

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
كلية الآداب و العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية  
شعبة: علم النفس  
تخصص: علم النفس عيادي

داء السكري وعلاقته بالإكتئاب  
دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية للصحة  
الجوارية مركز السكري عيادة 300 مسكن  
المسيلة

-تحت اشراف:

أ.د. سماعيل يامنة

- من إعداد:

بن يحي خولة

السنة الجامعية: 2017\_2018

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## إهداء :

إلى التي رافقتني منذ ولادتي بحنوها وحنانها  
ولا تزال تكابد في صمت ما أعانيه من تعب  
التحصيل ..... والدتي.

إلى القلب الحائي الذي يولمه ما أعانيه من مكابدة  
التوفيق بين عملي والدراسة ويتطلع بشغف إلى  
اليوم الذي أتبوا فيه ما أصبو إليه ..... والدتي.

إلى والذي زوجي العزيز اللذان يحيطاني بدفء  
أستمد منه قوتي وحب لا يصدر إلا من قلب كبير  
..... أمي فائزة وأبي بلقاسم.

إلى أب بناتي على ما حباني به من عطف  
ومساعدة فكانت إحدى مرتكزاتي..... عبد الصمد

إلى ريحائتي اللتان تحملتا انشغالي عنهما ببراعة  
نادرة وصبر جميل ..... سالي و أسيل.

إلى التي زادتها قوة الشخصية مهابة وجلالا  
وأضفى عليها زادها العلمي جاذبية وجمالا.....  
أستاذتي الفاضلة والمشرفة على هذا المجهود  
.....السيدة الدكتورة: سماعيلي يامنة.

إلى كل من له يد بيضاء أرفع هذا العمل المتواضع  
متوسمة أن يكون إحدى ثمراته راجية أن يجعله الله  
في ميزان حسناته.

## ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى اكتشاف ما يمكن أن يخلفه مرض السكر على الشخص المريض،

وكانت الإشكالية كما يلي:

هل إصابة الشخص بمرض السكر يعد سببا لاضطرابه نفسيا، ويظهر هذا على شكل اكتئاب؟

وهل تختلف درجات الاكتئاب باختلاف مجموعة من المتغيرات المتعلقة بالمريض والمتمثلة في جنسه، نوع العلاج

المتبع، وكذا مدة الإصابة بالمرض؟

ومن خلال هذا التساؤل وضعنا مجموعة من الأهداف في شكل فرضيات وهي:

يعاني مرضى السكري من الاكتئاب بدرجة مرتفعة؟

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرض السكري تبعاً لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرض السكري تبعاً لمتغير السن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب تبعاً لمتغير نوع العلاج.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب تبعاً لمتغير مدة الإصابة.

ثم قمنا بإعطاء صورة مختصرة حول ماهية مرض السكري واضطراب الاكتئاب في فصلين منفصلين.

وبعد التعرف على الجانب النظري لموضوع الدراسة، قمنا بإجراء دراسة ميدانية انطلاقاً من الفرضية العامة والفرضيات الجزئية، وذلك للتعرف على درجة هذه الأخيرة، فاعتمدنا للتأكد من صحة الفرضيات على استمارة بيانات عن مريض السكري مكونة من (السن، الجنس، المستوى الاقتصادي والتعليمي، وكذا نوع العلاج، مدة الإصابة بالمرض).

بالإضافة إلى قائمة هاملتون للاكتئاب المكونة من 21 بند.

وقمنا بعد ذلك باستخدام عدة أساليب إحصائية لحساب هذه الدرجات، فتوصلنا إلى النتائج التالية:

- الاكتئاب يكون بدرجة منخفضة لدى مرضى السكري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرض السكري تبعاً لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير نوع العلاج.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير مدة الإصابة.

## **Abstract :**

The present study aims to finding out what diabetes can lead the patient to, and the problem is as follows: Is getting infect by diabetes can be a cause of his psychological disorder, and it's shows in the form of depression?

Does the degree of depression vary according to a variety of variables related to the patient and represented by gender, type of treatment followed, as well as the duration of the disease?

Through this question, we have set a set of goals in the form of hypotheses: Diabetic patients suffer from high depression?

There were statistically significant differences in the mean of depression in diabetes according to gender.

There were statistically significant differences in the mean of depression in diabetes according to age.

There were statistically significant differences in mean depression in patients with depression depending on the type of treatment.

There were statistically significant differences in mean depression in patients with depression depending on the duration of the infection.then we gave a brief overview of the nature of diabetes and depression in two separate episodes.

After identifying the theoretical aspect of the study, we conducted a field study based on the general hypothesis and the partial hypotheses in order to determine the degree of the latter!, We relied to confirm the validity of the hypotheses on the data form for the diabetic population (age, sex, economic and educational level, Treatment, duration of disease).

As well as Hamilton's 21-item depression list We then used several statistical methods to calculate these scores, and we found the following results:

- Depression is low in diabetic patients.

-There were no statistically significant differences in the mean of depression in diabetes according to gender.

-There is statistically significant differences in the mean of depression in diabetes according to age

-There were no statistically significant differences in the mean of depression in diabetes according to the type of treatment.

-There were no statistically significant differences in the mean of depression in diabetes according to the duration of the infection.

الصفحة	فهرس المحتويات	
	- شكر وتقدير	
	- ملخص الدراسة.	
	فهرس المحتويات	
	فهرس الجداول	
	فهرس الأشكال	
أب	المقدمة	
<b>الجانب النظري</b>		
	الفصل الأول : عرض موضوع الدراسة	
05	تحديد الإشكالية	
10	أسباب اختيار الدراسة	
11	أهمية الدراسة	
11	أهداف الدراسة	
12	التعاريف الإجرائية	
13	الدراسات السابقة	
<b>الفصل الثاني: داء السكري</b>		
23	تمهيد	
25	التعريف بمرض السكري	
26	تعريف الأنسولين	
27	آلية مرض السكري	
28	تشخيص مرض السكري	
30	أعراض مرض السكري	
32	مضاعفات مرض السكري	
33	أنواع مرض السكري	
35	تصنيفات مرض السكري	
36	أسباب الإصابة بداء السكري	
38	الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري	
44	تقنيات علاج مرض السكري	
45	طرق التكفل النفسي بمرضى السكري	
47	خلاصة الفصل	
<b>الفصل الثالث: الإكتئاب</b>		
48	تمهيد	
51	مفهوم الإكتئاب	

53	تصنيفات الإكتئاب	
58	أنواع الإكتئاب	
60	التشخيص الفارقي للإكتئاب	
61	أعراض الإكتئاب	
65	أسباب الإكتئاب	
67	النظريات المفسرة للإكتئاب	
68	قياس الإكتئاب	
69	استراتيجيات التكفل والعلاج للمرضى	
74	خلاصة الفصل	
<b>الجانب الميداني</b>		
<b>الفصل الخامس: منهج الدراسة</b>		
77	تمهيد	
77	إختيار منهج	
79	إختيار العينة	
79	معايير انتقاء العينة	
79	وصف العينة	
80	أدوات جمع البيانات (المعلومات)	
80	إختيار قائمة اختبار آرون بيك للإكتئاب	
<b>الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج</b>		
94	تفسير ومناقشة الفرضية العامة	
96	تفسير ومناقشة الفرضية الأولى	
98	تفسير ومناقشة الفرضية الثانية	
98	تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة	
99	تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة	
99	نتيجة عامة	
104	الخاتمة	
105	توصيات	
	قائمة المصادر والمراجع	
	قائمة الملاحق	

# مقدمة

من المعلوم أن الإنسان يشكل وحدة متكاملة نفس جسمية، أي لا يمكن فصل الجانب الجسمي عن الجانب النفسي، كما لا يمكننا فهم طبيعة أي اضطراب سواء كان جسدياً أو نفسياً دون الأخذ بعين الاعتبار هذه الوحدة المتكاملة.

وفي وقتنا هذا يحظى مرض السكر باهتمام كبير، حيث أصبح الناس يعرفون عنه الكثير، وازدادت هذه المعرفة بعد أن أخذت نسبة السكر تزداد كل عام، فقد بلغت النسبة بحوالي نصف مليار شخص في العالم.

وكان لهذا المرض من الأهمية ما بلغ بمنظمة الصحة العالمية أن تجعل شعارها "حياة طبيعية لمرضى السكري" وهي ترمي من وراء ذلك إلى التوعية الصحية لهذا المرض، وما يكتنفه من أسباب حدوثه، والوقاية منه وطرق العلاج الصحيحة، وبذلك يمكن لمرضى السكري أن يعيش حياة طبيعية و سعيدة

كما قد يكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئاً لما تواتر في الأذهان منذ سنين طويلة عن مضاعفات المرض الخطيرة، ويكفي لمرضى السكر أن تحدث إحدى مضاعفات المرض لدى احد أفراد محيطه الأسري أو مجتمعه الصغير، لتبقى ذكراه السيئة محفورة في الأذهان مثيرة للخوف والقلق، وقد تختلف ردود الفعل النفسية من مريض لآخر، فقد يتمثل رد الفعل في الرفض والإنكار، وذلك بعدم اتباع النظام الغذائي أو إهمال العلاج أو التمرد على اتباع توجيهات الطبيب، خاصة إذا كان أسرة المريض ينتحلون صفة الوصاية الكاملة عليه من أكل ورعاية، فما من شخص يقبل التحكم الكامل طوال الوقت وفي تفاصيل معيشتة، ويذكره باستمرار بمرضه، كما قد ينشأ لدى المريض خوف وقلق شديد من هذا الداء وآثاره، مما قد يسبب له الاكتئاب الذي يحول حياته إلى حياة منكشحة على نفسها، كما قد يزيد من شدة هذا الاكتئاب الشعور بالذنب، إذا ما أصيب أحد أفراد الأسرة بنفس المرض وخاصة الأبناء، فهذا قد يجعل المريض يشعر بأنه عقاب له بسبب معاص ارتكبتها،

أو قد يشعر بأنه السبب في انتشار المرض في عائلته، وكل هذه المشاعر التي تنتاب المريض قد تجعله يدخل في دوامة الإحباط والقلق والاكتئاب.

ولهذا نجد أن الاكتئاب لدى مرضى الأمراض المزمنة يحظى باهتمام اكلينيكي واسع، لأنه يعتبر من الاضطرابات النفسية الشائعة بين هؤلاء المرضى بصفة عامة، وبين مرضى السكر بصفة خاصة.

ولهذا جاء موضوعنا كمحاولة للكشف عن مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري متناولين في هذه الدراسة جانبين:

#### 1- الجانب النظري: ويتكون من ثلاث فصول:

يتضمن الفصل الأول تقديم الدراسة من خلال التعرض إلى الإشكالية وتحديد التساؤلات حولها، وعرض أهمية وأهداف وأسباب اختيار الدراسة. والفصل الثاني الذي تناولنا فيه تاريخ مرض السكري وتعريفه وآلية الإصابة به وتحديد أهم أعراضه وأنواعه وأسباب الإصابة به وتقنيات العلاج. أما الفصل الثالث فقد احتوى على نبذة حول الاكتئاب ومفهومه وأنواعه وأسبابه وأعراضه والنظريات المفسرة له وكذا تقنيات التكفل والعلاج لمرضى الاكتئاب.

#### 2- الجانب الميداني: ويتضمن ثلاث فصول أيضا:

حيث خصص الفصل الأول للإجراءات المنهجية. والفصل الثاني كان لعرض النتائج وتحليلها على ضوء الفرضيات. أما الفصل الثالث فقد تضمن تفسير ومناقشة النتائج المتوصل إليها على ضوء الفرضيات المقترحة، وذلك بالاستناد إلى الدراسات السابقة، وكذا الخلفية النظرية للدراسة. ثم خلصنا إلى الاستنتاج العام للدراسة، كما احتوت الدراسة على قائمة المراجع والملاحق.

# الإطار النظري

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

تمهيد:

- 1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أسباب اختيار موضوع الدراسة.
- 4- أهمية الدراسة
- 5- أهداف الدراسة
- 6- تحديد مفاهيم الدراسة
- 7- الدراسات السابقة.

خلاصة

## الإشكالية:

يعتبر السكري هو أحد أكثر الأمراض انتشارا في العالم حيث يقترب العدد من نصف مليون شخص يعانون حاليا من هذا المرض، ولقد أعلنت منظمة الصحة العالمية يوم 06 أبريل 2016 أن عدد البالغين المصابين بمرض السكري زاد أربعة أضعاف على مستوى العالم في أقل من 40 سنة، حيث ارتفع عدد المصابين بالسكري من 108 ملايين شخص في عام 1980 إلى 422 مليون شخص في عام 2014.

وفي دراسة أخرى أكد الخبراء أن عدد المصابين بداء السكري تضاعف ثلاث مرات منذ عام 2000 وهو ما أسفر عن زيادة تكلفة العلاج عالميا الى 850 مليار سنويا، حيث وصل إجمالي عدد المصابين حاليا 451 مليون شخص ومن المتوقع أن يصل عددهم إلى 693 مليون بحلول عام 2045.

ويرجح أطباء منظمة الصحة العالمية أن هذا المرض مرشح أن يكون السبب السابع للوفاة في العالم خلال العقدين القادمين، مع ازدياد معدلات الإصابة به في كل من آسيا وأفريقيا لأسباب تتعلق بالتغذية والبيئة في كل الدول النامية.

(موقع [www. Alarabia.net](http://www.Alarabia.net))، ([www. mawdoo3. com](http://www.mawdoo3.com))

وللأسف فإن مرض السكري يشكل خطرا متزايدا في الوطن العربي حيث تقع 6 دول عربية ضمن قائمة أكثر عشر دول إصابة بمرض السكري، وتشير الإحصائيات أن حوالي 20% من المواطنين في الكويت ولبنان والسعودية والإمارات وقطر مصابين بالسكري، وأن 10% تقريبا من وفيات العالم العربي تحدث بسبب مضاعفات المرض.

([https:// news. webtep.net](https://news.webtep.net))

حيث كشف تقرير الفدرالية الدولية للسكري لعام 2015 أن كلا من مصر والسعودية تحتلان المرتبة الأولى على قائمة البلدان العربية الأكثر إصابة بمرض السكري، إذ سجلت مصر أكثر من 7,8 مليون حالة إصابة، تليها السعودية بنسبة 3,4 مليون حالة، كما سجلت

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

المغرب نسبة 1,65 مليون شخص مصاب، والسودان 1,4 مليون، والعراق 1,26 مليون، وتونس 762 ألف شخص مصاب.

([https:// www. arab 48.com](https://www.arab48.com))

أما فيما يخص الجزائر فيعاني نحو 1,8 مليون شخص بزيادة قدرت ب 6,9 % حسب تقرير 2017 الصادر عن الاتحاد الدولي للسكري (FID) الذي نشر في اطار اليوم العالمي للسكري، الموافق ل 14 نوفمبر من كل سنة.

وحسب التقرير فإن هامش عدم اليقين الإحصائي للأشخاص المصابين بالمرض في الجزائر يتراوح بين 1,25 مليون و 2,45 مليون، وهو ما يعادل انتشار وطني بين 4,9 و 9,5 %.

وكما هو معلوم أن داء السكري قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة فهو يعتبر السبب الرئيسي لفقدان البصر، حيث قدر عدد المصابين باعتلال شبكة العين بأكثر من 2,5 مليون شخص في العالم، كما أنه سببا في الفشل الكلوي، وكذا حالات بتر الأطراف بنسبة 50 %.

( [www. gmdmoh. com](http://www.gmdmoh.com) )

ولقد نجم عن هذا المرض حوالي 1,5 مليون حالة وفاة مباشرة، بينما عزيت 2,2 مليون حالة وفاة أخرى إلى ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم خلال عام 2012 حسب التقرير ات.

وتتوقع منظمة الصحة العالمية بأن داء السكري سابع عامل مسبب للوفاة في عام 2030. من كل ما سبق ذكره تتضح ضخامة وخطورة الإصابة بالسكري بالإضافة الى ذلك فإن هذا المرض يمثل حالة طويلة الأمد، تصاحبها ضغوطات يومية عديدة ومن بين أكثر هذه الضغوط: حقن الأنسولين، والقيود الخاصة بنظام التغذية وكذا تحمل مسؤولية العلاج، وضرورة إجراء الفحوصات والتحاليل الدورية، ومع تنوع هذه الضغوط الصحية والاجتماعية والاقتصادية يصبح المريض عرضة للإصابة باضطرابات نفسية مختلفة ،ومن المرجح أن يكون الإكتئاب هو أحد هذه الاضطرابات النفسية حيث وجد أن شخص من بين خمس مرضى سكري يصابون بالإكتئاب، الذي يعتبر مشكلة نفسية عالية الانتشار حول العالم

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

حيث أن حوالي 340 مليون شخص يعانون من الإكتئاب حول العالم ، ويؤثر على طريقة التفكير و التصرف. و يرتبط حدوث الإكتئاب لدى مرضى السكري بزيادة أعراض السكري، نقص إدارة الذات والالتزام بالعلاج وزيادة النفقات الطبية وخدمات الرعاية الصحية وزيادة خطورة مضاعفات السكري مما يؤثر على الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للمريض، و يشكل عبئا على الصحة العامة وجودة الحياة.

ولهذا نجد اهتمام علماء النفس والعاملون في الحقل الإكلينيكي بدراسة الأساس العصبي والكيميائي للمرض النفسي وإدراج مرض السكري في تصنيف الأمراض السيكوسوماتية في DSM4 (1987) والذي أدرجت ضمنه فئة مرجعية سميت بالاضطرابات الموقفة المؤقتة ، أو قصدت بها مجموعة الاضطرابات النفسية المؤثرة في الحالات الجسمية التي تظهر نتيجة مشكلات حياتية. (الزارد ،محمد فيصل خير ،2000)

وتوجد دراسات عديدة أوضحت زيادة انتشار الاضطرابات النفسية لدى مرضى السكري مثل دراسة سويفت وآخرون ،وجيمس سنة 1971 James ، وفال ستروم fallstrom سنة 1989 ، كازان Ghaçan ، رفيت 1984 Revet ، فلاندر 1984 Fallander ، حيث وجد كلا من القلق والاكتئاب من بين هذه الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مرضى الأمراض المزمنة بصفة عامة ، وبين مرضى السكري بصفة خاصة.

وفي دراسة لـ فرويد (1917) Freud ،وأبراهام (1972) Abraham ، وسبيتز (1942) Spitez ، وجدوا ان للمريض صراعات ومعتقدات خاصة حول نفسه بسبب مرضه وافكاره السلبية عن صورة الجسم ، واحساسه العام بالضياع ،وأوضح ببرنج (1965) Pib ring أن الاستهانة بتقدير الذات لدى مرضى الجسم سبب رئيسي لخلق الاكتئاب.

وبعد العديد من الجهود حاول الباحثون الإكلينيكيون في تقاريرهم تحديد نوعية العلاقة الموجودة بين مرضى السكري والاضطرابات النفسية ، وافترضوا ان العلاقة هي ثنائية الاتجاه : أي السكري أكثر حدوثا بوجود الاضطرابات النفسية بالخصوص الاكتئاب.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

وكما أن بعض المرضى الذين يخضعون لعلاج نفسي طويل الأمد مثل الفصام هم أكثر عرضة للسكري ، بصورة أوضح يمكن أن يكون التحكم في الغلوكوز عامل هام في ظهور القلق ومن ثمة تطور الاكتئاب وبالمقابل قد يؤثر ذلك على التحكم في السكر.

وفي دراسة لـ ضيائي حسن 1987 بعنوان "المشكلات النفسية عند مرضى السكري" أوضح أن دور العامل النفسي يتمثل في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة، ويحدد أيضا شدة المرض عند أول ظهور له حيث وجد أن غيبوبة السكر أحيانا ما تكون هي أول ظهور للمرض.

كما يحدد العامل النفسي أيضا قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض في المستشفى حيث يمكن التحكم في المرض والحد من خطورته ومضاعفاته.

أما في دراسة لـ كريستين وآخرون 1994 فقد أوضحت أن وجود المرض العضوي يرتبط دائما بزيادة الأقدام على الانتحار مثل مرض الصرع ، وتصلب الشرايين ، ومرض السكر المعتمد على الانسولين ، وذلك من خلال دراستهم لـ 1682 حالة مريض بالسكري ، وجد أن 168 رجل توفي بعد فترة من المتابعة منهم 12 حالة انتحار ، 3 منهم استخدموا الانسولين كوسيلة للانتحار ، و 4 مرضى استخدموا الوسائل العنيفة ، و 5 آخرون استخدموا السموم ، وكثير منهم عبروا عن رغبتهم في الانتحار وظهرت عليهم علامات الاكتئاب قبل ان يقدموا على الانتحار .

( أحمد محمد حسين هلال ، 1998 ، بتصرف )

وهذا راجع إلى أن التأقلم النفسي مع مرض السكري ومضاعفاته صعبا ويترافق معه زيادة القلق والخوف من مآل هذه المضاعفات، ومع ازدياد نسبة القلق والتوتر النفسي قد يضعف المريض ويستسلم للإحباط ويدخل في دوامة الاكتئاب فيهمل علاجه وحميته ، ولا يعود لديه رغبة في المحافظة على حياته، ويمكن أن نقول أنها نوايا انتحارية خفية، وتغدو جميع محاولات الأطباء والعلاجات بلا جدوى لأن المريض غير متعاون. وهنا نستخلص أن

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

البعد النفس-اجتماعي لمرضى السكري ذو أهمية كبيرة ، سواء في بداية اكتشاف المرض او بعد.

ولهذا انطلاقا من كل ما سبق ذكره ، نكون الإشكالية التالية:

\* هل إصابة الشخص بداء السكري يعد سببا لاضطرابه نفسيا ويظهر في شكل اكتئاب؟

\* ما مدى معاناة المريض من الاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض؟

\* وهل تختلف درجة الاضطرابات النفسية كالاكتئاب باختلاف مجموعة من المتغيرات

المتعلقة بالمريض والمتمثلة في سنه وجنسه ومستواه التعليمي والاقتصادي ، وكذا مدة

المرض ونوعية العلاج؟

- وهذا ما يجعلنا نطرح التساؤلات التالية :

-هل يعاني مرضى السكري من الاكتئاب بدرجة مرتفعة ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى السكري في متوسط درجات الاكتئاب

تبعاً للجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى السكري في متوسط درجات الاكتئاب

تبعاً للسن؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى السكري في متوسط درجات الاكتئاب تبعاً

لنوع العلاج ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمرضى السكري في متوسط درجات الاكتئاب تبعاً

لمدة الإصابة بداء السكري؟.

**الفرضية العامة :**

يعاني مرضى السكري من الاكتئاب بدرجة مرتفعة.

**الفرضيات الجزئية :**

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى السكري في متوسط درجات الاكتئاب تبعاً

للجنس.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى السكري في متوسط درجات الاكتئاب تبعاً للسن.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى السكري في متوسط درجات الاكتئاب تبعاً لنوع العلاج (تناول دواء)، (حقن الانسولين).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمرضى السكري في متوسط درجات الاكتئاب تبعاً لمدة الإصابة بالمرض.

### - أسباب اختيار الدراسة :

يجب على كل باحث أن يضع نصب عينيه عدداً معتبراً من الأسس و المعايير التي يتم من خلالها الاختيار السليم لمشكلة بحثه، و عليه فقد وجدت عدة دوافع كانت حافزاً لاختيار مشكلة الأمراض المزمنة بالتحديد داء السكري كموضوع للبحث و الدراسة، فمن بين الأسباب الدافعة لاختياري موضوع هذا البحث تكمن في تسليط الضوء على هذه الشريحة من المجتمع لكثرة المصابين بهذا المرض،

كذلك لأن هذا المرض أصبح داء العصر، ويعاني منه الكثير من الناس، ولمعرفة حقيقة المعاناة المرة التي تعيشها هذه الفئة ومدى تقبلهم لمرضهم فهم يقومون بمقارنة أنفسهم مع الآخرين (العاديين).

وأيضاً من بين الأسباب :

العمل على الكشف عن المشاكل النفسية و الاجتماعية لهذه الفئة، فمرض السكري المزمن يجعلهم ينزلون عن المحيط، وتكون حالتهم النفسية متدهورة، ويعود ذلك لأنهم يؤمنون بفكرة أن هذا مرض مزمن، يدوم مدى الحياة.

- ولبغية إيجاد معلومات أساسية عن علاقة بعض الاضطرابات النفسية كالإكتئاب بمرض السكري، وتأثير كل منهم على الآخر، والبحث عن وسائل وسبل التخفيف والتحكم في النتائج السلبية لهذه العلاقة

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

-الرغبة والميل الشخصي للغوص والبحث في المواضيع الطبية و الصحية، إلى جانب طبيعة التخصص.

-قلة و ندرة الدراسات حول الصحة و المرض منها مشكلة مرض السكر، فهذا الأخير من المواضيع التي تفتقر إلى أبحاث سوسيوولوجية و ديمغرافية في الجزائر مقارنة بالدراسات النفسية.

### - أهمية البحث :

قد يؤثر مرض السكري على الذين يعانون منه وعلى عائلاتهم أيضا، فالمرض يمثل حالة طويلة الأمد من الضغوطات النفسية والاجتماعية والاقتصادية، كما أنه محل دلالات مهددة للحياة نفسها ومن هنا فإن أهمية الدراسة تتجلى فيما يلي :

1-إبراز أهمية العامل النفسي للمرضى بالسكري وحجم تأثيره على مدى تقبله المرض ومعالجته وكذا تقبل العلاج والضغوطات اليومية المترتبة عنه وبالتالي تأثيره على فاعلية العلاج، ومحاولة التقليل من مضاعفات المرض.

2- أهمية تطوير الكفالة النفسية لهؤلاء المرضى، وضرورة تقديم المساعدة والمساندة للمضي في حياتهم بشكل عادي.

3- لفت الانتباه إلى ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لمريض السكري.

4-إبراز أهمية دور الأخصائي النفسي في مثل هذه الحالات.

### - أهداف الدراسة :

تهدف دراستنا إلى :

1- محاولة الكشف عن الاكتئاب لدى مرضى السكري.

