

## الفصل الخامس مناقشة النتائج

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة طبيعة العلاقة بين عدد من المتغيرات ومستوى السكر في الدم لدى عينة من مرضى السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة، كما هدفت إلى معرفة قدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بمستوى السكر في الدم، وذلك من خلال الإجابة على الفرضيات التي سبق وأن ذكرت.

وقد أشارت النتائج فيما يتعلق بالفرضية الأولى بعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم تعزى إلى مستوى القلق كدرجة كلية، أو على مستوى كل بعد من أبعاده (الحالة - السمة) الذي يعاني منه مرضى السكري، حيث تتفق هذه النتيجة مع دراسة إيكدا ورفاقه (Ikeda, et al, 2003) والتي أظهرت نتائجها عدم وجود علاقة بين القلق ومستوى السكر في الدم لدى عينة من المرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني.

في حين لم تتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق وارتفاع مستوى السكر في الدم كنتائج دراسة للويد. ودايرت، وبيرننت (Loyd, Dyert & Barnett, 2000)، ودراسة كوفاكس وغلدشتاين (Kovacs & Goldstion, 1997)، ودراسة إبراهيم (1992)، ودراسة لانجر ولانجر (Langer & Langer, 1994)، ودراسة لانجر ولانجر (Langer & Langer, 1998)، ودراسة فاندر دوس وزملاؤه (Vanderdoes, et al, 1998)، ودراسة ألبرغ وزملاؤه (Ahlberg, et al, 2002)، ودراسة مارسيناك وزملاؤه (Marciniak, et al, 2005)

ودراسة فيشر وزملاؤه (Fisher, et al, 2001). ودراسة تالي وزملاؤه ( Talley, et al. 2001). ودراسة باور وزملاؤه ( Pouwer, et al, 2006).

بعد أن أسفرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى السكري في الدم تعزى إلى مستوى القلق كدرجة كلية أو على مستوى كل بعد من أبعاده (الحالة - السمة) بقي أن نفس سبب عدم تأثير القلق في مستوى السكري في الدم وذلك من خلال أمرين اثنين:

**الأول:** أن سبب انخفاض القلق لدى مرضى السكري مرده شعورهم ببساطة المرض وعدم خطورته في حال التزامهم بالإرشادات الصحية والتقييد بالعلاج وبالحمية. مما أورت هدوءاً وسكينة. والمتنافيان بطبيعتهما مع وجود القلق في النفس.

**الثاني:** أنه مع وجود عينة ذات قلق مرتفع إلا أن هذا القلق في جملته غير مؤثر في مستوى السكري في الدم لدى مرضى السكري. والسبب عائد إلى حرص هذه العينة على الالتزام التام بالتعليمات الطبية. حرصاً ناجماً عن القلق من ماهية العلاج كإبر الأنسولين وطريقة نعاظينا. أو قلق من المرض ذاته من حيث آثاره. والمحصلة أنه قلق إيجابي بدليل أنه لا يؤثر سلباً على مريض السكري وإنما يحفز ليطمأنى مع طبيعة مرضه وبالتالي التكيف الإيجابي مع نمط الحياة الجديدة. والتقييد بما تستلزمه طبيعة هذه الحياة. مما يسفر عن هذا التقيد بنمط الحياة والالتزام بالإرشادات الصحية القدرة على ضبط مستوى السكري في الدم لديهم وبالتالي الشعور بالراحة النفسية مما يؤدي إلى انخفاض مستوى السكري في الدم.

وفيما يتعلق بالفرضية الثانية والتي أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى السكري في الدم تعزى إلى مستوى الاكتئاب الذي يعاني منه مرضى السكري.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي توصلت إلى نتائج مشابهة والتي تبرز مدى العلاقة بين الاكتئاب وارتفاع مستوى السكر في الدم. كنتائج دراسة للويد، ودايرت، وبيرنت (Loyd, Dyert, & Barnett, 2000)، ودراسة كوفاكس وغلدشتاين (Kovacs & Goldstion, 1997)، ودراسة إبراهيم (١٩٩٢)، ودراسة لانجر ولانجر (Langer, & Langer, 1994)، ودراسة فاندن آكروزملاؤه (Vandenakeer, et al, 2004)، ودراسة لاور (Lawer, 1995)، ودراسة زانغ وزملاؤه (Zhang, et al, 2005) ودراسة ألبرغ وزملاؤه (Ahlberg, et al, 2002)، ودراسة كنكارتن وزملاؤه (Cankurtaran, et al, 2005)، ودراسة ستيوارت وزملاؤه (Stewart, et al, 2005) ودراسة إنغم وزملاؤه (Engum, et al, 2005)، ودراسة غولدن وزملاؤه (Golden, et al, 2004)، ودراسة شووشي وزملاؤه (Chou & Chi, 2005)، ودراسة باتن (Patten, 2005)، ودراسة مارسيناك وزملاؤه (Marciniak, et al, 2005)، ودراسة فيشر وزملاؤه (Fisher, et al, 2001)، ودراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001)، ودراسة باور وزملاؤه (Pouwer, et al, 2006)، في حين أنها لم تتفق مع نتائج دراسة إيكدا وزملاؤه (Ikeda, et al, 2003).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن نمط حياة مريض السكري الذي تفرضه الإصابة بالمرض مثل ضرورة تناول حقن الأنسولين، وإتباع حمية غذائية معينة، والخوف المستمر من حدوث مضاعفات في حال لم يلتزم مريض السكري به، والحرمان من أنواع كثيرة من الطعام، ونظرة الآخرين المصحوبة بالشفقة، والشعور بالاختلاف والبعد عن أفراد العائلة والأصدقاء، أو تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي، كالفقر والبطس وقلة العلاقات الاجتماعية، والخوف من الموت المبكر، كلها تبعث على الشعور بالاكتئاب.

كما قد تزيد المواقف غير السارة في حياة المريض من حالة الحزن واليأس التي يعاني منها، الأمر الذي يؤدي إلى تردي وضعه الصحي وعدم قدرته على السيطرة على مستوى السكر في دمه، كما أن ارتفاع مستوى السكر في الدم لفترة طويلة يسبب الإرهاق والميل إلى النعاس ويبدد طاقات الفرد ويمنعه من القيام بالكثير من الأنشطة، لذا فإن هذه الحقيقة في وجوب التعامل مع مرض السكري يوماً بعد يوم في حد ذاتها تجلب الضيق والحزن. أما فيما يتعلق بالفرضية الثالثة، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير المعتقدات والتفكير اللاعقلاني على مستوى السكر في الدم. هذا ولم يجد الباحث دراسات تناولت علاقة متغير (التفكير اللاعقلاني) بمستوى السكر في الدم، في حين وجدت دراسات تناولت متغيرات قريبة، كدراسة ستيرن وريلت (Cetherine & Relat, 1989)، والتي تناولت أثر المعتقدات الخاصة بالمرض فيما يخص عوائق العلاج وإدراك خطورة المرض، وإدراك الدعم الاجتماعي، حيث اختلفت نتيجة هذه الدراسة التي توصلت إلى قوة تأثير المعتقدات على الحالة الصحية للمرضى المصابين بالسكري مع نتيجة الدراسة الحالية. ودراسة سكر وزملاؤه (Skinner, et al, 2002) التي تناولت الارتباطات الداخلية بين المعتقدات والخصائص الشخصية وسلوك العناية بالذات عند المرضى المصابين بالسكري، حيث توصلت الدراسة إلى قوة تأثير الاعتقادات في عناية الفرد بذاته وفي السيطرة على مستوى السكر في الدم، حيث تختلف هذه النتيجة مع نتيجة الدراسة الحالية.

ودراسة راسيل وغلاسكو (Russel & Glasgow, 1997) التي تناولت علاقة نمط الاعتقادات الشخصية بمعوقات البيئة الاجتماعية المرتبطة بضبط نسبة السكر في الدم

وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين نمط الاعتقادات الشخصية وقدرة الفرد على ضبط نسبة السكر في الدم، حيث تختلف هذه النتيجة مع نتيجة الدراسة الحالية. في حين لم يجد الباحث أية دراسات تتفق مع نتيجة الدراسة الحالية فيما يتعلق بالاعتقادات والتفكير اللاعقلاني.

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي تجلى من خلالها للباحث من خلال واقع مرضى السكري الذين تمت معاينتهم وإجراء الدراسة عليهم أن عدداً كبيراً من الأفكار اللاعقلانية تحوم في رؤوسهم. بيد أن السؤال المطروح هنا هو هل هذه الأفكار اللاعقلانية تؤثر في زيادة مستوى السكر في الدم لدى المرضى المصابين بالسكري؟

والإجابة التي حصل عليها الباحث بعد التقصي يتكون من شقين، الشق الأول من الإجابة أن أفكاراً كهذه غير مؤثرة، وإن كانت مؤثرة فتأثيرها ضعيف لا يعول عليه، أي (غير دال إحصائياً) أما الشق الثاني من الإجابة المتعلق بتفسير غياب هذا التأثير، مرده إلى إنتشار المعتقد الديني المورث للطمأنينة والرضى بما كان على قاعدة من التصبر والتسليم. يعزز هذا التفسير ما كان يتردد على ألسنة المرضى من عبارات التوكل والاحتساب، والتي تترج غالباً مع البعد الديني والبعد الاعتيادي المرتبط بنبذ التذمر وعدم إشاعته وبالتالي غلبة المشاعر الإيجابية على غيرها من المشاعر السلبية.

أما بالنسبة للفرضية الرابعة، فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم تعزى لمتغير الضغط النفسي لدى مرضى السكري من النوع الثاني وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة نيل (Neal, 1995) التي توصلت إلى وجود أثر للضغط النفسي على مستوى السكر في الدم، ودراسة الكاوي وعبدالرحمن (١٩٩٩)، التي

هدفت إلى معرفة أسباب انتشار مرض السكري في دولة الكويت، حيث أظهرت النتائج تأثير عدة عوامل على مستوى السكر في الدم إلى جانب الضغط النفسي.

كما اتفقت مع نتائج دراسة غولدشتاين وزملاؤه (Goldeston, et al, 1995) التي هدفت إلى فحص مدى تأثير الضغوط النفسية على ضبط نسبة السكر في الدم لدى عينة مكونة من الأطفال في سن المدرسة، حيث توصلت الدراسة إلى أن هناك تأثير للضغط النفسي على مستوى السكر في الدم لدى الأطفال،

كما اتفقت مع نتائج دراسة سروييت وزملاؤه (Surwit, et al, 2002)، والتي توصلت إلى وجود أثر صغير لكنه دال إحصائياً للضغط النفسي على مستوى السكر في الدم كذلك اتفقت مع نتائج دراسة ايسلندر وآخرون (Auslander, et al, 1993) ودراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001) التي هدفتا إلى تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى عينة من المرضى المصابين بالسكري، وقد توصلت الدراسة إلى وجود أثر للضغط النفسي على مستوى السكر في الدم ولكن بدرجة أقل من باقي المتغيرات.

ويمكن عزو سبب ذلك إلى عملية التوازن الهرموني للجسم، أي أن جسم الإنسان ينتج هرمونات استجابة للموقف الضاغط الذي يكون الفرد فيه بين إقدام وإحجام، وهذه الهرمونات تجعل جسم الإنسان جاهزاً للتصرف السريع وذلك بواسطة تحليل جزء من مخزون الجسم من الجلوكوز ودفعه إلى الدم الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم، فإذا كان المريض مصاباً بالسكري من النوع الثاني فإن مستوى الجلوكوز سيظل مرتفعاً في الدم بسبب المقاومة للإنسولين، كنتيجة للمواقف الاجتماعية الضاغطة التي تتطلب مشاركة مع الآخرين أو نتيجة لأمراض أخرى مصاحبة لمرض السكري، أو نتيجة

للضغوط الاقتصادية ذات العلاقة بشؤون الحياة، أو المعرفية ككثرة النسيان والصعوبة في اتخاذ القرارات ذات العلاقة بالمواقف الضاغطة، أو الانفعالية كالغضب والإحباط.

أما بالنسبة للفرضية الخامسة المتمثلة في ( يمكن تفسير التباين في ارتفاع مستوى السكر في الدم بمتغيرات القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، والأفكار اللاعقلانية والجنس، والعمر، والجنسية، ومدة الإصابة بالمرض، والمستوى التعليمي).

فقد أظهر تحليل الانحدار المتعدد الخطي المتدرج ( Stepwise Multiple Regression ) وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمتغير الضغط النفسي على مستوى السكر في الدم، حيث كانت قيمة مربع معامل الارتباط لمتغير الضغط النفسي يساوي (٢١١)، أي أن ما يعادل (٢١.١٪) من التباين في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني يمكن تفسيره من خلال التباين في مستوى الضغط النفسي، كما أن متغير القلق قد أضاف ما مقداره (٥.٢٪) إلى التباين المفسر في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

ويمكن إحالة نتيجة هذا التحليل فيما يتعلق بمتغير الضغط النفسي إلى نفس الأسباب التي سبق وأن ذكرت في تفسير نتيجة الفرضية الرابعة.

كما يمكن تفسير نتيجة تحليل الانحدار المتعدد فيما يتعلق بمتغير القلق الذي كان مقدار تأثيره في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني دالة إحصائية، إلى أن الأفراد بعد إصابتهم بالسكري يزال القلق يراودهم فيما يتعلق بالمستقبل من خوف على حالتهم الصحية وما قد ينجم عنه من أعراض ومخاطر نتيجة الإصابة بمرض السكر.

كما أظهرت النتائج أن متغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمستوى التعليمي، لم يكن لهم أثر في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني وهذه النتيجة لم تتفق مع أي من الدراسات السابقة. حيث اختلفت هذه النتيجة فيما يتعلق بمتغير الجنس مع نتائج دراسة للويد ودايريت، وبيرنت (Loyd & Dyert & Barnett, 2000)، ودراسة إبراهيم (١٩٩٢) ودراسة شو وشي (Chou & Chi, 2005)، ودراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001) كما اختلفت الدراسة الحالية فيما يتعلق بمتغير مدة الإصابة مع نتيجة دراسة كوفاكس وسكوت (Kovacs & Scott, 1997)، ونتيجة دراسة كوفاكس وغلدشتاين (Kovacs & Goldstion, 1997)، ونتيجة دراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001) واختلفت الدراسة الحالية فيما يتعلق بمتغير العمر مع نتيجة دراسة زانغ وزملاؤه (Zhang, et al, 2005)، ونتيجة دراسة شو وشي (Chou & Chi, 2005) ونتيجة دراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001)، ونتيجة الدراسة التي قام بها مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية (Center For Disease Control and Prevention).

كما اختلفت الدراسة الحالية فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي مع نتيجة دراسة شو وشي (Chou & Chi, 2005)، ونتيجة دراسة فيشر وزملاؤه (Fisher, et al, 2001). في حين انفتحت الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كانتر وزملاؤه (Kanter, et al, 2002)، ونتيجة دراسة فيشر وزملاؤه (Fisher, et al, 2001)، فيما يتعلق بمتغير الجنسية.

ويمكن عزو هذه النتيجة إلى أن اختلاف الجنسية، والعمر، والمؤهل العلمي، والجنس غير ذي أثر على مرضى السكري. وإنما الأثر كامن في مدى التزام كل فرد من هؤلاء بمتطلبات العلاج، وذلك أن الالتزام هنا مؤثر بشكل مباشر، أما الاختلاف الأنف الذكر فليس من طبيعة ما يؤثر سلباً أو إيجاباً في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري وإن كان هو مؤثر في غيره من الأمراض أو الحالات. نظراً لاعتبار وجود الرابط بينهما وبين الطبيعة الفسيولوجية المختلفة من جنسية وأخرى ومن الرجل والمرأة ومن المتعلم وغير المتعلم وهكذا.

### التوصيات:

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة (المالية - يمكن اقتراح التوصيات التالية:

١. إجراء مزيد من الدراسات حول العلاقة بين الاضطرابات النفسية والأمراض المزمنة الأخرى كالملازمة الإستقلابية (السكري، وضغط الدم، والكوليسترول).
٢. إجراء دراسات على مرضى السكري تتناول متغيرات أخرى وعلى عينات أخرى كالإناث والأطفال.