

الفصل الأول الإطار النظري ومشكلة الدراسة

مقدمة :

فطن القدماء إلى وحدة الجسم والنفس في الإنسان، وإلى تأثيرهما ببعضهما تأثيراً بالغاً، فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة. فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة كالشعور بالقلق، والاكتئاب، وأحياناً القنوط واليأس خاصة إذا كانت الأمراض الجسمية من الأمراض الخطيرة التي تهدد الحياة أو الأمراض المزمنة التي ستلازم الإنسان مدى حياته. كما إن للحالة النفسية تأثير واضح على الصحة والجسم والأمراض الجسمية نفسية المنشأ معروفة ومشهورة، وأن الحالة النفسية للمريض تلعب دوراً مهماً في حالته المرضية، فإذا عانى المريض من القلق والتوتر والخوف زادت في تفاقم الحالة واستعصائها على الشفاء، وإذا كانت معنويات المريض عالية ويشعر بالاطمئنان والرضا والاتزان النفسي أسهم ذلك في تحسن الحالة الصحية من خلال تحسن حالة جهاز المناعة لدى المريض

قد لا يوجد دليل على أن العوامل النفسية تسهم في الإصابة بداء السكري، إلا أن هناك العديد من المؤشرات التي تدل على أن الحالة النفسية للمريض تؤثر على ضبط مستوى السكر في دمه. وهناك من يعتقد بأن التغيرات الهرمونية التي تنجم عن الشدة النفسية قد تؤدي إلى حدوث اضطرابات في إستقلاب السكر، مما يفقد المصاب بالسكري السيطرة على مستوى السكر في الدم، وهذا بدوره قد يؤدي إلى ظهور أعراض الإصابة بمرض السكري (خوري، ٢٠٠٤).

وعند الإصابة بمرض مزمن كالسكري، فإن المصاب به قد تسوء حالته النفسية، إلا أن الأفراد يختلفون في ردود أفعالهم، فمنهم من يتكيف مع المرض ونمط الحياة الجديدة ومنهم من ينكر المرض ولا يتعامل معه بجدية، الأمر الذي قد ينتج عنه بعض الاضطرابات النفسية إلى جانب مرض السكري (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤).

ومن ناحية أخرى، فإن الاضطرابات النفسية وبخاصة الاضطرابات الانفعالية واضطرابات الطعام تقترن بالتزام مرضى السكري بالتوصيات الطبية التزاماً ضعيفاً وبمعنى آخر، فإن الاكتئاب المزمن والشراهة نحو الطعام يضعفان دافعية المريض للالتزام بالتوصيات الطبية الضرورية للحالة، مما قد يؤدي إلى تعرض عدداً كبيراً من مرضى السكري لأعراض أو نوبات تظهر بشكل متكرر كتكون الأحماض الكيتونية الخاصة بالسكري (*Ketoacidosis*) (الحجار، ٢٠٠٤).

وتدل الأبحاث الحديثة من مثل دراسة زانغ وزملائه (Zhang, et al, 2005) وستيوارت ورووايت (Stewart, Rao & White, 2005)، ودراسة شووشي (Chou & Chi, 2005)، ودراسة للويد وبراون (Lloyd & Brown, 2002) على أن الشدة النفسية قد تؤثر على ضبط مستويات سكر الدم عند مرضى السكري تأثيراً مباشراً أو غير مباشر فمن المؤكد علمياً أن هناك علاقة بين عدم الالتزام أو الخروج عن الحمية وبين الشدة النفسية المزمنة، كما أن هناك تأثير للفروق الفردية في استجابة مستويات سكر الدم للشدة النفسية، بمعنى أن بعض المرضى يستجيبون للشدة بارتفاع مستوى سكر الدم بينما يستجيب مرضى آخرون بانخفاض مستوى السكر في الدم، وآخرون لا يستجيبون إطلاقاً وهذا مفاده أن استجابة سكر الدم للشدة النفسية قد تحدث فقط عندما تكون هناك أنماط

معينة من الانفعال كالغضب وأنشاط مختلفة من الشخصية كمنمط الشخصية (A) (الحجار، ٢٠٠٤).

كما توجد بعض المؤشرات الدالة التي بينتها بعض الدراسات على تأثير الضغوط النفسية، وفقدان الدعم الانفعالي على مرضى السكري كدراسة نيل (Neal, 1995) ودراسة لانجر ولانجر (Langer & Langer, 1994)، ودراسة سرويت وزملائه (Surwit, et al, 2002)، ودراسة غولدشتاين وكوفاكس وابروسكي ولنغر (Goldston, Kovacs, Obrosky & Iyengar, 1995)، الأمر الذي قد يؤدي إلى حدوث صراع داخلي قد يتطور إلى حالة من الاكتئاب، والشعور بالعجز في مواجهة صعوبات الحياة ومن عدم قدرة الفرد على رعاية نفسه.

هذا بالإضافة إلى تعرض مريض السكري لقلق شديد متبوع بالشعور بالنقص وعدم الأمان نتيجة لما يواجهه من قيود جسمية لاعتماده على الأنسولين والأدوية والرعاية الطبية المستمرة (Kovacs & Scott, 1997).

يواجه مرضى السكري درجات عالية من التوتر والضغط النفسي خاصة عند بداية إصابتهم بالمرض، وهذا بحد ذاته يرفع من معدلات السكر في الدم بنسبة (٢٥٪)، كما يعتقد بأن الضغط النفسي يؤثر بشكل غير مباشر على مستوى السكر في الدم. ومن هنا تبليغ أهمية معرفة المريض لعوارض الضغط النفسي (سواء كانت إيجابية أو سلبية)، للتعامل معها بشكل إيجابي. وقد وصف الخبراء في أبحاث مرض السكري بأن المصاب بالسكري معرض للإصابة بالاكتئاب أكثر (٥) مرات من غير المصابين بالمرض، وأن المصاب بالسكري يمر بالمراحل التالية:

الإنكار ← الغضب ← الخوف ← القلق ← الذنب ← الحزن ← الاكتئاب

(Decoster, 2001).

وقد وجد العلماء أن (٦٩٪) من المرضى المصابين بالسكري لفترة زمنية قد تصل إلى ١٢ شهراً يعالجون ويشفون تماماً من أي مشاكل عصبية ونفسية، أما الأفراد الذين تراوحت فترة إصابتهم بالمرض من (٢-٦) سنوات، فقد كانت نسبة من تم شفاؤهم من الاضطرابات النفسية بحدود (٣٢٪). أما بالنسبة للفروق بين الرجال والنساء، فقد وجدت الدراسة أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الرجال (Lloyd & Brown, 2002).

وتوصلت دراسة إنغمان (Angdamm, 1990) إلى أن علاج المرضى المصابين بالسكري الذين يتم الإشراف عليهم من قبل طاقم طبي لديهم معرفة حول كيفية العلاج النفسي والعقلي يتخذون منحى سليماً في العلاج، حيث يكون هذا الفريق على دراية تامة بالمشاكل النفسية وحالات الهياج والاكتئاب العصبي والضعف العقلي لدى المرضى المصابين بالسكري وكيفية التعامل معها.

وتسعى الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على النوع الثاني من مرض السكري والذي يمكن السيطرة عليه عن طريق الحمية الغذائية وتناول خافضات سكر الدم بعكس النوع الأول، علماً بأن البنكرياس لدى المصابين بهذا النوع (الثاني) من داء السكري يكون سليماً وخلاياه سليمة، ولا تحدث عندهم مضاعفات حادة أو شديدة كتلك التي تنتج عند المصابين بالنوع الأول من مرض السكري (حافظ، ٢٠٠٢). وتشير الإحصائيات العالمية إلى أن هناك أكثر من (١٤٠) مليون مصاب بهذا النوع حول العالم، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد خلال السنوات القادمة (الصوير، ٢٠٠٤).

مرض السكري:

داء السكري مرض قديم قدم الإنسان نفسه، فقد عرفه المصريون القدماء منذ عام (١٥٠٠ ق.م)، حيث وجد على بعض الجدران والمخطوطات المصرية القديمة وصف لمتلازمة البول والعطش (الباشا وجوخدار، ٢٠٠١). كما ذكرت في الكتابات الصينية في القرن الثالث قبل الميلاد متلازمة تتضمن النهم والعطش والبول، مع ذكر المذاق الحلو لبول المرضى المصابين بهذه المتلازمة (ديب، ١٩٩٢).

أما عند اليونانيين القدماء فقد ذكر داء السكري منذ عام (٧٠ ق.م) حيث أطلقوا عليه اسم (*Diabetes Mellitus*)، وكلمة (*Mellitus*) باللغة اللاتينية تعني الحلو المذاق أو العسل، وكلمة (*Diabetes*) تعني خروج السائل والمقصود به البول، وبذلك يكون المعنى الكامل، البول السكري (أبوطه، ٢٠٠١).

ووصف الطبيب اليوناني أريتيس (*Aerates*) منذ (١٣٨-٨١ ق.م) المظاهر السريرية لمرض السكري كما هو معروف اليوم، وقد ذكر الفيلسوف والطبيب الروماني سيلسوس (*Celsus*) منذ (٣٠ سنة ق.م - ٥٠ سنة م) ظاهرة البول المصحوبة بالوهن والضعف ونصح بعلاجها من خلال تنظيم الغذاء وممارسة الرياضة البدنية (ديب، ١٩٩٢). وقد أخذ العرب اسم المرض من الإغريق وهو "ديانيطس" كما أطلقوا عليه أيضاً اسم "الدوارة" و"الدولاب"، ويعتبر ابن سينا أول من وصف مرض السكري وصفاً دقيقاً في كتابه (القانون في الطب)، حيث قال: "ديانيطس هو أن يخرج الماء كما يشرب في زمن قصير أو أن صاحبه يعطش فيشرب ولا يروى، بل يبول كما يشرب ويكون غير قادر على الحبس البتة" (ديب، ١٩٩٢).

وذكر ابن سينا في كتابه عن أعراض المرض قائلاً: "ومن أعراضه العطش الشديد والضعف الجسمي والإجهاد العصبي وعدم انتظام الشهية" (أبوطه، ٢٠٠١، ص ٢٤).

وفي القرن السابع عشر وصف توماس ويلس حلاوة السكري بقوله "إنه مشروب العسل"، وأثبت دوبسن (Dobson) أن هذه المادة هي السكر، مما قاد للتفكير بمعالجة المرض بحمية قوية معقولة. وفي عام (١٨٥٩) بين كلود برنارد (*Cloud Barnard*) أن دم الشخص المصاب بالسكري يحتوي على كمية زائدة من السكر وهذه صفة هامة للداء (ديب، ١٩٩٢).

وفي عام (١٨٦٩) نجح طالب الطب الألماني بول لانغرهانس (*Paul Langerhans*) في وصف جزر الخلايا التي تنتج هرمون الأنسولين الموجود في البنكرياس والتي تحمل اسمه الآن وتوصل إلى أن خلايا بيتا (β) هي المسؤولة عن إنتاج الأنسولين (الباشا وجوخدار، ٢٠٠١).

وفي عام (١٨٨٩) استطاع كلا من العالمين فون، ومينكووسكي (*Phone & Minkowski*) 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 دفع بهما لإجراء تحليل للبول فوجدوا بأنه يحتوي على نسبة عالية من سكر الجلوكوز، وسرعان ما اكتشفا بأنهما قد تسببا بإصابة الكلب بمرض السكري (أبوطه، ٢٠٠١).

وقد استطاع العالمان بانتينغ، وبست (*Banting & Best*) في عام (١٩٢١) استخلاص مادة من البنكرياس سببت هبوط في سكر الدم وسميت (بالأنسولين)، ومع اكتشاف

الأنسولين أصبح مرضى السكري أطول عمراً وأقل تعرضاً للاختلالات الحادة وأكثر إصابة بالاختلالات المزمنة (ديب، ١٩٩٢).

فسيولوجية مرض السكري:

داء السكري متلازمة استقلابية (Metabolic) تتميز بارتفاع مزمن في سكر الدم حيث تحدث هذه المتلازمة في سياق عدد من الأمراض والأحوال المختلفة سريراً ومرضياً إذ ينجم فرط سكر الدم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين. ليس المقصود بالنقص نقصاً في إنتاج الأنسولين فقط، وإنما يشمل أيضاً كل الأعطاب والاضطرابات التي تؤدي إلى خلل في الفعالية الحيوية للهرمون في أي مرحلة من المراحل العمرية. إن نقص الأنسولين في الدم يؤدي إلى حدوث اضطرابات عديدة في استقلاب الشحوم، والبروتينات والمكونات الخلوية وغير الخلوية، تؤدي إلى اختلالات استقلابية حادة ومزمنة (الباشا جوخدان، ٢٠٠١).

ويعد البنكرياس الغدة المسؤولة عن الإصابة بمرض السكري، وذلك من خلال نقص إفراز مادة الأنسولين اللازمة لتنظيم استفادة الجسم من المواد الغذائية (شرف، ١٩٨٦) حيث تقع غدة البنكرياس خلف المعدة مباشرة، وتقوم بإنتاج إنزيمات الهضم وهرموني الأنسولين والجلوكاجون التي تنظم الوقود في الجسم. والجلوكاجون هرمون يفرزه البنكرياس عن طريق جزر لانغرهانس، وذلك من خلال خلايا ألفا (A). وقد تم التعرف على أربعة أنواع رئيسية من خلايا جزر لانغرهانس الموجودة في البنكرياس كما هي في الجدول (١):

جدول (١)

أنواع خلايا جزر لنغرهنس الموجودة في البنكرياس

نوع الخلية	الهرمون الذي تفرزه
بيتا (β)	أنسولين (٧٠٪ - ٨٠٪)
ألفا (A)	جلوكاجون (١٥٪ - ٢٠٪)
دلتا (D)	سوماتوستاتين (٥٪)
ب.ب (P.P)	عديد الببتيد البنكرياسي

وتعتبر خلايا بيتا (β) من أكثر الخلايا انتشارا في جزر لنغرهنس من بين الخلايا الأربعة حيث تشكل ما يقرب من (٨٠٪) من حجم جزر لنغرهنس.

وكما تم ذكره، فإن البنكرياس يقوم بإنتاج هرموني الأنسولين والجلوكاجون (فلتشد، ١٩٨٧). والأنسولين هرمون تنتجه خلايا بيتا (β) وهو يعمل على مساعدة الجسم على استخدام الجلوكوز (سكر الدم). إذ يعد الأنسولين بمثابة المفتاح الذي يفتح أبواب الخلايا ويسمح للجلوكوز بالدخول إليها، ويعمل على تقليل مستوى السكر في الدم (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤). أما الجلوكاجون فهو الهرمون الآخر الذي تفرزه غدة البنكرياس عن طريق جزر لنغرهنس، وذلك من خلال خلايا ألفا (A). والجلوكاجون هرمون يقوم بعمل يعاكس الأنسولين، ويتم إنتاج السكر في الجسم عند تحلل الطعام في الجهاز الهضمي ويقوم الجلوكاجون بحمل جزيئات السكر إلى الدم وتعرف كمية السكر في الدم بمستوى جلوكوز الدم (توشيت، ٢٠٠١)، ويعد الأنسولين والجلوكاجون مهمين لعملية الأستقلاب. (والأستقلاب هي العملية التي يقوم بها الجسم بتحويل الغذاء إلى وقود)

ومرض السكري هو اختلال في عملية إستقلاب السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع معدل السكر في الدم (الجلوكوز) (كولازو وكلافيل، ٢٠٠٢).

وقد تتضاعف أعراض مرض السكري نتيجة نقص في الأنسولين، فإذا لم تنتج خلايا بيتا (β) كمية كافية من الأنسولين، فإن السكر في الدم سيعمل إلى مستويات عالية جداً ومن ثم يظهر السكر في البول، وإذا لم يتم ضبطه بشكل جيد فإنه سيؤدي إلى غيبوبة ومن ثم إلى موت محقق (Brannor & Feisl, 1989). لذا فإن إعطاء الأنسولين للمريض أمر ضروري حتى يتسنى له ضبط الأعراض التي تنجم عن نقص الأنسولين، وعلى الرغم من أهمية الأنسولين بالنسبة لمريض السكري، إلا أنه لا يشفى من المرض بمجرد استخدامه (قحبيش، ١٩٩٣)، لذا فإن قلة نسبة الأنسولين في دم الإنسان تؤدي إلى ارتفاع الجلوكوز في الدم مما قد يتسبب في إحداث أمراض جسمية خطيرة لمريض السكر، مثل أمراض القلب والإصابة بالعمى وأمراض الكلى وأمراض القدم وغيرها (Brannor & Feisl, 1989؛ عوض وحماد، ٢٠٠٠).

ماهية مرض السكري وأنواعه :-

قبل الحديث عن ماهية مرض السكري، لابد من التطرق بإيجاز للحديث عن المواد الغذائية و غدة البنكرياس، اللذين يشكلان العامل الرئيسي للإصابة بالمرض. وفي هذا المقام لنا أن نتصور أن جسم الإنسان عبارة عن مصنع كبير، وأصغر وحدة فعالة في هذا المصنع تدعى الخلية، وهذه الخلايا إذا توحدت في وظيفة واحدة أو متكاملة تسمى العضو، وأعضاء الجسم وخلاياه تحتاج إلى التزود بالوقود كي تستطيع القيام بعملها. والوقود بالنسبة لجسم الإنسان هو عبارة عن المواد الغذائية، ويمكن تقسيم هذه المواد الغذائية إلى ثلاث مجموعات:

١. المواد السكرية:

تشمل السكاكر والنشويات الموجودة في القمح والبطاطا والأرز

٢. المواد البروتينية أو الزلالية:

تشمل اللحم والبيض والجبن والبقول والحبوب.

