الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
الجامعة السورية الخاصة
كلية الطب البشري

الجامعة السورية الخاصة
SYRIAN PRIVATE UNIVERSITY

نوعية الحياة عند مرضى داء الأمعاء الالتهابية قبل وبعد العلاج البيولوجي

Quality of life in patients with inflammatory bowel disease before and after biological therapy

بحث علمي أعد لنيل درجة دكتور في الطب البشري M.D

إعداد الطالبتان

شام محمد الموسى ماريا خليل الحسين

بإشراف

الأُستاذ الدكتور أيمن فهد علي

2026-2025

كلمة الشكر والتقدير والعرفان

نتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى الأُستاذ الدكتور أيمن فهد علي، لما تفضّل به من إشراف علمي متميز، وتوجيهات قيّمة، ودعم متواصل كان له الأثر الكبير في إنجاز هذا البحث وإخراجه بالشكل العلمي المنهجي الصحيح. لقد كان لخبرته الواسعة ونصائحه السديدة دور محوري في تطوير أفكار البحث وتعزيز قيمته العلمية.

كما نتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى الجمهورية العربية السورية – وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، وإلى الجامعة السورية الخاصة، وكلية الطب البشري، لما قدموه من بيئة علمية أكاديمية داعمة، ساهمت في إتمام هذا العمل البحثي.

ولا يفوتنا أن نعبر عن امتناننا العميق لجميع الكادر الطبي والتمريضي والإداري الذين أسهموا، بشكل مباشر أو غير مباشر، في تسهيل جمع البيانات وتقديم المساعدة اللازمة خلال مراحل البحث المختلفة.

كما نتقدم بالشكر الجزيل لكل المرضى الذين شاركوا في هذه الدراسة، وبدون تعاونهم وثقتهم لما كان لهذا البحث أن يرى النور.

وأخيرًا، نتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى عائلاتنا وأصدقائنا، الذين كانوا سندًا حقيقيًا لنا، وقدموا لنا الدعم المعنوي والتشجيع المستمر طوال فترة الدراسة والبحث.

نسأل الله أن يكون هذا العمل خالصًا لوجهه الكريم، وأن يسهم في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى داء الأمعاء الالتهابية، وأن يشكل إضافة علمية مفيدة في مجال الطب والعلاج البيولوجي.

د. شام محمد الموسى د. ماريا خليل الحسين

المحتويات:

قائمة الجداول: V
قائمة الأشكال: VI
الملخص: VII
Abstract: VIII
الدراسة النظرية 1
المقدمة: 2
الفصل الأول: داء الأمعاء الالتهابي (IBD) 4
التعريف والتصنيف 4
داء كرون 4
التوزع الوبائي 5
العوامل المسببة 5
الأعراض السريرية 6
التشخيص 6
التهاب القولون التقرحي 7
التوزع الوبائي 7
العوامل المسببة 8
الأعراض السريرية 9
التشخيص 10
الآلية المرضية 11
الاستجابة المناعية والالتهاب المزمن 11
العوامل الجينية والتعبير الجيني 12
العوامل البيئية 13
المضاعفات 14
مضاعفات الجهاز الهضمي 14
مضاعفات خارج المعوية 15
الفصل الثاني: نوعية الحياة في مرضى داء الأمعاء الالتهابي 16
تعريف نوعية الحياة 16
التعريف العام والصحي 16
التعريف الخاص بمرضى IBD 16
الفرق بين الصحة العامة ونوعية الحياة 17
المقاييس والأدوات المستخدمة 17
المقاييس العامة 17
المقاييس الخاصة بـ IBD 18
العوامل المؤثرة على نوعية الحياة 20

شدة المرض والنشاط الالتهابي 20
المضاعفات..... 21
العلاج الدوائي 22
العوامل النفسية والاجتماعية 23
الفصل الثالث: العلاج البيولوجي في داء الأمعاء الالتهابي 24
مقدمة عن العلاج البيولوجي 24
التعريف والمفهوم..... 24
الآلية العامة للعمل..... 24
مميزات العلاج البيولوجي مقارنة بالأدوية التقليدية..... 25
الاحتياطات ومضادات الاستطباب..... 25
أنواع الأدوية البيولوجية المستخدمة 26
إنفليكسيماب (Infliximab)..... 26
أوستيكينوماب (Ustekinumab)..... 27
غوليموماب (Golimumab) 28
فيدوليزوماب (Vedolizumab) 28
مقارنة فعالية الأدوية البيولوجية..... 29
المقارنة السريرية بين الأدوية 29
المقارنة حسب تحسين نوعية الحياة..... 30
نقاط عملية ونظرية مستخلصة..... 30
الفصل الرابع: التأثير النفسي والاجتماعي للعلاج البيولوجي..... 31
الأثر النفسي على المرضى 31
القلق والاكتئاب المرتبط بالمرض..... 31
تأثير التحسن السريري على الحالة النفسية 31
التكيف النفسي مع المرض والعلاج..... 31
الأثر الاجتماعي..... 31
جودة العلاقات الأسرية..... 31
الأداء الوظيفي والدراسي..... 32
المشاركة المجتمعية..... 32
التأثير على الأنشطة اليومية والحياة العملية..... 32
الدراسة العملية 34
أهمية البحث (Significance of the Study) 35
أهداف البحث (Objectives)..... 35
الهدف العام..... 35
الأهداف الخاصة 35
المواد والطرائق (Materials and Methods)..... 35

تصميم الدراسة 35
مكان الدراسة 36
الفترة الزمنية..... 36
مجتمع الدراسة والعينة..... 36
حساب حجم العينة..... 36
معايير الاشتمال والاستبعاد..... 36
معايير الاشتمال 36
معايير الاستبعاد 37
جمع البيانات 37
أداة تقييم نوعية الحياة (IBDQ) 37
العلاج البيولوجي المستخدم 38
التحليل الإحصائي..... 38
الاعتبارات الأخلاقية 38
النتائج: 39
المعلومات الديموغرافية للمرضى..... 39
تقييم شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها الجسدي والنفسي والاجتماعي قبل بدء العلاج..... 42
تقييم شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها الجسدي والنفسي والاجتماعي بعد بدء العلاج 43
تغير شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها متعدد الأبعاد لدى المرضى قبل وبعد العلاج 44
ارتباط السكورات الفرعية بعد العلاج ببعضها..... 45
ارتباط التحسن (Δ Score = بعد - قبل) مع الخصائص الديموغرافية 46
المناقشة: 47
الاستنتاج:..... 49
التوصيات: 50
المراجع:..... 51

قائمة الجداول:

الجدول 1 المعلومات الديموغرافية للمرضى..... 39
الجدول 2 تقييم شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها الجسدي والنفسي والاجتماعي قبل بدء العلاج..... 42
الجدول 3 تقييم شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها الجسدي والنفسي والاجتماعي بعد بدء العلاج..... 43
الجدول 4 تغير شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها متعدد الأبعاد لدى المرضى قبل وبعد العلاج..... 44
الجدول 5 ارتباط السكورات الفرعية بعد العلاج ببعضها..... 45
الجدول 6 ارتباط التحسن (Δ Score = بعد - قبل) مع الخصائص الديموغرافية..... 46

قائمة الأشكال:

الشكل 1 التوزع النسبي للمرضى حسب الجنس..... 40
الشكل 2 التوزع النسبي للمرضى حسب مستوى التعليم 40
الشكل 3 التوزع النسبي للمرضى حسب السكن..... 41

الملخص:

الخلفية: الأمراض الهضمية المزمنة، مثل أدواء الأمعاء الالتهابية، تؤثر بشكل مباشر على جودة حياة المرضى، ليس فقط من الناحية الجسدية ولكن أيضًا على الصحة النفسية والاجتماعية. فهم شدة الأعراض وتأثيرها على مختلف أبعاد الحياة يساعد في تصميم تدخلات علاجية أكثر فعالية.

الطرائق والمواد: أجريت دراسة مقطعية تحليلية شملت 76 مريضًا يعانون من أعراض هضمية، تم تقييم شدة الأعراض وتأثيراتها الجسدية والنفسية والاجتماعية قبل وبعد بدء العلاج. استخدمت استبيانات مقننة لقياس السكورات الفرعية، وتم حساب دلتا سكور للتحسن. كما تم تحليل ارتباط السكورات بعد العلاج وعلاقتها بالخصائص الديموغرافية باستخدام اختبار بيرسون والتحليلات الإحصائية الوصفية والمقارنة.

النتائج: أظهرت الدراسة تحسنًا كبيرًا في جميع البنود الفرعية بعد العلاج، حيث ارتفع السكور الكلي من 39.49 ± 17.59 إلى 92.61 ± 16.81. كانت هناك ارتباطات إيجابية معتدلة إلى قوية بين الأبعاد المختلفة بعد العلاج (r بين 0.55–0.71، $p < 0.001$). أظهر تحليل دلتا سكور أن العمر والمستوى التعليمي مرتبطان بالتحسن الكلي، بينما لم يكن للجنس أو الحالة الاجتماعية تأثير دال احصائياً.

الخلاصة: العلاج أدى إلى تحسن ملحوظ في شدة الأعراض الهضمية والتأثيرات النفسية والاجتماعية، مع ترابط واضح بين الأبعاد المختلفة للمرض. كما أن العمر والتعليم يشكلان عوامل مؤثرة في استجابة المرضى للعلاج. النتائج تؤكد أهمية التدخلات متعددة الأبعاد التي تشمل الدعم النفسي والاجتماعي إلى جانب العلاج الدوائي.

الكلمات المفتاحية: داء امعاء التهابية، علاج بيولوجي، جودة حياة.

Abstract:

Background: Chronic gastrointestinal disorders, such as Inflammatory bowel disease, affect patients' quality of life not only physically but also psychologically and socially. Assessing symptom severity and its multidimensional impact is essential for designing effective therapeutic interventions.

Methods: This cross-sectional analytical study included 76 patients with gastrointestinal symptoms. Symptom severity and their physical, psychological, and social impacts were assessed before and after treatment using validated questionnaires. The total score and subscale scores were calculated, and the Δ Score (difference between post-treatment and pre-treatment scores) was used to measure improvement. Relationships between subscale scores and demographic characteristics were analyzed using Pearson correlation, while paired comparisons before and after treatment were performed using Paired Samples T-test. One-Way ANOVA and Student's t-test were applied to compare improvement across demographic groups. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: The study demonstrated a significant reduction in all subscale scores after treatment, with the total score decreasing from 39.49 ± 17.59 to 16.82 ± 9.62, indicating substantial improvement in symptom severity and psychosocial impact. Positive moderate-to-strong correlations were observed between different subscale scores after treatment ($r = 0.55–0.71$, $p < 0.001$). Δ Score analysis revealed that age and educational level were significantly associated with overall improvement, while sex and marital status showed no significant effect.

Conclusion: The applied treatment significantly reduced gastrointestinal symptom severity and improved patients' psychological and social well-being. Improvement was interrelated across all symptom dimensions and influenced partially by age and education. These findings highlight the importance of multidimensional interventions combining medical, psychological, and social support to optimize patient outcomes.

Keywords: Inflammatory bowel disease, biological therapy, quality of life.

الدراسة النظرية

المقدمة:

يُعد داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory Bowel Disease – IBD)، والذي يشمل داء كرون والتهاب القولون التقرحي، من الأمراض المزمنة المتموجة التي تترافق مع عبء صحي ونفسي واجتماعي كبير على المرضى. تتسبب الأعراض المستمرة مثل الإسهال المزمن، ألم البطن، النزف المعوي، والإرهاق في تقييد النشاط اليومي والمهني، كما تؤدي إلى ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب واضطراب الأداء الاجتماعي، مما يجعل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HRQoL) أحد أهم المؤشرات الشاملة لتقييم تأثير المرض ونجاح التدخلات العلاجية [1].

وقد أظهرت دراسات منهجية أن مرضى IBD يعانون من انخفاض ملحوظ في نوعية الحياة مقارنة بعامة الناس حتى في فترات الهجوع السريري، مما يدل على أن العبء النفسي والاجتماعي للمرض قد يستمر رغم تحسن المؤشرات الالتهابية التقليدية. كما أن تكرار النكسات وعدم القدرة على التنبؤ بسير المرض يفاقمان الإحساس بعدم الاستقرار الصحي ويؤثران سلبًا على التكيف طويل الأمد مع المرض [1،2].

اعتمد التدبير التقليدي تاريخيًا على الأمينوساليسيلات والكورتيكوستيرويدات والمثبطات المناعية، إلا أن هذه الخيارات غالبًا ما تكون غير كافية لتحقيق هجوع طويل الأمد أو ترميم مخاطي فعّال، فضلًا عن تأثيراتها الجانبية التي قد تُسهم بحد ذاتها في تدهور نوعية الحياة. وقد أدى ذلك إلى التحول نحو العلاج البيولوجي الموجّه الذي يستهدف مسارات التهابية نوعية مثل عامل نخر الورم (TNF–α) أو الإنترلوكينات المنظمة للاستجابة المناعية [2].

تشير التجارب السريرية والدراسات الواقعية إلى أن استخدام العوامل البيولوجية مثل انفليكسيماب، غوليموماب، ويوستكينوماب يرتبط بتحسن ملحوظ في مقاييس نوعية الحياة، تشمل تحسن النشاط البدني، الوظيفة الاجتماعية، الصحة النفسية، والإنتاجية الوظيفية، إضافة إلى انخفاض معدلات الدخول للمشفى والحاجة إلى الجراحة. وتُعد هذه التحسينات مستقلة نسبيًا عن مؤشرات الالتهاب المخبرية، مما يعكس أهمية تقييم النتائج المتمركزة حول المريض [3].

كما أظهرت الدراسات الرصدية أن التحسن في نوعية الحياة بعد بدء العلاج البيولوجي يحدث خلال الأشهر الأولى من العلاج ويستمر على المدى المتوسط، مع وجود تباين في حجم الاستجابة

بين المرضى تبعًا لنوع الدواء، شدة المرض، وجود اختلاطات، والاستجابة السابقة للعلاجات الأخرى. ويُشير ذلك إلى أن تقييم نوعية الحياة يمكن أن يساعد في توجيه القرارات العلاجية الفردية وتحسين استراتيجيات المعالجة طويلة الأمد [4].

ومع ازدياد استخدام العلاجات البيولوجية وتعدد آليات تأثيرها، تبرز الحاجة إلى دراسات تقارن نوعية الحياة قبل وبعد بدء العلاج البيولوجي ضمن السياق السريري الحقيقي، ولا سيما في البيئات ذات الموارد المحدودة حيث تختلف خصائص المرضى وأنماط الوصول للعلاج. من هنا تأتي أهمية هذا البحث في تقييم الأثر الفعلي للعلاج البيولوجي على نوعية الحياة لدى مرضى داء الأمعاء الالتهابي، وتحديد مدى التحسن المحقق والعوامل المرتبطة به، بما يسهم في تحسين جودة الرعاية الصحية الموجهة لهذه الفئة من المرضى [5].

