقلب والكبد).</p>	<p>تبدلات النسيج الرخو: تسمك الجلد. زيادة التعرق. الصداع. زيادة إنتاج الزهم. ضخامة الشفتين والأنف واللسان. زيادة سماكة وسادة العقب.</p>
<p>القدمان الضخمتان (زيادة مقاس الحذاء).</p>	<p>ضخامة الأطراف: اليدان الكبيرتان (صعوبة نزع الخواتم).</p>
<p>الحدب. Kyphosis. الفصال العظمي Osteoarthritis</p>	<p>ضخامة العظمية الأخرى: نمو الفك السفلي-الفقم Prognathism. نمو الجمجمة - تبارز الحواف فوق الحجاج مع كبر الجبين الجبهيين.</p>
<p>فرط ضغط الدم (يترافق في 25% مع زيادة صوديوم الجسم).</p>	<p>التأثيرات الاستقلابية: عدم تحمل الغلوكوز (25%). الداء السكري (10%).</p>
<p>سرطان الكولون (2-3 أضعاف الخطر النسبي).</p>	<p>الاحتياطات طويلة الأمد: الداء العصيدي (2-3 أضعاف الخطر النسبي).</p>

إن ال-IGF-1 هو الذي يقوم بدوره بكمية إفراز هرمون النمو، ويعتبر هذا أمر هام لأن ضخامة النهايات يمكن أن تسبب الداء السكري عن طريق إثارة Exacerbation المقاومة للإنسولين. غير أن مستويات IGF-1 تكون منخفضة عند المرضى السكريين غير المصابين بضخامة النهايات في حين تكون هذه المستويات مرتفعة عند المرضى المصابين بضخامة النهايات. (ديفيدسون: 2005، ص ص 218-219)

ج/مرض النخامية الخلفية HYPOTHALAMIC AND POSTERIOR

:PITUITARY DISEASE

مرض السكري الكاذب DIABETES INSIPIDUS

يتميز مرض السكري الكاذب بإفراز كميات وفيرة من البول المخفف، يمكن أن يهدد الحياة إن لم يتم تشخيصه وإدارته بشكل صحيح، كما يمكن أن يكون سببه عيبان مختلفان بشكل أساسي: إفراز غير كاف أو ضعيف لهرمون مضاد لإدرار البول (ADH) من الغدة النخامية الخلفية (مرض الكاذب العصبي

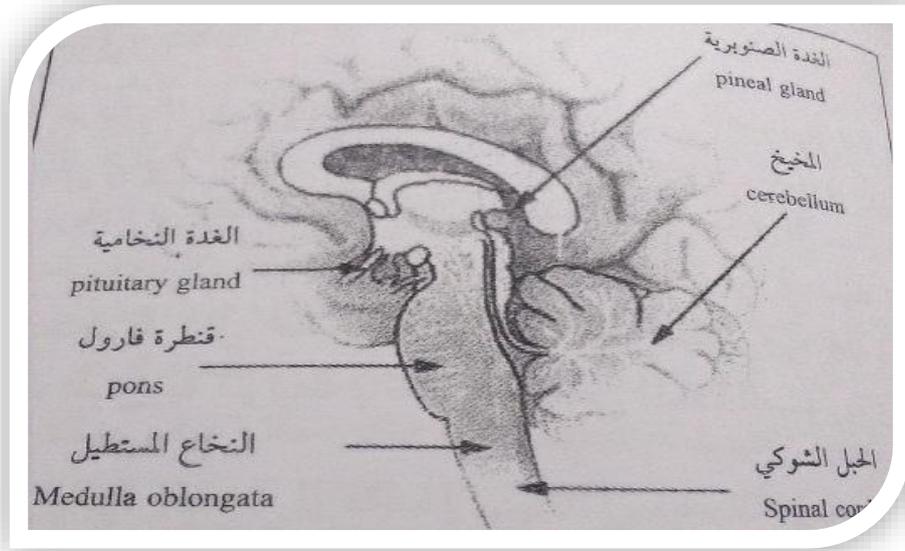
أو المركزي غير الكاذب) أو ضعف كلوي أو استجابة غير متناسبة مع مرض الكلى ADH (داء السكري الكبيدي). والتميز ضروري للعلاج الفعال. (Makaryus & Mcfarlane, 2006)

المظاهر السريرية: إن العطش والبول هي أكثر الاعراض وضوحا، قد يتبول المريض 5-20 ليترًا أو أكثر من البول في 24 ساعة ويكون هذا البول منخفض الكثافة، إذا كان المريض واعيا ويستطيع الوصول إلى السوائل الفموية فعندها يمكن له أن يحافظ على مدخول كاف من السوائل، ولكن عند المريض غير الواعي أو المريض الذي لديه أذية في مركز العطش الوطائي فإن مرض السكري الكاذب قد يكون مميت، أما إذا وجد عوز مرافق في الكورتيزول فإن مرض السكري الكاذب قد لا يتظاهر حتى يعطى معالجة بالقشرانيات السكرية. (ديفيدسون: 2005، ص 222)

ثانيا/ الغدة الصنوبرية وأمراضها Pineal gland and its Diseases

هي غدة صغيرة الحجم، تقع في المخ وهي المسؤولة عن إفراز هرمون الميلاتونين ولها علاقة بتنظيم معدل النمو الجسمي وكذلك عمليات النضج الجنسي في الكائن الحي، وهناك من الأدلة ما يشير إلى دور الغدة الصنوبرية في السيطرة على الفعاليات التكاثرية لبعض الثدييات وربما الإنسان، وقد أوضحت الأدلة السريرية إلى أن الأطفال المصابين بورم في الخلايا الصنوبرية قد يتأخرون في نضجهم الجنسي. (سيد وآخرون: 2015، ص 421)

وتعتبر الغدة الصنوبرية فريدة - إلى حد ما - فيما يتعلق بحجم التغير الذي يميز تطورها النشوئي، فهي في البرمائيات عضو مستقبل للضوء (Photoreceptive organ) أساس، غير أنها تطورت في الحيوانات الراقية من كونها عضو مستقبل للضوء إلى كونها غدة تنتج هرمونات تستقبل الإشارات الضوئية الواصلة إليها من العيون الجانبية والأعضاء السمبثاوية وتشمل نواتج الغدة الصنوبرية على الميلاتونين (Melatonin) والميثوكسي إندولات (Methoxyindols) والسيراتونين (Seratonin) والأسيتيل سيراتونين (acetylseratonin) وتختلف النظرة إلى أهمية هذه الهرمونات من ناحية التأثيرات الفسيولوجية، وهناك اتجاه إلى الاعتقاد بأن الميلاتونين هو المادة الأساسية النشطة التي تفرزها الغدة الصنوبرية، ويتم تنبيه إفراز الميلاتونين من الغدة الصنوبرية بواسطة النورإبينفرين الذي يتم إفرازه من الخلايا العصبية المجاورة. (صفوت وجادر: 1997، ص 608)



شكل رقم 1: يوضح تركيب الغدة الصنوبرية

(سيد وآخرون: 2015، ص423)

2/ هرمونات الغدة الصنوبرية:

يعتبر الميلاتونين (Melatonin) الهرمون الرئيسي الذي يتم تخليقه وإفرازه من خلايا الغدة الصنوبرية (Pinealocyte) ومن تأثيراته البيولوجية ما يلي:

✓ تأثيراته العصبية: يسبب الميلاتونين الخمول أو النعاس **drowsiness** في الإنسان.

✓ تأثيراته على (FSH) و (LH): يثبط الميلاتونين إفراز (FSH) و (LH) الذي يحدثه

هرمون (Gn RH) من الهيبوثالاماس ويصبح تثبيط إفراز النخامية الغدية من هذه الهرمونات بمعدل 50% من معدل الاستجابة الكاملة لهرمون (Gn RH)، وقد يتدخل الميلاتونين أما في تأثير هرمون (GN RH) المنبه لإفراز هرمونات النخامية الغدية أو بميكانيكية غير مباشرة في عمليات إفراز تلك الهرمونات. وقد وجد أن الميلاتونين يزيد من نشاط إنزيم الـ (**arnithine decarboxylase**) في النخامية الغدية للفأر ويستمر هذا التأثير لعدة أسابيع على الأقل. ويؤدي استئصال الغدة الصنوبرية إلى زيادة النشاط الميتوزي في النخامية الغدية للفأر مصاحب لتأثيره على نشاط إنزيم الـ (**arnithine decarboxylase**) والذي عادة ما يعكس النشاط الميتوزي، غير أنه من غير الواضح أن ذلك التأثير له علاقة بمعدل إفراز (FSH) و (LH) استجابة لهرمون (Gn RH).

تأثيراته على تنظيم إفراز هرمون النمو: لقد ظل الاعتقاد بمقدرة الميلاتونين على تثبيط إفراز هرمون النمو من النخامية الغدية سائدا لفترة من الوقت، ويظهر الميلاتونين هذا التأثير عن طريق تثبيته إفراز السوماتوستاتين (Somatostatin) عندما يتراوح تركيزه 10:100 نانومول وذلك كما أوضحته نتائج التجارب الحديثة. (صفوت وجادر: 1997، ص 620)

✓ تأثيراته على وظائف المبيض: يؤدي استئصال الغدة الصنوبرية إلى بدء وظائف المبيض الغير ناضج ويوقف هذا النشاط عند المعاملة بالميلاتونين، وينخفض معدل إفراز الميلاتونين أثناء الليل قبل أو أثناء البلوغ، وتحدث إعطاء جرعة عالية من الميلاتونين (من 1: 3 ملليج/كجم) إلى الأفراد البالغين الصغير بدء إفراز البرولاكتين.

تأثيراته على قشرة غدة فوق الكلية: ينبه الخفض الحاد للكورتيزول في الإنسان (بواسطة ال metyrapone مثلا) إفراز الميلاتونين، وقد يشير ذلك إلى وجود نوع من التداخل بين إفراز الميلاتونين (ACTH الجلوكوكورتيكويدات. (صفوت وجادر: 1997، ص 621)

3/ أمراض الغدة الصنوبرية Diseases of the pineal gland:

يعتقد بعض الباحثين أن تكلس الصنوبرية كان مرتبطا ببعض أمراض الغدد الصماء مثل مرض انفصام الشخصية، وسرطان الثدي في الآونة الأخيرة، أظهرت دراسات إضافية أن تكلس الصنوبرية يعرض إنتاج الميلاتونين للإنسان للخطر بالفعل، ويبدو أن له تأثيرا مباشرا على الأمراض العصبية والشيخوخة.

أ/ تكلس الغدة الصنوبرية:

تكلس الصنوبرية هي ظاهرة منتشرة بشكل واسع في كل الأنواع، ويزداد معدلها مع التقدم في السن وفي بعض الأنواع تكون معدلات تكلس الصنوبرية عالية تصل إلى 100% مع التقدم في السن، ومن المفارقات أن التكلس يحدث أيضا في حديثي الولادة. وقد اعتقد البعض ان تكلس الصنوبرية قد يكون عملية فسيولوجية لا ترتبط بتغيرات مرضية أو شيخوخة. بدلا من ذلك، قد يكون مرتبطا بالنشاط الأيضي للغدة الصنوبرية في حد ذاتها، هذا وقد أشارت بعض الدراسات أن هناك ارتباط قوي بين تكلس الصنوبرية والأمراض العصبية التنفسية، وغالبا ما يرتبط تكلس الصنوبرية بانخفاض مستويات الميلاتونين والعديد من التغيرات المرضية، بما في ذلك الأمراض العصبية التنكسية (مرض الزهايمر، مرض التصلب العصبي

المتعدد)، والصداع النصفي، داخل المخ، أعراض نزيف، احتشاء دماغي، اضطرابات النوم (Tan & al: 2018)

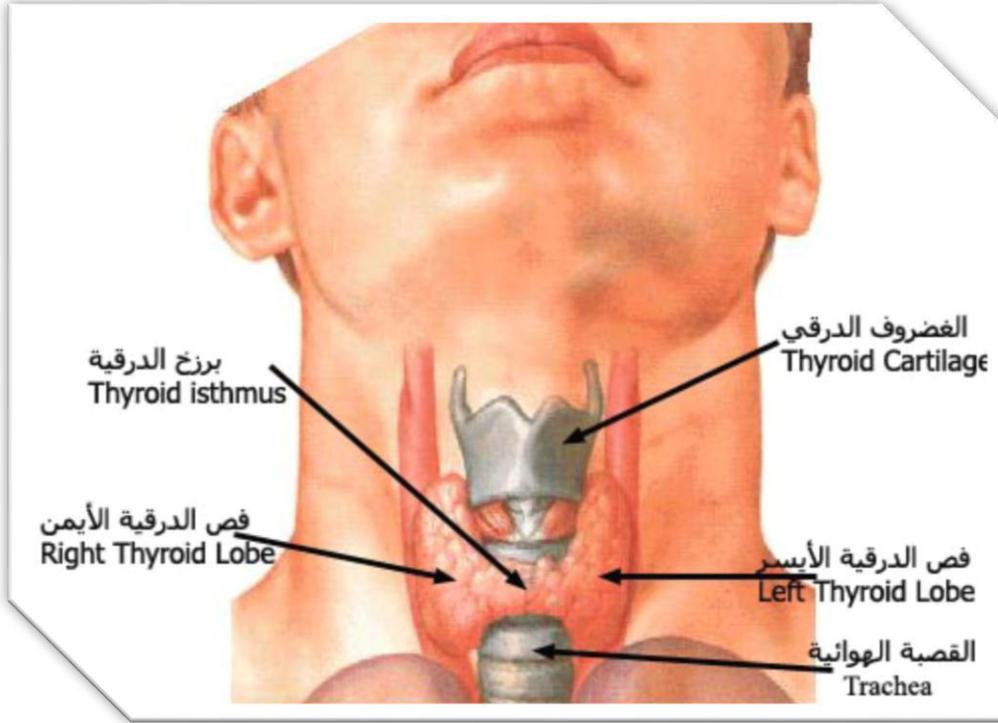
ب/ أورام الغدة الصنوبرية:

تشكل أورام منطقة الصنوبرية 1% فقط من أورام الجهاز العصبي المركزي المركزي، ورم الخلية الجرثومية هو الورم الأساسي الأكثر شيوعاً في هذه المنطقة، في هذا الفضاء، يمكن رؤية الأورام المتتيلة الصنوبرية، astrocytomas، والأورام السحائية، وقد تم تشييع هذه الأورام تجريبياً دون التشخيص المرضي وخزعة الأنسجة، وقدم الورم الحليمي للمنطقة الصنوبرية (PTPR) لأول مرة في عام 2003. (Nasrollahi & al 2018)

ثالثاً/الغدة الدرقية وأمراضها Thyroid gland and its Diseases:

1/ التركيب التشريحي:

تتكون الغدة الدرقية من فصين يقعان على جانبي القصبة الهوائية وفي مقدمتها، متصلة بواسطة شريط أنسجة يسمى " البرزخ "، ويتراوح الوزن الطبيعي للغدة الدرقية بين 15 - 25 جراماً عند البالغين. وتتكون أنسجة الغدة الدرقية من نوعين أساسيين من الخلايا هما: الخلايا الحويصلية Follicle cells والخلايا جار الحويصلية Parafollicular cells وتعتبر خلايا Parafollicular مصدر الكالسيونين وهو هرمون ينظم توازن الكالسيوم. (christel hedman: 2017, p3)



شكل رقم 2: يوضح الغدة الدرقية

2/ هرمونات الدرقية Thyroid Hormones:

تلعب الغدة الدرقية وإنتاجاتها الهرمونية دوراً لا غنى عنه في التأثير على العديد من التفاعلات البيوكيميائية على مستوى الأنسجة الطرفية التي تنظم في مجملها معدل التمثيل الغذائي القاعدي للجسم (BMR)، وتعتبر العضلات الهيكلية وعضلات القلب والكبد والكلية من الأنسجة الأساسية المستهدفة لفعل هرمونات الغدة الدرقية. ويعرف معدل التمثيل الغذائي القاعدي بأنه كمية الطاقة المقاسة والتي ينتجها الجسم بعد تمام امتصاص الغذاء من الأمعاء، وهو يتناسب مع كل من كمية الأكسجين المستخدمة والمساحة السطحية للجسم. ويعتبر كل من الثيروكسين (T4) والثيرونين ثلاثي اليود (T3) هرمونات الدرقية الأساسية، والتي تحتوي على أربعة أو ثلاثة ذرات من اليود على التوالي، وعليه فيعتمد النشاط الطبيعي للغدة الدرقية على توفر كمية من اليود في الغذاء، وتحتوي الغدة الدرقية على نسبة عالية من اليود على صورة متحدة من البروتينين سواء أكان ذلك داخل الحويصلات الغدية نفسها أو في المادة الغروية الموجودة في الفراغ الحويصلي ويسمى البروتين الموجود في المادة الغروية في الفراغ الحويصلي بالثيروجلوبولين **Thyroglobulin** وهو البروتين الرئيسي الموجود بالغدة. ويخزن الثيروجلوبولين في الغدة ولا يخرج منها إلى الدم إلا في صورة هرمون وذلك بعد تحلله بواسطة الانزيمات المحللة للبروتينات

Proteolytic enzymes ويتم تحليل جزيئات الثيروجلوبولين داخل الحويصلات الغدية تحت تأثير انزيم البروتياز **Protease** الذي يفرز من الخلايا الطلائية المبطنة للحويصلات الغدية ويمر إلى السائل الغروي، ويعتبر تحلل الثيروجلوبولين الموجود داخل الحويصلات الغدية من أهم الشروط الواجب توفرها لتكوين وإفراز هرمونات الدرقية. (صفوت وجادر: 1996، ص ص 153-154)

🚩 الوظيفة:

تكمّن الوظائف الرئيسية للهرمونات الدرقية أيضا في:

- تنظيم الأيض القاعدي (**Basal Metabolism**) وذلك من خلال زيادة معدل الإنتاج الحراري ، وهي العملية التي تستوجب زيادة في معدل الأكسجين المستخدم من معظم الأنسجة النشطة، وتسمى هذه الوظيفة بالأثر الحراري للهرمون (**Caloregenic Effect**).
- زيادة إفراز هرمونات الدرقية يعمل على هدم الدهن وزيادة تركيز الأحماض الدهنية في الدم بالإضافة إلى أنها تساعد على أكسدة الأحماض الدهنية في العديد من الأنسجة.
- تدخل هرمونات الغدة الدرقية تقريبا في كل العمليات الحيوية المتعلقة بأبيض السكريات في الجسم بما فيها الإسراع في امتصاص الجلوكوز الناجم عن أثر الأنسولين إلى داخل الخلايا، وكذلك زيادة عملية تصنيع الجلوكوز (**gluconeogenesis**) وتحليل الجلايكوجين (**glycogenolysis**) لأجل زيادة تركيز الجلوكوز في الدم. (القماطي: 2004، ص 133)
- تساهم هرمونات الدرقية بشكل أساسي في عملية نمو الجسم خلال المراحل المبكرة من العمر بتحفيزها تصنيع البروتين من خلال أثر الهرمونات المباشر على توصيف DNA إلى RNA الذي يقوم بدوره في تنشيط تصنيع البروتين من الشبكة الأندوبلازمية الخشنة.
- تلعب هرمونات الدرقية دورا هاما في تنظيم الجهاز الوعائي القلبي **cardio vascular system** حيث تعمل على زيادة نبضات القلب وتقلصه وزيادة مقدرة الأوعية الدموية على الاتساع لأجل زيادة حجم الدم المتدفق إلى أنسجة الجسم.
- كما نجد أن هناك تأثير لهرمونات الدرقية على وظيفة العضلات والغدد الصم الأخرى والقناة الهضمية والجهاز التنفسي وغيرها. (القماطي: 2004، ص 134)

3/ التظاهرات الرئيسية للمرض الدرقي Major Manifestation of Thyroid Disease

:Disease

أ/ فرط الدرقية Hyper Thyroidism:

يكون فرط الدرقية في أكثر من 90% من الحالات ناجما عن داء غريفز أو الدراق متعدد العقيدات أو العقيدة الدرقية الوظيفية المستقلة (الورم الغدي السمي).
ويزداد حجم الغدة الدرقية لدى معظم مرضى فرط الدرقية إلى ضعف أو ثلاثة أضعاف حجمها السوي، مع فرط تنسج ضخم وانطواء بطانة خلايا الجريبات إلى داخل جريباتها، فيزداد عدد الخلايا عدة مرات أكثر من زيادة حجم الغدة نفسها كما تزداد سرعة إفراز كل خلية لعدة أضعاف، وقد دلت دراسات قبط اليود المشع بأن بعض هذه الغدد مفرطة التنسج تفرز هرمون الدرقية بسرعة تبلغ 5 - 15 ضعفا من سرعتها السوية.

● أسباب فرط الدرقية:

- داء غريفز
- الدراق متعدد العقيدات
- العقيدة الدرقية الوحيدة الوظيفية المستقلة
- التهاب الدرقية
- المصدر خارج الدرق للهرمون الدرقي الزائد
- المعرض بـ TSH (إفراز TSH غير ملائم من النخامية - السرطانة المشيمائية والرحى العدارية) (ديفيدسون: 2005، ص 111)

الأسباب الشائعة الأخرى لفرط نشاط الغدة الدرقية هي الإصابة بتضخم الغدة الدرقية متعدد الأورام السامة والأورام الغدية السامة الانفرادية، على الرغم من أن 80% من المرضى الذين يعانون من فرط نشاط الغدة الدرقية في المناطق التي تحتوي على اليود مصابون بمرض جريفز، إلا أن الإصابة بتضخم الغدة الدرقية المتعدد الأورام والورم الحميد السمي تمثل 50% من جميع حالات فرط نشاط الغدة الدرقية في المناطق التي تعاني من نقص اليود، وأكثرها شيوعا بين كبار السن. (Leo & all,2016)

● المظاهر السريرية لفرط الدرقية:

جدول رقم 3: المظاهر السريرية لفرط الدرقية

<p>المعدية المعوية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فقدان الوزن رغم الشهية الطبيعية أو المزدادة • فقدان الشهية • زيادة التبرز • الإقياء • الإسهال والإسهال الدهني
<p>القلبية التنفسية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخفقان، تسرع القلب الجببي، الرجفان الأذيني • زيادة ضغط النبض • الخناق واعتلال العضلة القلبية وقصور القلب • الزلة التنفسية عند الجهد
<p>العصبية العضلية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الهيجان، القلق الانفعالي، الذهان • ضعف العضلات • الرعاش • الشلل الدوري • فرط المنعكسات
<p>الجلدية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • زيادة التعرق، الحكة • التصبغ • الوحمة العنكبوتية • تعجز الأصابع • الثعلبية • الوذمة المخاطية أمام الظنبوب
<p>العينية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • انكماش الجفن • الجحوظ، تقزح القرنية • الشعور بوجود رمل في العين • الشلل العيني • الدمعان الزائد • وذمة الحليلة، فقد حدة البصر • وذمة الملتحمة
<p>التكاثرية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • انقطاع الحيض/ ندرة الطموث • فقد الشبق • العقم، الاجهاض العفوي • العانة
<p>أخرى:</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدم تحمل الحرارة • اعتلال العقد اللمفاوية • التعب، الخمول • العطش • تشدي الرجل • تخلل العظام
<p>1-مظاهر لداء غريفز فقط</p> <p>2-أشيع أعراض فرط الدرقية بصرف النظر عن السبب</p> <p>3-مظاهر وجدت بشكل خاص عند المرضى الكهول</p>

(ديفيدسون: 2005، ص 112)

ومن بين أمراض فرط نشاط الغدة الدرقية يمكن ذكر: داء غريفز، الدراق السمي متعدد العقيدات، الورم الغدي السمي كما هو موضح في ما يلي:

أ.1/ داء غريفز Graves Disease:

يمكن لداء غريفز أن يصيب المريض في أي عمر لكنه أكثر شيوعاً لدى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين 40 و 50 سنة، حيث تصيب نوبة واحدة من فرط الدرقية تدوم لعدة أشهر بين ثلث المرضى ونصفهم، وأما النسبة الباقية فتصاب بنوبات متتالية من فرط الدرقية التي تستمر لسنوات، ولسوء الحظ لا يمكن التنبؤ بنوع فرط الدرقية قبل الإصابة به. (توفت، 2013، ص 9)

ويعتبر داء غريفز من أكثر الأسباب الرئيسية لفرط نشاط الغدة الدرقية، وهو اضطراب شائع في المناعة الذاتية يمكنه التأثير على العديد من الأعضاء بما فيها (الغدة الدرقية، الجلد، الأصابع) والأنسجة (على سبيل المثال كل من الخلايا الدهنية والعضلية)، وقد تم وصف هذا المرض في الأصل على أنه متلازمة يتكون من فرط نشاط الغدة الدرقية، تضخم الغدة الدرقية، اعتلال نخاع. (Laurberg et al: 2014. p1)

ويتميز داء غريفز سريريا عن باقي أشكال فرط الدرقية بوجود ضخامة درقية منتشرة مع اعتلال عيني ونادرا الوذمة المخاطية أمام الظنبوب، وقد يحدث داء غريفز في أي عمر لكنه غير شائع قبل البلوغ وأشيع ما يصيب مجموعة الأعمار بين 30 - 50 عاما. (ديفيدسون: 2005، ص 119)

● المظاهر السريرية لداء غريفز:

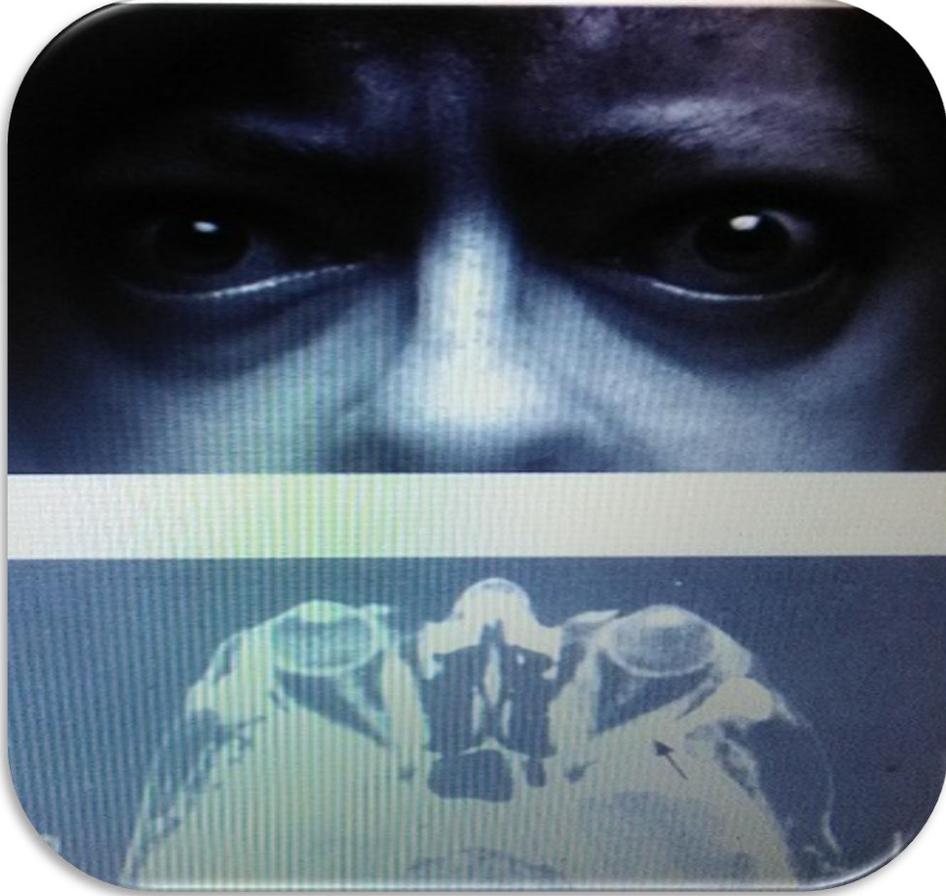
■ **الدراق:** تعرف الغدة الدرقية المتضخمة بالدراق، وتعود هذه الحالة إلى عدة أسباب منها نقص اليود في الطعام، وإلى الأدوية التي يعالج بها المصابون من اضطرابات ثنائية القطبية (مثل كربونات الليثيوم) وأمراض المناعة الذاتية مثل التهاب الدرقية اللمفاوي المزمن، وداء غريفز. كما أن ثمة أنواع من الدراق تسمى (بالدراق البسيط) على الرغم من أن أسباب الإصابة معقدة جدا، علما أن الغدة الدرقية تستمر بإفراز كميات طبيعية من الهرمونات على الرغم من تضخمها، ويعرف المصاب بهذه الحالة بـ (سوي الدرقية) بخلاف فرط الدرقية وقصور الدرقية. في البداية يتضخم الدراق لدى المراهقين والشباب بشكل متسق أو منتشر، ولكن بعد مرور ما بين 15 إلى 25 سنة يبقى سبب تضخم الدرقية قائما، ويستمر بالتضخم لحين تكون كتل أو عقد، وهكذا عندما يبلغ المصاب منتصف العمر يكون الدراق قد تحول إلى كتل وتسمى هذه الحالة طبيا بـ (الدراق متعدد العقيدات). (توفت: 2013، ص55)

■ **الاعتلال العيني:** يوجد الاعتلال العيني عند 50% فقط من المرضى عند أول مراجعة لهم، لكنه قد يتطور بعد المعالجة الناجحة لفرط الدرقية في داء غريفز أو قد يسبق الاعتلال العيني تطور المرض بعد سنوات (داء غريفز الجحوظي Exophthalmic Graves Disease). ويحدث الاعتلال العيني بالتزامن مع فرط نشاط الغدة الدرقية، وقد يترافق اعتلال العين مع التهاب الغدة الدرقية هاشيموتو (Burch H. 1993. p 14)

وقد يتفاقم بسبب فرط نشاط الغدة الدرقية لفترات طويلة أو مع قصور الغدة الدرقية الذي يحدث بعد العلاج (Wiersinga. 2000) وقد يفقد المريض القدرة على اغلاق الجفون مما قد يؤدي إلى تقرح القرنية وفقدان البصر، وقد يكون التغيير في رؤية اللون العلامة الأولى من الاعتلال العصبي البصري الناجمة عن ضغط العصب البصري في قمة المدار. (Ginsberg: 2003. p 577)

إن معظم المرضى الذين يعانون من اعتلال العين خفيفة إلى متوسطة عادة لا يتطلب الأمر أي تدخل غير استعادة الغدة الدرقية، وزيوت التشحيم الموضعية. (Ginsberg: 2003. p582)

إن أكثر الأعراض مشاهدة هي الأعراض الناجمة عن الانكشاف الزائد للقرنية الناجم عن تبارز العين انكماش الجفن، قد يكون هناك دمعان زائد يزداد سواء بالتعرض للرياح والنور المبهر، وألم ناجم عن التهاب الملتحمة أو تقرح القرنية، إضافة إلى ذلك قد يحدث نقص في حدة الإبصار أو الساحة البصرية ناجم عن وذمة القرنية أو انضغاط العصب البصري، وقد يحدث الشفع إذا كانت عضلات العين الخارجية مصابة ولا تعمل جيدا.



شكل رقم 3: داء غريفز:

A: اعتلال عيني ثنائي الجانب عند رجل عمره 42 عاما تطور بعد سنتين من المعالجة الناجحة لفرط الدرقية، كانت الأعراض الرئيسية هي الشفع في كل اتجاهات الحملقة ونقص حدة الإبصار في العين اليسرى، إن التورم حول الحجاج ناجم عن تدلي الدهن خلف المقلة إلى الجفنين وزيادة السائل الخلالي نتيجة لارتفاع الضغط داخل الحجاج. B: مقطع معترض للحجاجين بواسطة التصوير المقطعي المحوسب CT عند نفس المريض يظهر تضخم عضلات العين الخارجية إلى ثلاثة أضعاف كتلتها الطبيعية وأكثر ما يبدو ذلك واضحا في قمة الحجاج الأيسر (السهم) مسببا انضغاط العصب البصري ونقص حدة الإبصار. (ديفيدسون: 2005، ص119)

■الوذمة المخاطية أمام الظنوب: الوذمة المخاطية بشكل أكثر دقة هي عبارة عن اعتلال مرتبط

بالغدة الدرقية، أول من اكتشفها هو Hekton عام 1895، ويتميز هذا المرض بمجموعة من أمراض الغدة الدرقية المناعية الذاتية، ويمكنه أن يصيب جلد جميع مناطق الجسم. (Humbert & al. 1987)

حيث يعاني المصابين بها من ظهور بقع حمراء في الجلد تسبب حكة في الجهة الأمامية من أسفل الساق أو على ظاهر القدم، وتعرف هذه الأعراض بالوذمة المخاطية أمام الظنبوب. (توفت: 2013، ص 9) ويأخذ هذا الاعتلال الجلدي الارتشاحي شكل لويحات زهرية أو أرجوانية اللون مرتفعة على الوجه الأمامي للساق وتمتد حتى ظهر القدم، قد تكون الآفات حاكة ويأخذ الجلد مظهر قشر البرتقال **Peau d'orange** مع نمو شعر خشن، وقد يصاب الوجه والذراعان بشكل أقل شيوعاً. (ديفيدسون: 2005، ص120)

أ.2/ الدراق السمي متعدد العقيدات **Toxic Multinodular Goitre**:

يعتبر هذا الاضطراب الأكثر شيوعاً حيث يؤثر على حوالي 500 إلى 600 مليون شخص في جميع أنحاء العالم. (Ameet et al. 2015)

وتعتبر القوة الدافعة وراء تضخم الدرقية متعددة العقيدات هو النمو غير الطبيعي المحتمل لجزء صغير من الغدة الدرقية، وقد تعمل العوامل الدرقية الإضافية مثل TSH على هذه العملية الأساسية وبالتالي تسريع نمو تضخم الغدة الدرقية. (Studer H et al. 1995)

أ.3/ الورم الغدي السمي **Toxic Adenoma**:

إن وجود عقيدة وحيدة سمية هو السبب عند أقل من 5% من حالات فرط الدرقية، والعقيدة هي ورم غدي جريبي يفرز بشكل ذاتي من كميات زائدة من الهرمونات الدرقية ويثبط إفراز TSH داخلي المنشأ مع حدوث ضمور لاحق في بقية الغدة الدرقية، يكون الورم الغدي عادة أكبر من 3 سم قطراً، حدث في بعض الحالات شفاء عفوي لفرط الدرقية نتيجة لاحتشاء الورم الغدي. يكون أغلب المرضى من الإناث فوق 40 عاماً، ورغم أن معظم العقيدات تكون مجسوسة فإن التشخيص لا يتم تأكيده إلا بإجراء النقريسة بالنظائر المشعة **Isotope Scanning**. يكون فرط الدرقية خفيفاً عادة وفي 50% من المرضى يكون T3 مرتفعاً لوحده في البلازما (التسمم الدرقي بـ T3)، تتم المعالجة باستئصال الدرقية الجزئي **Hemithyroidectomy**. (ديفيدسون: 2005، ص124)

ب/ قصور الدرقية Hypothyroidism:

قصور الدرقية مثل فرط الدرقية يحتمل أيضا أن يتولد في معظم الحالات من المناعة الذاتية ضد الغدة الدرقية، ولكن المناعة هنا تدمر الغدة بدلا من أن تتبناها، ولدى معظم مثل هؤلاء المرضى تصاب غددهم الدرقية أولا بـ (التهاب الدرقية) **Thyroiditis**، ويسبب ذلك الترددي التدريجي للغدة الذي يؤدي في النهاية إلى تليفها الذي يسبب نقص إفرازها لهرموناتا وانعدامها بالمرّة، ولكن هناك عدة أنواع أخرى من قصور الدرقية التي يمكن حدوثها والتي غالبا ما تترافق مع توليد تضخم الدرقية. (هول وآخرون: 1997، ص 1147)

ومن بين أمراض قور الغدة الدرقية يمكن التطرق إلى ما يلي:

ب.1/ قصور الدرقية الضموري العفوي Spontaneous Atrophic Hypothyroidism:

يزداد حدوث هذا الشكل من قصور الدرقية الأولي مع التقدم في العمر، وهذا المرض كما هو الحال في داء غريفز والتهاب الدرقية لهاشيموتو اضطراب مناعي ذاتي خاص بعضو معين، يوجد في هذا الاضطراب ارتشاح لمفاوي مخرب للدرقية يؤدي في النهاية إلى التليف والضمور، وهناك أيضا دليل على وجود أضرار مستقبلة **TSH** والتي تحصر تأثيرات **TSH** داخلي المنشأ، يوجد عند بعض المرضى قصة داء غريفز معالج بالأدوية المضادة للدرق قبل 10 - 12 سنة، وفي حالات نادرة جدا يتطور داء غريفز عند المرضى المصابين بهذا الشكل من قصور الدرقية وكما هو الحال في أي من اضطرابات الدرقية المتوسطة مناعيا فإن المرضى معرضون لخطر تطور حالات مناعية ذاتية أخرى مثل النمط 1 من داء السكري وفقر الدم الوبيل وداء اديسون، ومن غير النادر حدوث المرض المناعي الذاتي عند أقارب الدرجة الأولى والثانية. ينخفض مستوى **T4** ويرتفع **TSH**، وقد يكشف وجود أضرار ضد البيروكسيداز الدرقية، لا ضرورة إلى استقصاءات أخرى عند المرضى العرضيين إذا اقترحت المظاهر السريرية سببا عابرا لقصور الدرقية (مثل المرض غير الدرقى أو ألم العنق الذي يقترح التهاب الدرقية تحت أو الحمل الحديث) فإن تكرار القياسات بعد عدة أسابيع قد يكون ضروريا قبل المباشرة بالمعالجة طويلة الأمد بالثيروكسين.