٣. المواد الدهنية (الدهون) وتسمى الشحمية:

وتشمل الزيوت الحيوانية والنباتية والدهون.

ويتصف مرض السكري بأنه مرض ناجم عن اضطراب في الأستقلاب، وهو عبارة عن آلية معقدة تحدث في جسم الإنسان، إذ يحتاج جسم الإنسان إلى الطاقة للحفاظ على عمل خلاياه بشكل متواصل ضمن مستوى ثابت. ويمكن تأمين هذه الطاقة عن طريق تناول عدة وجبات يومياً، ومن ثم يتحول الطعام المتناول من خلال عمليات معقدة داخل الجسم إلى طاقة، وتحدث العمليات الأستقلابية في الواقع داخل ملايين الخلايا التي يتكون منها الجسم (الرحبي، ١٩٨٩).

والسكري مرض شائع يصيب (٤٪) من الإناث و(٢٪) من الذكور ويحصل في مختلف الأعمار وترتفع نسبة الإصابة به عند البالغين، حيث تقدر نسبة الإصابة بالمرض بواحد من كل أربعين شخصاً على وجه التقريب، كما تؤكد الدراسة التي قام بها مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، بينما يرتفع معدل الوفيات عند الصغار أكثر مما هو عند البالغين (الأسمر، ١٩٩٦؛ 2004، *Center For Disease Control and Prevention*).

كما يلاحظ بأن الأعراض النفسية كالقلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، منتشرة بين مرضى السكري أكثر من انتشارها بين غيرهم، كما تؤكد بعض الدراسات مثل دراسة زانغ وزملائه (Zhang, et al, 2005)، وستيوارت ورووايت (Stewart, Rao & White,)

(2005)، ودراسة شووشي (Chou & Chi, 2005)، ودراسة للويد وبراون (Lloyd & Brown, 2002) ويعتقد أن للحالة النفسية تأثير سيء على ضبط مستوى السكر في الدم كما تؤكد دراسة لانجر ولانجر (Langer & Langer, 1994)، والمعاناة من مرض مزمن كالسكري قد تقود إلى الشعور بالقلق أو الاكتئاب أو التوتر أو غيرها من الأعراض النفسية وبخاصة إذا ما كان المريض يعاني من صعوبة في ضبط مستوى السكر في الدم (Lloyd, Dyert & Barnett, 2000).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (المشار إليها في حافظ، ٢٠٠٢، ص٤٤) مرض السكري بأنه "حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية. ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم إلى قلة وجود الأنسولين".

بينما عرفه الشوا (٢٠٠٥) في كتابه الآفاق الحديثة في دراسة ومعالجة الداء السكري بـ"أنه ارتفاع نسبة سكر الدم فوق المعدل الطبيعي (ارتفاع سكر الدم الصيامي فوق ١١٠ ملغ/دل) نتيجة لنقص في إفراز هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته، أو كلاهما معاً"، وعرفه لوثر ترافيس بأنه "عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة" (ترافيس، ٢٠٠٠، ص٦).

أما لوثر ترافيس استشاري غدد الصم والسكري في قسم الطب جامعة تكساس، في الولايات المتحدة الأمريكية، فيعرف داء السكري بأنه "عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة" (ترافيس، ٢٠٠٠، ص٦).

وعرفته الدكتورة انتصار غرة (الطبيبة في قسم طب الأسرة والمجتمع جامعة دمشق في دراسة، لنيل درجة الدراسات العليا في بحثها المعنون بالرعاية الصحية المقدمة

لمرضى السكري المراجعين لمركز زهير حيي الصحي) بـ "الداء السكري هي متلازمة اضطراب استقلابي ووعائي بأحد سببين: إما لنقص إفراز منفرد للأنسولين، أو المشاركة بين مقاومة أنسولينية مع عدم إفراز كاف للمعاوضة (أي أن الجسم لا يملك القدرة على المقامة)" (غرة، ٢٠٠٥، ص ٧).

أما فيما يخص أنواع مرض السكري، فقد كان الاعتقاد السائد في الماضي أن هناك نوعين فقط من مرض السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين (*Insulin Dependent*)، والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين (*Non Insulin Dependent*). إلا أنه في الآونة الأخيرة وبحسب ما ورد في تقارير منظمة الصحة العالمية وتصنيفاتها، فقد تم الإشارة إلى أنواع السكري الأربعة التالية:

١- النوع الأول (*Type 1 Diabetes Mellitus*) وهو ما يسمى: النوع المعتمد على الأنسولين (*Insulin-dependent diabetes mellitus*) (*IDDM*) وهو ما يطلق على سكري الأطفال والشباب (*Juvenile*):

يحتاج مرضى هذا النوع من السكري إلى مصدر خارجي للأنسولين عن طريق الحقن اليومية، وذلك لمنع تكوين وارتفاع الأجسام الكيتونية في الدم والمحافظة على الحياة ويعود سبب هذا النوع من المرض إلى تأثير عدة عوامل مجتمعة كالعوامل الوراثية والبيئية والمناعية، ويشكل ما نسبته حوالي (١٠٪) من مجموع مرضى السكري في أي فئة عمرية ولكن غالباً ما تكون أعلى نسبة للإصابة به في مرحلة البلوغ (الهوراني، ١٩٩١).

وعلى الرغم من أهمية الانسولين في علاج مرضى هذا النوع من السكري إلا أن الحمية الغذائية لها أهمية بالغة بالإضافة إلى أهمية الأنسولين في تجنب الإصابة بارتفاع السكر في الدم أو انخفاضه والحفاظ على صحة المريض (Brink, 1988).

٢- النوع الثاني (Type 2) أو ما يعرف: بالسكري غير المعتمد على الأنسولين (Non insulin dependent diabetes mellitus) (NIDDM) أو ما كان يدعى بسكري الكبار:

لا يحتاج أغلب المصابين بهذا النوع من المرض إلى حقن يومية من الأنسولين في بداية الأمر، وهو يصيب الناس عادة بعد سن الثلاثين، غير أنه أخذ في الانتشار مؤخراً بين الأطفال والبالغين ويشكل ما نسبته (٨٠ - ٩٠٪) من مجموع مرضى السكري (Lorenzi, 1986) وينقسم هذا النوع إلى قسمين:

- مرض السكري من النوع الثاني غير المصحوب بالسمنة، ويشكل المصابون به أقل من (١٠٪) من مرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين (الصوير، ٢٠٠٤).

- مرض السكري من النوع الثاني المصحوب بالسمنة، ويشكل المصابون بهذا النوع من السكري أكثر من (٩٠٪) من مرضى السكري النوع الثاني كما تؤكد دراسة هونج (Houng, 2005).

٣- السكري المقترن بحالات مرضية معينة كأمراض البنكرياس وأمراض الاضطرابات الهرمونية والحالات الناجمة عن استعمال العقاقير والمواد الكيميائية وشذوذ المستقبلات والعوامل الوراثية:

يسمى هذا النوع ايضاً مرض السكري الثانوي (Secondary Diabetes)

(National Diabetes Data Group, 1979).

٤- سكري الحمل (Gestational Diabetes):

غالباً ما تتعرض له السيدات الحوامل اللاتي يعانين من وجود تأريخ مرضي لمرض السكري في العائلة، واللاتي يعانين من قصور الجسم عن احتمال الجلوكوز (أي عندما يأكل الإنسان مواد سكرية فإن البنكرياس يكون غير قادر على التخلص منها بسهولة) وزيادة الوزن، واللاتي يلدن أطفالاً أوزانهم أكثر من ٤ كغم (الهوراني، ١٩٩١). ويصيب سكري الحمل (١ - ١٤٪) من النسوة الحوامل، ويمثل (٩٠٪) من حالات السكري المشاهدة أثناء الحمل (بوظو، ٢٠٠٥).

ويتم إجراء الفحوصات للأمهات الحوامل عادة بين الأسبوع الرابع والعشرين والسادس والعشرين من الحمل، وغالباً ما يؤدي سكري الحمل الذي لا يعالج إلى مشاكل في الأجنة، وإلى زيادة احتمال الإصابة بالسكري خلال خمس سنوات من اكتشاف سكري الحمل (الهوراني، ١٩٩١).

حيث يعتبر النوعان الأول والثاني من السكري، الأكثر انتشاراً وشيوعاً من بين

هذه الأنواع.

وبائية مرض السكري:

قام جمعٌ من الباحثين، بدراسة معدل تفشي داء السكري وتقدير عدد المصابين به من مختلف الفئات العمرية حول العالم من عام (٢٠٠٠) وحتى عام (٢٠٢٠)، وقد شمل الاستقراء (١٩١) دولة من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، وذلك من خلال الاعتماد على تقديرات الأمم المتحدة للكثافة السكانية للأعوام من (٢٠٠٠ - ٢٠٢٠). حيث

قدر الباحثون تفشي داء السكري بمعدل (٤,٤٪) في عام ٢٠٠٠، في حين توقع أن يصل معدل تفشي المرض في عام (٢٠٣٠) إلى (٨,٢٪)، أي أن عدد المصابين سيصل من (١٧١) مليون في عام ٢٠٠٠، إلى (٢٦٦) مليون عام ٢٠٣٠ (الخلي، ٢٠٠٤).

كما أظهرت الدراسات والأبحاث التي أجريت في بعض دول العالم وجود اختلافات واضحة في معدل انتشار المرض، ففي الولايات المتحدة الأمريكية يوجد أكثر من (١٧) مليون مصاب بالسكري، وهذا يقدر بـ (٦٪) من عدد السكان، في حين أن هناك (١٦) مليون شخص لديهم القابلية للإصابة بالمرض (الجمعية الأمريكية لداء السكري ٢٠٠٠). أما في فرنسا فيقدر عدد المصابين بالمرض بمليون مصاب بالسكري، أي ما يساوي (٧٪) من عدد السكان، وقدرت أعداد الوفيات التي تسبب بها السكري في عام (١٩٩٩) بـ (٢٧.٠٠٠) حالة، أي (٥٪) من نسبة الوفيات العامة في فرنسا (العجلوني، ٢٠٠٥). أما في دولة الإمارات العربية المتحدة فتقدر نسبة الإصابة بالسكري بحسب آخر دراسة عن معدل انتشار المرض بـ (٣٢٪) من نسبة عدد السكان (العجلوني، ٢٠٠٥)، كما تزيد نسبة الإصابة عند المواطنين أكثر من المقيمين. وتشير الإحصاءات أن نسبة الإصابة بالسكري عند النساء أعلى من نسبة الإصابة عند الرجال، علماً بأن نسبة إصابة الرجال أخذه في التزايد في معظم دول العالم في عصرنا الحالي. (يشنا، ٢٠٠٥).

ولا يختلف الأمر عن ذلك في العالم العربي بأقطاره الـ٢٢ وسكانه الـ٣٠٠ مليون، إذ شهد الوطن العربي خلال العقود الأخيرة تغيرات دراماتيكية في نمط الحياة، والعادات الغذائية التي من شأنها أن تزيد من معدلات الإصابة بالأمراض الإستقلابية المختلفة وخاصة داء السكري وما يرافقه من عوامل خطيرة تهدد الحياة (العلي والخطيب وفرهود ٢٠٠٤).

وعلى الرغم من قلة الإحصاءات والدراسات التي تناولت معدل انتشار مرض السكري قبل عام (١٩٨٠)، إلا أن القلة القليلة من الدراسات التي أجريت أظهرت نسبة تراوحت بين (١.٨٪ - ٣.٣٪) بغض النظر عن الدولة بعينها أو تحديد عينة ما، وهذه النسبة اختلفت بعد عام (١٩٨٠) من حيث معدل الانتشار، حيث تراوحت ما بين (٥.١٪ - ١٦.١٪) (العلي ورفاقه، ٢٠٠٤).

والجدول (٢) يوضح نسبة انتشار المرض في بعض الدول العربية، حسب ما ورد في التقرير الذي أعده الدكتور كامل العجلوني، رئيس المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة في الأردن، على خلفية المؤتمر الصحفي المنعقد في المركز في تاريخ السادس عشر من تشرين الثاني من عام (٢٠٠٥).

جدول (٢)

نسبة انتشار مرض السكري في بعض الدول العربية

الفئة العمرية التي تنتشر بها مرض السكري	نسبة انتشار مرض السكري من المجموع الكلي للسكان	الدولة
-	٪٢١	الجزائر
أكبر من ٤٠ سنة	٪٤٠	البحرين
أكبر من ٢٠ سنة	٪٢٨,٦	مصر
-	٪١٩,٤	السودان
-	٪٢٢	الكويت
-	٪١٩	عمان
-	٪٣٠	قطر
أكبر من ٣٠ سنة	٪٣٢	الامارات
-	٪٢٤,٢	المغرب
-	٪٢٢,٦	تونس
-	٪٢٢	لبنان
أكبر من ٢٥ سنة	٪٢٣	الأردن
أكبر من ٣٠ سنة	٪٤٠	السعودية

- المعلومات عن تقرير الدكتور كامل العجلوني رئيس المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة في الأردن على خلفية المؤتمر الصحفي المنعقد في المركز بتاريخ السادس عشر من تشرين الثاني من عام (٢٠٠٥)

• المعيار الذي يعتمد العجلوني لاعتبار الفرد مصاب بالسكري هو (من ١٠٠ ملغ/د.ل إلى ١٢٥ ملغ/د.ل بعد صيام ما بين ٨ - ١٠ ساعات)

وقد تختلف معايير التشخيص لمرض السكري من منظمة صحة إلى أخرى. فقد حددت الجمعية الأمريكية لداء السكري (ADA)، معيار الإصابة بالسكري أن تكون قيمة سكر الدم الصباحي، بـ ١٢٦ ملغ/ ١٠٠ مل ٣ فما فوق، أي بعد صيام ليلة كاملة من (٨ - ١٠ ساعات)، في حين تعتبر منظمة الصحة العالمية (NDDG) أن قيمة ١٤٠ ملغ ١٠٠ مل ٣ فما فوق مشخصة لداء السكري. أما القيم الطبيعية لسكر الدم فتتراوح ما بين (٧٠ - ١٠٩.٨ ملغ/ ١٠٠ مل ٣). وهذه هي وحدة القياس التي تستخدم عند الإشارة إلى مستويات الجلوكوز في الدم (الباشا وجوخدار، ٢٠٠١؛ الجمعية الأمريكية لداء السكري ٢٠٠٤).

أسباب مرض السكر:

لم يكن يعرف السبب الحقيقي للإصابة بداء السكري وخاصة النوع الثاني، إلا أن هناك عدة استنتاجات من قبل بعض العلماء أمثال أوسكار مينكوسكي (*Oscar Minkowski*) الذي يعتبر أول من ربط بين مرض السكري وغدة البنكرياس التي كانت قد أزيلت من جسم الكلب أثناء الجراحة. وهناك بعض الفرضيات والبراهين الحديثة مفادها أن جهاز المناعة في الجسم هو المسؤول عن تدمير خلايا بيتا (β) والمسؤول عن مرض السكري من النوع الأول (أبوطه، ٢٠٠١).

ولكن المعروف أن بعض الأشخاص مهيوون أكثر من غيرهم للإصابة بالمرض الذي يزداد حدوثه بين الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي تكثر فيه الإصابة بالمرض، كما أنه

كثير الحدوث بين الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم الثلاثين سنة وبين الأفراد البدينين وبين النساء (القباني، ١٩٩٣).

ومن أسباب الإصابة بمرض السكري:

١- الوراثة:

لا يمكن اعتبار مرض السكري مرضاً وراثياً بحتاً، بمعنى أن الآباء المرضى بالسكري قد لا يكون أبناؤهم مصابين بهذا المرض، ولكن نسبة إصابتهم بالسكري تكون أكثر من غيرهم، وهذه الحقيقة تم إثباتها من قبل الإحصاءات العلمية التي أجريت على مرضى السكري. والمقصود بالوراثة، الوراثة العائلية (الأب، الأم) (الجلي، ٢٠٠٤).

٢- البدانة:

إن البدانة ليست كافية للتسبب بالسكري، بمعنى أنه ليس كل بدين مصاب بالسكري، ولكن أثبتت الدراسات العلمية أن البدانة من عوامل الخطورة للإصابة بالسكري وإن نسبة هذا المرض تزداد عند البدينين، كما بينت الإحصائيات التي نشرت في مجلة السكري (الصوير، ٢٠٠٤).

٣- بعض الأدوية:

كالأقراص المانعة للحمل، والأدوية الكظرية (الكورتيزون)، وصادات بيتا (β -blockers) التي تستخدم في معالجة أمراض القلب والضغط، وغيرها من الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم (الجلي، ٢٠٠٤؛ قحبيش، ١٩٩٣).

٤- الانفعالات النفسية الشديدة:

الخوف الشديد، والحزن الشديد، والقلق المستمر، أو الخسارة المادية الكبيرة والمفاجئة كلها أسباب قد تساهم في الإصابة بالسكري، وهنا تجدر الإشارة إلى أن هذه

الحالات النفسية الشديدة ليست المسببة بشكل مباشر لهذا المرض، ولكنها إذا تعرض لها شخص لديه استعداد للسكري، أو مصاب بالسكري بشكل بسيط فإنها تزيد من خطورة الإصابة وتساهم في رفع نسبة السكر في الدم (الحلي، ٢٠٠٤).

وفيما يخص العوامل النفسية التي تسهم في ارتفاع مستوى السكر في الدم، فقد أظهرت بعض البحوث (Neal, 1995؛ المكاوي وعبد الرحمن، ١٩٩٩) أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري، حيث أظهرت الدراسات أن احتمالات الإصابة بارتفاع نسبة السكر تزيد مع تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

وفيما يخص نمط الحياة فقد أظهرت بعض الدراسات، كدراسة المكاوي وعبد الرحمن (١٩٩٩) أن مرض السكري يكون أكثر انتشاراً في مجتمعات معينة، كما أظهرت تلك الدراسات أن السكن في المدينة والأماكن الحضرية تزيد من احتمالات الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني.

٥- الأمراض:

خاصة الأمراض المعدية كمرض البكرياس الكحولي، أو التشمع الكبدي، أو الحمى القرمزية التي قد تتسبب في ارتفاع مستوى السكر في الدم، وسبب الارتفاع في هذه الحالة ليس المرض المعدي وإنما الحمى التي ترافق هذا المرض، وقد يختفي السكري بزوال الحمى ويشفى المريض (قحبيش، ١٩٩٣).

٦- الاختلال في عدد من الغدد الصم:

وبالأخص أمراض الغدة الكظرية والنخامية (الحلي، ٢٠٠٤).

أعراض مرض السكري:

تختلف أعراض مرض السكري باختلاف نوعه، وغالباً ما تظهر الأعراض الشائعة للمرض والتي تشمل زيادة الشعور بالجوع والعطش وكثرة التبول وما قد ينتج عنها من جفاف، وتعب، وإجهاد، ورجفة الأطراف، وإصابة الشرايين والأوردة الصغيرة، وظهور دمامل وفقايع مليئة بالقبيح في مختلف أعضاء الجسم خاصة في المقعد والرقبة، وارتفاع نسبة السكر في الدم، والإغماء الناتج عن الارتفاع الكبير للسكر، وتكون الأجسام الكيتونية في النوع الأول من مرض السكري، وتزداد حدة هذه الأعراض في النوع الأول من السكري (الحوارني، ١٩٩١).

تظهر لدى المرضى أعراض نفسية عديدة، كالاضطرابات العصبية مثل الخوف الدائم من تفاقم المرض، والقلق، والاكتئاب، والاضطراب النفسي، والأرق، وضعف الذاكرة وسرعة الإثارة واليأس من الحياة. لذا على ذوي المرضى الاهتمام بهم ورفع روحهم المعنوية (الأسمر، ١٩٩٦). ويؤدي عدم ضبط السكر والشحوم في الدم إلى احتمال حدوث مضاعفات خطيرة، ومن هذه المضاعفات التي قد تظهر على المدى القصير، التهابات الجلد، واللثة والأسنان والقناة البولية (Bloom & Ireland, 1980) والتي ربما تتطور إلى مشاكل معقدة إذا لم تعالج في الوقت المناسب (Geggel, 1988).

يتصف مرض السكري بارتفاع سكر الدم المترافق مع العطش (العلي، ١٩٨٩) والإكثار من شرب الماء الذي يسبب كثرة التبول مما يجعل المصاب بالسكري في حاجة ملحة للإسراع في تعويض السوائل التي يفقدها جسمه، ومن هنا يبرز العرضان الرئيسيان من أعراض داء السكري وهما كثرة التبول والعطش الشديد (القباني، ١٩٩٣).

وإذا لم يتم ضبط مستوى السكر والشحوم في الدم فقد تظهر المضاعفات التالية لمرض السكري بعد عدة سنوات من الإصابة به:

١- اعتلال البصر:

وينتج عن إصابة الأوعية الدموية الموجودة في الشبكية والتي تعتبر مصدر الإحساس بالضوء، وربما يؤدي ذلك إلى فقدان البصر (الهوراني، ١٩٩١).

٢- اعتلال الكليتين:

وينتج عن زيادة سمك الشعيرات الدموية، نتيجة لزيادة سكر الدم المتواصل وفقدان الكلية قدرتها على التصفية، وإعادة امتصاص العناصر الغذائية، والتخلص من المواد والمخلفات التمثيلية الضارة (الهوراني، ١٩٩١).

٣- اعتلال الأعصاب:

والذي ينتج عن عدم ضبط مستوى السكر في الدم والذي يؤدي إلى فقدان الإحساس في القدمين وإلى تقرحات قد تلتهب بحيث يضطر معها إلى بتر العضو المصاب كما أن هناك أنواع أخرى من إعتلالات الأعصاب (Patterson, 1988).

٤- أمراض القلب والشرايين:

تزداد نسبة الإصابة بها عند مرضى السكري، خاصة عند وجود عوامل أخرى مثل السمنة، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة الشحوم في الدم والمتمثلة في ارتفاع مستوى الكوليسترول المقترن بالبروتينات الشحمية قليلة الكثافة، وانخفاض مستوى الكوليسترول المقترن بالبروتينات الشحمية عالية الكثافة، وهي عوامل تلعب دورا هاما في الإصابة بأمراض القلب والشرايين (الهوراني، ١٩٩١).

ويعاني الكثير من مرضى السكري من المتلازمة الأستقلابية (*Metabolic Syndrome*) والتي يمكن اعتبارها مرض القرن، وهي عبارة عن ارتفاع مستوى السكر

والضغط ، والكوليسترول في الدم، والسمنة، مما قد يؤدي إلى الإصابة بأمراض جسمية عديدة من أخطرها أمراض القلب (المراشي، ٢٠٠٥).

المراحل التي يمر بها مريض السكري:

١- المرحلة الأولى:

تسبق الإصابة بمرض السكري، وتتمثل في حدوث اضطرابات في التمثيل الغذائي للكربوهيدرات، وتحدث للأفراد الذين لديهم تاريخ عائلي مع مرضى السكري أو السمنة.

٢- المرحلة الثانية:

ويتم في هذه المرحلة التأكد من وجود مرض السكري وذلك من خلال إجراء التحاليل الطبية.

٣- المرحلة الثالثة:

هي من الحالات الشائعة غير المنظورة والتي يبدأ خلالها مرض السكري بالتسلل إلى الجسم بهدوء ويكون مستوى الجلوكوز في الدم في مستواه العادي ولكنه يبدأ في الارتفاع بعد تناول الوجبات (Damask, 1990).

٤- المرحلة الرابعة:

في هذه المرحلة تكون نسبة السكر في الدم قليلة ولكن بعد تناول الوجبات تزداد نسبة السكر في الدم حتى تصل إلى نسب عالية.

٥- المرحلة الخامسة:

تسمى بالمرحلة الكيتونية (والكيتونات هي عبارة عن مواد كيميائية يتم إنتاجها عندما يقوم الجسم بتحليل الدهون للحصول على الوقود، ويحدث هذا في حالة عدم وجود الأنسولين الكافي للسماح للجلوكوز بالدخول إلى الخلايا لإمدادها بالوقود، أو عند ارتفاع

مستوى هرمون الضغط النفسي في الدم، وتظهر الأجسام الكيتونية في البول، ويؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم) (الجمعية الأمريكية لداء السكر، ٢٠٠٤).

٦- المرحلة السادسة:

في هذه المرحلة تزداد ظهور الأجسام الكيتونية في البول وتكون مصحوبة بتراكم حمض الكيتون في البلازما بالدم، ويكون الدم أكثر ميلاً إلى الحمضية.

٧- المرحلة السابعة:

هي مرحلة اشتداد مرض السكري التي تؤدي إلى حالة غير سوية وهي الغيبوبة الكيتونية (Damask, 1990).

القلق:

ينظر للقلق على أنه خلل يصيب السياق السوي لنشاطات الإنسان في خيرة أو أكثر، وبعض مظاهر القلق يمكن اعتبارها عارضاً طبيعياً يزول دون أن يترك آثاراً سلبية على كفاءة الشخص، ومنها ما يتجاوز ذلك لينغص على الفرد حياته (Barlow, 1998). ويرى (دولارد وميلر) أن القلق يمثل مشاعر بغيظه مشابهة للخوف الذي يظهر دون تهديد خارجي واضح، وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية، أو عرضاً لمرض جسدي ضمني أو حالة مرضية (Walker & Robert, 1983). بينما يعرف وولكر وروبرتس (Walker & Robert, 1983) القلق بأنه استجابة أو رد فعل داخلي دون وجود سبب خارجي مهدد بحيث تؤدي هذه الاستجابة إلى إثارة الفرد داخلياً، وقد يرتبط القلق بموضوع أو موقف خارجي غير خطير بحيث يسلك الفرد وكأنه خائف لسبب غير واضح أو معروف.

في حين عرفت موسوعة التحليل النفسي القلق بأنه شعور بالخوف والخشية من المستقبل دون وجود مبرر لذلك، وهو خوف مزمن، فالخوف هنا مرادف للقلق، إلا أن الخوف استجابة لخطر محدد بينما القلق استجابة لخطر غير محدد، ويقتصر القلق على المخاوف العصائية طالما أن مصدر الخطر غير معروف للشخص العصائي (حفي، ١٩٧٨) أما سبيليرجر (1983) *Speilberger* فيعرف القلق بأنه انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والخوف اللا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطراً يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها.

مما سبق يمكن القول إن القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، والذي يتضمن شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع (شيفر وميلمان، ٢٠٠١؛ Walker & Roberts, 1983).

وترميز سبيليرجر (*Speilberger*) بين نوعين من القلق هما:

١- حالة القلق (*Anxiety State*):

تعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية، وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده، وهذه استجابة طارئة تزول بزوال الأمر المقلق.

٢- سمة القلق (*Anxiety Trait*):

تعرف بأنها استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد، إذ تتصف بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية

إدراكهم للعالم، ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره

مصدراً للتهديد والخطر على الأعم الأغلب (Oltmanns & Thomas, 1998).

النظريات المفسرة للقلق :

١- التفسير الحيوي:

يؤكد على دور الجهاز العصبي المركزي، فقد يكون القلق ردة الفعل غير المتعلمة والتي تنشط من خلال اختلال الوظيفة البيوكيميائية للدماغ كما في حالة اضطراب الهلع. في حين أن الصور الأخرى للقلق تكون متعلمة، وهناك بعض الدراسات كما وردت في اولتمس واثومس (1998) Oltmanns & Thomas التي تشير إلى أثر العامل الوراثي للاضطراب، كما في اضطراب الفزع والرهاب، أما تأثيرات البيئة المحيطة فتبدو أعظم في حالات المخاوف المرضية المحددة (Oltmanns & Thomas, 1998).

٢- تفسير التحليل النفسي:

يمثل القلق أحد المفاهيم الرئيسية في المدرسة التحليلية، ويعرف التحليليون القلق على أنه حالة من التوتر تدفعنا إلى عمل شيء ما، تتطور هذه الحالة من خلال الصراع بين الهو والأنا الأعلى في محاولة كل منهما السيطرة على الطاقة النفسية المتوفرة. ويمكن تصنيف القلق بحسب هذه النظرية إلى: القلق الواقعي وهو الخوف من خطر خارجي ومستوى هذا القلق يتناسب مع درجة التهديد الخارجي وهو ما تعانيه عينة الدراسة الحالية، والقلق العصبي، والقلق الأخلاقي والذين يثاران عن طريق التهديدات الراجعة لميزان القوى داخل الفرد، حيث يبعث هذان النوعان إشارة إلى الأنا مفادها بأنه إذا لم يأخذ الأنا خطوات ضرورية، فإن الخطر سوف يزداد (Corey, 2005).

٣- التفسير السلوكي للقلق:

لقد أعطت نظريات التعلم تفسيرات مقبولة للقلق عن طريق الإشراف الكلاسيكي مثل حالات الرهاب، لكنها لم تعطى تفسيراً لحالات اضطراب الفزع (*Panic Disorder*) وحالة القلق المعم، وقد اعتبرت القلق منعكساً شرطياً نحو المنبهات المؤلمة أو الخطرة فمثلاً، إذا تعرض شخص إلى حيوان مخيف كلما فتح باب المنزل، فإنه سوف يخاف من فتح باب المنزل حتى لو لم يتعرض للحيوان. فافتران الخوف مثلاً بمثير محايد وهو باب المنزل المتواجد أثناء الخبرة المؤلمة هو ما جعل الشخص يخاف من فتح الأبواب (عبد الله ١٩٩٩).

٤- تفسير النظرية المعرفية:

تركز هذه النظرية في تفسيرها للقلق باعتبار أن الفرد يسبق المواقف بأنماط من التفكير الخاطئ أو المشوه أو السلبي، المبالغ في تقدير خطورة المواقف. وبالتالي يميل الفرد إلى التقليل من قدرته على مواجهة هذه المواقف (Oltmanns & Thomas, 1998).

٥- تفسير النظرية السلوكية المعرفية:

إن المبالغة والتهويل في تفسير الفرد لإحساساته الجسمية العادية كالزيادة في ضربات القلب وسرعة التنفس تؤدي إلى إحساس الفرد بأنه في خطر حقيقي قد يؤدي إلى موته إذا لم يتعامل معه بجدية. حيث يفسر الشخص زيادة ضربات قلبه بأنها أزمة قلبية، مما يؤدي إلى زيادة الإحساس بالأعراض السلبية (Oltmanns & Thomas, 1998).

أبعاد القلق:

١- البعد الأول: البعد الذاتي (Self Report Channel):

يكون من خلال تعبير الفرد لما في باخه كأن يقول "أنا فزعت حتى الموت" ويعبر عن مشاعره من خلال إجراء اختبارات يسجل درجة القلق الذي يعاني منه، مثل قلق السمة (Trait Anxiety)، أو في استجابته لمواقف خاصة يدعى قلق الحالة (State Anxiety) وتوجد اختبارات لقياس هذا النوع من القلق، ويجب تفسير نتائج هذه الاختبارات بحذر لأن استجابة الفرد لمقاييس تقدير الذات يمكن أن تكون موضوعاً لعدة أنواع من النزعات المقصودة وغير المقصودة، فقد يظهر بعض الأفراد مستويات قلق أقل مما يختبرونه واقعياً من أجل إرضاء المعالج أو من أجل إظهار أنفسهم بأنهم أصحاب اجتماعيا ونفسياً، ولكن بعضهم يباليغ في تقدير الذات من أجل إظهار استجابات تظهر بأنهم مرغوبون من قبل المعالجين أو ربما من أجل جلب الانتباه (Oltmanns & Thomas, 1998).

٢- البعد الثاني: الإثارة الفسيولوجية (Physiological Arousal):

يشمل هذا البعد نشاط الجهاز الودي العصبي الذاتي (Sympathetic Branch of the Autonomic Nerves System)، يظهر القلق على الأشخاص من خلال تغيرات فسيولوجية، مثل اضطرابات التنفس، وارتفاع ضغط الدم، والتعرق، وسرعة نبضات القلب، وتغير لون الجلد، وجفاف الحلق، وتوجد بعض العوامل التي تؤثر في الاستجابات الفسيولوجية مثل: درجة الحرارة، والحركة، ووزن الجسم، والنشاط المعرفي، وقد لا يكفي قياس القلق من خلال نشاط فسيولوجي واحد كسرعة دقات القلب مثلاً، وقد يظهر كل فرد استجابات فسيولوجية تختلف عن الآخر، لذلك لا بد من استعمال مقاييس مختلفة.

٣- البعد الثالث: السلوك الجسدي الحركي العلني (*Vertsomatic Motor*)

(*Behavior*):

ويشمل الرجفة والتأتأة التي تأتي إما نتيجة للإثارة الفسيولوجية أو وسيلة للتجنب أو الهروب من مثيرات محددة، وتقدير القلق في هذه الحالة يتألف من الملاحظة المباشرة لما يمكن أن يتجنبه الفرد مثل إلقاء خطاب أو أداء امتحان أو لمس حية أو ما شابه ذلك وتقدير الملاحظات من خلال مقياس أو أنظمة تقدير أخرى تسمح بمقارنة الاستجابات السلوكية الظاهرة بأي موضوع آخر، ولكن هذا الأسلوب لقياس القلق يتأثر بالعوامل الاجتماعية أو الموقفية.

ويعد تحديد القلق مشكلة معقدة لأن المصادر الثلاثة للقلق غير مرتبطة جداً مع بعضها، فالشخص الذي يعاني من القلق بسبب موقف ما قد يظهر ردود فعل قوية من خلال بعد واحد فقط، كالبعد الذاتي مثلاً، وبالتالي فإن مثل هذه التناقضات تعزي إلى ظهور القلق في كل مصدر من هذه المصادر الثلاثة حيث يعتبر وظيفة ولا يقتصر على موقف مثير ما، فطالب الجامعة قد يظهر لديه آثار فسيولوجية قوية وتجنباً ظاهراً للكلاب ولكنه يحاول أن ينكر أي قلق حتى لا يظهر أنه غبي مثلاً (Oltmanns & Thomas, 1998).

أسباب القلق :

للقلق أسباب كثيرة يمكن أن تأتي نتيجة لصراعات نفسية في اللاوعي، ويمكن تعلم القلق من خلال النمذجة كمشاهدة والدين قلقين كما يمكن أن ينتج من صراعات الطفولة، وقد يكون نتيجة للصراعات والمشاكل السائدة في عصرنا، ويمكن أن ينتج القلق من القلق نفسه وقد ينتج من مخاوف الشعور بالنقص، أو الفقر، أو سوء الصحة وقد يكون نتيجة التهديدات، والصراع، والخوف، والحاجات غير المشبعة، والفروق الفردية:-

١- التهديدات:

هي تلك التهديدات التي تأتي من خطر مدرك أو محسوس، تهدد قيمة الفرد كالقلق من رفض الآخرين، أو القلق من تحرش أحد الأشخاص، أو القلق من انفصال الوالدين أو القلق من احتمال الرسوب في مادة دراسية، أو غيرها من التهديدات (ماكديوال وهوستنلر، ٢٠٠٣).

٢- الصراع:

هناك ثلاثة أنواع من الصراعات التي تسبب القلق:

١. صراع يتعلق بالميل أو الرغبة في تحقيق هدفين مرغوبين من غير الممكن الجمع أو التوفيق بينهما (كأن يختار بين الالتحاق بوظيفة ممتازة في العطلة الصيفية وبين الذهاب مع العائلة لقضاء إجازة طال انتظارها) إذ كلا الخيارين سيكون رائعاً، وغالباً ما يكون اتخاذ مثل هذا القرار صعباً، ويؤدي أحياناً إلى إثارة القلق.
٢. الرغبة في فعل شيء وعدم فعله في نفس الوقت، فعلى سبيل المثال، يمكن لشخص أن يدخل في صراع حول إنهاء علاقة رومانسية تبدو مسدودة، فمن شأن فسخ العلاقة أن يوفر مزيداً من الحرية والفرص، لكنه يمكن أن يكون في نفس الوقت اختباراً أليماً ومعذباً لكلا الطرفين، ويمكن أن يتضمن اتخاذ مثل هذه القرارات قلقاً كبيراً.
٣. إذا وجد بديلان أحدهما مرهما يقال، مثل المعاناة من ألم أو إجراء عملية يمكن أن تؤدي مع الزمن إلى تخفيف الألم (ماكديوال وهوستنلر ٢٠٠٣).

٣- الخوف:

المخاوف يمكن أن تأتي استجابة لأوضاع متنوعة، فالناس يخافون من الفشل والمستقبل، وتحقيق النجاح، والرفض، والعلاقات الحميمة، والصراع، وافتقار معنى للحياة (ويسمى هذا أحياناً بالقلق الوجودي)، والمرض، والموت، والوحدة وأشياء أخرى حقيقية أو وهمية (ماكداول وهوستنلر، ٢٠٠٣).

٤- الحاجات غير المسددة:

يمكن تحديد الحاجات الأساسية للبشر من خلال ما توصل إليه علماء النفس إلى ستة حاجات هي كالتالي:

١. البقاء (الحاجة إلى أن يكون للإنسان وجود مستمر).
٢. الأمان (الأمان الاقتصادي والعاطفي).
٣. الجنس (كالتعبير عن الحب ككائن جنسي).
٤. الأهمية (أن له قيمة، وأنه جدير بالاهتمام).
٥. تحقيق الذات (أن ينجز أهدافاً ترضى الذات).
٦. الفردية أو الشخصية (الإحساس بالهوية)

وإذا فشل الناس في تحقيق هذه الحاجات الأساسية فإن القلق يعتريهم ويكونون غير مستقرين أو خائفين ومحيطين.

٥- الفروقات الفردية:

الناس يختلفون في ردود أفعالهم تجاه الأوضاع التي تبدي القلق، فبعض الناس نادراً ما يبديون قلقاً، بينما يبدي آخرون قلقاً معظم الوقت، والكثير منهم يبدي القلق بشكل طبيعي، هناك أشخاص تصيبهم أوضاع أو أحوال مختلفة من القلق أما بالنسبة

لآخرين، فإن مسألة أو مسألتين فقط هما اللتان تحدثان القلق وتعود مثل هذه الفروقات إلى التكوين النفسي للشخص أو شخصيته أو محيطه الاجتماعي أو تكوينه الجسدي أو اللاهوتي:-

التكوين النفسي:

إننا نتعلم معظم سلوكياتنا نتيجة لخبرة شخصية أو تعليم يقدمه لنا الوالدان وأشخاص آخرون ذو شأن، ونحن نتعرض أثناء ذلك لردات فعل نفسية تثير القلق فعلى سبيل المثال، حين نفشل ولابد لنا من المحاولة ثانية، وحين تكون قد تعرضت لمشاعرنا إلى الأذى في الماضي، وحين يطالبنا أشخاص أكثر مما نستطيع، وحين نرى القلق في حياة أشخاص آخرين (مثلاً، يتعلم طفل أن يكون قلقاً أثناء العواصف الرعدية لأن أمه كانت قلقة).

تكوين الشخصية:

قد يكون بعض الناس أكثر ميلاً للخوف أو التوتر الشديد من غيرهم، وبعضهم أكثر حساسية أو تمركزاً حول الذات أو افتقاراً إلى الأمان من الآخرين (ماكداول وهوستنلر ٢٠٠٣).

المحيط الاجتماعي:

كالقلق الموجودة في المجتمع نفسه، مثل عدم الاستقرار السياسي، وسرعة الحركة والانتقال الذي يعكر ويشوش إحساسنا بالانتماء إلى مكان معين، وقيمنا المتغيرة، وتغيير المقاييس الأخلاقية، والمعتقدات الدينية وما إلى ذلك.

التركيب الجسدي:

يمكن أن يتسبب وجود المرض في إثارة القلق، لكن القلق يمكن أن يحدث أيضاً بسبب عدم التوازن الغذائي والخلل في الوظائف العصبية. وعوامل كيميائية داخل الجسم (ماكدوال وهوستنلر، ٢٠٠٣).

وقد يكون القلق ناجماً عن مشكلات قانونية تتعلق بالعمل أو الزواج أو الأولاد ومنها أسباب متعلقة بالأمراض حيث يعتبر القلق النفسي من أهم الأعراض المصاحبة لكثير من الأمراض مثل مرض السكري، والذبحة الصدرية، واضطرابات القلب، والربو الشعبي (الدنشاري والبكري، ١٩٩٨).

أما الأسباب المتعلقة بالجانب الخاص بتأثير العقاقير، فالإنسان قد يصاب بالقلق النفسي على أثر تعاطيه الكوكايين والكافيين، وقد ينجم القلق النفسي عن إدمان الخمر والمنوعات والمخدرات، إذ يؤدي الإقلاع عن تعاطي هذه الأدوية إلى ظهور أعراض مرضية على المدمن، ويعتبر القلق النفسي من بين هذه الأعراض (الدنشاري والبكري ١٩٩٨).

وبشكل عام، فإن حالات القلق تقترن بوجود المعتقدات الخاطئة، كالاعتقادات الخاطئة عن الحمية الغذائية، والأقراص الخافضة لسكر الدم، والأنسولين، والاعتقادات الخاطئة عن الحياة كالنظرة التشاؤمية أو اللامبالاة (ميرزا، ١٩٨٣).

أعراض القلق:

أعراض القلق متنوعة، منها النفسية، والفسيولوجية، والسلوكية، ومنها ما يظهر مباشرة على تعابير الوجه، وتختلف هذه الأعراض من شخص إلى آخر، تبعاً للموقف الذي يتعرض له، ومن هذه الأعراض:-

١- الأمراض النفسية:

كالشعور بالخوف أو التوجس أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر أحياناً أو ضعف القدرة على التركيز الذهني، أو سيطرة الأفكار المشيرة إلى الخطر على الساحة الذهنية، والتنبيه الذهني للخطر مما يؤدي للأرق، خاصة في أول الليل (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

٢- الأمراض الفسيولوجية:

الأعراض الناتجة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (السمبثاوي) وزيادة إفراز هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين من الغدة الكظرية:

ومنهما أعراض عامة، كاتساع حدقتي العين، وشحوب الوجه، وتعرق راحة اليدين وزيادة سرعة نبضات القلب، وزيادة سرعة التنفس، وارتفاع نسبة السكر، وارتفاع ضغط الدم، وانقباض شرايين الجلد والأحشاء، وزيادة سريان الدم في الدماغ والعضلات، وزيادة توتر العضلات اللاإرادية (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

وقد يكون هناك زيادة إفراز هرمون (الفازويرسين) الموجود في سائل النخاع الشوكي كما هو في الوسواس القهري، أو نقص في مادة (السيريتونين) وهي ناقلات عصبية في المخ (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

- وقد تطرق الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية الصادرة عن جمعية الطب النفسي، باختلاف تصنيفاته لأمراض القلق:-

الأعراض المذكورة من DSM I إلى DSM IV:

لقد تم تصنيف القلق تحت العصاب في الـ DSM I وعند صدور الـ DSM II تم تشخيص القلق على أنه الخاصية المميزة للعصاب والتي يتم الإحساس والتعبير عنها مباشرة دون وعي وبطريقة أوتوماتيكية عن طريق التحويل أو النقل أو عن طريق

الميكانيزمات الأخرى، ولقد تم جمع الاضطرابات العصائبة بمجموعات معتمدة على العملية العامة لسير المرض والتي يشترك بها اللاوعي والصراعات، وميكانيزمات الدفاع لكن العديد من الأطباء لا يؤمنون بمبادئ النظرية التحليلية، لذا قام واضعو *DSM III* بتوظيف منحنى وصفي للتوضيح، وأحدها إلغاء مفهوم العصاب كمفهوم عام، وتم إعادة توزيع نماذج العصاب الفردية إلى محكات تشخيصية تعتمد على مظاهر وصفية معظمها تحت اسم الاضطرابات العصائبة (*DSM- IV, 1994*).

ولقد تم تشخيص **القلق** (التالية للمصاب بالقلق في آخر تحرير لـ *DSM IV*):-

- الخوف الواضح الملحوظ والمتواصل في كل مرة وبشكل مفرط وغير العقلاني والمرتبط بحضور أو توقع شيء، أو موقف أو موضوع محدد، مثل الطيران أو الحيوانات، أو الحقن (كحقن الأنسولين)، أو رؤية الدم.
- اكتشاف الخوف المرضي بأن تكون مثيراته دائمة ثابتة ومباشرة وتؤدي إلى القلق، بينما تكون الاستجابة التي تأخذ شكل مواقف حادة من الرعب الكبير على شكل هجمة نعر.
- الخوف عند الأطفال يكون على شكل إما بكاء أو نوبات غضب.
- يمكن تمييز الخوف عند الشخص، بأنه خوف غير معقول ولا منطقي.
- يتجنب الشخص الموقف بطريقة ثابتة محددة.
- المواقف الخيفة التي يتجنبها الشخص تكون متوقعة، والضغط النفسي الذي يسببه يكون له أعراض مثل صك الركبتين، والارتجاف بطريقة محددة في المهنة وفي النشاط الاجتماعي، وفي العلاقات الاجتماعية (*DSM- IV, 1994, P 462*)

كما أن مخاوف الشخص تزداد كلما ابتعد عن مجال اعتاد عليه ولا يحس بأمان بعيداً عنه، وليس بالضرورة أن يكون المنزل آمناً له، فقد تكون غرفة واحدة في المنزل فقط، ويرافقه وتوتر وضغط نفسي حاد وصارم في أي مكان خارج البيت أو أي مكان مغلق (Barlow, 1988).

أنواع القلق :

تم تشخيص عدة أنواع من القلق بحسب ما ورد في (DSM-IV) الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية الصادرة في عام (١٩٩٤) عن جمعية الطب النفسي، والاضطرابات المذكورة هي:

١- اضطراب القلق المعمم (*Generalized Anxiety Disorder*):

هو قلق مفرط أو توقع مرتقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وذلك في عدد من الأحداث أو الأنشطة، والخصائص الأساسية لهذا الاضطراب، وجود قلق غير واقعي أو زائد أو توقع الشر أو الخطر حول مجالين على الأقل من مجالات الحياة، ويتميز بأعراض توتر حركي كالارتعاش وانتفاض الجسد، وأعراض الجهاز العصبي اللاإرادي كخفقان القلب وتصبب العرق وبرودة اليدين (عبدالله، ١٩٩٩، ص ٥٦).

٢- اضطراب الفزع (*Panic Disorder*):

عبارة عن هجمة مفاجئة من الخوف الشديد المصحوب بأعراض فسيولوجية، أي هي خبرة مفاجئة غير مريحة من الخوف والرعب، إذ يتضمن القلق خليط من الانفعالات السلبية، ويعتقد بعض الأطباء النفسيين أن الفزع والخوف الشديد ما هو إلا استجابة خوف طبيعية تنطلق في غير وقتها، أي أن الفزع إنذار خاطئ (الفزع أكثر حدة ومفاجئ الحدوث).

وتتسم نوبة الفزع بحدوث أربعة من الأعراض التالية على الأقل: الخفقان، وسرعة معدل دقات القلب، وتصبب العرق، والرجفة، وانخفاض معدل التنفس، والشعور بالاختناق، وألم في الصدر، والغثيان، والدوار، والشعور بالانفصال عن الذات، والخوف من فقدان السيطرة على النفس أو الجنون، والخوف من الموت، والشعور بتخدر الجسم أو القشعريرة (DSM IV, 1994).

٣- الرهاب (Phobia):

هو شعور غير مبرر بخوف مرتقب مصاحب لموضوع معين أو وضع خاص، يدرك الفرد خلاله أن مخاوفه ليست عقلانية وغير مقبولة ولا تستند على أي أساس واقعي أو منطقي، ويتمثل الرهاب في تجنب الفرد للمواقف التي تثيره كالخوف من الظلام مثلاً، أما تجنب الوجبات المسممة أو المسدسات المحشوة لا تعتبر رهاب لأنها تستند على أساس منطقي.

ولقد تم تقسيم الرهاب لعدة أنواع تبعاً للكلمات اليونانية، فعلى سبيل المثال الخوف من المرتفعات أكروفوبيا (Acrophobia)، الخوف من الأماكن المغلقة (Claustrophobia)، الخوف من الحيوانات (Zoophobia)، الخوف من الدم أو الجرح أو الخوف المستمر من الطائرة (DSM IV, 1994).

٤- الخوف من الأماكن العامة (Agora Phobia):

هو الخوف الشديد من الوقوف والتواجد في أماكن مكشوفة ومفتوحة بحيث يشعر الشخص (المصاب) أنه وحيد ومن الصعب الحصول على مساعدة في مثل هذه الأماكن، وبعض الذين يعانون من هذا الاضطراب لا تظهر لديهم أعراض الهلع (عيداً لله ١٩٩٩، ص ٥٦).

٥- اضطراب الوسواس القهري (Obsessive – Compulsive Disorder):

تعني انقياد الشخص من دون وإرادة للتفكير في أشياء معينة، حيث يقوم هذا الاضطراب على افتراضات لا منطقية أو أفكار مشوشة ومزعجة، ويتضمن الوسواس أو الأفعال القهرية، والسلوك القهري هو سلوك علني يأخذ شكل السلوك المعرفي ويؤدي التتابع بين الأفكار والسلوك بصاحبه إلى شعوره بالألم والبؤس (Oltmanns & Thomas, 1998).

٦- اضطراب عصاب ما بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder):

هي مجموعة من الأعراض المميزة التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية، ويعبر عنها بمشاعر الفزع بعد حادث مؤلم نفسياً يفوت الخبرات المعتادة للبشر (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

ويمكن تشخيص هذا الاضطراب في ضوء الحكايات التالية:

- أن يخبر الفرد موقفاً صدمياً يتوفر فيه المواجهة، أو أن يشهد الفرد موقف يتضمن موتاً حقيقياً، أو تهديداً بالموت، أو تعرضه لإصابة بالغة، أو تهديداً للتكامل الجسمي للذات أو الآخرين، أما الخوف الشديد والعجز والفزع والتهيج بالنسبة للأطفال، فيعبرون عنها بالعباب متكررة تقترن بموضوعات الصدمة أو يكون لديهم أحلام مفزعة دون محتوى واضح.
- أن يمر الحدث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مستمر عن طريق واحدة على الأقل من الطرق التالية:

- التذكر المستمر والمزعج للحدث.
- تكرار الأحلام المزعجة عن الحادث.

▪ التصور المفاجئ أو الشعور بأن الحادث الصدمي يعاود الحدوث.

▪ الشعور بالضيق النفسي الشديد عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز أو تمثل جانباً من ذلك الموقف الصدمي.

▪ حدوث انتكاسة فسيولوجية عند التعرض لإشارات ترمز إلى ذلك الموقف الصدمي.

- التجنب المستمر للمثيرات التي ترتبط بالصدمة والشعور بالخطر.
- وجود أعراض مستمرة تزيد من الإثارة أو التهيج.
- أن يستمر الاضطراب لمدة شهر واحد على الأقل ويؤدي إلى الكرب أو الضيق النفسي (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

الاكتئاب (Depression):

يتعرض جميع الناس لفترات من الحزن الشديد من حين لآخر، فهذا جزء من مسيرة الحياة، ولكن إذا لازمت الفرد مشاعر اليأس والقنوط أياماً أو أسابيع متوالية فقد يكون الفرد مصاباً بالاكتئاب.

وإذا كان الفرد مصاباً بمرض مزمن كمرض السكري فإنه أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من شخص آخر غير مصاب بالمرض. فالإكتئاب أكثر انتشاراً وأشد وطأة لدى مرضى السكري من غيرهم كما تؤكد بعض الدراسات، كدراسة لاور (Lawer, 1990) ودراسة بات (Patten, 2005)، حيث يمكن الإصابة به بعد أن يتم تشخيص الفرد

كمصاب بالسكري، بعد أن يمر المصاب بمشاعر الرفض والغضب، وقد يصاب الشخص بالاكنتاب بعد سنوات من الإصابة بمرض السكري والتعايش معه (توشيت، ٢٠٠١).

لا يعلم أحد بشكل مؤكد حتى الآن سبب تعرض مرضى السكري للاكنتاب أكثر من غيرهم، ولكن قد يكون من أسباب ذلك حقيقة وجوب التعامل مع مرض السكري بشكل دائم، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة حالة الضيق والحزن لدى المصاب. أو قد يصاب به الفرد نتيجة لشعوره بالاختلاف والبعد عن أفراد العائلة والأصدقاء، أو بسبب تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي كالفقر والبؤس وتدني احترام الذات وقلّة العلاقات الاجتماعية كما بينته دراسة ديغروت، وأوسلاندر، ووليمس، وشيردن، وهيرجوش (De groot, Auslander, Williams, Sherraden & Haire-joshu, 2003) التي طبقت على عينة من النساء في الولايات المتحدة الأمريكية، أو قد يكون السبب نتيجة تلف الأعصاب التي تسيطر على المزاج والحالة النفسية للمريض.

ذكر خبراء ألمان أن ثمة علاقة بين مرض السكري والإصابة بالاكنتاب، حيث قال هؤلاء الخبراء إن قابلية مرضى السكري للإصابة بالاكنتاب أو بأعراضه تفوق بصورة كبيرة قابلية الأشخاص الذين لا يعانون من هذا المرض (جيه، ٢٠٠٦).

وقال (برنارد كولتزر) الباحث بمركز أمراض السكري في باد ميرجينيم إحدى مدن ولاية بادن فيرتمبورج، إن من بين العوامل التي تساهم في إصابة مريض السكري بالاكنتاب، تلك الصعوبات التي يواجهها للتأقلم مع المرض والاحتمالات الكبيرة لحدوث تعقيدات طبية نتيجة لذلك.

وصرح (كولتزر) لصحيفة دورية طبية ألمانية بأن عدم القدرة على السيطرة على مستويات السكر في الدم قد تؤدي أحيانا إلى إحساس بالعجز وعدم القدرة على التصرف

كما أثبتت الاختبارات أن نقص الأتسولين في الدم قد يؤدي أحياناً إلى تغييرات حادة في الحالة المزاجية للمريض مما يؤثر على التركيز ويسبب الشعور بالإرهاق .

والاكتئاب اضطراب نفسي يشعر فيه المريض بالحزن الشديد كما يفقد رغبته في التمتع بمباهج الحياة فيبتعد عن الأقارب والأصدقاء، وقد يضرب عن الذهاب إلى العمل أو مشاهدة التلفاز أو قراءة الصحف، وقد لا يهتم بنظافته وأمور حياته، وقد يصاب الفرد بالاكتئاب بعد الإصابة بالقلق النفسي. وهناك حالات يصاب فيها الفرد بالاكتئاب والسكري في وقت واحد، كما تؤكد بعض الدراسات أن حوالي (٨٠٪) من المرضى الذين يشكون من القلق أو الاكتئاب يكونون مصابين في الغالب بالسكري ويأخذى العرضين في وقت واحد، ويصيب الاكتئاب واحداً من كل أربعة أشخاص خلال مرحلة ما من مراحل الحياة (جيه، ٢٠٠٦).

ويعرف كولز (1982) Coles الاكتئاب أنه خبرة وجدانية ذاتية تتميز بأعراض الحزن والتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل، وقلة الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد ونقص القدرة على البت في الأمور، والشعور بالإرهاق، وفقدان الشهية ومشاعر الذنب، واحتقار الذات، وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي جهد، بينما يعرفه زهران (1997) بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

فسيولوجية المرض المصاب به بالاكتئاب :

لقد تقدم العلم كثيراً في مجال اكتشاف أسرار كيمياء المخ، وذلك من خلال التعرف على وظائف أعضاء جسم الإنسان ورصد التفاعلات الطبيعية التي تحدث في حالة الصحة وحالة المرض النفسي (الشرييني، ٢٠٠١ أ).

لقد وجد أن الاكتئاب يكون مصحوباً بتغير في إفراز الهرمونات ووظائف الغدد الصم في الجسم، وتغيرات الأوعية الدموية الناجمة عن ضغط الدم المرتفع أو داء السكري أو ارتفاع مستوى الكوليسترول التي قد تتلف مساحات صغيرة من نسيج الدماغ (كراملينغر ٢٠٠٢).

والهرمونات هي مواد طبيعية يتم إفرازها عن طريق هذه الغدد، ولها علاقة مباشرة بالكثير من الوظائف الحيوية، كما أنها تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الحالة النفسية، ومن الغدد الصم الرئيسية في الجسم، الغدة النخامية، والغدة الدرقية، والغدد التناسلية، والبنكرياس (الشريبي، ٢٠٠١ ب).

تفسيرات حدود الاكتئاب:

١- التفسير التحليلي للاكتئاب:

ينظر أتباع المدرسة التحليلية إلى الاكتئاب باعتباره نتاجاً للتفاعل بين الدوافع (الرغبات) والجوانب الوجدانية بما فيها مشاعر الذنب، والخسارة، في العام الأول من العمر. كما أشار أبراهام (Abraham) المشار إليه في (إبراهيم، ١٩٩٨) إلى الاكتئاب باعتباره ناتجاً عن عدم قدرة الفرد على تلبية رغباته الجنسية، وإشباع حاجات الحب لديه، مما يدفعه إلى توجيه شعوره بالغضب والكراهية والعداء إلى الداخل. أي نحو الذات وهذا هو الاكتئاب.

بينما يشير فرويد إلى الكثير من أوجه الشبه بين الحزن العادي نتيجة فقدان الحب وبين الاكتئاب المرضي، فالإكتئاب من وجهة نظر فرويد يحدث ويشتد إثر فقدان الحب، ونوبات الحزن التي تشتد وتنفجر وهي نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب

الشديد، وكأن كراهيتنا اللاشعورية هي التي تتسبب في انعدام أو فقدان الحب، مما يضاعف الشعور بالاكنتاب والغضب الداخلي واتهام الذات (إبراهيم، ١٩٩٨).

٢- تفسير نظرية التدعيم (السلوكية) للاكنتاب:

يرى أقطاب هذه النظرية من أمثال لوينسوتن (*Lewinsohn*)، واينشتاين (*Weinsien*)، وشو (*Show*)، وجلاسسر (*Glasser*)، أن الاكنتاب مرتبط بفكرة التدعيم خاصة خفض التدعيم الايجابي، الذي من شأنه أن يترك آثاراً سلبية على الفرد منها الشعور بالبوؤس وعدم الارتياح، وانتقاص قيمة الذات، والشعور بالذنب، والإحساس الفعلي بالإرهاق، والانعزال الاجتماعي، والمشكلات البدنية، وانخفاض معدل النشاط (عسكر ١٩٨٨).

٣- تفسير النظرية المعرفية لحدوث الاكنتاب:

يفسر أقطاب المدرسة المعرفية الاكنتاب بأنه اضطراب في التفكير، إذ يرى بيك (*Beek*) أن مشاعر البؤس أو الحزن المصاحبة للاكنتاب هي نتاج الأفكار الفورية (الأوتوماتيكية) التي يشعر بها الفرد، كالنظرة السلبية نحو العالم والذات والمستقبل، وهذا ما سماه بيك (*Beek*) بالثلث المعرفي للاكنتاب وهذا من شأنه أن يؤدي إلى الشعور بالحرمان والنقص والانهازم (*Beek, 1967*).

أسباب الاكنتاب:

هناك العديد من أسباب الاكنتاب، ومن هذه الأسباب الوراثية التي قد تزيد من احتمالية إصابة الفرد بالاكنتاب إذا كان أحد أفراد العائلة مصاباً به، أو الشخصية حيث هناك أشخاص مهيوون أكثر من غيرهم للإصابة بالاكنتاب كالموسوسين، والمحيط العائلي الذي قد يؤدي إلى زيادة احتمالية الإصابة بالاكنتاب وخاصة إذا ما تعرض الأطفال إلى

سوء المعاملة أو الإيذاء الجسدي أو الجنسي أثناء فترة الطفولة، كما أن نوع الجنس هو الآخر قد يكون سبباً من الأسباب، كما يمكن أن تكون الإصابة بالأمراض المزمنة طويلة الأمد كمرض السكري وضغط الدم والفشل الكلوي وأمراض القلب من أسباب الاكتئاب كذلك الكرب وأحداث الحياة تزيد من حالة الضيق النفسي والحزن لدى الأشخاص كموت أحد الزوجين أو الانفصال أو خسارة وظيفة أو غيرها من الأحداث (ماكنزي ٢٠٠٤).

وهذه الأسباب قد تتمثل في العديد من العوامل (الجينات، والشخصية، والمحيط العائلي، وفقدان أحد الوالدين في الطفولة، وسوء المعاملة أو الإيذاء الجسدي أو الجنسي في الطفولة، ونوع الجنس، وأنماط التفكير، وافتقار المقدرة على التحكم بالمصير، وأمراض الإعاقة الطويلة الأمد، والكرب وأحداث الحياة، والمرض الجسدي، والأدوية والعقاقير والافتقار إلى ضوء النهار):-

١- الجينات:

الجينات هي من العوامل التي تسهم في الإصابة بالاكتئاب، حيث توجد العديد من الجينات المسؤولة عن ذلك، إلا أن أحداً لم يتوصل إلى الآن حول كيفية عمل هذه الجينات، ولا يوجد دليل مباشر لدور الوراثة في الإصابة بمعظم أشكال الاكتئاب، فالفرد لن يصاب بالاكتئاب بمجرد أن والدته، أو والده، أو شقيقه قد يعاني منه، ولكن خطر الإصابة به قد يزداد في حال وجود فرد من أفراد الأسرة مصاب بالاكتئاب.

ومن الصعب وضع تصورات لخطر الإصابة بالاكتئاب لأن أهمية الجينات تختلف باختلاف أنواع الاكتئاب، فمثلاً تعتبر العوامل الوراثية أكثر أهمية في الاكتئاب المزمن مما هي عليه في الاكتئاب الخفيف، وأكثر أهمية عند الشباب الذين يصابون بالاكتئاب مما

هي عند الأشخاص الأكثر سناً المصابين به (إذ ينتشر الاكتئاب بين فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٣٠ سنة، بشكل كبير) (خضر، ٢٠٠٥)، وقد تكون الجينات بالغة الأهمية عند أقلية من الأشخاص الذين يشهدون فترات من الأمزجة السعيدة والأمزجة السيئة، وهو ما يعرف بالاكتئاب الهوسي (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٢- الشخصية:

لا تقتصر الإصابة بالاكتئاب على شخصية دون أخرى، ولكن هناك أشخاص مهيوون أكثر من غيرهم للإصابة بالاكتئاب، كالأشخاص الموسوسين، والصارمين والذين يكتمون مشاعرهم، والأشخاص الذين ينال منهم القلق بسهولة، كما أن الأشخاص الذين يملكون أمزجة متقلبة أو ثابتة أو مكتئبة يكونون أكثر عرضة للمرض الهوسي - الاكتئابي

٣- المحيط العائلي:

يعتقد أن أنواعاً معينة من الأحداث السيئة في طفولة شخص ما تزيد من احتمال إصابته بالاكتئاب:

- كفقدان أحد الوالدين في الطفولة.
- نوع الأبوين، كالأباء المتسلطين، وكثيري الانتقاد يكون أبناءهم أكثر عرضة للاكتئاب.
- سوء المعاملة أو الإيذاء الجسدي أو الجنسي في الطفولة، إذ أظهرت الدراسات أن نصف الأشخاص الذين يزورون طبيباً نفسياً كانوا قد تعرضوا لنوع من التوحد الجنسي غير المرغوب في أوائل فترة المراهقة أو الطفولة (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٤- نوع الجنس:

قد يكون من المحتمل أن عدد النساء الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب يصل إلى ضعف عدد الرجال، ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن النساء أكثر عرضة للاكتئاب، فقد يعود السبب إلى أن النساء يعترفن غالباً بالإصابة بالاكتئاب أكثر من الرجال، أو أن الأطباء يتعرفون بسهولة أكثر إلى الاكتئاب عند النساء، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، فإن النساء تتعرض لضغوط اجتماعية تفضي إلى الاكتئاب لا يحتمل أن يصادفها الرجال مثل التواجد في المنزل مع أولاد صغار (Lloyd & Brown, 2002) كما أن هناك تغيرات هرمونية تمر بها المرأة خلال دورة الحيض، وتلك المرتبطة بالحمل والولادة وسن اليأس، والتي قد تجعل النساء أكثر عرضة للاكتئاب، أو تأثير لديهن نوبة من المرض الاكتئابي (ماكزوي، ٢٠٠٤).

٥- أنماط التفكير:

يختلف الأشخاص في نظرتهم لأنفسهم وللمستقبل وللعالَم من حولهم، حيث إن هناك بعض الأشخاص يكونون سلبيين جداً تجاه أنفسهم، لذا فإنهم أكثر عرضة للاكتئاب من غيرهم، وهذا ما أشار إليه عالم النفس الأمريكي آرون بيك (A-Beck) الذي قال:- أن معظم الأفراد يملكون أسلوباً متفائلاً في التفكير يقيهم مسرورين نوعاً ما معظم الوقت ويميل الإنسان بطبعه إلى التقليل من شأن إخفاقاته والإفادة ما أمكن من نجاحاته، فعلى سبيل المثال، إذا أوقع شخصاً كويماً في مقهى مزدحم، فقد يقول "إن الأكواب كانت ممتلئة بشكل مفرط، أو أن شخصاً ما قد دفعني" أي أنها لم تكن غلطة الشخص.

بينما إذا تمكن الشخص من اجتياز حشد من الأشخاص دون أن يريق نقطة من الكوب، فلن يقول الشخص على الأرجح إن الأكواب كانت غير مليئة بشكل أقل، أو أن

الجميع كانوا حريصين على دفعه، أو قد يدعي الشخص أن الأمر إنما هو مهارة فذة من قبله، غير أن بعض الأشخاص المعرضين للاكتئاب يفكرون بطريقة مغايرة، فهم يميلون إلى التقليل من شأن نجاحاتهم ويطلبون التفكير في إخفاقاتهم (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٦- افتقار القدرة على التحكم بالمصير:

يعتقد بعض الاختصاصيين أن الأشخاص الموجودين لوقت طويل في وضع لا يملكون حياله أية قوة للتغير ولا يستطيعون الإفلات منه، يكونون أكثر عرضه للاكتئاب وقد جاءت هذه الفكرة من تجارب على الكلاب أجراها علماء النفس، فقد وجد أن الكلاب تثبط من عزيمتها وتستسلم وتأكل أقل إذا وضعت في ظروف تجريبية وعوقبت عقاباً خفيفاً من دون سبب ظاهري، وكانت لا تملك سبيلاً للحد من العقاب، وقد أطلق علماء النفس على ذلك اسم العجز المكتسب بالتعلم (Learned Helplessness)، ولكن اختصاصيين آخرين يعتقدون أنه من الصعب الموازنة بين أفعال الكلاب وأفعال البشر ومن الصعب جداً القول ما إذا كانت الكلاب أصيبت أصلاً بالاكتئاب، ومع ذلك، فإن معدلات الاكتئاب تكون مرتفعة بين المرضى المقيدون في الفراش أو بالكرسي ذي العجلات الذين يعتمدون على الممرضات في كل شيء (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٧- أمراض الإعاقة الطويلة الأمد:

يمكن أن يزيد الانزعاج والإعاقة والتعبية وعدم الاستقرار من احتمال إصابة الشخص بالاكتئاب، ففي الأوضاع العادية يفضل معظمنا أن يكون متمتعاً بالاستقلالية وأن يلتقي بالشخص الذي يريد، لكن أن يكره الشخص على البقاء في وضع يكون فيه عاجزاً نسبياً قد يكون سبيلاً لجعل الأشخاص المصابين بعقل وخيمة عرضه للاكتئاب

أو قد تكون الطاقة اللازمة لمحاربة الاكتئاب قد استنفذت نتيجة الأمراض الطويلة الأمد كما أن المخاوف بشأن عدم الاستقرار المالي قد تكون ذات أثر مهم أيضاً.

٨- الكرب وأحداث الحياة:

يمكن أن يؤدي الضيق النفسي إلى الاكتئاب سواء تجلى ذلك في شكل حدث مفاجئ وقاهر أم كرب طويل الأمد، ويتضاعف الاكتئاب ست مرات أكثر في الأشهر الستة التي تلي حدثاً مسبباً للكرب على نحو ملحوظ، فالكرب قد يجعلك أكثر عرضة للاكتئاب أو قد يكون بحد ذاته سبباً له (ماكزني، ٢٠٠٤).

وهناك أحداث في الحياة، كفقْدان الزوج أو خسارة الوظيفة (وقد تكون القشة التي تقصم ظهر البعير) إذا كان الشخص يواجه صعوبات طويلة الأمد كمشاكل في السكن، أو الزواج، أو العمل، وتفاقم المشاكل الطويلة الأمد لها تأثير المشكلة القصيرة، والواقع أن المعاناة التي قد تعمل بمثابة محرض للاكتئاب قد تكون أيضاً نوعاً من الخسارة، مثل خسارة ماء الوجه أو فقدان الاحترام للذات عبر علاقة مدمرة.

ومن أهم عشرة أسباب مسببة للكرب في الحياة والتي قد تسبب الاكتئاب، هي

كالتالي:

- موت الزوج أو الزوجة.
- الطلاق.
- الانفصال الزوجي دون طلاق.
- قضاء مدة في السجن.
- موت صديق مقرب.
- إصابة أو مرض.

- الزواج.
- خسارة الوظيفة.
- مصالحة زوجية.
- التقاعد.

ويمكن أن يفضي حدث واحد فقط من كل عشر خسارات من هذا النوع إلى الاكتئاب، وهناك العديد من أشكال المعاناة الأخرى في الحياة التي تسبب أحياناً الاكتئاب، لكنها لا تنطوي على أي نوع من الخسارة (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٩- المرض الجسدي:

يمكن أن يسبب المرض الجسدي الاكتئاب، فالصدمة التي يتعرض لها الشخص نتيجة اكتشافه أنه يعاني من مرض خطير قد تسبب له فقدان الثقة بالنفس والاعتداد بالذات وبالتالي الاكتئاب، ولكن الأسباب معقدة فعلاً، فعلى سبيل المثال، يشيع الاكتئاب كثيراً بعد نوبة قلبية، وذلك لشعور الأشخاص بأن نهايتهم قد أصبحت قريبة وأن عليهم مواجهة الموت بأنفسهم، أو لإصابتهم بحادث يسبب لهم الإعاقة، وعند الكبار في السن؛ تعتبر العزل البدنية التي يعانون منها من الأسباب الأكثر شيوعاً للاكتئاب "ضخامة الأطراف، الأورام الدماغية، الخرف، مشاكل القلب، داء باركنسون، الداء السكري).

وهناك بعض الأمراض التي قد تسبب الاكتئاب بسبب طريقة تأثيرها في الجسم فالإكتئاب قد يصاحب داء باركنسون والتصلب المتعدد (Multiple Sclerosis) بسبب تأثيرهما في الدماغ إلى حد كبير، كما أن الأمراض المؤثرة في الهرمونات قد تسبب الاكتئاب، وثمة رابط أيضاً مع بعض الأمراض الفيروسية، فعلى سبيل المثال وباء الأنفلونزا يتبعه غالباً الاكتئاب (الحلي، ٢٠٠٥).

١٠- الأدوية والعقاقير:

هناك بعض الأدوية الموصوفة يمكن أن تسبب الاكتئاب، لذا لا يمكن تناول أي عقار دون استشارة الطبيب، مع أن بعض العقاقير قد لا تسبب دوماً الاكتئاب، إلا أن التوقف عن تناولها قد يكون أكثر خطورة من الاكتئاب بذاته.

كما أن المواد غير الموصوفة قد تؤدي أيضاً إلى الاكتئاب، فالكحول تأثيرات مباشرة على الدماغ وقد تجعل الفرد يشعر بالاكتئاب، وقد يسبب الإدمان الكحولي الاكتئاب وبالطريقة نفسها يمكن للعقاقير الإستجمامية أن تسبب الاكتئاب عبر التأثيرات المباشرة والصدمة التي تتركها على أسلوب حياة الفرد، ومن الأدوية التي قد تسبب الإصابة بالاكتئاب: " الأقرص المضادة للصرع، والعقاقير المعالجة لضغط الدم المرتفع، والعقاقير المضادة لداء باركنسون، وحبوب منع الحمل (حبوب منع الحمل المشتركة وربما حبوب البروجستيرون فقط)، ومدرات البول، والمهدئات القوية، أدوية الستيرويد (للربو، والتهاب المفاصل، وغيرهم) (ماكنزي، ٢٠٠٤).

١١- الافتقار إلى ضوء النهار:

يشعر معظم الأفراد بشعور أفضل في الأيام المشمسة مما في الأيام الملبدة بالغيوم ويفضلون الصيف على الشتاء، لكن هذا الأمر يؤدي إلى نمو منحنى متطرف عند بعض الأفراد، فهم يكونون على ما يرام في الصيف، لكنهم يصابون بالكآبة كلما أصبح اليوم أقصر في بداية الشتاء، ويقال إنهم يعانون من الاضطراب العاطفي الموسمي (SAD). وقد يرتبط الاضطراب العاطفي الموسمي بمستويات هرمون الميلاتونين، الذي يتحرر من الغدة الصنوبرية في الدماغ، والواقع أن تحرير هذا الهرمون له علاقة بالضوء، إذ يجري إفراز المزيد منه في الظلام، ويعتبر العلاج الضوئي فعالاً جداً أحياناً للتخلص من

أعراض الاضطراب العاطفي الموسمي، فالتعرض لضوء ساطع منبعث من مصباح خاص لمدة أربع ساعات يومياً قد يعالج الاكتئاب في غضون أسبوع تقريباً (ماكنزي، ٢٠٠٤).

أعراض الاكتئاب:

للاكتئاب صمد من (الأعراض)، وهي كالتالي-

١- حزن دائم:

إذ يشعر الفرد بالإحباط أو الحزن أو الفراغ وقد يبكي طوال الوقت أو يشعر باللامبالاة - أي لا يكون الفرد حزيناً ولا سعيداً.

٢- التهيج:

قد يتهيج الفرد بسهولة وقد يغضب من أمور لم يكن ينزعج منها قط.

٣- مشاعر القلق:

قد يكون الفرد عصبياً أو قلقاً أو مشغولاً بهموم تافهة على نحو غير اعتيادي، فيعمد إلى تضخيم الأمور على الدوام، وقد يشعر الفرد بالقلق أو يعاني من انزعاج أو مغص في المعدة.

٤- فقدان الاهتمام أو المتعة في الحياة:

قد يفقد الفرد القدرة على الاستمتاع بين الناس أو في الهوايات أو النشاطات التي كانت ذات متعة من قبل (كراملينغر، ٢٠٠٢).

٥- إهمال المسؤوليات الشخصية أو الرعاية الشخصية.

كإهمال الفرد لمظهره الخارجي وملبسه وإهماله لمواعيده وعدم أخذ الأمور بجدية.

٦- تغيرات في عادات الأكل:

فقدان الرغبة في الأكل، أو الأكل بإفراط وزيادة الوزن.

٧- تغيرات في أنماط النوم:

كمشكلات في النوم خلال الليل والاستيقاظ باستمرار أو الاستيقاظ في ساعات الصباح الأولى وعدم القدرة على النوم مجدداً

٨- التعب وفقدان الطاقة:

كأن يعاني الفرد من انخفاض في مستوى الطاقة ويشعر بالتعب طوال الوقت، وقد يتحرك الفرد ببطء ويتحدث ببطء.

٩- تضائل التركيز والانتباه والذاكرة:

قد يواجه الفرد مشكلة في التركيز وعدم القدرة على إبقاء انتباهه على مهامه أثناء العمل أو المدرسة أو المنزل، وقد يصبح اتخاذ القرارات، حتى البسيطة منها، أكثر صعوبة، وقد ينسى الفرد الإشباع بسهولة.

١٠- تغيرات مفرطة في المزاج:

ينقلب مزاج الفرد بشكل كبير بين الشعور بالنشاط والخفة إلى اليأس في غضون فترة قصيرة من الوقت.

١١- الشعور بالعجز:

قد يشعر الفرد بأنه عاجز عن السيطرة على حياته وقد يقع بسهولة تحت وطأة الضغط ويصبح أكثر اعتماداً على بقية الأشخاص حتى في المهام البسيطة (كراملينغر، ٢٠٠٢).

١٢- الشعور باليأس:

قد يواجه الفرد صعوبة في التطلع إلى مستقبل مشرق وإيجابي، ويشعر بأن الأمور لن تتحسن أبداً.

١٣- الشعور بعدم الجدوى أو الذنب:

قد يشعر المكتئب بأنه ليس جيداً بقدر الأشخاص المحيطين به، مما يدفعه للانعزال عن الآخرين وقد يشعر بالذنب دونما سبب معين.

١٤- التفكير السلبي الدائم:

قد يصبح الفرد متشائماً ويسيء تقدير ذاته ولا يصدق بأن الأمور سوف تتحسن وتصبح مثل هذه العبارات شائعة لديه كـ "لست جيداً" أو "لست قادراً" أو "ما الجدوى"

١٥- عوارض جسدية لا تستجيب للمعالجة:

كالمعاناة من الصداع أو اضطرابات المعدة أو الألم المزمن، وهذه العوارض مرتبطة عموماً بالاكتئاب.

١٦- ازدياد استعمال الكحول أو العقاقير:

يعتقد المكتئب أنه من خلال تناوله للكحول والعقاقير غير المشروعة قد يخفف من عوارض الاكتئاب. إلا أن هذه المواد تؤثر على وظيفة الدماغ مما يجعل الأمور أكثر سوءاً.

١٧- الأفكار الانتحارية والرغبة في الموت:

كأن يتمنى الفرد لو كان ميتاً، وتراوده أفكار مثل: "لو يأخذني الله، لكنت أرتاح" أو "لو أستطيع فقط النوم وعدم الاستيقاظ أبداً، لكانت عائلتي تشعر بالارتياح"، وقد يراود الفرد أفكار فعلية بقتل نفسه (كراملينغر، ٢٠٠٢).

أنواع الاكتئاب:

يتخذ الاكتئاب أشكالاً عدة، وما يميز هذه الأشكال عن بعضها هي العوارض والظروف المرتبطة بكل منها، وفي الغالب لا يوجد تمييز واضح بين مختلف أنواع الاكتئاب وقد تتشارك في العديد من الخصائص (كراملينغر، ٢٠٠٢).

وهناك (٢) أنوع رئيسية ذات خصائص بارزة من الاكتئاب:

١- الاكتئاب الخفيف (Mild):

في الاكتئاب الخفيف (Mild) قد يظهر المزاج المكتئب ويختفي، ويبدأ المرض غالباً بعد حدث معين مسبب للضيق، وقد يظهر الشخص مشاعر القلق، بالإضافة إلى فتور الهممة والاكتئاب، وغالباً ما يكون إدخال بعض التغييرات على نمط الحياة هو كل ما يحتاجه المرء لإزالة هذا النوع من الاكتئاب.

٢- الاكتئاب المعتدل (Moderate):

في الاكتئاب المعتدل، يكون مزاج المكتئب مستمراً وتظهر على الشخص أعراض جسدية، رغم أن هذه الأعراض تختلف بين إنسان وآخر، ومن غير المرجح أن يكون إدخال بعض التغييرات على نمط الحياة مجدداً لوحده، لذلك قد تبرز الحاجة إلى المساعدة الطبية.

٣- الاكتئاب الحاد:

الاكتئاب الموحيم أو الحاد هو مرض مهدد للحياة تكون أعراضه شديدة، إذ يعاني الشخص فيه من أعراض جسدية وأوهام وهلوسات، ومن الضروري مراجعة الطبيب بأسرع وقت ممكن (ماكنزي، ٢٠٠٤).

إلى جانب هذه المصطلحات الأساسية للاكتئاب، هناك مصطلحات أخرى، وهي

كالتالي:

١- الاكتئاب التفاعلي:

يمكن استخدام هذا المصطلح بطريقتين، الأولى تستخدم كلمة تفاعلي (Reactive) لوصف اكتئاب ناجم عن حدث مسبب للكرب - كفقدان وظيفة - لا يدوم في العادة طويلاً، كما يمكن وصفه بأنه مغالاة قصيرة الأمد لرد فعل طبيعي ناتج عن مشكلة أو محنة

وقد تكون النصيحة والدعم العائلي والسيطرة على الكرب والقيام ببعض الخطوات العملية هو كل ما يحتاج إليه لمعالجة هذا النوع من الاكتئاب.

كما يمكن للحدث المسبب للكرب أن يطلق أحياناً اكتئاباً أكثر حدة، كما يمكن للأشخاص المعرضين للاكتئاب أن يشهدوا أحداثاً مسببة للكرب بعد إصابتهم بالاكتئاب وإذا حدث ذلك، فإنه يصعب تماماً تحديد ما إذا كان الاكتئاب حقاً هورداً فلهل طبيعى للضيق والكرب، كما يستخدم مصطلح تفاعل أيضاً لوصف اكتئاب يبقى الشخص خلاله قادراً على التفاعل مع الأوضاع الاجتماعية والاستمتاع بها (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٢- الاكتئاب الداخلي المنشأ:

حيث يظهر الاكتئاب الداخلي المنشأ (Endogenous) من دون سبب، ويكون شديداً عادة ويحتمل أن ترافقه أعراض جسدية، مثل فقدان الشهية، ونقص الوزن والاستيقاظ باكراً بمزاج سيء، وفقدان الرغبة بالجنس، وعادة ما يتحسن المكتئب من هذا النوع مع المعالجة، لكن المشكلة في استعمال هذه الطريقة المحددة لتعريف الاكتئاب يكمن في احتمال ظهور الأعراض نفسها عند بعض الأشخاص نتيجة أحداث مكرية.

٣- الاكتئاب العصائى:

يستخدم هذا المصطلح لوصف شكل خفيف من الاكتئاب يشهد خلاله الشخص أياماً جيدة وأخرى سيئة، ويميل الشخص إلى الشعور أكثر بالاكتئاب خلال المساء، وفي هذا النوع من الاكتئاب، قد يواجه الفرد صعوبة في الطود إلى النوم ويعاني من نوم متقطع لكن دون الاستيقاظ باكراً في الصباح، وينام بعض الأشخاص بإفراط فيما يجد البعض الآخر أنهم أصبحوا أكثر انفعالاً من المعتاد.

وأحياناً، تستعمل كلمة عصابي (Neurotic) كمصطلح ازدراشي، لذلك لا يستخدم مصطلح الاكتئاب العصابي كثيراً هذه الأيام، وتعتبر هذه التسمية، معنى آخر للاكتئاب الخفيف (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٤- الاكتئاب الذهاني:

الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression) هو اكتئاب حاد، يعاني الأشخاص المصابون به من أعراض جسدية، وقد يفقدون الصلة بالواقع نتيجة للأوهام أو الهلوس التي يشعرون بها، ويحتاج المصابون به دوماً إلى معالجة طبية.

٥- الاكتئاب الثنائي القطب:

الاكتئاب الثنائي القطب (Bipolar) هو اسم آخر للذهان الهوسي-الاكتئابي (Manic Depressive Illness) والواقع أن الأشخاص الذين يعانون من ذهان هوسي اكتئابي يظهرون مزاجاً مرحاً مستمراً وفترات متواصلة من المزاج الكئيب الذي قد يراوح بين الاكتئاب الخفيف والحاد، وحين يصاب الشخص بهذا النوع من الاكتئاب، فهو يشعر غالباً بالابتهاج، وتقل حاجته للنوم أو للطعام عما هو معتاد، ويتملكه شعور عام بالصحة والعافية، كما يتمتع بمقادير مفرطة من الطاقة، ويتحدث بسرعة كبيرة، ويشعر كما لو أن الأفكار تتسابق في رأسه.

٦- الاكتئاب الأحادي القطب:

الاكتئاب الأحادي القطب (Unipolar) هو مصطلح يستخدم لوصف الاكتئاب الذي يعاني منه أغلبية الناس، ويعني أن الأشخاص يظهرون مزاجاً كئيباً إلى جانب المزاج المرح.

٧- الاكتئاب الهياجي:

الاكتئاب الهياجي (Agitated) هو في الواقع وصف لأعراض هذا النوع المحدد من الاكتئاب، الذي يكون فيه الفرد قلقاً ومنزعجاً ومضطرباً.

٨- الاكتئاب الآجل:

الاكتئاب الآجل (Retarded) يشير إلى نوع الاكتئاب الذي تتباطأ فيه العمليات الذهنية والجسدية على السواء، حيث يجد الشخص غالباً صعوبة في التركيز، وحين يكون المرض وخيماً جداً، يجد بعض الأشخاص استحالة التحرك أو النطق أو الأكل، وثمة خطر من أن يموتوا جوعاً (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٩- الاكتئاب الجزئي:

يشير هذا المصطلح (Dusthymia) إلى اكتئاب خفيف مستمر، ورغم أن هذا الاكتئاب قد يظهر ويختفي، فإن الأطباء يتوصلون إلى هذا التشخيص إذا دام المرض لأكثر من شهرين خلال فترة سنتين، وتتجلى الأعراض الأساسية في التردد في اتخاذ القرارات وتضاؤل الاحترام للذات، وقد تجدي المعالجة النفسية نفعاً أكثر من المعالجة بالعقاقير.

١٠- الاكتئاب المقنع أو المبتسم:

يقول المصابون بالاكتئاب المقنع (Masked) أنهم لا يشعرون بالاكتئاب، رغم أنهم يعانون من عدد من الأعراض الأخرى التي تشير إلى الاكتئاب، فقد يتم فحصهم في البداية بحثاً عن مرض بدني قبل إجراء التشخيص، والواقع أن الأعراض الجسدية، مثل ألم الصدر أو مشاكل النوم، تتحسن حين يتلقى الشخص معالجة مضادة للاكتئاب.

١١-الاكتئاب العضوي:

وهو الاسم الذي يطلق على نوع من الاكتئاب ناجم عن مرض بدني أو الناجم عن مداومة الشخص ببعض أنواع الأدوية.

١٢-الاكتئاب الراجع الوجدان:

يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى مرض مشخص حديثاً يظهر خلاله اكتئاب خطير ويوم لبضعة أيام فقط في كل مرة.

١٣-الاضطراب العاطفي الموسمي:

يتم استعمال هذا المصطلح أساساً للإشارة إلى أي نهان اكتئابي يظهر بانتظام في وقت محدد من السنة، بسبب الطلبات المتزايدة في العمل مثلاً، وهو يستخدم الآن لوصف نوع محدد من الاكتئاب ينجم عن تناقص مستويات ضوء النهار مع اقتراب فصل الشتاء وقصر طول النهار، وقد تظهر على المصابين الاضطراب العاطفي الموسمي (*Seasonal Affective Disorder*) رغبة شديدة في تناول النشويات أو الشوكولا وحاجة متزايدة إلى النوم خلال فصل الشتاء (ماكزبي، ٢٠٠٤).

الضغط النفسي:

يمكن تعريف الضغط النفسي بأنه حالة استثارة للعقل والجسم كاستجابة لمتطلبات تفرض على الأفراد (Schafer, 1996, P 6). ويعرفه سلاي (1980) *Selye* بأنه استجابة الجسم غير المحددة لأي متطلب تكيفي، سواء كان هذا المتطلب بسبب الفرح أو الألم، بينما يعرف سلاي ولازاروس (Selye & Lazarus) الضغط النفسي بأنه حالة من عدم قدرة الفرد على التكيف مع التهديد المدرك (الحقيقي أو المتخيل) للصحة النفسية

والانفعالية والروحانية، والتي تنتج سلسلة من الاستجابات والتكيفات الفسيولوجية
(Schafer, 1996; Seaward, 2002).

يعيش جميع الناس هذه الأيام حياة مليئة بالضغوط سواء أكانوا مصابين بداء
السكري أم غير مصابين به (توشيت، ٢٠٠١)، فالشخص عند إصابته بمرض السكري يتغير
نمط حياته، وهذا لا يعني بالضرورة أن تتغير حياته نحو الأسوأ، بل قد تختلف عما كانت
عليه في السابق (غرينوود، وروينسون، ٢٠٠٢). فالمصاب بداء السكري قد يتأثر نتيجة
المرض وخاصة عندما يكون مرهقاً فإن جسمه يقوم بإنتاج مجموعة من الهرمونات التي
تعمل على إطلاق الدهون والجلوكوز إلى مجرى الدم لتساعد الأفراد على مواجهة الضغوط
مما يؤدي إلى ارتفاع جلوكوز الدم لدى المصاب إلى مستويات مخيفة، الأمر الذي قد يزيد
من حالة التوتر والقلق والضغط النفسي عليه وخاصة عند مواجهة المواقف التي يكون الفرد
فيها بين إقدام وإحجام (الجمعية الأمريكية لداء السكر، ٢٠٠٤).

والعلاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري علاقة متبادلة، كما هو الحال في
العديد من الأمراض المزمنة. فقد تؤدي الضغوط إلى ظهور أعراض المرض كما يمكن للمرض
نفسه أن يزيد من الضغوط النفسية، فيمكن لداء السكري أن يهيج الضغوط العصبية
الحقيقية أو الوهمية أو المتوقعة منها، ويمكن أن يجعل الشخص يشعر كما لو أنه لم يعد
قادراً على السيطرة على جسمه، وقد يشعر بالغضب، ويتساءل: " لماذا أنا؟"، أو قد تجده في
حالة إنكار، " لا يمكن أن يحدث هذا لي " (الجمعية الأمريكية لداء السكر، ٢٠٠٤).

والمهم هو أن يتحكم المريض بالسكري ولا يسمح للسكري بالتحكم به، وهي عملية
تتطلب تدعيم الصحة النفسية والعاطفية، فالمشاكل الزوجية، والتأخر في دفع الفواتير
وتعطل جهاز الحاسوب، وتضييع فرصة من أحد الزبائن... أعمال متراكمة تفوق قدرة

الشخص على القيام بها، ما يعني باختصار أن الشخص يتعرض لضغط نفسي، حيث يظهر ذلك في معدلات الجلوكوز في دمه، التي قد ترتفع إلى درجات قياسية (غرينوود وروبنسون، ٢٠٠٢).

ولموضوع الضغط النفسي أهمية بالغة لدى الأطباء وعلماء النفس، ونظراً لزيادة انتشار الحالات الفردية التي تصاب بالأعراض النفسية غير التكيفية للضغط النفسي والتي قد تصل حد الإصابة بالأمراض الخطيرة، مثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكر. أشارت دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى ارتفاع نسبة الأمراض المرتبط بالضغط النفسي إلى ما بين (٧٠٪ - ٨٠٪) (Seaward, 2002)، من هذه الأمراض اضطراب المعدة، والصداع، والإسهال، والطفح الجلدي، والسعال، ومشاعر الاحتياج والإرهاق أو الإجهاد (توشيت، ٢٠٠١).

وهذه النظريات التي فسرت الضغط النفسي:

١- نظرية متلازمة التكيف العام لسيلاي (*The General Adaptation Syndrome*):

تؤكد هذه النظرية على دور المؤثرات الخارجية في الإصابة بالضغط النفسي، كما أكد سيلاي على دور الضغط النفسي في الأمراض الجسمية، وأحداث الحياة الهامة كالموت أو الطلاق أو الزواج أو التقاعد أو الإصابة بالمرض كمصدر أساسي للضغوط أو الكرب الذي يعاني منه الإنسان. فهو يتحدث عن ثلاثة مراحل للتكيف أو التعامل مع الضغوط وهي التهيو ثم المواجهة، فإذا لم تفلح فيصاب الشخص بالإنهاء أو الاستنزاف، مما يؤدي إلى الإصابة بالأمراض الجسدية مثل السكري وارتفاع ضغط الدم أو غيره (Schafer, 1992).

٢- نظرية الصلابة ومقاومة الضغط لكوباسا وماضي (Hardiness and Stress)

(Resistances):

ترى صاحبة هذه النظرية (كوباسا) Kobasa أن الأشخاص الذين لديهم قدرة عالية على التحمل هم أقل احتمالاً للتعرض للضغط النفسي، ويتميز هؤلاء الأشخاص بالالتزام (Commitment)، والضبط (Control)، والتحدى (Challenge)، وقد ميزت كوباسا بين مجموعتين ممن يعانون من الضغط:

- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض منخفض
- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض مرتفع

وقد تميز أفراد (مجموعة الضغط المرتفع ← مرض منخفض) بالانضباط الذاتي ورؤية الحياة كأنها سلسلة من التغيرات المرحب بها وبالانخراط بالأشياء وما يحيط بهم بينما يتميز أفراد (مجموعة الضغط المرتفع ← مرض مرتفع) بالاغتراب الذاتي وقلة الحيوية وقلة معنى الحياة أو الشعور بغياب معنى الحياة (Schafer, 1992). يمكن لمرض السكري بحسب هذه النظرية أن يكون لديهم القدرة على ضبط مستوى السكر في الدم من خلال الالتزام بالإرشادات الطبية، الإضباط بالحمية الغذائية وذلك من خلال الضبط الذاتي.

٣- نظرية المواجهة أو الهروب لكانون (Fight or Flight)

يركز كانون على فكرة التوازن (Homeostasis) في تفسيره للضغط النفسي، حيث يرى بأن الفرد يعمل على المحافظة على حالة التوازن الداخلي لديه عند تعرضه للضغط وعرف الضغط على أنه مجموعة من المثيرات الفسيولوجية والانفعالية التي تجعل الإنسان يتصرف بطريقة ما من أجل استعادة التوازن، لذلك أي حدث لا يبقى أو يحافظ على

التوازن الداخلي للفرد يعتبر مؤثراً ضغطاً، حيث اعتبر أن الضغط مؤثر بيئي (Schafer, 1992). والمقصود بحسب هذه النظرية إذا لم يستطع مرضى السكري الحفاظ على استقرار مستوى السكر في الدم فإن الأعراض الجسمية قد تؤثر على صحة المريض، وهذا من شأنه أن يعرض المريض للضغط النفسي.

٤- نظرية عملية التكيف المتبادل ل لازاروس وفولكمان (*Stress a Dynamic*

: (*Transactional Coping Process*)

يعتبر لازاروس العوامل العقلية والمعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنه ليس المثير وليست الاستجابة اللذان يحددان الضغط، ولكن إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تحدد الضغط. ولقد أولى لازاروس أهمية كبرى للتقييم الشخصي للموقف، وأهمية أقل للاستجابة الانفعالية. وقد اهتم لازاروس بدراسة المنغصات والمنعشات اليومية، وعرف الضغط النفسي بأنه مصطلح عام يشير إلى كثير من المشكلات، وأن هذه المشكلات عبارة عن مثيرات ينتج عنها ردود أفعال ضاغطة، وأكد أن مجال الضغط يشتمل على مظاهر فسيولوجية واجتماعية ونفسية ويشتمل على المفاهيم المرتبطة بها ويضيف أن الضغط ليس مثيراً أو استجابة، بل هو علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة، فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها (Lazarus & Folkman, 1984).

ويتصف الضغط النفسي بالخصائص الآتية:

- ١- عادة ما يشير الضغط إلى عناصر غير سارة (خبرات سلبية)، ولا يمكن التحكم بها أو السيطرة عليها، أو مثيرات غير متوقعة من البيئة، فمثلاً فقدان علاقة مهمة يمكن أن يكون مصدر ضغط.

٢- يحدث الضغط أيضاً عندما يدرك الفرد ويفسر هذه الضغوطات البيئية أو الداخلية على أنها مهددة، مثل الشخص الذي يعاني من آلام خفيفة في الصدر، لكنه يعتقد بأن لديه أزمة قلبية، أو الطالب الذي يتقدم لامتحان مهم ويظن بأنها هذه فرصته الأخيرة، لذا فإنه ليس من الضروري أن تكون العوامل البيئية أو الداخلية (الذاتية) موجودة حقيقة أو صحيحة، ولكن الأهم هو إدراك الشخص بأنه مهدد نتيجة وجود ضغط.

٣- يشير الضغط أيضاً إلى الاستجابات النفسية والسيولوجية للبيئة وللضغوط المدركة من قبل الفرد، مع إدراك الفرد لعدم القدرة على مواجهتها أو عدم كفاية مصادره لمواجهتها. وتتفاوت الاستجابات من ردود فعل يصعب ملاحظتها إلى حالات واضحة للعيان، مثل الاضطرابات الذهنية، وقد يطور بعض الناس أساليب دفاعية من أجل الوصول إلى التكيف، بينما يطور آخرون ردود فعل تتسم بسوء التكيف (Rice, 1999).

ويتم تصنيف الضغط النفسي إلى نوعين:

١- الضغط النفسي الحاد (Acute Stress)

هو عبارة عن حالة يظهر فيها الضغط النفسي بسرعة ولكنه حاد وشديد، وغالباً ما تكون المثيرات الضاغطة مفاجئة ومؤقتة، مثل إيقاف الشرطة لشخص يسوق بسرعة كبيرة، أو التقدم إلى امتحان مفاجئ (Seaward, 2002).

٢- الضغط النفسي المزمن (Chronic Stress):

الضغط النفسي المزمن لا يظهر بشكل حاد وواضح، ولكنه يستمر لمدة زمنية طويلة (أسابيع، أو أشهر، أو سنوات)، حيث تكون مصادر الضغوط أو المثيرات الضاغطة مزمنة

ومستمرة في حياة الفرد، مثل خلافات مستمرة بين الزوجين، أو العمل مع مدير لا يطاق أو العيش مع شريك مزعج، أو العيش بمكان غير مريح، وهذا النوع من الضغط النفسي يسبب الأمراض والاضطرابات العديدة (Seaward, 2002).

ويمكن تصنيف مصادر الضغط النفسي إلى ثلاثة مصادر، وهي كالتالي:

١- المصادر الداخلية:

- الإحباط (Frustration):

هي حالة انفعالية غير سارة تنشأ عن مواجهة الفرد لعائق يحول بينه وبين هدفه، ويكون فيه الضغط من مصدر واحد.

- الصراع (Conflict):

في الإحباط يأتي الضغط النفسي من مصدر واحد بينما في الصراع يكون هناك أكثر من مصدر للضغط، ويعرف الصراع بأنه ظهور مفاجئ أو تلقائي لدافعين غير متطابقين وعلى الشخص اختيار واحد منهم، والصراع أحد مصادر الإحباط (Rice, 1999).

- الضغط (Pressure):

مفهوم الضغط النفسي مفهوم مفضل مثل الحب، بمعنى أن كل الناس يعرفون الحب ولكن لا يتفق اثنان على تحديده بنفس الطريقة، ويدين سيلاي، أن الضغط النفسي مثل النسبية مفهوم عملي، وغالباً ما يقصد الناس بالضغط، العبء (Pressure) ويتضمن الضغط (Pressure) توقعات، ومطالب تتصرف من أجل تحقيقها وتلبيتها بطريقة معينة. وغالباً ما يكون هناك نوعان من الضغط، ضغط من أجل الإنجاز وضغط من أجل التكيف والطاعة.

- الانتقال أو التغيير (Transpire or Change):

يعد الانتقال أو التغيير بأي شكل ضاعطاً لبعض الناس، وهؤلاء إذا ما استمر نفس الروتين المتعلق بجدول أعمالهم بما يتضمنه من تشابه المسؤوليات ومع نفس الناس وبنفس الظروف المحيطة فإنهم يشعرون أنهم بخير معها، ولكن إذا ما تغير شيء من هذا الروتين، فإنهم ينزعجون ويتضايقون ويرتبكون.

- الألم وعدم الراحة (Pain and Discomfort):

الألم وعدم الراحة يؤثران في قدراتنا على الإنجاز والتحصيل، وعلى قدراتنا في التكيف، حيث يقترح علماء النفس أن يباعدا بين الأعمال المزعجة أو المهمات المقرفة ما أمكن عن بعضها البعض من أجل عدم الراحة والألم.

٢- الضغط البيئي ويشمل:

- الكوارث الطبيعية:

للكوارث الطبيعية تأثيرات نفسية ظاهرة وخفية، والضغط النفسي ينتج في العادة من أحداث لا يمكن التنبؤ والتحكم بها لتلاءم الكوارث الطبيعية (مثل الأعاصير، الزلازل، البراكين) (Rice, 1999).

- التلوث الضوئي والهوائي:

الضوضاء صوت غير مرغوب، إذ تشير الإحصاءات أن الضوضاء تضعف الأداء في المدارس وتقلل من كفاءة الإنتاجية في المصانع وبين عمال المكاتب، وقد تتسبب بإحداث آثار خطيرة على السلوك الاجتماعي ومدى تقبلنا للآخرين فهي تؤدي إلى رفع احتمالية العدوان، وخاصة إذا ما كان الشخص غاضباً.

- الأزدحام السكّاني

الأزدحام يؤوي إلى عزم (الشعور بالأطمئنان)، وينتج عنه آثار عديدة منها:

- الكثافة السكانية تؤدي إلى مزاج سيء، وهذا ينطبق على الرجال والعكس بالنسبة للنساء.
- تؤدي إلى الإثارة الفسيولوجية كارتفاع ضغط الدم والتعرق وارتفاع نسبة الكوليسترول.

تزيد من نسبة الأمراض والعدوانية والانسحاب (Rice, 1999)

٢- مصادر الضغط الأسري، ويشمل: (Rice, 1999)

- تكوين وحدة عائلية جديدة.
- إضافة فرد جديد إلى العائلة
- انفصال فرد عن العائلة
- وفاة فرد من أفراد العائلة
- تفكك العائلة
- العنف في العائلة (إيذاء الزوجة)
- التنافس
- الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية
- ضغوطات ترتبط بالمهنة
- المنغصات اليومية
- أزمات الحياة

أما أعراض الضغط النفسي فيمكن تصنيفها إلى أعراض سلوكية، وانفعالية ومعرفية، وجسدية:

١- الأعراض السلوكية:

تتضمن الانعزال، والتجنب، والابتعاد عن الأصدقاء والأسرة، وفقدان الشهية والطاقة، والتنفيس الانفعالي الحاد والعدواني، وظهور سلوكيات قهرية مثل الإدمان وتغير في عادات النوم، وتجاهل المسؤوليات، والبكاء، والتهيج، وعدم المشاركة في النشاطات العائلية والاجتماعية.

٢- الأعراض الانفعالية:

مثل القلق، والكآبة، والتشاؤم، وأعراض أخرى تشمل النكران، والخوف، والشعور بفقدان السيطرة، وعدم الأمان.

٣- الأعراض المعرفية:

تتضمن فقدان الدافعية، وضعف التركيز والتفكير والعزو السلبي، والتشاؤم وفقدان الأمل، وتشويش العمليات المعرفية مثل التنظيم والتخطيط وحل المشكلات، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والتفكير بشكل غير موضوعي، وتجنب المثيرات أو الحالات المسببة للقلق.

٤- الأعراض الجسدية:

تتضمن الإنهاك العصبي، والضعف الجسمي مما يسبب ضعف جهاز المناعة وارتجاف الأيدي، وآلام الظهر، والصداع النصفي، وتوعلك المعدة، وتوتر عضلي على شكل رجفة وتقلصات، وازدياد نبضات القلب، وانخفاض ضغط الدم، والتنفس السريع، وصك الأسنان، وقرحة المعدة، والسرطان، والأزمات القلبية (Rice, 1999).

الأفكار اللاعقلانية:

من اللحظة الأولى التي يعلم فيها مريض السكري بأنه مصاب بهذا المرض، يتبادر إلى ذهنه العديد من الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي قد تؤثر على صحته الجسمية والنفسية (أبوطة، ٢٠٠١).

بعض هذه المعتقدات التي يفكر بها المصاب بداء السكري قد تؤدي إلى تدهور حالته ولكن بعضها الآخر قد يكون مفيداً لمساعدة المصاب بداء السكري على التكيف مع نمط حياته الجديدة. فعلى سبيل المثال: الاعتقاد بأن حياته قد انتهت ويجب عليه ترك كل الأطعمة التي كان يحبها، أو اعتقاده بفقدان رجولته وعدم القدرة على المعاشرة الزوجية وغير ذلك من الأفكار هي أفكار لا عقلانية يمكن أن تؤثر على صحته الجسمية والنفسية سلبياً. بينما في المقابل قد يعترى المصاب بالسكري بعض الأفكار الإيجابية التي قد تساعد على التكيف مع نمط حياته الجديدة، ومن هذه الأفكار على سبيل المثال أنه على الرغم من إصابته بالمرض، إلا أنه يستطيع التخفيف من آثاره من خلال الالتزام بالإرشادات الصحية وبتوصيات الطبيب، كما أنه يستطيع المحافظة على مستوى السكر لديه من خلال المداومة على التمارين الرياضية والحمية الغذائية، وغيرها من الأفكار التي تساعد المصاب بداء السكري على تحقيق نوع من الاتزان الداخلي (الجمعية الأمريكية لداء السكر، ٢٠٠٤).

ويعتبر ألبرت أليس (*Albert Ellis*)، صاحب نظرية العلاج العقلاني العاطفي السلوكي (*Rational-Emotive Behavior Therapy*)، أشهر من تناول موضوع الأفكار اللاعقلانية وأثرها على الحالة النفسية للأفراد. ويرى أليس (*Ellis*) أن البشر يشتركون في

غائبتين أساسيتين، أولهما المحافظة على الحياة، والثانية الإحساس بالسعادة النسبية والتحرر من الألم.

والعقلانية تكون من خلال التفكير في طرق تسهم في تحقيق الهدفين، أما اللاعقلانية فتكون في التفكير بطرق تقف حاجزاً في سبيل تحقيق هذين الهدفين، وبذلك فإن العقلانية هي استخدام المنطق في تحقيق الأهداف القريبة والبعيدة (Sharf, 2000).

ويؤكد أليس (Ellis) في نظريته للإنسان على أن هناك تشابكاً بين العاطفة والعقل أو المشاعر والتفكير، ويرى بأن البشر يتصرفون ويفكرون ويشعرون في آن واحد، لذلك فهم نادراً ما يشعرون دون أن يفكروا، إذ أن المشاعر تستثار عادة عن طريق إدراك موقف معين، ويشير أليس (Ellis) إلى أن الأفراد عندما يفعلون فإنهم يفكرون ويتصرفون، وعندما يتصرفون فإنهم أيضاً يفكرون ويفعلون وعندما يفكرون فإنهم أيضاً يفعلون ويتصرفون (Sharf, 2000).

ولقد لخص ألبرت أليس (Ellis) الأفكار اللاعقلانية التي تسبب الاضطرابات الانفعالية، والمعتقدات اللاعقلانية من خلال الأفكار الرئيسية التي تظهر في المجتمع والتي تسبب العصاب، إلى إحدى عشرة فكرة، تؤثر على الإنسان وذلك من خلال التشبث بها على سبيل المثال كالاعتقاد بأن هناك دائماً حل صحيح لكل مشكلة، وهذا الحل لا بد من إيجاده وإلا فالنتيجة تكون مفاجئة.

ومثل هذه الأفكار قد تكون عامة في الحضارة الغربية، وعندما يتم تقبلها وتعزيزها عن طريق الجمل أو العبارات الذاتية التي يستمر الفرد في تكرارها لنفسه، فإن ذلك يقوده إلى العصاب والاضطرابات الانفعالية، وذلك بسبب عدم قدرته على تحقيق تلك الأفكار والمعتقدات، فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكاره

ومعتقداته غير المعقولة التي تبدو في كلمات مثل (يجب، أو ينبغي، أو يتحتم علي) (Capuzzi & Gross, 1999, P. 277-278)، وقد قام الريحاني (١٩٨٥) ببناء مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية بناء على الأفكار الذي ذكره أليس وقد أكد على وجود هذه الأفكار في المجتمع الأردني، وقد أضاف فكرتين أعتبرهما غير عقلانيتين إلا أنهما شائعتان في المجتمعات العربية هما:

١- ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية والجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة ومكانة محترمة بين الناس.

٢- لا شك في أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة (الريحاني ١٩٨٥، ص٨٤).

أما فيما يخص المعتقدات والأفكار الطبية الخاطئة عن داء السكري، فيمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام:

١- اعتقادات خاطئة حول الحمية الغذائية:

كاعتقاد المرضى أن عليهم تجنب الكربوهيدرات نهائياً، والكربوهيدرات هي أحد المصادر الرئيسية الثلاث للسعرات الحرارية، حيث يحتوي كل جرام من الكربوهيدرات على أربع سعرات حرارية، والكربوهيدرات يأتي من السكر (كربوهيدرات بسيطة)، ومن النشا (كربوهيدرات معقدة)، والكربوهيدرات المعقدة تتحلل إلى جلوكوز أثناء عملية الهضم، وهي المادة الغذائية الرئيسية التي ترفع جلوكوز الدم (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤).

والغذاء الملائم لمرضى السكري يجب أن يحتوي على (٥٠٪) من الكربوهيدرات و(٣٠٪) من البروتينات، و(٢٠٪) من الدهون (ميرزا، ١٩٨٣).

٢- اعتقادات خاطئة حول الأقراص الخافضة لسكر الدم:

- كاعتقاد المرضى أن أقراص الأدوية التي يتناولونها سليمة جداً، في حين أن هذه الحبوب بالإضافة إلى تأثيراتها الجانبية يمكن أن تؤدي إلى هبوط سكر الدم بصورة شديدة.

- والاعتقاد بأن الأقراص الخافضة لسكر الدم تنجح دائماً في علاج المرضى غير المعتمدين على الأنسولين، فهناك (٢ - ٢٩.٥٪) من المرضى لا يستجيبون لهذه الأقراص منذ بداية العلاج، في حين أن (٤ - ٣٦٪) من المرضى يفشلون في الاستجابة لمفعولها بعد فترة من العلاج.

- الاعتقاد بأن الأقراص الخافضة لسكر الدم يمكن استعمالها في علاج المرضى المعتمدين على الأنسولين.

٣- اعتقادات خاطئة حول الأنسولين:

- اعتقاد بعض المرضى بأن أخذ حقنة الأنسولين يجب أن لا يتم إلا من قبل الممرضة.
- اعتقاد بعض المرضى بأن استخدام الأنسولين يؤدي إلى الإدمان.
- اعتقاد بعض المرضى بأن جرعات الأنسولين ثابتة، علماً بأنها يجب أن تكون مرنة ومتغيرة بحسب النشاط البدني والإجهاد الحيوي للمريض.
- الاعتقاد بأن الأنسولين أو الأقراص الخافضة للسكر تغني عن الحمية، وأنه يمكن للمريض أن يأكل ما يشاء من الأطعمة والحلويات إذا تناول الدواء (ميرزا، ١٩٨٣).

مشكلة الناس وأهميتها:

ازداد معدل الإصابة بمرض السكري في الآونة الأخيرة بشكل ملفت للنظر على مستوى العالم، وبين مختلف الفئات العمرية. الأمر الذي أصبح يشكل خطورة كبيرة تهدد حياة

الملايين من البشر، ففي الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال يوجد أكثر من (١٧) مليون مصاب بهذا المرض والعدد في ازدياد. وهناك أكثر من (١٤٠) مليون مصاب بداء السكري في مختلف دول العالم، ومن المتوقع أن يصل العدد إلى (٢٣٠) مليون مصاب بالسكري مع حلول عام ٢٠١٠ (Linda, 2000).

وتعد دولة الإمارات العربية المتحدة، واحدة من الدول، التي تعاني من انتشار المرض المزمع بين مواطنيها. حيث أظهرت الدراسة الوطنية والتي أجريت سنة (٢٠٠٤) على (٦٦.٠٠٩) فرداً في عمر (٢٠) سنة فأكثر أن نسبة انتشار مرض السكري من النوع الثاني هي (٢٤٪) من سكان دولة الإمارات، كما يوجد (١٥.٢٪) من السكان لديهم إعتلالات في إستقلاب السكر، هذا بالإضافة إلى وجود (٨.٦٪) من الأشخاص لديهم قابلية للإصابة بمرض السكري. كما تعتبر دولة الإمارات الدولة الثانية بعد الولايات المتحدة الأمريكية على مستوى العالم في نسبة الإصابة بالسكري بحسب ما ورد في آخر إحصائية لمنظمة الصحة. وقد تذهبت حكومة دولة الإمارات العربية المتحدة لخطورة هذا المرض وبدأت العمل على توعية الجمهور وتطوير برامج الوقاية وتوفير ما يلزم من كوادر طبية وأجهزة ومستشفيات على أعلى مستوى، وتوفير الأنسولين والأدوية، مع التركيز على إقامة الندوات وورش العمل وتوزيع النشرات الطبية للتوعية بأسباب المرض وأعراضه وطرق الوقاية منه (خليفة، ٢٠٠٥).

وتشير بعض الدراسات كدراسة إبراهيم (١٩٩٢)، ودراسة ليندا (2000) Linda ودراسة كوفاكس (1997) Kovacs إلى أن الاضطرابات النفسية والانفعالية تلعب دوراً هاماً في مضاعفة الأعراض المرضية وتدهور الحالة الصحية للمريض السكري، وذلك نتيجة المشاعر السلبية التي يكونها مريض السكري عن نفسه في كونه مختلفاً عن الآخرين، وكونه

لا يستطيع ممارسة حياته بشكل طبيعي. كما يعتبر التكيف مع المرض مصدر قلق للمصابين بمرض السكري، لما يتطلبه من المريض من تغيير لنمط حياته، سواء كان هذا التغيير مرتبطاً بالجانب الصحي والمداومة على تناول العقاقير وحقن الأنسولين بشكل دائم أو فيما يتعلق بالحمية الغذائية والتي تحرم المريض من بعض أنواع الأغذية المحببة له أو فيما يتعلق بنمط الحياة الجنسية والذي يتأثر بها كل من الرجال والنساء المصابين بالسكري، حيث تؤدي جل هذه الأسباب إلى تطور ومضاعفة الأعراض الناتجة عن مرض السكري (Brannor & Feisl, 1989).

كما تشير بعض الدراسات كدراسة للويد وزملائه (Lloye, et al (2000)، ودراسة إنغمان (Angdmann (1990)، ودراسة سنوك وسكنر (Snoke & Skinner (2002) إلى أهمية العلاج النفسي والإرشاد النفسي لمرضى السكري وإلى فعالية أساليبه في التخفيف من الأعراض النفسية. وأساليب العلاج النفسي. كما تشير إلى ضرورة دراية الطاقم الطبي بالمشاكل النفسية وأساليب العلاج النفسي للتعامل مع المرضى.

ونظراً لانعدام الدراسات التي تناولت ارتباط العوامل النفسية والانفعالية بداء السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة، وندرتها في الدول العربية - في حدود علم الباحث- ولما لهذا الموضوع من أهمية ولما قد يكون للحالة النفسية من تأثير غير مباشر على مرضى السكري، وعلى زيادة نسبة السكر في الدم، فقد جاءت الدراسة الحالية لإبراز أثر العوامل النفسية من قلق واكتئاب وضغط نفسي وأفكار لاعقلانية، على رفع مستوى السكر في دم المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني.

وبالتحديد فإن الدراسة الحالية تهدف إلى التعرف على الحالة النفسية والانفعالية وعلاقتها بارتفاع مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني في دولة الإمارات العربية المتحدة، ممن يراجعون العيادات والمستشفيات الحكومية.

فرضيات الدراسة:

وبالتحديد تسعى الدراسة الحالية لفحص الفرضيات التالية:

1. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha > 0.05)$ بين مستوى السكر في الدم ومستوى القلق بدرجة كلية أو على مستوى كل بعد من أبعاده (الحالة - السمة) الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني.
2. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha > 0.05)$ بين مستوى السكر في الدم ومستوى الاكتئاب الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني.
3. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha > 0.05)$ بين مستوى السكر في الدم ومستوى التفكير اللاعقلاني الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني.
4. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha > 0.05)$ بين مستوى السكر في الدم ومستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني.
5. يمكن تفسير التباين في ارتفاع مستوى السكر في الدم بمتغيرات القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، والأفكار اللاعقلانية، والجنس، والعمر، والجنسية، ومدة الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي.

تعريف المصطلحات:

لأغراض الدراسة التالية فإن المصطلحات الواردة فيها تحمل المعاني الآتية:

١- مستوى السكر في الدم:

هو اعتلال شائع يحدث نتيجة النقص في إنتاج الأنسولين أو عدم إنتاجه في غدة البنكرياس، فيسبب ذلك خفض ما تمتصه الخلايا من الجلوكوز الذي تحتاج إليه لتزويدها بالطاقة، أو ما يمتصه الكبد من الجلوكوز الذي يخزن هذه المادة فيه، وبالتالي يرتفع مستوى السكر في الدم. حيث تتراوح الحدود الطبيعية للسكر في الدم بين (٦٠-١١٠) ملغ في ١٠٠ ملم^٣ للشخص الطبيعي (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤، ١٦٥).

ولأغراض الدراسة الحالية تحدد نسبة السكر في الدم من خلال السجل الطبي للمريض، وذلك من خلال تحليل خضاب الدم (Glaciated Hemoglobin) (HBA1C) والمقصود به اتصال الجلوكوز بالهيموجلوبين في خلايا الدم الحمراء. وعندما تكون مستويات جلوكوز الدم مرتفعة فإن نسبة الجلوكوز المتصلة بكرات الدم الحمراء تزداد ويأخذ الأطباء عينات الدم على مدى الشهرين إلى الثلاثة أشهر الماضية. والاختبار الذي يقيس الجلوكوز في الدم المتصل بالهيموجلوبين يسمى اختبار (A1C) أي السكر التراكمي والتي يمكن تقسيمها إلى:

١. المستوى الأول من (٨،٤ - ٦) وأن وحدة القياس فيها مثوي تعبر عن مستوى طبيعي للسكر في الدم، وهو ما يعادل (٦٠-١١٠) ملغ في ١٠٠ ملم^٣ للشخص الطبيعي عندما يكون الشخص صائماً عن الطعام.

٢. المستوى الثاني من (>٦) وأن وحدة القياس فيها مثوي (%). تعبر عن مستوى مرتفع للسكر في الدم، وهو ما يكون أعلى من (٦٠-١١٠) ملغ في ١٠٠ ملم^٣

للشخص الطبيعي عندما يكون الشخص صائماً عن الطعام (الجمعية
الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤، ٥٤٣).

٢- القلق:

حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تهديد خطر فعلي أو متخيل الحدوث، وعادة ما
يصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية جسدية (زهران، ١٩٩٧). ويعرف إجرائياً في هذه
الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس سبيلبرجر للقلق (الحالة
السمة).

٣- الاكتئاب:

حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبّر عن
إحساس بالفقد، وقد لا يعي المريض المصدر الحقيقي لحزنه (زهران، ١٩٩٧). ويعرف
إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس بيك
للاكتئاب.

٤- الضغط النفسي:

حالة من عدم قدرة الفرد على التكيف مع التهديد المدرك (حقيقي، أو متخيل)
للصحة النفسية والجسدية والانفعالية والروحية، والتي تنتج سلسلة من الاستجابات
والتكيفات الفسيولوجية (Schafer, 1996). ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة
الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس الضغط النفسي الذي أعده الباحث

٥- التفكير الاعمقاني:

وهي الأفكار والمعتقدات الخاطئة، والتي يطورها الفرد المصاب بالمرض عن نفسه
وعن استجاباته تجاه نمط حياته، وطريقة تعامله مع المرض (Brannor & Feisl, 1989).

ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية للريحاني.

محددات الدراسة:

تحدد نتائج هذه الدراسة بعينيتها وأدواتها وبمكان وزمان اجرائها.