الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين. سطيف2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

الرقم التسلسلي: .....
رقم التسجيل: .....

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في شعبة علم النفس
تخصص: علم نفس الصحة.
بعنوان:

المساندة الاجتماعية كعامل فارقي في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج
_ بحث فارقي ارتباطي على الحوامل المصابات بأمراض مزمنة _

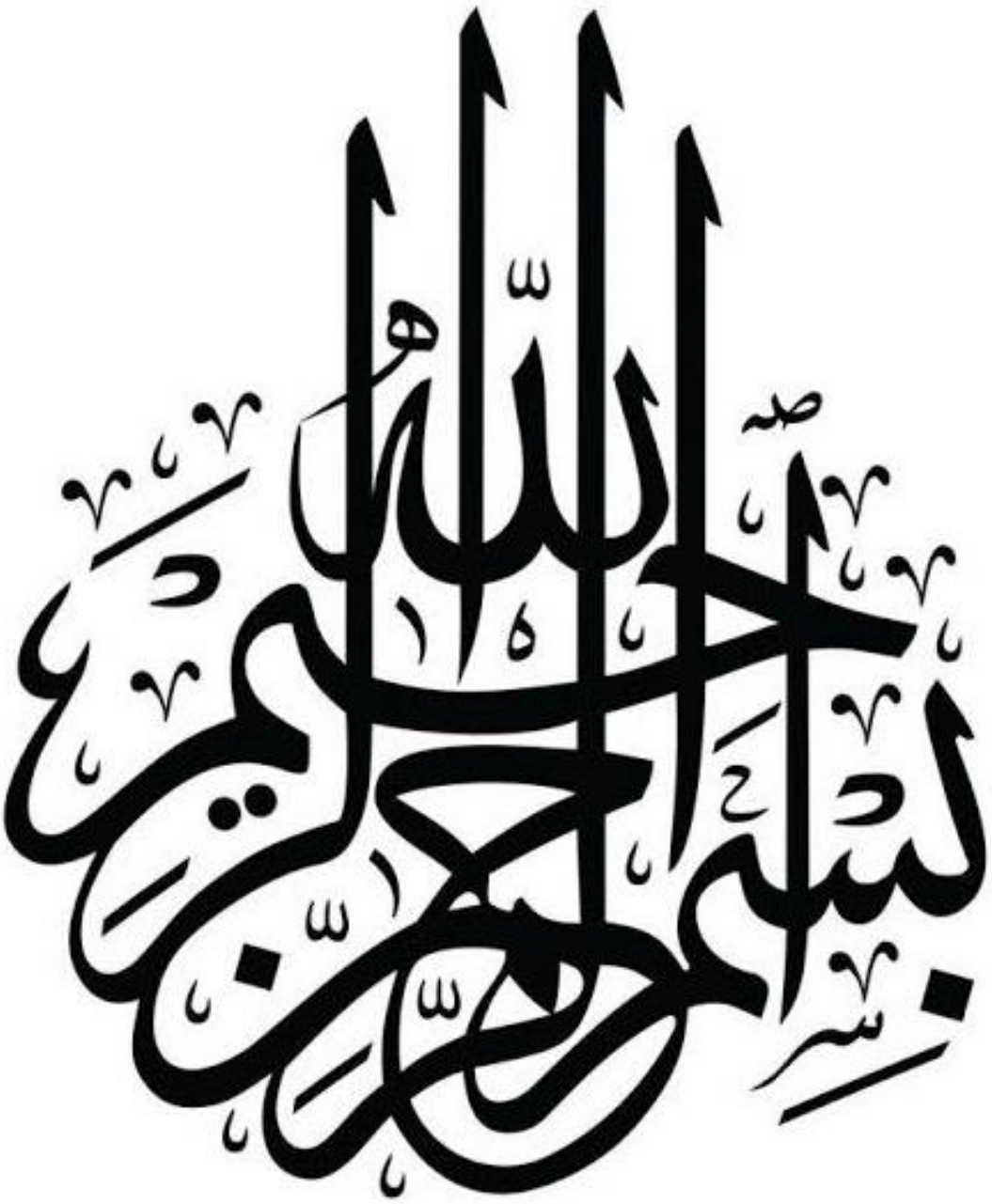
- **إعداد الطالبة:**
صاولي وافية

لجنة المناقشة:

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	مؤسسة الانتساب	الصفة
أ.د. حمايدية علي	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف 2	رئيسا
أ.د. لحسن بوعبدالله	أستاذ مميز	جامعة سطيف 2	مشرفا ومقررا
أ.د. بن غالم ايمان	أستاذ محاضر قسم -أ-	جامعة سطيف 2	عضوا ممتحنا
أ.د. زواني نزيهة	أستاذ محاضر قسم -أ-	جامعة تيزي وزو	عضوا ممتحنا
أ.د. مرازقة وليدة	أستاذ محاضر قسم -أ-	جامعة باتنة 1	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية: 2025/ 2026

UNIVERSITE SETIF2



شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى أله وصحبه أجمعين.

أشكر الله عز وجل الذي وفقني ويسر لي أبواب العلم والمعرفة، ومنحني الصبر والثبات وأمدني بالقوة والعزم لإنجاز هذا العمل، فله الحمد على توفيقه وفضله. وبعده الشكر للوالدين الكريمين على كل جهودهما في سبيل تربيتي وتعليمي.

كما أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان الى مشرفي الأستاذ الدكتور **بوعبدالله لحسن** على توجيهاته القيمة ودعمه المتواصل، فلقد كانت لخبرته وارشاداته دور كبير في اثراء هذا البحث العلمي.

الشكر موصول لكل أساتذتي بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا بجامعة سطيف2 وجامعة باتنة1 على ما قدموه من علم ومعرفة، وأخص بالشكر الأستاذ الدكتور **معمرية بشير**.

ولا يفوتني أن أتقدم بوافر الشكر والتقدير الى كل أعضاء وحدة بحث تنمية الموارد البشرية على كل جهودهم في سبيل تطوير البحث العلمي.

وأتوجه بجزيل الشكر لأعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقراءة هذا البحث لتقييمه وابداء ملاحظاتهم القيمة.

شكري الخالص لكل أفراد عائلتي على مساندتهم لي طيلة مشواري الدراسي.

في هذا اليوم المميز من مسيرتي العلمية، أود أن أعبر عن عميق امتناني وتقديري لكل من ساندني في هذه الرحلة العلمية، وساهم في إتمام هذا العمل من قريب أو من بعيد وأسأل الله التوفيق والسداد والحمد لله رب العالمين.

ملخص بالعربية:

هدفت الدراسة الى استكشاف العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، كما هدفت الدراسة للكشف عن الفروقات بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بأمراض مزمنة في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج.

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن على عينة قصدية مكونة من 140 امرأة حامل تعاني من السكري وقصور الغدة الدرقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل بولاية باتنة، وقد تم جمع البيانات بالاعتماد على مقياس المساندة الاجتماعية «MSPSS» الذي أعده Zimet و Dahlen و Forley سنة 1988 (تعريب خميسة قنون)، مقياس جودة الحياة «SF12v2» (ترجمة الباحثة)، ومقياس الالتزام بالعلاج «MMAS_8 »الذي أعده Morisky سنة 1986(ترجمة الباحثة).

وقد توصلت الدراسة الحالية الى النتائج التالية:

- وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري.
- وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية.
- وجود فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراكهن لجودة الحياة.
- وجود فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراكهن لجودة الحياة.
- وجود فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج.
- وجود فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج.

الكلمات المفتاحية: المساندة الاجتماعية، إدراك جودة الحياة، الالتزام بالعلاج، الأمراض المزمنة.

Abstract:

The study aimed to explore the relationship between social support and both perceived quality of life and treatment adherence among pregnant women with chronic diseases. It also aimed to reveal the differences between high and low levels of social support among pregnant women with chronic diseases in perceived quality of life and treatment adherence.

The study adopted a comparative correlational descriptive approach on an intentional sample of 140 pregnant women suffering from diabetes and hypothyroidism at the Specialized Mother and Child Hospital in Batna; Data were collected depending : the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) developed by Zimet, Dahlem, and Farley in 1988 (translated to arabic by Khemissa Ganoune), the SF-12v2 Quality of Life Scale (translated by the researcher), and the MMAS-8 Treatment Adherence Scale developed by Morisky in 1986 (translated by the researcher).

The current study found the following results:

- There is a correlation between social support and both perceived quality of life and treatment adherence among pregnant women with diabetes.
- There is a correlation between social support and both perceived quality of life and treatment adherence among pregnant women with hypothyroidism.
- There are differences between high and low levels of social support among pregnant women with diabetes in their perception of quality of life.
- There are differences between high and low levels of social support among pregnant women with hypothyroidism in their perception of quality of life.
- There are differences between high and low levels of social support among pregnant women with diabetes in treatment adherence.
- There are differences between high and low levels of social support among pregnant women with hypothyroidism in treatment adherence.

Keywords: Social support, perceived quality of life, treatment adherence, chronic diseases.

فهرس المحتويات

المحتويات	الصفحة
شكر وتقدير	
الملخص باللغة العربية	
الملخص باللغة الإنجليزية	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
فهرس الملاحق	
مقدمة	**1**
الفصل الأول: مدخل عام للدراسة	
1_ مشكلة الدراسة	5
2_ فرضيات الدراسة	18
3_أهمية الدراسة	19
4_أهداف الدراسة	20
5_حدود الدراسة واجراءاتها	21
6_التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة	21
الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية وأهميتها لدى الحوامل	
تمهيد	23
1_مفهوم المساندة الاجتماعية	23
2_أنماط المساندة الاجتماعية	26

3_النماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية	28
1.3_نموذج الأثر الواقي	29
2.3_نموذج الأثر الرئيسي	31
4_أهمية المساندة الاجتماعية لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة	32
5_العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الحوامل	36
6_العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى الحوامل	44
خلاصة	47
الفصل الثالث: جودة الحياة ودورها في تحسين الصحة	
تمهيد	49
1_مفهوم جودة الحياة	49
2_أهمية دراسة جودة الحياة لدى المريض المزمن	52
3_مؤشرات جودة الحياة	54
4_مجالات جودة الحياة	55
1.4_المجال البدني	55
2.4_المجال الاجتماعي	56
3.4_المجال النفسي	57
5_النظريات المفسرة لجودة الحياة	58
1.5_نظرية هالدي(1984) Haldey	58
2.5_نموذج أباي واندروز(1985) Abbey & Andrews	59
3.5_نموذج العوامل الستة لرايف(1989) Ryff	60
4.5_نظرية لاوتن Lawton	61
5.5_النموذج التكاملي	62

6_جودة الحياة في ميدان الصحة	63
خلاصة	66
الفصل الرابع: الالتزام بالعلاج لدى الحوامل	
تمهيد	68
1_مفهوم الالتزام بالعلاج	68
2_أنماط عدم الالتزام بالعلاج	71
3_العوامل المحددة للالتزام بالعلاج	73
1.3_عوامل مرتبطة بالمريض	73
2.3_العوامل المرتبطة بالمرض	75
3.3_عوامل مرتبطة بالعلاج	76
4.3_عوامل مرتبطة بفريق الرعاية الصحية	77
5.3_العوامل الاقتصادية والاجتماعية	79
4_النماذج النظرية المفسرة لسلوك الالتزام العلاجي	80
1.4_نموذج المعتقدات الصحية	80
2.4_نظرية السلوك المبرر	85
3.4_نظرية السلوك المخطط	87
4.4_نموذج الانضباط الصحي	89
5.4_النموذج القيمي للعلاجات الوقائية	91
6.4_نموذج التنبؤ بالسلوكات الصحية	94
7.4_نموذج الإدارة الذاتية أو التنظيم الذاتي للمرض	95
8.4_النموذج العابر للنظريات (مراحل التغيير)	98
5_الالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة	100

6_التدخلات المستخدمة لتحسين الالتزام لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة	106
خلاصة	110
الفصل الخامس: منهج الدراسة واجراءاتها	
1_منهج الدراسة	112
2_عينة الدراسة وخصائصها	112
3_أدوات الدراسة	113
1.3_مقياس المساندة الاجتماعية	113
2.3_مقياس جودة الحياة	116
3.3_مقياس الالتزام بالعلاج	121
4_الأساليب الاحصائية المستخدمة	124
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
1_عرض نتائج الدراسة	126
1.1_عرض نتائج الفرضية الأولى	126
2.1_عرض نتائج الفرضية الثانية	127
3.1_عرض نتائج الفرضية الثالثة	128
4.1_عرض نتائج الفرضية الرابعة	128
5.1_عرض نتائج الفرضية الخامسة	129
6.1_عرض نتائج الفرضية السادسة	130
2_مناقشة نتائج الدراسة	131
1.2_مناقشة نتائج الفرضية الأولى	131
2.2_مناقشة نتائج الفرضية الثانية	136
3.2_مناقشة نتائج الفرضية الثالثة	143

4.2_مناقشة نتائج الفرضية الرابعة	145
5.2_مناقشة نتائج الفرضية الخامسة	147
6.2_مناقشة نتائج الفرضية السادسة	150
3_استنتاج عام لنتائج الدراسة	152
توصيات	155
قائمة المراجع	157
الملاحق	188

فهرس الجداول:

قائمة الجداول	الصفحة
جدول رقم (1): يوضح خصائص عينة الدراسة	113
جدول رقم (2): يبين معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد وبنوده لمقياس المساندة الاجتماعية	115
جدول رقم (3): يبين معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده	115
جدول رقم (4): نتائج اختبار الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس المساندة الاجتماعية	116
جدول رقم (5): معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية	116
جدول رقم (6): يوضح بنود وبدائل مقياس جودة الحياة	117
جدول رقم (7): يبين معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل محور وبنوده لمقياس جودة الحياة	119
جدول رقم (8): يبين معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة ومحاوره	120
جدول رقم (9): نتائج اختبار ت للمقارنة بين الفئة الدنيا والفئة العليا لمقياس جودة الحياة	120
جدول رقم (10): معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة	121
جدول رقم (11): طريقة تصحيح مقياس الالتزام بالعلاج	122
جدول رقم (12): معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لمقياس الالتزام بالعلاج	123
جدول رقم (13): نتائج اختبار الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الالتزام بالعلاج	123
جدول رقم (14): الثبات باستخراج معامل ألفا كرونباخ لمقياس الالتزام بالعلاج	124
جدول رقم (15): يوضح معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري	126
جدول رقم (16): يوضح معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية	127
جدول رقم (17): يوضح نتائج اختبار ت للمقارنة بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراك جودة الحياة	128

جدول رقم (18): يوضح نتائج اختبار ت للمقارنة بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراك جودة الحياة	129
جدول رقم (19): يوضح نتائج اختبار ت للمقارنة بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج	130
جدول رقم (20): يوضح نتائج اختبار ت للمقارنة بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج	130

فهرس الأشكال:

الأشكال	الصفحة
الشكل رقم (1): يوضح نموذج الاثر المخفف للضغوط النفسية ونقاط عمل المساندة الاجتماعية	30
الشكل رقم (2): يوضح نموذج الاثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية	32
الشكل رقم (3): يوضح نموذج المعتقدات الصحية والالتزام بالعلاج حسب Becker (1984)	85
الشكل رقم (4): يوضح نموذج السلوك المبرر لfishbein et ajzen (1975)	87
الشكل رقم (5): يوضح نموذج السلوك المخطط وفقAjzen & Fishbein	89
الشكل رقم (6): يوضح نموذج الالتزام الصحي ل heiby et coll (1986)	91
الشكل رقم (7): يوضح النموذج القيمي للعلاجات الوقائية لWalsh et McPhee	93
الشكل رقم (8): يوضح نموذج التنبؤ بالسلوكات الصحية الصحية لPender (1975)	95
الشكل رقم (9): يوضح نموذج التنظيم الذاتي ل ليفنثال leventhal(1992)	98

فهرس الملاحق:

قائمة الملاحق	الصفحة
ملحق رقم (1): مقياس المساندة الاجتماعية باللغة الانجليزية	188
ملحق رقم (2): مقياس المساندة الاجتماعية باللغة العربية	189
ملحق رقم (3): مقياس جودة الحياة المختصرSF12v2 باللغة الإنجليزية	190
ملحق رقم (4): الترجمة الأولية لمقياس جودة الحياة SF12v2 الى اللغة العربية	193
ملحق رقم (5): الصورة النهائية لمقياس جودة الحياةSF12v2	195
ملحق رقم (6): مقياس الالتزام بالعلاج الدوائي لموريسكي باللغة الانجليزية	197
ملحق رقم (7): الترجمة الأولية لمقياس الالتزام بالعلاج الدوائي لموريسكي الى للغة العربية	198
ملحق رقم (8): الصورة النهائية لمقياس الالتزام بالعلاج الدوائي لموريسكي	199
ملحق رقم (9): ترخيص خاص بالدراسة الميدانية	200

مقدمة

شكل موضوع الصحة والمرض محور اهتمام دائم للباحثين والمهتمين بمجال الرعاية الصحية، نظرا لما يطرحه من تحديات وأسئلة مستمرة حول طبيعة الجسد البشري واستجاباته للعوامل المختلفة. فعلى الرغم من التطورات الطبية المتسارعة، وما يصاحبها من مقالات وتقاريرونظريات تؤكد إمكانية التحكم في الأمراض والوقاية منها، إلا أن الواقع يكشف عن محدودية فهمنا الكامل للجسم البشري. إذ غالبا ما تكون استجابات الجسد للتدخلات الطبية غير متوقعة.

ويعزى جزء كبير من هذا القصور في فهم تعقيدات الصحة والمرض إلى الاعتماد لفترة طويلة على النموذج البيوطبي، الذي ينظر إلى الجسد ككيان منفصل عن الأبعاد النفسية والاجتماعية، ويختزل أسباب المرض في اختلالات بيولوجية يمكن علاجها باستخدام الأدوية أو الجراحة. ورغم ما حققه النموذج من إسهامات الا أنه أغفل الجوانب النفسية والاجتماعية التي تؤثر في نشأة المرض أو الاستجابة للعلاج. وأمام هذا القصور، برزت الحاجة إلى تبني نماذج تفسيرية أكثر تكاملا من أبرزها النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي ينظر للحالة الصحية كنتيجة لتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

ويكتسب هذا النموذج أهمية خاصة عند التعامل مع الحالات التي تتسم بتعقيداتها النفسية والاجتماعية، خاصة مع الأمراض المزمنة، التي تعد من أبرز التحديات الصحية الراهنة، لما تخلفه من آثار متعددة تشمل الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للفرد. ومن بين السياقات التي تتجلى فيها بوضوح آثار الأمراض المزمنة وتداعياتها المتعددة، فترة الحمل التي تمثل مرحلة حساسة تتطلب تكيفا صحيا ونفسيا خاصا.

وانطلاقا من ذلك، تبرز الأمراض المزمنة أثناء فترة الحمل من القضايا الصحية المعقدة التي تتداخل فيها الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية، نظرا لما تفرضه هذه المرحلة من متابعة طبية دقيقة ومتطلبات صحية مضاعفة. وتعد حالات مثل داء السكري وقصور الغدة الدرقية من أكثر الاضطرابات المزمنة شيوعا خلال هذه الفترة، لما لها من انعكاسات محتملة على صحة المرأة والجنين، وعلى مسار الحمل وجودة الحياة. ولا تقتصر آثار هذه الأمراض على الجوانب الفسيولوجية فقط، بل تمتد لتشمل التحديات النفسية والسلوكية، وعلى رأسها الالتزام بالخطة العلاجية وإدراك جودة الحياة.

وفي هذا السياق، تبرز المساندة الاجتماعية كأحد العوامل النفسية–الاجتماعية التي تساهم في دعم المرأة أثناء الحمل، من خلال ما توفره من دعم عاطفي ومادي ومعرفي، يساعد على التكيف مع متطلبات المرض. فالتعايش مع المرض في هذه الفترة لا يرتبط بالعلاج الطبي وحده، بل يتأثر كذلك بطبيعة العلاقات الاجتماعية المحيطة ومدى ما توفره من دعم وتفهم ومساندة مستمرة. ويبرز الدعم الأسري بوصفه المصدر الأقرب والأكثر تأثيرا، إذ تساهم الأسرة في توفير الرعاية اليومية، ومتابعة الحالة الصحية، وتخفيف الأعباء الحياتية، إضافة إلى ما تمنحه من شعور بالأمان والاطمئنان، وهي عوامل تساعد على التخفيف من حدة القلق والتوتر المرتبطين بالحالة الصحية ومسار الحمل. كما أن مشاركة أفراد الأسرة في الاهتمام بالجوانب العلاجية وتقديم التشجيع المستمر يعزز قدرة المرأة على الصبر والمثابرة في مواجهة متطلبات العلاج. إلى جانب ذلك، يمثل الأصدقاء عنصرا مهما في شبكة المساندة الاجتماعية، حيث يتيح التفاعل معهم فرصا للتعبير عن المشاعر وتبادل الخبرات، وهو ما يساهم في الحد من الشعور بالعزلة النفسية ويعزز التوازن الانفعالي، كما أن وجود علاقات اجتماعية إيجابية قائمة على التفهم والمساندة قد يدعم تبني سلوكيات صحية أكثر انتظاما، ويزيد من الدافعية للالتزام بالإرشادات العلاجية.

ويعد كل من الالتزام بالعلاج وإدراك جودة الحياة من المتغيرات الأساسية التي تحظى باهتمام متزايد في الدراسات المرتبطة بالأمراض المزمنة (السكري وقصور الغدة الدرقية)، نظرا لارتباطهما المباشر بمسار المرض ونتائجه الصحية والنفسية. فالالتزام بالعلاج لا يقتصر على تناول الأدوية فحسب، بل يشمل اتباع الإرشادات الطبية، والمواظبة على المتابعة الصحية، والالتزام بالنظام الغذائي والسلوكات الصحية الموصى بها، وهي جوانب تكتسب أهمية خاصة خلال فترة الحمل بسبب ما تتطلبه هذه المرحلة من عناية صحية دقيقة. كما أن إدراك جودة الحياة يمثل مؤشرا مهما يعكس درجة الرضا عن الحالة الصحية والقدرة على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية رغم وجود المرض.

ان دراسة الالتزام بالعلاج وإدراك جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بأمراض المزمنة من الموضوعات ذات الأهمية البالغة، لما لهذين المتغيرين من دور في إدارة المرض والحد من أعراضه ومضاعفاته المحتملة، فضلا عن تأثيرهما المباشر في مسار العلاج ونتائجه. فقد أصبحت جودة الحياة في السنوات الأخيرة أحد المؤشرات الأساسية التي تعتمدها البحوث السريرية في تقييم فعالية الرعاية الصحية والتدخلات العلاجية، إذ تتيح التعرف على مدى تحسن الحالة الصحية للمريضة وانعكاس العلاج على مختلف جوانب حياتها،

كما تكشف عن الفروق بين الحوامل تبعا لاختلاف طبيعة العلاجات المقدمة لهم ومدى تأثرهم بآثارها الجانبية. وفي السياق نفسه، تبرز أهمية الالتزام بالعلاج باعتباره عاملا حاسما في تحقيق النتائج العلاجية المرجوة، حيث يساهم الانتظام في اتباع الإرشادات الطبية في تحسين المؤشرات الصحية والوقاية من تدهور الحالة المرضية للحامل.

ورغم تزايد الاهتمام بدراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالمؤشرات النفسية والصحية (جودة الحياة والالتزام بالعلاج)، إلا أن طبيعة هذه العلاقة لا تزال بحاجة إلى مزيد من البحث، خصوصا فيما يتعلق بالنساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، وفي ظل أيضا محدودية الدراسات العربية والمحلية التي تناولت هذا الموضوع من منظور فارقي–ارتباطي.

وانطلاقا من ذلك، تسعى الدراسة الحالية إلى فحص دور المساندة الاجتماعية كعامل فارقي في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى النساء أثناء الحمل المصابات بداء السكري وقصور الغدة الدرقية، وذلك من خلال الكشف عن طبيعة العلاقات الارتباطية بين المتغيرات، ودراسة الفروق بين مرتفعات ومنخفضات المساندة الاجتماعية في كل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج.

وتكتسب الدراسة أهميتها في إسهامها في تعميق الفهم العلمي للدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في تعزيز التكيف النفسي والسلوكي مع المرض خلال فترة الحمل، بما يوفر معطيات علمية يمكن الاستفادة منها في تصميم برامج تدخل نفسي–اجتماعي داعمة، تساهم في تحسين جودة الحياة وتعزيز الالتزام العلاجي، بما ينعكس إيجابا على الصحة العامة للأم والجنين.

وقد تضمنت هذه الدراسة ستة فصول: الفصل الأول تناول مدخل عام للدراسة، أما الفصل الثاني والثالث والرابع فقد تناول متغيرات الدراسة وهي المساندة الاجتماعية، جودة الحياة، الالتزام بالعلاج، حيث تم تناول كل متغير بشكل مفصل، وذلك من خلال تحليل جوانبه النظرية واستعراض أبرز النماذج والنظريات المفسرة له، مما يعزز من فهم طبيعة كل متغير على حدة، ويمهد لفهم العلاقات التي قد تربط بينها ضمن إطار الدراسة الحالية. وقد تضمن الفصل الخامس والسادس إجراءات الدراسة وعرض ومناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الأول: مدخل عام للدراسة

1_ مشكلة الدراسة

2_ فرضيات الدراسة

3_ أهمية الدراسة

4_ أهداف الدراسة

5_ حدود الدراسة واجراءاتها

6_ التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة

1_مشكلة الدراسة:

ساهم النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial model في فهم أعمق للأمراض التي يتعرض لها الانسان خاصة الأمراض المزمنة، مما وسع من مجالات التشخيص، وأصبح الباحثون أكثر ادراكا لأهمية تحليل التفاعلات المعقدة بين العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية في فهم هذه الأمراض.

ومع هذا الفهم العميق للأمراض المزمنة من خلال النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي، برزت التغيرات الوبائية والديموغرافية كعوامل مؤثرة في زيادة انتشار هذه الأمراض، واحداث تحولات في المعايير الصحية، وأصبحت من التحديات الرئيسية التي تواجه النظم الصحية، حيث استقطبت اهتماما عالميا كبيرا نظرا لارتباطها بمضاعفات ومخاطر صحية واجتماعية واقتصادية، بالإضافة الى التكاليف المالية الباهظة التي تتحملها أنظمة الرعاية الصحية (samiei et al, 2019).

وقد شهدت الفترة الأخيرة ارتفاعا متزايدا في معدل الإصابة بالأمراض المزمنة مما أدى الى ارتفاع التكاليف الصحية المرتبطة بها، حيث تشير الاحصائيات في الولايات المتحدة الامريكية الى أن حوالي 50٪ من الأفراد يعانون من الأمراض المزمنة، وتستحوذ هذه الفئة على 90٪ من الزيارات الطبية، 80٪ من حالات الاستشفاء، 83٪ من الوصفات الطبية، 66٪ من الزيارات للأطباء، و55٪ من الزيارات الخاصة بمصلحة الطوارئ (تايلور، 2008، ص. 513). كما أشار التقرير الصادر عن احصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2022 الى أن الأمراض المزمنة تساهم في حوالي ثلاثة أرباع الوفيات في جميع أنحاء العالم، حيث يموت 17 مليون شخص أقل من سن السبعين نتيجة لهذه الأمراض، ويعيش 86٪ منهم في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (WHO,2023).

ويعد مرض السكري وقصور الغدة الدرقية من بين أكثر الأمراض المزمنة انتشارا، مما يشكل عبئا صحيا كبيرا على الأفراد والمجتمعات. وتشير بيانات الاتحاد الدولي للسكري International Diabetes Federation (IDF, 2021) بأن حوالي 537 مليون شخص بالغ تتراوح أعمارهم بين 20_79 سنة مصابون بالسكري في جميع أنحاء العالم، مما أدى الى إنفاق صحي قدره 966 مليار دولار أمريكي، ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد الى 463 مليون شخص بحلول عام 2030، و783 مليون بحلول عام 2045. وفي افريقيا بلغ عدد البالغين المصابين بالسكري عام 2021 حوالي 24 مليون شخص وتسبب في وفاة 416000 حالة، ومن المتوقع أن يرتفع العدد الإجمالي للأشخاص المصابين بمرض السكري بنسبة 129% إلى 55 مليون بحلول عام 2045.

وفي سياق متصل، يعد قصور الغدة الدرقية من الحالات المزمنة الشائعة، وينتج عن نقص افراز هرمون الثيروكسين T4 وثلاثي يودوثيرونين T3 مما يؤدي الى تباطؤ العديد من العمليات الحيوية في الجسم. يعتمد العلاج بشكل أساسي على استخدام الليفوثيروكسين Levothyroxine وهو أحد الأدوية التي توصي بها منظمة الصحة العالمية، ففي أكثر من 99% من الحالات، يحدث قصور الغدة الدرقية بسبب فشل الغدة الدرقية في إنتاج هرمونات الغدة الدرقية (Chiovato & Magri, 2019). وتشير الاحصائيات أن قصور الغدة الدرقية أكثر شيوعا بين النساء مقارنة بالرجال بحوالي عشرة أضعاف، ويتراوح معدل انتشاره بين 0.3% و3.7% في الولايات المتحدة الأمريكية وبين 0.2% و5.3% في أوروبا (Taylor et al, 2018).

أما في الجزائر بالرغم من الجهود التي تبذلها الدولة لتحسين الخدمات الصحية وتعزيز الوعي الصحي، لا تزال بعض الأمراض المزمنة تشكل تحديا صحيا، اذ تشير التقارير الى ارتفاع معدلات هذه الأمراض مما يثير القلق حول تداعياتها على الصحة العامة. وفي هذا السياق أوضحت السيدة بلعمري رئيسة مصلحة الأسباب الطبية للوفيات بالمعهد الوطني للصحة العمومية، أن الأمراض المزمنة تتسبب في نسبة 57٪ من الوفيات المسجلة بالجزائر، كما أثبتت الدراسات التي قام بها المعهد أن حوالي 60٪ من هذه الأمراض تؤدي الى الوفاة المبكرة لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 30_69 سنة (وكالة الانباء الجزائرية، 2021).

ويعد مرض السكري أحد أبرز هذه الأمراض المزمنة التي تشهد انتشارا متزايدا، حيث تواجه الجزائر على غرار العديد من دول العالم ارتفاعا ملحوظا في معدلات الإصابة به، حيث أحصت وزارة الصحة الجزائرية نسبة انتشار داء السكري لسنة 2022 حوالي 15% بين السكان الذين تجاوزت أعمارهم 18 سنة، حيث بلغ عدد المصابين حوالي مليونين و800 ألف مصاب، وقد يرتفع العدد الى 5 ملايين بحلول عام 2030 وفقا لآخر تصريحات وزير الصحة الجزائري السابق عبد الحق سايحي، مما يشير الى أن المرض في تزايد مستمر (وكالة الأنباء الجزائرية، 2022). ويعد السكري من النوع 2 من أكثر أنواع السكري انتشارا ويشكل حوالي 90% من حالات الإصابة في العالم، وهو اضطراب استقلابي يتمثل في ارتفاع مستويات السكر في الدم، يحدث بسبب مقاومة الجسم لهرمون الأنسولين (Hurtado & Vella, 2019). وعلى الرغم من المعرفة الجيدة بأسباب الإصابة والمضاعفات طويلة المدى لمرض السكري من النوع الثاني إلا أن علاجه ما زال يشكل تحديا كبيرا للأنظمة الصحية. وهذا ينطبق أيضا على أمراض أخرى كقصور الغدة الدرقية. ورغم انتشار أمراض الغدة الدرقية في الجزائر، الا أن الاحصائيات الدقيقة المتعلقة بمدى انتشار قصور

الغدة الدرقية غير متوفرة، وهذا يسلط الضوء على فجوة معرفية تتطلب المزيد من البحث والدراسات الوبائية لفهم مدى انتشار هذا المرض وآثاره الصحية.

تشكل هذه الأمراض تحديا صحيا متزايدا بين مختلف الفئات العمرية، لا سيما بين النساء الحوامل، حيث يمكن أن تؤثر سلبا على صحة الأم والجنين، بالإضافة الى أنها تتطلب رعاية طبية متخصصة. ففي السنوات الأخيرة لوحظ ارتفاع في معدل انتشار الأمراض المزمنة بين النساء الحوامل مما يزيد من أهمية توفير رعاية صحية شاملة لهذه الفئة.

في هذ الصدد، أظهرت دراسة أجراها Chatterjee et al (2008) حول انتشار الأمراض المزمنة أثناء الحمل، أن معدل انتشارها بلغ 26.6٪، كما أشارت الدراسة الى أن النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة قد يواجهن صعوبات في الحصول على الرعاية اللازمة خلال فترة الحمل أو الولادة. من جهة أخرى تناولت دراسة Jølving et al (2016) انتشار الأمراض المزمنة بين الأمهات أثناء الحمل بالدانمارك خلال عامي 1989 و2013 وأظهرت النتائج ارتفاعا متزايدا في معدل انتشار الأمراض المزمنة بين الحوامل من 3.71٪ في عام 1989 إلى 15.76٪ في عام 2013، كما أظهرت الدراسة الانتشار المتزايد لهذه الأمراض بين جميع الفئات العمرية، وكانت أكثر الأمراض المزمنة شيوعا بين الحوامل أمراض الجهاز التنفسي/الربو، واضطرابات الغدة الدرقية، واضطرابات القلق والشخصية، مما يعكس عبئا صحيا متزايدا على هذه الفئة. وتأكيدا لهذه النتائج تشير الاحصائيات في الولايات المتحدة الى ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض المزمنة بين النساء، حيث يتم تشخيص ما يصل إلى 39% من النساء بمرض مزمن في سن الإنجاب، تتراوح أعمارهم بين 19و45 عاما (Tyer-Viola & Lopez, 2014).

تشير الدراسات أن الأمراض المزمنة أو تلك المرتبطة بالحمل، تشكل عوامل خطر في حدوث مضاعفات مما يؤدي إلى زيادة في معدلات المرض والوفيات خلال فترة الولادة وما حولها(Mhyre et al, 2011) . كما يؤكد Admon et al (2018) في بحثه عن النتائج الانجابية، بأن النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة تواجه خطرا أكبر لتدهور النتائج الصحية كاحتمالية ولادة جنين ميت، أو ولادة مبكرة، أو إجراء ولادة قيصرية، بالإضافة إلى ارتفاع احتمالات الوفيات.

علاوة على ذلك، تدعم الأدلة العلمية على التأثير السلبي للأمراض المزمنة خلال الحمل على النتائج الإنجابية، فقد تناولت العديد من الدراسات الوبائية لعواقب هذه الأمراض على المدى القصير أثناء الولادة، وكذلك الآثار طويلة الأمد على الأطفال في مرحلة متقدمة من حياتهم (Nørgård et al, 2007). وتشير

الأبحاث إلى أن التأثيرات طويلة الأمد قد تشمل زيادة احتمالية إصابة الأطفال بالربو، وارتفاع مؤشر كتلة الجسم، وظهور سمات توحدية (Ajslev et al, 2012).

وفي سياق اخر، تطرقت بعض الأوراق البحثية الى أن الأمراض المزمنة مثل السكري، وأمراض الأمعاء الالتهابية (IBD)، وارتفاع ضغط الدم، والاكتئاب، والصرع، وأمراض المناعة الذاتية، ترتبط بنتائج سلبية على الإنجاب – إما بسبب طبيعة المرض، أو بسبب الأدوية المستخدمة لعلاجه_. حيث يمكن أن تزيد هذه العوامل من خطر الولادة المبكرة، وانخفاض وزن المولود، وتأخر النمو داخل الرحم، وانخفاض درجة أبغار Score d'apgar وزيادة عدد الولادة القيصرية، بالإضافة الى احتمالية حدوث عيوب خلقية، وأحيانا وفاة الجنين أو حديثي الولادة وحتى الأمهات في بعض الحالات (Jensen et al,2013).

وقد حاولت دراسات عديدة التعرف على الآثار السيكولوجية لهذه الأمراض، وخلصت كلها الى أن للأمراض المزمنة انعكاسات سيكولوجية واجتماعية خطيرة تستدعي الرعاية والاهتمام، كما توضح الأبحاث الى أن أعراض الأمراض المزمنة وما قد ينجم عنها من تأثيرات على الحمل قد يزيد من الضغط النفسي للأم، مما قد يرفع من احتمالية حدوث نتائج سلبية، وتشير الأبحاث إلى أن النساء اللاتي يعانين من مستويات مرتفعة من الضغط النفسي أكثر عرضة للولادة المبكرة حتى بعد الأخذ في الاعتبار تأثيرات عوامل أخرى مثل الوضع الاجتماعي الاقتصادي والعوامل الطبية، الفيزيولوجية والسلوكية الخطرة (Wadhwa et al, 2011). علاوة على ذلك، أثبتت دراسات أخرى أن مستويات المؤشرات الحيوية المرتبطة بالضغط كالكورتيزول وهرمون إفراز الكورتيكوتروبين (CRH) يمكن أن تؤثر على البيئة داخل الرحم مما ينعكس سلبا على صحة الأم والجنين (Buss et al, 2012). ويزيد من احتمالات الولادة المبكرة والمضاعفات الصحية الأخرى أثناء الحمل (Yim et al, 2009).

ان التغيرات الفسيولوجية والنفسية التي تمر بها المرأة خلال مراحل الحمل المختلفة، قد تؤثر على صحتها الجسدية والنفسية، مما ينعكس على جودة حياتها. وتشير جودة الحياة "إلى إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة والنظام القيمي الذي يعيش فيه ومدى توافقه مع أهدافه وتوقعاته واهتماماته" (WHO,1997). ويستخدم هذا المصطلح أيضا لتحديد تأثير المشكلات الصحية على حياة الأفراد، بما في ذلك الانعكاسات الجسدية والنفسية والاجتماعية والمهنية للحالات المزمنة، كما يرتبط هذا المفهوم بآثار الأدوية والعلاجات على حياة المرضى بالإضافة إلى أهمية إشراكهم في القرارات العلاجية، مما يساهم في تحسين جودة حياتهم وتعزيز قدرتهم على التكيف مع التحديات الصحية المختلفة.

وتتأثر جودة حياة المرأة الحامل تبعا لمراحل الحمل المختلفة، حيث تواجه في الثلث الأول من الحمل تحديات جسدية ونفسية تؤثر على حياتها اليومية، مثل الغثيان، القيء، التعب، والتغيرات المزاجية الناتجة عن التقلبات الهرمونية، مما قد يؤدي إلى الشعور بالقلق والتوتر. ومع دخول الثلث الثاني، تتحسن حالتها الجسدية نسبيا، نتيجة للاستقرار الهرموني والعاطفي، حيث يقل الغثيان، مما ينعكس إيجابيا على جودة الحياة، رغم استمرار بعض المشكلات مثل آلام الظهر والإمساك. أما في الثلث الثالث، فتزداد التحديات لتؤثر على جودة الحياة، حيث يزداد الإرهاق، وآلام الظهر نتيجة لزيادة وزن الجنين، اضطرابات النوم، التبول المتكرر، والقلق المتزايد بشأن الولادة (kicia et al, 2015).

وفي هذا السياق يرى Estebsari et al (2020) في دراسته حول العوامل المؤثرة على جودة حياة الحوامل بأن انخفاض جودة الحياة يعزى إلى عوامل جسدية مثل مضاعفات الحمل، والسمنة قبل الحمل، والأعراض الجسدية مثل الغثيان والقيء، ومشاكل النوم، أو العوامل النفسية مثل القلق والتوتر أثناء الحمل أو الاكتئاب. إضافة الى ذلك، تؤكد الدراسات أن جودة الحياة خلال فترة الحمل تتأثر بشكل كبير بوجود مشاكل صحية مثل الأمراض المزمنة، مقارنة بالنساء اللاتي لا يعانين منها (Yoruk & Turkmen, p.549). وعلى الرغم من التأثيرات الصحية والنفسية السلبية المحتملة، الا أن هناك مجموعة من العوامل تلعب دورا مهما في تحسين جودة الحياة خلال الحمل مثل الاندماج الاجتماعي، تقبل الحمل، وتصور المرأة الحامل لدور الأمومة. كما تساهم عوامل أخرى مثل المساندة الاجتماعية، الصحة النفسية والبدنية، العلاقات الاجتماعية الجيدة، والعلاقات مع الأشخاص المقربين دورا في تحسين جودة الحياة خلال هذه الفترة الحساسة.(Boutib et al, 2023)

تعد المساندة الاجتماعية من العوامل الأساسية التي تؤثر على جودة الحياة، فقد أظهرت الأبحاث أنها تلعب دورا في تعزيز الصحة النفسية والجسدية للأمهات أثناء فترة الحمل، فالدعم الذي تتلقاه المرأة الحامل من محيطها سواء من الأسرة، الأصدقاء، يساعدها على التكيف مع التغيرات الفسيولوجية والنفسية التي تمر بها مما ينعكس إيجابا على صحتها ونتائج الحمل. وعلى النقيض، أظهرت الدراسات أن انخفاض مستويات المساندة الاجتماعية أثناء الحمل يرتبط بنتائج صحية سيئة للأم والطفل. فالنساء اللواتي يعانين من انخفاض المساندة الاجتماعية أكثر عرضة لإنجاب أطفال بوزن منخفض، اضافة الى ذلك تشير الأبحاث إلى أن نقص المساندة الاجتماعية يزيد من احتمالات الإصابة بالاكتئاب والقلق بعد الولادة. فقد أظهرت دراسة Bedaso , Renbarger et al (2021) , Hijazi et al (2021), Battulga et al (2021)

et al (2021) حول تأثير المساندة الاجتماعية خلال فترة الحمل، بأن النساء اللاتي أبلغن عن تدني مستوى المساندة الاجتماعية أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بنحو خمس مرات مقارنة بغيرهن.

يرى ساراسون وزملاؤه Sarason et al (1983) بأن المساندة الاجتماعية هي "اعتقاد الفرد بوجود أشخاص يمكنه الوثوق بهم، ويتركون لديه انطباعا بأنهم يحبونه ويقدرونه، مما يتيح له اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عند الضرورة"(ص.127). وقدم كل من Shumaker et Brownelle (1984) تعريفا آخر للمساندة الاجتماعية بأنها" عملية تبادل بين شخصين بهدف تحسين جودة حياة أحدهما" (Fisher et al, 2020, p.177).

وانطلاقا من هذه التعريفات، فان المساندة الاجتماعية لا تقتصر على مجرد وجود أشخاص يقدمون الدعم، بل تشمل أيضا إدراك الفرد لهذا الدعم ومدى انعكاسه على حياته. كما أنها تمثل عملية تفاعلية، لا تقتصر فقط على تقديم المساعدة، وانما تهدف الى تحقيق التأثير الإيجابي لهذه المساعدة في تحسين جودة الحياة. ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تشمل كل الأشخاص الذين يتواصل معهم بانتظام مثل الأسرة، الأصدقاء.

وفي هذا السياق، أظهرت العديد من الدراسات أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا في تحسين جودة الحياة خاصة لدى المصابين بأمراض مزمنة، فقد أشار Qi et al (2021) الى أن المساندة الاجتماعية تعد عاملا أساسيا يساهم في تعزيز جودة الحياة، حيث ينظر اليها كمورد إيجابي خاصة لدى المصابين بأمراض مزمنة، مما يعزز الأفراد على التأقلم مع التحديات اليومية وتحقيق التوازن النفسي والجسدي.

وتعزز هذه الفكرة نظرية كوهين وويلز cohen & wills (1985) التي أكدت وجود علاقة متبادلة بين المساندة وجودة الحياة من خلال آليتين: الأولى "التأثير الرئيسي" حيث ترتبط المساندة الاجتماعية بجودة الحياة بشكل خطي، فكلما ارتفعت المساندة الاجتماعية، زادت جودة الحياة. أما الآلية الثانية وهي "تخفيف الضغوط" تتمثل في دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من تأثير الضغوط الشديدة على جودة الحياة، ففي حالات التوتر المعتدل قد لا يظهر تأثير واضح للمساندة الاجتماعية على جودة الحياة، لكن عند تزايد الضغوط، تصبح المساندة الاجتماعية كحاجز وقائي يعزز جودة الحياة.

إضافة الى ذلك، أشار Helgeson (2003) الى أن وجود مساندة اجتماعية يمكن أن يحسن من الحالة المزاجية للأفراد، ويساهم في تحسين إدراك جودة الحياة، سواء كان الدعم عاطفيا أو معلوماتيا، وأن التحسن في جودة الحياة لا يعتمد فقط على وجود الدعم الفعلي، بل على إدراك الفرد لتوفره عند الحاجة.

وتأكيدا لذلك، أثبتت الدراسات الحديثة أيضا أن المساندة الاجتماعية ترتبط ارتباطا وثيقا بجودة الحياة، فالمستويات المرتفعة من المساندة الاجتماعية تحسن جودة الحياة، حيث تساهم كل أشكال المساندة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة لدى المرضى ورفاههم (Zdun-Ryżewska et al, 2018).

وفي هذا السياق، تناولت دراسة Iwanowicz-Palus et al (2019) العلاقة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية بين النساء الحوامل المصابات بفرط سكر الدم. وأظهرت الدراسة بأن العوامل الاجتماعية والديموغرافية مثل الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة، التعليم، عدد مرات الحمل والعلاج المستخدم يمكن أن تؤثر على مستوى جودة الحياة والمساندة الاجتماعية. وأوضحت أن النساء الحوامل اللواتي يتلقين دعما اجتماعيا وعاطفيا مرتفعا يتمتعن بجودة حياة أفضل، مقارنة بمن يعانين من نقص في هذا الدعم.

وفي سياق مشابه، سعت دراسة Yang et al (2023) الى استكشاف العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة. فقد أظهرت النتائج وجود ارتباط كبير بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة، وأكدت الدراسة أن الدعم المادي والمعنوي يعد جزءا أساسيا في تحسين جودة الحياة. اذ يساهم الدعم المستمر من الأسرة في تعزيز مستوى الثقة بالنفس، وتحسين الصحة العقلية وجودة الحياة بشكل عام.

وعليه يمكن القول، ان المساندة الاجتماعية تعد حلقة وصل أساسية تساهم في تعزيز قدرة الحوامل على التكيف مع الأمراض المزمنة وتحسين جودة حياتهن، مما يحقق تجربة حمل أكثر استقرارا وأمانا. وفي هذا الصدد أوضح Chollou et al (2022) بأن المساندة الاجتماعية تحسن الحالة المزاجية، وتشجع الأفراد على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وتعزز من السلوكيات الصحية، وتحسن جودة الحياة بشكل عام.

ان الهدف الأساسي للرعاية الصحية للحوامل المصابات بأمراض مزمنة لا يقتصر فقط على تحسين جودة الحياة بل يشمل أيضا تعزيز الالتزام بالعلاج. فقد ساهمت التطورات في مجال العلاج الدوائي إلى إتاحة علاجات فعالة للعديد من الحالات المزمنة. ومع ذلك، تبقى فعالية هذه العلاجات مرتبطة بشكل وثيق بمدى التزام المرضى بتناولها وفقا للتوصيات الطبية. وتعرف منظمة الصحة العالمية WHO (2003) الالتزام بأنه "مدى توافق سلوكات الشخص في تناول الدواء، واتباع نظام غذائي، إتباع حمية غذائية مع التوصيات المتفق عليها مع مقدمو الرعاية الصحية".

وبهذا، فان التعايش مع مرض مزمن يتطلب اعتماد مجموعة من السلوكات التي يجب على المريضة ادراجها في روتينها اليومي بما في ذلك اتباع نظام غذائي صحي ومتوازن يتناسب مع احتياجاتها الطبية، حيث يجب أن تراعي نوعية الأطعمة التي تستهلكها للحفاظ على استقرار حالتها الصحية والوقاية من أي مضاعفات محتملة. إلى جانب ذلك، يتعين عليها الالتزام بتناول الأدوية الموصوفة لها بانتظام، رغم

التحديات التي قد تواجهها مثل النسيان أو القلق من الآثار الجانبية للعلاج، مما يجعل من الضروري الاستعانة بطرق تذكيرية أو دعم من أفراد العائلة. كما يعد مراقبة المؤشرات الحيوية أمرا ضروريا لضمان استقرار حالتها الصحية ومنع حدوث أي اختلال قد يؤثر على الحمل. بالإضافة إلى ذلك، ينصح بممارسة الأنشطة البدنية المناسبة تحت إشراف طبي، حيث تساعد التمارين الخفيفة على تحسين الدورة الدموية وتعزيز الصحة العامة. ومن الناحية النفسية، تواجه الحامل المصابة بمرض مزمن ضغوطا نفسية كبيرة، لذا من المهم أن تتبنى استراتيجيات فعالة لإدارة التوتر مثل تقنيات الاسترخاء وتلقي الدعم من الأسرة أو مقدمي الرعاية الصحية. وتلعب العوامل الاجتماعية دورا حيويا في تعزيز قدرتها على التكيف مع حالتها الصحية، حيث يمكن أن يساهم توفر بيئة داعمة ومتفهمة في تقليل الشعور بالقلق وتعزيز قدرتها على الالتزام بالخطة العلاجية، مما يسهم في تحسين جودة حياتها خلال فترة الحمل.

ومن بين الأمراض المزمنة التي تحاول الدراسة الحالية التطرق اليها مرض السكري وقصور الغدة الدرقية، ويصنف قصور الغدة الدرقية كثاني أكثر أمراض الغدد شيوعا أثناء الحمل، بنسب تتراوح بين 3.2 و5.5%. ويعتبر العلاج بالهرمونات البديلة للغدة الدرقية العامل الأساسي لضمان نتائج إيجابية على صحة الأم والجنين. وتظهر الدراسات الى أن قصور الغدة الدرقية أثناء الحمل مرتبط بآثار سلبية، مثل الإجهاض والولادة المبكرة خاصة في حال عدم الالتزام بالعلاج الدوائي، بالإضافة إلى ذلك، فان انخفاض مستويات هرمون T4 لدى النساء الحوامل قد يؤدي الى مشاكل عصبية إدراكية طويلة الأمد لدى الأطفال. ففي دراسة أجريت على النساء الحوامل بين عامي 2012 و2018 تم فحص 17281 امرأة حامل، وتبين أن متوسط انتشار قصور الغدة الدرقية بلغ 6.52%، بالإضافة الى أن نصف النساء المصابات واللواتي تلقين علاجا كان لديهن التزام جيد بالعلاج الدوائي، مما ساهم في تحقيق تحكم أفضل في مستويات هرمونات الغدة الدرقية، وبالتالي تحسين الصحة العامة لكل من الأم والجنين.(Siscart et al, 2022)

أما بالنسبة لمرض السكري فهو من أكثر الأمراض المرتبطة بنتائج سيئة على صحة الأم والجنين، في حال عدم التحكم فيه والالتزام بالعلاج الدوائي، بالنسبة للأم يمكن أن يزيد السكري من خطر ارتفاع ضغط الدم وزيادة احتمالية الولادة القيصرية، بينما قد يسبب للجنين وحديثي الولادة مشكلات مثل فرط بيليروبين الدم، انخفاض الكالسيوم في الدم، زيادة عدد كريات الدم الحمراء، وانخفاض مستوى السكر في الدم .(Pigato et al, 2023)

وعلى الرغم من كثرة الدراسات التي تناولت أهمية الالتزام بالعلاج في تحسين نتائج العلاج لدى عامة المرضى، إلا أن الدراسات التي تركز على التزام النساء الحوامل بتناول أدويتهن مازالت قليلة نسبيا، فغالبية

هذه الدراسات ركزت بشكل رئيسي على الالتزام بأدوية مكملات الحديد، وحمض الفوليك، والفيتامينات، أو الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، بينما لم تحظَ الأمراض المزمنة الأخرى بالقدر الكافي من الدراسة خلال فترة الحمل.

تشير الأبحاث إلى أن النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية يظهرن التزاما أعلى بالعلاج مقارنة بالنساء غير الحوامل (Mellins et al,2008). ويعزى ذلك غالبا الى القلق المتزايد بشأن صحة الجنين. حيث أظهرت احدى الدراسات أن 90٪ من النساء اللاتي زاد مستوى التزامهن خلال فترةالحمل، بسبب حرصهن على صحة أطفالهن وتقليل احتمالية انتقال الفيروس إلى الجنين (Ciambrone et al, 2007). إضافة إلى ذلك، يلعب الدعم الاجتماعي وخاصة من الأسرة، دورا حاسما في تعزيز الالتزام الدوائي (Demas et al, 2005).

ومع ذلك، لا يزال الالتزام الدوائي منخفضا بين الحوامل المصابات بأمراض مزمنة أخرى، فقد كشفت دراسة أن 62.3% من النساء الحوامل المصابات بالصرع (157 من أصل 252) لم يلتزمن تماما بتناول أدوية مضادات الاختلاج (Fairgrieve et al, 2000). وبالمثل كشفت بعض الدراسات أن النساء المصابات بالربو اللاتي لم يلتزمن بالعلاج تعرضن لتفاقم المرض أثناء الحمل مقارنة بالملتزمات بالعلاج (Belanger et al, 2010). وفي استطلاع عبر الانترنت أفادت 39% من النساء الحوامل بأنهن توقفن أو قللن من استخدام أدوية الربو دون استشارة الطبيب، بينما أبدت 40% استعدادا لمواصلة استخدام الأدوية إذا أوصى بها طبيب التوليد (Chambers, 2003). من جهة أخرى أظهرت بعض الدراسات أن 40% من النساء الحوامل المصابات بالربو لم يلتزمن بالكورتيكوستيرويدات المستنشقة(ICS) ، الا أن هذا المعدل انخفض إلى 21% بعد تلقي التثقيف اللازم حول كيفية ادارة المرض (Murphy et al, 2006).

وفيما يتعلق بالأمراض الالتهابية المزمنة مثل مرض كرون والتهاب القولون التقرحي أفادت 84% من النساء المصابات بالمرض عن مخاوف بشأن تأثير الأدوية على الحمل، بينما أبدت 19% فقط عن قلقهن من تأثير نشاط المرض نفسه على الحمل (Mountifield et al, 2010). ورغم أهمية الالتزام بالأدوية لتجنب تفاقم هذه الأمراض أثناء الحمل، الا أن معدلات الالتزام كانت متواضعة، حيث بلغت 67% لدى النساء المصابات بمرض كرون و60% لدى المصابات بالتهاب القولون التقرحي (Nielsen et al, 2010).

وفي ضوء ذلك، تشير الدراسات إلى ارتفاع عدد النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، فقد أظهرت دراسة أمريكية ارتفاعا بنسبة 37% في عدد النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، مثل التهاب المفاصل

وأمراض الأمعاء الالتهابية (IBD) والربو والصرع، وذلك بين عامي 2005 و2014 (Admon et al, 2017). وفي دراسة أخرى، أفاد 39.3٪ من النساء الحوامل بوجود أمراض مزمنة، بينما أشار 59.1٪ منهن إلى عدم التزامهن بالعلاج، وكان النسيان السبب الرئيسي لهذا الانخفاض بنسبة 43.6٪ (Sawicki et al, 2011) . وترتبط هذه الأمراض بزيادة خطر التعرض لنتائج سلبية خلال الفترة المحيطة بالولادة، مثل الولادة المبكرة، الولادة القيصرية، فقدان الجنين، الى جانب مشكلات صحية تؤثر على الأمهات والمواليد (Strouse et al, 2019).

على الرغم من أن الالتزام بتناول الأدوية يساهم في تحسين النتائج الصحية لكل من الأم والجنين، الا أن معدلات الالتزام منخفضة ولا يزال يشكل تحديا كبيرا، فقد أفادت دراسة كندية بأن 46% من النساء الحوامل المصابات بالأمراض الالتهابية المعوية توقفن عن تناول دواء واحد على الأقل أثناء الحمل (Gallinger et al, 2016). كما كشفت دراسة أخرى أجريت في 18 دولة في أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا أن 36% من النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، مثل أمراض الروماتيزم والقلب والأوعية الدموية، لم يلتزمن بالأدوية الموصوفة، وتفاوتت معدلات عدم الالتزام حسب نوع المرض: 55.6% في حالات الأمراض الروماتيزمية، 40% في حالات الصرع، 36.1% في الاضطرابات المعوية، 32.9% في أمراض القلب والأوعية الدموية، و17.1% فقط لدى المصابات بالسكري (Lupattelli et al, 2014a).

وعلى الصعيد العالمي، يقدر أن ما بين 80% –90% من النساء الحوامل يستخدمن أدوية سواء بوصفة طبية أو بدونها أثناء فترة الحمل، وعلى الرغم من أن جزءا من هذه الأدوية يوصف لعلاج أعراض مرتبطة بالحمل، الا أن نسبة كبيرة منها تخصص لعلاج الأمراض المزمنة. ومع ذلك، تظهر الدراسات أن الالتزام بالعلاج لهذه الأمراض خلال الحمل منخفض. فقد أظهرت أبحاث أجريت بين النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة مختلفة (مثل الربو والصرع وأمراض الأمعاء الالتهابية) أن حوالي 40% من هؤلاء النساء لا يلتزمن بتناول بالأدوية كما ينبغي، وقد يكون للأمراض المزمنة التي تصيب الأم مثل الصرع والربو والسكري والاضطرابات العقلية تأثير سلبي على الأم وعلى الجنين مثل انخفاض وزن المولود أو ضخامة الجنين أو الولادة المبكرة أو حتى الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، لذا فإن استخدام الأدوية بشكل مناسب أمر ضروري لصحة الأم والطفل (roldan munoz et al, 2020).

في هذا السياق، أوضح Lupattelli et al (2014b) في دراسته حول الالتزام بالعلاج الدوائي لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، بأن بعض الحالات الصحية المزمنة مثل السكري، وقصور الغدة

الدرقية، والصرع، وارتفاع ضغط الدم المزمن قد تتسبب في نتائج سلبية أثناء الحمل إذا لم يتم الالتزام بالعلاج، لذلك فان تقديم الرعاية الطبية الجيدة وإدارة هذه الامراض أثناء الحمل تشكل أهمية بالغة للحفاظ على صحة الأم والجنين. وقد يتخذ عدم الالتزام بالعلاج الدوائي أشكالا عديدة خلال فترة الحمل، حيث يعد تأخير الجرعات أو نسيانها أكثر الأخطاء شيوعا (Matsui, 2012) .

تتعدد العوامل التي تساهم في تقليل التزام النساء الحوامل بالعلاج، وتشمل مجموعة من العوائق المرتبطة بنمط الحياة المليء بالمسؤوليات، إضافة الى تعاطي المخدرات (Cohn et al, 2008) والاكتئاب غير المعالج أثناء الحمل (Psaros et al, 2009). علاوة على ذلك، يعد ضعف الالتزام الدوائي أثناء الحمل مؤشرا محتملا على تدني جودة الرعاية الصحية المقدمة للطفل لاحقا(Kingston et al, 2007) . كما تشير الأبحاث الى أن هناك عوامل إضافية تساهم في عدم الالتزام منها نقص وعي المرضى بأهمية الالتزام، وتعقيد الأنظمة العلاجية (الجرعات المتعددة مثلا)، الى جانب نقص معرفة المرضى بأدويتهم، وصعوبة الموازنة بين الفوائد المتوقعة من تناول الدواء (مثل تحسين حالتهم الصحية، تقليل الأعراض، منع تدهور المرض) والمخاطر المحتملة (مثل الأعراض الجانبية، التفاعلات الدوائية، أو الأضرار الصحية طويلة الأمد) (Marcum et al, 2013).

من ناحية أخرى، تعد المساندة الاجتماعية من أبرز العوامل التي تساهم في تعزيز الالتزام بالعلاج وتحسين الحالة الصحية، اذ تشجع على تبني سلوكيات صحية مثل ممارسة الرياضة، اتباع نظام غذائي، الامتناع عن التدخين، وكذلك الالتزام بخطط العلاج بشكل أفضل (Uchino, 2006, p.378). وفي هذا السياق، كشفت دراسة Asiedu_Danso et al (2021) التي تناولت الالتزام بالمضادات الحيوية لدى الحوامل المصابات بسكري الحمل، الى أن ضعف الالتزام يرتبط بعدة عوامل، من بينها ضعف المساندة الاجتماعية، تفاقم أعراض الحمل، والآثار الجانبية للأدوية، والمخاطر المتوقعة، بالإضافة إلى الوضع الاجتماعي والاقتصادي.

وقد أشارت دراسة كل من sperling et al (2018) و Mukona et al (2017a) حول الالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري، الى أن المساندة الاجتماعية تعتبرالعامل النفسي الاجتماعي الرئيسي المؤثر على الالتزام. حيث يساهم الدعم من الأسرة والأشخاص المهمين والمقربين في توفير الرعاية والطمأنينة، مما يساعد المرضى على التأقلم مع مخاوفهم المتعلقة بالصحة وتعزيز التزامهم بالعلاج Gu) et al, 2017). كما أن السلوكيات الداعمة مثل انشاء مجموعات دعم للنساء الحوامل المصابات بالسكري،

ومرافقة الزوج لها إلى عيادات ما قبل الولادة، والتفهم من أفراد الأسرة، تؤثر بشكل إيجابي على الالتزام بالأدوية في إدارة مرض السكري.(Mukona et al, 2017b)

علاوة على ذلك، أفاد تقرير منظمة الصحة العالمية (2003) WHO بأن الدعم المقدم من الأسرة والمجتمع ومقدمي الخدمات الصحية يمثل عنصرا أساسيا لتحسين الالتزام بالعلاج لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة. وقد أوضحت دراسة (2005) Demas et al حول الالتزام بالعلاج وتأثير المساندة الاجتماعية خلال فترة الحمل، بأن الدعم الاجتماعي، وخاصة من أفراد الأسرة، له تأثير إيجابي على سلوك الالتزام بتناول الدواء، مما يساهم في تحسين الصحة العامة للمرضى.

وتدعم هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة (2017) Martin et al التي تناولت العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى النساء الحوامل (الالتزام بدواء حمض الفوليك والحديد ومكملات الكالسيوم) Iron And Folic Acid(IFA) . حيث ركزت الدراسة على استراتيجية "شريك الالتزام" وهو شخص تحدده المرأة الحامل من شبكتها الاجتماعية كأحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران، ليقدم لها التذكيرات والتشجيع والدعم لضمان الالتزام بالعلاج. توصلت الدراسة الى وجود ارتباط إيجابي بين المساندة الاجتماعية والالتزام بتناول مكملات الكالسيوم، حيث كانت معدلات الالتزام مرتفعة. أكدت الدراسة أيضا إلى أهمية المساندة من الأسرة من أجل تعزيز الالتزام العلاج، وأن استراتيجية شريك الالتزام لديها القدرة على زيادة المساندة الاجتماعية وبالتالي رفع معدلات الالتزام بالعلاج.

وفي الإطار ذاته، أكدت دراسة (2015) Skurzak et al حول المساندة الاجتماعية للمرأة الحامل، بأن العديد من النساء الحوامل تحتاج إلى أشكال متعددة من الدعم، كالدعم العاطفي والمعلوماتي والمادي لأداء دور الأمومة، وتعد المساندة الاجتماعية من الزوج والأسرة من بين أهم مصادر المساندة الاجتماعية، بينما يمكن أن تساهم المساندة المقدمة من الأطباء وكل مقدمي الرعاية الصحية في تمكين النساء الحوامل من التكيف مع التغيرات المتعلقة بالحمل، واتخاذ تدابير للحفاظ على الحمل.

على الجانب الاخر، تناولت دراسة (2020) Psaros et al تأثير الاكتئاب، والوصم الاجتماعي، والمساندة الاجتماعية، على الالتزام بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لدى النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية بجنوب أفريقيا. وأظهرت النتائج أن النساء الحوامل يعانين من ارتفاع في أعراض الاكتئاب ومستويات مرتفعة من الوصم لانخفاض المساندة الاجتماعية، وقد يعزى هذا الانخفاض

في المساندة الى صعوبة الوصول إليها، أو رفض الدعم بسبب المرض، أو لأن أعراض الاكتئاب تعيق قدرة النساء على طلب المساندة. ومع ذلك فقد ارتبطت المساندة الاجتماعية المرتفعة بزيادة الالتزام بالعلاج.

وانطلاقا مما توصلت اليه الدراسات السابقة، والتي كانت أغلبها دراسات أجنبية، ومع غياب دعم كاف لهذه النتائج في البيئة المحلية تبلورت مشكلة الدراسة الحالية الى ابراز أهمية دراسة المساندة الاجتماعية كعامل نفسي اجتماعي له ارتباط بجودة الحياة والالتزام بالعلاج الى جانب دراسة الفروق بين مرتفعات ومنخفضات المساندة الاجتماعية في كل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج، وهو جانب لم يتم التطرق اليه بعمق فيما يخص الحوامل المصابات بالسكري وقصور الغدة الدرقية. فعلى الرغم من وجود دراسات تناولت هذه المتغيرات بشكل منفصل أو في علاقات ثنائية، هناك نقص في الأبحاث التي تدمج هذه المتغيرات الثلاثة تحديدا في سياق الحمل المصحوب بأمراض مزمنة.

وقد تبلورت مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

هل توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة (السكري وقصور الغدة الدرقية)، وهل توجد فروق في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج بين مرتفعات ومنخفضات المساندة الاجتماعية لدى النساء المصابات بهذه الأمراض المزمنة؟

وللإجابة على تساؤل الدراسة يتطلب الإجابة على التساؤلات التالية:

1_ هل يوجد ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري؟

2_ هل يوجد ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية؟

3_ هل توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراكهن لجودة الحياة؟

4_ هل توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراكهن لجودة الحياة؟

5_ هل توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج؟

6_ هل توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج؟

2_فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة: توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة (السكري وقصور الغدة الدرقية)، كما توجد فروق في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج بين مرتفعات ومنخفضات المساندة الاجتماعية لدى النساء المصابات بهذه الأمراض المزمنة.

الفرضيات الجزئية:

1_ يوجد ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري.

2_ يوجد ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية.

3_ توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراكهن لجودة الحياة.

4_ توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراكهن لجودة الحياة.

5_ توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج.

6_ توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج.

3_أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من تناولها لموضوع المساندة الاجتماعية باعتبارها عاملا فارقيا في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة (السكري وقصور الغدة الدرقية)، وهي فئة تواجه تحديات تتعلق بالحمل وما يصاحبه من تغيرات فيزيولوجية ونفسية، إضافة الى الأعباء الناتجة عن الأمراض المزمنة التي تؤثر سلبا على جودة الحياة والالتزام بالعلاج.

1.3_الأهمية النظرية:

- تعزز هذه الدراسة الفهم العلمي للعلاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية (المساندة الاجتماعية)، والعوامل الصحية (جودة الحياة والالتزام بالعلاج) لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة.

- قد تكون هذه الدراسة نقطة انطلاق لمزيد من الدراسات والبحوث المتعلقة بالنساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، مع التركيز على دور العوامل النفسية والاجتماعية كالمساندة الاجتماعية في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج. بالتالي تفتح هذه الدراسة مجالا للباحثين للتوسع أكثر في هذا الموضوع نظرا لأهميته وخاصة في ظل التحولات الصحية والاجتماعية في وقتنا الحالي.

2.3_الأهمية التطبيقية:

- تناولت الدراسة الحالية كل من المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج وجودة الحياة لدى عينة من الحوامل المصابات بالسكري وقصور الغدة الدرقية، وهي فئة معرضة لمضاعفات صحية قد تؤثر على الأم والجنين، مما يجعل هذه الدراسة تسلط الضوء على ضرورة تحسين ادارة هذه الحالات الصحية من خلال تعزيز شبكات المساندة الاجتماعية كجزء أساسي من الرعاية الصحية الشاملة.
- تقديم نتائج يمكن أن تدعم صانعي السياسات الصحية في تصميم برامج واستراتيجيات تهدف الى تقليل الاثار السلبية للأمراض المزمنة على الحوامل، وتحسين المساندة الاجتماعية وتعزيز الالتزام بخطط العلاج.

4_أهداف الدراسة:

1.4_الهدف العام: تهدف هذه الدراسة الى استكشاف العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري وقصور الغدة الدرقية، بالإضافة الى ذلك تسعى الدراسة للكشف عن الفروقات بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بأمراض مزمنة في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج.

2.4_الأهداف الفرعية:

1_ التأكد من وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري.

2_ التأكد من وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية.

3_ الكشف عن الفروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراكهن لجودة الحياة.

4_ الكشف عن الفروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراكهن لجودة الحياة.

5_ الكشف عن الفروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج.

6_ الكشف عن الفروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج

5_حدود الدراسة واجراءاتها:

- **الحدود المكانية:** تم اجراء الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة _باتنة_ بمصلحة الولادة المستعصية ومكتب الفحوصات الخارجية على مستوى الاستعجالات. كما شملت الدراسة بعض العيادات الخارجية الخاصة التي تستقبل نفس الفئة.
- **الحدود الزمنية:** تم اجراء الدراسة في الفترة الممتدة من شهرجانفي 2023 الى شهر ديسمبر 2023.
- **الحدود البشرية:** الحوامل المصابات بأمراض مزمنة (السكري، قصور الغدة الدرقية).

6_التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

- **المساندة الاجتماعية:** إدراك الحامل المصابة بمرض مزمن للدعم المقدم لها من طرف الأشخاص المحيطين بها مثل الأسرة، الأصدقاء، وغيرها من الأوساط التي تتعامل معها الحامل. ويستدل بها في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس المساندة الاجتماعية لزايمت. وتعبر الدرجات المرتفعة عن مساندة اجتماعية مرتفعة، والدرجات المنخفضة عن مساندة اجتماعية منخفضة.
- **الالتزام بالعلاج:** هو نمط من أنماط السلوك الصحي يتجلى في مدى توافق سلوك الحامل المصابة بمرض مزمن مع التوصيات الطبية بما في ذلك الالتزام بتناول الأدوية، والتعاون مع الفريق الطبي والالتزام بالخطة العلاجية..... ويستدل به في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من استبيان الالتزام بالعلاج لموريسكي.
- **جودة الحياة:** إدراك الحامل المصابة بمرض مزمن لحالتها الصحية ومدى رضاها عن مختلف جوانب حياتها، بما في ذلك الجوانب النفسية والجسمية، اعتمادا على استجاباتها حول وضعها الصحي. ويستدل عليها في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس جودة الحياة SF12v2

الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية وأهميتها لدى الحوامل

تمهيد

1_ مفهوم المساندة الاجتماعية.

2_أنماط المساندة الاجتماعية.

3_ النماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية.

4_ أهمية المساندة الاجتماعية لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة.

5_ العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الحوامل.

6_العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى الحوامل.

خلاصة

تمهيد

تعد المساندة الاجتماعية من المفاهيم الأساسية في مجال علم نفس الصحة، حيث تلعب دورا في تعزيز الروابط الاجتماعية التي تؤثر على السلوكيات، والمسارات النفسية والاجتماعية والبيولوجية، باعتبارها عامل من العوامل المحددة للصحة و/المرض. وتبرز أهمية المساندة بشكل خاص خلال الفترات الحساسة كفترة الحمل، اذ تكون المرأة الحامل أكثر عرضة للضغوط النفسية والجسدية، لا سيما إذا كانت تعاني من أمراض مزمنة قد تزيد من تعقيد تجربة الحمل، في هذه الحالة، تصبح المساندة الاجتماعية كعامل أساسي في تخفيف التحديات المرتبطة بالحمل التي قد تؤثر سلبا على صحة الأم والجنين.

وتتعدد مصادر المساندة الاجتماعية لتشمل الأسرة، الأصدقاء، بالإضافة الى مقدمي الرعاية الصحية، حيث تساعد في تحسين الحالة النفسية للحامل من خلال تقليل مشاعر القلق والتوتر، وتعزيز شعورها بالأمان والاستقرار، علاوة على ذلك تساهم المساندة في تحسين التزام الحوامل بالتوصيات الطبية، مما يقلل من احتمالية حدوث مضاعفات صحية.

1_مفهوم المساندة الاجتماعية: Social Support

توصل الباحثون في مجال الصحة وأخصائيو الأوبئة خلال منتصف السبعينات إلى اكتشاف مفهوم المساندة الاجتماعية social support وذلك من خلال الدراسات التي تناولت العلاقة بين الضغط ومعدلات الوفيات، وانتشار الأمراض، وتبين أن غياب المساندة الاجتماعية، يزيد من تأثير الصدمات الحياتية على الجانب النفسي والجسدي (يوسفي، 2016، ص.125).

وقد ساهم ثلاثة باحثين في تطوير مفهوم المساندة الاجتماعية وآثارها:

- Gerald Caplan (1961) والذي يرى بأن مفهوم المساندة الاجتماعية لا يقتصر على العائلة أو الأصدقاء، بل يشمل جميع أشكال المساعدة المتاحة في المجتمع، ووفقا ل Caplan فإن نظام المساندة يساهم بشكل فعال في الحفاظ على توازن الفرد، مما يساعده على مواجهة الضغوط اليومية، والتعامل مع الأزمات.
- Sydney Cobb (1976) والذي أدرك أهمية المساندة الاجتماعية في سياق الضغوط النفسية والرفاهية. ووفقا له تعرف المساندة الاجتماعية على أنها "المعلومات التي تقود الفرد إلى الاعتقاد

بأنه محاط بالحب والرعاية، والاحترام والتقدير، وأنه جزء من شبكة اجتماعية تتسم بالتبادل والتعاون"(Steigen et al, 2022, p.2).

- John Cassel 1976 طبيب متخصص في علم الأوبئة الذي أظهر بوضوح دور المساندة الاجتماعية في التقليل من مخاطر الإصابة بالأمراض، وأكد أن غياب الروابط الاجتماعية يزيد من احتمالية تعرض الأفراد للأمراض الجسدية، لذا فالمساندة الاجتماعية تعتبر كعامل (وقائي) نفسي اجتماعي يقلل من تعرض الأفراد للآثار الضارة للضغط على الصحة (Glanz et al, 2008, pp.192_193).

عرف Heller (1979) المساندة الاجتماعية " بأنها تتجسد في المعلومات أو الأفعال، سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة، التي تمنح الأفراد إلى الاعتقاد بأنهم يتلقون الرعاية والاهتمام، أو أنهم في وضع يسمح لهم بتلقي المساعدة من الآخرين عند الحاجة "(Major et al, 1997, p.1349).

أما ساراسون وزملاؤه Sarason et al (1983) فيرون بأنها "اعتقاد الفرد بوجود أشخاص يمكنه الوثوق بهم، ويتركون لديه انطباعا بأنهم يحبونه ويقدرونه، مما يتيح له اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عند الضرورة"(ص.127).

ويعرف Leavy (1983) المساندة الاجتماعية بأنها "إمكانية وجود أشخاص مقربين من الفرد سواء كانوا من الأسرة أو الأصدقاء، يحبونه ويهتمون به "(ص.5).

وقدم كل من Shumaker et Brownelle (1984) تعريفا آخر للمساندة الاجتماعية بأنها" عملية تبادل بين شخصين بهدف تحسين جودة حياة أحدهما"(Fisher et al, 2020, p.177).

بينما يؤكد Gottlieb (2000) بأنها "عملية التفاعل في العلاقات تهدف الى تحسين استراتيجيات المواجهة، وتقدير الذات، والشعور بالانتماء والكفاءة من خلال التبادلات الفعلية أو المتصورة للموارد الجسدية النفسية والاجتماعية"(Mattson & Hall, 2011, p.183).

ويقدم عثمان يخلف (2001) تعريفا للمساندة الاجتماعية على أنها: " المساندة التي يتلقاها الفرد من الجماعة التي ينتمي إليها كالأسرة والأصدقاء أو الزملاء"(ص.138).

وعرف Baskin (2017) المساندة الاجتماعية بأنها الدعم المقدم للفرد من قبل الأفراد والجماعات والمجتمع (ص.9).

ان التعاريف المقدمة لمفهوم المساندة الاجتماعية تعكس رؤى متعددة الأبعاد لهذا المفهوم، وبالتالي يمكن اعتبار المساندة الاجتماعية تتضمن:

- مصادر متنوعة (عائلة، أصدقاء، مجتمع).
- أبعاد متعددة (نفسية، اجتماعية، صحية).
- وظائف أساسية (دعم وقائي، تحسين جودة الحياة، تعزيز الكفاءة الذاتية.....).

وفي سياق الأمراض المزمنة يمكن أن تلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما من خلال تقديم أشكال متعددة من الدعم مثل المساعدة في الالتزام بالعلاج الدوائي، وتشجيع اتباع نظام غذائي صحي، ومرافقة المريض خلال مواعيد الطبيب.

ومن خلال عرض كل ما سبق يمكن تقسيم المساندة الاجتماعية إلى ثلاثة مفاهيم مختلفة:

- **الشبكة الاجتماعية:** تشير الى عدد العلاقات التي يتبناها الفرد مع الآخرين، ومدى كثرة الاتصالات الاجتماعية وجودتها. إن حجم الشبكة الاجتماعية يرتبط بالصحة الجسدية والنفسية (العدد، الاستقرار ....)، في حين تعد العزلة الاجتماعية عامل خطر تزيد من احتمالية الاصابة بالأمراض وحتى الوفيات، بينما يعتبر الاندماج الاجتماعي كعامل وقائي.
- **المساندة الاجتماعية المتلقاة:** تشير إلى المساندة الفعلية التي يتلقاها الفرد من محيطه، ويمكن اعتبارها الجانب الوظيفي للمساندة، وتتجسد في عدة أشكال: المساندة الانفعالية، التقديرية، المعلوماتية، والمادية.
- **المساندة الاجتماعية المدركة:** يعبر عن التأثير النفسي للمساعدة المستمدة من المحيطين، ويمكن تقسيم هذا المفهوم إلى:

✓ توافر المساندة: وهي إدراك الفرد لوجود أشخاص في محيطه الاجتماعي يمكنهم منح المساعدة له في حالة الحاجة إليها سواء كانت نصيحة، معلومات، مساعدة المادية.

- ✓ الرضا عن المساندة: هو الجانب النوعي للمساندة، لا يرتبط بكم وعدد العلاقات والاتصالات الاجتماعية بل يرتبط بنوعيتها وجودتها (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021, pp.458_460).

بناء على كل ما سبق يمكن تعريف المساندة الاجتماعية على أنها إدراك الفرد لوجود أشخاص مهمين في حياته يلجأ إليهم في الأزمات والمواقف الصعبة مثل الأسرة، الأصدقاء، المجتمع، لتقديم كل دعم مادي أو معنوي بهدف تعزيز صحته الجسمية والنفسية.

2_أنماط المساندة الاجتماعية:

تلعب المساندة الاجتماعية دورا مهما وكآلية عازلة تخفف من تأثير الأحداث المجهدة، وتساهم في تحسين الصحة الجسدية والنفسية خاصة لدى النساء الحوامل. ووفقا لنظرية التبادل الاجتماعي تنقسم المساندة الاجتماعية الى:

- **الدعم الوظيفي:** يشمل الدعم العاطفي والمادي والمعلوماتي والتقييمي.
- **الدعم البنائي:** يتألف من الدعم الرسمي مثل دعم الطاقم الطبي، والدعم غير الرسمي المقدم من أفراد الأسرة المقربين والأصدقاء (Sun et al,2020, p.1021).

يتضمن أيضا الدعم الاجتماعي الوظيفي المساعدة العملية التي تقدمها الشبكة الاجتماعية للفرد على سبيل المثال، توفير النقل لزيارات الطبيب، تقديم كلمات تحفيزية ومشجعة، أو تقديم الرعاية أثناء المرض. ويشير الدعم الاجتماعي البنيوي إلى عدد وأنواع الاتصال داخل الشبكة الاجتماعية للفرد على سبيل المثال، حجم الشبكة الاجتماعية، مستوى المعيشة، الحالة الاجتماعية (Mondesir et al, 2018).

يشير House (1981) إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أشكال:

- **المساندة التقديرية** Esteem support: توفر الراحة والطمأنينة مع الشعور بالانتماء والحب في الأوقات الصعبة.
- **المساندة المادية** Instrumental support: تشمل المساعدة المالية، وتقديم الخدمات الملموسة التي تلبي الاحتياجات المباشرة للفرد.

- **المساندة المعلوماتية** Informational support: تتضمن تقديم النصائح والتوجيهات، والاقتراحات كتلقي المريضة دعما إعلاميا من طبيبها.
- **مساندة الأصدقاء** Companionship support: يشير إلى توفر الرفقة لقضاء الوقت، التي تعزز الشعور بالانتماء والعضوية (Sarafino & smith, 2010, pp.81_82).

وقد حدد Barrera & Ainlay (1983) المساندة الاجتماعية كما يأتي:

- **المساعدة المادية** Material Aid: وهي تزويد الفرد بالمواد الملموسة كالنقود والأشياء المادية الأخرى.
- **المساعدة السلوكية** Behavioral Assistance: المشاركة مع الفرد في الأنشطة والمهام التي تتطلب جهدا بدنيا.
- **التفاعل الحميمي** Intimate Interaction: يظهر في بعض جوانب سلوكيات الإرشاد غير الموجه، كالإصغاء والتعبير عن التقدير والاهتمام والفهم.
- **التوجيه** Guidance: تقديم النصائح والمعلومات والتوجيهات.
- **التغذية الراجعة** Feedback: يقصد به ما يتلقاه الفرد من مردود ايجابي أو سلبي عما يقوم به من سلوك أو ما يتبناه من أفكار (مراجعة وتقييم سلوكه وأفكاره أو مشاعره).
- **التفاعل الاجتماعي الايجابي** Positive Social Interaction: الانخراط في تفاعلات اجتماعية بهدف الحصول على المتعة والاسترخاء (ص ص. 135_136).

كما أشار Nurullah (2012) إلى نوعين من المساندة الاجتماعية:

- **المساندة الاجتماعية الرسمية:** تشير إلى المساندة التي يقدمها المتخصصون في الرعاية الصحية والعاملين في مجال الخدمات الإنسانية.
- **المساندة الاجتماعية غير الرسمية:** تشمل الشبكات الاجتماعية المحيطة مثل: الأسرة، الأصدقاء، الجيران، الزوج (ص.174).

تؤكد العديد من الدراسات أهمية المساندة الاجتماعية للحوامل حيث أكد Skurzak et al (2015) في دراسته حول المساندة الاجتماعية للمرأة الحامل بأن العديد من النساء الحوامل تحتاج إلى الدعم العاطفي والمعلوماتي والمادي لأداء دور الأمومة، وتعد المساندة الاجتماعية من الزوج والأسرة من بين أهم مصادر

المساندة الاجتماعية، بينما يمكن أن تساهم المساندة المقدمة من الأطباء وكل مقدمي الرعاية الصحية في تمكين النساء الحوامل من التكيف مع التغيرات المتعلقة بالحمل، واتخاذ تدابير للحفاظ على الحمل (ص.171).

هذا ما أكدته أبحاث Edmonds et al (2011) حول مصادر المساندة الاجتماعية أثناء الحمل، حيث أوضحت أنها تشمل الأسرة والأصدقاء والمهنيين الصحيين (ص.164).

وفي ذات السياق أكد Zhang et al (2022) في دراستهم للمساندة الاجتماعية لدى الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الزهري بأن المساندة المقدمة من مقدمي الرعاية الصحية يعتبر كمصدر من مصادر المساندة، وقد تؤثر بشكل إيجابي على صحة النساء الحوامل.

وتشير أبحاث Battulga et al (2021) حول تأثير المساندة الاجتماعية والحمل على الرفاهية الذاتية، إلى أن المساندة الاجتماعية من الشريك وأفراد الأسرة تعمل بشكل مباشر أو غير مباشر كحاجز ضد النتائج العقلية السلبية، ولها تأثير ايجابي على الرفاهية الذاتية للنساء الحوامل (جودة الحياة، السعادة) Subjective well-being SWB، حيث ترتبط هذه المساندة بمستويات أعلى من الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة لدى هذه الفئة.

بناء على ما سبق، يتضح أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما في تحسين رفاه النساء الحوامل، اذ تساعد المساندة العاطفية، المادية، والمعلوماتية في تخفيف التوتر وتعزيز التكيف مع التغيرات المرتبطة بالحمل، كما أن المساندة من الأسرة، الزوج، الأصدقاء، ومقدمي الرعاية الصحية تعد عاملا مهما لتحسين جودة الحياة وزيادة الشعور بالرضا خلال هذه المرحلة.

3 _النماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية:

فيما يتعلق عن كيفية تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة، فقد تم توضيح الآثار الصحية المفيدة للمساندة الاجتماعية من حيث نموذجين، نموذج الأثر الواقي (المخفف) ونموذج الأثر الرئيسي.

1.3_نموذج الأثر الواقي

يقترح نموذج التخفيف أو الأثر الواقي the stress-buffering model أن المساندة الاجتماعية لها تأثير إيجابي على الصحة فقط لدى الأشخاص الذين يواجهون مواقف عصيبة. ووفقا لهذا النموذج، فان الأفراد الذين يتعرضون للضغط مع توفر مستويات منخفضة من المساندة الاجتماعية، أو غيابها يعانون من آثار سلبية على صحتهم، بينما تكون الآثار السلبية للضغط أقل بالنسبة للأفراد الذين يتمتعون بمستويات عالية من المساندة الاجتماعية(Dolbier & Steinhardt, 2000, p.170) . ويفسر ذلك بأن المساندة الاجتماعية تقلل من الآثار السلبية الناتجة عن الأحداث المجهدة مما ينعكس إيجابا على صحة الأفراد ورفاههم(Wang et al, 2018, p.707) .

يرى Thoits (1986) بأن إدراك الفرد بأن الآخرين قادرون على توفير الموارد والإمكانات اللازمة والكافية يقلل من المعاناة ويعزز من قدراته لمواجهة المواقف العصيبة. كما يوضح النموذج أن المساندة الاجتماعية تخفف أيضا من ردود الفعل الانفعالية وتقلل من الاستجابات الفسيولوجية التي يسببها الضغط، وتمنع من ظهور الاستجابات السلوكية غير التكيفية (مثل التجنب). وعلى المستوى الفسيولوجي، تعزز المساندة الاجتماعية آليات تنظيم نظام الغدد الصماء مما يجعل الأفراد أقل استجابة للضغوط. علاوة على ذلك، تقلل المساندة الاجتماعية من تأثير الضغوطات من خلال تقديم حلول ملموسة لمشاكل الشخص، أو تقليل الأهمية المتصورة للموقف المجهد، أو عن طريق أنشطة تهدف إلى تشتيت الانتباه(ST-JEAN-TRUDEL, 2009, p.8) .

يعتبر هذا النموذج المساندة الاجتماعية كإحدى المتغيرات النفسية الواقية التي تقلل العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض، حيث ترتبط المساندة الاجتماعية سلبا بالإصابة بالمرض. فالعلاقات القوية والداعمة بين الأفراد التي يتلقاها الفرد من أفراد أسرته وأصدقائه، تقلل من معدل الإصابة بالأمراض، من خلال التأثير على كيفية إدراك الأفراد (تقييمهم) للمواقف الصعبة أو عن طريق تعديل استراتيجية المواجهة التي يعتمد عليها الأفراد (رودهام2009/2012، ص.158).

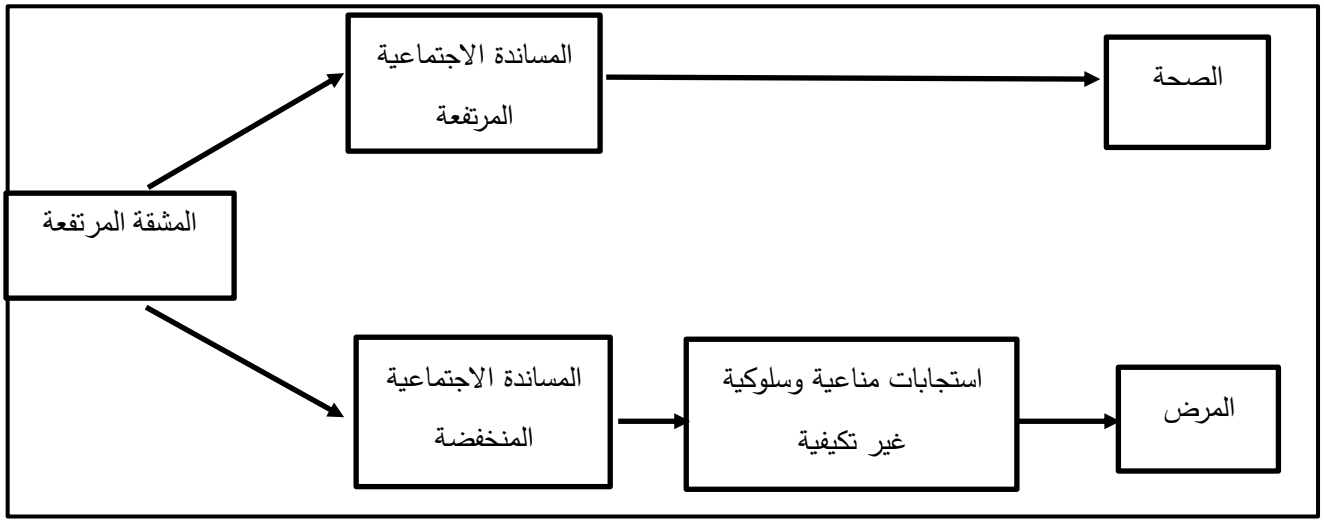
وقد أظهرت الدراسات مثل ما قدمه Dibaba et al (2013) في دراسته حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب أثناء الحمل، بأن المساندة الاجتماعية تلعب دورا وقائيا للنساء الحوامل، من خلال تخفيف آثار الضغوط على رفاههن العاطفي، وتعزيز سلوكيات صحية خلال فترة الحمل، مما يؤدي

الى تحسين صحة الأم والجنين. وقد أظهرت هذه الدراسة أن المساندة الاجتماعية خلال فترة الحمل يساهم في الوقاية من الاكتئاب.

وتدعم بعض الأبحاث نموذج الأثر الواقي من خلال اثبات أن المساندة الاجتماعية تقدم فوائد كبيرة للأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من الضغوط بما في ذلك الذين يعانون من أمراض مزمنة (ساندرسون، 2019/2018، ص.177).

يوضح نموذج التخفيف من الضغط كيف يمكن للمساندة الاجتماعية أن تكون عاملا وقائيا عندما يتعرض الأفراد إلى ضغوط شديدة. وبالتالي فان الفوائد الصحية والنفسية للمساندة الاجتماعية تتجلى بشكل رئيسي خلال فترات التوتر الشديد، بينما قد يكون لها فوائد جسدية أو نفسية قليلة خلال فترات الضغط المنخفض. أما بالنسبة للنساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، قد توفر المساندة الاجتماعية الحماية اللازمة من التأثيرات الضارة للضغوطات الصحية والنفسية التي قد تطرأ خلال فترة الحمل. ولتوضيح كل ما سبق، نستعرض الشكل التالي:

<u>الشكل رقم 1</u>:يوضح نموذج الاثر المخفف للضغوط النفسية ونقاط عمل المساندة الاجتماعية نقلا عن (Stachour,1998,p.29)



2.3_نموذج الأثر الرئيسي

وفقا لنموذج the main-effect model ، تؤثر الشبكة الاجتماعية على سلوكيات الشخص وأنشطته اليومية مثل ممارسة الرياضة، واختيار الملابس، وعادات الأكل، بالإضافة الى تعزيز الحالات النفسية الإيجابية مثل الشعور بالانتماء والأمان والاستقرار والاعتراف بقيمة الفرد وما إلى ذلك. ويقترح هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية لها تأثير ايجابي على الصحة، سواء كان الفرد يواجه ضغوطا أو لا. (Dolbier & Steinhardt, 2000, p.170)

ان المساندة الاجتماعية لها تأثير مباشر على صحة الأفراد ورفاههم، بغض النظر عن الآثار السلبية المحتملة للأحداث المجهدة (Wang et al, 2018, p.707). فعلى الرغم من أن نموذج الأثر الواقي يشير إلى أن المساندة الاجتماعية تفيد الصحة خلال أوقات الضغوط المرتفعة، إلا أن باحثين آخرين يرون أن المساندة الاجتماعية تفيد الصحة بغض النظر عن مستوى الضغوط. على سبيل المثال يظهر الأفراد ذوي العلاقات الاجتماعية القوية سلوكات صحية جيدة بغض النظر عن مستوى الضغوط التي يواجهونها، فقد كشفت دراسة تحليلية أن المرضى الذين لديهم روابط أسرية قوية يظهرون التزاما بالنظام الطبي مقارنة بالمرضى الذين يعانون من ضعف الروابط الأسرية (ساندرسون، 2019/2018، ص.179).

من جهته يشير كابلان وآخرون Kaplan & others 1993 إلى وجود ثلاثة تفسيرات محتملة حول دور العلاقات الاجتماعية بشكل عام في الصحة الجسمية والنفسية وهي:

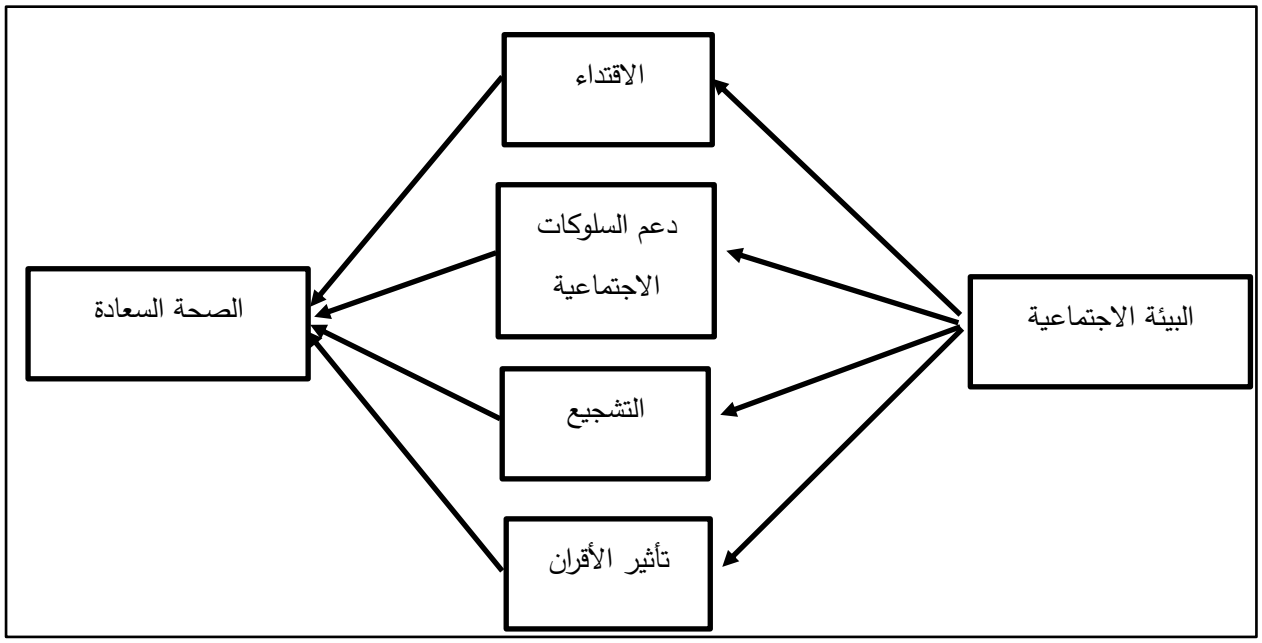
- التفسير الأول: يقترح إلى أن العلاقة بين نقص المساندة الاجتماعية والأعراض المرضية علاقة سببية، حيث أن وجود مساندة اجتماعية كافية يساهم في حماية الأفراد من الأمراض.
- التفسير الثاني: يشير أن الأفراد عندما يمرضون يبتعدون عن نسق المساندة الاجتماعية الخاص بهم، مما يؤدي إلى تغيرات في المساندة الاجتماعية التي يتلقونها.
- التفسير الثالث: ويشير إلى أن هناك متغيرا ثالثا كالطبقة الاجتماعية، أو خصال الشخصية قد يؤدي إلى تقليل المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الأفراد (Uchino et al, 2018) .

يقدم هذا النموذج منظورا مختلفا عن نموذج الأثر الواقي في تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة، حيث يبرز دورها كعامل إيجابي يؤثر بشكل مباشر على صحة الأفراد ورفاههم بغض النظر عن وجود

الضغوط. ويؤكد النموذج على أهمية الشبكات الاجتماعية في تعزيز السلوكات الصحية الإيجابية، مما يجعلها عاملا أساسيا في تحسين جودة الحياة والالتزام بالعلاج، سواء في المواقف الضاغطة أو غيابها.

وأوضح cohen & wills (1985) أن الفرق بين نموذج "الأثر الرئيسي" ونموذج "الأثر الواقي" يتوافق مع التمييز بين الجوانب البنيوية والوظيفية للمساندة. فالجوانب البنيوية (كمية العلاقات التي يمتلكها الفرد) للمساندة تتناسب مع نموذج الأثر الرئيسي، حيث تظهر المساندة البنيوية علاقة خطية بجودة الحياة، فعندما تكون مستويات التوتر منخفضة، يكفي وجود شبكة اجتماعية لتحسين جودة الحياة. بينما ترتبط الجوانب الوظيفية (نوعية المساندة المقدمة) للمساندة بنموذج الأثر الواقي، فعندما تكون مستويات التوتر مرتفعة، تكون الموارد مطلوبة من الأشخاص داخل البيئة الاجتماعية لتسهيل التكيف. ولتوضيح ما سبق، نقدم الشكل التالي:

<u>الشكل رقم 2</u>: يوضح نموذج الاثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية نقلا عن (قنون، 2013، ص.81)



4_أهمية المساندة الاجتماعية لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة:

تعتبر المساندة الاجتماعية عاملا أساسيا في تحسين الصحة النفسية والجسدية للأفراد. فوفقا ل Schwarzer & Rieckmann (2002) تكمن أهمية المساندة الاجتماعية عبر ثلاثة مسارات رئيسية:

- **المسار الفسيولوجي** The physiological pathway: حيث تثبت الأدلة العلمية على الآثار الايجابية للمساندة الاجتماعية على أنظمة القلب والأوعية الدموية، والغدد الصماء العصبية والجهاز المناعي.
- **المسار السلوكي** The behavioral pathway: تظهر الشبكات الاجتماعية قدرة على تعزيز السلوكيات الصحية التي تساعد في الوقاية من الأمراض، أو تبطئ تقدمها، أو تؤثر على عملية التعافي.
- **المسار النفسي** The psychological pathway: ترتبط المساندة الاجتماعية ارتباطا وثيقا بمجموعة من العمليات النفسية بما في ذلك تقليل مشاعر الضيق والاكتئاب وتعزيز الحالة العاطفية الإيجابية (Schwarzer & Rieckmann, 2002, pp.192-193).

أوضح House et al (1988) حول أهمية المساندة الاجتماعية في مساعدة الأفراد على التكيف مع الضغوط النفسية، الى أن غياب المساندة الاجتماعية قد يؤدي الى تفاقم المشكلات الصحية والنفسية، مما ينعكس سلبا على جودة الحياة، وفي السياق نفسه أكدت دراسة Uchino (2009) هذا الطرح بشأن فهم الروابط بين المساندة الاجتماعية والصحة الجسدية، حيث أوضحت أن المساندة الاجتماعية لا تقتصر على كونها وسيلة للحماية من الضغوط، بل تلعب دورا رئيسيا في تعزيز الصحة النفسية والجسدية.

وتشير هذه النتائج الى أن المساندة الاجتماعية قد تعزز الشعور بالارتباط الاجتماعي وتنظم المشاعر السلبية، وتساعد الأفراد على التعامل مع الأحداث المجهدة، وتقلل من الآثار الصحية السلبية، وتساهم المساندة الاجتماعية الكافية بتخفيف الضغوط النفسية وتقليل عبء المرض. (Alinejad-Naeini et al, 2021)

علاوة على ذلك فان مناحي التأثير الايجابي للمساندة الاجتماعية تظهر في تعزيز صورة الفرد عن ذاته، وشعوره بالانتماء، مما يدفعه الى تبني سلوكات صحية قبل تفاقم حالته المرضية (شويخ، 2007، ص ص. 93_94).

أشارت دراسة Luszczynska et al (2013) بأن الأمراض المزمنة تعد كمصدر رئيسي للتوتر، ويمكن للدعم العاطفي من الآخرين أن يسهل عمليات التأقلم التكيفية، والشعور بالأهمية، والانتماء، بالإضافة الى دوره في زيادة تثقيف المرضى بشأن العلاجات المناسبة.

إضافة الى ذلك أكدت دراسة Gallagher et al (2016) و Alinejad-Naeini et al (2021) حول أهمية المساندة الاجتماعية، بأن المساندة الاجتماعية تساهم في تقليل المشاعر السلبية، مما يحسن الحالة النفسية للأفراد مما يعزز قدرتهم على التعامل مع الأحداث المجهدة، ويقلل من التأثيرات الصحية السلبية، وتحسين الصحة النفسية.

وبالتركيز على النساء الحوامل فقد أوضحت دراسة Fathnezhad-Kazemi et al (2021) حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونمط الحياة المعزز للصحة لدى النساء الحوامل، بأن إدراك الحوامل للمساندة الاجتماعية تلعب دورا في تبني نمط حياة صحي يعزز الصحة، بما في ذلك الالتزام باتباع نظام غذائي صحي، والنوم الكافي، والسيطرة على زيادة الوزن.....

كما أن النساء اللواتي يتمتعن بمستويات عالية من المساندة الاجتماعية أقل عرضة للمضاعفات أثناء الحمل والولادة، كما يظهرن تكيفا أفضل عند الإصابة بأمراض مزمنة مثل أمراض القلب والشرايين والسكري، وأمراض الروماتيزم والسرطان، بالإضافة الى التزامهن بالنظام العلاجي الموصوف (تايلور،2017/2008، ص ص. 449_450).

وفي هذا الإطار أشارت دراسة Martin et al (2017) التي تناولت العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى الحوامل الى وجود ارتباط إيجابي قوي بين المساندة الاجتماعية والالتزام بمكملات الكالسيوم وحمض الفوليك.

وقد أثبتت التجارب في الولايات المتحدة الأمريكية وفي أماكن أخرى من العالم أن تقديم الدعم للأمهات خلال عملية الولادة يخفف من مستوى الألم ويسهل عملية الولادة لإحساسهن بالأمان والطمأنينة. حتى وان كانت المساندة الاجتماعية محدودة، فإنها تقلل كثيرا من آلام المخاض ومدته، حيث كشفت دراسة أمريكية أن وجود الزوج أو صديقة مقربة خلال المخاض يقلل من احتمالية اجراء العمليات القيصرية، ويقل الخطر بنسبة 10% ، ويقلل من عملية الاستخدام المفرط للتخدير بنسبة تصل الى 75% (مارتن، 2000، ص.128).

وفي دراسة Shishehgar et al (2013) حول "العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة بمستوى الضغط النفسي لدى النساء الحوامل"، تبين أن نقص المساندة الاجتماعية تؤثر على جودة الحياة، ويمكن أن تؤدي إلى مشاكل طبية وعقلية مثل ضيق التنفس، واضطرابات الجهاز الهضمي (حرقة في المعدة،

الغثيان، القيء) والتشنج في الساقين، والاكتئاب قبل الولادة وبعدها. كما أظهرت الدراسة أن مساندة الشريك يخفف من آثار الضغط النفسي المزمن. أيضا فان المساندة الاجتماعية تلعب دورا هاما في الحفاظ على الصحة حيث تعمل كآلية للتأقلم العاطفي ولديها القوة المحتملة للتأثير على جودة الحياة. فالنساء اللواتي يتمتعن بمساندة اجتماعية كافية على الرغم من المستويات العالية من الضغط، يظهر لديهن مضاعفات أقل أثناء الحمل، في حين يزداد الضغط النفسي عند النساء الحوامل مع تناقص المساندة الاجتماعية. هذه النتائج تشير إلى أن المساندة الاجتماعية وجودة الحياة يمكن أن يكونا عوامل وقائية مهمة للحد من الضغط لدى النساء الحوامل.

توصل الباحثون أيضا أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا فعالا في تخفيف المعاناة النفسية من كآبة، وقلق، التي قد تشعر بهما الحوامل خلال المواقف الضاغطة. في حين أن نقص المساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة، يزيد من العبء النفسي والجسدي، مما يفاقم مشاعر عدم الاستقرار العاطفي لدى الحوامل (Lei et al, 2022, p.4).

وفي نفس السياق، أكد Castelar-Ríos et al (2022) في دراسته حول "تأثير تغيرات المساندة الاجتماعية أثناء الحمل على الصحة العاطفية للأمهات والآباء" أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تمنع أو تخفف من الاكتئاب والضغط، فالتعرض للضغط يمكن أن يؤدي إلى خلل في تنظيم محور الغدة النخامية والكظرية، ويحفز على افراز الكورتيزول لدى النساء الحوامل مما قد يؤدي إلى تعرض الجنين للخطر. بالتالي ترتبط مستويات المساندة الأعلى بمستويات أقل من الاكتئاب والضغط.

نظرا للأهمية المتزايدة للمساندة الاجتماعية ودورها في تعزيز صحة الأمهات، إلى جانب الوقاية من العديد من الأمراض، وزيادة متوسط العمر المتوقع، والتقليل من الاكتئاب بعد الولادة، وتحسين نتائج الحمل، أظهرت دراسات أخرى أن الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه الأمهات من الأصدقاء، والأسرة، والأزواج يساهم بشكل كبير في تحسين نتائج الحمل (Abdollahpour et al, 2015).

وتماشيا مع ما تم ذكره تتضح أهمية المساندة الاجتماعية لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة:

- تحسين الصحة الإنجابية: مثل التقليل من مضاعفات الحمل والولادة.
- التكيف مع الأمراض المزمنة: كأمراض القلب، السكري، السرطان، الروماتيزم ....
- تعزيز الالتزام بالعلاج: الانتظام في تناول الأدوية وتطبيق الارشادات الطبية.

- تحسين جودة الحياة.
- التشجيع على السلوكيات الصحية.
- التقليل من مستوى الألم وتسهيل عملية الولادة.
- تخفيف الضغط النفسي: تقليل افراز الكورتيزول الناتج عن الضغط النفسي مما ينعكس إيجابا على صحة الأم والجنين.
- تعمل كآلية للتأقلم العاطفي والتخفيف من المعاناة النفسية (كآبة، قلق.....).

5_العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الحوامل:

يعتبر نقص المساندة الاجتماعية أحد العوامل الأساسية التي تؤثر سلبا على رفاهية الأمهات خلال فترة الحمل وما بعدها. فقد أظهرت الدراسات أن انخفاض المساندة الاجتماعية في المراحل الأولى من الحمل قد يؤدي إلى ولادة أطفال بوزن أقل من الطبيعي، كما تعتبر المساندة الاجتماعية من أكثر الاستراتيجيات فعالية لمواجهة التوتر النفسي لدى النساء، حيث يمكن أن تخفف من الضغوط المرتبطة بالحمل. اضافة إلى أن توفير الدعم الكافي من الأسرة والأصدقاء، يقلل بشكل كبير من احتمالية تعرض المرأة الحامل للاضطرابات العاطفية، فالنساء اللواتي يشعرن بوجود مساندة اجتماعية كافية يتمتعن عادة بقدرات أفضل على التأقلم، ومستوى أعلى من الكفاءة الشخصية، وإحساس بالاستقرار، وتقدير للذات. بالإضافة إلى ذلك، وجد أن المساندة الاجتماعية المرتفعة تساهم في تقليل معدلات الاكتئاب والقلق لدى النساء (Hamzavi et al, 2016).

بناء على ذلك، فان انخفاض المساندة الاجتماعية أثناء الحمل يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية للمرأة الحامل، مما يؤثر سلبا على جودة حياتها، وقد أظهرت العديد من الدراسات أن اكتئاب الحمل أكثر شيوعا بين النساء اللواتي لديهن حمل غير مخطط له أو غير مرغوب فيه، أو يعانين من أمراض مزمنة، أو يواجهن صعوبات في الحمل الحالي. علاوة على ذلك فقد أظهرت دراسات أخرى أن النساء اللاتي حصلن على مستويات منخفضة من المساندة الاجتماعية أكثر عرضة للإصابة بأعراض الاكتئاب، وانخفاض جودة الحياة، أثناء الحمل مقارنة بالنساء اللاتي تلقين دعما اجتماعيا مرتفعا (Aktas & Yesilcicek Calik, 2015).

كشفت العديد من التحقيقات عن أهمية المساندة الاجتماعية كعامل مؤثر في جودة الحياة لدى النساء الحوامل، حيث أجريت عدة دراسات لاستكشاف العلاقة بينهما، ومن بينها:

دراسة Bedaso et al (2023) والتي كانت بعنوان "التأثير المباشر والوسيط للمساندة الاجتماعية على جودة الحياة المتعلقة بالصحة أثناء الحمل بين النساء الأستراليات". شملت عينة الدراسة 493 امرأة حامل تتراوح أعمارهم بين 34 و39 عاما، تم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية (MOS_SSS_19) ومقياس جودة الحياة SF36. كشفت هذه الدراسة عن العديد من النتائج المهمة منها: أن المساندة الاجتماعية لها ارتباط إيجابي بجودة الحياة، بينما ترتبط سلبا بشدة الإجهاد أثناء الحمل. كما بينت الدراسة أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا وسيطا جزئيا مهما في العلاقة بين الإجهاد المتصور وجودة الحياة أثناء الحمل.

تشير هذه النتائج الى أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا في تقليل تأثيرات الإجهاد، مما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة أثناء الحمل. ويتم تفسير التأثير الوسيط للمساندة الاجتماعية من خلال نموذج التخفيف من الضغوط (الأثر الواقي)، حيث تساهم المساندة الاجتماعية في رفاهية الحوامل من خلال تعزيز التأثير الإيجابي، والقدرة على التكيف مع الضغوط، مما ينعكس إيجابا على جودة حياتها.

وخلصت الدراسة إلى ضرورة دمج المساندة الاجتماعية كتدخل ضمن برامج الرعاية الصحية للنساء الحوامل. فهناك سببان لأهمية المساندة الاجتماعية خلال فترة الحمل، أولا، يمكن للعزلة الاجتماعية أن تمنع النساء الحوامل من الحصول على المساعدة والخدمات الأخرى من شبكة الدعم الاجتماعي المتاحة، مما قد يؤدي إلى تفاقم مشاكل الصحة العقلية وتدهور جودة الحياة. ثانيا، يمكن لتدخلات المساندة الاجتماعية أن تعزز الالتزام بالعلاجات الأخرى الموصى بها، وتقليل التوتر والمشاكل النفسية الأخرى وبالتالي تحسين جودة الحياة.

دراسة Iwanowicz-Palus et al (2019) والتي كانت بعنوان "جودة الحياة والمساندة الاجتماعية وتقبل المرض والفعالية الذاتية بين النساء الحوامل المصابات بفرط سكر الدم". شملت عينة الدراسة 339 امرأة حامل تفوق سن18، وهذا باستخدام الأدوات التالية: مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF)، ومقياس الدعم الاجتماعي (BSSS)، ومقياس تقبل المرض (AIS)، ومقياس الكفاءة الذاتية (GSES). وأظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط بين جودة الحياة والحالة الاجتماعية، فالنساء

الحوامل المتزوجات تحصلن على جودة حياة أعلى مقارنة بالنساء الحوامل غير المتزوجات، كما أظهرت الدراسة بأن الحوامل الأكثر تعليما، واللواتي ظروفهم المعيشية جيدة يتمتعن بجودة حياة أعلى، كما تبين أن النساء الحوامل لأول مرة حصلن على درجات أعلى في جودة الحياة مقارنة بمن حملن ثلاث مرات أو أكثر. بينما أدى استخدام الأنسولين إلى انخفاض كبير في مستوى جودة الحياة. وفيما يتعلق بالمساندة الاجتماعية سجلت الحوامل ذوات التعليم العالي على أعلى الدرجات في مقياس الدعم، وتحصلت ذوات التعليم الابتدائي على أدنى الدرجات. بينما أظهرت النساء في المناطق الريفية حاجة أكبر للحصول على الدعم. كذلك أظهرت الدراسة ارتباطا بين تقبل المرض وجودة الحياة، فالنساء الحوامل المصابات بفرط سكر الدم أظهرن تقبلا أعلى للمرض مقارنة بمريضات السكري المزمن، وأن المساندة الاجتماعية المرتفعة ترتبط بارتفاع جودة الحياة بين الحوامل.

توضح هذه الدراسة بأن العوامل الاجتماعية والديموغرافية مثل الحالة الاجتماعية ومكان الإقامة والتعليم وعدد حالات الحمل والعلاج المستخدم يمكن أن تحدد مستوى جودة الحياة والمساندة الاجتماعية بين النساء الحوامل المصابات بالسكري. وتشير الدراسة أيضا بأن تقبل المرض يعتبر كمؤشر على تكيف المريض مع مرضه ومؤشر تنبؤي لجودة حياة المريض، فالطريقة التي تدرك بها الحامل مرضها والقيود الناتجة عنه تؤثر على مواقفها، على سبيل المثال تجاه العلاج. فالمرضى الذين لديهم مستوى عال من تقبل المرض يتأقلمون أفضل لتغييرات نمط الحياة الضرورية المرتبطة بالمرض، وخاصة المرض المزمن.

إضافة الى أن هذه الدراسة تشير الى أهمية المساندة الاجتماعية كعامل مؤثر بشكل إيجابي على جودة الحياة لدى النساء الحوامل المصابات بفرط السكري، فالنساء اللواتي يتلقين دعما اجتماعيا وعاطفيا مرتفعا يتمتعن بجودة حياة أفضل، مقارنة بمن يعانين من نقص في هذا الدعم، وتؤكد نتائج هذه الدراسة الى ضرورة تعزيز شبكات المساندة الاجتماعية للحوامل لتحسين جودة حياتهن خلال فترة الحمل.

دراسة Xiaowen et al (2018) والتي كانت بعنوان "الاكتئاب والقلق كوسيط في المساندة الاجتماعية المدركة للتنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية". وكان الهدف من هذه الدراسة إظهار التأثيرات المباشرة والتأثيرات الوسيطة بين المساندة الاجتماعية والقلق وأعراض الاكتئاب وجودة الحياة لدى النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية. شملت العينة 101 امرأة حامل في الصين. تم استخدام مقياس تقييم الدعم الاجتماعي (SSRS)، ومقياس

القلق والاكتئاب في المستشفيات (HADS)، ومقياس جودة الحياة EuroQoL ذي الأبعاد الخمسة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباطات سلبية واضحة بين المساندة الاجتماعية وأعراض القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى وجود ارتباطات إيجابية بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى النساء الحوامل، حيث تبين أن للمساندة الاجتماعية تأثيرات مباشرة كبيرة على جودة الحياة، إلى جانب التأثير الوسيط لأعراض القلق والاكتئاب في العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة.

وتعتبر هذه الدراسة كخطوة لاستكشاف الآثار المباشرة وغير المباشرة للمساندة الاجتماعية على جودة الحياة لدى النساء الحوامل مع الأخذ في الاعتبار أعراض القلق والاكتئاب كعوامل وسيطة محتملة، نظرا لأن أعراض القلق والاكتئاب تتعايش عادة مع الأمراض المزمنة فهي تعتبر كأعراض استجابية للأمراض المزمنة.

دراسة Pires et al (2014) التي هدفت إلى فحص التأثير غير المباشر للإدراك السلبي للحمل على جودة الحياة من خلال شدة أعراض الاكتئاب على عينة من المراهقات الحوامل، واستكشاف مدى رضا المراهقات عن الدعم من أمهاتهم أو شركائهم partners. شملت العينة 395 مراهقة حامل بالبرتغال تتراوح أعمارهم بين 12 و19 سنة، باستخدام استبيان الدعم الاجتماعي والاكتئاب. أظهرت نتائج الدراسة بأن الحمل يؤثر بشكل غير مباشر على جودة الحياة من خلال شدة أعراض الاكتئاب، بينما لم يظهر هناك تأثير مباشر للحمل على جودة الحياة بعد السيطرة على شدة أعراض الاكتئاب. كما تبين أيضا أن تصور المراهقات بأن حملهن له تأثير سلبي على حياتهن يتنبأ بانخفاض جودة الحياة أثناء الحمل من خلال زيادة شدة أعراض الاكتئاب لديهن. وتم تخفيف هذا التأثير غير المباشر من خلال رضا المراهقات عن المساندة التي يتلقونها. مع ذلك، فان المساندة الاجتماعية من الأم والشريك بمثابة عامل وقائي ضد سوء التكيف من خلال إضعاف الارتباط بين التصور السلبي لتأثير الحمل وزيادة شدة أعراض الاكتئاب.

تسلط الضوء هذه الدراسة على الدور الوقائي للمساندة الاجتماعية، وتوضح كيف ينبغي توجيه المساندة الاجتماعية في التدخلات للحد من مخاطر سوء التوافق في الانتقال إلى الأمومة خلال فترة المراهقة.

دراسة Shishehgar et al (2013) تناولت العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة ومستوى التوتر لدى النساء الحوامل باستخدام نموذج المسار PATH Model. تم إجراء الدراسة على عينة قوامها 210 امرأة حامل بمستشفى Shahriar. تم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية (SS_A) وجودة الحياة

(WHO QOL_BREF). أظهرت النتائج أن جودة الحياة لها تأثير أكبر على الإجهاد أثناء الحمل، فكلما كانت جودة الحياة أفضل، انخفض مستوى الإجهاد خلال الحمل. وأن المساندة الاجتماعية تؤثر بشكل غير مباشر وجودة الحياة بشكل مباشر على الإجهاد أثناء الحمل. كما أظهرت الدراسة أيضا أن النساء اللواتي يتلقين مساندة اجتماعية كافية على الرغم من المستويات العالية من الإجهاد يتعرضن لمضاعفات أقل أثناء الحمل، بينما يزداد الإجهاد عند النساء الحوامل مع تناقص المساندة الاجتماعية.

بالتالي، فان الدعم الاجتماعي يعمل كوسيط يقلل من الإجهاد، مما يؤدي بدوره إلى تحسين جودة الحياة. وبناء على هذه النتائج أوصت الدراسة بضرورة اتخاذ تدابير لزيادة تعزيز المساندة الاجتماعية وجودة حياة النساء الحوامل للحد من التوتر وعواقبه السلبية خلال هذه الفترة. وتشير هذه الدراسة بأن المساندة الاجتماعية تعمل على تحسين جودة حياة الأفراد من خلال تعزيز مشاعرهم الإيجابية والقدرة على التعامل مع الضغوط، فقد أوضحت الأبحاث أن المساندة الاجتماعية تؤثر بشكل مباشر على جودة الحياة للأفراد على سبيل المثال (الأفراد الذين لديهم مساندة اجتماعية أقل، لديهم معدل أقل لجودة الحياة، مقارنة بالذين يتمتعون بمساندة اجتماعية أكبر).