ب.2/ قصور الدرقية الدراقى Goitrous Hypothyroidism:

لا تتوافق الحالات التالية دوما مع قصور الدرقية ولذلك يجب أن تدخل هذه الحالات ضمن التشخيص التفريقي للمريض الذي لديه دراق مع سواء درقي. ونجد فيها ما يلي:

■ **التهاب الدرقية لهاشيموتو:** قد تعددت أسباب الإصابة بهذا الالتهاب واتضح أنها تنطوي

على التفاعل بين مختلف العوامل الوراثية والبيئية، فقد أظهرت الدراسات التي أجريت على الارتباطات الجينية لالتهاب الغدة الدرقية لهاشيموتو أن مستضد كريات الدم البيضاء البشرية (HLA) والذي يلعب دورا رئيسيا في غيرها من اضطرابات المناعة الذاتية، يرتبط مع تطور التهاب الغدة الدرقية لهاشيموتو. (Fischer. 2000)

ويعتبر التهاب الغدة الدرقية لهاشيموتو (HT) جزءا من مجموعة من أمراض المناعة الذاتية للغدة الدرقية وتشير الزيادة الأخيرة في حدوث هذا المرض إلى عوامل بيئية لتجنب الإصابة بهذا المرض بما في ذلك تحسين النظافة وزيادة تناول اليود الغذائي، فالعوامل البيئية لها دور مباشر للإصابة بالتهاب الغدة الدرقية لهاشيموتو وقد اتضح ذلك من خلال التغيرات الأخيرة في علم الأوبئة، حيث كشفت بعض العينات في المستشفى Johns Hopkins خلال القرن الماضي أن (HT) كانت نادرة قبل الخمسينات من القرن الماضي، لكنها الآن واحدة من أكثر أمراض المناعة الذاتية شيوعا. (Ajjan et al: 2015)

تعتبر هذه الحالة أشيع سبب لقصور الدرقية الدراقى، وهي تصيب بشكل وصفي النساء بعمر 20 – 60 سنة اللواتي يتظاهرن بدراق منتشر صغير أو متوسط الحجم ويكون هذا الدراق بشكل وصفي قاسيا أو ذا قوام مطاطي، وقد يكون الدراق طريا وبالتالي يكون من المستحيل في هذه الحالة تفريقه عن الدراق البسيط بالجس لوحده. تعتمد حالة الدرقية على الدرجات النسبية للارتشاح اللمفاوي والتليف وفرط تنسج الخلايا الجريبية ضمن الغدة، لكن يكون 25 % من المرضى بحالة قصور درقي عند المراجعة، ويكون مستوى T4 المصلي سويا عند الباقي ومستوى TSH سويا أو مرتفعا لكن هؤلاء المرضى معرضون لخطر تطور قصور الدرقية الواضح في السنوات المقبلة. تكون أضداد البيروكسيداز الدرقية موجودة في المصل عند 90 % من المرضى المصابين بالتهاب الدرقية لهاشيموتو، وقد يكون العامل المضاد للنواة ANF إيجابيا أيضا عند المرضى دون عمر 20 عاما. (ديفيدسون: 2005، ص134)

تستطب المعالجة بالثيروكسين ليس من أجل قصور الدرقية وإنما لانكماش الدراق أيضاً، وفي هذا السياق يجب أن تكون جرعة الثيروكسين كافية لكبت TSH المصلي إلى مستويات غير قابلة للكشف دون أن تحرض حدوث فرط الدرقية (عادة 150 - 200 ميكروغرام يوميا).

التهاب الدرقية هاشيموتو يعتبر أكثر شيوعاً لدى النساء من الرجال وكثيراً ما يصيب الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و 50 سنة من العمر. (Staii et al: 2010)

ب.3/ قصور الدرقية العابر Transient Hypothyroidism:

يشاهد قصور الدرقية العابر غالباً خلال الشهور الستة الأولى بعد استئصال الدرقية تحت التام وبعد معالجة داء غريفز باليود المشع، وبعد طور التسمم الدرقي في التهاب الدرقية تحت الحاد وفي التهاب الدرقية بعد الوضع، يجب ألا تكون المعالجة بالثيروكسين ضرورية في هذه الحالات لأن المريض يكون لا عرضياً عادة خلال هذه الفترة القصيرة من قصور الدرقية، يحدث عند بعض الولدان مرور للأضداد الحاصرة لمستقبلات TSH عبر المشيمة من الأم المصابة بمرض درقي مناعي ذاتي وهذا ما يسبب قصور الدرقية الذي يكون مؤقتاً كما هو الحال في التسمم الدرقي الوليدي.

ب.4/ قصور الدرقية الخلقي Congenital Hypothyroidism:

يتم تعريف قصور الغدة الدرقية الخلقي (CH) بأنه نقص هرمون الغدة الدرقية الموجود عند الولادة، ويحدث في الغالب بسبب مشكلة في تطور الغدة الدرقية (خلل التنسج) أو اضطراب في التخليق الحيوي لهرمونات الغدة الدرقية (خلل التنسج الدموي)، هذه الاضطرابات تؤدي إلى قصور الغدة الدرقية الأساسي، و ينتج قصور الغدة الدرقية الثانوي أو المركزي عند الولادة عن نقص هرمون الغدة الدرقية (TSH)، ونادراً ما يكون نقص TSH الخلقي مشكلة منعزلة، ولكن في الغالب يكون مرتبطاً بنقص هرمونات الغدة النخامية الأخرى. (Rastogi & Lafranchi,2010)

كما يرتبط قصور الغدة الدرقية الخلقي بزيادة خطر التشوهات الخلقية، ففي إحدى الدراسات التي أجريت على 1420 رضيعاً يعانون من قصور الغدة الدرقية الخلقي، كان معدل التشوهات الخلقية في الغدة الدرقية حوالي 8.4%. حيث ارتبطت هذه التشوهات بكل من الشعر الشائك، الحنك المشقوق، التشوهات العصبية وتشوهات الجهاز البولي التناسلي. هذا بالإضافة إلى أن قصور الغدة الدرقية الخلقي يزداد بكثرته لدى المرضى الذين يعانون من متلازمة داون. (Rastogi & Lafranchi,2010)

ج/ الأورام الخبيثة **Malignant Tumours**:

إن أورام الدرقية الخبيثة الأولية نادرة وتشكل أقل من 1 % من كل الكارسينومات وتبلغ نسبة انتشارها 25 بالمليون.

ج.1/ **السرطانة المتميزة Differentiated Carcinoma**: يكون التظاهر عند معظم المرضى على شكل عقيدة وحيدة مجسوسة.

◆ **السرطانة الحليمية Papillary Carcinoma**: تعتبر أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً، وتمثل

(70 - 80 %) من جميع الأورام الخبيثة في الغدة الدرقية، تحدث عادة في منتصف العمر مع ذروة حدوثها في العقدين الثالث والرابع من العمر، ويرتبط تشخيص هذا الورم ارتباطاً قوياً بمتغيرات سريرية مختلفة مثل عمر المريض وحجم الورم. ومن بين الأسباب الرئيسية لحدوث هذا النوع نجد العوامل البيئية والوراثية والهرمونية (Varsha et al. 2017)

ونظراً لأن سرطان الغدة الدرقية الحليمي ينتقل عن طريق الجهاز الليمفاوي، يحدث ورم خبيث في العقد الليمفاوية لعنق الرقبة بشكل شائع ويوجد في حوالي 70 % من الأطفال المرضى. (Hogan, 2009)

◆ **السرطانة الجريبية Follicular Carcinoma**: تكون هذه السرطانة دوماً على شكل آفة

وحيدة ذات محفظة، والانتشار إلى العقد الليمفاوية الرقبية نادر. تحدث الانتقالات عن طريق الدم وغالباً ما تكون إلى العظم والرئتين والدماغ. (ديفيدسون: 2005، ص139)

ج.2/ **السرطانة الكشمية والمفوما Anaplastic Carcinoma and Lymphoma**: من الصعب

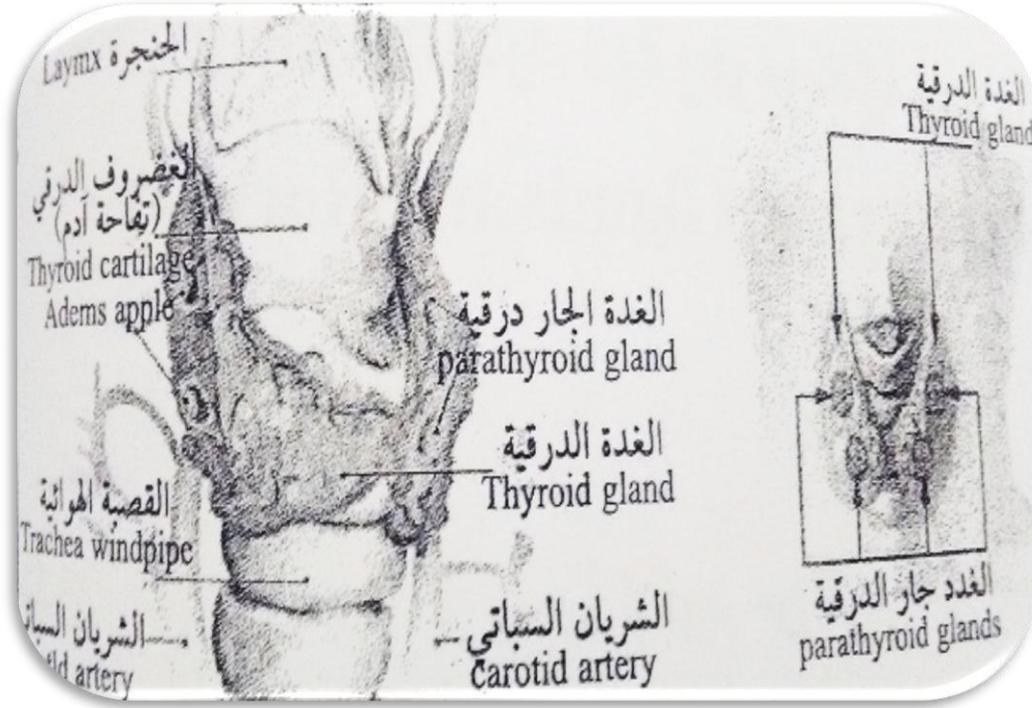
التمييز بين هاتين الحالتين سريريا لكن يصبح التمييز سهلاً بالفحص الخلوي أو بخزعة الإبرة القاطعة **Cutting needle biopsy**، يكون المرضى عادة من النساء الكهلات حيث يحدث لديهن ضخامة درقية سريعة خلال 2 - 3 شهور يكون الدراق قاسياً ومتناظراً، ويكون هناك عادة صرير ناجم عن انضغاط الرغامي وبحة صوت ناجمة عن شلل العصب الحنجري الراجع. لا توجد معالجة فعالة للسرطانة الكشمية رغم أن المعالجة الشعاعية قد تخفف بشكل مؤقت من الانضغاط المنصفي، أما الإنذار بالنسبة للمفوما التي قد تنشأ من التهاب الدرقية لهاشيموتو الموجود سابقاً فهو أفضل، يؤدي التشخيص الخارجي غالباً إلى انكماش دراماتيكي في الدراق وقد يؤدي عندما يشرك مع المعالجة الكيميائية إلى البقاء لمدة 5 سنوات أو

أكثر. يسمى أيضا بالسرطان الغير متميز وهو نوع نادر حيث يمثل من 5 إلى 15 % من سرطانات الغدة الدرقية، يلاحظ عامة عند الأشخاص أكبر من 50 سنة. سرطان الغدة الدرقية الكشمي يظهر على شكل كتلة خلوية أو يظهر على شكل خدش مسبق في الغدة الدرقية. يكون التحفيز المفرط من طرف TSH مسؤول عن تغيرات ورم الغدة الدرقية إلى ورم كشمي، ويكون منتشر بكثرة في المناطق التي تعاني من فرط الغدة الدرقية والمناطق التي تعاني من نقص اليود، ويكون الورم ذو حجم كبير، فيه كتل دموية يخترق الغدة والأنسجة المحيطة بها، أما من الناحية النسيجية فيظهر من انتشار الخلايا المندمجة الشكل تكون متعددة الأوجه وكبيرة الحجم، في أقل الأحيان تكون قشرية، غنية بخلايا ذات أنوية شاذة، تتميز بوجود انقسام خيطي مع وجود مناطق يحدث فيها موت خلوي، كما نميز أيضا وجود عدة أنواع خلوية منها: الخلايا الكيراتينية، الخلايا المهدمة للعظم. (Wemeau et Docao. 2008)

ج.3/ السرطانة اللبية Medullary Carcinoma: ينشأ هذا الورم من خلايا C المجاورة للجريب Parafollicular C cells في الدرقية قد يفرز هذا الورم الكالسيتونين إضافة إلى 5 - هيدروكسي تريتامين (HT - 5، السيروتونين) وبيبتيدات متنوعة من عائلة الـ Tachykinin و ACTH والبروستاغلاندينات، ونتيجة لذلك فقد وصف ترافق المتلازمة السرطاوية Carcinoid ومتلازمة كوشينغ مع السرطانة اللبية. ويتظاهر المرضى عادة في منتصف العمر بكتلة درقية قاسية ومن الشائع وجود اعتلال العقد للمفاوية الرقبية، لكن الانتقالات البعيدة نادرة في البداية، تكون مستويات كالسيتونين المصل مرتفعة وهي مفيدة في مراقبة الاستجابة للمعالجة أو رغم المستويات العالية جدا من الكالسيتونين التي توجد عند بعض المرضى فإن نقص كالسيوم الدم نادر جدا. وتكون المعالجة باستئصال الدرقية التام مع استئصال العقد الرقبية المصابة، ولما كانت الخلايا C لا تركز على اليود فلا يوجد دور للمعالجة باليود المشع. (ديفيدسون: 2005، ص140)

رابعا / الغدة جارالدرقية وأمراضها Parathyroid Glands and its Diseases:

الغدة الجار درقية هي جزء لا يتجزأ تتكون من أربع كتل صغيرة من الأنسجة الظهارية في الكبسولة للنسيج الضام على السطح الخلفي من الغدة الدرقية، ويبلغ وزن الغدة الكلي 120 مليجرام، ويختلف شكل الغدة وعدد أجزائها باختلاف أجناس الحيوانات.



شكل رقم 4: موقع وتركيب الغدة الجار درقية

(سيد وآخرون: 2015، ص382)

وتقوم الغدة جارات الدرقية بما يلي:

- ضبط عملية تمثيل الكالسيوم والفسفور
- تساهم في تكوين العظام
- تساهم في النشاط العصبي والعضلي (عكاشة و عكاشة: 2011، ص156)

1/ هرمون جار الدرقية (PTH) Parathyroid Hormone:

يتكون هرمون الجار درقية (الباراثورمون) من بروتين يحتوي على 84 حمضا أمينيا في سلسلة واحدة مستقيمة بوزن جزيئي 9300 في الإنسان ويحتوي الهرمون على الميثيونين (Methionine) والترتوفان (Tryptophane) والتيروزين (Tyrosine) ونسبة كبيرة من الأرجنين + الليسين مما يؤدي إلى اكتساب الجزيء شحنة نهائية موجبة (صفوت وجادر: 1997، ص 194)

الوظيفة:

يتم تنظيم مستوى الكالسيوم في الدم بشكل دقيق ومستمر من خلال تأثيره المباشر على خلايا العظم والكليتان وبشكل غير مباشر على الأمعاء الدقيقة كما يلي:

◆ أثر الهرمون على العظم:

يقوم الهرمون باستخلاص الكالسيوم من العظم وإحالاته إلى السوائل خارج الخلايا، وذلك من خلال مرحلتين:

• **التأثير السريع:** وهي الاستجابة السريعة التي يحدثها نشاط خلايا الأوستيوسايت (Osteocyte) والأوستيوكلاست (Osteoclast) الموجودة داخل العظم وهي تعتمد بشكل أولي على الهرمون الذي يزيد من إحالة الكالسيوم من الخلايا المتعمقة داخل العظم إلى السطح من خلال ما يسمى بمضخة الأوستيوسايت - الأوستيوكلاست.

• **التأثير البطيء:** وهو جدير بالاهتمام من الناحية الفسيولوجية حيث لا يعتمد على وجود الهرمون بشكل مستمر، حيث تستجيب خلايا الأوستيوكلاست لأثر هرمون الجار درقية على المدى الطويل في زيادة استخلاص الكالسيوم من العظم (القماطي: 2005، ص 197)

◆ تأثير الهرمون على الكلية:

-يؤثر هرمون الجار درقية بشكل سريع ومباشر على الأنبيبات الكلوية خاصة الأنبيبات الملتفة القريبة للنيفرون مؤديا بذلك إلى النقص في مقدرة هذه الأنبيبات على إعادة امتصاص الفوسفور والسماح بالتخلص منه في البول.

-يزيد من مقدرة الأنبيبات الملتفة البعيدة للنيفرون على إعادة امتصاص الكالسيوم.

-يزيد من مقدرة الأنبيبات على التخلص من الكالسيوم والبيكارونات والصوديوم والأحماض الأمينية بينما يقلل من إخراج المغنيزيوم والأمونيا والأدينوسن أحادي الفوسفات الدائري.

◆ تأثير الهرمون على الأمعاء الدقيقة:

يؤثر هرمون الجار درقية على تحفيز امتصاص الكالسيوم من الأمعاء الدقيقة ولكنه بأقل سرعة من تأثيره على النيفرون، آلية هذا الأثر لم تحدد بشكل دقيق ولكن يمكن إرجاعها للدور المباشر للهرمون على

خلايا الامتصاص بالأمعاء الدقيقة أو غير المباشرة لدوره في تحفيز تكوين المكونات الأولية لفيتامين(د).
(القماطي: 2005، ص 198)

2/ التظاهرات الرئيسية لأمراض جار الدرقية

:THE PARATHYROID GLANDS

أ/ فرط كالسيوم الدم :HYPERCALCAEMIA

يعتبر فرط الكالسيوم الدم واحدا من أشيع الشذوذات الكيميائية الحيوية، أكثر ما يكشف فرط كالسيوم الدم أثناء فحص كيميائي حيوي روتيني عند المرضى اللاعرضيين لكن قد يوجد مترافقا مع أعراض مزمنة وأحيانا يتظاهر المرضى بحالة إسعافية حادة تتميز بفرط كالسيوم الدم الشديد والجفاف. والجدول التالي يوضح أسباب فرط كالسيوم الدم:

جدول رقم 4: أسباب فرط كالسيوم الدم

مع مستويات سوية أو مرتفعة (أي غير ملائمة) من PTH: فرط الدريقات الأولى أو الثالثة. فرط الدريقات المحرض بالليثيوم. فرط كالسيوم الدم مع نقص كالسيوم البول العائلي.
مع مستويات منخفضة (أي مكبوتة) من PTH: الخبثاءة (مثل سرطانة الرئة والثدي والكلية والمبيض والكولون والدرقية). الورم النقوى المتعدد. ارتفاع 1.25 داي هيدروكسي فيتامين D3 (مثلا التسمم أو الساركويد). التسمم الدرقي. داء باجيت مع عدم التحريك. متلازمة الحليب-القلوى. المدرات الثيازيدية. داء أديسون.

(ديفيدسون: 2005، ص164)

كما يمكن تلخيص مسببات فرط كالسيوم الدم على النحو التالي:

-فرط نشاط الغدة الدرقية العالي.

-الاضطرابات الوراثية.

- الأورام (سرطان الرئة، سرطان الدم، الورم النخاعي المتعدد).
- زيادة في فيتامين د (التسمم، الأمراض الحبيبية).
- فرط كالسيوم الدم الطفلي (متلازمة وليامز).
- اضطرابات الغدد الصماء الأخرى (التسمم الدرقي، قصور الغدة الكظرية الأولية، ورم القواتم).
- الشلل.

-جفاف شديد (Guido: 2016.p 42)

● المظاهر الكلاسيكية في فرط كالسيوم الدم:

●مرض العظام أو هشاشة العظام.

●أمراض الكلى: فرط نشاط جارات الدرق الابتدائي هو عامل خطر معروف لتحصي الكلى،

ومن بين عوامل الخطر المعروفة لحصى الكلى هي فرط كالسيوم البول، وشكل حاد من المرض، ويكون انتشاره لدى الذكور أكثر من الإناث ولدى صغار السن أكثر من الكبار. ويختلف انتشار وشدة القصور الكلوي بين الأفراد اختلافا كبيرا.

●مظاهر الجهاز الهضمي: نادرا ما يتم الإبلاغ عن الأعراض المعوية إلا أن الإمساك

والغثيان والقيء وآلام البطن بسبب الأمعاء الغليظة قد ارتبطت بفرط كالسيوم الدم الشديد لدى

المرضى (Guido: 2016.p 62)

ب/ نقص كالسيوم الدم HYPOCALCEMIA:

إن نقص كالسيوم الدم أقل شيوعا بكثير من فرط كالسيوم الدم ورغم أن كل المخاير تقريبا تعطي بشكل روتيني تراكيز كالسيوم الدم الإجمالي في تركيز الكالسيوم المشرد Ionised هو المهم من الناحية البيولوجية، إن اشيع سبب لنقص كالسيوم الدم هو نقص ألبومين المصل مع تركيز سوي للكالسيوم المشرد. (ديفيدسون: 2005، ص165)

وتتمثل أسباب نقص كالسيوم الدم في ما يلي

- نقص فيتامين (د) أو مقاومة فيتامين (د)

- قصور الغدة الدرقية بعد الجراحة
 - قصور الغدة الدرقية بسبب أمراض المناعة الذاتية أو الأسباب الوراثية
 - أمراض الكلى أو مرض الكبد في المرحلة النهائية مما يسبب عدم كفاية فيتامين (د)
 - نقص مغنيزيوم الدم أو فرط مغنيزيوم الدم
 - مرض خطير
- الأدوية (على سبيل المثال، جرعة عالية من البايفوسفونيت في الوريد) (Fong,2012)
- ويعتبر المرضى الذين يصابون بنقص كالسيوم الدم تدريجياً هم أكثر عرضة للإصابة بالأعراض،
هذه الأخيرة التي تتضمن ما يلي:
- التشنجات العضلية
 - التشنجات
 - تكزز
 - ونوبات
 - تشنج الحنجرة
 - التهيج العصبي العضلي
 - ضعف الإدراك
 - اضطرابات الشخصية
- التغيرات في تخطيط القلب التي تحاكي احتشاء عضلة القلب (Fong,2012)
- كما تدل الأبحاث الحديثة أن كثيراً من الأعراض النفسية والعقلية، خصوصاً القلق والإكتئاب والملل، وأعراض شبه فصامية التي تصيب بعض المرضى بعد إستئصال الغدة الدرقية، سببه إستئصال الغدد المجاورة للدرقية خطأً مع الغدة الدرقية، وبالتالي نقص أو إنعدام إفراز هذه الغدة، وإضطراب تمثيل الكالسيوم والفوسفور في الجسم. (عكاشة و عكاشة: 2011، ص156)

خامسا/الغدة الكظرية وأمراضها Adrenal Glands and its Diseases:

وتسمى أيضا غدة فوق الكلية (Suprarenal gland) وهي عبارة عن زوج من الغدد تقع منغمسة في النسيج الدهني على الجانب الأمامي لكل كلية خلف الغشاء البريتوني، ويختلف شكل الغدة باختلاف موقعها على الكلى، فتلك الواقعة فوق الكلية اليمنى تأخذ شكل الهرم بينما تكون تلك الواقعة على الجهة اليسرى هلالية الشكل.

وتتركب غدة الأدرينالين من جزئين رئيسيين هما: القشرة (Cortex) (إلى الخارج) والنخاع (Medulla) (إلى الداخل) في المنتصف، وتعتبر القشرة الجزء من الغدة المسؤول عن إنتاج الهرمونات الأستيرويدية مثل: (Aldosterone)، (Cortisol)، (Dehydroe piandrosterone) بالإضافة إلى هرمونات أخرى تعتبر نواتج تمثيلية لعملية التخليق الطبيعي لتلك الهرمونات. (صفوت وجادر: 1996، ص 353-354)

1/ قشرة الغدة الكظرية وهرموناتها:

وهي طبقة صفراء اللون، سميكة نسيجا وتتألف من ثلاث طبقات ومناطق مرتبة من الخارج إلى الداخل:

▶ المنطقة التكويرية Zona glomerulosa.

▶ المنطقة الحزمية Zona Fasciculata.

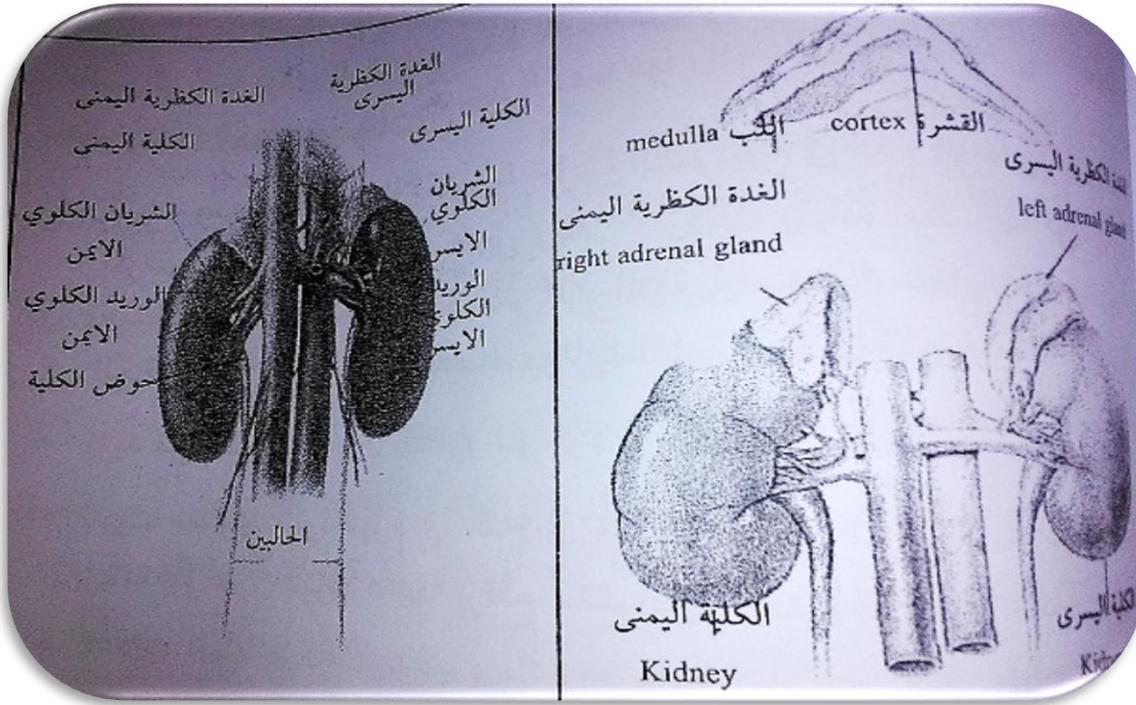
المنطقة الشبكية Zona reticularis. (صفوت وجادر: 1996، ص ص 357-358)

و يمكن تقسيم هرمونات القشرة إلى ثلاث مجموعات:

أ/ مجموعة الأندروجينات (الهرمونات الجنسية) : Androgens

وتفرزها الطبقة الشبكية وتشمل الأستروجينات والأندروجينات والبروجسترونات، وتقوم قشرة الكظر أيضا بإنتاج قليل من الهرمونات الستيرويدية التي لها آثار أندروجينية أي آثار ذكورية، تصبح لها أهمية كبيرة في حالة وجود أورام الكظر القشرية Adrenal Cortex Tumors تفرز مثل هذه الهرمونات بكميات كبيرة في الدم التي من أهم علاماتها في الأنثى بروز الشعر في اللحية والصدر واضطراب الدورة وتساقط

الشعر وكثرة ظهور الزيوت والطفح الجلدي، وهذه الهرمونات تساهم في حالة الذكر والأنثى في تنظيم نمو العضلات والعظام.



شكل رقم 5: أجزاء الغدة الكظرية

(سيد واخرون: 2015، ص 443)

ب/ مجموعة هرمونات اتزان المعادن الأليكتروليتية في الدم (المينيرالوستيرويدات)

Mineralosteroids: وتفرزها الطبقة التكويرية وتنظم هذه الهرمونات عملية امتصاص الماء والأملاح من قبل الكليتين، وأهم هذه الهرمونات وأكثرها فاعلية مثل: هرمون الألدوستيرون **Aldosterone** الذي يحافظ على التوازن الضروري بين الأملاح المختلفة، وخاصة أيونات الصوديوم والبوتاسيوم، كما يحافظ على الكمية الصحيحة للماء في الجسم ولذا فإن هذا الهرمون في الجسم يعتمد على كمية الماء والأملاح في الدم. وسميت هذه المجموعة بهذا الإسم لأن هذه الهرمونات هي المسؤولة عن اتزان وثبات معدلات أملاح الدم الهامة جدا في الجسم خاصة معدن الصوديوم والبوتاسيوم والكلور وزيادة إفراز هذه الهرمونات في الدم يؤدي إلى تراكم الصوديوم في سوائل الجسم الموجودة خارج الخلايا وهذا يؤدي طبعا إلى اكتناز أنسجة الجسم وانتفاخها بالسوائل كما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم الشرياني (سيد واخرون: 2015، ص 443).

ج/ مجموعة هرمونات الجلوكوكورتيكوستيرويدات **Glucocorticosteroids**: وتفرزها

الطبقتان الحزمية والشبكية وتعتبر الهرمونات التي تفرزها من أهم الهرمونات التي تحافظ على حيوية الإنسان وأشهر هذه الهرمونات الكورتيزول وهرمونات هذه المجموعة لها تأثير بالغ على عمليات الأيض أو التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون ومن أهمها: الكورتيزول والكورتيزون التي من أهم وظائفها الرئيسية:

-المحافظة على معدل سكر الدم.

-مقاومة الإجهادات النفسية والجسدية.

-تحت هذه الهرمونات الكبد على إنتاج المزيد من الجلوكوز من خامات أولية مثل الأحماض الأمينية وتخزينه في الكبد على هيئة جلايوجين بشري، حتى تحين ساعة الطلب لتحويله ونقله للدم في صورة جلوكوز طبيعي.

-تشبط هذه الهرمونات دخول جلوكوز الدم إلى داخل الخلايا ولهذا السبب من أخطار الهرمونات الكورتيزينية رفع مستوى السكر في الدم أحيانا بشكل خطير. (سيد واخرون: 2015، ص ص 444-445)

2/ هرمونات نخاع الغدة الكظرية **Adrenal Medulla Hormones**:

يقوم النخاع الكظري بإفراز هرمونات الكاتكولامينات وهي عبارة عن مركبات (هرمونات) من أهمها:

أ/ الابينفرين (أو الأدرينالين) ويرمز له (E)

ب/ النورأبينفرين (أو النور أدرينالين) ويرمز له (NE)

▶ يتصف (E) باحتوائه على مجموعة ميثايل (Methayl) ليست موجودة في (NE) عند تصنيع هذين الهرمونين ينتج المركب الكيميائي الذي يسمى (Dopa) كمواد وسيطة وهو في كثير من الأحيان يؤدي وظيفته كناقل كيميائي عصبي (Neurotransmitter) أكثر من دوره كهرمون.

▶ يتم إفراز هذين الهرمونين في الدورة الدموية ويعملان معا على تمكين الحيوان من الاستجابة والتأقلم عند تعرضه للإجهاد أو لظروف طارئة تغير من توازنه الفسيولوجي كما في حالة الأعراض الناجمة عن ما يسمى بالدفاع أو الهروب **Fight or filght**، وتتخلص هذه الاستجابة في:

- تغير مسار الدورة الدموية إلى العضلات بدلا من مرورها إلى المناسل والغدة التديبية والجهاز الهضمي

- زيادة معدل نبضات القلب والتنفس.