الفصل الأول: داء الأمعاء الالتهابي (IBD)

التعريف والتصنيف

يُعد داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory Bowel Disease – IBD) مجموعة من الأمراض المزمنة الالتهابية التي تصيب الجهاز الهضمي، وتتميز بنوبات من النشاط المرضي والتراجع تترافق مع التهاب طويل الأمد يصيب الأمعاء ويؤثر بشكل كبير على جودة حياة المرضى. يشمل IBD بشكل رئيسي داء كرون (Crohn's Disease) والتهاب القولون التقرحي (Ulcerative Colitis)، ويختلفان من حيث المواقع التي يتأثر بها الجهاز الهضمي ونمط الالتهاب. في داء كرون، يمكن أن يتأثر أي جزء من الجهاز الهضمي من الفم حتى الشرج، بينما يقتصر التهاب القولون التقرحي على الغشاء المخاطي للقولون والمستقيم. يُعزى هذا الالتهاب إلى استجابة مناعية غير طبيعية تجاه الفلورا المعوية الطبيعية في أشخاص لديهم استعداد وراثي، ويترافق مع أعراض معوية وخارج معوية متعددة تتطلب تقييمًا سريريًا دقيقًا وعلاجًا طويل الأمد. [6]

داء كرون

التعريف العام للمرض

يُعرّف داء كرون على أنه التهاب مزمن عابر لكامل سماكة جدار الأمعاء ويمكن أن يصيب أي جزء من الجهاز الهضمي من الفم حتى الشرج، مع توزع بؤري وغير مستمر للآفات الالتهابية، وغالبًا ما يشمل الدقاق النهائي والقولون. يؤدي هذا النمط الالتهابي إلى تشكل تضيقات، نواسير، وخراجات في المراحل المتقدمة، ويُعد من الأسباب المهمة للمراضة طويلة الأمد والحاجة للتدخل الجراحي عند نسبة من المرضى [6،7].

التوزع الوبائي

الانتشار حسب الجنس

تشير البيانات الوبائية إلى أن معدلات الإصابة بداء كرون متقاربة بين الجنسين في معظم الدول الغربية، مع ميل طفيف لزيادة الإصابة عند الإناث في بعض المناطق، بينما أظهرت دراسات من الشرق الأوسط تفوقًا بسيطًا في الذكور، ما يعكس اختلافات محتملة في العوامل البيئية وأنماط التعرض للمحفزات الالتهابية [7،8].

الانتشار حسب العمر

يظهر المرض غالبًا في العقدين الثاني والثالث من العمر، مع ذروة إصابة بين 20 و40 سنة، إلا أنه قد يُشخّص في أي عمر بما في ذلك الطفولة والشيخوخة. ويُعد العمر عند التشخيص عاملًا مهمًا في تحديد سير المرض وشدة الاختلاطات، حيث يرتبط البدء المبكر للمرض بمسار أكثر عدوانية في بعض الحالات [6،7].

الانتشار الجغرافي

شهد انتشار داء كرون ازديادًا ملحوظًا عالميًا خلال العقود الأخيرة، ولم يعد مقتصرًا على أوروبا وأمريكا الشمالية، بل سُجلت معدلات متصاعدة في آسيا والشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ويُعزى ذلك إلى التحضر، التغير في النظام الغذائي، وتبدل نمط الحياة، مما يدعم دور العوامل البيئية في تحريض المرض عند الأفراد المؤهبين وراثيًا [7،8].

العوامل المسببة

العوامل الوراثية

تزداد خطورة الإصابة بداء كرون عند وجود قصة عائلية إيجابية، وقد كُشف عن عدد كبير من الجينات المرتبطة بتنظيم المناعة في الطبقة المخاطية وسلامة الحاجز المعوي، والتي تؤدي عند اضطرابها إلى استجابة التهابية مفرطة تجاه الفلورا المعوية الطبيعية [6،7].

العوامل المناعية

يتميز المرض بخلل في توازن المناعة الفطرية والتكيفية مع زيادة نشاط الخلايا التائية من نمط Th1 وTh17 وارتفاع إنتاج السيتوكينات الالتهابية وعلى رأسها TNF-α وIL-12 وIL-23، ما يؤدي إلى استمرار الالتهاب وتخريب النسيج المعوي، وهو الأساس الذي بُنيت عليه فعالية العلاجات البيولوجية الموجهة [7].

العوامل البيئية

تشمل العوامل البيئية المؤهبة التدخين، التغيرات في تركيب الفلورا المعوية، النظام الغذائي الغني بالدهون وقليل الألياف، والتعرض المبكر للمضادات الحيوية. ويُعد التدخين من أهم العوامل المرتبطة بزيادة شدة المرض وارتفاع خطر النكس والحاجة للجراحة [6،8].

الأعراض السريرية

الأعراض المعوية

تتضمن الأعراض المعوية الرئيسية الإسهال المزمن، ألم البطن الماغص، أحيانًا النزف المعوي، إضافة إلى فقدان الوزن وسوء الامتصاص في الحالات المتقدمة. وقد تتظاهر بعض الحالات بأعراض انسدادية نتيجة تشكل التضيقات الليفية في الأمعاء [6،7].

الأعراض خارج المعوية

تشمل المظاهر خارج المعوية اضطرابات مفصلية مثل التهاب المفاصل المحيطية أو الفقارية، اضطرابات جلدية مثل الحمامى العقدية، واضطرابات عينية كالتهاب العنبة، وتدل هذه التظاهرات على الطبيعة الجهازية للمرض ولا ترتبط دائمًا بدرجة نشاط الالتهاب المعوي [7].

التشخيص

الفحوص المخبرية

تُستخدم مؤشرات الالتهاب مثل CRP وESR لتقييم النشاط الالتهابي، كما يُستخدم تعداد الدم الكامل لكشف فقر الدم أو كثرة الكريات البيضاء. ورغم أن هذه الفحوص غير نوعية، إلا أنها مفيدة في المتابعة وتقييم الاستجابة للعلاج [6].

التصوير الطبي

يُستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير الطبقي لتقييم سماكة جدار الأمعاء، كشف النواسير والخراجات، وتحديد مدى الانتشار، ويُعد MRI الخيار المفضل خاصة عند المرضى صغار السن لتقليل التعرض للأشعة [7].

التنظير وأخذ العينات

يُعد تنظير القولون مع دخول الدقاق وأخذ خزعات نسيجية المعيار الذهبي للتشخيص، حيث يُظهر نمط الآفات المتقطعة والتهاب كامل سماكة الجدار مع تشكل القرحات العميقة، إضافة إلى تأكيد التشخيص النسيجي واستبعاد الأسباب الأخرى للالتهاب [6،7].

التهاب القولون التقرحي

التعريف العام للمرض

يُعد التهاب القولون التقرحي (Ulcerative Colitis – UC) مرضًا التهابيًا مزمنًا يصيب القولون والمستقيم فقط، ويتميز بحدوث التهاب وتقرحات في الغشاء المخاطي للأمعاء الغليظة بشكل مستمر دون فواصل، مما يؤدي إلى أعراض معوية وأحيانًا تأثيرات جهازية. ويتصف المرض بنمط من النكس والتراجع يختلف في شدته بين المرضى، وقد يُظهر في بعض الحالات مسارًا خفيفًا محدودًا للمستقيم فقط، بينما يمتد في حالات أخرى إلى أجزاء واسعة من القولون بالكامل. إن الطبيعة الالتهابية المستمرة للخلايا المخاطية تضع التهاب القولون التقرحي في خانة الأمراض الذاتية الالتهابية المعقدة التي تتداخل فيها العوامل الوراثية، المناعية، والبيئية لتؤدي إلى تلف نسيجي مزمن واضطراب وظيفي في الجهاز الهضمي [9].

التوزع الوبائي

الانتشار حسب الجنس

تظهر الدراسات الوبائية أن التهاب القولون التقرحي يؤثر بنسب متقاربة بين الذكور والإناث، مع ميل بسيط للاختلاف الجغرافي وفق المنطقة السكانية المدروسة، دون وجود اختلافات معنوية ثابتة بين الجنسين. وقد يشير هذا التوازن النسبي إلى أن العوامل البيئية والشروط المحيطة قد تلعب دورًا أكبر من الاعتبارات البيولوجية الجنسية في قابلية الإصابة بهذا المرض [9،10].

الانتشار حسب العمر

يُعد التهاب القولون التقرحي من الأمراض التي يظهر فيها ذروة الإصابة في العقدين الثاني والثالث من الحياة، وغالبًا ما يُشخّص المرضى بين عمر 15 و35 سنة. ومع ذلك، قد يحدث أيضًا في الأطفال والمراهقين، وكذلك لدى كبار السن، مما يدل على أن المرض يمكن أن يظهر في أي عمر، وإن كانت البداية المبكرة غالبًا مرتبطة بمسار مرض أطول وأكثر احتمالًا لتكون مضاعفات مع مرور الوقت [9،10].

الانتشار الجغرافي

تُظهر البيانات العالمية تباينًا في معدلات انتشار التهاب القولون التقرحي، إذ كانت معدلات الإصابة أعلى تاريخيًا في أوروبا وأمريكا الشمالية مقارنة بالدول النامية. ومع ذلك، أظهرت الدراسات الحديثة ارتفاعًا سريعًا في البلدان ذات الاقتصادات الناشئة في آسيا والشرق الأوسط

خلال العقود الأخيرة، مما يعكس تأثير التغيرات البيئية ونمط الحياة والتحضر السريع على قابلية السكان للإصابة بهذا المرض [10].

العوامل المسببة

يمتاز التهاب القولون التقرحي بأنه ناتج عن تفاعل متعدد العوامل، حيث تتداخل الوراثة مع الاستجابة المناعية الذاتية والعوامل البيئية في إحداث الالتهاب وتفاقمه.

الوراثة

تلعب العوامل الوراثية دورًا في قابلية الإصابة بالتهاب القولون التقرحي، إذ لوحظ ارتفاع معدل الإصابة لدى الأفراد الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابون بالمرض مقارنة بعامة السكان، مما يدل على وجود خلفية وراثية تُسهّل الاستجابة الالتهابية المعوية عند التعرض لمؤثرات معينة. وقد تم تحديد بعض العوامل الجينية المرتبطة بتنظيم المناعة والاستجابة الالتهابية في القولون، وإن لم تكن الوراثة وحدها كافية لإحداث المرض.

ولكن وجود ميل عائلي يزيد من احتمالية المرض ويُستخدم كعامل خطر مهم في التقييم السريري للمرضى المشتبه بإصابتهم [9].

الاستجابة المناعية

تُعد الاستجابة المناعية الذاتية غير المنضبطة من العوامل المركزية في التهاب القولون التقرحي، حيث تحدث ردود التهابية عبر الخلايا اللمفاوية والبلاعم تؤدي إلى إنتاج السيتوكينات الالتهابية التي تُحدث تلفًا مستمرًا في الغشاء المخاطي. ويُلاحظ في المرضى نشاطًا غير طبيعي في مسارات IL-13 وTNF-α، مما يشير إلى أن الجهاز المناعي يلعب دورًا فعالًا في استمرار الالتهاب وتكرار النكسات. وهذا ما دفع إلى تطوير علاجات بيولوجية تستهدف هذه السيتوكينات كآلية رئيسية لتقليل الالتهاب وتحسين النتائج السريرية [9،11].

العوامل البيئية

تساهم العوامل البيئية في التحريض والمحافظة على النشاط الالتهابي في القولون، ويشمل ذلك:

النظام الغذائي: الحميات العالية في الدهون والسكريات وقليلة الألياف قد تؤثر سلبًا على توازن فلورا الأمعاء وتزيد من الالتهاب.

التدخين: على الرغم من أن التدخين مرتبط بزيادة داء كرون، فإن تأثيره على UC أقل وضوحًا وقد يكون محايدًا أو في بعض الدراسات حتى وقائيًا جزئيًا، ما يعكس تعقيد العلاقة بين البيئة والجهاز المناعي.

التعرض للمضادات الحيوية وأنماط الحياة الحديثة: زادت معدلات الإصابة في المناطق الحضرية مقارنة بالريفية، مما يشير إلى أن التغيرات في البيئة ونمط الحياة قد تسهم في زيادة قابلية الأشخاص للإصابة.

تعكس هذه العوامل أن البيئة تؤثر على التوازن المناعي والفلورا المعوية مما يسهم في ظهور المرض لدى الأفراد المعرضين وراثيًا [10].

الأعراض السريرية

قد يتظاهر التهاب القولون التقرحي بعدد من الأعراض المعوية والخارج معوية نتيجة الالتهاب المزمن للقولون والاضطرابات الجهازية المرتبطة به.

الأعراض المعوية

- **الإسهال الدموي:** يُعتبر العَرَض الأكثر شيوعًا ويُصاحبه مخاط وأحيانًا ألم في الشرج بسبب التهاب المستقيم.
- **مغص بطني:** تظهر غالبًا قبل التغوط وتتحسن بعده، وقد ترتبط بتهيج القولون المزمن.
- **الإحساس بإلحاح التغوط:** نتيجة التهاب المستقيم، ما قد يؤثر سلبًا على نوعية حياة المريض.

تتراوح شدة هذه الأعراض من خفيفة إلى حادة وتُؤثر بشكل مباشر على النشاط اليومي للمريض وتتطلب تقييمًا طبيًا دقيقًا لتحديد شدة المرض وخيارات العلاج المناسبة [9،10].

الأعراض خارج المعوية

يترافق التهاب القولون التقرحي مع مجموعة من الأعراض غير المعوية التي تعكس الطبيعة الالتهابية الجهازية للمرض:

- **المفاصل:** التهاب المفاصل المحيطي أو الفقاري يمكن أن يحدث لدى نسبة معتبرة من المرضى، مما يُسبب ألمًا وتقييدًا في الحركة.
- **الجلد:** تلاحظ بعض المضاعفات الجلدية مثل الحمامى العقدية (Erythema nodosum) والصدفية في سياقات التهابية مماثلة.
- **الكبد:** قد يحدث التهاب القنوات الصفراوية الأولي الابتدائي (Primary Sclerosing Cholangitis)، وهو مضاعفة كبدية مرتبطة غالبًا بالتهاب القولون التقرحي وتتميز بتليف القنوات الصفراوية وتدهور وظائف الكبد على المدى الطويل.

هذه المظاهر خارج المعوية يمكن أن تستمر حتى عندما يكون الالتهاب المعوي تحت السيطرة نسبيًا، مما يتطلب متابعة شاملة للمريض لتفادي المضاعفات الجهازية [10،11].

التشخيص

يستند تشخيص التهاب القولون التقرحي إلى تحليل البيانات السريرية، الفحوص المخبرية، التنظير، والتشريح المرضي لتأكيد الالتهاب المزمن والموقع المستمر للآفات في القولون.

الفحوص المخبرية

تعتبر الفحوص المخبرية جزءًا مهمًا من التقييم:

مؤشرات الالتهاب: مثل CRP وESR غالبًا ما تكون مرتفعة خلال نوبات النشاط المرضي، وتُستخدم لمراقبة شدة الالتهاب والاستجابة للعلاج.

CBC (Complete Blood Count) قد تكشف عن فقر الدم الناتج عن فقدان الدم المزمن أو نقص الحديد، وكذلك كثرة الكريات البيضاء التي تشير إلى استجابة التهابية.

رغم أن هذه الفحوص غير نوعية، إلا أنها تساعد في دعم التشخيص وتقييم شدة المرض والمضاعفات المصاحبة [9].

التنظير والتشريح المرضي

يُعتبَر تنظير القولون الكامل مع أخذ خزعات نسيجية المعيار الذهبي لتأكيد تشخيص التهاب القولون التقرحي، وذلك لأن التنظير يسمح برؤية التهاب مستمر ومتواصل في البطانة المخاطية بدءًا من المستقيم وقد يمتد عبر أجزاء من القولون، وغالبًا ما تُظهر الخزعات تغيرات نسيجية مميزة مثل التقرحات السطحية والتهاب الغشاء المخاطي دون اختراق كامل الجدار المعوي.

يساعد التشخيص النسيجي في استبعاد الأسباب الأخرى للالتهاب المعوي مثل العدوى أو داء كرون، وهو أمر ضروري لوضع خطة علاجية مناسبة سواء دوائية أو جراحية. كما أن متابعة الحالة عبر التنظير تُستخدم لتقييم الاستجابة للعلاج البيولوجي أو التقليدي وتحديد الحاجة لتعديل الخطة العلاجية [10،11].

الآلية المرضية

تمثل الآلية المرضية في داء الأمعاء الالتهابي نموذجًا معقدًا لتفاعل غير طبيعي بين الجهاز المناعي المخاطي والعوامل الوراثية والبيئية والفلورا المعوية، حيث يؤدي هذا التفاعل إلى فقدان التوازن المناعي واستمرار الالتهاب بشكل مزمن ومخرّب لجدار الأمعاء. ولا يمكن تفسير المرض بآلية واحدة، بل هو نتيجة سلسلة مترابطة من الاضطرابات التنظيمية التي تُفَعِّل الاستجابة المناعية وتمنع إيقافها بشكل فيزيولوجي طبيعي [12].

الاستجابة المناعية والالتهاب المزمن

تفعيل الخلايا اللمفاوية

في الحالة الطبيعية، يحافظ الجهاز المناعي المخاطي على توازن دقيق بين تحمّل الجراثيم المعوية ومنع اختراق العوامل الممرضة. أما في مرضى IBD، فيحدث خلل في هذا التوازن يؤدي إلى تنشيط مفرط للخلايا اللمفاوية ضمن الصفيحة الخاصة لجدار الأمعاء.

تُظهر الدراسات أن الخلايا التائية من نمط Th1 وTh17 تكون مفرطة النشاط، ما يؤدي إلى تحريض استجابات التهابية قوية ومستمرة، مع عجز في آليات التثبيط المناعي التي يفترض أن تحد من شدة الالتهاب. إضافة إلى ذلك، فإن الخلايا المتغصنة والبلاعم تُظهر نمطًا غير طبيعي في عرض المستضدات، مما يعزز استمرار التحفيز المناعي بدل إنهائه [12،13].

يؤدي هذا النشاط المناعي المستمر إلى تلف البطانة المخاطية وزيادة نفوذية الحاجز المعوي، ما يسمح بمرور مكونات جرثومية إضافية إلى الطبقات الأعمق من الجدار المعوي، وبالتالي يُغذي حلقة مفرغة من الالتهاب المستدام.

السيتوكينات والالتهاب

تلعب السيتوكينات الالتهابية دورًا محوريًا في تضخيم وتثبيت الالتهاب في IBD. ومن أهم هذه الوسائط: TNF-α، IL-1β، IL-6، IL-12، IL-23، والتي تعمل على:

- تجنيد خلايا التهابية إضافية
- تعزيز بقاء الخلايا اللمفاوية المفعّلة
- تثبيط آليات الشفاء المخاطي

ويؤدي استمرار إنتاج هذه السيتوكينات إلى إحداث تخريب نسيجي مزمن وتثبيط إعادة بناء الظهارة المعوية. وقد شكّل هذا الفهم الأساس العلمي لتطوير العلاج البيولوجي المضاد لـ TNF أو لمسار IL-12/23، والذي أثبت فعالية كبيرة في تقليل الالتهاب وتحقيق شفاء مخاطي نسبي [13].

العوامل الجينية والتعبير الجيني

الجينات المرتبطة بالمرض

كشفت دراسات الارتباط الجيني واسعة النطاق عن وجود مئات المواضع الجينية المرتبطة بزيادة خطر الإصابة بـ IBD، ويشمل ذلك جينات مسؤولة عن:

- تنظيم الاستجابة المناعية
- سلامة الحاجز الظهاري
- تفاعل الخلايا مع الجراثيم

تؤثر هذه المتغيرات الجينية في قدرة الجسم على ضبط الاستجابة المناعية تجاه الجراثيم الطبيعية في الأمعاء، مما يؤدي إلى تحول الاستجابة الدفاعية إلى استجابة التهابية مدمرة. إلا أن هذه الجينات لا تُسبب المرض بشكل مباشر، بل ترفع الاستعداد للإصابة عند وجود عوامل بيئية محفزة [12،14].

الطفرات والتأثير الوراثي

تؤثر الطفرات الجينية في تنظيم مسارات الإشارة داخل الخلايا المناعية، ما يؤدي إلى إفراز مفرط للسيتوكينات أو ضعف في آليات كبح الالتهاب. كما تؤثر بعض الطفرات في وظيفة الخلايا الظهارية، مما يضعف الحاجز المعوي ويسمح بتسرب المستضدات الجرثومية إلى الأنسجة العميقة.

ورغم أن وجود هذه الطفرات يزيد خطر الإصابة، إلا أن عدم إصابة جميع حامليها بالمرض يدل على أن العوامل الوراثية وحدها غير كافية لإحداث المرض دون مشاركة عوامل إضافية [14].

العوامل البيئية

تلعب البيئة دورًا رئيسيًا في تحريض المرض لدى الأفراد المؤهبين وراثيًا، وقد ازداد الاهتمام بهذا الجانب نظرًا للارتفاع السريع في نسب الإصابة في الدول التي شهدت تحولات نمطية في أسلوب الحياة.

النظام الغذائي

يسهم النظام الغذائي الغني بالدهون المشبعة والسكريات وقليل الألياف في تغيير تركيب الميكروبيوم المعوي، مما يؤدي إلى فقدان الجراثيم المفيدة وزيادة الجراثيم المسببة للالتهاب. كما تؤثر بعض المضافات الغذائية في نفوذية الظهارة المعوية، مما يسهل دخول المستضدات الجرثومية ويحفز الاستجابة المناعية [12].

التدخين

يُعد التدخين من أكثر العوامل البيئية ارتباطًا بسير مرض كرون، حيث يزيد من شدة الالتهاب ومعدلات النكس والحاجة للتداخل الجراحي. ويُعتقد أن التدخين يؤثر في المناعة المخاطية والتروية الدموية للأمعاء ويغير تركيب الفلورا المعوية، مما يزيد من قابلية استمرار الالتهاب [13].

العدوى البكتيرية أو الفيروسية

قد تُسهم بعض العدوى الهضمية في تحريض أول هجمة مرضية عبر إحداث خلل طويل الأمد في التوازن المناعي والميكروبي داخل الأمعاء. كما يمكن لبعض الفيروسات أن تُعدل التعبير الجيني للخلايا المناعية وتزيد من قابليتها للاستجابة المفرطة للمستضدات المعوية [14].

المضاعفات

ينتج عن الالتهاب المزمن والممتد في IBD طيف واسع من المضاعفات التي قد تصيب الجهاز الهضمي مباشرة أو تمتد لتشمل أجهزة أخرى، وتُعد هذه المضاعفات سببًا رئيسيًا للمراضة طويلة الأمد وتراجع نوعية الحياة.

مضاعفات الجهاز الهضمي

الانسداد المعوي

ينجم الانسداد غالبًا عن تشكل تضيقات ليفية في جدار الأمعاء نتيجة الالتهاب المزمن والشفاء المتكرر، مما يؤدي إلى تضيق اللمعة المعوية وإعاقة مرور المحتوى الهضمي. قد يتظاهر الانسداد بنوبات ألم بطني شديد، انتفاخ، وإقياء، وقد يتطلب تدخلاً جراحيًا في الحالات المتقدمة [15].

الخراجات والتجاويف

ينتج تشكل الخراجات عن امتداد الالتهاب عبر كامل سماكة الجدار المعوي إلى النسج المجاورة، مما يؤدي إلى تجمع قيحي قد يترافق مع حمى وإنتان موضعي أو جهازي. وقد تتشكل نواسير بين الأمعاء وأعضاء مجاورة مثل المثانة أو الجلد، مسببة مضاعفات التهابية مستمرة [15].

النزف المعوي

قد يحدث النزف نتيجة تقرحات مخاطية عميقة أو تآكل أوعية دموية سطحية، ويتراوح من نزف خفيف مزمن يؤدي إلى فقر الدم، إلى نزف حاد قد يستدعي نقل دم أو تدخل إسعافي. ويُعد النزف مؤشرًا على نشاط مرضي مرتفع [12].

الثقب المعوي

يُعد الثقب من أخطر المضاعفات، وينجم عن ضعف جدار الأمعاء نتيجة الالتهاب العميق أو توسع القولون السام، ويؤدي إلى تلوث جوف البطن والتهاب بريتوان شديد يستلزم تدخلًا جراحيًا فوريًا [15].

مضاعفات خارج المعوية

المفاصل والعظام

تشمل المضاعفات المفصلية التهاب المفاصل المحيطية والتهاب الفقار اللاصق، وقد تكون مستقلة عن نشاط المرض المعوي. كما يزيد خطر هشاشة العظام نتيجة الالتهاب المزمن وسوء الامتصاص واستخدام الستيروئيدات لفترات طويلة [13].

الجلد

تُعد الحمامى العقدية والتهاب الجلد التموتي من أبرز المظاهر الجلدية، وترتبط غالبًا بنشاط المرض. تعكس هذه التظاهرات امتداد العملية الالتهابية إلى الجهاز الجلدي وتحتاج إلى علاج مناعي متزامن مع علاج المرض المعوي [14].

العين

قد يحدث التهاب العنبة أو التهاب الصلبة، وهي حالات قد تهدد البصر إن لم تُعالج مبكرًا، وغالبًا ما تترافق مع نشاط المرض أو مع وجود مضاعفات مفصلية مرافقة [13].

الكبد والقنوات الصفراوية

يرتبط IBD وخاصة التهاب القولون التقرحي بحالة التهاب القنوات الصفراوية المصلب الأولي، التي تؤدي إلى تليف تدريجي في الطرق الصفراوية وتزيد من خطر سرطان الطرق الصفراوية وسرطان القولون، ما يستوجب مراقبة طويلة الأمد [15].

الجهاز العصبي

تشمل المضاعفات العصبية اضطرابات وعائية أو التهابية قد تكون مرتبطة بفرط التخثر أو بالتأثيرات الجانبية للعلاج أو بالالتهاب الجهازي المزمن، رغم أنها أقل شيوعًا لكنها ذات تأثير كبير على الوظيفة العصبية ونوعية الحياة [14].

الفصل الثاني: نوعية الحياة في مرضى داء الأمعاء الالتهابي

تعريف نوعية الحياة

التعريف العام والصحي

تُعرَّف نوعية الحياة على أنها مفهوم متعدد الأبعاد يعكس إدراك الفرد لوضعه الصحي والجسدي والنفسي والاجتماعي ضمن سياق ثقافي معيّن، ولا يقتصر على غياب المرض أو وجوده، بل يشمل قدرة الشخص على أداء وظائفه اليومية والشعور بالرضا عن حياته وعلاقاته الاجتماعية واستقراره النفسي. وقد تطور مفهوم نوعية الحياة في العلوم الصحية ليصبح أحد المحاور الأساسية في تقييم نتائج التدخلات العلاجية، خاصة في الأمراض المزمنة التي لا يمكن فيها تحقيق الشفاء التام وإنما التحكم بالأعراض وتحسين الأداء الوظيفي طويل الأمد [16].

ويُستخدم مصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Health-Related Quality of Life – HRQoL) للإشارة إلى الجزء من نوعية الحياة المتأثر مباشرة بالحالة الصحية والعلاج الطبي، ويشمل الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية والوظيفية. ويُنظر إلى HRQoL كمؤشر تكاملي يعكس تجربة المريض الذاتية للمرض والعلاج، وقد أصبح عنصرًا أساسيًا في تقييم فعالية العلاجات الحديثة، خصوصًا في الأمراض الالتهابية المزمنة التي تترافق مع انتكاسات متكررة وتأثير طويل الأمد على نمط الحياة.

التعريف الخاص بمرضى IBD

في سياق داء الأمعاء الالتهابي، تكتسب نوعية الحياة أهمية خاصة نظرًا للطبيعة المزمنة والمتقلبة للمرض، وما يرافقه من أعراض معوية معيقة وتأثيرات نفسية واجتماعية مستمرة. ويُقصد بنوعية الحياة لدى مرضى IBD التقييم الذاتي للمريض لمدى تأثر حياته اليومية بالأعراض الهضمية، الألم، التعب، القيود الغذائية، القلق من النكس، الاعتماد على الأدوية طويلة الأمد، والخوف من المضاعفات أو الجراحة.

تتأثر نوعية الحياة في IBD بعوامل متعددة تشمل شدة النشاط الالتهابي، تكرار النكسات، وجود مضاعفات، التأثيرات الجانبية للعلاج، إضافة إلى الدعم الاجتماعي والحالة النفسية والقدرة على العمل والدراسة. ولذلك فإن تحسن المؤشرات المخبرية أو التنظيرية لا يعني بالضرورة تحسن نوعية الحياة، ما يستوجب تقييمًا مباشرًا لتجربة المريض الذاتية كجزء من أهداف العلاج الحديثة [17].

الفرق بين الصحة العامة ونوعية الحياة

يُفرَّق بين الحالة الصحية الموضوعية ونوعية الحياة الذاتية، إذ يمكن للمريض أن يكون في حالة هجوع سريري مع استمرار شعوره بالإرهاق أو القلق أو القيود الاجتماعية، وهو ما ينعكس سلبًا على نوعية حياته رغم استقرار المرض من الناحية الطبية. وعلى العكس، قد يتكيف بعض المرضى مع أعراض مزمنة خفيفة ويُبلغون عن نوعية حياة مقبولة رغم وجود نشاط مرضي محدود.

هذا التباين يبرز أهمية الفصل بين تقييم المرض باستخدام المؤشرات البيولوجية والتشريحية، وبين تقييم أثر المرض على حياة المريض اليومية. ومن هنا برزت الحاجة إلى أدوات قياس معيارية تُمكّن من تقييم نوعية الحياة بشكل موضوعي قابل للمقارنة بين المرضى والدراسات المختلفة [16].

المقاييس والأدوات المستخدمة

أدى إدراك أهمية نوعية الحياة في الأمراض المزمنة إلى تطوير عدد كبير من الأدوات القياسية التي تسمح بقياسها بشكل كمي، وتُصنف هذه الأدوات إلى مقاييس عامة قابلة للتطبيق على مختلف الأمراض، ومقاييس خاصة بالمرض تعكس التأثيرات النوعية لحالة مرضية محددة مثل IBD.

المقاييس العامة

مقياس SF-36

يُعد SF-36 (Short Form Health Survey) من أكثر الأدوات استخدامًا لقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في الدراسات السريرية، ويتكون من 36 بندًا تغطي ثمانية مجالات رئيسية تشمل الوظيفة الجسدية، الألم، الصحة العامة، الحيوية، الوظيفة الاجتماعية، والصحة النفسية. يتميز هذا المقياس بإمكانية المقارنة بين مرضى IBD وعامة السكان أو مرضى أمراض مزمنة أخرى، مما يسمح بتقدير العبء النسبي للمرض على نوعية الحياة.

ورغم شموليته، إلا أن SF-36 قد لا يكون حساسًا بما يكفي لرصد التغيرات الدقيقة المرتبطة بالأعراض المعوية الخاصة بـ IBD، مثل الإلحاح التغوطي أو القيود الغذائية، مما يحد من دقته في تقييم الاستجابة للعلاج في الدراسات الخاصة بالمرض [16].

مقياس EQ-5D

يعتمد EQ-5D على تقييم خمسة مجالات أساسية تشمل الحركة، العناية الذاتية، الأنشطة اليومية، الألم أو الانزعاج، والقلق أو الاكتئاب، إضافة إلى مقياس بصري ذاتي لتقدير الحالة الصحية العامة. ويُستخدم هذا المقياس بشكل واسع في الدراسات الصحية لتقدير جودة الحياة المعدلة بالسنوات (QALYs) عند تقييم فعالية العلاجات.

يمتاز EQ-5D بالبساطة وسهولة التطبيق، إلا أنه محدود في التقاط التأثيرات النوعية المعقدة لـ IBD، خصوصًا التأثيرات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بنوبات الإسهال أو الخوف من فقدان السيطرة على الأعراض في الأماكن العامة [17].

المقاييس الخاصة بـ IBD

نظرًا لخصوصية الأعراض والتحديات النفسية والاجتماعية التي يواجهها مرضى IBD، تم تطوير أدوات مخصصة تعكس التأثير الحقيقي للمرض على حياة المرضى بشكل أكثر دقة.

مقياس IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire)

يُعد IBDQ المقياس الأكثر استخدامًا عالميًا لتقييم نوعية الحياة لدى مرضى IBD، ويتألف من 32 بندًا موزعة على أربعة مجالات رئيسية:

- **المجال الجسدي**: يشمل التعب، القدرة على أداء الأنشطة اليومية، والإحساس العام بالوهن.
- **المجال المعوي**: يتناول تواتر الإسهال، الألم البطني، الإلحاح التغوطي، والانتفاخ.
- **المجال النفسي**: يشمل القلق، الاكتئاب، الإحباط، والخوف من النكس أو الجراحة.
- **المجال الاجتماعي**: يقيس تأثير المرض على العلاقات الاجتماعية، العمل، والنشاطات الترفيهية.

طريقة التقييم

يُقيَّم كل بند باستخدام مقياس ليكرت من 1 إلى 7، حيث يشير الرقم الأعلى إلى حالة أفضل ونوعية حياة أعلى. ويُحسب المجموع الكلي كناتج جمع النقاط، بحيث تعكس القيم الأعلى تحسنًا أكبر في نوعية الحياة. ويتميز IBDQ بحساسيته العالية للتغيرات السريرية، مما يجعله أداة مثالية لتقييم فعالية العلاجات الدوائية، بما في ذلك العلاجات البيولوجية [17].

وقد أثبت المقياس مصداقية عالية وثباتًا إحصائيًا جيدًا في مختلف البيئات الثقافية بعد ترجمته والتحقق من صلاحيته، ما يسمح باستخدامه في الدراسات متعددة المراكز ومقارنة النتائج بين الدول.

مقياس SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire)

تم تطوير SIBDQ كنسخة مختصرة من IBDQ بهدف تسهيل التطبيق في الممارسة السريرية اليومية والدراسات الوبائية واسعة النطاق. ويتألف من 10 بنود فقط تغطي المجالات الأربعة نفسها ولكن بشكل أكثر اختصارًا.

المزايا والعيوب

من أبرز مزايا SIBDQ سرعة التطبيق وقلة العبء على المريض والطبيب، مما يجعله مناسبًا للعيادات المزدحمة والمتابعة المتكررة. كما أنه يحتفظ بقدرة جيدة على التمييز بين الحالات ذات النشاط المرضي المرتفع والمنخفض.

إلا أن اختصار عدد البنود قد يقلل من حساسية المقياس في التقاط التغيرات الطفيفة في بعض المجالات النفسية أو الاجتماعية، ما قد يحد من دقته في الدراسات التي تتطلب تحليلًا تفصيليًا لأبعاد نوعية الحياة المختلفة [17].

الدقة والاعتمادية

أظهرت الدراسات أن SIBDQ يتمتع بدرجة عالية من الاعتمادية الداخلية والارتباط القوي بنتائج IBDQ الكامل، إضافة إلى ارتباطه الجيد بمؤشرات النشاط السريري للمرض. ولذلك يُعتبر أداة صالحة للتقييم السريع لنوعية الحياة، مع قبول واسع في الدراسات السريرية الواقعية وتقييم الاستجابة للعلاج في الممارسة اليومية [17،18].

الأهمية البحثية لتقييم نوعية الحياة في IBD

يمثل تقييم نوعية الحياة عنصرًا أساسيًا في فهم العبء الحقيقي للمرض من منظور المريض، ويُسهم في:

- توجيه القرارات العلاجية الفردية.
- تقييم فعالية العلاجات الحديثة بما يتجاوز المؤشرات المخبرية والتنظيرية.
- تحديد المرضى الأكثر عرضة للتأثيرات النفسية والاجتماعية طويلة الأمد.

- دعم مفهوم العلاج المتمركز حول المريض (Patient-Centered Care).

ومع تطور استراتيجيات العلاج البيولوجي وظهور أهداف علاجية جديدة مثل الشفاء المخاطي والهدوء العميق للمرض، أصبح تحسين نوعية الحياة هدفًا علاجيًا أساسيًا بحد ذاته، وليس مجرد نتيجة ثانوية لتحسن النشاط الالتهابي.

العوامل المؤثرة على نوعية الحياة

يتأثر مفهوم نوعية الحياة المرتبط بالصحة (HRQoL) لدى مرضى داء الأمعاء الالتهابي بتفاعل معقد بين عوامل مرضية وجسدية ونفسية واجتماعية ودوائية. إن فهم هذه العوامل ضروري لفهم كيفية تحسين حياة المرضى بشكل شامل، ولا يقتصر على السيطرة على الالتهاب وحده، بل يستلزم اعتبار النتائج التجريبية للمرضى في تجربتهم اليومية الطويلة مع المرض.

شدة المرض والنشاط الالتهابي

الفترات النشطة مقابل الخاملة

تلعب شدة المرض دورًا محوريًا في تحديد مدى التأثير على نوعية الحياة. حين يكون المرض في مرحلة النشاط الالتهابي (Active Phase)، تتفاقم الأعراض المعوية مثل الإسهال، الألم، والإحساس بالإلحاح التغوطي، مما يُؤدي إلى تراجع كبير في وظائف المرضى اليومية وقدرتهم على العمل والمشاركة الاجتماعية. هذه الفترات ترتبط غالبًا بانخفاض واضح في مقاييس HRQoL، نظرًا لتأثير الأعراض على النوم، الأداء اليومي، والرفاه النفسي [19].

على النقيض، في الفترات الخاملة أو الهادئة (Remission)، تتحسن الأعراض السريرية بشكل ملحوظ أو تختفي مؤقتًا، مما يُحسن من قدرة المريض على الانخراط في نشاطات الحياة اليومية وتقليل القلق المرتبط بالتوقعات السلبية لنوبات جديدة. ومع ذلك، لا تعني الخمول التام للمرض اختفاء التأثيرات على نوعية الحياة، لأن بعض المرضى يستمر لديهم شعور بالتعب أو مخاوف نفسية مرتبطة بتجارب سابقة لنكسات حادة.

تأثير الانتكاسات المتكررة

إن الانتكاسات المتكررة تلعب دورًا مهمًا في تراجع جودة الحياة، إذ تزيد من القلق لدى المرضى بشأن استعادة الأعراض وتُثقل كاهلهم تجاهي التخطيط للمستقبل والعمل وحتى العلاقات الاجتماعية. تكرار النكسات يقود إلى زيادات متكررة في زيارات العيادة والمستشفى، وقد يدفع بعض المرضى لتعديل نمط حياتهم لتفادي مواقف قد تثير الأعراض، مما يخلق دورة من القلق والانسحاب الاجتماعي وتأثير سلبي على الصحة النفسية [19].

المضاعفات

تؤثر المضاعفات المرتبطة بـ IBD على نوعية الحياة بطرق مباشرة وغير مباشرة عبر زيادة عبء المرض، الإعاقة، وتقليل الاستقلال الوظيفي.

مضاعفات الجهاز الهضمي

من المضاعفات الشائعة التي تُؤثر بشكل مباشر على نوعية الحياة:

- **الانسداد المعوي**: الذي يؤدي إلى ألم حاد، تقيؤ، وحاجة للتدخل الجراحي، ويُؤثر سلبًا على الوظائف اليومية.
- **الخراجات والنواسير**: تتطلب غالبًا علاجات مطوّلة وربما جراحات متكررة، مما يزيد من الشعور بالإرهاق والتأثير النفسي للمريض.
- **الانثقاب المعوي**: اختلاط يهدد الحياة وتُحدث توقفًا مفاجئًا في الحياة الروتينية والعلاجية.

مثل هذه الحالات تزيد من القلق المرتبط بالمآلات المستقبلية وتحد من الشعور بالأمان الصحي، مما ينعكس بوضوح على المقاييس النفسية والاجتماعية في تقييم HRQoL [20].

مضاعفات خارج المعوية

تشمل المضاعفات غير الهضمية مجموعة من الاضطرابات التي تحمل تأثيرات جسدية ونفسية طويلة الأمد، منها:

- **التهاب المفاصل والعمود الفقري**: يحد من الحركة والاستقلال الوظيفي ويزيد من الشعور بالإعاقة الجسدية.
- **المظاهر الجلدية أو العينية**: والتي قد تكون مزمنة وتحتاج علاجًا متخصصًا، وتُضيف عبئًا إضافيًا على نوعية الحياة.

- **المضاعفات الكبدية مثل التهاب القنوات الصفراوية المصلب الأولي:** تتطلب متابعة طويلة وربما تدخلات علاجية معقدة.

قد تكون هذه المضاعفات مستقلة عن شدة النشاط المعوي لكنها تُثقل التجربة المرضية وترفع من مستوى الإجهاد النفسي وتُقلل من رضا المريض عن الحالة الصحية العامة [19،20].

العلاج الدوائي

تلعب أنواع العلاجات المستخدمة دورًا مهمًا في تحسين أو تراجع نوعية الحياة لدى المرضى، إذ يمكن للعلاج أن يخفف الأعراض ولكن بعض الأدوية قد تُسبب آثارًا جانبية تُؤثر سلبًا على التجربة اليومية.

الستيروئيدات

تُستخدم الستيرويدات القشرية في كثير من الأحيان لكبح النشاط الالتهابي الحاد، وتُظهر فعالية عالية في تقليل الأعراض الحادة، إلا أنها مرتبطة بمجموعة من الآثار الجانبية المهمة مثل زيادة الوزن، هشاشة العظام، اضطرابات النوم، وتغيرات المزاج، مما يقلل من نوعية الحياة على المدى المتوسط والطويل، خصوصًا إذا ما استُخدمت لفترات ممتدة. ولذلك يُنظر إلى الستيروئيدات كأداة علاجية مؤقتة وليست استراتيجية علاجية طويلة الأمد [19].

الأدوية المناعية التقليدية

تشمل الأدوية المثبطة للمناعة مثل الأزايثيوبيرين والميثوتريكسات، والتي تُستخدم للحد من الالتهاب وتقليل الحاجة لاستمرار الستيروئيدات. تتميز هذه الأدوية بقدرتها على الحد من النشاط المرضي مع تقليل النكسات، مما ينعكس إيجابيًا على بعض أبعاد نوعية الحياة. ومع ذلك، قد تترافق هذه الأدوية مع آثار جانبية مثل انخفاض المناعة الذي يزيد من خطر العدوى، ما يثير قلق المرضى بشأن صحتهم العامة ويؤثر على التقدير الذاتي للصحة [20].

العلاج البيولوجي

أحدثت العلاجات البيولوجية تحولًا في إدارة IBD، حيث تستهدف بشكل مباشر وسائل الالتهاب مثل عامل نخر الورم ($TNF-\alpha$) ومسارات IL-12/23 و$\alpha 4\beta 7$ integrin. وقد أظهرت الأدلة أن هذه العلاجات تُحسن بشكل كبير من السيطرة على الالتهاب وتُقلل من تكرار النكسات، مما يؤدي إلى تحسن ملحوظ في مقاييس نوعية الحياة مقارنة بالعلاجات التقليدية، وذلك من خلال:

- تقليل الأعراض المعوية المؤلمة والمتكررة.
- تحسين القدرة على العمل والمشاركة الاجتماعية.
- تقليل الحاجة للدخول للمشفى أو الجراحة.

وبالرغم من هذه الفوائد، قد يواجه بعض المرضى تأثيرات جانبية أو مخاوف من العلاجات المناعية طويلة الأمد، مما يستدعي متابعة دقيقة وتقييمًا متواصلاً لـ HRQoL عبر أدوات معيارية [19].

العوامل النفسية والاجتماعية

تُعد العوامل النفسية والاجتماعية من أبرز المؤثرات غير البيولوجية على نوعية الحياة، إذ لا يكون المرض مجرد حالة جسدية فحسب، بل يتداخل مع الهوية الذاتية للمريض، علاقاته، وإدراكه للذات.

القلق والاكتئاب

أظهرت الدراسات أن مرضى IBD لديهم معدلات أعلى من القلق والاكتئاب مقارنة بعامة السكان، ويرتبط ذلك بشكل مباشر بتجربة الألم المزمن، الخوف من الانتكاسات، والقلق من المضاعفات أو فقدان السيطرة على الأعراض في المواقف الاجتماعية. وقد أثبتت العلاقة بين الاضطرابات النفسية وانخفاض HRQoL أن تحسين الصحة النفسية يمكن أن يكون له أثر مساند في تحسين التجربة الصحية العامة للمرضى [21].

الدعم الاجتماعي

يلعب الدعم الاجتماعي من الأسرة والأصدقاء والمجتمع دورًا مهمًا في مساعدة المرضى على التكيف النفسي مع المرض المزمن. فالمرضى الذين لديهم دعم قوي يميلون إلى مستويات جودة حياة أفضل، إذ يساهم الدعم العاطفي في تقليل الشعور بالعزلة وزيادة القدرة على مواجهة التحديات اليومية المرتبطة بالأعراض المتقلبة للمرض [19].

الضغوط الحياتية

تؤثر الضغوط الحياتية المتراكمة مثل العبء المادي للعلاج، التوتر المرتبط بالعمل أو الدراسة، والمسؤوليات الأسرية على تقدير المرضى لنوعية حياتهم، وقد تؤدي إلى تفاقم الشعور بالإجهاد وتراجع الأداء النفسي والاجتماعي. وتشير الأدلة إلى أن التقييم الشامل لنوعية الحياة يجب أن يأخذ في الاعتبار هذه العوامل الخارجية إلى جانب العوامل المرضية والجسدية [21].

الفصل الثالث: العلاج البيولوجي في داء الأمعاء الالتهابي

مقدمة عن العلاج البيولوجي

التعريف والمفهوم

العلاج البيولوجي هو فرع من فروع العلاج المستهدف الذي يستخدم أجسامًا مضادة وحيدة النسيلة أو بروتينات موجهة لتعديل الاستجابة المناعية بشكل دقيق في الأمراض الالتهابية بدلًا من التأثيرات العامة للأدوية التقليدية. في سياق داء الأمعاء الالتهابي، تهدف هذه الأدوية إلى كبح مسارات مناعية محددة مثل عامل نخر الورم (TNF- α) أو الإنترلوكينات (مثل IL-12/23) أو تقلّص حركة الخلايا الالتهابية إلى الأمعاء، مما يقلل الالتهاب ويُحسّن النتائج السريرية على المدى الطويل. يُعد ذلك تطورًا جوهريًا في علم المناعة السريرية لأنه يسمح بتقليل الضرر المناعي غير النوعي المرتبط بالعلاج التقليدي، مع تحسين التحكم في الالتهاب المزمن الذي يميّز هذا المرض [22]

الآلية العامة للعمل

تستهدف الأدوية البيولوجية مكونات محددة في النظام المناعي المشاركة في إثارة أو استدامة الالتهاب. فمثلًا:

مثبطات TNF- α (مثل إنفليكسيماب) ترتبط بعامل نخر الورم وتمنعه من توليد إشارات التهابية واسعة، مما يحد من تجنيد الخلايا الالتهابية وتلف الأنسجة.

مضادات IL-12/23 (مثل أوستيكينوماب) تمنع تنشيط المسارات الالتهابية المتعلقة بالخلايا T ونشاط Th1/Th17، وبالتالي تقلل الالتهاب المزمن في القناة الهضمية.

مضادات الإنتغرين (فيدوليزوماب) تمنع دخول الخلايا الالتهابية إلى الأمعاء من خلال تثبيط عملية التصاق وتوجيه الخلايا المناعية عبر integrin α4β7، وهو ما يوفر انتقائية عالية في تقليل الالتهاب المعوي مع تقليل التأثيرات الجهازية.

تتيح هذه الآليات البيولوجية تحكمًا أدق في العمليات الالتهابية الأساسية مقارنة بالعلاجات المثبطة للمناعة بصورة عامة، مما يُحسّن النتائج السريرية ويُقلل من الأعراض الالتهابية الفعّالة [24] [25]

مميزات العلاج البيولوجي مقارنة بالأدوية التقليدية

من أبرز مميزات العلاج البيولوجي في IBD:

- استهداف مسارات محددة بدلاً من التأثير العام على الجهاز المناعي، ما يقلل التأثيرات الجانبية غير المرغوبة.
- تحقيق معدل أعلى من الهجوع السريري والمخاطي مقارنة بالعلاج التقليدي، ما يحد من تكرار النكسات.
- تحسن ملحوظ في جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQoL) لدى المرضى الذين استجابوا للعلاج البيولوجي، نتيجة التحكم الأفضل في الأعراض وتقليل الحاجة للستيرويدات.
- إمكانية التحول من استراتيجيات علاجية تقليدية إلى نمطية علاجية مستهدفة تناسب كل مريض بناءً على احتياجاته السريرية.

قد يكون لهذه المميزات أثر مباشر في تقليل الاستشفاء والجراحة المرتبطة بالمرض عبر التحكم أفضل في المسار المرضي، بالإضافة إلى تحسن في الوظائف اليومية وتقليل الاختلاطات طويلة المدى.

الاحتياطات ومضادات الاستطباب

بالرغم من المزايا المذكورة، فإن العلاج البيولوجي لا يخلو من احتياطات واختبارات مسبقة قبل الاستخدام، وتشمل:

- فرط الحساسية أو تاريخ إصابات معيقة مثل السل الكامن، حيث يجب إجراء فحص السل قبل بدء مثبطات TNF.
- الحمل أو التخطيط للحمل في بعض الحالات؛ يجب مناقشة الفوائد والمخاطر مع المريض.
- العدوى النشطة أو تاريخ الأورام الخبيثة؛ حيث أن تثبيط المناعة يمكن أن يزيد من مخاطر العدوى أو تكرار الأورام في حالات معينة.

- الاستخدام في كبار السن أو المرضى ذوي الحالات السريرية المعقدة بتوازن دقيق بين الفائدة والمخاطر.

إن تحديد الموانع والتحذيرات يتم بناءً على التقييم الطبي الشامل للمريض وحالته المناعية لضمان استفادة علاجية مع أقل مخاطرة ممكنة.

أنواع الأدوية البيولوجية المستخدمة

سنتناول أهم الأدوية البيولوجية المستخدمة في علاج IBD، مع التركيز على الآلية الدوائية، التأثير السريري على الأعراض، التأثير على نوعية الحياة، والأمان/الاختلاطات.

إنفليكسيماب (Infliximab)

الآلية الدوائية

إنفليكسيماب هو جسم مضاد وحيد النسيلة مزيج بشري-فأري يستهدف عامل نخر الورم α (TNF-α) وهو سيتوكين مركزي في عملية الالتهاب. يقوم إنفليكسيماب بتعطيل ارتباط TNF-α بمستقبِلاته الخلوية، ما يحد من الإستجابة الالتهابية في جدار الأمعاء ويقلل من تجنيد الخلايا الالتهابية المحلية. يعتبر هذا التثبيط فعالًا في تقليل الالتهاب الحاد والمزمن عند المرضى الذين يستوفون معايير متوسطة إلى شديدة النشاط الالتهابي [25].

التحسن السريري في الأعراض

أظهرت دراسات سريرية وتحليلات منهجية أن إنفليكسيماب يمكن أن يُحقّق استجابة سريرية وهجوعًا إكلينيكيًا عند نسبة كبيرة من المرضى، بما في ذلك تخفيف الإسهال، ألم البطن، وتحسن حالة الالتهاب في كل من داء كرون والتهاب القولون التقرحي. وتشير الأدلة إلى أن معدلات الهجوع والأعراض التحسُّن ترتبط بتحقيق تحسن في معايير النشاط المرضي مثل مؤشر CDAI و Mayo score في UC، ما يترجم إلى تحسن العام في أداء المريض الوظيفي اليومي [26].

التأثير على نوعية الحياة

أشارت تحليلات عدة إلى أن المرضى الذين يتلقون إنفليكسيماب يسجلون تحسنًا معنويًا في مقاييس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (IBDQ، SF-36) مقارنة مع المرضى الذين يتلقون الدواء الوهمي أو العلاجات التقليدية، وقد يكون هذا التحسن مرتبطًا بتقليل الأعراض الشديدة وتحقيق توطيد ممتد للمرض. على سبيل المثال، خلصت مراجعات منهجية إلى أن زيادة كبيرة في درجات IBDQ لدى المرضى الذين تلقوا إنفليكسيماب تعكس تحسنًا سريريًا ورفاهية محسّنة خلال فترة العلاج [26].

الأمان والاختلاطات

رغم فعاليته، فإن إنفليكسيماب قد يصاحب آثارًا جانبية مناعية مثل زيادة خطر العدوى الانتهازية (مثل السل والالتهابات الجهازية)، وتشكّل أجسام مناعية مضادّة للعقار يمكن أن تقلل من فعاليته مع الوقت. وقد تُرتبط هذه المخاطر بجرعة الدواء، وتكرار الجرعات، وحالة المناعة الأساسية للمريض، ما يستدعي مراقبة دورية أثناء المعالجة.

أوستيكينوماب (Ustekinumab)

الآلية الدوائية

أوستيكينوماب هو جسم مضاد وحيد النسيلة يستهدف الوحدة p40 المشتركة بين IL-12 و IL-23، وهما سيتوكينات تساهمان في تنشيط الخلايا المناعية الالتهابية مثل Th1 وTh17. من خلال تثبيط هذه المسارات، يُمكِن لأوستيكينوماب أن يُخفّض النشاط الالتهابي المزمن في جدران الأمعاء دون التأثير الواسع على المناعة الجهازية بشكل عام، مما يُسهم في تحسن سريري وتقليل الالتهاب.

التحسن السريري في الأعراض

أظهرت الدراسات أن ستيلارا يرتبط بتحقيق استجابة سريرية وهجوع دون الحاجة إلى ستيرويدات، خصوصًا لدى المرضى الذين فشلوا في الاستجابة للعلاجات التقليدية أو لمثبطات TNF. وقد أظهرت نتائج السريرية معدلات هجوع سريرية ملحوظة بعد عدة أسابيع من بدء العلاج، مع تحسن في مؤشرات النشاط المرضي، مما يعكس فعالية الدواء في تحسين الأعراض الهضمية [22].

التأثير على نوعية الحياة

على الرغم من قلة الدراسات المحددة مقارنة مع إنفليكسيماب، فقد أشارت الأدلة إلى أن أوستيكينوماب يساهم في تحسين مقاييس HRQoL لدى المرضى الذين يتلقونه، ويرجع ذلك جزئيًا إلى تحسن استقرار الأعراض وتقليل الالتهاب المستمر، مما يُؤثر بشكل إيجابي على الأداء الجسدي والنفسي والاجتماعي للمريض.

الأمان والاختلاطات

تظهر بيانات السلامة أن أوستيكينوماب عادة ما يكون مقبولًا جيدًا ويُرتبط بانخفاض نسبي في حالات العدوى الجهازية الخطيرة مقارنة بمثبطات TNF التقليدية، لكن التفاعل مع الاستجابة المناعية العامة يستلزم تقويمًا دوريًا للحالة المناعية والبحث عن علامات مشكلات مناعية محتملة.

غوليموماب (Golimumab)

الآلية الدوائية

غوليموماب ينتمي إلى فئة مضادات TNF- α كإنفليكسيماب لكنه مُخصّصًا في المقام الأول لالتهاب القولون التقرحي المعتدل إلى الشديد. يعمل من خلال منع تأثير TNF- α على مستقبلاته، ما يحد من السيتوكين الالتهابي ويخفف من تأثيراته في الأمعاء.

التحسن السريري في الأعراض

أظهرت تجارب سريرية أن غوليموماب يؤدي إلى تحسن معنوًى في أعراض التهاب القولون التقرحي، بما في ذلك تقليل الإسهال الدموي والألم البطني وتحسين العلامات المخبرية للنشاط الالتهابي، ما يعكس قدرة الدواء على تحقيق هجوع سريري لدى نسبة ملحوظة من المرضى.

التأثير على نوعية الحياة

تشير الأدلة المتاحة إلى أن المرضى الذين يتلقون غوليموماب غالبًا ما يُبلغون عن تحسن في HRQoL مقارنةً مع مجموعة الدواء الوهمي، حيث يُظهر تأثيرًا إيجابيًا في الوظائف الجسدية والاجتماعية نتيجة تخفيف الأعراض وتثبيط الالتهاب.

الأمان والاختلاطات

بشكل عام، تظهر نماذج السلامة لغوليموماب نمطًا مماثلاً لمثبطات TNF الأخرى من حيث المخاطر المتعلقة بالعدوى ومضاعفات المناعة، مع الحاجة إلى مراقبة دورية وتقييم استمرارية العلاج بناءً على الاستجابة والآثار الجانبية.

فيدوليزوماب (Vedolizumab)

الآلية الدوائية

فيدوليزوماب، هو جسم مضاد يستهدف integrin α4β7، مما يمنع هجرة الخلايا الالتهابية إلى النسيج المعوي بشكل محدد. هذا الأسلوب "الانتقائي للمعدة والأمعاء" يسمح له بتثبيط الالتهاب المعوي دون التأثير الكبير على المناعة الجهازية العامة، مما يُعد ميزة أمان مهمة مقارنة ببعض المثبطات المناعية واسعة المجال [27]

التحسن السريري في الأعراض

أظهرت التجارب السريرية أن سبنيورا فعال في إنتاج استجابة سريرية وهجوع سريري في كل من داء كرون والتهاب القولون التقرحي، وخاصة في المرضى الذين فشلوا في الاستجابة لمثبطات

TNF السابقة. وقد لوحظ تحسن في الأعراض المعوية وتقليل نوبات الإسهال والتورّم البطني ضمن عدة أسابيع من بدء العلاج.

التأثير على نوعية الحياة

أظهرت الدراسات أن الاستخدام المنتظم لـ فيدوليزوماب يرتبط بتحسنات كبيرة في مقاييس HRQoL، تحديدًا في المجالات المرتبطة بالقدرة على الأداء الجسدي والاجتماعي والنفسي. هذا التحسن يعكس تأثير الدواء على السيطرة على الأعراض وتقليل المضاعفات، ما يُتيح للمريض عودة أكبر إلى نشاطاته اليومية الطبيعية.

الأمان والاختلاطات

من مزايا فيدوليزوماب أنه يحمل سجل أمان جيدًا نسبيًا بسبب انتقائيته في الجهاز الهضمي، مع انخفاض احتمالية العدوى الجهازية مقارنة ببعض مثبطات TNF، إلا أن المراقبة المناسبة مطلوبة لرصد الآثار الجانبية المحتملة ومخاطر المناعة.

مقارنة فعالية الأدوية البيولوجية

المقارنة السريرية بين الأدوية

تشير الأدلة من التحليلات الشبكية عدة إلى أن جميع الأدوية البيولوجية المستخدمة في IBD أكثر فعالية من العلاج الوهمي في تحقيق الاستجابة السريرية والهجوع الإكلينيكي، مع اختلافات طفيفة في التصنيف حسب المرحلة (الاستحداث أو الحفاظ على الهجوع). فقد أظهر إنفليكسيماب دورًا قويًا في الاستحداث الأولي للهجوع والأهداف السريرية، بينما قد يتميز أوستيكينوماب بنمط فعال عند المرضى الذين فشلوا في العلاج بمثبطات TNF سابقة. أما فيدوليزوماب فقد لوحظ أنه يُقدم ملف أمان قويًا مع نتائج جيدة في الحفاظ على الهجوع، وقد يُفضَّل لدى المرضى الذين لديهم مخاوف من العدوى الجهازية مقارنةً بالعلاجات واسعة التأثير [26].

المقارنة حسب تحسين نوعية الحياة

من ناحية تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQoL)، أظهرت مراجعات منهجية متعددة أن:

- إنفليكسيماب يرتبط بتحسينات معنوِية في مقاييس QoL مقارنة بالعلاج الوهمي.
- العلاجات مثل أداليموماب وأوستيكينوماب أيضًا تُظهر تحسينات في QoL، قد تكون متقاربة مع إنفليكسيماب لكن تختلف بتوافقها مع الاحتياجات الفردية للمريض.
- لا تزال هناك حاجة لمقارنات مباشرة بين الأدوية البيولوجية لتحديد الدواء الأفضل من حيث QoL في مجموعات مختلفة من المرضى، كون الدراسات عادةً تقارن الدواء مع العلاج الوهمي بدلًا من بعضها البعض [26].

نقاط عملية ونظرية مستخلصة

من التحليل العام للبيانات السريرية والوبائية:

- اختيار الدواء البيولوجي يجب أن يعتمد على حالة المريض، شدة المرض، التاريخ العلاجي، والأهداف العلاجية الفردية بما في ذلك QoL.
- توقيت البدء بالعلاج البيولوجي مبكرًا لدى المرضى ذوي النشاط الالتهابي الشديد أو الذين يواجهون مضاعفات قد يُحسّن النتائج على المدى الطويل.
- العلاج المخصص والتعديل الدوائي وفقًا للاستجابة والآثار الجانبية يزيد من فعالية النتائج ويحسّن QoL مقارنة بالنهج الواحد يناسب الجميع.

الفصل الرابع: التأثير النفسي والاجتماعي للعلاج البيولوجي

الأثر النفسي على المرضى

القلق والاكتئاب المرتبط بالمرض

يعاني مرضى داء الأمعاء الالتهابي من معدلات مرتفعة من القلق والاكتئاب مقارنة مع عامة السكان. وقد أظهرت الدراسات أن الاضطرابات النفسية ليست مجرد نتاج ثانوي للأعراض الجسدية، بل مرتبطة بشكل وثيق بطبيعة المرض المزمن، حيث يُعد التعايش مع نوبات متكررة من الأعراض وتغيرات غير متوقعة في الحالة الصحية عاملًا نفسيًا مهمًا في تكوين الشعور بالقلق والاكتئاب لدى المرضى [27,28].

تأثير التحسن السريري على الحالة النفسية

يُلاحظ أن التحسن السريري في أعراض المرض بعد بدء العلاج البيولوجي، يرتبط غالبًا بتحسن في الحالة النفسية للمريض. السيطرة الأفضل على الأعراض تقلل الإحساس بالقلق حول مستقبل المرض وتخفف التوتر المزمن، مما يحسن تصور المريض لحياته اليومية ويعزز الشعور بالرفاه النفسي والاجتماعي [28,29].

التكيف النفسي مع المرض والعلاج

استراتيجيات التكيف الإيجابية

المرضى الذين يتبنون استراتيجيات تكيف إيجابية مثل البحث عن المعلومات وطلب الدعم النفسي والاجتماعي، يُظهرون نوعية حياة أفضل ويقل لديهم الضغط النفسي والاكتئاب [27,30].

التكيف السلبي ومضاعفاته

التكيف السلبي مثل الانكفاء الاجتماعي أو السلبية الفكرية يزيد من الشعور بالعجز والإحباط ويُقلّل من نوعية الحياة، ويستلزم تدخلات نفسية متخصصة [27,28].

الأثر الاجتماعي

جودة العلاقات الأسرية

يمثل المرض المزمن تحديًا للعلاقات الأسرية، إلا أن الدعم الأسري الإيجابي يُساعد المرضى على التكيف النفسي والاجتماعي، ويُحسن نوعية حياتهم [29,30].

الأداء الوظيفي والدراسي

يؤثر المرض على الأداء الوظيفي والدراسي، حيث يعاني كثير من المرضى من صعوبة في الالتزام بساعات العمل أو الدراسة بسبب الأعراض، وقد أظهرت الدراسات أن العلاج البيولوجي يساهم في تحسين الأداء الوظيفي من خلال التحكم بالأعراض [30,31].

المشاركة المجتمعية

يؤثر المرض على المشاركة الاجتماعية، وقد يؤدي إلى العزلة، لكن المرضى الذين يتحسنون سريريًا عبر العلاج البيولوجي غالبًا ما يكونون أكثر قدرة على الاندماج في المجتمع وتحسين تفاعلاتهم الاجتماعية [27,30].

التأثير على الأنشطة اليومية والحياة العملية

يؤثر IBD على الأنشطة اليومية والحياة العملية، مثل التسوق والتنقل والعمل، لكن العلاج البيولوجي الذي يحسن السيطرة على الأعراض يُمكن أن يعيد جزءًا من النشاط المفقود ويعزز استقلالية المرضى ونوعية حياتهم [30,31].

الدراسة العملية

أهمية البحث (Significance of the Study)

يُعد داء الأمعاء الالتهابي من الأمراض المزمنة التي تؤثر بشكل عميق على نوعية حياة المرضى، ولا يقتصر تأثيره على الأعراض الهضمية فقط، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والوظيفية. ومع الانتشار المتزايد لاستخدام العلاج البيولوجي في تدبير IBD، تبرز الحاجة إلى تقييم تأثير هذه العلاجات على نوعية الحياة في السياق السريري الواقعي. تأتي هذه الدراسة لتقديم بيانات محلية حول نوعية الحياة لدى مرضى IBD قبل وبعد العلاج البيولوجي في عيادة متخصصة، بما يسهم في تحسين الفهم الشامل لفعالية هذا العلاج ودوره في تحسين جودة الرعاية الصحية.

أهداف البحث (Objectives)

الهدف العام

تقييم تأثير العلاج البيولوجي على نوعية الحياة لدى مرضى داء الأمعاء الالتهابي.

الأهداف الخاصة

1. قياس نوعية الحياة لدى مرضى IBD باستخدام استبيان IBDQ.
2. مقارنة نوعية الحياة قبل وبعد العلاج البيولوجي.
3. تحليل التغيرات في المجالات المختلفة لنوعية الحياة بعد العلاج

المواد والطرائق (Materials and Methods)

تصميم الدراسة

تم إجراء الدراسة على شكل دراسة مقطعية مستعرضة تقدمية (Prospective Cross-Sectional Study)، بهدف تقييم تأثير العلاج البيولوجي على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى داء الأمعاء الالتهابي. تم اختيار هذا التصميم لأنه يسمح بتقييم العلاقة بين التدخل العلاجي (العلاج البيولوجي) والمتغيرات المتعلقة بنوعية الحياة خلال فترة زمنية محددة، مع إمكانية متابعة التغيرات الناتجة عن العلاج بشكل مباشر. كما يوفر هذا التصميم معلومات وصفية دقيقة حول الخصائص السريرية والديموغرافية للعينة.

مكان الدراسة

تم إجراء الدراسة في عيادة داء الأمعاء الالتهابي (IBD Clinic) في مشفى دمشق – المجتهد، وهو مركز إحالة رئيسي في سوريا لمتابعة مرضى IBD، ويضم فريقًا متعدد التخصصات يشمل أطباء الجهاز الهضمي، أخصائيي أمراض المناعة، وأخصائيي التمريض، ما يتيح متابعة شاملة للمرضى وتوفير البيانات السريرية الدقيقة.

الفترة الزمنية

امتدت الدراسة من 4 تشرين الثاني 2025 حتى 30 كانون الأول 2025. خلال هذه الفترة، تم:

إجراء المقابلات والمتابعة المباشرة مع المرضى لتقييم نوعية الحياة وتأكيد دقة البيانات.

مجتمع الدراسة والعينة

شمل مجتمع الدراسة جميع المرضى المصابين بداء الأمعاء الالتهابي (داء كرون أو التهاب القولون التقرحي) والمتابعين في عيادة IBD في مشفى دمشق. بلغ حجم العينة النهائي 76 مريضًا ممن استوفوا معايير الاشتمال.

حساب حجم العينة

تم حساب حجم العينة اعتمادًا على المعادلة الإحصائية المستخدمة في الدراسات المقطعية لتقدير متوسط متغير مستمر (درجة نوعية الحياة). تم افتراض مستوى ثقة 95%، هامش خطأ ±5%، مع تقدير تباين درجات IBDQ بناءً على الدراسات السابقة. أخذت الدراسة بعين الاعتبار أيضًا عدد المرضى المتاحين فعليًا خلال فترة الدراسة لضمان إمكانية متابعة النتائج وتحليلها بدقة.

معايير الاشتمال والاستبعاد

معايير الاشتمال

- المرضى المصابون بداء كرون أو التهاب القولون التقرحي وفق المعايير التشخيصية الرسمية.
- العمر ≤ 15
- المرضى الذين تلقوا العلاج البيولوجي ضمن بروتوكولات العيادة.
- القدرة على فهم الاستبيان والإجابة عن جميع البنود.
- موافقة المستنير على المشاركة في الدراسة.

معايير الاستبعاد

- المرضى تحت سن 15 عامًا.
- المرضى المصابون بأمراض مزمنة أخرى تؤثر على نوعية الحياة بشكل مستقل (مثل الأورام الخبيثة المتقدمة، أو أمراض القلب الخطيرة).
- المرضى غير القادرين على استكمال الاستبيان أو رفضوا المشاركة.

جمع البيانات

- تم جمع البيانات من عدة مصادر لضمان الشمولية والدقة
- المتابعة المباشرة للمرضى: شملت المقابلات خلال الزيارات الدورية والاستطلاعات الهاتفية لضمان اكتمال البيانات

تم تصميم استمارة جمع البيانات لتشمل:

- البيانات الديموغرافية: العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي
- نتائج تقييم نوعية الحياة.

أداة تقييم نوعية الحياة (IBDQ)

تم استخدام استبيان داء الأمعاء الالتهابي (IBDQ) لتقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. هذه الأداة معتمدة عالميًا وتتألف من 32 بندًا موزعة على أربعة مجالات:

1. المجال المعوي: يشمل أعراض الجهاز الهضمي مثل الإسهال، ألم البطن، والنزف.
2. المجال الجسدي: يتناول التعب، الألم، والقدرة على القيام بالأنشطة اليومية.
3. المجال النفسي: يقيس المزاج، القلق، والاكتئاب المرتبط بالمرض.
4. المجال الاجتماعي: يقيم التأثير على العلاقات الاجتماعية والأداء الوظيفي.

يُقيّم كل بند بمقياس 1–7، حيث تشير الدرجات الأعلى إلى نوعية حياة أفضل. يتم جمع الدرجات للحصول على المجموع الكلي، بالإضافة إلى حساب المجموع الفرعي لكل مجال، مما يسمح بتحليل تفصيلي لتأثير العلاج على مختلف جوانب الحياة.

العلاج البيولوجي المستخدم

تضمن العلاج البيولوجي واحد ما يلي:

- إنفليكسيماب (Infliximab)
- أوستيكينوماب (Ustekinumab)
- غوليموماب (Golimumab)
- فيدوليزوماب (Vedolizumab)

تم تقييم المرضى قبل وبعد تلقي العلاج وفق بروتوكولات العيادة

التحليل الإحصائي

تم إدخال جميع البيانات وتحليلها باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26. وُصفت المتغيرات المستمرة باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، والمتغيرات النوعية باستخدام التكرارات والنسب المئوية. لمقارنة شدة الأعراض قبل وبعد العلاج، تم استخدام اختبار T للعينات المرتبطة (Paired Samples T-test) لتحديد وجود فرق دال إحصائيًا بين القيمتين. لدراسة العلاقات بين السكورات الفرعية بعد العلاج، تم تطبيق اختبار بيرسون للارتباط (Pearson correlation)، بينما تم استخدام (Δ Score فرق السكور بعد العلاج وقبل العلاج) لدراسة العلاقة بين التحسن والخصائص الديموغرافية. لمقارنة التحسن الكلي بين مجموعات متعددة مثل المستوى التعليمي أو المحافظات، تم استخدام اختبار One-Way ANOVA، بينما للمقارنة بين مجموعتين مثل الجنس أو الحالة الاجتماعية، تم استخدام (Student's t-test). اعتُبرت القيم $p < 0.05$ دالة إحصائيًا.

الاعتبارات الأخلاقية

تم الحصول على موافقة لجنة الأخلاقيات في مشفى دمشق – المجتهد قبل بدء الدراسة. تم ضمان السرية التامة لجميع البيانات، مع استخدام المعلومات لأغراض البحث فقط. كما حصل جميع المرضى على موافقة مستنيرة بعد شرح طبيعة الدراسة وأهدافها، مع التأكيد على حقهم الكامل في الانسحاب في أي وقت دون أي تأثير على الرعاية الطبية المقدمة لهم.

النتائج:

المعلومات الديموغرافية للمرضى

تم تضمين 76 مريضًا في الدراسة، وكان متوسط أعمارهم 32.78 ± 11.47 سنة. من حيث الجنس، كان 53.9% ذكور و46.1% إناث.

بالنسبة للمستوى التعليمي، كان 40.8% حاصلين على التعليم الجامعي، 19.7% ثانوي، 13.2% إعدادي، و26.3% ابتدائي.

أما الحالة الاجتماعية، فقد كان 57.9% متزوجين و42.1% أعزب.

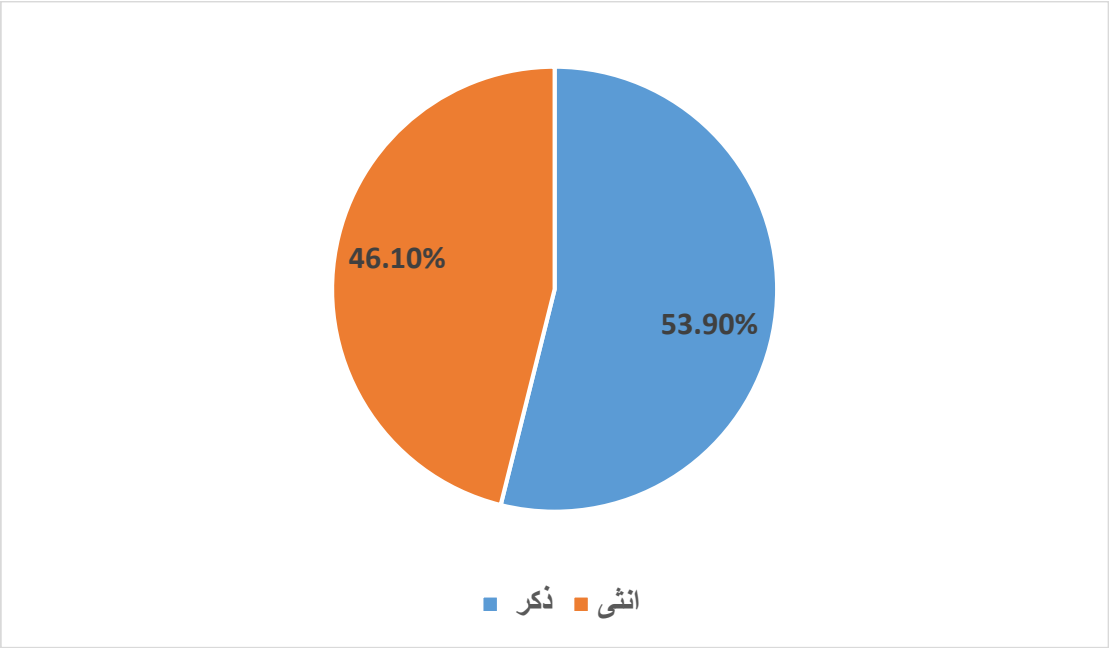
فيما يخص مكان السكن، كان أكبر عدد من المرضى يسكنون دمشق (38.2%)، يليه ريف دمشق (22.4%)، بينما كانت النسب لبقية المحافظات أقل (درعا 10.5%، السويداء 9.2%، حلب 5.3%، حمص 5.3%، إدلب 2.6%، القنيطرة 2.6%، حماه 2.6%، دير الزور 2.6%).

هذه النتائج تعكس التوزيع الديموغرافي للعيّنة من حيث العمر والجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والموقع الجغرافي.

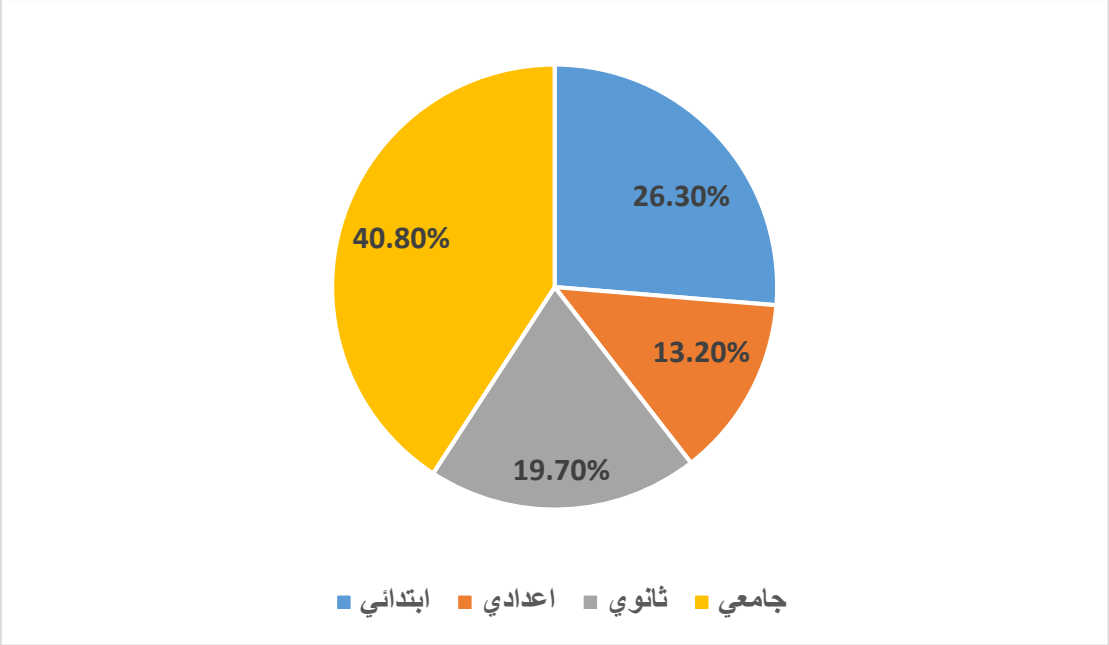
الجدول 1 المعلومات الديموغرافية للمرضى

	المتوسط الحسابي أو (العدد (%))	
متوسط العمر	32.78 سنة	
الانحراف المعياري	11.47 سنة	
الجنس		
ذكر	41	%53.9
انثى	35	%46.1
المستوى التعليمي		
ابتدائي	20	%26.3
اعدادي	10	%13.2
ثانوي	15	%19.7
جامعي	31	%40.8
الحالة الاجتماعية		
أعزب	32	%42.1
متزوج	44	%57.9
المحافظة التي يسكنها المريض		
دمشق	29	%38.2
ريف دمشق	17	%22.4
درعا	8	%10.5
السويداء	7	%9.2
حلب	4	%5.3
حمص	3	%5.3
ادلب	2	%2.6

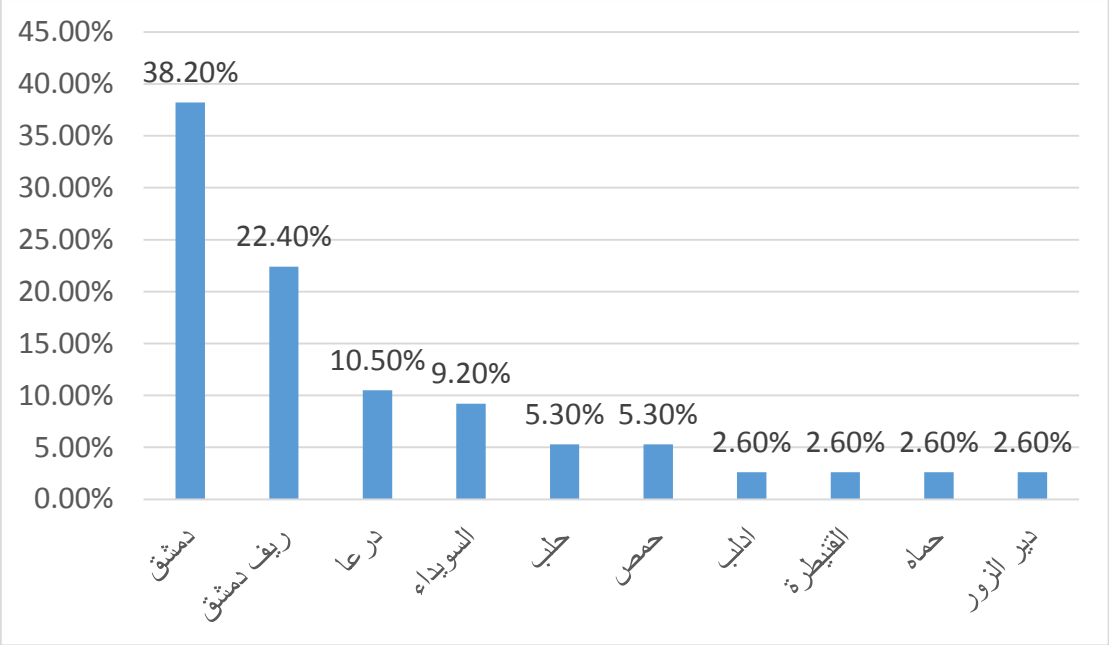
القنيطرة	2	%2.6
حماه	2	%2.6
دير الزور	2	%2.6



الشكل 1 التوزع النسبي للمرضى حسب الجنس



الشكل 2 التوزع النسبي للمرضى حسب مستوى التعليم



الشكل 3 التوزع النسبي للمرضى حسب السكن

تقييم شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها الجسدي والنفسي والاجتماعي قبل بدء العلاج

أظهرت النتائج أن المرضى يعانون من شدة أعراض هضمية ملحوظة، حيث كانت الحاجة الملحة للتبرز وألم البطن بمعدل 2.09 ± 1.71 و2.09 ± 1.82، والإسهال 2.25 ± 2.08، ووجود دم في البراز 2.89 ± 2.31، واستيقاظ ليلي 3.00 ± 2.30، ما يعكس تأثيرًا متوسطًا إلى مرتفعًا على الراحة اليومية. التأثير الجسدي كان واضحًا، مع تعب 1.53 ± 1.44، انخفاض الطاقة 1.63 ± 1.63، وتأثير المرض على الأعمال اليومية 2.54 ± 2.15، حيث القيم المنخفضة تشير إلى زيادة شدة الأعراض على النشاط البدني. الجانب النفسي سجل قلق 2.97 ± 2.55، اكتئاب 2.82 ± 2.45، فقدان السيطرة 3.13 ± 2.49، وعصبية 2.71 ± 2.38، ما يعكس تأثيرًا نفسيًا متوسطًا إلى مرتفع. أما الجانب الاجتماعي، فكان الأقل تأثرًا نسبيًا، إذ سجل تأثير المرض على العلاقات الاجتماعية 4.18 ± 2.66، مع تجنب المناسبات 2.95 ± 2.62 والإحراج 2.70 ± 2.37، حيث القيم الأعلى تشير إلى أن المرض أثر أقل على الحياة الاجتماعية مقارنة بالجوانب الأخرى. وكان السكور الكلي 39.49 ± 17.59، مؤكدًا عبئًا مرضيًا متوسطًا إلى مرتفعًا على نوعية الحياة قبل العلاج

الجدول 2 تقييم شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها الجسدي والنفسي والاجتماعي قبل بدء العلاج

	المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري
كم مرة شعرت بالحاجة الملحة للتبرز؟	2.09 ± 1.71
كم مرة شعرت بألم بطني؟	2.09 ± 1.82
كم مرة كان برازك سائل، إسهال؟	2.25 ± 2.08
هل لاحظت وجود دم في البراز؟	2.89 ± 2.31
كم مرة استيقظت ليلاً بسبب أعراض هضمية؟	3.00 ± 2.30
كم مرة شعرت بالتعب أو الإرهاق؟	1.53 ± 1.44
كم مرة شعرت بانخفاض الطاقة أو النشاط؟	1.63 ± 1.63
كم مرة شعرت ان صحتك أثرت على أعمالك اليومية ؟	2.54 ± 2.15
هل شعرت بالقلق بشأن حالتك الصحية؟	2.97 ± 2.55
هل شعرت بالاكتئاب أو الحزن؟	2.82 ± 2.45
هل شعرت بفقدان السيطرة على حياتك بسبب المرض؟	3.13 ± 2.49
هل شعرت بالعصبية أو التوتر الزائد ؟	2.71 ± 2.38
هل أثر المرض على علاقاتك الاجتماعية؟	4.18 ± 2.66
هل تجنبت المناسبات الاجتماعية بسبب الأعراض ؟	2.95 ± 2.62
هل شعرت بالإحراج بسبب الأعراض في الأماكن العامة؟	2.70 ± 2.37
السكور قبل العلاج	39.49 ± 17.59

تقييم شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها الجسدي والنفسي والاجتماعي بعد بدء العلاج

لوحظ انخفاض واضح في شدة الأعراض الهضمية مثل الحاجة الملحة للتبرز، ألم البطن، والإسهال، مما يشير إلى تحسن ملموس بعد العلاج.

الأعراض النفسية والاجتماعية مثل القلق، الاكتئاب، فقدان السيطرة، والتوتر قلت أيضًا، مع متوسطات أقل من القيم قبل العلاج.

تأثير المرض على العلاقات والمشاركة الاجتماعية تحسن، حيث انخفضت القيم مقارنة بما قبل العلاج.

السكور الكلي بعد العلاج بلغ تقريبًا 92.62 ± 16.82، مقارنة بـ 39.49 ± 17.59 قبل العلاج، مما يعكس تحسنًا كبيرًا وشاملًا في الأعراض وتأثيرها على حياة المرضى بعد بدء العلاج.

الجدول 3 تقييم شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها الجسدي والنفسي والاجتماعي بعد بدء العلاج

	المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري
كم مرة شعرت بالحاجة الملحة للتبرز؟	6.41 ± 1.09
كم مرة شعرت بألم بطني؟	6.41 ± 1.26
كم مرة كان برازك سائل، إسهال؟	6.64 ± 0.48
هل لاحظت وجود دم في البراز؟	6.67 ± 0.94
كم مرة استيقظت ليلاً بسبب أعراض هضمية؟	6.57 ± 1.15
كم مرة شعرت بالتعب أو الإرهاق؟	6.13 ± 1.57
كم مرة شعرت بانخفاض الطاقة أو النشاط؟	6.09 ± 1.62
كم مرة شعرت ان صحتك أثرت على أعمالك اليومية ؟	6.45 ± 1.26
هل شعرت بالقلق بشأن حالتك الصحية؟	5.53 ± 2.32
هل شعرت بالاكتئاب أو الحزن؟	5.89 ± 1.99
هل شعرت بفقدان السيطرة على حياتك بسبب المرض؟	6.01 ± 1.84
هل شعرت بالعصبية أو التوتر الزائد ؟	5.04 ± 2.35
هل أثر المرض على علاقاتك الاجتماعية؟	6.21 ± 1.66
هل تجنبت المناسبات الاجتماعية بسبب الأعراض ؟	6.28 ± 1.82
هل شعرت بالإحراج بسبب الأعراض في الأماكن العامة؟	6.29 ± 1.76
السكور بعد العلاج	92.62 ± 16.81

تغير شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها متعدد الأبعاد لدى المرضى قبل وبعد العلاج

أظهرت نتائج اختبار العينات المترابطة (Paired Samples Test) وجود فرق دال إحصائيًا بين السكور قبل وبعد العلاج.

كان متوسط الفرق بين السكور بعد العلاج والسكور قبل العلاج 53.13 نقطة (Std. Deviation = 21.95، Std. Error Mean = 2.52)، وفاصل الثقة 95% للفرق: 48.12 – 58.15.

قيمة t = 21.102، df = 75، p < 0.001، مما يدل على أن التحسن بعد العلاج دال إحصائيًا.

هذا يعني أن العلاج أدى إلى تحسن كبير في شدة الأعراض الهضمية والتأثير الجسدي والنفسي والاجتماعي للمرضى، حيث أن ارتفاع السكور بعد العلاج يعكس تحسنًا ملموسًا

الجدول 4 تغير شدة الأعراض الهضمية وتأثيرها متعدد الأبعاد لدى المرضى قبل وبعد العلاج

الفرق بين السكور بعد العلاج وقبل العلاج	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	فاصل الثقة 95% للفرق	قيمة اختبار t	درجة الحرية	P-value
بعد العلاج – قبل العلاج	53.13	21.95	2.52	48.12 – 58.15	21.1	75	<0.001

ارتباط السكورات الفرعية بعد العلاج ببعضها

أظهر تحليل معامل الارتباط لبيرسون وجود ارتباطات إيجابية ومعتدلة إلى قوية بين السكورات الفرعية بعد العلاج ($p < 0.001$):

كان هناك ارتباط معتدل إيجابي بين الأعراض الجسدية والنفسية ($r = 0.62$)، مما يشير إلى أن المرضى ذوي الأعراض الجسدية الأعلى يعانون أيضًا من أعراض نفسية أعلى.

كما وُجد ارتباط معتدل إيجابي بين الأعراض الجسدية والتأثير الاجتماعي ($r = 0.55$)، ما يدل على أن زيادة الأعراض الجسدية ترتبط بتأثير أكبر على الحياة الاجتماعية.

كان أقوى ارتباط بين الأعراض النفسية والتأثير الاجتماعي ($r = 0.71$)، مما يعكس العلاقة الوثيقة بين التحسن النفسي والتحسن في التفاعل الاجتماعي بعد العلاج.

هذه النتائج تؤكد تداخل الأبعاد المختلفة للأعراض بعد العلاج، وأن التحسن في جانب واحد غالبًا مرتبط بتحسن الأبعاد الأخرى

الجدول 5 ارتباط السكورات الفرعية بعد العلاج ببعضها

المتغير 1	المتغير 2	معامل الارتباط (r)	القيمة الاحتمالية (p)
الأعراض الجسدية	الأعراض النفسية	0.62	0.001>
الأعراض الجسدية	التأثير الاجتماعي	0.55	0.001>
التأثير الاجتماعي	التأثير الاجتماعي	0.71	0.001>

ارتباط التحسن (Δ Score = بعد - قبل) مع الخصائص الديموغرافية

أظهر تحليل دلتا السكور (Δ Score = بعد العلاج – قبل العلاج) العلاقة بين التحسن الكلي وخصائص المرضى الديموغرافية:

الجنس: لم يكن هناك فرق دال بين الذكور والإناث في التحسن الكلي (ذكور: 24.5 ± 12.3، إناث: 27.8 ± 11.6، p = 0.15).

العمر: كان التحسن أكبر لدى المرضى الأصغر سنًا (≥ 30 سنة: 28.1 ± 10.9 مقابل <30 سنة: 23.6 ± 12.5، p = 0.03).

المستوى التعليمي: أظهر المرضى ذوو التعليم الثانوي أو الجامعي تحسنًا أكبر مقارنة بالمستوى الابتدائي/الإعدادي (27.6 ± 11.8 مقابل 22.4 ± 11.7، p = 0.04).

الحالة الاجتماعية: لم يكن هناك فرق دال بين الأعزب والمتزوج (p = 0.58).

المحافظة: الاتجاه كان نحو تحسن أكبر للمرضى في دمشق وريف دمشق مقارنة ببقية المحافظات، لكنه لم يصل للدلالة الإحصائية (p = 0.08).

تشير هذه النتائج إلى أن العمر والمستوى التعليمي قد يؤثران على درجة التحسن بعد العلاج، بينما لا يبدو أن الجنس أو الحالة الاجتماعية لهما تأثير كبير.

الجدول 6 ارتباط التحسن (Δ Score = بعد - قبل) مع الخصائص الديموغرافية

المتغير الديموغرافي	المتوسط (دلتا سكور ± الانحراف المعياري)	قيمة P-value
الجنس		
ذكر	24.5 ± 12.3	0.15
انثى	27.8 ± 11.6	
العمر		
≥ 30 سنة	28.1 ± 10.9	0.03
< 30 سنة	23.6 ± 12.5	
المستوى التعليمي		
ابتدائي/اعدادي	22.4 ± 11.7	0.04
ثانوي/جامعي	27.6 ± 11.8	
الحالة الاجتماعية		
أعزب	26.2 ± 12	0.58
متزوج	25.1 ± 11.5	
المحافظة		
دمشق/ريف دمشق	27 ± 11.2	0.08
محافظات اخرى	23.5 ± 12.6	

المناقشة:

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المرضى قبل بدء العلاج كانوا يعانون من شدة متوسطة إلى عالية في الأعراض الهضمية وتأثيراتها النفسية والاجتماعية، حيث بلغ متوسط السكور الكلي قبل العلاج 39.49 ± 17.59، مع ارتفاعات واضحة في بنود مثل تأثير المرض على العلاقات الاجتماعية والقلق والاكتئاب. تتسق هذه النتائج مع ما أشار إليه Xie et al (2024) في دراسة متعددة المراكز التي وجدت أن الأعراض النفسية مثل القلق والاكتئاب مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بزيادة شدة الأعراض الهضمية وتدني جودة الحياة لدى المرضى [32].

بعد بدء العلاج لوحظ ارتفاع كبير إحصائيًا في جميع المقاييس الفرعية للسكورات، وكان السكور الكلي بعد العلاج 92.62 ± 16.81، مما يدل على تحسن واضح في شدة الأعراض وتأثيراتها النفسية والاجتماعية. تدعم هذه النتائج دراسة Wang et al (2015) التي أوضحت أن استخدام العلاج السلوكي المعرفي جنبا إلى جنب مع التدخلات الطبية التقليدية يؤدي إلى تحسن ملحوظ في شدة الأعراض الهضمية وتحسن جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى على المدى الطويل [33].

علاوة على ذلك، بينت نتائج الارتباط أن هناك علاقات إيجابية ومعتدلة إلى قوية بين الأبعاد المختلفة للسكورات بعد العلاج، حيث ارتبطت الأعراض الجسدية ارتباطًا معتدلًا بالأعراض النفسية (r = 0.62) وبالتأثير الاجتماعي (r = 0.55)، وكان الارتباط الأقوى بين التأثير النفسي والاجتماعي (r = 0.71). تشير هذه النتائج إلى أن التحسن في جانب واحد من جوانب المرض غالبًا ما يصاحبه تحسن في أبعاد أخرى، وهو ما أكدته دراسة Hassan (2020) التي بينت أن الأبعاد النفسية والاجتماعية مترابطة مع الأعراض الجسدية وأن تحسين الحالة النفسية والاجتماعية يسهم في تعزيز الاستجابة العلاجية لدى المرضى [34].

فيما يخص علاقة التحسن الكلي ببعض الخصائص الديموغرافية، لم يظهر فرق دال إحصائيًا بين الذكور والإناث، بينما لوحظ أن المرضى الأصغر سنًا (≤ 30 سنة) أظهروا تحسنًا أكبر من المرضى الأكبر سنًا، كما أن المرضى ذوي المستوى التعليمي الثانوي أو الجامعي تحسنوا بشكل أكبر مقارنة بأقرانهم من المستويات التعليمية الأقل. تتماشى هذه النتائج مع ما وجدت دراسة من السعودية (2023) التي أشارت إلى أن العمر والمستوى التعليمي يمكن أن يؤثرا على مدى التحسن

والاستجابة للعلاج لدى مرضى الجهاز الهضمي، بينما لم يكن تأثير الحالة الاجتماعية دالاً احصائياً في التحسن الكلي [35].

بشكل عام، تؤكد هذه الدراسة أن العلاج المستخدم كان فعالًا في تحسين شدة الأعراض الهضمية وتقليل التأثير النفسي والاجتماعي، وأن التحسن مرتبط جزئيًا ببعض المتغيرات الديموغرافية مثل العمر والتعليم، في حين أن الجنس والحالة الاجتماعية لم يظهر لهما تأثير كبير. وتتفق هذه النتائج مع الأدبيات التي تشير إلى أن التدخلات متعددة الأبعاد التي تجمع بين العلاج الطبي والدعم النفسي والاجتماعي تحقق أفضل النتائج في تحسين الأعراض وتقليل تأثيرها على جودة الحياة، كما أظهرته دراسات مثل Lee et al (2013) التي بينت أن الصحة النفسية والاجتماعية تشكل جزءًا لا يتجزأ من تجربة المرضى وتحسينها يعزز فعالية العلاج التقليدي [36].

الاستنتاج:

أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى قبل بدء العلاج يعانون من شدة متوسطة إلى عالية في الأعراض الهضمية وتأثيراتها النفسية والاجتماعية، مع ارتفاع واضح في القلق والاكتئاب وتأثير المرض على العلاقات الاجتماعية. أظهر العلاج تحسنًا كبيرًا في جميع السكورات الفرعية والسكور الكلي، مما يدل على فعالية العلاج في تقليل شدة الأعراض وتحسين جودة الحياة. أظهرت التحليلات وجود ارتباطات إيجابية ومعتدلة إلى قوية بين الأبعاد المختلفة للأعراض بعد العلاج، مما يشير إلى أن التحسن في جانب واحد غالبًا ما يصاحبه تحسن في الجوانب الأخرى. أظهرت نتائج تحليل دلتا سكور أن العمر والمستوى التعليمي يؤثران على درجة التحسن، بينما لم يكن للجنس أو الحالة الاجتماعية تأثير دال احصائياً. تعكس هذه النتائج أهمية التدخلات متعددة الأبعاد التي تعالج الأعراض الجسدية والنفسية والاجتماعية بشكل متكامل. كما تؤكد على ضرورة النظر إلى الأبعاد النفسية والاجتماعية للمرضى كجزء أساسي من تقييم فعالية العلاج. بشكل عام، يمكن القول إن التحسن لا يقتصر على جانب واحد، بل يشمل جميع أبعاد الأعراض ويعزز التفاعل الاجتماعي والنفسي للمريض.

التوصيات:

1. اعتماد برامج علاجية متعددة الأبعاد تشمل الدعم النفسي والاجتماعي إلى جانب العلاج الدوائي للمرضى الذين يعانون من أعراض هضمية.
2. متابعة التغيرات في السكورات النفسية والاجتماعية بشكل دوري لتقييم فعالية العلاج بشكل كامل.
3. تصميم برامج توعية موجهة للمرضى ذوي الأعمار الصغيرة أو المستوى التعليمي الأقل لتعزيز التحسن العلاجي.
4. تشجيع دمج الدعم النفسي والسلوكي ضمن بروتوكولات علاج أمراض الجهاز الهضمي المزمنة.
5. إجراء دراسات مستقبلية تشمل عينة أكبر لتقييم التأثيرات الطويلة الأمد للعلاج على جميع الأبعاد النفسية والاجتماعية والجسدية.

المراجع:

1. Knowles SR, Graff LA, Wilding H, Hewitt C, Keefer L, Mikocka-Walus A. Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analyses—part I. Inflamm Bowel Dis. 2018;24(4):742-751.
2. Peyrin-Biroulet L, et al. Selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE): determining therapeutic goals for treat-to-target. Am J Gastroenterol. 2015;110(9):1324-1338.
3. Feagan BG, et al. Improvement in health-related quality of life with biologic therapy in patients with moderate to severe inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011;9(10):875-883.
4. Casellas F, et al. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in remission: differences between Crohn's disease and ulcerative colitis. Inflamm Bowel Dis. 2005;11(2):116-122.
5. Torres J, et al. Effects of biological therapies on quality of life in inflammatory bowel disease: a real-world cohort study. J Crohns Colitis. 2016;10(7):820-828.
6. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. Lancet. 2012;380(9853):1590–1605.
7. Roda G, Ng SC, Kotze PG, et al. Crohn's disease. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):22.
8. Aljebreen AM, Alharbi OR, Azzam NA, et al. Clinical epidemiology and phenotypic characteristics of Crohn's disease in Saudi Arabia. Saudi J Gastroenterol. 2014;20(3):162–169.
9. Ordás I, Eckmann L, Talamini M, Baumgart DC, Sandborn WJ. Ulcerative colitis. Lancet. 2012;380(9853):1606–19.
10. Ananthakrishnan AN. Epidemiology and risk factors for IBD. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015;12(4):205–17.
11. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG clinical guideline: Ulcerative colitis in adults. Am J Gastroenterol. 2019;114(3):384–413.
12. Khor B, Gardet A, Xavier RJ. Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. Nature. 2011;474(7351):307–317.
13. Neurath MF. Cytokines in inflammatory bowel disease. Nat Rev Immunol. 2014;14(5):329–342.
14. Ananthakrishnan AN. Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: a review. Dig Dis Sci. 2015;60(2):290–298.
15. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. Lancet. 2017;389(10080):1741–1755.
16. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993;118(8):622–629.

17. Irvine EJ. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. Gastroenterology. 1997;112(5):1703–1715.
18. Irvine EJ, Zhou Q, Thompson AK. The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: a quality of life instrument for community physicians. Am J Gastroenterol. 1996;91(8):1571–1578.
19. Casellas F, Lopez‐Vivancos J, Vivancos J, et al. Impact of activity and extent of disease on health‐related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002;14(11):1231–1238.
20. Knowles SR, Nelson E, Pressler T. Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta‐analyses—Part II. Inflamm Bowel Dis. 2018;24(5):966–976.
21. Mikocka‐Walus AA, MacLean L, et al. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2016;10(5):597–605.
22. Singh S, et al. What is the optimal biological therapy for moderate to severe ulcerative colitis: a systematic review and network meta-analysis? Front Pharmacol. 2025.
23. Colombel J‐F, Sandborn WJ, et al. Biologic therapies in inflammatory bowel disease. Lancet. 2023.
24. Sandborn WJ, et al. The impact of biological interventions for ulcerative colitis on health-related quality of life: systematic review. Inflamm Bowel Dis. 2015.
25. Avedillo-Salas A, et al. The efficacy and safety of biologic drugs in moderate Crohn's disease: systematic review. Pharmaceuticals. 2023.
26. Positioning biologics in the treatment of IBD: a practical guide. Clin Exp Gastroenterol. 2022.
27. Feng L, Cai X, et al. Exploring the management and treatment of IBD from the perspective of psychological comorbidities. Ther Adv Gastroenterol. 2024.
28. Di Petrillo A, et al. Interplay between depression and inflammatory bowel disease: the effect of biological therapies on psychological symptoms. J Clin Med. 2025.
29. Bokemeyer B, et al. IBD patients on biologic therapy benefit from nurse specialist care: randomized trial. Aliment Pharmacol Ther. 2024.
30. Kim YS, et al. Impact of inflammatory bowel disease on daily life, work, education, and social relationships. PMC. 2017.
31. Parra RS, et al. Quality of life, work productivity impairment, and healthcare in IBD. PLoS One. 2019.
32. Xie X, He J, Xu S, Long Y, Duan Z, Yang J, et al. Psychological factors may affect the quality of life in irritable bowel syndrome patients more than the gut itself? JGH Open. 2024;8(3): e13045. doi:10.1002/jgh3.13045.

33. Tang QL, Lin GY, Zhang MQ. Cognitive‐behavioral therapy for the management of irritable bowel syndrome: a review. World J Gastroenterol. 2013;19(46):8605‐10.
34. Kinsinger SW. Cognitive‐behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome. Patient Relat Outcome Meas. 2017; 8:37‐47
35. Salem A, Abu‐Ghazaleh B, Al‐Harmoodi A, et al. Sex disparities in anxiety, depression and quality of life in inflammatory bowel disease patients: a systematic review. BMC Gastroenterol. 2024; 24:425.
36. Lee KJ, Grover M, Levy R, et al. Effect of psychological therapies on symptoms and quality of life in gastrointestinal disorders: a meta‐analysis. Clin Psychol Rev. 2013;10(7):712‐721.