تبين هذه الدراسات التي تم التطرق اليها عن الأهمية البارزة للمساندة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة لدى النساء الحوامل خاصة المصابات بأمراض مزمنة، بالإضافة إلى تعزيز الالتزام بالعلاجات الطبية، مما يساهم في التأقلم مع التغييرات اللازمة في نمط الحياة، كما تعمل المساندة الاجتماعية على تقليل مشاعر العزلة وتعزيز الصحة النفسية. كذلك تشدد الدراسات على ضرورة دمج المساندة الاجتماعية كجزء من الرعاية الصحية خلال فترة الحمل لتعزيز جودة الحياة للحوامل، وخاصة اللواتي يعانين من الضغوطات والأمراض المزمنة.

أيضا هنالك العديد من الدراسات التي أظهرت العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة:

كدراسة Ruiz-Rodríguez et al (2021) التي هدفت الى استكشاف العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة والضغوط لدى مرضى السرطان، التي أظهرت أن الدعم العاطفي الذي تقدمه الأسرة أو الشريك يساهم في تخفيف القلق المرتبط بالمرض، كما أوضحت الدراسة أن الدعم المعلوماتي يساهم في تمكين المرضى من فهم مرضهم وعلاجه، مما يمنحهم شعورا بالسيطرة على المرض، وفيما

يتعلق بمصادر المساندة الاجتماعية، أشارت النتائج الى أن شبكات الدعم الوثيقة، مثل الأسرة والأصدقاء، ترتبط بشكل إيجابي بجودة حياة المرضى.

ركزت الدراسة أيضا على الدور المهم على أهمية الرضا عن الدعم المعلوماتي، خاصة من الأصدقاء، حيث يوفر الأصدقاء دعما إضافيا كونهم يتشاركون اهتمامات مع المرضى، وتقديم النصائح، وتوفير المعلومات التي يحتاجها المرضى، مما يقلل من مستويات التوتر المرتبطة بالمرض وتحسين جودة حياتهم.

من جهة أخرى، أكدت الدراسة أن استمرار تقديم الدعم لا يعني بالضرورة رضا المريض عنه، ومع ذلك، فإن توافر الدعم يعتبر عنصرا أساسيا في علاج المشاكل الصحية، وتحسين جودة الحياة، حيث أظهر المرضى الذين لا يتلقون مساندة اجتماعية كافية من المتخصصين الصحيين قدرة أقل على التعامل مع المشاكل المرتبطة بالمرض مما يؤدي الى تدهور جودة حياتهم. وتتفق هذه النتائج مع نموذج التخزين المؤقت buffering hypothesis والذي يشير بأن المساندة الاجتماعية تلعب دورا وقائيا ضد التأثير السلبي للضغوط.

ان تعزيز أنظمة الدعم الاجتماعي يمكن أن يساعد في تجنب الآثار الضارة على الصحة، مما يؤدي إلى تحسين جودة حياة المرضى. وتؤكد هذه الدراسة أيضا على أن الدعم العاطفي هو النوع الأكثر أهمية، الا أن لكل نوع من أنواع الدعم وظيفة محددة، فالدعم المعلوماتي، وخاصة من العائلة والأصدقاء، يعتبر كمؤشر جيد لتحسين جودة حياة المريض.

وفي هذا الإطار ينظر الى المساندة الاجتماعية على أنها نظام من المساعدة المعنوية أو المادية يقدم للأفراد من قبل أعضاء ضمن شبكة اجتماعية، ويمكن للمساندة الاجتماعية الجيدة أن تحسن ثقة الفرد بنفسه، وقدرته على التعامل مع المشاعر السلبية، مما يساهم في تحسين جودة الحياة، لذا هناك ارتباط كبير بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة. ويعتبر أفراد الأسرة كمصدر دعم مستمر للأفراد، ويمكن للعلاقات الحميمة بين أفراد الأسرة أن تزيد من كمية ونوع الدعم الذي يتلقونه (Yang et al, 2023).

وأظهرت دراسة Qi et al (2021) حول "التأثيرات المتعددة للمساندة الاجتماعية على جودة الحياة" الى دور المساندة الاجتماعية وسلوكيات الإدارة الذاتية في تحسين جودة الحياة لدى المرضى المسنين المصابين بالسكري. وبينت النتائج أن المساندة الاجتماعية تساهم بشكل مباشر في تحسين جودة الحياة، بينما يعاني

المرضى الذين يفتقرون الى المساندة الاجتماعية والادارة الذاتية غير الفعالة، من تدهور في جودة حياتهم. استندت النتائج إلى نظرية السلوك المخطط، موضحة على أن التعليم المتعلق بالإدارة الذاتية يساعد المرضى في تبني استراتيجيات سلوكية ونفسية اجتماعية فعالة، مثل تعزيز المساندة الاجتماعية.

كما أوضحت الدراسة أهمية ودور الأطباء في تحسين جودة الحياة لدى المرضى، من خلال توجيههم نحو استراتيجيات إدارة فعالة تعتمد على التعليم والمعلومات. كما أشارت الدراسة إلى أن انخفاض المساندة الاجتماعية يرتبط بتغيرات فسيولوجية، مثل تفعيل محور تحت المهاد–الغدة النخامية–الغدة الكظرية والجهاز العصبي الودي، مما يؤدي إلى زيادة مقاومة الأنسولين وتدهور الحالة الصحية المرتبطة بداء السكري. وبناء على هذه النتائج، أوصت الدراسة بضرورة تطوير بروتوكولات تدخل تهدف الى تعزيز المساندة الاجتماعية وتحسين التحكم في مستويات السكر من خلال تعزيز سلوكيات الإدارة الذاتية مما يعزز جودة الحياة لدى مرضى السكري.

أكد Sterrett et al (2011) بأن المستويات المرتفعة من المساندة الاجتماعية (الأسرة والأصدقاء) تساهم بشكل إيجابي في تعزيز الأداء النفسي والاجتماعي، بالإضافة إلى دورها في الوقاية من مشكلات الصحة العقلية.

وفي هذا السياق أظهرت دراسات كل من Labrague et al (2021) و Soleiman et al (2020) و Shojaei et al (2019) والتي هدفت الى تقييم جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية، الى وجود علاقة إيجابية بين مستوى المساندة التي يدركها الأفراد من شبكاتهم الاجتماعية وبين تصوراتهم لجودة الحياة، فكلما زادت المساندة الاجتماعية المدركة، تحسنت جودة حياة الأفراد.

أما دراسة Abshire (2018) أشارت الى أن الأفراد المصابين بأمراض مزمنة والذين يحصلون على مستويات عالية من المساندة الاجتماعية يتمتعون بجودة حياة أفضل مقارنة بالأفراد الذين يتلقون مساندة اجتماعية منخفضة.

دراسات أخرى دعمت هذه الفكرة، كدراسة Bautista et al (2012) التي أكدت أن المستويات المرتفعة من المساندة تقلل من التوتر ومستويات الاكتئاب، مما يعزز الصحة النفسية لدى الأفراد.

أيضا تم تأكيد التأثيرات الإيجابية للمساندة الاجتماعية على النتائج الصحية وجودة الحياة على نطاق واسع، في دراسة Miao et al (2016) حيث أشارت الى أن الشبكات الاجتماعية الداعمة تلعب دورا كبيرا في مساعدة الأفراد على التكيف مع الأحداث المجهدة المختلفة، مما يقلل تأثيرها السلبي على الصحة من خلال المسارات السلوكية والنفسية والفسيولوجية.

بالإضافة الى ذلك أشارت دراسة Orwelius et al (2011) حول دور الاندماج الاجتماعي كعامل مهم لتحسين جودة الحياة بعد الإصابة بأمراض خطيرة، بأن الشبكات الاجتماعية الأكبر والأكثر دعما ترتبط بانخفاض مستويات التوتر، مع شعور أكبر بالرفاهية النفسية والكفاءة الذاتية، مما ينعكس إيجابا على جودة الحياة. وعلى النقيض من ذلك، ترتبط الشبكات الاجتماعية الضعيفة أو العزلة الاجتماعية بانخفاض جودة الحياة، وتدهور الصحة النفسية والجسدية، وارتفاع معدل الوفيات.

تبرز هذه الدراسات أهمية المساندة الاجتماعية كعامل أساسي في تحسين جودة الحياة، وتساهم هذه المساندة في تقليل التوتر وتعزيز الصحة النفسية والجسدية خاصة لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة.

ولكن توصلت دراسة Kollerits et al (2023) والتي هدفت الى استكشاف الارتباطات بين جودة الحياة والالتزام بالعلاج والمساندة الاجتماعية للمرضى الذين يعانون من أمراض الغدة الدرقية، الى وجود ارتباطات ضعيفة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية. شملت عينة الدراسة على 885 من مرضى يعانون من اضطراب الغدة الدرقية (824 يعانون من قصور الغدة الدرقية، و61 يعانون من فرط نشاط الغدة الدرقية). أظهرت الدراسة عدم وجود فروق بين المرضى الذين يعانون من أنواع مختلفة من اضطرابات الغدة الدرقية في جودة الحياة والالتزام بالعلاج والمساندة الاجتماعية، مع وجود علاقة إيجابية بين الالتزام العالي وجودة حياة أفضل، ويمكن للمساندة الاجتماعية أن تساهم في هذا الارتباط.

أكدت الدراسة بأن جميع أنواع مرضى الغدة الدرقية يعانون من تحديات نفسية وجسدية (تغيرات في المزاج، تساقط الشعر)، مما يؤثر على جودة حياتهم ونهجهم في التعامل مع حالتهم وعلاجهم، لذا فهم يحتاجون الى مساندة اجتماعية مرتفعة للتغلب على هذه التحديات.

خلصت الدراسة الى أن أحد الأهداف الأساسية للرعاية الصحية هو تحسين جودة حياة المرضى المزمنين والمساهمة في زيادة متوسط العمر المتوقع، ويلعب الاخصائيون النفسانيون دورا رئيسيا في زيادة الالتزام من خلال التثقيف الصحي للمرضى وتقليل مخاوفهم بشأن الأدوية وآثارها الجانبية، بالإضافة الى ذلك يمكن للأخصائيين أن يساهموا في تعزيز المساندة الاجتماعية، سواء من خلال الجلسات الفردية أو العلاج الجماعي لمرضى قصور الغدة الدرقية، أخيرا، يمكن مساعدة المرضى على التعامل مع الأعراض الجسدية والنفسية المرتبطة بالمرض من خلال تطبيق تقنيات إدارة الضغط وتعزيز الثقة بالنفس وتقديرهم لذاتهم ومساعدتهم على الحفاظ على الاستقرار العاطفي.

6_العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى الحوامل

أوضحت الأدبيات الى وجود آليات مختلفة تشرح كيفية تأثير المساندة الاجتماعية على الالتزام بالعلاج مثل تخفيف التوتر وتمكين الفرد من الانخراط في أنشطة أكثر تكيفا، وعلى النقيض من ذلك، يمكن للشبكات الاجتماعية غير الداعمة أن تغير العادات الصحية من خلال زيادة الضغوط التي تؤثر على المواقف والسلوكيات اللازمة للالتزام (Shahin et al, 2021).

ان المستويات المرتفعة من المساندة الاجتماعية تساهم في تحسين السلوكيات الصحية وتعزيزها، ويمكن أن تؤثر بشكل إيجابي على النتائج الصحية البدنية والمعرفية والنفسية. وتعد شبكات الأسرة وشبكات الأصدقاء مصدرا للمساندة الاجتماعية للأفراد، التي تلعب دورا في تعزيز سلوكياتهم المتعلقة بالصحة. (Wu & Sheng,2019)

وقد أظهرت دراسة كل من Thoits (2011)، Mo et al (2011)، Kim et al (2015) حول دور المساندة الاجتماعية، بأن المساندة الاجتماعية قد تؤثر على الفرد جسديا ونفسيا، مما قد يؤدي إلى اتخاذ إجراءات صحية ايجابية كممارسة النشاط البدني واتباع نظام غذائي والالتزام بالعلاجات الطبية. وفي هذا السياق أشارت دراسة Gillison et al (2019) ودراسة Cruwys et al (2015) بأن المساندة الاجتماعية تدفع الأفراد الى ممارسة سلوكات تعزز الصحة بطرق مختلفة، على سبيل المثال يمكن للأصدقاء والأسرة وأشخاص اخرين داعمين للفرد تقديم أشكال مختلفة للدعم سواء كان ذلك من خلال تقديم المعلومات، أو المساعدة الملموسة، أو عبر تقديم نماذج للسلوكيات الصحية الإيجابية.

أما فيما يخص النساء الحوامل، فقد تناولت دراسة Martin et al (2017) العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى النساء الحوامل (الالتزام بدواء حمض الفوليك والحديد ومكملات الكالسيوم) Iron And Folic Acid(IFA) . ركزت الدراسة على استراتيجية "شريك الالتزام" وهو شخص تحدده المرأة الحامل من شبكتها الاجتماعية كأحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران، ليقدم لها التذكيرات والتشجيع والدعم لضمان الالتزام بالعلاج. شملت عينة الدراسة 1036 حامل بكينيا، يتراوح عمر حملهن بين 16_30 أسبوع، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مؤسسات صحية. توصلت الدراسة الى وجود ارتباط إيجابي بين المساندة الاجتماعية والالتزام بتناول مكملات الكالسيوم، حيث كانت معدلات الالتزام مرتفعة. أكدت الدراسة أيضا إلى أهمية المساندة من الأسرة من أجل تعزيز الالتزام بالعلاج، وأن استراتيجية شريك الالتزام لديها القدرة على زيادة المساندة الاجتماعية وبالتالي الالتزام بالعلاج. وأوصت الدراسة بدمج مكملات الكالسيوم في خدمات رعاية ما قبل الولادة جنبا إلى جنب مع مكملات الحديد وحمض الفوليك (IFA) Iron And Folic Acid بهدف تقليل معدلات وفيات الأمهات.

أما دراسة Psaros et al (2020) تناولت تأثير الاكتئاب، والوصم الاجتماعي، والمساندة الاجتماعية، على الالتزام بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية nonadherence to antiretroviral لدى النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية بجنوب أفريقيا. شملت عينة الدراسة 200 امرأة حامل بمتوسط عمر 28 سنة. أظهرت النتائج أن النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية يعانين من ارتفاع في أعراض الاكتئاب ومستويات مرتفعة من الوصم لانخفاض المساندة الاجتماعية، مما قد يعكس إلى صعوبة الوصول إلى الدعم، أو رفض الدعم بسبب المرض، أو أن أعراض الاكتئاب تجعل من الصعب الوصول إلى الدعم. ومع ذلك فقد ارتبطت المساندة الاجتماعية المرتفعة بزيادة الالتزام بالعلاج.

أوصت الدراسة بضرورة تطوير تدخلات تستهدف ليس فقط معالجة أعراض الاكتئاب، بل تشمل أيضا تقليل المستويات المرتفعة من الوصم الاجتماعي، وتعزيز المساندة الاجتماعية، لدعم الالتزام بالعلاج ومنع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.

تشير الدراسات السابقة عموما إلى أن المساندة الاجتماعية ترتبط بشكل إيجابي بالحالة الصحية، لكن البحوث تفتقر إلى الإجماع على الآليات التي تعمل من خلالها هذه العلاقة. وقد حددت الأبحاث الحديثة بأن المساندة الاجتماعية تعتبر كعامل وقائي للصحة البدنية والعقلية. وفي حين أن آلية تأثير المساندة الاجتماعية على الالتزام بالعلاج ليست واضحة تماما، فقد سلطت بعض الدراسات الضوء على المسار

النفسي المحتمل للعلاقة. على سبيل المثال، افترض نموذج تخفيف التوتر أن المساندة الاجتماعية تقلل من إدراك التوتر، ويضعف الارتباط بين التوتر والنتائج السلبية (Cohen,2004).

تشير بعض الأدلة إلى أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما في تعزيز الالتزام بالعلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة. وقد تم تسليط الضوء على هذه العلاقة من خلال دراسات مثل دراسة Osborn & Egede (2012) و Johnson et al (2010) التي هدفت إلى استكشاف تأثير الدعم الاجتماعي على مدى التزام المرضى بخططهم العلاجية.

أكدت دراسة Taher et al (2014) حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بعلاج ارتفاع ضغط الدم، بأنه توجد علاقة قوية بين المساندة الاجتماعية ومستوى الالتزام بنظام العلاج لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، حيث تبين أن المرضى الذين لديهم مستويات متوسطة إلى عالية من المساندة الاجتماعية يظهرون التزاما أعلى بالعلاج. علاوة على ذلك، وجد أن ضعف الالتزام كان مرتبطا بانخفاض مستوى المساندة الاجتماعية .

في هذا السياق كشفت دراسة Affusim & Francis(2018) حول تأثير الدعم الاجتماعي على الالتزام بالعلاج بين مرضى السكري عن وجود ارتباط كبير بين الدعم الاجتماعي والالتزام بالأدوية.

من ناحية أخرى أظهرت دراسة Pereira et al (2008) حول تأثير البيئة الأسرية والدعم على الالتزام والتحكم في التمثيل الغذائي وجودة الحياة لدى المصابين بالسكري، بأن المساندة الاجتماعية تشجع على الالتزام بشكل أفضل بأدوية السكري الموصوفة، كما أن المساندة الاجتماعية من الأسرة يتنبأ بارتفاع الالتزام وتحسين جودة الحياة.

وأظهرت دراسة Scheurer et al (2012) حول الارتباط بين أنواع مختلفة من المساندة الاجتماعية والالتزام بالأدوية، بأن عدم الالتزام بالعلاج يمكن أن يعزى إلى مجموعة من العوامل، من بينها المساندة الاجتماعية غير الكافية، وخاصة عندما يكون نظام العلاج معقدا.

علاوة على ذلك أشارت دراسة Kim et al (2015) حول الدور الوسيط للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين أعراض الاكتئاب والالتزام بالأدوية وأنشطة الرعاية الذاتية لدى المصابين بداء السكري من النوع 2، بأن المساندة الاجتماعية تلعب دورا وسيطا في تقليل التأثير السلبي لأعراض الاكتئاب على الالتزام

بالأدوية. كما ركزت هذه الدراسة على أهمية التأثير المباشر للمساندة الاجتماعية على الالتزام بالأدوية وأنشطة الرعاية الذاتية.

وتعزيزا لهذه النتائج، دعمت دراسة Shahin et al (2021) النتائج السابقة مشيرة أن مستوى المساندة الاجتماعية ترتبط بشكل إيجابي بالالتزام بالعلاج.

استنادا الى هذه الدراسات يتضح أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا في تعزيز الالتزام بالعلاج، خاصة لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة. اذ تساهم المساندة المرتفعة في تقليل التوتر والاكتئاب وتحسين الصحة النفسية، فضلا عن دورها في تعزيز الالتزام بالأدوية الموصوفة.

خلاصة

يتضح أن المساندة الاجتماعية تعد أحد العوامل التي تؤثر إيجابا على جودة الحياة والالتزام بالعلاج، خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة، فقد أثبتت العديد من الدراسات بأن المساندة الاجتماعية من مستويات الاكتئاب والتوتر، وتعزز الصحة النفسية والجسدية، بالإضافة الى تحسين سلوكيات الإدارة الذاتية والالتزام بالأدوية الموصوفة. كما أظهرت العديد من الدراسات أن وجود شبكات اجتماعية داعمة يساهم في تبني استراتيجيات فعالة لمواجهة التحديات الصحية، مما يعزز شعور الأفراد بالرفاهية.

وعلى الرغم من أن التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية على الصحة أصبح موضع اتفاق واسع، الا أن الأبحاث الحديثة ركزت على فهم الكيفية التي يحدث بها هذا التأثير، مشيرة إلى أن المساندة قد تعمل بصورة مباشرة أو من خلال عوامل نفسية وسيطة.

الفصل الثالث: جودة الحياة ودورها في تحسين الصحة

تمهيد

1_ مفهوم جودة الحياة

2_أهمية دراسة جودة الحياة لدى المريض المزمن

3_ مؤشرات جودة الحياة

4_ مجالات جودة الحياة

5_ النظريات المفسرة لجودة الحياة

6_ جودة الحياة في ميدان الصحة

خلاصة

تمهيد

تعد جودة الحياة مفهوما شاملا يعكس الحالة العامة للفرد من حيث الرفاهية الجسدية، النفسية، والاجتماعية. ومع ذلك يواجه بعض الباحثون أحيانا صعوبة في تعريفه لتداخله مع مصطلحات أخرى مشابهة مثل الرفاه، والسعادة، والرضا عن الحياة، والعافية، أو ارتفاع مستوى المعيشة.

جودة الحياة هي مفهوم فردي، حيث يختلف تصور كل شخص لها وفقا لرغباته وتوقعاته ورضاه عن حياته، سواء كان في حالة صحية جيدة أو يعاني من مرض. وقد حظي هذا المفهوم باهتمام متزايد لا سيما في مجال الرعاية الصحية، نظرا لأهميته في تقييم الصحة العامة ورفاهية الأفراد. وفي هذا السياق، تحظى جودة الحياة لدى النساء الحوامل باهتمام متزايد نظرا لما يمكن أن تواجهه المرأة خلال هذه المرحلة من تغيرات تؤثر على حالتها الصحية والنفسية. الا أن جودة الحياة يمكن تعزيزها من خلال توفير الرعاية الصحية المتكاملة، توفير المساندة الاجتماعية، الاهتمام بالجوانب النفسية المرتبطة بالحمل.

1_مفهوم جودة الحياة

يعتبر مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي تتقاطع بين ميدان العلوم الطبيعية والإنسانية وتشترك مع ثلاثة فروع علمية رئيسية: الاقتصاد، الطب، والعلوم الاجتماعية، يقدم كل فرع تصوره حول مفهوم جودة الحياة مما يساهم في إثراء الفهم الشامل له. كما تعد جودة الحياة أحد ركائز علم النفس الإيجابي، الذي تأسس عام 1988 على يد عالم النفس الأمريكي مارتن سليجمان Seligman Martin وركز على كيفية تحقيق الرضا والسعادة.

إن دراسة جودة الحياة اكتسبت أهمية كبيرة من المنظور النفسي، حيث أدرك علماء الاجتماع والاقتصاد وصانعي القرار أن الحياة لا يمكن أن يقتصر على الأرقام والإحصائيات، بل تشمل تجارب الأفراد واستجاباتهم العاطفية، كما أن مفهوم جودة الحياة يتسم بالتعقيد والتنوع لأنه يطوق مجالات مختلفة مثل المرض والعلاج والصحة العقلية والرفاه الاجتماعي والاقتصادي، وتشير الدراسات الحديثة الى صعوبة تحديد جودة الحياة بدقة وذلك للأسباب التالية:

- الغموض المفاهيمي: تعد جودة الحياة من المفاهيم الغامضة، وغالبا ما يتم الخلط بينها وبين مفاهيم ذات الصلة مثل السعادة، تقدير الذات، الصحة النفسية، ورضا الفرد عن حياته. ونتيجة لهذا يظهر تنوع كبير في الأساليب المستخدمة لقياسها.
- التخصص العلمي: تختلف تعاريف جودة الحياة حسب اختصاص كل مجال علمي، فقد قام المتخصصون في مختلف المجالات بتحديدها وفقا لرؤيتهم الخاصة. ويستخدم البعض هذا المفهوم لتقييم كفاءة برامج الخدمات الطبية والاجتماعية، والبعض يستخدمه كوسيلة للتعبير عن مستوى الرقي.
- التغير الديناميكي: مفهوم جودة الحياة ليس ثابتا على مر الزمن، بل يتأثر بالحالة النفسية والمراحل العمرية التي يمر بها (Sinha, 2019, pp.3_4).
- الشمولية: لا يقتصر المفهوم على غياب المرض، بل يتسع ليشمل الجوانب الايجابية أيضا، وقد اعتبرت بعض الدراسات جودة الحياة على أنها نتاجا للصحة النفسية، وأكدت على أهمية تحسين جودة الحياة كهدف واضح لبرامج الصحة النفسية.
- العوامل الثقافية: تحدد هذا المفهوم بعض المتغيرات الثقافية، مما يؤدي إلى وجود اختلافات في التعريف بين مختلف الثقافات.
- الأسس النظرية: غياب نظرية شاملة لمفهوم جودة الحياة، فهو يشير إلى أطر نظرية مختلفة (Bruchon-Schweitzer & boujut, 2014, p.39).

يعرف لانديسمان (Landesman, 1986) جودة الحياة بأنها "مجموعة من الظروف الحياتية القابلة للقياس بشكل موضوعي والتي يعيشها الفرد، وتشمل الصحة البدنية، والظروف الشخصية (المال، والظروف المعيشية) والعلاقات الاجتماعية، والأنشطة الوظيفية، والتأثيرات الاجتماعية والاقتصادية الأوسع، وأن الاستجابة الذاتية لمثل هذه الظروف هي مجال الرضا الشخصي عن الحياة" (Felce & Perry, 1995, p.54).

في السياق ذاته يرى Haas (1996) أن جودة الحياة هي " تقييم متعدد الأبعاد لظروف حياة الفرد الحالية في سياق ثقافته وقيمه، وفي المقام الأول هي شعور ذاتي بالرفاهية يشمل الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية" (ص.738).

ووفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية world Health Organisation (WHO) هي "إدراك الأفراد لوضعهم في الحياة في سياق الثقافة ونظم القيم التي يعيشون فيها، وفي علاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم وقيمهم واهتماماتهم" (WHO,1997). ويعتبر هذا المفهوم واسع النطاق يتأثر بشكل معقد بعوامل متنوعة مثل الصحة الجسدية للفرد وحالته النفسية، مستوى استقلاله، وعلاقاته الاجتماعية وعلاقاته بالجوانب المهمة بالبيئة التي يعيش فيها.

أكد كل من bonomi, patirick, bushnell, martin (2000) أن جودة الحياة مفهوم يصعب تعريفه وقياسه ولكن بشكل عام يمكن اعتباره على أنه مفهوم متعدد الأبعاد يرتبط بالتصورات الذاتية للحالة الذهنية الحالية للفرد (theofilou, 2013, p.150).

بينما أشار (soyemi et al, 2022) بأن جودة الحياة " مصطلح يعكس الرفاه الجسدي والاجتماعي والعاطفي للفرد، ومدى قدرته على القيام بمهام الحياة".

جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد، يشمل مجالات الحياة المتعددة التي تجمع المعلومات الموضوعية حول ظروف المعيشة إلى جانب وجهات النظر الذاتية للأفراد حول حياتهم وتجاربهم، وبالتالي لا يمكن تحديد جودة الحياة من خلال الظروف الموضوعية وحدها، بل يتطلب الأمر أيضا فهم تجارب وتقييمات الأفراد، وكيفية تأثيرها على تحسين رفاهيتهم (Saitluanga, 2017, p.90).

يتفق Tonon (2020)على هذا النهج المتكامل لجودة الحياة ويؤكد أنها " مفهوم متعدد الأبعاد، يشمل عدة مجالات يختلف تقديرها وتقييمها من قبل الأفراد وفقا للأهمية التي يمنحونها لكل مجال في حياتهم". يتضمن هذا التعريف كلا من النهج الموضوعي الكمي quantitative–Objective Approach حيث يركز على ما يمتلكه الأفراد وما يمكن ملاحظته وقياسه بشكل مباشر)، والنهج النوعي ذاتي –Qualitative Subjective Approach الذي يعكس ما يشعر به الأفراد ويمكن ملاحظته بشكل مباشر) (ص.1).

انطلاقا من التعريفات السابقة يتبين أن مفهوم جودة الحياة يفتقر الى تعريف موحد، فهو مفهوم تكاملي، لا يقتصر على الحالة الصحية أو مستوى المعيشة فقط، ولكن يتضمن أيضا الرضا الشخصي، الرفاهية الذاتية وغيرها من الجوانب.

بناء على ذلك يعتبر مفهوم جودة الحياة بناء كلي شامل يتأثر بمختلف جوانب حياة الفرد، يتكون من مجموعة من المتغيرات التي يمكن قياسها باستخدام مؤشرات ذاتية وموضوعية، توفر هذه المؤشرات فهما أعمق لكيفية تأثير العوامل المختلفة على جودة الحياة.

2 _أهمية دراسة جودة الحياة لدى المريض المزمن:

لقد ظلت جودة الحياة لدى المريض المزمن تقاس بناء على الفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة وبوجود المرض، دون الأخذ بعين الاعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج، لكن من ميزات دراسة جودة الحياة أنها لا تقتصر على الجوانب الجسدية فقط، بل تركز أيضا على الجوانب الانفعالية، الاجتماعية والوظيفية.

وهناك عدة أسباب لدراسة جودة الحياة لدى المصابين بأمراض مزمنة من أبرزها:

- تحديد كيفية تأثير الاضطرابات الصحية على أنشطة الحياة اليومية للفرد: هذا التحديد من شأنه أن يزودنا على تصميم تدخلات واستراتيجيات لتحسين جودة الحياة.
- الكشف عن المشكلات الصحية المحتملة: يمكن لمقاييس جودة الحياة أن تكشف عن المشكلات التي من المحتمل أن تظهر لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة.
- تقييم فعالية العلاج: تساعد مقاييس جودة الحياة بتقييم تأثير العلاجات على جودة الحياة، فعلى سبيل المثال إذا كان لعلاج السرطان معدلات بقاء متوسطة وتنتج عنه آثارا جانبية ضارة، فقد يكون العلاج أكثر ضررا من المرض.
- مقارنة العلاجات المختلفة: يمكن استخدام معلومات جودة الحياة لمقارنة العلاجات، مثلا عند وجود نوعين من البروتوكولات العلاجية ذات معدلات بقاء متكافئة تقريبا ولكن أحدهما يقلل من جودة الحياة إلى حد كبير، فان العلاج الذي يحافظ على جودة حياة مرتفعة هو الأفضل.
- مساعدة الممارسين الصحيين في اتخاذ القرارات العلاجية: يمكن للمعلومات المتعلقة بجودة الحياة أن تساعد الممارسين على الرعاية الصحية على اختيار العلاجات التي من شأنها تزيد من فرص البقاء (على المدى الطويل) مع أفضل مستوى ممكن من جودة الحياة.

- التحسين من تطور المرض وتقليل الحاجة للعلاج: تساعد جودة الحياة المرتفعة في تقليل معدل تطور المرض، وظهور الأعراض، مما قد يقلل الحاجة الى التدخلات العلاجية (Taylor, 2018, p. 220_ 221) .

تشير الأبحاث إلى أن الحالات الصحية المزمنة، مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري، التي قد تترافق مع الحمل أو تظهر خلاله، تؤثر بشكل كبير على جودة حياة المرأة (Stern et al, 2014). كما أن الأعراض الجسدية الشائعة التي تواجهها الحوامل، مثل الغثيان، القيء، آلام أسفل الظهر، وضيق التنفس، الأرق، إلى جانب التغيرات العاطفية والجسدية، تعيق قدرة المرأة على أداء أدوارها المختلفة وتقلل من جودة حياتها (Calou et al, 2014) .

هذه التأثيرات تسلط الضوء على أهمية تحسين جودة الحياة للمرضى الذين يواجهون مشكلات صحية مزمنة، بما في ذلك الحوامل اللاتي يعانين من ظروف صحية خطيرة.

وانطلاقا من أهمية دراسة جودة الحياة لدى المصابين بأمراض مزمنة، يمكن أن نتفق على أن النظر إلى هذا الجانب يعد أمرا ضروريا خاصة بالنسبة للنساء الحوامل اللواتي يعانين من مثل هذه الأمراض. فالتركيز على جودة الحياة في هذه الحالة لا يشمل فقط تقييم الحالة الصحية الجسدية، بل يمتد ليشمل التأثيرات النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على الحامل. وبالتالي، فان قياس جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة يمكن أن يساهم في تحسين استراتيجيات الرعاية الصحية الموجهة لهن، من خلال تصميم تدخلات تركز على تعزيز رفاهيتهن النفسية والاجتماعية والصحية.

إذ يمكن لتقييم جودة الحياة أن يوفر نظرة شاملة حول تأثير الحمل والمرض على جوانب مختلفة من حياتهن، بما في ذلك البدنية والنفسية والاجتماعية، وبالتأكيد يمكن للرعاية الصحية أن تساعد الحوامل على التعامل مع التحديات الصحية وبناء استراتيجيات لتحسين جودة حياتهن وبالتالي تحقيق نتائج ايجابية. بالإضافة الى ذلك، فان التركيز على جودة الحياة يمكن أن يساعد في تقييم فعالية العلاجات.

3_مؤشرات جودة الحياة:

يرى فرانك Andrews Frank M أن جودة الحياة كنتيجة لتفاعل بين المؤشرات الموضوعية والذاتية، ووفقا له، فإن المؤشرات الموضوعية تتكون من " أعداد تمثل مختلف أنواع الظواهر" بينما تشمل المؤشرات الذاتية" تصورات الأفراد ومشاعرهم"(Sinha, 2019, p.10). بمعنى أوسع، تشمل المؤشرات الموضوعية المعايير القابلة للقياس كميا مثل مؤشرات الصحة والتعليم ومعدلات الجريمة وأرقام البطالة، حيث يمكن قياسها وتحديد كميتها بشكل مباشر، واستخدامها أثناء تقييم جودة حياة الأفراد في منطقة معينة في نقطة زمنية معينة، في المقابل، تشمل المؤشرات الذاتية الظواهر التي تستند إلى "تصورات الفرد ومشاعره واستجاباته (Sirgy, 2012).

ومن هنا يمكن تمييز مجموعة من المؤشرات التي يمكن أن تساعد في تقييم جودة الحياة وهي: المؤشرات النفسية، المؤشرات الاجتماعية، المؤشرات المهنية، المؤشرات الجسمية (ادم والجاجان، 2014، ص.352).

وفي سياق الحوامل المصابات بأمراض مزمنة يمكن استخدام هذه المؤشرات في تقييم جودة الحياة:

- **المؤشرات النفسية:** وتتمثل في شعور الحامل بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض، التعامل مع التحديات النفسية المرتبطة بالحمل والمرض النفسي، أو الشعور بالسعادة والرضا.
- **المؤشرات الاجتماعية:** وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، ومدى مشاركة الحامل في الأنشطة الاجتماعية، بالإضافة الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه.
- **المؤشرات المهنية:** تتعلق بالبيئة العملية وكيفية تأثير الحمل على الحياة المهنية للنساء الحوامل مثل مستوى رضاها عن مهنتها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفتها والتكيف معها.
- **المؤشرات الجسمية:** تشمل رضا الحامل عن حالتها الصحية، والتعايش مع الآلام، والنوم، والتغذية السليمة، والرعاية الصحية اللازمة.

بمعنى آخر، جودة الحياة هي نتيجة للمؤشرات المتعددة، ففهم الاحتياجات الصحية والاجتماعية والمهنية للحوامل تساهم في تحسين تجربتهن خلال هذه المرحلة الحياتية المهمة، وأن الاهتمام بالصحة البدنية والنفسية، وتوفير بيئة داعمة يمكن أن يخلق بيئة ايجابية تؤثر على جودة حياة الحوامل.

ومن خلال ما سبق يمكن تمييز بعدين لجودة الحياة:

- **جودة الحياة الذاتية** Subjective Quality Of Life: تشير إلى كيفية إدراك الفرد لجودة حياته الشخصية، حيث يقوم كل فرد شخصيا بتقييم كيفية رؤيته للأشياء ومشاعره، فالرضا عن الحياة والسعادة هي الجوانب التي تعكس جودة الحياة الذاتية.
- **جودة الحياة الموضوعية** Objective Quality Of Life: تشير الى العوامل الخارجية التي تؤثر على حياة الفرد، وتشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده من إمكانات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد كحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية (Ventegodt et al, 2003, p.1031) .

بالنسبة للحوامل تعبر جودة الحياة الذاتية عن مدى شعورهن بالراحة والقدرة على التعامل مع التحديات الصحية، ويعتمد تقييمها على رؤيتها الشخصية ومشاعرها. وتعكس جودة الحياة الموضوعية لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة مدى توفر الرعاية الصحية والمساندة الاجتماعية.

4_مجالات جودة الحياة :

يتفق الباحثون في المجال الطبي بأن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يتكون من المجالات الجسمية، النفسية، والاجتماعية هي:

1.4_المجال البدني:

يشير المجال البدني (المتمثل في الوظائف البدنية) في أبعاد جودة الحياة إلى قدرة الفرد على أداء مختلف الأنشطة في الحياة اليومية. وصنف الباحثون ضمن هذا المجال مظاهر عديدة للصحة منها: الصحة الجسمية (الحالة الجسمية) والقدرات الوظيفية. تشمل الصحة الجسمية: الطاقة، الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام، والأعراض والمؤشرات البيولوجية المتنوعة، أما القدرات الوظيفية فتشمل قدرة الفرد على أداء الأنشطة اليومية، ومدى استقلاليته الخاصة أو تبعيته في حياته اليومية.

يمكننا تقييم هذين الجانبين من جودة الحياة البدنية (الصحة البدنية، والقدرات الوظيفية) من خلال وجهتي نظر: الأولى هي التقييم الموضوعي الخارجي لكل من الصحة البدنية والقدرات الوظيفية للأفراد. أما وجهة النظر الثانية هي التقييم الذاتي الذي يعتمد على الفرد نفسه في تقديم تصوراته وخبراته الشخصية حول صحته، هذا التقييم يعكس كيف يرى المريض حالته الصحية مما يوفر نظرة شاملة لجودة الحياة البدنية.

تشمل المقاييس الشائعة التي تستخدم في تقييم جودة الحياة البدنية نتائج تحاليل واختبارات أو أيضا شبكة رموز معبئة من طرف الأطباء مؤلفة من قائمة أعراض أو أمراض. كما يتم تقييم جودة الحياة الجسمية من خلال تقنيات ذاتية التقييم مثلا سلالم ليكرت Likert، أو استعمال معلومات من مصالح العناية (مثل عدد المعاينات، دخول المستشفى لمدة معينة). وهناك تقنية أخرى أكثر تعقيدا تتمثل في مطالبة بتقييم المريض شدة أعراض معينة. وهناك سلالم عديدة لجودة الحياة مثل بروفيل تأثير المرض sickness (SIP) impact profile (Bruchon-Schweitzer,2002, p.53_54).

وأكدت كل هذه المقاييس على أهمية احترام وجهة نظر المريض بخصوص حالته الصحية وتأثير الأمراض والعلاجات على قدراته الوظيفية .ومع ذلك يعاب على هذه التقنيات أحيانا أنها قد لا تكون حقا فعالة إلا عند التعامل مع المرضى الذين يعانون من حالات خطيرة جدا، وأنها لا تعكس الخبرة الذاتية للمرضى لأن صياغة العبارات تمت من طرف خبراء وليس انطلاقا من تحليل حوارات مباشرة مع المرضى. وهذا ما يبين أهمية تكامل وجهات نظر الخبراء مع تجارب المرضى واستخدام تقنيات أكثر تفصيلا وشمولا، لضمان فهم دقيق وشامل لتأثير الحالة الصحية على حياة الفرد.

2.4_المجال الاجتماعي:

يتعلق المجال الاجتماعي بقدرة الفرد على التفاعل مع محيطه الاجتماعي وتحديدا مع الأسرة والأصدقاء، والقدرة على الحفاظ على الأدوار الاجتماعية. كما تشكل العلاقات والنشاطات الاجتماعية للأفراد المجال المهم لجودة الحياة. تفترض الوظيفة الاجتماعية وجود شبكة علاقات كافية من الناحية الكمية (أي التفاعل الاجتماعي الفعال) وكذلك تكون هذه العلاقات مرضية من الناحية النوعية (أي التفاعل الاجتماعي المدرك) (Al Garni & Cooke, 2021, p.8).

بالنسبة ل Griffin (1988) ينبغي التركيز على جودة العلاقات الاجتماعية للأفراد أكثر من كميتها، على سبيل المثال مصداقية هذه العلاقات. وبالنسبة لبعض الباحثين مثل Flanagan 1982 فان الطريقة التي يقيم بها الفرد لأشطته الاجتماعية مثل تقدير الذات، الشعور بتحقيق الذات، وتجارب الفشل والنجاح وما الى ذلك، هي أيضا مؤشر على الأداء الاجتماعي الجيد، ويؤكد أيضا بأنه من المهم النظر في كل من الشبكة الاجتماعية الفعلية للأفراد (التركيبة، تكرار الاتصالات، قوة الروابط وما الى ذلك) والجانب النوعي

لهذه العلاقات (مثلا المساندة الاجتماعية المدركة من قبل الفرد) (Bruchon-Schweitzer,2002, p.55)

يمكن أن يؤدي تطور المرض المزمن إلى مشاكل في التفاعل الاجتماعي للمريض، اذ قد يواجه المرضى صعوبة في إعادة بناء علاقات اجتماعية بشكل طبيعي بعد التشخيص، يمكن أن يعانوا من تحديات مثل رفض الآخرين لهم أو قد يشكون من رفض الآخرين مما قدي يؤدي إلى الانعزال الاجتماعي. مما قد يؤدي الى تفاقم حالتهم النفسية والاجتماعية (مرازقة، 2016، ص.75).

هناك عدة جوانب رئيسية في دراسة التأثيرات الاجتماعية على الصحة والمرض، ويعتبر الاندماج الاجتماعي والمساندة الاجتماعية أحد هذه الجوانب. يرتبط الاندماج الاجتماعي لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة بكمية وجود الروابط والعلاقات الاجتماعية، بينما تتعلق المساندة الاجتماعية بالرعاية والدعم الذي تتلقاه الحوامل من محيطها الاجتماعي.

3.4_المجال النفسي:

بالنسبة لمعظم الباحثين، يتضمن العنصر النفسي لجودة الحياة المشاعر والحالات العاطفية الإيجابية. بينما يعتقد آخرون أنه يشمل أيضا غياب المشاعر السلبية كالقلق والاكتئاب (Al Garni & Cooke, 2021, p.6).

وفقا ل بيرد وآخرون Bird et al (2000) غالبا ما يترافق الاكتئاب والقلق معا، وتعتبر استجابتان غير طبيعيتان أكثر انتشارا في المرض المزمن، فالاكتئاب يعتبر غالبا كرد فعل شائع وعام للمرض المزمن، وتميز استجابة الاكتئاب عن طريق العلامات والأعراض المعرفية، والمزاجية، والسلوكية العامة.

كما أشار تايلور (2003) الى أن القلق غالبا ما يظهر عند العديد من المرضى مباشرة بعد تشخيص المرض المزمن، ويصبحون عاجزين نتيجة للتغييرات المحتملة في حياتهم واحتمال الوفاة. يمكن أيضا أن ينشأ القلق بشكل متقطع طوال سيرورة المرض. ويرى ستودماير (1998) أن القلق شعور تكيفي ينذر بخطر ما، ويدفع الفرد اتجاه عمل هادف، وفي هذا السياق يضيف تايلور بأن القلق يرتفع عندما يتوقع الأفراد تغيرا كبيرا في نمط الحياة الناجم عن المرض أو علاجاته، وعندما يشعرون بالاعتماد على مهنيي

الصحة، وكذلك عند افتقارهم إلى المعلومات حول طبيعة المرض وعلاجه (مرازقة، 2016، ص ص76_77).

أيضا هناك مجالين رئيسيين من مجالات جودة الحياة وهما الرضا عن الحياة والسعادة، ويتداخلان بشكل كبير في تأثيرهما على الحالة النفسية والصحية للفرد.

الرضا عن الحياة هو تقييم الفرد العام لحياته استنادا إلى توقعاته الشخصية، وأهدافه، وقيمه. فهو يتعلق بالطريقة التي يرى بها الشخص حياته في الماضي والحاضر. بمعنى آخر، هو انعكاس لمدى تطابق واقع حياة الفرد مع توقعاته وآماله. أما السعادة ترتبط بشكل أساسي بالمشاعر واللحظات الإيجابية التي يمر بها الفرد، ويمكن أن تكون نتيجة تجارب قصيرة الأمد (مثل اللحظات الممتعة)، أو حالة شعورية طويلة الأمد تعكس التفاؤل والشعور بالرفاه.

في ضوء ما ذكر آنفا، نجد أن جودة الحياة تشمل عدة مجالات مترابطة تؤثر على رفاهية الفرد وسعادته، حيث تتداخل الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية لتكوين صورة شاملة عن تأثير الحالة الصحية على الأفراد، الى جانب ذلك يعتبر كل من الرضا عن الحياة والسعادة مكونين أساسيين في تقييم جودة الحياة.

5_النظريات المفسرة لجودة الحياة:

تعد النظريات المفسرة لجودة الحياة اطارا علميا يهدف الى فهم هذا المفهوم المتعدد الأبعاد من خلال تحديد محدداته الرئيسية والجوانب المؤثرة فيه، وقد تناول العديد من الباحثين والمختصين جودة الحياة من زوايا متنوعة. وفيما يلي عرض لبعض من هذه النظريات التي ساهمت في تقديم فهم أعمق وشامل لهذا المفهوم:

1.5_نظرية هالدي Haldey (1984)

يقترح هالدي فكرة أن الفرد يمكن أن يتمتع بحالة صحية جيدة ولكن يشعر بالمرض، أو العكس، حيث يكون الوضع الصحي سيئا ولكن الفرد يشعر بالرضا والرفاه. ويشير أيضا إلى أن جودة الحياة تتأثر بمجموعة من العوامل مثل الظروف الاجتماعية والاقتصادية والعاطفية، وليس فقط بالصحة الجسدية. إلى

جانب ذلك يؤكد هالدي على أهمية المساندة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة، حيث يمكن للتفاعل مع الآخرين وتبادل المشاعر الايجابية أن تلعب دورا في تحقيق الرضا والتكيف مع تحديات الحياة.

من خلال نظرية هالدي، يظهر أنه تم التطرق بشكل ضمني إلى مصطلحات مهمة تتعلق بالتنافر والتكيف. يشير مصطلح التنافر إلى حالة عدم الرضا، اذ قد نجد أشخاصا يتمتعون بصحة جيدة، ولكنهم يشعرون بالبؤس أو عدم الرضا والسعادة. أما التكيف فيشير الى قدرة الأفراد على التعايش مع أمراض خطيرة مع الحفاظ على مستويات من الرضا والتمتع بحياتهم، بحيث لا تختلف هذه المستويات بشكل كبير عن الأصحاء، الا في ظل ظروف معينة، أو عند غياب بعض العوامل المؤثرة (عدودة، 2015، ص.126).

تبرز هذه النظرية كيف يمكن للحياة الصعبة والمرض أن يتسببان في تناقضات داخلية، حيث يمكن للأفراد أن يشعروا بعدم الرضا بالرغم من وجود الصحة، أو يمكن للأفراد التكيف مع الظروف الصعبة والاستمتاع بالحياة رغم التحديات الكبيرة.

2.5_نموذج أباي واندروز (1985) Abbey & Andrews

يرتكز نموذج أباي واندروز على خمسة مفاهيم رئيسية ذات طابع نفس اجتماعي وهي: الإجهاد، مصدر الضبط "الداخلي والخارجي"، المساندة الاجتماعية، والأداء، بالإضافة إلى اثنين من المفاهيم النفسية هما الاكتئاب والقلق، وخمسة تقييمات منفصلة لجودة الحياة. وبناء على هذه المفاهيم حدد الباحثان فرضيتهم التي مفادها أن كلا من الضغط، مصدر الضبط، والمساندة الاجتماعية والأداء لهم تأثير مباشر على القلق والاكتئاب، وفي المقابل فان هذه الحالات الانفعالية الأخيرة لهما تأثير مباشر على جودة الحياة.

بشكل عام، فإن النتائج التي توصل اليها Abbey & Andrews تشير إلى أن الضغط والاكتئاب يرتبطان بشكل قوي مع الإدراكات السلبية لجودة الحياة، في المقابل يرتبط مصدر الضبط الداخلي، الأداء، والدعم الاجتماعي بشكل معتدل بالتصورات الإيجابية لجودة الحياة.، كما أن العلاقة بين التأثيرات الإيجابية ومصدر الضبط الداخلي، والدعم الاجتماعي والأداء أقوى من العلاقة بين نفس المفاهيم والتأثيرات السلبية.

وفقا لما توصل اليه Abbey & Andrews أنه عندما يحاول الأفراد تحديد مدى استمتاعهم بالحياة فإنهم يركزون على العوامل الإيجابية التي تساهم في تحسين رفاهيتهم، مثل: مصدر الضبط الداخلي والدعم

الاجتماعي، وعلى العكس، أما في الحالات التي يقيمون فيها مدى شعورهم بالضيق، يتم التركيز على العوامل السلبية للرفاهية مثل الضغط ومصدر الضبط الخارجي(Mercier & Filion, 1987, p.138) .

تطرقت النظرية إلى جودة الحياة كمفهوم دينامي يتضمن مجموعة من الأبعاد الجسمية والنفسية والاجتماعية، ويتعلق هذا المفهوم بمحاولة تشجيع نظرة الفرد الإيجابية اتجاه حياته، ويشير ذلك الى مدى شعور الأفراد بالسيطرة على حياتهم الشخصية، وبأن حياتهم لها معنى، بالإضافة الى قدرتهم على بناء علاقات ايجابية مع الآخرين، ويتم تقييم هذا بغض النظر عن وجود ظروف غير مواتية كالأمراض والتي قد تعيق تحقيق المستوى الأمثل من الجودة.

بشكل عام، يتضح أن الأفراد يميلون إلى التركيز على العوامل الايجابية لتقييم رضاهم عن الحياة، مثل مصدر الضبط الداخلي والمساندة الاجتماعية، في المقابل يميلون الى النظر للعوامل السلبية مثل الضغط، ومصدر الضبط الخارجي، عند تقييم مدى شعورهم بالضيق.

3.5_نموذج العوامل الستة لرايف Ryff (1989)

قدمت رايف اطارا نظريا يتألف من 6 أبعاد أساسية، استنادا الى تحليل شامل لمختلف النظريات والآراء، وتتمثل هذه الأبعاد فيما يلي:

- الاستقلالية الذاتية Autonomy: تعبر عن قدرة الفرد على اتخاذ قراراته باستقلالية تامة، ومقاومة الضغوط الاجتماعية، مع التفكير والتفاعل بطرق منظمة، كما تتعلق بمدى استثمار الفرد لمواهبه وإمكاناته الشخصية.
- التطور الشخصي Personal growth: يشير إلى نمو وتطوير الشخصية باستمرار، ويتضمن زيادة الفرد على تنمية قدراته، وتعزيز فعاليته وكفاءته الشخصية في مختلف الجوانب، ومدى نجاحه في التكيف مع مواقف الحياة (Ryff, 2014, p.2).
- التمكن البيئي Environment mastery: يعكس قدرة الفرد على تنظيم الظروف والتحكم في كثير من الأنشطة، والاستفادة منها، وتوفير ظروف ملائمة لتلبية الحاجات والقيم الشخصية. وتشير عدة وجهات نظر إلى أن المشاركة الفعالة في البيئة والسيطرة عليها هي مكونات مهمة لإطار متكامل للأداء النفسي الإيجابي.

- العلاقات الايجابية مع الآخرين Positive relations with others: تعكس قدرة الفرد على بناء علاقات اجتماعية ايجابية قائمة على التعاطف والود والثقة المتبادلة والتفهم في التفاعل مع الآخرين، وتعد هذه العلاقات من أهم العناصر الأساسية في الصحة النفسية.
- الحياة الهادفة Purpose in life: تعبر عن مدى شعور الفرد بوجود معنى لحياته سواء في الماضي والحاضر، الى جانب قدرة الفرد على تحديد أهداف حياته بشكل موضوعي، وتوجيه سلوكياته نحو تحقيق هذه الأهداف.
- تقبل الذات Self-acceptance: يشير الى مدى تبني الفرد نظرة إيجابية تجاه ذاته، وتقبل مظاهر شخصيته بكل ايجابياتها وسلبياتها خلال مراجعة الفرد لماضيه. وبهذا يظهر اتخاذ مواقف ايجابية تجاه الذات كخاصية محورية للأداء النفسي الإيجابي (Ryff, 1989, p.1071).

يؤكد رايف على أن جودة حياة الفرد تعتمد في قدرته على التصدي للتحديات والأزمات التي تطرأ في مراحل حياته المختلفة، ويؤكد أيضا أن تطور مراحل الحياة يساهم في تحقيق سعادته النفسية، وهو ما ينعكس إيجابا على شعور الفرد بجودة حياته.

4.5_نظرية لاوتن Lawton

نظرية لاوتن تقدم مفهوم طبعة البيئة Environmental Press لفهم فكرته حول جودة الحياة، حيث يعبر هذا المفهوم عن تأثير البيئة المحيطة على تجربة الفرد في الحياة، وما تتركه من أثر دائم على جودة حياته، ولفهم هذا التصور، يجب التركيز على التفاعل بين العوامل المكانية والزمانية بتأثيرها على جودة حياة الفرد.

تشير بصمة البيئة الى تأثير البيئة المحيطة بالفرد على جودة حياته بطريقتين:

- الطريقة المباشرة من خلال تأثير الظروف البيئة على الصحة البدنية
- الطريقة غير المباشرة والتي تظهر من خلال درجة الرضا الذي يشعر به الفرد اتجاه البيئة التي يعيش فيها.

وتؤثر طبعة البيئة على الجودة بطريقتين الأولى مباشرة من خلال تأثيرها مثلا على الناحية الصحية لهاو غير مباشرة والتي تظهر من خلال رضاه عن البيئة التي يعيش فيها،

ويزداد إدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على جودة حياته كلما تقدم في السن، فكلما تقدم الفرد في السن كلما أصبح أكثر قدرة على التحكم في ظروف بيئته، مما يؤدي الى تأثير إيجابي أكبر لهذه البيئة على شعوره بجودة الحياة (مرازقة، 2016، ص59).

يتضح من تصور لاوتن أن بصمة البيئة ليست ثابتة، بل تتغير عبر الزمن ومع التقدم في العمر، كما يؤكد لاوتن على أهمية التفاعل بين الإنسان وبيئته، وكيف يمكن أن تكون هذه التفاعلات أساسا لفهم جودة الحياة.

5.5_النموذج التكاملي:

قدم Ventegodt et al (2003) شرحا شاملا ومتكاملا لمفهوم جودة الحياة يعتمد على مجموعة من المفاهيم مثل: الرفاه well Being، الرضا بالحياة، Satisfaction with Life، السعادة Happiness، المعنى في الحياة meaning in life، نظام المعلومات البيولوجي Biological information system ، تحقيق الحياة الواقعية Realization Of Life Potential ، واشباع الحاجات fulfillment of needs (Ventegodt et al, 2003, p.1032).

وفقا للنظرية التكاملية يمكن تحديد مؤشرات تعكس جودة الحياة هي:

- **شعور الفرد بالرضا:** يعتبر شعور الفرد بالرضا هو المؤشر الأساسي لجودة حياته ويتحقق هذا الشعور من خلال:

  _ وضع أهداف واقعية قابلة تحقيقها.

  _ السعي إلى تعديل البيئة المحيطة بما يتماشى مع هذه الأهداف.
- **إشباع الحاجات:** يشير إلى أن إشباع الحاجات لا يضمن بالضرورة رضا الفرد وشعوره بجودة الحياة، نظرا لتباين تأثيره بين الأفراد والثقافات.
- **استغلال الفرد لإمكانياته:** يعتبر استخدام الفرد لقدراته في نشاطات إبداعية واجتماعية ذات معنى، وتحقيق أهدافه، ووجود علاقات اجتماعية داعمة هو الذي يشعره بجودة الحياة (مبارك،2012، ص.728).

تعكس النظرية التكاملية لجودة الحياة منظورا متعدد الأبعاد، حيث يبرز أهمية تفاعل العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية في تشكيل تجربة الفرد، كما تؤكد النظرية على ضرورة مراعاة الفروق الفردية والثقافية عند تحليل هذه المؤشرات ومدى تأثيرها على جودة الحياة.

6_جودة الحياة في ميدان الصحة:

تعد جودة الحياة في ميدان الصحة من المفاهيم الشاملة التي تجمع بين الجوانب الصحية البدنية، النفسية، والاجتماعية لتقديم صورة شاملة عن رفاهية الأفراد. لم تعد تقتصر الرعاية الصحية على علاج الأمراض وإطالة فترة الحياة فحسب، بل أصبحت تهدف إلى تحسين جودة الحياة اليومية التي يعيشها المرضى، خاصة في ظل الأمراض المزمنة والظروف الصحية طويلة الأمد. في هذا الإطار، أصبحت جودة الحياة أداة هامة لقياس تأثيرات الأمراض والعلاجات، على سبيل المثال، في علاج أمراض مثل السرطان أو أمراض القلب، والسكري، وقد يكون للعلاج فعالية في زيادة معدلات البقاء على قيد الحياة، ولكنه في المقابل قد يترك آثارا جانبية جسدية أو نفسية تؤثر سلبا على جودة حياة المرضى، وبالتالي يكمن التحدي في إيجاد التوازن بين إطالة الحياة وتحسين جودة الحياة.

شهدت السنوات الأخيرة، اهتماما متزايدا بتقييم تكاليف الرعاية الصحية وفعالية العلاج، مما ساهم في زيادة التركيز على جودة الحياة في الممارسات الطبية، ويعتبر اختصاصيو الرعاية الصحية جودة الحياة انعكاسا لصحة الفرد، بما في ذلك الرفاه الجسدي والنفسي والاجتماعي، وتعرف في هذا السياق باسم جودة الحياة المرتبطة بالصحة، ويشير هذا المفهوم الى التقييم الشامل للرفاهية العامة للفرد استنادا الى الجوانب الصحية المختلفة مثل الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية، حيث يعكس هذا المفهوم مدى تأثير الظروف الصحية على الحياة اليومية للفرد.

وقد كان لتعريف الصحة الذي اقترحته منظمة الصحة العالمية تأثير كبير على هذا المفهوم، فقد أخذت جودة الحياة المرتبطة بالصحة تدريجيا مكان الصحة. فهي تشير إلى الحالة الوظيفية للأفراد وآثار هذه الحالة على الوظائف الجسمية، العاطفية، والاجتماعية، الجنسية والمعرفية (Sultan & varescon, 2012, pp.22,23).

ترى Cella (1992) " أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة تشير إلى تقييم المرضى ورضاهم عن مستوى أدائهم الحالي مقارنة لما يرونه ممكنا أو مثاليا "(Harila, 2011, p.24).

كما عرفها Patrick & Ericson (1993) "بأنها القيمة التي يتم تحديدها خلال فترة الحياة وتشمل التغيرات الناتجة عن العاهات والحالات الوظيفية والتصورات والفرص الاجتماعية التي تتأثر بالمرض أو العلاج"(Magari, 2013, p.141).

إن جودة الحياة المرتبطة بالصحة تمثل مفهوما متعدد الأبعاد يعكس الحالة الجسدية والنفسية، والاجتماعية للفرد، ومدى تأثر هذه الأبعاد بالمرض أو العلاج (Nilsson, 2012, p.10) .

تحديدا فهي تسلط الضوء إلى كيفية تأثير المرض أو العلاج أو الإعاقة على جوانب الرفاهية. (Ottomanelli & al, 2013)

يعتمد تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصحة حسب Bruchon-Schweitzer & boujut (2014) "على تقييم الأفراد ووصفهم لحالتهم الصحية، وتأثيرها على مختلف مجالات حياتهم".

تعرف جودة الحياة المتعلقة بالصحة أيضا بأنها "حالة من الرفاهية تتكون من عنصرين: (1) القدرة على أداء الأنشطة اليومية التي تعكس الرفاه الجسدي والنفسي والاجتماعي، (2) ورضا المريض عن مستوى أدائه، والسيطرة على مرضه والأعراض المتعلقة بالعلاج (septans, 2014, p.9).

وفي نفس السياق يرى Pinquart (2020)" بأن مفهوم (HRQOL) تتناول الخبرة الذاتية للفرد في الصحة والمرض والإعاقة وتأثير العلاجات" (ص.780).

يتضح مما سبق أنه عندما نتحدث عن جودة الحياة المتعلقة بالصحة، فالأمر يتعلق بجودة الحياة المدروسة في سياق طبي، أي تأثير المرض والعلاج على الرفاه الاجتماعي والجسدي، والنفسي للمريض.

بتفصيل أكثر، نجد أن دراسة جودة الحياة المرتبطة بالصحة تعتمد أساسا على تقييم مجموعة من المؤشرات البدنية، النفسية والاجتماعية مثل مستوى النشاط والحيوية، التعب، النوم، الألم، الأعراض

المرضية، الحركة، الحالة المزاجية، القدرات/ الاضطرابات المعرفية، طبيعة الانفعالات، مستوى التواصل، مستوى العزلة والاندماج الاجتماعي، كفاءة الأداء المهني.....

بالتالي يمكن تعريف جودة الحياة المرتبط بالصحة بأنها مفهوم ذاتي متعدد الأبعاد، وهي تقييم لكيفية تأثر رفاهية الفرد بمرور الوقت بسبب مرض أو عجز أو اضطراب، وتعكس إدراك المرضى لتأثير المرض والعلاج على حياتهم.

خلاصة

من خلال ما سبق يتضح أن جودة الحياة تمثل مفهوما شاملا، يتداخل فيه الجوانب البدنية، النفسية، والاجتماعية للفرد. وفي هذا السياق فان النظريات المختلفة والمؤشرات المتعلقة بهذا المفهوم تقدم إطارا شاملا لفهم العوامل المتعددة المؤثرة على رفاهية الأفراد.

إن التطرق إلى هذا المفهوم من زواياه المختلفة يمكن الباحثين والممارسين من تبني رؤية شمولية تساهم في تعزيز رفاه الأفراد، خصوصا في الحالات المرتبطة بالأمراض المزمنة. وبالتالي، فإن فهم جودة الحياة بشكل معمق يعد خطوة أساسية نحو تطوير تدخلات فعالة ومتكاملة تهدف إلى تحسين حياة الأفراد على المستويين النفسي والاجتماعي.

الفصل الرابع: الالتزام بالعلاج لدى الحوامل

تمهيد

1_ مفهوم الالتزام بالعلاج

2_ أنماط عدم الالتزام بالعلاج

3_ العوامل المحددة للالتزام العلاجي

4_ النماذج النظرية المفسرة للالتزام

5_ الالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة.

6_ التدخلات المستخدمة لتحسين الالتزام لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة

خلاصة.

تمهيد:

مما لا شك فيه أن الالتزام بالعلاج موضوع مهم في مجال الصحة العامة، وقد وجه له اهتمام كبير من قبل الباحثين في المجال العيادي والطبي، خاصة عندما يتعلق الأمر بالمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، والتي تتطلب اتباع نظام علاجي دائم ومستمر يفرض قيودا وتحديات على المريض للسيطرة على وضعه الصحي ومنع حدوث المضاعفات، حيث يعتبر سلوك عدم الالتزام بالعلاج أحد أبرز المشكلات شيوعا في مختلف الفئات العمرية بما في ذلك فئة النساء الحوامل.

فالالتزام بالعلاج عملية سلوكية معقدة لدى هذه الفئة تحددها عدة عوامل متفاعلة تشمل سمات المريض، والبيئة الاجتماعية للمريض التي تشمل مستوى الدعم الاجتماعي، وخصائص نظام الرعاية الصحية، من حيث كفاءة فريق الرعاية الصحية، وتوافر موارد الرعاية الصحية وإمكانية الوصول إليها، فضلا عن خصائص المرض المزمن وعلاجه. وقد يؤدي عدم الالتزام بالعلاج لدى الحوامل الى التقليل من فعالية الخطط العلاجية، وارتفاع معدلات الاعتلال والوفيات، مما يؤدي إلى زيادة تكاليف الرعاية الصحية.

1_مفهوم الالتزام بالعلاج

لقد تناولت العديد من الدراسات مصطلح الالتزام بالعلاج باستخدام مصطلحات مختلفة منها compliance وadhérence. تعود جذور هذه المصطلحات الى الأدبيات الطبية الأنجلو ساكسونية anglosaxonne في سبعينيات القرن الماضي، ويستخدم مصطلح compliance للإشارة إلى الصرامة التي يتبعها المريض في اتباع وصفة الطبيب (Janini, 2012, p.8).

حيث يتعين على المريض الامتثال لعلاجه من خلال التطبيق الفعلي للوصفات والإرشادات الطبية، غير أن Joplin et al (2015) يرى أن هذا المصطلح تعرض للانتقاد بسبب دلالاته السلطوية التي تعكس علاقة غير متوازنة بين الطبيب والمريض. حيث ينظر الى المريض على أنه منفذ سلبي لتوصيات الطبيب دون أي دور نشط أو تفاعلي (Shah et al, 2015, p.44).

يشير مصطلح compliance أيضا إلى علاقة يتخذ فيها الطبيب القرارات العلاجية، بينما يطلب من المريض اتباع " توصيات الطبيب" وتنفيذها فقط (Vrijens et al, 2012, p.792). ولكن تدريجيا قل استخدامه بسبب عدم اشراك المريض في العملية العلاجية.

بناء على ذلك تم الاعتماد على مصطلح الالتزام adherence خاصة في المجال النفسي والاجتماعي كبديل للامتثال، حيث يبرز حرية المريض في اتخاذ قراراته بشأن الالتزام بالعلاج (Julsgaard, 2016, p.3).

يشير مصطلح Adherence بأنه " إرادة وموافقة مدروسة من الفرد لتحمل مسؤولية مرضه، حيث يتحول المريض من دور المتلقي السلبي للعلاج، الى شريك نشط ومسؤول عن تنفيذه"(Desbrus–Qochih & Cathébras, 2012, p. 112). وبناء على ذلك، يعكس الالتزام بالعلاج المشاركة الحقيقية للمريض في اختيار العلاج المناسب له، وبالتالي يعترف باستقلاليته.

يعرفه Chigier, E, (1992) على "أنه عملية رعاية نشطة ومسؤولة، يتعاون فيها الفرد مع مقدمي الرعاية الصحية للحفاظ على صحته، بدلا من مجرد اتباع التعليمات الطبية " (Kyngäs, 2001, p. 549).

اقترح Bernard Lahire (1998) تعريفا واسعا يسمح بتصنيف سلوك المريض إلى 3 مكونات: الالتزام بالمتابعة الطبية، الالتزام بقواعد النظافة والنظام الغذائي، الالتزام بالعلاج الدوائي (Nordt , 2019, pp. 9_10). فعلى الرغم من أن معظم الأبحاث قد ركزت على الالتزام بالأدوية فان الالتزام يشمل أيضا العديد من السلوكيات المتعلقة بالصحة والتي تتجاوز تناول الأدوية الموصوفة.

وفي جوان 2001 تم الاعتراف بأن الالتزام يشمل: البحث عن رعاية طبية، تناول الأدوية بشكل مناسب، الحصول على التطعيمات، وحضور مواعيد المتابعة، وتنفيذ التعديلات السلوكية التي تتعلق بالنظافة الشخصية، والإدارة الذاتية للمرض المزمن، والتدخين، وموانع الحمل والسلوكيات الجنسية المحفوفة بالمخاطر، والنظام الغذائي غير الصحي، ومستويات غير الكافية من النشاط البدني. هذا إلى جانب العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية (طبيب أو ممرضة أو ممارس صحي أخر) والتي يجب أن تكون شراكة تعتمد على قدرات كل منهما. بعد ذلك بعامين اقترحت منظمة الصحة العالمية (2003) world health

organisation (WHO) تعريفا للالتزام بالعلاج بأنه " مدى توافق سلوكات الشخص في تناول الأدوية، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة صحي مع التوصيات المتفق عليها مع مقدمو الرعاية الصحية". وحددت منظمة الصحة العالمية جودة العلاقة العلاجية كعامل محدد مهم للالتزام وكأحد الطرق الفعالة التي يجب على الطبيب إتباعها لدعم التزام المرضى، من ناحية أخرى فان ضعف الالتزام بالخطة العلاجية يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات طبية ونفسية اجتماعية (ص.3).

يشير Weiss (2003) الى أن" الالتزام بالعلاج سلوك إرادي يتم فيه تقبل العلاج بناء على هدف مشترك بين المريض والطبيب لتحقيق نتائج ايجابية"(ص.406).

يعرفه Tourette-Turgis (2007) بأنه " قدرة الفرد على اتباع العلاج وفقا للوصفة الطبية المحددة له، والتي تتأثر سلبا أو إيجابا بعدة عوامل تتفاعل فيما بينها بما في ذلك العوامل المعرفية والسلوكية والاجتماعية والعاطفية"(ص.70).

ترى الأكاديمية الوطنية للصيدلة Académie nationale de Pharmacie (2015) أن الالتزام يتوافق مع تقبل المريض لإستراتيجية العلاج المقترحة له، ويعتمد هذا الالتزام بشدة على القدرات الذهنية والنفسية للمريض، ومعتقداته، وكذلك على الجهات الفاعلة في سلسلة الرعاية الصحية، وكذلك على وضوح ونقل المعلومات حول فوائد/ومخاطر العلاجات (ص.6).

وفقا للمكتبة الوطنية الأمريكية للطب the US National Library of Medicine (NLM) يمكن تعريف الالتزام بالعلاج " إلى أي مدى يتبع المريض العلاج الموصوف بما في ذلك الحفاظ على المواعيد والالتزام بالأدوية لتحقيق النتيجة العلاجية المطلوبة، وينطوي أيضا على مسؤولية نشطة يتقاسمها المريض ومقدمو الرعاية الصحية"(Gea Cabrera et al, 2019, p.2).

ويعرفه Bailey et al (2021) " بأنه مدى اتباع سلوكيات المريض لوصفة طبية أو نظام علاجي متفق عليه" (ص.49). ويأخذ هذا التعريف بعين الاعتبار آراء المريض وخياراته، ويسمح له بلعب دور أكثر نشاطا في تطوير خطة العلاج.

ويعرف أيضا عدم الالتزام بالعلاج بأنه: عدم اتباع التوصيات العلاجية المتعلقة بتعديل عادة ضارة بالصحة أو معالجة حالة مرضية ما " (تايلور، 2017/2008، ص.551).

وحسب Nordt (2019) فإن عدم الالتزام يتعلق بجميع خطوات العلاج ولا يقتصر على تناول الأدوية (ص.9)

استنادا إلى كل التعاريف السابقة، يظهر أن الباحثين على الرغم من اختلاف وجهات نظرهم، الا أنهم يتفقون على أن سلوك الالتزام بالعلاج يتمحور حول قدرة المريض على اتباع التعليمات والتوجيهات العلاجية المقدمة من طرف مقدمي الرعاية الصحية. وبذلك يمكن القول ان الالتزام بالعلاج يعكس الانسجام بين السلوك الصحي للمريض وتوصيات الأطباء.

وبشكل عام، يمكن تعريف الالتزام بالعلاج بأنه الجانب الأساسي من السلوك الصحي للمريض، ينطوي في مدى التزام المريض مع توصيات مقدمي الرعاية الصحية، ويتضمن هذا الالتزام تناول الأدوية الموصوفة، اتباع نظام غذائي محدد، ممارسة النشاط البدني بانتظام، تجنب سلوكات الخطر، والمشاركة الفعالة في العملية العلاجية.

2_أنماط عدم الالتزام بالعلاج:

يمكن تصنيف عدم الالتزام بالعلاج الى نوعين متداخلين:

- **عدم الالتزام غير المقصود:** يحدث عدم الالتزام غير المقصود عندما يسعى المريض في اتباع العلاج المتفق عليه، ولكنه يواجه عوائق تحول دون ذلك مثل: النسيان، ضعف أو صعوبة في فهم التعليمات، أو الخطة العلاجية، أو عدم القدرة على دفع تكاليف العلاج على الرغم من رغبة المريض في تلقي العلاج (Can et al, 2022, p.744).
- **عدم الالتزام المقصود:** يتمثل في اتخاذ المريض قرارا بعدم اتباع توصيات العلاج، يرتبط ذلك بالمعتقدات والتفضيلات الشخصية التي تؤثر على تصورات المريض عن العلاج، ودوافعه للبدء والاستمرار في العلاج (Nunes et al, 2009, p.4).

وهناك تقسيم آخر لأنماط عدم الالتزام بالعلاج:

- **عدم الالتزام بتناول الأدوية:** يعتبر هذا النوع الأكثر شيوعا من عدم الالتزام والأكثر دراسة، وحدد Salzman & Bree سلوكيات عدم الالتزام كالإفراط في تناول الأدوية (الجرعات الزائدة، التفاعلات الدوائية)، مما يترتب عليه عواقب خطيرة كتفاقم الأمراض.
- **عدم الالتزام بالنظام الغذائي** Non-Observance Diets : يعتبر عدم الالتزام بالتدابير الصحية والغذائية أمرا لا يقل أهمية عن عدم الالتزام بالأدوية، وله أيضا عواقب وخيمة. فغالبا ما يتطلب علاج العديد من الأمراض المزمنة اتباع إجراءات غذائية صحية محددة والتي تكون أحيانا مرهقة أو صعبة، كما هو الحال مع الحميات الغذائية لمرضى السكري.
- **عدم الالتزام بالمتابعة** Non-Compliance with Follow-up: هو مفهوم يتضمن عدم الحضور والالتزام بالمواعيد المحددة للاستشارة، وإجراء فحوصات الدم أو أي فحص آخر موصوف. (Bureau, 2001, pp.25_26)

اهتم Deyo & Inui (1980) ببعد معين من عدم الالتزام بالمتابعة وهو الانقطاع العلاجي (أي التوقف الدائم عن الرعاية والعلاج)، والذي يؤدي هذا إلى مضاعفات من حيث المراضة morbidité وإعادة الاستشفاء في حالات الطوارئ خاصة في الأمراض المزمنة، وأشار إلى أن العديد من الدراسات تشير أن المرضى يقل التزامهم بالنظام الدوائي، أو يتوقفون عن المتابعة عند شعورهم بتحسن أو زوال الأعراض.

لقد أثبتت الدراسات أن عدم الالتزام في استخدام الأدوية الموصوفة قد يكون مشكلة شائعة ومتكررة بين النساء الحوامل بسبب خوفهن من التأثيرات الجانبية للأدوية السامة على الجنين (Olesen et al, 2001, p.497). وأكدت دراسة Nielsen et al (2010) والتي هدفت الى تقييم الالتزام بالعلاج بين النساء الحوامل المصابات بمرض كرون Crohn، بأن الخوف من تأثير الأدوية على الجنين يعد أحد الأسباب الرئيسية لضعف الالتزام.

كشفت دراسة Lupattelli et al (2014a) التي أجريت على 210 نساء حوامل يستخدمن أدوية لعلاج أمراض مزمنة أثناء الحمل بأن 36.2٪ منهن يعانين من انخفاض في الالتزام، وأن أعلى معدلات انخفاض الالتزام كانت مرتبطة بالأمراض الروماتيزمية بنسبة 55.6٪، تليها حالات الصرع بنسبة 40٪. كما أظهرت الدراسة أن المعتقدات الشخصية المتعلقة بالأدوية أثناء الحمل لعبت دورا رئيسيا في انخفاض مستوى الالتزام.

يتضح أن عدم الالتزام بالعلاج يعتبر تحديا كبيرا، لاسيما عند التعامل مع الأمراض المزمنة التي تتطلب تظافر الجهود بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية. اذ تتعدد أنماط عدم الالتزام وكل نمط منها يحمل عواقب قد تؤثر على مسار المرض وتفاقمه. كما يشكل ضعف الالتزام بالأدوية أثناء الحمل أيضا تحديا صحيا كبيرا، إذ لا يهدد صحة الأم فحسب، بل قد يؤدي إلى مخاطر على نمو الجنين.

ورغم وجود بعض الدراسات التي تتناول أنماط استخدام الأدوية لدى النساء الحوامل، الا أن قضية الالتزام بالعلاج الدوائي للأمراض المزمنة خلال الحمل لم تتم دراستها بشكل معمق. وتعد العوامل النفسية والاجتماعية، كالمخاوف المرتبطة بصحة الجنين أو صعوبة التكيف مع التوصيات العلاجية، من العوامل المؤثرة في مدى الالتزام. لذلك فان توفير الدعم النفسي والاجتماعي، الى جانب التوعية بأهمية الالتزام بالعلاج يعد كخطوة أساسية لتعزيز النتائج الصحية للحوامل.

3_العوامل المحددة للالتزام بالعلاج:

تتعدد العوامل التي قد تؤثر على الالتزام بالعلاج وتتنوع ما بين خصائص نفسية واجتماعية وتشمل هذه العوامل: العمر، الجنس، طبيعة المرض، تعقيد النظام العلاجي، الخبرة السابقة مع الأدوية، الظروف الاجتماعية والاقتصادية، تكلفة العلاج، السمات الشخصية، المعتقدات الشخصية، والعلاقة مع مقدمي الرعاية الصحية (Cea-Calvo et al, 2020, p. 2440).

وقد حددتها منظمة الصحة العالمية OMS (2003) على النحو التالي:

1.3_عوامل مرتبطة بالمريض:

يعتبر المريض كعامل مهم في العملية العلاجية وله تأثير كبير على سيرورة العلاج، حيث تعتبر العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالمريض ذات تأثير كبير على الالتزام بالعلاج، وتشمل هذه العوامل: المعرفة الطبية للمريض، التصورات الشخصية حول المرض، الفعالية الذاتية، علاوة على ذلك، فان الوصم الاجتماعي والخوف والقلق تؤثر أيضا بشكل سلبي على الالتزام بالعلاج (Nie, 2021, p.59).

بالإضافة إلى ذلك يتحدد مدى استعداد المريض لمتابعة العلاج بإدراكه لمدى خطورة المرض، فإذا كان المريض يعتقد بأن مرضه خطير، فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج، بينما لن يكون الشعور مماثلا إن

عرف بأن مرضه عابر، وليس خطرا على مستقبله، ومن جهة أخرى يتحدد التزام المريض بمقارنة كلفة العلاج بفوائده، فإذا كان العلاج باهض الكلفة، وسينتج عنه أوجاع وآثار جانبية، ويسبب له الضيق والإزعاج، فان التزام المريض بالعلاج سيكون ضعيفا. ومن بين العوامل الأخرى المتعلقة بالمريض نفسه، والتي تؤدي إلى نتائج سلبية على مستوى التزامه هي عوامل الضغط النفسي في الحياة اليومية، على سبيل المثال عدم توفر الوقت والمال، وعدم الاستقرار وكثرة الصراعات والمشاكل العائلية. وبالمقابل فان الأفراد الذين يستمتعون بحياتهم يظهرون استعدادا أكبر للالتزام بالعلاج (تايلور، 2008، ص ص.553_556).

وفيما يتعلق بالنساء الحوامل أشار Siabani et al (2018) في دراسته والتي هدفت الى تقييم مدى الالتزام بمكملات (الحديد/حمض الفوليك) لدى النساء الحوامل والعوامل المسببة والمحتملة لعدم الالتزام، الى وجود ارتباط إيجابي بين مستوى التعليم والعمر وبين الالتزام بالعلاج، كما بينت الدراسة أن النسيان والتعرض للآثار الجانبية الناتجة عن تناول الأدوية من الأسباب الشائعة لعدم الالتزام بالعلاج.

كما أكدت دراسة Davies et al (2023) حول التدخلات لتعزيز الالتزام بالأدوية (مراجعة لبعض الدراسات) بأن العوامل التي قد تؤثر على الالتزام لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة تشمل الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والمعتقدات حول الأدوية مثل المخاوف من آثار الأدوية على الجنين، بالإضافة إلى تلقي معلومات غير متسقة حول الأدوية أثناء الحمل. أيضا فقد يكون لدى النساء مخاوف بشأن استخدام الأدوية أثناء الحمل، وبالتالي يدركون الحاجة إلى الموازنة بين المخاطر التي يتعرض لها الطفل، والفوائد التي تعود على الأم من الحد من المرض (انخفاض المرض). وقد تعتقد الكثير من النساء الحوامل أن عدم الالتزام بالأدوية أكثر أمانا من المخاطر المتصورة لتناولها، وذلك بسبب محدودية الأدلة حول استخدامها الآمن في الحمل.

وعلى الرغم من ذلك أشارت دراسة Myers & Midence 1998 إلى أنه لا يوجد ارتباط بين الالتزام بالعلاج والمتغيرات التالية: العمر، الجنس، المستوى التعليمي أو الاجتماعي. ومن ناحية أخرى، فإن المعتقدات وتصورات المرضى تعتبر عنصرا أساسيا في فهم سلوك الالتزام بالعلاج (Fischer & Tarquinio, 2014, p.181).

وفي نفس السياق أظهرت بعض الدراسات السابقة بأن معتقدات المرضى حول الأدوية تعتبر كعامل مهم يمكن أن يؤثر على الالتزام بالعلاج كدراسة roldan munoz et al (2020) التي هدفت إلى

استكشاف الفروق في المعتقدات الدوائية بين النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة اللواتي يستخدمن الأدوية وأولئك اللواتي لا يستخدمنها. شملت عينة الدراسة عينة مكونة من 1219 حامل يعانين من أمراض مثل الربو، الحساسية، أمراض القلب والأوعية الدموية، الأمراض الروماتيزمية، السكري، الصرع و/أو أمراض الأمعاء الالتهابية (IBD). وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة بين معتقدات النساء الحوامل والالتزام بالعلاج، فالحوامل المصابات بأمراض مزمنة ويستخدمن الأدوية أثناء الحمل كانت لديهن معتقدات ايجابية مقارنة باللواتي لم يستخدمنها، كما كشفت الدراسة أن النساء المصابات بأمراض مزمنة يعانين من نقص الثقة، ويشعرن بعدم المعرفة والارتباك، وأحيانا الشعور بالذنب بشأن استخدام الأدوية خلال الحمل.

وأوصت الدراسة بضرورة تبني تدخلات تعليمية وتقديم الدعم لتوجيه الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، بهدف تعزيز المعتقدات الإيجابية حول استخدام الأدوية بشكل آمن خلال فترة الحمل.

وهذا ما أكده Juch et al (2016) في دراسته حول الالتزام بالأدوية لدى النساء الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية بأن معتقدات النساء الحوامل حول الأدوية الموصوفة لهن هي أهم محددات الالتزام.

الى جانب ذلك، تلعب الشخصية دورا مهما في التأثير على الالتزام بالعلاج، حيث يظهر الأفراد الذين يتمتعون بمزاج إيجابي، التفاؤل والأمل، مستويات مرتفعة من الالتزام، شأنهم في ذلك شأن الأشخاص ذوي مستوى عال من الوعي. وعلى النقيض فان الأشخاص الذين يغلب عليهم التشاؤم، والمزاج السالب والعدائية يظهرون مستويات منخفضة من الالتزام، ويعزى ذلك الى أن المزاج السلبي يدفعهم نحو استخدام استراتيجيات مواجهة لاتكيفية وغير فعالة مما يقلل من قدرتهم على الالتزام بالعلاج (ساندرسون 2019/2018، ص.502).

2.3_العوامل المرتبطة بالمرض:

يمكن أن تؤثر خصائص المرض بشكل مباشر على الالتزام بالعلاج، خاصة في حالة الأمراض المزمنة، حيث ينخفض الالتزام تدريجيا بمرور الوقت نتيجة الارهاق والمعاناة التي تصاحب هذه الأمراض، الى جانب طبيعة المرض ذاته. ومن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض والتي يمكن أن تؤثر على الالتزام بالعلاج:

- إزمانيه المرض وصعوبة الاستجابة للعلاج.
- غياب الأعراض الواضحة للمرض.

- تحسن الحالة الصحية للمريض دون شفائه التام (Misery, 2012, p.19).

إلى جانب ذلك، يتأثر الالتزام بالعلاج بوجود أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد للعلاج، كما أن الاضطرابات المعرفية والشخصية أو الإصابة بأمراض أخرى مثل الاكتئاب يمكن أن تعيق على الالتزام بالعلاج، فيصبح الالتزام بالعلاج تحديا صعبا للمريض، يعيق شفاءه ويحول دون تحسن حالته الصحية (Baudrant-Boga et al, 2012, p. 18).

3.3_عوامل مرتبطة بالعلاج:

تؤثر طبيعة المرض والعلاج الموصوف للمريض بشكل مباشر على الالتزام بالعلاج، فبينما يزيد احتمال الالتزام في حالات الأمراض الحادة التي تشفى سريعا، يميل الالتزام الى التراجع في الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجا لفترة طويلة.

بالنسبة للأمراض الحادة والتي تشفى مباشرة بالعلاج يكون احتمال الالتزام أعلى، بينما في الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجا لفترة طويلة يميل الالتزام للضعف، بالإضافة إلى ذلك، فان تعقيد النظام العلاجي يؤدي إلى انخفاض احتمالات الالتزام الدقيق بالعلاج. ان العوامل المختلفة المتعلقة بالعلاج تلعب دورا في الالتزام بالعلاج، حيث يمكن أن يؤدي تعقيد النظام العلاجي إلى تقليل مستوى الالتزام خاصة إذا كانت الأدوية كثيرة ولها آثار جانبية وضارة، إضافة إلى التغييرات المتكررة في الوصفات وتعدد الوصفات، وشكل الجرعات (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012, p.115) .

وفي نفس السياق أشار Misery (2012) في دراسته حول دور الطبيب في الالتزام بالعلاج، بأن الالتزام يقل عندما يستغرق العلاج وقتا طويلا، وخصوصا إذا كان يتطلب إجراءات معقدة قد تعرقل أسلوب الحياة الذي اعتاد عليه المريض، ويتطلب منه تغيير عاداته الشخصية كتغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطه. فطبيعة العلاج التقييدية/أو المطولة لها آثار سلبية، في حين أن التوافق بين أهداف العلاج وتوقعات المريض له آثار ايجابية (ص.19).

أما دراسة Scheurer et al (2012) التي هدفت الى دراسة العلاقة بين الأنواع المختلفة للمساندة والالتزام بالعلاج، فقد بينت أن عدم الالتزام بالعلاج يمكن أن يعزى إلى مجموعة من العوامل، من بينها المساندة الاجتماعية غير الكافية، وخاصة عندما يكون نظام العلاج معقدا.

وأكدت دراسة Rakotoson (2019) أن هناك مجموعة من العوامل تتحكم في سير العملية العلاجية منها: المعارف المرتبطة بالعلاج، تعقيدات النظام العلاجي، الاستشفاء، الآثار الجانبية للعلاج، ومدى توافر العلاجات (ص.19).

وفي السياق نفسه أوضح Huang et al (2008) بأن أنظمة العلاج لدى مرضى السكري من النوع الثاني (T2DM) تتطلب تغييرات في نمط الحياة والسلوك، مما قد يؤثر على الأداء اليومي للمرضى ورفاهيتهم، كما أن الطبيعة المزمنة للمرض وتأثيره على عدة أعضاء في الجسم يؤثر على جودة حياة المريض وأسرته، إضافة الى أن شدة المرض ترتبط بانخفاض ملحوظ في جودة الحياة.

من جهة أخرى، أفادت دراسة Shim et al (2012) التي هدفت الى دراسة جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، بأن العلاج باستخدام الأنسولين يرتبط بانخفاض جودة الحياة لدى مرضى السكري، وذلك بسبب الألم الناتج عن عملية حقن الأنسولين المتكررة.

أما دراسة Cramer (2004) التي قارنت الالتزام بالعلاج لدى مجموعتين من المرضى _ الأولى تعتمد على الأنسولين فقط والثانية تتناول الأدوية عن طريق الفم_ فقد كشفت أن نسبة أقل من المرضى في مجموعة الأنسولين تقدر ب 20% توقفوا عن العلاج مقارنة بالمرضى الذين يتناولون الأدوية عن طريق الفم والتي تقدر ب 31%.

وبالتالي فان العلاجات البسيطة التي تتوافق مع أسلوب حياة المريض والأقل تكلفة والأكثر فعالية والأفضل تحملا تعتبر الأكثر نجاحا واعتمادا من قبل المرضى.

4.3_عوامل مرتبطة بفريق الرعاية الصحية:

يهتم العديد من المرضى على نوعية العلاقة التي تربطهم بالطبيب، إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة، حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين على الرعاية الصحية عادة حول تدني التغذية الراجعة، واستخدامهم مصطلحات علمية مختصة ومعقدة يصعب على المرضى استيعابها، بالإضافة الى عدم تركيز الطبيب على المريض كانسان له شخصيته المميزة (تايلور، 2017/2008، ص.531).

وقد أظهرت الدراسات أن جودة العلاقة بين الطبيب والمريض لها تأثير قوي على التزام المريض بالعلاج، وقد أوضحت دراسة Lihava et al 2013 أن عدم رضا المرضى عن العلاقات الشخصية مع الطاقم الطبي يرتبط بارتفاع مستويات عدم الالتزام المقصود، في المقابل أظهرت دراسة Beach et al(2005) الى أن المرضى الذين يشعرون بالمشاركة في صنع القرارات ووضع الأهداف ويعاملون باحترام، يظهرون مستويات مرتفعة من الالتزام بالتوصيات الطبية (ساندرسون،2019/2018، ص.504).

لذا يجب على الطبيب إقناع المريض بفوائد العلاج، حيث يزداد الالتزام العلاجي كلما تعززت ثقة المريض في خطة علاجه، كما أن تبسيط الوصفات الطبية، وتقديم معلومات واضحة وشاملة عن المرض والعلاج يساهم بشكل كبير في رفع معدلات الالتزام (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012, p.115).

أكدت دراسة Quinlan et al (2013) حول العلاقة بين الالتزام بالعلاج ونظام الرعاية الصحية، بأن العلاقة السيئة بين المريض والمتخصص في الرعاية الصحية أو غير المبنية على الثقة والتواصل الفعال، تؤدي الى انخفاض الالتزام بالعلاج.

وفي نفس السياق أشارت الأبحاث التي أجراها Nyholm et al (2019) و Shanmugalingam et al (2020) التي هدفت الى دراسة العوامل المؤثرة على الالتزام بالعلاج لدى الحوامل، بأن التواصل الفعال بين الطبيب والمريض يلعب دورا حاسما في تقليل القلق المرتبط بالأدوية، وتخفيف التصورات الخاطئة حول المخاطر المتعلقة بالأمومة لدى الحوامل، مما يؤدي إلى تحسين الالتزام بخطة العلاج خلال فترة الحمل.

ولتحقيق أفضل النتائج العلاجية، ينصح بتعزيز معرفة المريض بحالته الصحية، وتشجيع التعاون بينه وبين مقدمي الرعاية الصحية. ويعد مرض السكري نموذجا واضحا على فائدة معرفة المريض بمرضه، والمضاعفات التي قد يتسبب بها المرض، ممل يجعل المريض قادرا على السيطرة على مستوى السكر في الدم، واتباع العلاج بفعالية. ومن الواضح أن العلاقة ما بين المريض والقائم بالرعاية الصحية قابلة للتغيير، وتتأثر بعدة عوامل من بينها شخصية الطبيب، تقلبات نظام الرعاية الصحية نفسه، دون أن ننسى دور السلوك الشخصي للمريض، ولبقية المشاركين في تقديم الرعاية الصحية (تايلور،2017/2008، ص ص.532_533).

الى جانب ذلك، يساهم التواصل الفعال بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى يساهم بشكل كبير في الالتزام بالعلاج، وقد أثبتت الدراسات أن المساندة الاجتماعية الكافية والتفاعل الايجابي بين المرضى وأسرهم أيضا يدعم تبني السلوكات الصحية الإيجابية، ويحسن جودة حياة المرضى. (Shahin et al, 2021)

في الأخير، يمكن القول بأن الالتزام بالعلاج عملية معقدة تعتمد على تفاعل متبادل بين المريض ومجموعة من العوامل المتداخلة، وبالتالي فان فهم هذه الديناميكيات يمثل خطوة أساسية لتحسين مستوى الالتزام، كما أن توفير بيئة داعمة من قبل الفريق الطبي، الى جانب تعزيز قنوات التواصل الفعال بين الطبيب والمريض يمكن أن يساهم بشكل كبير في تعزيز الالتزام بشكل فعال. فالالتزام بالعلاج ليس مجرد قرار فردي بسيط يتخذه المريض، بل هو عملية معقدة تتأثر بعدة عوامل متداخلة، فطبيعة العلاقة بين المريضة والطبيب، ومدى وضوح المعلومات المقدمة حول العلاج، وتوفر بيئة داعمة من قبل الفريق الطبي، كلها عوامل تسهل الالتزام بالعلاج.

5.3_العوامل الاقتصادية والاجتماعية:

تؤثر عدة عوامل بشكل كبير على الالتزام بالعلاج من بينها سوء الحالة الاجتماعية والاقتصادية، الفقر، الأمية، انخفاض مستوى التعليم، البطالة، غياب شبكات دعم اجتماعي فعالة، عدم الاستقرار، وارتفاع تكلفة الأدوية، والمعتقدات حول المرض والعلاج، والخلل الوظيفي الأسري، التكاليف المتعلقة بالرعاية وإمكانية الوصول إليها، والخلفية الثقافية التي ينتمي اليها الفرد (Rakotoson, 2019, p.15).

يعتمد نجاح علاجات الأمراض المزمنة بشكل كبير على التزام المرضى بأنظمة العلاج، ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، فإن العوامل الاجتماعية والاقتصادية هي واحدة من أكثر العوامل الحاسمة التي تؤثر على الالتزام بالعلاج. ومن بين هذه العوامل المساندة الاجتماعية، حيث يمكن أن يؤدي الوصول إلى الدعم الاجتماعي الكافي إلى تحسين نتائج العلاج بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة.

تشير الدراسات إلى أن المرضى يعتبرون شركاء حياتهم أهم مصدر للدعم، حيث يحتل الأزواج دورا مميزا في النظام الطبي لشركائهم، إذ يشاركون بشكل مباشر في تعزيز الالتزام بالعلاج. وغالبا ما يسعى الأزواج إلى دعم شريكهم المصاب من خلال تشجيع السلوكيات الصحية الإيجابية والحد من السلوكيات الضارة، مما يساهم بشكل فعال في تحسين الالتزام بخطط العلاج (Vehedparast et al,2018).

وقد أثبتت العديد من الدراسات بأنه لا توجد علاقة بين الالتزام لدى النساء الحوامل وبعض المتغيرات مثل: البطالة، المستوى التعليمي، الوضع الاجتماعي والاقتصادي (Pontiki et al, 2022).

وتشير دراسة Awodele & Osuolale (2015) التي هدفت الى تقييم الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري من النوع الثاني، الى أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر على مستوى الالتزام بالأدوية في الأمراض المزمنة، منها ما يتعلق بالنظام الصحي والعاملين في مجال الرعاية الصحية، والعوامل المتعلقة بالمرضى أنفسهم، والعوامل المتعلقة بالسمات الشخصية.

أما دراسة Lutsey et al (2008) فقد سلطت الضوء على بعض العوامل المرتبطة بزيادة الالتزام بالأدوية لدى النساء الحوامل، وقد تضمنت هذه العوامل الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، الوعي بالبرنامج الصحي، إدراك الآثار الجانبية الناتجة عن الأدوية، إدراك الفوائد الصحية للعلاج.

ان انخفاض الوضع الاقتصادي يعيق قدرة المرضى على تغطية تكاليف العلاج، كما أن محدودية التأمين الطبي تزيد من صعوبة الالتزام بالعلاج. بالإضافة الى ذلك فان المرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل والمستوى التعليمي وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية قد يواجهون تحديات كبيرة تعرقل قدرتهم على الالتزام بالعلاج. لذلك فان عدم الالتزام يمكن اعتباره سلوكه شائعا ومعقدا، قد ينجم نتيجة ضعف التواصل بين المريض وفريق الرعاية الصحية، أو بسبب طبيعة البرنامج العلاجي نفسه، أو نتيجة عوامل شخصية تتعلق بالمريض بما في ذلك معتقداته التي يتبناها بشأن حالته الصحية.

4_النماذج النظرية المفسرة لسلوك الالتزام العلاجي:

تم اقتراح العديد من النماذج التي تحاول فهم كيفية تغيير السلوك الصحي، وقد ساهم بعضها في تفسير وفهم الالتزام العلاجي. وفيما يلي بعض النماذج النظرية التي تسلط الضوء على تحديد الأسباب التي تدفع بالفرد إلى تبني بعض الأنماط السلوكية الصحية دون الأخرى:

1.4_نموذج المعتقدات الصحية: (1966_ 1974)

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية Health Belief Model (HBM) النموذج الأول الذي دمج العوامل المعرفية في تحديد السلوك، طور هذا النموذج في أوائل الخمسينيات 1950 من قبل Godfrey

Hochbaum, Stephen Kegels & Irwin Rosenstock انطلاقا من سؤال أساسي هو: ما الذي يدفع الأفراد لاتخاذ إجراءات لحماية أنفسهم من المرض؟ يعتمد النموذج على مقاربة شخصية معرفية cognitive interpersonal approach حيث ينظر إلى الأفراد ككائنات عقلانية تتصرف بطرق معينة لتقليل ما يعتبرونه تهديدات (مثل أعراض المرض) وتعزيز ما يُنظر إليه على أنه فوائد (مثل الالتزام بالعلاج)(Adefolalu, 2018, p.4) .

نموذج المعتقدات الصحية (HBM) هو أحد نماذج تغيير السلوك، هدف في البداية لتفسير سبب رفض الأفراد عن الخضوع لآليات الكشف المبكر عن الأمراض التي لا تظهر عليها أعراض إلى حد كبير مثل السل أو سرطان عنق الرحم (Ragin & Keenan ,2021, p.7).

وقد تبلور هذا النموذج بشكل كامل على يد Rosenstock عام1966 بهدف شرح سلوكيات الوقاية الصحية، ووفقا لنموذج Rosenstock يتم تحديد احتمال تبني الفرد لسلوك وقائي من خلال أربعة أنواع من التصورات أو المعتقدات:

- **القابلية المدركة** Perceived susceptibility: تشير إلى الإدراك الذاتي لخطر إصابة الفرد بالمرض. إن القابلية المتصورة للإصابة بمرض ما تسلط الضوء على حقيقة أن الفرد يمكن أن يصاب بالفعل بالمرض، وهذا يعني أن الشخص سوف يسعى للحصول على رعاية طبية وقائية إذا كان الفرد يعتقد أنه معرض لخطر الإصابة بمرض ما (Adefolalu,2018, p.4). فكلما زادت القابلية المدركة للإصابة، كلما كان الدافع أقوى للانخراط في السلوكيات المعززة للصحة.
- **الخطورة المدركة للتهديد الصحي** Perceived severity of the health threat: تشير إلى الشعور بمدى خطورة المرض وعواقب تركه دون علاج. يتضمن هذا المفهوم إدراك العواقب الجسدية المحتملة للمرض (مثل الألم والموت) والعواقب الاجتماعية في حياة الشخص (مثل الإعاقة والوصم وتأثيرات الحالة المرضية على العلاقات الاجتماعية) (الدق،2011، ص.107). هذا يعني أن الأفراد يميلون إلى أن يكونوا أكثر استباقية لاتخاذ إجراءات وقائية من الأمراض الخطيرة مقارنة بالأمراض التي يعتقد أنها أقل خطورة، وبعبارة أخرى، فإن القابلية للإصابة بالمرض وخطورة هذا المرض المدركة تتحد لتشكل ما يراه الفرد على أنه تهديد للمرض(Adefolalu, 2018, p. 4) .

- **الفوائد المدركة للسلوك** Perceived benefits: تشير إلى الاعتقاد بأن إتباع سلوك صحي أو إتباع العلاج سيكون له فوائد (على سبيل المثال قد يُنظر إلى الإقلاع عن التدخين على أنه وسيلة لتوفير المال أو تقديم قدوة ايحابية للأطفال).
- **المعوقات المدركة** Perceived barriers to treatment : هي النتائج السلبية المحتملة أو التكاليف المرتبطة باتخاذ إجراء لتحسين الحالة الصحية، قد تشمل العوامل التي يمكن أن تعرقل مسار العمل مخاوف بشأن النفقات، أو أي معوقات مرتبطة بالإجراء الصحي(على سبيل المثال، المخاوف من الألم أو التعرض للإشعاعات خلال الفحوصات مثل تصوير الثدي بالأشعة السينية)، صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية، والحواجز العاطفية مثل المخاوف من الأذى الجسدي أو العاطفي (بما في ذلك الخوف من تلقي تشخيص خطير مثل السرطان) (Anderson, 2004, p.474_475).

من خلال كل ما سبق نستنتج أن نموذج HBM يركز على جانبين من تمثيلات الأفراد للصحة والسلوك الصحي وهما: **إدراك التهديد** والذي يشمل اثنين من المعتقدات (القابلية المدركة، الخطورة المدركة) **وتقييم السلوك** والذي يتضمن مجموعتين متميزتين من المعتقدات (الفوائد المدركة، المعوقات المدركة).

بالإضافة إلى العوامل السابقة فهناك عوامل أخرى أدرجت في الصيغ المبكرة للنموذج والتي قد يدركها الفرد على أنها عوامل مهددة أو مساعدة، وهي:

- **المتغيرات الديموغرافية والاجتماعيةّ**: قد تؤثر بشكل كبير على أداء السلوك الصحي بشكل غير مباشر، ومن الأمثلة القوية بشكل خاص على هذا المتغير مستوى التعليم الذي يمكن أن يكون له تأثير غير مباشر على السلوك، من خلال التأثير على إدراك الفوائد والعوائق (Glanz et al, 2008, p.50).
- **الهاديات للتصرف** Cues to action: ويشير المفهوم إلى المحفزات التي تدفع الفرد إلى طلب العلاج، ويعتقد Hochbaum (1958) أن الاستعداد لاتخاذ إجراء صحي لا يمكن تعزيزه إلا من خلال عوامل كنصائح الأصدقاء، والحملات الإعلامية الصحية (Straub, 2014, p.199). ويرى Ragin & Keenan (2021) أن الإشارات يمكن أن تكون إما محفزات داخلية مثل الألم، أو عوامل خارجية مثل المشورة من أحد أفراد الأسرة أو صديق (ص. 8).

- **الكفاءة الذاتية:** تشير الكفاءة الذاتية إلى مستوى الثقة التي يشعر بها الفرد فيما يتعلق بقدرته على أداء السلوك على سبيل المثال، ثقة الفرد بقدرته على اختبار نسبة السكر في الدم وإعطاء الأنسولين ذاتيا.
- **أخيرا،** الدافع الصحي العام للفرد أو "الاستعداد لذلك الاهتمام بالمسائل الصحية " وهو أحد العوامل التي تم تضمينها في الإصدارات الأحدث من النموذج (Tapper,2021, p.108).

باختصار فان نموذج HBM يعتبر كإطار لشرح تغيير السلوك الصحي، وآلية دعم برامج التدخل لتغيير السلوكيات الصحية أو الحفاظ على سلوكيات جديدة.

ووفقا ل Reach (2015) يقدم هذا النموذج تصورا **للتهديدات والتوقعات** على خلفية اجتماعية وديموغرافية، والتي تشمل على سبيل المثال، العمر والجنس والعرق والمهنة وما إلى ذلك، لاتخاذ قرار بتبني سلوك صحي جديد. تشمل **التهديدات** تصور عدم قدرة الفرد في مواجهة مشكلة صحية وتصوره لمدى خطورة المشكلة، بالإضافة الى الآثار السلبية المحتملة على النواحي المهنية والاجتماعية والعائلية. أما **التوقعات** فتتعلق بالفوائد التي يتوقعها الفرد من السلوك الصحي، وتصوره لقدرته على أداء العمل (الكفاءة الذاتية)، وإدراكه للعقبات التي تحول دون القيام به، وبمجرد تقييمه للإيجابيات والسلبيات، يقرر الفرد الخضوع للعلاج. وقد يكون سبب البدء في تنفيذه إما حدثا داخليا (ظهور أعراض) أو حدثا خارجيا (حملة إعلامية أو فقدان قريب يعاني من نفس المرض) (ص.22).

تم استخدام نموذج المعتقد الصحي في الوقاية الثانوية لدراسة العلاقة بين بعض المعتقدات والسلوكيات الصحية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، وسرطان الثدي أو مرض السكري، أو التهاب الكبد. كما تم استخدامه في الوقاية الأولية بهدف التنبؤ بالسلوكيات التي من المحتمل أن تقلل من خطر ظهور أمراض معينة: الفحص الذاتي للثدي، تغيير النمط الغذائي، ممارسة النشاط البدني (Abraham & Sheeran, 2015, p.34).

على الرغم من أن النموذج قد ساهم في تطوير تدخلات فعالة لتغيير السلوك، ومع ذلك تنقصه الأدلة التجريبية الكافية لتحديد فعالية تغيير المعتقدات وتحديد مدى نجاحها، كما يحتاج النموذج إلى دراسات تجريبية لتوضيح العلاقات السببية بين المعتقدات والسلوك الصحي. كما أن اقتراحه لتأثيرات العوامل

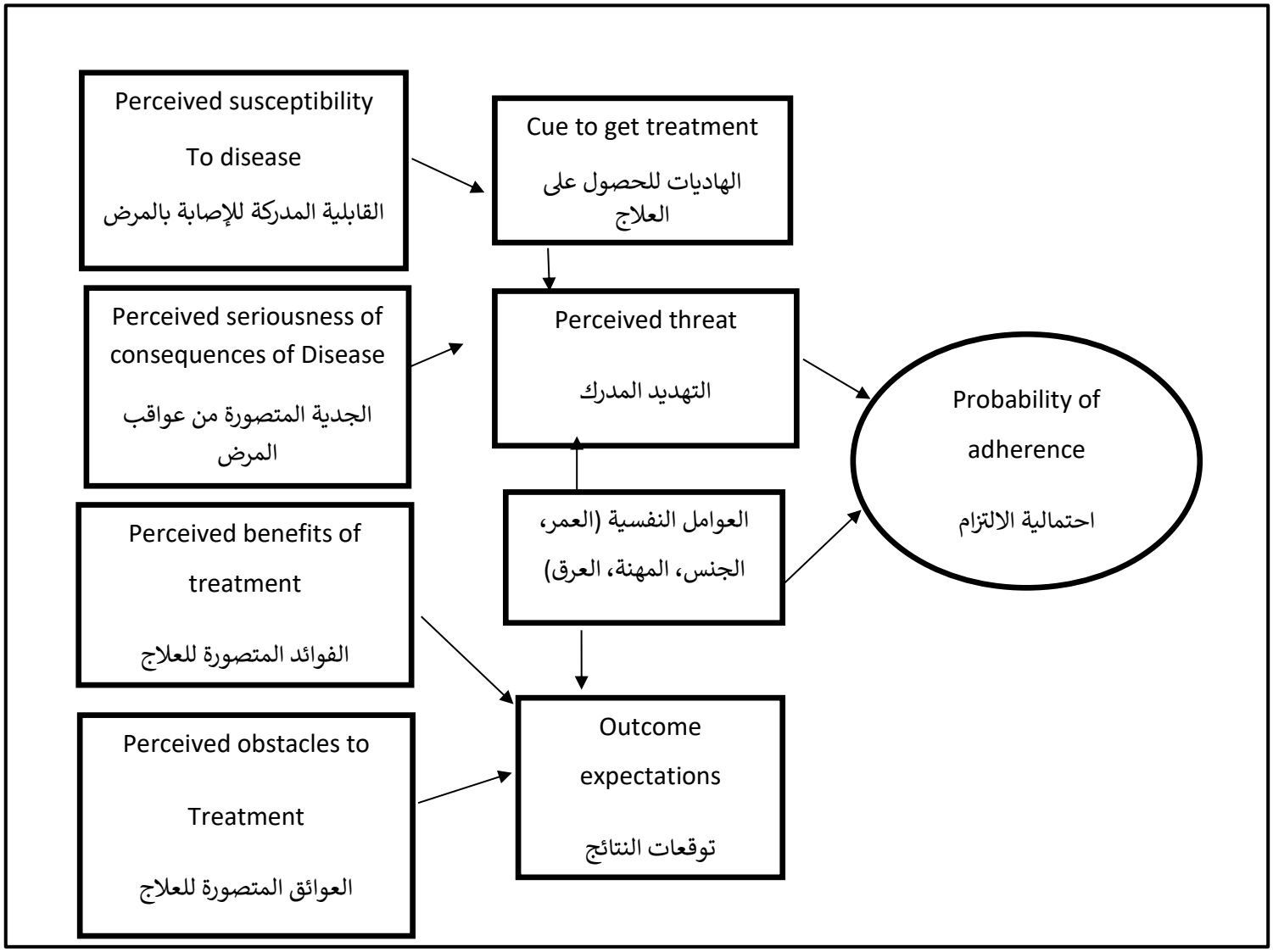
الاجتماعية والاقتصادية على السلوك الصحي من خلال المعتقدات الصحية لا يزال يحتاج إلى مزيد من البحث.

حيث لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات النموذج مثل الخطورة المدركة، مما يؤدي إلى تباين النتائج في الدراسات المختلفة (Anderson, 2004, p. 476).

تم انتقاد نموذج HBM أيضا، ليس فقط بسبب النتائج المتناقضة التي تم الحصول عليها في الدراسات، ولكن أيضا بسبب نقاط ضعفه المنهجية والنظرية، فهو يخفي العوامل العاطفية (استراتيجيات التكيف adjustment strategy التي تركز على العواطف، مثل التجنب أو العجز) (Bruchon Schweitzer & Boujut, 2014, p.407)

هذه النقاط تعيدنا إلى النقد الذي أثاره لأول مرة بيكر Becker (1974). وأشار إلى ضرورة دراسة دور العوامل الاجتماعية والسلوكية في التأثير على السلوكيات الصحية. على سبيل المثال، أشار إلى التأثير المحتمل للعوامل المعدلة مثل العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية، والتواصل بين المريض ومقدمي الخدمة، واستمرارية الرعاية من قبل الطبيب نفسه كمحددات محتملة للسلوكيات الصحية (Ragin & Keenan, 2021, p.9) ولتوضيح ما سبق، نقدم الشكل التالي:

الشكل رقم 3: يوضح نموذج المعتقدات الصحية والالتزام بالعلاج حسب Becker (1984) نقلا عن(Reach,2015,p.23)



2.4_نظرية السلوك المبرر(1985_ 1991)

تم تطوير نظرية السلوك المبرر The Theorie of Reasoned Action في عام 1967 من قبل مارتن Fishbein & Icek Ajzen وتشير إلى أن الأفراد كائنات عقلانية يستخدمون المعلومات المتاحة لهم، ويفكرون في عواقب أفعالهم قبل تنفيذها (Reach, 2015, p.23)

يعتمد نموذج السلوك المبرر على افتراض أن ظهور السلوكيات الصحية لا يمكن فهمه إلا إذا تم وضع معتقدات الأفراد، وقراراتهم في سياقهم النفسي والاجتماعي Psychosocial. وتعتبر النية المحدد المباشر للسلوك من أجل تحقيق أهداف معينة، تتشكل النية من خلال عنصرين:

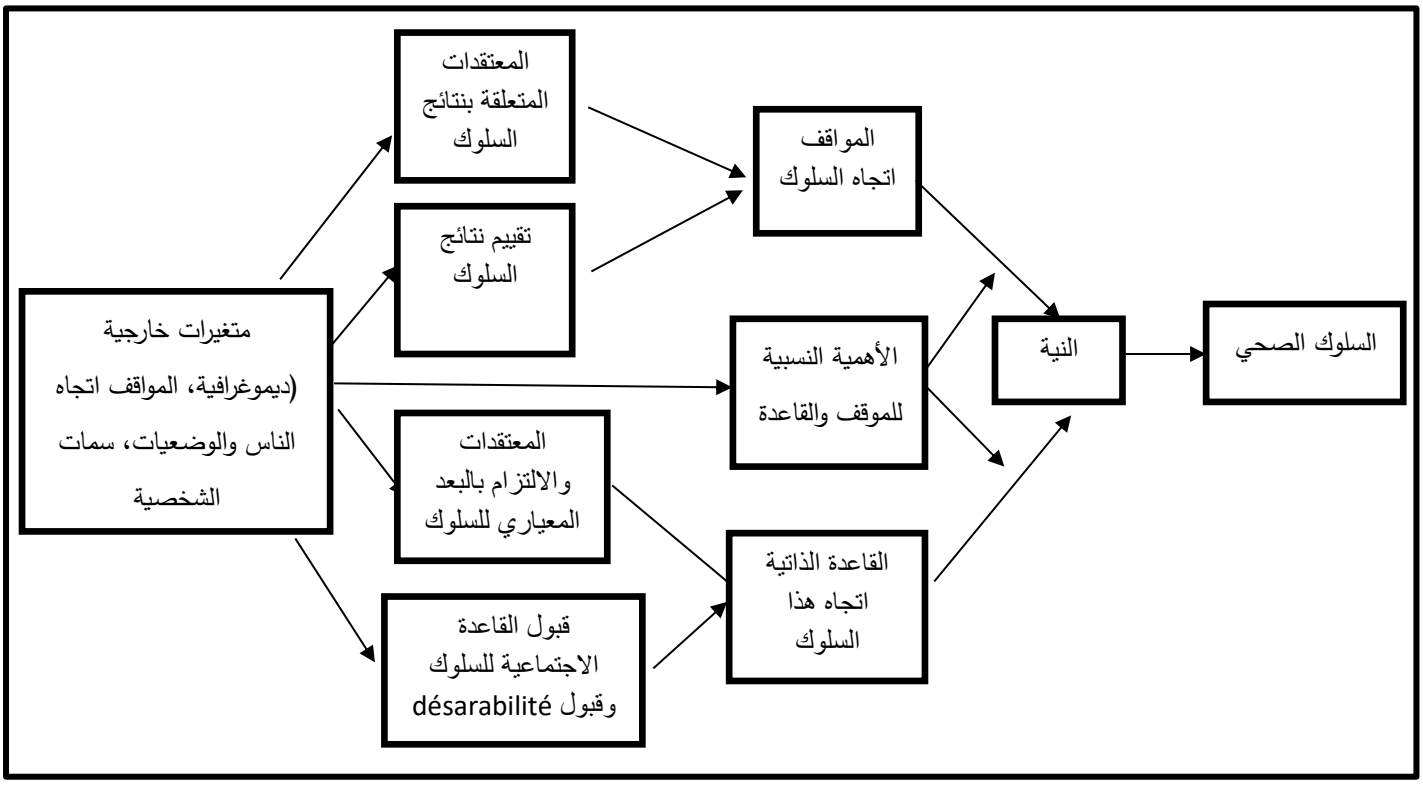
- **الموقف اتجاه السلوك:** يتحدد من خلال المعتقدات المتعلقة بعواقب السلوك (مثل الآثار الجانبية، العجز) وكذلك من خلال تقييم الموضوع على سبيل المثال إذا كان يعتقد أن الضرر الناجم سيكون أكبر من الفائدة.
- **المعيار الذاتي:** يعتبر جزء من عملية نفسية اجتماعية حيث يمكن أن يقوم الآباء أو الأصدقاء أو أي شخص ينتمي إلى المجموعة المرجعية للفرد بتشجيعه على تبني نوع معين من السلوك مثلا اتباع نظام غذائي لإنقاص الوزن، الالتزام بالدواء (Fischer & Tarquinio, 2014, p.31).

من بين الانتقادات التي وجهت لهذا النموذج هو أن المواقف والمعايير الذاتية قد لا تتأثر ببعضها البعض، لكنها تؤثر بشكل مستقل على النية السلوكية وبالتالي على السلوك نفسه. من ناحية أخرى، يقر معظم الباحثين أيضا بأن هذه النظرية لا تتنبأ إلا بالسلوكيات الإرادية، أو السلوكيات التي يمارس عليها الفرد سيطرة كبيرة وهذا يعني أنها غير قادرة على التنبؤ بالسلوكيات غير المقصودة أو العفوية أو حتى المعتادة (Ragin & Keenan,2021, p.5) .

من بين جوانب الضعف أيضا في هذا النموذج أنه لم يفسر بشكل مناسب القرارات المنطقية التي غالبا ما يتخذها الأفراد فيما يتعلق بصحتهم، مثل تأجيل العلاج الطبي على الرغم من وجود أعراض مرضية واضحة، مشكلة أخرى هي أن النوايا أو المقاصد والسلوك مرتبطان بدرجة متوسطة فقط، حيث أن الأفراد لا يقومون دائما بما يخططون للقيام به، والمشكلة الأخيرة هي أن هذه النظرية غير مكتملة (الدق،2011، ص.118).

سمح هذا النموذج بإدخال فكرتين مهمتين: مفهوم السياق الاجتماعي المعياري الذي قد يسهل أو على العكس من ذلك يبطئ ظهور السلوكيات الصحية وتعديلها، من ناحية، ومفهوم النوايا السلوكية التي اتخذتها العديد من النماذج الأخرى في علم نفس الصحة. وسنوضح ذلك في الشكل التالي:

الشكل رقم 4:يوضح نموذج السلوك المبرر ل fishbein et ajzen 1975 نقلا عن (Fischer & Tarquinio ,2014,p.32)



3.4_نظرية السلوك المخطط

طورت نظرية The Theorie of Planned Behavior(TPB) من طرف اجزن (1985_ 1991) Ajzen كواحدة من أكثر الأطر المفاهيمية تأثيرا في دراسة السلوك البشري. وفقا لهذه النظرية، فان السلوك الإنساني ينتج عن ثلاثة أنواع رئيسية من المعتقدات التي تشكل النية السلوكية وهي: المعتقدات السلوكية، والمعتقدات المعيارية، ومعتقدات التحكم (Ajzen, 2002, p.665).

وبناء عليه، يتم تحديد السلوك من خلال نية الفرد للانخراط في سلوك معين، الى جانب المعايير الذاتية والسيطرة السلوكية المتصورة التي تعبر عن الدرجة التي يُنظر فيها إلى السلوك على أنه تحت سيطرة الفرد (Al-Swidi et al, 2014, p.1562).

- **الموقف اتجاه السلوك** Attitude Toward The Behavior : يشير الى درجة تقييم الفرد للجانب الايجابي والسلبي للسلوك، بناء على المعتقدات المتعلقة بعواقب السلوك مثلا الإدراك بأن التدخين قد يؤدي الى الاصابة بالسرطان يعكس اعتقادا يربط بين السلوك ونتائجه المحتملة، والتي تقيم بعد ذلك على أنها إيجابية أو سلبية.
- **المعيار الذاتي** The Subjective Norm: يأخذ شكل الضغط الاجتماعي الذي يدركه الشخص لاتخاذ سلوك معين أو الامتناع عنه، ويتحدد من خلال إدراك آراء مجموعته المرجعية المهمة (مثل الوالدين، الأصدقاء)(Ogden, 2008, p.33) . يرتبط المعيار الذاتي بمعتقدات الفرد حول ما يتوقعه الاخرون منه (المعتقدات المعيارية) وبدافعيته للامتثال لهذه المعتقدات المعيارية (Taylor, 2018, p.48).
- **التحكم السلوكي المدرك** Perceived Behavioral Control: يشير إلى السهولة أو الصعوبة المتصورة في أداء السلوك، تعتمد هذه السيطرة المتصورة على عوامل داخلية مثل القدرات الشخصية والمعلومات، وعوامل خارجية مثل الفرص المتاحة والعقبات. يمثل هذا المفهوم تقييما لقدرة الشخص على أداء السلوك، ويتأثر بمعتقداته حول الحواجز أو التسهيلات الموجودة(Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.409).

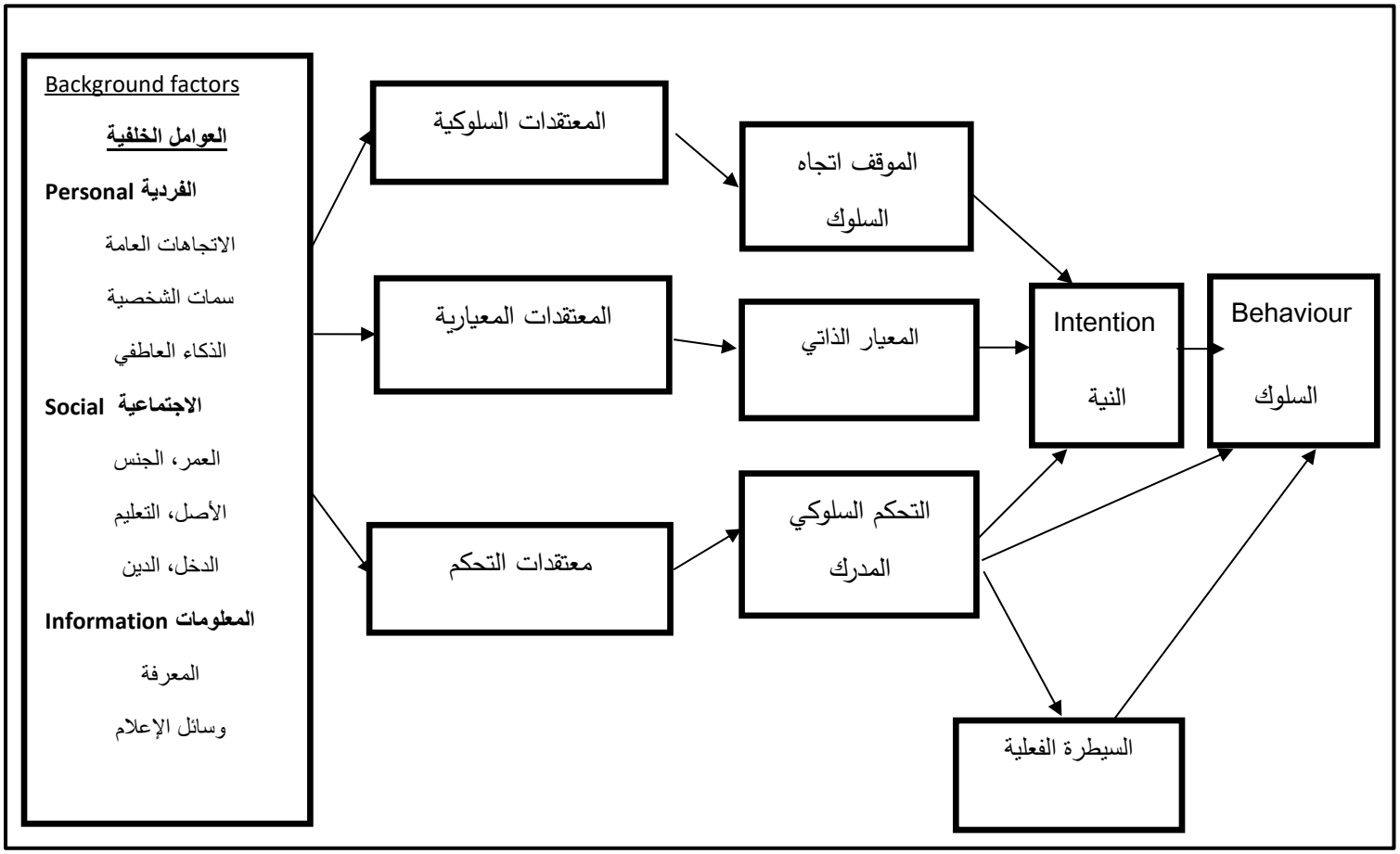
قام بعض الباحثين أيضا بدمج المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية في نموذجهم (العمر والجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ...) والمتغيرات النفسية الاجتماعية الفردية (مثل الشخصية، وما إلى ذلك) كمتنبئين لهذه المتغيرات الثلاثة (Sultan & Varescon, 2012, p.2012).

وقد أثبتت النظرية فعاليتها بشكل خاص للتنبؤ بتبني سلوكيات معينة في المجال الصحي، مثل الإقلاع عن التدخين وتناول الكحول، واستخدام وسائل منع الحمل، واتباع نظام غذائي، اتخاذ قرارات صحية كاللجوء إلى الإجهاض (Fischer & Tarquinio, 2014, p.35).

كما أثبتت فعاليتها في تفسير السلوك الصحي لدى الأفراد المصابين بأمراض المزمنة لا سيما فيما يتعلق بالالتزام ببرامج العلاج، ومع ذلك كانت أقل نجاحا في تفسير الفجوة بين النية والسلوك (شويخ، 2012، ص69). وعدم تقديمها نموذجا واضحا للشروط التي تؤثر على العلاقة بين النية والعوامل الثلاثة (الموقف،

المعيار الذاتي، التحكم السلوكي المتصور)، إضافة الى أن النموذج لا يقترح اتجاها للسببية (Ayers et al, 2007, p.224). وسنوضح كل ما سبق في الشكل الاتي:

الشكل رقم 5: يوضح نموذج السلوك المخطط وفق Ajzen & Fishbein نقلا عن (Tapper, 2021, p.112)



4.4_نموذج الانضباط الصحي

تم تطوير هذا النموذج Health Compliance model (HCM) من قبل Heyby et Carlson (1986) وهو نموذج شامل مشتق من نموذج اجتماعي سلوكي يهدف الى تفسير مختلف أنماط الالتزام مثل الالتزام بنمط الحياة الصحي، ممارسة التمارين الرياضية، الالتزام بالمواعيد الطبية وغيرها. ويمكن تطبيق هذا النموذج بشكل رئيسي لدراسة الالتزام بالعلاجات الطبية.

يتكون النموذج من ثلاثة أنواع من المتغيرات:

- **السوابق أو المتغيرات الظرفية** التي تشمل:

- خصائص العلاج: مثل الجرعة، الذوق، اللون، تعقيد جدول الجرعات، تعبئة أو غلاف الدواء.
- نوعية المعلومات المقدمة حول طبيعة وأهداف العلاج، سواء كانت كتابية، شفهية، ومدى سهولة فهمها وقراءتها.
- التكيف مع نمط الحياة.
- الالتزام بالفحوصات أو المعاينات الدورية.
- المساندة الاجتماعية والأسرية وكذا نوعية العلاقة طبيب/مريض.

- **العوامل الفردية الذاتية:** تتعلق بادراك المريض لمرضه مثل معتقداته وادراكاته المرتبطة بفعالية العلاج، ادراكه لتكاليف العلاج ومدى خطورة العلاج ودرجة الرضا عن العلاج.
- **النتائج:** تتعلق بالفوائد أو العيوب الناجمة عن العوامل الذاتية المختلفة:

_ الفوائد: قد تكون اجتماعية (مثل التأييد من طرف الآخرين)، شخصية (تحسين الحالة الصحية أو انخفاض حدة الأعراض)، مالية (تحقيق مكاسب اقتصادية جراء التوقف عن التدخين مثلا).

_ العيوب: قد تكون جسدية (تفاقم حالة المريض وزيادة حدة المرض أو الأعراض الجانبية)، مالية (ارتفاع تكاليف العلاج)، أو اجتماعية (وصمة المرض أو نظرة المجتمع السلبية اتجاهه).

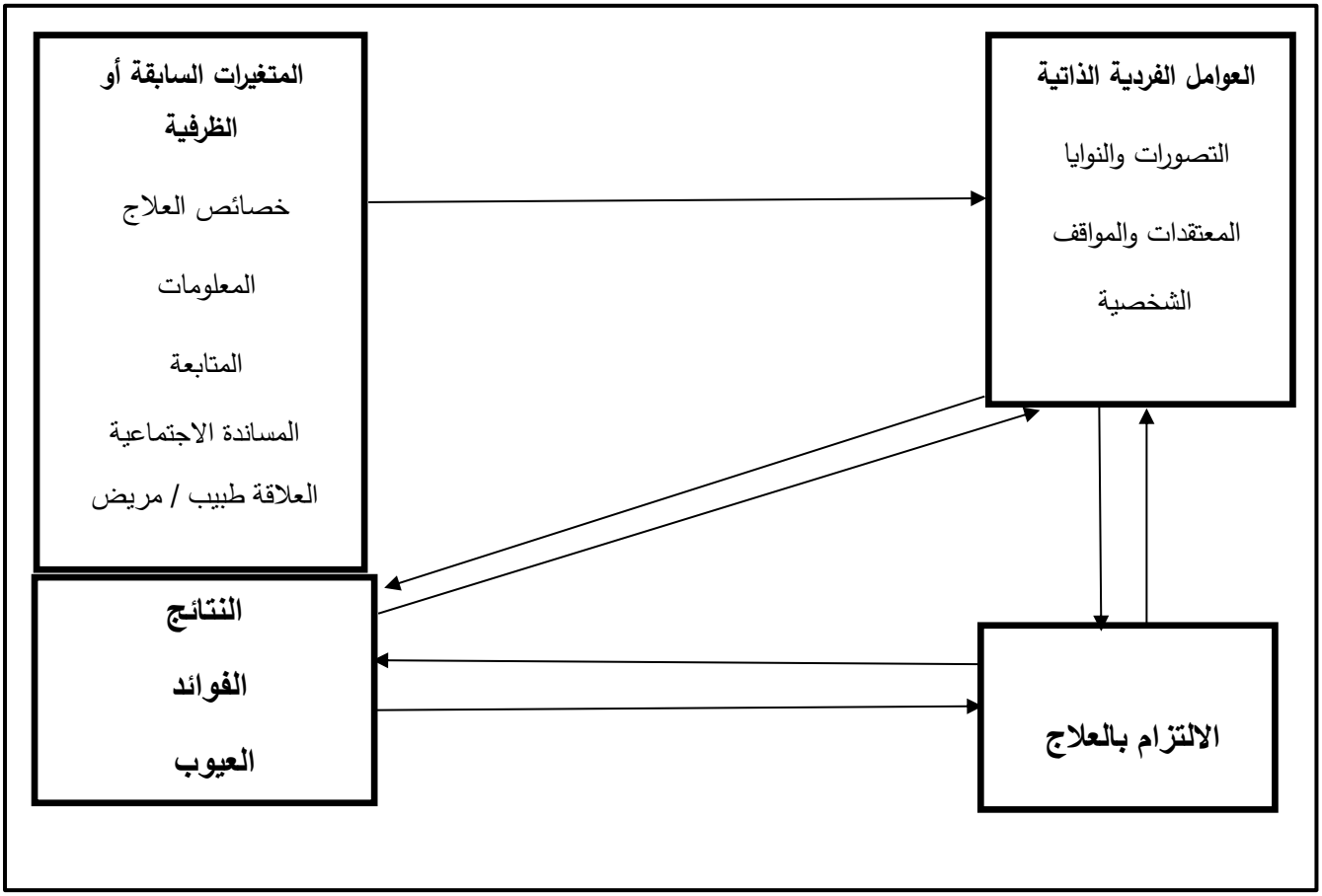
كما أن هذا النموذج يسلط الضوء على نوعين من العوامل الايجابية والسلبية للالتزام:

1_ في حالة العوامل الفردية: تكون الايجابيات والسلبيات المدركة قبل الالتزام.

2_ في حالة العوامل المتعلقة بالنتائج: تكون الايجابيات والسلبيات المدركة والمتوقعة تكون بعد الالتزام.

تؤثر هذه العوامل المتعلقة بالتغذية الراجعة Feed– Back على السلوكات المستقبلية المرتبطة بالعلاج الحالي أو بعلاج آخر، وبالتالي تسلط الضوء هذه المقاربة على الخاصية الدينامية لسيرورة الالتزام (Fischer & Tarquinio, 2014, p p.171_172) ولتوضيح كل ما سبق نستعرض الشكل التالي:

الشكل رقم 6: يوضح نموذج الالتزام الصحي ل heiby et coll 1986 نقلا عن (Fischer & Tarquinio, 2014,p.172)



5.4_النموذج القيمي للعلاجات الوقائية أو نموذج الوقاية الإكلينيكية

أنجز هذا النموذج التكاملي model for clinical prevention سنة 1992 من طرف Walsh et McPhee انطلاقا من نموذج المعتقدات الصحية ونموذج برسيد PRECEDE ونظرية الكفاءة الذاتية لألبرت باندورا Bandura ونموذج فيشبين Fishbein في السلوك المبرر. يركز هذا النموذج بشكل خاص على الأدوار الخاصة بالمريض والطبيب في تبني السلوكات الوقائية والالتزام بالعلاج.

يشمل هذا النموذج على ثلاثة أصناف من العوامل هي: عوامل مهيأة، عوامل مسهلة، عوامل معززة، عوامل مرتبطة بمقدمي الرعاية، عوامل تنظيمية، عوامل مرتبطة بالسلوكات الوقائية، وعوامل ظرفية.

1_ العوامل المهيأة:

- العوامل المهيأة الخاصة بالمرضى: وتشمل الخصائص السوسيوديموغرافية (الجنس، السن)، المعتقدات والمواقف (المعتقدات الدينية أو الثقافية، الحوافز، المواقف اتجاه الوقاية، مشاعر الكفاءة الذاتية، القيمة المعطاة للمرض).
- العوامل المهيأة الخاصة بالأطباء: تضم معايير مشابهة للمرضى كالجنس أو السن، المواقف اتجاه الوقاية، إدراك الطبيب لمستوى الكفاءة الذاتية للمريض، والحوافز، ومعلوماته، وأيضا إدراك الطبيب لكفاءته الطبية ولدوره التربوي.

2_ العوامل المسهلة:

- العوامل المسهلة الخاصة بالمرضى: تتعلق بمهاراتهم في الالتزام بالعلاج، والمعارف المتوفرة لديهم عن المرض، العوامل المادية التي تؤثر على إمكانية الوصول للعلاج أو الرعاية.
- العوامل المسهلة الخاصة بالطبيب: تتعلق بالدرجة الأولى بكفاءته الفعلية في مجال الوقاية (التربية الصحية)، اختصاصه الطبي، الخبرة الطبية، فهمه لأهداف واتجاهات الوقاية، العوامل اللوجستية (الوقت، المكان، المستخدمين، توافر التجهيزات الطبية).

3_ العوامل المعززة:

- العوامل المعززة الخاصة بالمريض: تشمل المساندة الاجتماعية من المحيط، والتأثيرات الايجابية للعلاج كفقدان الوزن.
- العوامل المعززة الخاصة بالطبيب: تتضمن تحقيق تأثيرات إيجابية ملحوظة على رضا المريض، ونوعية الاتصال بين العاملين في مجال الوقاية.

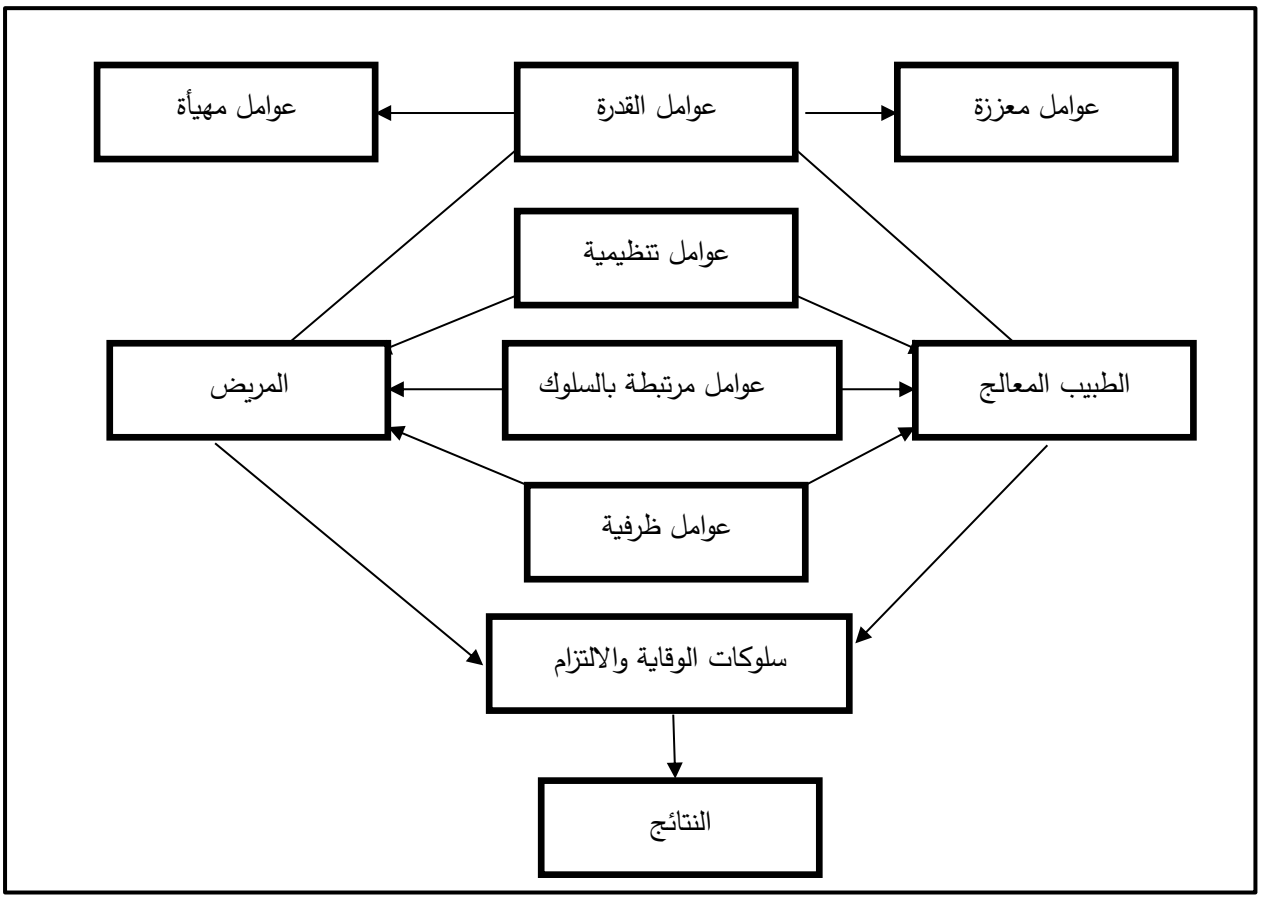
4_ العوامل التنظيمية: تهم كل من المريض والطبيب في نفس الوقت وتتضمن: إمكانية الوصول إلى العلاج، توافر الخدمات العلاجية والوقائية.

5_ العوامل المرتبطة بالسلوكات: وهي تخص فعالية سلوك الالتزام الواضحة (القدرة على إحداث التأثير في المريض)، وهذه العوامل تمس أيضا الآثار الجانبية للعلاج والغير مرغوب فيها التي قد تظهر لدى المرضى.

6_ العوامل الظرفية: تتمثل في العوامل الداخلية مثل الأعراض المرضية التي يعاني منها المريض، والعوامل الخارجية التي تشمل تدخل المحيطين بالمريض وتذكير الطبيب للمريض بأهمية احترام العلاج، والمعلومات المقدمة من طرف وسائل الإعلام، وتعتبر هذه العوامل كمعايير يجب مراعاتها لرفع معنويات المرضى وتشجيعهم على الالتزام بالعلاج.

يعتبر هذا النموذج حديثا، إلا أنه يدمج أغلبية إسهامات النماذج الأخرى، ويفتح مجالات هامة للبحث ومع ذلك يحتوي النموذج على بعض النقائص نظرا لعموميته، حيث يفتقر إلى القدرة على تحديد دور العوامل المختلفة وفقا لنوع المرض (Fischer & Tarquinio, 2014, pp.174_175). ولتوضيح ما سبق نستعرض الشكل التالي:

الشكل رقم 7: يوضح النموذج القيمي للعلاجات الوقائية ل Walsh et McPhee نقلا عن (Fischer & Tarquinio, 2014, p.173)



6.4_نموذج التنبؤ بالسلوكات الصحية: le modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS)

اقترح هذا النموذج the health behavior prediction model (HBPM) من طرف Pender 1975 واستخدمه Richard 1988 في مجموعة من المرضى الذين خضعوا لعملية جراحية في القلب، يدمج هذا النموذج مجموعة من المقاربات والنظريات والمفاهيم التي تفسر الالتزام والسلوكات الصحية بشكل عام، ويستند على نموذج المعتقدات الصحية، بالإضافة الى دمج العوامل المكونة لنظرية التعلم الاجتماعي، ومصدر الضبط الصحي، والعديد من العوامل الأصلية أو المعدلة، ويتكون هذا النموذج من 5 فئات من العوامل هي:

1_ العوامل المعدلة: تتعلق بالخصائص السوسيوديموغرافية مثل العمر، الجنس، والمتغيرات الشخصية الداخلية التي تتعلق بتوقعات المرضى من العلاقات الاجتماعية، والشبكات الاجتماعية التي ينتمون اليها، إضافة الى المتغيرات الظرفية التي تركز على العوامل النفس اجتماعية والثقافية التي تؤثر في السلوكات الصحية.

2_ الادراكات الفردية: ترتبط بالصحة والمرض، وفوائد العلاج، مصدر الضبط (داخلي/خارجي). وحسب Wallston et al 1978 فهناك الكثير من المحددات التي ستؤثر على السلوكات الصحية أو على البحث عن المعلومات المتعلقة بالمرض أو العلاج، مثل إدراك خطورة المرض، وجود الأعراض، أيضا إدراك الفوائد التي تنجم من القيام بالسلوك الصحي.

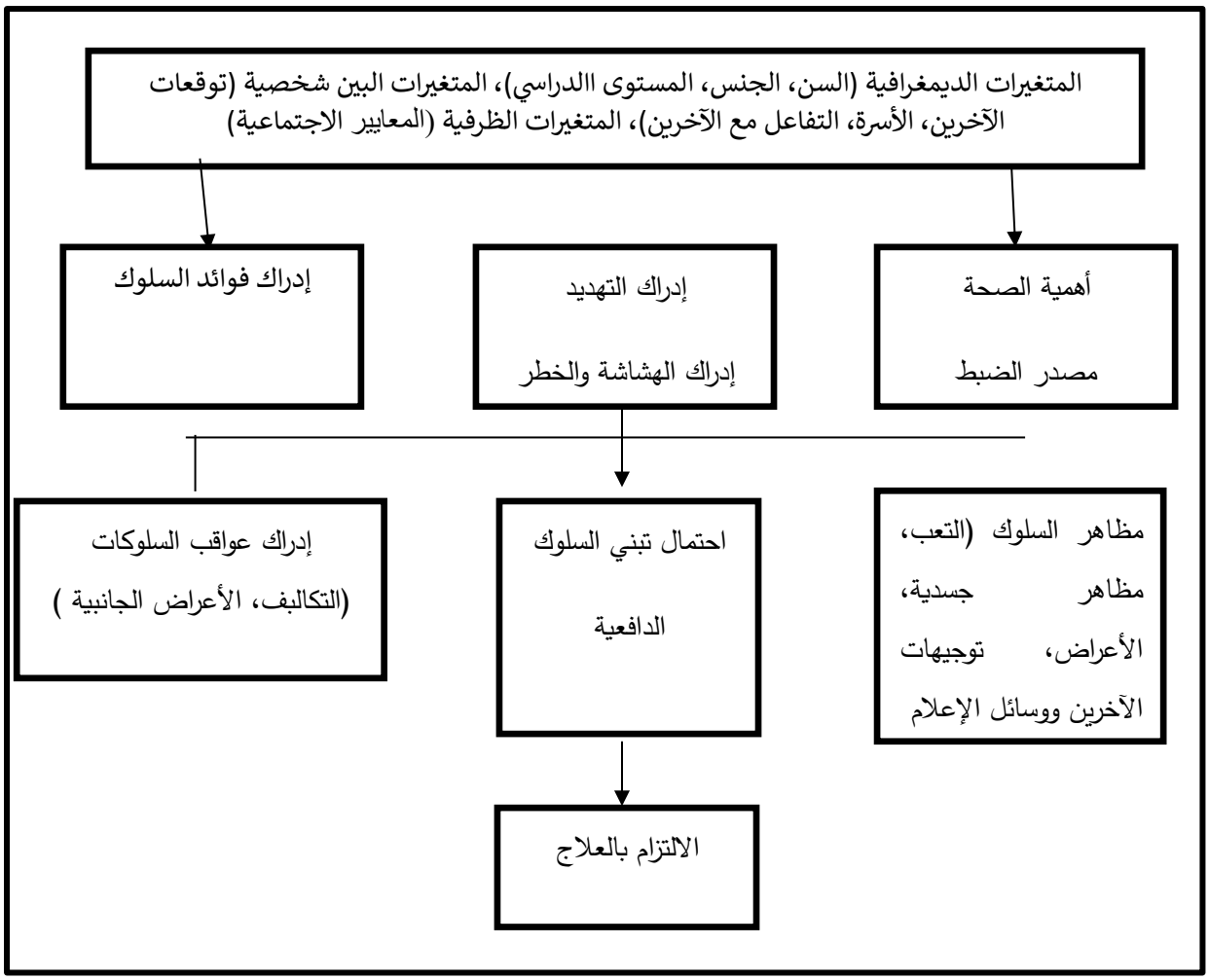
3_ إدراك عواقب السلوكات الصحية: ترجع إلى المتغيرات الشخصية للمريض وتعكس نمط حياته، فالمقارنة بين طموحات المريض وأهدافه في الحياة، مع نتائج العلاج يمكن أن تؤثر على احتمالية الحصول على سلوكيات صحية محددة تتناسب مع وضعية المريض.

4_ مظاهر السلوك أو العوامل المفجرة: والتي يمكن أن تكون كإشارات داخلية كالإرهاق، الأعراض الجسدية أو إشارات خارجية كتأثيرات المحيط الاجتماعي أو الإعلامي على وضعية المريض.

5_ احتمالية تبني السلوكات الصحية: والتي تنشأ من التفاعل بين مظاهر السلوك، وإدراك العواقب والمدركات الفردية.

يعد هذا النموذج نموذجا تكامليا يحاول الربط بين مقاربات مختلفة، ومع ذلك، قد تكون بعض العوامل التي تم إثبات تأثيرها على الالتزام غير موجودة في النموذج، مثل النوايا السلوكية، والإحساس بالكفاءة الذاتية، ومصدر الضبط (Fischer & Tarquinio, 2014, p p.175_177). وتوضيحا لما سبق، نقدم الشكل التالي:

الشكل رقم 8: *يوضح نموذج التنبؤ بالسلوكات الصحية الصحية ل Pender 1975 نقلا عن (Fischer & Tarquinio, 2014,p.176)*



7.4_نموذج الإدارة الذاتية أو التنظيم الذاتي للمرض

يؤكد نموذج Leventhal Howard الذي ظهر بين سنة 1980 و1984 أن هناك دورة تنظيمية يستند الى تمثلات أو تصور المريض لمرضه، والتدابير التي يتخذها بناء على تلك التصورات. يقوم هذا النموذج self regulation model على فكرة أن الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية ما هي إلا نتائج للتمثلات

الذهنية التي يكونها المرضى عن مرضهم (Reach, 2015, p.24). كما يستخدم لتفسير الالتزام بالعلاج انطلاقا من تمثلات المريض لمرضه وفقا للمراحل التالية:

1_ الاستجابة الانفعالية للمرض: والتي تنتج عن تمثلات المريض حول تهديد المرض وإدراكه لأهمية العلاج. في هذه المرحلة، يصبح الأفراد على دراية بالتهديد الصحي (مثل المرض) وفقا لمحفزات داخلية و/أو خارجية، يمكن أن تكون المنبهات الداخلية كأعراض أو معرفة شخصية، وعادة ما تشتمل المحفزات الخارجية على معلومات من أشخاص آخرين، بعد ذلك، يشكل الأفراد التصورات المعرفية الأولية للعاطفة والتهديد الصحي، مما يعكس تمثيلهم للمشاعر تجاه الخطر الصحي، مثل الخوف والقلق والاكتئاب (Nie, 2021, p.68).

يشير تمثلات التهديد الصحي إلى إدراك المرض، والذي يصف كيفية تفكير الأفراد بشأن مرضهم. ويتكون من خمسة مكونات متميزة:

- الهوية Identity: تشمل مجموعة من الأعراض المرتبطة بالمرض.
- العواقب Consequences: تتضمن الاثار الجسدية والاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن المرض (كيف ستتأثر حياتي بهذا المرض؟).
- البعد الزمني Temporality: يشير إلى المدة المتوقعة من قبل المريض لمرضه (هل المرض حاد، مزمن؟ إلى متى ستستمر الأعراض؟).
- الأسباب أو السوابق Causes Or Antecedents: أي العوامل التي يعزو إليها المريض سبب مرضه مثل العوامل الوراثية أو العدوى.
- قابلية السيطرة المتصورة: Perceived Controllability: يعكس إلى أي مدى يمكن للمريض التحكم في مرضه (هل يمكن التقليل من عواقب المرض؟).

يسلط Leventhal الضوء أيضا على أن المعلومات الجديدة تتفاعل دائما مع تمثلات المرض الموجودة مسبقا، حيث يفترض نموذج التنظيم الذاتي أن المعلومات الصحية لها تأثير أكبر ومهم في التمثلات العقلية، حيث يدمج الأفراد بين تصوراتهم للخطر وكيفية تقليل هذا التهديد (Sultan & Varescon, 2012, p .p.80_81).

ومن الأمثلة التوضيحية على مبدأ التناسق بين تمثلات المرض (أسبابه، والوقاية منه) و(التدخلات المحتملة) هي: "إذا كان ارتفاع ضغط الدم الشرياني ناتجا من قلة ممارسة الرياضة، فإن النشاط البدني يمكن أن يقلل منه "، أما التمثيل الثاني المحتمل هو أنه لا يوجد إجراء يمكن أن يقلل التهديد وأنه غير قابل للتغيير "إذا كان مرض القلب التاجي وراثيا في الأصل، فلا يوجد شيء يمكن فعله ".

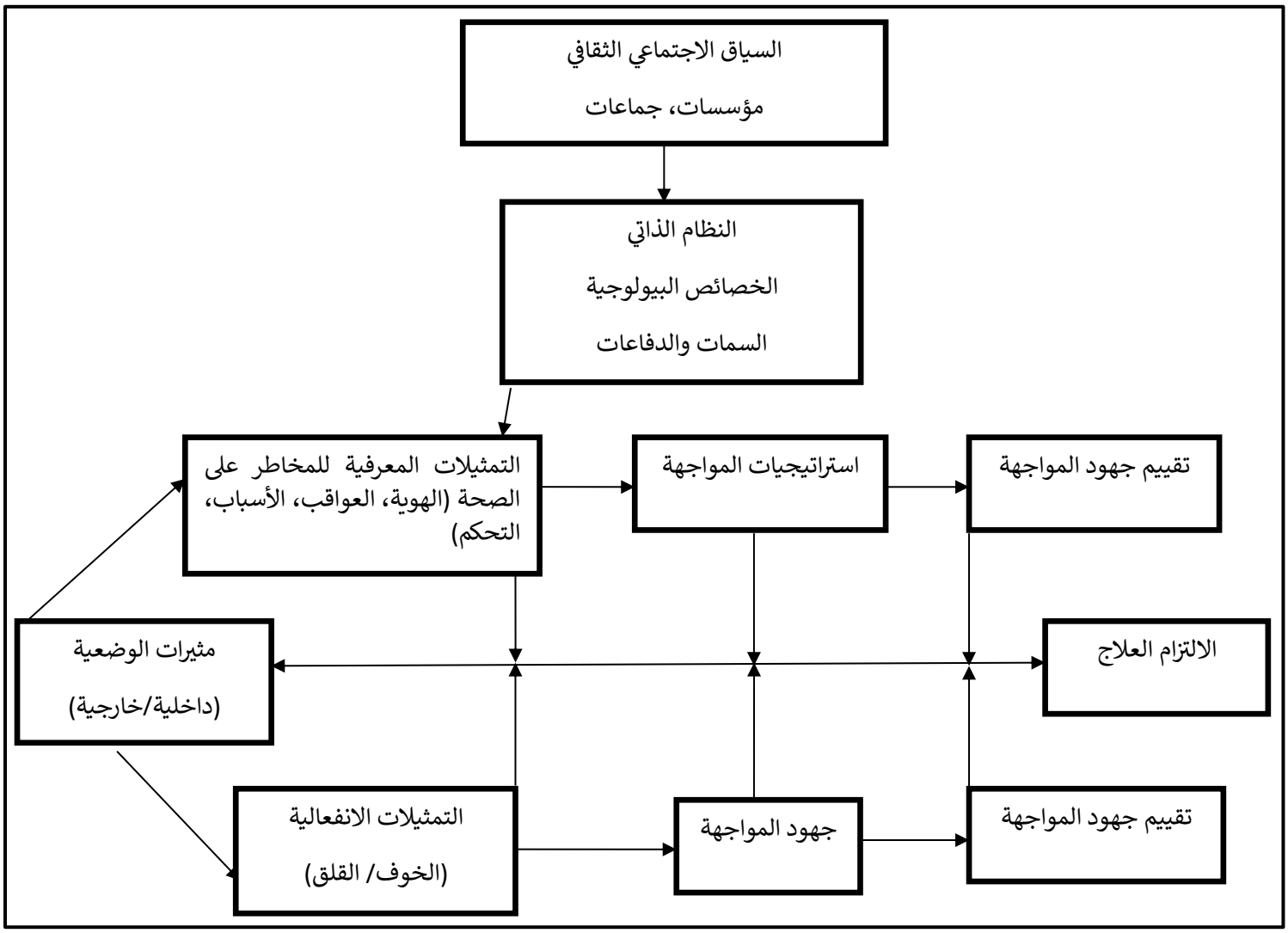
2_ اختيار استراتيجيات التكيف أو المواجهة: في المرحلة الثانية، يختار الأفراد استراتيجيات مواجهة إما المواجهة أو تجنب التعامل مع التهديدات الصحية اعتمادا على ما إذا كان التمثيل إيجابيا أم سلبيا. تشمل المواجهة أخذ العلاجات والتشاور مع الأطباء، والسلوكيات الصحية الوقائية الأخرى، على العكس من ذلك تشمل المواجهة التجنبية: الامتناع عن العلاج أو تأخيره أو التوقف عنه (عدم الالتزام).

3_ تقييم نتائج عمل استراتيجيات المواجهة المتبناة: يقوم المرضى بتقييم استراتيجيات المواجهة التي تبنوها سابقا. وبالتالي سيقرر المرضى هنا ما إذا كانوا سيستمرون في استراتيجية المواجهة السابقة أو التحول إلى استراتيجية بديلة، تتكرر هذه العملية حتى يتم حل المشكلة. على سبيل المثال يتجنب شخص مصاب بمرض السكري تناول الدواء (تجنب المواجهة) بسبب إدراكه أنه يتمتع بصحة جيدة (هوية الأعراض). بعد عدة أشهر، ساءت حالته (تهدد صحته) وأثارت قلقه (الاستجابة العاطفية للمرض)، ندم المريض على عدم اتباع اقتراحات الطبيب (تقييم المواجهة السابقة) وقرر تناول العلاج (تغيير نهج المواجهة) (Nie,2021, p p.69_70) .

وفقا لهذا النموذج، يعتمد تفسير المرض على فهم شامل لهوية المشكلة (ما هو المرض الذي أعاني منه؟) وأسبابه (كيف حدث هذا؟) وعواقبه (ماذا قد يحدث؟) وقابليته للشفاء (هل سينجح هذا العلاج؟) .(Reach, 2015, p.24)

إن فهم تصورات المريض ضروري لتحسين الالتزام بالعلاج، فقد وجد بأن إدراك المرضى للمرض (الهوية أو الأعراض، السبب، والتحكم) يؤثر بشكل كبير على الالتزام بالأدوية الموصوفة والإدارة الذاتية، ولها تأثير كبير على الالتزام بالعلاج في الأمراض المزمنة (Shakya et al, 2020, p.2288). وسيتم توضيح ذلك، في الشكل التالي:

الشكل رقم 9: نموذج يوضح التنظيم الذاتي ل ليفنثال leventhal (1992) نقلا عن:(Gauchet,2005,p.69)



8.4_النموذج العابر للنظريات (مراحل التغيير)

تم تطوير هذا النموذج the Transtheoretical Model (TTM) في بداية الثمانينيات في جامعة Rhode Island بواسطة James Prochaska ويعد واحدا من أبرز النماذج المستخدمة في علم نفس الصحة وتعزيز الصحة. يتضمن نموذج TTM مجموعة من التركيبات المختلفة المستمدة من نظريات مختلفة لتغيير السلوك مثل نموذج المعتقدات الصحية، الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي ونظرية السلوك المخطط ومن هنا جاءت تسميته transtheoretical (Ayers et al, 2007, p.228).

يتضمن النموذج المراحل التالية:

- **مرحلة ما قبل التأمل** Precontemplation Stage: في هذه المرحلة قد لا تكون المريضة على دراية بمشكلتها، اما بسبب نقص المعلومات (ليست لديها نية لتعديل سلوكها)، أو لعدم الاعتراف بوجود مشكلة(الإنكار)، أو لأنها حاولت بالفعل حلها وفشلت واستسلمت.
- **في مرحلة التأمل** contemplation stage: تبدأ الحامل في التفكير بجدية في مشكلتها وتفكر في اتخاذ اجراء ما لحلها حيالها، وقد تظل في مرحلة التأمل لفترات طويلة من الزمن "التأمل المزمن". على سبيل المثال: توازن بين مزايا وعيوب اتخاذ اجراء ما لتغيير السلوك، لكنها لم تتوصل إلى قرار بعد، وتؤجل القرار إلى يوم آخر، ويمكن لحالة التسويف هذه أن تستمر لفترة طويلة جدا.
- **خلال مرحلة الإعداد** preparation stage: في هذه المرحلة تكون المريضة قد باشرت بتغيير السلوك بالفعل: مثلا تتحدث الحامل إلى طبيبها، وتشتري كتبا حول مشكلتها أو مرضها، وتختار تاريخا لبدء نظامها الغذائي أو خطة التمرين، وما إلى ذلك (Reach, 2015).
- ***مرحلة الفعل*** The action stage: وهي المرحلة التي تغير الحامل سلوكها بالفعل، وتظهر التزاما واضحا بالسلوك الجديد. عادة ما توصف فترة الإجراء بأنها تدوم لمدة 6 أشهر، لأن هذا يشمل عادة فترة خطر الانتكاس.
- أخيرا، **مرحلة الاحتفاظ** the maintenance stage: تتميز بالمحافظة على التغيير المحقق وتعزيز المكاسب التي تحققت خلال مرحلة العمل، وزيادة الثقة في التعامل مع المواقف الصعبة، وبالتالي فإن هذه المرحلة هي استمرار لعملية التغيير وليست فترة ثابتة. ولا يزال هناك خطر الانتكاس، وبالنسبة لبعض الأفراد وبعض السلوكيات، قد تكون هذه المرحلة صراعا مدى الحياة.

في كل مرحلة من مراحل التغيير، يقوم الطبيب بشكل مثالي بعدد معين من الإجراءات التي تهدف إلى تعزيز المرحلة قيد التقدم وتعزيز الوصول إلى المرحلة التالية وهي:

- في مرحلة ما قبل التأمل يقوم الطبيب، بإثارة الشك في مريضه من خلال إدراك المخاطر التي تتعرض لها، وتقديم معلومات دقيقة.
- في مرحلة التأمل يتعلق الأمر بتعزيز اقتناع المريضة بالقدرة على النجاح في التغيير، ومرافقتها في تقييم فوائد ومخاطر التغيير المرغوب فيه.
- في مرحلة التحضير للعمل(الإعداد) يتعلق الأمر بمساعدة المريضة على اختيار استراتيجيات التغيير وتوفير المساندة المادية والنفسية.

- في مرحلة إنشاء سلوك جديد (مرحلة الفعل)، يتم العمل على مساعدة المريضة في تجزئة التغيير إلى مراحل يسهل الوصول إليها، وتعزيز السلوك الجديد بالإشباع أو المكافآت المناسبة.
- في مرحلة الحفاظ على سلوك جديد (مرحلة الاحتفاظ)، يتم التركيزعلى مساعدة المريضة في تحديد عوامل الانتكاس المحتملة وكيفية الوقاية منها.

نموذج TTM لا يعتبر الانتكاس على أنه فشل ولكنه ينظر إليه كفرصة للتعلم من الأخطاء السابقة، والتخلص من استراتيجيات التغيير غير الناجحة، وتجربة استراتيجيات جديدة، ويشير إلى أن تغيير السلوك يحدث في سلسلة من مراحل التغيير، كل منها يتطلب استراتيجيات أو عمليات التغيير لمساعدة الأفراد بشكل أفضل على إحراز تقدم نحو أنماط حياة أكثر صحة.

تتمثل المساهمة الأساسية لهذا النموذج في إظهار أن هناك حاجة إلى تدخلات مختلفة في مراحل مختلفة من التغيير تسمى بسياقات التغيير وهي: التنفيس الانفعالي، إعادة تقييم الذات، إعادة تقييم المحيط، الدعم الاجتماعي، تسيير الوضعيات، ضبط المثير. وقد تم استخدام هذا النموذج لفهم السلوكيات المختلفة بما في ذلك التدخين والنظام الغذائي والتعرض للشمس، والتمارين الرياضية وفحص التصوير الشعاعي للثدي، وتعاطي الكحول وإدارة الوزن، إدارة الإجهاد، والالتزام بالعلاج، والإدارة الذاتية لمرضى السكري (Anderson, 2004, p.803_805).

تعرض النموذج للانتقاد بسبب صعوبة تحديد ما إذا كان التغيير يتبع خطوات متقطعة تستمر على طول سلسلة متصلة، وأن عدم وجود فروق نوعية بين المراحل يمكن أن يكون راجعا أيضا إلى عدم وجود مراحل وصعوبة تحديدها وقياسها بشكل صحيح (Ogden, 2008, p.25).

5_الالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة

يمثل الالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة أحد الجوانب المهمة التي تؤثر على صحة الأم والجنين، حيث يمكن أن يؤدي انخفاض الالتزام أثناء الحمل إلى عواقب صحية خطيرة على الأم والجنين. ويختلف مستوى الرعاية الصحية بناء على طبيعة المرض المزمن الذي تعاني منه المرأة الحامل، مما يجعل فترة الحمل أكثر تعقيدا. وقد تناولت العديد من الدراسات هذا الموضوع وسنقوم بتسليط الضوء على بعضها.

دراسة Sawicki et al (2011) والتي هدفت إلى دراسة مدى استخدام الأدوية الموصوفة أثناء الحمل والعوامل المرتبطة بعدم الالتزام بالأدوية في أستراليا. شملت العينة 819 حامل، وتم استخدام استبيان يشمل على بيانات صحية متعلقة بالحمل واستخدام الأدوية لعلاج الأمراض بالإضافة الى مقياس الالتزام لموريسكي Morisky (MMAS4). كشفت نتائج الدراسة أن الالتزام بالأدوية الموصوفة أثناء الحمل كان منخفضا بشكل مثير للقلق، حيث تبين أن أكثر من نصف النساء اللاتي يتناولن أدوية لعلاج الحالات الصحية المزمنة أثناء الحمل غير ملتزمات عن غير قصد، كما أكدت العديد من الحوامل أن استخدام الأدوية أثناء الحمل قد يحمل بعض المخاطر على الجنين في حين أن العلاجات الطبيعية أكثر أمانا من الأدوية الأخرى، كما أشارت الدراسة أن العوائق المالية كانت من أبرز العقبات للوصول إلى الرعاية الصحية.

أوصت الدراسة بضرورة جعل تقييم الالتزام بالأدوية جزءا من كل استشارة في مجال الرعاية الصحية، مع الاعتماد على الإبلاغ الذاتي كطريقة سهلة وسريعة لتقييم الالتزام الدوائي وقياسه. وأكدت الدراسة على أهمية فهم معتقدات المرضى وخبراتهم، ومعالجة مخاوفهم بشأن الأدوية الموصوفة، بالإضافة الى توفير التثقيف الذي يركز على أهمية الالتزام الجيد بالأدوية الموصوفة لرفاهية الأم.

دراسة Lupattelli et al (2014b) والتي هدفت إلى استكشاف مستوى الالتزام بالأدوية لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والروماتيزم والأمعاء والسكري والصرع أثناء الحمل. شملت عينة الدراسة 210 امرأة حامل من 18 دولة في أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا. تم جمع البيانات عبر استخدام استبيان الكتروني لجمع معلومات حول نوع الأمراض المزمنة، واستخدام الأدوية أثناء الحمل، والمعتقدات المتعلقة بتأثير الأدوية على الحمل، إضافة الى استخدام مقياس الالتزام بالعلاج ل Morisky المكون من 8 عناصر (MMAS-8). أظهرت النتائج أن 36.2% منهن سجلن انخفاضا في الالتزام بالأدوية، وقد تفاوتت معدلات انخفاض الالتزام حسب نوع المرض: 55.6% في حالات الأمراض الروماتيزمية، 40.0% في حالات الصرع، 36.1% في الاضطرابات المعوية، 32.9% في أمراض القلب والأوعية الدموية، و17.1% فقط لدى المصابات بالسكري.

توصلت الدراسة إلى انخفاض مستوى الالتزام بأنظمة العلاج الدوائي بين العديد من النساء الحوامل، كما تبين أن المعتقدات السائدة لدى النساء حول تأثير الأدوية على الحمل (مثل المخاوف من تأثيرها على الجنين، أو احتمالية الولادة المبكرة) كانت من أبرز العوامل المؤثرة على انخفاض الالتزام. وقد تعزى هذه

الفروقات الى عوامل متعددة منها تقييم النساء لمخاطر وفوائد الأدوية، وطبيعة تطور المرض المزمن، والمخاطر المحتملة للأدوية، بالإضافة الى معتقدات الحوامل بأن العلاجات البديلة (الأعشاب) أكثر أمانا من العلاج بالأدوية الطبية.

دراسة Juch et al (2016) هدفت الى تقييم الأنماط والعوامل المرتبطة بانخفاض الالتزام بالعلاج الدوائي لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية. شملت العينة 229 حامل من 18 دولة تشمل اوروربا الشرقية، أمريكا الشمالية، أستراليا. تم جمع البيانات من خلال استبيانات عبر الانترنيت تناولت الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والطبية للمرأة، بالإضافة إلى مقياس الالتزام لموريسكي(MMAS-8)، والمعتقدات حول الأدوية واستبيان سمات الشخصية. وأظهرت النتائج أن 93% من النساء المصابات تلقين العلاج الدوائي، في حين كان الالتزام منخفضا بين 17% من النساء، ومتوسطا وعاليا بين 44% و39% على التوالي. ووجد أن صغر سن الأم، عدم التخطيط المسبق للحمل، وعدم تناول حمض الفوليك أثناء الحمل يزيد من احتمالية انخفاض الالتزام. كما تبين أن الاعتقاد بأن فوائد الأدوية تفوق مخاطرها كان مرتبطا بمستويات أعلى من الالتزام. بينما ارتبط إدراك الفوائد العلاجية بأعلى مستويات الالتزام.

من ناحية أخرى، ارتبط عدم استخدام حمض الفوليك وعدم العيش في علاقة مستقرة بزيادة احتمال عدم تلقي العلاج، وعلى النقيض فان النسيان والشكوك المتعلقة بتناول الدواء وآثاره الجانبية على الجنين، والشعور بالانزعاج بشأن خطة العلاج من الأسباب الرئيسية لانخفاض الالتزام. كما أوضحت الدراسة أيضا أن مستوى التعليم لم يكن عاملا مؤثرا في الالتزام.

وخلصت الدراسة إلى أن معتقدات النساء حول فوائد الأدوية الموصوفة لهن من أهم محددات الالتزام، وأن تقديم المشورة المهنية يمكن أن يكون لها تأثير ايجابي لتحسين معدلات الالتزام.

دراسة Sontakke et al (2021) والتي هدفت إلى تقييم الالتزام بالأدوية لدى النساء الحوامل المصابات الأمراض المزمنة، وتحديد العوامل التي تساهم في عدم الالتزام. شملت عينة الدراسة 114 امرأة حامل تتراوح اعمارهن بين 20 و37 سنة (عمر الحمل أكثر من 12 أسبوعا). وقد تم تقييم مستوى الالتزام للأدوية الشائعة بالحمل الطبيعي (حمض الفوليك والحديد ومكملات الكالسيوم) وللأدوية الخاصة بالأمراض المزمنة، باستخدام مقياس موريسكي MMAS-4. أظهرت النتائج بأن نسبة الالتزام بالأدوية الخاصة بالأمراض المزمنة كانت أعلى بكثير (58.77٪) مقارنة بالأدوية المرتبطة بالحمل الطبيعي (15.78٪).

وأشارت الدراسة إلى أن النساء يشعرن بقلق كبير بشأن الأمراض المزمنة ويعتقدن أن إبقاء المرض المزمن تحت السيطرة أمر هام لضمان نمو الجنين بشكل طبيعي، ومع ذلك، كان انخفاض الوعي بفوائد الأدوية والنسيان، وعدم تناول الجرعات الموصوفة من بين العوامل المؤثرة على الالتزام. كما أشارت الدراسة الى وجود علاقة إيجابية بين الالتزام ومستوى التعليم، حيث كان الالتزام بالأدوية مرتفعا لدى المصابات بقصور الغدة الدرقية (68.6٪) مقارنة بالمصابات بداء السكري (54.5٪).

خلصت الدراسة إلى أن الالتزام العالي بالأدوية لعلاج الأمراض المزمنة خلال الحمل يمثل جانبا مشجعا، في حين أن ضعف الالتزام بالأدوية الخاصة بالحمل الطبيعي يثير القلق. وأوصت الدراسة بضرورة التخطيط لتدخلات فعّالة، يضطلع فيها المتخصصون الصحيون بدور أساسي لتحسين الالتزام بالأدوية أثناء الحمل

دراسة Toloza et al (2021) هدفت الى استكشاف الفوائد والمخاطر المتصورة للحوامل، ومعارفهم، ومعتقداتهم، المرتبط بالعلاج بدواء LT4 Levothyroxine. شملت عينة الدراسة 64 حامل في مركز طبي أكاديمي جامعي في الولايات المتحدة. تم جمع البيانات من خلال الاستطلاع عبر الإنترنت، تضمن أسئلة فيما يتعلق بالفوائد والمخاطر والمعتقدات والمواقف والعبء المتعلق باستخدام LT4 أثناء الحمل. أظهرت النتائج أن غالبية النساء (97٪) أبدين التزاما ممتازا للعلاج بتناول العلاج، وصرحت 34% منهن بأن قصور الغدة الدرقية أثر على حالتهن النفسية (عدم الارتياح، القلق) خاصة في الحمل الأول، بينما تراوحت مشاعر الحزن 11%، والخوف 8%، والغضب 2%. كما بينت الدراسة أن 67% من الحوامل يعتبرن أن تناول LT4 أثناء الحمل أكثر أهمية مما كان عليه قبل الحمل، بينما اعتبرت 33% أنه لا يقل أهمية عما كان عليه من قبل. وتضمنت الفوائد الرئيسية المتصورة لتناول LT4 أثناء الحمل: انخفاض مخاطر على الجنين (95٪)، وانخفاض مخاطر على الأمهات (80٪)، وتحسين الأعراض (67٪).

وتشير نتائج الدراسة إلى وجود درجة من التواصل غير الفعال بين الطبيب والمريض، حيث أن ما يقرب من نصف الحوامل لم يتذكرن تلقي تفسير بشأن مخاطر قصور الغدة الدرقية على الأم والجنين في حالة عدم الالتزام بالعلاج، وأن ضمان التعليم الكافي للمريضة وتعزيز التواصل الفعال بين الطبيب والمريضة، يمكن أن يخفف من قلق النساء الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية بشأن استخدام العلاج.

أوصت الدراسة بضرورة زيادة التواصل وتقديم المشورة لمعالجة المخاوف والقلق والشكوك حول فوائد ومخاطر استخدام LT4 في الحمل وتعزيز الالتزام.

في دراسة Siscart et al (2022) التي هدفت إلى فحص مدى الالتزام بعلاج قصور الغدة الدرقية أثناء الحمل، وتقييم درجة السيطرة على المرض من خلال قياس مستويات هرمون TSH (هرمون الثيروتروبين thyrotropin) وT4 لدى 17281 امرأة حامل في اسبانيا. أظهرت نتائج الدراسة الى أن نصف الحوامل أظهرن التزاما عاليا بالعلاج مما انعكس إيجابا على تحكم أفضل في مستويات TSH خاصة خلال الثلث الأخير من الحمل، كما أكدت الدراسة وجود علاقة بين معدلات الالتزام المنخفض وزيادة معدلات الإجهاض.

وفي هذا السياق أشار كل من Belanger et al (2010) و Gallinger et al(2016) في دراساتهم حول الالتزام بالعلاج خلال فترة الحمل، إلى أن التزام الحوامل بتناول الأدوية الموصوفة يعتمد على عدة عوامل منها طبيعة المرض، ونوع العلاج، والآثار الجانبية المحتملة، بالإضافة إلى الشكوك المتعلقة بالفوائد المتوقعة، والمخاطر المتصورة للنتائج الضارة على الجنين.

كما أشارت الدراسات التي أجراها Ceulemans et al (2019) وzaki & Nordeng et al (2010) حول الالتزام بالعلاج والمعتقدات خلال الحمل، إلى أن النساء الحوامل لديهن مواقف والتزام إيجابي اتجاه الادوية خلال فترة الحمل، مع ارتباط الالتزام المرتفع بمستوى التعليم العالي.

وقد أوضحت دراسة Saranya et al (2016) التي هدفت الى تقييم الالتزام بالعلاج لدى المرضى، بأن التزام المريض بتناول الدواء يعتبر عاملا مهما في تحديد نتائج العلاج لأي مرض، وأن ضعف الالتزام يرتبط بتطور المضاعفات وتطور المرض والإعاقة المبكرة أو حتى الوفاة، وغالبا ما ترتبط الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجا طويل الأمد بعدم الالتزام بالعلاج.

دراسة Julsgaard (2016) هدفت إلى تحديد مدى الالتزام بالعلاج واستكشاف معدلات عدم الالتزام بالعلاج بين النساء المصابات بمرض كرون قبل الحمل وأثناءه وبعده. شملت عينة الدراسة 154 امرأة مصابة بكرون. أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف المشاركات (80٪) أبلغن عن تناول الأدوية بمعدل التزام عام مرتفع بنسبة 69.8٪. كما أشارت الدراسة إلى أن الاستشارة الطبية، ووجود تجربة حمل سابقة، والتخطيط المسبق للحمل، تساهم جميعها في التقليل من احتمالية عدم الالتزام، وأوصت الدراسة أن تقديم المشورة الطبية قد يكون عاملا مهما للالتزام بالعلاج.

دراسة Nielsen et al (2010) استهدفت فحص معدلات الالتزام بالعلاج بين النساء الحوامل المصابات بمرض كرون Crohn's disease. شملت عينة الدراسة 132 امرأة مصابة بكرون في الدانمارك. وتم جمع البيانات من خلال استبيانات وبيانات قاعدة الوصفات الطبية الدنماركية لتقييم دقة استخدام الأدوية. أظهرت النتائج أن 80% من النساء استجبن للاستبيان، وأفادت 54% منهن بتلقي علاج طبي، وبلغت نسبة الالتزام بالعلاج 72%، وكان الخوف من التأثير السلبي على الخصوبة أو الجنين سببا لعدم الالتزام بنسبة 18.8% قبل الحمل و45.5% أثناء الحمل. كما تبين أن التدخين كان عاملا مؤثرا؛ حيث بلغت نسبة عدم الالتزام 30.8% بين المدخنات مقارنة بـ 11.5% بين غير المدخنات.

وأظهرت الدراسة أيضا أن الالتزام بالعلاج كان مرتفعا بين النساء الحوامل، وكان الالتزام أعلى لدى اللواتي كانت لديهن تجربة حمل سابقة، أو خططن للحمل مسبقا. وأن من بين أسباب عدم الالتزام هو التخوف من التأثيرات السلبية للأدوية على الجنين، ولم تظهر الدراسة اختلافات جوهرية في معدلات الالتزام في فترة ما قبل الحمل وأثناء الحمل، كما أشارت أيضا إلى أن النساء اللواتي تلقين المشورة المهنية كانت لديهن معدلات أقل لعدم الالتزام بالعلاج.

دراسة Kreitchmann et al (2012) استكشفت الالتزام بمضادات الفيروسات القهقرية بين النساء الحوامل وبعد الولادة. هدفت الدراسة الى وصف الالتزام المبلغ عنه ذاتيا بمضادات الفيروسات القهقرية خلال فترة ما قبل الولادة (بعد 22 أسبوعا من الحمل) وفترات ما بعد الولادة (6–12 أسبوعا و6 أشهر)، شملت عينة الدراسة 376 امرأة بأمريكا اللاتينية. وأظهرت الدراسة أن هناك انخفاضا في الالتزام التام بمضادات الفيروسات القهقرية خلال فترة ما بعد الولادة (80٪ في 6–12 أسبوعا و82٪ في 6 أشهر) مقارنة بالالتزام خلال فترة الحمل التي بلغت 90.4٪. وتؤكد نتائج هذه الدراسة بأن النساء أكثر التزاما بمضادات الفيروسات القهقرية أثناء الحمل مقارنة بفترة ما بعد الولادة، مما يبرز ضعف الالتزام خلال فترة ما بعد الولادة.

في دراسة أجراها Adeniyi et al (2018) حول العوامل المؤثرة على الالتزام بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية بين النساء الحوامل في جنوب أفريقيا، تبين أن نسبة عالية من النساء الحوامل لديهن التزام بالعلاج، وكشفت الدراسة بأن الآثار الجانبية للعلاج، والنسيان من بين الأسباب الرئيسية لعدم الالتزام بالعلاج.

6_التدخلات المستخدمة لتحسين الالتزام لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة:

يعد الالتزام بالعلاج من أهم العوامل التي تساهم في تقليل معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات والمضاعفات المرتبطة بالحالات المزمنة، كما يساهم بشكل كبير في تقليل التكاليف الاقتصادية، لذا يعتبر تعزيز الالتزام بالعلاج استثمارا فعالا لتحقيق نتائج صحية أفضل لاسيما في الحالات المزمنة.

ومن المعروف أن حالات مثل مرض السكري، وقصور الغدة الدرقية، قد تؤدي إلى نتائج سلبية أثناء الحمل إذا لم يتم علاج هذه الحالات الصحية بشكل مثالي (Ross,2013). لذلك فان الالتزام بالعلاج يتطلب من المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة اتباع التوصيات الصحية، وهناك مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التي يمكن أن توظف من قبل مقدمي الرعاية الصحية سواء كانت تعليمية أو تنظيمية أو سلوكية لتحسين الالتزام أهمها:

_ تبسيط البرنامج العلاجي: إن تبسيط البرنامج العلاجي قدر الإمكان هو الإجراء الأول الذي يجب تطبيقه، يجب على الطبيب اختيار العلاج المناسب وفقا لخصائص المريض مثل العمر، الأمراض المصاحبة، كما يجب أن يتماشى العلاج مع الأهداف الطبية ومع نمط حياة المريض، والقدرات الوظيفية للمريض، مع الأخذ بعين الاعتبار التوازن بين الفوائد والمخاطر. وفيما يتعلق بتغييرات نمط الحياة، يجب شرحها وتنفيذها بشكل تدريجي، لتجنب شعور المريض بالضغط حيث أن التغيرات المفاجئة قد تؤثر سلبا على الالتزام الجيد، علاوة على ذلك، يوصى بتوفير دعم من مقدمي الرعاية أو الأسرة، لمساعدة المرضى على التكيف مع التغيرات البدنية أو العقلية التي قد ترافق العلاج.

_التدخلات التعليمية للمرضى Educational Interventions: تعد التدخلات التعليمية أداة فعالة لتعزيز الالتزام، حيث أنها تركز على اشراك المريض في عملية اختيار العلاج. يبدأ تحسين الالتزام بأربع مراحل أساسية:

- ✓ توعية المريض بمرضه ومخاطره.
- ✓ تقديم المعلومات بطريقة متوازنة دون اثارة مخاوف مفرطة.
- ✓ ومن ثم يتعين على المريض أن يقتنع بفوائد العلاج.
- ✓ أن يوازن بين الفوائد والمخاطر المتوقعة.

هنا يمكن للطبيب العمل مع المريض وإبرام نوع من العقد العلاجي مع تحديد الأهداف المراد تحقيقها (مثلا تحسين الأعرض). من المهم أيضا تحديد الأولويات في تنفيذ العلاج لتجنب إرباك المريض وضمان تحقيق الالتزام، حتى لا يشعر بالإحباط. خلال فترة المتابعة يجب إجراء متابعة منتظمة، ويقترح العديد من الباحثين إعادة الاتصال بالمرضى الذين لم يحضروا للمواعيد. ويهدف هذا التعليم العلاجي إلى زيادة وعي المريض بتحديات علاجه، ويتم تقديم هذا التعليم العلاجي بشكل أساسي من قبل الطبيب، ولكن جميع الجهات الفاعلة في نظام الرعاية الصحية معنية به، ولذلك يمكن لكل مقدم رعاية أن يساهم في تقييم وتحسين الالتزام بالعلاج (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012, p.118).

إن الطريقة التي يتم بها تسليم المعلومات أمر بالغ الأهمية أيضا، حيث يجب أن تكون اللغة بسيطة وملموسة، وإيجابية وأن تكون المعلومات مجزأة، وعند تقييم الالتزام، يفضل التركيز على الأسئلة المفتوحة. بالإضافة إلى ذلك، من الضروري التحقق بانتظام من فهم المريض، ويمكن دعم المعلومات الشفوية بمواد مكتوبة للرجوع إليها في أي وقت (Hiligsmann et al, 2019, p.2159).

_تقوية العلاقة بين الطبيب والمريض: تعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض محور مشكلة عدم الالتزام، حيث يجب على الطبيب أن يتعاطف ويستمع باهتمام لفهم مخاوف المريض والتحديات التي يواجهها دون اصدار أحكام أو القاء اللوم. ينبغي على الطبيب أن يساعد المريض على إدراك أنه من الطبيعي أن يواجه الصعوبات أثناء العلاج، وأن يشعر بالحرية في "الاعتراف" بعدم التزامه دون خوف.

كما أن فهم شخصية المريض ودعمه خلال مراحل العلاج المختلفة يعد أمرا بالغ الأهمية، كما يفضل التواصل مع المريض واتخاذ قرارات تعاونية معه حول العلاج لأنها تزود الطبيب بفهم مزايا وعيوب العلاج كما يراها المريض (Świątoniowska-Lonc et al, 2021, p.2712).

يجب على الطبيب أيضا أن يحترم رغبات المريض وتوضيح العواقب المحتملة لقراراته، وفي الحالات التي يشكل فيها رفض العلاج أو التوقف عنه خطرا على حياة المريض، يجب على الطبيب أن يبذل كل ما في وسعه لإقناعه بقبول العلاج، ولا يجوز إجراء أي عمل أو علاج طبي دون موافقة المريض. لذا فإن تحسين الالتزام يعد مسألة مهمة، لأن الالتزام الجيد هو عامل تنبؤي لفعالية العلاج على المدى الطويل.

_تحسين نظام الرعاية الصحية: يعتبر تحسين نظام الرعاية الصحية من أهم الأولويات لمواجهة التحديات التي تهدد الالتزام، ويعد غياب التنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة في نظام الرعاية الصحية أحد العوائق التي تؤثر سلبا الرئيسية على الالتزام، ويمكن التغلب على ذلك من خلال استخدام قواعد البيانات الالكترونية التي تتيح تخزين وتنظيم المعلومات الصحية، والوصول إليها بسهولة. مما يتيح لكل من المرضى ومقدمي الرعاية الصحية من الوصول الفوري الى المعلومات الضرورية، وهو ما يساهم في تعزيز الرعاية المتكاملة والمستمرة. بالتالي فان تطوير السجل الطبي الالكتروني يعد خطوة أساسية في تحسين الاتصال والتواصل بين مختلف نظم الرعاية، مما يساهم في تقديم رعاية متكاملة ومستمرة (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012, p.119)

من المهم أيضا تبني نهج متعدد التخصصات في الرعاية الصحية، حيث يعمل الأطباء بمختلف التخصصات والممرضون، والأخصائيين النفسيين وأخصائي التغذية معا لتقديم رعاية شاملة تركز على احتياجات المريض.

_تدخلات الدعم الاجتماعي: تلعب المساندة الاجتماعية المقدمة من الأسرة والأصدقاء والزوج دورا مهما في تعزيز التوافق النفسي والاجتماعي للحوامل، كما تساعد في التخفيف من الضغوط المرتبطة بالمرض والحياة اليومية والمشاكل الأسرية. وتهدف تدخلات الدعم الاجتماعي بالمجمل إلى تحسين جودة الحياة للحوامل المصابات بأمراض مزمنة، وتعد جماعات الدعم والمساندة من أهم التدخلات في هذا المجال.

وتوفر هذه الجماعات بيئة داعمة وآمنة تتيح للحوامل فرصة تبادل التجارب والمعلومات حول كيفية التعامل مع تحديات الحمل وإدارة الأمراض المزمنة. بالإضافة إلى ذلك تقدم هذه الجماعات دعما عاطفيا يساعد في تخفيف مشاعر القلق والتوتر المصاحبة للحمل، مع تعزيز التفاعل الايجابي بين الحوامل اللواتي يواجهن تحديات مماثلة. بالتالي تعد جماعات الدعم وسيلة فعالة لتعزيز الرفاهية النفسية والجسدية للنساء للحوامل.

توفر الشبكات الاجتماعية، الدعم الاجتماعي من خلال سلسلة من العلاقات التي يؤثر من خلالها الأعضاء على سلوكيات بعضهم البعض من خلال تفاعلاتهم اليومية وآليات التغذية الراجعة. وقد تعزز هذه الشبكات الالتزام بالعلاج من خلال الدعم الذي يتلقاه الأفراد من الأقارب والأصدقاء، ومع ذلك، قد

يثبط أعضاء الشبكة الاجتماعية دافع الآخرين عن استخدام بعض الأدوية، مما يؤدي الى تقليل الالتزام (Kronish & Ye, 2013).

_الاستراتيجيات السلوكية: تعد الاستراتيجيات السلوكية من الوسائل الفعالة لمساعدة الحوامل على الالتزام بالأدوية، حيث تساعد التذكيرات المرئية مثل وضع الدواء في مكان يمكن ملاحظته أو استخدام ملاحظات مكتوبة على الالتزام بالعلاج. ومن الطرق الناجحة أيضا ربط تناول الدواء بعادات وسلوكات يومية كتناول الطعام، أو تنظيف الأسنان مما يساهم في تسهيل الالتزام (Peterson et al, 2003, p.658).

وأظهرت دراسة Davies et al (2023) حول تدخلات تعزيز الالتزام بالعلاج الدوائي أثناء الحمل، أن عدم الالتزام بالأدوية بشكل مناسب يمكن أن يؤثر سلبا على صحة الأم ونتائج الحمل. لذا يتوجب تقديم تدخلات تشمل: التعليم والتثقيف الصحي، المشورة الطبية الى جانب استراتيجيات أخرى مثل الحوافز المالية، والرسائل النصية، وخطط العمل والمناقشة المنظمة وكذلك الدعم النفسي والاجتماعي.

في ضوء ماسبق، يمكن القول بأن التكامل بين هذه التدخلات ضروري لضمان التزام الحوامل المصابات بأمراض مزمنة بالعلاج، حيث يساهم تحقيق التوازن بين العناية الطبية والدعم الشامل في تعزيز صحة الأم والجنين وتحسين جودة الحياة.

خلاصة:

من خلال مراجعة الدراسات والنماذج النظرية التي تناولت موضوع الالتزام بالعلاج، يتبين أن الالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة يعد من العوامل الرئيسية لضمان سير الحمل، إذ يساعد هذا الالتزام على حماية صحة الأم والجنين على حد سواء، من خلال تقليل احتمالية حدوث مضاعفات خطيرة قد تؤثر على الحمل أو نتائجه. لذا فان تعزيز الوعي بأهمية الالتزام بالعلاج أحد الجوانب الأساسية التي يجب التركيز عليها عند التعامل مع هذه الفئة، حيث إن الإدراك العميق لفوائد الالتزام يمكن أن يشجع النساء على التقيد بالتعليمات الطبية. كما أن توفير بيئة علاجية داعمة تتسم بالرعاية الشاملة والتوجيه المستمر يساهم على الاستمرارية في الخطة العلاجية.

الفصل الخامس: منهج الدراسة واجراءاتها.

1_ منهج الدراسة

2_عينة الدراسة وخصائصها

3_ أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية

4_ الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

سيتم في هذا الفصل عرض الإجراءات المنهجية التي تم اعتمادها في هذه الدراسة، وهذا من خلال توضيح المنهج العلمي الذي تم اختياره بما يتلاءم مع طبيعة الموضوع وأهداف الدراسة، وأيضا عرض خصائص العينة التي أجريت عليها الدراسة ومكان اجرائها، والأدوات المستخدمة في جمع البيانات مع توضيح كيفية تطبيقها والخطوات المتبعة للتحقق من صدقها وثباتها من خلال دراسة خصائصها السيكومترية، بالإضافة الى التعرف على الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة وتحليل البيانات.

1 _منهج الدراسة:

يحدد الباحث نوع المنهج الذي سوف يعتمده انطلاقا من طبيعة الدراسة وفرضياتها، وبما أن موضوع دراستنا هو المساندة الاجتماعية كعامل فارقي في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج فان المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي بطريقتيه الارتباطي والمقارن.

2_عينة الدراسة وخصائصها:

شملت عينة الدراسة 140 امرأة حامل تعاني من أمراض مزمنة تم اختيارهم بطريقة قصدية، تراوحت أعمارهم بين 20_40 سنة، مع مراعاة توافر الشروط التالية:

_ التشخيص الطبي بوجود مرض مزمن (سكري، أو قصور الغدة الدرقية).

_ القدرة على الفهم والتجاوب مع أدوات البحث.

_الموافقة على المشاركة مع ضمان السرية التامة.

وقد أنجزت الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل مريم بوعتورة _باتنة_ نظرا لكونها المؤسسة الصحية المرجعية الوحيدة في المنطقة التي تستقبل وتتكفل بمتابعة النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة. وتتميز هذه المؤسسة بتوفرها على كفاءات طبية متخصصة وإمكانيات تؤهلها لاستقبال هذا النوع من الحالات، مما يجعلها بيئة مناسبة لجمع بيانات دقيقة وموثوقة تخدم أهداف الدراسة. كما تم

إجراء الدراسة في بعض العيادات الخارجية الخاصة التي تستقبل نفس الفئة. وقد أجريت في الفترة الممتدة من شهر جانفي 2023 الى شهر ديسمبر 2023.

جدول (1): يوضح خصائص عينة الدراسة

المتغيرات الديموغرافية	التقييم	العدد	النسبة المئوية
السن	26_20 سنة	28	% 20
	33_27سنة	48	% 34.3
	40_34 سنة	64	% 45.7
المستوى التعليمي	ابتدائي	11	% 7.86
	متوسط	28	% 20
	ثانوي	52	% 37.14
	جامعي	49	% 35
نوع المرض	السكري	70	% 50
	قصور الغدة الدرقية	70	% 50

3_أدوات الدراسة:

1.3_مقياس المساندة الاجتماعية:

تم قياس المساندة الاجتماعية باستخدام مقياس المساندة الاجتماعية المدركة متعدد الأبعاد Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) الذي أعده Zimet و Dahlen و Forley سنة 1988، يتكون هذا المقياس من 12 عبارة، يهدف الى تقييم 3 أبعاد تعكس مصادر وأنواع المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة للفرد، والتي تتمثل فيما يلي:

_ أشخاص مميزون بالنسبة للفرد يمثلون البنود 1_2_5_10

_ الأسرة تمثلها البنود 3_4_8_11

_ الأصدقاء مثلوا البنود 6_7_9_12

يتم الاجابة بناء على مقياس ليكرت المكون من سبعة بدائل هي: معارض تماما، معارض بشدة، معارض، محايد، موافق، موافق بشدة، وموافق تماما، وتتراوح الدرجات المخصصة على هذه البدائل من 1

إلى 7 درجات بحيث تقدر أدنى درجة على هذا المقياس 12 وأقصاها 84 (Fathnezhad-Kazemi et al,2021). فكلما انخفضت درجات المفحوص عن المتوسط يعني مساندة اجتماعية منخفضة، وارتفاع الدرجة عن المتوسط يعني ارتفاع المساندة الاجتماعية.

وقد تم تكييف هذا المقياس من لغته الأصلية الانجليزية إلى اللغة العربية من طرف الباحثة قنون خميسة (قنون، 2012).، وللتحقق من خصائصه السيكومترية، قامت الباحثة قنون بتطبيق النسخة العربية من المقياس على عينة من مرضى السرطان عددهم 40 فردا. وأظهرت نتائج التحليل تمتع المقياس بصدق تمييزي جيد، حيث تم استخدام طريقة المقارنة الطرفية بعد تقسيم العينة إلى فئتين عليا ودنيا بنسبة 27% لكل فئة حيث بلغت قيمة ت 13.88، وكانت الفروق بين المتوسطات دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 و0.05، مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد. أما من حيث الثبات، فقد تم استخدام طريقة التجزئة النصفية، وتم احتساب معامل الارتباط وتصحيحه باستخدام معادلة سبيرمان-براون، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بعد التصحيح 0.72، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات. أيضا تم تكييف المقياس من طرف الباحث زعطوط رمضان (زعطوط، 2005). وللتحقق من خصائصه السيكومترية قام الباحث بتطبيق النسخة المترجمة للمقياس على عينة مكونة من 50 مريضا يعانون من أمراض مزمنة ومن كلا الجنسين. فعلى مستوى الثبات بلغ معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني للمقياس 0.60 وهو معامل دال احصائيا، وقد تم التحقق من الصدق التمييزي للمقياس من خلال المقارنة الطرفية حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة 12.9، وهي دالة عند مستوى 0.01، مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد ذوي مستويات مختلفة من المساندة الاجتماعية. وتعزز هذه النتائج موثوقية الأداة وصلاحيتها للاستخدام في البيئة العربية.

استنادا الى الدراسات السابقة التي سعت إلى تكييف مقياس المساندة الاجتماعية في البيئة العربية، اعتمدت الطالبة النسخة العربية التي قامت بتكييفها الباحثة قنون خميسة (2012)، نظرا لما أظهرته من خصائص سيكومترية جيدة من حيث الصدق والثبات.

الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية:

تم اجراء دراسة سيكومترية على مقياس المساندة الاجتماعية، حيث تم تطبيقه على عينة مكونة من 60 امرأة حامل تعاني من مرض مزمن (السكري، قصور الغدة الدرقية).

- **حساب الصدق:**

- **صدق الاتساق الداخلي:** هو أحد مقاييس صدق المقياس، وذلك بحساب معاملات الارتباط" بيرسون" بين الدرجة الكلية لكل بعد وبنوده، وبين كل من الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، حيث تظهر النتائج في الجداول التالية:

جدول (2): يبين معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد وبنوده لمقياس المساندة الاجتماعية.

الأبعاد	البنود	معامل الارتباط	الدلالة
أشخاص مميزون	1	**0.881	0.01
	2	**0.893	0.01
	5	**0.835	0.01
	10	**0.765	0.01
الأسرة	3	**0.820	0.01
	4	**0.841	0.01
	8	**0.806	0.01
	11	**0.863	0.01
الأصدقاء	6	**0.916	0.01
	7	**0.874	0.01
	9	**0.757	0.01
	12	**0.887	0.01

يتضح من الجدول رقم (2) أن جميع معاملات الارتباط دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.01 مما يدل على وجود ارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي اليه.

جدول (3): يبين معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده.

الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة
أشخاص مميزون	**0.791	0.01
الأسرة	**0.840	0.01
الأصدقاء	**0.863	0.01

يتضح من الجدول رقم (3) أعلاه أن معاملات الارتباط بين مختلف أبعاد المقياس مرتفعة ودالة عند 0.01 مما يدل أن المقياس يتمتع بالصدق.

- **الصدق التمييزي:** تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس المساندة الاجتماعية، حيث تم ترتيب الدرجات من الأدنى الى الأعلى (ن=60) ثم أخذ 27% من أعلى التوزيع (ن=16) و27% من أدنى التوزيع للعينة(ن=16). وذلك باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين. وكانت النتائج كما يلي:

جدول (4): نتائج اختبار الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس المساندة الاجتماعية.

المساندة الاجتماعية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدرجة العليا	60.27	9.87	11.66	دال عند 0.01
الدرجة الدنيا	51.62	8.72		

يتضح من خلال الجدول رقم (4) وجود فروق بين متوسطات الدرجة العليا والدنيا حيث بلغت قيمة ت 11.66وهي دالة عند مستوى 0.01 وهذا ما يؤكد لنا تمتع المقياس بالقدرة التمييزية بين المجموعتين.

- **حساب الثبات Reliability:** لحساب الثبات تم استخدام طريقتين وهما التجزئة النصفية ومعادلة ألفا كرونباخ.

جدول (5): معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية.

الأبعاد	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
أشخاص مميزون	04	0.807	0.834
الأسرة	04	0.847	0.951
الأصدقاء	04	0.932	0.860
المقياس الكلي	12	0.856	0.889

يتضح من الجدول رقم (5) أن أغلب معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2.3_مقياس جودة الحياة:

يعد مقياس جودة الحياة Short Form-12 Health Survey version 2 (SF12v2)، أحد المقاييس المختصرة المعتمدة عالميا لتقييم جودة الحياة، وقد تم تطوير الإصدار الثاني من الاستبيان المختصر

المكون من 12 بندا (SF-12v2) في الولايات المتحدة الأمريكية ليكون بديلا موجزا لأداة SF-36v2، وذلك بهدف توفير أداة تقييم موجزة وسهلة التطبيق. (Tan et al, 2016)

يصنف هذا المقياس ضمن أدوات التقييم الذاتي، يقيس مفاهيم الصحة العامة، مناسب لمختلف الجداول الإكلينيكية للمرض، ولمختلف الفئات العمرية. يتكون المقياس من 12 سؤال فقط لقياس الصحة الوظيفية والرفاهية من وجهة نظر المريض، موزعة على ثمانية مجالات صحية لتقييم الصحة البدنية والعقلية خلال فترة زمنية محددة (عادة الأربعة أسابيع الماضية).

تشمل مجالات الصحة البدنية (PCS-12) التي يقيسها المقياس: الصحة العامة، الأداء البدني، الدور البدني، الألم الجسدي. بينما تتضمن مجالات الصحة العقلية (MCS-12): الدور الانفعالي، الحيوية، الصحة العقلية، الأداء الاجتماعي.

وفيما يلي محاور المقياس، والبنود والبدائل:

جدول (6): يوضح بنود وبدائل مقياس جودة الحياة

المحور	البنود	البدائل
الصحة العامة General Health (GH)	1	ممتازة_ جيدة جدا_ جيدة_ متوسطة_ سيئة
الأداء البدني Physical Functioning (PF)	3_2	نعم تقيدني كثيرا_ نعم تقيدني قليلا_ لا تقيدني إطلاقا
الدور البدني Role Physical (RP)	5_4	في كل الأوقات_ في معظم الأوقات _ في بعض الأوقات_ في قليل من الأوقات_ لم يحدث في أي وقت من الأوقات
الألم الجسدي Bodily Pain (BP)	8	ليس على الإطلاق_ مرات قليلة_ نوعا ما_ غالبا_ كثيرا جدا
الحيوية Vitality (VT)	10	في كل الأوقات_ في معظم الأوقات _ في بعض الأوقات_ في قليل من الأوقات_ لم يحدث في أي وقت من الأوقات
الأداء الاجتماعي Social Functioning (SF)	12	في كل الأوقات_ في معظم الأوقات_ _ في بعض الأوقات_ في قليل من الأوقات_ لم يحدث في أي وقت من الأوقات
الدور الانفعالي Role Emotional (RE)	7_6	في كل الأوقات_ في معظم الأوقات_ _ في بعض الأوقات_ في قليل من الأوقات_ لم يحدث في أي وقت من الأوقات
الصحة العقلية Mental Health (MH)	11_9	في كل الأوقات_ في معظم الأوقات_ في بعض الأوقات_ في قليل من الأوقات_ لم يحدث في أي وقت من الأوقات

يقيم التقدير الذاتي من خلال سلم ليكرت Likert حسب التسلسل من 1 الى 3، أو من 1 الى 5، وهذا حسب البدائل الخاصة بكل سؤال، وتحول الدرجات لاحقا الى مقياس معياري يتراوح بين 0 و 100 .

تشير الدرجة 100 إلى جودة حياة جيدة جدا، بما يعكس مستوى عالية من الأداء العقلي والجسدي، بينما تدل الدرجات الأقل من 50 على جودة حياة منخفضة.

وبخصوص توزيع الدرجات: تصحح البنود 1_4_5_6_7_8_9_10_11_12 وفق سلم مكون من 5 درجات هي: 0_25_50_75_100 ، بينما يصحح البندان 2_3 وفق سلم مكون من ثلاث درجات يتراوح هي 0_50_100

يتم عكس ترميز الإجابات الخاصة بالصحة العامة والألم الجسدي والصحة النفسية (البند 1، البند 8، البند 9، البند 10)، وذلك لأن بعض الأسئلة في SF-12 تصاغ بطريقة تجعل الدرجات المنخفضة تشير إلى صحة أفضل، بينما تشير الدرجات المرتفعة إلى صحة أسوأ. ولتوحيد طريقة تفسير النتائج بحيث تعني الدرجات الأعلى دائما صحة أفضل، نقوم بـ "عكس ترميز" هذه البنود (Bhandari et al, 2018) .

يتمتع مقياس SF12 بصلاحية وموثوقية عالية، وتم التحقق من صحته من خلال دراسات شملت العديد من الأمراض المزمنة (السكري، ضغط الدم، أمراض القلب....). وقد تم التحقق من ثبات مقياسي (PCS-12) و (MCS-12) من استبيان SF-12 خلال مرحلة تطويره عبر عدة دراسات سابقة من طرف Ware & al (2002) ، وقد أجريت الدراسات في الولايات المتحدة (ن=232) والمملكة المتحدة (ن=187). حيث أكدت هذه الدراسات على موثوقية المقياسين من خلال معاملات ثبات إعادة الاختبار.

بالنسبة لسكان الولايات المتحدة، بلغ معامل ثبات إعادة الاختبار لمقياس PCS-12 قيمة عالية بلغت 0.89، مع متوسط تغير في الدرجات مقداره 0.94 (التغير في الدرجات بين المرة الأولى من الاختباروالثانية كان صغيرا جدا)، ووقعت نسبة 85.3% من النتائج ضمن فاصل الثقة 95%. أما مقياسMCS-12 ، فقد سجل معامل ثبات أقل قليلا بلغ 0.76، مع متوسط تغير 0.81، ونسبة 85.3% من النتائج ضمن فاصل الثقة ذاته. وفيما يخص بيانات سكان المملكة المتحدة، فقد سجل مقياس PCS-12 معامل ثبات بقيمة 0.88، مع متوسط تغير منخفض نسبيا قدره 0.22، ووقعت نسبة 89.9% من النتائج ضمن فاصل الثقة 95%. أما مقياس MCS-12 فبلغ معامل الثبات 0.78، مع متوسط تغير 1.00، ونسبة 87.6% من النتائج ضمن فاصل الثقة ذاته. كما بينت النتائج أن المقياسين يحافظان على ثبات جيد بالرغم من التغيرات المحتملة في الحالة الصحية للأفراد بين فترتي الاختبار، وهو ما يدعم الاعتماد عليهما في الأبحاث والتطبيقات السريرية المتعلقة بالرعاية الصحية.

وقد قامت الباحثة بالترجمة الأولية للمقياس من اللغة الإنجليزية الى اللغة العربية، وقد تم عرض الترجمة على مجموعة من المختصين (أستاذ علم النفس، طبيبة مختصة في أمراض الغدد، أستاذة في اللغة الإنجليزية)، وبعد ابداء ملاحظاتهم تم إعادة صياغة العبارات مرة أخرى. وبعدها تم تطبيق المقياس على أفراد عينة الدراسة قصد التحقق من الخصائص السيكومرية.

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

لحساب الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة حيث تم تطبيقه على عينة مكونة من 60 امرأة حامل تعاني من مرض مزمن (السكري، قصور الغدة الدرقية).

- **حساب الصدق:**

- **صدق الاتساق الداخلي:** هو أحد مقاييس صدق المقياس، وذلك بحساب معاملات الارتباط" بيرسون" بين كل بند والمحور الذي ينتمي إليه، حيث تظهر النتائج في الجداول التالية:

جدول (7): يبين معامل الارتباط بين كل من الدرجة الكلية لكل محور وبنوده لمقياس جودة الحياة.

المحور	البنود	معامل الارتباط	الدلالة	المحور	البنود	معامل الارتباط	الدلالة
الصحة العامة	البند 1	0.245**	0.01	**الأداء البدني**	البند 2	0.682**	0.01
					البند 3	0.682**	0.01
الألم الجسدي	البند 8	0.643**	0.01	**الدور البدني**	البند 4	0.795**	0.01
					البند 5	0.403**	0.01
الحيوية	البند 10	0.834**	0.01	**الدور الانفعالي**	البند 6	0.261**	0.01
					البند 7	0.375**	0.01
الأداء الاجتماعي	البند 12	0.463**	0.01	**الصحة العقلية**	البند 9	0.719**	0.01
					البند 11	0.583**	0.01

يتبين من نتائج الجدول رقم (7) أن معاملات الارتباط بين البنود والمحاور التي تنتمي اليها كلها دالة عند 0.01 مما يدل على أن الاستبيان صادق.

جدول (8): يبين معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة ومحاوره.

محاور المقياس	معامل الارتباط	الدلالة
الصحة العامة	0.729**	0.01
الأداء البدني	0.862**	0.01
الدور الجسدي	0.632**	0.01
الألم الجسدي	0.691**	0.01
الحيوية	0.508**	0.01
الأداء الاجتماعي	0.713**	0.01
الدور الانفعالي	0.651**	0.01
الصحة العقلية	0.784**	0.01

يتضح من نتائج الجدول رقم (8) أن معاملات الارتباط بين مختلف محاور المقياس والدرجة الكلية للمقياس مرتفعة ودالة احصائيا عند 0.01 مما يدل على وجود ارتباط إيجابي، وقوة صدق المقياس.

- **الصدق التمييزي:** تم التحقق من الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة باستخدام أسلوب المقارنة الطرفية، وذلك من خلال ترتيب الدرجات الكلية للمقياس تنازليا لأفراد العينة البالغ عددهم (ن = 60). ثم تم اختيار 27% من أعلى الدرجات (ن = 16) و27% من أدنى الدرجات (ن = 16)، لتكوين مجموعتين تمثلان الأفراد ذوي جودة الحياة المرتفعة والمنخفضة.

جدول (9): نتائج اختبار ت للمقارنة بين الفئة الدنيا والفئة العليا لمقياس جودة الحياة

جودة الحياة	الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
جودة الحياة الجسدية	العليا	59.8	3.3	11.20	0.01
	الدنيا	24.3	2.5		
جودة الحياة النفسية	العليا	60.3	4,8	9,56	0.01
	الدنيا	17.8	0.1		

يتضح من الجدول رقم (9) أن قيمة ت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 مما يعني أن المقياس يميز بين مرتفعي ومنخفضي جودة الحياة وعليه فان المقياس صادق وقابل للتطبيق.

- **حساب الثبات Reliability:** لحساب الثبات تم استخدام طريقتين وهما التجزئة النصفية ومعادلة ألفا كرونباخ.

جدول (10): معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة.

محاور جودة الحياة	قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
الصحة العامة	0.670	0.765
الأداء البدني	0.821	0.751
الدور الجسدي	0.854	0.876
الألم الجسدي	0.890	0.821
الحيوية	0.862	0.693
الأداء	0.761	0.632
الدور الانفعالي	0.733	0.752
الصحة العقلية	0.719	0.748
المقياس الكلي	0.863	0.782

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن معاملات الثبات مرتفعة مما يعكس أن المقياس يتمتع بمستوى ثبات مقبول، ويدعم بالتالي صلاحيته للاستخدام في الدراسة.

3.3_مقياس الالتزام بالعلاج:

تم قياس الالتزام بالعلاج الدوائي باستخدام مقياس الالتزام بالأدوية لموريسكي Morisky Medication Adherence scale (1986) المكون من 8 بنود(MMAS-8) . وهو عبارة عن استبيان للتقرير الذاتي يتكون من 8 أسئلة تتم الإجابة على الأسئلة السبعة الأولى بنعم أو لا، بينما يقيس السؤال الثامن سلوك تناول الدواء باستخدام مقياس ليكرت خماسي يتراوح بين: أبدا، مرة كل فترة، أحيانا، عادة، طول الوقت (Janežič et al, 2017). ويهدف المقياس الى قياس سلوك محدد في تناول الدواء مثل النسيان، او الشعور بالانزعاج بشأن الخطة العلاجية، او التوقف عن تناول الدواء.

وفيما يلي طريقة تصحيح المقياس:

جدول (11): طريقة تصحيح مقياس الالتزام الدوائي.

البنود	طريقة التصحيح					
7_6_4_3_2_1	لا ← 1	نعم ← 0				
5	لا ← 0	نعم ← 1				
8	أبدا ← 1	مرة كل فترة ← 0.75	أحيانا ← 0.5	عادة ← 0.25	طول الوقت ← 0	

يتراوح إجمالي الدرجات من 0 إلى 8 وبناء على هذه الدرجة يتم تصنيف مستوى الالتزام إلى ثلاثة مستويات: الالتزام المرتفع (مجموع الدرجات = 8)، الالتزام المتوسط (مجموع الدرجات 6 او 7)، الالتزام المنخفض (مجموع الدرجات اقل من 6 يعني من 0الى 5) (Kishor et al, 2016) . يعد مقياس الالتزام بالأدوية Morisky (MMAS-8) أداة بسيطة واقتصادية وسهلة لتقييم مدى التزام المرضى بتناول أدويتهم الموصوفة خاصة في حالات الأمراض المزمنة (Zhang et al,2021).

وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس الالتزام الدوائي من خلال تطبيقه من طرف موريسكي وزملائه (Morisky et al, 2008) على عينة مكونة من 1367 مريضا يعانون من ارتفاع ضغط الدم في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد أجري تحليل الثبات الداخلي للمقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ، والذي بلغ 0.83، مما يدل على درجة عالية من الموثوقية. كما تم فحص الاتساق الداخلي لكل بند من البنود الثمانية من خلال معامل الارتباط مع الدرجة الكلية، حيث تجاوزت جميعها قيمة 0.30، وهي قيمة تعد مؤشرا جيدا على صلاحية البنود للقياس. أما الصدق التنبؤي فقد تم اختباره من خلال العلاقة بين نتائج المقياس ودرجات ضبط ضغط الدم لدى المشاركين، حيث وجد ارتباط دال إحصائيا (0.05)، مما يشير إلى قدرة المقياس على التنبؤ بمستوى السيطرة على الحالة المرضية.

وقد قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، حيث عرضت الترجمة على مجموعة من المختصين (أستاذ علم النفس، طبيبة مختصة في أمراض الغدد، أستاذة في اللغة الإنجليزية) لتقييم كل عبارة من عبارات المقياس من حيث الصيغة اللغوية. وبعد إبداء ملاحظاتهم على الترجمة قامت الباحثة بتعديل صياغة العبارات التي يجب تغييرها.

الخصائص السيكومترية لمقياس الالتزام بالعلاج:

لحساب الخصائص السيكومترية لمقياس الالتزام بالعلاج تم تطبيقه على عينة مكونة من 60 امرأة حامل تعاني من مرض مزمن (السكري، قصور الغدة الدرقية).

- **حساب الصدق:**

- **صدق الاتساق الداخلي:** تم حساب صدق الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للاستبيان كما هو موضح في الجدول:

جدول (12): معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لمقياس الالتزام

البنود	معامل الارتباط	الدلالة
1	**0.743	0.01
2	**0.710	0.01
3	**0.851	0.01
4	**0.709	0.01
5	**0.863	0.01
6	**0.803	0.01
7	**0.898	0.01
8	**0.732	0.01

يتضح من الجدول رقم (12) أن هناك ارتباطا دالا احصائيا بين درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وأن هذه الارتباطات دالة عند مستوى 0.01، وهذا يعزز الثقة في الاتساق الداخلي للمقياس.

- **الصدق التمييزي:** تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الالتزام بالعلاج. وذلك بترتيب درجات أفراد العينة (ن = 60) بشكل تنازلي حسب الدرجة الكلية للمقياس، من أعلى درجة الى أدنى درجة وتم حساب الفروق بين الدرجات العليا والدنيا بعد أخذ نسبة 27% من الأكثر التزاما (ن=16) و27% من الأدنى التزاما(ن=16)، وتم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين لتحليل ما إذا كان هذا الفرق بين منتوسطي المجموعتين دالا احصائيا وكانت النتائج كالتالي:

جدول (13): نتائج اختبار الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الالتزام بالعلاج.

الالتزام بالعلاج	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدرجة العليا	6.10	1.25	7.07	دال عند 0.01
الدرجة الدنيا	3.85	1.05		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) وجود فروق بين متوسطات الدرجة العليا والدنيا حيث بلغت قيمة ت 7.07 وهي دالة عند مستوى 0.01 وهذا ما يؤكد لنا تمتع المقياس بالقدرة التمييزية بين المجموعتين.

- **حساب الثبات Reliability:** تم حساب الثبات عن طريق استخراج معامل ألفا كرونباخ

جدول (14): الثبات باستخراج معامل ألفا كرونباخ لمقياس الالتزام بالعلاج

المقياس	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
الالتزام بالعلاج	0.872	0.804

من خلال الجدول رقم (14) يتضح لنا أن معاملات الثبات مرتفعة أي أن المقياس يتمتع بدرجات مقبولة من الثبات.

4_الأساليب الاحصائية المستخدمة:

من أجل معالجة بيانات الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات تم الاعتماد على نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSSv22 وباستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسطات الحسابية
- الانحرافات المعيارية
- اختبار ت لعينتين مستقلتين
- معامل الارتباط لبيرسون

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1_ عرض نتائج الدراسة

1_1_ عرض نتائج الفرضية الأولى

1_2_ عرض نتائج الفرضية الثانية

1_3_ عرض نتائج الفرضية الثالثة

1_4_ عرض نتائج الفرضية الرابعة

1_5_ عرض نتائج الفرضية الخامسة

1_6_عرض نتائج الفرضية السادسة

2_ مناقشة نتائج الدراسة

2_1_ مناقشة نتائج الفرضية الأولى

2_2_ مناقشة نتائج الفرضية الثانية

2_3_ مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

2_4_ مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

2_5_ مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

2_6_ مناقشة نتائج الفرضية السادسة

1_عرض نتائج الدراسة:

1.1_عرض نتائج الفرضية الأولى:

والتي تنص "**يوجد ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري**"

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب معامل الارتباط لكارل بيرسون بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري. والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (15): يوضح معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري

الارتباط		أبعاد جودة الحياة		الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة	الالتزام بالعلاج
		الصحة النفسية	الصحة البدنية		
أبعاد المساندة الاجتماعية	أشخاص مميزون	**0.73	**0.82	**0.77	**0.67
	الأسرة	**0.94	**0.90	**0.91	**0.87
	الأصدقاء	**0.72	**0.87	**0.79	**0.69
الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية		**0.81	**0.86	**0.88	**0.76

تشير النتائج المبينة في الجدول رقم (15) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين كل المساندة الاجتماعية وكل من جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى النساء المصابات بالسكري، مما يعني تحقق الفرضية. وحسب نتائج الجدول فان بعد "الأسرة" في المساندة الاجتماعية يعد الأكثر ارتباطا بجودة الحياة والالتزام بالعلاج، ثم يليه بعد «الأصدقاء"، و "أشخاص مميزون".

2.1_عرض نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص "**يوجد ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية**"

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب معامل الارتباط لكارل بيرسون بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية. والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (16): يوضح معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية

الارتباط		أبعاد جودة الحياة		الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة	الالتزام بالعلاج
		الصحة النفسية	الصحة البدنية		
أبعاد المساندة الاجتماعية	أشخاص مميزون	**0.74	**0.77	**0.76	**0.70
	الأسرة	**0.93	**0.82	**0.90	**0.81
	الأصدقاء	**0.70	**0.73	**0.72	**069
الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية		**0.80	**0.82	**0.84	**0.86

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (16) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى (0.01) بين المساندة الاجتماعية وكل من جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى النساء المصابات بقصور الغدة الدرقية، مما يعني تحقق الفرضية. وقد تبين أن بعد "الأسرة" هو الأكثر ارتباطا بجميع أبعاد جودة الحياة والالتزام بالعلاج، يليه بعد "أشخاص مميزون"، وبعد "الأصدقاء.

3.1_عرض نتائج الفرضية الثالثة:

والتي تنص على ما يأتي " **توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراكهن لجودة الحياة**"

لاختبارصحة الفرضية قامت الطالبة الباحثة باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية بالنسبة للدرجة الكلية لجودة الحياة.

الجدول رقم (17): يوضح نتائج اختبار(ت) للمقارنة بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراك جودة الحياة.

المجموعة / المتغير	مرتفعي المساندة الاجتماعية			منخفضي المساندة الاجتماعية			قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
جودة الحياة	49	73.8	10.25	21	61.15	4.45	7.21	0.01

يتبين من الجدول رقم (17) أن قيمة ت بلغت 7.21 وهي قيمة دالة عند 0.01 وهذا يدل على وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراك جودة الحياة.

4.1_عرض نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص على ما يأتي " **توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراكهن لجودة الحياة** "

لاختبار صحة الفرضية قامت الطالبة الباحثة باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية بالنسبة للدرجة الكلية لجودة الحياة.

الجدول رقم (18): يوضح نتائج اختبار(ت) للمقارنة بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراك جودة الحياة.

المجموعة / المتغير	مرتفعي المساندة الاجتماعية			منخفضي المساندة الاجتماعية			قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
جودة الحياة	55	51.25	4.45	15	44.10	9.39	2.53	0.01

يتبين من الجدول رقم (18) أن قيمة ت بلغت 2.53 وهي قيمة دالة عند 0.01 وهذا يدل على وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراك جودة الحياة.

5.1_عرض نتائج الفرضية الخامسة:

والتي تنص على ما يأتي " **توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج**".

لاختبار صحة الفرضية قامت الطالبة الباحثة باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية بالنسبة للدرجة الكلية للالتزام بالعلاج.

الجدول رقم (19): يوضح نتائج اختبار(ت) للمقارنة بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج.

المجموعة / المتغير	مرتفعي المساندة الاجتماعية			منخفضي المساندة الاجتماعية			قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الالتزام بالعلاج	49	6.52	1.68	21	1.35	0.47	6.23	0.01

يتبين من الجدول رقم (19) أن قيمة ت بلغت 6.23 وهي دالة احصائيا عند مستوى 0.01 ب مما يشير الى وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج.

6.1_عرض نتائج الفرضية السادسة:

والتي تنص على ما يأتي " **توجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج** ".

لاختبار صحة الفرضية قامت الطالبة الباحثة باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية بالنسبة للدرجة الكلية لجودة الحياة.

الجدول رقم (20): يوضح نتائج اختبار(ت) للمقارنة بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج.

المجموعة / المتغير	مرتفعي المساندة الاجتماعية			منخفضي المساندة الاجتماعية			قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الالتزام بالعلاج	55	7.46	2.29	15	5.73	1.49	3.78	

يتبين من الجدول رقم (20) أن قيمة ت بلغت 3.78 وهي دالة احصائيا عند مستوى 0.01 ب مما يشير الى وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج.

2_مناقشة نتائج الدراسة:

1.2_مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

من خلال الجدول (15) يتضح وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري.

أ_ توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية وإدراك جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بالسكري

أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية التي تتلقاها الحوامل المصابات بالسكري وادراكهن لجودة الحياة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Battulga et al (2021) حول تأثير المساندة الاجتماعية والحمل على الرفاهية الذاتية، بأن المساندة الاجتماعية من الشريك وأفراد الأسرة تعمل كحاجز ضد النتائج العقلية السلبية، ولها ارتباط ايجابي بالرفاهية الذاتية للنساء الحوامل (جودة الحياة، السعادة) Subjective well-being SWB.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Bedaso et al (2023) حول التأثير المباشر والوسيط للمساندة الاجتماعية على جودة الحياة المتعلقة بالصحة أثناء الحمل، التي تضيف منظورا أكثر عمقا بخصوص تأثير العزلة الاجتماعية خلال فترة الحمل، حيث يمكن للعزلة أن تمنع النساء الحوامل من الحصول على المساعدة والخدمات الأخرى من شبكة الدعم الاجتماعي المتاحة، مما قد يؤدي إلى تفاقم مشاكل الصحة العقلية وتدهور جودة الحياة. إضافة الى أنه يمكن لتدخلات المساندة الاجتماعية أن تعزز الالتزام بالعلاجات الأخرى الموصى بها، والتي تساعد على تحسين الشعور الذاتي للمرأة الحامل، وتقليل التوتر والمشاكل النفسية الأخرى وبالتالي تحسين جودة الحياة.

وفي سياق مماثل لدى المرضى المصابين بالسكري تتفق هذه النتيجة مع دراسة Qi et al (2021) حول التأثيرات المتعددة للمساندة الاجتماعية على جودة الحياة، بأن المساندة الاجتماعية تساهم بشكل

مباشر في تحسين جودة الحياة لدى المرضى المصبين بالسكري، حيث يعاني المرضى الذين يفتقرون الى المساندة الاجتماعية والادارة الذاتية غير الفعالة، من تدهور في جودة حياتهم. واستنادا إلى نظرية السلوك المخطط، تم التأكيد على أن التعليم المتعلق بالإدارة الذاتية يساعد المرضى في تبني استراتيجيات سلوكية ونفسية اجتماعية، مثل تعزيز المساندة الاجتماعية. كما أكدت الدراسة على أهمية ودور الأطباء في تحسين جودة الحياة لدى المرضى، من خلال توجيههم نحو استراتيجيات إدارة فعالة تعتمد على التعليم والمعلومات. وأشارت الدراسة إلى أن انخفاض المساندة الاجتماعية يرتبط بتغيرات فسيولوجية تؤدي إلى مقاومة الأنسولين وتدهور الحالة الصحية لمرضى السكري.

وتتفق هذه النتيجة أيضا مع ما توصلت اليه دراسة Shishehgar et al (2013) التي تناولت العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة ومستوى التوتر لدى النساء الحوامل، بأن المساندة الاجتماعية تعتبر آلية للتأقلم العاطفي ولديها القوة المحتملة للتأثير على جودة الحياة.

كما تتماشى هذه النتيجة مع دراسة Iwanowicz-Palus et al (2019) حول جودة الحياة والمساندة الاجتماعية وتقبل المرض والفعالية الذاتية بين النساء الحوامل المصابات بفرط سكر الدم، حيث أظهرت أن المساندة الاجتماعية المرتفعة ترتبط بارتفاع جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بفرط السكر في الدم. فالنساء اللواتي يتلقين دعما اجتماعيا وعاطفيا مرتفعا يتمتعن بجودة حياة أفضل لاسيما في الجوانب النفسية والبيئية، مقارنة بمن يعانين من نقص في هذا الدعم.

وتتفق هذه النتيجة أيضا مع دراسة Xiaowen et al (2018) التي هدفت الى إظهار التأثيرات المباشرة والتأثيرات الوسيطة بين المساندة الاجتماعية والقلق وأعراض الاكتئاب وجودة الحياة لدى النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، وبينت وجود علاقة ايجابية بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الحوامل، وأكدت على التأثير المباشر للمساندة على جودة الحياة.

أما دراسات Gallagher et al (2016) و Alinejad-Naeini et al (2021) التي ركزت على أهمية المساندة الاجتماعية، فقد أوضحت أن المساندة الاجتماعية تساهم في تقليل المشاعر السلبية، مما يحسن الحالة النفسية للأفراد ويعزز قدرتهم على التعامل مع الأحداث المجهدة، ويقلل من التأثيرات الصحية السلبية، وتحسين الصحة النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع الى الإطار النظري والذي تناول مجموعة من المؤشرات التي يمكن أن تساعد في تقييم جودة الحياة، ومنها المؤشرات الاجتماعية التي تمثل أحد العوامل المهمة لجودة الحياة، وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها. ووفقا لنموذج الأثر الرئيسي أيضا، فقد أوضح بأن المساندة الاجتماعية تلعب دورا في مساعدة الأفراد على التكيف مع الضغوط الحياتية مما يؤدي الى تحسين جودة الحياة، فالعلاقات الاجتماعية الجيدة تساهم في تعزيز السلوك الصحي الإيجابي بغض النظر عن مستوى الضغوط النفسية.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن النساء الحوامل اللاتي يحصلن على الأشكال المختلفة من المساندة الاجتماعية ومن مصادر مختلفة، يمتلكن منظورا مختلفا اتجاه الحياة، مما يساهم في توافقهن النفسي وزيادة شعورهن بأن الحياة ذات قيمة، ويعزز من شعورهن بجودتها وسعادتها، فإدراك الحوامل بالمساندة الاجتماعية من الاخرين تجعل منها مصدرا للحفاظ على صحتهن النفسية والعقلية. وتأكيدا على ذلك، أظهرت دراسات أخرى أن المساندة الاجتماعية التي تتلقاها الأمهات من الأصدقاء، والأسرة، والأزواج تساهم بشكل كبير في تحسين نتائج الحمل، كما تلعب دورا مهما في تعزيز صحة الأمهات، والوقاية من العديد من الأمراض، وزيادة متوسط العمر المتوقع، والتقليل من الاكتئاب بعد الولادة (Abdollahpour et al, 2015).

ب_ توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أيضا وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية التي تتلقاها الحوامل المصابات بالسكري والالتزام بالعلاج، وقد جاءت هذه النتيجة متوافقة مع العديد من الدراسات، فقد أظهرت دراسة Fathnezhad-Kazemi et al (2021) حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونمط الحياة المعزز للصحة لدى النساء الحوامل، بأن إدراك الحوامل للمساندة الاجتماعية تلعب دورا في تبني نمط حياة صحي يعزز الصحة، بما في ذلك الالتزام باتباع نظام غذائي صحي، والنوم الكافي، والسيطرة على زيادة الوزن.....

وتتفق النتيجة مع دراسة Martin et al (2017) التي تناولت العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج بمكملات الكالسيوم لدى الحوامل، حيث أظهرت وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج، وأن استراتيجية شريك الالتزام تلعب دورا في تعزيز المساندة الاجتماعية مما يؤدي الى تحسين الالتزام بالعلاج.

وتتسق النتيجة مع ما كشفته دراسة Affusim & Francis (2018) حول تأثير الدعم الاجتماعي على الالتزام بالعلاج بين مرضى السكري عن وجود ارتباط كبير بين الدعم الاجتماعي والالتزام بالأدوية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Pereira et al (2008) حول تأثير البيئة الأسرية والدعم على الالتزام والتحكم في التمثيل الغذائي وجودة الحياة لدى المصابين بالسكري، بأن المساندة الاجتماعية تشجع على الالتزام بشكل أفضل بأدوية السكري الموصوفة، كما أن المساندة الاجتماعية من الأسرة يتنبأ بارتفاع الالتزام وتحسين جودة الحياة.

وأشارت دراسة Kim et al (2015) حول الدور الوسيط للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين أعراض الاكتئاب والالتزام بالأدوية وأنشطة الرعاية الذاتية لدى المصابين بداء السكري من النوع 2، بأن المساندة الاجتماعية تلعب دورا وسيطا في تقليل التأثير السلبي لأعراض الاكتئاب على الالتزام بالأدوية. كما أظهرت هذه الدراسة أهمية التأثير المباشر للمساندة الاجتماعية على الالتزام بالأدوية والقيام بأنشطة الرعاية الذاتية.

تتطلب ادارة مرض السكري خلال فترة الحمل التزاما مستمرا بالتخطيط والمتابعة اليومية، بما في ذلك تناول الأدوية في مواعيدها (مثلا حقن الأنسولين التي تؤخذ غالبا ثلاث إلى أربع مرات يوميا)، مراقبة مستويات السكر في الدم بانتظام لضبط جرعات الأنسولين، وتحديد كمية الطعام التي يجب استهلاكها، كما يعد اتباع نظام غذائي صحي كجزء أساسي من هذه العملية، كل هذه الإجراءات قد تفرض على الحوامل ضغوطا نفسية كبيرة، ولكن توفر مساندة اجتماعية قوية يخفف من هذه الضغوط، ويحفز الالتزام بالخطة العلاجية.

بناء على ذلك، فان المساندة من الأسرة والأصدقاء وبعض الأشخاص المقربين يساعد الحوامل على اتخاذ إجراءات للتحكم في بيئتهن ونظامهن الغذائي ونشاطهن البدني. فالمساندة الاجتماعية لها أهمية كبيرة في تعزيز الالتزام بالعلاج من خلال كلمات التشجيع، وإظهار الاهتمام، وحتى التواجد الجسدي أثناء الفحوصات الطبية، وتساهم بشكل فعال في تعزيز ثقة الحامل بقدرتها على التعامل مع الحالة الصحية. إضافة إلى ذلك، توفر المساندة الاجتماعية للمرأة الحامل التعبير عن مشاعرها السلبية، مثل الإحباط أو الخوف، مما يساعدها على تقبل وضعها الصحي، فحين تتلقى الحامل الدعم من أفراد يمتلكون خبرة ومعرفة بإدارة مرض السكري، فان ذلك يعزز من قدرتها على اتباع التعليمات الطبية بدقة، حيث توفر النصائح الفعالة والمعلومات الدقيقة إحساسا بالثقة والأمان، مما يسهل الالتزام بخطة العلاج. على سبيل المثال، قد

تتلقى نصائح حول كيفية تقسيم وجباتها بشكل أفضل للحفاظ على استقرار مستويات السكر، أو كيفية التعامل مع أعراض انخفاض أو ارتفاع السكر. وقد أكدت دراسة Davies et al (2023) حول تدخلات تعزيز الالتزام بالعلاج الدوائي أثناء الحمل، الى أن أحد العوامل التي قد تؤثر على الالتزام لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة هو تلقي معلومات غير متسقة حول الأدوية أثناء الحمل، إضافة الى أن المخاوف المتعلقة بشأن استخدام الأدوية قد تسبب ترددا في الالتزام. علاوة على ذلك، تساهم المساندة المعلوماتية على تحسين التواصل بشكل أكثر فعالية بين الحامل وفريق الرعاية الصحية، فعندما تكون لديها خلفية حول كيفية إدارة مرضها، تصبح أكثر قدرة على طرح الأسئلة المناسبة، وفهم التوجيهات الطبية بوضوح، مما يساهم في تحسين وتعزيز التعاون بين الطرفين (الحامل والطبيب)، وضبط مستويات السكر بشكل أكثر دقة.

لذا فان استغلال معرفة المريض بمرضه، يساعد في إنجاح برنامج العلاج، من خلال إيجاد تعاون فعال بين المريض والقائمين بالرعاية الصحية، خاصة في حالة مرض السكري، حيث تساهم معرفة المريض بمرضه، والمضاعفات التي قد يتسبب بها المرض، في تمكينه على السيطرة على مستوى السكر في الدم، واتباع العلاج (تايلور،2017/2008، ص ص532، 533). بالتالي فان أفراد العائلة أو الأصدقاء واخرون الذين يمتلكون معرفة بإدارة السكري يمكنهم أيضا مساعدة الحامل في اتخاذ قرارات أفضل على سبيل المثال، قد يقدمون لها نصائح حول أنواع الأنشطة البدنية المناسبة خلال فترة الحمل، وكيفية موازنة النشاط البدني مع الاحتياجات الغذائية للحفاظ على مستويات السكر في الدم. أيضا، قد يكون لمقدمي الرعاية الصحية دور على توجيهها فيما يتعلق بتعديل جرعات الأنسولين أو الأدوية بناء على الظروف اليومية التي تواجهها.

ان تأثير المساندة الاجتماعية أيدته العديد من النماذج المفسرة للالتزام بالعلاج، ويمكن تفسير هذه النتيجة بما ذهب اليه أصحاب نموذج المعتقدات الصحية بأن هناك محفزات تدفع الفرد الى طلب العلاج والالتزام به كالأصدقاء أو أحد أفراد الأسرة Ragin & Keenan (2021). فالمساندة الاجتماعية تعد احدى الهاديات للتصرف وقد أشار Hochbaum (1958) أن الاستعداد لاتخاذ إجراء صحي لا يمكن تعزيزه إلا من خلال عوامل كنصائح الأصدقاء، والحملات الإعلامية الصحية (Straub, 2014, p.199).

ويمكن تفسير النتيجة أيضا بالرجوع الى نظرية السلوك المبرر التي تبين بأن الأشخاص المؤثرين في حياة الفرد كالأسرة أو الأصدقاء أو أي شخص ينتمي إلى المجموعة المرجعية للفرد يقومون بتشجيع المرضى

على تبني نوع معين من السلوك كاتباع نظام غذائي لإنقاص الوزن، والالتزام بالدواء (Fischer & Tarquinio, 2014, p.31).

أما نموذج الوقاية الاكلينيكية فيشير الى أن العوامل الداعمة للمريض، بما في ذلك المساندة الاجتماعية من المحيطين به، تعد عنصرا رئيسيا في تعزيز الالتزام بالعلاج (Fischer & Tarquinio, 2014, p.174). فالمساندة الاجتماعية لا توفر فقط الدعم العاطفي، بل تساهم أيضا في تقوية الشعور بالمسؤولية تجاه العلاج، مما ينعكس إيجابا على التزام المريض بتوصيات الرعاية الطبية، ومتابعته المستمرة لحالته الصحية.

ويوضح نموذج مراحل التغيير، بأن تغيير السلوك يتم في سلسلة من مراحل التغيير، ويتطلب كل منها استراتيجيات أو عمليات لمساعدة الأفراد بشكل أفضل على إحراز تقدم نحو أنماط حياة أكثر صحة. وتعتبر المساندة الاجتماعية من العوامل المؤثرة التي تساعد الفرد على الانتقال بيم هذه المراحل، من خلال تعزيز الدافعية نحو التغيير، ودعمه، والمحافظة عليه على المدى الطويل.

وتفسر الباحثة النتيجة أيضا كون أن الأشخاص المحيطين بالمرأة الحامل يساهمون في تعزيز الوعي بأهمية الالتزام بالعلاج من خلال تقديم التشجيع والنصائح المستمرة وتوفير المعلومات والتوجيهات اللازمة لفهم أهمية اتباع التعليمات الطبية والالتزام بالخطة العلاجية لتفادي المضاعفات التي قد تؤثر على صحتها وصحة الجنين. فعندما تشعر الحامل بأن لديها شبكة داعمة، تزداد قدرتها على التكيف مع التحديات الصحية، ويصبح الالتزام بعلاجها الدوائي أكثر سهولة.

2.2_مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية بأنه: "يوجد ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية".

من خلال الجدول (16) يتضح وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية.

أ_ توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية وإدراك جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية

أظهرت دراسات عديدة الأثر الإيجابي للمساندة الاجتماعية في تعزيز قدرة الأفراد على التعامل مع التحديات الصحية والنفسية، حيث تتسق هذه النتيجة مع دراسة Ruiz–Rodríguez et al (2021) التي أجرت تحليلا للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة والضغوط لدى مرضى السرطان، الى أن المساندة الاجتماعية التي تقدمها الأسرة والشريك يساهم في تخفيف القلق المرتبط بالمرض، بينما يسمح الدعم المعلوماتي للمرضى بمعرفة المزيد عن مرضهم وعلاجه، وبالتالي يمنحهم شعورا بالسيطرة على المرض، وفيما يتعلق بمصادر المساندة، فإن شبكات الدعم الوثيقة، مثل الأسرة والأصدقاء، ترتبط بشكل إيجابي بجودة حياة المرضى، حيث يوفر الأصدقاء دعما إضافيا كونهم يتشاركون اهتمامات مع المرضى، ويقدمون المعلومات عندما يحتاجها المرضى، ويقدمون النصائح ويوفرون فرصا لمشاركة المعلومات، مما يساعد في تقليل مستويات التوتر المرتبطة بالمرض وتحسين جودة حياتهم. وتتفق هذه النتيجة مع نموذج التخزين المؤقت buffering hypothesis والتي تفيد بأن المساندة الاجتماعية تلعب دورا وقائيا ضد التأثير السلبي للضغوط. وبالتالي فان تعزيز أنظمة الدعم الاجتماعي يمكن أن يساعد في تجنب الآثار الضارة على الصحة، مما يؤدي إلى تحسين جودة حياة المرضى.

وتتسق النتيجة ما قدمه Dibaba et al (2013) في دراسته حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب أثناء الحمل، بأن المساندة الاجتماعية تلعب دورا وقائيا للنساء الحوامل، من خلال تخفيف آثار الضغوط على رفاههن العاطفي، وتعزيز سلوكيات صحية خلال فترة الحمل، مما يؤدي الى تحسين صحة الأم والجنين. وقد أظهرت هذه الدراسة أن المساندة الاجتماعية خلال فترة الحمل يساهم في الوقاية من الاكتئاب.

وفي هذا السياق أظهرت دراسات كل من Labrague et al (2021) و Soleiman et al (2020) و Shojaei et al (2019) والتي هدفت الى تقييم جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية، الى وجود علاقة إيجابية بين مستوى المساندة التي يدركها الأفراد من شبكاتهم الاجتماعية وبين تصوراتهم لجودة الحياة، فكلما زادت المساندة الاجتماعية المدركة، تحسنت جودة حياة الأفراد.

أيضا تم تأكيد التأثيرات الإيجابية للمساندة الاجتماعية على النتائج الصحية وجودة الحياة على نطاق واسع، كدراسة Miao et al (2016) حيث أشارت الى أن الشبكات الاجتماعية الداعمة تلعب دورا كبيرا

في مساعدة الأفراد على التكيف مع الأحداث المجهدة المختلفة، مما يقلل تأثيرها السلبي على الصحة من خلال المسارات السلوكية والنفسية والفسيولوجية.

ان المساندة الاجتماعية قد تعزز الشعور بالارتباط الاجتماعي وتنظم المشاعر السلبية، وتساعد الأفراد على التعامل مع الأحداث المجهدة، وتقلل من الآثار الصحية السلبية، وتساهم المساندة الاجتماعية الكافية بتخفيف الضغوط النفسية وتقليل عبء المرض (Alinejad-Naeini et al, 2021).

تشير دراسة Pires et al (2014) التي هدفت إلى فحص التأثير غير المباشر للإدراك السلبي للحمل على جودة الحياة من خلال شدة أعراض الاكتئاب على عينة من المراهقات الحوامل، بأن رضا الأفراد عن المساندة الاجتماعية _وخاصة من الأمهات والشركاء_ يعمل كعامل وقائي ضد سوء التكيف. هذا التأثير الوقائي يتضح من خلال اضعاف العلاقة بين التصورات السلبية للحمل وشدة أعراض الاكتئاب مما يؤدي الى تحسين جودة الحياة لدى الحوامل .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Orwelius et al (2011) حول دور الاندماج الاجتماعي في تحسين جودة الحياة بعد الإصابة بأمراض خطيرة، بأن الشبكات الاجتماعية الأكبر والأكثر دعما ترتبط بانخفاض مستويات التوتر، مع شعور أكبر بالرفاهية النفسية والكفاءة الذاتية، مما ينعكس إيجابا على جودة الحياة. وعلى النقيض من ذلك، ترتبط الشبكات الاجتماعية الضعيفة أو العزلة الاجتماعية بانخفاض جودة الحياة، وتدهور الصحة النفسية والجسدية، وارتفاع معدل الوفيات.

تشير الأدبيات إلى وجود ارتباط بين توفر شبكة من العلاقات الاجتماعية الداعمة وبين تحسين الصحة وجودة الحياة. فالأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يعانون من أعراض اكتئابية أقل، ويكون لديهم معدلات وفيات أقل، بالإضافة إلى زيادة احتمالية تعافيهم من الأمراض الاكلينيكية مقارنة بمن لديهم مستويات منخفضة من المساندة الاجتماعية. فالمساندة الاجتماعية نظام من المساعدة المعنوية أو المادية يقدم للأفراد من قبل أعضاء ضمن شبكة اجتماعية، ويمكن للمساندة الاجتماعية الجيدة أن تحسن ثقة الفرد بنفسه، وقدرته على التعامل مع المشاعر السلبية، مما يساهم في تحسين جودة الحياة، ويعتبر أفراد الأسرة كمصدر دعم مستمر للأفراد، ويمكن للعلاقات الحميمة بين أفراد الأسرة أن تزيد من كمية ونوع الدعم الذي يتلقونه(Yang et al, 2023) .

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة Kollerits et al (2023) والتي هدفت الى استكشاف الارتباطات بين جودة الحياة والالتزام بالعلاج والمساندة الاجتماعية للمرضى الذين يعانون من أمراض الغدة الدرقية. وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق بين المرضى الذين يعانون من أنواع مختلفة من اضطرابات الغدة الدرقية في جودة الحياة والالتزام بالعلاج والمساندة الاجتماعية. ومع ذلك كشفت الدراسة عن وجود ارتباطات ضعيفة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية، مع وجود علاقة إيجابية بين الالتزام العالي وجودة حياة أفضل، ويمكن للمساندة الاجتماعية أن تساهم في هذا الارتباط. في حين أكدت الدراسة بأن جميع أنواع مرضى الغدة الدرقية يعانون من تحديات نفسية وجسدية (تغيرات في المزاج، تساقط الشعر)، مما يؤثر على جودة حياتهم ونهجهم في التعامل مع حالتهم وعلاجهم، لذا فهم يحتاجون الى مساندة اجتماعية مرتفعة للتغلب على هذه التحديات.

يمكن تفسير العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة اعتمادا على ما جاء في الإطار النظري فلقد ذهبت الأبحاث الى أنه يمكن للمساندة الاجتماعية أن تعود بالفائدة على الصحة بالاعتماد على النموذج النظري المتمثل في نموذج الأثر الرئيسي للمساندة بحيث يشير الى أن المساندة الاجتماعية المرتفعة ترتبط بتعزيز جودة الحياة بغض النظر عن مستوى الضغط. إضافة الى ذلك، يمكن تفسير العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة بالاعتماد أيضا على نموذج الأثر الواقي والذي يؤكد أن الأفراد الذين يتمتعون بمساندة اجتماعية قوية يكونون أكثر حماية من التأثيرات السلبية للضغوط النفسية، إذ يميل هؤلاء الأفراد إلى تقييم الضغوط على أنها أقل تهديدا مقارنة بمن لديهم مستويات منخفضة من المساندة الاجتماعية.

وتفسر الباحثة النتيجة كون المساندة الاجتماعية توفر للمرأة الحامل المصابة بقصور الغدة الدرقية مساحة للتعبير عن مشاعرها ومخاوفها، وهو ما يساعد على تخفيف الأعباء العاطفية، فعندما تتلقى المرأة الحامل المساندة من العائلة أو الأصدقاء الذين يفهمون تحدياتها الصحية، فإن ذلك يخفف من الشعور بالعبء الشخصي ويقلل من احتمالية الوقوع في دوامة القلق المزمن. هذا النوع من الدعم العاطفي يعزز من استقرارها النفسي، مما يزيد من قدرتها على مواجهة التحديات الصحية بإيجابية.

أ_ توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أيضا وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية التي تتلقاها الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية والالتزام بالعلاج، وتتسق هذه النتيجة مع دراسة Osborn & Egede (2012) و

Johnson et al (2010) التي أكدت أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما في الالتزام بالعلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة

وتتسق النتيجة أيضا مع دراسة Taher et al (2014) حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بعلاج ارتفاع ضغط الدم، حيث أكدت على وجود علاقة قوية بين المساندة الاجتماعية ومستوى الالتزام بنظام العلاج لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، حيث تبين أن المرضى الذين لديهم مستويات متوسطة إلى عالية من المساندة الاجتماعية يظهرون التزاما أعلى بالعلاج. علاوة على ذلك، تبين أن ضعف الالتزام كان مرتبطا بانخفاض مستوى المساندة الاجتماعية .

وجاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة Psaros et al (2020) التي تناولت تأثير الاكتئاب، والوصم الاجتماعي، والمساندة الاجتماعية، على الالتزام بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية nonadherence to antiretroviral لدى النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، فقد أظهرت وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة.

وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة Scheurer et al (2012) حول الارتباط بين أنواع مختلفة من المساندة الاجتماعية والالتزام بالأدوية، بأن عدم الالتزام بالعلاج يمكن أن يعزى إلى مجموعة من العوامل، من بينها المساندة الاجتماعية غير الكافية، وخاصة عندما يكون نظام العلاج معقدا.

تشير الدراسات إلى أن المرضى يعتبرون شركاء حياتهم أهم مصدر للدعم، حيث يحتل الأزواج دورا مميزا في النظام الطبي لشركائهم، إذ يشاركون بشكل مباشر في تعزيز الالتزام بالعلاج. وغالبا ما يسعى الأزواج إلى دعم شريكهم المصاب من خلال تشجيع السلوكيات الصحية الإيجابية والحد من السلوكيات الضارة، مما يساهم بشكل فعال في تحسين الالتزام بخطط العلاج (Vehedparast et al,2018).

أوضحت الأدبيات الى وجود آليات مختلفة تشرح كيفية تأثير الدعم الاجتماعي على الالتزام بالعلاج مثل تخفيف التوتر وتمكين الفرد من الانخراط في أنشطة أكثر تكيفا، وعلى النقيض من ذلك، يمكن للشبكات الاجتماعية غير الداعمة أن تغير العادات الصحية من خلال زيادة الضغوط التي تؤثر على المواقف والسلوكيات اللازمة للالتزام (Shahin et al, 2021).

وهذا ما أكدته دراسة Nielsen et al (2010) التي استهدفت فحص معدلات الالتزام بالعلاج بين النساء الحوامل المصابات بمرض كرون، وأظهرت الدراسة أيضا أن الالتزام بالعلاج كان مرتفعا بين النساء الحوامل، وكان الالتزام أعلى لدى اللواتي كانت لديهن تجربة حمل سابقة ولدى من خططن للحمل مسبقا. كما أشارت أيضا إلى أن النساء اللواتي تلقين إرشادات ونصائح متخصصة من قبل مقدمي الرعاية الصحية كانت لديهن معدلات أقل لعدم الالتزام بالعلاج.

ان المساندة الاجتماعية للمرضى من أشخاص مميزون والتواصل الفعال معهم كمقدمي الرعاية الصحية يساهم بشكل كبير في الالتزام بالعلاج، فقد أثبتت بعض الدراسات أن المساندة الاجتماعية الكافية والتفاعل بين المرضى وأسرهم يدعم تبني السلوكات الصحية الإيجابية، ويحسن جودة حياة المرضى (Shahin et al, 2021). ويتماشى هذا مع ما أشارت اليه دراسة Awodele & Osuolale (2015) التي أوضحت أن الالتزام بالعلاج الدوائي في الأمراض المزمنة يتأثر بعدة عوامل منها ما يتعلق بالنظام الصحي ودور مقدمي الرعاية الصحية، والعوامل المتعلقة بالمرضى أنفسهم، والعوامل المتعلقة بالسمات الشخصية.

أشار كل من Belanger et al (2010) و Gallinger et al(2016) في دراساتهم حول الالتزام بالعلاج خلال فترة الحمل، إلى أن التزام الحوامل بتناول الأدوية الموصوفة يعتمد على عدة عوامل منها طبيعة المرض، ونوع العلاج، والآثار الجانبية المحتملة، بالإضافة إلى الشكوك المتعلقة بالفوائد المتوقعة، والمخاطر المتصورة للنتائج الضارة على الجنين. كما أوضحت دراسة Lutsey et al (2008) أن هناك عوامل أخرى تلعب دورا في تعزيز الالتزام كالحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، الوعي بالبرنامج الصحي، إدراك الآثار الجانبية الناتجة عن الأدوية، إدراك الفوائد الصحية للعلاج. وفي نفس السياق أشار Misery (2012) في دراسته حول دور الطبيب في الالتزام بالعلاج، الى أن الالتزام يقل عندما يستغرق العلاج وقتا طويلا، وخصوصا إذا كان يتطلب إجراءات معقدة قد تعرقل أسلوب الحياة الذي اعتاد عليه المريض، ويتطلب منه تغيير عاداته الشخصية كتغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطه. فطبيعة العلاج التقييدية/أو المطولة لها آثار سلبية، في حين أن التوافق بين أهداف العلاج وتوقعات المريض له آثار ايجابية (ص.19). من جهة أخرى تلعب الشخصية دورا مهما في التأثير على الالتزام بالعلاج، حيث يظهر الأفراد الذين يتمتعون بمزاج إيجابي، التفاؤل والأمل مستويات مرتفعة من الالتزام، شأنهم في ذلك شأن الأشخاص ذوي مستوى عال من الوعي. وعلى النقيض فان الأشخاص الذين يغلب عليهم التشاؤم، والمزاج السالب والعدائية يظهرون مستويات منخفضة من الالتزام، ويعزى ذلك الى أن المزاج السلبي يدفعهم نحو استخدام استراتيجيات

مواجهة لاتكيفية وغير فعالة مما يقلل من قدرتهم على الالتزام بالعلاج (ساندرسون 2019/2018، ص.502). بالإضافة إلى ذلك يتحدد مدى استعداد المريض لمتابعة العلاج بإدراكه لمدى خطورة المرض، فإذا كان المريض يعتقد بأن مرضه خطير، فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج، بينما لن يكون الشعور مماثلا إن عرف بأن مرضه عابر، وليس خطرا على مستقبله، ومن جهة أخرى يتحدد التزام المريض بمقارنة كلفة العلاج بفوائده، فإذا كان العلاج باهض الكلفة، وسينتج عنه أوجاع وآثار جانبية، ويسبب له الضيق والإزعاج، فان التزام المريض بالعلاج سيكون ضعيفا (تايلور، 2008، ص.553).

وهنا تبرز أهمية المساندة حيث تلعب دورا في الالتزام، حيث يشير نموذج الانضباط الصحي الذي يفسر مختلف أنماط الالتزام (مثل نمط الحياة، ممارسة التمارين الرياضية، احترام المواعيد ....) بأن المساندة الاجتماعية والأسرية وكذا نوعية العلاقة طبيب/مريض لها دورا محوريا في الالتزام بالعلاج.

ويتكامل هذا الطرح مع ما يقدمه نموذج الوقاية الاكلينيكية الذي يركز بشكل خاص على الأدوار الخاصة بالمريض والطبيب في تبني السلوكات الوقائية والالتزام بالعلاج، حيث أن المساندة الاجتماعية تعتبر كعامل معزز للالتزام بالعلاج.

تفسر الباحثة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والتزام الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية بالعلاج عبر عدة آليات متداخلة. حيث توفر المساندة الاجتماعية بمختلف مصادرها تعزيز الثقة، وتقديم معلومات ضرورية حول طبيعة قصور الغدة الدرقية وتأثيره على الحمل، وأهمية الالتزام بالعلاج، وكيفية التعامل مع أي أعراض أو آثار جانبية محتملة. هذه المعرفة تقلل من الغموض والخوف وتعزز من فهمهن لأهمية الخطة العلاجية وبالتالي التزامهن بها. بالإضافة إلى ذلك، تؤثر الشبكات الاجتماعية الداعمة إيجابا على السلوكيات الصحية، وتلعب العلاقات الإيجابية دورا حاسما في تعزيز الالتزام من خلال التواصل والثقة والمشاركة في القرارات العلاجية. إضافة الى أن المساندة الاجتماعية من الأسرة هي من العوامل الأساسية والاجتماعية التي تحتاجها الحامل وتجعلها تتقبل مرضها وذلك من خلال حث المريضة على تناول الدواء والالتزام بالفحص والمراقبة الطبية لأنه يشعرها بالأمن والحماية وتعزز لديها القدرة على التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة، كما تحافظ على صحتها النفسية والعقلية.

3.2_مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

توصلت النتائج_المبينة في الجدول رقم (17) الى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراكهن لجودة الحياة، وكانت لصالح مرتفعي المساندة الاجتماعية. وتدل هذه النتيجة على أن المساندة الاجتماعية تساهم في إدراك جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بالسكري.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة Abshire (2018) التي أشارت الى أن الأفراد المصابين بأمراض مزمنة والذين يحصلون على مستويات عالية من المساندة الاجتماعية يتمتعون بجودة حياة أفضل مقارنة بالأفراد الذين يتلقون مساندة اجتماعية منخفضة.

وهذا يتماشى مع ما أوضحه House et al (1988) حول أهمية المساندة الاجتماعية في مساعدة الأفراد على التكيف مع الضغوط النفسية، حيث أكد أن غياب المساندة الاجتماعية قد يؤدي الى تفاقم المشكلات الصحية والنفسية، مما ينعكس سلبا على جودة الحياة، وفي السياق ذاته دعمت دراسة Uchino (2009) هذا الطرح من خلال التأكيد على أن المساندة الاجتماعية لا تقتصر على كونها وسيلة للحماية من الضغط، بل تلعب دورا رئيسيا في تعزيز الصحة النفسية والجسدية.

كما دعمت دراسات أخرى هذه النتيجة، كدراسة Bautista et al (2012) التي أكدت أن المستويات المرتفعة من المساندة تقلل من التوتر ومستويات الاكتئاب، مما يعزز الصحة النفسية لدى الأفراد.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار اليه Shumaker et Brownelle (1984) الى أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا في تحسين جودة الحياة(Fisher et al, 2020, p.177) . وهذا من خلال تلبية احتياجات الأفراد، تقليل الضغوط، وتعزيز الشعور بالرضا والرفاهية.

كما تتماشى هذه النتيجة مع دراسة Iwanowicz-Palus et al (2019) حول جودة الحياة والمساندة الاجتماعية وتقبل المرض والفعالية الذاتية بين النساء الحوامل المصابات بفرط سكر الدم، حيث أظهرت أن المساندة الاجتماعية المرتفعة ترتبط بارتفاع جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بفرط السكر في الدم. فالنساء اللواتي يتلقين دعما اجتماعيا وعاطفيا مرتفعا يتمتعن بجودة حياة أفضل لاسيما في الجوانب النفسية والبيئية، مقارنة بمن يعانين من نقص في هذا الدعم.

وتتسق هذه النتيجة مع دراسة Castelar–Ríos et al (2022) حول تأثير تغيرات المساندة الاجتماعية أثناء الحمل على الصحة العاطفية للأمهات والآباء، بأن المساندة الاجتماعية تمنع أو تخفف من الاكتئاب والضغط، فالتعرض للضغط يمكن أن يؤدي إلى خلل في تنظيم محور الغدة النخامية والكظرية، ويحفز على افراز الكورتيزول لدى النساء الحوامل مما قد يؤدي إلى تعرض الجنين للخطر. بالتالي ترتبط مستويات المساندة الاجتماعية المرتفعة بمستويات أقل من الاكتئاب والضغط، وهذا الضغط النفسي يساهم في تدهور مستويات إدراك جودة الحياة لدى منخفضات المساندة الاجتماعية.

يعتبر انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية أحد العوامل الأساسية التي تؤثر سلبا على رفاهية الأمهات خلال فترة الحمل وما بعدها. فقد أظهرت الدراسات أن انخفاض المساندة الاجتماعية في المراحل الأولى من الحمل قد يؤدي إلى ولادة أطفال بوزن أقل من الطبيعي، كما تعتبر المساندة الاجتماعية من أكثر الاستراتيجيات فعالية لمواجهة التوتر النفسي لدى النساء، حيث يمكن أن تخفف من الضغوط المرتبطة بالحمل. اضافة إلى أن توفير الدعم الكافي من الأسرة والأصدقاء، يقلل بشكل كبير من احتمالية تعرض المرأة الحامل للاضطرابات العاطفية، فالنساء اللواتي يشعرن بوجود مساندة اجتماعية كافية يتمتعن عادة بقدرات أفضل على التأقلم، ومستوى أعلى من الكفاءة الشخصية، وإحساس بالاستقرار، وتقدير للذات. بالإضافة إلى ذلك، وجد أن المساندة الاجتماعية المنخفضة تساهم في تقليل معدلات الاكتئاب والقلق لدى النساء(Hamzavi et al, 2016) .

على المستوى النفسي، تعتبر المساندة الاجتماعية عاملا مهما في تخفيف التحديات النفسية التي تواجهها الحوامل، فالنساء اللواتي يتلقين مساندة مرتفعة يعتبرن فترة الحمل تجربة مميزة واستثنائية، بينما قد تواجه ذوات المساندة المنخفضة تحديات نفسية وجسدية تؤثر على جودة حياتهن. أما على المستوى الجسدي، فقد أثبتت الدراسات أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تساعد في تحسين نتائج الحمل، مثل تقليل خطر الولادة المبكرة والمضاعفات الأخرى. فالنساء اللواتي تتوفر لديهن مستويات عالية من المساندة الاجتماعية أقل تعرضا للمضاعفات أثناء الحمل والولادة، وتقل معدلات تعرضهن للذبحة القلبية، ويظهرن تكيفا أفضل لدى التعرض للأمراض المزمنة (تايلور،2017/2008، ص ص 450،449). في حين أن الحوامل منخفضات المساندة الاجتماعية أكثر تعرضا للمضاعفات أثناء الحمل مما قد يؤثر سلبا على جودة حياتهن.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع الى الإطار النظري الذي يشير الى الدور الإيجابي لمصادر المساندة مثل الأسرة، الأصدقاء، وأشخاص مميزون، في تحسين جودة حياة النساء الحوامل المصابات بالسكري،

فالمرأة الحامل تحتاج إلى مساندة اجتماعية كافية، حيث يعتبر غياب هذا الدعم أحد عوامل الخطر الرئيسية التي تؤثر سلبا على رفاهية الأمهات خلال فترة الحمل وما بعدها. وهذا ما أكدته دراسة Battulga et al (2021) بأن المساندة الاجتماعية من الشريك وأفراد الأسرة تعمل كحاجز ضد النتائج العقلية السلبية، ولها ارتباط ايجابي بالرفاهية الذاتية للنساء الحوامل (جودة الحياة، السعادة). من جهة أخرى، تتمتع النساء اللواتي يتلقين دعما اجتماعيا كافيا بقدرة عالية على التكيف مع التحديات، إلى جانب تعزيز ثقتهن بأنفسهن، شعورهن بالاستقرار، واحترامهن لذواتهن. كما تساهم المساندة الاجتماعية في تخفيف المعاناة النفسية من كآبة، وقلق، التي قد تشعر بهما الحوامل في ظل المواقف الضاغطة. في حين أن نقص المساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة، يؤدي الى زيادة العبء البدني والنفسي (Lei et al, 2022).

وتفسر الباحثة هذه النتيجة أيضا من خلال الدور الفاعل للمساندة الاجتماعية في تعزيز قدرة الحوامل المصابات بالسكري على التكيف النفسي والانفعالي، حيث يساهم توفر المساندة الكافية في تعزيز مشاعر التقدير والاهتمام، مما يساعدهن على تقليل الضغوط المرتبطة بالتعامل مع المرض. فالدعم الذي يقدمه أفراد الأسرة والشبكة الاجتماعية المحيطة يخلق بيئة من الطمأنينة والثقة، مما ينعكس إيجابيا على مستوى جودة حياتهن. وعلى النقيض، فإن غياب هذا الدعم قد يؤدي إلى شعور الحوامل بالتجاهل، مما يرفع من معدلات القلق لديهن ويؤثر سلبا على ادراكهن لجودة الحياة خلال فترة الحمل.

4.2_مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

بالنظر الى النتائج_المبينة في الجدول (18) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراكهن لجودة الحياة، وهذا يدل أن المساندة الاجتماعية تساهم في إدراك جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية.

تدعم دراسة Shishehgar et al (2013) هذه النتيجة والتي تناولت العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة ومستوى التوتر لدى النساء الحوامل، حيث أوضحت أن نقص المساندة الاجتماعية يؤثر على جودة الحياة، ويمكن أن يؤدي إلى مشاكل طبية وعقلية مثل ضيق التنفس، ومشاكل في الجهاز الهضمي (كحرقة في المعدة والغثيان والقيء) والتشنج في الساقين، والاكتئاب أثناء وبعد الحمل. ومع ذلك، فان المساندة التي يقدمها الشريك يمكن أن تخفف من آثار الضغط النفسي المزمن، وأيضا تحسين جودة الحياة.

علاوة على ذلك فالنساء اللواتي يتمتعن بمساندة اجتماعية كافية على الرغم من المستويات العالية من الضغط، يظهر لديهن مضاعفات أقل أثناء الحمل، بينما يزداد الضغط النفسي عند النساء الحوامل مع تناقص المساندة الاجتماعية. بالتالي، فان الدعم الاجتماعي يعمل كوسيط يقلل من الإجهاد، مما يؤدي بشكل غير مباشر إلى تحسين جودة الحياة.

وقد أكدت نتائج هذه الدراسة الى أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا في تقليل تأثيرات الإجهاد، مما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة أثناء الحمل. ويمكن تفسير التأثير الوسيط للمساندة الاجتماعية من خلال نموذج التخفيف من الضغوط (الأثر الواقي)، حيث تساهم المساندة الاجتماعية في رفاهية الحوامل من خلال تعزيز التأثير الإيجابي، والقدرة على التكيف مع الضغوط، مما يتعكس إيجابا على جودة حياتها.

وتتسق هذه النتيجة مع ما أكده Sterrett et al (2011) بأن المستويات المرتفعة من المساندة الاجتماعية (الأسرة والأصدقاء) تساهم بشكل إيجابي في تعزيز الأداء النفسي والاجتماعي، بالإضافة إلى دورها في الوقاية من مشكلات الصحة العقلية. فالمساندة الاجتماعية تقدم فوائد كبيرة للأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من الضغوط بما في ذلك الذين يعانون من أمراض مزمنة (ساندرسون، 2019/2018، ص.177). وكما أشارت دراسة Luszczynska et al (2013) بأن الأمراض المزمنة تعد كمصدر رئيسي للتوتر، ويمكن للدعم العاطفي من الآخرين أن يسهل عمليات التأقلم التكيفية، والشعور بالأهمية، والانتماء، بالإضافة الى دورها في زيادة تثقيف المرضى بشأن العلاجات المناسبة.

بالتالي، فان انخفاض المساندة الاجتماعية أثناء الحمل يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية للمرأة الحامل، مما يؤثر سلبا على جودة حياتها، وقد أظهرت العديد من الدراسات أن اكتئاب الحمل أكثر شيوعا بين النساء اللواتي لديهن حمل غير مخطط له أو غير مرغوب فيه، أو يعانين من أمراض مزمنة، أو يواجهن صعوبات في الحمل الحالي .علاوة على ذلك فقد أظهرت دراسات أخرى أن النساء اللاتي حصلن على مستويات منخفضة من المساندة الاجتماعية أكثر عرضة للإصابة بأعراض الاكتئاب، وانخفاض جودة الحياة، أثناء الحمل مقارنة بالنساء اللاتي تلقين دعما اجتماعيا مرتفعا (Aktas & Yesilcicek Calik, 2015).

يمكن تفسير النتيجة بأن المساندة الاجتماعية المرتفعة تعمل كعامل وقائي ضد الاكتئاب والقلق، حيث تمنح للمرأة شعورا بأنها ليست وحدها في مواجهة التحديات، وأن هناك من يدعمها، هذا الشعور بالمساندة يعزز من راحتها النفسية ويمنحها شعورا بالأمان والاستقرار. فكلمات التشجيع والتعزيزات التي تتلقاها المرأة،

يساهم في التقليل من مشاعر العزلة والإحباط، مما يجعل النساء اللواتي يحصلن على مستويات أعلى من المساندة أكثر استقرارا نفسيا، وينعكس ذلك إيجابا على جودة حياتهن. وبالرجوع الى دراسة Nurullah (2012) و Edmonds et al (2011) حول مصادر المساندة الاجتماعية، فقد أكدت أن المساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء ومقدمي الرعاية الصحية، يخلق بيئة داعمة تمكن الحوامل على التكيف مع الضغوطات النفسية والجسدية المرتبطة بالحمل والمرض. من جهة أخرى فالنساء اللواتي يعانين من مستويات منخفضة من المساندة الاجتماعية يعانين من تدهور في ادراكهن لجودة الحياة حيث تكون مصادر المساندة الاجتماعية غير كافية وغير فعالة، هذا النقص في المساندة قد يشعر الحوامل بالنقص والعزلة والحرمان من الاهتمام والتقدير، مما يزيد من مستويات الضغط والقلق، ويؤثر سلبا في القدرة على التعامل مع التحديات اليومية وعلى إدراك جودة الحياة. ولا تقتصر المساندة الاجتماعية على الجانب العاطفي فقط، بل تشمل أيضا توفير المعلومات الضرورية حول حالتهم الصحية وكيفية ادارتها، مما يخفف من مشاعر الغموض والخوف المرتبط بالمرض، بالإضافة الى ذلك فالعلاقات الاجتماعية المتينة تساهم في تحقيق التوازن النفسي والشعور بالأمان، وهو ما ينعكس إيجابا على الصحة النفسية والجسدية للحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية.

5.2_مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (19) توصلنا الى وجود فروق واضحة بين الحوامل المصابات بالسكري المرتفعات والمنخفضات في مستوى المساندة الاجتماعية فيما يتعلق بالالتزام بالعلاج، يمكن الاستنتاج أن المساندة الاجتماعية تمثل عاملا مهما في تعزيز الالتزام بالعلاج. اذ تبين أن الحوامل اللواتي يتمتعن بمستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية أكثر قدرة على الالتزام بتعليمات العلاج ونصائح مقدمي الرعاية الصحية. ويعزى ذلك الى توفر بيئة نفسية إيجابية تشجع على تبني سلوكيات صحية، كالالتزام بمواعيد تناول الأدوية والمتابعة الطبية المنتظمة. فالمساندة الاجتماعية تعتبر كعامل (وقائي) نفسي اجتماعي يقلل من تعرض الأفراد للآثار الضارة للضغط على الصحة (Glanz et al, 2008, pp.192_193).

وتتسق النتيجة مع دراسة كل من Thoits (2011) و Mo et al (2011) و Kim et al (2015) حول دور المساندة الاجتماعية، فقد أوضحت أن المساندة الاجتماعية قد تؤثر على الفرد جسديا ونفسيا،

مما قد يؤدي إلى اتخاذ إجراءات صحية ايجابية كممارسة النشاط البدني واتباع نظام غذائي والالتزام بالعلاجات الطبية .

كما أن المساندة الاجتماعية الكافية والتفاعل الإيجابي بين المرضى وأسرهم يدعم تبني السلوكات الصحية الإيجابية، ويحسن جودة حياة المرضى (Shahin et al, 2021).

تلعب المساندة العاطفية، التي تتجلى في التعاطف والمساندة من أفراد الأسرة والأصدقاء دورا رئيسيا في تعزيز الثقة بالنفس والقدرة على التعامل مع تحديات المرض، الأمر الذي يساهم في زيادة الالتزام بالعلاج. في المقابل، يمكن أن يؤدي نقص المساندة الاجتماعية إلى الشعور بالضغط النفسي، مما يضعف من قدرة الحوامل على الالتزام بالعلاج بفعالية. ويتفق ذلك مع نتائج دراسة تحليلية أشارت الى أن المرضى الذين لديهم روابط أسرية قوية يظهرون التزاما بالنظام الطبي مقارنة بالمرضى الذين يعانون من ضعف الروابط الأسرية (ساندرسون، 2019/2018، ص.179).

الى جانب ذلك، فان المساندة الاجتماعية تلعب دورا في تسهيل الالتزام بخطة العلاج، على سبيل المثال تقديم النصائح الغذائية الصحيحة أو تذكير الحامل بمواعيد الأدوية والفحوصات الدورية، أو شرح الآثار المحتملة للسكري على الحمل، وكيفية التعامل مع أي مضاعفات قد تحدث.

إضافة الى ذلك تشير الأبحاث الى أن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض لها تأثير قوي على الالتزام، وقد تبين من دراسة Lihava et al 2013 أن المرضى غير الراضين عن العلاقات الشخصية مع الهيئة الطبية يظهرون مستويات مرتفعة من عدم الالتزام المقصود، بالمقابل أظهرت دراسة Beach et al 2005 أن المرضى الذين يشعرون بالمشاركة في صنع القرارات ووضع الأهداف ويعاملون باحترام يظهرون مستويات مرتفعة من الالتزام بالتوصيات الطبية (ساندرسون،2019/2018، ص504).

بناء على ذلك يمكن للطبيب أو أي شخص من مقدمي الرعاية الصحية أن يحسن من معدلات الالتزام لدى الحوامل من خلال بناء علاقة إيجابية، والتأكيد على فوائد العلاج، وتبسيط الخطط العلاجية. على سبيل المثال، فان العلاج بالانسولين (حقن الأنسولين) خلال فترة الحمل قد يفرض تحديات جديدة كالاجهاد الناتج عن الحقن المتكرر، والقلق المستمر بشأن السيطرة على مستويات السكر في الدم لضمان سلامة الجنين. وهنا تبرز أهمية الأسرة والأصدقاء .....في مساعدة الحوامل على التأقلم مع الوضع، وذلك من

خلال تثقيفهن بشكل مستمر حول أهمية العلاج، وارشادهن الى الطرق الصحيحة للحقن بطريقة آمنة تقلل من الشعور بالألم والانزعاج.

ووفقا لدراسة Shim et al (2012) التي هدفت الى دراسة جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، بأن العلاج باستخدام الأنسولين يرتبط بانخفاض جودة الحياة لدى مرضى السكري، بسبب الألم الناتج عن عملية حقن الأنسولين المتكررة. في مثل هذه الظروف يلعب الدعم الإيجابي من الطبيب دورا مهما في التكيف مع هذه التحديات والالتزام بالتوصيات الطبية، فالعلاقة بين الطبيب والمريض ليست مجرد علاقة مهنية، بل تشكل أيضا مصدرا للدعم الاجتماعي الذي يساهم في تعزيز التزام المريضة بخطط العلاج. وقد أكدت الأبحاث التي أجراها Nyholm et al (2019) و Shanmugalingam et al (2020) التي هدفت الى دراسة العوامل المؤثرة على الالتزام بالعلاج لدى الحوامل، بأن التواصل الفعال بين الطبيب والمريض يلعب دورا حاسما في تقليل القلق المرتبط بالأدوية، وتخفيف التصورات الخاطئة حول المخاطر المتعلقة بالأمومة والجنين لدى الحوامل، مما يؤدي إلى تحسين الالتزام بخطة العلاج خلال فترة الحمل.

ان المساندة الاجتماعية المرتفعة من الأسرة والأصدقاء تعتبر عاملا رئيسيا لتخفيف تحديات المرض وتعزيز الالتزام بالعلاج. أما في غياب أو انخفاض المساندة الاجتماعية فقد تزداد صعوبة التكيف مع هذه التحديات مما يؤدي الى تراجع الالتزام بخطة العلاج.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع الى الإطار النظري حيث أن المستويات المرتفعة من المساندة الاجتماعية تساهم في تحسين السلوكيات الصحية وتعزيزها، ويمكن أن تؤثر بشكل إيجابي على النتائج الصحية البدنية والمعرفية والنفسية. وتعد شبكات الأسرة وشبكات الأصدقاء مصدرا للمساندة الاجتماعية للأفراد، التي تلعب دورا في تعزيز سلوكياتهم المتعلقة بالصحة (Wu & Sheng,2019).

من جهة أخرى يمكن تفسير النتيجة بكون الحوامل اللواتي يتمتعن بمستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يسعين بجدية الى تحقيق أهدافهن وطموحاتهن، وهو ما ينعكس بشكل إيجابي على صحتهن الجسدية، هذه المساندة تعزز من اهتمام الحوامل المصابات بالسكري بتناول أدويتهن واتباع السلوك الصحي، فكلما شعرت الحوامل بالمساندة والدعم من محيطها زاد التزامهن بنصائح مقدمي الرعاية الصحية من حيث

تناول الأدوية في مواعيدها وجرعاتها الموصوفة، والابتعاد عن كل سلوك أو انفعال قد يؤثر سلبا على صحتهن.

6.2_مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (20) توصلنا الى وجود فروق واضحة بين الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية المرتفعات والمنخفضات في مستوى المساندة الاجتماعية فيما يتعلق بالالتزام بالعلاج.

وتدل هذه النتيجة على أن المساندة الاجتماعية تؤثر في الالتزام بالعلاج، فكلما ارتفعت المساندة الاجتماعية لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية، زاد التزامهم بالعلاج.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Taher et al (2014) التي أظهرت أن المرضى المصابين بأمراض مزمنة والذين لديهم مستويات متوسطة إلى عالية من المساندة الاجتماعية يظهرون التزاما أعلى بالعلاج، وأن ذوي المساندة المنخفضة يظهرون التزاما ضعيفا.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Gillison et al (2019) ودراسة Cruwys et al (2015) بأن المساندة الاجتماعية تدفع الأفراد الى ممارسة سلوكات تعزز الصحة بطرق مختلفة، على سبيل المثال يمكن للأصدقاء والأسرة وأشخاص اخرين داعمين للفرد تقديم أشكال مختلفة للدعم سواء كان ذلك من خلال تقديم المعلومات، أو المساعدة الملموسة، أو عبر تقديم نماذج للسلوكيات الصحية الإيجابية.

علاوة على ذلك فان مناحي التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية تظهر في تعزيز صورة الفرد عن ذاته، وشعوره بالانتماء، مما يدفعه الى تبني سلوكات صحية قبل تفاقم حالته المرضية (شويخ، 2007، ص ص. 93_94).

وفقا ل Caplan فإن نظام المساندة يساهم بشكل فعال في الحفاظ على توازن الفرد، مما يساعده على مواجهة الضغوط اليومية، والتعامل مع الأزمات. (Steigen et al, 2022, p.2) حيث توفر الشبكات الاجتماعية الدعم الاجتماعي من خلال سلسلة من العلاقات التي يؤثر من خلالها الأعضاء على سلوكيات بعضهم البعض من خلال تفاعلاتهم اليومية وآليات التغذية الراجعة. وقد تعزز هذه الشبكات الالتزام بالعلاج

من خلال الدعم الذي يتلقاه الأفراد من الأقارب والأصدقاء، ومع ذلك، قد يثبط أعضاء الشبكة الاجتماعية دافع الآخرين عن استخدام بعض الأدوية، مما يؤدي الى تقليل الالتزام (Kronish & Ye, 2013) .

إضافة الى ذلك فان اقناع الطبيب للمريض بفوائد العلاج يساهم بشكل كبير في الالتزام بالعلاج، وتعزيز ثقة المريض في خطة علاجه (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012, p.115).

وقد أكدت دراسة Quinlan et al (2013) حول العلاقة بين الالتزام بالعلاج ونظام الرعاية الصحية، بأن العلاقة السيئة بين المريض والمتخصص في الرعاية الصحية، ترتبط بمستويات منخفضة من عدم الالتزام بالعلاج.

بالتالي فان النساء اللواتي يحصلن على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية قد يكن جزءا من شبكات أو مجموعات دعم تتبادل فيها الخبرات والمعرفة المتعلقة بإدارة المرض أثناء الحمل. هذا التبادل المعرفي يوفر للمريضة فرصا للاستفادة من تجارب الآخرين الذين مروا بنفس الظروف الصحية. فغالبا ما تقدم هذه المجموعات نصائح عملية حول كيفية الالتزام بالعلاج، مثل كيفية التكيف مع تغييرات في جرعات الأدوية خلال فترة الحمل، وتقليل المخاوف المتعلقة بالآثار الجانبية للأدوية على الجنين. في هذا السياق أثبتت بعض الدراسات أن عدم الالتزام في استخدام الأدوية الموصوفة قد يكون مشكلة شائعة ومتكررة بين النساء الحوامل بسبب خوفهن من التأثيرات الجانبية للأدوية السامة على الجنين (Olesen et al, 2001, p.497). بناء على ذلك، تعد المساندة الاجتماعية عاملا مهما في تقليل هذه المخاوف، حيث تساعد النساء الحوامل على الالتزام بالعلاج وتمنحهن إحساسا بالأمان والثقة في القرارات الطبية المتعلقة بصحتهن.

تفسر الباحثة النتيجة كون النساء اللواتي يتمتعن بمستويات عالية من المساندة الاجتماعية، يظهرن استقرارا نفسيا ويقل لديهن التوتر والقلق الناتج عن التعايش مع المرض خلال فترة الحمل. هذا الاستقرار النفسي ينعكس إيجابا على السلوك الصحي للمرأة الحامل، مما يدفعها الى الالتزام بتعليمات الطبيب ومتابعة العلاج بانتظام. فعندما تحاط المرأة الحامل بأفراد يقدمون لها المساندة فان هذا يعزز قدرتها على التعامل مع الضغوط اليومية والتحديات الصحية.

من جهة أخرى، تساهم المساندة الاجتماعية في تعزيز الثقة بالنفس لدى الحامل، فعندما تشعر المرأة الحامل بأنها محاطة بأشخاص يدعمونها (الأسرة، الأصدقاء، .....) ويثقون بقدرتها على مواجهة التحديات

الصحية المرتبطة بالمرض، فإن هذا ينعكس على إدارتها لحالتها الصحية، ويزيد من رغبتها في البحث عن مزيد من المعرفة حول مرضها وكيفية التعايش معه، واتخاذ الالتزام بالعلاج كجزء طبيعي من نمط حياتها.

3_ استنتاج عام لنتائج الدراسة:

استنادا الى النتائج التي تم التوصل اليها باستخدام الأساليب الإحصائية السابقة الذكر لدراسة الفروق والارتباطات بين متغيرات الدراسة، تكون الدراسة الحالية من وجهة نظر الباحثة قد حققت أهدافها من حيث الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة (السكري وقصور الغدة الدرقية) هذا من جهة ومن جهة أخرى معرفة الفروق بين الحوامل اللواتي يحصلن على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية مقارنة باللواتي يحصلن على مستويات منخفضة، سواء في إدراك جودة الحياة أو بالالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بأمراض مزمنة. ويمكن تلخيص أبرز ما توصلت اليه الدراسة:

_وجود علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية وإدراك الحوامل المصابات بالسكري لجودة حياتهن، حيث تلعب المساندة الاجتماعية، سواء من الأسرة، الأصدقاء، أو أشخاص مميزون كمقدمي الرعاية الصحية، دورا وقائيا ضد الآثار السلبية وتساهم في تحسين جودة الحياة. بالإضافة إلى ذلك، تعزز المساندة الاجتماعية مفهوم الذات الإيجابي، الشعور بالانتماء، والتكيف مع الضغوط، مما ينعكس إيجابا على تصور جودة الحياة. بالإضافة الى وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بالسكري، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى الدور الذي يلعبه المحيطون بالمرأة الحامل في زيادة إدراكها لأهمية الانتظام في العلاج، ويتحقق ذلك من خلال ما يقدمونه من دعم مستمر على شكل تشجيع وتقديم النصائح، بالإضافة إلى تزويدها بالمعلومات والإرشادات الضرورية لفهم مدى أهمية الامتثال للتعليمات الطبية والالتزام بالخطة العلاجية لتجنب أي مضاعفات محتملة تؤثر سلبا على صحتها وصحة جنينها. فبوجود سند اجتماعي حولها، تتعزز لديها القدرة على التأقلم مع الصعوبات الصحية، والانتظام في تناول الأدوية.

_وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية وإدراك جودة الحياة لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية، حيث أن المساندة الاجتماعية تساهم في تخفيف الضغوط النفسية. فتواصل الحامل مع أفراد أسرتها أو صديقاتها اللاتي يدركن طبيعة التحديات الصحية التي تواجهها، يقلل لديها الإحساس بالعبء الشخصي

واحتمال تعرضها الى قلق مستمر. هذا الدعم يعزز من اتزانها النفسي، ويحسن من جودة حياتها، وبالتالي يزيد من إمكانيتها في التعامل مع الصعوبات الصحية. وتوضح الباحثة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والالتزام بالعلاج لدى الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية، من حيث أن المساندة الاجتماعية بأنواعها ومصادرها المختلفة تساهم في تعزيز شعورهن بالثقة، وتزويدهن بمعلومات أساسية حول طبيعة المرض وتأثيره على فترة الحمل، وأهمية الانتظام في العلاج، هذه المعرفة تقلل من حالة الخوف لديهن، وتعمق فهمهن لأهمية الخطة العلاجية، مما يزيد من احتمالية التزامهن بها.

_ وجود فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في إدراكهن لجودة الحياة، حيث أن المساندة الاجتماعية الكافية لها دور فاعل في تعزيز قدرة الحوامل المصابات بالسكري على التكيف النفسي والانفعالي، وتساهم في تعزيز مشاعر التقدير والاهتمام، مما يساعدهن على تقليل الضغوط النفسية والجسدية المرتبطة بالتعامل مع مرض السكري. فالدعم الذي يقدمه أفراد الأسرة والشبكة الاجتماعية المحيطة يخلق بيئة من الطمأنينة والثقة، مما ينعكس إيجابيا على مستوى جودة حياتهن. أما غياب ونقص هذا الدعم قد يؤدي إلى شعور الحوامل بالعزلة، مما يرفع من معدلات القلق لديهن ويؤثر سلبا على ادراكهن لجودة الحياة خلال فترة الحمل.

_ وجود فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في إدراكهن لجودة الحياة، فالمساندة الاجتماعية المرتفعة، تمنح للمرأة شعورا بأنها ليست وحدها في مواجهة التحديات، وأن هناك من يدعمها، هذا الشعور بالمساندة يعزز من راحتها النفسية ويمنحها شعورا بالأمان والاستقرار، وينعكس ذلك إيجابا على جودة حياتهن. فالعلاقات الاجتماعية المتينة (من الأسرة والأصدقاء..) تساهم في تحقيق التوازن النفسي والشعور بالأمان، وهو ما ينعكس إيجابا على الصحة النفسية والجسدية للحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية. من جهة أخرى فالنساء اللواتي يعانين من مستويات منخفضة من المساندة الاجتماعية يعانين من تدهور في ادراكهن لجودة الحياة حيث تكون مصادر المساندة الاجتماعية غير كافية وغير فعالة، ويؤثر سلبا في القدرة على التعامل مع التحديات اليومية وعلى إدراك جودة الحياة.

_ وجود فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بالسكري في الالتزام بالعلاج، فالحوامل اللواتي يتمتعن بمستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يسعين بجدية الى

تحقيق أهدافهن وطموحاتهن، وهو ما ينعكس بشكل إيجابي على صحتهن الجسدية، هذه المساندة تعزز من اهتمام الحوامل المصابات بالسكري بتناول أدويتهن واتباع نمط حياة صحي، فكلما شعرت الحوامل بالمساندة والدعم من محيطها زاد التزامهن بنصائح مقدمي الرعاية الصحية من حيث تناول الأدوية في مواعيدها وجرعاتها الموصوفة ، والابتعاد عن كل سلوك أو انفعال قد يؤثر سلبا على صحتهن.

_ وجود فروق بين المرتفعات والمنخفضات في المساندة الاجتماعية من الحوامل المصابات بقصور الغدة الدرقية في الالتزام بالعلاج، فالنساء اللواتي يتمتعن بمستويات عالية من المساندة الاجتماعية، يتمتعن باستقرارا نفسي مما يقلل من التوتر المرتبط بالمرض خلال فترة الحمل. هذا الاستقرار النفسي ينعكس إيجابا على السلوك الصحي للمرأة الحامل، مما يدفعها الى الالتزام بتعليمات الطبيب ومتابعة العلاج بانتظام.

لقد جاءت نتائج هذه الدراسة لتؤكد أن الرعاية الطبية، رغم أهميتها وضرورتها، لا تكفي وحدها لضمان تحسين جودة حياة النساء الحوامل المصابات بأمراض مزمنة والالتزام بالعلاج، بل تظل ناقصة وغير مكتملة، ما لم يدعم ويتعزز هذا الجانب بوجود شبكة دعم اجتماعي فعالة. وتكمن أهمية هذه النتيجة أيضا في أنها تفتح المجال أمام صناع القرار والمهنيين في مجال الصحة النفسية والاجتماعية الى ضرورة إعادة النظر في طبيعة برامج التدخل والدعم، بحيث لا تقتصر على تقديم الخدمات الطبية فحسب، بل تمتد لتشمل تفعيل دور الأسرة والمجتمع المحيط، وتوعيتهم بأهمية المساندة للمرأة الحامل. وفي هذا الإطار، فإن هذه الدراسة تعد كإضافة علمية، إذ تبرز بوضوح أن أي تدخل علاجي فعال يجب أن يبنى على مقاربة شمولية تأخذ في الحسبان الأبعاد النفسية والاجتماعية إلى جانب البعد الطبي، لتحقيق أفضل النتائج الممكنة لصحة المرأة ورفاهها خلال فترة الحمل وحتى ما بعدها.

ولكن، على الرغم من أهمية النتائج التي تم التوصل اليها في هذه الدراسة والتي توافقت نتائجها مع العديد من الدراسات التي تناولت أمراضا وعينات مختلفة، الا أنها تحتاج الى توسع أكثر، ومع حجم عينة أكبر، وأيضا باستخدام طرق إحصائية مختلفة وذلك لتطوير مجال الدراسات في علم نفس الصحة.

توصيات:

_ تفعيل دور الأخصائي النفسي داخل المؤسسات الصحية من خلال إدماج التقييم النفسي والاجتماعي بصورة منتظمة ضمن المتابعة الدورية للنساء المصابات بأمراض مزمنة خلال فترة الحمل، وعدم الاقتصار على المتابعة الجسدية فقط لتحقيق التكفل الأمثل بالمريضات وتحسين جودة الحياة.

_ تشجيع الأخصائيين النفسيين على إجراء بحوث تطبيقية في مجال علم نفس الصحة، خاصة ما يتعلق بدور العوامل النفسية والاجتماعية في إدراك جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى المصابات بالأمراض المزمنة، بما يساهم في تطوير أساليب التدخل النفسي المناسبة لهذه الفئة.

_ مساهمة الأخصائي النفسي في تصميم وتنفيذ برامج التثقيف النفسي–الصحي داخل المؤسسات الصحية، والتي تهدف إلى رفع الوعي بطبيعة الأمراض المزمنة وآثارها النفسية، وتعزيز السلوكيات الصحية الداعمة لجودة الحياة.

_ الاهتمام بتفعيل برامج التربية العلاجية على مستوى المؤسسات الصحية المتخصصة برعاية المرأة الحامل، والتي تهدف الى رفع الوعي الصحي للحوامل وأسرهم وتحسين الالتزام بالعلاج، لضمان جودة حياة عالية.

_ تعزيز العمل ضمن فريق متعدد التخصصات من خلال التنسيق المستمر بين الأخصائي النفسي والأطباء والممرضين، بما يضمن التكفل الشامل بالجوانب النفسية والاجتماعية إلى جانب الجوانب الجسدية، والتي تعتبر الحلقة المفقودة في نظام الرعاية الصحية.

_دعم الأبحاث المستقبلية التي تركز على استكشاف دور المساندة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة والالتزام بالعلاج، وتوسيع نطاق البحوث لتشمل عينات متباينة من الأفراد المصابين بأمراض مزمنة.

_ تطوير برامج تدخل نفسي قائمة على المساندة الاجتماعية تهدف إلى تقوية شبكات الدعم الاجتماعي لدى النساء المصابات بأمراض مزمنة خلال فترة الحمل، لما لذلك من أثر في تحسين التوافق النفسي والالتزام بالعلاج.

قائمة المراجع

آدم، بسماء؛ والجاجان، ياسر. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات (دراسة ميدانية على عينة من طلبة قسمي علم النفس والإرشاد النفسي في كلية التربية بجامعة دمشق. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية*. 36(5). 345_361

https ://journal.tishreen.edu.sy/index.php/humlitr/article/view/1220/1174

_ تايلو، شيلي. (2017). *علم النفس الصحي* (درويش بريك وسام، وشاكر طعمية فوزي، ترجمة). دار الحامد للنشر والتوزيع. (2008)

_ الدق، أميرة محمد (2011). *أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي (س) المزمن في ضوء فاعلية الذات الصحية والحالة العقلية*، ايتراك للنشر والتوزيع.

_ رودهام، كارين. (2012). *علم النفس الصحي* (ترجمة هناء احمد محمد شويخ). مكتبة الانجلو المصرية. (2009).

_ زعطوط، رمضان. (2005). *علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة*. (رسالة ماجستير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/979/1/ZAATOUT_RAMDANE.pdf

_ ساندرسون، كاترين. (2019). علم نفس الصحة – فهم العلاقة بين العقل والجسد_ (عيسى مراد علي، شواش تيسير الياس، ترجمة). دار الفكر. (2018)

_شويخ، هناء احمد. (2007). *أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية*. ايتراك للنشر والتوزيع.

_ شويخ، هناء أحمد. (2012). *علم النفس الصحي*، مكتبة الانجلو المصرية.

_ عدودة، صليحة. (2015). *الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي*. (رسالة دكتوراه منشورة، جامعة باتنة1).

http ://dspace.univ-batna.dz/xmlui/handle/123456789/3879

_ قنون، خميسة. (2012). *الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان*. (رسالة دكتوراه، جامعة باتنة).

http://dspace.lagh-univ.dz/bitstreams/5609e43f-e268-4a1e-b087-355f5095a260/download

_ مارتن، بول. (2000). *العقل المريض*. (الجسماني عبد العلي، ترجمة، ط.1)، الدار العربية للعلوم.

_ مبارك، بشرى عناد. (2012). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. *مجلة كلية الآداب*. 99. 714_770.

https ://www.iasj.net/iasj/download/92ca5a48142400ae

_ مرازقة، وليدة. (2016). *جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان*. (رسالة دكتوراه منشورة، جامعة باتنة1).

http ://dspace.univ-batna.dz/xmlui/handle/123456789/6784

_ وكالة الأنباء الجزائرية. (2021). *الأمراض المزمنة تتسبب في نسبة أزيد من 50 بالمائة من الوفيات المسجلة بالجزائر*.
https ://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/100791-50

_ وكالة الأنباء الجزائرية. (2022). وزير الصحة يشدد على توسيع الحملات التوعوية للحد من انتشار داء السكري.
https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/134599-2022-11-14-09-13-57

_ يخلف، عثمان. (2001). *علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة*. دار الثقافة.

_ يوسفي، حدة. (2016). *الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية*. دار أسامة للنشر والتوزيع.

_Abdollahpour, S., Ramezani, S., & Khosravi, A. (2015). PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AMONG FAMILY IN PREGNANT WOMEN. *International Journal of Pediatrics*, *3*, 879-888. https://doi.org/10.22038/ijp.2015.4703

_Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The health belief model. *Predicting health 158ehavior: Research and practice with social cognition models*, *2*, 30-55.

https://www.researchgate.net/publication/290193215_The_Health_Belief_Model

_Abshire, M., Russell, S. D., Davidson, P. M., Budhathoki, C., Han, H. R., Grady, K. L., Desai, S., & Dennison Himmelfarb, C. (2018). Social Support Moderates the Relationship Between Perceived Stress and Quality of Life in Patients with a Left Ventricular Assist Device. *The Journal of cardiovascular nursing*, *33*(5), E1–E9. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000487

_Académie nationale de Pharmacie. (2015). *RAPPORT de l'Académie nationale de Pharmacie* sur l'Observance des traitements médicamenteux en France. https ://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_l_observance_mEdicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf

_ Adefolalu A. O. (2018). Cognitive-behavioural theories and adherence: Application and relevance in antiretroviral therapy. *Southern African journal of HIV medicine*, *19*(1), 762. https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v19i1.762

_Adeniyi, O. V., Ajayi, A. I., Ter Goon, D., Owolabi, E. O., Eboh, A., & Lambert, J. (2018). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy among pregnant women in the Eastern Cape, South Africa. *BMC infectious diseases*, *18*(1), 175. https://doi.org/10.1186/s12879-018-3087-8

_Admon, L. K., Winkelman, T. N. A., Moniz, M. H., Davis, M. M., Heisler, M., & Dalton, V. K. (2017). Disparities in Chronic Conditions Among Women Hospitalized for Delivery in the United States, 2005-2014. *Obstetrics and gynecology*, *130*(6), 1319–1326. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002357

_ Admon, L. K., Winkelman, T. N. A., Heisler, M., & Dalton, V. K. (2018). Obstetric Outcomes and Delivery-Related Health Care Utilization and Costs Among Pregnant Women With Multiple Chronic Conditions. *Preventing chronic disease*, *15*, E21. https://doi.org/10.5888/pcd15.170397

_Affusim, C. C., & Francis, E. (2018). The influence of family/social support on adherence to diabetic therapy. *Int J Advs Sci Res Engineer*, *4*, 71-80. https://doi.org/10.31695/IJASRE.2018.32712

_ Ajslev, T. A., Sorensen, T. I., & Jess, T. (2012). Maternal inflammatory bowel disease and offspring body size: a prospective cohort study. *Inflammatory bowel diseases*, *18*(4), 709–717. https://doi.org/10.1002/ibd.21780

_ Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of applied social psychology*, 32(4), 665-683. http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x

_Aktas, S., & Yesilcicek Calik, K. (2015). Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression. *Iranian Red Crescent medical journal*, *17*(9), e16640. https://doi.org/10.5812/ircmj.16640

_Al Garni, R. S., & Cooke, M. (2021). The concept of HRQoL for patients on hemodialysis in Saudi Arabia: an exploratory study. *Health and quality of life outcomes*, *19*(1), 273. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01906-6

_Alinejad-Naeini, M., Razavi, N., Sohrabi, S., & Heidari-Beni, F. (2021). The association between health literacy, social support and self-efficacy in mothers of preterm neonates. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, *34*(11), 1703–1710. https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1644620

_ Al-Swidi, A., Mohammed Rafiul Huque, S., Haroon Hafeez, M., & Noor Mohd Shariff, M. (2014). The role of subjective norms in theory of planned behavior in the context of organic food consumption. *British food journal*, *116*(10), 1561-1580. https://doi.org/10.1108/BFJ-05-2013-0105

_ Anderson, N. B. (Ed.). (2004). *Encyclopedia of health and behavior* (Vol. 1). Sage. https://doi.org/10.4135/9781412952576

_Asiedu-Danso, M., Kretchy, I. A., Sekyi, J. K., & Koduah, A. (2021). Adherence to Antidiabetic Medications among Women with Gestational Diabetes. *Journal of diabetes research*, *2021*, 9941538. https://doi.org/10.1155/2021/9941538

_ Awodele, O., & Osuolale, J. A. (2015). Medication adherence in type 2 diabetes patients: study of patients in Alimosho General Hospital, Igando, Lagos, Nigeria. *African health sciences*, *15*(2), 513–522. https://doi.org/10.4314/ahs.v15i2.26

_Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (Eds.). (2007). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press. https://perpus.univpancasila.ac.id/repository/EBUPT180050.pdf

_Bailey, R., English, J., Knee, C., & Keller, A. (2021). Treatment Adherence in Integrative Medicine-Part One: Review of Literature. *Integrative medicine (Encinitas, Calif.)*, *20*(3), 48–60. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34373679/

_Barrera, M., Jr, & Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of community psychology*, *11*(2), 133–143. https://doi.org/10.1002/1520-6629(198304)11:2<133::aid-jcop2290110207>3.0.co;2-l

_ Baskin, L. W. (2017). *Health Literacy, Social Support, and Self-Care Behaviors as Predictive Factors in the Use of the Emergency Department for Chronic Care Management in Patients with HTN and/Or Diabetes Mellitus Ages 30-64* (Doctoral dissertation, The University of Southern Mississippi). https://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2502&context=dissertations

_Battulga, B., Benjamin, M. R., Chen, H., & Bat-Enkh, E. (2021). The Impact of Social Support and Pregnancy on Subjective Well-Being: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, *12*, 710858. https ://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710858

_Baudrant-Boga, M. ; Lehmann, A. ; Allenet, B. (2012). *Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants, In annales pharmaceutiques francaise, 70(1), 15–25. https://doi.org/10.1016/j.pharma.2011.10.003*

_Bautista, L. E., Vera-Cala, L. M., Colombo, C., & Smith, P. (2012). Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *American journal of hypertension*, *25*(4), 505–511. https://doi.org/10.1038/ajh.2011.256

_Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*, *18*(1), 162. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5

_Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2023). The direct and mediating effect of social support on health-related quality of life during pregnancy among Australian women. *BMC pregnancy and childbirth*, *23*(1), 372. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05708-0

_Belanger, K., Hellenbrand, M. E., Holford, T. R., & Bracken, M. (2010). Effect of pregnancy on maternal asthma symptoms and medication use. *Obstetrics and gynecology*, *115*(3), 559–567. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d06945

_Bhandari, N. R., Kathe, N., Hayes, C., & Payakachat, N. (2018). Reliability and validity of SF-12v2 among adults with self-reported cancer. Research in Social and Administrative Pharmacy, 14(11), 1080-1084. https ://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.01.007

_Boutib, A., Chergaoui, S., Azizi, A., Saad, E. M., Hilali, A., Youlyouz Marfak, I., & Marfak, A. (2023). Health-related quality of life during three trimesters of pregnancy in Morocco: cross-sectional pilot study. *EclinicalMedicine*, *57*, 101837. https ://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101837

_ Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles*. Dunod.

_ Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles*. Dunod.

_Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2021). *Psychologie de la santé-2e éd : Concepts, méthodes et modèles*. Dunod.

_ Bureau, M. (2001). *L'observance thérapeutique : ses facteurs et ses enjeux* (Doctoral dissertation, UHP-Université Henri Poincaré). https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733161/document

_ Buss, C., Davis, E. P., Shahbaba, B., Pruessner, J. C., Head, K., & Sandman, C. A. (2012). Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *109*(20), E1312–E1319. https ://doi.org/10.1073/pnas.1201295109

_ Calou, C.G., Pinheiro, A.K., Castro, R.C., Oliveira, M.F., Aquino, P.D., & Antezana, F.J. (2014). Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. *Health*, *06*, 2375-2387. http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.618273

_Can, G., Yozgat, A., Tezel, A., Ünsal, G., & Soylu, A. R. (2022). Beliefs About Medicines and Adherence to Treatment in Turkish Patients with Inflammatory Bowel Disease. *The Turkish journal of gastroenterology: the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*, *33*(9), 743–750. https ://doi.org/10.5152/tjg.2022.21355

_ Castelar-Ríos, M. J., De Los Santos-Roig, M., Robles-Ortega, H., Díaz-López, M. Á., Maldonado-Lozano, J., & Bellido-González, M. (2022). Moderating Effect of Changes in Perceived Social Support during Pregnancy on the Emotional Health of Mothers and Fathers and on Baby's Anthropometric Parameters at Birth. *Children (Basel, Switzerland)*, *9*(5), 648. https://doi.org/10.3390/children9050648

_ Cea-Calvo, L., Marín-Jiménez, I., de Toro, J., Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Fernández, G., Sánchez-Vega, N., & Orozco-Beltrán, D. (2020). Different Associations of Intentional and Non-Intentional Non-Adherence Behaviors with Patient Experience with Healthcare and Patient Beliefs in Medications: A Survey of Patients with Chronic Conditions. *Patient preference and adherence*, *14*, 2439–2450. https://doi.org/10.2147/PPA.S281985

_ Ceulemans, M., Van Calsteren, K., Allegaert, K., & Foulon, V. (2019). Beliefs about medicines and information needs among pregnant women visiting a tertiary hospital in Belgium. *European journal of clinical pharmacology*, *75*(7), 995–1003. https://doi.org/10.1007/s00228-019-02653-w

_Chambers K. (2003). Asthma education and outcomes for women of childbearing age. *The Case manager*, *14*(6), 58–61. https://doi.org/10.1016/j.casemgr.2003.09.003

_ Chatterjee, S., Kotelchuck, M., & Sambamoorthi, U. (2008). Prevalence of chronic illness in pregnancy, access to care, and health care costs: implications for interconception care. *Women's Health Issues*, *18*(6), S107-S116. https://www.wellesu.com/10.1016/j.whi.2008.06.003

_Chiovato, L., Magri, F., & Carlé, A. (2019). Hypothyroidism in Context: Where We've Been and Where We're Going. *Advances in therapy*, *36*(Suppl 2), 47–58. https://doi.org/10.1007/s12325-019-01080-8

_Chollou, K. M., Shirzadi, S., Pourrazavi, S., Babazadeh, T., & Ranjbaran, S. (2022). The Role of Perceived Social Support on Quality of Life in People with Cardiovascular Diseases. *Ethiopian journal of health sciences*, *32*(5), 1019–1026. https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i5.17

_Ciambrone, D., Loewenthal, H. G., Bazerman, L. B., Zorilla, C., Urbina, B., & Mitty, J. A. (2007). Adherence among women with HIV infection in Puerto Rico: the potential use of modified directly observed therapy (MDOT) among pregnant and postpartum women. *Women & health*, *44*(4), 61-77.

_ Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, *98*(2), 310–357. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

_Cohen S. (2004). Social relationships and health. *The American psychologist*, *59*(8), 676–684. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676

_Cohn, S. E., Umbleja, T., Mrus, J., Bardeguez, A. D., Andersen, J. W., & Chesney, M. A. (2008). Prior illicit drug use and missed prenatal vitamins predict nonadherence to antiretroviral therapy in pregnancy: adherence analysis A5084. *AIDS patient care and STDs*, *22*(1), 29–40. https://doi.org/10.1089/apc.2007.0053

_ Cramer J. A. (2004). A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes care*, *27*(5), 1218–1224. https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1218

_Cruwys, T., Bevelander, K. E., & Hermans, R. C. (2015). Social modeling of eating: a review of when and why social influence affects food intake and choice. *Appetite*, *86*, 3–18. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.035

__Davies, A., Mullin, S., Chapman, S., Barnard, K., Bakhbakhi, D., Ion, R., Neuberger, F., Standing, J., Merriel, A., Fraser, A., & Burden, C. (2023). Interventions to enhance medication adherence in pregnancy- a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, *23*(1), 135. https://doi.org/10.1186/s12884-022-05218-5

_Demas, P. A., Thea, D. M., Weedon, J., McWayne, J., Bamji, M., Lambert, G., & Schoenbaum, E. E. (2005). Adherence to zidovudine for the prevention of perinatal transmission in HIV-infected pregnant women: the impact of social network factors,

side effects, and perceived treatment efficacy. *Women & health*, *42*(1), 99–115. https://doi.org/10.1300/J013v42n01_06

_ Desbrus-Qochih, A., & Cathébras, P. (2012). Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. *Médecine & Longévité*, *4*(3-4), 111-122. http ://dx.doi.org/10.1016/j.mlong.2012.09.001

_ Deyo, R. A., & Inui, T. S. (1980). Dropouts and broken appointments. A literature review and agenda for future research. *Medical care*, *18*(11), 1146–1157. https://doi.org/10.1097/00005650-198011000-0000

_Dibaba, Y., Fantahun, M., & Hindin, M. J. (2013). The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*, *13*, 135. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-135

_Dolbier, C. L., & Steinhardt, M. A. (2000). The development and validation of the Sense of Support Scale. *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, *25*(4), 169–179. https://doi.org/10.1080/08964280009595746

_Edmonds, J. K., Paul, M., & Sibley, L. M. (2011). Type, content, and source of social support perceived by women during pregnancy: evidence from Matlab, Bangladesh. *Journal of health, population, and nutrition*, *29*(2), 163–173. https://doi.org/10.3329/jhpn.v29i2.7859

_ Estebsari, F., Kandi, Z. R. K., Bahabadi, F. J., Filabadi, Z. R., Estebsari, K., & Mostafaei, D. (2020). Health-related quality of life and related factors among pregnant women. *Journal of education and health promotion*, *9*, 299. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_307_20

_Fairgrieve, S. D., Jackson, M., Jonas, P., Walshaw, D., White, K., Montgomery, T. L., Burn, J., & Lynch, S. A. (2000). Population based, prospective study of the care of women with epilepsy in pregnancy. *BMJ (Clinical research ed.)*, *321*(7262), 674–675. https://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.674

_Fathnezhad-Kazemi, A., Aslani, A., & Hajian, S. (2021). Association between Perceived Social Support and Health-Promoting lifestyle in Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *Journal of caring sciences*, *10*(2), 96–102. https://doi.org/10.34172/jcs.2021.018

_ Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, *16*(1), 51–74. https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8

_ Fischer, G.N, & Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod.

_ Fischer, G. N., Tarquinio, C., & Dodeler, V. (2020). *Les bases de la psychologie de la santé : concepts, applications et perspectives*. Dunod.

_Gallagher, R., Sullivan, A., Burke, R., Hales, S., Sharpe, P., & Tofler, G. (2016). Quality of life, social support and cognitive impairment in heart failure patients without diagnosed dementia. *International journal of nursing practice*, *22*(2), 179–188. https://doi.org/10.1111/ijn.12402

_ Gallinger, Z. R., Rumman, A., & Nguyen, G. C. (2016). Perceptions and Attitudes Towards Medication Adherence during Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's & colitis*, *10*(8), 892–897. https ://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw052

_Gauchet, A. (2005). *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH : représentations et valeurs* (thèse de doctorat, Université Paul Verlaine-Metz). https ://hal.univ-lorraine.fr/tel-01777246v1/document

_Gea Cabrera, A., Sanz-Lorente, M., Sanz-Valero, J., & López-Pintor, E. (2019). Compliance and Adherence to Enteral Nutrition Treatment in Adults: A Systematic Review. *Nutrients*, *11*(11), 2627. https ://doi.org/10.3390/nu11112627

_Gillison, F. B., Rouse, P., Standage, M., Sebire, S. J., & Ryan, R. M. (2019). A meta-analysis of techniques to promote motivation for health 166 ehavior change from a self-determination theory perspective. *Health psychology review*, *13*(1), 110–130. https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1534071

_Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass. https://thehubedu-production.s3.amazonaws.com/uploads/3/18722973-f80f-4b55-8ffe-fafa44c21979/health_education.pdf

_Gu, L., Wu, S., Zhao, S., Zhou, H., Zhang, S., Gao, M., Qu, Z., Zhang, W., & Tian, D. (2017). Association of Social Support and Medication Adherence in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(12), 1522. https://doi.org/10.3390/ijerph14121522

_Haas B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western journal of nursing research*, *21*(6), 728–742. https://doi.org/10.1177/01939459922044153

_Hamzavi, Z.N, Nazari, M., Shayeghian, Z., & Shahmohammadi, S. (2016). Social support in the pregnant and non-pregnant women and its associated dimensions. *J Nurs Midwifery Sci*. 3(2), 11_18 https://www.researchgate.net/publication/305473725

_ Harila.M.(2011). *Health-related quality of life in survivors of childhood acute lymphoblastic leukaemia.* https ://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/36047/isbn978-951-42-9463-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

_ Helgeson V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *12 Suppl 1*, 25–31. https ://doi.org/10.1023/a:1023509117524

_Hijazi, H. H., Alyahya, M. S., Al Abdi, R. M., Alolayyan, M. N., Sindiani, A. M., Raffee, L. A., Baniissa, W. A., & Al Marzouqi, A. M. (2021). The Impact of Perceived Social Support During Pregnancy on Postpartum Infant-Focused Anxieties: A Prospective Cohort Study of Mothers in Northern Jordan. *International journal of women's health*, *13*, 973–989. https://doi.org/10.2147/IJWH.S329487

_ Hiligsmann, M., Cornelissen, D., Vrijens, B., Abrahamsen, B., Al-Daghri, N., Biver, E., Brandi, M. L., Bruyère, O., Burlet, N., Cooper, C., Cortet, B., Dennison, E., Diez-Perez, A., Gasparik, A., Grosso, A., Hadji, P., Halbout, P., Kanis, J. A., Kaufman, J. M., Laslop, A., … Reginster, J. Y. (2019). Determinants, consequences and potential solutions to poor adherence to anti-osteoporosis treatment: results of an expert group

meeting organized by the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO) and the International Osteoporosis Foundation (IOF). *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, *30*(11), 2155–2165. https://doi.org/10.1007/s00198-019-05104-5

_House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, *241*(4865), 540–545. https ://doi.org/10.1126/science.3399889

_ Huang, I. C., Hwang, C. C., Wu, M. Y., Lin, W., Leite, W., & Wu, A. W. (2008). Diabetes-specific or generic measures for health-related quality of life? Evidence from psychometric validation of the D-39 and SF-36. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *11*(3), 450–461. https ://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00261.x

_Hurtado, M. D., & Vella, A. (2019). What is type 2 diabetes? Medicine, 47(1), 10-15. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.10.010

_International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). International Diabetes Federation. https://diabetesatlas.org

_Iwanowicz-Palus, G., Zarajczyk, M., Pięta, B., & Bień, A. (2019). Quality of Life, Social Support, Acceptance of Illness, and Self-Efficacy among Pregnant Women with Hyperglycemia. *International journal of environmental research and public health*, *16*(20), 3941. https://doi.org/10.3390/ijerph16203941

_Janežič, A., Locatelli, I., & Kos, M. (2017). Criterion validity of 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with asthma. *PloS one*, *12*(11), e0187835. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187835

_Janini, A. K. (2012). *Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques*. (Doctoral dissertation, UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES). https ://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/729/fichier_these_kanagarajah_1406201275b35.pdf

_ Jensen, H. M., Grøn, R., Lidegaard, O., Pedersen, L. H., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2013). The effects of maternal depression and use of antidepressants during pregnancy on risk of a child small for gestational age. *Psychopharmacology*, *228*(2), 199–205. https ://doi.org/10.1007/s00213-013-3029-5

_Johnson, V. R., Jacobson, K. L., Gazmararian, J. A., & Blake, S. C. (2010). Does social support help limited-literacy patients with medication adherence? A mixed methods study of patients in the Pharmacy Intervention for Limited Literacy (PILL) study. *Patient education and counseling*, *79*(1), 14–24. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.002

_ Jølving, L. R., Nielsen, J., Kesmodel, U. S., Nielsen, R. G., Beck-Nielsen, S. S., & Nørgård, B. M. (2016). Prevalence of maternal chronic diseases during pregnancy – a nationwide population-based study from 1989 to 2013. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *95*(11), 1295–1304. https ://doi.org/10.1111/aogs.13007

_Joplin, S., van der Zwan, R., Joshua, F., & Wong, P. K. (2015). Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: the effect of patient education, health literacy, and musculoskeletal ultrasound. *BioMed research international*, *2015*, 150658. https://doi.org/10.1155/2015/150658

_ Juch, H., Lupattelli, A., Ystrom, E., Verheyen, S., & Nordeng, H. (2016). Medication adherence among pregnant women with hypothyroidism-missed opportunities to improve reproductive health? A cross-sectional, web-based study. *Patient education and counseling*, *99*(10), 1699–1707. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.006

_Julsgaard M. (2016). Adherence to medical treatment in relation to pregnancy, birth outcome & breastfeeding behavior among women with Crohn's disease. *Danish medical journal*, *63*(7),B52. https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2018-11/b5263.pdf

_ Kicia, M., Wiktor, K., Iwanowicz-Palus, G., & Wiktor, H. (2015). Social support for pregnant women. *Zdrowie Publiczne*, *125*(3), 169–172. http://dx.doi.org/10.1515/pjph-2015-0048

_Kim, C. J., Schlenk, E. A., Kim, D. J., Kim, M., Erlen, J. A., & Kim, S. E. (2015). The role of social support on the relationship of depressive symptoms to medication adherence and self-care activities in adults with type 2 diabetes. *Journal of advanced nursing*, *71*(9), 2164–2175. https://doi.org/10.1111/jan.12682

_Kingston, M. A., Letham, C. J., & McQuillan, O. (2007). Adherence to antiretroviral therapy in pregnancy. *International journal of STD & AIDS*, *18*(11), 787–789. https://doi.org/10.1258/095646207782212216

_Kishor, R., Kumari, S., Prakash, R., Chaudhary, N., Shyama, S., Ahmad, S., & Kumar, P. (2024). An assessment of treatment compliance using the Morisky scale-8 tool in adult hypertensive patients of Eastern India. *Journal of family medicine and primary care*, *13*(3), 924–931. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1416_23

_Kollerits, E., Zsila, Á., & Matuszka, B. (2023). Quality of life, social support, and adherence in female patients with thyroid disorders. *BMC women's health*, *23*(1), 567. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02718-0

_Kronish, I. M., & Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. *Progress in cardiovascular diseases*, *55*(6), 590–600. https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.02.001

_Kyngäs H. (2001). Predictors of good compliance in adolescents with epilepsy. *Seizure*, *10*(8), 549–553. https ://doi.org/10.1053/seiz.2001.0557

_Labrague, L. J., De Los Santos, J. A. A., & Falguera, C. C. (2021). Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support, and personal resilience. *Perspectives in psychiatric care*, *57*(4), 1578–1584. https://doi.org/10.1111/ppc.12721

_Leavy R. L. (1983). Social support and psychological disorder: a review. *Journal of community psychology*, *11*(1), 3–21. https://doi.org/10.1002/1520-6629(198301)11:1<3::aid-jcop2290110102>3.0.co;2-e

_Lei, X., Wu, H., & Ye, Q. (2022). Pregnant women's coping strategies, participation roles and social support in the online community during the COVID-19. *Information processing & management*, *59*(3), 102932. https://doi.org/10.1016/j.ipm.2022.102932

_Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-oncology*, *22*(10), 2160–2168. https://doi.org/10.1002/pon.3218

_ Lutsey, P. L., Dawe, D., Villate, E., Valencia, S., & Lopez, O. (2008). Iron supplementation compliance among pregnant women in Bicol, Philippines. *Public health nutrition*, *11*(1), 76–82. https://doi.org/10.1017/S1368980007000237

_ Lupattelli, A., Spigset, O., & Nordeng, H. (2014a). Adherence to medication for chronic disorders during pregnancy: results from a multinational study. *International journal of clinical pharmacy*, *36*(1), 145–153. https://doi.org/10.1007/s11096-013-9864-y

_ Lupattelli, A., Spigset, O., & Nordeng, H. (2014b). Adherence to medication for chronic disorders during pregnancy: results from a multinational study. *International journal of clinical pharmacy*, *36*(1), 145–153. https://doi.org/10.1007/s11096-013-9864-y

_Major, B., Zubek, J. M., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Richards, C. (1997). Mixed messages: implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of personality and social psychology*, *72*(6), 1349–1363. https://doi.org/10.1037//0022-3514.72.6.1349

_Marcum, Z. A., Sevick, M. A., & Handler, S. M. (2013). Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA*, *309*(20), 2105–2106. https://doi.org/10.1001/jama.2013.4638

_Martin, S. L., Omotayo, M. O., Pelto, G. H., Chapleau, G. M., Stoltzfus, R. J., & Dickin, K. L. (2017). Adherence-Specific Social Support Enhances Adherence to Calcium Supplementation Regimens among Pregnant Women. *The Journal of nutrition*, *147*(4), 688–696. https://doi.org/10.3945/jn.116.242503

_Matsui D. (2012). Adherence with drug therapy in pregnancy. *Obstetrics and gynecology international*, *2012*, 796590. https://doi.org/10.1155/2012/796590

_Mattson, M., & Hall, J. G. (2011). *Health as communication nexus: A service-learning approach*. Kendall Hunt Publishing.

_Megari K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health psychology research*, *1*(3), e27. https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27

_ Mellins, C. A., Chu, C., Malee, K., Allison, S., Smith, R., Harris, L., Higgins, A., Zorrilla, C., Landesman, S., Serchuck, L., & Larussa, P. (2008). Adherence to antiretroviral treatment among pregnant and postpartum HIV-infected women. *AIDS care*, *20*(8), 958–968. https://doi.org/10.1080/09540120701767208

_Mercier, C., & Filion, J. (1987). La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec*, *12*(1), 135-143. https ://doi.org/10.7202/030380ar

_ Mhyre, J. M., Bateman, B. T., & Leffert, L. R. (2011). Influence of patient comorbidities on the risk of near-miss maternal morbidity or mortality. *Anesthesiology*, *115*(5), 963–972. https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318233042d

_Miao, L., Feng, J., Wu, L., Zhang, S., Ge, Z., & Pan, Y. (2016). The mediating role of general self-efficacy in the association between perceived social support and oral health-related quality of life after initial periodontal therapy. *BMC oral health*, *16*(1), 68. https ://doi.org/10.1186/s12903-016-0227-7

_ Misery, L. (2012). Le rôle du dermatologue dans l'adhésion au traitement., *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 139, S18–S21. https://doi.org/10.1016/S0151-9638(12)70104-7

_Mo, P. K., Blake, H., & Batt, M. E. (2011). Getting healthcare staff more active: the mediating role of self-efficacy. *British journal of health psychology*, *16*(4), 690–706. https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2010.02007.x

_Mondesir, F. L., Carson, A. P., Durant, R. W., Lewis, M. W., Safford, M. M., & Levitan, E. B. (2018). Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *PloS one*, *13*(6), e0198578. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198578

_Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.), 10(5), 348–354. https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

_Mountifield, R. E., Prosser, R., Bampton, P., Muller, K., & Andrews, J. M. (2010). Pregnancy and IBD treatment: this challenging interplay from a patients' perspective. *Journal of Crohn's & colitis*, *4*(2), 176–182. https://doi.org/10.1016/j.crohns.2009.10.001

_Mukona, D., Munjanja, S.P., Zvinavashe, M. and Stray-Pederson, B. (2017a) Barriers of Adherence and Possible Solutions to Nonadherence to Antidiabetic Therapy in Women with Diabetes in Pregnancy: Patients' Perspective. Journal of Diabetes Research, 2017, Article ID: 3578075. https://doi.org/10.1155/2017/3578075

_Mukona, D., Munjanja, S. P., Zvinavashe, M., & StrayPederson, B. (2017b). Adherence to anti-diabetic therapy in women with diabetes in pregnancy. Diabetes & its Complications, 1(4), 1-6. https://www.scivisionpub.com/pdfs/adherence-to-antidiabetic-therapy-in-women-with-diabetes-in-pregnancy-245.pdf

_Murphy, V. E., Clifton, V. L., & Gibson, P. G. (2006). Asthma exacerbations during pregnancy: incidence and association with adverse pregnancy outcomes. *Thorax*, *61*(2), 169–176. https://doi.org/10.1136/thx.2005.049718

_Nie, B. (2021). *Beliefs about medicines and self-reported medication adherence in Chinese patients with chronic diseases* (Doctoral dissertation, UCL University College London). https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10120711/

_Nielsen, M. J., Nørgaard, M., Holland-Fisher, P., & Christensen, L. A. (2010). Self-reported antenatal adherence to medical treatment among pregnant women with Crohn's disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *32*(1), 49-58. https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2010.04318.x

_ Nilsson, E. (2012). *Aspects of health-related quality of life: Associations with psychological and biological factors and use as patient reported outcome in routine health care* (Doctoral dissertation, Linköping University Electronic Press). https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:492046/fulltext01.pdf

_ Nordeng, H., Koren, G., & Einarson, A. (2010). Pregnant women's beliefs about medications-a study among 866 Norwegian women. *The Annals of pharmacotherapy*, *44*(9), 1478–1484. https://doi.org/10.1345/aph.1P231

_ Nordt, M. (2019). *Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique*. (Thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille). https ://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02147810/document

_ Nørgård, B., Hundborg, H. H., Jacobsen, B. A., Nielsen, G. L., & Fonager, K. (2007). Disease activity in pregnant women with Crohn's disease and birth outcomes: a regional Danish cohort study. *The American journal of gastroenterology*, *102*(9), 1947–1954. https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01355.x

_ Nunes, V., Neilson, J., O'Flynn, N., Calvert, N., Kuntze, S., Smithson, H., Benson, J., Blair, J., Bowser, A., Clyne, W., Crome, P., Haddad, P., Hemingway, S., Horne, R., Johnson, S., Kelly, S., Packam, B., Patel, Mahendra & Steel, J. (2009*). Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence.* https://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/14569/1/PatelNICE43042.pdf

_Nurullah, A.S. (2012). Received and Provided Social Support: A Review of Current Evidence and Future Directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173_188. https://ssrn.com/abstract=2158458

_ Nyholm, R. S., Andersen, J. T., Vermehren, C., & Kaae, S. (2019). Perceptions of medicine use among pregnant women: an interview-based study. *International journal of clinical pharmacy*, *41*(4), 1021–1030. https://doi.org/10.1007/s11096-019-00840-4

_ Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*. 3eme edition. De boeck superieur

_Olesen, C., Søndergaard, C., Thrane, N., Nielsen, G. L., de Jong-van den Berg, L., Olsen, J., & EuroMAP Group (2001). Do pregnant women report use of dispensed medications? *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, *12*(5), 497–501. https://doi.org/10.1097/00001648-200109000-00006

_Orwelius, L., Bäckman, C., Fredrikson, M., Simonsson, E., Nordlund, P., Samuelsson, A., & Sjöberg, F. (2011). Social integration: an important factor for health-related quality of

life after critical illness. *Intensive care medicine*, *37*(5), 831–838. https://doi.org/10.1007/s00134-011-2137-0

_Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2012). The relationship between depressive symptoms and medication nonadherence in type 2 diabetes: the role of social support. *General hospital psychiatry*, *34*(3), 249–253. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.015

_Ottomanelli, L., Barnett, S. D., & Goetz, L. L. (2013). A prospective examination of the impact of a supported employment program and employment on health-related quality of life, handicap, and disability among Veterans with SCI. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *22*(8), 2133–2141. https://doi.org/10.1007/s11136-013-0353-5

_Pereira, M. G., Berg-Cross, L., Almeida, P., & Machado, J. C. (2008). Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *International journal of behavioral medicine*, *15*(3), 187–193. https://doi.org/10.1080/10705500802222436

_Peterson, A. M., Takiya, L., & Finley, R. (2003). Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American journal of health-system pharmacy: AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, *60*(7), 657–665. https ://doi.org/10.1093/ajhp/60.7.657

_Pigato, F., Candido, R., Zanette, G., Zamagni, G., Trojniak, M. P., Brunato, B., Fornasier, G., Specogna, E., Zenarola, M., Agus, S., Rossi, P., & Arbo, A. (2023). Gestational diabetes mellitus : Impact of adherence on patient management and maternal-neonatal complications. *Primary care diabetes*, *17*(5), 486–492. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.07.003

_Pinquart M. (2020). Health-Related Quality of Life of Young People with and Without Chronic Conditions. *Journal of pediatric psychology*, *45*(7), 780–792. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa052

_ Pires, R., Araújo-Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during

adolescent pregnancy: the buffering role of social support. *Maternal and child health journal*, *18*(4), 789–800. https://doi.org/10.1007/s10995-013-1303-0

_Pontiki, G., Sarantaki, A., Nikolaidis, P., & Lykeridou, A. (2022). Factors Affecting Antiretroviral Therapy Adherence among HIV-Positive Pregnant Women in Greece: An Exploratory Study. *Healthcare*, *10*(4), 654. https://doi.org/10.3390/healthcare10040654

_Psaros, C., Geller, P. A., & Aaron, E. (2009). The importance of identifying and treating depression in HIV infected, pregnant women: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *30*(4), 275-281.

_Psaros, C., Smit, J. A., Mosery, N., Bennett, K., Coleman, J. N., Bangsberg, D. R., & Safren, S. A. (2020). PMTCT Adherence in Pregnant South African Women: The Role of Depression, Social Support, Stigma, and Structural Barriers to Care. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *54*(9), 626–636. https ://doi.org/10.1093/abm/kaaa005

_Qi, X., Xu, J., Chen, G., Liu, H., Liu, J., Wang, J., Zhang, X., Hao, Y., Wu, Q., & Jiao, M. (2021). Self-management behavior and fasting plasma glucose control in patients with type 2 diabetes mellitus over 60 years old: multiple effects of social support on quality of life. *Health and quality of life outcomes*, *19*(1), 254. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01881-y

_ Quinlan, P., Price, K. O., Magid, S. K., Lyman, S., Mandl, L. A., & Stone, P. W. (2013). The relationship among health literacy, health knowledge, and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. *HSS journal: the musculoskeletal journal of Hospital for Special Surgery*, *9*(1), 42–49. https://doi.org/10.1007/s11420-012-9308-6

_ Ragin, D. F., & Keenan, J. P. (Eds.). (2021). *Handbook of Research Methods in Health Psychology*. Routledge.

_ Rakotoson, j. (2019). *Facteurs Influençant L'adhesion Aux Traitements De Fond Dans Les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques* (Thèse de doctorat, Université D'ANTANANARIVO)

_ Reach, G. (2015). *The mental mechanisms of patient adherence to long-term therapies*. Philosophy Med.

_Renbarger, K. M., Place, J. M., & Schreiner, M. (2021). The Influence of Four Constructs of Social Support on Pregnancy Experiences in Group Prenatal Care. *Women's health reports (New Rochelle, N.Y.)*, *2*(1), 154–162. https://doi.org/10.1089/whr.2020.0113

_ Roldan Munoz, S., Lupattelli, A., de Vries, S. T., Mol, P. G. M., & Nordeng, H. (2020). Differences in medication beliefs between pregnant women using medication, or not, for chronic diseases: a cross-sectional, multinational, web-based study. *BMJ open*, *10*(2), e034529. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034529

_Ross, D. S. (2013). Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. *UpToDate*. https ://www.uptodateonline.ir/contents/UTD.htm?13/47/14073/abstract/46

_Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2021). The Association of Sources of Support, Types of Support and Satisfaction with Support Received on Perceived Stress and Quality of Life of Cancer Patients. *Integrative cancer therapies*, *20*, 1534735421994905. https://doi.org/10.1177/1534735421994905

_Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57(6)*, 1069-1081. https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/11/2-Happiness-is-everything-or-is-it.pdf

_Ryff C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, *83*(1), 10–28. https://doi.org/10.1159/000353263

_Saitluanga, B. L. (2017). *Himalayan Quality of Life*. Cham: Springer. https://sci-hub.ee/10.1007/978-3-319-53780-1

_ Samiei Siboni, F., Alimoradi, Z., Atashi, V., Alipour, M., & Khatooni, M. (2019). Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors. *International journal of preventive medicine*, *10*, 65. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_429_17

_Sarafino, E. P, & Smith, T. W. (2010). *HEALTH PSYCHOLOGY: Biopsychosocial Interaction*: Seventh Edition. John Wiley & Sons. https://nibmehub.com/opacservice/pdf/read/Health%20Psychology%20Biopsychosocial%20Interactions-%20Sarafino-%20E.P.%207ed.pdf

_ Saranya, D., Jayakrishnan, S. S., & Rajasekharan, C. (2016). Assessment of medication adherence among patients with thyroid dysfunction in a tertiary care centre–a prospective observational study. *World Journal of Pharmaceutical Research*, 5(11), 1573-1584. https://wjpr.s3.ap-south-1.amazonaws.com/article_issue/1478174928.pdf

_ Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 127–139. https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127

_ Sawicki, E., Stewart, K., Wong, S., Leung, L., Paul, E., & George, J. (2011). Medication use for chronic health conditions by pregnant women attending an Australian maternity hospital. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, *51*(4), 333–338. https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01312.x

_Scheurer, D., Choudhry, N., Swanton, K. A., Matlin, O., & Shrank, W. (2012). Association between different types of social support and medication adherence. *The American journal of managed care*, *18*(12), e461–e467. https://scholar.harvard.edu/files/nkc/files/2012_social_supports_medication_adherence_ajmc.pdf

_ Schwarzer, R., & Rieckmann, N. (2002). Social support, cardiovascular disease, and mortality. *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences*, *327*, 185-197. https://userpage.fu-berlin.de/~health/support/schwarzer_rieckmann_in_weidner.pdf

_ Septans, A. L. P. (2014). *Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer* (Doctoral dissertation, Université de Franche-

Comté). https ://theses.hal.science/tel-01146644/file/these_A_SEPTANS_Anne-Lise_2014.pdf

_Shah, K. N., Cortina, S., Ernst, M. M., & Kichler, J. C. (2015). Psoriasis in childhood: effective strategies to improve treatment adherence. *Psoriasis (Auckland, N.Z.)*, *5*, 43–54. https://doi.org/10.2147/PTT.S54090

_Shahin, W., Kennedy, G. A., & Stupans, I. (2021). The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. *Pharmacy practice*, *19*(2), 2300. https://doi.org/10.18549/PharmPract.2021.2.2300

_ Shakya, R., Shrestha, S., Gautam, R., Rai, L., Maharjan, S., Satyal, G. K., Kc, B., & Rai, M. K. (2020). Perceived Illness and Treatment Adherence to Hypertension Among Patients Attending a Tertiary Hospital in Kathmandu, Nepal. *Patient preference and adherence*, *14*, 2287–2300. https://doi.org/10.2147/PPA.S270786

_Shanmugalingam, R., Mengesha, Z., Notaras, S., Liamputtong, P., Fulcher, I., Lee, G., Kumar, R., Hennessy, A., & Makris, A. (2020). Factors that influence adherence to aspirin therapy in the prevention of preeclampsia amongst high-risk pregnant women: A mixed method analysis. *PloS one*, *15*(2), e0229622. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229622

_Shim, Y. T., Lee, J., Toh, M. P., Tang, W. E., & Ko, Y. (2012). Health-related quality of life and glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, *29*(8), e241–e248. https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03689.x

_Shishehgar, S., Mahmoodi, A., Dolatian, M., Mahmoodi, Z., Bakhtiary, M., & Alavi Majd, H. (2013). The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. *Iranian Red Crescent medical journal*, *15*(7), 560–565. https://doi.org/10.5812/ircmj.12174

_Shojaei, F., Puryaghoob, M., Babahaji, M., Rezaei, S. G., & Jafari, S. (2019). The relationship between quality of life and social support among nurses: A cross-sectional study. *Industrial psychiatry journal*, *28*(2), 242–247. https ://doi.org/10.4103/ipj.ipj_29_20

_ Siabani, S., Siabani, S., Siabani, H., Moeini Arya, M., Rezaei, F., & Babakhani, M. (2018). Determinants of Compliance with Iron and Folate Supplementation Among Pregnant Women in West Iran: A Population Based Cross-Sectional Study. *Journal of family & reproductive health*, *12*(4), 197–203. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6581656/pdf/JFRH-12-197.pdf

_Sinha, B. R. K. (2019). *Multidimensional Approach to Quality of Life Issues: A Spatial Analysis*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-13-6958-2

_Sirgy, M. J. (2012). *The Psychology of Quality of Life. Second* edition. Social Indicators Research Series. https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-618752-51b510045a.pdf

_Siscart, J., Orós, M., Serna, M. C., Perejón, D., Galván, L., & Ortega, M. (2022). Adherence to treatment for hypothyroidism in pregnancy and relationship with thyrotropin control: a retrospective observational cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 168. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04483-8

_Skurzak, A., Kicia, M., Wiktor, K., Iwanowicz-Palus, G., & Wiktor, H. (2015). Social support for pregnant women. *Pol. J. Public Health*, *125(3)*, 169-172. https://doi.org/10.1101/2022.04.03.22273162

_Soleimani, M. A., Zarabadi-Pour, S., Motalebi, S. A., & Allen, K. A. (2020). Predictors of Quality of Life in Patients with Heart Disease. *Journal of religion and health*, *59*(4), 2135–2148. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00968-7

_Sontakke, S., Takalikar, V., Deshmukh, J., Motghare, V. M., Kalikar, M., & Turankar, A. (2021). Assessment of adherence to medication during chronic illnesses in pregnancy. *Perspectives in Clinical Research*, 12(3), 153. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_111_19

_Soyemi, A. O., Sowunmi, O. A., Amosu, S. M., & Babalola, E. O. (2022). Depression and quality of life among pregnant women in first and third trimesters in Abeokuta: A comparative study. *The South African journal of psychiatry: SAJP: the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, *28*, 1779. https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v28i0.1779

_Sperling, J. D., Maggio, L., Has, P., Daley, J., Khander, A., & Coustan, D. R. (2018). Prenatal Care Adherence and Neonatal Intensive Care Unit Admission or Stillbirth among Women with Gestational and Preexisting Diabetes Mellitus. *American journal of perinatology*, *35*(2), 103–109. https://doi.org/10.1055/s-0037-1603343

_Stachour, V. M. (1998). *The Role of Social Support in Mediating Stress and Illness*. Honors Projects.https://digitalcommons.iwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1098&context=psych_honproj

_ Steigen, A. M., Eriksson, B. G., Kogstad, R. E., & Bergh, D. (2022). The Meaning of Social Support in Nature-Based Services for Young Adults with Mental Health Problems. *International journal of environmental research and public health*, *19*(3), 1638. https://doi.org/10.3390/ijerph19031638

_ Stern, C., Trapp, E. M., Mautner, E., Deutsch, M., Lang, U., & Cervar-Zivkovic, M. (2014). The impact of severe preeclampsia on maternal quality of life. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *23*(3), 1019–1026. https://doi.org/10.1007/s11136-013-0525-3

_Sterrett, E. M., Jones, D. J., McKee, L. G., & Kincaid, C. (2011). Supportive non-parental adults and adolescent psychosocial functioning: using social support as a theoretical framework. *American journal of community psychology*, *48*(3-4), 284–295. https://doi.org/10.1007/s10464-011-9429-y

_St-Jean-Trudel, É. (2009). *Le soutien social et l'anxiété : les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Montréal). https://archipel.uqam.ca/1870/1/D1765.pdf

_Straub, R. O (2014*). HEALT H PSYCHOLOGY: ABIOPSYCHOSOCIAL APPRO*ACH, Fourth Edition, worth publishers.

_Strouse, J., Donovan, B. M., Fatima, M., Fernandez-Ruiz, R., Baer, R. J., Nidey, N., Forbess, C., Bandoli, G., Paynter, R., Parikh, N., Jeliffe-Pawlowski, L., Ryckman, K. K., & Singh, N. (2019). Impact of autoimmune rheumatic diseases on birth outcomes: a population-based study. *RMD open*, *5*(1), e000878. https://doi.org/10.1136/rmdopen-2018-000878

_Sultan, S. & Varescon, I. (2012). *Psychologie de la santé*. Presses Universitaires de France. https ://shs.cairn.info/article/PUF_SULTA_2012_01_0001/pdf?lang=fr

_Sun, S., Yang, M., Zhang, J., Zhou, X., Jia, G., & Yu, X. (2020). Family support for pregnant women with foetal abnormality requiring pregnancy termination in China. *Health & social care in the community*, *28*(3), 1020–1029. https://doi.org/10.1111/hsc.12935

_Świątoniowska-Lonc, N., Tański, W., Polański, J., Jankowska-Polańska, B., & Mazur, G. (2021). Psychosocial Determinants of Treatment Adherence in Patients with Type 2 Diabetes – A Review. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, *14*, 2701–2715. https://doi.org/10.2147/DMSO.S308322

_Taher, M., Abredari, H., Karimy, M., Abedi, A., & Shamsizadeh, M. (2014). The relation between social support and adherence to the treatment of hypertension. *Journal of Education and Community Health*, *1*(3), 63-69. https://www.researchgate.net/publication/275961241_The_Relation_Between_Social_Support_and_Adherence_to_the_Treatment_of_Hypertension

_ Tan, M. L., Wee, H. L., Salim, A., Lee, J., Ma, S., Heng, D., Tai, E. S., & Thumboo, J. (2016). Validity of a Revised Short Form-12 Health Survey Version 2 in Different Ethnic Populations. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, *45*(6), 228–236.

https ://www.annals.edu.sg/pdf/45VolNo6Jun2016/MemberOnly/V45N6p228.pdf

_ Tapper, K. (2021). *Health Psychology and Behaviour Change: From Science to Practice*. Bloomsbury Publishing.

_ Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology*. Tenth Edit. McGraw-Hill Education. https://perpus.univpancasila.ac.id/repository/EBUPT190956.pdf

_Taylor, P. N., Albrecht, D., Scholz, A., Gutierrez-Buey, G., Lazarus, J. H., Dayan, C. M., & Okosieme, O. E. (2018). Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nature reviews. Endocrinology*, *14*(5), 301–316. https://doi.org/10.1038/nrendo.2018.18

_ Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 9(1), 150–162. https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337

_Thoits P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, *52*(2), 145–161. https://doi.org/10.1177/0022146510395592

_ Toloza, F. J. K., Theriot, S. E., Singh Ospina, N. M., Nooruddin, S., Keathley, B., Johnson, S. M., Payakachat, N., Ambrogini, E., Rodriguez-Gutierrez, R., O'Keeffe, D. T., Brito, J. P., Montori, V. M., Dajani, N. K., & Maraka, S. (2021). Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Treatment Burden Related to the Use of Levothyroxine in Hypothyroid Pregnant Women in the United States. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*, *31*(4), 669–677. https://doi.org/10.1089/thy.2020.0629

_ Tonon, G. H. (2020). *Teaching quality of life in different domains*. Springer International Publishing. https://dokumen.pub/download/teaching-quality-of-life-in-different-domains-1st-ed-2020-978-3-030-21550-7-978-3-030-21551-4.html

_Tourette-Turgis, C. (2007). *La consultation d'aide à l'observance des traitements de l'infection à VIH : l'approche MOTHIV : accompagnement et éducation thérapeutique*. Comment dire.https ://www.commentdire.fr/wp-content/uploads/pdf/7-MOTHIV-2008.pdf

_ Tyer-Viola, L. A., & Lopez, R. P. (2014). Pregnancy with chronic illness. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, *43*(1), 25–37. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12275

_Uchino B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29(4), 377–387. https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5

_Uchino B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective with Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, *4*(3), 236–255. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x

_Uchino, B. N., Bowen, K., Kent de Grey, R., Mikel, J., & Fisher, E. B. (2018). Social support and physical health: Models, mechanisms, and opportunities. Principles and concepts of

behavioral medicine: *A global handbook*, 341-372. DOI: 10.1007/978-0-387-93826-4_12

_Vahedparast, H., Mohammadi, E., Ahmadi, F., & Farhadi, A. (2018). The role of social support in adherence to treatment regimens: Experiences of patients with chronic diseases. Medical-Surgical Nursing Journal, 7(1). https://brieflands.com/articles/msnj-69646.html

_Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *TheScientificWorldJournal*, *3*, 1030–1040. https://doi.org/10.1100/tsw.2003.82

_ Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., Urquhart, J., & ABC Project Team (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*, *73*(5), 691–705. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x

_Wadhwa, P. D., Entringer, S., Buss, C., & Lu, M. C. (2011). The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clinics in perinatology*, *38*(3), 351–384. https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.007

_Wang, S., Yang, X., & Attané, I. (2018). Social Support Networks and Quality of Life of Rural Men in a Context of Marriage Squeeze in China. *American journal of men's health*, *12*(4), 706–719. https://doi.org/10.1177/1557988317753263

_ Ware, JE., Kosinski, M., & Keller, SD. (2002). *How to score SF12 items.* Health institute. https://www.researchgate.net/publication/291994160_How_to_score_SF-12_items

_Weiss, L. (2003). Mucoviscidose, observance et thérapeutiques. *Archives De Pediatrie, 10*, 406-412. https ://doi.org/10.1016/S0929-693X(03)90003-0

_World Health Organization. (1997). *Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases, Copenhagen, Denmark*, 14-20 October, 1997: report (No. WHO/HST/ICD/C/97.65). World Health Organization.https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2015/05/WHOQOL-Measuring-Quality-of-Life.pdf

_ world Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf

_World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

_Wu, F., & Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, *85*, 103934. https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934

_Xiaowen, W., Guangping, G., Ling, Z., Jiarui, Z., Xiumin, L., Zhaoqin, L., Hongzhuan, L., Yuyan, Y., Liyuan, Y., & Lin, L. (2018). Depression and anxiety mediate perceived social support to predict health-related quality of life in pregnant women living with HIV. *AIDS care*, *30*(9), 1147–1155. https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1456640

_Yang, Y., Zhao, S., Lin, L., Qian, J., Zhang, H., & Cai, F. (2023). Social support and quality of life in migrant workers: Focusing on the mediating effect of healthy lifestyle. *Frontiers in public health*, *11*, 1061579. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1061579

_ Yim, I. S., Glynn, L. M., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A., & Sandman, C. A. (2009). Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Archives of general psychiatry*, *66*(2), 162–169. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.533

_Yoruk, S., Turkmen, H. (2020). Evaluation of factors influencing quality of life in the third trimester of pregnancy: A cross-sectional study. Medicine Science, 9(3) :549-555. https://doi.org/10.5455/medscience.2020.09.9235

_ Zaki, N. M., & Albarraq, A. A. (2014). Use, attitudes and knowledge of medications among pregnant women: A Saudi study. *Saudi pharmaceutical journal: SPJ: the official publication of the Saudi Pharmaceutical Society*, *22*(5), 419–428. https ://doi.org/10.1016/j.jsps.2013.09.001

_ Zdun-Ryżewska, A., Basiński, K., Majkowicz, M., Podolska, M., Landowski, J., & Walden-Gałuszko, K. (2018). Association between social support and quality of life in patients with affective disorders. *The European Journal of Psychiatry*, *32*(3), 132-138. https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.05.002

_Zhang, Y., Wang, R., Chen, Q., Dong, S., Guo, X., Feng, Z., & Rao, Y. (2021). Reliability and validity of a modified 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with chronic pain. *Annals of palliative medicine*, *10*(8), 9088–9095. https://doi.org/10.21037/apm-21-1878

_ Zhang, X., Wang, X., Wang, H., He, X., & Wang, X. (2022). Stigmatization and Social Support of Pregnant Women with HIV or Syphilis in Eastern China: A Mixed-Method Study. *Frontiers in public health*, *10*, 764203. https ://doi.org/10.3389/fpubh.2022.764203

الملاحق

ملحق رقم (1): مقياس المساندة الاجتماعية باللغة الإنجليزية

Multidimensional Scale of Perceived Social Support

Instructions: We are interested in how you feel about the following statements. Read each statement carefully. Indicate how you feel about each statement.

Circle the "1" if you **Very Strongly Disagree**
Circle the "2" if you **Strongly Disagree**
Circle the "3" if you **Mildly Disagree**
Circle the "4" if you are **Neutral**
Circle the "5" if you **Mildly Agree**
Circle the "6" if you **Strongly Agree**
Circle the "7" if you **Very Strongly Agree**

	Very Strongly Disagree 1	Strongly Disagree 2	Mildly Disagree 3	Neutral 4	Mildly Agree 5	Strongly Agree 6	Very Strongly Agree 7
1. There is a special person who is around when I am in need							
2. There is a special person with whom I can share joys and sorrows.							
3. My family really tries to help me.							
4. I get the emotional help & support.							
5. I have a special person who is a real source of comfort to me							
6. My friends really try to help me							
7. I can count on my friends when things go wrong.							
8. I can talk about my problems with my family.							
9. I have friends with whom I can share my joys and sorrows.							
10. There is a special person in my life who cares about my feelings.							
11. My family is willing to help me make decisions.							
12. I can talk about my problems with my friends.							

ملحق رقم (2): مقياس المساندة الاجتماعية باللغة العربية

(تعريب خميسة قنون)

السن: ..... **المستوى التعليمي:** .....

نوع المرض: .....

التعليمة: نريد معرفة ما تشعر به إزاء كل عبارة من العبارات التالية:

اقرأ كل عبارة بدقة ثم ضع علامة في الخانة المناسبة لك.

العبارة	معارض تماما	معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة	موافق تماما
1_ هناك شخص مميز بقربي عندما أكون بحاجة إليه.							
2_ هناك شخص مميز أستطيع مشاركته أفراحي وأحزاني.							
3_ عائلتي تحاول فعلا مساعدتي.							
4_ احصل على المساعدة العاطفية والدعم الذي احتاجه من عائلتي.							
5_ لدي شخص مميز يعتبر مصدر عون لي.							
6_ أصدقائي فعلا يحاولون مساعدتي.							
7_ أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما تسوء الأمور.							
8_ أستطيع التحدث عن مشاكلي مع عائلتي.							
9_ لدي أصدقاء يمكنني مشاركتهم أفراحي وأحزاني.							
10_ لدي شخص مميز في حياتي يحرص على مشاعري.							
11_ عائلتي مستعدة لمساعدتي في اتخاذ قراراتي.							
12_ يمكنني التحدث حول مشاكلي مع أصدقائي.							

ملحق رقم (3): مقياس جودة الحياة SF12v2 باللغة الانجليزية

SF-12v2 Quality of Life Scale

Instructions: this questionnaire asks for your views about your health. This information will help keep track of how you feel and how will you are able to do usual activities.
Please answer every question by marking one box. If you are unsure how to answer, please give the best answer you can.

1. In general, would you say your health is:

Excellent ☐ Very Good ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ☐

The following items are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? if so, how much?

2. Moderate activities, such as moving a table, pushing a vaccuum cleaner, bowling, or playing golf

Yes, Limited A Lot ☐ Yes, Limited A Little ☐ No, Not Limited at All ☐

3. Climbing several flights of stairs

Yes, Limited A Lot ☐ Yes, Limited A Little ☐ No, Not Limited at All ☐

During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?

4. Accomplished Less Than You Would Like:

All the time ☐
Most of the time ☐
Some of the time ☐
A little of the time ☐
None of the time ☐

5. Were Limited in The Kind of Work or Other Activities:

All the time ☐
Most of the time ☐
Some of the time ☐
A little of the time ☐
None of the time ☐

During the past 4 weeks, how much time have you had any of the following problems with your work or daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

6. Accomplished Less Than You Would Like:

All the time ☐
Most of the time ☐
Some of the time ☐
A little of the time ☐
None of the time ☐

7. Didn't Do Work or Other Activities Less Carefully than Usual:

All the time ☐
Most of the time ☐
Some of the time ☐
A little of the time ☐
None of the time ☐

8. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and house work)?

Not at All ☐ A Little Bit ☐ Moderately ☐ Quite A Bit ☐ Extremely ☐

These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much of the time during the past 4 weeks?

9. Have You Felt Calm and Peaceful?

All the time ☐
Most of the time ☐
Some of the time ☐
A little of the time ☐
None of the time ☐

10. Did You Have A Lot of Energy?

- All the time ☐
- Most of the time ☐
- Some of the time ☐
- A little of the time ☐
- None of the time ☐

11. Have You Felt Downhearted and low?

- All the time ☐
- Most of the time ☐
- Some of the time ☐
- A little of the time ☐
- None of the time ☐

12. During the past 4 weeks. How much of the time has your physical health or emotionl problems interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives ……)?

- All the time ☐
- Most of the time ☐
- Some of the time ☐
- A little of the time ☐
- None of the time ☐

ملحق رقم (4): الترجمة الأولية لمقياس جودة الحياة SF12v2 الى اللغة العربية

من فضلك أجب على كل الأسئلة الموجودة في هذا الاستبيان، واختيار أقرب إجابة لمفهومك للسؤال وذلك بوضع علامة ☒ في خانة واحدة فقط.

1_ بصورة عامة، كيف ترى حالتك الصحية:

ممتازة ☐ جيدة جدا ☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ سيئة ☐

تتعلق الأسئلة التالية بالأنشطة التي يمكن أن تقوم بها خلال يومك العادي، في الوقت الحالي إلى أي مدى تقيد الأنشطة التالية حالتك الصحية:

العبارة	نعم تقيدني كثيرا	نعم تقيدني قليلا	لا تقيدني إطلاقا
2_ الأنشطة متوسطة الجهد كتحريك الطاولة، أو التنظيف بالمكنسة الكهربائية، أو تنظيف حديقة المنزل والعناية بها.			
3_ صعود الدرج لعدة ادوار.			

خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهتك المشاكل التالية في عملك أو أثناء القيام بأنشطتك اليومية نتيجة حالتك الصحية الجسمية؟

العبارة	في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في بعض الأوقات	في قليل من الأوقات	لم يحدث في أي وقت من الأوقات
4_ انجاز أقل مما تريد.					
5_ مواجهة صعوبات في أداء نوع معين من الأعمال أو أي أنشطة أخرى.					

خلال الأربعة أسابيع الماضية هل واجهتك المشاكل التالية في عملك أو أثناء القيام بأنشطتك اليومية بسبب مشاكلك العاطفية (الشعور بالاكتئاب أو القلق)؟

العبارة	في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في بعض الأوقات	في قليل من الأوقات	لم يحدث في أي وقت من الأوقات
6_ انجاز أقل مما كنت تريد.					
7_ أداء العمل أو الأنشطة بدرجة أقل من المعتاد.					

8_ خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أدى الألم الجسدي إلى التعارض مع تأديتك لأعمالك المعتادة (سواء داخل المنزل أو خارجه)؟ (اختر إجابة واحدة فقط)

☐ ليس على الإطلاق ☐ مرات قليلة ☐ نوعا ما ☐ غالبا ☐ كثيرا جدا

الأسئلة التالية تتعلق بكيفية شعورك وطبيعة سير الأمور معك خلال الأربعة أسابيع الماضية، الرجاء إعطاء إجابة واحدة لكل سؤال بحيث تكون هذه الإجابة هي الأقرب إلى الحالة التي كنت تشعر بها.

العبارة	في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في كثير من الأوقات	في بعض الأوقات	في قليل من الأوقات	لم يحدث في أي وقت من الأوقات
9_ هل شعرت بالهدوء والطمأنينة						
10_هل كانت لديك طاقة كبيرة						
11_ هل شعرت بالإحباط واليأس						

12_ خلال الأربعة أسابيع الماضية، الى أي مدى تعارضت فيه صحتك الجسمية أو النفسية مع نشاطاتك الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب وغير ذلك)؟

☐ في كل الأوقات ☐ في معظم الأوقات

☐ في بعض الأوقات ☐ في قليل من الأوقات

☐ لم يحدث في أي وقت من الأوقات

ملحق رقم (5): الصورة النهائية لمقياس جودة الحياة SF12v2

تعليمات: يرجى قراءة الأسئلة التالية بعناية، حيث تهدف إلى التعرف على رأيك بشأن حالتك الصحية. ستساعدنا هذه المعلومات في متابعة حالتك الصحية ومدى قدرتك على القيام بأنشطتك المعتادة.

من فضلك أجب على كل سؤال وذلك بوضع علامة ☒ في خانة واحدة فقط، واختيار الإجابة التي تصف حالتك بشكل أفضل.

1_بصورة عامة، كيف تصف حالتك الصحية:

ممتازة ☐ **جيدة جدا** ☐ **جيدة** ☐ **متوسطة** ☐ **سيئة** ☐

تتعلق الأسئلة التالية بالأنشطة التي يمكن أن تقوم بها خلال يومك العادي، الى أي مدى تقيدك حالتك الصحية في الوقت الحالي على أداء هذه الأنشطة؟

العبارة	نعم تقيدني كثيرا	نعم تقيدني قليلا	لا تقيدني إطلاقا
2_ الأنشطة متوسطة الجهد كتحريك الطاولة، أو استخدام المكنسة الكهربائية.			
3_ صعود الدرج لعدة طوابق.			

خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهتك المشاكل التالية في عملك أو أثناء القيام بأنشطتك اليومية نتيجة حالتك الصحية الجسمية؟

العبارة	في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في بعض الأوقات	في قليل من الأوقات	لم يحدث في أي وقت من الأوقات
4_ انجاز أقل مما كنت تريد.					
5_ مواجهة صعوبات في أداء نوع معين من الأعمال أو أنشطة أخرى.					

خلال الأربعة أسابيع الماضية هل واجهتك المشاكل التالية في عملك أو أثناء القيام بأنشطتك اليومية بسبب مشاكلك العاطفية (الشعور بالاكتئاب أو القلق)؟

العبارة	في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في بعض الأوقات	في قليل من الأوقات	لم يحدث في أي وقت من الأوقات
6_ انجاز أقل مما كنت تريد.					
7_ أداء العمل أو الأنشطة بدرجة أقل من المعتاد.					

8_ خلال الأربعة أسابيع الماضية، الى أي مدى أثر الألم الجسدي على تأديتك لأعمالك المعتادة (سواء العمل داخل المنزل أو خارجه)؟

☐ ليس على الإطلاق ☐ مرات قليلة ☐ نوعا ما ☐ غالبا ☐ كثيرا جدا

الأسئلة التالية تتعلق حول شعورك وكيفية سير الأمور خلال الأربعة أسابيع الماضية. من فضلك أجب إجابة واحدة عن كل سؤال بحيث تكون الأقرب إلى شعورك خلال هذه الفترة.

العبارة	في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في بعض الأوقات	في قليل من الأوقات	لم يحدث في أي وقت من الأوقات
9_ هل شعرت بالهدوء والطمأنينة؟					
10_هل كانت لديك طاقة كبيرة؟					
11_ هل شعرت بالإحباط واليأس؟					

12_ خلال الأربعة أسابيع الماضية، الى أي مدى أثرت صحتك الجسمية أو مشاكلك العاطفية على أنشطتك الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب وغير ذلك)؟

☐ في كل الأوقات

☐ في معظم الأوقات

☐ في بعض الأوقات

☐ في قليل من الأوقات

☐ لم يحدث في أي وقت من الأوقات

ملحق رقم (6): مقياس الالتزام بالعلاج الدوائي لموريسكي باللغة الانجليزية

Morisky 8-item medication adherence questionnaire

MMAS-8

Question	Yes	No
1_ Do you sometimes forget to take your medicine?	0	1
2_ People sometimes miss taking their medicines for reasons other than forgetting. Thinking over the past 2 weeks, were there any days when you did not take your medicine?	0	1
3_ Have you ever cut backor stopped taking your medicine with out telling your doctor because you felt worse when you took it?	0	1
4_ When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your medicine?	0	1
5_ Did you take all your medicine yesterday?	1	0
6_ When you feel like your symptoms are under control, do you sometimes stop taking your medicine?	0	1
7_ Taking medicine every day is a real inconvenience for some people, do you ever feel hassled about sticking to your treatment plan?	0	1
8_ How often do you have difficulty remembering to take al your medicine? A_ Never / rarely 0 B_ Once in a while 1 C_ Sometimes 1 D_ Usually 1 E_ All the time 1		

ملحق رقم (7): الترجمة الأولية لمقياس الالتزام بالعلاج الدوائي لموريسكي الى اللغة العربية

التعليمة: فيما يلي قائمة من البيانات(المعلومات). يرجى الإشارة إلى مدى موافقتك أو عدم موافقتك عليها من خلال وضع دائرة حول رقم المربع المناسب. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة. يرجى إعطاء إجابات صادقة، وإلا فإن النتيجة لن تكون صالحة.

العبارة	نعم	لا
1_ هل تنسى أحيانا تناول دوائك؟		
2_ يفوت الأشخاص أحيانا تناول أدويتهم لأسباب أخرى غير النسيان. خلال الأسبوعين الماضيين، هل كانت هناك أيام لم تتناول فيها دوائك؟		
3_ هل سبق لك أن قللت من جرعة دوائك أو توقفت عن تناوله دون إبلاغ طبيبك لأنك شعرت بسوء عندما تناولته؟		
4_ عندما تسافر أو تغادر المنزل، هل تنسى أحيانا أخذ دوائك؟		
5_ هل تناولت كل أدويتك بالأمس؟		
6_ عندما تشعر أن أعراضك تحت السيطرة، هل تتوقف أحيانا عن تناول دوائك؟		
7_يعتبر تناول الدواء كل يوم عبء حقيقي لبعض الأشخاص. هل شعرت يوما بالانزعاج بشأن الالتزام بخطة العلاج الخاصة بك؟		
8_ كم مرة واجهت صعوبة في تذكر تناول كل الدواء؟ أبدا مرة كل فترة أحيانا عادة طوال الوقت		

ملحق رقم (8): الصورة النهائية لمقياس الالتزام بالعلاج الدوائي لموريسكي

التعليمة: فيما يلي قائمة من البيانات (المعلومات). يرجى الإشارة إلى مدى موافقتك أو عدم موافقتك عليها من خلال وضع ☒ في الخانة التي تعكس رأيك. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة. يرجى إعطاء إجابات تعبر عن رأيك الشخصي لكي تكون النتائج دقيقة.

العبارة	نعم	لا
1_ هل تنسى أحيانا أن تتناول دوائك؟		
2_ يفوت الأشخاص أحيانا تناول أدويتهم لأسباب أخرى غير النسيان. خلال الأسبوعين الماضيين، هل كانت هناك أيام لم تتناول فيها دوائك؟		
3_ هل سبق لك أن خفضت من جرعة دوائك أو توقفت عن تناوله دون إبلاغ طبيبك لأنك شعرت بأن حالتك الصحية أصبحت أسوأ عندما تناولت الدواء؟		
4_ عندما تسافر أو تغادر المنزل، هل تنسى أحيانا أخذ دوائك؟		
5_ هل تناولت كل أدويتك بالأمس؟		
6_ عندما تشعر أن حالتك الصحية مستقرة، هل تتوقف أحيانا عن تناول دوائك؟		
7_ يشعر بعض الأشخاص بالعبء عند تناول الدواء. هل تشعر أحيانا بالانزعاج من الالتزام بخطة العلاج الخاصة بك؟		
8_ كم مرة واجهت صعوبة في تذكر تناول كل أدويتك؟ أبدا ☐ مرة كل فترة ☐ أحيانا ☐ عادة ☐ طوال الوقت ☐		

ملحق رقم (9): ترخيص خاص بالدراسة الميدانية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

وحدة بحث تنمية الموارد البشرية
Unité de Recherche
Développement des Ressources Humaines

جامعة محمد لمين دباغين
سطيف - 2
Université Mohamed Lamine DEBAGHINE - setif 2

إلى السيد مدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الام والطفل مريم

بوعتورة – باتنة –

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة
الأم و الطفل مريم بوعتورة - باتنة
البريد الوارد
تاريخ ..... جوان
رقم .....

الموضوع: ترخيص

نرجو من فضيلتكم الترخيص للطالبة الباحثة: **وافية صاولي**، باحثة بوحدة البحث تنمية الموارد البشرية، بجامعة محمد لمين دباغين –سطيف 2– بالدخول للمؤسسة الاستشفائية ومدها بيد المساعدة وذلك في إطار التحضير لنيل شهادة الدكتوراه.

تقبلوا منا خالص الشكر والتقدير.

مدير المؤسسة الإستشفائية
المتخصصة الأم والطفل باتنة
رقم 01
زيوش محمد الأمين

مدير وحدة البحث
الأستاذة الدكتورة: خرباش هدى
وحدة البحث تنمية المهارة والموارد البشرية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة سطيف

وحدة بحث تنمية الموارد البشرية - جامعة محمد لمين دباغين سطيف - 2 الحضاب - سطيف - الهاتف / فاكس : 036.66.11.99 البريد الالكتروني : Info@urdrh.com الموقع : WWW.urdrh.com