2- التعرف إلى الأسباب المؤدية إلى اختلاف درجة الاكتئاب لدى مرضى السكري، إن وجد لديهم (الاضطراب النفسي).

3- محاولة معرفة إذا كانت درجة الاكتئاب تختلف حسب المتغيرات التالية:

- السن

- الجنس

- نوع العلاج المتبع (دواء) (حقن)

- المدة الزمنية للإصابة بالسكري

\* التعاريف الإجرائية :

تحديد المفاهيم:

1- مرض السكري:

**لغة:** كلمة "diabete" ذات أصل يوناني معناها اجتياز أو عبور الماء للجسم، إضافة إلى بعض المواد بمقدار كبير التي يجب أن يحتفظا كلياً أو جزئياً.

(جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص17)

**اصطلاحاً:** مرض السكر يتضمن حدوث خطأ في تمثيل الكربوهيدرات بسبب نقص أو

غياب الأنسولين الذي تفرزه جزر لانجرهانز في البنكرياس، ونتيجة لذلك فإن الجسم لا يستطيع استخدام السكر بشكل طبيعي، والسكر كما هو معروف مصدر الطاقة للجسم.

(نور الهدى محمد الجاموس، 2004 ص31)

**التعريف الإجرائي:** مرض السكري على أنه ازدياد نسبة السكر على المعتاد مما يؤدي

إلى عدم توازن في عملية الأيض وحين يصل سكر الدم إلى 160 ملغ/ دسل فإن السكر الزائد يفرز مع البول وتذهب معه كميات كبيرة من الماء والتكوينات العضوية التي تدخل في بلازما الدم.

**الاكتئاب لغة،** يشتق الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كآب، ويشير إلى

اسم الكآبة، وهي سوء الحال والانكسار والحزن،.... في اللغة الانجليزية يحمل الاكتئاب

مصطلح Depression

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

الاكتئاب اصطلاحاً، عرفه **جيمس دريفر J.Drever**: أنه اتجاه انفعالي يظهر بشكل مرضي مشتمل مع مشاعر النقص واليأس وأحياناً أخرى يصاحبه انخفاض عام في النشاط السيكوفيزيقي.

هذا التعريف يتشابه مع تعريف **هاوارد وارين Warren.H.C** من أن الاكتئاب هو حالة انفعالية حادة خاصة بالنشاط النفسي الفيزيقي المنخفض وغير السار، انخفاض المزاج في الحالة السوية يسمى كآبة، أما الحالة المرضية فيشير إلى الشعور باليأس وانخفاض قيمة تقدير الذات..

( مدحت عبد الحميد أبو زيد، المرجع السابق، ص 22).

### • التعريف الإجرائي :

يعرف الاكتئاب إجرائياً بأنه حالة انفعالية يشعر بها الفرد المصاب بالسكري بالانقباض، والحزن، والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم، والغم، والشؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط، والجزع، واليأس، والعجز، ويمكن الاستدلال عليها من خلال مجموعة الاستجابات التي يسجلها المفحوص على مقياس الاكتئاب المستخدم في هذه الدراسة.

### - الدراسات السابقة :

دراسة **إيجيدي (2010) Egede** 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 مرتبطاً بتأثير سلبي واضح جداً على صحة المريض، وعلى حياته مع ازدياد ملموس في تكاليف العلاج و الرعاية الصحية كما خلصت النتائج إلى أن السياسات المنظمة للرعاية الصحية ضرورية جداً من أجل تحسين مخرجات العملية الصحية. وتقليل التأثيرات السلبية على المرضى.

- دراسة **فيشر و آخرون (2010) Fisher et al** والتي هدفت إلى معرفة العلاقة

بين الضغط الناتج عن السكري والاكتئاب ومستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

النوع الثاني. و بلغ عدد أفراد العينة 70 شخصا، وأوضحت النتائج أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية الناتجة عن الإصابة بالسكري والسكر التراكمي.

- وهناك دراسة أجراها آلي وآخرون (Ali et al (2009) هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب و السكري لدى عينة من مرضى السكري الآسيويين و الأوروبيين البالغ عددهم (6230 شخصا )، 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 الآسيويين.

- دراسة رضوان (2008) و هدفت أيضا إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحافظة غزة. وبلغ 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 آخريين (Kim et al(2008)، فقد هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في معالجة مرضى المكتئبين المصابين بالسكري، وذلك لدى عينة مكونة من 286 مريضا. 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.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

- دراسة كاتون وآخرون (Katon et al(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 (Kulzer et al (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 آخريين (Juli et al (2008) 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 بالغاً 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 توافر اهتمام فردي كاف، و قلة العناية بتنظيم مستوى السكر موجود لدى الأمريكيين من أصل إفريقي كما هو موجود لدى الأمريكيين البيض.

- وهدفت دراسة روسيلو و آخريين (Rossello et al(2006) إلى معرفة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب لدى الأشخاص البالغين المصابين بالسكري والبالغ عددهم 11 شخص وتوصلت النتائج الى ان العلاج السلوكي المعرفي أسلوب ناجح مع البالغين المصابين بالسكري، و توجد لديهم أعراض اكتئابية. وأشارت الدراسة إلى الحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث من أجل تطوير هذه المداخلات لتحسين العناية الذاتية والتحكم بسكر الدم.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

- دراسة كرسلين وآخرون (Karslen et al (2004) وهدفت إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض مستوى الضغوط النفسية وتحسين مهارات المواجهة لدى مرضى السكري من النوعين (الأول والثاني). وتكونت عينة الدراسة من (63 مريض) وأوضحت نتائج الدراسة أن أفراد المجموعة التجريبية انخفض لديهم مستوى الضغوط المتعلقة بمرض السكري. وتحسنت مهارات المواجهة لديهم حسب المقياس المستخدم مقارنة بالمجموعة الضابطة وبقي التحسن موجودا لدى أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار التبعي المستخدم في الدراسة.

(فاطمة عيد العدوان، موسى عبد الخالق جبريل، 2014، ص 206-208 )

- دراسة MC crady و التي نشرت في عام 1999 تحت عنوان المزاج و مرض السكر. وكان الباحث يقصد بالمزاج المكون من القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية وقد استعان الباحث بعينة من مرضى السكر قدرت بأربعين مريضا عمرهم 39 سنة و عينة ضابطة سوية عمرهم 38 سنة، قوامها

48 فردا. واستطاع استطلاع هذا المكون من القلق والاكتئاب و المخاوف المرضية عن طريق تطبيق قائمة الأعراض السيكاثيرية بمستشفى ميديل سكس البريطانية. وقد وجد الباحث أن:

1. الأسوياء حصلوا على درجات منخفضة في القلق والمخاوف

2. المرضى حصلوا على درجات مرتفعة في الاكتئاب و القلق

- دراسة لوستمان و آخرون (Luostman et al (1998) بدراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض الاكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الثاني. و أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن واضح لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي المستند إلى العلاج السلوكي المعرفي، وكذلك استمر التأثير بشكل واضح بعد فترة (06) أشهر بينما لم يظهر أي تغيير على أفراد المجموعة الضابطة.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

- دراسة **MCD aniel.J** و التي نشرت عام 1996 تحت عنوان: <<العوامل  
السيكولوجية المؤثرة على الحالات الطبية >> حيث ناقش الباحث تأثير العوامل النفسية على  
بدايات المرض و التقدم في سير الحالات الطبية و هنا ناقش دور العوامل النفسية في  
السرطان بداياته و تطوره و المناعة النفسية العصبية و العوامل النفسية و أمراض الغدد  
الصماء (السكري) و غيرها من الموضوعات ذات الصلة بموضوع الطب السلوكي و علم  
النفس الصحة

- دراسة **Lu-Ning** والتي نشرت في عام 1995 تحت عنوان: "الحالة النفسية الجسدية  
و خصائص الشخصية لمرضى السكري" حيث قام الباحث بدراسة 48 مريضا بالسكري من  
الراشدين ممن تتراوح أعمارهم من 40-50 سنة مستعينا بالأدوات السيكولوجية الآتية:

-قائمة الأعراض النفسية

-مقياس تقدير الذات للقلق لهاملتون

-مقياس تقدير الذات للاكتئاب لهاملتون

-بطارية إيزنك للشخصية

وقد استنتج الباحث ما يلي:

1. العينة التجريبية تعاني من قلق متوسط

2. العينة التجريبية تعاني من اكتئاب متوسط

3. العينة التجريبية تعاني من عصابية

4. العينة التجريبية تعاني من صورة سلبية عن الذات

وهذه الدراسة تستعرض وبشكل دقيق دور المشاعر السلبية للتعجل في الإصابة بالسكري

- دراسة **colomba** التي نشرت عام 1994 تحت عنوان: "المظاهر السيكولوجية الفردية"

طبق عددا من الاختبارات النفسية التي تقيس المظاهر السيكولوجية منها:

- اختبار كاتل P F 16

- مقياس الاكتئاب لهاملتون

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

- مقياس رونجر لتقدير القلق

- استبيان السلوك المرضي

وبعد تحليل النتائج ثبت أن مجموعة مرضى السكري لديهم:

- درجة مرتفعة من الاكتئاب

- درجة فوق المتوسط من القلق

- لديهم اتجاهات وسلوكيات مرضية

وأوصت الدراسة بضرورة توفر عينة ضابطة في الدراسات المستقبلية التي تتناول موضوعات الطب السلوكي و علم النفس الصحة.

- دراسة **LiakopouLou** والتي نشرت عام 1992 تحت عنوان: "خصائص الشخصية

و العوامل البيئية والتحكم في الجلوكوز بالدم لدى عينة من الراشدين المصابين بالسكري".

استعان الباحث بمجموعتين الأولى عينة تجريبية مصابة بمرض السكر عددها 18 مريضا و عينة ضابطة ماثلة لها غير مصابة بالسكر و لا أي مرض عضوي أو نفسي آخر، عددها

22 فردا و طبق المقاييس التالية على مجموعتين وهي:

(1) مقياس القلق الصريح لهاملتون

(2) مقياس الاكتئاب لهاملتون

وبعد التحليل الاحصائي اتضح أن المجموعة تعاني من القلق النفسي الصريح والاكتئاب بدرجة مرتفعة مقارنة بالمجموعة الضابطة.

- دراسة **Gilbert** والتي نشرت في عام 1991 بعنوان:

"العلاقات النفس فيزيولوجية للانبساطية والعصابية والذهانية خلال التكيف والواجهة

النشطة أو الخاملة لمرضى السكري"، حيث تم فحص 18 امرأة و 27 رجل بمتوسط عمر

38 سنة للعلاقات النفس فيزيولوجية للانبساطية والعصابية والذهانية أثناء حالة القلق،

ومستوى اليقظة المرتفع سواء في مهمة نشاط خامل أو مهمة نشطة وقد وجد الباحث أن

هناك تغيرات إيجابية مرتبطة بحالة القلق والعصابية، وتغيرات سلبية مع الانبساطية، أما في

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

حالة الكلام وهي المهمة النشطة فأن معدل ضربات القلب كان مرتبطا سلبيا بحالة القلق ومؤشرات هذا القلق غير اللفظية. ولكن بارتباطات إيجابية مع الانبساط، مما يؤكد أنه كلما زادت معدلات العصابية والانبساطية انخفضت معدلات التحكم في ضربات القلب، وبالتالي زادت إمكانية وجوب القلق مما قد يرفع أو يساعد على رفع الجلوكوز بالدم.

- دراسة **Alba-perez** والتي نشرت في عام 1985 تحت عنوان "السكر والعوامل النفس اجتماعية" قدرت عينة البحث بأربعين حالة ممن يعانون من مرض السكر، وفي المقابل عينة سوية مماثلة لها في العدد (40 حالة أخرى) واستخدم الباحث أداتين:

- المقابلات الاكلينيكية.

- استبيان تحليل الذات لكاتيل R Cattell's self-analysis questionnaire

\*وبعد تطبيق الاختبار أو الاستبيان في جلسة تطبيق فردي اتضح من نتائج التحليل مايلي:

1- المرضى أعلى درجة من الأسوياء على مقياس الوسواس القهري.

2- المرضى أعلى درجة من الأسوياء على مقياس الفصام.

3- المرضى أعلى درجة من الأسوياء على مقياس القلق.

4- المرضى أعلى درجة من الأسوياء على مقياس الهستيريا.

- دراسة **surridge** والتي نشرت في عام 1984 تحت عنوان: "مظاهر الطب

النفسية لمرض السكري"، حيث قدرت عينة البحث ب50 مريضا من الذكور والإناث من سن يتراوح ما بين 16 - 20 سنة.

- تم استخدام هذه الأدوات السيكولوجية لرصد وقياس أعراض الطب النفسية لمرضى السكر، وهذه الأدوات هي:

- اختبار بيك لقياس القلق

- اختبار هاملتون للاكتئاب

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

مع الأخذ بعين الاعتبار الآتي:

1- الشكوى السابقة والحالية للمريض

2- كم الإدارة الذاتية لمرض السكر من قبل المرضى

وتم القياس في جلسة أو مقابلة أولية كانت مدتها ساعة لكل مريض، ومن نتائج الدراسة:

- مستوى منخفض من الطاقة - زيادة الإجهاد - استثارة مرتفعة

- اكتئاب متوسط

- دراسة **Nali boff - c** والتي نشرت في عام 1982 تحت عنوان: " هل بإمكان

بطارية مينسوتا متعدد الأوجه أن تشخص أو تفرق الأمراض المزمنة من الآلام المزمنة ؟

وللقيام بهذا البحث قام الباحث بتطبيق بطارية MMPT على عينة من المصابين بمرض

السكر قدرت ب33 مريضا بمتوسط عمر قدره 46,8 وعينة ضابطة من الأسوياء قدرت

ب29 شخصا، وكان من نتائج هذه الدراسة الآتي:

- هناك فروق جوهرية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في صالح المجموعة

التجريبية على مقاييس:

- الاكتئاب النفسي

- القلق النفسي

- الهستيريا

- الإعياء المرضي

ولقد توصلت الدراسة بضرورة فحص المرضى المصابين بالسكر كل سنة تقريبا، وفحص

القدرات العقلية والعوامل السيكولوجية.

(ممدوح مختار علي، 2001، ص86 - 131 )

- دراسة (تاتر، R، p8 -Tatter Sall-1991) تحت عنوان : "المظاهر وأعراض الطب

النفسية للسكر من وجهة نظر الأطباء "

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .....

حيث بدأ الباحث دراسته بسؤال : هل هناك شخصية سكرية تمتد من الطفولة الى الرشد مروراً بالمراهقة، وعينة البحث تكونت من بـ 21 مريضا مصابا بالسكر. وكانت أدوات الدراسة:

- مقياس القلق الصريح.

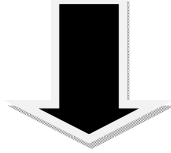
- مقياس الوسواس القهري.

- اختبار هاملتون للاكتئاب.

وكانت النتائج : 18 مريضا من أصل المجموعة 21 مريضا يعانون من القلق و الاكتئاب كحالات انفعالية و 12 مريضا من أصل 18 مريضا يعانون من الوسواس القهري. كما لاحظ الأطباء النفسانيين أن هؤلاء الأشخاص المصابين بالسكر أكثر ميلا للامتلاء وزيادة الوزن والاستثارة الانفعالية، وترى الدراسة ضرورة الجمع بين الطرق السيكولوجية و الطب . نفسية كتدخلات علاجية لمساعدة المرضى على إزالة القلق والاكتئاب، بالطرق السيكولوجية المتمثلة في العلاج النفسي والطرق الطب . نفسية المتمثلة في العقاقير النفسية.

( أ. رحاب أبو قاسم، 2013، العدد 15 )

## الفصل الثاني: داء السكري



- تمهيد

1 - التعريف بمرض السكري

- تعريف الأنسولين

2- آلية الإصابة بمرض السكري

3 - تشخيص مرض السكري

4 - أعراض مرض السكري

5- مضاعفات مرض السكري

6 - أنواع مرض السكري

7 - أسباب مرض السكري

8 - الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري

9 - تقنيات علاج مرض السكري

10 - طرق التكفل النفسي بمرضى السكري

- خلاصة الفصل

تمهيد :

لمحة تاريخية حول السكري :

يعتبر مرض السكري مشكلة صحية عالمية تصيب المجتمعات البشرية في جميع مراحل التنمية وتمس ما لا يقل عن 30 مليون من البشر في جميع أنحاء العالم وتتزايد بسرعة الحالات المبلغ عنها مع زيادة عمر السكان، ومع التغيير المستمر في أسلوب المعيشة.

كما أن مرض السكري داء قديم له جذور عميقة في التاريخ الإنساني حيث عرف أولاً عند المصريين (الفراعنة) منذ حوالي ثلاث آلاف قبل الميلاد، وفي القرن السادس قبل الميلاد توصل الصينيون إلى تمييز هذا المرض، وذلك عن طريق حلاوة البول عند تذوقه وقد وصف أعراضه طبيب هندي ستشرونا sechrona بعد ذلك بقرن من الزمن وهي "كثرة التبول، العطش، الأكل عدة مرات، التعب، الغثيان".

(جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، 17)

استعمل مصطلح "diabète" لأول مرة عند اليونانيين والتي تعني المرور عبر الشيء أو نفاذه أي مرور السكر من الكليتين إلى البول، وقد عرف هذا المرض عند العرب باسم البوال للدلالة على الشخص الذي يتبول كثيراً، ومن أعلام الطب العربي الذين يرجع إليهم الفضل في نشر النظريات والمعارف الطبية في أوروبا (الرازي وابن سينا) حيث وصفا مرض السكري وصفا دقيقا بما في ذلك أعراض كثرة البول وحلاوته.

وفي القرن السابع عشر وصف توماس ويلسن حلاوة السكري بقوله "إنه مشروب العسل"، أما من تمكن من كشف السكر بالبول هو العالم وليس Willis سنة 1174م وهو الذي أضاف كلمة ملتوس إلى كلمة ديابيتس. (نفس المرجع السابق، 2008، 18)

وفي عام 1869م بين كلورد برنارد أن السكري ينتج عن زيادة في نسبة سكر في الدم، وقد تمكن لانجرهانر سنة 1869 من اكتشاف الخلايا المسؤولة عن إفراز الأنسولين وهي خلايا بيتا Beta من جزر لانجرهانز التي سميت باسمه.

(فيصل خير الزراد، 2000، 983)

## الفصل الثاني: داء السكري.....

وفي عام "1956" استطاع سانجر sanger أن يكتشف التركيبة الكيميائية للأنسولين واستمرت الدراسات حول الأدوية الحافظة لمستوى السكر وتبين الدراسات أن العامل الوراثي يلعب دورا في مرض السكري.

وفي عام (1889م) استطاع كلا من العالمين فون، ومينكووسكي من إحداث تطور مهم في فهم طبيعة مرض السكري، وذلك من خلال إجراء جراحة لنزع غدة البنكرياس لأحد الكلاب وبعد إجراء الجراحة لم يمض الكلب، ولكن بدأ يشرب الماء بكثرة ويتبول بكثرة، الأمر الذي لفت انتباه العالمين،

وذلك من خلال تجمع الذباب بكثرة على بول الكلب، مما دفعهما لإجراء تحليل البول فوجدا بأنه يحتوي على نسبة عالية من سكر الجلوكوز، وسرعان ما اكتشفا بأنهما قد تسببا بإصابة الكلب بمرض السكري، وفي عام 1921 تمكن بعض الأطباء الكنديين من اكتشاف الأنسولين، وبذلك تمكن العالم من إيجاد وسيلة فعالة لعلاج السكر.

(جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، 18)

## الفصل الثاني: داء السكري.....

### 1- تعريف مرض السكري:

مرض السكري: "هو مرض مزمن يتميز بكثرة التبول والعطش والإحساس بالضعف والوهن وارتفاع مستوى سكر الدم عن المعدل الطبيعي وظهوره في البول".

(عبد الله أحمد جنيد، 11، 1988)

"وهو مرض يتضمن حدوث خطأ في تمثيل الكربوهيدرات بسبب نقص أو غياب الأنسولين الذي تفرزه جزر لانجرهانز". (نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص 31)

إضافة إلى كون مرض السكري: "من الاضطرابات الأيضية الهيدروكربونية، فهو يرتبط إما بإعاقة في إفراز الأنسولين أو بمقاومة غير عادية لهذا الهرمون حيث يقع تراكم مادة الغلوكوز في أنسجة الخلايا". (عبد الرحمان العيسوي، 1994، ص 32)

كما أن مرض السكري: "عبارة عن حالة ارتفاع مزمنة لنسبة السكر ارتفاع كمية الغلوكوز في الدم".

(Ander Grimaldi, 2005, 3)

وتعرف منظمة الصحة العالمية O.M.S مرض السكري على أنه: "حالة مزمنة من ازدياد مستوى السكر في الدم، وقد ينتج ذلك من عوامل بيئية ووراثية كثيرة، غالبا ما تتضافر مع بعضها البعض، والأنسولين هو المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ازدياد السكر في الدم إلى عدم وجود الأنسولين أو إلى زيادة العوامل التي تضاد مفعوله ويؤدي هذا الاختلال في التوازن إلى إحداث شذوذ في أيض الكربوهيدرات والبروتين والدهون".

(جبالي نور الين، 39، 1989)

ويعرف مرض السكري أيضا على أنه: "تركيز المفرط للجلوكوز (سكر العنب) في الدم".

(charles et jan darnaud , 1975, 6)

يرى بيار روجار (1984) "أن مرض السكري تغير في الصحة متبوع بعدم قدرة الجسم عن استعمال الدفاعات الجسمية وحل مشاكله النفسية". (Piere roger, 1984, 89)

## الفصل الثاني: داء السكري.....

بينما عرفه الشوا(2005) في كتابه الأفاق الحديثة في دراسة ومعالجة الداء السكري على أنه : " ارتفاع نسبة سكر الدم فوق المعدل الطبيعي نتيجة لنقص في إفراز هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته أو كلاهما معا". (جاسم محمد، عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص23)

كما يعرفه أيمن الحسيني على أنه: "مرض هرموني مرتبط بحدوث خلل في إفراز هرمون الأنسولين من طرف خلايا في جزر لانجرهانز بالبنكرياس".

(أيمن الحسيني، بدون سنة، ص8)

-ويشير فوقية حسن رضوان على أن مرض السكري: "مرض ناجم من اضطراب في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسؤول عن ذلك هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب".

(فوقية حسن رضوان، 2003، ص104)

مما سبق يمكن القول أن مرض السكري يتمثل في اختلال تنظيم السكر في الدم مما يؤدي إلى ارتفاع غير طبيعي له، وهذا ناتج عن نقص مطلق أو نسبي للأنسولين، مما يؤدي إلى عدم قدرة الجسم على الحصول على الطاقة من المواد الأولية وخاصة النشويات التي تسبب في زيادة السكر في الدم.

التعريف الطبي: مرض السكري هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي، يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق، أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب، وعلى اعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر، والكربوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول.

(هالة رمضان علي، 1997، ص 12)

\***تعريف الأنسولين** : وهو هرمون تفرزه خلايا خاصة في البنكرياس تسمى خلايا B وهي ضمن مجموعة من الخلايا المنتشرة على شكل جزر داخل البنكرياس تسمى " جزر لانجرهانس

## الفصل الثاني: داء السكري.....

اذ يعمل الانسولين على منع تراكم السكر وزيادته عن الحد الطبيعي في الدم طوال 24 ساعة فمهمته تتمثل في إدخال السكر إلى خلايا الجسم لتقوم بحرقه وإنتاج الطاقة، ولذلك يلعب الأنسولين دورا مهما في التفاعلات الكيميائية داخل معظم خلايا الجسم. (الحميد 2007)

### 2-آلية الإصابة بالسكري:

المسؤول عن هذا المرض هو البنكرياس pancreas الذي يقع تحت المعدة وخلفها ويمكن اعتباره من الغدد الصماء والقنوية في أن واحد، فهو يقذف إفرازاته عن طريق قناة وعن طريق مباشر، وأهم مفرزاته هرمون الأنسولين insulin الذي تفرزه جزر لانجرهانز في البنكرياس، والذي يساعد في تحويل السكر (الجلوكوز) الفائض عن حاجة الأنسجة إلى نشاء حيواني وتحويل البروتين إلى كاربوماتيات مما يضاعف من مقاومة الإنسان، ومرض السكري يتضمن حدوث خطأ في تمثيل الكربوهيدرات بسبب نقص أو غياب الأنسولين الذي تفرزه جزر لانجرهانز في البنكرياس، ونتيجة لذلك فإن الجسم لا يستطيع استخدام السكر بشكل طبيعي والسكر كما هو معروف مصدر الطاقة الرئيسي للجسم، ولأن الجلوكوز لا يستطيع دخول خلايا الجسم يحدث ارتفاع ملحوظ في نسبة تركيز السكر في الدم، ولذلك تحاول الكلى التخلص من السكر الزائد فيصبح تركيز السكر في البول مرتفعا، وتظهر أول علامات مرض السكري وهي كثرة التبول والعطش الشديد.

ويؤدي نقص الأنسولين إلى الشعور بالخمول والارتعاش وسرعة التعب وقد يجعل الإنسان معرضا إلى الإصابة بالإغماء، أما فقدانه فيتسبب في عجز الجسم عن حرق السكر وعن اختزان الزائد منه في الكبد

فيتجمع في الدم أو تقذف به الكليتان وتعرف هذه الحالة بمرض السكري، الذي يعالج عادة بإعطاء المريض كميات من الأنسولين. (نور محمد الجاموس، 2004، ص31)

### 3- تشخيص المرض:

يتم تشخيص مرض السكر تبعاً للتعريف الذي اعتمده الجمعية الأمريكية لمرض السكر، والذي يتلخص في إجراء تحليل دم لقياس مستوى السكر في الدم، فإن وصل إلى أعلى من 126 ملليغرام/ديسيلتر في حالة الصيام فيمكن اعتبار المريض مصاباً بمرض السكر، أما إن تراوح المستوى بين 100-125 ملليغرام/ديسيلتر فيمكن القول بقابلية هذا الشخص للإصابة بمرض السكر، وهذه الطريقة أي قياس مستوى جلوكوز الدم في حالة الصيام هي الأسهل والأكثر شيوعاً والأقل تكلفة عن الطريقة الأخرى وهي قياس مستوى جلوكوز الدم بعد الصيام ثم بعد ساعتين من تناول وجبة عالية المحتوى من السكريات، فإن وجد أن مستوى جلوكوز الدم قد وصل إلى 200 ملليغرام/ديسيلتر أو أكثر، فيمكن تشخيص الإصابة بمرض السكر...

(حسن بن علي الزهراني، المرجع السابق، ص13)

ولقد أشار أحد الاختصاصيين لداء السكري بأنه متلازمة سريرية تتميز بفرط سكر الدم الناجم عن عوز الأنسولين النسبي أو المطلق، ويمكن لذلك أن يحدث بطرق عديدة...

(ديفيدسون، 2005، ص13)

واستقصائه (الكشف عنه) يتم عن طريق تقنيات عديدة هي :

#### 1- تقنية (L'hyperglycémie provoquée Oral) h.c.p.O: وهي تجربة

تتحقق عندما تجمع على 3 شروط: تعمل بعد 3 أيام من تغذية عادية، 12 ساعة متواصلة من الصيام، وابتلاع 75 غ من جلوكوز الذائب في 200 مل إلى 300 من الماء، وبعد ساعتان من تجربة H.G.p.o نسبة السكر في الدم، تكون  $\geq 2$  غ/ل عندما يكون الشخص مصاب بمرض السكري. ( A cenac, 1975,48 )

#### 2- تقنية desctrostix : يتم تنظيف أصبح المريض بمادة معقمة في البداية ثم

وخز طرف الأصبع بإبرة معقمة موجودة في جهاز قياس سكر الدم، ثم وضع قطرة دم إلى منطقة التفاعل مع سلم الألوان القياسية للتقنية Desctrostix .

## الفصل الثاني: داء السكري.....

3-تفتية **la glycosurie**: وجود سكر العنب في البول يكتشف من خلال جرعة تقدم بكمية معينة، مدة اختبار 24 ساوا إذا فاقت نسبة السكر في الدم 60,1 غ/ل فهذا دليل على وجود السكري. ( A. cenac, 1975, 47)

4-طريقة القطرات الخمس: توضع قطرات من البول في أنبوب اختبار، وتضاف إليها قطرات من الماء ويضاف قرص من الدواء الخاص بالاختبار، ويحرك الأنبوب جيدا مع مراقبة تغير اللون وفي الأخير يقارن لون التشكيلة المحصل عليها مع الألوان القياسية ثم تسجل النتائج.

(عبد الله احمد جنيد، 1988، 95) إن المعايير التشخيصية لداء السكري (وللحالة السوية) التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية عام 2000 هي قيم مبنية على العتبة التي يحدث عندها خطر تطور المرض الوعائي.

يعرف داء السكري أنه غلوكوز البلازما على الريق الذي يعادل 7 ملمول/ل أو أكثر أو غلوكوز البلازما العشوائي الذي يساوي 11.1 ملمول/ل أو أعلى أو اختبار تحمل الغلوكوز الفموي الشاذ....

الخضاب الغلوكوزي: يعطي الخضاب الغلوكوزي قياسا صحيحا وموضوعيا لضبط السكر في الدم خلال فترة أسابيع أو أشهر، ويمكن استخدامه لتقييم ضبط السكر عند المريض المصاب بالسكري لكنه ليس حساس لدرجة كافية لتشخيص داء السكري...(GbA)...

شحوم الدم: إن تركيز شحوم المصل-الكولسترول الكلي وكولسترول البروتين الشحمي منخفض الكثافة وعالي الكثافة HDL و LDL وثلاثي الغليسريد- مؤشر هام آخر على الضبط الاستقلابي بشكل عام عند المرضى السكريين ويجب أن تقاس عند التشخيص ثم بشكل منتظم بعد ذلك، يجب في الحالة المثالية قياس تركيز ثلاثي الغليسريد على الريق. (ديفيدسون، نفس المرجع، ص 19 - 25)

## الفصل الثاني: داء السكري.....

### 4- أعراض مرض السكري:

- أعراض فرط سكر الدم المرافقة للداء السكري غالباً هي : العطش، جفاف الفم - البوال - البوال الليلي - التعب - الهيجان - الخمول - تغير حديث في الوزن - تشوش الرؤية - الحكة الفرجية، التهاب الحشفة (داء المبيضات التناسلي) - الغثيان، الصداع - فرط الأكل، الميل لتناول الأطعمة السكرية...

إن الأعراض الكلاسيكية من العطش، والبوال والبوال الليلي وفقد الوزن السريع تكون ظاهرة في النمط 1 من الداء السكري، لكنها غالباً ما تكون غائبة عند المرضى المصابين بالنمط 2 من الداء السكري، حيث يكون معظمهم عديم الأعراض أو لديهم شكاوى غير نوعية مثل التعب المزمن والتوعك، يترافق داء السكري غير المضبوط مع زيادة الاستعداد للإصابة بالأخماج وقد يتظاهر المرضى بإنتان جلدي (الدمامل) وداء المبيضات التناسلي، ويشتكون من الحكة الفرجية أو التهاب الحشفة....

**الحماض الكيتوني السكري:** حدوث إدرار البول الشديد وهذا ما يؤدي إلى الجفاف وفقد الكهارل وبالتحديد البوتاسيوم والصوديوم، وتكون المظاهر البارزة ناجمة عن نفاذ الملح والماء مع زوال انتفاء أو امتلاء الجلد واللسان المفري (furred tongue) مكسو بطبقة بيضاء) والشفتين المتشققتين وتسرع القلب وضغط الدم ونقص الضغط داخل العين، قد يكون التنفس عميقاً تهدياً ويكون النفس كريهاً عادة، وقد تكون رائحة الكيتون السكرية المقززة واضحة، كذلك قد يحدث الخمول العقلي أو التخليط أو نقص مستوى الوعي كما من غير الشائع حدوث السبات.

قد يكون الألم البطني أحياناً مظهر للحماض الكيتوني السكري خاصة عند الأطفال... ومنه فإن أهم المظاهر السريرية للحماض الكيتوني السكري: البوال، العطش، فقد الوزن، الضعف، نقص ضغط الدم، تسرع القلب، ضيق التنفس، رائحة الأسيتون، انخفاض الحرارة، التخليط، النعاس، السبات (10%).

## الفصل الثاني: داء السكري.....

### اختلاطات الداء السكري:

المريض بالنمط 1 من الداء السكري طويل الأمد، تحدث بشكل اختلاطها عند:

- الوعائية الدقيقة.
- الاعتلالية العصبية: اعتلال الشبكية، الرؤية المضطربة.
- اعتلال الكلية: الفشل الكلوي.
- اعتلال الأعصاب المحيطية: فقد الحس، الضعف الحركي.
- اعتلال الأعصاب المستقلة: نقص ضغط الدم الوضعي، المشاكل المعدية المعوية.
- اعتلال المفصل: مرض القدم، التقرح.
- الوعائية الكبيرة: الدوران الاكليلي: احتشاء/اقفار العضلة القلبية.
- الدوران المخي: نوبة الاقفار العابرة، السكتة.
- الدوران المحيطي: العرج، الاقفار.

**نقص سكر الدم:** أن يقل عن 63مغ/دل هو نتيجة لمعالجة الداء السكري وليس من مظاهر المرض في حد ذاته ويحدث غالبا عند المرضى الذين يعالجون بالأنسولين، ويمكن حدوث نقص سكر الدم عند الأشخاص غير المصابين بالداء السكري بما يعرف بنقص السكر العفوي...

والأعراض الشائعة الناجمة عن التفعيل الحاد للجهاز العصبي المستقل والأعراض

الناجمة عن حرمان الدماغ من الغلوكوز، وتختلف بحسب العمر، وهي:

- أعراض مستقلة: التعرق، الرجفان، خفقان القلب، الجوع، القلق.
- أعراض الاعتلال العصبي بنقص السكر: التخليط، النعاس، صعوبة الكلام، عدم القدرة على التركيز، عدم التناسق.

- والأعراض غير النوعية: الغثيان، التعب، الصداع. (ديفيدسون، نفس المرجع، ص

( 31، 26 )

## 5- مضاعفات مرض السكري:

يؤدي ارتفاع السكر في الدم إلى مخاطر عديدة، مثل الالتهابات التي تصيب الجلد واللثة والمسالك البولية وإلى مضاعفات قد تسبب على المدى البعيد أمراضا في جميع أعضاء الجسم وخصوصا:

- **الأعصاب:** يؤدي عدم التحكم في مستوى السكر في الدم إلى فقدان الإحساس في الأقدام مما يؤدي إلى تقرحات والتهابات في الأصابع والأطراف.

- **العيون:** يؤثر ارتفاع السكر في الدم على العدسة والشبكية وتكون المياه البيضاء في العدسة حيث يمكن أن تؤدي إلى فقدان البصر.

- **الكلية:** يؤدي ارتفاع السكر في الدم إلى عدم قدرة الكلية على القيام بوظائفها مثل تصفية الدم والتخلص من المواد الضارة والأملاح الزائدة وقد يؤدي إلى قصور الكلية.

(السكري، ملتقى البحث العلمي، [www.rsscrrs.com](http://www.rsscrrs.com))

- **الأقدام:** احتمالية تعرض مريض السكر لبتير أطرافه قد تصل إلى 40 ضعفا بالمقارنة مع غير المصابين بمرض السكر، كما أشارت الإحصائيات المسجلة في الوم.أ بأن 6 من كل 1000 مصاب بقرحة القدم السكرية يفقد أطرافه السفلى سنويا، بل أن الدراسات أظهرت أنه وحتى بعد أن يتم بتر الطرف المصاب فإن احتمالية حصول بتر آخر لا تزال قائمة في حال إهمال المريض، وتتراوح هذه النسبة بين 10-15% في السنة الأولى بعد البتر لتصل إلى 28-51% بعد خمس سنين من عملية البتر الأولى...

(حسن بن علي الزهراني، ص 18، 2006)

- عطل في الجهاز العصبي في الأطراف مما يؤدي إلى فقدان الشعور بالألم وفقدان الإحساس قد تصل إلى بتر الأعضاء.

- اضطرابات في الأكل والشهية.

- اختلال الوظيفة الجنسية.

- الذبحة الصدرية.

## الفصل الثاني: داء السكري.....

### -الجهاز العصبي:

كما يؤثر السكري على أداء الجهاز العصبي المركزي ما ينعكس على الوظائف النفس عصبية وخصوصا لكبار السن، وتشير الدراسات إلى أن ضعف الوظائف المعرفية يكون أكثر وضوحا لدى المصابين بالسكري أكثر من غيرهم من الأصحاء.

(House,2010)

### - مضاعفات نفسية:

بالإضافة إلى المضاعفات العضوية هناك مضاعفات للمرض المزمن من الناحية النفسية والاجتماعية، خصوصا مرض السكري الذي يتطلب عملية تكيف مستمر على مدى الحياة، اذ قد يظهر عليهم الشعور بالاكتئاب حيث تشير بعض الدراسات إلى أن نسبة انتشار الإكتئاب بين مرضى السكري يقارب ضعفي نسبة انتشاره عند غير المصابين.

وفي هذا الجانب تقل الدراسات الطولية حول تأقلم وتكيف مريض السكري، و بهذا الصدد قامت " Kovacs " وطلبتها بدراسة تتبعيه لمدة 9 سنوات من التشخيص لأطفال مرضى السكري، بحيث اشارت نتائج الدراسة الى أن معظم الأطفال لوحظت عليهم بعض الأعراض النفسية مثل : القلق، الاكتئاب، الانسحاب الاجتماعي، بالإضافة الى أعراض مشابهة ظهرت على الآباء والأمهات بأكثر شدة، وبالرغم من أن الآليات السببية غير واضحة تماما إلا أن الدراسات تثبت أن مرض السكري يعد عاملا لتطور وظهور المشاكل النفسية في كافة المراحل العمرية، إضافة الى أن العديد من الباحثين قاموا بقياس الإجهاد لدى مرضى السكري وتوصلوا إلى أن مصادر القلق تتمثل في المخاوف من مضاعفات المرض على المدى البعيد، والخوف من الآثار المحتملة، كذلك الخوف من نقص السكري في الدم ويكون تُد عند الأشخاص الذين تعرضوا له سابقاً .

(linda and all. 2002)

6-أنواع السكري: هناك نوعان من السكري يختلفان عن بعضهما البعض في الأسباب

وطرق العلاج:

## الفصل الثاني: داء السكري.....

6-1- النوع الأول: السكري المعتمد على الأنسولين، وتشكل نسبة الإصابة به 10% من حالات الإصابة بالسكري، هذا النوع من السكري يحدث في سن مبكرة أثناء مرحلة الطفولة والبلوغ، ويتميز هذا النوع بعجز كامل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، وكنتيجة لهذا الأمر يحتاج المصاب إلى المعالجة بحقن الأنسولين يوميا مع برنامج غذائي متوازن.

6-2- النوع الثاني: السكري غير المعتمد على الأنسولين، وهذا النوع هو الأكثر شيوعا حيث أن نسبة الإصابة به تشكل حوالي 90% من حالات الإصابة بالسكري، ويحدث في منتصف العمر أو بعده، ويتميز هذا النوع بنقص في إفراز الأنسولين بحيث لا يكفي لتخفيض السكر في الدم، تصاحب السمنة غالبية المصابين بهذا النوع وتكفي الحمية الغذائية وتخفيف الوزن لعلاج في بعض الحالات بينما يحتاج البعض الآخر إلى الأدوية المخفضة للسكر والتي تعمل على تحفيز البنكرياس لإنتاج كمية أكبر من الأنسولين.

(السكري، ملتقى البحث العلمي)

وقد عبر عنهما أحد الأطباء بالنوع المبكر المعتمد في علاجه على الأنسولين والثاني بسكر الكبار أو مرض السكر الذي يمكن معالجته دون اللجوء إلى استخدام الأنسولين...

(حسن بن علي الزهراني، نفس المرجع، ص 13)

وهناك من جاء بالتصنيف السببي لداء السكري:

داء السكري النمط 1: متوسط بالمناعة

داء السكري النمط 2: مجهول السبب

الأنماط النوعية الأخرى:

- العيوب الوراثية في وظيفة الخلية بيتا.

- العيوب الوراثية في عمل الأنسولين.

- الانتاج الزائد داخلي المنشأ للهرمونات المعاكسة (ضواد) للأنسولين (كهرمون النمو،

ضخامة، التهاب القرنيات السكرية، متلازمة كوشينغ، ورم الغلوكاغون، الكاتيكلولامينات، ورم

القوائم، هرمونات الدرق، فوط الدرقية)

## الفصل الثاني: داء السكري.....

-المعرض بالأدوية (مثل السيروتونيك القشرية، المدرات التيازيديية، الفينثوثين)

-الأخماج الفيروسية (الحصبة الألمانية الخلقية، فيروس كوا ساكي B)

-المتوافق مع المتلازمات الوراثية (مثل متلازمة داون، ومتلازمة كلايفلتر، ، ومتلازمة

تورنرو DIDMOAD (متلازمة ولفرام Wolfram's Syndrome) البيلة التفهة، الداء

السكري، الضمور البصري، الصمم العصبي، ورنج فريدرانج و التأثير العضلي. (ديفيدسون،

(نفس المرجع، ص 13 )

### وبعض التصنيفات الأخرى :

#### \*السكر الحلمي..

وهو يصيب السيدات الحوامل ذات تاريخ مرضي للسكر في العائلات واللاتي يعانين

من قصور الجلوكوز في الجسم وزيادة الوزن، بحيث يصيب هذا النوع من السكري ما يقارب

14% من النساء الحوامل، ويتم الكشف عنه عادة ما بين الأسبوع 24 إلى 26 من الحمل،

وغالبا ما يؤدي إلى مشاكل في الأجنة و إلى زيادة احتمال الإصابة بالسكري خلال 5

سنوات من اكتشاف سكر الحمل. (المرزوقي 2008)

\*السكر البنكرياسي: يعود لتخريب أو الاختفاء التشريحي (الجزئي أو الكلي) للبنكرياس

بسبب تناول الكحول أو إلى الإصابة بالسرطان أو بورم، والذي يعد السبب الأول للإصابة

بهذا النوع من السكري. (André, D et jaques,1985)

\*السكري الهيموكروماتوزي: ويتميز بارتفاع مهم للحديد بالعضوية وهو نوعان أولي وثانوي،

فالأول يتمثل في ارتفاع نسبة امتصاص الأمعاء للحديد بصيغة مفرطة، وهذا منذ الطفولة

بنسبة تفوق الاحتياط مما يؤدي إلى تخزين الفائض منها في (Les nobles) كالكد،

البنكرياس، القلب، مما يؤدي بالتدرج إلى إصابات نسيجية مثل: مرض القلب وداء السكري،

أما النوع الثاني الثانوي فيعود إلى التسمم المباشر بالحديد للخلية B للبنكرياس.

(André, D et jaques, 1985)

## الفصل الثاني: داء السكري.....

وقد لاقى التصنيف الذي أقرته لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول السكري عام 1980 قبولا عاما، والذي يصنف السكري والفئات ذات الصلة من نقص تحول السكر إلى:

### 1-المراتب السريرية (الكلينيكية):

-السكري المعتمد على الأنسولين IDDM

- السكري غير المعتمد على الأنسولين NIDDM:(أ) غير سمين (ب) سمين

- السكري المتعلق بسوء التغذية MRDM

- أنماط أخرى من السكري مرافقة لحالات ومتلازمات معينة: (1) أمراض في

البنكرياس،

(2) أمراض ذات أسباب هرمونية، (3) حالات مرضية دوائية أو مرضية كيميائيا،

(4) اضطراب في الأنسولين أو في مستقبلاته، (5) متلازمات وراثية معينة، (6)

متفرقات.

2- اختلال تحمل السكر IGT : (أ) غير سمين (ب) سمين (ج) مرافق لحالات ومتلازمات

معينة.

3- السكر الحلمي GDM (منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط،

1995، ص 17 - 18)

### 7-أسباب الإصابة بداء السكري :

إن السبب الرئيسي للإصابة بمرض السكري غير معروف، ولكن هناك عدة عوامل

تساعد على ذلك منها:

-الوراثة: إذا كان أحد أو كلا الوالدين مصابا بالسكري الغير معتمد على الأنسولين،

فإن هناك زيادة في احتمالية الإصابة عند أحد أبنائهم أو أجيالهم القادمة.

-السمنة: تتضاعف احتمالية الإصابة بالسكري وخصوصا بالنوع الثاني من السكري

عند الأشخاص البدنيين.

## الفصل الثاني: داء السكري.....

-الحالة النفسية: كالقلق والتوتر فهما يعجلان في ظهور أعراض الإصابة، ولكنهما لا يعتبران من الأسباب المباشرة للإصابة.

-الالتهابات: مثل التهاب البنكرياس، والذي يعمل على ظهور أعراض الإصابة بمرض السكري.

-الأدوية: مثل الكورنيزوك وحبوب منع الحمل.

-الكحول: تعمل المشروبات الروحية على إتلاف غدة البنكرياس وبالتالي الإصابة بالسكري.

( السكري، ملتقى البحث العلمي، [www.rsscrrs.com](http://www.rsscrrs.com) )

وقد أرجعت منظمة الصحة العالمية عوامل حدوث السكري إلى العوامل الوراثية والتي تلعب دورا هاما في حدوث السكري، ولو أن أحدا لم يتمكن حتى الآن من تحديد آلية انتقال الداء من جيل إلى جيل، كما تعد السمنة (البدانة) هي العامل الرئيسي لحدوث السكري في حالات كثيرة، ذلك أن معظم السكريين diabetics من البالغين يعانون من زيادة في الوزن.  
(منظمة الصحة العالمية، الدليل السابق، ص 4 )

بالنسبة للحالة النفسية فقد أشار د. أمين رويحة، أنه لا شك في أن الانفعالات النفسية في بعض الحالات تكون مثيرا باعثا للإصابة بمرض البول السكري إذا وجد الاستعداد لها، وبدون وجود هذا الاستعداد لا يمكن للعوامل النفسية، كالقلق والخوف وغيرها، أن تسبب الإصابة بالمرض.. وإلا أصبح المرض متفشيا بين جميع المحاربين في الميدان في حين أن الواقع أثبت العكس، أكثر المصابين يزعمون أن المرض ظهر عقب التعرض لهزة نفسية، والواقع أن الإصابة كانت كامنة عندهم قبل التعرض للهزة النفسية، والهزة زادت الأعراض تفاقما، فخيّل للمصاب أنها الباعث المباشر لإصابته بالمرض،..وكثيرا ما يصادف الطبيب حالة مرضية تتجاوب مع العلاج ايجابيا ثم تسوء فجأة وينعدم تجاوبها دون ارتكاب هفوة أو إهمال في المعالجة أو وجود أي سبب ظاهري يبرر النكسة المفاجأة، فإذا تعمق الطبيب في الاستقصاء وجد أن المصاب قد تعرض إلى

## الفصل الثاني: داء السكري.....

هزة اجتماعية نفسية، أو كارثة مالية أو ما شابه من أحداث الحياة السلبية، فالمعالجة في مثل هذه الحالات يجب أن تعنى بالحالة النفسية بقدر عنايتها بالحالة المرضية إن لم يكن بأكثر منها، والهزات النفسية قد تستعصي الوقاية منها أو التعرض لها عكس الهزات الجسمانية (كالبرد والتعب وسوء الهضم...).

( أمين رويحة، نفس المرجع، ص 10 - 11 )

### 8-الإضطرابات النفسية المصاحبة لداء السكري :

في دراسة بعنوان المشكلات النفسية عند الأطفال مرضى السكري أوضح ضيائي حسين 1987 أن دور العامل النفسي يتمثل في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة، بحيث أن وجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض في المستشفى، ويكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئا لما تواتر واستقر في الأذهان من سنين طويلة عن مضاعفات المرض، وهذه الردود النفسية تختلف من مريض لآخر اختلافا كبيرا، وتتمثل في الرفض والإنكار وهو رد الفعل الشائع، وهناك التمرد على العلاج وهو من جوانب الرفض أيضا.

( أحمد محمد الحسيني هلال، 2009 ص 01 )

فالإنكار: يعتبر وسيلة دفاعية، يتجنب الشخص من خلالها حقيقة المرض وأبعاده، فقد يتصرف وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليها، أو أنه سيزول خلال فترة وجيزة وفي حالات قد ينكر المريض أن لديه مرضا بالرغم من كل المعطيات الواضحة حول التشخيص، فالإنكار إذن هو حالة من المنع اللاشعوري لإدراك واقع المرض وأبعاده، وهو رد فعل شائع للأمراض المزمنة مثل مرض السكري.

### 1- السكري والضغط النفسية :

توصلت الدراسات حول علاقة الضغط بمرض السكر حيث نظر إليها البعض كسبب للإصابة، ففي دراسة للباحث موريس عطية 1993 يرى أن السكر يصيب الأشخاص الذين تعرضوا للصدمات وخاصة إذا كانت فجائية ك وفاة عزيز أو قريب في حادث مثلا لكن

## الفصل الثاني: داء السكري.....

الربط بين مرض السكر والصدمة غير مباشر حيث الدور الأول للاستعداد الوراثي، والأثر الأساسي لهذه الصدمات والضغوط هو التعجيل بظهور المرض قبل أوانه.

وفي دراسة ل ديفيد ماركارى David Marcru 1989 الذي يرى أن الضغوط النفسية تعتبر كنتاج للإصابة بالمرض وخاصة مرض السكر النمط الأول Typ1 وإنه لكي نقلل من تقلبات جلوكوز الدم فإن على المريض أن يتوازن ليس فقط في العلاج والتغذية ولكن أيضا في الضغوط.

( أحمد محمد الحسيني هلال، 2009 ص07 )

### -2- السكري وعلاقته بالقلق :

الشعور بالخوف والقلق من مضاعفات المرض: وهى استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد التشخيص، وقد يرتفع القلق عندما يتوقع الفرد تغييرا جوهريا في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه، أو عندما يشعر بالاعتمادية على أخصائي الصحة، أو عند توقعه عودة النوبة المرضية أو حين يفتقر إلى المعلومة الصحيحة حول طبيعة مرضه أو علاجه، ومع أن القلق الذي يعزى للمرض قد يقل مع الوقت، إلا أن القلق حول احتمال ظهور مضاعفات وأبعاد مستقبلية للمرض، وأثره على نواح الحيوية من حياة الفرد مثل العمل ربما يزداد مع الوقت.

ففي دراسات عن علاقة القلق بمستوى السكر توصلوا الى النتائج التالية:

- انخفاض نسبة السكر في الدم تؤثر على الفرد وسلوكها حساسه بالضيق والتوتر، وما يتعرض له أحيانا من إغماء وهلوسات بصرية.

أما في الحالة العكسية ( ارتفاع السكر) يشير العالم ويلسون في كتابه الشهير الطب السيكوسوماتي الشهير إلى عدة استنتاجات من دراسة يربط بها بين ضغط الدم والعوامل المؤدية لارتفاعه أو لانخفاضه ودور السكر في ذلك

(عطوف محمد ياسين 1988، صفح 185 186)

## الفصل الثاني: داء السكري.....

- وفي دراسة العالم والطبيب الكسندر وجد أن مستوى السكر يتوقف على درجة امتصاص الأمعاء الدقيقة للكربوهيدرات و على معدل امتصاص الأنسجة واستعمالها لها ويزداد هذا الامتصاص بشكل بارز كلما توفر هرمون قشرة الأدرينالين والغدة الدرقية (كنتيجة للانفعال النفسي)، فيقل السكر الممتص مع نقص إفرازات هذه الهرمونات وقد تشتد افرازاتها في حالة التوتر والقلق الشديد و في الازمات النفسية، وخاصة هرمون قشرة الأدرينالين الذي يتأثر بهرمون من الفص الامامي في الغدة النخامية والمعروف باسم A.C.T.H بأنه يفرز بكثرة مع نشاط الهيبوتلاموس عند الانفعال، وهكذا تؤكد لنا استنتاجات الكسندر و ويلسون ان هناك صلة وثيقة بين الانفعالات النفسية (القلق) ومرض السكر مما هو ثابت كيميائيا وطيبيا وهرمونيا.

(عطوف محمود ياسين 1988، صفحة 127)

وفي دراسة بورجيسون وآخرون حول التعايش مع مرض السكر وعلاقته بالجنس وفترة دوام المرض والمضاعفات الناتجة عنه، وجد أن الرجال يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من السيدات، ولهذا فان درجة القلق عندهم بسيطة مع احتمال وجود مضاعفات طويلة المدى في المستقبل بالرغم من وجود قلق أعلى عند السيدات إلا أنهم كانوا أكثر قدرة على اكتشاف الجوانب الإيجابية في التعامل مع المرض.

(شيلي تايلور ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا داود، 2007، ص70)

### 3- السكري وعلاقته بالإكتئاب :

والذي يعتبر أيضا من الاضطرابات النفسية الشائعة بين المصابين بالأمراض المزمنة بصفة عامة ومرض السكر بصفة خاصة، والاكتئاب كاضطراب نفسي يحدث نتيجة الاحداث المؤلمة يصاحبها انخفاض قيمة الذات والأفكار الغير سارة، بالإضافة إلى العجز عن مجاراة الحياة اليومية و ضعف الطاقة وسرعة الإنهاك عادة

\*ولقد حاول الباحثون و الإكلينيكيون في تقاريرهم أن يحددوا ما إذا كان مرض السكر يؤدي إلى ارتفاع متزايد في الاكتئاب وقد صدرت هذه الدراسات بعدة مضامين هامة من بينها:

## الفصل الثاني: داء السكري.....

- الإكتئاب قد يكون طويل المدى ومهدد للحياة وهو مرض يفقد الفرد القدرة على كل شيء ووجوده مصاحبا لمرض السكر يجعل المرض أكثر شدة والحياة أصعب.

- وجود اكتئاب مصاحب لمرض السكر يجعل مضاعفات المرض أكثر، وعلاج الاكتئاب المصاحب لمرض السكر يكون بأساليب العلاج النفسي لأن استخدام مضادات الاكتئاب يعيق مفعول الأنسولين

- عندما يكون الاكتئاب مصاحبا للسكر فإنه يجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف ومن الممكن أن يكون التحكم في الجلوكوز عامل هام في تطور الإكتئاب. ومنه نصل الى القول أن هذه العلاقة ثنائية الاتجاه حيث الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر والعكس.

- ويشير جاكسون 1993 أن انتشار الاكتئاب عند مرض السكر إنما لا يكون بسبب الإصابة ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد والتوتر بسبب وجود مرض طبي مزمن.

(أحمد محمد الحسيني هلال، 2009 ص5)

- **ومن العوامل النفسية أيضا المرتبطة بمرض السكر ومن خلال الدراسات والأبحاث التي أجريت من قبل نجد أهمها:**

\*عدم تقبل المرض ورفض العلاج في البداية.

\* مزاج متقلب.

\*عدوانية في بعض الأحيان.

\*الشعور بالحزن لمدة طويلة.

\*الشعور بفقدان الراحة والانزعاج دون سبب واضح .

\*الشعور بفقدان القيمة والاعتبار وعدم القدرة.

\*الشعور بالإعياء وفقدان الطاقة.

\*فقدان الشهية، أو الإقبال على الأكل مع زيادة في الوزن.

\*عدم الاهتمام بالأشياء التي كانت تجلب له الراحة.

## الفصل الثاني: داء السكري.....

\*الأرق أو الإفراط في النوم .

\* كثرة التفكير في الانتحار وتذكر الموت. (مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010، ص50)  
- من خلال ما ذكر نستخلص أن من أهم الاضطرابات التي يمكن أن نجدها لدى مرضى السكري هي الخوف القلق المرتبط بالمرض، الإنكار وعدم تقبل المرض في البداية، الإصابة بالإكتئاب والعدوانية في كثير من الأحيان

### 9- علاج مريض السكري:

هناك ثلاثة عوامل رئيسية في معالجة مريض السكري:

- النظام الغذائي

- النظام الرياضي

- النظام الدوائي

\*النظام الغذائي:

هو الخطوة الأولى والأساسية للسيطرة على سكر الدم، وللاستفادة من هذا النظام يجب إتباع الآتي:

-الانتظام في تناول وجبات الطعام في مواعيدها المحددة بحيث تكون ثلاث وجبات أو أكثر موزعة طيلة النهار

-تجنب تناول كميات كبيرة من الطعام في نفس الوقت.

-يجب أن يكون الطعام المتناول متساوي من ناحية المحتوى من العناصر الغذائية والطاقة تقريبا في كل يوم.

-تجنب تناول الأطعمة المركزة على السكر مثل العصير المحلى، الشوكولاتة، الحلوة، المربى، السكاكر...

-يجب أن يكون الغذاء متنوعا ومتكاملا، وهذا يعني احتوائه على النشويات والبروتينات والدهون والفيتامينات والمعادن

## الفصل الثاني: داء السكري.....

- الإقلال من الطعام المحتوي بكثرة على ملح الطعام مثل المخللات والمكسرات وخصوصا للمرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم.

- يمكن تناول مشروبات دون إضافة السكر (شاي، قهوة، بابونج، يانسون،...)

- يمكن استعمال بهارات حسب الرغبة (فلفل أسود، قرفة، كمون، حب الهال)

### \*النظام الرياضي:

مفعوله كالأنسولين على سكر الدم، بحيث أن التمارين الرياضية المنتظمة تساعد على تخفيض سكر الدم، كما أن التمارين الرياضية تساعد على التخلص من الوزن الزائد وتنشيط الدورة الدموية وتقوية عضلة القلب وتساعد على انخفاض نسبة الدهون في الدم، يفضل اختيار التمارين الرياضية التي تكون ملائمة وغير مكلفة وغير مجهدة بحيث تكون بحاجة إلى مجهود عضلي متوسط وديناميكية بحيث تتحرك فيها جميع عضلات الجسم مثل: المشي والهرولة والسباحة، خطط لعمل برنامج أسبوعي للتمارين الرياضية (3-4) مرات/الأسبوع ولمدة نصف ساعة في كل مرة.

عند القيام بمجهود عضلي غير معتاد يجب على المصاب تناول كمية إضافية من الطعام أو تقليل جرعة الأنسولين لتفادي انخفاض السكر في الدم الذي يحدث نتيجة الجهد العضلي الزائد.

### \*النظام الدوائي:

إذا لم تتم السيطرة على ارتفاع سكر الدم عن طريق النظام الغذائي بالإضافة إلى النشاط الحركي وإزالة الوزن الزائد، عندئذ لا بد من اللجوء إلى الدواء سواء كان على شكل أقراص أو حقن الأنسولين.

1-العلاج بواسطة الأدوية التي تؤخذ عن طريق الفم وهي نوعين:

-أدوية تساعد على تحريض البنكرياس لإفراز مادة الأنسولين.

-أدوية تساعد على إدخال السكر في خلايا الجسم

2-العلاج بواسطة حقن الأنسولين:

## الفصل الثاني: داء السكري.....

هناك أربع أنواع من الأنسولين تصنف وفقا لسرعة فعاليتها ومدة تأثيرها، ولكل نوع استخداماته الخاصة وفقا لحالة المصاب وحاجته من الأنسولين:

2-1- الأنسولين سريع المفعول: وهذا النوع يبدأ مفعوله بعد نصف ساعة، ويكون تأثيره الأقصى بع 2-3 ساعات، وينتهي تأثيره بعد حوالي 6 ساعات، يستعمل هذا النوع للمعالجة داخل المستشفيات.

2-2- الأنسولين متوسط المفعول: يبدأ مفعوله بعد ساعتين من الحقن، ويكون تأثيره الأقصى بعد 4-6 ساعات، ومدة تأثيره تتراوح بين 12-18 ساعة.

2-3- الأنسولين الممزوج: وهو عبارة عن مزيج من الأنسولين السريع والأنسولين متوسط المفعول.

2-4- الأنسولين طويل المفعول: يبدأ مفعوله بعد حوالي 4 ساعات من الحقن، ويكون أقصى تأثير له بعد حوالي 8-12 ساعة، ومدة تأثيره تتراوح بين 16-24 ساعة.

### \* \* نظام البدائل الغذائية:

يستعمل في تخطيط وجبات الطعام لمرضى السكري، ويحتوي 06 مجموعات:

- الخبز والنشويات: تحتوي كربوهيدرات تزود الجسم بالطاقة + أملاح + ألياف غذائية + بروتين + فيتامينات (عدس، فاصولياء، فول، حبوب كاملة القشرة...)

- اللحوم: تحتوي بروتينات + فيتامينات + أملاح معدنية كالحديد والكالسيوم (تفضل اللحوم المشوية بدل المقلية) ازالة الدهون عن اللحوم، تفضل اللحوم البيضاء كالدجاج والسّمك...

- الخضار: تحتوي ألياف غذائية لتنظيم امتصاص العناصر الغذائية في الأمعاء (تقل الخضار الطازجة نية بدون تقشيرها، الخضار الورقية كالسبانخ-الجزر-البندورة-الفلفل (الحلو...))

## الفصل الثاني: داء السكري.....

-**الفواكه:** تحتوي ألياف، فيتامينات وأملاح (تفضل الفواكه الطازجة نية بدون تقشيرها، تجنب عصير الفواكه لعدم احتوائه على ألياف، تتولها بكمية محددة لاحتوائها على سكر طبيعي، اختيار الغنية بفيتامين س كالحمضيات،...)

-**الحليب:** تحتوي الفيتامينات، والمعادن والأملاح كالكالسيوم (يختار منها خالية الدسم، وتجنب الحليب المبستر بنكهة الفواكه لاحتوائه على كمية كبيرة من السكر...)

-**الدهون:** تحتوي فيتامينات ذائبة في الدهن + تزود الجسم بطاقة عالية (تناول الطعام مشويا أو مسلوفا بدل مقلبا، تجنب السمن في الطهي قدر الإمكان، استخدام الزيوت النباتية بدل الحيوانية في الطبخ للوقاية من أمراض القلب وارتفاع الكولسترول...)

( السكري، ملتقى البحث العلمي، [www.rsscscs.com](http://www.rsscscs.com) )

### 10- طرق التكفل النفسي بمرضى السكري:

يتمثل في التخفيف من حدة المشاكل والأزمات النفسية، إذ يعمل الأخصائي النفسي على:  
\*محاولة إعادة ثقة الأشخاص في ذواتهم وبأنهم لا يزالون يمتلكون القدرة على مواصلة الحياة،

كما أن المجتمع بحاجة إليهم

\* خلق جو أسري داخل المراكز والمؤسسات الاستشفائية بين المقيمين بها يساعدهم على استعادة التوافق، والتكيف النفسي والاجتماعي.

\*محاولة القيام بتشخيص فعلي للحالة وأزماتها النفسية بتطبيق أدوات يستعين بها الاخصائي النفسي في إطار التكفل النفسي، كالملاحظة والمقابلة والاختبارات النفسية.

(بن سماعيل رحيمة، 2014، ص03).

\*فهم نمط تفكير المريض: المعالج يتعرف على نمط تفكير المريض من خلال

ملاحظات

## الفصل الثاني: داء السكري.....

المريض الأولية لمشكلته، والموضحة لمدى إدراكه، وفهمه لها أو عن طريق التناقضات، والتغيرات المترددة في كلام المتعالج، أيضا عند تغيير موضوع الجلسات العلاجية، خاصة عند محاولته

\*الربط بين ما جاء في الجلسات السابقة، وما يريد المريض التعبير عنه، أو عند إخفائه أمور

يستطيع أن يتوصل إليها، من المتابعة الدقيقة مثل زلات اللسان عند المتعالج.

\*تجديد العلاقات الاجتماعية: إن المتقاعدين أو المصابين بأمراض مزمنة، أكثر عرضة لتصويب علاقاتهم الاجتماعية، إذ يقطعون صلتهم بالذين كانت تربطهم بهم صلات الود والصداقة والتعاون والتنافس، فيجدون أنفسهم مفتقرين للعلاقات الاجتماعية، لذا فأغلبهم يحسون بالوحشة والعزلة، ولهذا أثر رديء في نفوسهم.

\*التخفيف من الشعور بالذنب: ينبغي على الأخصائي تركيز اهتمامه حول مشاعر المريض ومصادر همومه والشيء الذي يثيرها، والى أي حد يعاني من الشعور بالذنب، وهل يكون هذا الشعور في نفسه عائقا في إقامة علاقة ايجابية، فعلية مع الواقع أم يمكن التغلب عليه بوعي وتبصر؟.

\*تحقيق التوافق النفسي لدى المريض: الفرد عندما يفشل في إشباع حاجاته، مع نقص فهمه لذاته، وقدراته على تحقيق مطالبه وشعوره بالإحباط والتوتر وتهديد الذات، وحين يفشل في حل مشكلته أو مواجهتها، يجب على الأخصائي النفسي العمل على تحقيق التوافق الفرد بمساعدته على فهم ذاته، وحل مشكلته وتقبله للحالة التي يعاني منها. (بن سماعيل رحيمة 2014، ص62).

## الفصل الثاني: داء السكري.....

### خلاصة الفصل:

يعد داء السكري أحد الأمراض الأيضية المزمنة المؤدية إلى زيادة نسبة السكر في الدم لخلل في إفراز الأنسولين مما يشكل مضاعفات وعواقب على مستويات عديدة على حسب مسببات ونوع السكري، وبالرغم من صعوبة إيجاد علاج شاف لهذا المرض إلا أنه يمكن أن يضبط بالحمية الغذائية والأدوية، وممارسة النشاطات الرياضية، كما يعد العلاج النفسي للمصاب ذا نجاعة في تحسين تعايش وتكيف المريض ومواصلة درب حياته.

## الفصل الثالث : الاكتئاب

- تمهيد

1-لمحة تاريخية حول الاكتئاب

2-مفهوم الاكتئاب

3-تصنيفات الاكتئاب

4-أنواع الاكتئاب

5-التشخيص الفارقي للاكتئاب

6-قياس الاكتئاب

7-اعراض الاكتئاب

8-أسباب الاكتئاب

9-النظريات المفسرة للاكتئاب

10-استراتيجيات التكفل والعلاج للمرضى

المصابين بالاكتئاب

- خلاصة الفصل

**تمهيد:**

يعتبر الاكتئاب من بين الاضطرابات النفسية المزاجية، وهو أيضا من أكثر الاضطرابات النفسية تفشيا وانتشارا في العالم حتى أنه أطلق على العصر الحالي "عصر الاكتئاب"، وتؤكد الدراسات العلمية ارتفاع نسبة حدوثه في المستقبل حيث أن الكل معرض له إناثا أو ذكورا على حد سواء ولا يفرق بين المستوى المادي ولا الثقافي ولا حتى العلمي. وفي هذا الفصل سيتم التطرق إلى تقديم لمحة تاريخية عن الإكتئاب و كذاتعريفه و أنواعه و أعراضه و أسبابه، النظريات المختلفة في تفسيره والعلاجات الممكنة.

## 1- لمحة تاريخية حول الاكتئاب :

عرف الاكتئاب منذ أقدم العصور، وربما يكون أقدم اضطراب نفسي وعقلي تم تسجيله في التراث الطبي الإنساني، حيث كانت السوداوية أو الكآبة، أحد الأشكال الأربعة التي حددها الطبيب اليوناني "هيبوقراط" في القرن الرابع قبل الميلاد، في الورقة التي قدمها عن الميلانخوليا (الاسم القديم للاكتئاب).....

(بشير معمريّة، الأول، 2007، ص5)

وكان أول ما سجله التاريخ المكتوب أن "أمحتب" الملقب بأبو الطب أسس في أحد مدن مصر القديمة معبدا تحول إلى مدرسة للطب ومصحة لعلاج الأمراض البدنية النفسية... وورد تاريخيا أن المرضى النفسيين ومن بينهم مرضى الاكتئاب كان يهتم بهم ويعالجون بوسائل وطرق تتشابه كثيرا مع الطرق الحديثة (الترفيه، بالماء، الإيحاء، العلاج الديني...).

كما احتوت البرديات القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية كالإكتئاب بحالة الجسم وأمراض القلب ما يماثل النظريات الحديثة المؤكدة لعلاقة الجسد والنفس وبين الأمراض العضوية والأمراض النفسية....

وقد ورد في كتب العهد القديم قصة "شاؤول" الذي أصابته أرواح شريرة بحالة اكتئاب عقلي دفعه إلى الطلب من خادمه أن يقتله وعند رفضه انتحر...

وفي كتاب الإغريق، هناك إشارات إلى الاكتئاب النفسي... كما وصف "أبو قراط" من الأوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه "مرض لهوس"... وقد قام الأطباء الرومان بوصف بعض الأمراض ومن بينها الاكتئاب... ومع التطور الحاصل لمئات السنين، ومع بداية القرن الماضي أثمر التفكير العلمي في الأمراض النفسية عموما، عن ظهور النظريات الحديثة لمحاولة تفسير أسبابها ووصف أعراضها وعلاماتها ولأول مرة صنفت الأمراض النفسية بأسلوب علمي يخضع للمراجعة المستمرة، وكان العالم "كربلن" أول من فصل بين حالات الاكتئاب والهوس ووصف مرض الفصام، ثم جاء "فرويد" (1856-

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

1936) بنظريته التي لم تسلم من النقد، والتي ترى أن مرض الاكتئاب يحدث كنتيجة مباشرة لفقد شيء هام بالنسبة للفرد ونتيجة للضغوط والعوامل المحيطة به...

ولعل أهم التغيرات التي حدثت في النصف الثاني من القرن العشرين هي ثورة الكيمياء والعقاقير... ثم اكتشاف معظم الأدوية النفسية، وفي مقدمتها دواء "كلوربرومازين" حيث له تأثير مهدئ على الجهاز العصبي، ثم تلتها الاكتشافات الطبية الأخرى... حيث ثبت أن نقص مواد كـ"السيروتين" و"ثورابنفرانين" يؤدي إلى تغير الحالة المزاجية وظهور أعراض الاكتئاب...

### 2- مفهوم الاكتئاب :

**الاكتئاب لغة**، يشتق الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كآب، ويشير إلى اسم الكآبة، وهي سوء الحال والانكسار والحزن،.... في اللغة الانجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح Depression.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص22)

**الاكتئاب اصطلاحاً**، عرفه **جيمس دريفر J.Drever**: أنه اتجاه انفعالي يظهر بشكل مرضي مشتمل مع مشاعر النقص واليأس وأحياناً أخرى يصاحبه انخفاض عام في النشاط السيكوفيزيقي.

هذا التعريف يتشابه مع تعريف **هاوارد وارين Warren.H.C** من أن الاكتئاب هو حالة انفعالية حادة خاصة بالنشاط النفسي الفيزيقي المنخفض وغير السار، انخفاض المزاج في الحالة السوية يسمى كآبة، أما الحالة المرضية فيشير إلى الشعور باليأس وانخفاض قيمة تقدير الذات..

**لودنج أيدلبرج Eidelberg.L** يعرفه أنه عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي، وزيادة العدوان اتجاه الذات، والنقد الذاتي ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي، واتهام الذات، كل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب.

وتقريباً هو ما عرفه **دافيد ستات Statt** و**تشارلس سترaker Straker.M**

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

وفي دائرة المعارف البريطانية، عرف الاكتئاب أنه ليس من الضرورة أن يكون مرضا، فهو لا يتبع نظاما معيناً، أو نتائج خاصة، فمن الممكن أن يزول سريعا أو يبقى قليلا، أو يكون بدرجة متوسطة أو أن يكون واضحا، أو سافرا أو حادا أو مرضيا، وليس هناك حد فاصل واضح بين السواء والمرض في الاكتئاب، إلا في الدرجة و الكثافة والشدة، فهي التي تحدد لنا ما إذا كان الاكتئاب مرضا أم لا، وعلى ذلك فالإكتئاب يعد رد فعل انفعالي يتميز بسمات معينة تكون جذورها لدى كل شخص،

فمن تعريف دائرة المعارف الدولية للعلوم الاجتماعية، نجد أن الاكتئاب يختلف تبعا لما يشير إليه فأحيانا يشير إلى انفعال شائع وطبيعي، وأحيانا يشير إلى عرض ما، وأحيانا أخرى يشير إلى كيان إكلينيكي.

واقترحا، عرف **مدحت عبد الحميد أبو زيد**، الاكتئاب، أنه اضطراب وجداني متعدد الأوجه، فقد يشير إلى حالة أو سمة أو مرض أو زملة أعراض، وقد يكون عصابيا أو ذهانيا، أو اضطرابا في الشخصية والمزاج... وهو في كل هذا درجة من الشعور بالألم النفسي النسبي، ينتج عنه انخفاض نسبي في المستوى العام لنشاطات المرء، ويتراوح مداه من الشعور بالحزن إلى الشروع في الانتحار، وقد يكون سافرا أو مقنعا وسابقا أو لاحقا أو مستقلا عن اضطراب آخر....

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، نفس المرجع، ص 22-25).

كما عرفه أيضا أحد الباحثين العرب، أنه أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف نصادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى، مثل فراق صديق أو خسارة مالية، وقد يكون الاكتئاب مصاحبا للإصابة بمرض آخر (أحد الأمراض النفسية المعروفة)، ويتميز بوجود مظاهر نفسية وأعراض حدية... (لطفى الشربيني، الاكتئاب، 2001 ص19).

أما **حامد زهران** فيعرف الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعتبر عن شيء مفقودوا إن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذاته.. (أديب محمد الخالدي، 2009، ص 354)

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

ويعرفه الطب النفسي على أنه وحدة مرضية ذات خصائص معرفية ونزوعية وبدنية وسلوكية بالإضافة إلى خاصيته كأنفعال ووجدان....

أما قاموس الطب النفسي 1981 Campell فقد عرف الاكتئاب أنه زملة إكلينيكية تشتمل على انخفاض الإيقاع المزاجي، وارتفاع مشاعر الامتعاض المؤلم، وصعوبة التفكير، وتأخر نفسي حركي، وقد يختفي التأخر النفسي الحركي إذا كان الفرد يعاني من قلق أو وسواس... (بشير معمرية، 2007، ص10-11)

### 3- تصنيفات الاكتئاب:

نجد أن للاكتئاب عدة تصنيفات ومن أشهر التصنيفات المعمول بها هو:

- تصنيف منظمة الصحة العالمية (التصنيف الدولي العاشر).

- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي 4 (التصنيف الأمريكي الرابع)

### 3-1- التصنيف الدولي العاشر:

صدر هذا التصنيف عن منظمة الصحة العالمية وقد قسم الاكتئاب الى عدة أنواع:

#### 3-1-1-إنتكاسة اكتئاب (شديدة أو بسيطة):

وهي حالات الاكتئاب الشائعة متفاوتة الحدة، وقد قسمت إلى بسيطة وشديدة، فالبسيطة عادة لا تؤثر على أداء الإنسان لوظائفه اليومية بشكل واضح، ولكن الانتكاسة الشديدة قد تؤدي إلى توقف الطالب عن دراسته، أو ربة البيت عن أداء واجباتها اليومية وقد يستقيل الموظف وتتأرجح أعمال التاجر والنجار والحداد ورجل الأعمال بشكل ملحوظ وتتأثر صحته وسلوكه بشكل كبير.

#### 3-1-2-إضطراب مزاجي مزدوج القطب :

إن مرحلة الإكتئاب في حياة الإنسان، قد لا تتكرر ولا تعود الأعراض ثانياً، وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار للاكتئاب التي تحدث ضمن مرض الهوس الاكتئابي لا تختلف في أعراضها عن الإكتئاب عموماً، ولكنها قد تكون مسبقة أو متبوعة بالزهو، أو أنها تتبادل الدور مع الزهو كل سنة أو ستة أشهر.

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

### 3-3-1- اكتئاب متكرر (بسيط، متوسط، شديد) :

إن حدوث الإكتئاب في حياة الإنسان، قد لا يتكرر ولا تعود الأعراض ثانية، وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار للاكتئاب، إما على فترات متباعدة قد لاتصل إلى خمس سنوات أو أكثر، وقد يكون شديدا في كل مرة أو بسيطا في كل مرة وقد تتفاوت الانتكاسات من مرة لأخرى، وقد يتكرر بلا سبب واضح، أو لأسباب بسيطة أو أحداث معينة مثل الفشل في الدراسة أو الزواج والتغيير مثل بداية المرحلة الجامعية، وبداية العمل والإقبال على الزواج، ويمكن أن يكون التكرار بعد الولادة عند بعض النساء.

### 3-1-1-4- اضطرابات مزاجية طويلة الأمد (اضطراب مزاجي دوري، تكدر المزاج):

وهذه من المشاكل التي قد يصعب تمييزها من قبل المريض نفسه، أو من حوله، وقد تعد جزءا من شخصيته ففي الاضطراب المزاجي الدوري يتأرجح المريض بين الاكتئاب البسيط أو تكدر المزاج ثم ارتفاع المزاج مما يصل إلى الزهو، ولكن فيه ابتهاج ونشاط وحركة زائدة نوعا ما، وكثيرا ما يصف الناس هذا الشخص بأنه مزاجي مع أن الاضطراب يتعدى الشخصية المزاجية، أما تكدر أو عسر المزاج فهو درجة بسيطة من الإكتئاب ولكنه طويل الأمد.

### 3-1-5- اضطرابات أخرى:

وتشمل الأشكال الأخرى للاكتئاب سواء الغير نموذجية أو المصاحبة لأمراض أخرى كالقصور، فالإكتئاب غير النموذجي يكون مصحوبا بزيادة النوم والأكل والوزن وبترافق مع الكسل والقلق أحيانا، وغالبا ما يلاحظ في النساء، أما الإكتئاب المصاحب للقصور العقلي فهو من أشكال الاكتئاب الهامة والتي تتزامن مع أعراض القصور أو تسبقها أو تتبعها. (وليد سرحان وآخرون 2001، ص 4-24)

### 3-2- التصنيف الأمريكي الرابع DSM4:

صنفت الرابطة الأمريكية للأمراض في مرجع يسمى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية وكان أول اصدار لها في (1952)، وفي (1994) قامت

## الفصل الثالث : الإكتئاب .....

الرابطة بإصدار دليل تشخيصي رابع فيه بعض التغيرات والتعديلات ومن بين هذه الإضطرابات التي صنفها الدليل التشخيصي الإكتئاب الذي يدخل تحت :

- اضطرابات المزاج.

-اضطراب اكتئابي كبير.

-اضطراب اكتئابي عصابي.

-اضطراب اكتئابي غير معين على نحو آخر.

-اضطراب ثنائي القطب.

(أمينة السماك، دس، ص 27 - 28 )

ولقد تعرض عدة باحثين لشرح وتحليل هذه الأنواع وفقا للأعراض المقترحة من الرابطة :

**3-2-1- اضطراب اكتئابي كبير:** و يعرفه عبد المنعم عبد القادر الميلادي بأنه من الاضطرابات المزاجية تصيب من 4 الى 7 % من الناس وأهم أعراض الاكتئاب هي انطفاء الحماس والإقبال على الحياة والاستمتاع بها، أي كل شيء يبدو فاتر وكل شيء بلا معنى ولا شيء يهم حيث تموت الرغبة في الجنس والحب والمعرفة، والعمل، ويصبح بطيء التفكير ويضعف التركيز كما يصبح الإنسان في ذهول وتجول في ذهنه هواجس ونجد أنه يستيقظ والناس نائمون ويشعر أنه مطارذ ومراقب وقد يشكو ألما جسديا مثل الصداع وألم في البطن.

(عبد القادر الميلادي، 2004، ص 5 - 6 )

**3-2-2-الإكتئاب العصابي:** ويعرفه مدثر سليم أحمد (2003) على أنه عبارة عن استجابة اكتئابية يفقد فيها المريض الاستمتاع بمباهج الحياة مع نقص الحماس للعمل والإنتاج وفنور في الشهية للطعام ويصاحبه اضطرابات في النوم.

(سليم أحمد، 2003، ص 227 )

ويعرف في موسوعة الطب النفسي على أنه استجابة عصابية قد تطول مدتها إلى أشهر ويشكل المرضى بالعصاب الاكتئابي من 20 الى 30 % من المرضى بكل أنواع العصاب

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

وأغلبهم ينحدرون من أوساط اجتماعية فقيرة، وتعتبر الاستجابة الاكتئابية غير خطيرة لكن في بعض الأحيان تراوده أفكار انتحارية.

(عبد المنعم حنفي، 1999، ص 122-123)

ومن المواقف التي تسببه : فقدان أو تغير الوظيفة والمنزل أو الانفصال عن شخص حميم أو وفاته أو صدمة حادة وكذلك إن التفاعل مع الحياة بطريقة مكتتبه لفترة طويلة يعتبر نوع عصابي للاكتئاب وأن الإكتئاب العصابي يعد استجابة أوردت فعل للحرمان وهذه الاستجابة يقوم بها الفرد لحماية نفسه من الوعي بمشاعره الثنائية "الحب والكراهية اتجاه الشخص المتوفي" (حسن عبد المعطي، 1998، ص 352)

### 3-2-3- الاضطراب الاكتئابي الغير معين على نحو آخر :

فهو يشتمل على اضطرابات ذات مظاهر اكتئابية لا تستوفي المعايير الخاصة باضطراب الإكتئاب الكبير أو الاضطراب العصابي ومن أمثلة الاضطراب الاكتئابي غير المعين على نحو آخر.

اضطراب عسر المزاج قبل الطمث.

الاضطراب الاكتئابي الصغير.

اضطراب الإكتئاب الوجداني الراجع.

اضطراب الإكتئاب بعد النهائي للفصام.

نوبة الإكتئاب العظمى مقحمة على الاضطراب (أمينة السماك.دس، ص: 187-188)

### 3-2-4- اضطراب ثنائي القطب :

فهو اضطراب يتميز بنوبات متكررة يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من ارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط وهذا يسمى الاكتئاب. وتتميز الحالة بشفاء كامل ما بين النوبات، ونجد أن نوبة الهوس تبدأ فجأة وتتراوح بين أسبوعين وأربعة أو خمسة شهور أما الإكتئاب فيميل إلى الاستمرار لفترة أطول، متوسط المدة فيها 6 اشهر.

(أحمد عكاشة 2003، ص 403 - 404)

3-3 معايير الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي الخامس (2013) :

\*اضطراب الاكتئاب الجسيم :

\*اضطراب الاكتئاب الجسيم :

الدليل الأمريكي الخامس سماها بالاضطراب بدل النوبة، وكان من المفروض أن ترمز ولكنه لم يرمزها، وجود خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي السابق، أو على الأقل واحدا من الأعراض إما مزاج مكتئب أو فقد الاهتمام أو المتعة.

- لم يذكر الدليل الأمريكي الخامس هذه الأشياء كما في الدليل الرابع (الأوهام غير المنسجمة مع المزاج ، أو الهلوسات )

1-مزاج مكتئب معظم اليوم، وكل يوم تقريبا ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو باليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل ان يظهر باكيا).

ملاحظة: في الأطفال والمراهقين يمكن ان يكون مزاجا مستثارا.

2-انخفاض بشكل واضح في الاهتمام او الاستمتاع بمعظم الأنشطة.

3-فقدان في الوزن بارز عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا.

ملاحظة: عند الأطفال عدم كسب زيادة في الوزن.

4-أرق أو إفراط في النوم.

5-هياج نفسي حركي أو تعوق (ليس مجرد مشاعر ذاتية من عدم الراحة أو التباطؤ).

6-التعب أو فقدان طاقة كل يوم تقريبا.

7-أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب(قد يكون وهميا).

8-انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز.

9-أفكار متكررة عن الموت أو تفكير في الانتحار متكرر بدون خطة محددة أو محاولة

الانتحار مع خطة محددة.

A-هذا البند غير موجود في الخامس وهي لالتحقق أعراض معايير النوبة المختلطة

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

B- تسبب الأعراض ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات مهمة أخرى (هذا البند يمثل البند الثالث الموجود في الدليل الأمريكي الرابع)  
C- لا تتجم الأعراض عن تأثيرات فيسيولوجية مباشرة لمادة أو حالة طبية عامة (وهذا البند C يمثل البند الرابع الموجود في الدليل الأمريكي الرابع ) وغير موجود أيضا قصور الدرق كما هو موجود في الدليل الأمريكي الرابع.

**ملاحظة :** معايير البند الأول و الثالث تمثل اضطراب الاكتئاب الجسيم،  
(هذه الملاحظة لا توجد في الدليل الأمريكي الرابع).

**ملاحظة :** يستجيب لفقدان محدد (على سبيل المثال الفجعة لفقدان عزيز، ضائقة مالية، خسائر من الموارد الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) ويمكن أن تشمل مشاعر الحزن الشديد، وأفكار في الخسارة والأرق وفقدان الشهية، والتي تشبه نوبة الاكتئاب على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد لا تكون مفهومه أو قد تتناسب مع الفقدان، وجود نوبة اكتئاب جسيمة، بالإضافة إلى استجابة طبيعية لخسارة كبيرة تصاحبها ولكن بحذر، هذا القرار يتطلب حتما ممارسة العلاج السريري المبني على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب الناتج عن الخسارة.

هذه الملاحظة لم تذكر في الدليل الرابع وهي مفصلة تفصيلا دقيقا في الخامس، ولا توجد في البند الرابع إلا فقدان عزيز مع ذكر المدة الزمنية وهي أكثر من شهرين.

وقوع نوبة اكتئاب جسيمة لا تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب الفصام الوجداني، الاضطراب فصامي الشكل، الفصام، اضطراب الضلالات أو الفصام الوهمي المحدد أو غير المحدد، والاضطرابات الذهانية الأخرى ( هذا البند غير موجود في الدليل الأمريكي الرابع ).

### 4-أنواع الاكتئاب النفسي:

قسم الأطباء النفسيون في الماضي الاكتئاب إلى نوعين، العصابي و الذهاني، ويطلق على النوع الأول الاكتئاب الإستجابي أو النفسي وهو تعبير يشير إلى أن حالة المريض هي

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

استجابة إلا أنها مبالغ فيها إزاء أحداث محددة... ويعد خارجي المنشأ... تظل أعراضه تشتد وتزداد بمرور الزمن لكن لا تصاحبه هلاوس أو هذات...

أما الذهاني، هو داخلي المنشأ، يرجع إلى شخصية المريض، دون ارتباطه بأحداث خارجية،... والفارق في الدرجة فقط... ( بشير معمريّة، المرجع السابق، ص11، 12).  
ووضع حامد زهر ان نموذجاً يوضح فيه الفرق بينهما كالآتي:

الاكتئاب العصابي: غير عميق الجذور، لا يصاحبه جمود انفعالي تام، الاتصال بالواقع موجود، التقييم الذاتي سلبي، درجة النكوص عادية، النشاط العقلي بطيء نسبياً، لا يوجد فيه أوهام ولا هلوسات أو أفكار الانعدام، تراود بعض المرضى أفكار انتحارية لكن ليس بنية صادقة وبعد تردد وإعلان وتهديد بالانتحار وخوف من الإقدام عليه وهدفه إيقاع الألم بالآخرين، المريض يدرك مرضه ويسعى إلى العلاج، علاجه في العيادة النفسية...

أما الاكتئاب الذهاني: فهو عميق الجذور، يصاحبه جمود انفعالي وينذر معه التعاطف الشعوري، عدم التجاوب مع مثيرات الفرح، الاتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي مع عدم اتصال الأفكار بالواقع والحياة الخارجية، وبالنسبة للتقييم الذاتي فيميزه احتقار الذات وإدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد بعدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته وعدم نفعه، درجة النكوص السلوكي شديدة وخطيرة، بطء وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية، توجد فيه أوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية و هذيانات الخطيئة وأفكار الانعدام، فكرة الإنتحار تراود المريض عن نية صادقة ودون سابق تفكير، ويحدث عادة ونادراً ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ويقدم عليه في جمود شعوري والدافع هنا هو إهلاك الذات، المريض لا يسعى إلى العلاج، علاجه في مستشفى الأمراض العقلية. ( حامد عبد السلام زهران، 2005، ص520)

في حين أن الشخصية الاكتئابية حسب أحمد الوافي، عند حديثه عن الأمراض العصابية، ذكر أن علماء الطباع صنفوا الشخصية الاكتئابية إلى وسط بين شخصية ذي الطابع العاطفي وبين شخصية ذي الطابع العصبي، فهي حسبهم تأخذ من كل واحد من هذين

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

الطابعين صفات معينة خاصة به، ويتفق هذان الطابعان على وجود الانفعال وعدم الانفعال معا في شخص واحد، مما يخلق لديه مزاجا حزينا كثيبا وتكون الشخصية الاكتئابية عادة قبيل مرضها ذات مساحة اهتمام ضيقة وذات عادة نمطية، كما تتسم بالانطواء والهدوء والخجل والانعزال والجمود وقلة التحمل والحساسية المبالغ فيها مع الخضوع والاعتماد على الآخرين، كما تتميز بالصلابة الناتجة عن آليات دفاعية عصابية وضعف قيمة الذات وكبت الدوافع والشعور بالخيبة وعدم الأمان وعدم التوافق الجنسي والميل إلى تصنع الحياء..

( عبد الرحمان الوافي، 2009، ص 256.)

يرى علماء الصحة النفسية، أن التناقض العاطفي أو التقلب المزاجي هو العرض الأساسي لدى المصابين بمرض الاكتئاب، وأن الحب والكراهية يتعايشان معا ويكونان أقرب إلى التكافؤ، وتتشابه هذه الحالة مع الشخصية الصراعية، وأن مريض الاكتئاب متناقض العاطفة نحو نفسه ونحو الأشخاص ونحو الموضوعات. وعليه فإن الفرد المكتئب في حاجة مستمرة إلى إشباع حاجته باحترام الذات، وتوكيد الشخصية فهو يجب إلا أنه لا يستطيع التعبير عن حبه لما يمتلكه من خصائص سلبية شتى، لذا فهو بحاجة إلى الشعور باحترام الناس له. وهنا تقترب شخصيته من الشخصية العصابية القهرية، ولقد أكدت كتابات المتحدثين في هذا المجال إلى وجود ائتلاف واضح بين الاكتئاب والعصاب القهري....

( أديب محمد الخالدي، المرجع السابق، ص 366 )

### 5- التشخيص الفارقي لحالات الاكتئاب:

5-1- الأمراض العضوية: مثل حالات تصلب الشرايين (تصلب شرايين الدماغ)، وبعض أمراض الجهاز العصبي مثل الشلل الرعشي *paralysis agitans* (داء باركنسون)، وكذلك استعمال أدوية معينة مثل الأدوية المستعملة في علاج فرط ضغط الدم وبعض أنواع منع الحمل وكذلك سرطان البنكرياس والقولون.

5-2- اضطرابات الغدد الصماء: مثل الغدة الكظرية والغدة الدرقية، ففي حالات الاضطراب الوجداني غير العضوي نجد أن الوظائف العقلية لا يصاحبها تشوش شديد، أما في حالات الاضطراب العضوي نجد أنها تتأثر بشدة ملحوظة.

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

3-5- الخرف dementia وهنا يجب التفريق بين حالات الخرف الكاذب التي قد تصاحب الاكتئاب وبين الخرف في مرض الزهايمر على سبيل المثال، وتتضح أوجه الفرق من حيث: سرعة زحف المرض في حالات الاكتئاب عنها في حالات الخرف.

وجود التغير اليوماوي circadian في الوظائف النفسية في حالات الاكتئاب بصورة أوضح وأعم عنها في حالات الخرف

استجابة المريض للأسئلة في حالة الاكتئاب تكون سببية وتكون الإجابات في صورة (لا أعرف)، بعكس مريض الخرف فهو دائما يحاول إخفاء عجزه عن الإجابة ويحاول إخفاء عدم قدرته على التركيز والتذكر.

4-5- الفصام: وذلك بالأعراض المميزة له.

5-6- العصاب: وخاصة عندما يصاحب حالات الاكتئاب بعض الأعراض العصابية مثل القلق والوسواس، وهنا يجب أن نتذكر أن شخصية القلق الاكتئابي قد ذكرت في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD 10 الاضطرابات النفسية والسلوكية وهو لم يكون موجودا في المراجعات السابقة للتصنيف. (مصطفى كامل اسماعيل، المرجع السابق، ص159) وأضاف آخرون أمراض أخرى: الكحولية، وإدمان المخدرات، الوذمة المخاطية، البلاغرا... الخ

(أحمد عكاشة، إدريس الموسوي، المرجع السابق، ص149)

### 6- أعراض الاكتئاب :

نجد أن للاكتئاب النفسي أعراضا جلية وواضحة تمس عدة جوانب في الشخص و من أهمها الجانب الانفعالي و المعرفي و الجانب الحسي الحركي و الجسمي و النفسي و هي كالتالي :

#### 6-1 - الجانب الانفعالي :

- الحزن والبكاء بحرقة
- مطاردة الشعور بالذنب
- فقدان الاستمتاع بالأنشطة السارة
- الشعور بعدم الكفاءة والرداءة
- انخفاض الطاقة
- التعب والإنهاك

## الفصل الثالث : الاكتاب

- فقد الاهتمام بالأمور المعتادة

- الفتور واللامبالاة

(عبد الستار عسكر، 1999، ص 78 )

- البؤس والأسى وهبوط الروح المعنوية

- انحراف المزاج وتقلبه والإنطواء النرجسي على الذات

- عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص والقلق والتوتر

- الشعور بخيبة الأمل

(محمد سليمان 2008، ص 131 )

### 6-2- الجانب المعرفي حيث نجد :

- تشتت الانتباه

- صعوبة في التركيز

- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة

- فقر في القدرة على التجريد

- فقدان الاستبصار

- وجود قدر كبير من الأفكار الانتحارية

- اضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر اليأس ومشاعر دونية والشعور بالذنب

وكذلك وجود فقر وضحالة في محتوى التفكير

(محمد حسن غانم، 2006، ص 108-109 )

### 6-3- الجانب الحسي الحركي :

- اضطرابات الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته

- اضطراب إيقاع النوم حيث نجد صعوبة في الدخول إلى النوم مع ارق أو زيادة النوم إلى

حد الإفراط في انحصار الطاقة الجنسية

(عبد الستار عسكر، 1999، ص 79 )

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

### 6-3- الجانب الجسمي و فيه :

- ضعف عام والشعور بالدوار والغثيان والقيء
- تأخر موعد الطمث، اضطرابات هضمية
- اضطرابات معدل ضغط الدم
- تتميل الأطراف وجفاف الفم
- انتشار الألم في الرقبة والأطراف والمفاصل
- ضيق التنفس وقلة الحيوية.

(مدحت أبو زيد، 2001، ص 43)

### 6-4- الجانب النفسي :

قد يتأثر إلى حد شديد ويأخذ عدة مظاهر كالاتي:

(أ) الوهامات (الضلالات) من أكثرها شيوعا في أمراض الاكتئاب الوهامات (الضلالات) العدمية، وتعني الإحساس بغياب أو فقدان وظائف أحد أعضاء الجسم، وأحيانا تظهر وهامات (ضلالات) اضطهادية توأكب محتوى التفكير، فيما يشعر المريض أنه يستحق ذلك.

(ب) الهلوس: تظهر أحيانا مع مرض الاكتئاب بعض الهلوس السمعية ونادرا البصرية، وعادة يتوافق محتواها مع محتوى التفكير الكئيب، وفي هذه الحالة تسمى (هلوس مطابقة للمزاج) أو تكون غير مطابقة لمحتوى التفكير السوداوي وهي ما تسمى (هلوس غير مطابقة للمزاج)

(ج) التفكير: عادة ما يجد مريض الاكتئاب صعوبة في التفكير والتركيز وتغلب عليه النظرة السوداوية للأمر، مع تضخيم للأمر البسيطة التي تتوافق مع مزاجه السوداوي.

ويتميز محتوى التفكير في الاكتئاب بالآتي:

- الإحساس المستمر بالذنب ويتأنيب الضمير
- توهم العلل الجسمية والمرضية
- الشعور بعدم الأهمية

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

-الشعور بالدونية وفقدان مباحج الحياة، وتكون اجترارات الأفكار المستمرة في الموت والانتحار أو الإحساس بالذنب

-الوهامات (الضلالات) المطابقة للمزاج الاكتئابي مثل العدمية وغير المطابقة له مثل العظمة أو ادعاء الأهمية

يظهر في بعض الأحيان عند مرضى الاكتئاب (حوالي 10%) اختلال شديد في التفكير مثلا لتوقف المفاجئ أو فقدان المحتوى والإطالة الغير موضوعية  
(د)اختلال الانتباه.

(هـ)كما يتأثر كل من التركيز والذاكرة، وهنا يتميز مريض الاكتئاب بالبطء وعدم الانتباه وفقدان القدرة على التركيز مع ضعف الاستجابات الانفعالية، وقد تتأثر الذاكرة مع النسيان الشديد، وربما العته الكاذب ويصاحب ذلك تردد واضح في التفكير والسلوك.

(و)الانتحار والاندفاعية، ويعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة على حياة المريض كما أن معدل حدوثه ذو أهمية يجب أن لا تهمل، حيث أن حوالي 10-15% من مرضى الاكتئاب قد ينجحون في محاولة الانتحار وانتهاء حياتهم رغم أن ثلث المرضى يشتغلون بفكرة الانتحار. وفي الحالات الاكتئابية الشديدة يمنع المريض من تنفيذ فكرة الانتحار فقدانه للطاقة وضعف العزيمة، ويخشى في هذه

الحالات عند تحسن حالته من ناحية الطاقة والإرادة أن ينفذ فكرة الانتحار في توقيت لا يتوقعه الطبيب، ولذا ينصح دائما بعدم صرف كمية كبيرة من الدواء لهؤلاء المرضى مهما تحسنت حالتهم خوفا من احتمال حدوث مثل هذا الانتحار النقيضي. أما عن قتل الغير فقد يحدث في مرضى الاكتئاب نتيجة وهامات (ضلالات) متطابقة مع اكتئابه، فيقتل فيما يتوهم أنه رثاء ورحمة، أو نتيجة وهامات (ضلالات) غير متطابقة تتعلق بأشخاص داخل تنظيم معتقداته الخاطئة.

(مصطفى كامل إسماعيل 1999، ص155-157)

وهناك من قسم هذه المظاهر إلى مظاهر انفعالية، مظاهر معرفية، مظاهر دافعية ومظاهر جسمية...

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

وأشار مجموعة من الباحثين أن نوبات الاكتئاب ونوبات الاضطراب المزاجي الثنائي القطب (الاكتئاب والهوس) هي من اضطرابات المزاج mood والعاطفة (الوجدان Affecti ) وأن مآل pronostic اضطرابات المزاج تصير إلى مآل مختلف حسب شخصية المريض، والعامل الوراثي، والعوامل النفسية والاجتماعية المفجرة للنوبة.

(أديب محمد الخالدي، المرجع السابق، ص361)

### 7-أسباب الاكتئاب النفسي:

المحصلة في النهاية لم تتعدى مجموعة من النظريات والافتراضات، يتحدث البعض فيها عن أسباب نفسية للاكتئاب، ينما يعزو البعض الآخر هذه الظاهرة إلى عوامل وراثية وبيئية واجتماعية، ويتجه المستحدث من هذه النظريات إلى التركيز على العوامل البيولوجية والكيميائية، ورغم كل ذلك فلهذه الافتراضات حيثياتها... ويعزز معظمها الدراسة والتجريب إلا أنه ليس من اليسير التأكيد على مصداقية أو خطأ أي منها... كل حالة فرد واحد من حالات الاكتئاب النفسي هي موضوع مستقل بذاته، ووضع لا ينطبق عليه ما يصدق على الآخرين...

و الأسباب المباشرة للاكتئاب، هي الأحداث الاجتماعية فهي السبب المباشر في حدوث الاكتئاب واقعياً، لكن هذا غير كاف من وجهة نظر الطب النفسي فللعوامل النفسية، ومنها عملية الصراع داخل النفس لتعارض رغبتين أو تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد، أو ما يحدث في فترة الطفولة المبكرة من خبرات أليمة، حيث تولد هذه الصدمات قدرا من الحساسية النفسية تمهد لظهور الاضطراب النفسي فيما بعد...

ومهما تعددت الأسباب فالالاكتئاب النفسي هو في النهاية نتيجة فقدان الإنسان قدرته على التوافق داخليا ومع الحياة من حوله، بما فيها من مؤثرات وأحداث، فالالاكتئاب يمكن أن يصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر... ومن خلال الدراسات النفسية فإن هناك عاملا وراثيا قويا من وراء الإصابة بحالات الاكتئاب... فوجود استعداد مسبق لدى المريض هو في الغالب السبب الأساسي لإصابته بالاكتئاب...

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

**والعوامل الكيميائية في مرض الاكتئاب النفسي أثر فقد أمكن الاستدلال عليها من**

خلال نقص بعض الموصلات العصبية في مرض الاكتئاب، ك: نورابنرين، سيروتونين...

وقد تمت الاستفادة من المعلومات الخاصة بكيمياء الجهاز العصبي والتغيرات التي

تحدث في حالات الاكتئاب في استخدام أدوية جديدة تقوم بتصحيح الخلل الكيميائي، ويؤدي

إلى تحسن أعراض الاكتئاب...

- ويقول عبد الحميد الشاذلي أن العوامل الفيزيولوجية تتمثل في انخفاض مستوى معين من

الأحماض الامينية مثل الكانيكول أمين و انخفاض مستوى مادة الأدرينالين في مناطق

الاستقبال بالمخ و هي تختص بالسلوك العاطفي الوجداني و كذلك نقص بعض معدلات

المواد الكيميائية في المخ مثل السيروتونين مما يؤثر على المزاج و التحكم في التصرفات .

(عبد الحميد محمد الشاذلي، 1998، ص 135-136).

- أيضا وجد أنه هناك علاقة بين الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء في الجسم وبين

الاكتئاب ويتم استخدام هذه الهرمونات في علاج بعض الحالات المستعصية من

الاكتئاب...

وهناك بعض الأدوية تسبب الاكتئاب لآثارها الجانبية على الكيمياء ووظيفة المخ،

منها:

•أدوية القلب وضغط الدم: Methyldopa clonidine

•المهدئات: Barbiturates, Benzodiazies

•مشتقات الكورتيزون والهرمونات Predrisoe،

• حبوب منع الحمل Oral contraceptives

•الأدوية المسكنة للألم

•مشتقات الأفيون Opiates, Indometharin

•بعض المضادات الحيوية Teracycline, ampiclln.

( لطفى الشرييني، نفس المرجع، ص 42-67).

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

### 8- النظريات المفسرة للاكتئاب :

بالعودة إلى النظريات نجد أهمها:

• **النظرية الوراثية:** للوراثة دور كبير في ذهان الاكتئاب (80%) لدى المرضى أما

عصاب الاكتئاب ضعيف

• **النظرية الطبية:** في إنجلترا مدرستان، نيوكاسل والثانية مدرسة لندن، ترى بأنه من

الصعب تحديد سبب واضح لأنواع الاكتئاب ولا يتأتى إلا بمقياس متصل يجمع بين الأسباب

الداخلية والخارجية: الفرض المتصل، والثانية ترى أن بعض حالات الاكتئاب داخلية وأخرى

خارجية: تقسمة ثنائية.

• **النظرية البيوكيميائية:**.. هناك ارتباط بين انخفاض مستوى الكاتيكولاتين وبين حالات

الاكتئاب، والدراسات أكدت أن عقار Reserprine يقلل منها ما يؤدي إلى أعراض

اكتئابية...

• **النظرية السيكودينامية:** (كارل ابراهام) الاكتئاب عملية ترجيع لخبرة متشابهة خبرها

الراشد عندما كان طفلاً، ويرى أن أهم أسباب الاكتئاب هي فقدان الحب، والاستجابة لهذا

الفقدان أو الحرمان،... (سيجموند فرويد)، يرى أن المكتئب لديه مشاعر عدوانية اتجاه

ذاته بدلاً من الموضوع الذي سبب له الاكتئاب...

• **النظرية السلوكية:** تركز على الأعراض الجسدية للاكتئاب، (اتساع حدقة العين، سرعة

النبض، الإمساك، فقدان الوزن، توقف الحيض).

-ويرى بولمان وكراستر أن المكتئب فقد التعزيز الايجابي بين الآخرين، وبدله بالتدعيم

السلبي أو العقاب...

-ليبيرمان ورسكين، 1971، المكتئب في حاجة إلى استدعاء انتباه الآخرين

واهتمامهم ومشاركتهم الوجدانية....

-بول بلاني، الاكتئاب هو نتيجة فقدان الذات احترامها أو ضعفها، والمفهوم الخاص

عن الذات....

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

• **النظرية المعرفية:** يرى آرون بيك (1961-1978) الاكتئاب وجهة نظر سالبة

للذات والعالم والمستقبل، ضياع، لا دافعية، اللوم، المقارنة بالآخرين،..

-**مكيل وانجل**، الاكتئاب، نتيجة صراع داخلي شديد بين الإحساس بالعجز والكفاح

ضده بتوجيه الطاقة الحيوية لمشاعر خبرة الأحداث الصدمية والانفصال عن الوالدين والشعور بعدم الارتياح الفيزيقي منذ الصغر...

-**مارتين سيليجمان**، يرى بأنه هو العجز المتعلم و مصدره فقدان الضبط من خلال

وسائل التدعيم السلبي أو الايجابي المكتسب...

• **نظرية التعلم الاجتماعي...** مايكل وآخرون، الاكتئاب مرده البيئة المحيطة والأحداث

التي خبرها الأشخاص (الوفاة، الفقدان،...)

-**تشارلس فرستر**، فقد مقرب هو تعزيز اجتماعي... وللاكتئاب عوارض اجتماعية

منها : مستوى التعليم، الطبقة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي...

-**لوينسون**... لعملية نقص المهارات ما يجعل البيئة المحيطة تحقق التدعيم...

• **النظرية النفسية الاجتماعية:** ارنست بيكر (1962) الاكتئاب هو نتيجة تهديدات

تقدير الذات، أي عند انخفاض مستوى تقدير الذات يصبح الشخص سلبيا...

• **النظرية الإنسانية:** شاختر، الاكتئاب سببه وظيفة انخفاض مستوى الإثارة لدى الفرد،

بالإضافة إلى الأحداث والظروف غير السعيدة وغير السارة المحيطة به...

• **النظرية التكاملية:**... تجمع بين فكري الوحودية ونظرية الضغط، هانزسيلي، حيث ترى

أن الضغط استجابة بيولوجية في شكل أعراض تتسبب سيكولوجيا بالادراكات الحسية

للمواقف الضاغطة الخفيفة أوالمتوهمة، فاللاكتئاب رد فعل سيكولوجي لأحداث

الحياة..وللاكتئاب عوامل وراثية وبيوكيميائية، عوامل بيئية، نفسية واجتماعية فهي تكاملية..

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، ص 61-85)

## 9- قياس الاكتئاب النفسي :

تتعدد طرائق قياس الاكتئاب وتقديره من ملاحظة، مقابلة، ومقاييس موضوعية، وفتيات

اسقاطية، ومقاييس فسيولوجية....

( مدحت عبد الحميد أبو زيد، ص143)

وأشار لطفي الشريبي، أن مقياس الاكتئاب النفسي الأكثر انتشارا هو هاملتون **Hamilton** ومقياس "بيك **Beck**" الذي يضم 21 عبارة تصنف مشاعر مختلفة تنطبق على الحالة... وقد أورد في مؤلفه النص الكامل لمقياس بيك...

( لطفي الشريبي، ص207-209)

ومقياس **هاملتون Hamilton**: يعد من أوسع مقاييس تقديرات الملاحظين استخداما لتقدير المرضى المكتئبين، ويتضمن المقياس (21) بندا يشمل أبعادا (أعراض الاكتئاب) ويتم تقدير كل منها على مقياس يمتد (من 0 إلى 2) أو (من 0 إلى 4)

**مقياس جرينكر**: توصل ومعاونيه إلى تحديد الأنماط التي تصف مشاعر واهتمامات المكتئبين، وتضمنت مجموعة من العوامل التي يتم بواسطتها قياس اضطراب الاكتئاب فتعطي مؤشرات واضحة لأعراض الاكتئاب النفسي...

**فريدام** ومعاونوه وكذلك **أفرال** قاموا باستخدام أسلوب القياس النفسي التشخيصي... و **زونج** الذي استخدم معايير التشخيص الإكلينيكي بغية الوصول إلى تحديد دقيق للأعراض الاكتئابية فرتبها وفق نسق محدد... وعزز **بيك** صحة النتائج والتشخيصات التي توصل إليها المختصون والباحثون السابقون، وتمكن من تنظيمها إجرائيا، إذ استطاع أن يحصر أعراض الاكتئاب في فئات محددة واعتبرها بمثابة الملامح الأساسية لمرض الاكتئاب.

( أديب محمد الخالدي، ، 2006، ص389-394)

### 10- استراتيجيات التكفل والعلاج بمرضى الاكتئاب :

ولعلاج الاكتئاب النفسي نجد أنواع مختلفة من العلاجات بحسب طبيعته ونوعه، منها:

-العلاج بالصدمة الكهربائية، لحالات اكتئاب شديد لا يستجيب للعلاج بالدواء.

-التنويم المغناطيسي، الإيحاء، الاسترخاء...

-في الغرب العلاج الاسري ( بصورة جماعية لعدد من الاسر )

-المعالجة الجراحية: من النادر استعمال هذه المعالجة حاليا إلا في الحالات المزمنة

الشديدة الانتحارية التي لم تستجب للمعالجة الكيميائية والكهربائية لمدة طويلة في شخصية

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

سوية، وهنا تقطع الألياف الموصلة من الفص الجبهي إلى المهاد، وتستعمل الآن طريقة جراحية تعتمد على التوجيه الفراغي (المجسم) خاصة في التفيف الحزامي.

(أحمد عكاشة، إدريس الموسوي، ص150)

لقد استخدم عدد متنوع من الأساليب لعلاج الاكتئاب، مع تأكيدات متزايدة على الأساليب العلاجية التي تستغرق وقتا قصيرا... وتتضمن العلاجات القصيرة التي حظيت باهتمام بالغ في البحوث :

العلاج السلوكي، والعلاج النفسي التفاعلي، والعلاج التحليلي النفسي المختصر، والعلاج المعرفي، ومن بين كل أساليب العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب، حضي العلاج المعرفي بالقدر الأكبر من الاهتمام الامبريقي.

على الرغم من التطورات الضخمة في العلاج النفسي للاكتئاب، ما زال العلاج الدوائي هو العلاج المعياري الذي تقارن به نتائج العلاجات الأخرى. وتشير البحوث المبكرة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي فعال على الأقل بدرجة فعالية مضادات الاكتئاب الثلاثية نفسها في علاج المرضى الخارجيين أحادي الاكتئاب، وما زالت الدراسات الحديثة تدعم هذه النتائج المبكرة. وتشير مراجعة واسعة لتقارير الدراسات الصادرة بين أعوام 1976، 1987، إلى أن العلاج المعرفي أكثر فعالية من عدم العلاج على الإطلاق، ومن العلاج السلوكي أو العلاج الدوائي للاكتئاب الإكلينيكي،... وفعالية المنحى العلاجي المعرفي السلوكي للاكتئاب واضحة في ضوء عدد من الدراسات السابقة، التي أظهرت أن العلاجات النفسية التقليدية كانت أكثر فعالية بقدر ضئيل من العقاقير الزائفة في خفضها للأعراض الاكتئابية...

هناك العديد من الأدلة على أن العلاج المعرفي علاج فعال، يستغرق وقتا قصيرا بالنسبة للمرضى الخارجيين الراشدين ممن يعانون من الاكتئاب ثنائي القطب، والعلاج المعرفي يعلم المرضى كيف يظهرون أفكارهم الآلية ومخططات سوء توافقهم المبكر. وعندئذ توضع هذه المعارف "موضع اختبار" من خلال فحص الدلائل، وتصميم مواقف تجريبية حية، وموازنة المزايا مقابل العيوب، والقيام بمهام متدرجة، واستخدام استراتيجيات تدخل أخرى. من خلال هذه الإجراءات يبدأ المرضى في النظر إلى أنفسهم وإلى مشكلاتهم بواقعية أكبر، ويشعرون

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

بالتحسن، ويغيرون أنماط سلوكهم غير التوافقية، ويقومون بخطوات لحل صعوبات الحياة الفعلية. وتأتي هذه التغيرات بوصفها نتائج مباشرة لتكيفات مع واجبات منزلية جيدة التخطيط ومعاونة للذات، ويواصل المعالج المعرفي على امتداد العلاج تحالفه

المشترك مع المريض، ويكونان نشيطين في تشكيلهما للجلسة العلاجية على امتدادها، لمساعدة المريض للوصول إلى استخلاصاته الخاصة. ويعمل المعالج بوصفه مرشداً، يساعد المريض على الحركة خلال الدهاليز المعرفية غير السوية، بما في ذلك مخططات عدم التوافق المبكر، والتي تحتاج لإعادة التقييم.

(ديفيد هـ. بارلو وآخرون، ص580، 654).

بالنسبة لبيك فقد قرر منهاجاً ذو نسق علاجي يقوم على أساس نظرية في السيكيوباتولوجيا ومجموعة من الأسس والأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الأمبريقية، ويرتبط البنين النظري بعلم النفس المعرفي ونظرية تشغيل المعلومات وعلم النفس الاجتماعي، وهو علاج يتسم بأنه نشط محدد البنين والتوقيت، وقد استخدم بنجاح في علاج عدد متنوع من الاضطرابات مثل الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية والاضطرابات السيكوماتية ومشكلات الألم، ويقوم العلاج على أساس نظري عقلائي، وهو أن الطريقة التي يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون....

ويقرر بيك أن العلاج المعرفي كما صاغه مستمد من مصادر ومناهج نظرية أهمها: المنهج الفينيمنولوجي في علم النفس الذي يضيف دوراً مركزياً على نظرة الفرد لذاته وعالمه الخاص في تحديد سلوكه (فلاسفة الإغريق، أدلر، رانك وهورني)... النظرية لكانت ونظرية الأعماق لفرويد، إسهامات علم النفس المعرفي وبخاصة مفهوم الأبنية المعرفية النظرية المعرفية في الانفعالات لماجدا آرلوند، ريتشارد لازاروس، تكتيكات العلاج المعرفي في تأكيدها على إيجاد حلول لمشكلات حالية يمكن تعريفها (أعمال أوستن ريجز، آلبرت إيليس) وقد استعان بيك جزئياً في صياغة أساليب السؤال والتعمق فيه بأساليب روجرز في العلاج المتمركز حول العميل، كما استعان بيك بمناهج التحليل النفسي بخاصة منهج ليون سول في

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

الكشف عن الخيوط المشتركة في الاستجابات الانفعالية للعميل وذكرياته ومفهوم المعرفة فوق الشعور... كما يدين الطابع الأمبريقي للعلاج المعرفي بالفضل إلى تأثير المعرفيين كألبرت باندورا، جيروم فرانك، مارفين جولد فريد، ميشيل ماهوني... وغيرهم...

ويقوم العلاج المعرفي لبيك على أسس هي:

\*العلاقات العلاجية (معالج - مريض)، وتكون في فترة قياسية للعلاج المعرفي

للاكتئاب وهي 15 جلسة تمتد مدى 12 أسبوع،

\*إنقاص المشكلات: من خلال الكشف عن القاسم المشترك بين الأعراض ومن

التركيز عليه يمكن حل مشكلات كثيرة في نفس الوقت....

\*تصميم خطة العلاج.

\*الأساليب المعرفية.

\* التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية التي لا يعيها معظم الناس هذه الأفكار التي

تسبق المشاعر غير السارة كما لا يعون الكف الأوتوماتيكي فمن خلال التدريب يمكن زيادة وعيهم بهذه الأفكار وبتركيز...

\*التعرف على الأخطاء المعرفية كالاستنتاج التعسفي، التجريد الانتقائي، التعميم

المتزايد، التضخيم والتجسيم، التنسيب الشخصي، التفكير الثنائي.

\*كذلك اختبار الواقع.

\* الإزاحة من الوسط،

\*التحكم في مستوى القلق والمعاناة....

أما أدوية الاكتئاب النفسي، فاكتشاف عقار كلورومازين Chlorpromazine، الذي

كان يستخدم في الجراحة لمنع الألم... بواسطة طبيب فرنسي في مهمة عسكرية بالفيتنام،

هو الدواء الأساسي الذي اشتق منه كثير من الأدوية النفسية فيما بعد، وهذا عام 1952 وقد

شهدت فترة 1955-1958 دخول الأدوية المضادة للاكتئاب لأول مرة في صورة مجموعة

## الفصل الثالث : الاكتئاب .....

من الأدوية ثلاثية الحلقات Tircyclic ومجموعة مثبطات أحادي أل Maoi ثم الأدوية الحديثة الأكثر فعالية وأقل آثارا جانبية...

\*و الأدوية الرئيسية هي:

• ثلاثية الحلقات: أمتربتلين (تربتزل) ن نورتربتلين، أمبرامين (تفرانيل) كلومبرامين (أنافرانيل)

• رباعية الحلقات Tetracyclic: مابروتلين (لوديوميل)

• مثبطات أحادي الأمين Maoi مثل: فنلزين، إيزوكربوكسزيد...

• دواء حديث (أروركس)

• مجموعة منشطات مادة السيروتونين: فلوكيتين (بروزاك)، سرتراين (لسترال)،

فلوفاكسامين (فانزين)، ستالبرام (سبرام)، جيل جديد مضاد للاكتئاب.

• أدوية أخرى حديثة: فنلافاكسين (إفكسور)، دوكسين، ترازودون، بوسيرون،...

• أليثيوم، أهم الأدوية لحالات الاضطرابات الوجدانية، اكتئاب شديد متكرر، ووقاية

لنوبات الهوس والاكتئاب المدى البعيد

• أدوية مساعدة مضادة للصرع ومعالجة لبعض حالات الاكتئاب: كاربامازين

(تجرتول)، فالبروات (دباكين)، كلونازيام (ريفتريل).

(لويس كامل مليكة، 1990، ص 241-226)

الخلاصة:

موضوع الاكتئاب كاضطراب نفسي أو توظيف نفسي مرضي خاض فيه جميع المختصين في الباثولوجيا النفسية، لكننا اخترنا منهم لخدمة دراستنا ما جاد به علم النفس المرضي التحليلي والاسقاطي كون أن الأنظمة والسير النفسية تتجلى مظاهرها في الوضعية الاسقاطية بوضوح رغم الانتقادات الموجهة إليها باعتبارها غير موضوعية... لكنها غنية وتستثير الفاحص والمفحوص في آن واحد، تستثير الفكر والإدراك، الحدس، الذكاء والذاكرة... ولعل فكرة الصراع، وموقع الأنا في الجهاز النفسي ودفاعاته... في النظرية التحليلية غني وعميق لشرح وتبسيط التوظيف النفسي الاكتئابي كسير مرضي وارتباطه بمجموع التوظيفات النفسية الأخرى المكونة لما يعرف بالشخصية...

كما خلصنا إلى ما للعلاج المعرفي من فعالية في علاج الاكتئاب، أين يجد مصدره بما ساقه بيك من أنه علاج مستمد من المنهج الفينيمنولوجي في علم النفس ونظرية الأعماق لفرويد، إسهامات علم النفس المعرفي، أساليب روجرز في العلاج المتمركز حول العميل، وايضا مناهج التحليل النفسي...

# الإطار الميداني

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.

تمهيد:

- 1- الدراسة الاستطلاعية.
  - 2- منهج الدراسة.
  - 3- مجتمع الدراسة.
  - 4- عينة الدراسة.
  - 5- حدود الدراسة.
  - 6- أدوات البحث ومحدداتها السيكومترية.
  - 7- الأساليب الإحصائية.
- خلاصة.

## الجانب الميداني: منهج الدراسة

### تمهيد:

بعدهما تطرقنا إلى الجانب النظري الذي يعد الإطار المرجعي والذي يركز على تحديد إشكالية الدراسة وما يتعلق بها من متغيرات، بحيث سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات التطبيقية، والتي تعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري والجانب الميداني وذلك ابتداءً بالمنهج المتبع في الدراسة وكذا عينة الدراسة وكيفية اختيارها ثم الدراسة الاستطلاعية وما يتبعها من تحديد لميدان الدراسة والأدوات المستعملة لجمع البيانات، ثم نتعرض إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية وكذا أبرز الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات المحصل عليها.

### 1- منهج البحث:

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 ومؤشرات 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، 1996ص22)

كما يعرف بأنه "فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة، إما من أجل الكشف عن الحقيقة حين نكون بها جاهليين، إما الكشف وإما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين "

(عمار بوحوش، محمد محمود الذنبيات، 2001، ص99)

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

وفي الحقيقة لا توجد طريقة واحدة يمكن الاعتماد عليها للكشف عن الحقيقة، بل تختلف باختلاف الموضوع والمشكلة التي يعالجها، وفي بحثنا الحالي واستنادا لإشكالية البحث المطروحة فإن المنهج الملائم لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي للوصول إلى أعراض محددة لوضعية اجتماعية معينة.

(صلاح الدين شروح، 2003، ص16)

وهو الأكثر شيوعا بين جمهور الباحثين في الوقت الحاضر نتيجة صعوبة استخدام الأساليب الإحصائية الأخرى في البحث خاصة ما يتعلق منها بالأسلوب التجريبي.

(سامي ملحم، 2006، ص369، 370)

ويحوي المنهج الوصفي على عدة أنماط من الدراسات، ومن بينها الدراسات المقارنة التي تركز على كيف، ولماذا تحدث الظاهرة الاجتماعية والنفسية، حيث أنها تقارن جوانب التشابه والاختلاف بين الظواهر لكي تكشف أي العوامل أو الظروف يبدوا أنها تصاحب أحداثا أو ظروف أو عمليات أو ممارسات معينة، وهي تحاول أن تنظر بعمق بغية تأكيد ما إذا كانت هذه العلاقة قد تسبب أو تسهم أو تكمن وراء الحالة السطحية.

(عبد الفتاح محمد الدويدار، 1999، ص178)

ونظرا لطبيعة الموضوع الذي يهدف إلى كشف جوانب التقارب أو التشابه والاختلاف لمرض السكري وأثره على المرض، فالمنهج الوصفي المقارن هو الأسلوب الملائم لهذه الدراسة، للكشف عن الفروق بين المرضى بالسكري في متوسط درجات الاكتئاب تبعا للجنس والنوع ومدة الإصابة بالمرض.

وقد حاولنا في دراستنا الوصفية هذه الالتزام بخطوات المنهج الوصفي، وذلك بتحديد المشكلة وتقرير فروضها ومسلّماتها الإجرائية، ثم النزول الى الميدان واختيار العينة المناسبة بتطبيق بعض طرق جمع البيانات واعتمدنا مقياس ارون بيك للاكتئاب، ثم إخضاعها للمعالجة

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

الإحصائية والاستدلالية للوقوف على النتائج وتحليلها وتفسيرها، ومن ثم تعميمها مما يساعد على إثراء التراث والتقدم العلمي.

### 2 - عينة الدراسة:

#### 2-1 - طريقة اختيار العينة:

ونقصد بعينة الدراسة طريقة جمع البيانات والمعلومات من وعن عناصر وحالات محددة، يتم اختيارها بأسلوب معين من جميع مفردات ومجتمع الدراسة

(ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، 2000، ص137)

ونظرا لطبيعة الموضوع محل الدراسة فقد تم اختيار عينة مقصودة وتعرف بأنها العينة التي تم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث، نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة.

(محمد عبيدات وآخرون، 1999، ص96)

وفي بحثنا لدراسة الاكتئاب لدى مرضى السكري، فإن اهتمامنا ينصب على فئة مرضى السكري ونظرا لتوافر هذه الخاصية دون غيرهم من أفراد المجتمع فإن أنسب طريقة للمعاينة هي العينة

المقصودة ، حيث يكون التوجه إلى هؤلاء الأفراد مباشرة لجمع البيانات اللازمة التي تساعد على استخراج نتائج ومن ثم تحليلها.

#### 2-2- حجم العينة :

أجريت الدراسة على عينة قوامها 90 حالة، منها 60 عينة استطلاعية، و 30 عينة أساسية، وتم اختيارهم من ولاية المسيلة.

#### 3- حدود الدراسة:

المجال المكاني: لقد تم إجراء الدراسة في ولاية المسيلة بالعيادة متعددة الخدمات شادي

الدراجي (مركز السكري) 300 مسكن. التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحي

500 مسكن

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

المجال الزمني: تم إجراء الدراسة خلال السنة الجامعية 2017-2018.

المجال البشري: المتمثل في عينة البحث التي تحدثنا عنها سابقا والتي تشمل 60 حالة مريض بالسكري

4-أدوات الدراسة: لقد اعتمدنا في الدراسة الحالية على تطبيق اختبار أرون بيك للاكتئاب.

4-1- قائمة بيك لقياس الاكتئاب (الصورة المختصرة): عرف هذا المقياس على مدار 20

عاما ولقد أعد المقياس في الأصل بيك Beck وتتكون الصورة الأصلية لهذا المقياس من

21 بندا، بينما تتكون الصورة المختصرة من 13 بند، وقد تركز هدف بيك في وضع أداة

تغطي جميع أعراض الاكتئاب بصورة شاملة.

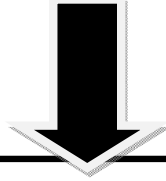
-الجدول رقم (1) : الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب في الدراسة الحالية:

1-الصدق: تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب الاتساق الداخلي بطريقة:

أولا: حساب معامل ارتباط عبارات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه: حيث

تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس.

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة



- 1- عرض نتائج الدراسة
- 2- عرض نتائج الفرضية العامة
- 3- عرض نتائج الفرضية الاولى
- 4- عرض نتائج الفرضية الثانية
- 5- عرض نتائج الفرضية الثالثة
- 6- عرض نتائج الفرضية الرابعة

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

مصفوفة ارتباطات العبارات مع الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب								
الدرجة الكلية			الدرجة الكلية			الدرجة الكلية		
1ع	معامل الارتباط	15	معامل الارتباط	8	معامل الارتباط	3ع	معامل الارتباط	10
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة	
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة	
515**		601**		737**		696**		683**
004		000		000		000		000
30		30		30		30		30
2ع	معامل الارتباط	16	معامل الارتباط	9	معامل الارتباط	4ع	معامل الارتباط	11
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة	
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة	
696**		481**		618**		668**		819**
000		007		000		000		000
30		30		30		30		30
3ع	معامل الارتباط	17	معامل الارتباط	10	معامل الارتباط	5ع	معامل الارتباط	12
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة	
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة	
683**		605**		698**		698**		491**
000		000		000		000		006
30		30		30		30		30
4ع	معامل الارتباط	18	معامل الارتباط	11	معامل الارتباط	6ع	معامل الارتباط	13
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة	
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة	
668**		525**		819**		819**		683**
000		003		000		000		000
30		30		30		30		30
5ع	معامل الارتباط	18	معامل الارتباط	12	معامل الارتباط	7ع	معامل الارتباط	14
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة	
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة	
698**		404*		491**		491**		668**
000		027		006		006		000
30		30		30		30		30
6ع	معامل الارتباط	20	معامل الارتباط	13	معامل الارتباط	7ع	معامل الارتباط	14
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة	
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة	
819**		535**		683**		683**		668**
000		002		000		000		000
30		30		30		30		30
7ع	معامل الارتباط	21	معامل الارتباط	14	معامل الارتباط	7ع	معامل الارتباط	14
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة	
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة	
491**		385*		668**		668**		668**
006		036		000		000		000
30		30		30		30		30

\*\*الارتباط دال عند (0.01)

\*الارتباط دال عند (0.05)

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن قيم معاملات الارتباط لفقرات مقياس (الاكتئاب) والدرجة الكلية للمقياس جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,01$ ) حيث تراوحت جميعها بين (0,48) و (0,81)، ما عدا العبارتين رقم (12/14) كانت دالة عند مستوى

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

الدلالة (0,05) حيث بلغت قيمة معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية للمقياس (0,38 / 0,40) وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس الاكتئاب.

2-الثبات:

تم التأكد من ثبات المقياس بطريقة:

-معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي: تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذا المقياس فتحصلنا على النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (2) يوضح قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب	
عدد العبارات	ألفا كرونباخ
21	0,752

يتضح من الجدول أعلاه أن معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل بلغ (0,75) وهو معامل ثبات مرتفع، وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات الأداة، وهذا يعني أن مقياس الاكتئاب يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحة للتطبيق في الدراسة الأساسية.

### البيانات الشخصية:

الدراسة الأساسية :

1-البيانات الشخصية:

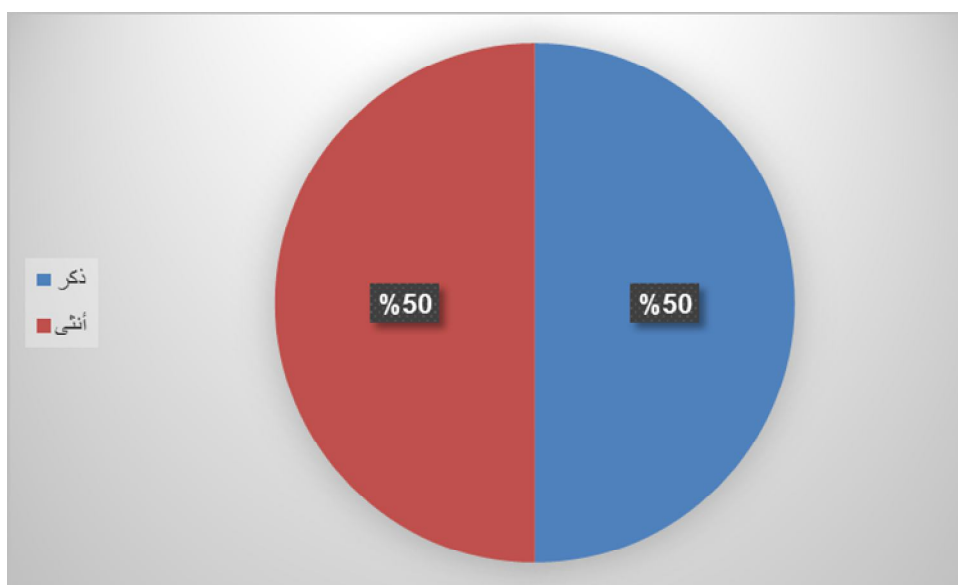
الجنس:

الجدول رقم (3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	30	50
أنثى	30	50
المجموع	60	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (60) فرداً، نلاحظ أن حجم الذكور (30) بنسبة 50%، أما الإناث فقد بلغ عددهن (30) أنثى بنسبة قدرت بـ 50%. كما هو موضح من خلال الشكل التالي:

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....



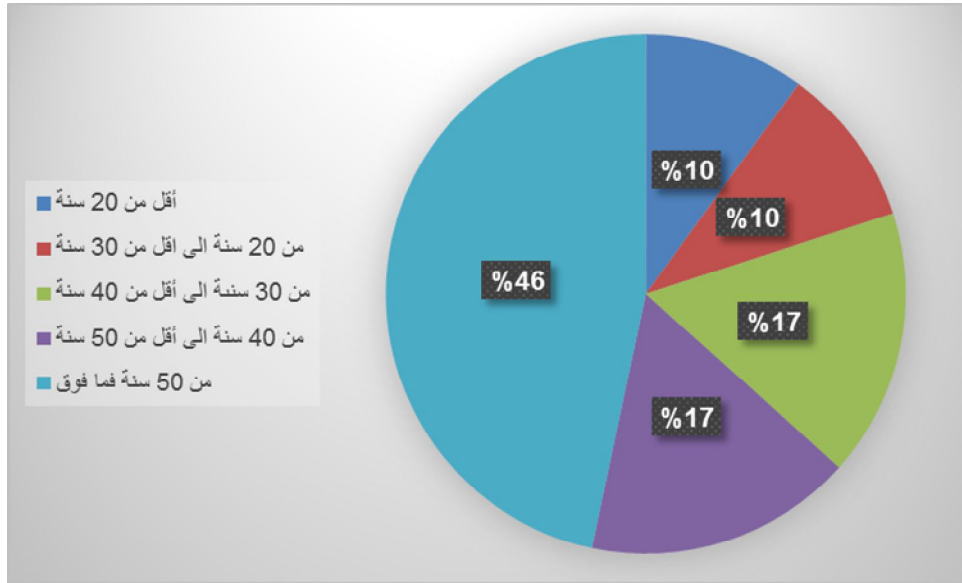
الشكل رقم (1) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس -السن:

الجدول رقم (4) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرارات	السن
10,0	6	أقل من 20 سنة
10,0	6	من 20 سنة الى أقل من 30 سنة
16,7	10	من 30 سنة الى أقل من 40 سنة
16,7	10	من 40 سنة الى أقل من 50 سنة
46,7	28	من 50 سنة فما فوق
%100	60	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (60) فرداً، نلاحظ أن عدد الفئة العمرية (أقل من 20 سنة) بلغ (6) بنسبة بلغت 10%، أما عدد الفئة العمرية من (20 سنة الى أقل من 30 سنة) فقد بلغ عددهم (6) بنسبة قدرت بـ 10%، أما عدد الفئة العمرية من 30 سنة الى أقل من 40 سنة فقد بلغ عددهم (10) بنسبة قدرت بـ 16.7%، أما عدد الفئة العمرية من 40 سنة الى أقل من 50 سنة فقد بلغ عددهم (10) بنسبة قدرت بـ 16.7%، أما عدد الفئة العمرية من 50 سنة فما فوق فقد بلغ عددهم (28) بنسبة قدرت بـ 46.7%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....



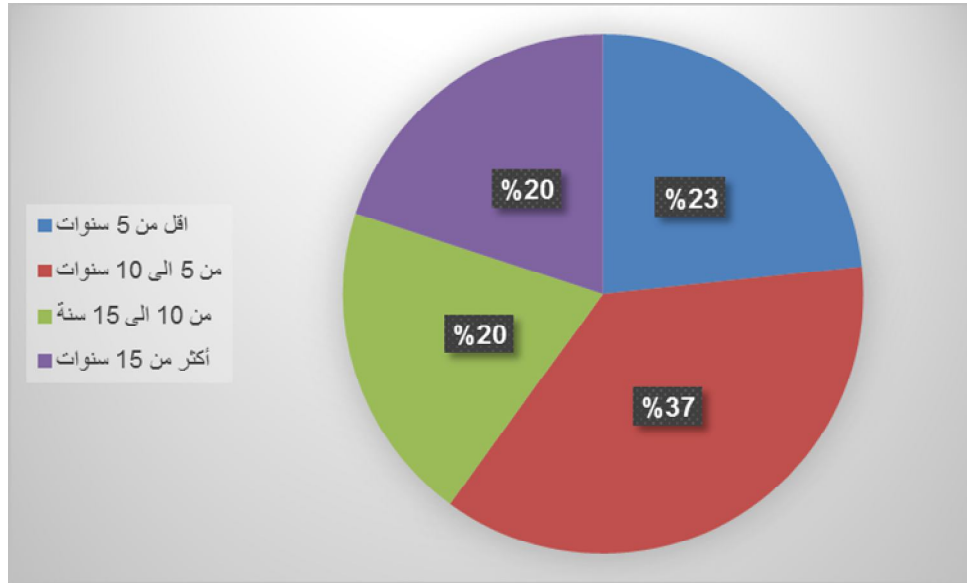
الشكل رقم (2) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن -مدة الإصابة:

الجدول رقم (5) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة الإصابة

النسبة المئوية	التكرارات	مدة الإصابة
23,3	14	أقل من 5 سنوات
36,7	22	من 5 إلى 10 سنوات
20,0	12	من 10 إلى 15 سنة
20,0	12	أكثر من 15 سنوات
%100	60	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (60) فرداً، نلاحظ أن عدد الأفراد المصابين بمرض السكري الخاضعين للأنسولين منذ مدة (أقل من 5 سنوات) بلغ (14) بنسبة بلغت 23,3%، أما عدد الأفراد المصابين بمرض السكري منذ مدة (من 5 إلى 10 سنوات) فبلغ عددهم (22) بنسبة قدرت بـ 36,7%، أما عدد الأفراد المصابين بمرض السكري منذ مدة (من 10 إلى 15 سنة) فبلغ عددهم (12) بنسبة قدرت بـ 20%، أما عدد الأفراد المصابين بمرض السكري منذ مدة (أكثر من 15 سنة) فبلغ عددهم (12) بنسبة قدرت بـ 20%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....



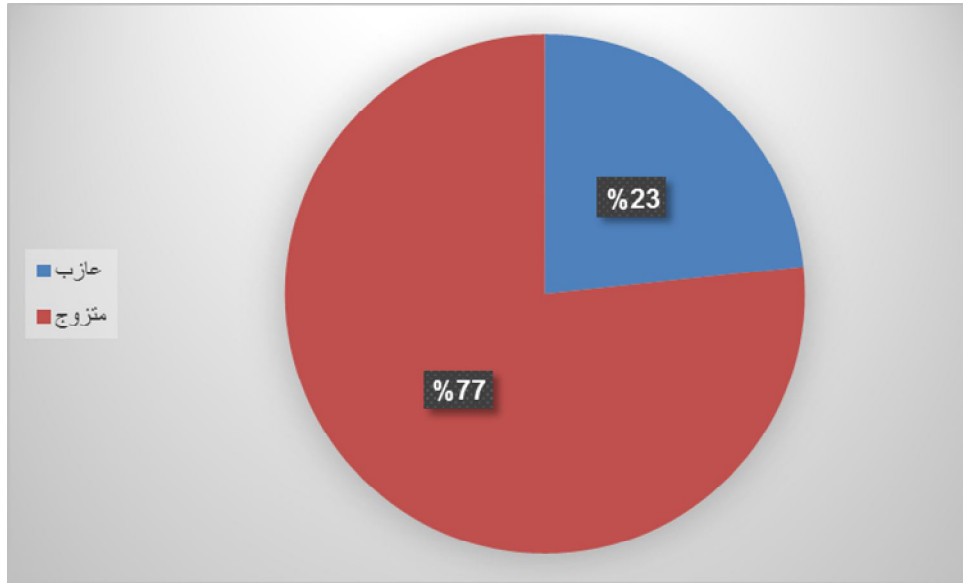
الشكل رقم (3) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة الإصابة -الحالة الاجتماعية:

الجدول رقم (6) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرارات	الحالة الاجتماعية
23,3	14	عازب
76,7	46	متزوج
%100	60	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (60) فرداً، نلاحظ أن حجم الأفراد الغير المتزوجين (14) بنسبة 23.3%، أما المتزوجين فقد بلغ عددهم (46) أنثى بنسبة قدرت بـ 76.7%، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....



الشكل رقم (4) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

-نوع العلاج:

الجدول رقم (7) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع العلاج

نوع العلاج	التكرارات	النسبة المئوية
حقن	26	43,3
دواء	34	56,7
المجموع	60	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (60) فرداً، نلاحظ أن حجم الأفراد الذين يستعملون الحقن بلغ (26) بنسبة 43.3%، أما عدد الأفراد الذين يعالجون بالدواء فقد بلغ عددهم (34) أنثى بنسبة قدرت بـ 56.7%. كما هو موضح من خلال

الشكل التالي:

الشكل رقم (5) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع العلاج

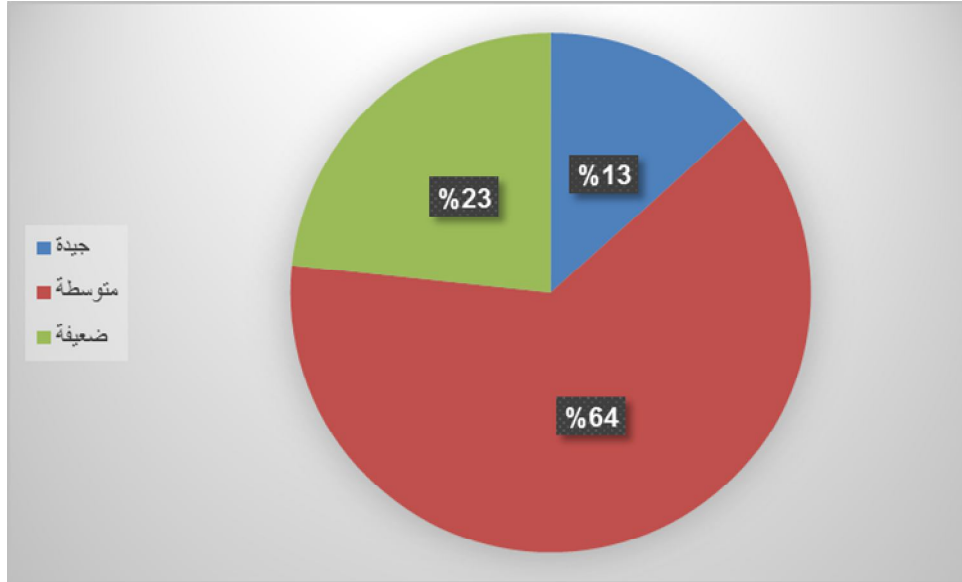
الوضعية الاقتصادية:

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

الجدول رقم (8) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوضعية الاقتصادية

الوضعية الاقتصادية	التكرارات	النسبة المئوية
جيدة	8	13,3
متوسطة	38	63,3
ضعيفة	14	23,3
المجموع	60	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (60) فرداً، نلاحظ أن حجم الأفراد ذوي الوضعية الاقتصادية الجيدة بلغ (8) بنسبة 13.3%، أما عدد الأفراد ذوي الوضعية الاقتصادية المتوسطة بلغ (38) بنسبة 63.3%، أما عدد الأفراد ذوي الوضعية الاقتصادية الضعيفة بلغ (14) بنسبة 23.3%، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



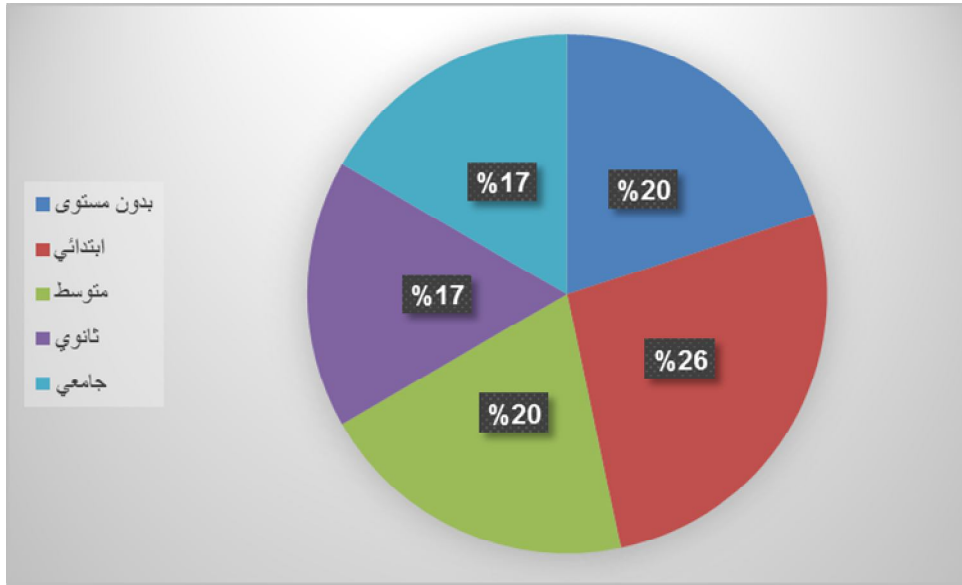
الشكل رقم (6) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوضعية الاقتصادية  
المستوى التعليمي:

: الجدول رقم (9) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية
بدون مستوى	12	20,0
ابتدائي	16	26,7
متوسط	12	20,0
ثانوي	10	16,7
جامعي	10	16,7
المجموع	60	%100

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (60) فرداً، نلاحظ أن عدد الأفراد (بدون مستوى) بلغ (12) بنسبة بلغت 20%، أما عدد من لديهم مستوى (ابتدائي) بلغ (16) بنسبة بلغت 26.7%، في حين بلغ الذين عدد لديهم مستوى (متوسط) بلغ (12) بنسبة بلغت 20%، أما عدد من لديهم مستوى ثانوي فقد بلغ (10) بنسبة قدرت بـ 16.7%، أما عدد لديهم مستوى جامعي فقد بلغ عددهم (10) بنسبة قدرت بـ 16.7%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (7) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

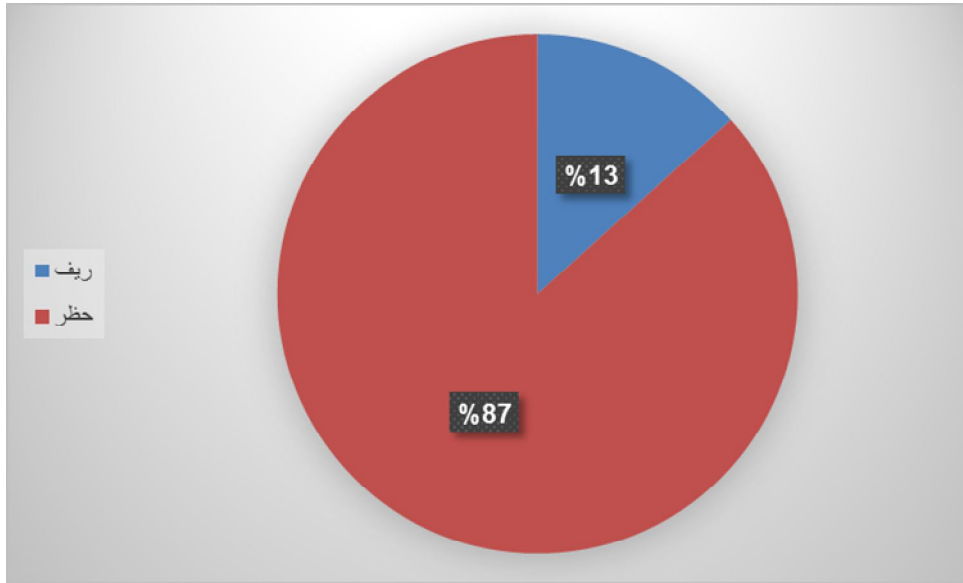
محل الإقامة:

الجدول رقم (10) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير محل الإقامة

محل الإقامة	التكرارات	النسبة المئوية
ريف	8	13,3
حضر	52	86,7
المجموع	60	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (60) فرداً، نلاحظ أن حجم الأفراد الذين يقيمون في الريف بلغ (8) بنسبة 13.3%، أما عدد الأفراد الذين يقيمون في المدينة فقد بلغ عددهم (52) بنسبة قدرت بـ 86.7%. كما هو موضح من خلال الشكل التالي:

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....



الشكل رقم (8) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير محل الإقامة

الدراسة الأساسية:

1- مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري متوسط. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار ( $T_{test}$ ) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري لمقياس معنى الحياة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (11) نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	قيمة ( $T_{test}$ )	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
الاكتئاب	24,1667	13,39892	31,5	-7,333	-4,239	,000	59	غير دال احصائيا

لأجل اختبار هذه الفرضية جرى معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من تطبيق مقياس معنى الحياة على العينة المؤلف من (60) وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقياس ومقارنته بالمتوسط النظري للمقياس تبين أن متوسط درجات أفراد العينة في المقياس ككل بلغ 24,16 درجة وانحراف معياري قدره (13,39) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي

المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (31,5) درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (-7,33) درجات، [ و باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح النظري، وما يؤكد ذلك هو قيمة ( $T_{test}$ ) التي بلغت (-4,239) وهي دالة

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ) . ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

**\*\* هذا يعني أن مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري منخفض.**

### 2-الفرضية الثانية:

-نصت الفرضية على أنه: "توجد فروق في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير الجنس". وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

- جدول رقم (12) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الأفراد في الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس

الجدول رقم (12) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في مقياس الاكتئاب حسب متغير الجنس									
المتغير / الجنس	إختبار ليفين التجانس (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "T"	مستوى الدلالة	القرار
الاكتئاب	ذكور	,024	30	21,4000	12,64257	58	-1,621	,110	غير دال
	إناث		30	26,9333	13,76886				إحصائياً

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ان المتوسط الحسابي لفئة الذكور بلغ (21,40)، أقل من المتوسط الحسابي لفئة الإناث الذي بلغ (26,93)، إلا أن هذا الفرق غير دال وما يؤكد ذلك هو قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T.test) والتي بلغت (-1,621) حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، أي أنه تم رفض الفرضية البحثية وقبول الفرضية الصفرية بمعنى " لا توجد فروق دالة إحصائياً في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير الجنس".

### 3-الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية على أنه: "توجد فروق في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير نوع العلاج". وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

- جدول رقم (13) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الأفراد في الاكتئاب تبعا لمتغير نوع العلاج

الجدول رقم (13) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في مقياس الاكتئاب حسب متغير نوع العلاج									
القرار	مستوى الدلالة	قيمة "T"	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	إختبار ليفين التجانس (F)	المتغير / الجنس
غير دال احصائيا	,165	1,405		12,65203	26,9231	26	,516	,428	حقن
				13,75311	22,0588	34			دوا
									الاكتئاب

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لفئة النوع الأول (علاج بالحقن) بلغ (26,92)، أكبر من المتوسط الحسابي لفئة النوع الثاني (علاج بالدواء) الذي بلغ (22,93)، إلا أن هذا الفرق غير دال وما يؤكد ذلك هو قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T.test) والتي بلغت (1,405) حيث جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، أي أنه تم رفض الفرضية البحثية وقبول الفرضية الصفرية بمعنى " لا توجد فروق دالة احصائيا في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير نوع العلاج.

4-الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية على أنه توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير السن (أقل من 20 سنة / من 20 الى أقل من 30 سنة / من 30 الى أقل من 40 سنة / من 40 الى 50 سنة/ أكثر من 50سنة).

ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

-جدول رقم (14) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق

بين متوسطات درجات استجابات افراد العينة في الاكتئاب تبعا لمتغير السن

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الاحصائية	القرار
الاكتئاب	بين المجموعات	4	840,467	6,393	,000	دال احصائيا
	داخل المجموعات	55	131,463			
	الكلية	59	10592,333			

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي" بلغت (6,393) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مقياس الاكتئاب تبعا لمتغير السن (وهذه القيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ألفا  $(\alpha=0,01)$ ، وبالتالي يمكن القول بأنه "توجد فروق دالة إحصائيا في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير السن".

وبما أن اختبار الدلالة الإحصائية (F) لا يحدد لصالح من الفرق في حالة ما إذا كانت الفروق دالة كما في هذه الحالة فإننا نلجأ إلى استخدام معامل الشيفي (Scheffe) وهذا لتحديد لصالح من الفرق وهذا ما بينه الجدول رقم (14) حيث نلاحظ أن متوسط الفروقات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في الاكتئاب (كان لصالح الفئة العمرية من 40 الى 50 سنة) بمعنى أن ذوي الفئة العمرية من 40 الى 50 سنة يعانون من الاكتئاب بدرجة أعلى من ذوي الفئات الأخرى، كما هو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (15) يوضح المقارنات البعدية بهدف تحديد لصالح من الفروق في المقياس					
معامل الشيفي (Scheffe) للمقارنات البعدية					الاكتئاب
السن (I)	الاكتئاب (J)	متوسط الفروقات (I-J)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	
أقل من 20 سنة	من 20 سنة الى أقل من 30 سنة	7,33333	6,61974	872٠	
من 20 سنة الى أقل من 30 سنة	من 30 سنة الى أقل من 40 سنة	10,06667	5,92088	580٠	

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....

019،	5,92088	21,26667*	من 40 سنة الى أقل من 50 سنة		
1,000	5,15806	1,16667	من 50 سنة فما فوق		

وعليه نستنتج تحقق الفرضية الفارقية.

الفرضية الخامسة:

-نصت الفرضية على أنه: توجد فروق في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير مدة الإصابة أقل من 5 سنة / من 5 الى أقل من 10 / من 10 الى 15 سنة/ أكثر من 15 سنة). ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:

-جدول رقم (16) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات افراد العينة في الاكتئاب تبعا لمتغير مدة الإصابة.

القرار	الدلالة الاحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
غير دال	,130	1,963	335,896	3	1007,688	بين المجموعات
			171,154	56	9584,645	داخل المجموعات
			//////////	59	10592,333	الكلية

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي" بلغت ( 1,96 ) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مقياس الاكتئاب تبعا لمتغير مدة الإصابة (وهذه القيمة غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,05)، وبالتالي يمكن القول بأنه لا توجد فروق دالة احصائيا في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير مدة الإصابة. وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية الفارقية.

الفصل السادس: مناقشة النتائج الفرضيات

- 1- مناقشة نتائج الفرضية العامة
- 2- مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية
- 3- استنتاج عام.
- 4- خاتمة
- 5- اقتراحات وتوصيات

### مناقشة نتائج الفرضية العامة:

تبين من خلال المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة الجزئية والفرضية العامة "يعاني مرضى السكري من الاكتئاب بدرجة منخفضة".

وتتفق نتيجة هذه الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة كدراسة ( Lu-Ning 1995) التي توصلت إلى أن مرضى السكري يعانون من (قلق متوسط/اكتئاب متوسط/ عصابية/ صورة سلبية عن الذات).

وتتفق أيضا مع نتائج دراسة روسيلو و آخرين (Rossello et al(2006) إلى أن العلاج السلوكي المعرفي أسلوب ناجح مع البالغين المصابين بالسكري، و توجد لديهم أعراض اكتئابيه.

كما تتفق أيضا مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كيم و آخرين (Kim et al(2008) إلى 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 اكتئابيه.

في حين تختلف نتيجة هذه الدراسة عن دراسة كيولزر و آخرون (Kulzer et al (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 مضاعفات السكري وارتفاع نسبة الوفاة.

كما تختلف عن نتائج دراسة MC crady إلى أن الأسوياء حصلوا على درجات منخفضة في القلق والمخاوف و إلى المرضى حصلوا على درجات مرتفعة في الاكتئاب والقلق.

وتختلف أيضا مع دراسة 1994 colomba التي توصلت إلى أن مجموعة مرضى السكري لديهم درجة مرتفعة من الاكتئاب.

كما اختلفت عن نتائج دراسة 1992 LiakopouLou والتي توصلت إلى أن مرضى السكري يعانون من القلق النفسي الصريح والاكتئاب بدرجة مرتفعة مقارنة بالعاديين.

## الفصل السادس: مناقشة النتائج الفرضيات.....

كما اختلفت عن دراسة surridge، التي توصلت إلى أن مرضى السكري لديهم اكتئاب متوسط. وتفسر الباحثة انخفاض نسبة الاكتئاب لدى عينة الدراسة لعدة عوامل أهمها صغر حجم العينة واغلبية أفرادها دون المستوى أو المستوى التعليمي مما يحتم على الباحثة أثناء إجراء المقابلة البحثية استعمال اللغة الشعبية لتبسيط معاني البنود وإيصالها بالمفهوم العامي للمجتمع وهذا ما أثر على صدق الإجابات وعفويتها، كما لا ننسى بالذكر أهم عامل وهو عامل التحفظ وعدم المصادقية في الاستجابات، وذلك راجع إلى النظرة المغلقة والسلبية نحو الاختصاصي النفسي وربطه بالمرض العقلي و التحسس من أسئلة المقياس، والحساسية نحو اختيارهم كعينة دون سواهم للدراسة، كل هذه عوامل قد تجعل استجابات معظم أفراد العينة غير حقيقية.

### مناقشة الفرضيات الجزئية:

#### 1- الفرضية الأولى :

تبين من خلال المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة الجزئية أنه " لا توجد فروق دالة احصائية في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير الجنس".

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة surridge (1984) التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق دالة احصائية في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير الجنس". وأنهم لديهم مستوى منخفض من الطاقة وزيادة في الإجهاد، كما لديهم 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 استهدافاً 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 الإنكار والتستر عن حالة الحزن والالام لدى النساء جعل الفروق بين درجات الاكتئاب منعدمة.

وكذلك لا ننسى عامل جد مهم قد يجعل نسبة الاكتئاب ترتفع لدى الرجال ألا وهو: أن 35 – 60 % 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

## 2\_ الفرضية الثانية :

تبين من خلال المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة الجزئية أنه "توجد فروق دالة احصائيا في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير السن".

وتتفق مع نتائج دراسة Lu-Ning والتي توصلت إلى أنه توجد فروق بين المرضى السكري الذين تتراوح أعمارهم من 40 الى 50 سنة.

وذلك راجع إلى عدة عوامل أهمها سن اليأس والذي يعتبر لوحده كعامل رئيسي للاكتئاب، وعند ظهور المرض العضوي فإنه يعزز هذا الاضطراب، كما لا يغفل عن الجانب الصحي في هذه المرحلة التي تغزوها الاعتلالات الصحية والأمراض أو التراجع الصحي الذي يعايشه المريض في هذه الفئة العمرية بالضبط.

كما تشير الباحثة ومن خلال ما ورد على لسان غالبية المصابين بداء السكري أن هذه الفئة بالذات تستسلم لليأس وتنتظر للمرض على أنه موعد مع الموت، ولا ترى أية فائدة من الحماية بحسب رأيها " الموت واحدة " فنجد أنهم لا يعيرون أهمية للمستقبل.

## 3-الفرضية الثالثة :

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 وخاصة المصابون بمرض السكري الذين تتراوح أعمارهم بين 60 الى 64 عام.

كما تشير الباحثة ومن خلال ممارساتها المهنية في مركز السكري بأن أعراض الخوف والتشاؤم والمشاعر السلبية كالدونية والعجز تظهر أكثر لدى فئة مرضى السكري (نوع 1) المتعاطون لإبر الأنسولين إذ الذين وصلوا الى 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.

#### 4\_ الفرضية الرابعة:

تبين من خلال المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة الجزئية أنه لا توجد فروق في الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير مدة الإصابة أقل من 5 سنة / من 5 الى اقل من 10 / من 10 الى 15 سنة/ أكثر من 15 سنة).

وتتفق مع ما توصلت إليه دراسة لوستمان وآخرون (1998) Luostman et al وأظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن واضح لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي المستند إلى العلاج السلوكي المعرفي، وكذلك استمر التأثير بشكل واضح بعد فترة (06) أشهر بينما لم يظهر أي تغيير على أفراد المجموعة الضابطة.

ويمكن القول بأنه بسبب العواقب الصحية المترتبة على المريض بالسكري وطبيعته والرعاية اللازمة والتغير الكبير الذي يحدثه في حياة المريض، فإن طول فترة الإصابة بالمرض ستزيد من احتمالية ظهور الاكتئاب.

## وخلص القول :

و يمكن تفسير هذه النتائج المتوصل إليها من خلال ما توصلت إليه الدراسات إلى أن التأقلم النفسي مع مرض السكري ومضاعفاته يترافق معه زيادة القلق والخوف من مآل هذه المضاعفات، ومع ازدياد نسبة القلق والتوتر النفسي قد يضعف المريض ويستسلم للإحباط ويدخل في دوامة الاكتئاب فيهمل علاجه وحميته ، ولا يعود لديه رغبة في المحافظة على حياته، ويعتبر هذا الأخير أيضا من الاضطرابات النفسية الشائعة بين المصابين بالأمراض المزمنة بصفة عامة ومرض السكر بصفة خاصة، والاكتئاب كاضطراب نفسي يحدث نتيجة الاحداث المؤلمة يصاحبها انخفاض قيمة الذات والأفكار الغير سارة، بالإضافة إلى العجز عن مجارة الحياة اليومية و ضعف الطاقة وسرعة الإنهاك عادة، ، كما قد ينشأ لدى المريض خوف وقلق شديد من هذا الداء وآثاره، مما قد يسبب له الاكتئاب الذي يحول حياته إلى حياة منكشمة على نفسها، كما قد يزيد من شدة هذا الاكتئاب الشعور بالذنب، إذا ما أصيب أحد أفراد الأسرة بنفس المرض وخاصة الأبناء، فهذا قد يجعل المريض يشعر بأنه عقاب له بسبب معاص ارتكبها، أو قد يشعر بأنه السبب في انتشار المرض في عائلته، وكل هذه المشاعر التي تتتاب المريض قد تجعله يدخل في دوامة الإحباط والقلق والاكتئاب.

\*ولقد حاول الباحثون والإكلينيكيون في تقاريرهم أن يحددوا ما إذا كان مرض السكر يؤدي إلى ارتفاع متزايد في الاكتئاب وقد صدرت هذه الدراسات بعدة مضامين هامة من بينها:

الاكتئاب قد يكون طويل المدى ومهدد للحياة وهو مرض يفقد الفرد القدرة على كل شيء ووجوده مصاحبا لمرض السكر يجعل المرض أكثر شدة والحياة أصعب، أيضا وجود اكتئاب مصاحب لمرض السكر يجعل مضاعفات المرض أكثر، وعلاج الاكتئاب المصاحب لمرض السكر يكون بأساليب العلاج النفسي لأن استخدام مضادات الاكتئاب يعيق مفعول الأنسولين

و عندما يكون الاكتئاب مصاحبا للسكر فإنه يجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف ومن الممكن أن يكون التحكم في الجلوكوز عامل هام في تطور الاكتئاب.

كما يشير جاكسون 1993 إلى أن انتشار الاكتئاب عند مرض السكر إنما لا يكون بسبب

الإصابة ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد والتوتر بسبب وجود مرض طبي مزمن

(أحمد محمد الحسيني هلال، 2009 ص5)

وفي دراسة بعنوان المشكلات النفسية عند الأطفال مرضى السكري أوضح ضيائي حسين 1987

أن دور العامل النفسي يتمثل في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي

## الفصل السادس: مناقشة النتائج الفرضيات.....

للإصابة، بحيث أن وجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض في المستشفى، ويكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئا لما تواتر واستقر في الازدهان من سنين طويلة عن مضاعفات المرض، وهذه الردود النفسية تختلف من مريض لآخر اختلافا كبيرا، وتتمثل في الرفض والإنكار وهو رد الفعل الشائع، وهناك التمرد على العلاج وهو من جوانب الرفض أيضا.

(أحمد محمد الحسيني هلال، 2009 ص 01)

وفي هذا الشأن أيضا فقد أثبتت أغلب الدراسات أن السن يعتبر من المتغيرات ذات الصلة او الارتباط بالاكنتاب فمع تقدم الشخص في السن تتغير فيه الخصائص الجسمية والنفسية حيث يفقد الجسم الكثير من القدرة على النشاط خاصة في مرحلة متقدمة من العمر ومعها ظهور بعض الأمراض العضوية التي تنعكس على الجوانب النفسية. ومع تقدم السن كذلك يدرك الشخص في بعض الحالات انه بصدد فقدان بعض الأهداف في الحياة المرتبطة بمرحلة سنية معينة كالزواج والعمل مثلا ' وهذا كله له علاقة ارتباطية بالاكنتاب حيث « لا يمكن أن تكون الشيخوخة مرحلة مثالية بعد أن ذهب الشباب بحيويته وحل محله الوهن والضعف، واقتربت الرحلة عن نهايتها، إذن فالمشكلات النفسية في الشيخوخة قائمة لامحالة لكنها تتراوح بين مشاعر الملل (دائما يشكون من الأمراض التي اصابتهم) والعزلة والفراغ إلى الاضطرابات النفسية والعقلية الشديدة كالعته(خرف العمر) والاكنتاب النفسي الشديد الذي يدفع الى التفكير في الانتحار في بعض الأحيان » (لطفى الشربيني ص 149).

### 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 ) .

وإثبات أو نفي فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج المحصل عليها والتي كانت كالتالي:  
- عدم تحقق الفرضية العامة التي تقرر أنه لدى مريض السكري استجابة إكتئابية، ولربما هذا راجع إلى صغر حجم العينة ، أو نظرا لأن العينة المفحوصة لم يجيبوا جيدا على الاستبيان، أضف إلى ذلك النظرة السلبية المترسبة في أذهان أغلب الافراد تقريبا عن الأخصائي 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 أفراد 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 تقرر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب تبعا لمتغير الجنس وذلك من خلال التحليل الإحصائي لاختبار(ت).

- تأكيد الفرضية الثانية التي تقرر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب تبعا لمتغير السن من خلال التحليل الاحصائي (ف)

- نفي الفرضية الثالثة التي تقرر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب تبعا لمتغير النوع وذلك من خلال التحليل الإحصائي لاختبار(ت).

- نفي الفرضية الرابعة التي تقرر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب تبعا لمتغير مدة الإصابة وذلك من خلال التحليل الإحصائي لاختبار(ف).

A stylized scroll with a black outline and rounded corners. The scroll is partially unrolled, showing a white interior. The text is written in black Arabic calligraphy. The scroll has three visible rolls: one at the top right, one at the top left, and one at the bottom left. The text is centered on the white interior.

قائمة  
المراجع

## 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 وخوفه من مضاعفات وتعقيدات المرض. فقد يجد المريض نفسه أمام تحدي كبير نتيجة هذا الأخير.

كما يرفض التحدث عنه مع الآخرين، 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.

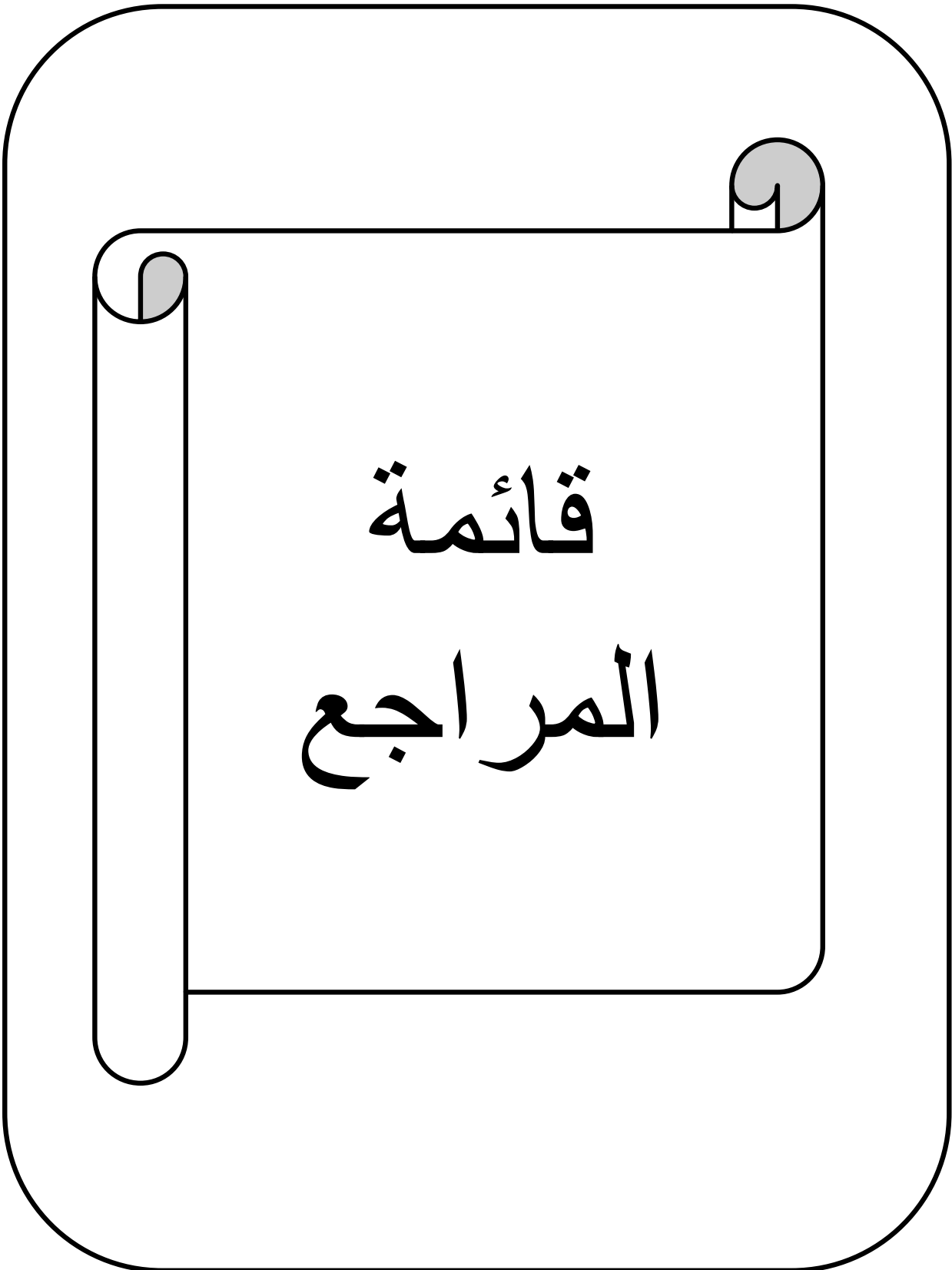
وخطورة هذا المرض لا تتمثل في ارتفاع عدد المصابين به، بقدر ما تتمثل في مضاعفاته النفس جسمية، وتبعاته السوسولوجية، فالمريض بداء السكري تواجهه عدة صعوبات وعراقيل في حياته اليومية الجديدة

وعليه فإن شريحة المرضى من مجتمعنا تستدعي الاهتمام والتكفل، ليس فقط من الناحية الطبية وإنما 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 لملتقيات علمية حول المرض والبحث في أسبابه وكيفية الحد منه، كما تعمل هذه الملتقيات على توعية المصابين بطبيعة مرضهم وكيفية التعايش معه.
- 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.

A stylized scroll with a black outline and rounded corners. The scroll is partially unrolled, showing a white interior. The text is written in black Arabic calligraphy. The top edge of the scroll is rolled up, and the bottom edge is also rolled up, with the top roll being slightly larger than the bottom roll. The text is centered on the white interior of the scroll.

قائمة  
المراجع

## المراجع:

- 1) الزارد، فيصل محمد خير(2000). الأمراض النفس-جسدية، أمراض العصر. (ط1). بيروت - لبنان: دار النفائس.
- 2) أمين رويحة (1983). داء السكري، أسبابه، أعراضه، طرق مكافحته. (ط1). بيروت - لبنان : دار القلم.
- 3) أديب محمد الخالدي (2009). المرجع في الصحة النفسية، نظرية جديدة. (3). عمان - الأردن: داروائل للنشر.
- 4) أمينة السماك وآخرون.(دس). الرابطة الأمريكية للطب النفسي، الدليل النفسي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية. (بدون طبعة) الكويت : مكتبة المنار الإسلامية.
- 5) أحمد عكاشة، إدريس الموسوي، سالم نجم، الصديق الجدي، اضطرابات المزاج والعاطفة (الوجدان)،
- 6) بشير معمرية (1998). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. مجلة علم النفس. (ج1). الجزائر: منشورات جامعة الجزائر.
- 7) بشير معمرية (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، مدى انتشار الاكتئاب النفسي. (ج1). بني مسوس/الجزائر: منشورات الحبر.
- 8) حسن بن علي الزهراني (2006). الأقدام السكرية، الوقاية والعلاج.(دط). المملكة العربية السعودية. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
- 9) حامد عبد السلام زهران ( 2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. (ط4). القاهرة - مصر:عالم الكتب.
- 10) حسن مصطفى عبد المعطي(1998). علم النفس الاكلينيكي (دون طبعة). القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع.
- 11) ديفيدسون.(2005). الداء السكري وأمراض الغدد الصماء. ( ترجمة وإعداد عماد محمد زوكار). (الطبعة العربية الأولى) دمشق: دار القدس للعلوم للطباعة والنشر والتوزيع.
- 12) رشاد عبد العزيز.(دس). الاكتئاب النفسي في سيكولوجية الفروق بين الجنسين. (دون طبعة). القاهرة : مؤسسة مختار للنشر والتوزيع.
- 13) ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم. (2000). مناهج وأساليب البحث العلمي -النظرية والتطبيق (ط1). عمان - الأردن : دار صفاء للنشر.
- 14) سامي محمد ملحم.(2006). سيكولوجية التعلم والتعليم الأسس النظرية والتطبيقية. دار العلوم للتحقيق والطباعة والنشر والتوزيع.
- 15) سناء محمد سليمان. (2008). الامراض النفسية والامراض العقلية. (ط1). القاهرة: عالم الكتب.

- 16) سليم أحمد مدثر (2003). الصحة النفسية. (بدون طبعة). الإسكندرية: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.
- 17) صلاح الدين شروخ. (2003). منهجية البحث القانوني العلمي للجامعيين: علوم قانونية وعلوم اجتماعية. (دط). دار العلوم للنشر والتوزيع.
- 18) عبد القادر الميلادي. (2004). الامراض والاضطرابات النفسية (دط) الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- 19) عبد المنعم حنفي. (1999). موسوعة الطب النفسي. مج2. (ط2). القاهرة: مكتب المدبولي، القاهرة.
- 20) عبد الستار إبراهيم. (1999). علم النفس الاكلينيكي. (ط1). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 21) عبد الحميد محمد الشاذلي. (1998). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. (دط). أصوان: المعهد العالي للخدمة الاجتماعية.
- 22) عبد الرحمان الوافي. (2009). مدخل إلى علم النفس. (ط4). الجزائر: دار هومة.
- 23) عبد اللطيف خليفة. (2006). قائمة المهارات الاجتماعية. مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 24) عمار بوحوش، ود/محمد محمود الذنبيات (2001). مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث. (ط3). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 25) عبد الفتاح محمد دويدار. (1999). مناهج البحث في علم النفس. الطبعة الثانية (ط2). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 26) لويس كامل مليكة. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. (ط1). الكويت: دار
- 27) لطفي الشربيني. (2001). الاكتئاب، الأسباب والمرض والعلاج. (ط1) بيروت - لبنان: دار النهضة العربية.
- 28) ممدوح مختار علي. (2001). العلاج السلوكي كألية احتواء الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية. مصر: جامعة طنطا.
- 29) محمد عبيدات وآخرون. (1999). مناهج البحث العلمي. عمان: دار وائل للنشر.
- 30) مدحت عبد الحميد أبو زيد. (2001). الاكتئاب دراسة في السيكوبامترية. (ط1). القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- 31) محمد حسن غانم (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. (ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 32) هادي الخالدي، دقدي عبد المجيد. (1996). المرشد المفيد في المنهجية وتقنيات البحث العلمي، الجزائر: دار الهومة.
- 33) وليد سرحان وآخرون. (2001). الاكتئاب. (ط1). عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

## المراجع الأجنبية

- 1) André Grimaldi, Masson, guide pratique du diabète. 3<sup>ème</sup> édition , Paris,2005.
- 2) Cenac, pathologie métabolique, diabète sucré  
Hypoglycémies,goutte  
Paris, 1975
- 3)Charles et jean Darnaud presses universitaires de France, le diabète,  
Pari.1975
- 4)Piere Roger, Endocrinologie pédiatrique et croissance, 2<sup>ème</sup> édition, Paris. 1984

### الأطروحات والرسائل العلمية:

- 1- أ. رحاب علي أبو قاسم.(2013).أثر القلق في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل.(دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بمدينة طرابلس ). قسم التربية وعلم النفس-كلية الآداب-الجوش. جامعة الجبل الغربي. مجلة الجامعة. المجلد الثاني. (العدد 15).
- 2- أسماء شيبوب.(2015). الاضطرابات النفس عصبية وعلاقتها بكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين لدى مرضى السكري. دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة.
- 3- علاء صبح حمودة الهور. (2016). فاعلية برنامج ارشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الإكتئاب النفسي. مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير. قسم علم النفس - كلية التربية. الجامعة الإسلامية - غزة.
- 4- عبد الرحمن العيسوي.(1975). ابن سينا والأمراض العقلية العصرية. مجلة كلية الأدب والتربية، جامعة الكويت، عدد ديسمبر.
- 5- غريب عبد الفتاح. (1999).دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية. مجلة الصحة النفسية، مجلد 92.القاهرة.
- 6- منظمة الصحة العالمية. (1995). دليل السكري للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية العالمية. الإسكندرية : المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.
- 7- مجلة مركز البحوث التربوية. (1992).جامعة قطر، السنة الأولى، العدد الأول.
- 8- فاطمة عيد العدوان، موسى عبد الخالق جبريل.( شعبان 1435 هـ / يونيو 2014 ). فاعلية برنامج ارشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 11، العدد 01، عمان-الأردن.

9- د/فايزة حلاسة – فعالية برنامج علاجي نفسي – اجتماعي في الحد من التظاهرات الاكتئابية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان – دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان – كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية – قسم العلوم الاجتماعية. جامعة محمد خيضر – بسكرة. 2017-2018

10- مصطفى كامل إسماعيل.(1999).اضطرابات المزاج الكبرى. المرشد في الطب النفسي، منشورات منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط. المواقع الالكترونية:

- 1- السكري، ملتقى البحث العلمي [www.rsscrrs.com](http://www.rsscrrs.com)
- 2- د/ عبد الله محمد الصبي، بتصرف: أحمد محمد الحسيني هلال. (2018). موقع أطفال الخليج (ذوي الاحتياجات الخاصة)، جميع الحقوق محفوظة.
- 3- عبد الرحمن أقرع. (2009). مقالات في التوعية بمرض السكر، إعداد مجموعة من كتاب، منتديات الزهراوي الطبية، [www.zahrawy.net](http://www.zahrawy.net)، الإصدار السادس.
- 4- موقع [www.mawdoo3.com](http://www.mawdoo3.com) / [www.Alarabia.net](http://www.Alarabia.net)
- 5- ([https:// news. webtep.net](https://news.webtep.net))
- 6- ([https:// www. arab 48.com](https://www.arab48.com))
- 7- ([www.gmdmoh.com](http://www.gmdmoh.com))

قائمة الملاحق



- الملحق رقم (1) : قائمة الاككتاب  
- الملحق (2) : مخرجات SPSS

## مقياس الاكتئاب لأرون بيك

### الحزن:

- 0 - لا أشعر بالحزن.
- 1- أشعر بالحزن والكآبة.
- 2- الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت، وأعجز عن الفكك منهما.
- 3- أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.

### التشاؤم من المستقبل:

- 0 - لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل.
- 1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل.
- 2- لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعبي
- 3- أشعر باليأس من المستقبل، وأن الأمور لن تتحسن.

### الإحساس بالفشل:

- 0- لا أشعر بأني فاشل.
- 1- أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.
- 2- أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية.
- 3- أشعر أنني شخص فاشل تماماً ( أبا أو زوجاً).

### السخط وعدم الرضا:

- 0 - لست ساخطاً .
- 1- أشعر بالملل أغلب الوقت.
- 2- لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا)
- 3-إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شئ.

### الإحساس بالندم أو الذنب:

- 0 - لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء.
- 1- أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت.

2- يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب.

3- أشعر بأنني سيء وتافه للغاية.

#### توقع العقاب:

0- لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي.

1- أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي.

2- أشعر بأن عقاباً يقع علي بالفعل.

3- أشعر برغبة في العقاب.

#### كراهية النفس:

0- لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.

1- يخيب أمني في نفسي.

2- أشمئز من نفسي.

3- أكره نفسي.

#### إدانة الذات:

0- لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر.

1- أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي.

2- ألوم نفسي لما ارتكب من أخطاء.

3- ألوم نفسي على كل ما يحدث.

#### وجود أفكار انتحارية:

0- لا تتابني أي أفكار للتخلص من نفسي.

1- تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها.

2- أفضل لي أن أموت.

3- سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة.

#### البكاء:

0- لا أبكي أكثر من المعتاد.

1- أبكي أكثر من المعتاد.

2- أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك.

3- كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك.

الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي:

0- لست منزعجاً هذه الأيام عن أي وقت مضى.

1- أنزعج هذه الأيام بسهولة.

2- أشعر بالانزعاج والاستثارة دوماً .

2- لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً .

الانسحاب الاجتماعي:

0- لم أفقد اهتمامي بالناس.

1- أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق.

2- فقدت معظم اهتمامي وحساسي بوجود الآخرين.

3- فقدت تماما اهتمامي بالآخرين.

التردد وعدم الحسم:

0- قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل.

1- أوجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل.

2- أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات.

3- أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرة.

تغير صورة الجسم والشكل:

0- لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل.

1- أشعر بالقلق من أني أبدو أكبر سناً وأقل جاذبية.

2- أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية.

3- أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة).

هبوط مستوى الكفاءة والعمل:

0- أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل.

1- لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.

2- أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء.

3- أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق.

## اضطرابات النوم:

- 0- أنام جيداً كما تعودت.
- 1- أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل.
- 2- أستيقظ من 2-3 ساعات أبكر من ذي قبل، وأعجز عن استئناف نومي.
- 3- أستيقظ مبكراً جداً ولا أنام بعدها حتى إن أردت.

## التعب والقابلية للإرهاق:

- 0- لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد.
- 1- أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل.
- 2- أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئاً.
- 3- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

## فقدان الشهية:

- 0- شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل.
- 1- شهيتي ليست جيدة كالسابق.
- 2- شهيتي أسوأ بكثير من السابق.
- 3- لا أشعر برغبة في الأكل بالمرة.

## تناقص الوزن:

- 0- وزني تقريباً ثابت.
- 1- فقدت أكثر من 3 كغ من وزني.
- 2- فقدت أكثر من 6 كغ من وزني.
- 3- فقدت أكثر من 10 كغ من وزني.

## تأثر الطاقة الجنسية:

- 0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتى الجنسية.
- 1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل.
- 2- قلت رغبتى الجنسية بشكل ملحوظ.
- 3- فقدت تماماً رغبتى الجنسية.

## الانشغال على الصحة:

- 0- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
- 1- أصبحت مشغولاً على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض، أو اضطرابات المعدة والإمساك.
- 2- أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.
- 3- أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية.