الجمهوريـة الجزائـريـة الديمقراطيـة الشعبية

وزارة التعليـم العالـي والبحـث العلمـي

جامعة محمد بوضياف -المسيلة

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

الاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بمرض السكري

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الليسانس في شعبة عمل النفس

تخصص :علم النفس العيادي

إعداد الطالب(ة):

*- بارة أمينة

*- شيحي حسينة

إشراف الأستاذ(ة):

- بورنان سامية

السنة الجامعية: 2020/2019

الفهرس

I. الفصل الاول 5

1- الإشكالية: 5

2_الفرضية: 7

3_تحديد المصطلحات: 7

3_1: داء السكري (Diabetes Mellilus): 7

3_2 :التعريف الإجرائي : 7

3_3:الانسولين 7

3_4: الاكتئاب: 7

4- الفرضية العامة: 8

5-أسباب اختيار الموضوع: 8

6- أهمية الدراسة: 8

7- أهداف الدراسة: 8

8- الدراسات السابقة: 9

II. الفصل الثاني : 10

تمهيد: 11

1- لمحة تاريخية: 11

2- تعريف الاكتئاب: 12

3- النظريات المفسرة للاكتئاب: 13

3-1- النظرية البيولوجية للاكتئاب: 13

3-1-1: التفسير الوراثي 13

3-1-2: التفسير الفيزيولوجي 14

3-2- النظرية المعرفية: 14

3-3- النظرية السلوكية: 15

3-4- الاتجاه الحديث في تفسير الاكتئاب: 16

4- أسباب الاكتئاب: 17

4-1- الأسباب الوراثية: 18

4-2- الأسباب النفسية: 18

3-4- أسباب بيئية اجتماعية:.....19
5- أعراض الاكتئاب:.....20
5-1- الأعراض الجسمية:.....20
5-2- الأعراض النفسية:.....21
5-3- أعراض المزاج:.....21
5-4- أعراض الدافعية:.....21
5-5- الأعراض المعرفية:.....21
6- تصنيف الاكتئاب:.....21
6-1- الاكتئاب العادي:.....22
6-2- الاكتئاب الإكلينيكي:.....22
7- تشخيص الاكتئاب:.....26
8- علاج الاكتئاب:.....27
8-1- العلاج الكيميائي :.....27
8-2- العلاج النفسي التحليلي:.....27
8-3- العلاج السلوكي:.....28
8-4- العلاج السلوكي المعرفي:.....29
8-5- العلاج البيئي:.....29
8-6- العلاج الكهربائي:.....30
خلاصة الفصل:.....30
III. الفصل الثالث :.....31
تمهيد.....31
أولا:نبذة تاريخية عن داء السكري.....32
.ثانيا:الوقائع الرئيسية حسب منظمة الصحة العالمية لعام2015.....33
ثالثا :وظيفة البنكرياس.....34
ربعا :تعريف داء السكري.....34
خامسا:هل السكر وراثي أو مكتسب من البيئة؟.....35
سادسا:أنواع داء السكري.....36
سابعا:طرق و أساليب معرفة الإنسان بإصابته بالسكري.....37
ثامنا:فحص نسبة السكر في الدّم ومدى أهميته.....38
تاسعا:أعراض داء السكري.....39
عاشرا .مضاعفات داء السكري.....39
حاديا عشر:التأثيرات الأخرى لداء السكري.....40
أثنى عشر:نصائح هامة لمرضى السكري (النمط الثاني.).....40
ثالثة عشر:الوقاية من مرض السكري.....41
IV. الفصل الرابع 42
الإجراءات المنهجية المتبعة في دراسة الحالات 42
تمهيد.....42
أولا: الدراسة الاستطلاعية و مجرياتها 42

1_أهمية الدراسة الاستطلاعية , ...42
2_اجراء الدراسة الاستطلاعية. 42
3_ عينة لدراسة االستطلاعية , ...42
4_أداة القياس, ...42
5_ المجال الزمني و المكاني لدراسة الاستطلاعية , ...42
ثانيا: منهج البحث وأدواته و اجرتراءته. 42
ثالثا: مصادر جمع المعلومات. 42
1_الملاحظة 42
2_المقابل 42
3_الاختبارات النفسية 42
-اختبار بيك للاكتئاب 42
أولا : دراسة الحالات و علاجها 51
مناقشة الفرضيات الجزئية: 57
استنتاج عام : 58
خاتمة: 60

I. الفصل الاول

1- الإشكالية:

أوضحت العديد من الدراسات أن نسبة انتشار الاضطراب الاكتئابي الأساسي تصل إلى 4.9%، أما نسبة انتشار الاكتئاب المزمن فتصل إلى 33%، كما يشير الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية أن نسبة التعرض مدى الحياة للإصابة بالاكتئاب في مرحلة الرشد تتراوح بين 10–25% لدى السيدات وبين 5–12% لدى الرجال، ومما يجب الإشارة إليه أنه توجد اختلافات في وجهات النظر حول الفروق الجنسية في الإصابة بالاكتئاب، ومن ذلك فإن الحظ العام للنتائج مازال يوضح أن نسبة انتشار الاضطرابات الاكتئابية لدى النساء أكبر منها لدى الرجال، وتؤكد هذه النتائج دراسات كل من "**تولفسون**" (1992)، ودراسة "**غريب عبد الفتاح غريب**" (1993).

(مجدي محمد الدسوقي، 2002، ص20–21)

لذلك أردنا في هذا البحث معرفة ما إذا كانت الاصابة داء السكري تؤدي الى استجابة اكتئابية لدى المرضى.

أشارت التقديرات إلى إصابة 422 مليون شخص بالغ بالسكري على الصعيد العالمي في عام 2014 مقارنة بإصابة 108 ماليين شخص في عام 1980 .وكاد معدل االنتشار العالمي)الموحد حسب السن(للسكري يتضاعف منذ عام 1980 إذ ارتفع من ٪7.4 إلى ٪5.8 لدى السكان البالغين. مما ينم عن زيادة في عوامل الخطر المرتبطة بالسكري مثل المعاناة من فرط الوزن أو البدانة. وكان ارتفاع معدل انتشار السكري في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أسرع من ارتفاعه في البلدان المرتفعة الدخل خالل العقد الماضي .ّب السكري وفاة 5.1 مليون شخص في وسب عام 2012 .وأسفر مستوى الغلوكوز في الدم ألعلى من المستوى ألمثل عن وفاة 2.2 مليون شخص آخر بزيادة مخاطر إلصابة بأمراض القلب وألوعية الدموية أو بأمراض أخرى. وتحدث نسبة 43 في المائة من حاالت الوفاة هذه التي يبلغ مجموعها 7.3 ماليين حالة وفاة قبل بلوغ 70 سنة من العمر. والنسبة المئوية لحاالت الوفاة التي تنجم عن ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم أو عن السكري وتحدث قبل بلوغ 70 سنة من العمر في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط هي أعلى من النسبة المسجلة في البلدان المرتفعة الدخل

(تقرير العالمي عن السكر منظمة الصحة العالمية2016)

ونظرا للعدد الهائل من المصابين في الجزائر بمرض داء السكري المزمن يستدعي الأمر التدخل من الناحية الطبية وكذلك من الناحية النفسية حيث يشعر المريض بالاكتئاب نتيجة الشعور بالفشل والاحتقار والتبعية، فقدان القيمة وتكوين نظرة سلبية اتجاه المحيط الذي يعيش فيه، وأنه شخص غير فعال وغير مفيد. فالأمراض الجسمية مهما كانت مرتبطة بالعجز الجسمي فإنها تؤثر على الحالة النفسية والانفعالية للإنسان، وهذا ما أكدته دراسة الباحث "**بندر**" **(Pender)** سنة 1982 حيث ربط بين الصحة وتقدير الذات، فهو يرى إذا وصل الفرد إلى درجة قصوى من الطاقة سيحقق ذلك، وذلك من خلال حالته الصحية.

(عثمان يخلف، 2002، ص07)

وكذلك فقد اهتم الباحثون بدراسة الجانب النفسي في الاضطرابات السيكوسوماتية التي يؤثر فيها الاضطراب الجسمي على الناحية النفسية بصورة واضحة، وقد بينت الدراسات العلمية أهمية الجانب النفسي وتأثيره على تثبيت الاضطراب الجسمي وزيادة خطورته من جهة، والتحليل من الشفاء والتحقيق من المرض من جهة أخرى.

(كيلهولن في بلعزوق جميلة، 1991)

يرى "**برنار**" (1980): أن كل مرض أو عدوى مهما كانت بسيطة فإنها تنتج حالة اكتئاب.

(عطوف محمد ياسين، 1986، ص98)

أما "**بيك**" (1967): أن الاكتئاب يظهر بكل خصوصياته نتيجة مرض جسمي معين خاصة إذا كان الاضطراب مزمنا أو خطيرا، فالإصابة المفاجئة بهذا الاضطراب الجسمي تصاحبه استجابة اكتئابية ذات علاقة مع ظواهر نفسية كتدهور الصحة، الخوف من عدم الشفاء وتطور المرض إلى الأخطر والخوف من تغيير نمط الحياة السابقة، كما أن طول مدة المرض تنعكس سلبا على المريض.

(Sheinder, 1980, p96)

وغالبا ما تصاحب الأمراض العضوية اضطرابات وحالات نفسية، منها: الخوف، الحزن الشديد، التشاؤم، القلق، الاكتئاب، لكن عندما تتحسن الحالة الصحية للمصاب نسجل اختفاء مختلف هذه الأمراض، لكن الأمر ليس كذلك بالنسبة لمرضي السكري أين يكون الأمل في الشفاء منخفضا .

لذلك أردنا في هذا البحث معرفة ما إذا كانت الإصابة بداء السكري تؤدي إلى استجابة اكتئابية لدى المرضى عن طريق طرح السؤال التالي:

هل تؤدي الإصابة بداء السكري إلى ظهور استجابة اكتئابية لدى المصابين؟

2_الفرضية:

تؤدي الإصابة بمرض السكري إلى ظهور استجابة اكتئابية لدى المصابين.

3_تحديد المصطلحات:

3_1: داء السكري (Diabetes Mellilus):

خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص افراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه ، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربيوهيدرات والبروتينات والدهون.

3_2 :التعريف الإجرائي :

داء السكري مرض مزمن وغير معد ويصيب جميع الأشخاص بمختلف الأعمار وتزداد معدلات الإصابة به بتقدم العمر و من اهم مسبباته النقص الكلي او الجزئ للانسولين .

3_3:الانسولين :

لإنسولين هو هرمون يساعد الجسم على استخدام الغلوكوز للحصول على الطاقة، ويتم إنتاجه من قبل خلايا بيتا في البنكرياس. ويدخل الإنسولين السكر الموجود في الدم (الغلوكوز) إلى الخلايا.

Smeltzer. S & Bare. B, 2000, 1112)

3_4: الاكتئاب:

يعرّف "**غريب عبد العظيم الطويل**" الاكتئاب "حالة من الألم النفسي مصحوبا بالإحساس وبالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقص في النشاط العقلي والحركي".

(غريب عبد العظيم الطويل، 1985، ص193)

3_5:الاستجابة الاكتئابية:

تعرّف "**Ciba**" الاستجابة الاكتئابية الشخصية "تعود مرضيا لمحيط غير ملائم أو لصدمة نفسية هامة، كما أن مفهوم الاستجابة الاكتئابية يتجلى في حل العلاقات ذات المظاهر الاكتئابية الناتجة عن حدث مؤلم أو صدمة حيوية شاذة، وفي الاستجابة الاكتئابية العامل المفجر خارجي المنشأ، كما أن هذه الحالة ذات علاقة مباشرة مع الحادث الخارجي، مع الوضعية المصدومة مثل: الكوارث الطبيعية، عدم الطمأنينة، صدمات نتيجة مشاكل اجتماعية مهينة، والاستجابة الاكتئابية تعتمد على أهمية الصدمة والعلاقة اللحظية بين هذه الصدمة وحدوث الاكتئاب عند الفرد دون سوابق مرضية".

(Ciba, 1983, p82)

_ سؤال الإشكالية:

هل الإصابة بمرض السكري يؤدي إلى ظهور استجابات اكتئابية لدى المريض؟

4- الفرضية العامة:

تظهر استجابات اكتئابية لدى مرضي داء السكري .

5-أسباب اختيار الموضوع:

- نقص الاهتمام بهؤلاء المرضى من الناحية النفسية.
- الانتشار الكبير لهذا المرض.

6- أهمية الدراسة:

تهتم هذه الدراسة بالأفراد المصابين بمرضي السكري وعائلتهم التي تعاني وهي غير واعية في كيفية تقبّل المرض وتدعيم أفرادها المصابين، وكما يهم المختصين في هذا المجال (مختصين نفسيين أو اجتماعيين) أو الجمعيات الخيرية التي تعمل على مساعدة هؤلاء المرضى، وإلى كل الأطراف التي يهمها مساعدة هؤلاء المرضى معنويا، وعاطفيا.

7- أهداف الدراسة:

نهدف من خلال بحثنا هذا إلى تحقيق عدة أهداف، ولعل أهمها معرفة نسبة الاستجابة الاكتئابية لدى مرضى المصابين بسكري وكذا معرفة كيفية هؤلاء المرضى مع مرض داء السكري ومعرفة مدى تأثير مرض داء السكري على المريض.

تعرف مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

8- الدراسات السابقة:

-دراسة إجيدي(Egede2010)هدفت إلى معرفة العلاقة بين السكري و الاكتئاب، إذ أظهرت النتائج أن السكري و الاكتئاب يمثلان حالتان سلبيتان يؤثران على صحة المريض. و التسبب في الوفاة و رفع تكاليف الرعاية الصحية ، و الاكتئاب المصاحب للسكري يكون مرتبطا بتأثير سلبي واضح جدا على صحة المريض، وعلى حياته مع ازدياد ملموس في تكاليف العلاج و الرعاية الصحية كما خلصت النتائج إلى أن السياسات المنظمة للرعاية الصحية ضرورية جدا من أجل تحسين مخرجات العملية الصحية. وتقليل التأثيرات السلبية على المرضى .

- دراسة فيشر و آخرون (al et Fisher 2010) والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الضغط الناتج عن السكري والاكتئاب و مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني. و بلغ عدد أفراد العينة 70 شخصا، وأوضحت النتائج أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية الناتجة عن الإصابة بالسكري والسكر التراكمي .

و هناك دراسة أجراها آلي وآخرون (al et Ali 2009) هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب و السكري لدى عينة من مرضى السكري الأسيويين و الأوروبيين البالغ عددهم 6230شخصا و خلصت نتائج الدراسة أن الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني توجد لديهم عوامل خطورة للاكتئاب منها : العمر، وارتباط المرض بالعديد من التعقيدات .و أظهرت النتائج أيضا أن الأوروبيين البيض تكيفوا مع الاكتئاب أكثر من الجنوب الأسيويين.

-دراسة رضوان (2008) و هدفت أيضا إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحافظة غزة. و بلغ عدد أفراد العينة 24 مريضا و مريضة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية و التوافق النفسي لدى مرضى السكري ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل إجراء البرنامج، وبين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد إجراء البرنامج على مقياس التوافق النفسي لصالح الإجراء البعدي، ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، وبين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في الإجراء البعدي على مقياس الضغوط النفسية، ومقياس التوافق النفسي لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

-**أما دراسة كيم و آخرين (al et Kim 2008)** ،فقد هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في معالجة مرضى المكتئبين المصابين بالسكري، وذلك لدى عينة مكونة من 286مريضا. و أظهرت النتائج انخفاض أعراض الاكتئاب وتحسن سلوك العناية النفسية و مظاهر الصحة، وأن التدخل ساعد في تحسن المزاج و تخفيض السكري، و بشكل أساسي عدم الراحة النفسية للمرضى المصابين بالسكري و لديهم أعراض اكتئابية.

II. الفصل الثاني :

-**دراسة كاتون وآخرون (al et Katon 2008)**والتي تهدف إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب و السكري و المضاعفات الناتجة عنهما التي تسبب الوفاة. وخلصت نتائج الدراسة إلى أن مرضى السكري الذين يوجد لديهم اكتئاب كانت لديهم نسبة أعلى في نسبة الوفيات خلال عامين بنسبة (36-38 - %) و قام كيولزر وآخرون (al et Kulzer 2008) بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين السكري و الاكتئاب وأظهرت نتائج الدراسة أن مرضى الاكتئاب لديهم نسبة أكبر للإصابة بمرض السكري من النوع الثاني، وأن الاكتئاب له تأثير سلبي على معالجة مرضى السكري، وأن مستوى نوعية الحياة له تأثير في زيادة مضاعفات السكري و ارتفاع نسبة الوفاة.

- **و هدفت دراسة جولي و آخرين (al et Juli2008)** إلى فحص العلاقة بين أعراض الاكتئاب، وتنظيم مستوى السكر في الدم و العلاقة بين أعراض الاكتئاب و المضاعفات بعيدة المدى للسكري لعينة مكونة من (125 مريضا بالسكري بالغا من أصل إفريقي. و خلصت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين أعراض الإكتئاب لدى المرضى الذين لديهم عدم تنظيم لمستوى السكر، و بين المضاعفات بعيدة المدى للسكري.و أن عدم تو افر اهتمام فردي كاف، و قلة العناية بتنظيم مستوى السكر موجود لدى الأمركيين من أصل إفريقي كما هو موجود لدى الأمريكيين البيض.

تمهيد:

يُعدّ الاكتئاب من الأمراض العصبية الأكثر انتشارا في عصرنا، وهذا راجع لكثرة الأزمات الاقتصادية ولكثرة المشاكل اليومية، ممّا ينتج عنه ضغط شديد، حيث كل واحد منا عرضة للإصابة بهذا النوع من الأمراض إذا سمحت الظروف، وكان للشخص الاستعداد لذلك.

وعادة ما نجد الاكتئاب عند الأشخاص الذين يتميزون بالقلق والإحساس المفرط عند ذوي الشخصية المنطوية، الوسواس، وعند الذين هم في حاجة إلى تشجيع وتقدير من أجل إيجاد التوازن.

والاكتئاب قد يرجع لصدمة نفسية (مرض، مشاكل مهنية، موت أحد الأقارب، اضطرابات العلاقة العائلية، صراعات بطالة)، وهذه الأخيرة تؤدي إلى تدهور نفسي، وغيره من المشاكل الاجتماعية، كما تؤثر مباشرا وسلبا على الجانب العضوي للشخص، ويزداد حِدّة وقوة إذا ما كان الشخص مصابا بمرض عضوي خطير لاسيما إذا تعلق الأمر بمرض السكري المزمن.

1- لمحة تاريخية:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، ذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين وعند العرب.

وفي العصر الإغريقي والروماني ميز "**أبو قراط**" "**Hypocrate**" ما لا يقل عن ستة أنواع من مرض الاكتئاب، غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاها لبعض هذه الأنواع يمكن أن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهاب الاضطهاد وذهاب الفصام والعصاب. **(محمد جاسم محمد، 2004، ص382)**

وفي التراث العربي الإسلامي عرّف لنا "**ابن سينا**" الاكتئاب أنّه انحراف عن المجرى الطبيعي إلى الحالة الشاذة، مليء بالخوف ورداءة المزاج، وإذا صاحبه ضجر سمِّي هوسا، ومن الأسباب القوية في توليد الاكتئاب إفراط الغم أو الخوف، وهذا في رأي "**ابن سينا**"،

يتعرض له الرجال والنساء ويكثر لدى الشيوخ، ويقلّ في الشتاء ويكثر في الصيف والخريف، لقد أوضح لنا "**ابن سينا**" مجموعة من أعراض الاكتئاب، كالصنف الرديء، الخوف بلا سبب، سرعة الغضب، سوء الظن، الفراغ، والهذيان.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص25-29)

وفي القرن الأول الميلادي وصف "**أريتايوس**" هذا المرض، غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب المعروف حاليا، وقد استمر الخلط حول طبيعته وأسبابه وعلاجه على مر العصور، أما الآن فيستخدم هذا المصطلح لخبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية وانفعالية، والتي قد تكون عرضا دالا على اضطراب جسدي أو عقلي أو اجتماعي، وجملة مركبة من أعراض معرفية وسلوكية، بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية، وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعا وخاصة في الطب النفسي.

من خلال ما سبق قوله أن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق أبعد من انتشاره كمفهوم مرض، ليصبح بذلك اضطرابا في الشخصية.

(محمد جاسم محمد، 2004، ص383)

2- تعريف الاكتئاب:

لقد تعددت وتنوعت التعاريف المقدمة للاكتئاب وذلك لاتساع مجالات البحث فيه واختلاف في الاتجاهات النظرية، ومن بين هذه التعريفات نجد:

التعريف الطبي: يعرّف الاكتئاب على أنه حالة عقلية تتميز بالخمول، القلق، فقدان الأمل.

(Richard Dabraush, 1975, p27)

وتعريف أحمد عكاشة: يعرّف "**أحمد عكاشة**" الاكتئاب بأنّه مرض يتضمن الأفكار السوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية للطعام والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار والمبالغة في الأمور التافهة والأرق الشديد والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار السوداوية الانتحارية.

(أديب محمد الخالدي، ص79)

وتعريف حامد عبد السلام زهران: يعرّف "**عبد السلام زهران**" الاكتئاب على أنّه حالة من الحزن الشديد والمستمر تنتج من الظروف المحزنة الأليمة، وتعبّر عن شيء مفقود، وإن كان المريض يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

(حامد عبد السلام زهران، 1995، ص449)

أما تعريف الاكتئاب حسب القاموس الكبير لعلم النفس فهو: يعرّف هذا القاموس الاكتئاب على أنّه اضطراب عقلي يتميز بوجود مشاعر أو عواطف فقدان الشجاعة، الحزن، وفقدان الأمل، بخلاف الحزن العادي الذي يحدث بسبب فقدان شخص عزيز.

(Larousse, 1999, p256-259)

نستخلص من خلال هذا التعريف أن الاكتئاب هو نوع من الاضطراب العقلي، يظهر على شكل أعراض نفسية، كفقدان الشجاعة والأمل والحزن الشديد، مقارنة بالحزن العادي.

3- النظريات المفسرة للاكتئاب:

حظي الاكتئاب بتفسيرات مختلفة باختلاف طبيعة الناظر ووجهة المنظور، وفيما يلي عرض لأهم النظريات المفسرة له:

3-1- النظرية البيولوجية للاكتئاب:

3-1-1: التفسير الوراثي: يرى أنصار التفسير الوراثي أن أفرادا معينين يرثون استعداد لعمليات بيولوجية مضطربة، فقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العجيبة، وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكتئاب، إلا أن البحث في مجال الاضطراب الثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح معايير الشخصية، حيث أن التركيب الوراثي يلعب دورا هاما في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية.

(حسين قايد، 2001، ص76)

ولقد كشفت البحوث عن وجود تماثل في شيوع هذا الاضطراب في أسر دون أخرى، وشيوعه بين التوائم حتى ولو نشئوا في ظروف اجتماعية مختلفة، وهذا لخصه لنا "**أسفورد**" في الاكتئاب (الطب النفسي 1984)، في مجموعة من الدراسات التي تشير في مجملها على نسبة التشابه في الإصابة بهذيان الهوس والاكتئاب بين التوائم المتطابقين الذين تربّوا منفصلين بالتبني، وصلت إلى (76%)، وبلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوأم المتطابقان الذين نشئوا معا (68%)، أما بين التوائم غير المتطابقان وصلت إلى (23%).

(إبراهيم عبد الستار، 1998، ص102)

3-1-2: التفسير الفيزيولوجي: يشير أنصار الاتجاه الفيزيولوجي إلى أنّه يوجد نمطين رئيسيين للنظرية الفيزيولوجية للاكتئاب، حيث يقوم النمط الأول على أساس الاضطراب في الأيض الخاص بالمرضى المكتئبين، حيث تعتبر كلوريد الصوديوم و كلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في استثارة الجهاز العصبي، ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم الصوديوم أكثر خارج النيرون، أما النمط الثاني فيعتبر أن الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسيين في كيمياء الدماغ: نوبابين فرين و سيروتونين.

(حسين قايد، 2001، ص77)

فالتفسير الأميني الكيميائي للاكتئاب، على أنّه: "ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ، وخاصة توزيع العناصر الأمينية والأمينات، حيث يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي المسؤول عن تنظيم الانفعالات، فوظيفة الأمينات عبارة عن موصلات عصبي، وذلك بتوصيل الرسائل القادمة والعائدة من الأعصاب المختلفة، ومنها نجد: الدوبامين، السيروتين، المحافظة على التوازن المزاجي، والاكتئاب يعتبر إحدى الاستجابات الممكنة إذا نقص وجود هذه العناصر أو إحداها."

(إبراهيم عبد الستار، 1998، ص104-105)

3-2- النظرية المعرفية:

تعتبر النظرية المعرفية من النظريات الأكثر تنظيما وبناءً بالنسبة لدراسة الاكتئاب، كما يعدّ "**آرون بيك**" "**Beck**" من الأوائل الذين نظموا مفهوما للاكتئاب على شكل معرفي، ويعتقد "**بيك**" أن الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة للذات وللعالم الخارجي وللمستقبل، وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص81)

حيث نجد "**بيك**" يرى أن الأفراد المكتئبون يمتلكون صفة ذاتية معرفية سلبية، تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الإيجابية عن الذات، وتبقي على المعلومات السلبية، يقترح "**بيك**" أن الصيغة السلبية لهؤلاء الأفراد المكتئبون تكون بسبب الفقد المتزايد من الوالدين في الطفولة، أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية، وحينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد، فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في غربلة خبراتهم الشخصية السلبية.

(حسين قايد، العدوان والاكتئاب، 2004، ص83)

كما يرى "**بيك**" أن الشخص المكتئب يميل إلى مقارنة نفسه بالآخرين، وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديره لذاته، وهذا ما يجعل عملية التقويم الذاتي تتسم بالسلبية، ومن أشهر إسهامات هذا العالم الأمريكي اقتراحه فكرة العلاج المعرفي للاكتئاب وإعداده قائمة لقياس الاكتئاب سميت باسمه، وتعدّ من المقاييس المعرفية في هذا المجال، كما أطلق اسم الثلاثية المعرفية على المخطط المعرفي الذي يميز الاكتئاب، وهي كالتالي:

- **النظرة السلبية للعالم الخارجي:** وهنا يرى المكتئب نفسه عاجزا أمام تحقيق أبسط الأشياء.
- **النظرة السلبية للعالم الخارجي:** وهنا يرى المكتئب أن كل ما يأتي من العالم الخارجي سلبي بالنسبة له، أي يمنعه من تحقيق أي شيء.
- **النظرة السلبية:** وهنا ينظر المكتئب للمستقبل نظرة تشاؤمية.

(حسين قايد، 2001)

3-3- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب يعود إلى افتقار الشخص لعنصر التعزيز، مما يجعله معرّضا للإصابة، وهذا يعني أن الاكتئاب يتوقف على النشاطات ذات التعزيز الإيجابي، فالمكتئب حسب "**توماس**" و "**كراسنر**" (1969) تحدث من جراء خبرة فقدان التدعيم أو الإثبات الإيجابي مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي؛ أي العقاب.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001)

كما نجد عالم النفس السلوكي "**لازروس**" "**Lazarous**" يفسر الاكتئاب وفقا لنظريات التعلم والاشتراط السلوكي، والتي ترى أن الاكتئاب ناتج عن وظيفة لتعزيزات ناقصة، غير كافية، وبهذا يمكن القول حسب هذه المدرسة أن الاكتئاب كخبرة نفسية سلبية مؤلمة ما هو إلا ترديد لخبرات أليمة تعلمها أو صادفها أو مر بها الإنسان من صغره، ولم يستطيع أن يحلها أو يزيلها من عقله، فالذي تألم من فقدان شخص عزيز عليه في الصغر قد يكون مهيأ إذا لم يتغلب على ألمه الابتدائي أن يواجه الاكتئاب في كبره، وربما يحدث له تعميم لظاهرة الحزن من اختفاء أي شيء أو فقده له، وخاصة إذا تعلق الفقدان بعضو من أعضائه.

وفق النظرية السلوكية فإن الأم تلعب دورا حاسما في تعليم الطفل الخبرات السلبية أو الإيجابية، فإن أهملت حاجاته وطلباته وغرائزه بشكل متكرر، فربما يتعلم وهو في سن صغير جدا أن كل قلوب البشر قاسية، وبهذا يفقد الثقة في الناس، وبهذا الأسلوب فإن الطفل ينتهج منهجا سلبيا في الحياة، فتقل طموحاته وتطلعاته، ويصبح خاملا، ضعيفا، لا يثق بأحد، وبهذا يزداد إحباطه، وتتألم عواطفه، ويهتز وجدانه، وتقل ثقته بنفسه، وهذا ما يعرف بالاكتئاب.

(Berger et Jeau, 1984, p120)

3-4- الاتجاه الحديث في تفسير الاكتئاب:

يرى هذا الاتجاه بأن الناس يستخدمون أسلوب الوقوع في المرض لكي يقوم بحل صراعات أو مواقف صعبة لا يستطيعون الصمود أمامها.

وهذا ليس أمرا نادرا، ولكن الواقع يؤكد أن هذه الاستخدامات تحدث لا شعوريا، فعندما يقع صراع بين واجب ما وخوف من نتائج هذا الواجب، في هذه الحالة يتدخل اللاشعور بغرض حل توفيقي يريحه من الصراع.

إذن هذا الاتجاه يفسر كيف بعض الناس يستعملون الاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة والعطف، أو كوسيلة للقسوة والانتقام من الذين كانوا سببا في آلامهم في الماضي.

(العفيفي عبد الحكيم، 1990، ص22)

نستخلص مما سبق أن النظريات المفسرة للاكتئاب عديدة ومتنوعة، ومنها النظرية البيولوجية التي أعطت تفسيرا وراثيا وفيزيولوجيا، وأهملت العوامل الأخرى، والنظرية المعرفية التي ركزت على المظاهر المعرفية التي تلعب دورا هاما في حدوث الاكتئاب، والذي يتمثل في تقدير الذات المنخفض، الشعور باليأس والحزن ونظرة الفرد المكتئبة والتشاؤمية للعالم الخارجي وللمستقبل، بينما النظرية التحليلية فسرت الاكتئاب على أساس وجهات نظر مختلفة، كوجهة نظر "**فرويد**"، الذي يرجع حالة الاكتئاب إلى الأحداث الصميمية التي يواجهها الطفل في السنوات الأولى، أما "**بيبرنج**" فهو ينظر إلى الاكتئاب بنظرة أشمل، إذ يحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء الحاجات الرئيسية (كحاجة إلى القوة، الأمان ومنح الحب)، بينما "**كارل أبراهام**" يرى أن الاكتئاب حالة يصاب بها الراشد نتيجة الحرمان من الحب، أو تعرضه إلى استجابة مؤلمة، أما النظرية السلوكية فترجع حالة الاكتئاب إلى ضعف معدل التعزيزات الإيجابية أو نتيجة ارتفاع معدل العقوبات للفرد، أي التدعيم السلبي، ونجد النظرية النفسية الاجتماعية التي أرجعت الاكتئاب إلى انخفاض مستوى تقدير الذات لدى الشخص. أما الاتجاه الحديث يفسر كيف بعض الناس يستعملون الاكتئاب كوسيلة لاشعورية لكسب المودة والعطف، أو كوسيلة للقسوة والانتقام.

4- أسباب الاكتئاب:

الاكتئاب كغيره من الاضطرابات النفسية يرجع إلى مجموعة من الأسباب، ومن بينها نذكر ما يلي:

4-1- الأسباب الوراثية:

هناك عدة بحوث بينت أن الوراثة لها دورا هاما ومؤثرا في الإصابة بالاكتئاب، حيث تشير هذه الدراسات والبحوث إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية (ناقلات الوراثة) التي لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب، وقد وجدت أن (50%) من حالات الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب يكون أحد الوالدين مصاب المرض نفسه، فإذا كانت الأم أو الأب مصابا بهذا المرض فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بنسبة (25%) إلى (30%)، وأما إذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى (70%).

(عبد المنعم اليلادي، 2006، ص63)

أي أن كلها كانت الإصابة في الأسرة محصورة في قرابة تزايد احتمال حدوث مرض الاكتئاب في أحد أعضاء الأسرة ذاتها وفي نسبها.

يرى "**سلات**" "**Slater**" أن هناك جين صبغي وحيد بنفوذية متناقصة له علاقة بالذهان الاكتئابي الهوسي، كما بين الباحثان "**لوسام**" "**Luscem**" و "**هوفمان**" "**Hoffman**" فقد بين أن الأولياء المصابون بمرض الهوس الاكتئابي الذهاني ينتقل إلى الأبناء بنسبة (24%) إلى (50%).

وهناك من يرى أن انتقال مرض الاكتئاب وراثيا بواسطة جينات متعددة، فالظهور المبكر لمرض الاكتئاب يدل على نوع مشبع بالعامل الوراثي، بينما يكون هذا التشريع الوراثي ضعيفا إذا ظهر الاكتئاب بعد سن الخمسين.

(Henri. Ey, 1992, p191)

4-2- الأسباب النفسية:

عادة ما يكون الاكتئاب استجابة للعديد من الصعوبات التي تواجه الفرد في حياته اليومية، فيكون الخلاص منها أو تجاوزها أو بعدم القدرة والفشل في تحقيق ذلك، وهذا ما قد يولد لدى الفرد العديد من المشاكل النفسية التي من شأنها أن تكون سببا في الاكتئاب، ومن بينها ما يلي:

– التوتر الانفعالي والظروف المحزنة وكذا الخبرات المؤلمة، الكوارث القاسية والانهزام أمام الشدائد وخاصة الحرمان.

– فقدان الحب والمساندة العاطفية أو فقدان الحبيب ومرارة الحزن الشديد وفقدان وظيفة مهنية أو فقدان الثورة أو مكانة اجتماعية، فقدان الكرامة والشرف أو الصحة أو الفقر الشديد.

– الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد.

(محمد عبد السلام زهران، 1978)

– فقدان تقديرات الذات ونقص الضغط والتحكم، أي الشعور بعدم القيمة والافتقار إلى الاحترام، هذا يؤثر على دوافع وسلوكات الفرد، فهو ينظر إلى الشيء بمنظار تشاؤمي.

(جمال مثقال القاسم وآخرون، 2000، ص158)

– انفصال الطفل عن الأم خاصة في سن مبكرة، سواء بوفاتها أو طلاقها، له تأثير كبير في نموه الانفعالي والعاطفي.

– المفهوم السالب للذات والكفاءة الذاتية وعدم الثقة بالنفس، ومدى استطاعة الفرد لمواجهة الحياة ومشاكلها.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص84)

4-3- أسباب بيئية اجتماعية:

– الصراعات الأسرية المتكررة الشديدة قد تؤدي إلى مشاعر الاكتئاب لدى الأطفال وخاصة الحساسين منهم، كذلك الآباء المكتئبين عادة ما يظهر لدى أطفالهم مشاعر الاكتئاب.

(جمال مثقال القاسم وآخرون، 2000 ص159)

– التنشئة الاجتماعية السيئة، كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم من طرف الوالدين أو أحدهما، وأيضا النصائح المزاجية الاكتئابية لهما.

– التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين والخلافات الأسرية (الوالدية) الشديدة واضطرابات المناخ الأسري.

– فقدان التدعيم الإيجابي الاجتماعي البيئي، أي مساعدة الفرد على الاجتهاد أو التخلي عن الأفكار السلبية المتشائمة.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001)

5- أعراض الاكتئاب:

5-1- الأعراض الجسمية:

وتتمثل أهم الأعراض الجسمية الخاصة بالاكتئاب في انقباض الصدر والإحساس بالضيق، الشعور بالتعب عند بذل أقل جهد ونقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي واضطراب الدورة عند النساء وبرودتهن وضعف النشاط العام وتأخر زمن الرجع.

(عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص136-137)

كما نجد أعراض جسمية أخرى تتمثل في:

– **فقدان الشهية والوزن:** فعادة ما يعاني مرضى الاكتئاب من ضعف في الشهية، الأمر الذي يعود إلى فقدان الوزن؛ أي نقص في الوزن.

– **اضطرابات في النوم:** حيث يشكل النعاس والدخول في النوم المشكلة الأساسية لدى أغلبية المرضى بالاكتئاب، وكلهم تقريبا يعانون من عدم القدرة على الاستمرار في النوم بعد الدخول فيه، فهم يصحون في النصف الثاني من الليل وفي وقت أبكر من المألوف بالنسبة للآخرين ولا يستطيعون العودة إلى النوم.

– **الأوجاع الجسدية:** يعاني كثير من مرضى الاكتئاب من الآلام الجسدية دون أن يكون هناك أساس لذلك من هذه الشكاوي، ضغط في الرأس وضغط شديد على القلب وآلام في الظهر.

(سامر رضوان جميل، 2002، ص411-412)

5-2- الأعراض النفسية:

تظهر على مريض الاكتئاب أعراض نفسية تظهر في اليأس وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه، وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الكفاءة، كما ظهر على هذا المريض التشاؤم المفرط والنظرية السوداوية للحياة وقلة الكلام، مع انخفاض الصوت ونقص تقدير الذات واحتقار أخطائها، كما تراوده بعض الأفكار الانتحارية أحيانا.

(عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص137-138)

5-3- أعراض المزاج:

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم، تقريبا كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.

(حسين قايد، 2005، ص256)

5-4- أعراض الدافعية:

وتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف، فالناس المكتئبون غالبا ما يعانون قصورا في هذا المجال، وقد يجد البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.

(حسين قايد، 2001، ص62)

5-5- الأعراض المعرفية:

ويظهر على الشخص المكتئب البعض من الأعراض المعرفية، كعدم ترابط الأفكار وارتباطها وثقل الفهم وعدم وضوح الذاكرة وكل مجهودا للتركيز الفكري صعب، حيث تسود هذا المكتئب أفكار شاردة من بينها الأفكار الانتحارية وصعوبة اتخاذ القرارات والتردد.

(نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص132)

6- تصنيف الاكتئاب:

ظهرت عدة تصنيفات لاضطراب الاكتئاب، تتضمن في محتواها اختلاف التوجهات النظرية للعلماء، وذلك وفقا لاسم نظرية مختلفة، وفيما يلي نتعرض إلى تصنيف الرابطة

الأمريكية للطب التي أصدرت عدة إصدارات من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطراب في العقلية **(DSM)**، وهي:

- الإصدار الأول **DSM I** (1952).
- الإصدار الثاني **DSM II** (1968).
- الإصدار الثالث **DSM III** (1980).
- الإصدار الثالث المرجع **DSM III-R** (1987).
- الإصدار الرابع **DSM IV** (1994).

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص30)

والآن نتطرق إلى تصنيف الاكتئاب حسب الإصدار الرابع (1994)، الذي صنفه إلى الاكتئاب العادي، ثم الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي، ثم ينتهي باكتئاب إكلينيكي، وهو كما يلي:

6-1- الاكتئاب العادي:

يشير إلى تقلبات المزاج التي يخبرها كل فرد، ويعبر عنها بمشاعر الحزن، وهو ما يطلق عليه المختصون "الاكتئاب الاستجابي".

(حسين قايد، 2001)

والذي يكون أيضا استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها والتعرف عليها بالفعل، وبزوال الظروف تزول الحالة الاكتئابية.

(حسين قايد، 1987)

6-2- الاكتئاب الإكلينيكي:

هو حزن مستمر بدون وجود أسباب واضحة، يمكن أن تصاحبه عدة أعراض، منها اضطرابات النوم والشهية، فقدان روح المبادرة، العقاب الذاتي، الانسحاب الاجتماعي، انعدام الحيوية، فقدان اللذة.

(Jean Chaistophe & etal, 1996)

ونجد فيه نوعين، وهما:

6-2-1- الاكتئاب الأحادي القطب: وهو اضطراب يتسم بحدوث نوبات اكتئاب عظمى، واحدة أو أكثر بدون نوبات هوس.

(حسين قايد، 2001، ص81)

ويتضمن الديشتيمي (dysthymie)، وهنا يبدو الإنسان عاديا ويمارس كل النشاطات، مع الشعور بعدم السعادة والمرارة وعدم الحماس، رغم ذلك يدفع نفسه للقيام بواجباته وتحمل المسؤولية، تنتابه موجات حزن لا يعرف لها سببا، تستمر هذه الحالة شهورا وتزول، وتعاوده من جديد، كما تستمر لسنوات دون أن يعرف المريض ولا حتى أسرته بأنه مصاب، وبذلك يتعذب ويتألم صامتا.

(عبد المنعم الميلادي، 2004)

كما يتضمن الاضطرابات الوجدانية الموسمية، وهي نوع من الاكتئاب الذي يشيع عند بعض الأشخاص في بعض شهور السنة، خاصة في أشهر الشتاء، حيث النهار قصير والليل طويل، وبالتالي فإن كمية الضوء المتاحة قد تثير بعض التأثيرات البيولوجية المتمثلة في تزايد إفرازات بعض الهرمونات التي ترتبط بالتعرض لفترات طويلة من العتمة، ولهذا نجد أن هناك من ينصح بأن يحاول الشخص المعرض للإصابة الموسمية للاكتئاب أن يأخذ قسطا وافيا من أشعة الشمس خاصة قبل غروبها، وتتمثل أعراض الاكتئاب الموسمي في الرغبة في الانعزال، والميل للأحسن، مع ميل شديد لتناول الأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات.

(حسين قايد، 2001، ص72)

6-2-2- الاكتئاب ثنائي القطب: وهنا تنتاب المكتئب موجة اكتئابية لمدة معينة، ثم تليها مباشرة نوبة تختلف على الأولى في الصورة الإكلينيكية، ثم تتبع بموجة اكتئابية جديدة، وفي الأخير بموجة هوسية، وهكذا ...

(يحياوي، 1995-1996)

وهناك تصنيفات أخرى للاضطراب والاكتئاب، وتتمثل فيما يلي:

الاكتئاب البسيط، الحاد، المقنع، التفاعلي، الانتكاسي، القهري، العصابي، الذهاني.

– **الاكتئاب البسيط:** يكون المريض في حالة ذهول، غير قادر على تحمل المسؤولية، ويشعر بالذنب والتفاهة، ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.

(عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص134)

وهو أشد صور الاكتئاب، ولقد أرجع "**هيبوقراط**" و "**جالين**" الاكتئاب لزيادة السوداء في الدم، ووصف أصحابها بالمنغولية العميقة الحزن المفرط.

(بهيتة صالح السمراني، 2007)

– **الاكتئاب المقنع:** الاكتئاب المقنع كحالة من حالات الاضطرابات الوجدانية والعاطفية يأخذ مظهر الاضطرابات الجسمية، مثل الإصابة بالأرق أو الإمساك أو فقدان الشهية والصداع، ومع التقدم التكنولوجي في علم الكيمياء والتشريح فزيولوجيا الأعصاب، وكذلك العلوم السلوكية، تمكن العلماء بالاستدلال على وجود مناطق في المخ مختصة بنقل الخبرات العاطفية الوجدانية، وهذه المناطق هي: منطقة قاعدة المخ المعروفة باسم (الهيبوتالاموس)، كما أثبتت الدراسات أن هناك نوع من الأحماض الأمينية في المخ تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، مثل مادة (النور أدرينالين)، فهناك مجموعة من العقاقير تبطل مفعول هذه المادة في المخ، فيتسم سلوك المريض بالهدوء والاكتئاب، وعلى العكس من ذلك، هناك أدوية تعمل على تنشيط مادة (النور أدريبلين)، وبالتالي تثير السلوك ولا تصيب المريض بأي نوع من الاكتئاب. وبالتالي هناك عوامل فيزيولوجية سيكولوجية كيميائية لها تأثير على التركيب الكيميائي لمخ الإنسان تؤثر على سلوكه.

(محمد جاسم محمد، 2004)

– **الاكتئاب التفاعلي:** قصير المدى، وهو رد فعل لحدوث الكوارث، مثل رسوب طالب أو خسارة مادية أو فقدان عزيز، ويكون المريض بصفة عارضة.

(عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص134)

– **الاكتئاب الانتكاسي:** إن هذا الصنف من اضطراب الاكتئاب يصاب به الإنسان في سن اليأس، والسبب يعود إلى التغييرات الهرمونية المصاحبة لانقطاع الطمث في هذه السن، الذي يؤدي له التأثير الخافض في معنويات المرأة، وقد يرجع أيضا إلى سوء التوافق الانفعالي المترتب على هذه التغيرات، خاصة وأن المرأة في هذه السن تمر بها تغيرات تفاعلية واسعة تشمل كل نشاطاتها، كفقدان الأبوين أو بعض الإخوة والأخوات، وفي هذه السن أيضا تجد المرأة أن أولادها لم يعودوا يعتمدون عليها بعد أن كانت تشغل وقتها بهم، فصارت إلى فراغ يشعرها بالوحدة النفسية، وقد تفسر انقطاع الطمث أنه ما عادت أنثى وأنها قد شاخت ولم تعد مطلوبة، ويحدث الاكتئاب الانتكاسي خلال الأربعينات أو الخمسينات، وأعراضه المتميزة هي القلق والضيق، الشكوى المستمرة من أوجاع بدنية مبهمة، أفكار هذيانية.

(أديب محمد الخالدي، ص386)

– **الاكتئاب القهري:** إن هذا الصنف من اضطراب الاكتئاب يصاب به الأشخاص من النمط الجامد الوسواسي الذي يأتي إفعاله وكأنه مغصوب عليها، ونراه يفعل أو يسلك وهو متوتر، وقد يبدأ البؤس والقلق، وسيطرت عليها الوساوس والظنون، وقد يظهر الاكتئاب على الشخصية القهرية، إذ أصيل بينها وبين القيام بالأعمال الروتينية المنطوقة بها، وأكثر ما يكون اكتئابها في الإجازات أو العطل الرسمية، ويطلقون عليها اسم اكتئاب نهاية الأسبوع، ومن أعراضه التوتر والضيق وعدم راحة البال، والقلق.

(أديب محمد الخالدي، ص385)

– **الاكتئاب العصابي:** هو حالة من الحزن الشديد المستمر، يعيش فيها الفرد دون أن يدري السبب الحقيقي لاكتئابه، وهو بهذا يختلف عن الاكتئاب الطبيعي أو العيادي، والذي قد يكون له مبرر في الخارج، والشخص الذي يعاني من الاكتئاب العصابي فقد يصل في تشاؤمه وإحساسه بالشفاء وضعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الانتحار.
(محمد جاسم، 2004، ص376–386)

ويمكن اعتبار هذا الصنف من الاكتئاب معتدل الشدة وخاليا من الأعراض الذهنية، ومن أبرز أعراضه الإكلينيكية هي: القلق، شعور بالحزن، الرغبة في البكاء، اضطراب النوم،

فقدان الشهية للطعام، ضعف الطاقة الجنسية، نقص واضح في الوزن، الإمساك، السرعة في ضربات القلب، الشعور بالتشاؤم.

(أديب محمد الخالدي، 2006، ص383)

- **الاكتئاب الذهاني:** إن هذا الصنف من الاضطراب يمكن اعتباره حاد الشدة، يحتوي على أعراض ذهانية وبيولوجية واضحة، ومن أبرز أعراضه الإكلينيكية هي: العزلة التامة عن الآخرين، شعور دائم بالقل دون أسباب واضحة، الضجر والسأم واليأس، اضطرابات النوم مع كوابيس، الشعور بالذنب، تحقير الذات، الصداع الشديد.

7- تشخيص الاكتئاب:

يتم تشخيص الاكتئاب طبقا لدليل التشخيص الإحصائي الرابع إذا توفرت خمسة (05) أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:

- مزاج اكتئابي كل يوم.
- انخفاض كبير في اهتمامات أو عدم الإحساس بالمتعة في ممارسة الأنشطة المختلفة.
- انخفاض واضح في الوزن، وفي بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن.
- أرق في النوم أو زيادة في النوم.
- هياج حركي مع الإحساس بعدم خمول حركي.
- التعب وفقدان الطاقة.
- الإحساس بعدم القيمة، ولوم النفس والإحساس بالذنب.
- ضعف القدرة على التفكير وضعف التركيز والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.
- التفكير في الموت، إما يتمنى الموت أو التفكير في الانتحار أو التخطيط له أو محاولة الانتحار.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص168)

نستخلص من خلال ما سبق أن تشخيص الاكتئاب وفقا للدليل الإحصائي الرابع يشترط توفر لدى الفرد خمسة (05) أو أكثر من بين الأعراض التسعة (09)، نقول أن الحالة مصابة بالاكتئاب.

8- علاج الاكتئاب:

لقد تعددت الطرق العلاجية المستعملة في علاج الاكتئاب من طرف العلماء النفسانيين، فمن بينها نجد:

8-1- العلاج الكيميائي :

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت اشراف الاطباء والنفسيين يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة لمريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته.

لطفي الشربيي ، ص 249

وهنا بعض الأدوية الرئيسية المستخدمة لعلاج الاكتئاب.

- الأدوية لثلاثية الحلقات : tircyclic ومن أمثلتها : امتربلين، نورتربتلتين، امبرامين.

- الأدوية رباعية الحلقات : tetrecyclic ومنها : مابروتلين.

- مثبطات أحادي الامين : Maoi ومن أمثلتها : فنزلين ، ايزوكربوكسزيد.

- مجموعة منشطات مادة السيروتونين ومن أمثلتها فلوكستين ، سترترالين ، فلو فاكسمين وستالبرام

لطفي الشربيي ، ص 257-258

8-2- العلاج النفسي التحليلي:

"هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة، يعتمد على نظريات التحليل النفسي، وبالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المنسبة والمكتوبة في الطفولة المبكرة، حيث يعتبر تحليل هذه

الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصابية، وباتباع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي يكشف عن نظرته للعام."

(عطوف محمد ياسين، 1981، ص120-121)

كما يتضمن العلاج النفسي التحليلي جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب وفنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون.

(لطفي الشربيني، ص249)

فالعلاج النفسي يفيد في كل أنواع الاكتئاب خاصة التفاعلي، من الطبيعي أن يلجأ الطبيب إلى مساندة المريض وطمأنته وإظهار الاهتمام بحالته وإعطائه النصيحة.

(محمد جاسم محمد، ص388)

في التحليل النفسي يبحث عن إزالة عوامل الضغط وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض، وتنمية روح التفاؤل لديه.

(عطوف محمد ياسين، 1981، ص120-121)

فهنا تكون الفرصة للمريض في إتاحة فرص التنفس والتفريغ الانفعالي، وإشاعة روح التفاؤل والأمل لديه، حيث قدم " واتكنز" طريقة أسماها قلم السم، وفيها يكتب المريض خطايا صاخبة يعرضها على المعالج.

(عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص138)

8-3- العلاج السلوكي:

ظهرت في الو.م.أ دراسات كثيرة تؤكد نجاح نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب، حيث أخذ بها الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي، أن التعزيز الإيجابي

لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية، هي جوهر هذا النوع من العلاج، كما أن التغيرات في نوعية وتكرار نموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه، والتدريب الميداني، هي العوامل الهامة في تعليم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة لاضطراب الاكتئاب والسيطرة عليه."

(محمد حمدي الحجاز، 1989، ص93)

8-4- العلاج السلوكي المعرفي:

يقوم على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض، وجعله يفكر بشكل أكثر منطقية وعقلانية، هذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان وسلوك المريض، كما يجب تعلم المريض كيفية تؤكد ذاته في المواقف والأنشطة الاجتماعية المختلفة، وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدلا من التعامل مع الضغوط بالتجنب أو الانفعال، كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات.

(حسين قايد، 2001، ص128)

كما يفترض النموذج المعرفي أن "المعرفة والسلوك جميعها مكونات مهمة في السلوك الاكتئابي، فالعلاج المعرفي يعلم المريض الاكتئابي كيف يظهر أفكاره الآلية ومخططات سوء توافقه، وعندئذ توضح هذه المعارف موضع الاختيار من خلال فحص الدلائل، وتصميم مواقف تجريبية حية، وموازنة المزايا مقابل العيوب، والقيام بمهام متدرجة، واستخدام استراتيجيات.

من خلال هذه الإجراءات يبدأ المريض في النظر إلى نفسه وإلى مشكلاته بواقعية أكثر، ويشعر بالتحسن، ويغير نمط سلوكه الغير توافقي، ويقوم بحل كل صعوبات الحياة الفعلية، وتأتي هذه التغيرات بوصفها نتائج مباشرة بتكيفات بواجبات منزلية جيدة، التخطيط ومعاونة الذات، ويواصل المعالج على امتداد العلاج بتحالفه المشترك مع المريض."

(د. ديفيد بالو، 2002، ص645-653)

8-5- العلاج البيئي:

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تتسبب في المرض، ويتم بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء، وسائل هذا العلاج الترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة الاجتماعية مرة أخرى.

(لطفي الشربيي، ص249)

كما يتكون العلاج البيئي من علاج جماعي، علاج بالعمل، والعلاج الترفيهي، إشاعة جو التفاؤل وروح المريض، والرقابة في حالات محاولة الانتحار.

(محمد حمدي الحجاز، 1989، ص93)

8-6- العلاج الكهربائي:

بدأ استخدام العلاج الكهربائي في روما عام 1983، وتم تطويره فيما ليكون من وسائل العلاج الرئيسية للأمراض النفسية، خصوصا حالات الاكتئاب النفسي التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى، وتقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور تيار كهربائي محدود الشدة من خلال قضيتين يوضعان على جانبي الرأس، فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشبع يتبعها تحسن في الحالة النفسية للمريض، ولا يستغرق مرور التيار سوى ثوان معدودة.

(لطفي الشربيي، ص256)

وهذا العلاج يتكرر عدة مرات، هذا ما يؤدي إلى تحسين الحالة الاكتئابية، ويكون هذا التحسن خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع.

خلاصة الفصل:

من خلال ما استعرضناه في هذا الفصل نلمس مدى خطورته، فقد يكون أخطر إذا تزامن مع أحد الأمراض الجسمية للإنسان، فمثلا في حالة الإصابة بمرض السكري وذلك في الزيادة من حدته، وتزامنه بشعور المريض بالعجز والنقص والتشاؤم الدائم، وانصباب تفكيره كله حول المرض، وسيطرة فكرة الموت عليه.

III. الفصل الثالث :

تمهيد.

يعتبر مرض السكري من الامراض طويلة الأمد و المعروفة منذ القدم، والمسببة لوفاة الملايين من البشر في أنحاء العالم، ويعتبر الفراغنة أول من وصف أعراض هذا المرض، فقد قام (هسرع الفرعوني بتشخيص المرض، بتكرار التبول، والعطش المستمر، وتم تدوين ذلك في اوراق البردي(ثلاث آلاف سنة قبل الميلاد) .

وقد وصف الرازي وابن سينا اعراض المرض في كتاب (القانون)في الطّب وفي عام (1919) اكتشف" بول لانجر هانس "غدة البنكرياس المسؤولة عن افراز الأنسولين .ويعد مرض السكر واحدا من أخطر الامراض وان كان من الأسهل تشخيصه، واذا ماأهمل فقد يؤدي إلى إتلاف كثير من أعضاء الجسم الهامة مثل :القلب والكلى والكبد والعيون .ويسهل تعرض مرضى السكر لبعض المراض الخطيرة فقد وجد أن نسبة الذين يتعرضون إلى أمراض (الدرن) من بين مرضى السكر، هم ضعف الأفراد الآخرين من غير مرضى السكر

وعن أسباب هذا المرض يقول" كولا روفليس "و"سلاوس "أن الحزن الشديد و الاكتئاب كانوا من العوامل الأساسية ذات الدلالة في مرض السكري، وربما يكون الميكانيزم الذي يسبب هذا

المرض هو التعرض المستمر للمواقف الانفعالية مع الاستجابة الانفعالية المتضمنة تنشيط الغدة(الادرينالية)التي تحول الإبنفرين، وتأثير ذلك على الكبد لتكسير السكر الخاص به واستهلاك رصيد الكربوهيدرات المختزن عادة في الكبد1 .

أولا:نبذة تاريخية عن داء السكري.

يعتبر مرض السكر من الأمراض الخطيرة إذا لم يلقى المريض العناية الطبية والنفسية الكافية .ويقدر عدد المصابين بالسكر في العالم عام) 1982 (بأكثر من) 23 مليون شخص حسب منظمة الصحة العالمية .ويعتبر مرض السكر من أمراض الإستقلاب (الأيض)، ويأتي من حيث الأهمية بعد مرض السمنة المفرطة، وبعد اضطراب الغدد (الغدة الدرقية .) ويرجع مرض السكر إلى عاملين:

الأول إستقلابي يتمثل في ارتفاع مستوى السكر في الدم مع التغير في استقلاب الشحوم، والبروتينات بسبب فقد هرمونالأنسولين جزئيا أو كليا.

والعامل الثاني هو عامل وعائي يرجع إلى تصلب الأوعية الدموية المتسارع، واصابة الأوعية الدموية الدقيقة وخاصة في العينين، والكليتين .

ومن الأعراض الوعائية لمرض السكر حدوث بعض الإصابات القلبية الوعائية التصلبية، وفقدان النظر التدريجي، وغرغرينا القدم...إلخ.والجدير بالذكر أن مرض السكر عرف منذ القدم، وأشير إليه في الكتابات الصينية، ومن خلال بعض إظطرابات الطعام والشراب والبوال .ووصف(آرتيس) في القرن 22 ميلادي هذا المرض، كما بدأ(با رسيلون) في عام 1122م دراسة كمياء الدم .وفي عام 1222 م وصف(توماس ويلس) حلاوة بول السكري .وأثبث(دوبس)أن هذه المادة هي السكر .وفي عام 1881 م أشار(موروتون) إلى الصفة الوراثية لمرض السكر .وفي عام 1819 م أيضا وصف(لانجرهانس)الجزر

التي تحمل اسمه في البنكرياس(المعتكلة)، وبين(فون ميرينك)و(مونكوسكي 1889)م أن الكلاب تصاب بالسكري بعد استئصال البنكرياس .وفي عام 1929 م قدم(هاك دورن)ولأول مرة عينات من الأنسولين المديد التاثير .وفي عام 1932 م تعرف(سنجر) على البنية الكميائية لأنسولين الثور .وفي عام 1912 م وصف كل من(نيكول)و (سميت)البنية الكيميائية للأنسولين البشري .واستمرت الدراسات حول الأدوية الخافضة لمستوى السكر من نوع(السلفونيل يوريا)، وتبيّن من هذه الدراسات أن العامل الوراثي بلعب دورا في مرض السكري .فقد يصاب بمرض السكر أقرباء المصابين بهذا المرض أكثر من غيرهم في حدود ضعفين ونصف أي) 2.3 (مرة ، كما تبين أن الأشخاص البدينين الذين يعانون من السمنة وفي زيادة الوزن فإن نسبة 83 بالمائة منهم معرضون للإصابة بهذا المرض، وكذلك فإن نسبة الإصابة بمرض السكر تختلف باختلاف الأعمار،والأفراد والمسنون أكثر عرضة لهذا المرض ،كما أن 82 بالمائة من مرضى السكر تكون أعمارهم أكثر من 13 سنة1 .

.ثانيا:الوقائع الرئيسية حسب منظمة الصحة العالمية لعام2015

-في عام 2014 كان معدل الانتشار العالمي للسكري يقدر بحوالي 9 بالمائة بين البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عاما أو أكثر.

-وفي عام2012، كان السكري سببا مباشر في نحو 1.3 مليون حالة وفاة.

-ويحدث مايزيد عن 82 بالمائة من الوفيات الناجمة عن السكري في البلدان المنخفضة و المتوسطة الدخل.

-وتشير توقعات منظمة الصحة العالمية إلى أن السكري سيكون السبب السابع للوفاة

.في عام 2030

–وبعد إتباع نظام غذائي صحي، وممارسة النشاط البدني بانتظام، والحفاظ على الوزن الطبيعي للجسم، وتجنب تعاطي التبغ من الأمور التي يمكن أن تمنع الإصابة بالسكري من النمط الثاني أو تأخر ظهوره___.

ثالثا :وظيفة البنكرياس.

البنكرياس أو المعثكلة، هي عبارة عن غدة كبيرة من حيث حجمها ذات اللون الوردي أما عرضها يبلغ تقريبا 28 سم . المائل إلى الأصفر، وطولها مابين11 _22سم ومن ناحية مكانها في الجسم يتخذ موقع هذه الغدة موقعا عرضيا حيث تقع خلف المعدة، بينما تجد أحد أط رافها عند تقعر الإثنا عشر، أما الطرف الآخر فهو يلامس الطحال كما يتواجد البنكرياس عند الحيوانات الفقرية.وظائف غدة البنكرياس عديدة و مهمة تتمثل أولهما بإفراز العصارة التي تقوم بتعديل حموضة الطعام، كما تقوم عصارات البنكرياس بإفراز مواد هاضمة تقوم بهضم البروتينات، الدهون والكربوهيدرات، ومن وظائفها أيضا قيام غدة البنكرياس بإفراز كل من هرمون الأنسولين و الغلوكاغون باتجاه مجرى الدم حتى يتم التمكن من استهلاك السكر ومن ثم إحراقه، لذا في حال حصل هناك أي خلل وتقصير من ناحية قدرة البنكرياس على إفراز الأنسولين ظهر بالتالي السكر في البول. كما تقوم هذه الغدة بعملية تحويل السكر الذي تم تخزينه في كل من العضلات والكبد من سكر تخزيني إلى سكر آخر قابل للاحتراق.

ربعا :تعريف داء السكري.

هو مرض ناجم من اضطراب في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز

الجلوكوز في الدم و المسئول عن ذلك هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب :وعلى أساس أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر و الكربوهيدرات إلى طاقة فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز في الدّم .

خامسا:هل السكر وراثي أو مكتسب من البيئة؟

هناك دلائل علمية قوية على أن السكر مرض وراثي .ويبدو أن العوامل الجنسية و العرقية لها دخل في الأمر فالبول السكري مرض نادر جدا في الإسكيمو مثلا، في حين أن معدل انتشاره مرتفع بين السود وهنود الشيروكي، وتكثر أنواع السكر المبكر في الجنس القوقازي في أوربا الشمالية في حين أنها تكاد تنعدم بين الأشخاص ذوي الأصل الشرقي، الذين يعانون سكر البالغين في الغالب .لكن الخبراء يعترفون انه على الرغم من هذه الدلائل، فإنه من الصعب تمييز العوامل البيئية– كالنظام الغذائي –عن العوامل الوراثية، بغية التوصل إلى تفسير دقيق لنتائج الد راسات التي يتم التوصل إليها .فضلا عن هذا فإنه هناك تناقضا ظاهريا في حالات المرض التي تبدو وراثية بحثة .فقد بينت الد راسات التي أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية وكندا و إنجلترا أن السكر المبكر يصيب التوائم المتماثلة بنسبة 32 بالمائة فقط، بل أنه لم يظهر لدى التوائم الثاني خلال عامين أو ثلاثة من ظهوره لدى الأول، فقد لايصاب به على الإطلاق . وقد يعني هذا أن شيئا ما في البيئة، ربما كان فيروسا، ا زد من قابلية أحد التوأمين للمرض ولن يزدها في الآخر .وهكذا فإن شيئا ما في البيئة يناقض الإستعداد الوراثي.

إن مرض السكري مرض وراثي إلاّ أن آلية انتقاله ليست واضحة تماما وقد وصفه البعض

إضافة إلى الوراثة، ثمة ما يقود إلى الافتراض Gerner ، بكابوس علماء الجينات1981 بأن الالتهابات الفيروسية و الضغوط النفسية عوامل مساعدة في ظهور المرض.

سادسا:أنواع داء السكري.

النوع الأوّل: ويسمى بداء السكري رقم "1 "وقديما كان يسمى هذا السكري بالسكر المعتمد على الأنسولين . ويقصد به مرضى السكر الذين يعتمدون على الأنسولين في علاجهم. وكان هذا النوع يسمى كذلك" بسكر الصغار، لأنه عادة ماتظهر أعراضه في سن الخامسة عشر، ولكن هذه التسمية ألغيت لأنّ النوع الأول من السكر يصيب الشباب و المسنين على حد السواء .وهذا النوع في الغالب يصيب الأطفال و البالغين أقل من ثلاثين عاما وذروة بدأ النمط الأوّل بين عمر 11 و 12 سنة، لكنه قد يبدأ في أي فئة عمرية بما فيها الشيخوخة.وأغلب المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر عادة هم أصحاء وأوزانهم اعتيادية عند حدوث المرض . ويتميز بانعدام أو النقص الأنسولين الشديد بسبب تلف معظم خلايا بيتا في البنكرياس، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم وهذا النوع لا يستجيب للعلاج بالأق راص الخافضة للسكر ولا ينفعه سوى حقن الأنسولين .

كما يعتبر سكري الأحداث أحد أكثر اضطرابات جهاز الغدد الصماء شيوعا لدى الأطفال، حيث يعاني منه واحد من كل ألف طفل على الأقل .ويسمى هذا النوع من السكري المعتمد على الأنسولين، وهو مرض مزمن Type 1 السكري بالنوع الأوّل) أو بالسكري يتضمن حدوث خطأ في تمثيل الكربوهيد ا رت بسبب نقص أو غياب الأنسولين وهو الهرمون الذي تفرزه جزر لانجر هانس في البنكرياس .ونتيجة لذلك فإن الجسم لايستطيع استخدام السكر (الجلوكوز)بشكل طبيعي، والسكر كما هو معروف مصدر الطاقة

الرئيسي للجسم .ولأن الجلوكوز لايستطيع دخول خلايا الجسم يحدث ارتفاع ملحوظ في نسبة تركيز السكر في الدّم .ولذلك تحاول الكلى التخلص من السكر الزائد فيصبح تركيز السكر في البول مرتفع، وتظهر أولى علامات مرض السكري وهي إدرار البول وبسبب ذلك يشعر الفرد بالعطش الشديد، وتلك هي العلامة الرئيسية الثانية لمرض السكري.

النوع الثاني:

ويسمى النوع الغير المعتمد على الأنسولين، وهنا مايزا ل الأنسولين يفرزه البنكرياس ولكن بكمية أقّل من حاجة الجسم لذا تستخدم أدوية السكر الفموية لحثه على زيادة الإفراز. 80بالمائة من مرضى السكر هم من النوع الثاني وغالبيتهم سمان، إذ أن السمان يشكلون 92بالمائة من مرضى السكر النوع الثاني و 12 بالمائة طبيعي الوزن فقط .لذا فإن تنظيم الغذاء والتمارين الرياضية هما الخطوة الأولى في المعالجة في النوع.

ومما سبق فإن مرضى السكر النوع الثاني ينقسم إلى النوع الثاني في Type الثاني2 السمان والنوع الثاني في غير السمان.

سابعا:طرق و أساليب معرفة الإنسان بإصابته بالسكري.

تدل الإحصائيات على أن هناك نحو نصف مرضى السكري لا يعرفون انه مصابين به. وهناك علامات أو مؤشرات تدل أو تنذر بوجود السكري يكفي وجود ثلاثة منها لمراجعة الطبيب المختص:

-تبول متكرر كثيرا جدا.

-إحساس شديد بالعطش.

-الإحساس الدائم بالجوع حتى بعد تناول الطعام.

-فقدان مفاجئ للوزن.

-الشعور بالتعب بصورة مزمنة.

-أحيانا رؤية ضبابية.

-بطيء التئام الجروح.

-الإحساس بوجود تنميل في القدم.

-ثلاثة أو مايزيد عنها تتطلب مراجعة الطبيب، وذلك وفقا لما قررته جمعية السكر الأمريكية .

ثامنا:فحص نسبة السكر في الدّم ومدى أهميته.

إن تعرفك على نسبة الجلوكوز في الأوقات التالية:

-صائم - .ساعتان بعد الإفطار - .قبل الغذاء مباشرة - .ساعتان بعد العشاء.

-عند النوم.

وتسجيلها في السجل الخاص بك هي الطريقة الوحيدة التي تنبهك إذا كنت متحكما في مرضك أم لا... والنتائج ترشدك إلى الآتي:

أنك أكثرت في الوجبة الخاصة بذلك الفحص، وتقليلها في الوجبة في المرّة الثانية.

إن شعرت بتعب أو نعاس أو صداع وحللت النسبة ووجدتها أقل من 12 مغ يتضح لك أن هذه الأعراض نتيجة انخفاض شديد في نسبة السكر في الدّم وعليك أن تتعاطى أيّ شراب حلو يزيل عنك هذه الأعراض، وبهذا تتفادى تعرضك للإغماء قبل حدوثه وكذلك إسأل نفسك عن السبب:

-هل بدلت مجهودا ا زئدا عن المعتاد؟ -هل تأخرت عن وجبة طعامك؟ -هل أخطأت في جرعة الأنسولين؟ إلى حد ما تستطيع أن تصبح طبيب نفسك وتتعرف على

الكثير من مرضك، وتنظم حياتك بدقّة تتفق مع متطلبات مرضك طالما أنك ملما بالهدف وتستطيع قياسه، ولديك الوسيلة، وتساعد طبيبك على إرشادك وتوجيهك وضبط علاجك.

تاسعا:أعراض داء السكري.

من بين الأعراض الأساسية لداء السكري وهي:

-نقصان تدريجي للوزن.

-الشعور بالجوع.

-العطش الشديد.

-صعوبة التنفس.

-كثرة التبول.

-وجه محتقن.

-قد يؤدي إلى حالة إغماء في حالة نزول السكري.

-دم المصاب أقل قابلية للتخثر.

-جلد المريض يكون دافئ و جاف.

عاشرا .مضاعفات داء السكري.

من بين مضاعفات داء السكري نجد إصابة كل من:

-جفون العين* (شلل مؤقت في عضلات العين* .تورم القرنية* .ارتفاع ضغط العين وقد يحصل انفصال لشبكة العين.)

-حدوث اختلال بالكلى ناجم عن إصابة الأوعية الدموية.

-حدوث التهابات ومضاعفات في القدمين بسبب قصور الدورة الدموية الناجم عن ضيق الش ا ريين في الأطراف السفلى الذي قد يؤدي بدوره عدم تغذية الأطراف وقد تصل إلى غرغرينا السكر إلى أطراف الأصابع.

-تدهور سريع في اللّثة والتهابات حادّة بها واصابة الأسنان بآلام حادّة، حيث أنّ الإصابة بمرض السكر يساعد في تقليل مقاومة اللثة بهجوم الجراثيم.

حاديا عشر:التأثيرات الأخرى لداء السكري.

يدرس بعض العلماء حاليا كيفية تأثير الشدة على الجوانب المرتبطة بمرض السكر .إذ من جامعة بتسبرغ -مدرسة الطب لمسألة السيطرة Rena Wing تتصدى العالمة النفسية على الوزن عند مرضى السكر الذين لايتعاطون الأنسولين من خلال إستراتيجيات تبديل السلوك .وتتناول تجربتها عينة من مرضى السكر 82 بالمائة منهم بدنين .ومن المعلوم أنه كلما ا زدت الشحوم في الجسم كلما أبدى مقاومة لنشاط الأنسولين المصنع في داخله (هذا بعكس السكر الشبابي حيث يعجز الجسم عن التعامل مع سكر الدم، فيلجأ إلى تبديل الشحوم من أجل الحصول على طاقة .)أما في الحمل ، فإن السكر يؤثر تأثي ا ر على قدرة إنجاب أطفال أصحاء .ذاك أن تجنب رد فعل الأنسولين، وانجاب طفل صحيح الجسم يرتبطان بالسيطرة على سكر الدّم.

أثنى عشر:نصائح هامة لمرضى السكري (النمط الثاني.)

يجب احترام مواعيد زيارة الطبيب المعالج للتأكد من مدى نسبة السكر في الدم بشكل مضبوط و محكم.

2-ممارسة النشاط الرياضي.

2-ضرورة التنسيق بين مواعيد الوجبات ومواعيد أخذ الأدوية حيث أن عدم احترام هذا الأخير قد يؤدي إلى حدوث مضاعفات.

1-ضرورة توفر الجهاز الذي يقيس نسبة السكر في الدم وتسجيله و الاحتفاظ بهذه التسجيلات من أجل عرضها على الطبيب المعالج.

3-عدم التغيير العفوي لدواء داء السكري دون استشارة الطبيب.

1-من الضروري معرفة طرق التصرف في حالة ارتفاع أو انخفاض نسبة السكر.

2-الامتناع عن المشروبات الكحولية و المخدرات.

8-عدم استخدام العقاقير و الأعشاب دون استشارة مختص بهذه الأمور.

ثالثة عشر:الوقاية من مرض السكري.

-عدم زواج الأقارب.

-الرياضة و اللياقة البدنية.

-العيش بهدوء وتجنب الاستمرار في تناول الأطعمة ذات نسبة السكري و الدهون.

خلاصة الفصل.

وهكذا أصبح يعتبر مرض السكري مرض العصر كونه أصبح يمس جميع الفئات العمرية بما فيها الطبقات الفقيرة كما تطرقنا في هذا الفصل إلى ماهية المرض، أنواعه أسبابه،أعراضه ومضاعفاته و طرق الوقاية منه حتى يتسنى لمريض السكري توعيته وارشاده من أجل التعايش مع المرض.

IV. الفصل الرابع .

الإجراءات المنهجية المتبعة في دراسة الحالات

تمهيد

أولا: الدراسة الاستطلاعية و مجرياتها .

1_ أهمية الدراسة الاستطلاعية ,

2_ اجراء الدراسة الاستطلاعية.

3_ عينة لدراسة االستطلاعية ,

4_ أداة القياس,

5_ المجال الزمني و المكاني لدراسة الاستطلاعية ,

ثانيا: منهج البحث وأدواته و اجرتراءته.

ثالثا: مصادر جمع المعلومات.

1_ الملاحظة

2_ المقابل

3_ الاختبارات النفسية

-اختبار بيك للاكتئاب

تمهيد:

يرتبط تقدم أي بحث علمي بدرجة من الدقة و الموضوعية في تحديد الإجراءات المنهجية المتبعة و المفاهيم , وفي نفس الوقت يجب أن يتحلى أي بحث علمي بالبساطة والسلاسة حتى يتسنى للقارئ سهولة الفهم، وموضوعنا يتطرق إلى داء السكري الذي أصبح يعتبر مرض العصر. حيث يقوم الباحث منذ الوهلة الأولى عند الرغبة في شروعه بإجراء الجانب الميداني وضع مخطط أو تصميم منهجي دقيق يسير وفقه حتى يكون أكثر موضوعية ومنهجية في جمع البيانات الخاصة بالحالة .

سنقوم في هذا الفصل بتوضيح الإجراءات المنهجية التي سنتبعها مع الحالات من خلال المقابلات والملاحظات العيادية، وسنتطرق في هذه الدراسة إلى مكان إجراء الدارسة، تقديم عينة الدارسة، طرق جمع البيانات الخاصة بالحالات، وفيما يلي عرض مفصل لما يرد في هذا الفصل .

أولا: الدارسة الاستطلاعية و مجرياتها:

أ- أهمية الدارسة الاستطلاعية وأهدافها:

تتجلى أهمية وأهداف الدارسة الاستطلاعية في ضبط النقاط التالية :

التعرف على الميدان المارد إجراء الدارسة التطبيقية فيه، وما فيه من صعوبات عراقيل حتى يتسنى للأخصائية النفسانية تفاديها وتذليلها أثناء قيامها بالدارسة الأساسية

_ضبط المتغيرات الخاصة بموضوع البحث .

_ تحديد صياغة الإشكالية و الفرضيات المتعلقة بموضوع البحث .

_ تحديد شروط العينة والمتمثلة في مرضى داء السكري من النمط الثاني (الغير المعتمد على الأنسولين) .

إجراء الدارسة الاستطلاعية :

تم الشروع في الدارسة الاستطلاعية المتعلقة بمرض الداء السكري من النمط

الثاني، انطلاقا من احترام الإجراءات الإدارية اللازمة بين الجامعة والمركز

الإستشفائي بولاية مسيلة وبالتحديد على مستوى جناح أمراض الغدد (الجناح الرابع) وذلك في الفترة الممتدة بين (2020-03- 20)الي غاية (2020-03-28) فبعد أخذ رسالة التربص الميداني على مستوى الجامعة وبالضبط على مستوى قسم علم النفس لكلية العلوم الاجتماعية و الانسانية انتقلنا الي قسم أمراض الغدد التي تتم فيها المتابعة والمراقبة الطبية كل ثلاثة أشهر لهؤلاء المرضى المزمنين إلا أن قسم الأمراض الغدد يعتبر مصلحة خاصة بالاستشفاء فقط .

في بداية إجراء الدراسة الاستطلاعية ارتأينا د راسة عدد كبير من الحالات العيادية بهدف

الاستزادة في المعرفة والتطلع الموضوع المراد التطرق إليه و ازالة الغموض والإبهام عنه

وتحديد مواصفات العينة محل الدراسة وتقديم علاجات تتمثل أساسا في خفض درجة الاكتئاب لدي مرضي السكري .

وقد تم الاستفادة من الدراسة الاستطلاعية في فرز نوع داء السكري، بمعنى هل

المريض يعاني من النوع الأول أو النوع الثاني من داء السكري من أجل ضبط

المتغير الخاص بموضوع بحثنا ألا وهو السكري من النمط الثاني، وذلك بعد توجيههم

إلى الاستشارة النفسانية من طرف مسؤول المصلحة. وأغلب الحالات التي كانت تتقدم

إلى المصلحة بغرض إجراء الفحص الطبي أو النفسي كانت تتراوح أعمارهم ما بين 42, 82 سنة بمعني فئة الكهول و الشيوخ , كما تم تحديد مكان إجراءة الدراسة حيث

أن معظم المرضى تم توجيههم برسالة من قبل المستوصفات الطبية نحو هذه

المصلحة، بغرض فتح ملف طبي من أجل المراقبة واجراء الفحوصات اللازمة، وحتى

الاستشفاء إذا لزم الأمر .

ورغم ارتفاع نسبة مرضي داء السكري المترددين على المصلحة التي تأكد لنا توفر

الحالات العيادية بها إلاّ أنه كان من الصعب إيجاد حالات تقتنع بإجراء العقد

العلاجي، فقد قبلت حالات إجراء المقابلات العيادية في البداية ثم انقطعت، وهنالك

حالات لم يتم رؤيتها ثانية.

3_ عينة الدراسة الاستطلاعية :

وصف العينة الاستطلاعية وخصائصها :

شملت عينة الدراسة الاستطلاعية 3حالات من مرضى داء السكري من النمط الثاني من الراشدين و المسنين، تم استدعاءهم بناء على الموعد المحدّد من طرف الأطباء من أجل اجراء فحوص الطبي و ملاحظة اذا ما كنت تطورات نحو الايجابي أو هل هناك انتكاسات .

4_ أداة القياس :

بعد التحاق المرضى الذين تم استدعاؤهم بطلب من رئيس الوحدة، تم استقبالهم من طرف الأخصائية النفسانية في جو من الطمأنينة حتى تشعر الحالة بنوع من الآمان و يتسنى لها التعبير عن شكواها . وبعد انتقاء و فرز الحالات التي تخدم موضوع البحث. اعتمدت الأخصائية النفسانية في

تشخيصها للحالات انطلاقا من المقابلات العيادية، الملاحظات العيادية و تطبيق الاختبارات النفسية. وكذلك من خلال الإطلاع على الملف الطبي الخاص بكل حالة.

كما تم إقناع الحالات بضرورة إجراء المراقبات الطبية وعدم التغيب عن المواعيد التي يحددها الطبيب المسؤول عن متابعة الحالة.

5_ المجال الزماني و المكاني للدراسة الاستطلاعية :

أجريت الدراسة الاستطلاعية على مستوى المركز الإستشفائي لولاية مسيلة الواقع)أين تتمLa garnison(بحي"البدر" وبالضبط في المصلحة المعروفة سابقا بالمخفر المراقبة الطبية الدورية من أجل متابعة الوضع الصحي للحالات ومعرفة مآلها. حيث

"تعتبر هذه المصلحة تابعة لمصلحة الطب الداخلي المعروفة ب

" حيث تم اجراء المقابلات العيادية في الغرفتين Service MédecineInterne"

المخصصتين لداء السكري وكان هذا في الفترة الممتدة بين (20_03_2020) (28_03_2020) .

وفيما يلي تحديد لأهم النقاط أو الغرض من الدراسة الاستطلاعية:

_ التعرف على الجانب الميداني الذي سيتم فيه إجراء الدراسة الاستطلاعية.

_ التعرف على مختلف الصعوبات و العراقيل التي قد تواجه أي باحث عند قيامه بأي بحث علمي .

_ البساطة في صياغة أسئلة المقابلات العيادية بطريقة يتسنى للمفحوص فهمها تماشيا مع المستوى التعليمي والثقافي لكل حالة .

_ ثانيا : منهج البحث العلمي .

إن طبيعة المشكلة المطروحة للدراسة هي التي تحدد المنهج الذي يتبع من بين المناهج المختلفة، وبداية يمكن أن نعرف المنهج العلمي بأنه "الطريقة التي يسلكها الباحث في دراسته، أو تتبعه لظاهرة معينة من أجل تحديد أبعادها بشكل شامل، يجعل من السهل التعرف عليها وتمييزها ويسهل معرفة أسبابها ومؤشراتها والأشكال التي تتخذها والعوامل التي تؤثر فيها. وطرق قياس الأثر والتنبؤ بشكل موضوعي دقيق يفسر العلاقات التي تربط عواملها الداخلية و الخارجية بهدف الوصول إلى نتائج عامة محددة يمكن تطبيقها

)الهادي خالدي وآخرون، 1996 ص 2

_ وللمنهج العلمي شرائط يجب أن يستوفيها، تتلخص في هذه الخطوات الثلاث المتعاقبة:

_ ملاحظة الظواهر المختلفة التي تقع في نطاق التجربة و جمعها

تنظيم الحقائق المختلفة التي هي موضع الملاحظة و تصنيفها_

استنباط قوانين عامة شاملة تنظم هذه الحقائق و تفسرها وتسمح بالتنبؤ في المستقبل وفقا لها

كما يمتاز المنهج العيادي بصفة منهجية وهي: الكشف عن تصرفات ومواقف وأوضاع كائن إنساني معين اتجاه مشكلة، البحث عن معنى لهذا الموقف وأساسه

ومنشؤه، إظهار الصراع الذي أدى إلى هذا الموقف والإجراءات التي تهدف إلى حلّ هذا الصراع. ويستخدم المنهج العيادي في د راسة حالة فردية بعينها دراسة عميقة، بقصد فهمها، ومن ثم علاجها. فهو يستخدم أساسا لأغراض عملية. ونعني من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال التي تحمل الشخص على الذهاب إلى العيادي النفساني. إن دراسة العديد من الحالات الفردية ومقارنتها بعد ذلك، يمكن أن تمدنا بمعلومات نظرية لها قيمة .

كما يتضمن المنهج العيادي دراسة الحالة التي تعرف على النحو التالي:

تعرف دراسة الحالة بأنها:" الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الاختصاصي الإكلينيكي العيادي" أو اختصاصي التربية الخاصة أو الاختصاصي الاجتماعي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد وذلك عن طريق الملاحظة، والمقابلة و الاختبا رات والسجلات وغيرها من طرق جمع المعلومات الممكنة، والتي تتمحور غالبا في التاريخ الاجتماعي والأسري و الطبي الصحي والسلوكي والانفعالي والمعرفي والبيانات أو المعلومات التعريفية الشخصية، فيما يخص الحالة أو الأسرة. وبعد ذلك تتشكل لدى الاختصاصي رؤية واضحة يقيم بناء عليها خطته العلاجية.

ثالثا: مصادر جمع المعلومات

1_ الملاحظة : هي أسلوب علمي مخطط له بعناية في ضوء طبيعة البحث وأهدافه، وطبيعة الظاهرة أثناء حدوثها بشكل موضوعي، وادراك الحالة التي عليها بهدف تطوير نظرية ما واختبارها .

كما تعتبر الملاحظة المنظمة من الأساليب التي يمكن أن يستخدمها الباحث لمعرفة الكيفية التي يتصرف بها الناس في موقف معين، ويمكن القيام بالملاحظة بعدة طرق، من بينها أن يذهب الباحث إلى الميدان أو البيئة الطبيعية لملاحظة السلوك موضع الاهتمام، وتسمى هذه الطريقة بالملاحظة الطبيعية. كما يمكن للباحث أن يصمم موقفا بحثيا يضع

من خلاله أف ا رد الدراسة في نفس الظروف للحصول على معلومات حول أنماط التطور السلوك، وتسمى هذه الطريقة بالملاحظة المخبرية.

أ- شروط الملاحظة: والملاحظة لكي تكون مؤدية إلى الغاية المقصودة منها يجب أن تكون وافية بشروط أهمه

_ أن تكون الملاحظة كاملة

_أن تكون الملاحظة نزيهة .

2_ القابلة : اختلفت الآراء حول تعريف المقابلة، وتعددت التعريفات فقد عرفها "انجلش انجلش" بأنها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع أفراد ، بهدف حصوله على أنواع من المعلومات لاستخدامها في بحث علمي أو للاستعانة بها في عمليات التوجيه و التشخيص و العلاج. ومن هذا التعريف نستنتج أهداف المقابلة فيما يلي:

_ جمع الحقائق لغض البحث

_ الاستفادة بها في التشخيص و توجيه و علاج .

المقابلة العيادية محور الالتماس والعلاج النفسي هي"نوع من المحادثة تتم بين الآخر عميل والنفساني في موقف مواجهة، بقصد التعرف على مشكلات المريض، وكشف الصراعات ودلالاتها. تتخذ المقابلة إذن شكل الحوار وعنصر المواجهة ، بحيث تفصح المجال أمام المريض إمكانية التعبير الحر عن ذاته، وبالتالي فهم مايعانيه من مشاكل.

كما يجب أن يكون هناك تفاعل بين الفاحص اولمفحوص خلا ل الفحص العيادي بحيث انه ليس هناك معرفة موضوعية للمفحوص تتم من الخارج. كل معرفة لابد أن تمر بتفاعل ذاتية الفاحص مع ذاتية المفحوص خلال علاقة الفحص. هذه العلاقة بدورها تؤثر على سلوك المفحوص. فكل مايصدر عنه وكل مايقوم به وكل ردود أفعاله على صلة بشكل ما بنوع علاقته مع الفاحص. ثم أن هذا الأخير ليس ملاحظا محايدا، أنه منغمس في هذه العلاقة بكل ذاتيته. فهو ملاحظ مشارك وهو بذلك يؤثر كثرا من خلال هذه

المشاركة على الظواهر الملاحظة. ولابد للاختصاصي النفساني أن يتقن إذن فنّ العلاقة من ناحية، وأن يعي كل أبعاد تفاعل ذاتيته مع ذاتية المفحوص من ناحية ثانية.

أ- أنواع المقابلة

المقابلة المقننة: حيث تكون الأسئلة وتسلسلها وكلماتها وتعبيراتها ثابتة. حيث لايمكن للشخص الذي يجري المقابلة إجراء تغيرات جوهرية وانما يعطي حرية محدودة في توجيه الأسئلة. وتحدد هذه الحرية مقدما قبل إجراء المقابلة. أن المقابلة المقننة تستخدم برنامج محدد مسبقا وقد تم إعداده بعناية فائقة للحصول على البيانات الخاصة بمشكلة البحث.

المقابلات غير المقننة: وهي تكون أكثر مرونة وانفتاح من المقابلة المقننة أنه بالرغم من أن أهداف البحث تحكم نوعية الأسئلة ومحتواها وتسلسلها وكلماتها إلا أن ذلك يكون بحسب الشخص الذي يجري المقابلة، ولا توضع خطة أو يحدد برنامج مسبق لهذه المقابلة

ب- إجراء المقابلة :

من المهم عند إجراء المقابلة أن لايقول الباحث ما يشأ أو يقوم بتصرف من شأنه أن يحرف الإجابات. فقد يقوم الباحث – عن غير قصد – بالتهويل على المبحوث و تشويشه أو الإيحاء له بأن إجابة محددة هي الإجابة الصحيحة، وكل ذلك من شانه أن يكون له أثر عكسي على البيانات التي نحصل عليها من المقابلة. ومن الممارسات السليمة بصفة عامة أن يقدم الباحث نفسه بلباقة إلى المبحوث ويعرفه بأغراض البحث.

ج- أسس و مبادئ المقابلة

المقابلة كأداة بارزة في العمل الإكلينيكي تحتاج إلى خبرة فنية عالية ومرانا طويل من الأخصائي، فهي علاقة فنية ديناميكية تعكس شخصية الأخصائي وأسلوبه العملي، ويتوقف على أسلوبه في ممارستها، نجاح النتيجة وتحقيق الهدف منها. كما يتوقف نجاح المقابلة على قدرة الأخصائي في بناء علاقة الثقة والمودة بينه وبين المريض. وغاية

المقابلة التشخيصية هي الحصول على كثير من المؤشرات و العلامات التي تساعد على تشخيص حالة المريض، وذلك بتوجيه أسئلة هادفة، وبملاحظة سلوكه وكل مايصدر عنه من انفعالات وردود أفعال. وترتكز المقابلة الناجحة على أسس واضحة، ومن أهم هذه الأسس مايلي:

وضوح الهدف من المقابلة، في ذهن الأخصائي، والموضوعات التي تستهدف إلقاء الضوء عليها، ووضع خطة لتحديد طريقة السير في المقابلة

نجاح الأخصائي في خلق العلاقة الثقة اللازمة لتحقيق هدفه. إذ لابد من توفير الجو السيكولوجي الذي يسمح بنشوء هذه العلاقة المتبادلة، وتتوقف قدرة الأخصائي على خلق هذه العلاقة وكسب ثقة المريض على مدى حسن تصرفه في توجيه الأسئلة، واصغائه لكل ما يقوله المريض .

3_ الاختبارات النفسية

لقد اعتمدنا في الدراسة الحالية على تطبيق اختبار أرون بيك للاكتئاب.

قائمة بيك لقياس الاكتئاب (الصورة المختصرة) : عرف هذا المقياس على مدار 20 عاما ولقد أعد المقياس في الأصل بيك وتتكون الصورة الأصلية لهذا المقياس من Beck بندا 21 ، بينما تتكون الصورة المختصرة من 13 بند، وقد تركز هدف بيك في وضع أداة تغطي جميع أعراض الاكتئاب بصورة شاملة .

v. الفصل الخامس

أولا : دراسة الحالات و علاجها

دراسة الحالة الأولى:

المعطيات الأولية عن الحالة ب- ه.

-اللقب: ب.

-الاسم: ه.

-الجنس: أنثى.

-السن: 60 سنة.

-الحالة المدنية: متزوجة وأم لخمسة أطفال ولدان و 3 بنات

-المستوى التعليمي: السنة الرابعة.

-المهنة: بدون مهنة.

-المستوى المادي: متوسط.

مسيلة -عنوان الإقامة:.

-مدة الإصابة بالمرض: 3 سنوات.

حيث طلب منا التكفل (La garnison) الدافع الاستشاري: كان بطلب من رئيس مصلحة النفسي بالحالة كون هذه المصلحة لا يتواجد بها أخصائيين نفسانيين. كما أنها سمعت بالخبر المتعلق بدراسة نسبة الاكتئاب فأت بأن الأمر مهم.

السيميائية العامة :

1_ الهيئة العامة :

الحالة (ب- ه) تبلغ من العمر 60 سنة طويلة القامة، سمراء البشرة، ذات عينين سوداويتين.

_الهندام: لباس مرتب، نظيف ومتناسق.

_ ملامح الوجه: وجه بشوش وابتسامة عريضة عند دخول الحالة لإجراء المقابلة العيادية

_ الوجدان و العاطفة : تحاول الحالة إخفاء حزنها و قلقها وراء ملامح وجهها المبتسم

-الاتصال: كان الاتصال مع الحالة سهلا و سلسا

2_ النشاط العقلي :

اللغة : تتميز لغة الحالة بالبساطة والسلاسة، كلام الحالة واضح ومنسق باللغة العامية

_التفكير: على عائلتها وخاصة إحدى بناتها، كما يحتوي معظم كلامها عن انشغالها بالمشاكل التي تسببها ابنتها المطلقة التي تمكث معها بنفس البيت .

_ الذاكرة : ذاكرة الحالة جيدة و ذللك من خلال سردها للأحداث

_النشاط الحركي: سريعة الحركة.

3_ **العلاقات الاجتماعية:** تجمع الحالة (ب- ه) علاقة متذبذبة نوعا ما مع إحدى بناتها،في حين تجمعها علاقة جيدة مع محيطها وجيرانها كما تعتبر إنسانة هادئة الطبع و الميزاج .

المقابلة الأولي ابرام العقد العلاجي :

تمت المقابلة الأولى بمصلحة الزهراوي بولاية مسيلة ولقد تم استقبال الحالة في الفترة الصباحية 9.30 لمدة 30 دقيقة وذلك يوم(21_03_2020) , حيث كان الهدف من المقابلة العيادية تبيان ما سنقوم به من عمل مع الحالة , وماهي مهامنا و ماهو الهدف من

اجراء المقابلات العيادية , وذلك لتتمكن الحالة من معرفة السيرورة عملنا و موافقة علي ابرام العقد العلاجي .

بعد أن تم فحص الحالة من طرف الطبيب المعاين، تم إدخالها للمكتب من طرف السكريتارة. دخلت الحالة إلى المكتب ملقية السلام علينا فرددنا عليها التحية كما قمنا باستقبال الحالة في جو يسوده الهدوء والطمأنينة حتى يجعلها أكثر ا رحة نفسية وثقة، مما يسمح لها بالتعبير عن مشاكلها وهمومها، كما تم التأكيد للحالة على احترام السرية التام للمعلومات الواردة خلال الفحص النفسي .

رحبنا بالحالة كما طلبنا منها التفضل بالجلوس ، كانت الحالة(ب/ه) ترتدي جلبابا ذو لون أخضر فاتح، خمارا أبيض وحذاء أبيض كما كانت تضع على كتفيها منديلا كبير قمنا بسؤال الحالة هل سبق لها أن سمعت التحدث عن الأخصاصي النفساني وعما هي مهامه؟ فكان جوابها" بنعم لقد سمعت الناس يتحدثون عن الأخصائي النفساني، وأن من بين أدواره ومهامه مساعدة الفرد في حل مشاكله.

_المقابلة الثانية : تطبيق اختبار بيك للاكتئاب .

تم إجراء المقابلة مع الحالة في نفس التوقيت المحدد سلفا مع الحالة وفي نفس المكان و كان الهدف من هذه المقابلة وهو المتفق عليه مسبقا وذلك بتاريخ 2020_03_22 وتطبيق اختبار بيك للاكتئاب , دخلت الحالة إلى المكتب كعادتها

وذلك بعدما لمحتنا عند باب المكتب فطلبنا منها التفضل بالدخول، كانت ترتدي جلبابا أزرق، حذاء رماديا، حجاب أسود وحقيبة سوداء، حيث ألقت علينا السلام عند دخولها فرددنا عليها، ورحبنا بها، وسألناها عن وضعها الصحي. فقالت لنا " الحمد لله" كما طلبنا منها التفضّل بالجلوس وشرحنا لها ما سنقوم به في هذه المقابلة أي تطبيق اختبارين لقياس الضغوط النفسية، فقدمنا لها شروحا بعبارت مبسطة كون أن الحالة لا تجيد القراءة ولا الكتابة عن الاختبار وتعليمته، كما طلبنا منها عندما لا تقوم بفهم السؤال أن تطلب منا التوقف بغرض تبسيط الأسئلة لها حتى يتسنى لها الفهم وذلك من أجل

الإجابة ووفرنا للحالة جوا من الهدوء و الطمأنينة عند تطبيق الاختبار

نلاحظ ان مستوي الاكتئاب لدي الحالة (ه_ب) ينتمي الي مستوي اكتئاب شديد وهذا ما يظهر في درجة 30 .

وهذا راجع للمشاكل الصحية التي تعاني منها الحالة ألا وهو مرض السكري الذي أدى إلى ظهور أعراض ثانوية نفسية مما أدى إلى عدم التوازن النفسي والذي يظهر من خلال اضطراب الفكر، وأعراض نفسية تمثلت في عدم الاستقرار .

المقابلة الثالثة : (جمع المعلومات عن التاريخ الشخصي للحالة)

تم حضور الحالة للمقر الذي أجريت فيه المقابلات بعد مرور أسبوع وذلك بتاريخ 2020_03_23 وفي نفس الوقت المتفق عليه مسبقا، كما تم على مستوى هذه المقابلة جمع البيانات المتعلقة بالتاريخ الشخصي للحالة مرحلة الطفولة، والمراهقة والكهولة جاءت الحالة قبل الموعد المحدد مرتدية جلبابا ذو لون أخضر فاتح كما كانت تضع على كتفيها منديل كبير كما كانت الحالة ترتدي نظارات للرؤية وحجابا أبيض، لاحظنا أن الحالة أتت قبل الموعد المحدد لها، لمحناها جالسة في قاعة الانتظار تنتظر منا استدعائها إلى المكتب كما تم تحديد توقيت المقابلة مع الحالة كونها تفضل القيام بأشغالها في الصباح الباكر و كون أن مصلحة الطب الداخلي تقوم بالمعاينات الطبية في معظم الأوقات في الفترات الصباحية، دخلت الحالة إلى المكتب ملقية التحية علينا فرددنا عليها كما طلبنا منها التفضل بالجلوس وما لوحظ على الحالة إخفاء ملامح وجهها الحزين، كما سألناها عن كيف هو حالها؟ تم ردها على السؤال " الحمد لله في هذه الساعة"، وضعت الحالة (ب- ه) حقيبتها على المكتب ووضعت يدها الواحدة فوق الأخرى، عند توجيه الحديث إلى الحالة كانت تنظر إلينا بصفة مباشرة ولكن إيماءات وجهها كانت تبدو كلها حزن و أسى محاولة أن تخفيها بابتسامة وهذا ماتضح لنا وأقرت به الحالة عما هو سبب حزنها وذلك عندما تقدمنا في المقابلات العيادية. كما تم إعادة

تذكير الحالة بماهي المهام التي سوف نقوم بها؟ وماهو الهدف من إجراء هذه المقابلات حتى يتسنى للحالة إعادة التفكير. ولما كانت الحالة تنظر إلينا ببشاشة وابتسامة تم طرح السؤال التالي للحالة: هل ترغبين فعلا في اكتساب تقنيات قصد التخفيف من الاكتئاب ؟ فكان جواب الحالة " نعم إنني مهتمة جدا بالأمر لأنني أعيش حياة مليئة بالضغوط كوني قمت بتربية أبنائي لوحدي ودخلت عالم الشغل منذ سن جد مبكرة" كما تم سؤال الحالة عن وضعها الصحي؟ فأجابتنا " والله الحمد لله في هذه الساعة، إني أقوم بشرب الدواء في الوقت المحدد كما أقوم بمراقبة نفسي من خلال إتباع الحمية الغذائية" كما طلب منها وبسؤال مفتوح أن تحكي لنا عن نفسها وعن تاريخ حياتها الشخصي؟ فأجابتنا الحالة أنها قامت بتبنيها أسرة لم يسبق لها الإنجاب أبدا، كون أن أمها التي أنجبتها كانت أم عازبة، فضلت إعادة بناء حياتها من جديد، هذا ما دفع بها إلى أن تعطيني للأسرة المتبنية التي قامت بتربيتي،منذ صغر سني وأنا أعاني كما عشت فترة طفولة ومراهقة وكهولة صعبة، إن أمي التي تكفلت بي و قامت بتربيتي لم تكن تحسن معاملتي كانت قاسية نوعا ما، كما كنت أقوم بأعمال تفوق طاقتي آنذاك لأنني كنت في مرحلة الطفولة، كانت الحالة تصمت لفترة قصيرة ثم تستهل الحديث، أمي كانت موظفة كما كنا نمكث في مدينة وهران ، كما مرت مرحلة الطفولة ودخلت في مرحلة جديدة ألا وهي مرحلة المراهقة توفى أبي و أمي اللذان قام برعايتي منذ الصغر، وعند وفاتهما قامت خالتي بتربيتي لما صرت يتيمة الأب و الأم، ولما بلغت سن 11 سنة توفت خالتي، ومنذ ذلك السن دخلت عالم الشغل، اشتغلت في ورشات الخياطة، كما اشتغلت في المنازل كخادمة، بمعنى سرت أتكفل بنفسي لوحدي، كما صرت مسؤولة عن نفسي، كما كان الناس فاعلي الخير يقومون بتركي عندهم في المنزل كوني كنت صغيرة في السن.

قالت لنا الحالة(ب- ه) بأنها تزوجت عن عمر يناهز 22 سنة لولاية مسيلة ، أنجبت5 أطفال أولاد و 3 بنات) بالإضافة إلى البنت الكبرى التي قمت بتبنيها، كما درست اللغة (2

العربية في مد رسة الفلاح وهذا في طفولتي ، لقد اعتقدت أن الزواج سوف يخفف ما مر عليا من صعوبات ومشاكل وسوف يخفف عني عبء الحياة الشاقة لكن ظهر عكس وأسوأ ما كنت أتوقع ، تزوجت برجل سكير، كان يضربني ضربا مبرحا ويقوم بتجويعي أنا وأولادي كانت مخالطته لبنات الهوى والشوارع، وعندما لاحظت بأن معاناتي تتفاقم يوم تلوى الآخر قررت الطلاق منه، والبحث عن عمل أسترزق منه أنا وبناتي، أعطيته الأولاد، وتكفلت أنا بتربية البنات حتى قمت بتزويجهن. تمكث معي الآن ابنتي المطلقة التي تعتبر مصدر المشاكل في بيتي، كما يعتبر زوجها في الوقت الحالي في فترة التقاعد، كونه كان يعمل كمسير في سوق الخضر و الفواكه وأنا الآن مطلقة منذ 23 سنة، أولادي في علاقة دائمة مع أبيهم، كما استغرقت المقابلة 40 دقيقة

لكن للأسف الشديد لم نتمكن من اكمال باقي المقابلات وذلك بسبب تفشي فيروس الكرونا.

ثانيا : مناقشة نتائج الفرضية العامة

تبين من خلال المعالجات الإحصائية لفرضيات الدراسة الجزئية و فرضية الدراسة العامة ان مرضي السكري يعانون من الاكتئاب بدرجة منخفضة بشكل عام .

وتتفق نتيجة هذه الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة كدراسة

التي توصلت الي ان مرضي السكري يعانون من (قلق متوسط _ اكتئاب متوسط عصبية _ صوورة سلبية علي الذات) (Lu_ning 1995)

وتتفق أيضا مع نتائج دراسة روسيلو و آخرين 2006 الي ان العلاج السلوكي المعرفي أسلوب ناجح مع البالغين المصابين بالسكري، و توجد لديهم أعراض اكتئابيه .

في حين تختلف نتيجة هذه الدراسة عن دراسة كيولزر و آخرون 2008 والتي توصلت إلى أن مرضى الاكتئاب لديهم نسبة أكبر للإصابة بمرض السكري من النوع الثاني، وأن الاكتئاب له تأثير سلبي على معالجة مرضى السكري، وأن مستوى نوعية الحياة له تأثير في زيادة المضاعفات السكري و ارتفاع نسبة الوفاة .

كما اختلفت عن نتائج دراسة والتي توصلت إلى أن مرضى السكرى يعانون من القلق النفسي الصريح والاكتئاب بدرجة مرتفعة مقارنة بالعاديين . LiakopouLou1992

مناقشة الفرضيات الجزئية:

الفرضية الأولى :

تبين من خلال المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة الجزئية أنه" لا توجد فروق دالة احصائيا في الاكتئاب لدي المرضي السكري تبعا لمتغير الجنس .

التي توصلت إلى أنه لا توجد فروقsurridge 1984 وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة دالة احصائيا في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الجنس". وأنهم لديهم مستوى منخفض من الطاقة وزيادة في الاجهاد , كم لدسهم اكتئاب متوسط

رغم أن الواقع يفرض عكس ذلك، حيث تقوم مجموعة التفسيرات العلمية على أن الأساس البيولوجي الهرموني للفروق الجنسية في الاكتئاب تعود لصالح النساء، وهي فروق عالمية بمعنى أنها توجد في كل الثقافات، فالنساء أكثر حساسية من الناحية الانفعالية وأكثر استهدافا للاكتئاب كما تجد الباحثة أن الاكتئاب لدى الرجال يأخذ شكل التعبير الصريح والواضح بدلا من أعراض الحزن السلبية، والحزن، لهذا نجد أن التعبير الصريح للرجال و بالمقابل الانكار والتستر عن حالة الحزن والالم لدي النساء جعل الفروق بين درجات الاكتئاب منعدمة .

وكذلك لا ننسى عامل جد مهم قد يجعل نسبة الاكتئاب ترتفع لدى الرجال ألا وهو ان 35_65 بلمئة من الرجال مرضى السكري لديهم مشاكل جنسية وبنسبة عالية في كبار السن .

ولعل هذا ما أدى إلى ضمور الفروق بين درجات الاكتئاب لمرضى السكري تعزى لمتغير الجنس .

الفرضية الثانية :

تبين من خلال المعالجة الإحصائية عدم وجود فروق دالة احصائيا في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير نوع العلاج ولكن في الحقيقة أن الواقع العلمي يؤكد بأنه يتسبب داء السكري(نوع 1) في انخفاض معدل السكريات في الخلايا الدماغية , ويرجع

ذلك إلى الإصابة بالاعتلال العصبي السكري وانسداد الأوعية الدموية، وهذا يعتبر عامل مساعد في التأثير السلبي على الصحة النفسية والتعرض لحالات الاكتئاب المزمنة، وهناك دراسة أجريت عام 2008 نشرت من خلال المجلة الامريكية لعلم النفس، أوضحت أن هناك علاقة بين الإصابة بداء السكري (نوع 1) وزيادة خطر التعرض لضمور الأنسجة الدماغية والتسبب في تعطيل الوظائف الدماغية و خاصة المصابون بمرض السكري الذين تتراوح أعمارهم بين 60 الى 64 عام كم تشير الباحثة و من خلال ممارستها المهنية في مركز السكرى بأن أعراض الخوف والتشاؤم والمشاعرالسلبية كالدونية و العجز تظهر أكثر لدى فئة مرضى السكري (نوع 1) المتعاطون لإبر الأنسولين إذ الذين وصلو الي مرحلة الإحباط والقناعة بانعدام الامل، واصفين حالتهم وجسمهم ب " حقل التجارب " أو حقل الإبر الصينية "، وكذلك عدم تقبلهم التبعية للأنسولين، والارتفاع أو الانخفاض المفاجئ للسكر .

استنتاج عام :

في تناولنا لموضوع داء السكري وعلاقته بالاكتئاب قمنا بإجراء دراسة ميدانية من أجل التعرف على ما إذا كانت تظهر لدى مرضى السكري إستجابات إكتئابية تبعا للمتغيرات التالية (الجنس. السن , النوع , مدة الإصابة)

وا ثبات أو نفي فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج المحصل عليها والتي كانت كالتالي -عدم تحقق الفرضية العامة التي تقر أنه لدى مريض السكري استجابة إكتئابية، ولربما هذا راجع إلى صغر حجم العينة ، أو نظرا لأن العينة المفحو صة لم يجيبوا جيدا على الاستبيان أضف الي ذلك النظة السلبية المترسبة في أذهان أغلب الافراد تقريبا عن الاخصائي النفساني ، مما من شأنه أن يجعل إستجابات هؤلاء الأفراد على الاختبار تأتي متحفظة نوعا ما نتيجة التخوف أو التشكيك حيال اختيارهم هم بالذات دون سواهم مثلا ،وخاصة أن أغلب أ فراد العينة من كبار السن فتمت الإستعانة باللغة الشعبية لإفهام أغلب افراد العينة معاني بنود الاختبار ، وهو ما من شأنه أن يجعل فهم الأفراد لمعاني البنود غير متطابق ، أو من

شأنه أن يجعل الإستجابات مجرد ردود عفوية لا تعكس حقيقة حالة كل فرد لأن الظاهر العام يؤكد معانات مريض السكري من بعض الإضطرابات النفسية وخاصة منها القلق والاكتئاب.

نفي الفرضية الأولى التي تقر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب تبعا لمتغير الجنس وذلك من خلال التحليل الإحصائي لاختبار

تأكيد الفرضية الثانية التي تقر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب تبعا لمتغير السن من خلال التحليل الاحصائي .

خاتمة:

لقد كان هذا البحث إحدى المواضيع الهامة والتي لا تمس فئة خاصة من المجتمع فقط بل عامة المجتمع، فمرض السكري من الأمراض المزمنة التي تقتحم حياة الإنسان بصورة مفاجئة وتعرقل عليه مسار حياته وتؤثر على علاقاته بمن حوله، وخاصة حين تصاحبه اضطرابات نفسية منها الاكتئاب الذي يعتبر من أكثر الاضطرابات انتشارا لهؤلاء المرضى المزمنين

فمن خلال نتائج البحث التي تم التوصل إليها وجدنا أن المصابين بالسكري يعانون من الاكتئاب، وذلك لأسباب عديدة من بينها عدم تكيف المريض مع مرضه، شعوره بالنقص و خوفه من مضاعفات وتعقيدات المرض. فقد يجد المريض نفسه أمام تحدي كبير نتيجة هذا الأخير .

كما يرفض التحدث عنه مع الأخرين، ومما لاحظناه كذلك عند المصابين بالسكري أن المريض لا يقتنع في البداية بأنه مرض مزمن، ويعزف عن تناول الأدوية الطبية ويلجأ لتناول الأعشاب ضنا منه أن العلاج التقليدي سوف يكون أكثر فاعلية من العلاج الطبي مما يؤكد إنكار المريض لطبيعة المرض المزمنة ويتخلل ذلك الشعور بالقلق والاكتئاب وفقدان الأمل في الحياة وكذلك ظهور العديد من الاضطرابات الفسيولوجية واضطرابات معرفية مثل تشتت الإنتباه وقلة التركيز والتفكير السلبي عن المرض .

و خطورة هذا المرض لا تتمثل في ارتفاع عدد المصابين به، بقدر ما تتمثل في مضاعفاته النفس جسمية، وتبعاته السوسيولوجية، فالمريض بداء السكري تواجهه عدة صعوبات وعراقيل في حياته اليومية الجديدة .

وعليه فإن شريحة المرضى من مجتمعنا تستدعي الاهتمام والتكفل، ليس فقط من الناحية الطبية،و ا نما كذلك من الناحية النفسية والاجتماعية التي نجدها جد مضطربة ولا تعرف استقرارا .

اقتراحات وتوصيات :

على ضوء ما تم التطرق إليه من خلال هذه الدراسة، تم الخروج بمجموعة من التوصيات والاقتراحات تمثلت فيما يلي :

تنظيم الدولة ملتقيات علمية حول المرض والبحث في أسبابه وكيفية الحد منه، كما تعمل هذه الملتقيات على توعية المصابين بطبيعة مرضهم وكيفية التعايش معه و

تحسيس وتوعية المجتمع بأسباب وأعراض مرض السكري عن طريق وسائل الإعلام

تقديم حصص علاجية جماعية في المراكز الاستشفائية لهؤلاء المرضى بهدف التخفيف من شدة المرض على المستوى الذاتي للمصاب.

توظيف أخصائيين نفسانيين في المراكز الاستشفائية والجمعيات التي تعمل على مساعدة هؤلاء المرضى قصد التخفيف من تأثير المرض على الجانب السيكولوجي للمصاب، فالعلاج الدوائي لن يكتمل إلا بالعلاج النفسي .

العمل على الاكتشاف المبكر لأعراض الاكتئاب لدى مرضى السكري

ضرورة التكفل النفسي والاجتماعي بالمريض، وخاصة التكفل الأسري الجيد

إجراء هذه الدراسة على عينة أكبر تشمل مرضى السكري بكل أنواعه

إجراء دراسة حول العوامل المؤثرة في حدوث الاكتئاب عند مرضى السكري

إجراء دراسات مقارنة بين أكثر من أسلوب علاجي لبيان أثر كل منها في علاج الاكتئاب لدى المصابين بالسكري.

عمل دراسات مشتركة بين المجال الطبي والنفسي على فئة مرضى السكري .