- تحويل الجلايكوجين إلى جلوكوز.

- تحويل الدهن إلى أحماض دهنية.

- التأثير على إفراز هرمون ACTH الذي بدوره يحفز نشاط الهرمونات القشرية السكرية

(القماطي: 2004، ص 162)

3/ التظاهرات الرئيسية للمرض الكظري MAJOR MANIFESTATIONS

OFADRENAL DISEASE

إن الأمراض الكظرية نادرة لكن يجب غالبا التفكير بها لأنها تصادف في سياق الشكاوي الشائعة.

أ/ المريض كوشينغي الشكل THE CUSHINGOID PATIENT

تنجم متلازمة كوشينغ عن التفعيل الشديد لمستقبلات السكرية، ويعتبر السبب علاجي المنشأ Iatrogenic هو السبب الأشيع بلا منازع وينجم عن الإعطاء المديد للقشرانيات السكرية التركيبية مثل البردنيوزولون، إن متلازمة كوشينغ الناجمة عن أسباب غير علاجية المنشأ نادرة الحدوث رغم انها تتظاهر بطرق عديدة واسعة وغالبا ما يتم تشخيصها بواسطة الطبيب الذكي. (ديفيدسون: 2005، ص 176)

ان متلازمة كوشينغ عبارة عن مجمع للأعراض يعكس التعرض المفرط للأنسجة للكورتيزول، ولا يمكن إجراء التشخيص بدون كل من المظاهر السريرية والتشوهات الكيميائية الحيوية.

ويمكن تلخيص مظاهر متلازمة كوشينغ في مايلي:

<ul style="list-style-type: none"> -الصداع-الظهر - الالتهابات المتكررة -زيادة الوزن -وجه مستدير -نحافة وهشاشة الجلد -آلام في البطن -حب الشباب 	<ul style="list-style-type: none"> -ضعف الذاكرة على المدى القصير -التغيرات في الشهية -الخمول والاكنتاب -التغيرات في الدورة الشهرية -هشاشة العظام أو الكسر 	<ul style="list-style-type: none"> -زيادة التعب -انخفاض الرغبة الجنسية -زيادة الوزن -التهيج -الأرق -تركيز منخفض -ارتفاع ضغط الدم -الوذمة
--	--	--

(Janet & all: 2003,p 68)

وعادة ترتبط متلازمة كوشينغ مع مجموعة من الأمراض النفسية و المشكلات المعرفية، معظم المرضى الذين يعانون من متلازمة كوشينغ يستوفون معايير الاكنتاب، وعدد قليل من المرضى يعانون من مشاكل عصبية ونفسية أخرى بما في ذلك الهوس، القلق والخلل الإدراكي، وميل الانتحار. أما الأطفال الذين يعانون من متلازمة كوشينغ غالبا ما يظهر لديهم الوسواس القهري، وخلل وظيفي إدراكي. (Findling & Raaf, 2005)

ب/ قصور الكظر ASRENZL INSUFFICIENCY:

ينجم قصور الكظر عن عدم كفاية إفراز الكورتيزول و/أو الألدوستيرون. قد يكون قصور الكظر مميتا. ومن المعروف عنه تنوع الأعراض التي يتظاهر بها. ولهذا السبب لابد من وجود درجة عالية من الشك عند المرضى الذين يعانون من تعب غير مفسر أو نقص صوديوم الدم أو نقص ضغط الدم. ويعتبر عوز ACTH هو السبب الأشيع (أي قصور قشر الكظر الثانوي) ويكون ناجما عادة عن السحب غير الملائم للمعالجة المزمنة بالقشرانيات السكرية أو عن ورم نخامي. إن فرط التنسج الكظري الخلقى وداء أديسون (أي قصور قشر الكظر الأولي) نادران، رغم أن انتشار داء أديسون في ازدياد في المناطق التي يشيع فيها التدرن والإيدز. يظهر الجدول التالي أسباب قصور الكظر:

جدول رقم 5: أسباب قصور قشر الكظر.

مرض نخامي أو وطي.	الثانوي (ACTH↓): سحب المعالجة القشرانية السكرية الكابتة.
<p>الأسباب النادرة: اللمفوما. النزف داخل الكظر (متلازمة ووتر هاوس-فريدريكسون التالية لإنتان الدم بالمكورات السحائية). الداء النشواني. داء ترسب الأصبغة الدموية. العيوب الانزيمية في التركيب البيولوجي للستيرويد القشري: فرط تنسج الكظر الخلفي. الأدوية: الأمينوغلوتيثيميد، الميتيرابون، الكيتوكونازول، الإيتوميدات إلخ.</p>	<p>الأولى (ACTH↑): داء أديسون: الأسباب الشائعة: المناعي الذاتي: فرادى. المتلازمات الغدية المتعددة. التدرن. الإيدز/ فيروس HIV. الكارسينوما الانتقالية. استئصال الكظر ثنائي الجانب.</p>

(ديفيدسون: 2005، ص185)

المظاهر السريرية:

قد يتظاهر المرضى بمظاهر مزمنة و/ أو بصدمة دورانية حادة، وغالبا ما يتم تشخيص الأعراض الأولية في حالة التظاهر بشكل مزمن بشكل خاطئ (مثلا تشخص على أساس متلازمة التعب المزمن أو الاكتئاب)، ويجب التفكير أيضا بقصور قشر الكظر عند المرضى الذين لديهم نقص صوديوم الدم حتى لو كانت الأعراض غائبة. والجدول التالي يوضح المظاهر السريرية في القصور الكظري:

جدول رقم 6: المظاهر السريرية والكيميائية الحيوية في قصور الكظر

المظاهر السريرية.	فقد الوزن. الفتور. الضعف. نقص الشهية. الغثيان. الإقياء. أعراض معدية معوية-الإسهال أو الإمساك. نقص ضغط الدم الوضعي. الصدمة. نقص سكر الدم. نقص صوديوم الدم. فرط كالسيوم الدم	نقص ضغط الدم. الصدمة. نقص صوديوم الدم. فرط بوتاسيوم الدم.	التصبغ: -المناطق المعرضة للشمس. -أماكن الضغط مثل المرفقين والركبتين. -الغضون الراحية. -البراجم. -الأغشية المخاطية. -التهاب. -الملتحمات. -الندبات الحديثة.	نقص الشعر في الجسم وفقد الشبق خاصة عند الإنثى.
-------------------	--	--	--	--

(ديفيدسون: 2005، ص 186)

ج/ فرط تنسج الكظر الخلقي **CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA**:

يتكون تضخم الغدة الكظرية الخلقي من مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات الموروثة في المسار الحيوي الاصطناعي للكورتيزول أو الألدوستيرون، وهذا يؤدي إلى نقص الجلوكوكورتيكويد، نقص الكورتيكويد المعدني وزيادة الأندروجين، 95 ٪ من خلايا CAH يرجع إلى نقص 21 هيدروكسيليز. تتراوح الأشكال السريرية من CAH الحاد والكلاسيكي المرتبط بفقدان كامل لوظيفة الإنزيم، إلى الأشكال الأكثر اعتدالا وغير الكلاسيكية (NCAH)، يؤثر فائض الأندروجين على وحدة الشحوم، مما تسبب في حدوث بعض الأحداث مثل حب الشباب. (Dessinioti & Katsambas, 2009)

الأسباب والمظاهر السريرية:

-تؤدي العيوب في مسلك التركيب البيولوجي للكورتيزول إلى ضعف التلقيم الراجع السلبي وزيادة إفراز الـACTH.

-ثم يقوم الـACTH بتثبيبه إنتاج الستيروئيدات حتى موقع الحصر الأنزيمي.

-يؤدي هذا إلى فرط تنسج الكظر ومجموعة من المظاهر السريرية التي تعتمد على شدة ومكان العيب في التركيب البيولوجي.

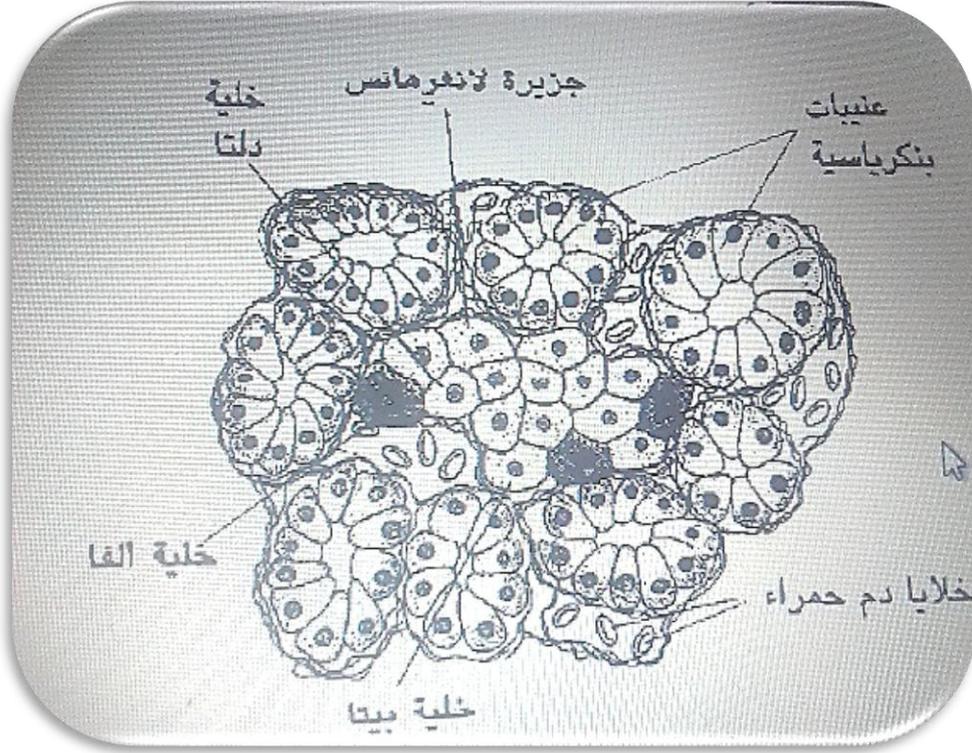
-إن أشيع عيب أنزيمي هو عوز 21-هيدروكسيلاز، ويكون هذا العيب شديداً في ثلث الحالات تقريباً أما في الثلثين الباقيين فلا يتأثر إفراز القشرانيات المعدنية لكن قد توجد مظاهر عوز الكورتيزول و/أو زيادة الأندروجين.

قد لا تظهر أحيانا العيوب الأنزيمية الخفيفة إلا عند البلوغ حيث قد تتظاهر الغنات بانقطاع الحيض أو كثرة الشعر ويدعى هذا بفرط تنسج الكظر الخلفي غير الكلاسيكي أو ذو البداية المتأخرة Late-onset. (ديفيدسون: 2005، ص195)

سادساً/ الجهاز الصماوي للبنكرياس وأمراضه Pancreatic system of the :pancreas and its diseases

يعتبر البنكرياس عبارة عن غدة ملساء ناعمة، وهو عضو فريد من أعضاء جسم الإنسان ومن ملحقات الجهاز الهضمي، ويؤدي دوراً هاماً في عملية الهضم من خلال العصارة البنكرياسية الهاضمة للبروتين والسكر والدهن بالإضافة إلى أنه يلعب دوراً هاماً كغدة صماء داخل الجسم، وتفرز عصارة البنكرياس في الإثني عشر، وتحتوي هذه العصارة على إنزيمات لهضم الطعام، كما يحتوي البنكرياس على غدد صماء تعرف بجزر لانجرهانز Langerhans وهي تحتوي على خلايا بيتا Beta التي تفرز هرمون الأنسولين الذي ينظم السكر في الدم، وتحتوي أيضاً على خلايا ألفا Alpha التي تفرز هرمونات معروفة باسم جلوكاجون Glucagon له مفعول معاكس لمفعول الأنسولين.

ويتكون البنكرياس من نوعين رئيسيين من الأنسجة كما هو مبين في الشكل الموالي:



شكل رقم 6: التشريح الفيزيولوجي لجزيرة لانغرهانس في البنكرياس

(غايتون وهول: 1997، ص 1170)

1/ هرمونات البنكرياس:

أ/ الأنسولين:

يعتبر هرمون الأنسولين هرمونا بروتينيا ينتج بواسطة خلايا بيتا (β) الموجودة في جزر لانغرهانس بالبنكرياس، وهو المسؤول عن استهلاك وخفض مستوى الجلوكوز (السكر) في الدم، ولذلك يتم تحديد مستواه ومستوى ما قبل الأنسولين (Proinsulin) وأجزائه (C-Peptide) في مرض البول السكري (Diabetes Mellitus) ويتم إعطاء هرمون الأنسولين عند نقصه عن طريق حقنه بالدم وليس عن طريق الفم لأنه بروتين من السهل تحطيمه في المعدة. وتعتمد عملية إفراز الأنسولين اعتمادا كليا على مستوى الجلوكوز في الدم فإذا كان مستوى الجلوكوز في الدم عاليا فإن إفراز هذا الهرمون يزداد أي هناك تناسبا طرديا، وتعتمد عملية إفرازه واستجابة خلايا البنكرياس على أيونات (Ca^{++}) ودخولها إلى البنكرياس. (سيد واخرون: 2015، ص 458)

● الأنسولين وبعض تأثيراته الإستقلابية:

▶ **تأثير الأنسولين على استقلاب السكريات:** بسبب الجلوكوز الذي يمتص إلى الدم،

مباشرة بعد وجبة طعام غنية بالسكريات، إفراز الأنسولين بسرعة، ويسبب الأنسولين بدوره الخزن والاستعمال السريع بواسطة كل أنسجة الجسم تقريبا، وبصورة خاصة في العضلات والنسيج الشحمي والكبد.

▶ **تأثير الأنسولين في تعزيز استقلاب الجلوكوز في العضلات:** لا تعتمد العضلات

خلال معظم اليوم على الجلوكوز لتوليد طاقاتها بل تعتمد لذلك على الأحماض الدهنية والسبب الرئيسي لذلك هو أن الغشاء العضلي السوي المرتاح يكون قليل النفوذية للجلوكوز إلا عندما ينبه الليف العضلي بالأنسولين وكمية الأنسولين التي تفرز بين وجبات الطعام صغيرة جدا وأقل مما يمكنها من تعزيز دخول كميات ملحوظة من الجلوكوز إلى الخلايا العضلية. ومع ذلك تستعمل العضلات كميات كبيرة من الجلوكوز في حالتين، أولهما أثناء فترات الجهد الجسدي المعتدل أو الشديد، ولا يحتاج هذا الاستعمال للجلوكوز كمية كبيرة من الأنسولين لأن الألياف العضلية المتحركة تصبح لأسباب غير مفهومة عالية النفوذية للجلوكوز حتى عند غياب الأنسولين بسبب عملية تقلصها نفسها. والحالة الثانية التي تستعمل بها كميات كبيرة من الجلوكوز هي أثناء الساعات القليلة بعد تناول الطعام، إذ يكون تركيز جلوكوز الدم أثناء ذلك عاليا، ويفرز البنكرياس كميات كبيرة من الأنسولين، ويسبب الأنسولين الإضافي نقلا سريعا للجلوكوز إلى الخلايا العضلية، ويؤدي ذلك بالخلايا العضلية لأن تستعمل السكريات أثناء هذه الأوقات مفضلة إياها عن الحموض الدهنية. (غايتون وهول: 1997، ص 1171)

▶ **خزن الجليكوجين في العضلات:** إذا لم تبدل العضلات جهدا أثناء الفترة بعد وجبة الطعام

في الوقت الذي ينقل فيه الجلوكوز إلى الخلايا العضلية بكثرة، فإن معظم الجلوكوز يخزن عند ذلك بشكل جليكوجين عضلي بدلا من استعماله للطاقة، وهو يخزن بتركيز يصل إلى 2 - 3 % ويمكن استعمال الجليكوجين لاحقا في العضلات لتوليد الطاقة، ويكون مفيدا بصورة خاصة لاستعماله لفترات قصيرة لتوليد الطاقة المفرطة في العضلات وحتى لتجهيز دقات من الطاقة اللاحيوائية لبعض دقائق في كل مرة بواسطة الانحلال السكري للجليكوجين إلى حمض اللاكتيك الذي يمكن أن يحدث حتى عند غياب الأوكسجين. (غايتون وهول: 1997، ص 1172)

ب/ الجلوكاجون Glucagon:

يعتبر الجلوكاجون هرمون حقيقي ومن أكثر عوامل الكبد المحللة للجليكوجين ويبلغ الوزن الجزيئي للجلوكاجون والذي يفرز من خلايا ألفا في البنكرياس، وهو من الهرمونات عديدة البيبتيد يتكون من سلسلة واحدة مكونة من 29 حمضا أمينيا. ويفرز الجلوكاجون من خلايا ألفا (α) بالبنكرياس ويعمل على زيادة مستوى الجلوكوز في الدم بعكس هرمون الأنسولين (صفوت وجادر: 1997، ص 252)

ج/ السوماتوستاتين Somatostatine:

وهو أصغر هرمونات البنكرياس حيث يتكون من 14 حمضا أمينيا ويحتوي على كوبري واحد من ثنائي الكبريتيد، ولقد اكتشف أولا في الهيبوثالاماس كما يفرز أيضا من خلايا جاما في البنكرياس ومن بعض الخلايا المبعثرة (dispersed) في القناة المعوية المعوية. (صفوت وجادر: 1997، ص 254)

تأثير السوماتوستاتين في تثبيط إفراز الجلوكاجون والأنسولين:

تفرز خلايا دلتا في جزيرات لانجرهانز هرمون السوماتوستاتين وهو عديد بيبتيد يحتوي 14 حمضا أمينيا فقط وله عمر نصفي قصير جدا في دم الدوران يبلغ 3 دقائق، وتنبه كل العوامل المتعلقة بتناول الطعام تقريبا إفراز السوماتوستاتين، وهذه العوامل تشمل:

-زيادة جلوكوز الدم.

-زيادة الحموض الأمينية.

-زيادة الحموض الدهنية.

-زيادة تركيز العديد من الهرمونات المعوية المعوية التي تحرر من السبيل المعوي العلوي

استجابة لتناول الطعام. (غايتون وهول: 1997، ص 1180)

2/ التظاهرات الرئيسية لأمراض البنكرياس الغدية الصماوية MAJOR
MANIFESTATIONS OF THE DISEASE OF THE ENDOCRINE
:PANCREAS

أ/ نقص سكر الدم العفوي SPONTANEOUS HYPOGLYCAEMIA :

إن أفضل تعريف لنقص سكر الدم هو غلوكوز البلازما الذي يقل عن 3.5 ملمول/ل، ومع ذلك على العكس من الاعتقاد الشائع ولأغراض عملية فإن نقص سكر الدم لا يحدث عند المرضى السكريين إلا إذا كانوا يتناولون هذه المعالجات، و يعرف نقص سكر الدم عند المرضى غير السكريين بأنه غلوكوز البلازما الذي يقل عن 2.2 ملمول/ل رغم أن غلوكوز البلازما الذي يقل عن 205 ملمول/ل قد يكون مرضيا في بعض الأحيان. (ديفيدسون: 2005، ص198)

أعراض نقص السكر في الدم:

- التعرق - القلق - رعشه.
- غثيان - دفا - الخفقان.
- عدم انتظام دقات القلب - جوع.
- التغيرات السلوكية - التغيرات البصرية.
- الارتباك / صعوبة في التحدث.
- الدوار / الدوار - سبات.
- النوبة / التشنج.
- فقدان الوعي - غيبوبة. (Shefin & all, 2019)

أسباب نقص السكر في الدم:

- الفشل الكبدي أو الكلوي أو القلبي
- تعفن الدم والصدمات والحروق
- سوء التغذية

-النقص الهرموني (الكورتيزول، الجلوكاجون، ادرينالين)

-الانسولين (أورام إفراز الأنسولين)

-الأجسام المضادة للأنسولين (Shefin & all,2019)

ب/ إتهاب البنكرياس الحاد ACUTE PANCREATITIS:

يتسبب التهاب البنكرياس الحاد في الولايات المتحدة في تكاليف الرعاية الصحية البالغة 2.5 مليار دولار و 275000 حالة دخول كل عام، و قد زاد عدد الطلاب بنسبة 20٪ خلال السنوات العشر الماضية، وأظهرت الدراسات التي أجريت في جميع أنحاء العالم حدوث ارتفاع متزايد من التهاب البنكرياس الحاد، بما في ذلك الزيادات الكبيرة في حدوثه في مجموعات الأطفال، ويحدث هذا بسبب خطر الإصابة بالتهاب البنكرياس ووباء السمنة في جميع أنحاء العالم، مع زيادة معدلات حصى المرارة. والجدير بالذكر أن إتهاب البنكرياس الحاد يشكل 3% من جميع حالات الألم البطني التي تقبل في المشفى ويصيب حوالي 2-28 فرد من كل مئة ألف من التعداد الإجمالي للسكان ومن المحتمل أن تكون نسبة وقوعه الآن مزداة. (Forsmark & all, 2016)

🚩 **التظاهرات السريرية:** ألم في أعلى البطن شديد ومستمر وينتشر إلى الظهر في 65% من الحالات، يصل ذروته خلال 15-60 دقيقة، الغثيان والإقياء شائعان.

في الحالات الشديدة يصبح المريض ناقص الأكسجة ويتطور لديه صدمة نقص حجم مع شح بول، إن تغير لون الخاصرتين (علامة GREY TURNER) أو منطقة حول السرة (علامة Cullen) هما مظهران لإتهاب البنكرياس الشديد المترافق مع نزف. يشمل التشخيص التفريقي إنتفاخ حشا أجوف وإتهاب المرار الحاد وإحتشاء العضلة القلبية.

أسباب التهاب البنكرياس الحاد

جدول رقم 7: أسباب التهاب البنكرياس الحاد

مجهول السبب عقب ERCP	الشائعة (90% من الحالات): الحصيات الصفراوية الكحول
إنتان (نكاف، فيروسات كوكساي) وراثي القصور الكلوي زرع الأعضاء (كلية، كبد) انخفاض الحرارة الشديد	نادرة: عقب الجراحة (بطنية-مجازات قلبية رئوية رضوض أدوية (ازاثيوبرين، المدرات الثيازيدية، فالروات الصوديوم) استقلابية (فرط كالسيوم الدم، فرط ثلاثي الغليسريد في الدم) تشعب البنكرياس

(ديفيدسون: 2005، ص122)

مضاعفات التهاب البنكرياس الحاد:

من بين مضاعفات التهاب البنكرياس يمكن ذكر:

- فشل كلوي حاد

- ضيق التنفس الحاد

- احتشاء الأمعاء

- تطور التهاب البنكرياس المزمن

- تجلط الدم

- الجلطة

- جلطة وريدية طحالية. (JEFFREY & QUINLAN, 2014)

ويمكن إجراء التشخيص التفريقي لالتهاب البنكرياس الحاد من خلال ما يلي:

- التهاب البنكرياس

- فشل قلبي حاد

-التهاب القناة الصفراوية

-التهاب المرارة

-الحماض الكيتوني السكري

-التهاب الكبد

-احتشاء معوي

-سرطان البنكرياس

-قرحة هضمية مثقبة. (JEFFREY & QUINLAN, 2014)

ج/ التهاب البنكرياس المزمن :CHRONIC PANCREATITIS

التهاب البنكرياس المزمن هو مرض التهابي مزمن يتميز بتليف وتخراب النسيج البنكرياسي خارجي الإفراز. يحدث الداء السكري في الحالات المتقدمة بسبب إصابة جزر لانغرهانس .

المظاهر السريرية:

- ✓ يصيب التهاب البنكرياس المزمن بشكل رئيسي الرجال الكحوليين ذوي الأعمار المتوسطة
- ✓ يتظاهر معظم المرضى تقريبا بألم بطني في 50%.
- ✓ وينجم الألم عن المشاركة بين زيادة الضغط في القنوات البنكرياسية وبين الإصابة المباشرة للأعصاب البنكرياسية وحول البنكرياسية بالعملية الالتهابية.
- ✓ نقص الوزن شائع وينتج من المشاركة بين القهم وبين تجنب الطعام بسبب الألم بعد الوجبة وسوء الامتصاص والداء السكري .
- ✓ يحدث الإسهال الدهني عندما يتخرب أكثر من 90% من النسيج خارجي الإفراز.
- ✓ يتطور سوء امتصاص البروتين فقط في الحالات الأكثر تطورا.
- ✓ بالمحصلة 30% من المرضى يكونون سكريين لكن يرتفع هذا الشكل إلى 70% عند أولئك الذين لديهم التهاب بنكرياس مزمن تكلسي.
- ✓ يظهر الفحص الفيزيائي مريضا نحिला وسيئ التغذية.

- ✓ تصبغ الجلد فوق البطن والظهر شائع وينتج من الاستخدام المزمن لزجاجة الماء الساخن
- ✓ العديد من المرضى لديهم مظاهر الأمراض الأخرى المرتبطة بالكحول والتدخين. (ديفيدسون: 2005، ص ص 126-127)

✚ عوامل الخطر المرتبطة بالتهاب البنكرياس المزمن:

من بين عوامل الخطر المرتبطة بالبنكرياس ما يلي:

- تدخين التبغ
- فرط كالسيوم الدم
- فرط نشاط جارات الدرق
- فرط شحميات الدم (نادر ومثير للجدل)
- الفشل الكلوي المزمن
- الأدوية-تعاطي الفيناسيتين (ربما من قصور كلوي مزمن).
- التهاب البنكرياس الكلسي الاستوائي
- مرض السكري البنكرياس الليفية
- العامل الوراثي المسيطر
- المناعة الذاتية
- عزل التهاب البنكرياس المزمن المناعي الذاتي
- متلازمة المناعة الذاتية المزمن
- التهاب الأمعاء المزمن المرتبط بالتهاب البنكرياس المزمن
- تليف الكبد الصفراوي الأولي
- التهاب البنكرياس الحاد المتكرر والشديد
- أمراض الأوعية الدموية/ نقص تروية. (Etemad & all, 2001)

د/ تشوهات البنكرياس الخلقية **Congenital Abnormalities Of The Pancreas**:

1/ **البنكرياس الخلقية ANNULAR PANCREAS** : في هذا الشذوذ الخلقى، تطوق البنكرياس الجزء الثاني/الثالث من العفج مؤدية إلى انسداد مخرج المعدة. تترافق البنكرياس الخلقية مع سوء دوران الأمعاء والانسداد الخلقى والشذوذات القلبية .

2/ **التليف الكيسي CYSTIC FIBROSIS** : التظاهرات المعوية للتليف الكيسي تشمل القصور البنكرياسي وانسداد الأمعاء بالعقي ويمكن أن يحدث أيضا قرحة هضمية ومرض كبدي وصفراوي. تكون المفرزات البنكرياسية في التليف الكيسي غنية بالبروتين والمخاط. تشكل العصارة اللزجة الناتجة سدادات تسد القنيات البنكرياسية مؤدية إلى تدمير مترقي في الخلايا العنابية، يكون الإسهال دهنية بشكل عام وإن الكتلة الضخمة وكبيرة الحجم من البراز مسؤولة عن حدوث هبوط المستقيم. يزداد سوء التغذية بسبب الاحتياجات الاستقلابية للقصور التنفسي، وبسبب الداء السكري الذي يتطور عند 40% من المرضى في سن المراهقة. حاليا كثيرا ما يبقى معظم المرضى على قيد الحياة حتى مرحلة البلوغ، وإن زرع (اغتراس) قلب ورئة يمكن أن يطيل الحياة إلى أبعد من ذلك. العلاج الملائم لمرض التليف الكيسي يعتمد على عمل فريق من أجل مقارنة الاختلالات التنفسية والتغذية والكبدية الصفراوية. الاستشارة التغذوية والمراقبة مهمة لضمان تناول أغذية عالية القدرة الطاقة بحيث تؤمن 120-150% من المقدار الموصى به للأشخاص الطبيعيين . (ديفيدسون: 2005، ص ص 131-132)

هـ/ أورام البنكرياس **TUMOURS OF THE PANCREAS**:

تصيب سرطانة البنكرياس 10-15 من كل مئة ألف في المجتمعات الغربية، ترتفع إلى 100 من كل مئة ألف عند ذوي الأعمار الأكبر من 70 سنة. يصاب الرجال أكثر بمرتين من النساء، يترافق هذا المرض مع التدخين والتهاب البنكرياس المزمن. 5-10% من المرضى لديهم استعداد وراثي (التهاب البنكرياس الوراثي).

المظاهر السريرية:

- ✓ تشمل المظاهر السريرية للسرطان البنكرياسي الألم ونقص الوزن واليرقان الانسدادي.
- ✓ ينتج الألم من غزو الضفيرة البطنية (الزلاقية) وبشكل مميز يكون مستمرة وثاقبا وهو غالبا ما ينتشر من أعلى البطن باتجاه الظهر ويمكن أن يخف قليلا بالانحناء إلى الأمام .

- ✓ تقريبا كل المرضى لديهم نقص وزن. ويكون نقص الوزن نتيجة لإسهال دهني والتأثيرات الاستقلابية للورم.
- ✓ حوالي 60% من الأورام تنشأ من رأس البنكرياس وإن إصابة القناة الجامعة تنتسبب في تطور يرقان انسدادى وغالبا مع حكة شديدة.
- ✓ قناة صفراوية جامعة مسدودة ومرارة متوسعة.
- ✓ يتظاهر قلة من المرضى بإسهال أو إقياء أو يتظاهرون بداء سكري أو خثار وريدي متكرر أو التهاب بنكرياس حاد أو اكتئاب.
- ✓ يظهر الفحص السريري دليلا على نقص الوزن وعادة ما يكون هناك كتلة بطنية ناجمة عن الورم نفسه أو مرارة محسوسة أو عن النقائل الكبدية.
- ✓ إن وجود مرارة محسوسة عند مريض لديه يرقان عادة ما يكون نتيجة لانسداد صفراوي. (ديفيدسون: 2005، ص132)

جدول رقم 8: الأورام البنكرياسية الغدية ذات الإفراز الداخلي

التأثيرات	الهرمون	الورم
قرحة هضمية وإسهال دهني	غاسترين	غاسترينوما
نقص سكر دم متكرر	إنسولين	إنسولينوما
إسهال مائي ونقص بوتاسيوم	VIP	فيبوما
الداء السكري، الحمى النخرية المهاجرة	الغلوكاغون	الغلوكاغونوما
داء السكري وإسهال دهني	سوماتوستاتين	سوماتوستاتينوما

(ديفيدسون: 2005، ص 135)

و/ الأورام الصماوية ENDOCRINE TUMOURS :

وهي تنشأ من النسيج الغدي الصماوي العصبي الموجود ضمن البنكرياس ويمكن أن تحدث مترافقة مع غدومات جارات الدرق والغدومات النخامية (MENI)، معظم الأورام الغدية الصماوية غير مفرزة وعلى الرغم من أنها خبيثة فإنها تنمو ببطء وتعطي نقائل في وقت متأخر. أيضا هناك أورام أخرى تفرز هرمونات وتنتظر بسبب تأثيراتها الغدية الصماوية. الأورام البنكرياسية الغدية الصماوية العصبية يمكن أن تكون وحيدة إلا أنها كثيرا ما تكون متعددة البؤر وتنشأ من مجموعات أخرى من الخلايا الغدية الصماوية العصبية المشتقة

من نسج العرف العصبي ويعين مكانها بواسطة ال CT والإيكو عبر التنظير الباطني. (ديفيدسون: 2005، ص 135)

سابعاً/الغدة التناسلية وأمراضها sex glands gland and its diseases:

الغدد الجنسية هي الغدد التي تفرز الهرمونات المسؤولة عن إفراز الهرمونات التناسلية الذكرية (الأندروجينات) والأنثوية (الأستروجين والبروجسترون) والتي يعتمد عليها بشكل أساسي في إنتاج الحيوانات المنوية من الذكر والبويضات من الأنثى.

1/ غدة الخصية Testis:

أ/ التأثيرات البيولوجية لهرمونات الخصية:

أ.1/ الهرمونات الأستيرويدية Steroid Hormones:

• الأندروجينات Androgens: الأندروجينات عبارة عن هرمونات استيرويدية تسبب

تميز ونضج الأعضاء الجنسية وتطور الصفات الجنسية الثانوية للذكر، كما أنها تظهر السمات السلوكية له لتمكنه من أداء دوره في التنازل، ويعتبر التستسترون (testosterone) و s-a-dihydrotestosterone أهم الأندروجينات في الذكر البالغ.

ويتم التخليق الطبيعي للأندروجينات من خلال انشقاق السلسلة الجانبية للكولستيرول في ميتوكوندريا خلايا ليدج في الخصية وتكوين البيرجينولون، ويتطلب تحول البيرجينولون إلى تستسترون خمسة تفاعلات انزيمية والتي تنقسم إلى طريقتين الأولى من خلايا تكوين 17-hydroxypegnanolone والثاني من خلال تكوين 17-hydroxyprogesterone وتحدث كل هذه التفاعلات في الجزء الميكروسومي (Microsomal Fraction) من خلية ليدج بالخصية، وتختلف درجة حدوث أي من الطريقتين باختلاف أجناس الحيوانات الثديية، فطريقة تكوين التستسترون من تحويل البيرجينولون إلى بروجستيرون هو السائد في الجنس الآدمي. (صفوت وجادر: 1996، ص ص 417-418)

وللتستسترون خاصة والأندروجينات بصفة عامة تأثيرات بيولوجية يمكن إيجازها فيما يلي:

-يعتبر المسؤول عن نمو وتطور الأعضاء الجنسية الثانوية وظهور الصفات الجنسية الثانوية في الذكر واستمرار بعض هذه الصفات بعد البلوغ.

-يمنع الحقن بالأندروجينات التغيرات الانحلالية للأعضاء الجنسية الثانوية التي تصحب عملية الخصي، فيسبب الخصي مثلاً اضمحلال النسيج الطلائي الغدي للبروستاتا والحوصلات المنوية، ولكن يمكن الإبقاء على هذا النسيج بحالة طبيعية بعد الخصي بالحقن بالأندروجينات-يعتمد تطور كل من القضيب وكيس الصفن على درجة نشاط الأندروجينات، أما استمرار وظائفها خلال الحياة الجنسية فيتأثر بدرجة أقل من ذلك بكثير بالأندروجينات.

-يزيد التستسترون ويحفظ حيوية وخصوبة الحيوانات المنوية المخزنة في البربخ.

-يؤدي الحقن بكميات كبيرة من التستسترون في الحيوانات المستأصل غدها النخامية إلى

الاحتفاظ بقدرتها على تكوين الحيوانات المنوية في الخصية.

-ينبه التستسترون إفراز الغدد الدهنية بالجلد وإعطاء المظهر الدهني له عند البلوغ الجنسي مما يؤدي إلى ظهور حب الشباب.

-يشترك هرمون التستسترون مع هرمون النمو في العمل على الاحتفاظ بالنيتروجين بالجسم مما يؤدي إلى زيادة تكوين وترسيب البروتين في الأنسجة وخاصة في العضلات الهيكلية فيعطي مظهر القوة العضلية في الذكر.

-يعمل التستسترون على حجز الكالسيوم والفوسفور والصوديوم والكلوريد والماء بالجسم. (صفوت

وجادر: 1996، ص ص421-422)

•الأستروجينات: يقوم الذكر بتخليق كمية محدودة من الأسترايول والاسترون ويتم

تخليق 20/10 % من هذه الهرمونات بواسطة الخصية، أما الكمية الباقية منها فيتم تخليقها في أنسجة غير صماء عديدة مثل المخ والكبد والأنسجة الدهنية والجلد وجميعها تحتوي على انزيم **Cytochrome-P-450 aromatase** اللازم لتحويل الأندروجينات إلى استروجينات ما عدا تكوين الاسترايول من التستسترون في المخ.

أ.2/ الهرمونات الببتيديّة Peptide Hormones:

• الهرمونات المنبهة للغدد الجنسية Gonadotropins: وتشمل هرموني (ICSH)

الذي كان يسمى بالهرمون المنبه للخلايا البينية في الذكر **Intersititial cell – stimulating hormone (ICSH)** وهرمون (FSH) اختصار لـ (Follicle Stimulating Hormone) وهما الهرمونات اللذان يتم إفرازهما من النخامية الغدية تحت التأثير المنبه لهرمون الهيبوثالاماس المسمى بالهرمون المفرز للهرمون المنبه للغدة الجنسية (Gonadotropin Releasing Hormone GnRH)

• هرمون (LH) Luteinizing Hormone: يتم تنظيم تخليق وإفراز التستسترون في

الطور البالغ بواسطة (LH) وبواسطة هرمون الجونادوتروفين الكريوني (Chorionic Gonadotropin) في أطوار النمو الجنيني ويتم إفراز (LH) تبادليا بالارتباط بمستوى التستسترون والاستراديول في الدم، وتظهر تأثيرات (LH) على خلايا ليدج لتنبية التستسترون نتيجة حدوث تفاعل بين هذا الهرمون ومستقبله على جدار الخلية والذي يؤدي إلى تنبيه وتكوين (CAMP) الذي ينشط عملية انشقاق السلسلة الجانبية للكولستيرول. (صفوت وجادر: 1996، ص424)

• هرمون (FSH) Follicle Stimulating Hormone: وهو الهرمون الذي يؤثر

على خلايا سيرتولي في الأنبيبات المنوية وبالتعاون مع التستسترون لبدء إنتاج الاسبرمات بعد البلوغ، وبعد تمام حدوث عملية التميز الوظيفي للخلايا الطلائية الجرثومية في الفئران فإنه يصبح للتستسترون وحده القدرة على الاحتفاظ بعملية التكوين الإسبرمي في الذكر، ويتفاعل

(FSH) مع مستقبله الموجود على غشاء خلايا سيرتولي ليحدث زيادة فجائية في (CAMP) مما يؤدي إلى تنبيه عمليات تمثيلية إضافية لها علاقة بالتكوين الإسبرمي.

• هرمون (GRH) Gonadotrophic Releasing Hormone: وهو هرمون

الهيبوثالاماس المنظم لإفراز الهرمونات النخامية المنبهة للغدد الجنسية (FSH – LH) وهو هرمون ببتيدي مكون من عشرة أحماض أمينية.

• البرولاكتين (PRL) Prolactin: يحدث انخفاض ملحوظ في الكمية المفرزة من

البرولاكتين في بعض الظروف التي يحدث فيها نقص إفراز الأندروجينات، وتوجد مستقبلات البرولاكتين على الغشاء البلازمي لخلايا سيراتولي، ويساعد البرولاكتين على زيادة التأثيرات التنبيهية لـ (LH) على عمليات التكوينات الأسترويدية وتوجد من الدلالات ما يؤكد وجود تأثيرات للبرولاكتين على القناة التناسلية في الذكر وخاصة على البروستاتا والحوصلات المنوية حيث يزيد من مستقبلات الأندروجين. (صفوت وجادر: 1996، ص 425)

2/ غدة المبيض Ovary:

أ/ الهرمونات الأنثوية (الأستروجين والبروجسترون):

يفرز المبيضان الهرمونات المسؤولة على الأنوثة وعلى تنظيم النشاط الجنسي ويعتبر الأستروجين والبروجسترون أهم هذه الهرمونات، وهي بالتالي تسمى بالهرمونات الأسترويدية الجنسية في الأنثى.

1. الأستروجينات:

● وظيفة الأستروجين:

بالإضافة إلى دور هرمون الأستروجين وأثره على الأعضاء التناسلية نلاحظ مدى أهميته في أداء العديد من الوظائف الأخرى فهو يدخل في تنظيم أيض السكريات والدهن والماء والأملاح ومعدل الأكل وإفراز هرمونات النخامية بالإضافة إلى دوره في تنظيم إفراز بعض الانزيمات وتكوين البروتين في الكبد وتوزيع الدهن وغيرها من الوظائف خاصة فيما يتعلق بنمو الغدة الثديية وإظهار الخصائص الأنثوية كنعومة الجلد والشعر وغيرها.

-أثره على المبيض: يدخل هرمون الأستروجين في تنمية وتطوير نمو الحوصلات المبيضية بالإضافة إلى أثره المباشر على تكوين الجسم الأصفر المصدر الأساسي لهرمون البروجسترون الذي يحتاجه الرحم للمحافظة على الحمل.

-أثره على الرحم: يعمل على تهيئة الرحم لاستقبال الإنبات الجنيني وذلك عن طريق الإسراع في امتصاص الماء والأملاح وتنشيط عملية تكوين البروتين (RNA)، ويساعد على امتداد وتقلص العضلات الرحمية أثناء مراحل الحمل وأثناء الولادة وذلك من خلال تنشيطه لتصنيع البروتينات المتعلقة بالتقلص وكذلك بروتين الكولاجين.

-أثره على عنق الرحم: يحفز إفراز السوائل المخاطية من الغدد الموجودة في منطقة عنق الرحم مع إحداث التغيير في طبيعة التكوين الكيميائي لهذه السوائل لملائمة نشاط الحيوانات المنوية، كذلك يساعد الريلاكسين على توسيع عضلات عنق الرحم أثناء عملية الولادة.

-أثره على المهبل: يحفز نمو ونضج المهبل ويزيد من حموضة الإفرازات المهبلية لحماية الجهاز التناسلي من البكتيريا.

-أثره على قناة المبيض: يعمل على زيادة عدد وحجم الخلايا المهذبة بالقناة المبيضية وكذلك نشاطها لاستقبال الحيوان المنوي وتهيئته لإتمام عملية الإخصاب بشكل طبيعي. (القماطي: 2005، ص 178، 177)

أ.2/ البروجستينات:

-وظيفة البروجسترون: يبدأ إفراز هذا الهرمون عند تكوين الجسم الأصفر عند خروج البويضة عند منتصف الدورة الشهرية، ويتوقف الإفرازان في حالة عدم تخصيب البويضة قبل حوالي يومين من بدء الحيض، أما في حالة بدء الحمل فيستمر الإفرازان كما يستمر نمو الجسم الأصفر حتى نهاية الشهر السادس من الحمل. (عكاشة و عكاشة: 2011، ص165)

ومن أهم وظائفه التناسلية:

•تنظيم الدورة التناسلية: يظهر البروجسترون بتركيزات منخفضة أثناء مرحلة النمو

الحوصلي من الدورة التناسلية في الأنثى وربما يكون مصدره من الخلايا الحويصلية ولكن بعد الإباضة وتكوين الجسم الأصفر نلاحظ زيادة كبيرة في تركيز هرمون البروجسترون والتتابع في فرا هرمون الأستروجين خلال المرحلة الحويصلية وهرمون البروجسترون خلال مرحلة الجسم الأصفر يشير إلى دورهما في تنظيم وإعادة الدورة التناسلية بشكل طبيعي ومنظم في حالة عدم حدوث الإخصاب، يساعد في هذه العملية هرمون البروستاجلاندين الذي يعمل على اضمحلال الجسم الأصفر لإنهاء دور هرمون البروجسترون والسماح ببداية مرحلة جديدة من النمو الحويصلي بالإضافة إلى ذلك تأتي أهمية البروجسترون في تنظيم الهرمون المحرر للهرمونات المنسلية (Gn RH) وكذلك هرمون الإباضة (LH) من النخامية المسؤولان بدرجة مباشرة على تنظيم الدورة التناسلية في الأنثى عند البلوغ الجنسي.

•المحافظة على الحمل: تظهر أهمية البروجسترون بشكل واضح أثناء فترة الحمل

خاصة خلال المراحل المبكرة التي يتطلب خلالها استقبال الجنين وتهيئة ظروف الرحم لاستكمال الإنبات، كما يعمل أيضا على تثبيت الخلايا العضلية الرحمية، وتنشيط تفاعلات خلايا (T) للمفاوية التي تدخل في عملية الرفض النسيجي للجنين، ربما بسبب احتواء الجنين على مكونات أيونية قد لا تتسجم مع ما هو موجود في الأم. (القماطي: 2005، ص179)

● أثره على الأعضاء التناسلية:

● أثره على الرحم:

-يزيد من نشاط الغدد الرحمية لتوفير البيئة المناسبة للجنين.

-في الإنسان يلاحظ نمو متزايد للأوعية الشريانية خلال مرحلة الجسم الأصفر والتي تنتهي إذ لم يحدث حمل بتمزق هذه الأوعية وظهور النزيف المتعلق بالحوض في المرأة، تحدث هذه الحالة خلال الأيام الأخيرة من مرحلة الجسم الأصفر عندما يتعرض الرحم للجفاف بسبب ما يسمى بتراجع تأثير هرموني الأستروجين والبروجسترون.

● **أثره على عنق الرحم والمهبل:** تكمن أهمية البروجسترون في تحفيز نشاط الخلايا المخاطية المبطنة لهذين العضوين لإفراز السائل المخاطي الذي يظهر عادة على الفتحة التناسلية خلال الدورة أو عقب الجماع.

● **أثره على قناة المبيض:** يؤثر هرمون البروجسترون سلبيا على ظروف تهيئة الحيوانات المنوية لحدوث الإخصاب، بل ويبطل عملية الإخصاب في كثير من الأحيان. (القماطي: 2005، ص 180-181)

3/ التظاهرات الرئيسية للمرض التناسلي Major Manifestation of

:Reproductive Disease

أ/ قصور الغدد التناسلية عند الذكر Male Hypogonadism:

قصور الغدد التناسلية لدى الذكور هي حالة لا ينتج فيها الجسم ما يكفي من هرمون التستوستيرون، هذا الأخير الذي يلعب دورا رئيسيا في النمو الذكوري خلال سن البلوغ. بالإضافة إلى دوره في التطور الجنسي والمعرفي والجسدي، فخلال تطور الجنين يساعد التستوستيرون في تحديد

الجنس، أما عن التأثيرات الأكثر وضوحاً لارتفاع مستويات هذا الهرمون فيبدأ في مرحلة ما قبل الولادة، ومن المهم أن يدرك الأطباء أن هرمون التستوستيرون قد تكون له إجراءات رئيسية في عملية الأيض، والأوعية الدموية، وعلى وظائف الدماغ، بالإضافة إلى تأثيراته المعروفة على تكوين العظام والجسم. (Peeyush & al: 2010)

ب/تثدي الرجل **Gynoeconomastia**:

تثدي الرجل هو وجود نسيج غدي في الثدي عند الرجل، وينجم عن عدم التوازن بين نشاط الأندروجين والأستروجين والذي قد يعكس وجود عوز بالأندروجين أو زيادة في الأستروجين، ينبه البرولاكتين إنتاج الحليب في نسيج الثدي الذي يكون قد تم تجهيزه بواسطة الأستروجين لكن من النادر جداً أن يترافق فرط برولاكتين الدم مع الثدي وثر اللبن عند الرجال، وإذا وجد التثدي فيتم تفسيره بعوز الأندروجين الذي ينجم عن كبت LH و FSH بواسطة البرولاكتين وليس بسبب زيادة البرولاكتين بحد ذاته، والجدول التالي يوضح أسباب تثدي الرجل:

جدول رقم 9: أسباب تشدي الرجل

مجهول السبب
فيزيولوجي/ حول البلوغ
المعرض بالأدوية: <ul style="list-style-type: none"> • السيميتدين • المعالجات المضادة للأندروجين في سرطانة البروستاتة • الديجوكسين • بعض الستيرويدات الابتنائية خارجية المنشأ مثل الذي إيتيل • السبيرونولونكتون ستيلبسترول.
قصور الغدة التناسلية: الأولي: الثانوي: <ul style="list-style-type: none"> • متلازمة كلاينفلتر • قصور النخامية • قصور الغدة التناسلية المناعي الذاتي • متلازمة كالمان (عوز Gn RH) • التهاب الخصية بالكاف • فرط برولاكتين الدم • داء ترسب الأصبغة الدموية متلازمة المقاومة للأندروجين: • داء السل • متلازمة الاستنثا الخصوي • المعالجة الكيميائية أو التشعيع • عوز 5 ألفا - ريدوكتاز • اشكال نادرة من فرط تنسح الكظر الخلقي • اختفاء الخصية
زيادة الأستروجين: <ul style="list-style-type: none"> • قصور الكبد (نقص استقلاب الستيروبيد) • الورم الفرز للأستروجين مثل ورم الخصية • الورم المفرز لموجهة الغدد التناسلية المشيمائية البشرية (hCG) مثل ورم الخصية.

(ديفيدسون: 2005، ص 145)

ج/ العانة Eiectile Impotence:

هو اضطراب شائع لدى الذكور ويؤثر على جميع الفئات العمرية، ويقدر تأثيره على نمط ونوعية الحياة في عام 1995 أكثر من 152 مليون شخص في العالم يعانون من الضعف الجنسي لعام 2025.

(Eardley & al: 2005)

ويتم إجراء التقييم الأولي النموذجي لرجل يشكو من الضعف الجنسي من خلال الكشف عن التاريخ الجنسي، والجسدي والنفسي، إلى جانب الاختبارات المعملية الدقيقة بما فيه الكفاية لتحديد الحالات المرضية التي تهيب المريض لضعف الانتصاب وقد تتعارض مع بعض العلاجات. ويتم الكشف عن أسباب أو أمراض مصاحبة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية

(بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم، تصلب الشرايين، داء السكري، الاكتئاب، إدمان الكحول) كما يمكن الكشف عن بعض الاختلالات الأخرى كسرعة القذف، وزيادة وقت الكمون المقترن بالعمر، ومشاكل العلاقة النفسية الجنسية، بالإضافة إلى ذلك يمكن للتاريخ أن يكشف عن موانع محددة للعلاج بالعقاقير، وتشمل عوامل الخطر الإضافية كالتدخين أو رضوض القضيب أو الجراحة، وأمراض الجهاز العصبي، اعتلال الغدد الصماء، السمنة. كما قد يكون من المفيد معرفة الوظيفة الجنسية للشريك، إلى جانب التمييز الواضح بين الضعف الجنسي والشكاوي المتعلقة بالقذف/ أو النشوة الجنسية، وتأسيس التسلسل الزمني وشدة الأعراض، ومن المهم بنفس القدر تقييم احتياجات المريض/ الشريك وتوقعات العلاج. وعادة ما يتم إجراء فحص بدني مركز لتقييم البطن والقضيب والخصيتين والخصائص الجنسية الثانوية ونبضات الطرف السفلي، وقد يفترض قياس مستضد البروستاتا الخاص وفحص المستقيم كأهمية إضافية عند الأخذ في الاعتبار استخدام التستوستيرون في إدارة الاختلالات الجنسية الذكرية كما يمكن الإشارة إلى اختبارات إضافية مثل قياس مستوى هرمون التستوستيرون وتقييم الأوعية الدموية أو الجهاز العصبي، ورصد الانتصاب الليلي لدى المرضى. (Drogo & al: 2005. p 10)

ويوضح الجدول التالي أسباب العنانة

جدول رقم 10: أسباب العنانة

<p>مع نقص الشبق:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قصور الغدد التناسلية • الاكتئاب
<p>مع شبق (رغبة جنسية) سوي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • المشاكل السيكولوجية بما فيها القلق • القصور الوعائي (العصيدة atheroma) • اعتلال الأعصاب (مثل الداء السكري، زيادة تناول الكحول، التصلب المتعدد) • الأدوية (مثل محصرات بيتا، المدرات الثيازيدية)

(ديفيدسون: 2005، ص147)

د/قصورالقامة وتأخر البلوغ Short Stature and Delayed Puberty:

بالنسبة للنتائج النفسية المترتبة على سن البلوغ المتأخر في الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 14 و16 سنة غالبا ما يعانون من قلق حول نموهم مقارنة بأقرانهم، كما يتم الإبلاغ عن المضايقة وتدني

احترام الذات بشكل متكرر، خاصة عندما يدرك الأهل أنهم ليس لديهم مشكلة طبية كامنة يتضح عدم صبرهم على مشكلة عدم زيادة نموهم، ويتضح ذلك القلق بدرجات أعلى لدى الذكور المشاركين في الرياضات الجماعية أين ينظرون لقصر قاماتهم على أنها عيب كبير مقارنة بأقرانهم، وعلى الرغم من أن العديد منهم يواصلون المشاركة إلا أن الآخرين يقعون في أزمة العزلة الاجتماعية وانخفاض الأداء الأكاديمي وتجنب المدرسة إلى غير ذلك، وقد وجدت إحدى الدراسات التي أجريت على 41 طفلاً لم يخضعوا للتقييم في عمر 21 عاماً أن 25 منهم شعروا بأن تأخر نموهم قد أثر على نجاحهم سواء على المدرسة أو العمل أو المجتمع وكان 20 منهم يفضلون الحصول على علاج لدفع طفرات النمو. (Paul: 2010)

ان الأطفال المصابون بعوز هرمون النمو يكونون عادة صغاراً طيلة الفترة السابقة في حين أن التغير في سرعة النمو الذي يؤدي إلى تقاطع الخطوط المنوية (الانتقال إلى خط منوي أدنى) يعكس على الأرجح مرضاً حديثاً، يكون المرضى المصابون بعوز هرمون النمو (ممثلين) Chubby بشكل وصفي مع زيادة الدهن تحت الجلد، وبذلك يكونون قصيري القامة لكن دون وجود نقص الوزن. والجدول التالي يوضح أسباب قصر القامة:

جدول رقم 11: أسباب قصر القامة

<p>مع تأخر البلوغ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • البنيوي/ العائلي • المرض الجهازى (مثل الربو، سوء الامتصاص، الداء البطني، التليف الكيسي، الفشل الكلوي) • الكرب السيكولوجي • القهم العصابي • الجهد الفيزيائي الشديد • قصور الغدد التناسلية • أمراض غدية صماوية أخرى (مثل متلازمة كوشينغ وقصور الدرقية الأولى وقصور الدرقية الكاذب)
<p>دون وجود تأخر البلوغ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • عوز هرمون النمو المعزول • البلوغ المبكر سابقا مع انغلاق المشاش (مثل فرط تنسج الكظر الخلقي، متلازمة ماك كون - ألبرايت وكثرة المنسجات بخلية لانغرهانس) • وجود مشكلة سابقة تحد من النمو وتم شفاؤها حاليا (مثل فشل النمو داخل الرحم، المرض القلبي الخلقي) • الشذوذ الهيكلي (مثل الودانة Achondroplasia وأدواء عديدات السكرية المخاطية).

(ديفيدسون: 2005، ص148)

ه/اختفاء الخصية Cryptorchidism:

يعتبر أحد عوامل الخطر الرئيسية لقصور الخصيتين هو انخفاض الوزن عند الولادة مما يشير إلى وجود نمو متخلف داخل الرحم، ومن بين عوامل الخطر المرتبطة بارتفاع خطر حدوث اختفاء الخصية هي: انخفاض التكافؤ في الولادة، واستخدام تقنيات الإنجاب المساعدة، والحمل المعقد (مثل الاختناق الحركي، والتعرض للنيكوتين أثناء الحمل). (Luis H & al: 2017)

ويحدث اختفاء الخصية (الخصية غير الهابطة Undescended) عادة عند الأولاد الأسوياء لكن قد يكون اختفاء الخصية المظهر الرئيسي لقصور الغدد التناسلية ناقص موجهة الغدد التناسلية. إن الخصيتين الكموشتين (القابلتين للانكماش للأعلى) Retractable testes خاصة عند الولد السمين قد تلتبسان مع اختفاء الخصية. إذا بقيت الخصيتان في القناة الإربية فإنهما تصبحان أكثر عرضة للرض مما لو كانتا في الصفن. سوف تفشل النبيبات الناقلة للمني بالتطور في الخصية غير الهابطة وإذا كان اختفاء الخصية ثنائي الجانب فإن العقم سوف يحدث، ومع ذلك فإن الخلايا الخلاقية قد تعمل بشكل سوي

حتى عند الشخص البالغ الذي لم تهبط خصيتاه، وبالتالي قد تتطور الصفات الجنسية الثانوية بالطريقة الاعتيادية. عند القلة من المرضى المصابين باختفاء الخصية تسلك الخصيتان أثناء تطورها طريقاً شاذاً للهبوط وتوضعان بشكل نتبذ إما خلف الصفاق أو ضمن الحوض، ويدعى ذلك سوء الهبوط **Maldescent** ويحمل خطورة كبيرة لحدوث الخباثة في الخصية لذلك يجب تحديد مكان الخصيتين في هذه الحالة عن طريق التصوير المقطعي المعترض أو بفائق الصوت ومن ثم استئصالهما. (ديفيدسون: 2005، ص 151)

و/انقطاع الحيض الثانوي Secondary Amenorrhoea:

يصف انقطاع الحيض الأولي المريضة التي لم يسبق لها أن حاضت أبداً، أي المريضة التي لم يحدث عندها بدء الإحاضة **Menarche**. أما انقطاع الحيض الثانوي فيصف توقف الحيض. و الأسباب الشائعة لهذه الحالة مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم 12: أسباب انقطاع الحيض الثانوي

خلل وظيفة الوطاء: • القهم العصابي، التمرين الشديد، نفسي المنشأ
مرض النخامية: • فرط برولاكتين الدم
خلل وظيفة المبيضين: • متلازمة المبيض متعدد الكيسات • موزايكية تورنر Turner mosaic • الأورام المفرزة للأندروجين • الإيلاس (انظر لاحقاً) • المناعي الذاتي (الإيلاس الباكر)
مرض الكظر: • متلازمة كوشينغ، فرط تنسج الكظر الخلقي، الأورام المفرزة للأندروجين
الداء الدرقي: • فرط وقصور الدرقية
حالات أخرى: • المرض الجهازى الشديد مثل الفشل الكلوي وتدرن بطانة الرحم

تعتمد المظاهر السريرية المرافقة على عمر المريضة والسبب المستبطن. فالنساء في سن الإيلاس من غير المحتمل أن يراجعن الطبيب إلا إذا كن يفكرن بالمعالجة الهرمونية المعيضة أو كن متضايقات من الأعراض الإيلاسية.

ويجب الانتباه إلى أن هذه الأعراض قد تحدث عند المريضات من أي عمر اللواتي لديهن عوز بالأستروجين مهما كان سببه. (ديفيدسون: 2005، ص 153)

ي/العقم Infertility :

على الرغم من وجود أشكال وراثية من العقم عند الذكور، بما في ذلك الاضطرابات الصبغية، مثل متلازمة كلاينفلتر (Klinefelter) و y الصغرى، إلا أنه في معظم الحالات لا يوجد أي سبب معروف. (Russ & al: 2015)

تم تعريف العقم على أنه عدم قدرة الزوجين على الحمل بعد عام من الجماع الجنسي دون وسائل منع الحمل، هذا التعريف الواسع لا يعكس عدم التجانس الكبير للعقم والذي يضم كلا من الأزواج بدون أو مع حالات الحمل السابقة، أو ما يسمى العقم الأولي والثانوي، فقد تم التوصل إلى أنه يعزى ما يقرب من نصف العقم مع اكتشاف تشخيصي محدد إلى العوامل الأنثوية (على سبيل المثال: الغدد الصماء، الرحم، عوامل عنق الرحم والبويضات) وعوامل أخرى إلى الذكور (على سبيل المثال: سوء تكوين الحيوانات النوية، الخصية المخروطة، سوء نوعية

السائل المنوي) ويعتمد هذا التصنيف التشخيصي على المعايير والممارسات السريرية، ومدى الاختبارات التشخيصية التي يخضع لها الأزواج وحساسية وخصوصية كل اختبار . (Skakkebaek & al: 2015)

ز/متلازمة المبيض متعدد الكيسات Polycystic Ovarian Syndrome:

متلازمة المبيض متعدد الكيسات (PCOS) هي حالة معقدة تتميز بارتفاع مستويات الأندروجين، وعدم انتظام الدورة الشهرية، ويمكن أن يكون الاضطراب مورفولوجي (تكيس المبايض) أو يغلب عليه البيوكيميائية (فرط الأندروجين)، وهو اضطراب غير متجانس يؤثر على ما لا يقل عن 7 % من النساء البالغات، ووفقا لمكتب المعاهد القومية للصحة والوقاية من الأمراض، يصيب (PCOS) ما يقارب 5 ملايين امرأة في سن الإنجاب في الولايات المتحدة وتبلغ تكلفة إدارة متلازمة تكيس المبايض حوالي 4 بلايين دولار سنويا. (Uche & al: 2013. p 336)

والجدول التالي يوضح مظاهر متلازمة المبيض متعدد الكيسات:

جدول رقم 13: مظاهر متلازمة المبيض متعدد الكيسات

المظاهر	الآليات
ارتفاع LH المصلي ارتفاع البرولاكتين المصلي	خلل وظيفة النخامية
ندرة الطموث انقطاع الحيض الثانوي الكيسات المبيضية العقم	الدورات الحوضية اللاإباضية
كثرة الشعر العد	زيادة الأندروجين
فرط سكر الدم	السمنة
خلل شحميات الدم فرط ضغط الدم	المقاومة للأنسولين

(ديفيدسون: 2005، ص 156)

إنطلاقاً مما تم طرحه حول موضوع الغدد اللاحقوية وأمراضها ، لاحظت الباحثة أن هذه الأمراض تختلف من حيث الخصائص والإضطرابات ، إلا أن كلها تشترك في الكثير من جوانب الإلتزام والإدارة ، وعليه إستفادت الباحثة من هذا التراث في :

- الإطلاع على إحصاءات الإصابة بهذه الأمراض .
- بناء الجانب النظري الخاص بهذا الموضوع
- تحديد وضبط إشكالية الدراسة .
- بناء إستبيان الإلتزام الصحي .

A decorative rectangular border with intricate floral and scrollwork patterns in black on a white background. The border features repeating motifs of stylized flowers and flowing lines.

الجانب الميداني



الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

أولاً/ الدراسة الإستطلاعية

ثانياً/ الدراسة الأساسية

حين يشعر الباحث بمشكلة ما في المجتمع، ويخطط ليقوم بالملاحظة المعمقة لها، ثم يقوم بتدوين كل المعلومات المتعلقة بها، لينتقل فيما بعد لتحليل نتائجها وتفسيرها تفسيراً علمياً، ذلك ما يسمى بالدراسة الميدانية لظاهرة ما، ومن أجل القيام بهذه الأخيرة يجب على الباحث إجراء ما يسمى بالدراسة الإستطلاعية، وذلك نظراً لأهميتها في مساعدته في الكشف عن أبعاد مشكلة الدراسة وجوانبها، وكل الظروف المحيطة بها من جهة، ومن جهة أخرى تمكنه من الضبط المناسب والدقيق لكل من العينة، وإختباره لمدى ملائمة الأدوات المستخدمة في دراسته. وبهذا تعتبر الدراسة الاستطلاعية مدخلاً أساسياً ومهماً للدراسة الأساسية، ويتضح ذلك من خلال العرض التالي:

أولاً/ الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية المرحلة الأولى التي تتبلور فيها الدراسات الميدانية، ومادفع الباحثة للقيام بهذه الخطوة هي ميزتها في الكشف عن الظروف التي ستجرى فيها الدراسة الأساسية، وكذا في الكشف عن الأفكار الجديدة، والتعمق في أبعاد وحيثيات المشكلة، خاصة وأن الباحثة لم تجد دراسات سابقة حول الموضوع المراد دراسته، مما جعلها بحاجة لمعلومات وبيانات أكثر لمساعدتها على إجراء الدراسة الأساسية.

1/ أهداف الدراسة الإستطلاعية:

سعت الباحثة من خلال الدراسة الإستطلاعية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- زيارة العيادات الخاصة بأمراض الغدد وداء السكري للتعرف على الميدان الذي ستجرى فيه الدراسة.
- زيارة بعض المؤسسات الإستشفائية.
- إستطلاع كل الظروف التي تحيط بمشكلة الدراسة، وإستكشاف الصعوبات التي من المحتمل أن تواجه الباحثة، وكيفية التغلب عليها وإيجاد الحلول المناسبة والتجهيز للقيام بالدراسة الأساسية.
- محاولة الحصول على القدر الكافي من المعلومات والبيانات والمعرفة للكشف عن أبعاد موضوع ومشكلة الدراسة.
- تحديد العينة التي ستجرى عليها الدراسة.

● حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، ومعرفة مدى صدقها وثباتها.

● تحديد الوقت الذي قد تستغرقه الباحثة لإنهاء الدراسة الميدانية.

2/ خطوات الدراسة الإستطلاعية:

✎ قامت الباحثة بوضع برنامج مواعيد لزيارة العيادات الخاصة بالعيينة وكذا المستشفيات.

✎ لاحظت الباحثة أن معظم المرضى من فئة الراشدين والمسنين، الأمر الذي جعلها تقوم بإستبعاد الأطفال والمراهقين نهائيا من عينة الدراسة، وقد أدرجت هذه النقطة كشرط من شروط إختيار العينة بطريقة قصدية.

✎ تحديد عينة الدراسة الإستطلاعية.

✎ تطبيق إستبيان الالتزام الصحي ومقياس جودة الحياة على عينة الدراسة الإستطلاعية من أجل حساب الخصائص السيكومترية. وقد استخدمت الباحثة كل من طريقة:

✓ الإتساق الداخلي والصدق التمييزي لحساب الصدق

✓ ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، وطريقة إعادة التطبيق لحساب الثبات.

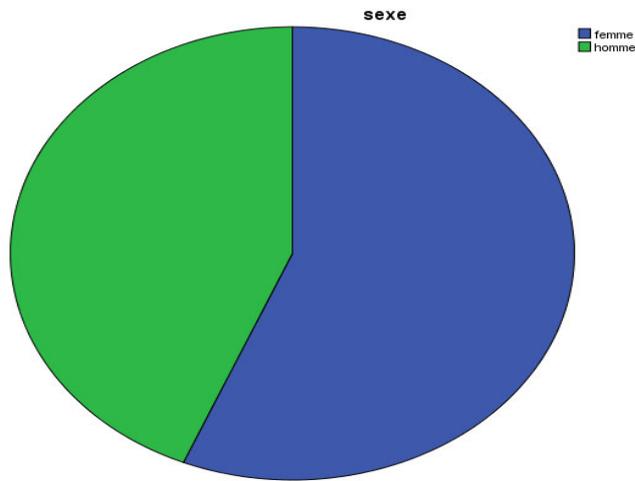
ومن بين الصعوبات التي واجهتها الباحثة في هذه الخطوة هو أنها مبدئيا لم تتحصل إلا على (30) موافقة وإستجابة من المرضى للإلتقاء بعد أسبوعين وإعادة تطبيق ادوات الدراسة، وبعد صعوبات كبيرة في محاولة الإتصال بالمرضى لم تستطع الوصول إلا لـ (20) مريضا من كلا الجنسين.

3/ عينة الدراسة الإستطلاعية:

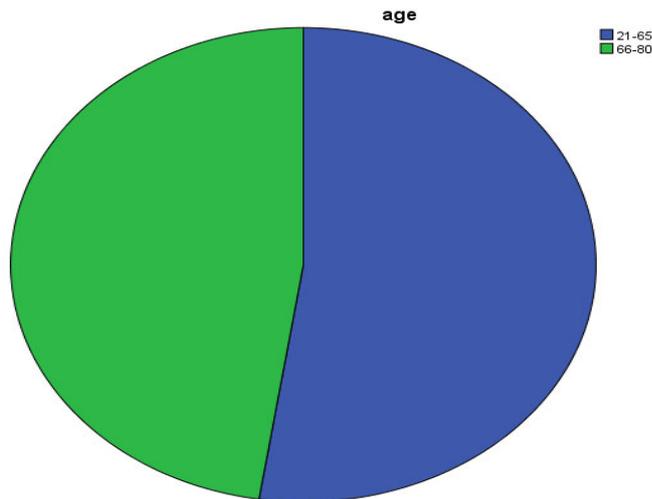
إنطلقت الباحثة من عينة إستطلاعية قوامها (103) مريضا من الجنسين، تم إختيارها بطريقة قصدية، وقد تراوح المدى العمري لهم بين (21 - 80) سنة. كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 14: يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب كل من متغير الجنس والسن

السن		الجنس		العينة
80 – 66	65-21	إناث	ذكور	
49	54	58	45	
%47.6	%52.4	%56.3	%43.7	النسب المؤوية



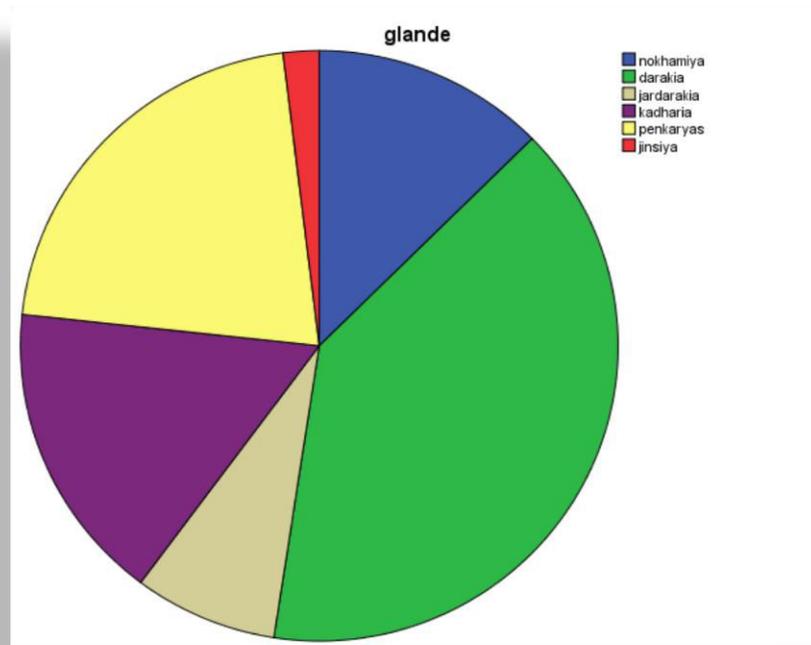
شكل رقم 7: يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس.



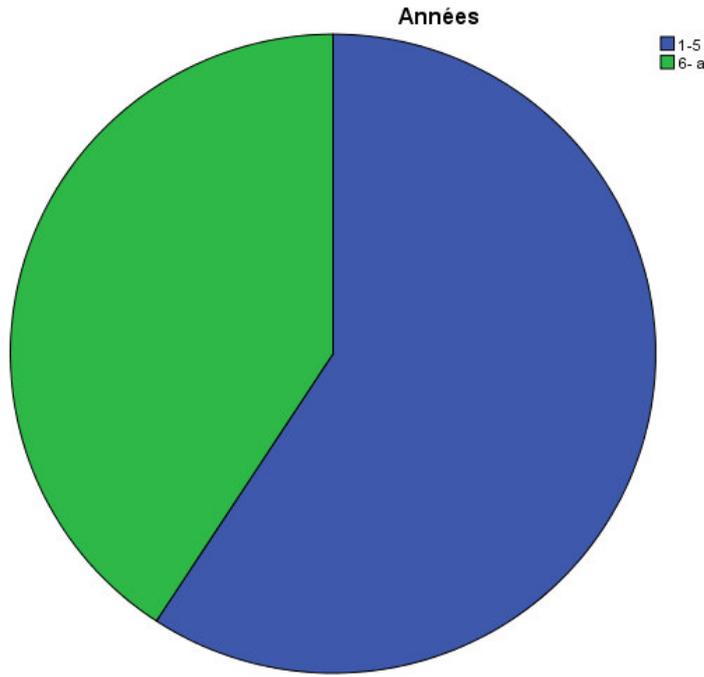
شكل رقم 8: توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب السن

جدول رقم 15: يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب كل من متغير نوع مرض الغدة ومدة المرض.

مدة المرض		نوع المرض						العينة	النسب المؤوية
6 - فما فوق	5-1	أمراض الغدد الجنسية	أمراض البنكرياس	أمراض الكظرية	أمراض الجار درقية	أمراض الدرقية	أمراض النخامية		
42	61	02	22	17	08	41	13		
%40.8	%59.2	%1.9	%21.4	%16.5	%7.8	%39.8	%12.6		



شكل رقم 9: توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب نوع مرض الغدد اللاحقوية



شكل رقم 10: توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب مدة المرض.

4/ الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية:

إعتمدت الدراسة على كل من: إستبيان الالتزام الصحي (تصميم الباحثة)، ومقياس جودة الحياة المختصر من إعداد (منظمة الصحة العالمية)، تعريب (بشرى إسماعيل أحمد 2008).

أ/ إستبيان الالتزام الصحي:

الاستبيان من أشهر أدوات البحوث الكمية إستخداما، وهو أداة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة، عن طريق صياغة مجموعة من الفقرات بطريقة علمية مناسبة يتم توزيعها على عينة من الدراسة لجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بمشكلة الدراسة. (الخياط: 2010، ص 109)

لغرض تحقيق أهداف الدراسة، قامت الباحثة بالبحث عن مقاييس الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، وبعد الإطلاع على كل ماله علاقة بالموضوع لم تجد إلا مجموعة من الاستبيانات المصممة من قبل بعض الباحثين خصيصا لخدمة أهداف دراساتهم، ونظرا لعدم وجود إستبيان مناسب لتحقيق أغراض الدراسة الحالية (على حد علم الباحثة) قامت الباحثة بتصميم استبيان الالتزام الصحي خاص بالمصابين بأمراض الغدد اللاحقوية. وذلك بالإعتماد على الخطوات التالية:

○ الإطلاع على التراث النظري من خلال مراجعة الكتب، والمقالات، والدراسات السابقة القريبة من الموضوع، والإطلاع على كل ما يخص أمراض الغدد اللاحقوية، وخصائص المرضى المصابين بها، ومتطلبات علاجهم.

○ الإطلاع على التراث النظري للالتزام الصحي، والإستبيانات المتوفرة وذات العلاقة بالموضوع كإستبيانات الالتزام بالعلاج، الالتزام بالدواء.

○ الإتصال ببعض الأطباء المختصين في داء السكري وأمراض الغدد الصماء بغرض الإستفادة منهم في تحديد البنود الأساسية للالتزام الصحي.

○ تقديم سؤال مفتوح لعينة من المرضى لمعرفة أهم التوصيات والإرشادات المطلوب منهم إتباعها. وكذا النصائح التي طلب منهم الالتزام بها.

○ جمع وصياغة بنود الإستبيان، مع مراعاة النقاط التالية:

- استخدام لغة مفهومة وفي مستوى كل افراد عينة الدراسة.

- أن تكون البنود في صياغتها سهلة، واضحة، بسيطة ومباشرة ومعبرة عن فكرة واحدة.

- أن تكون البنود أحادية الجانب.

- مراعاة الإيجاز في صياغة البنود.

- ربط البنود بالاهداف المراد تحقيقها.

- الإعتماد على التعريف الاجرائي للالتزام الصحي في وضع بنود الاستبيان.

○ اعتمادا على هذه الخطوات تم صياغة (15) بند.

◆ بدائل الإجابة: (نعم)، (أحيانا)، (لا)

◆ تصحيح الإستبيان: تصحيح الاستبيان يكون وفقا للأوزان التالية:

- لا = 0

- أحيانا = 1

- نعم = 2

◆ تحديد مستويات الإستبيان: تم تحديد مستويات الإستبيان من خلال المعادلة التالية:

$$\frac{\text{الدرجة الأعلى} - \text{الدرجة الأدنى}}{3} = \text{المدى}$$

- ▶ (15-0): مستوى الالتزام الصحي منخفض.
- ▶ (20-16): مستوى الالتزام الصحي متوسط.
- ▶ (30-21): مستوى الالتزام الصحي مرتفع.

◆ إعداد تعليمات الإستبيان:

وضعت الباحثة تعليمات إستبيان الالتزام الصحي بصيغة واضحة، بسيطة، مباشرة، حيث تم التأكيد على الصدق والصراحة في الإجابة وإختيار البدائل المناسبة للمستجيب إزاء كل فقرة من فقرات الإستبيان، وليس هناك إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة وإنما الإجابة هي تعبير عن القناعة تجاه التزامات صحية، ولا داعي لذكر الإسم، وأن الإجابة تستخدم لأغراض دراسة علمية فقط.

حساب الخصائص السيكومترية لإستبيان الالتزام الصحي:

تم حساب ثبات وصدق الإستبيان كما يلي:

حساب الثبات:

✚ الثبات بالتجزئة النصفية:

جدول رقم 16: يوضح قيمة معامل الارتباط لإستبيان الالتزام الصحي

معامل الارتباط	عدد البنود	عدد العينة
0.65	15	103

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط يقدر بـ: 0.65 وهو معامل مقبول ويعبر عن ثبات

الإستبيان.

✚ معامل ألفا كرونباخ:

جدول رقم 17: يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ لإستبيان الالتزام الصحي

معامل ألفا كرونباخ	عدد البنود	العينة
0.70	15	103

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل ألفا كرونباخ يقدر بـ: 0.70 وهو معامل مقبول ويعبر عن ثبات الإستبيان.

✚ طريقة إعادة التطبيق:

تم حساب معامل الارتباط من خلال تطبيق الإستبيان على عينة إستطلاعية عددها (20) من مرضى الغدد اللاحقوية، ثم إعادة تطبيقه على نفس الأفراد بعد أسبوعين، ثم قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط "بيرسون" بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 18: يوضح قيمة معامل الارتباط لإستبيان الالتزام الصحي

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	عدد البنود
0.01	0.59**	15

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط يقدر بـ: 0.59 وهو معامل مقبول يعبر عن ثبات الإستبيان.

حساب الصدق:

يعتبر المقياس صادقا إذا كان يقيس ماوضع لقياسه، وقد تم حساب الصدق من خلال:

✚ الاتساق الداخلي:

تم حساب الإتساق الداخلي للإستبيان، من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية للإستبيان كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 19: يوضح معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للإستبيان

البنود	معامل الارتباط
1	0,511**
2	0,510**
3	0,389**
4	0,481**
5	0,389**
6	0,417**
7	0,287**
8	0,654**
9	0,443**
10	0,331**
11	0,383**
12	0,507**
13	0,502**
14	0,144
15	0,568**

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية دالة عند مستوى: 0.01 مما يدل على صدق الإستبيان.

الصدق التمييزي:

من أجل حساب الصدق التمييزي للإستبيان، تم ترتيب الدرجة الكلية للعينة على الإستبيان ككل ترتيباً تنازلياً، ثم اختيار مجموعتين واقعتين تحت الدرجة المئوية 27%. بواقع 38 فرداً من المجموعة العليا و 38 فرداً من المجموعة الدنيا، وتم حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 20: الفروق بين متوسطات الفئة العليا والدنيا لإستبيان الالتزام الصحي

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الالتزام الصحي
0.01	11,28	1,31	11,31	38	الفئة الدنيا
		4,16	19,31	38	الفئة العليا

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة الدنيا و العليا، حيث بلغت قيمة ت: 11.28 وهي دالة عند مستوى: 0.01 وهذا ما يؤكد لنا تمتع الإستبيان بالقدرة التمييزية بين المجموعتين.

ب/ مقياس جودة الحياة المختصر:

من إعداد (منظمة الصحة العالمية)، تعريب (بشرى إسماعيل أحمد 2008). قبل التطرق إلى خطوات إعداد الصيغة العربية لهذا المقياس من طرف أحمد (2008) نحاول أن نقدم وصفا مختصرا للمقياس الأصلي ومراحله.

جاء هذا المقياس كإختصار لمقياس جودة الحياة المؤوي WHOQOL100 الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذي تم إعداده عام 1991، عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية بإعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس جودة الحياة، يغطي الجوانب المختلفة لجودة الحياة التي تناولتها أو لم تتناولها الأدوات التقليدية لتقدير جودة الحياة المتعلقة بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تصميم أداة لتقييم جودة الحياة يمكن إستعمالها بشكل واسع، حيث تم إعداده من خلال 15 مركزا ميدانيا تابعا لمنظمة الصحة العالمية وترجم لـ 12 لغة، حيث طبقت الصيغة الإستطلاعية الأصلية 235 بندا، واستعملت هذه الصيغة في 15 مركزا ميدانيا بلغات مختلفة عبر العالم لتنتهي إلى 100 بندا تقيس جودة الحياة في 6 مجالات وهي الممثلة في الجدول التالي:

جدول رقم 21: مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة والتعب، الراحة (الإنزعاج)، الألم، النوم والراحة
الصحة النفسية	صورة الجسم والمظهر، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، ردود الفعل، (التعلم، الذاكرة، التركيز)
مستوى الإستقلالية	الحركة، النشاط اليومي، الإستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية، القدرة على العمل.
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي.
البيئة	الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية والمعونة الاجتماعية السكن، القدرة على التعلم، الهوايات، البيئة الفيزيائية، التلوث، الصخب المناخ
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 المقياس مكون من 26 بندا موزعة على 4 أبعاد بندين بند حول جودة الحياة عامة والبند الثاني حول الصحة العامة أما باقي الأبعاد فهي موزعة كالتالي:

البعد	البنود
الصحة الجسدية	18-17-16-15-10-4-3
الصحة النفسية	26-19-11-7-6-5
العلاقات الاجتماعية	22-21-20
البيئة	25-24-23-14-13-12-9-8

وصيغت البنود على شكل أسئلة يجاب عن كل منها على أساس مقياس خماسي ترتيبى يتراوح بين 1 و5 من 1-5 في البنود الإيجابية والمتمثلة في البنود التالية (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25) وتعكس في البنود السلبية (3-4-26). (فطيمة وبوداود: 2018)

حساب الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة المختصر :

سعت الباحثة للتحقق من المقياس وصدقه فيما يقيس، وثباته والتأكد من مدى ملائمة لعينة الدراسة الحالية في البيئة الجزائرية، حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة إستطلاعية مكونة من (103) من المرضى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية، ثم حساب ثبات وصدق المقياس كما يلي:

الثبات: تم حساب الثبات بالطرق التالية:

✚ بطريقتة ألفا كرونباخ:

جدول رقم 22: قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المختصر

معامل ألفا كرونباخ	الابعاد
0.65	الصحة الجسدية
0.57	الصحة النفسية
0.60	العلاقات الاجتماعية
0.55	البيئة
0.67	المقياس الكلي

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الثبات لكل أبعاد مقياس جودة الحياة المختصر قد تراوحت بين (0,55 و 0,67) مما يعكس أن المقياس يتمتع بثبات مقبول.

طريقة إعادة التطبيق:

تم تطبيق مقياس جودة الحياة المختصر على عينة إستطلاعية عددها (20) من مرضى الغدد اللاحقوية، ثم إعادة تطبيقه على نفس الأفراد بعد أسبوعين، وقد تم حساب معامل ارتباط "بيرسون" بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 23: قيمة معامل الارتباط لمقياس جودة الحياة المختصر

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	عدد البنود	المقياس الكلي
0.01	0.80**	26	

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط يقدر بـ: 0.80 وهو معامل قوي ويعبر عن ثبات المقياس.

حساب الصدق:

تم حسابه بالطرق التالية:

➤ الإتساق الداخلي:

تم حساب الإتساق الداخلي عن طريق حساب معاملات الارتباط الخطي لـ (كارل بيرسون) بين كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم 24: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لكل من جودة الحياة العامة والصحة العامة

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.01	0.74**	1
0.01	0.59**	2

جدول رقم 25: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعدها الصحية الجسدية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.01	0.52**	3
0.01	0.48**	4
0.01	0.50**	10
0.01	0.68**	15
0.01	0.46**	16
0.01	0.68**	17
0.01	0.64**	18

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ، إذ تراوحت ما بين 0.46 (و) 0.68 ، و هي درجات مقبولة تعكس صدق البعد.

جدول رقم 26: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعد الصحة النفسية

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
5	0.59**	0.01
6	0.66**	0.01
7	0.36**	0.01
11	0.57**	0.01
19	0.64**	0.01
26	0.52**	0.01

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ، إذ تراوحت ما بين 0.36 (و) 0.66 ، و هي درجات مقبولة تعكس صدق البعد.

جدول رقم 27: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعد العلاقات الاجتماعية

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
20	0.72**	0.01
21	0.66**	0.01
22	0.58**	0.01

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ، إذ تراوحت ما بين 0.58 (و) 0.72 ، و هي درجات مقبولة تعكس صدق البعد.

جدول رقم 28: معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعد البيئة

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
8	0.26**	0.01
9	0.43**	0.01
12	0.38**	0.01
13	0.40**	0.01
14	0.41**	0.01
23	0.33**	0.01
24	0.50**	0.01
25	0.38**	0.01

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ، إذ تراوحت ما بين 0.26 (و) 0.50 ، و هي درجات مقبولة تعكس صدق البعد.

تحديد مستويات جودة الحياة المختصر:

تم تحديد مستويات جودة الحياة من خلال طريقة ليكرت الثلاثية حيث يتم حساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد المستويات الثلاثة كما يلي:

$$1.33 = \frac{1-5}{3} = \frac{\text{أكبر بديل} - \text{أقل بديل}}{\text{عدد المستويات المطلوب}}$$

جدول رقم 29: المستويات حسب المتوسط الحسابي

المستوى	المتوسط الحسابي
منخفض	2.33-1
متوسط	3.67 - 2.33
مرتفع	5 - 3.67

المستويات حسب الدرجات:

يتم ضرب عدد البنود في قيم المتوسط للمستويات الثلاث لتصبح المستويات محددة كالتالي:

جدول رقم 30: المستويات حسب المتوسط الحسابي

المستوى	المتوسط الحسابي
منخفض	61-26
متوسط	95 - 62
مرتفع	130 - 96

(حمزة و بوداود: 2018، ص 153)

5/ نتائج الدراسة الإستطلاعية:

- تم تحديد العيادات والمستشفيات وأماكن أخرى من أجل الإنطلاق في الدراسة الأساسية.
- تم تحديد العينة التي ستجرى عليها الدراسة، والتي تتوفر فيها شروط الإختيار.
- تم حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وإتضح أنها تتمتع بالقبول من حيث عامل الصدق والثبات وأصبحت جاهزة لتطبيقها في الدراسة الأساسية.

● من خلال الدراسة الإستطلاعية واجهت الباحثة مشكلة لم تضعها بعين الإعتبار بسبب ثقتها المبدئية في توفر العينة في العيادات الخاصة، إلا أنها إكتشفت بأن أكثر المرضى الذين يترددون على العيادات الخاصة يعانون من أمراض الغدة الدرقية وداء السكري، مما جعل الباحثة تبحث عن حل لهذه المشكلة من خلال إستعانتها من جهة بالمستشفيات للبحث عن باقي أمراض الغدد اللاقنوية، ومن جهة أخرى بالمرضى الذين يعرفون مرضى آخرين تتوفر فيهم شروط الإختيار. تطلبت هذه الخطوة جهدا ووقتا كبيرا إلا أنها كانت الحل المناسب للوصول لعينة الدراسة المناسبة.

● عدم تمكن الباحثة من العثور على أي حالة تعاني من أمراض الغدة الصنوبرية أو الغدة السعترية مما أدى إلى إستبعادها من الدراسة.

ثانيا/الدراسة الأساسية:

تهدف الدراسة الأساسية إلى الإجابة عن تساؤلات الدراسة وفرضياتها وتحليلها وتفسيرها من خلال إتباع خطوات علمية و منهجية محددة، توضح عينة الدراسة، وأدواتها، وكذا الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

1/ التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

تكمن أهمية التعريف الإجرائي في ترجمته للمتغيرات في شكل سلوكيات قابلة للملاحظة بحيث تكون مطابقة تماما مع إجراءات قياسها. وهذا ما يوضحه العرض التالي لمتغيرات الدراسة:

➤ **الالتزام الصحي:** يعرف إجرائيا في الدراسة الحالية " بأنه التزام المريض بالنصيحة والإرشادات والتوصيات الطبية، وذلك من خلال الالتزام بحضور المواعيد الطبية طول فترة العلاج، وتناول الأدوية الموصوفة، وإتباع نظام غذائي صحي، والمواظبة على ممارسة الأنشطة البدنية في الحياة اليومية. ويستدل به من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من إستبيان الالتزام الصحي المصمم من طرف الباحثة.

➤ **جودة الحياة:** عرفتها منظمة الصحة العالمية (1998): بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة و أنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة. ويستدل بها من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس

جودة الحياة المختصر (WHO QOL – BREF) من إعداد منظمة الصحة العالمية، تعريب (د/بشري اسماعيل أحمد، 2008).

2/ منهج الدراسة:

أشار العساف (1995) أن الدراسة الواحدة قد تجرى بأكثر من منهج، وأن إختيار المنهج المناسب يعتمد على طبيعة موضوع الدراسة وأهدافها، وعليه بما أن الدراسة الحالية تسعى إلى الكشف عن العلاقة بين متغيراتها، ومعرفة فيما إذا كانت هناك فروق لدى عينة الدراسة في هذه المتغيرات تبعا لبعض العوامل، تم الإعتماد فيها على المنهج الوصفي من خلال أسلوب البحث الإرتباطي، والبحث السببي المقارن.

ويقصد بالمنهج الوصفي أنه " أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم، لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا، عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها، وتحليلها، وإخضاعها للدراسة الدقيقة ". (الخياط: 2010، ص 135)

وقد تم إستخدام كل من أسلوب:

🔸 المنهج الإرتباطي: لتوضيح طبيعة العلاقة بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة، وما إذا كانت علاقة سالبة أو موجبة.

🔸 المنهج السببي المقارن: لتوضيح ما إذا كانت هناك فروق بين المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية في كل من الإلتزام الصحي وجودة الحياة تبعا لبعض المتغيرات كالجنس، السن، نوع مرض الغدة، مدة المرض. ومحاولة فهم الأسباب التي أدت إلى تلك الفروق.

3/ حدود الدراسة

تعتبر حدود الدراسة أساسا علميا يفرض على الباحث الإلتزام بها، وتوضيحها في أي دراسة علمية يقوم بها، كي لا يخرج من الإطار العام لدراسته، لذلك تعتبر حدود الدراسة عامل من العوامل الأساسية لتحقيق أهداف الدراسة، وشرط إجباري لنجاح أي بحث علمي. والجدير بالذكر أن طبيعة المشكلة في هذه الدراسة تسمح بالإمتداد المكاني والزمني لدراستها دراسة كمية كيفية وبصورة أعمق، غير أن الوقت المخصص للبحث لايسمح للباحثة بهذا الإمتداد. لذلك جاءت حدود الدراسة الحالية كالتالي:

● **الحدود الموضوعية:** يقصد بها الإطار العام والمجال الذي تقوم ضمنه الدراسة العلمية

، وتقتصر الدراسة الحالية على: المرضى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، والالتزام الصحي، وجودة الحياة، بالإضافة إلى بعض المتغيرات الخارجية كالسن، والجنس، ونوع المرض، ومدة المرض.

● **الحدود الزمانية:** تم إجراء هذه الدراسة خلال ثلاث سنوات إنطلاقاً من نوفمبر 2016

إلى نوفمبر 2019. وقد كانت كافية لتنفيذها في حدود الفترة الزمنية المخصصة لها كما يلي:

◆ مرحلة جمع المادة العلمية وكل ما يخص موضوع الدراسة.

◆ مرحلة القيام بكل من: الدراسة الإستطلاعية والدراسة الأساسية.

◆ مرحلة الوصول إلى النتائج وتحليلها وتفسيرها.

● **الحدود المكانية:** تمت الدراسة بولاية باتنة وبالتحديد في كل من:

● عيادة هدار نور الدين (عيادة مختصة في داء السكري وأمراض الغدد الصماء) - باتنة

● المركز الإستشفائي الجامعي بن فليس التهامي - باتنة.

● المؤسسة العمومية للصحة الجوارية-حملة (3).

● مرضى خارج العيادات .

⊕ تعزى مبررات الحدود المكانية في هذه الدراسة إلى:

- **عينة الدراسة:** تمحورت عينة الدراسة حول المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، ولدراسة هذه العينة يقتضي الأمر الأخذ بعين الاعتبار طبيعة المكان الذي سيتم إختيار عناصرها منه، كنتيجة لطبيعة أمراض الغدد اللاحقوية، فعلى سبيل المثال: لو تحدثنا عن أمراض الغدة الدرقية، سنجد أن هناك إختلافات وفروق بين المناطق التي ترتفع فيها نسبة اليود والمناطق التي ينخفض فيها هذا العنصر. ومن أجل تجنب التأثيرات المحتملة التي يمكنها الإنعكاس على نتائج الدراسة وتحليلها، إكتفت الباحثة بتحديد عينة الدراسة من منطقة واحد فقط

- تم إختيار العينة من الأماكن التي سبق ذكرها، بإعتبارها الأماكن المناسبة التي وفرت للباحثة عناصر العينة المستهدفة مقارنة بباقي العيادات.

⊕ ان نتائج هذه الدراسة تناسب حالات المرضى الراشدين والمسنين فقط، ولا يمكن تعميمها على الأطفال والمراهقين.

4/ عينة الدراسة الأساسية:

بلغ عدد عينة الدراسة الأساسية (135) فردا من المرضى المصابين بأمراض الغدد اللاحوية، وقد تم إختيار العينة بطريقة قصدية، لأنها الأنسب والأكثر ملائمة لتحقيق أهداف الدراسة وفقا للشروط التالية:

- كل أفراد العينة في فوق 21 سنة، وقد تم وضع هذا الشرط لأن الباحثة لاحظت من خلال الدراسة الإستطلاعية أن الراشدين والمسنين هم أكثر المرضى المتواجدين في العيادات وأماكن إجراء الدراسة.

- إختيار الأفراد الذين يعانون من أمراض الغدد اللاحوية فقط دون أمراض اخرى مصاحبة.

- أن يكون أفراد العينة من كلا الجنسين.

- أن يجيد كل افراد العينة القراءة باللغة العربية.

- أن لا يكون أفراد العينة من ذوي الإحتياجات الخاصة

- أن يكون كل أفراد العينة من ولاية باتنة.

وقد تمت الدراسة الاساسية كما يلي:

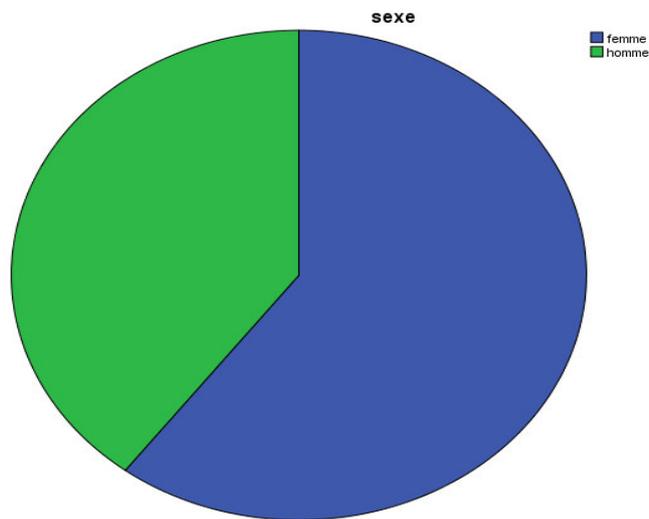
⊕ تم تطبيق أدوات الدراسة على العينة، ولم تتمكن الباحثة من الحصول على كل إستجابات أفراد العينة عن كل من الإستبيان والمقياس، مما أدى إلى إستبعاد بعض النسخ التي لم يتم الإجابة عن جميع بنودها، وقد تم التحصل على (126) نسخة في كل أداة.

⊕ تم توزيع العينة وفق الخصائص التي تحتاجها الباحثة في الدراسة كما هو موضح في

الجدول التالية:

جدول رقم 31: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

النسبة	التكرار	الجنس
60.3%	76	ذكور
39.7%	50	اناث
100%	126	المجموع



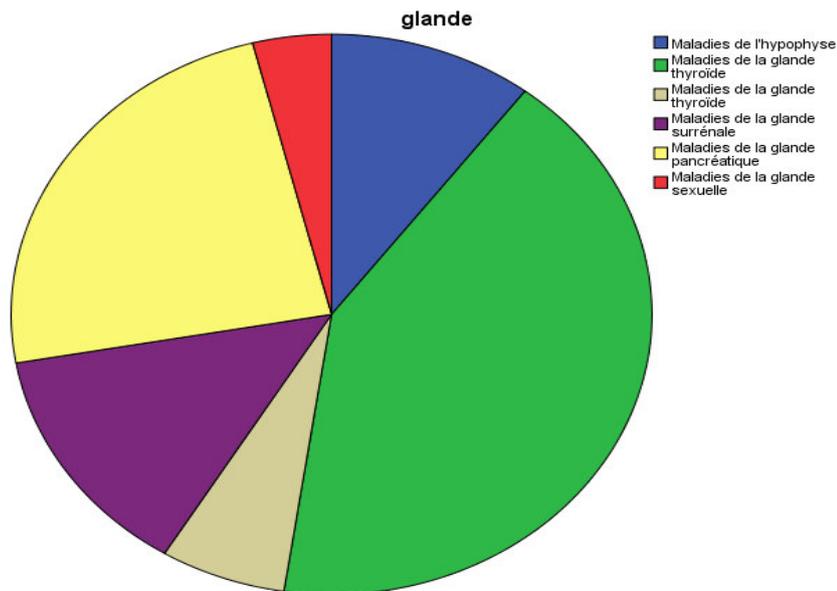
شكل رقم 11: يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

جدول رقم 32: توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية

النسبة	التكرار	الفئات العمرية
52.4%	66	65-21
47.6%	60	80-66
100%	126	المجموع

جدول رقم 33: يمثل توزيع أفراد العينة حسب أمراض الغدد اللاحقوية

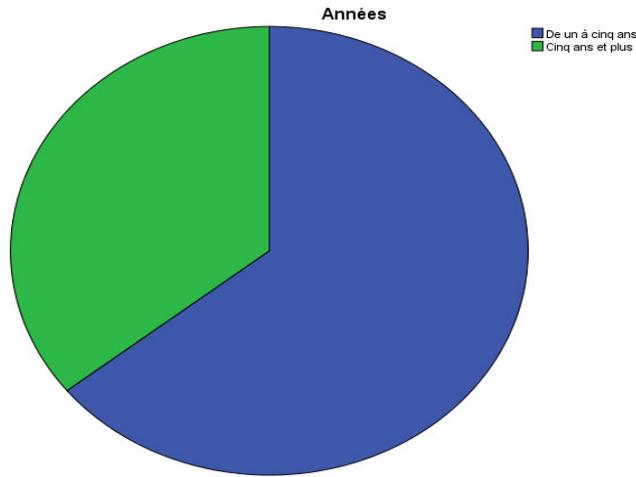
النسبة	التكرار	أمراض الغدد اللاحقوية
10.3%	13	أمراض الغدة النخامية
42.1%	53	أمراض الغدة الدرقية
6.3%	08	أمراض جار الدرقية
13.5%	17	أمراض الغدة الكظرية
23.8%	30	أمراض الغدة البنكرياسية
4%	05	أمراض الغدة الجنسية
100%	126	المجموع



شكل رقم 12: توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض

جدول رقم 34: التوزيع الجغرافي لأفراد العينة حسب مدة المرض

عدد سنوات المرض	التكرار	النسبة
1-5 سنوات	81	64.3%
6- فما فوق	45	35.7%
المجموع	126	100%



شكل رقم 13: توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض

5/ الأدوات المستخدمة في الدراسة:

لقد قامت الباحثة باستخدام الأدوات التي تم تجهيزها في الدراسة الإستطلاعية والمتمثلة في كل

من:

✶ إستبيان الالتزام الصحي (تصميم الباحثة).

✶ مقياس جودة الحياة المختصر (إعداد منظمة الصحة العالمية)، تعريب (بشرى إسماعيل أحمد

2008).

6/ الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لقد تم الإستعانة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة 20 (برنامج SPSS V 20) لمعالجة

النتائج المتحصل عليها، وقد تمثلت أهم الأساليب الإحصائية التي تم إعتماها في كل من:

- ▶ النسب المئوية pourcentage .
- ▶ المتوسط الحسابي Moyenne ، والانحراف المعياري Ecart-type .
- ▶ إختبار (ت) للعينات المستقلة Test du (T) .
- ▶ إختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) .
- ▶ إختبار شففيه Scheffe test .
- ▶ معامل الارتباط الخطي لـ كارل بيرسون (Le Coefficient de Corrélation (Pearson) .
- ▶ معادلة سبيرمان براون Brown Spearman .
- ▶ معامل ألفا كرونباخ Alpha Kronbach .



الفصل السادس

عرض نتائج الدراسة

- أولا/ عرض نتائج الفرضية الأولى
- ثانيا/ عرض نتائج الفرضية الثانية
- ثالثا/ عرض نتائج الفرضية الثالثة
- رابعا/ عرض نتائج الفرضية الرابعة

أولا/ عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه " ينخفض مستوى الالتزام الصحي لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية " وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإستجابات المرضى على إستبيان الالتزام الصحي كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم 35: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإستبيان الالتزام الصحي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الالتزام الصحي
4.05	9.24	

► ما إتضح من خلال الجدول رقم (35) بأن المتوسط الحسابي قد بلغ (9.24) بإنحراف معياري (4.05)، وبالرجوع لمستويات إستبيان الإلتزام الصحي، إتضح أن قيمة المتوسط الحسابي تقع ضمن المستوى الأول (0-15) مما يدل على إنخفاض مستوى الإلتزام الصحي لدى هؤلاء المرضى .

ثانيا/ عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثالثة على أنه " توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة " للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل الإرتباط الخطي لـ (كارل بيرسون) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 36: الإحصاءات الوصفية وقيمة معامل الإرتباط بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة

مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	الالتزام الصحي جودة الحياة
0.05	0.214*	

كما هو موضح في الجدول رقم (36) أن معامل الارتباط يساوي 0.214 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05 مما يشير إلى تحقق هذه الفرضية، أي أنه توجد علاقة إرتباطية بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة لدى أفراد العينة.

ثالثا/ عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة تبعا لبعض المتغيرات النوعية (الجنس، السن، نوع المرض ، مدة المرض). للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي T. TEST لعينتين مستقلتين، و ANOVA، وكانت النتائج كما هي مبينة في الجداول التالية:

الجنس:

جدول رقم 37: نتائج اختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاقنوية في إستبيان الالتزام الصحي حسب متغير الجنس.

مستوى الدلالة	قيمة T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	الجنس	الالتزام الصحي
0.05	2.86	5.04	16.93	76	اناث	
		4.04	14.50	50	ذكور	

كما هو موضح في الجدول رقم (37) أن قيمة (ت) قد بلغت 2,86 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05 مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين، وهذا يعني أن نسبة الثقة في هذا الحكم هي 95%، وقد إتضح أن الفروق تعود لصالح الإناث بمتوسط حسابي قدره 16,93 مقارنة بالذكور بمتوسط حسابي قدره 14,50.

السن:

جدول رقم 38: نتائج اختبار T. TEST للكشف عن الفروق بين مرضى الغدد اللاقنوية في إستبيان الالتزام الصحي حسب متغير السن.

مستوى الدلالة	قيمة T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	السن	الالتزام الصحي
1.22 غير دالة	1.56	4.55	15.33	66	65-21	
		5.01	16.66	60	80-66	

لقد إتضح من خلال الجدول رقم (38) أن قيمة (ت) قد بلغت 1.56 وهي غير دالة، مما يدل على عدم وجود فروق بين الجنسين.

● نوع المرض:

جدول رقم 39: نتائج إختبار ANOVA للكشف عن الفروق بين مرضى الغدد اللاقنوية في إستبيان الالتزام الصحي حسب متغير نوع المرض.

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين	الالتزام الصحي
0.01 دالة	14.25	253.91	5	1269.55	بين المجموعات	
		17.81	120	2137.24	داخل المجموعات	
			125	3406.80	الكلي	

كما هو موضح في الجدول رقم (39) أن قيمة (ف) تساوي 14,25 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,01. مما يدل على وجود فروق دالة إحصائيا في الالتزام الصحي تبعا لنوع المرض. ومن خلال إستخدام إختبار شففيه Scheffe test لتحديد وجهة الفروق، وبعد التحليل جاءت النتائج كما يلي:

■ وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05 بين المصابين بأمراض الغدة النخامية والمصابين بمرض السكري، لصالح مرضى النخامية.

■ وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05 بين المصابين بأمراض الغدة الدرقية والمصابين بمرض السكري، لصالح مرضى الدرقية.

■ وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05 بين المصابين بأمراض الغدة الدرقية والمصابين بأمراض الغدة الجنسية، لصالح مرضى الدرقية.

■ لم يتم الكشف عن أي فروق بين الغدة جارة الدرقية وباقي الغدد اللاقنوية.

مدة المرض:

جدول رقم 40: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاقنوية في إستبيان الالتزام الصحي حسب متغير مدة المرض.

مستوى الدلالة	قيمة T	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	مدة المرض	
0.09 غير دالة	1.69	5.23	16.50	81	1-5 سنوات	الالتزام الصحي
		3.77	15.00	45	6-فأكثر	

من خلال الجدول رقم (40) نلاحظ أن قيمة (ت) قد بلغت 1,96 وهي قيمة غير دالة. مما يدل على عدم وجود فروق في الالتزام الصحي لدى أفراد العينة يمكن أن تعزى لمدة المرض.

رابعا/ عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى عينة الدراسة تبعا لبعض المتغيرات النوعية (الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض). للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي T. TEST لعينتين مستقلتين و ANOVA، وكانت النتائج كما هي مبينة في الجداول التالية:

متغير الجنس:

جدول رقم 41: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاقنوية في مقياس جودة الحياة حسب متغير الجنس.

مستوى الدلالة	قيمة T	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	الجنس	
0.05	2.81	6.66	65.63	76	إناث	جودة الحياة
		9.61	69.72	50	ذكور	

من خلا الجدول رقم (41) نلاحظ أن قيمة (ت) تساوي 2,81 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05 مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة بين الذكور والإناث. وهذا يعني أن نسبة الثقة

في هذا الحكم هي 95%، وقد إتضح أن الفروق تعود لصالح الذكور بمتوسط حسابي قدره 69,72 مقارنة بالإناث بمتوسط حسابي قدره 65,63.

● السن:

جدول رقم 42: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاقنوية في مقياس جودة الحياة حسب متغير السن.

مستوى الدلالة	قيمة T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	السن	جودة الحياة
0.86 غير دالة	0.16	8.56	67.13	66	65-20	
		7.81	67.38	60	80-66	

من خلا الجدول رقم (42) نلاحظ أن قيمة (ت) تساوي 0,86 وهي قيمة غير دالة. مما يدل على عدم جود فروق في جودة الحياة تبعا لسن الأفراد.

● نوع المرض:

جدول رقم 43: نتائج إختبار ANOVA لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاقنوية في مقياس جودة الحياة حسب متغير نوع مرض الغدة.

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين	جودة الحياة
0.01 دالة	4.55	263.10	5	1315.51	بين المجموعات	
		57.71	120	6925.34	داخل المجموعات	
			125	8240.85	الكلي	

من خلا الجدول رقم (43) نلاحظ أن قيمة (ف) تساوي 4,55 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,01 مما يدل على وجود فروق دالة إحصائيا في جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعا لنوع المرض. ومن خلال إستخدام إختبار شففيه Scheffe test لتحديد وجهة الفروق، وبعد التحليل جاءت النتائج كما يلي:

■ وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05 بين المصابين بأمراض الغدة جارات الدرقية والمصابين بأمراض الغدة الجنسية، لصالح جارات الدرقية.

■ وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,05 بين المصابين بأمراض الغدة الكظرية والمصابين بأمراض الغدة الجنسية، لصالح مرضى الغدد الجنسية.

■ لم يتم الكشف عن أي فروق بين أمراض الغدد اللاقنوية الأخرى.

مدة المرض:

جدول رقم 44: نتائج إختبار T. TEST لدلالة الفروق بين مرضى الغدد اللاقنوية في مقياس جودة الحياة حسب متغير مدة المرض.

مستوى الدلالة	قيمة T	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	مدة المرض	جودة الحياة
0.60 غير دالة	0.48	8.74	66.98	81	1-5 سنوات	
		7.12	67.73	45	6-فأكثر	

من خلا الجدول رقم (44) نلاحظ أن قيمة (ت) تساوي 0,48 وهي غير دالة. مما يدل على عدم

وجود فروق بين المرضى في جودة الحياة وفق مدة المرض.

الفصل السابع

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

- أولاً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
ثانياً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
ثالثاً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
رابعاً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

أولا/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

أسفرت هذه الفرضية عن انخفاض في مستوى الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحوية.

إن النتيجة المتوصل إليها من خلال هذه الفرضية جاءت متوافقة وتوقعات الباحثة التي إستندت على نتائج بعض الدراسات التي أجريت حول الالتزام لدى مرضى السكري، والالتزام بالعلاج لدى مرضى الغدة الدرقية. ومن بين الدراسات التي تدعم هذه النتيجة يمكن ذكر الدراسة المستعرضة لـ (Koprulu et al,2014) حول الالتزام لدى مرضى السكري، والتي أسفرت نتائجها عن انخفاض في مستوى الالتزام لدى أفراد العينة. ودراسة (Ayman & al,2013) حول التزام مرضى السكري للنظام العلاجي الموصوف، وأسفرت نتائجها عن انخفاض في مستوى الالتزام لدى أفراد العينة. كما أشار (Kalra&Kalra (2012 أن العديد من مرضى الغدة الدرقية غير راضين عن علاجهم لأنهم يخشون من الأنظمة التي تفتقر إلى المرونة والاستقلال، والزيارات المتكررة لطلب الرعاية الصحية، كما أنهم يخشون نظاما يتدخل في نمط حياتهم ويتطلب تعديلات متكررة.

هذا بالإضافة إلى أن إدارة قصور الغدة الدرقية يعتبر بشكل عام واضح، إلا أن العديد من المسوحات المقطعية للمرضى الذين يتلقون LT4 قد أظهرت بأن عدد كبير من المرضى غير ملتزمين بالعلاج، وذلك أساسا أنهم اضطروا إلى تأجيل وجبة الإفطار حوالي 30 دقيقة على الأقل (Cappelli & al, 2018).

كما يمكن تفسير هذه النتائج في إطار بعض العوامل والمشكلات المؤثرة على الالتزام الصحي، بما فيها:

✓ مشكلة إنكار المرض من قبل المريض وعدم تقبل العلاج والالتزام به، ومن أكثر الأسباب التي يقدمها المرضى لعدم التزامهم بالأدوية هي النسيان (30%)، والأولويات الأخرى (16%)، وقرار حذف الجرعة (11%)، ونقص المعلومات (9%)، والأسباب العاطفية (7%)، و (27%) من المرضى لا يعطون أي سبب (Bosworth: 2012,p 8).

✓ مستوى الفهم للمعلومات الطبية والمعرفة حول المرض: الكثير من المرضى لا يفهمون

التعليمات والتوصيات التي يقدمها الأطباء لهم بسبب المصطلحات العلمية والطبية المعقدة، مما يجعلهم لا يلتزمون بها. أضف إلى ذلك المريض الذي تم الشرح له فيما يخص أعراض فرط المعالجة بالهروكسين أو الأنسولين، أو الآثار الجانبية للكالسيوم أو التستوستيرون، أو الأعراض التي توحى بحدوث أزمة أديسون أو الودمة المخاطية الوعائية، سوف يسعى للحصول على رعاية صحية في وقت مبكر مقارنة بالغير المطلعين (Sanjay & al,2012).

✓ كما أكد العديد من الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى انخفاض مستوى الالتزام الصحي لدى المرضى سواء من حيث تعدد الجرعات أو تعقيد طرق الاستخدام، فقد أظهرت بعض الدراسات أن عدم الالتزام يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد و 25% عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية و 35% عندما يفوق 5 أدوية (De blic: 2007, p 422).

✓ وقد أكدت العديد من الدراسات أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض على الرغم من تلقيه للعلاج عامل أساسي من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج ونقص الالتزام به، فعدم تحسن الأعراض التي يعاني منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه (Bauer et ttessier: 2001, p 17) وهذا ما أكده العديد من الأطباء المختصين في أمراض الغدد اللاحوية، بأن معظم المرضى ينقطعون عن العلاج بعد ثلاثة أشهر أو ستة على الأكثر، وذلك بسبب إعتقادهم بأن العلاج غير مجدي بما أن النتائج المرجوة لم تظهر بشكل سريع، وإنزعاجهم من الأعراض التي لم تختفي.

✓ تكاليف العلاج: نظرا لما تقتضيه الحياة من تكاليف مادية، قد يتضرر الفرد من جانبيين، الأول أنه غير قادر على توفير تكاليف العلاج بسبب متطلبات الحياة اليومية، والثاني قد تتدهور صحته وبتفاهم مرضه بسبب عجزه عن الالتزام، فعلى سبيل المثال عدم التزام بعض المرضى بإجراء التحاليل والأشعة التي يطلبها الطبيب، قد يكون السبب في أنها باهضة الكلفة،

مما يؤدي بالمرضى إلى عدم الالتزام بالمواعيد الطبية بسبب عدم تحضيرها. فإذا كان العلاج باهض الكلفة، وسينتج عنه أوجاع وآثار جانبية، ويخل بالحياة اليومية للمريض، ويسبب له الضيق والإزعاج، فإن التزام المريض بالعلاج سيكون ضعيفا (تايلور: 2008، ص 459). وهذا ما أشارت إليه Ashur (2015) في دراستها، بأن ضعف الالتزام قد ارتبط بزيادة نفقات الرعاية الصحية. كما توصلت دراسة (Rawnaq & Majid,2018) حول تمسك مرضى السكري بخطة إدارة ونمط الحياة إلى أن

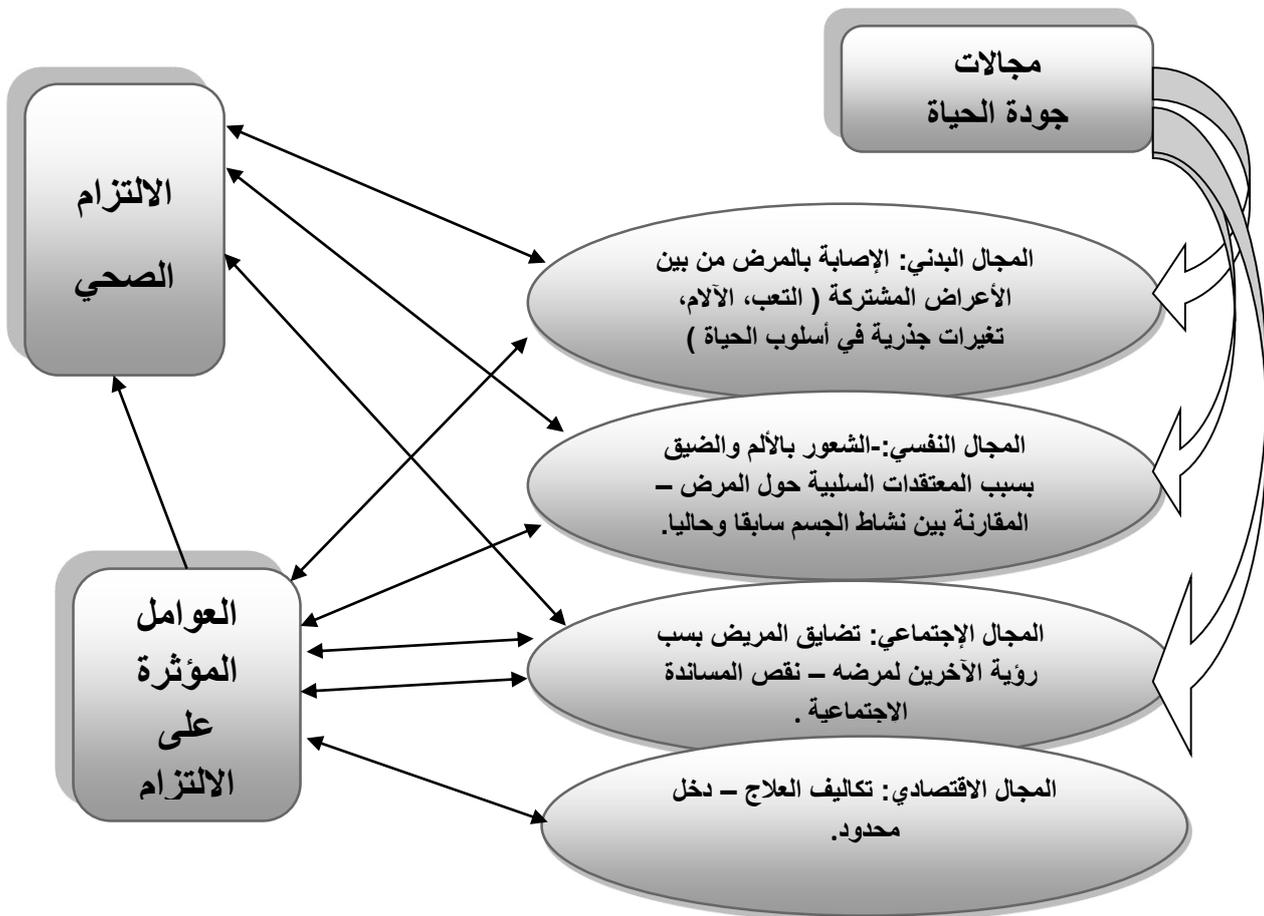
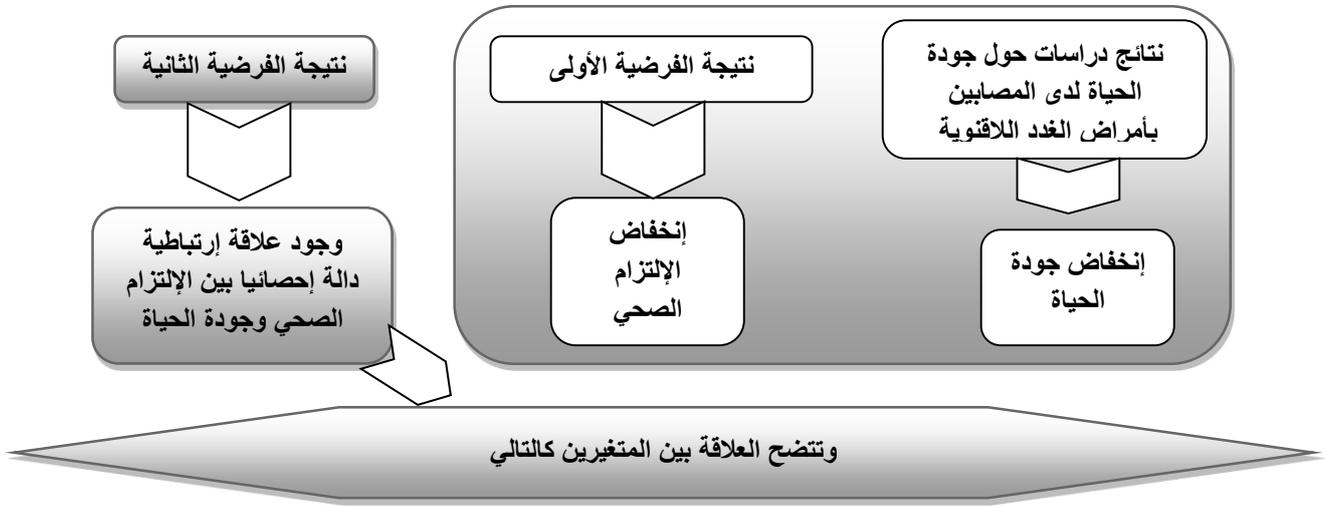
المشاركين ذوي الدخل الشهري المرتفع كانوا أكثر التزاماً وإتباعاً للمشورة الغذائية مقارنة مع ذوي الدخل المنخفض. وهذا ما أثبتته أيضاً دراسة (Ayman & al,2013) حول التزام مرضى السكري بالنظام العلاجي الموصوف، بأن الالتزام قد تآثر بدرجة كبيرة بتكاليف العلاج والرعاية الصحية لدى هؤلاء المرضى.

وبناء عليه يمكن القول أن كل هذه العوامل التي تم ذكرها قد تؤثر بطريقة أو بأخرى في الالتزام الصحي لدى المرضى. وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية (2003) بأن الالتزام عملية معقدة قد تتأثر بعدة عوامل متفاعلة، تشمل خصائص المريض ومحيطه وظروفه، بالإضافة إلى كل العوامل المرتبطة بالمرض والعلاج، وخصائص نظام الرعاية الصحية، وأداء فريق الرعاية الصحية، وتوافر موارد الرعاية الصحية وإمكانية الوصول إليها، وهناك العديد من جوانب العلاج المحددة التي قد لا يلتزم المريض بها، بما فيها حفظ المواعيد الطبية، استخدام الدواء بالجرعات الصحيحة وفي الوقت المناسب، تغيير السلوك من حيث تعديل النظام الغذائي، وزيادة النشاط البدني، والإقلاع عن التدخين، والمراقبة الذاتية للأعراض، تناول الأكل الصحي، إتخاذ سلوكيات جنسية آمنة (World Health Organization: 2003, p 149).

ثانياً/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

أسفرت الفرضية على أنه توجد علاقة إرتباطية بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى أفراد العينة. وقد جاءت هذه النتيجة متوافقة وتوقعات الباحثة، ويمكن تفسيرها في إطار ما أشارت إليه الباحثة في إشكالية الدراسة، بأن الدراسات التي أجريت حول جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحوية لم تكن كافية في تفسيرها للمتغيرات التي يحتمل أن يعزى لها انخفاض جودة الحياة، خصوصاً وأن هناك بعض الدراسات التي أكدت على وجود علاقة إرتباطية بين الالتزام وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، كدراسة (Malipa & al 2013) حول الالتزام وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السكري النوع الأول، ودراسة Efrsini (& al,2016) التي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة بين الالتزام بالعلاج وجودة الحياة لدى مرضى السكري النوع الثاني. كما أكدت دراسة (Iqbal & al 2017) أن جودة الحياة ترتبط ببعض مؤشرات الالتزام، حيث أجريت الدراسة حول تقييم ملامح وتنبؤات جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى النوع الثاني من داء السكري، واتضح من خلالها إرتباط كل من: عدد من الأدوية الموصوفة، والالتزام بالدواء، والرضا عن العلاج بجودة الحياة.

وتوضح الباحثة بعض جوانب التأثير والتأثير بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقة، من خلال المخطط التالي:



تنطلق الباحثة من المجال الجسدي والصحي بإعتبارهما من أهم المجالات في حياة الأفراد وأكثرها تأثيراً على باقي المجالات الأخرى في ظل الإصابة بالمرض، هذا الأخير الذي من شأنه أن يؤثر بطريقة

واضحة على كل الأنشطة في باقي المجالات الأخرى في حالة عدم إدارته بشكل جيد من خلال الالتزام الصحي كهدف من أهداف الإرتقاء بالصحة والوقاية من مضاعفات هذه الأمراض.

وكما هو موضح في المخطط، نلاحظ أن هناك عمليات تأثر وتأثير بين كل من مجالات جودة الحياة وعملية الالتزام الصحي وبعض العوامل الديمغرافية. فالالتزام الصحي قد يتأثر بالعوامل الناتجة عن كل من الجانب البدني كأعراض المرض أو الآثار الناتجة عن الأدوية أو العلاج. كما يتأثر أيضا بالجانب النفسي من خلال المعتقدات السلبية حول كل من المرض، تقدير الذات، صورة الجسم إلى غير ذلك من العوامل النفسية التي تنعكس على الالتزام الصحي، أضف إلى ذلك الجانب الاجتماعي كغياب المساندة الاجتماعية، والجانب المادي كما أشارت Ashur (2015) في دراستها، بأن ضعف الالتزام قد ارتبط بزيادة نفقات الرعاية الصحية. وهذا ما أكدته أيضا دراسة (Ayman & al, 2013) بأن الالتزام قد تآثر بدرجة كبيرة بتكاليف العلاج والرعاية الصحية لدى مرضى السكري. وهذا ما يتفق أيضا مع ماجاء في التراث النظري، بأن أكثر العوامل إنعكاسا على الالتزام يكن ذكر: عامل الضغط النفسي في الحياة اليومية، وعدم توفر الوقت أو المال، أو وجود صعوبات في الحياة الشخصية والعائلية كعدم الاستقرار وكثرة الصراعات (تايلور: 2008، ص 556).

وقد يؤثر انخفاض الالتزام الصحي بدرجة أولى وكبيرة على الجانب البدني من خلال تقاوم أعراض المرض وعوامل الخطر المرتبطة بمضاعفاته، وهذا من شأنه الإنعكاس على باقي مجالات جودة الحياة، وقد أكدت الدراسات على أن هذه الأخيرة تتأثر ببعض مؤشرات الالتزام الصحي كعدد الأدوية الموصوفة، والالتزام بالدواء، والرضا عن العلاج كدراسة (Iqbal & al 2017)، ودراسة (Charlotte & al, 2017). كما أشار (Akash & al (2015) في دراسته إلى أن التمارين الرياضية قد تؤدي إلى تحسين وظائف الغدة الدرقية، الأمر الذي من شأنه أن ينعكس إيجابيا على جودة الحياة. هذا إلى جانب دراسة (Wisit & al, 2008) حول جودة الحياة والالتزام لدى مرضى السكري نوع 2، والتي أثبتت ارتباط الالتزام بالتحكم الغذائي والتمارين واستخدام الدواء بشكل إيجابي مع جودة الحياة، كما أشارت نتائج الانحدار اللوجستي إلى أن الالتزام الجيد في الجوانب المختلفة يؤدي إلى جودة حياة أعلى من الإلتزام المنخفض .

ثالثا/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة تبعا لكل من: الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض. وقد أسفرت عن النتائج التالية:

● توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في متغير الالتزام الصحي

وهذا ما جاء متطابقا مع التراث النظري، بأن النساء يظهرن درجة عالية من الالتزام بإتباع العلاج (تايلور: 2008، ص460). وأن النساء يستخدمن الخدمات الطبية أكثر من الرجال، وكنتيجة لتتميط الدور الجنسي، قد يكون الرجال أكثر نفورا ومقاومة للإفراط بمعاناتهم من أعراض مرضية (فرج: 2000، ص556).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة أيضا في ظل العوامل التالية:

✓ المعتقدات والمجتمع الذي ينحدر منه أفراد العينة، ففي معظم الأحوال ينظر المجتمع للرجال على أنهم أقوى من النساء في كل المجالات، مما أدى بالرجل إلى تبني هذه الأفكار والمعتقدات، وأي إصابة ومرض جسدي أو نفسي يعتبر نقصا بالنسبة له، وعليه فالالتزام الصحي لدى الرجال قد يتأثر بنوعية تفسيراتهم ومعتقداتهم حول أمراضهم وأعراضها، الأمر الذي من شأنه أن يؤثر بطريقة آلية على سعيهم للحصول على الرعاية الصحية والمشورة والمتابعة الطبية. وهذا ما أكدته دراسة Rawnaq (Majid,2018) والتي أثبتت بأن هناك علاقة كبيرة بين الجنس والنشاط البدني، وإتضح أن الذكور أكثر نشاطا بدنيا من الإناث في مجتمع شرق أوسطي نموذجي، أين تعتبر ممارسة الرياضة غير مناسبة للنساء، بسبب قيود ثقافية تحظر على الإناث ممارسة الرياضة في الأماكن العامة.

✓ العمل والمسؤولية التي يحملها الرجل على عاتقه بإعتباره المسؤول الأول عن الأسرة، مما قد يجعله تحت وطأة ضيق الوقت، والضغوط النفسية المرتبطة بالبيت وإحتياجاته، والضغوط المهنية المرتبطة بالعمل ومتطلباته. هذا إلى جانب عدم الاستقرار وكثرة الصراعات والخلافات العائلية، كلها عوامل مرتبطة بالضغط النفسي في الحياة اليومية، والتي من شأنها أن تؤدي إلى نتائج سلبية على مستوى الالتزام (تايلور: 2008، ص461).

إرتفاع تكاليف الرعاية الصحية، قد لايسطيع الرجل التوفيق بين متطلبات أفراد أسرته خاصة في حال وجود أشخاص آخرين مرضى في البيت، ومتطلبات الالتزام الصحي فيما يخص المتابعة وإجراء

التحليل والأشعة إل غير ذلك. وهذا ما أثبتته كل من دراسة (Rawnaq & Majid,2018)، ودراسة (Ayman & al,2013) بأن الالتزام قد يتأثر بدرجة كبيرة بتكاليف العلاج والرعاية الصحية.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في متغير الالتزام الصحي حسب السن

وقد جاءت هذه النتيجة معاكسة لتوقعات الباحثة وبعض الدراسات التي أثبتت أن كبار السن أقل التزاما مقارنة بالشباب نظرا لما تعانيه الفئة الأولى من اضطرابات. كدراسة (Ayman & al,2013) حول التزام مرضى السكري بالنظام العلاجي الموصوف، والتي أثبتت أن الالتزام يتأثر بالعمر. ودراسة (Rawnaq & Majid,2018) حول تمسك مرضى السكري بخطة إدارة ونمط الحياة، والتي أثبتت بأن هناك علاقة مهمة بين العمر والنشاط البدني، بإعتبار أن كبار السن غير نشطين جسديا بسبب نقص الطاقة، ووجود أمراض مصاحبة، ومشاكل في الجهاز العضلي الهيكلي. غير أن نتيجة هذه الفرضية جاءت متوافقة مع دراسة Efrosini (2016) والتي أسفرت نتائجها عن عدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

كما يمكن تبرير هذه النتيجة إطار طبيعة المتغير في حد ذاته، أي في سياق المرحلة العمرية وخصائصها، فمرحلة الشباب من المراحل التي ينطلق فيها أي شخص نحو السعي لتحقيق أهدافه، كما أنها المرحلة المليئة بالحيوية والطاقة للعمل من أجل متطلبات الحياة اليومية والمستقبل، لكن في حالة الإصابة بالمرض يصبح الوضع مختلف من الناحية الفكرية والجسدية والنفسية، ونتيجة التفاعل بين هذه النواحي وانعكاسها على الالتزام الصحي، خاصة وأن هذا الأخير يعتبر عملية معقدة تتداخل فيها مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، كما أنها تفرض قيودا صارمة على المرضى بغض النظر عن السن. أضف إلى ذلك هناك العديد من العوامل التي قد تؤثر على الالتزام في هذه المرحلة، بما فيها: صعوبة التخلي عن بعض العادات والسلوكات، عدم توفر الوقت، الحالة الاقتصادية، الظروف المحيطة، الضغوط النفسية والمهنية والاجتماعية.

أما بالنسبة لكبار السن فعادة يحتاجون إلى رعاية دائمة ومتابعة من قبل الأهل لإتباع التعليمات والنصائح الطبية، خاصة وأن هذا السن يرتبط بالعديد من الأمراض والمخاطر الصحية. غير أن هناك عدة عوامل تعيق عملية الالتزام لدى هذه الفئة، بما فيها تحول نمط الأسرة من العائلة الممتدة إلى العائلة النووية، مما يجعل الكثير من المسنين لا يجدون من يعتني بهم من حيث الالتزام بمواقيت الدواء والجرعات، والأكل الصحي، والالتزام بالمواعيد الطبية إلى غير ذلك. هذا بالإضافة إلى تلك التغييرات

الحسية والمعرفية المرتبطة بالعمر، والتي قد تؤثر على قدرة كبار السن لتعلم المعلومات الطبية، وتعيق قدرتهم على اكتساب كل ما هو جديد، فعلى سبيل المثال، يُعتبر فقدان السمع، أمراً شائعاً لدى الأفراد الأكبر سناً، وقد يصعب على المرضى فهم المعلومات التي يقدمها مقدموا الرعاية الصحية، خاصة في البيئات الصاخبة مثل المستشفيات (Park & Liu, 2007, p93). كما جاء أيضاً في التراث النظري، مع تقدم العمر تزداد المشكلات الطبية عادة عند المسنين، بينما تقل قدرتهم على عرض شكاوهم بفاعلية، وعلى متابعة التعليمات العلاجية (تايلور: 2008، ص 454).

● توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في متغير الالتزام الصحي حسب نوع

المرض:

جاءت نتيجة هذه الفرضية متوافقة وتوقعات الباحثة، ويمكن تفسيرها في إطار العوامل التالية:

✓ إدراك خطورة المرض: إن غياب المعلومات الواضحة عن المرض، وعدم إدراك مدى خطورة مضاعفاته وآثاره، قد تؤثر على الالتزام الصحي. فإن إعتقد المريض بأن مرضه خطير، فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج، بينما لن يكون الشعور مماثلاً إن عرف أن مرضه عابر وليس خطراً على مستقبله (تايلور: 2008، ص 450).

✓ الإجراءات اليومية والمعقدة: بعض الأمراض تتطلب من المرضى عناية روتينية ودقيقة، كمرضى السكري والذي يتطلب من المرضى استخدام حقن الأنسولين، ويلزمهم بمراقبة التغييرات التي قد تطرأ على معدل الجلوكوز في الدم وإتباع نظام غذائي معين يسمح بالسيطرة على إستهلاك السكريات والنشويات، إضافة إلى ضرورة ممارسة التمارين الرياضية بانتظام (Turk & Meinchenbaum, 1991). وفي هذا السياق أشار Efrosini (2016) & al في دراسته حول مرضى السكري، أن المستوى المنخفض للالتزام بالتمارين والعناية بالقدم يتوافق مع الدراسات الأخرى. ومع ذلك، فحص باحثين آخرين عدم الالتزام في 500 مريض يعانون من مرض السكري من النوع الثاني ووجدوا نسب عالية من عدم الالتزام في مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم والنظام الغذائي والعناية بالقدم والتمارين الرياضية. هذا بالإضافة إلى أن هناك أدلة متزايدة تشير تزايد معدلات الالتزام المنخفضة بشكل مثير للقلق، وقد يكون لزيادة فعالية تدخلات الالتزام تأثير كبير على صحة الأفراد، وقد ثبت أنه على الرغم من طرق العلاج الفعالة، فإن العديد من مرضى السكري يفشلون في تحقيق التحكم في نسبة السكر في الدم بشكل مرض، مما يؤدي إلى تسريع تطور المضاعفات وزيادة الوفيات. (Ayman & al, 2013) وهذا ما إتضح أيضاً في هذه الدراسة

الحالية من خلال نتائج إختبار "شيفيه" والتي أثبتت أن الفروق في الالتزام الصحي تعود لصالح كل من مرضى النخامية، ومرضى الدرقية، مقارنة بمرضى السكري.

●المعتقدات حول المرض: إن المفاهيم التي يحملها المرضى عن الصحة والمرض وكيفية استجاباتهم للأعراض المرضية قد تؤثر في إدراكهم لمرض معين، إذ أن كل مريض يعطي معنى خاص لمرضه على حسب تصوراته، وكما يمليه الإدراك الجماعي للصحة والمرض، وهذا ما إتضح من خلال نتائج إختبار " شفيه" بأن الفروق التي ظهرت في الالتزام الصحي كانت لصالح مرضى الدرقية مقارنة بمرضى الغدد الجنسية.

●الآثار الجانبية للدواء وعدد مرات تناوله في اليوم تختلف من مرض إلى آخر، وهي من بين العوامل التي من شأنها أن تؤثر في الالتزام الصحي لدى المريض.

●الشعور بتحسن في الحالة الصحية: فقد اتضح من خلال دراسة لدى المرضى الذين كانوا يعانون من داء السكري من النوع 2، أن الالتزام كان أقل بكثير عندما يشعر المريض بتحسن في الحالة الصحية الحالية أو المستقبلية. (Grant: 2003, p 1712).

● لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الالتزام الصحي حسب مدة المرض

لقد جاءت هذه النتيجة عكس ماتوقته الباحثة بناء على ماجاء في التراث النظري، بأن الالتزام يقل عندما يستغرق العلاج وقتا طويلا وخصوصا إذ كان يتطلب إجراءات معقدة، أو يعرقل أسلوب الحياة الذي إعتاد عليه المريض ويتطلب منه تغيير عاداته الشخصية أو تغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطه (تايلور: 2008، ص459). كما أثبتت دراسة (Ayman & al,2013) حول التزام مرضى السكري بالنظام العلاجي الموصوف، أن الالتزام يتأثر بمدى المرض. أضف إلى ذلك أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض على الرغم من تلقيه للعلاج عامل أساسي من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج، ونقص الالتزام به مع مرور الوقت، فعدم تحسن الأعراض التي يعاني منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه .

(Bauer et ttessier :2001.p17)

غير أن الباحثة بررت نتيجة هذه الفرضية في ظل صدمة تشخيص المرض وتأثير ذلك على تقبل العلاج، فالسنوات الأولى من المرض تعتبر بالنسبة للكثير من الأفراد بمثابة صدمة ومحاولة إنكار للمرض، مما يجعلهم أمام تحدي صعب في تقبل الوضعية الجديدة والتعايش معها، هذا إلى جانب

مواجهتهم لصعوبات كبيرة في التكيف النفسي والاجتماعي مع أسلوب الحياة الجديد، الأمر الذي من شأنه أن يؤدي بهم إلى عدم القدرة على الالتزام بالمواعيد الطبية، وأخذ الأدوية في وقتها، والالتزام بالنصائح والإرشادات الطبية فيما يخص النشاط البدني، الأغذية الصحية، والالتزام بكل الإجراءات والسلوكيات الصحية المطلوبة منهم لإدارة المرض، هذا بالإضافة إلى أن هناك الكثير من العوامل المؤثرة على الالتزام الصحي، بما فيها معتقدات المريض حول المرض وفعالية العلاج، إدراكه أو عدم إدراكه لخطور المرض، أضف إلى ذلك عدم ظهور الأعراض، ففي دراسة لـ (Wisit & al,2008) حول جودة الحياة والالتزام لدى مرضى السكري نوع 2، أسفرت النتائج عن عدم وجود أي ارتباط بين استخدام العناية بالأقدام وجودة الحياة، وكأحد الأسباب المحتملة لهذا الاكتشاف هو أن غالبية المشاركين كانوا مرضى جدد لديهم أقل من 5 سنوات وبدون أي مضاعفات. أيضا دراسة (Rawnaq & Majid,2018) حول تمسك مرضى السكري بخطة إدارة ونمط الحياة، والتي إتضح من خلال نتائجها عدم وجود علاقة بين مدة المرض والالتزام بالعلاج الدوائي. مما يدل على أن هناك الكثير من العوامل التي تحدد التزام المريض أو عدم التزامه بغض النظر عن مدة المرض.

رابعا/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تتص هذه الفرضية على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى عينة الدراسة تبعا لكل من: الجنس، السن، نوع المرض، مدة المرض. وقد أسفرت عن النتائج التالية:

● توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في جودة الحياة

تتفق هذه النتيجة مع ماتوصلت إليه دراسة (Cornelie & al,2018) حول كيف يمكن لأورام الغدة النخامية غير العاملة أن تؤثر على جودة الحياة المرتبطة بالصحة. حيث أفاد المرضى الذكور الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب أورام الغدة النخامية غير العاملة عن جودة حياة أفضل مقارنة بالإناث. كما أشار (Iris & al (2013) في دراسته إلى أن الإناث المصابين بالغدة النخامية غير العاملة لديهم مشاكل جسدية وعاطفية، وانخفاض الطاقة والإدراك الحسي للصحة مقارنة بنظرائهم من الذكور، مما ينعكس على جودة الحياة لديهم.

ويمكن تبرير نتيجة هذه الفرضية أيضا في سياق الجوانب التالية:

✓ الذكور عادة يتصرفون بنوع من التظاهر بالقوة نتيجة رفضهم لفكرة الضعف على الرغم من أزمة المرض غير أنهم لايسارعون لطلب العلاج، وهذا ليعكسوا عن أنفسهم صورة صلبة لعدم إحساس الآخرين بعجزهم وبحالتهم النفسية خاصة الأسرة. أضيف إلى ذلك قدرتهم على إتخاذ القرار والإستمتاع بالإستقلالية الذاتية والتنفيس الانفعالي وبكل ما هو متاح لهم من إمكانيات في محيطهم، من شأن ذلك أن ينعكس إيجابيا نوعا ما على جودة الحياة. بإعتبار أن هذه الأخيرة مفهوم يتأثر بشكل معقد بالصحة الجسدية للفرد، وبحالته النفسية، وبالعلاقات الاجتماعية، ومستوى استقلاليته الذاتية (الزروق: 2015، ص43).

✓ المسؤوليات التي يحملها الإناث على عاتقهن تجاه أسرهن وأولادهن، والضغوط النفسية التي يعيشنها في ظل ثقافة وعادات المجتمع، فالكثير من العائلات لاتزال تتجاهل الجانب النفسي للإناث بسبب العادات والتقاليد، فقد صرح بعضهن بأنهن ليس لديهن الحق بالتمتع بعلاقات اجتماعية إيجابية أو حياة هادفة ورسم أهداف واضحة تزيد من قدرتهن على العمل والمثابرة أو العمل على التطور الشخصي من أجل تنمية وتطوير قدرتهن، وزيادة فعاليتهن وكفاءتهن الشخصية في الجوانب المختلفة والشعور بالتفوق، وعدم التركيز فقط على تداعيات المرض وضغوطات البيئة المحيطة، مما يجعلهن أكثر تأثرا بالمرض من الذكور. وهذا ما أشار إليه زعوط (2014) من خلال دراسة (عبد العزيز ويوسف، 2012) حول جودة الحياة لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني بأن الإناث أكثر تأثرا بالمرض من الذكور.

✓ كما تعتبر ممارسة الرياضة من السلوكات المهمة والرئيسية في حياة الإنسان لما لها من فوائد إيجابية على صحته وجودة حياته، إذ أنها من السلوكات التي تساعد على التنفيس الانفعالي، وتخفيف بعض الضغوط النفسية، وزيادة السلامة الصحية وإستمتاع الفرد، وهذا بغض النظر عن الجنس أو السن. إلا أن دراسة (Rawnaq & Majid,2018) أثبتت بأن هناك علاقة كبيرة بين الجنس والنشاط البدني، وإتضح أن الذكور أكثر نشاطا من الإناث. وهذا بسبب ثقافة المجتمع، أين تعتبر ممارسة الرياضة غير مناسبة للنساء، بسبب قيود ثقافية تحظر على الإناث ممارسة الرياضة لعدة إعتقادات. وهذا ماينعكس بطريقة ما على جودة الحياة لدى الإناث.

✓ خصوصية المرض لدى النساء وتداعياته على المستوى النفسي والعاطفي والمستوى الاجتماعي، فبعض أمراض الغدد اللاقنوية بالنسبة للمرأة تعتبر قدر أسوء من الموت، كقصور الغدد الجنسية، والتي تؤدي إلى انقطاع الحيض الثانوي عند النساء وندرة الطموث و العقم (ديفيدسون: 2005، ص 215). كما أشارت أيضا دراسة (Crespo et al 2013) بأن فرط بروتولاكتين الدم قد يؤدي إلى انقطاع

الطمث، الجفاف المهبل، عسر الجماع وانخفاض الرغبة الجنسية، مما قد يؤدي إلى العقم. وهذه الإعاقات الإيجابية لها تأثير كبير على جودة الحياة لدى النساء.

لا توجد فروق لدى أفراد العينة في جودة الحياة تبعاً لمتغير السن

يمكن القول أن الإستمتاع بالحياة يعتبر من أهم الأهداف التي يسعى إليها كل الافراد بغض النظر عن السن، وعليه تعتبر إصابة الفرد بأحد الأمراض بمثابة أزمة من شأنها أن تؤدي به إلى فقدان التوازن الجسمي والنفسي والاجتماعي، كما قد يواجه المرضى صعوبات كبيرة في محاولة التكيف والتعايش مع المرض، وقد يعاني مرضى الغدد اللاقنوية بشكل مستمر من ضعف نفسي-اجتماعي وفي بعض الحالات الإكتئاب والقلق، مما ينعكس بشكل مباشر على جودة الحياة لديهم. (Nicoletta & Giovanni, 2007)

هذا بالإضافة إلى الأفكار والمعتقدات المرتبطة بالمرض، فهذه الأخيرة من شأنها أن تؤثر على بعض الحالات الداخلية مثل الاكتئاب والقلق والتي بدورها تنعكس على إحساسهم بالرفاه، وهذا ما أشار إليه (Shivaprasad & al (2018) في دراسته حول جودة الحياة ذات الصلة بالصحة لدى المرضى الذين يعانون من قصور الغدة الدرقية، بأن القلق والإكتئاب يساهمان في ضعف جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء المرضى، وغالبا ما ترتبط مستويات TSH المرتفعة بالإكتئاب.

أما بالنسبة لكبار السن فعادة عادة يحتاج هؤلاء الأفراد للحب والإهتمام والمساندة الاجتماعية من طرف العائلة، غير أن أحداث الحياة الضاغطة قد تجعل كل المحيطين بهم منشغلين عنهم، الأمر الذي من شأنه أن يؤدي بهم للشعور بالوحدة وبأنهم أعضاء غير فاعلين في الوسط الأسري، مما ينعكس سلبا على جودة الحياة لديهم. وهذا ما أكدته أيضا دراسة (لاولر وآخرون، 2009 Lawler & al) والتي هدفت لدراسة العلاقة بين الشبكة الاجتماعية والوحدة والاكتئاب والقلق ونوعية الحياة لدى المسنين، وظهر من خلال نتائجها أن 11% من الأفراد يشعرون بالوحدة النفسية، و 9% وصفوها بأنها مؤلمة، كما أن 16% من المسنين لم يملكوا شبكات دعم متكاملة، و 12% من الأفراد الذين يملكون شبكات دعم اجتماعية متكاملة كانوا يشعرون بالوحدة، وكان الإحساس بالوحدة أكبر لدى الأرملة والمسنين ذوي الإعاقة الفيزيولوجية، بالإضافة إلى الاحساس بعدم الارتياح والمزاج المكتئب.

وإنطلاقا مما سبق ترى الباحثة أن المجال الجسدي والصحي من أكثر المجالات المهمة في الحياة، والإصابة بالمرض تعتبر بمثابة شرخا عميقا في سيرورة حياة الانسان دون إستثناء السن، نظرا لما يسببه

المرض من تغيرات جذرية في أسلوب حياة المرضى، بالإضافة إلى المعاناة والآلام التي يعايشونها، وإنعكاساتها السلبية على مختلف نشاطاتهم اليومية والحياتية. الأمر الذي من شأنه أن يؤثر على راحتهم وسعادتهم وجودة حياتهم سواء بشكل مباشر أو غير مباشر.

أضف إلى ذلك تأثير المرض وعلاجه قد ينعكس على جودة الحياة لدى المرضى بغض النظر عن السن، وهذا ما أشارت إليه دراسة، (Crouzeix et Reznik 2014) بأن جودة الحياة تنخفض لدى المرضى الذين يعانون من الورم الحميد في الغدة النخامية غير وظيفية، وقد يكون للعلاج الإشعاعي تأثير سلبي على جودة الحياة، خاصة عندما يؤدي إلى قصور الغدة النخامية الأمامية. وهذا ما أكدته أيضا دراسة (Cresp o et al 2013) حول تحسين جودة حياة المرضى الذين يعانون من أورام الغدة النخامية، بأن ضخامة النهايات متلازمة ترتبط بالتغيرات المورفولوجية (بما في ذلك تورم الأنسجة الرخوة والتعرق المفرط والتغيير في صوت المرضى)، مع وجود قيود جسدية ونفسية بما في ذلك آلام المفاصل والصداع وانخفاض الطاقة والرغبة الجنسية، وقد يؤثر المرض وعلاجه بشكل كبير على جودة الحياة لدى المرضى.

● توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة لدى أفراد العينة تعزى لنوع المرض

وقد جاءت هذه النتيجة متوافقة مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (Cornelie & al,2018) حول كيف يمكن لأورام الغدة النخامية غير العاملة أن تؤثر على جودة الحياة المرتبطة بالصحة والتي أظهرت بأن المرضى الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب أورام الغدة النخامية غير العاملة يتمتعون بجودة حياة أفضل من المرضى الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب ورم قحفي بلعومي. بالإضافة إلى دراسة (عبد العزيز ويوسف، 2012) حول جودة الحياة لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني، والتي أثبتت أن متوسط جودة الحياة لدى مرضى السكري مرتفع نسبيا مقارنة مع الأمراض الأخرى.

كما توصلت أيضا دراسة (Charlotte & al,2017) إلى أن متلازمة كوشينغ من أصل الغدة النخامية إرتبطت بانخفاض شديد في جودة الحياة مقارنة بمتلازمة كوشينغ من أصل الغدة الكظرية. غير أن هناك دراسة أخرى أشار إليها (Nicoletta & Giovanni 2007) في دراسته، تمت فيها مقارنة 86 مريضا مصابين بأمراض الغدة النخامية مع 60 مريضا من اضطرابات الغدد الصماء الأخرى. وقد عرضت كلتا المجموعتين من المرضى ضعف جودة الحياة. وهذا ما أثبتته نتائج إختبار ' شفیه' في الدراسة الحالية في عدم ظهور أي فروق بين الغدة النخامية وباقي الغدد اللاقنوية في جودة الحياة.

كما يمكن تفسير الفروق التي ظهرت في الدراسة الحالية أيضا في إطار العوامل التالية:

•تأثير المرض وعلاجه: فهناك بعض الأمراض التي تتطلب بديلا للهرمون الناقص، وقد تنعكس تأثيراته بشكل سلبي على جودة الحياة لدى المرضى. فعلى سبيل المثال نجد أن علاج قصور الغدة النخامية يتضمن عادة بديلا للهرمون الناقص، إلا أن العديد من الدراسات قد أبلغت عن زيادة حالات اضطرابات القلب والأوعية الدموية، وعدد الوفيات بين هؤلاء المرضى، هذا بالإضافة إلى أن نسبة كبيرة من المرضى الذين عولجوا من نقص هرموني يعانون من اضطرابات غامضة إلى حد ما وجودة حياة منخفضة. (yeon kim,2015).

كما توصلت دراسة (Hedman, 2017) إلى أن العمليات الجراحية والعلاج باليود المشع قد تؤثر على جودة الحياة لدى مرضى سرطان الغدة الدرقية. كما اشار Tiemensma (2014) إلى أن مرضى قصور الغدة الكظرية، يعانون من انخفاض كبير في جودة الحياة مع وجود شكاوى جسدية ونفسية مستمرة، والتي نسبت، على الأقل جزئيا، إلى عيوب جوهرية للعلاج بالهرمونات البديلة.

•معتقدات المريض حول مرضه: بعض المرضى يشعرون بالضيق وعدم حسن الحال بسبب أمراضهم التي يعتبرونها سبب تعاستهم نتيجة معتقداتهم حولها وحول نظرة الآخرين لهم. وفي هذا السياق أشار بن يمينة وعدلي (2017) " إلى أن الأخصائيون النفسيون شخصوا ثلاث أنواع من الآثار التي تتعرض لها نفسية المصاب بالسكري، الأول يتمثل في تغير الصورة الذهنية للمصاب عن جسمه، بينما يتمثل الأثر الثاني في تحطم صورته في الوسط الاجتماعي وتدهور علاقاته الاجتماعية بسبب هاجس المرض، أما الأثر الثالث فيتمحور حول تكوين أفكار سلبية في ذهنه يؤمن بها ويتجاوب معها". لذلك يفشل الكثير من المرضى في وضع أهداف يسعون لتحقيقها والإستمتاع بها وبكل ما هو متاح في البيئة المحيطة، وهذا نتيجة توقعاتهم حول المرض الذي يعانون منه، مما يجعلهم أقل إستمتاعا بالحياة من غيرهم.

•الإدراك الذاتي: وهنا تختلف جودة الحياة بين المرضى باختلاف طريقة إستجابتهم للمرض والأحداث من حولهم وتفسيرهم لها، وإدراكهم الذاتي للظروف الحياتية وتقييمهم بصفة عامة للحياة ومختلف جوانبها. فعلى سبيل المثال قد ينعكس إدراك مرضى الغدد الجنسية بطريقة مباشرة على جودة الحياة لديهم، بسبب إنعكاس تأثير هذه الأمراض والمعتقدات المرتبطة بها سواء على المستوى النفسي أو الاجتماعي للمريض.

• الحالة النفسية والالتزام الصحي: من أكثر العوامل التي تؤثر على جودة الحياة بطريقة مباشرة هي الحالة النفسية للمريض وتأثيرها على تقبله للعلاج والالتزام به. ففي دراسة لـ (Iris & al, 2013) اتضح أن مرضى ضخامة النهايات لديهم سمات مرتبطة بالقلق وقله سلوك البحث عن الجدة والاندفاع، مقارنة بالأورام الغدية غير العاملة، والذين يتميزون بالالتزام بالعلاج، والتواصل مع الطبيب، وقد وصف المرضى أنفسهم على أنهم أكثر تفاديا للأذى والعصبية، وأظهروا التوافق الاجتماعي العالي. كل هذه الجوانب النفسية قد تقيد المرضى من العلاج المناسب، مما ينعكس إيجاباً على جودة الحياة لديهم.

● لا توجد فروق في جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمدة المرض

إن إصابة أي فرد بالمرض يعتبر بمثابة تهديد لحياته، وهذا لا يستثني مدة المرض، فقد أشار سامرة وبوصيع (2017) إلى أن المرضى يدركون بعض الأمراض ومعالجتها على أنها نهاية الحياة، وذلك لأنها تهدد جوانب ونشاطات حيوية ومهمة في حياتهم، فبعض الأمراض المزمنة وعلاجها يطرح مشكلات نفسية وجسمية وعلائقية كبيرة تجعل المريض لا يلتزم بالبرامج العلاجية وبالتالي تضعف جودة الحياة لديهم (سامرة وبوصيع، 2017).

أضف إلى ذلك معظم أمراض الغدد اللاحوية تتطلب الالتزام بالمواعيد الطبية، وإتباع النصائح والإرشادات، وإتباع السلوكات الصحية وتغييرات في أسلوب الحياة، مما يجعل العديد من المرضى يشعرون بفقدان حرية الإستمتاع في بعض جوانب الحياة مما ينعكس على جودة الحياة لديهم سواء في بداية المرض أو بعد مرور فترة طويلة. وهذا أشار إليه (Shivaprasad & al (2018) في دراسته حول جودة الحياة ذات الصلة بالصحة لدى المرضى الذين يعانون من قصور الغدة الدرقية، بأن هؤلاء المرضى يعيشون لسنوات طويلة على قيد الحياة بقيود جسدية، حتى أن تلك التغييرات المتواضعة في مرضهم وحالتهم البدنية يمكن أن يكون لها تأثير عميق على جودة الحياة لديهم. فقد تؤدي أمراض الغدة الدرقية إلى تقلبات المزاج وتغييرات مستمرة في طاقتنا اليومية وحماسنا، حيث يعاني الأشخاص المصابين بقصور الغدة الدرقية من التعب والارهاق المستمر ومن الشعور بانعدام الطاقة، إضافة إلى الاحباط والاكتئاب (الحري، 2018)

كما أثبتت دراسة (Crespo et al 2013) بأن مرضى متلازمة كوشينغ غالباً ما يشكون من التعب/الضعف (85%)، والتغييرات في المظهر الجسدي (63%)، وعدم الاستقرار العاطفي (61%)، والمشاكل المعرفية (49%)، والاكتئاب (32%) وصعوبات النوم (12%) وهذه المشاكل تسبب آثاراً سلبية على الحياة

الأسرية والعلاقات الاجتماعية والآداء في العمل والمدرسة، ولم يتم العثور على أي ارتباط بين ضعف جودة الحياة ومدة المتابعة، ومدة المرض.

هذا إلى جانب الإضطرابات العاطفية المرتبطة بالمرض وتأثيرها على بعض جوانب الحياة لدى المرضى. وهذا ما أشار إليه (Shivaprasad & al (2018) في دراسته حول جودة الحياة ذات الصلة بالصحة لدى المصابين بقصور الغدة الدرقية، بأن الاضطرابات العاطفية يمكن أن تؤثر على جودة الحياة بشكل كبير، بالإضافة إلى القلق الذي يرتبط بزيادة الوزن والوعي بالحالة المرضية، علاوة على ذلك، يرتبط نمو الرقبة وتضخم الغدة الدرقية بمشاكل عدم الراحة ومستحضرات التجميل، والتي يمكن أن تؤثر أيضا على جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

المناقشة العامة:

لقد إتضح من خلال التراث النظري أن الالتزام الصحي هو الإنتظام في إتباع التوصيات والإرشادات الطبية، مما يعمل على نجاح المتابعة العلاجية والوصول إلى النتائج المرجوة، ولا يتم ذلك إلا من خلال المشاركة الفعالة للمريض ومدى قدرته على الالتزام بالشروط المحددة من قبل الطبيب في ميدان العناية الطبية فيما يخص تناول الأدوية الموصوفة، وإتباع نظام غذائي يتناسب مع المرض، والالتزام بمواعيد الفحوصات والتحليل، وحضور مواعيد المتابعة بإنتظام، وتغيير أسلوب الحياة، وممارسة الأنشطة الرياضية، والالتزام بالعلاج بصفة عامة. الأمر الذي من شأنه الإنعكاس بشكل إيجابي على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية للمرضى. غير أن بعض الدراسات التي قامت بتناول الالتزام بالعلاج والدواء لدى مرضى السكري أسفرت نتائجها عن انخفاض كبير في مستوى الالتزام كدراسة (Ayman & al,2013)، ودراسة (Koprulu et al,2014)، كما أشار Efrsini (2016) & al في دراسته حول مرضى السكري، أن المستوى المنخفض للالتزام بالتمارين والعناية بالقدم يتوافق مع الدراسات الأخرى. ومع ذلك، فحص باحثين آخرين عدم الالتزام في 500 مريض يعانون من مرض السكري من النوع الثاني ووجدوا نسب عالية من عدم الالتزام في مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم والنظام الغذائي والعناية بالقدم والتمارين الرياضية.

كما أثبتت العديد من المسوحات المقطعية للمرضى الذين يتلقون LT4 بأن عدد كبير من المرضى غير ملتزمين بالعلاج، وذلك أساسا أنهم اضطروا إلى تأجيل وجبة الإفطار حوالي 30 دقيقة على الأقل (Cappelli & al, 2018). وهذا ماجاء متوافقا مع نتيجة فرضية الدراسة الحالية التي إتضح من خلالها

انخفاضاً في مستوى الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية. ومن خلال متوسطات إجابات أفراد العينة إتضح أن أكثر الجوانب التي ينخفض فيها الالتزام لديهم هي:

✦ أقوم بأخذ الدواء في أوقاته المحددة بمتوسط حسابي قدره 0.38 وإنحراف معياري قدره 0,629

✦ ألتزم بالمشي يوميا وبانتظام بمتوسط حسابي قدره 0,40 وإنحراف معياري قدره 0,601.

✦ أمارس الرياضة بغرض تحسين صحتي بمتوسط حسابي قدره 0,45 وإنحراف معياري قدره

0,606.

✦ ألتزم بتناول الأغذية المفيدة لصحتي 0,53 وإنحراف معياري قدره 0.607

✦ أتجنب الأغذية التي تحتوي على السكريات بمتوسط حسابي قدره 0,66 وإنحراف معياري قدره

0.665

✦ ألتزم بالحمية الغذائية التي ينصحي بها الطبيب بمتوسط حسابي قدره 0,77 وإنحراف معياري

قدره 0,655

✦ أتجنب الأغذية التي تحتوي على الدهون بمتوسط حسابي قدره 0.97 وإنحراف معياري قدره

0.797

✦ ألتزم بكل التوصيات والإرشادات الطبية بمتوسط حسابي قدره 1,04 وإنحراف معياري قدره

1,745

إن المثير للإهتمام في هذه النتائج هو انخفاض الالتزام بالنشاط البدني والنصائح الغذائية، وإن دل هذا على شيء إنما يدل على قلة الوعي لدى أفراد العينة بأهمية السلوكيات الصحية وإيجابياتها سواء من ناحية سلامتهم الصحية أو جودة حياتهم العامة. فقد أجريت دراسة لـ (Akash & al,2015) حول تأثير التمرينات البدنية المنتظمة على وظيفة الغدة الدرقية لمرضى قصور الغدة الدرقية، وكان الهدف منها إيجاد تأثير ممارسة الرياضة البدنية بانتظام على وظائف الغدة الدرقية في المرضى الذين يخضعون لعلاج قصور الغدة الدرقية، على عينة مكونة من 20 مريضاً، و تم جمع عينات المصل وتحليلها (T3)، (T4) والهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH) من المرضى الذين يمارسون التمرينات الرياضية، ومن أولئك الذين لم يمارسوا أي تمرين بدني. قبل وبعد 3 أشهر من التمرين البدني اليومي، وتم استخدام اختبار T لإيجاد الفروق بين المجموعتين. وقد أسفرت نتائج الدراسة على انخفاض في TSH بشكل ملحوظ لدى المرضى الذين يمارسون التمارين الرياضية بانتظام مقارنة بالمجموعة التي لا تمارس التمارين. ومن بين

التوصيات التي طرحتها هذه الدراسة للمصابين بقصور الغدة الدرقية، الالتزام بممارسة النشاط البدني بشكل منتظم لتحسين وظيفة الغدة الدرقية.

ومن جهة أخرى توصلت بعض الدراسات التي قامت بتناول الالتزام وجودة الحياة إلى وجود علاقة بينهما لدى مرضى السكري، بما فيها دراسة (Malipa & al 2013)، وقد جاءت هذه الدراسة متوافقة مع نتيجة الفرضية الثانية والتي أسفرت عن وجود علاقة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة. وقد أثبتت بعض الدراسات وجود فروق بين المرضى في الالتزام الصحي تبعاً لبعض المتغيرات كالجنس والسن ومدة المرض، كدراسة (Rawnaq & Majid, 2018) حول تمسك مرضى السكري بخطة إدارة ونمط الحياة، والتي أكدت على وجود علاقة كبيرة بين الجنس والنشاط البدني، وإتضح أن الذكور أكثر نشاطاً بدنياً من الإناث. ونفس الدراسة أثبتت بأن هناك علاقة مهمة بين العمر والنشاط البدني. بإعتبار أن كبار السن غير نشطين جسدياً بسبب نقص الطاقة، ووجود أمراض مصاحبة، ومشاكل في الجهاز العضلي الهيكلي. غير أن دراسة Efrsini (2016) أثبتت عدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر لدى مرضى السكري من النوع الثاني. كما يرى آخرون بأن الالتزام قد ينخفض عندما يستغرق العلاج وقتاً طويلاً وخصوصاً إذ كان يتطلب إجراءات معقدة، أو يعرقل أسلوب الحياة الذي إعتاد عليه المريض ويتطلب منه تغيير عاداته الشخصية أو تغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطه (تايلور: 2008، ص459). غير أن دراسة (Rawnaq & Majid, 2018) أثبتت عدم وجود علاقة بين مدة المرض والالتزام بالعلاج الدوائي.

وإنطلاقاً مما سبق يمكن القول أن نتائج فرضيات الفروق في هذه الدراسة جاءت متوافقة مع بعض نتائج الدراسات السابقة ونتائج أخرى متناقضة معها كدراسة (Rawnaq & Majid, 2018) التي تتفق معها نتائج الدراسة الحالية في وجود فروق بين الإناث والذكور في الالتزام الصحي لصالح الذكور، غير أن هذه الدراسة أثبتت أن الفروق لصالح الإناث. كما تتفق أيضاً مع دراسة Efrsini (2016) التي أثبتت عدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر. وتناسقت أيضاً مع دراسة (Rawnaq & Majid, 2018) والتي أثبتت عدم وجود علاقة بين مدة المرض والالتزام بالعلاج الدوائي.

أما فيما يخص جودة الحياة فقد إتفقت كل الدراسات التي تناولت هذا المتغير لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحوية على انخفاضها لديهم، بما فيها: دراسة (Elberling, 2004) لدى مرضى " غريفز Graves"، ودراسة (Dekkers & al, 2006) لدى مرضى الغدة النخامية، ودراسة (Santos & al 2009) ودراسة (Crespo et al 2013) لدى مرضى أورام الغدة النخامية ومتلازمة ضخامة النهايات ومتلازمة

كوشينغ، ودراسة (Haraj et al 2015) و (Hedman,2017) لدى المرضى المصابين بسرطان الغدة الدرقية، ودراسة (Charlotte & al,2017) لدى مرضى الغدة الكظرية، ودراسة (Iqbal & al 2017) لدى مرضى النوع الثاني من داء السكري، ودراسة (Shivaprasad & al 2018) لدى مرضى قصور الغدة الدرقية.

وقد إنفقت هذه الدراسات أيضا في النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة لدى المرضى تبعا لبعض المتغيرات، فقد أثبتت دراسة (Cornelie & al,2018) أن جودة الحياة لدى المرضى الذكور الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب أورام الغدة النخامية غير العاملة أفضل مقارنة بالإناث. وتتفق معها دراسة (Rawnaq & Majid,2018) والتي أثبتت بأن هناك علاقة كبيرة بين الجنس والنشاط البدني، وإتضح أن الذكور أكثر نشاطا من الإناث. وتتفق أيضا معها الدراسة الحالية في أن الفروق في جودة الحياة لصالح الذكور مقارنة بالإناث. كما إتضح أيضا من خلال نتائج هذه الدراسة وجود فروق تبعا لنوع المرض وهذا ماجاء متوافقا مع دراسة (Cornelie & al,2018) والتي أظهرت بأن المرضى الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب أورام الغدة النخامية غير العاملة يتمتعون بجودة حياة أفضل من المرضى الذين يعانون من نقص هرمون النمو بسبب ورم قحفي بلعومي. وهذا ما أكدته أيضا دراسة (Charlotte & al,2017) بأن متلازمة كوشينغ من أصل الغدة النخامية إرتبطت بانخفاض شديد في جودة الحياة مقارنة بمتلازمة كوشينغ من أصل الغدة الكظرية.

عموما يمكن القول أن الإلتزام الصحي لدى هؤلاء المرضى ،لايتم إلا من خلال المشاركة الفعالة للمريض ومدى قدرته على الإلتزام بالشروط المحددة من قبل الطبيب ،كما أن تقييم جودة حياتهم تعتبر من أهم الأدلة التي تعطي صورة واضحة عنهم ومدى الإختلاف بينهم وتأثير ذلك على علاجهم ، لذلك يعتبر كلا المتغيرين من أهم المتغيرات التي يجب أن تحظى بالمزيد من الإهتمام والدراسة .

وبناء على نتائج الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة ، إنبثقت الدراسة الحالية ، لأن عدم معرفة مستوى الإلتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية ومدى إرتباط هذا المتغير بجودة الحياة لديهم كان هو الدافع لإجراء هذه الدراسة بهدف معرفة العلاقة الكامنة بين كلا المتغيرين لدى هذه الفئة، ومعرفة فيما إذا كانت هناك فروق بينهم في كلا المتغيرين تعزى لكل من الجنس، والسن، ونوع المرض ، ومدة المرض .

وأخيرا يمكن القول أن النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة، تعد بمثابة صورة عامة عن الإلتزام الصحي لدى هؤلاء المرضى، وإنطلاقة مهمة لدراسات أخرى تهدف لتحسين جودة الحياة لدى هذه الفئة .

A decorative border with a repeating floral and scrollwork pattern, framing the central text.

خاتمة

إن دراسة الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، عبارة عن إنفاثة بالغة الأهمية ، خاصة الإلتزام الصحي ودوره الرئيسي في الإدارة الجيدة للمرض والتخفيف من أعراضها، والوقاية من إحتتمالات مضاعفاتها، من خلال الإلتزام في إتباع التوصيات والإرشادات الطبية، مما يعمل على نجاح الخطة العلاجية والوصول إلى النتائج المرجوة، ولا يتم ذلك إلا من خلال المشاركة الفعالة للمريض ومدى قدرته على الإلتزام بالشروط المحددة من قبل الطبيب في ميدان العناية الطبية فيما يخص تناول الأدوية الموصوفة، وإتباع نظام غذائي يتناسب مع المرض، والإلتزام بمواعيد الفحوصات والتحليل، وحضور مواعيد المتابعة بإنتظام، وتغيير أسلوب الحياة، وممارسة الأنشطة الرياضية، والإلتزام بالعلاج بصفة عامة. الأمر الذي من شأنه الإنعكاس بشكل إيجابي على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية للمرضى. وعلى الرغم من كل الإيجابيات المرتبطة بالإلتزام الصحي إلا أن الباحث (Efrosini & al, 2016) في دراسته حول مرضى السكري، أشار إلى أن المستوى المنخفض للإلتزام بالتمارين والعناية بالقدم يتوافق مع الدراسات الأخرى. ومع ذلك، فحص باحثين آخرين عدم الإلتزام في 500 مريض يعانون من مرض السكري من النوع الثاني ووجدوا نسب عالية من عدم الإلتزام في مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم والنظام الغذائي والعناية بالقدم والتمارين الرياضية. كما أثبتت العديد من المسوحات المقطعية للمرضى الذين يتلقون LT4 بأن عدد كبير من المرضى غير ملتزمين بالعلاج (Cappelli & al, 2018). وهذا ماقد يؤثر بطريقة أو بأخرى على الوصول للنتائج المرجوة من العملية العلاجية ، وينعكس على جوانب أخرى من حياة المريض .

ومن جهة أخرى تعتبر جودة الحياة أيضا جزءا مهما في البحوث السريرية لتقييم نتائج الرعاية الصحية والعلاج، وذلك من خلال تقديم أدلة مهمة تبين إختلافها بين المرضى تبعا للعلاجات المقدمة لهم، ومدى تأثيرها بالعلاج وآثاره الجانبية ، وعليه يعتبر كلا المتغيرين أساس من الأسس المهمة والرئيسية التي يجب أن تحظى بالإهتمام والدراسة. وقد سعت الكثير من الدراسات إلى دراسة جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى وتوصلت كلها - على حد علم الباحثة - في نتائجها إلى إنخفاض في جودة الحياة لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية ، وقدمت أسباب كلها متعلقة بأعراض المرض و تأثيرات العلاج ومعتقدات وتصورات المرض إلى غير ذلك .

لم تجد الباحثة أي دراسة تناولت الإلتزام الصحي وجودة الحياة في دراسة واحدة لدى هؤلاء المرضى ، بإستثناء دراسات قليلة جدا لدى مرضى السكري والتي تناولت إرتباط الإلتزام بالعلاج بجودة الحياة

كدراسة (Efrsini & al,2016) حول الالتزام بالعلاج وجودة الحياة لدى مرضى السكري ، على عينة تتألف من 108 مريضا ، تم جمع البيانات عبر استبيان يتكون من ميزانين، تضمن الجزء الأول أسئلة حول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والجزء الثاني يتكون من استبيانين، بعنوان "استبيان أنشطة الرعاية الذاتية لمرضى السكري"، والذي يقيس الإلتزام بالعلاج ، و"مقياس SF-36 لقياس جودة الحياة". وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود علاقة بين جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى عينة الدراسة، وعدم وجود أي فروق بين الإلتزام والعمر، وبين الإلتزام والمستوى التعليمي .

إن عدم معرفة مستوى الإلتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية ومدى إرتباط هذا المتغير بجودة الحياة لديهم هو مادفع الباحثة إلى إجراء هذه الدراسة التي تهدف أساسا لمعرفة العلاقة الكامنة بين كل من الإلتزام الصحي وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى ، ومعرفة فيما إذا كانت هناك فروق بينهم في كلا المتغيرين تعزى لكل من الجنس، والسن، ونوع المرض ، ومدة المرض .

وبإتباع المنهج الوصفي الإرتباطي والمنهج السببي المقارن ، وبالإعتماد على أدوات القياس المتمثلة في إستبيان الإلتزام الصحي ومقياس جودة الحياة المختصر، تم التوصل إلى نتائج الدراسة الحالية التي تعتبر بمثابة إضافة علمية هامة في مجال دراسة أمراض الغدد اللاحقوية ، فإنخفاض الإلتزام الصحي لدى هذه العينة يعد من بين أكبر المشكلات التي تؤثر على صحة الفرد من جهة ، ونفقات الرعاية الصحية من جهة أخرى . كما يمكن أن تكون نتائج هذه الدراسة بمثابة إنطلاقة مهمة لدراسات لاحقة تهدف إلى حل مشكلة إنخفاض جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى بالإستناد على النتائج التالية :

- إنخفاض مستوى الإلتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية.
- توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى .
- توجد فروق دالة إحصائيا في كل من متغير الإلتزام الصحي وجودة الحياة تبعا لكل من الجنس، نوع المرض .
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في كل من متغير الإلتزام الصحي وجودة الحياة تبعا لكل من السن، مدة المرض .

وهذه النتائج قد توافق بعضها مع نتائج الدراسات السابقة التي أجريت لدى مرضى السكري كدراسة (Ayman & al,2013) حول إلتزام مرضى السكري بالعلاج الموصوف، وأسفرت نتائجها عن انخفاض في مستوى الإلتزام بالعلاج لدى عينة الدراسة ،ومن بين العوامل التي أثرت على الإلتزام هي العمر ،مدة

العلاج ، وعدد الأدوية الموصوفة ، وارتفاع تكلفة العلاج . أيضا دراسة (Koprulu et al,2014) والتي كان الغرض منها تحديد الالتزام بالدواء والتنبؤ من الالتزام الأمثل لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وإتضح من خلال النتائج انخفاض في مستوى الالتزام لدى عينة. هذا إلى جانب دراسة Efrosini & (al,2016) حول الالتزام بالعلاج وجودة الحياة لدى مرضى السكري ، والتي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة بين جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى عينة الدراسة، وعدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر، وبين الإلتزام والمستوى التعليمي .

على الرغم من أهمية النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية ، إلا أن هناك بعض الزوايا التي تحتاج لدراسات وأبحاث أخرى ، فقد اثبتت هذه الدراسة وجود علاقة إرتباطية بين الإلتزام الصحي وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى ، غير أن هناك بعض الجوانب التي لم تغطيها ، وتحتاج لإجراء دراسات تأكيدية بهدف تأكيد هذه النتائج ، ودراسات تتبعية بهدف محاولة معرفة ما إذا كان بإمكاننا التنبؤ بجودة الحياة من خلال الإلتزام الصحي ام لا ؟ وعليه يمكن طرح التوصيات التالي:

- إجراء المزيد من الدراسات التأكيدية من أجل تأكيد نتائج الدراسة الحالية، والبحث المعمق في العلاقة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لديهم.
- محاولة تصميم برامج تربية صحية وعلاجية بهدف تعليم المرضى العناية الصحية بأنفسهم، وطرق إدارة المرض مما يعمل على تحسين جودة الحياة لديهم.
- ضرورة إدماج برامج التنقيف الصحي ضمن الخدمات التي تقدمها العيادات المختصة بهؤلاء المرضى.
- ضرورة تفعيل دور اخصائي علم النفس الصحي في العيادات المختصة بأمراض الغدد الالاقنوية.
- العمل على زيادة الوعي الصحي لدى المصابين بالأمراض المزمنة عامة ومرضى الغدد الالاقنوية خاصة، وذلك من خلال تكثيف برامج التنقيف الصحي حول الالتزام ومؤشراته كالالتزام بالعلاج، والالتزام بالحمية الغذائية، والأنشطة البدنية المنتظمة، وأسلوب الحياة الصحي، وتوضيح الإنعكاسات الإيجابية لكل ماسبق ذكره على مختلف جوانب الحياة بما فيها: الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، والاقتصادية.

- القيام بدورات تثقيفية حول مفهوم جودة الحياة ومجالاتها وأبعادها وتوضيح التفاعل الناتج عنها والذي ينعكس على المريض من خلال تأثره بالصحة الجسدية، وبحالته النفسية، وعلاقاته الاجتماعية، وكل ما هو موجود في محيطه. مما يساعد المرضى على فهم التأثير والتأثير الذي يحدث في الجوانب المختلفة في حياتهم.

- ضرورة تكثيف الجهود بين المختصين في داء السكري وأمراض الغدد اللاحقوية بالتعاون مع المختصين النفسانيين والمختصين في علم النفس الصحي للعمل على تقييم عملية الالتزام الصحي بشكل مستمر كجانب من جوانب المتابعة الطبية.

- ضرورة التعليم المنتظم للمرضى لأنه من الإستراتيجيات المهمة التي قد تؤدي إلى تحسين الإلتزام الصحي وتحسين جودة الحياة.

A decorative rectangular border with intricate floral and scrollwork patterns in black on a white background. The border features repeating motifs of stylized flowers and flowing lines, creating a classic and elegant frame.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- إبراهيم، محمد عبد الله؛ وصديق، سيدة عبد الرحيم (2006): دور الأنشطة الرياضية في جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
- ابو حلاوة، محمد السعيد (2010): جود الحياة المفهوم والإبعاد، المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، القاهرة.
- بن يمينة، توفيق ؛ عدلي، حسين (2017): اتكفل النفسي في تحقيق جودة الحياة لدى مرضى السكري، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، سلسلة الكتب الاكاديمية لكلية العلوم الانسانية والاجتماعية،: جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
- توفت أنتوني، (2013): اضطرابات الغدة الدرقية، ترجمة زينب منهم، ط1، الرياض: دار المؤلف
- جابر، عبد المجيد؛ صفوت، محمد (1996): فسولوجيا الغدد الصماء، الهرمونات والناقلات العصبية، ط2، جامعة الزقازيق، بنها.
- حبيب، مجدي عبد الكريم (2006): فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلبة العمانيين، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
- الحريري، أحمد سعيد، الحارثي، فوزية سعيد، (2018): الدرجة والفروق في الاكتئاب لدى مرضى اضطرابات الغدة الدرقية في مستشفى الملك عبد العزيز بالطائف، مجلة آفاق فكرية، المجلد 4، العدد 8، ص 293-317 .
- حمزة فاطمة، حسين بوداود (2018): تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF) على عينات من البيئة الجزائرية، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 7 العدد 31، ص ص 139-156.
- الخياط ماجد محمد (2010): اساسيات البحوث الكمية والنوعية في العلوم الاجتماعية، ط2، الاردن، عمان: دار الراهية للنشر والتوزيع.

- رابعة عبد الناصر (2017): جودة الحياة لدى أمهات ذوي الإحتياجات الخاصة، الإسكندرية، مصر: مؤسسة حورس الدولية.
- الزروق، فاطمة الزهراء (2015): علم النفس الصحي - مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه، البليدة، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- سامرة، خنفار؛ بوصبع، عائشة (2017): إشكالية تقبل العلاج ونوعية الحياة لمرضى السكري، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، سلسلة الكتب الاكاديمية لكلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة .
- سيد علي، أحمد؛ الحديبي، مصطفى؛ يوسف، محمد أحمد (2015): مبادئ علم النفس الحيوي، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- شاهر خالد سليمان (2010): قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية، رسالة الخليج العربي، العدد 117.
- شيلي، تايلور (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و آخرون، (ط1)، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر و التوزيع.
- العادلي، كاظم كريدي: (2006) مدى احساس طلبة كلية التربية بالربستاق بجودة الحياة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس - سلطنة عمان.
- عبد الحميد، سعيد حسن؛ بن سيف المحرزي، راشد (2006): جودة الحياة و علاقتها بالضغط النفسية و استراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس.
- عبد اللطيف محمد، خليفة (1991): دراسات في سيكولوجية المسنين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2005): الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية " الانماء النفسي والتربوي للانسان العربي في ضوء جودة الحياة "، جامعة الزقازيق، مصر.

- عبد الوهاب، اماني عبد المقصود؛، محمد سند، سميرة (2010): جودة الحياة الاسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى عينة من الابناء المراهقين، المؤتمر السنوي الخامس عشر، عين شمس: مركز الارشاد النفسي.
- عبيدات، محمد ابو نصار؛ محمد، مبيضين عقلة (1999): منهجية البحث العلمي -القواعد والمراحل والتطبيقات)، ط2، عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
- عثمان يخلف (2001): علم النفس الصحة (الأسس النفسية والسلوكية للصحة)، ط1، الدوحة، قطر: دار الثقافة.
- عدودة، صليحة (2015): الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر-باتنة 1.
- العساف، صالح بن حمد(1995): المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، ط1، الرياض: مكتبة العبيكات
- عكاشة أحمد، عكاشة طارق (2011): علم النفس الفزيولوجي، ط12، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- غايتون وهول، (1997): الفزيولوجية الطبية، ترجمة صادق الهلالي، ط9، منظمة الصحة العالمية، المكتب الطبي الجامعي.
- الغندور، محمد (2007): اسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، دراسة نظرية، المؤتمر الدولي السادس، عين شمس، مصر.
- قارة، سعيد (2015): مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الاسلامية، باتنة: جامعة الحاج لخضر.
- قاسم عبد الله، محمد (2012): علم النفس الصحة، ط1، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

- المجدوب القماطي، أحمد (2005) : الغدد الصم وهرموناتها، بيروت، لبنان: دار الكتاب الجديدة المتحدة
- مجدي صالح سليمان، حنان (2009)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- محمدي، فوزية (2013) : معوقات جودة الحياة الأسرية، الملتقى الوطني الثالث حول: الاتصال وجودة الحياة في الأسرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، الجزائر.
- مسعودي، محمد (2015): بحوث جودة الحياة في العالم العربي (دراسة تحليلية)، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 7، العدد 20، ص ص 203-220.
- معمريّة، بشير (2015): جودة الحياة لدى المتقاعدين والمسنين وفق المقياس المؤي لمنظمة الصحة العالمية: بحث ميداني على عينات جزائرية، المجلة العربية للعلوم النفسية، المجلد 10، العدد 46، ص ص 75-86.
- مفتاح محمد عبد العزيز (2010) : مقدمة في علم النفس الصحة، ط1، عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
- نصر الدين، جابر (2015): دروس في علم النفس الفيزيولوجي، ط1، بسكرة، الجزائر: منشورات مخبر الدراسات النفسية والاجتماعية، دار علي بن زيد للطباعة والنشر.
- Agostino, Paoletta. Massimo, Marchetti. Maura, Saullo. Alessandra, Cristiano. Ilenia, Pirola. Elena, Gandossi. Alberto, Ferlin. etMaurizio, Castellao (2018): Adhésion au traitement par la lévothyroxine chez des patients atteints d'hypothyroïdisme: étude réalisée dans le nord-est de l'Italie Endocrinol avant (Lausanne) 9, 699.
- Ajjan. R. A and Weetman. A P. (2015) : the pathogenesis of Hashimoto's thyroiditis: Futer developments in our understanding. Hormone and Metabolic Research, 47, 10. pp 702 – 710.
- Akash Bansal. Amit Kaushik. CM Singh. Vivek Sharma. Harminder Singh (2015): Effet d'un exercice physique régulier sur la fonction thyroïdienne des patients hypothyroïdiens traités: étude interventionnelle dans un centre de soins tertiaires de la région de Bastar en Inde, the official journal of yenepoya, 3, 2. pp 244-246.

- Aladhab, R. A & Alabbood, M. H. (2019): **Adherence of Patients with Diabetes to a Lifestyle Advice and Management Plan in Basra, Southern Iraq.** International Journal of Diabetes and Metabolism, pp 1–6.
- Ameet. V. Khatawkar. Shrrharsha Mallappa Awati.(2015): **Multi-nodular goiter: Epidemiology, Etiology, Pathogenesis and Pathology,** International Archives of Integrated Medicine, 2, 9 pp 152-156.
- Amgad, N. Makaryus, MD. Samy, I. Mcfarlane, MD (2006): **Diabetes insipidus: Diagnosis and treatment of a complex disease,** Cleveland Clinic Journal of Medicine, 73, 1, pp 65-7.
- Argyl, M (1999): **Causes and correl ates of happiness Well-being: The foundations of hedonic psychology,** New York,NY,US: Russell Sage Foundation.
- Ashur S, T. Shamsuddin, K. Shah, S. A. Bosseri S. & Morisky D. E (2015): **validity of the Arabic version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale among type 2 diabetes mellitus patients,** Eastern Mediterranean Health Journal Past issues, 21, 10, pp 722-728.
- Assim. A. Alfadda, Reem M. Sallam, Ghadi E. Elawad, Hisham Aldhukair, and Mossaed M. Alyahya: Subacute thyroiditis (2014): **clinical presentation and long term outcome,** international journal of endocrinology. volume 2014. pp 1 – 7.
- Ayman A. Attyia. Rabie E. El Bahnasy. Mahmoud E. Abu Salem, Manal A. Al-Batanony. Ayat R. Ahamed (2013): **Conformité des patients diabétiques au régime clinique prescrit,** Menoufia Medical Journal, 26, 1. pp 54-57.
- Babak Etemad & David C. Whitcomb (2001): **Chronic Pancreatitis: Diagnosis, Classification, and New Genetic Developments,** Gastroenterology, 120, 3. Pp 682–707.
- Bauer. C. et Tessier. S. (2001) **observance thérapeutique chez les personnes âgée: synthèse documentaire,** paris.
- Burch HB, Wartofsky L. Graves ‘ ophthalmopathy (1993): **current concepts regarding pahogenesis and management.** Endocr Rev 14, 6. pp 747 –793.
- Carlo, Cappelli. Roberto, Castello. Fiorella, Marini.Charlotte De Bucy. Laurence Guignat. Tanya Niati. Jérôme Bertherat & Joel Coste (2017) **Health-related quality of life of patients with hypothalamic–pituitary–adrenal axis dysregulations: a cohort study,** European Journal of Endocrinology 177, 1. Pp 1–8 .

- Chris E. Forsmark, M. D. Santhi Swaroop Vege, M. D. & C. Mel Wilcox, M. D.(2016): *Acute Pancreatitis*, the new England journal of Medicine, 375, pp 1972-1981.
- Christel hedman (2017), *quality of life in patients with thyroid cancer, from the department of molecular medicine and surgery*,, stockholm sweden: karolinska institutet
- Christel, Hedman (2017): *Quality of life in patients with thyroid cancer*.
- Clio, Dessinioti & Katsambas A. D. (2009): *Congenital adrenal hyperplasia*, journal of Dermato-Endocrinology, 1, 2, pp 87-91.
- Cohen, Solal. Damien, Logeart. (2003): *Guide pratique de l'insuffisance cardiaque*, 2 eme edition, paris: elsevier masson.
- Crespo, Iris. Alicia Santos. Eugenia, Resmini. Elena, Valassi. Maria, Antonia M. & Susan, M (2013): *Improving Quality of Life in Patients with Pituitary Tumours*, European Endocrinology, 9, 1, pp 32-36
- Crouzeix Geneviève, Reznik Yves(2014): *Radiothérapie hypophysaire, fonctions cognitives et qualité de vie "Radiotherapy for pituitary tumor, cognitive function and quality of life "*, Correspondances en Metabolismes Hormones Diabetes et Nutrition, 153, 10. pp 286-291.
- Daniel S. Olsson(2014): *Non-functioning pituitary tumours-mortality, morbidity and tumour progression*, Department of Internal Medicine and Clinical Nutrition, Sweden: University of Gothenburg.
- De blic. J. (2007) : *observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique recommandation pour la pratique clinique revue générale*. paris: Masson.
- Dekkers, A. van der Klaauw, A. M. Pereira, N. R. Biermasz, P. J. Honkoop, F. Roelfsema, J. W. A. Smit, J. A. Romijn (2006): *Quality of Life Is Decreased after Treatment for Nonfunctioning Pituitary Macroadenoma*, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 91, 9, pp 3364–3369
- Denise C. Park. Linda L. Liu (2007): *Medical Adherence and Aging Social and Cognitive Perspectives*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Drogo K. Montague. M. D. Co-chair Jonathan P. Jarow. M. D. Co-chair. Gregory A. Broderick. Roger R. Dmochowski. Jeremy P. W. Heaton. MD. Tom F. Lue. Aaron J. Milbank. Ajay Nehra. Ira D. Sharlip. (2005): *the management of erectile dysfunction*. american urological association education and research. Inc

- Eardley J, Mirone V, Montorsi F, Ralph d, kell ph, Margaret R, (2005): *an open – label, multicentre, randomized, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naive to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy.* BJU International, 96, 9, pp 1323 – 1332.
- Elberling, T. Rasmussen, U. Feldt-Rasmussen, M. Hørding, H. Perrild, G & Waldemar (2004): *Impaired health-related quality of life in Graves’ disease.* A prospective study, European Journal of Endocrinology, 151, pp 549–555
- Enzo, Fontana & Rolf, Gaillard(2009): *Epidémiologie des adénomes hypophysaires: étude dans une agglomération urbaine de suisse,* Rev Med Suisse, 5, pp 2172-2174.
- Evangelia Pavlidou. Paul Pirtea et Isabelle. Streuli(2016): *traitement hormonal de la ménopause en 2016.* revue médicale suisse, 12. pp 1805 – 1810.
- Fatima, Koprulu. Refqa, Bader. Nageeb, Hassan. Abduelmula, R Abduelkarem et Dhafir, Mahmood (2014): *Évaluation de l’adhérence au traitement diabétique dans le nord, Tropical,* Journal of Pharmaceutical Research, 13, 6, pp 989-995
- Fischer. G. F. (2000). *Molecular Genetics of HLA.* Vox Sanguinis, 78, 10. pp 261 – 264.
- Fisher, G, N (2002): *traité de psychologie de santé, paris: Runod Reach, Gérard (2006): clinique de l’observance: l’exemple des diabtes,* paris .
- Fisher Gustave Nicolas et cyril tarquinio (2006): *les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé,* paris: dunod
- Gauchet. A. (2008): *observance thérapeutique et VIH. enquêter sur les facteurs biologiques et psychosociaux.*Paris : edition l’harmattan
- Ginsberg. Jody (2003) *Diagnosis and management of Graves ‘ disease. Canadian* Medical Association or its licensors, 168, 5, pp 575-585.
- Grant, RW – Devita NG. Singer, DE. Meigs JB (2003) *polypharmacy and medication adherence in patients with type 2,* journal of diabetes, 26, 5. Pp 1408-1412.
- HAMMICHE Azzedine (2012): *Essai d’évaluation des coûts de prise en charge du diabète sucré en Algérie: Cas du pied diabétique au C. H. U de Sétif,* Mémoire En vue de l’obtention du diplôme de magister en sciences économiques, Université Abderrahmane Mira .Béjaia

- Haraj, N. El Aziz, S. El Bouri, H. Nani S. Chadli, b, A (2015): **Evaluation de la qualité de vie chez les patients suivis pour carcinome différencié de la thyroïde**, Annales d'Endocrinologie, 79, 4, p446-485.
- Havva Nur Peltek Kendirci, Zehra Aycan, Elif Sagsak, Meliksah Keskin, Semra. Cetinkaya(2015): **the evaluation of transeint hypothyroidism in patients diagnosed with congenital hypothyroidism**. journal of medical sciences, 45, 4. Pp 745 – 750.
- Hayden B. Bosworth(2012): **Enhancing Medication Adherence: The Public Health Dilemma**, Springer Science+Business Media.
- Hayden B. Bosworth. Eugene Z. Oddone, Morris Weinberger (2006): **Patient Treatment Adherence Concepts, Interventions, and Measurement**, London: the Taylor & Francis e-Library.
- Hedman. C (2017): **Quality of life in patients with thyroid cancer, from the Department of molecular medicine and Surgery**, stockholm, Sweden: Karolinska Institutet.
- Herzlich C. (1969): **santé et maladie, analyse d'une représentation sociale**, paris.
- Hoqan AR, Zhuge Y, Perez EA, Koniaris LG, Lew JI, Sola JE, (2009): **pediatric thyroid carcinoma: incidence and outcomes in 1753 patients**. J sur Res, 156, 1. pp 167 – 172.
- Humbert. P. L. Dupond and J. P. Carbillet (1987): **Pertibial myscedema: an overlapping clinical manifestation of autoimmune thyroid disease**, The American Journal of Medicine, 83, 6. pp1170 – 1171. 1987.
- institut des sciences médicales, **glande endocrines, maladies du métabolisme**, hydra, alger: office des publications universitaires.
- Iqbal, Q. Noman, u. Sajid, B & Mohammad, B: (2017): **Profile and predictors of health related quality of life among type II diabetes mellitus patients in Quetta city, Health and Quality of Life Outcomes**, Afghan International Trainings & Consultancy, 15, 142 pp 1-9.
- Iris Crespo. Alicia Santos. Eugenia Resmini. Elena Valassi. Maria Antonia Martínez-Momblán(2013): **Améliorer la qualité de vie des patients atteints de tumeurs hypophysaires**, Journal Eur Endocrinol, 9, 1. pp 32-36.
- James W. Findling, MD. Hershel Raff, PhD(2005): **Screening and Diagnosis of Cushing's Syndrome**, Endocrinol Metab Clin N Am, 34, pp 385–402
- Janz. N. K. et Becher. M. H. (1984) **the health blief model: a decade later. health education quarterly**.

- JEFFREY D. QUINLAN, MD(2014): *Acute Pancreatitis*, American Family Physician, 90, 9. Pp 632-639.
- Jeremy, Fong. Aliya, Khan (2012): *Hypocalcémie: Mises à jour du diagnostic et de la gestion des soins primaires*, Official publication of the college of family phisicians of Canada, 58, 2. Pp 158-162.
- Julia Russell (2005): *introduction to psychology for health carrers*, united kinydom nelson thorns.
- Lawler, B. A., Kirby, M., Greene, E., Denihan, A, . Bruce, I., Conroy, R. M, & Golden, J. (2009). *Lonliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly*, International Journal of Geriatric psychiatry, 24, pp 694-700.
- Lebeau. S. Mandel. S. (2006): *Thyroid disorders during pregnancy* Endocrinol_Meta Clin, 35, 1. pp 117 – 136
- Luis H. Braga and Armando J. Lorenzo (2017): *cryptorchidism (a pratical review for all community healthcare providers)*. journal de l’association des urologues du canada. 11, 1. pp 26 – 32.
- Malipa M. N & Menon J. A (2013): *The Relationship Between Compliance and Quality of Life among Adolescents with Diabetes Mellitus Type1*, Medical Journal of Zambia, 40, 3 pp 93-103
- Maralyn, Druce. Winnie, Ho (2018): *Quality of life in patients with adrenal disease: A systematic review*, journal of Clinical Endocrinology, 89, pp119–128.
- Marilou Bruchon Schweitzer et Robert Dantzer (2003), *introduction à laPsychologie de la santé*, Presses universitaires de frances, Paris.
- Mark, Sherlock. John, Ayuk. Jeremy, W. Tomlinson, Andrew Toogood, Aurora. Aragon-Alonso. Michael C. Sheppard, Andrew, S. Bates, Paul M. Stewart (2010): *Mortality in Patients with Pituitary Disease*, Endocrine Reviews, 31, 3, pp 301–342.
- Marrlou Bruchon, Schueitzer (2002) :*psychologie de la santé: modèles, concepts et methods*, edition 1, paris.
- Maynika, V, Rastogi. Stephen, H, LaFranchi (2010): *Congenital Hypothyroidism, Orphanet Journal of Rare Diseases*, 5, 17. Pp 2-22
- Memon, A. Randhawa, M. Alshammari, S. Alanazi, A. Alshammari, A. Alrawaili, Y (2017): *Compliance to Diabetic therapy*, Professional Med Journal, 24, 3, pp 466-472.

- Michael A. Rapoff (2010): **Adherence to Pediatric Medical Regimens**, Second Edition, London
- Mohammed Darouichi MD, Paul Eugène Constanthun(2016): **Riedel's thyroiditis**, Radiology Case Reports, 11, 3. pp 175 – 177.
- Nafissatou Diagne, & Atoumane Faye, Awa Cheikh Ndao, Boundia Djiba, Baidy Sy Kane, Souhaibou Ndongo, et Abdoulaye Pouye(2016): **Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Basedow en Médecine Interne au CHU Ledantec Dakar (Sénégal)**, Pan African Medical Journal. 25, 6, pp 1-5.
- Nasrollahi Hamid. Bita Geramizadeh. Mansour Ansari. Seyed Hassan Hamedi. Mohammad Mohammadianpanah. Shapour Omidvari. Niloofar-Ahmadloo. Ahmad Mosalaei (2018): **Papillary Tumor of the Pineal Region: A Case Report, Middle East** Journal of Cancer, 9, 2, pp 165-169.
- Nicoletta Sonino a, b, d Giovanni A. Fava c, d (2007): **Rehabilitation in Endocrine Patients: A Novel Psychosomatic Approach**, Psychother Psychosom, 76, 6. Pp 319–324.
- Nunes, m & Tabarin, a (2008): **Les actualités de l'insuffisance surrénalienne News for adrenal insufficiency**, Annales d'Endocrinologie, 69, 1, pp 44-52.
- Panorama De La Sante En Poitou-CHarentes (2010): **Maladies endocriniennes**, nutritionnelles et métaboliques.
- Patrick Hardy. (2003): **observance du traitement en psychiatrie. edition scientifique et medical**, France: elsevier (SAS)
- Paul. B. (2010): **delayed puberty. An Official** Journal of the American Academy of Pediatrics, 31, 5. pp 189-195.
- Peeyush Kumar, Nitish Kumar, Devendra Singh Thakur, Ajay Patidar. male hypogonadism(2010) : **symptoms and treatment.** journal of advanced pharmaceutical technology, 1, 3. pp 297 – 301
- Reach Gérard: (2015) **The Mental Mechanisms of Patient Adherence to Long-Term Therapies**, Switzerland: Springer International Publishing.
- Russ Hauser, Niels. E. Skakkebaek. Ulla Hass. Jorma Toppari. Anders Juul. Anna Maria Andersson. Andreas Kortenkamp. Jerrold J. Heindel. Leonardo Trasande (2015): **male reproductive – disrupting chemicals in the european union.** journal of clinical endocrinology and metabolism, 100, 4. p 1267 – 1277.
- Sally. A. Shumaker. Judith K. Ockene, Kristin. A. Riebert (2009): **the handbook of health behavior change.** new york: springer publishing company.

- Sanjay Kalra, Bharti Kalra(2012): *Améliorer l'observance dans l'hypothyroïdie: que pouvons-nous faire? Département d'endocrinologie,* Karnal, Inde: hôpital Bharti et BRIDE.
- Sanjay Kalra, Ambika G U et Soren Eik Skovlund (2012): *Habilitation du patient en endocrinologie,* Indian Journal Endocrinol Metab, 16, 1. Pp 1–3.
- Santos, A. Resmini, E., Maria-Antonia, M., Camelia, M. Juan Ybarraa, b & Susan M. (2009): *Quality of life in patients with pituitary tumors,* journal of Endocrinology, Diabetes & Obesity, vol 16, pp 299–303:
- Schwartz, David D. Axelrad, Marni E. (2015): *Healthcare Partnerships for Pediatric Adherence, Promoting Collaborative Management for Pediatric Chronic Illness Care,* Switzerland: Springer International Publishing.
- Seong Yeon, Kim (2015): *Diagnosis and Treatment of Hypopituitarism,* Endocrinol Metab, 30, pp 443.
- Shivaprasad, Boppana. Kolly, Anish. Pullika, Annie. Goel Amit, Dwarakanath, CS (2018): *Impairment of health-related quality of life among Indian patients with hypothyroidism,* Indian journal of Endocrinology and Metabolism, 22, 3, pp 335-338.
- Simone De Leo. Sun Y Lee. et Lewis E Braverman. Lancet (2016): *L'hyperthyroïdie,* Publié sous forme finale modifiée en tant que Lancette. 388, pp 906-918.
- Skakkebaek NE. Raipert – De Meyts E. Buck Louis GM. Toppari J. Andersson AM. Eisenberg MI. Jensen TK. Jorgensen N. Swan SH. Sapiro KJ. Ziebe. S. Priskom. Juul A (2015): *male reproductive disorders and fertility trends: influences of environment and genetic susceptibility.* physiol rev, 96, 1. p 55 – 97.
- Staii. A. Mirocha. S. Todorova – Koteva. K. Glinberg S. Jaume. J C. (2010) : *Hashimoto's thyroiditis in more frequent than expected when diagnosed by cytology which uncovers a pre-clinical state.* thyroid research journal, 3, 1.
- Sultana M S. Nazmul K Q. Ahmed S M. Ahasnul H A. Tareen A. Faria A. Shah A. Farhana A. Shah E. Tanjina H. Shahjamal K. Marufa M. Nusrat S. Mohammad S. Sadiqa T. Shahjada S. Samir K T. Rafiq U. Feroz A (2019): *Spontaneous hypoglycemia: a review Article,* 13, 1. Pp 1-22.
- Tan Dun Xian. Bing Xu, Xinjia Zhou & Russel J. (2018): *Pineal Calcification, Melatonin Production, Aging, Associated Health Consequences and Rejuvenation of the Pineal Gland,* journal Molecules, 23, 2. 301

- Tan. J. Loh, G. Yeo and Y. C. Chee (2002): **Transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. An International** Journal of obstetrics and gynaecology, 109, no 6. pp 683 – 688.
- Tarquinio, C M. Tarquinio, P (2006): **psychologie clinique l’observance thérapeutique: déterminants et mode les theoriques therapeutic observance: determising and models – pratiques psychologiques**, France: elsevier masson.
- Tiemensma, J. Andela, CD. Pereira, AM. Romijn, JA. Biermasz NR. Kaptein. AA (2014): **Patients with adrenal insufficiency hate their medication: concerns and stronger beliefs about the necessity of hydrocortisone intake are associated with more negative illness perceptions**. Journal Clin Endocrinol Metab. 99, 10 pp 36-76.
- Turk, D. C., & Meichenbaum, D. (1991). **Adherence to self-care regimens: The patient's perspective**. In J. J. Sweet, R. H. Rozensky, & S. M. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings*, pp 249-266. New York: NY, US: Plenum Press.
- Uche Anadu Ndefo. Pharm D. and Monica Robinson Green(2013): **polycystic ovary syndrome (a review of treatment options with a focus on pharmacological approaches**, journal of managed care and hospital formulary management, 38, 6. pp 336 – 355.
- Varsha. Dalal, Manveen Kaur, Anju Bansal (2017): **papillary carcinoma thyroid with anastomosing: an unusual morphology**. journal of laboratory physicians, 9, 2. pp 140 – 142.
- Wemeau et Do Coa. Cncers anaplasique de l hoid (2008): **Anaplastic carcinoma**. Annales d’endocrinologie, 69, 3. pp 174 – 180.
- Widar, M. Ahltrom, G & Ek, A (2003): **Health-related Quality of**
Wiersinga WM, Prummel MF(2000): **An evidence – based approach to the treatment of Graves ‘ ophthalmopathy**. Endoinol Metab ClinNorth, 29, 2, pp 297 – 319.
- William. T. O’Donohue, Eric. R. Levensky, (2006): **promoting treatment adherence: a practical handbook for health care providers**. USA: sage publication.
- World Health Organization (2003): **WHO Adherence to Long Term Therapies Project, Global Adherence Interdisciplinary Network**.
- Wisit,C. Natchaporn P, Frank P, Udomsak M (2008): **Quality of life and compliance among type 2 diabetic patients**, journal of tropical medicine and public health, 39,2.pp 328-334.

- Yuji Hiromatus, Hiroshi Satoh, Nobuyuki Amino. Hashimoto's thyroiditis (2013): ***History and future Outlook***, International Journal of Endocrinology and Metabolism, 12, 1, pp 12 – 18.

A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns, rendered in black on a white background. The border frames the central text.

الملاحق

الملحق رقم 1: إمتبيان الالتزام الصحي

إعداد الباحث

الجنس:..... السن:.....
نوع المرض:..... مدة المرض:.....

تعليمات

إليك مجموعة من العبارات، إقرأ كل عبارة جيدا وأجب عنها بوضع علامة (+) في الخانة التي تناسب سلوكك، فالعبارة التي تنطبق عليك أجب عنه بوضع علامة (+) تحت عبارة (نعم)، والعبارة التي لا تنطبق عليك أجب عنها بوضع علامة (+) تحت عبارة (لا) مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

أرجو أن تجيب على كل العبارات بصدق وصراحة، وتأكد أن إجاباتك ستبقى سرية، وتستخدم لخدمة أغراض علمية فقط. ونشكركم على حسن تعاونكم معنا في هذه الدراسة العلمية.

الرقم	العبارات	لا	احيانا	دائما
1	ألتزم بحضور المواعيد الطبية			
2	أتجنب الأغذية التي تحتوي على السكريات			
3	أقوم بأخذ الدواء في أوقاته المحددة			
4	ألتزم بالحمية الغذائية التي نصحني بها الطبيب			
5	أخذ دوائي معي في حالة إبتعادي عن البيت			
6	أواظب على ممارسة الرياضة			
7	أتقيد بجرعات الدواء المحددة من طرف الطبيب			
8	أقوم بالمشي يوميا وبانتظام			
9	أقوم بزيارة الطبيب قبل نفاذ الدواء			
10	أمارس الأنشطة البدنية لغرض تحسين صحتي			
11	ألتزم بكل التوصيات والإرشادات الطبية			
12	أحرص على الحصول على الدواء الذي يصفه لي الطبيب			
13	أتجنب الأغذية التي تحتوي على الدهون			
14	أقوم بالتحاليل الطبية التي يطلبها مني الطبيب			
15	ألتزم بتناول الأغذية المفيدة لصحتي			

الملحق رقم 2: مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة "

World Health Organization Quality Of Life

(WHO QOL – BREF)

إعداد (منظمة الصحة العالمية)

تعريب (د/بشري اسماعيل أحمد) 2008

الجنس:..... العمر:

نوع الغدة:..... عدد سنوات المرض:

التعليمات:

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة. فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي عن البنود التالية، وأمام كل منها خمسة اختيارات وعليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع علامة (√) عند هذا الاختيار، ولاحظ جيداً أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون الإجابة عنه، و اعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد سوى الباحثة ولأغراض البحث العلمي.

م	العبارة
1	ما هو تقديرك لجودة الحياة ؟ (أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (هـ) جيدة جداً
2	ما هو مدي رضاك عن حالتك الصحية ؟ راضي جداً (ب) راضي نوعاً ما (ج) غير راضي نوعاً ما (د) لا راضي ولا غير راضي (هـ) غير راضي أبداً
3	من رأيك إلى أي مدي يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
4	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
5	ما مدي استمتاعك بالحياة ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
6	ما مدي شعورك بوجود معنى لحياتك ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
7	إلى أي مدي يمكنك تركيز عقلك ببساطة ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
8	ما مدي شعورك بالأمن في الحياة ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
9	ما مدي الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
10	هل لديك الكفاية و الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
11	هل أنت متقبل لبناتك الجسدي ؟ (أ) سيئ جداً (ب) سيئ نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيئ ولا جيد (هـ) جيد جداً
12	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك ؟ (أ) سيئ جداً (ب) سيئ نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيئ ولا جيد (هـ) جيد جداً
13	ما مدي توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
14	إلى أي مدي تتوفر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
15	كم أنت قادر علي التنقل هنا وهناك ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة

16	إلي أي مدي راضي أنت راضي عن نومك ؟ غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
17	ما مدي رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية ؟ غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
18	ما مدي رضاك عن قدرتك علي العمل ؟ غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
19	ما مدي رضاك عن نفسك ؟ غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
20	ما مدي رضاك عن علاقاتك الشخصية ؟ غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
21	ما مدي رضاك عن حياتك الجنسية ؟ غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
22	كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك ؟ غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
23	ما مدي رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه ؟ غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
24	ما هو مدي رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
25	ما هو مدي رضاك عن مزاجك ورحلاتك ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
26	كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق ؟ (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة