الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
Faculty OF Social Sciences and Humanities

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.
قسم: علم النفس وعلوم التربية.

القلق لدى مرضى السكري

دراسة عياديه لأربعة حالات بالمؤسسة الاستشفائية العمومي "بن عمر الجيلاني" بالوادي.

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي.

إعداد الطلبة:
خشانة نادية خديجة.
سعيدي ايمان.

إشراف الأستاذ:
د. نصرات السعيد.

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
رزاق لبزة سميرة	أستاذة محاضر ب	جامعة الوادي	مناقشا
د. نصرات السعيد	أستاذ محاضر أ	جامعة الوادي	مشرفا
دبار حنان	أستاذة محاضر أ	جامعة الوادي	رئيسة اللجنة

السنة الجامعية: 2025 / 2026.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.
قسم: علم النفس وعلوم التربية.

القلق لدى مرضى السكري

دراسة عياديه لأربعة حالات بالمؤسسة الاستشفائية العمومي "بن عمر الجيلاني" بالوادي.

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي.

إعداد الطلبة:
خشانة نادية خديجة.
سعيدي ايمان.

إشراف الأستاذ:
د. نصرات السعيد.

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
رزاق لبزة سميرة	أستاذ محاضر ب	جامعة الوادي	مناقشا
د. نصرات السعيد	أستاذ محاضر أ	جامعة الوادي	مشرفا
دبار حنان	أستاذة محاضر أ	جامعة الوادي	رئيسة اللجنة

السنة الجامعية: 2025 / 2026.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى القلق لدى المرضى المصابين بمرض السكري، مع محاولة فهم الفروق في هذا المستوى وهذا تبعا لمتغيري من حيث الجنس (ذكر/انثى) ومن حيث السن (شباب، كهول، كبار السن).

ولتحقيق هذه الأهداف، تم الاعتماد على منهج دراسة الحالة، حيث ان هذه الدراسة قد اشتملت عينتها على أربعة حالات (ذكريين وانثيين) وهذا من تم اختيار العينة بطريقة قصدية من المرضى المصابين بمرض السكري، فقد تم استخدام أدوات الدراسة لجمع البيانات المتمثلة في المقابلة العيادية نصف الموجهة واستبيان صحة المريض – اضطراب قلق العام.

وقد توصلت نتائج الدراسة ما يلي:

- ✓ يتميز مرضى السكري بمستوى قلق معتدل.
- ✓ توجد فروق بين الجنسيين (انثى/ذكر) في مستوى القلق لدى مرضى السكري.
- ✓ توجد فروق زمنية للسن (الشباب، الكهول، كبار السن) في تقدير مستوى القلق لدى مرضى السكري.

الكلمات المفتاحية: القلق، مرض السكري.

Summary of the study in Arabic:
This study aimed to determine the level of anxiety among patients with diabetes, while trying to understand the differences in this level according to two variables: gender (male/female) and age (young, middle-aged, elderly).
To achieve these objectives, a case study methodology was employed. This study included a sample of four patients (two males and two females) selected purposively from among those diagnosed with diabetes. The data collection tools used were a semi-structured clinical interview and a patient health questionnaire – Generalized Anxiety Disorder questionnaire.
The study results were as follows:
-Diabetics typically experience moderate levels of anxiety.
- There are gender differences (male/female) in anxiety levels among diabetic patients.
- There are age-related differences (young adults, middle-aged adults, elderly) in perceived anxiety levels among diabetic patients.
Keywords: Anxiety, Diabetes.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
ملخص الدراسة باللغة العربية.	ث
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.	ج
فهرس المحتويات.	ح
قائمة الجداول والملاحق.	ر
مقدمة	1
الجانب النظري.	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.	
مشكلة الدراسة.	6
فرضيات الدراسة.	8
أهداف الدراسة.	8
أهمية الدراسة.	9
التعريفات الإجرائية للدراسة.	**9**
الدراسات السابقة والتعقيب عليها.	10
التعقب على الدراسة	11

الفصل الثاني: القلق.	
تمهيد.	12
تعريف القلق.	13
القلق السوي والقلق المرضي.	15
النظريات المفسرة للقلق.	15
أنواع القلق.	17
أسباب القلق.	17
مستويات القلق.	19
اعراض القلق.	19
تشخيص القلق.	20
علاج القلق.	21
خلاصة الفصل.	24
الفصل الثالث: مرض السكري.	
تمهيد.	26
تعريف مرض السكري.	27
أنواع مرض السكري.	29
العوامل المساهمة في ظهور مرض السكري.	30
اعراض مرض السكري.	32
تشخيص مرض السكري.	33
علاج مرض السكري.	36

خلاصة الفصل.	40
الجانب التطبيقي:	
الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة.	
تمهيد.	43
منهج الدراسة.	44
مجتمع الدراسة وعينتها	44
الحدود المكانية والزمنية والبشرية لإجراء الدراسة.	45
أدوات المستخدمة في الدراسة.	46
خلاصة الفصل	51
الفصل الخامس: عرض الحالات وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة.	
تمهيد.	53
عرض الحالة الأولى.	54
البيانات الشخصية للحالة الأولى.	54
عرض وتحليل الحالة الأولى.	54
مناقشة الحالة الأولى.	54
نتائج الاستبيان.	55
خلاصة مقابلة للحالة الأولى.	56
عرض الحالة الثانية.	57
البيانات الشخصية للحالة الثانية.	57

عرض وتحليل الحالة الثانية.	57
مناقشة الحالة الثانية.	57
نتائج الاستبيان.	58
خلاصة مقابلة للحالة الثانية.	59
عرض الحالة الثالثة.	60
البيانات الشخصية للحالة الثالثة.	60
عرض وتحليل الحالة الثالثة.	60
مناقشة الحالة الثالثة.	60
نتائج الاستبيان.	61
خلاصة مقابلة للحالة الثالثة.	62
عرض الحالة الرابعة.	63
البيانات الشخصية للحالة الرابعة.	63
عرض وتحليل الحالة الرابعة.	63
مناقشة الحالة الرابعة.	63
نتائج الاستبيان.	64
خلاصة الحالة الرابعة.	65
عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.	66
الاستنتاج العام.	71
توصيات واقتراحات.	72
قائمة المراجع.	

الملاحق.

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	جدول رقم (1): احتمالات وراثة الإصابة بمرض السكري.	30
2	جدول رقم (2): نسب الإصابة بمرض السكري حسب الفئات العمرية.	31
3	جدول رقم (3): يمثل خصائص حالات الدارسة.	46
4	جدول رقم (4): يوضح نتائج استبيان للحالة الأولى.	58
5	جدول (5): يوضح نتائج استبيان للحالة الثانية.	59
6	جدول (6): يوضح نتائج استبيان للحالة الثالثة.	61
7	جدول (7): يوضح نتائج استبيان للحالة الرابعة.	64
8	جدول (8): يوضح اختلاف في مستوى القلق للحالات الأربعة.	66

فهرس الملاحق

رقم	عنوان	الصفحة
1	المقابلة	80
2	استبيان صحة المريض–اضطراب القلق – (PHQ GAD7)	82

مقدمة

يشهد العالم في السنوات الأخيرة تغيرات صحية كثيرة، حيث انتقل العبء المرضي تدريجيا من الأمراض المعدية الحادة نحو الأمراض المزمنة الغير السارية التي باتت تهيمن هذا المشهد الوبائي العالمي، اذ أصبح الانسان المعاصر يواجه تحديات صحية مزدوجة تجمع بين كل ما هو اضطراب نفسي وجسدي في آن واحد، بسبب تغير أنماط الحياة وانتشار الضغوطات اليومية مما يجعل الاهتمام بالصحة النفسية ضرورة علمية وإنسانية لا يمكن تجاهلها.

وفي هذا الإطار، قد أكدت منظمة الصحة العالمية ان الصحة الجيدة والمثالية لا تتحقق بالعزل عن ابعادها النفسية والاجتماعية اذ وصفتها حالة من الاكتمال النفسي والجسدي واجتماعي وليست مجرد غياب المرض أو العجز. ومما ذكر سابقا، برز الاهتمام الاكاديمي و السريري بدراسة الابعاد النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة، لا سيما ما تنتجه من ضغوطات وجدانية تنعكس سلبا على طريق العلاج و نوعية حياة المريض.

ومن اهم الاضطرابات النفسية التي يتناولها الباحثون في ارتباطها بالأمراض المزمنة، الذي يعرف باضطراب القلق المصنف من طرف الصحة العالمية الأكثر انتشارا على مستوى العالم. كما جاء في تعريفه السيكولوجي حالة من الانفعال تتسم بالتوتر الداخلي والخوف من المستقبل وتوقع الخطر في غياب مثير محدد وواضح، حيث يختلف عن الخوف الطبيعي الذي يكون استجابةً لتهديد ملموس قابل للتعريف.

وقد أشار فرويد على انه إشارة تحذيرية يُطلقها الجهاز النفسي في مواجهة التهديدات، فما ان اكدت النظرية المعرفية السلوكية انه نتاج أنماط لأفكار تشويهية تتسبب في تضخم المخاطر وتقلل من قدرة الفرد على المواجهة. وعلى الرغم من هذا فان القلق بمستوياته الطبيعية يؤدي وظيفةً تكيّفية إيجابية، اما اذا تجاوز المستوى الوظيفي يتحول الى حالة مزمنة, أي يصبح يقيد الفرد و يحد من قدرته و طاقته في الإنجاز و التكيف مع متطلبات الحياة.

ومن أبرز الأمراض المزمنة التي باتت تُشكّل تحدياً صحياً عالمياً متصاعداً، مرضُ السكري الذي تُصنّفه منظمة الصحة العالمية ضمن الأوبئة الصامتة الذي يتسع نطاقه من عاماً الى عام، و يتمثل هذا المرض الاستقلابي في ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم نتيجة قصور في

افراز الانسولين. وينقسم الى نوعين رئيسيين: النوع الاول ذو المنشأ المناعي الذاتي، والنوع الثاني الأوسع انتشاراً المرتبط بارتفاع معدلات السمنة وتراجع النشاط الجسدي واختلاف أنماط الحياة. وتتجلى خطورة هذا المرض في مضاعفاته الجسدية البعيدة كأمراض القلب والأوعية الدموية والاعتلال الكلوي والشبكي والعصبي، حيث يسبب في تأثيرات عميقة أي وخيمة في حياة المريض بكل ابعادها النفسية والاجتماعية والمهنية. وبسبب الالتزام اليومي لتناول الادوية وتنظيم نوعية الغذاء ومراقبة مستوى السكري والمتابعة الطبية المتواصلة كل هذا يفرض على المريض نمط حياة مقيد حيث يشكل ضغط نفسي متواصل.

وفي هذا السياق تجمع علاقة تبادلية معقدة بين القلق ومرض السكري وهذا ما اثبتته الدراسات السريرية والوبائية المتراكمة. إذ يُهيئ مرض السكري بما ينطوي عليه من ضغوط جسدية ونفسية ومادية بيئةً خصبة لنشوء القلق، في حين أن القلق بدوره يُعيق ضبط مستوى السكر في الدم ويُضعف التزام المريض بالعلاج، مما يُفاقم من حدة المرض ومضاعفاته. وقد دفع هذا الواقع المتداخل الباحثين في علم النفس الصحي والعيادي إلى الاهتمام المتزايد بهذا الموضوع وتعميق الفهم في ميكانيزماته وتداعياته على المريض وعلى منظومة الرعاية الصحية.

وانطلاقا من هذه الأهمية، تسعى الدراسة الحالية في تحديد مستوى القلق لدى مرضى السكري، والمساهمة في اثراء الأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع القلق لدى مرضى السكري، اي يعد مستوى القلق من اهم المتغيرات التي تخص الدراسات النفسية، للإنسان بصفة عامة ولمريض السكري بصفة خاصة، ونسعى كأخصائيين النفسانيين لإيجاد حلول تساعد هؤلاء الفئة على التخفيف من حدته والعيش معه باتزان وتوافق.

تضم هذه الدارسة الحالية خمسة فصول، الفصل الأول يدرس تقديم موضوع الدراسة من خلال عرض الإشكالية والفرضيات، والأهداف والأهمية إضافة الى التعاريف الإجرائية لمتغيراتها وأيضا الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

اما عن الفصل الثاني يتناول متغير القلق من حيث المفهوم، نظريات، أنواع, الأسباب, المستويات للقلق, اعراض و التشخيص.

وفي الفصل الثالث فيعالج متغير مرض السكري, حيث تناول من خلاله تعريف مرض السكري, انواعه, العوامل المساهمة في ظهوره, الاعراض, تشخيص, العلاج.

و قد تناول الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة سواء ما يتعلق بالمنهج المتبع و إجراءات تطبيق الدراسة إضافة الى التعريف بمجتمع الدراسة, و العينة التي تم انتقائها من المجتمع الأصلي, مع التعريف بالأدوات المعتمدة لجمع البيانات و خصائصها السيكومترية.

وفي الفصل الخامس عرض و تحليل النتائج و مناقشتها, و ذلك في ضوء الفرضيات, و الدراسات السابقة, مع الاطار النظري للموضوع, ثم تم ادراج جملة من التوصيات و الاقتراحات.

الجـــــــــــــــانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1-الإشكالية الدراسة.

2-فرضيات الدراسة.

3-اهداف الدراسة.

4-أهمية الدراسة.

5-المفاهيم الإجرائية.

6-الدراسات السابقة.

1-مشكلة الدراسة:

يواجه الانسان عبر مختلف مراحل حياته الكثير من التغيرات والتفاعلات، التي تؤدي الى مجموعة من التعقيدات وتمس بدورها مختلف جوانب حياته على الصعيد السلوكي والنفسي، وبوجه الخصوص على الجانب الصحي(لحرش/شيكر,2023, 4). يؤكد العديد من الباحثين على العلاقة الموجودة بين الجانب النفسي و العضوي فإصابة احدهما يؤثر على الاخر و حسب (Bacal 1970): "فإصابة العضوية تفرض الرعاية النفسية لان هذا الأخير يزيد من صعوبة الاضطرابات لان المعاناة العضوية تؤثر حتما على التوازن النفسي و بالتالي ظهور مضاعفات, فبمجرد تأكد المريض من اصابته هذا يكفي لكي يخلق لديه استجابات نفسية خاصة, و ذلك تبعا لشخصية الفرد و استعداده و ظروفه, حيث انها تأخذ عدة مظاهر من الخوف, و التوتر, و الاكتئاب و القلق"(زواوي,2011, 5). علاوة على ذلك يعد دراسة القلق من الموضوعات الهامة التي لازالت تحتل مكان الصدارة في البحوث النفسية و السلوكية, و يصنف القلق من الاضطرابات النفسية كثيرة الانتشار في عصرنا الحالي و سمة بارزة من سماته, و القلق يلعب دورا كبيرا في افشال إنجازات الفرد و اختلال قدراته. و يعتبر القلق علامة ظاهرة لصراع في أعماق اللاشعور, اذ يعد حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الانسان, و يسبب له الكثير من الضيق و الألم(بلهي,2023, 538).

ازدادت مشكلة انتشار الامراض النفسية في المجتمع بسبب التغيرات الاجتماعية الحضارية و الصناعية و ازدياد مطالب الفرد, كما تعتبر ظاهرة انتشار الامراض النفسية و السيكوسوماتية و كذلك الانحرافات السلوكية من الظواهر الهامة و البارزة في حياتنا الاجتماعية و مما لا شك فيه انتشار هذه الظواهر يشكل خطرا كبيرا على حياة الفرد, فمن الامراض السيكوسوماتية المعاصرة هو مرض السكري الذي يعتبر مرض القرن, حيث يصيب هذا المرض الجسم, و يحدث به خلل في الدم مما يزيد الناس خوفا, حيث أصبحت كلمة السكري مرعبة و تشير الى داء خطير و الذي ينتج عنه امراض عضوية و نفسية تعكس حالة المريض(باديدي/بالهواري,2021, 2). كما هو الحال مع مرض السكري يفسر بأنه أحد أكثر الامراض انتشارا في العالم وهو مرض يرتفع فيه مستوى السكر في الدم عن المعدل الطبيعي وذلك نتيجة نقص كلي أو جزئي في إنتاج هرمون الانسولين من خلال البنكرياس أو في فعالية

الانسولين على مستوى الخلايا والانسجة ويعتبر مرض السكري خطرًا صحيا حقيقيا وذلك بالاستناد إلى النسب العالية لعدد مرضى من المصابين به, و يعرف مرض السكري على أنه اختلال في عملية الأبيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستواه في الدم بصورة غير طبيعية لإنسان مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية أو وراثية(نقبيل/شباب,2021, 5).

كما تشير الإحصائيات حسب الفيدرالية العالمية للسكري (IDF) ان عدد المصابين بداء السكري في العالم وصل إلى 463 مليون مريض في سنة 2019 وأن العدد مرشح للارتفاع بحلول سنة 2030 ليصل إلى 578 مليون وفي2045 يكون العدد 700 مليون بنسبة (51%). تعتبر الجزائر من بين الدول التي تعرف تزايدا كبيرا في نسبة الإصابات بداء السكري في السنوات الأخيرة و المقبلة, وتشير الإحصائيات أن نسبة الانتشار تتراوح بين 8% الى 12%, و ان 1 من 2 يجهلون مرضهم و لهذا الاحصائيات غير دقيقة, و قد يعود ذلك لعدة عوامل أهمها أن هناك أشخاص يعيشون بعيدا عن المراكز الصحية بمئات الكيلومترات في مناطق نائية، وليس لديهم إمكانيات أو حتى معرفة عن التوجه للمراكز الصحية لطلب الكشف كذلك المعتقدات السائدة حول المرض والسعي وراء الطب الشعبي أو التقليدي اي حسب الخلفية الثقافية وتختلف من منطقة لأخرى مما يؤخر في الكشف عن المرض مما يعجل في ظهور مضاعفاته الخطيرة وتدهور صحته خاصة وأن النوع الثاني من السكري بتأخر ظهور الأعراض إلى فترة طويلة بعد الإصابة به حيث لا تظهر الأعراض إلا بعد مرحلة طويلة من الاضطراب الخاص بالاستقلاب الى انعكاسات نفسية خطيرة على صحة المريض(تركي / فاضلي,2021, 346), و من الدراسات نجد دراسة (tatter_sall_r 1991)) والتي هدفت الى معرفة المظاهر والأعراض الطب النفسية للسكر من وجهة نظر الأطباء وأظهرت نتائج الدراسة أن المرضى يعانون من القلق والاكتئاب كحالات انفعالية ويعانون كذلك من الوسواس القهري ودراسة (كولومبا 1994 colomba) والتي تناولت المظاهر السيكولوجية لمرض السكر وتوصل أن مرضى السكري لديهم درجة مرتفعة من الاكتئاب ودرجة فوق المتوسط من القلق كما لديهم اتجاهات وسلوكيات مرضية ودراسة (إيبر وآخرون 1997 eiber) نجد تواتر وانتشار أعراض القلق والاكتتاب والخوف لدى مرضى السكري أيضا دراسة كرادي crady والتي تناولت المزاج ومرضى السكري وكان الباحث يقصد بالمزاج المكون من القلق والاكتئاب

والمخاوف المرضية وتوصل إلى أن المرضى حصلوا على درجات مرتفعة من الاكتئاب والقلق أما الأسوياء حصلوا على درجات منخفضة في القلق والمخاوف.

في دراسة ليود (liyod 2000) والتي هدفت الى التعرف على مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري وتوصلت نتائج الدراسة أن حوالي (28) من افراد العينة لديهم ارتفاع في أعراض القلق والاكتئاب ولكن كانت نسبة الذكور مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الاناث فيما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الاناث أكثر من الذكور. من خلال ما سبق نلاحظ ان اغلب الدراسات تناولت مرض السكري وبعض المتغيرات التي ركزت بالدرجة الأولى على الاكتئاب والقلق المخاوف الوسواس القهري الآثار النفسية أو الحالة النفسية التوافق النفسي المزاج (باديدي/بالهواري,2021, 3).

بالتالي أصبح هاجس القلق يرافق مرضى السكري بشكل يومي ويعيق حياتهم ويغيرها بالمستويات كبيرة عن المعتاد، ومن هذا التصور جاءت فكرة موضوع الدراسة لتبحث عن مستوى القلق لدى مرضى السكري وذلك من خلال الاجابة على التساؤلات التالية:

هل يعاني مريض السكري من مستوى قلق متوسط/معتدل؟

2-فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

مستوى القلق لدى مرضى السكري معتدل.

الفرضية الجزئية:

يتميز مستوى القلق لدى مرضى السكري بمعدل معتدل.

توجد فروق بين الجنسيين (انثى/ذكر) في مستوى القلق لدى مرضى السكري.

توجد فروق زمنية للسن (الشباب، الكهول، كبار السن) في تقدير مستوى القلق لدى مرضى السكري.

3-اهداف الدراسة:

تسعى دراستنا الى تحقيق جملة من الأهداف من بينها:

تحديد مستوى القلق لدى مرضى السكري في المؤسسة الصحية.

الكشف عن الفروق بين الجنسيين (انثى/ذكر) في مستوى القلق لدى مرضى السكري.

الكشف عن الفروق الزمنية للسن (الشباب، الكهول، كبار السن) في مستوى تقدير القلق لدى مرضى السكري.

4-أهمية الدراسة:

4-1-من الناحية النظرية:

- ✓ تكمن أهمية هذه الدراسة في تحديد مستوى القلق لدى مرضى السكري.
- ✓ المساهمة في اثراء الادبيات النظرية المتعلقة بموضوع القلق لدى مرضى السكري.
- ✓ يعد مستوى القلق من اهم المتغيرات التي تخص الدراسات النفسية، للإنسان بصفة عامة ولمريض السكري بصفة خاصة، ونسعى كأخصائيين النفسانيين لإيجاد حلول تساعد هؤلاء الفئة على التخفيف من حدته والعيش معه باتزان وتوافق.
- ✓ ابراز أهمية التكفل النفسي لتخفيف من حدة مستوى القلق لدى مرضى السكري.

4-2-من الناحية التطبيقية:

- ✓ تكتسب دراستنا أهمية بالغة في تنبيه الأطقمة الطبية الى ان فعالية العلاج العضوي مرتبط جذريا بالضبط النفسي.
- ✓ من خلال توظيفنا لمنهج دراسة الحالة والذي سمح لنا بالانتقال من القياس الكمي الصحي الى الفهم الكيفي العميق للمخاوف الذاتية للحالات.
- ✓ هدفت دراستنا الى تمهيد الطريق لبناء استراتيجيات الدعم النفسي المشخصة تساعد المرضى على الحفاظ على مستوى القلق وظيفي معتدل مما يضمن لهم الالتزام بالعلاج، والابتعاد عن الإهمال الصحي والانهيار النفسي.

5-التعريفات الإجرائية للدراسة:

تم تحديد التعريفات الإجرائية فيما يلي:

5-1-تعريف القلق:

يعرف القلق اجرائيا بانه حالة من الخوف و التوتر الذي يصيب المريض السكري عند تعرضه لمواقف سواء كانت بمرض السكري او ناتج عن صدمة و هذا باختلاف أسباب الإصابة به, و الذي يؤثر على توازنه الداخلي و تكيفه مع العالم الخارجي المحيط به و توافقه البيئي سواء كانت داخل بيئته العائلية او المهنية, او الصحية او النفسية.

5-2-تعريف مرض السكري:

يعرف مرض السكري اجرائيا بانه مرض مزمن شائع ناتج عن ازياد السكر في الدم, أي الافراد الذين تم تشخيصه و تصنيفهم من قبل الأطباء على انهم مصابين بمرض السكري سواء كانت على الانسولين "نوع الأول" او على الأقراص "نوع الثاني" و غيرها من الأنواع على حسب كل فرد و نوع السكري لديه.

6-الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

6-1- قام الباحث أسامة تفس (2021), بدراسة حول جودة الحياة و علاقتها بقلق المستقبل عند البالغين المصابين بمرض السكري – النوع الثاني –, هدفت الى التعرف على العلاقة بين جودة الحياة و قلق المستقبل عند البالغين المصابين بمرض السكري النوع الثاني و معرفة مستوى كل من قلق المستقبل و جودة الحياة لدى البالغ المصاب بمرض السكري النوع الثاني و معرفة اذ كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة و قلق المستقبل تعزى لمتغير الجنس و الحالة العائلية و المستوى التعليمي و المستوى الاقتصادي و السن, باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي على عينة قصدية قدرها (60) مريضا, بالاعتماد على مقياس جودة الحياة (2016) لمنظمة الصحة العالمية و مقياس قلق المستقبل (2016) للباحثة "دعاء شلهوب", و قد تم تحليل المعطيات باستخدام الحزمة الإحصائية الاجتماعية (SPSS).

6-2-قاما الباحثتان انفال توير و صفاء زهرة (2022), بدراسة حول مستوى القلق لدى المصابين بمرض السكري من نوع اول في ظل جائحة كورونا, هدفت الدراسة الى تحديد مستوى القلق لدى المصابين بالمرض السكري في ظل جائحة كورونا, حيث طبقت الدراسة على ثلاث حالات من مصابين بمرض السكري من نوع اول في المؤسسة الاستشفائية الحكيم سعدان – بسكرة, باستخدام المنهج العيادي و أدوات الدراسة التالية لجمع البيانات متمثلة في المقابلة العيادية نصف موجهة و مقياس "سبيلبرجر" للقلق, كما تم استخدام الأسلوب الاحصائي المتمثل في المتوسط الحسابي لتحليل البيانات.

6-3-قاما الباحثتان لحرش دراين و شيكر رميسة (2023), بدراسة حول قلق المستقبل لدى الشاب المصاب بمرض السكري من نمط (1), بهدف التعرف على مستوى القلق لدى الشاب المصاب بمرض السكري من نمط (1) و التعرف على القلق المتعلق بالمشكلات

الحياتية المستقبلية لدى الشاب المصاب بمرض السكري من نمط (1), و تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج العيادي القائم على أسلوب دراسة الحالة لثلاث حالات من فئة الشباب المصابين بمرض السكري من النمط (1) و الذي تتراوح أعمارهم ما بين (20–36) سنة, باستخدام المقابلة نصف موجهة و التحليل لمحتواها الكمي و الكيفي بالإضافة لتطبيق مقياس قلق المستقبل.

6–4– قاما الباحثتان ريمان الخضر و رشا عمر تدمري (2023), بدراسة حول فعالية برنامج قائم على التثقيف الصحي للحد من القلق و التوتر لدى مرضى السكري و ضغط الدم المرتفع, هدفت هذه الدراسة الى الوقوف على درجة فعالية برنامج يقوم على التثقيف الصحي للحد من القلق و التوتر لدى مرضى السكري و ضغط الدم المرتفع من النساء اللواتي يترددن على مركز العزم و السعادة للرعاية الصحية الأولية الاجتماعية في طرابلس, باستخدام المنهج التجريبي, اشتملت العينة على (20) سيدة, بتطبيق برنامج تثقيفي و مقياس القلق العام و مقياس التوتر لتشخيص درجة التوتر و تقييم حدته و مقياس هيل بون Hill–Bone لضغط الدم المرتفع لتقييم مدى التزام المرضى بالخطة العلاجية.

7–التعقيب على الدراسة:

7–1–من حيث الهدف:

هدفت دراسة انفال توير و صفاء زهرة (2022) الى تحديد مستوى القلق لدى الافراد المصابين بمرض السكري من النوع الأول في ظل جائحة كورونا, بينما دراسة لحرش دارين و شيكر رميسة (2023) هدفت الى التعرف على مستوى القلق و المشكلات الحياتية المستقبلية المتعلقة لدى الشاب المصاب بمرض السكري من النمط –1–. اهتمت دراسة ريمان الخضر و رشا عمر تدميري (2023) الى الوقوف على درجة فاعلية برنامج يقوم على التثقيف الصحي للحد من القلق و التوتر لدى مرضى السكري و ضغط الدم المرتفع من النساء اللواتي يترددن على مركز العزم و السعادة لرعاية الصحية الأولية الاجتماعية في طرابلس. وهدفت دراسة أسامة تفس (2021) الى التعرف على العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل عند البالغين المصابين بمرض السكري النوع –2–ومعرفة مستوى كل من قلق المستقبل وجودة الحياة لدى البالغ المصاب بمرض السكري من النوع –2–.

7-2-من حيث المنهج:

تعددت المناهج المستخدمة في الدراسات، حيث تشابهة الدراسة الأولى و الثانية مع دراستنا من حيث المنهج العيادي (دراسة الحالة), بينما اختلفت الدراسة الثالثة باستخدام المنهج التجريبي, اما عن الدراسة الرابعة تم استخدام فيها المنهج الوصفي الارتباطي.

7-3-من حيث العينة:

استخدمت الدراسة الأولى والثانية (3) حالات من مرضى السكري، بينما الدراسة الثالثة قد اشتملت عينة على (20) سيدة، اما عن الدراسة الرابعة تضمنت عينة قصدية بقدر (60) مريضا، بهذا نجد اختلاف في دراستنا عن كل ما سبق من حيث العينة التي اشتملت (4) حالات.

7-4-من حيث النتائج:

- ✓ دراسة انفال توير وصفاء زهرة (2022) تؤكد هذه الدراسة على ان الافراد المصابين بالمرض السكري من النوع الأول لديهم مستوى قلق فوق المتوسط في ظل جائحة كورونا.
- ✓ دراسة لحرش دارين وشيكر رميسة (2023) تؤكد بان الشاب المصاب بمرض السكري من النمط-1-يعاني من قلق المستقبل.
- ✓ دراسة ريمان الخضر ورشا عمر تدمري (2023) بان الفرضيتين القائلتين بان برنامج التثقيف الصحي فعالا في الحد من مشاعر القلق والتوتر لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم قد تحققت وثبتت صحتها هذه الدراسة.
- ✓ دراسة أسامة تفس (2022) تؤكد على وجود علاقة ارتباطية عكسية بين جودة الحياة ة قلق المستقبل عند البالغين المصابين بمرض السكري من النوع الثاني.

الفصل الثاني: القلق.

تمهيد.

1-تعريف القلق.

2-القلق السوي والقلق المرضى.

3-النظريات المفسرة للقلق.

4-انواع القلق.

5-أسباب القلق.

6-مستويات القلق.

7-اعراض القلق.

8-تشخيص القلق.

9-علاج القلق.

خلاصة الفصل.

تمهيد

يعتبر القلق شعور عادي لدى الانسان لكن اذ زاد عن حده اصبح حالة مرضية و يؤثر على الحالة النفسية لديه, الا ان القلق يعد من ابرز الاضطرابات النفسية الشائعة التي عانى منها الانسان منذ القدم و هذا نتيجة المرض و الجوع و العبودية و الحرمان و أيضا الحروب, و هذا بمرور السنين فقد ازداد انتشار هذا الاضطراب و اصبح اكثرا شيوعا بسبب ما يواجهه الفرد من اختلاف الحضارات و تغيرات التي تطرا اجتماعيا او ثقافيا او اقتصاديا, فان كثرت الصراعات و تعددها يعتبر القلق امرا شائعا و عاما لدى البشر. و في هذا الفصل سوف نتطرق الى كل ما يخص بالقلق.

1- تعريف القلق:

تعريف القلق لغة: القلق: الانزعاج. يُقالُ: بات قَلِقاً، وَأَقْلَقَهُ غَيْرُهُ, وَأَقْلَقَ الشَّي مِنْ مَكَانِهِ وَقَلَقَهُ : حَرَّكَهُ ، وَالقَلَقُ : أَلا يَسْتَقِر في مكان واحِدٍ ، وَقَدْ أَقْلَقَهُ فَقَلِقَ (ابن منظور، 1414هـ، 3726).

1-2-تعريف القلق اصطلاحاً: هناك العديد من التعاريف منها:

- **تعريف روجرز:** الخيرة التي يعيشها الفرد حينما يهدد شيء ما مفهومه لذاته.

- **تعريف ريس:** إنه حالة عاطفية غير مريحة تتصف بتوقع الشر والتوتر التي يمكن أن ترافقها أعراض فيزيولوجية كالتوتر العضلي واضطرابات التنفس والغثيان والدوار (د. سوسن شاكر مجيد، 2015، 179).

- **عرف عبد الستار إبراهيم:** القلق بأنه انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة تنطوي على تهديد حقيقي أو مجهول (د. عبد الستار ابراهيم، بدون سنة، 9).

- هو حالة انفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرحبة والحذر والرعب والتحفز، موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعتبر القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان، ويمكن القول أن هناك قلق طبيعي وقلق مرضي (د. وليد سرحان، وآخرون، 2013، 11).

- هو الشعور بالتهديد والخطر المخيف دون أن يعرف الإنسان على وجه التحديد ما الذي يخاف منه (عبد الرحمان العيسوي، 1992، 123).

- إنه خوف حاد ومستمر ودائم (عبد الرحمان العيسوي، 1992، 123).

ويعرفه **سيجموند فرويد** بانه "حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الانسان ويسبب له الكثير من الضيق والألم".

كما يعبر عن القلق: "بتلك الحالة التي تؤثر تأثيرا شاملا ومستمرا، نتيجة لتهديد خطر فعلي او رمزي قد يحدث, و يصحبها خوف غامض و اعراض نفسية و جسمية".

و يعرف "**مسر مان**" القلق: "بانه حالة من التوتر الشامل الذي ينشا من خلال صراعات الدوافع, و محاولة الفرد للتكيف" (بلهى,2023, 544).

يعرفه **الشربيني** بأنه إحدى الانفعالات الطبيعية التي يمكن أن يشعر بها أي إنسان إذا تعرض الموقف يستدعى هذا الانفعال ، و هو استجابة طبيعية فيها إعداد وتهيئة للإنسان لمواجهة الأخطار، وتجربة القلق هنا هي انفعال طبيعي تماماً إذا كانت تتناسب مع الموقف أو الشيء الذي يتسبب في القلق ، لكن هذا الانفعال الطبيعي إذا كان بقدر مبالغ فيه و يزيد عن المتوقع أو إذا استمر لمدة طويلة فنكون هنا بصدد مواجهة حالة القلق المرضي وهو شعور غير مرغوب فيه يتمثل في عدم الارتياح و يكون مصحوباً بالخوف وبعض المظاهر البدنية مثل التوتر والانقباض و ضيق التنفس (مداحي- طيبي,2021, 30).

يعرف (DSM V) الصادر عن الجمعية الأمريكية القلق المرضي بأنه " القلق الزائد, الذي يظهر في كثير من الأيام وليس لفترات محددة يستمر لأكثر من ستة أشهر ويرى فيه الفرد أنه من الصعب السيطرة عليه, يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث في المستقبل وشعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشبكة الوقوع" (حزام امير-ايت كاكي,2021 ,37).

هورني 1989: هو إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل.

خليفة 1990: هو خلل أو اضطراب نفسي المنشأ ينجم عن خبرات ماضية غير سارة مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات من خلال استحضار للذكريات والخبرات (حزام امير-ايت كاكي,2021 ,38).

يعرفه **ايزاك.م. ماكس:** القلق هو الانفعال الذي نشعر به عندما نجد أنفسنا محاصرين في ركن ضيق، إننا نشعر حينئذ بأننا مهددون على الرغم من أن مصدر التهديد قد لا يكون دائما واضحا لنا. إن الشعور بالخطر مرتبط بالشعور بالخوف والانفعالات المماثلة.

كما يعرفه **صموئيل حبيب:** على أنه حالة وجدانية تتملك الإنسان ترتبط بشيء غير واضح، قد يكون موجود أو غير واضح، تسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم. فالقلق يصور حالة كدر وهم تسيطر على صاحبها بسبب مخاوف قادمة، قد تكون قائمة أو قد تكون غير موجود كلية.

كما يعرفه **Robin M. Kowalski** على انه حالة انفعالية تتميز بزيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي وعلى وجه التحديد تفعيل الجهاز العصبي الودي (زيادة معدل ضربات القلب وضغط

الدم والتنفس وشد العضلات). مصحوبة بمشاعر ذاتية من التوتر. ومعرفية التي تنطوي على الكدر وانشغال البال والهم. على الرغم من أن التجربة الذاتية للقلق لا يصاحبها بالضرورة سلوكيات معينة, إلا أن المؤشرات السلوكية غالبا ما تكون موجودة، مثل ضعف الكلام، وتجنب الموضوع أو الحدث الشلل أو الرعاش التي يمكن ملاحظتها (بن دربال,2019, 32).

يذكر **الكساندرا كولومبوس Alexandra Columbus** : أن القلق ينبع من شعور الفرد بالذنب من ارتكاب فعل خاطئ، وينشأ فعليا بسبب توجيه التهديد إلى بعض القيم التي تعتبر هامة لوجود الفرد كشخصية. ويشير "عباس مكي" (2013) إلى أنه مجموعة أحاسيس تتميز بمشاعر داخلية بالقمع والضغط والإنشداد والخوف الحقيقي والخيالي من شر خطير أو ألم خطير يشعر الفرد أمامه أنه غير مسلح بأية وسائل دفاعية (الخضر-عمر تدمري,2023, 392).

2-القلق السوي والقلق المرضى:

في الغالب يكون القلق السوي خارجي المنشأ وهو الذي يخبره الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر, أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئا يهدد أمنه وسلامته، في حين يكون القلق المرضى داخلي المنشأ أو لذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير, فهو قلق مرضى Morbid يسمي أحيانا بالقلق الهائم الطليق Free Floating Aniety والقلق المرضى هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصابية (د. محمد حسن غانم,2006, 43).

3-النظريات المفسرة القلق:

3-1-نظرية التحليل النفسي: يعد نموذج التحليل النفسي واحدًا من أقدم النماذج المفسرة للقلق وأكثرها تأثيرا. وقد كان لهذا النموذج تأثير هائل على الفكر الغربي والحضارة الحديثة مساهما في كل من المصطلحات الإكلينيكية والممارسات العلاجية ولقد كان سيغموند فرويد مؤسس التحليل النفسي، أول من لفت الانتباه إلى الدور المحوري للقلق في ديناميات الشخصية والنظريات الارتقائية. ويعتبر فرويد القلق إحدى الدعائم الأساسية في نظرية التحليل النفسي، ويرى أن القلق شعور ينشأ تلقائيا كلما طغى على النفس وابل من المثيرات الشديدة

التي لا يمكن السيطرة عليها أو التخلص منها، مما قد يدفعه إلى السعي إلى الحد من هذا الشعور أو القضاء عليه (موشي, جيرالد,2016, ص111).

وضع فرويد تصورا مبدئيا للقلق على أنه الطريقة التي يتبعها الفرد لتخفيف حجم الطاقة الليبيدية التي جرى حظرها أو منعها من الظهور المباشر (موشي, جيرالد, 2016، ص114).

وقد وضع فرويد نظرية القلق التي أطلق عليها الليبيدو المتحول والتي تشير إلى أن القلق هو الناتج النهائي لكبت الاندفاعات الجنسية غير المشبعة أو غير المقبولة. ومن ثم، فإن ارتقاء القلق هو رد فعل الأنا تجاه الخطر الناجم عن الليبيدو، هذا بالإضافة إلى تحول الخطر الداخلي إلى الصورة الخارجية ذات التوابع الجسدية من خفقان ورعشة وزيادة في معدل التنفس وإفراز العرق، إلى آخره (موشي, جيرالد، 2016، ص115).

3-2-النظرية السلوكية: ووفقا لهذه النظرية يُنظر إلى القلق بصورة أفضل من خلال فهم ميول الاستجابة السلوكية المكتسبة كنتيجة لخبرات الشخص المتراكمة مع التهديدات البيئية على مر الزمن ويبدو من المعقول، أن الشخص ربما يتعلم من سلسلة الخبرات المؤسفة التي تشتمل على مجموعة من الأماكن والأشخاص والأحداث التي تمثل له تهديدا وتجعله أكثر عرضة لاستجابات القلق (موشي, جيرالد, 2016، ص117).

إن الأفراد الذين يتعرضون بشكل متكرر للخبرات السيئة المحيطة بالمواقف الإجتماعية، يتعلمون ربط السياقات الإجتماعية بالتهديد والخطر، وتحدث لهم إستجابات شرطية تتسم بمستويات مرتفعة من القلق عند تعرضهم لتلك المواقف. ومع زيادة شدة المثير غير الشرطي يحدث تزايد قوة المثير الشرطي وسرعته. فضلا عن أن إستجابات القلق قد تُعمّم على مجموعة من المثيرات الإجتماعية الأخرى (موشي, جيرالد, 2016، ص119).

3-3-النظرية المعرفية: الفكرة الأساسية للنماذج المعرفية للقلق، هي أن المشاعر عبارة عن تعبيرات عن التفكير، ومن الآراء المقبولة بشكل كبير حول النظرية المعرفية للانفعال هي أن الانفعالات تعكس التقييمات الخاصة بالدلالة الشخصية للمثيرات والأحداث، وينتج القلق من خلال تقييم الأحداث التي تمثل تهديدات شخصية (موشي, جيرالد, 2016، ص138).

حيث إن القلق لا يُعد كنافذة تفتح فجأة لفترة وجيزة من الشعور قبل أن تُغلق مرة أخرى. وبدلا من ذلك، يوجد تسلسل داخلي لمعالجة التوجه نحو تحقيق أهداف شخصية، والتي من خلالها لا يمثل تقييم التهديد سوى جزء محدود بينما تتضمن الديناميات الخارجية كيفية إثارة القلق في سياق تفاعلات الشخص مع العالم الخارجي. وذلك لأن الضغوط الخارجية تتطلب من المرء إيجاد طرق للتعامل مع الأحداث التي قد تغير من طبيعة هذه الضغوط والحد منها إذا تعامل معها بصورة فعالة، وقد يفسر القلق أحد أساليب التفاعل بين الشخص والبيئة الخارجية، موضحا شعور الفرد بالارتباك نتيجة الأحداث الجارية (موشي,جيرالد,2016, ص140).

4-أنواع القلق:

4-1-القلق الموضوعي (السوي):

هذا النوع من القلق أقرب للخوف ذلك لأنه مصدره يكون واضح المعالم في الذهن المصاب, ومن أمثلته شعور الفرد بالقلق (الخوف) مثلا إذا ما اقتربت سيارة أثناء سيره في طريق.

4-2-القلق المرضي أو العصابي:

هذا النوع من القلق لا يدرك صاحبه مصدره أو علته وكل ما هنالك أنه يستشعر بحالة من الخوف المنتشر (العام) غير محدد.

4-3-القلق الخلقي:

هذا نوع من القلق عبارة عن معاناة ناتجة عن تهديد "**الهو**" للقيم الأخلاقية, بالتالي فينشأ القلق الأخلاقي من خلال الصراع الحادث بين الحاجات واندفاعات "**الهو**" من ناحية, والمعايير الأخلاقية و المثلى للمجتمع التي تمثلها الأنا الأعلى من ناحية (توير-زهرة,2022, 40).

5-أسباب القلق:

هناك أسباب كثيرة للقلق منها ما هي بيولوجية ونفسية واجتماعية نلخصها كما يلي:

5-1-العوامل البيولوجية: تنشأ اعراض القلق النفسي هي زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعية السمبثاوي والباراسمتاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب أو تجحظ العينان...إلخ.

أما ظواهر الجهاز الباراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول والإسهال وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية. كما تلعب الوراثة دورا هاما في اضطراب القلق، فكثيرا ما نلاحظ أن والدي يعانون من نفس القلق وهذا يدل على اضطرابات البيئة التي نشأ فيها.

5-2-العوامل النفسية والاجتماعية: تعددت أسباب القلق بتعدد النظريات النفسية المفسرة له كما يلي:

سيغموند فرويد: أرجع القلق إلى صراعات داخلية لاشعورية والتي هي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها البعض ويؤدي تصارعها إلى ظهور الأعراض المرضية أوقد ميز **فرويد** بين نوعية من القلق وهما (القلق السوي والمرضي) ثم شرحها من قبل أثناء تناول تعريف القلق.

أدار: فقد أرجع القلق إلى شعور الشخص بالنقص ومحاولته التفوق على السلوكيين **دولرد-ميللر-بافلوف:** الذين يرجعون اضطراب السلوك عامة واضطراب القلق خاصة إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها.

5-3-العوامل البيئية: كما تلعب الضغوط البيئية دورا هاما في حدوث أي اضطراب أو تفاقمه، وهناك نوعين من الضغوط:

5-3-1-الضغط المباشر: مثل:

- ✓ فقدان الوظيفة.
- ✓ الطلاق.
- ✓ مرض الابن.

5-3-2-الضغط الغير المباشر: الذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين مثل: الرغبة الشديدة في عمل شيء معين مع تحريم قوي في نفس الوقت (بوروي,2020, 14-15).

6-مستويات القلق:

تشير الدراسات إلى وجود القلق في حياة الإنسان بدرجات متفاوتة تمتد ما بين القلق البسيط الذي يظهر على شكل الخشية وانشغال البال, والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب والفزع ، إذ نستطيع تمييز ثلاث مستويات على الأقل للقلق هي:

6-1-المستوى المنخفض: يشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه إشارة إنذار لخطر وشيك الوقوع, وهو يُحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية ، أين تزداد درجة استعداده وتأهبه لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها.

6-2-المستوى المتوسط: يصبح فيه الفرد أقل قدرة على السيطرة، حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود بشكل عام على استجابات الفرد في مختلف المواقف، فيحتاج إلى بذل المزيد من الجهد للمحافظة على السلوك المناسب لمواقف الحياة المتعددة.

6-3-المستوى العالي: يتأثر فيه التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية، فيقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة تجاه مختلف المواقف، ولا يستطيع التمييز بين المثيرات الضارة و غير الضارة نتيجة لعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي، وكل هذا يظهر من خلال الصورة الكتيبة للمصاب بالقلق العصابي وذهوله وتشتت فكره ووحدته وسرعة تهيجه ، وكان أجهزة الضبط المركزية لديه قد اختلت (عقون,2011, 146-147).

7-اعراض القلق:

ويمكن تقسيم هذه الاعراض الى اعراض نفسية واعراض جسمية:

7-1-الاعراض النفسية:

- ✓ نوبة من الهلع.
- ✓ الاكتئاب وضعف الاعصاب.
- ✓ الانفعال الزائد.
- ✓ عدم القدرة على الادراك والتميز.
- ✓ نسيان الأشياء.
- ✓ اختلاط التفكير.
- ✓ زيادة الميل الى العدوان.

7-2-الاعراض الجسمية:

- ✓ برودة الأطراف وتصبب العرق.
- ✓ اضطراب خفقان القلب.
- ✓ اضطراب التنفس.
- ✓ اضطراب المعدة والأمعاء ودوار.
- ✓ حالات التعب والاعياء.
- ✓ قلة النوم, و الاوجاع البدنية المختلفة كالصداع و الألم الظهر و المفاصل (أسماء,2019, 23/22).

8-تشخيص القلق:

وفقا للدليل التشخصي الفارقي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة DSM-5-TR لتصنيف القلق كالاتي:

A - قلق رائد وانشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل, حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة).

B- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.

C- يصاحب القلق والانشغال ثلاثة أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت للأشهر الستة الأخيرة).

ملاحظة: يكفي عنصر واحد عند الأطفال.

1. تململ أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.
2. سهولة التعب.
3. صعوبة التركيز أو فراغ العقل.
4. استثارة.
5. توتر عضلي.
6. اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو النوم المتململ واللامرضي).

D- يسبب القلق أو الانشغال القلقي أو الأعراض الجسدية إحباطاً هاماً سريرياً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء.

E- لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار، دواء) أو الحالة طبية أخرى (مثلاً فرط نشاط الدرق).

F- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر, (كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى والوساوس الأخرى، كما في الوسواس القهري، وما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس الانفصال عن شخص متعلق به، كما اضطراب قلق الانفصال، اكتساب الوزن كما في القمه العصبي. الشكاوى الجسدية، في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم، وجود مرض خطير، في اضطراب قلق المرض، أو محتوى الأوهام في الفصام او الاضطراب التوهمي) (الحمادي, 172-173).

9-علاج القلق:

يختلف العلاج حسب الفرد، وشدة القلق، ووسائل العلاج المتاحة للفرد، وسنتكلم بالتفصيل عن العلاجات المختلفة للأمراض النفسية في فصل خاص بذلك، ولكننا سنشير هنا للأسس المهمة لعلاج القلق النفسي:

9-1-العلاج النفسي: تتبع في معظم الحالات العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير، والتشجيع، والإيحاء، والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض، أما التحليل النفسي فيحتاج لكثير من الوقت والجهد والمال، ولذا يستحسن عدم إتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة، التي يتطلب علاجها الوقت والمال.

وأكثر أنواع العلاج النفسي شيوعاً في الوقت المعاصر في اضطراب القلق هو العلاج النفسى المعرفي، وهو محاولة تغيير النظم المعرفية في التفكير، من خلال هذا العلاج المتخصص (عكاشة, 2010، ص152).

9-2-العلاج البيئي والاجتماعي: كثيراً ما نلجأ إلى إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة الانفعالية، بل ننصح بتغيير الوضع الاجتماعي، سواء العائلي أو في العمل، عندما تحتم الضرورة ذلك (عكاشة, 2010، ص152).

9-3-العلاج الكيميائي: لا يفيد العلاج النفسي منفرداً في الحالات الحادة مع الخوف والرعب والإعياء، إلى يجب إعطاء المريض أنواعاً مختلفة من المهدئات في بدء الأمر، ثم بعد الراحة الجسمية تستطيع البدء في العلاج النفسي، أما في حالات القلق الشديدة فلا مانع من إعطاء بعض العقاقير، التي تقال من التوتر العصبي، مثل: مجموعة البنزوديازيين (الفاليوم – الليبريم – أنيفان – زاناكس – ترانكسين) ، والتي تعمل على مستقبلات الجابا؛ مما يعطى إحساساً بالهدوء والاسترخاء والراحة.

ويفضل عدم الاستمرار على هذه العقاقير أكثر من ستة أسابيع وقاية ضد الاعتماد إلا في حالات خاصة، وكذلك يعملى فى حالات القلق مضادات الاكتئاب خاصة مثبطات أكسدة أحادى الأمينات بارنيت – ناروديل – دبرينيل – ماكلو باميد) أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (توفرائيل – تربيتيزول – برولبادن – أنفرانيل)، والتي تعمل على زيادة نسبة الموصلات العصبية في المشتبكات العصبية، وأخيراً مثبطات استرجاع السيروتونين (بروزاك– فافارين – استرال)، والتي تزيد من أيض السيروتونين وكذلك مثبطات استرجاع السيروتونين والنوادرينالين مثل أفكسور أو سمبالنا.

وعند وجود أعراض زيادة نشاط في الجهاز العصبي اللابرادي، مثل: رجفة اليدين، العرق، زيادة ضربات القلب يتحسن المريض بتناول العقائير المهمة للنشاط مستقبلات النورادرينالين مثل الاندرال، والذي ينظم ضربات القلب (عكاشة, 2010، ص153).

9-4-العلاج السلوكي: خاصة في حالات الخوف المرضى؛ حيث يدرب المريض على الاسترخاء أما بتمرينات الإسترخاء العضلية والتنفسية أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء، ثم يعطى منبهات أقل من أن تصدر قلقاً، أو تسبب ألماً ونزيد المنبه تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخرف، وهو في حالة استرخاء، ودون ظهور علامات الفلق، وهذا يتعلقئ الترابط الشرطي المرضى، ويتكون لديه ترابط شرطي سوى. وتستطيع تطبيق هذا العلاج في حالات للخوف من الأماكن المقسمة أو المشيقة أو الحيوانات ...إلخ (عكاشة, 2010، ص153).

9-5-العلاج الكهربائي: لا تفيد الصدمات الكهربائية في علاج القلق النفسي، إلا إذا كانت تصاحبه أعراض اكتئابية شديدة، وهنا سيختفى الاكتئاب. ولكن علاج القلق يحتاج لمعرفة الصراعات النفسية المختلفة مع العلاجات السابق ذكرها، أما المنبه الكهربائي، فأحياناً ما يفيد في بعض حالات الفلق النفسي، المصحوبة بأعراض جسمية، والتي تحتاج للعلاج الإيحائي. (عكاشة, 2010، ص154).

9-6-العلاج الجراحي: يوجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب، والتي لا نتحسن بالعلاج النفسي، الكيميائي أو الكهربائي أو السلوكي، والتي تشل حياة المريض إجتماعياً؛ خاصة في الشخصيات السوية قبل المرض وهنا نلجأ إلى العمليات الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق والتوتر، وحتى يستطيع المريض العودة للحياة الاجتماعية العادية.

وفي هذه العملية تقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس، أو تقطع الألياف الخاصة بالإنفعال الموجودة في المخ الحشوى، وبقطع هذه الألياف، تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال، ويصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة.

وقد دلت الأبحاث على أن مرضى القلق ذوى الدم العادي في الساعد عند الراحة، والعالي عند التعرض للشدة يتحسنون بالعلاج الكيمائي، أما هؤلاء ذوى مجرى الدم العالي في الساعد عند الراحة، فيستفيدون بالجراحة حيث إن نتائج العلاج الكيمائي معهم متواضعة ولكن بعد الاكتشافات الدوائية الحديثة فنادراً ما نلجأ للجراحة (عكاشة, 2010، ص154).

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم التعرف على القلق من خلال تقديم تعريفات من بعض العلماء, و ذكر النظريات المفسرة له و كذا الأسباب و الاعراض المؤدية له, و التعرف على مستوياته نظرا لاختلاف مستوى القلق و أخيرا تطرقنا لعلاج القلق.

الفصل الثالث: مرض السكري.

تمهيد.

1-تعريف مرض السكري.

2-أنواع مرض السكري.

3-العوامل المساهمة في ظهور مرض السكري.

4-اعراض مرض السكري.

5-تشخيص مرض السكري.

6-علاج مرض السكري.

خلاصة الفصل.

تمهيد

يعتبر مرض السكري من اكثر الامراض الشائعة ذات الانتشار الواسع، فهو يصيب كل الفئات العمرية أي انه يوجد عمرا محددا و كلا الجنسيين سواء كان انثى ام ذكر، فمن الجانب الطبية يحدث بسبب نقص في افراز هرمون الانسولين بواسطة البنكرياس مما يؤدي لعدم احتراق المواد الغذائية احتراقا كاملا، اما من الجانب النفسي فهو مرض سيكوسوماتي ناتج عن جملة الضغوطات النفسية و المشكلات المختلفة التي تصيب الفرد الناتجة من المحيط الذي يعيش فيه, و التي يكون التعبير عنها في شكل اعراض جسدية.

1-تعريف مرض السكري:

هو عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات وبالروتينيات والدهون (مرفت,2010, 28).

ويعرف بأنه حالة مزمنة من أهم علاماته ازدياد مستوى السكر في الدم وقد يتسبب عن طريق عوامل بيئية أو وراثية.

تعرفه الصحة العالمية: هو مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج مادة الأنسولين بكمية كافية أو عندما يعجز الجسم عن استخدام تلك المادة بشكل فعال فالأنسولين هرمون ينظم مستوى السكر في الدم.

يعرفه مصيفر بأنه مرض استقلابي مزمن يتصف بزيادة مستوى السكر في الدم وهو نوعان النمط الأول وهو الذي يعتمد على الأنسولين أما النمط الثاني فهو غير معتمد على الأنسولين.

تعريف Bergeret :

أنه اضطراب وظيفي مزمن يؤدي الى خلل عضوي وأن سببه يعود الى عدوانية ضد المحيط الخارجي وما يثيره من ضغوط وإحباط تؤثر بقوة في نفسية الفرد فتجعله عرضة للإصابة بداء السكري.

يعتبر مرض السكري من الأمراض السيكوسوماتية الكثيرة الانتشار مع تعقد الحضارة المعاصرة فقبل اكتشاف الأنسولين عام 1921 كان الأشخاص المصابين عرضة للوفاة وبالتالي فداء السكري من الأمراض المزمنة التي تحدث نتيجة لوجود خلل في إفراز الأنسولين في الجسم والأنسولين عبارة عن هرمون يفرز من غدة البنكرياس ويساعد خلايا الجسم على استهلاك سكر الغلوكوز في إنتاج طاقة الجسم وعندما يصاب الشخص بالسكري قد تكون بإحدى الطريقتين ، أما غير قادرة على افراز الأنسولين النوع الأول من الداء وأن الجسم غير قادر على استخدام الأنسولين بشكل فعال النوع الثاني وفي كلتا الحالتين لا يستطيع المصاب بداء السكري أن يستهلك سكر الغلوكوز بنفس الطريقة التي يستهلكها الأشخاص الغير مصابين

به وهذا بدوره يؤدي الى ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم وتعرف هذه الحالة بارتفاع سكر الدم لهذا للارتفاع اثار جانبية قد تؤدي إلى مضاعفات حادة ومزمنة وعدم السيطرة على ارتفاع سكر الدم يؤثر سلبيا على حياة المصاب.

يعرفه كاظم عيسى جواد 2003 داء السكري في الأساس هو زيادة السكر في الدم ويحدث عندما يكون انتاج البنكرياس من الأنسولين معدوما أو غير فعال.

ويعرف أيضا بأنه حالة تتمثل باضطرابات في تمثيل وهضم الكربوهيدرات الناتجة تحت نقص افراز الأنسولين بالجسم، مما يؤدي إلى زيادة نسبة الجلوكوز بالدم مع ظهوره بالبول (باديدي/بالهواري,2021, 22/21).

ويعرف عبد العزيز معتوق: مرض السكري هو عدم قدرة الجسم على استهلاك الغلوكوز الموجود في الدورة الدموية بطريقة طبيعية، ويأتي هذا العجز إما عن نقص كامل في كمية هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس، أو نتيجة عدم فعالية الأنسولين الموجود بكثرة على خاليا الجسم.

كما تعرفه الباحثة مرفت عبد ربه: هو عبارة عن خلل في عملية تحمل الغلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون (بلبشير/لخضاري/حسروف,2017, 16).

ومنه فإن مرض السكري من الأمراض المزمنة الناتجة عن عجز الجسم من استخدام الأنسولين بشكل طبيعي، أو عدم قدرة البنكرياس على انتاج الأنسولين وهذا الأخير يعتبر كمعدل للجلوكوز الموجود في الدم من خلال التحكم فيه وضبطه (باديدي/بالهواري,2021, 22/21).

ومن هذه التعاريف السابقة يمكن إجمال تعريف شامل عن داء السكري ألا وهو عبارة عن مجموعة من الأمراض تصيب وتؤثر على طريقة استخدام الجسم لسكر الدم (الغلوكوز)، وهو حالة مزمنة من ازدياد مستوى السكر في الدم، ويرجع ازدياد السكر في الدم إلى عدم وجود الأنسولين (بلبشير/لخضاري/حسروف,2017, 16).

2-انواع مرض السكري:

2-1-النوع الأول: الذي يعتمد على الأنسولين في علاجه الذي يسمى أحيانا (بسكر الأحداث) ويظهر في سن مبكر اثناء مرحلتي الطفولة و البلوغ، ويتميز هذا النوع بعجز شديد في وظيفة البنكرياس ونقص مطلق في إفراز الأنسولين. لذلك يحتاج المصاب باداة الأنسولين يوميا مع برنامج غذائي متوازن. ولا يستجيب المصاب بهذا النوع للعلاج بالحمية وتناول الحبوب.

2-2-النوع الثاني: الذي لا يعتمد على الأنسولين في علاجه والذي احيانا يسمى بـ: (سكر البالغين) ويحدث في منتصف العمر أو بعده، ويتميز بنقص نسبي في إفراز الأنسولين بحيث لا يكفي لتخفيض السكر في الدم، تصاحب السمنة غالبية المصابين بهذا النوع وتكفي الحمية والرياضة وتخفيف الوزن لعلاجه في كثر من الحالات، بينما يحتاج البعض إلى استخدام أقراص الأدوية التي تعمل على تحفيز البنكرياس لإنتاج كمية أكبر من الأنسولين وتقوية مفعوله على الخلايا.

2-3-النوع الثالث: داء السكري الثانوي (Secondary): يحدث نتيجة لوجود علة مرضية تؤثر على الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس ومن اهم هذه العلل:

الالتهاب المزمن للبنكرياس – أورام الغدة فوق الكلوية – استئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية – بعض الغدد الصماء كمرض العملقة بسبب زيادة إنتاج هرمون النمو، وفرط إفراز الغدة الدرقية، كما يحدث في حالات التسمم الدرقي، متلازمة كوشي جوالتي تؤدي إلىُ زيادة معدلات الكورتيزون. نتيجة أخذ بعض الأدوية، مثل: هرمون الغدة الدرقية والكورتيزون.

2-4-النوع الرابع: سكر الحمل (Gestational Diabetes): سكر الحمل هو من أنواع داء السكري الأقل انتشارا، ويظهر أثناء الحمل فقط في النساء اللواتي لم يصبن بداء السكري في السابق، وغالبا يعود سكر الجلوكوز في الدم الى معدلاته الطبيعية بعد الولادة ليعاود الظهور في الحمل التالي وهكذا (قوناس,2021, 91).

3-العوامل المساهمة في ظهور مرض السكري:

تكثر وتتعدد أسباب الإصابة بمرض السكري فمن بينها ما هو عضوي وما هو نفسي، وبالرغم من أن السبب الرئيسي للإصابة به ما زال غير معروف، لكن هناك عدة عوامل تساعد على حدوثه وتذكر منها:

3-1-الوراثة:

هناك عوامل وراثية وغير وراثية تلعب دورا في الإصابة بهذا المرض. فمرض السكر هو من الأمراض التي تنتقل بما يسمى بالوراثة المتعددة الأسباب، ومن علامات هذا النوع من الأمراض أن احتمال الإصابة تزيد كلما زاد عدد المصابين في الأسرة ونقل كلما قل عدد المصابين.

جدول رقم (1): احتمالات وراثة الإصابة بمرض السكري

القرابة	احتمال الاصابة
الاب	9%
الام	3%
كلاهما (الاب والام)	30%
الاخوة	10%
التوأم غير المتطابق	20%
التوأم المتطابق	35%

3-2-السمنة:

أثبتت الإحصاءات العلاقة الطردية الوثيقة بين البدانة ومرض السكري، فقد وجد أن ثلث البدناء مصابون بالسكري، وأن (10%) من مرضى السكري النوع الثاني هم بدناء ويرجع السبب في ارتفاع مخاطر الإصابة بالسكري في البدناء إلى عدم استجابة الخلايا المفعول الأنسولين بشكل فعال، ويمكن فك هذا الارتباط وتراجع معدل الخطورة عند إنقاص الوزن إلى حدوده الطبيعية.

3-3-السن:

تقدر الإصابة بمرض السكري في الأفراد دون سن الأربعين عاما، والسكري بشكل عام مرض يصيب متوسطي ومتقدمي الأعمار، وفيما يلي تستعرض نسب الإصابة بمرض السكري حسب الفئات العمرية:

جدول رقم (2): نسب الإصابة بمرض السكري حسب الفئات العمرية

السن	حدوث داء السكري
سنة1-20	واحد من 2500 فرد
سنة21-40	واحد من 1000 فرد
سنة41-50	واحد من 200 فرد
سنة51-60	واحد من 100 فرد
سنة61-70	واحد من 50 فرد

3-4-الجنس:

لا توجد فروق بين الذكر والأنثى في السنوات الخمس والعشرين الأولى من الحياة، فكلا الجنسين يصاب بالتساوي غير أن ذلك يتغير ويصبح عدد النساء المصابات بمرض السكري أكثر من الرجال بعد سن 25 سنة.

3-5-الادوية:

هي الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم، مثل الأقراص المانعة للحمل، والأدوية الكظرية (الكورتيزون)، وصادات بينما التي تستخدم في معالجة أمراض القلب والضغط.

3-6-العوامل النفسية:

من الأسباب التي قد تساهم في الإصابة بالسكري الخوف والحزن الشديد، والقلق المستمر أو الخسارة المادية الكبيرة والمفاجئة، إلا أن هذه الحالات النفسية الشديدة ليست المسببة، بشكل مباشر لهذا المرض ولكنها إذا تعرض لها شخص لديه استعداد للسكري، أو مصاب به بشكل بسيط فإنها تزيد من خطورة الإصابة وتساهم في رفع نسبة السكر في الدم.

3-7-الامراض:

خاصة الأمراض المعدية كمرض البنكرياس الكحولي، أو الشمع الكبدي، أو الحمى القرمزية التي قد تسبب 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.

3-8-اختلاف الغدد الصماء:

تعد الاختلالات التي تحدث على مستوى الغدد الصماء من بين أسباب الإصابة بالسكري وبالأخص أمراض الغدد الكظرية والنخامية (لحرش/شيكر,2023, 19/18/17).

4-اعراض مرض السكري:

تظهر الأعراض الإكلينيكية لمرض السكري تدريجيا ابتداء من أعراض بسيطة إلى أعراض معقدة جدا في حالة عدم المعالجة أو السيطرة على المرض.

4-1-الاعراض الأولية:

4-1-1-كثرة التبول: عندما يزداد مستوى الجلوكوز في الدم ليصل إلى أعلى من 70 ملغ / 100 مليلتر فإنه يبدأ بالتسرب إلى البول ولهذا يزداد الضغط الأسموزي للبول نتيجة لارتفاع مستوى الجلوكوز الذي يجذب كمية كبيرة من الماء إلى البول، الأمر الذي يقود إلى زيادة عدد مرات التبول وكمية البول في كل مرة.

4-1-2-كثرة العطش: تؤدي كثرة التبول إلى حدوث جفاف للأنسجة، مما يشعر الشخص بالعطش.

4-1-3-كثرة الأكل: لا يحدث أيض طبيعي للجلوكوز لهذا فإن الخلايا تبدأ في أيض الدهون والبروتينات الإنتاج الطاقة وهذا يؤدي إلى زيادة الحاجة إلى الغذاء.

4-1-4-فقدان الوزن: يحدث هذا نتيجة لأن الجسم لا يستعمل الجلوكوز بطريقة الصحيحة لإنتاج الطاقة ولكنه يبدأ بتكسير الأنسجة الدهنية البروتينية في الجسم لإنتاج الطاقة.

4-2-الاعراض اللاحقة:

4-2-1-الرؤية غير واضحة: تعد أحد مشاكل مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين، حيث يحدث تكسير للأوعية الدموية في شبكية العين بسبب تمددها ويصاحب ذلك نزيف الدم الذي يظهر على شكل بقع صغيرة أو كبيرة على الشبكية.

4-2-2-شعور الطفل بإرهاق ونقص في النشاط.

4-2-3-حكة في الجلد أو التهاب الجلد: الشعور بحكة في الجلد لدى النساء خصوصا الأعضاء التناسلية الخارجية، وهذا يكون نتيجة لكثرة إفراز البول المحتوي على كمية كبيرة من الجلوكوز.

4-2-4-فقدان القوة.

4-2-5-بطء التام الجروح.

4-3-الاعراض المهددة للحياة: تراكم الأجسام الكيتونية في الدم يؤدي عدم التحكم في المرض بطريقة صحية إلى تراكم الأجسام الكيتونية في الدم، نتيجة لأكسدة الدهون غير كاملة كمصدر رئيسي للطاقة، والأجسام الكيتونية عبارة عن أحماض سامة يوافق ارتفاع مستواها في الدم، ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم.

4-4-اعراض نفسية: يصاب مريض مرض السكري بالعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف المستمر من تفاقم المرض والسويداء وسرعة الإثارة واليأس من الحياة، ومن الأعراض المؤكدة لوجود السكر في البول هي وجود بلورات بيضاء صغيرة في مكان البول بعد تبخره سواء من الملابس أو الوعاء أو من سطح الأرض (نقبيل/شباب,2021, 43/42).

5-تشخيص مرض السكري:

اكتشاف إصابتك بالسكري يكتشف الأشخاص إصابتهم بالسكري بطرق مختلفة، فمن يكتشف النوع الثاني هو طبيبك العام، إما لأنك تعاني من بعض أو جميع الأعراض التي ذكرت سابقاً، أو بإجرائك فحوصات عامة.

وقد تأتي النصيحة أيضاً بزيارة الطبيب من اختصاصي البصريات أو طبيب العيون لأن فحص العين يظهر المؤشرات الأولى إلى حالة تسمى باعتلال الشبكية السكري الذي يتضمن تغيرات في الأوعية الدموية للعين كإحدى مضاعفات السكري.

الفحوصات المخبرية التي يجريها المريض والتي يتم من خلالها تحديد الإصابة بمرض السكري وهي:

5-1-السكر في حالة الصيام: (أي بعد الامتناع عن تناول الطعام لمدة ثماني ساعات) فإذا كان مستوى السكر في الدم أكثر أو يساوي 126 ملغ/100 مل فيعد الشخص مصابا بالسكري. وقد استخدمت قيمة 126 ملغم 100/ مل الأساس المنطقي لتشخيص مرض السكري من خلال معايير اعتلال الشبكية (الحد الذي تبدأ عنده التغيرات الباثولوجية في شبكية العين) لذلك يجب عدم تناول أي أطعمة أو مشروبات (عدا الماء) = لمدة (8) ساعات قبل عمل التحليل. نسبة السكر أكثر من أو يساوي (126 ملجم / دسل) أو يساوي 75 ملمول/ لتر.

5-2-فحوصات السكري: في حال أظهرت الأعراض لطبيبك أنك قد تكون مصاباً بالسكري فسيطلب منك إجراء فحص دم لقياس مستوى الغلوكوز لديك، كما سيطلب عينة من البول لفحصها. وقد ترسل العينات إلى المختبر لتحليلها، على الرغم من أن أغلب الأطباء العامين لديهم حالياً أجهزة لقياس الغلوكوز في الدم وبإمكانهم إعطاءك النتيجة فوراً وتتوفر فحوصات الدم أيضاً للأشخاص الذين يشكون في إمكانية إصابتهم بالسكري، لدى بعض الصيدليات.

5-3-طبيب العيون: غالباً ما يجرى تشخيص مرض السكري صدفة أثناء زيارة اختصاصي البصريات أو طبيب العيون، لأن فحص العين سيكشف الإصابة باعتلال الشبكية السكري.

5-4-بنية الرعاية الخاصة بمرض السكري: يعتبر تسجيل أرقام تفوق المعدل الطبيعي للسكر في اختباري الدم والبول معاً، أو في أحدهما، كافياً ليؤكد لك طبيبك إصابتك بالسكري.

فإن كنت مصاباً بالنوع الثاني من المرجح أن يشرف على حالتك طبيبك العام بدلاً من اللجوء إلى طبيب في المستشفى ويدير أغلب الأطباء العامين عيادات خاصة لمعالجة ومتابعة مرضى السكري، لكن إن كان طبيبك ليس من هؤلاء، أو إن كنت تشعر بحاجة إلى دعم أكبر يمكنك طلب إحالتك إلى عيادة للسكري في المستشفى. وكما ذكر سابقاً، فإن النوع الأول من السكري يأتي غالباً بشكل مفاجئ، ما يعني أن يدخل الشخص المستشفى حيث يجري تشخيص إصابته ويُعمل على استقرار حالته.

5-5-اختبار وخز الإصبع لقياس مستوى الغلوكوز في الدم: يستطيع اختبار وخز الإصبع البسيط تحديد مستوى الغلوكوز في دمك. ويبقى المريض المصاب بهذا النوع من السكري غالباً تحت رعاية فريق مختص في إحدى المستشفيات ويتلقى حالياً كثير من مرضى السكري بنوعيه رعاية مشتركة من المستشفى والأطباء العامين. وعلى الرغم من دقة ووضوح تشخيص المرض لدى أغلب الأشخاص، إلا أن قليلين يحتاجون إلى فحص إضافي لأن مستوى السكري في دمهم يكون على الحد الفاصل.

وفي هذه الحالة يُطلب من الشخص الخضوع لاختبار تحمل الغلوكوز الفموي حيث يبقى المريض صائماً طوال الليل عن الطعام ليُقاس مستوى السكر في دمه عند وصوله إلى العيادة المختصة، فيعطى مشروباً يحتوي على كمية محددة من الغلوكوز، ليُعاد ويُقاس معدل السكر في الدم بعد ساعتين لرؤية كيفية تعامل الجسم مع الغلوكوز الذي امتصه. كما يمكن أن تؤخذ عينة من بول المريض بداية الفحص ونهايته.

5-6-الاختبار الفموي لتحمل الغلوكوز: إن أظهرت فحوصات الدم أن مستوى الغلوكوز في دمك هو على الحد الفاصل بين الطبيعي والمرتفع، فقد تحتاج عندها إلى الخضوع لاختبار تحمل الغلوكوز الفموي، الذي قد تنتج عنه ثلاث محصلات ممكنة:

5-6-1-أن يكون مستوى الغلوكوز في دمك ضمن المعدل الطبيعي، وبالتالي تكون غير مصاب بالسكري.

5-6-2-أن يكون المستوى أعلى من المعدل، لكن بشكل لا يكفي ليتم تصنيفك أنك مصاب بالسكري، وتسمى هذه الحالة بضعف تحمل الغلوكوز (ICT), حيث سيراقبك مرشدوك الطبيون بسبب إمكانية اصابتك مستقبلا بالسكري، لكنك في الوقت الحالي ستعطى نصيحة باتباع حمية غذائية على الرغم من عدم اصابتك بالمرض و انعدام حاجتك الى علاج محدد.

5-6-3-أن يكون مستوى الغلوكوز في الدم عالي بما فيه الكفاية للإشارة إلى إصابتك بالسكري، وبالتالي ستحتاج إلى زيارة طبيبك من أجل مناقشة العلاج المطلوب.

5-7-فحص قدرة تحمل السكر: أي فحص مستوى السكري في الدم بعد ساعتين من إعطاء الشخص محلولا سكريا يحتوي على 100 غم جلوكوز. فإذا كان مستوى السكر في الدم أكثر أو يساوي 200 ملغ /100 مل بعد ساعتين من أخذ المحلول السكري فيعتبر الشخص مصابا بالسكري. يعتمد تشخيص السكري على مستوى السكر في الدم إذا أخذت عينة عشوائية لسكر الدم وكان مستواه 200 ملغ 100/ مل أو أكثر مع وجود أعراض السكري دل ذلك على الإصابة به.

الهيموجلوبين المتعسلن: إذا كانت نسبة الهيموجلوبين المتعسلن 6.5 % (HbA1c) أو أكثر فيعد الشخص مصابا بالسكري.

في الأخير نستنتج أنه يجري تشخيص الإصابة بمرض السكري عادة بإجراء فحص للبول أو الدم لدى المرضى الذين تظهر عندهم أعراض المرض يحتاج عدد قليل من المرضى إلى فحص أكثر دقة يدعى باختبار تحمل الغلوكوز الفموي يُعد التشخيص المبكر للمرض مهماً جداً، إذ يوصى الأشخاص الذين يعانون من أعراض المرض بالحضور إلى عيادة طبيبهم العام، أو إلى الصيدلية لإجراء فحص الدم الخاص بالسكري (توير/زهرة,2021, 29/28/27).

6-علاج مرض السكري:

6-1-العلاج النفسي لمرض السكري:

اعتمد على عدة أسباب نذكر منها:

- ❖ اعتمد أحمد هلال (1998) أسلوبين للعلاج النفسي هما: العلاج المعرفي السلوكي والتدريب التوكيدي بهدف تعليم المرضى بعض استراتيجيات المواجهة لتحقيق التوافق والاندماج النفسي والاجتماعي للمريض.
- ❖ استخدم ماسو (Massouh) برنامج للتعليم الاجتماعي قائم على الأسس النظرية باندورا (Bandora)
- ❖ الأساليب العلاجية كالمواجهة والمساندة الاجتماعية كان لها تأثير فعال على مرضى السكري حيث أصبحوا أكثر تقبلا للتعلم وللآخرين.

❖ تمارين الاسترخاء وهي أساليب العلاج السلوكي الناجحة.

6-2-العلاج الدوائي:

إن الأقراص المستخدمة في تخفيض نسبة السكر في الدم تعمل أساسا من خلال تنشيط خلايا "بيتا" بالبنكرياس كي تفرز ما بها من أنسولين، أي في حالة عدم وجود هذه الخلايا أو عدم وجود البنكرياس تصبح هذه الأقراص عديمة الجدوى وهذا ينطبق على مرضى النوع الأول حيث لا مجال لاستخدام الأقراص معهم، وهم يمثلون 10% من مرضى السكري، أما بالنسبة للنوع الثاني والذين يمثلون 90% فعكس النوع الأول لأنهم يعانون من ضعف أداء البنكرياس وغالبا ما يبدأ علاجهم باستخدام الأقراص، وأحيانا يلجؤون الى الحقن.

. أما الأقراص فتصنف الى 6 أنواع هي:

6-2-1-بيغونيدات (ميتفورمين):

الاسم الكيميائي: Metformine

بعض الأسماء التجارية:

Diabesc, Diabex XR, diaformin, formet Glucomet

Glucophage

6-2-2-سلفونيل يوريا (Sulfonylureas):

الاسم الكيميائي: G,G libenclamide. Glipiziade. G limepiride

Liclazide

بعض الأسماء التجارية:

Melizide, Minidiab, Glyd, Diamicron, Diamicron MR, Amaryl, Dimirel,

G limepi

6-2-3-تايازوليندا يونز (غليتازون):

الاسم الكيميائي: Rosiglitazome, Repaglimide

بعض الأسماء التجارية:

Avandia, Actis

6-2-4-ميغليتينا يدر:

Repaglimide الاسم الكيميائي:

الاسم التجاري: Novomorm

Alpha glucosidase

inhibitors :

Acarboseالاسم الكيميائي :

Glucibayالاسم التجاري :

6-2-5-DPP.4 inhibitors:

الاسم الكيميائي: Sitagliptin Vildagliptin

Galvus Januviaالاسم التجاري:

وصنفت الحقن الى نوعين هما:

1-Incretinmunetice :

الاسم الكيميائي: Exematide

الاسم التجاري: Byetta

2-الأنسولين.

6-3-العلاج بالأعشاب:

هناك عدة نباتات مفيدة في علاج مرضى السكري نذكر منها:

6-3-1-أوراق الأوكاليتوس: توضع 15غ في لتر من الماء وتغلى حتى يتبخر الماء ثم يصفى ويشرب في 24 ساعة على فترات.

6-3-2-أوراق التوت الأسود: تجفف كمية من هذه الأوراق، وعند الاستعمال يغلى لتر من الماء ويوضع فيه 60 غ من الأوراق وتترك لتغلى مدة 03 دقائق، ثم تصفى ويشرب 03 مرات في اليوم

6-3-3-نبات الأيريل: يوضع مقدار قبضة اليد في لتر من الماء بدرجة الغليان، ثم يصفى ويشرب على دفعات متفرقة.

6-3-4-البصل: حسب التحليل المخبري له تبين أنه يحوي مادة الغلوكوكينين (Glucokinine)

التي تعادل بمفعولها مفعول مادة الأنسولين في تحديد كمية السكر في الدم، وهي تعمل على ترميم العضو المصاب، وتحثه على استعادة عمله الفيزيولوجي، وعلى المريض يوميًا تناول بصلة متوسطة الحجم لفترة زمنية (15-30) يوما.

6-3-4-نبات الميرمية: توضع 8 من أوراقه وأزهاره في لتر من الماء، يغلى ويشرب منه مقدار فنجان صباحًا وآخر مساءًا.

6-4-العلاج بالخلايا الجذعية:

الخلايا الجذعية هي خلايا تمتلك القدرة على الانقسام والتكاثر وتجديد نفسها مما يسمح باستخدامها كجهاز اصلاحي للجسم، وتكمن أهميتها في قدرتها على تكوين أي نوع من أنواع الخلايا المتخصصة، كما يعتقد خبراء البحث الطبي أن الخلايا الجذعية قادرة على إصلاح نسيج متخصص أو تشكيل عض وحيوي عن طريق دفعها للنمو وبهذا تعمل على ايجاد علاج جذري للسكري من خلال تحول هذه الخلايا إلى خلايا بيتا" المفرزة للأنسولين داخل البنكرياس وأشارت الدراسات التي قامت بها جمعية السكري الأمريكية أن أبحاث الخلايا الجذعية وخاصة الأبحاث المتعلقة بالخلايا الجذعية الجينية تحمل وعودا كبيرة في البحث عن علاجات أفضل لمرض السكري حيث تسمح هذه الأبحاث للعلماء بالتوصل الأفضل السبل للسيطرة على الخلايا الجذعية وجعلها تقوم مباشرة بتكوين خلايا جديدة مثل: الخلايا المنتجة للأنسولين.

ومن الأهداف وراء زراعة الخلايا الجذعية ما يلي:

- ❖ حماية خلايا البيتا" المتبقية.
- ❖ تجديد الخلايا التي فقدت وظيفتها لتكون قادرة على ضبط مستوى السكر في الدم. يؤمن هذا العلاج للمريض القدرة على الاستغناء عن جرعات الأنسولين وأدوية تنظيم مستوى السكر في الدم.
- ❖ الحد من المضاعفات المزمنة المرافقة للسكري (شرير/طعام,2016, 72/69).

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا الجانب النظري لمرض السكري، تبين لنا أن مرض السكري مرض مزمن يرافق الشخص طيلة حياته، لذا يحتاج الأشخاص المصابين بداء السكري إلى قدر عالي من التكيف في مختلف أوجه الحياة، لكي لا يؤثر هذا المرض على الجانب الصحي و على الجانب الأكثر النفسي الذي يلعب دورا مهما لدى الفرد و الأسرة، لكي يحقق عملية من التعايش و الرضا و سلامة الصحة النفسية من اجل التغلب على الخوف و القلق و هذا لكي يتفادى الفرد من الوقوع في المشاكل والمضاعفات.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد.

1-منهج الدراسة.

2-عينة الدراسة.

3-حدود الدراسة.

4-أدوات الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي قاعدة أساسية يجب أن يتطرق اليها كل باحث , فهو بمثابة المكمل للجانب النظري , و أساس أي دراسة علمية , حيث يسمح للباحث من استثمار معلوماته النظرية و تطبيقها ميدانيا و الذي يهدف الى حل الاشكالية و التساؤلات المطروحة و التأكد من صحة فرضيات الدراسة.

سوف يتم التحدث في هذا الفصل عن الاجراءات المنهجية المتخذة لمعالجة موضوع الدراسة وذلك انطلاقا من عرض منهج الدراسة المناسب وما اشتملت عليه من خطوات ومراحل في سبيل تهيئة واختيار الظروف والمقاييس الملائمة للقيام بالدراسة العيادية والتي تم تناولها بعد ذلك من حيث المنهج المعتمد والادوات المستخدمة وخصائصها السيكومترية والحالات التي نتناولها قبل التطرق لعرض النتائج المتوصل اليها.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

1-منهج الدراسة:

يتحدد المنهج وفقا للموضوع المراد دراسته و طبيعة الدراسة و الأهداف التي تسعى لتحقيقها, و يعد المنهج الاكلينيكي من افضل المناهج و ادقها و اقدرها في الدراسة العميقة للحالات الفردية, فهو يساهم في الفهم الصحيح و المعمق للسلوك الفرد و دوافعه لذلك تم اعتماد على هذا المنهج في الدراسة الحالية بهدف تحديد مستوى القلق لدى المرضى المصابين بمرض السكري.

و الذي يعرف حسب "**بيدينيلي**" **(G.L.Pedinielli)** "بانه أسلوب لجمع معلومات بالطريقة الأكثر توسعا و الأقل اصطناعا من خلال إعطاء الفرد فرصا للتعبير".

و يعرف المنهج العيادي "أسلوب لجمع البيانات و المعلومات كثيرة و الشاملة عن حالة فردية واحدة او عدد محدود من حالات و ذلك بهدف الوصول الى فهم اعمق و افضل للمجتمع الذي تمثله" (توير/زهرة,2022, 48).

2-مجتمع الدراسة وعينتها:

2-1-تعتبر العينة جزء معين او نسبة معينة من افراد المجتمع الأصلي ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله.

وقد أجريت هذه الراسة على (4) من مرضى المصابين بمرض السكري خلال هذا العام لسنة 2026-2027 بدائرة الوادي.

2-2-مجتمع الدراسة:

قما بمسح شامل لأفراد المجتمع الأصلي للدراسة، لفئة مرضى المصابين بمرض السكري, بحيث افراد العينة مختلفة في الفئة العمرية (الشباب,الكهول,الشيخوخة), و في الجنسيين (انثى, ذكر).

3-حدود الدراسة:

3-1-الحدود المكانية:

عادة طبيعة الدراسة او البحث المراد القيام به هو الذي يحدد المكان الذي تقع فيه الدراسة, و ذلك ان الدراسة تجرى على اشخاص معنيين لا يمكن الالتقاء معهم الا في أماكن معينة, لذلك تم اجراء الدراسة في المؤسسة الاستشفائية العمومية بن عمر الجيلاني بالوادي, لأنها تحتوي على المرضى المصابين بمرض السكري.

3-2-الحدود الزمنية:

تم اجراء المقابلة مع حالات الدراسة في الفترة الزمنية:

2026/04/19 الى غاية 2026/04/22.

3-3-حالات الدراسة:

تتكون مجموعة البحث من 4 حالات من المرضى المصابين بمرض السكري، الذين يداومون العلاج على مستوى العيادات المختلفة.

3-3-1-معايير انتقاء الحالات:

- ✓ كانت هناك شروط التي استندنا عليها لانتقاء مجموعة البحث كالاتي:
- ✓ ان تكون بين الجنسيين (انثى/ذكر).
- ✓ ان تكون الفئة العمرية (الشباب، الكهول، كبار السن).
- ✓ ان يكونوا المرضة المصابين بمرض السكري من النوع الأول او النوع الثاني فقط.

3-4-خصائص حالات الدراسة:

جدول رقم (01) يمثل خصائص حالات الدراسة

الحالات	الجنس	السن	المهنة	الحالة الاجتماعية	المستوى الدراسي	تاريخ الإصابة بالمرض
01	ذكر	39	موظف	متزوج	متوسط	2024
02	انثى	50	ربة بيت	ارملة	ثانوي	2022
03	انثى	60	ربة بيت	ارملة	لا توجد	2010
04	ذكر	50	موظف	متزوج	جامعي	2015

المصدر: من اعداد الطالبتين.

يبين من خلال الجدول 4 حالات الدراسة متباينة بين ذكر وانثى، سنهم يتراوح بين 30 و50 سنة، مرضى مصابين بمرض السكري، بالوادي.

4-أدوات الدراسة:

4-1-المقابلة العيادية:

المقابلة أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية، تمكن الفاحص من دراسة وفهم التغيرات النفسية للمفحوص والاطلاع على مدى انفعاله وتأثره بالمعلومات التي يقدمها، كما تمكنه من إقامة علاقات ثقة ومودة مع المفحوص، مما يساعده على الكشف عن المعلومات المطلوبة، فضلاً عن كونها أداة للتبصير والنوعية والتفاعل الديناميكي.

والمقابلة في جوهرها هي عملية إتاحة الفرصة للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات علماً أن المقابلة في الممارسة النفسية هي تبادل علائقي لفظي وغير لفظي بين شخصين في إطار محدد يتسم فيه أحدهما الفاحص بالحياد والمقابلة ا في إطار الفحص النفسي عبارة عن تحضير وشرح لهذا الفحص، إذ تهدف إلى:

4-1-1-إنشاء اتصال مع المفحوص وتحضيره بالسماح له بالتعبير عن طلبه وعن تصوراته للوضعية، فيضع الفاحص الإطار ويشرح له كيفية العمل وما هو مطلوب منه ويشعره به ليسهل أن يكون متعاوناً.

4-1-2-البحث عن معلومات بناء على شبكة من المحاور المتعلقة بحياة الفرد: السن الحياة العائلية، وعند الضرورة طلب معلومات أكثر دقة عن الأغراض الجسمية أو النفسية، الاهتمامات الانشغالات... إلخ، وهذه المعلومات هي التي توجه اختيار الفاحص للاختبارات النفسية.

4-1-3-يجب الا يلتزم الفاحص في بحثه عن المعلومات بصفة متصلبة بأسئلته، بل يترك للمفحوص بعض الحرية في التطرق إلى مواضيع أخرى، إذ يجب أن يسهل الكلام لا أن يعرقله.

4-1-4-يجب الاهتمام حتى بما يثيره المفحوص من مشاعر وردود أفعال عند الفاحص، إذ أنها مصدر هام للمعلومات، لأن تكوين علاقة حسنة سيكون سنداً الإجراء الاختبارات، مع الالتزام بالحياد أثناها، كما ينبغي أن يحاول الفاحص التقليص من الطابع التقييمي لهذه العملية (عنو,2017, 19/18).

تتطلب دراستنا نوع من أنواع المقابلة وهو المقابلة النصف الموجهة، لأنها الأنسب لمثل هذه الدراسة.

4-2-المقابلة النصف الموجهة:

تعتبر المقابلة النصف الموجهة نوع من أنواع المقابلة الأكثر استعمالا في مجال البحث فهي الأداة الأمثل للمنهج المتبع حيث انها ليست بمقابلة حرة ة لا هي بمقابلة مغلقة، انها مزيج من الاثنين (خوجة,2017, 50).

4-3-الملاحظة:

الملاحظة المنظمة في المواقف الطبيعية تعتبر وسيلة مفيدة وهامة لجمع البيانات عن أداء الأفراد وسلوكهم. حيث تلعب دوراً أساسياً في تقدير سمات شخصية الفرد سواء كان ذلك في عيادة نفسية أو في مركز توجيه أو في الفصل أو في أي مكان يستدعى تقييم الفرد عن طريق الملاحظة.

وتختلف الملاحظة كأداة للقياس أو أسلوب لجمع البيانات تماماً عن الاستبيان، حيث أنها تعتمد على رؤية الباحث بنفسه لأداء وسلوك المفحوصين وتسجيل ما يلاحظه بدقة، ولا تعتمد كالاستبيان أو غيرها من أدوات القياس على استجابات المفحوصين لأسئلة أو عبارات محددة يقرؤونها كما في الاستبيان، أو تقرأ عليهم كما في المقابلة وبذلك يضمن الباحث دقة المعلومات التي يحصل عليها.

ولكن يختلف دور الباحث أو الملاحظ في البحث وفقاً لدرجة مشاركته في النشاط الذي يلاحظه. فقد يكون الملاحظ عضواً مشاركاً في الجماعة التي يلاحظها، أي يشاركهم بشكل كلي، أو قد يظل بعيداً عنهم ومنفصلاً عن الجماعة.

ومن ثم يلجأ الباحث لأسلوب الملاحظة لما تتميز به من مميزات تخصها دون غيرها من أساليب القياس الأخرى (بشرى,2004, 51).

وعليه تم استخدام المقابلة النصف الموجهة في هذه الدراسة، بهدف توجيه استجابات الحالات نحو اهداف الدراسة كما تحديد أسئلة المقابلة مع ترك بعض الحرية للمبحوثين بالتعبير عما يرونهم منسابا مع توجيه المقابلة من المرة الى الأخرى لعدم خروج المبحوثين عن إطار موضوع الدراسة.

4-4-استبيان صحة المريض ـــ اضطراب القلق العام GAD7 ـــ (PHQ):

4-4-1-وصف المقياس:

أعد مقياس اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) والمكون من سبعة بنود, طور الدكتور روبرت ل. سبيتزر و الدكتور كورت كرونكي و زملائها, و كان الهدف منه اعداد نسخة مختصرة تعتمد على التقرير الذاتي لتحديد الأشخاص الذين يعانون من القلق العام وذلك خلال الأسبوعين السابقين للتطبيق.

4-4-2-مفتاح التصحيح:

4-4-2-1-توزيع الدرجات:

يتم احتساب النقاط لكل سؤال بناء على تكرار الاعراض كما يلي:

0: ابدا (ليس على الاطلاق).

1: عدة أيام.

2: أكثر من نصف الأيام.

3: كل يوم تقريبا.

4-4-2-2-تقسم نتائج درجات:

. من 0 الى 4: قلق بسيط.

. من 5 الى 9: قلق دون المتوسط.

. من 10 الى 14: قلق متوسط.

. من 15 الى 21: قلق شديد

4-4-3-صدق والثبات:

وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الأصلية للمقياس من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (2740) مريضا من (15) عيادة للرعاية الأولية بالولايات المتحدة الأمريكية بالإضافة إلى (965) مريضا تم التواصل معهم هاتفيًا من قبل المتخصصين في الصحة النفسية، وتوصلت الدراسة إلى أن المقياس له خصائص سيكومترية جيدة ويمكن الاعتماد عليه في تقييم القلق العام وتحديد شدته واستخدام المقياس في الناحية الإكلينيكية والبحثية حيث بلغ الاتساق الداخلي للمقياس (0.92)، كما توجد علاقة ارتباط بين المقياس ومقياس تدهور الحالة الوظيفية كما يرتبط بمقياس الصحة النفسية حيث بلغ معامل الارتباط (0.75) بليه الأداء الاجتماعي (0.46) وتصورات الصحة العامة (0.44) والألم الجسدي (0.36) والدور الوظيفي (133) والأداء البدني (0.30)، كما يرتبط المقياس بقائمة بيك للقلق حيث بلغ معامل الارتباط (0.72)

ومع مقياس الاكتئابPHQ-8 حيث بلغ معامل الارتباط (0.74) (حمود الصالحي,2021,ص19-20).

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تناولنا كيف تتم اجراء الدراسة و تحديد المنهج المناسب للدراسة, أيضا قد شملت العينة التي تتوافق مع الدراسة أي أساس الدراسة, و الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة المتمثلة في المقابلة نصف الموجهة و استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

تمهيد.

1.عرض وتحليل الحالة الأولى.

2.عرض وتحليل الحالة الثانية.

3.عرض وتحليل الحالة الثالثة.

4.عرض وتحليل الحالة الرابعة.

5. عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

6.الاستنتاج العام.

7.التوصيات المقترحة.

خلاصة الفصل.

تمهيد

في هذا الفصل سوف نتطرق لعرض تفصيلي للنتائج التي تم التوصل اليها من خلال تطبيق كل من المقابلة النصف موجهة لجمع المعلومات على 4 حالات , و بالاستعانة باستبيان صحة المريض –اضطراب القلق العام على حالات الدراسة حيث نسعى من وراء هذا الإجراء إلى العمل على جمع المعلومات وعرضها وتحليلها وكذا مناقشتها للوصول الى الهدف المتمثل بالدرجة الاولى في الاجابة على فرضيات البحث.

1.عرض وتحليل الحالة الأولى:

1.1.البيانات الشخصية:

الاسم: يوسف.

الجنس: ذكر.

السن: 39 سنة.

عدد الاخوة: 8.

ترتيبك في الاخوة: 1.

مستوى التعليمي: 3 متوسط.

الحالة الاجتماعية: متزوج.

الحالة الاقتصادية: متوسط الحالة.

المهنة: موظف.

بداية الإصابة بالمرض السكري: 2024.

2.1. عرض وتحليل الحالة الأولى:

الحالة "**يوسف**", يبلغ من العمر 39 سنة, مقيم في ولاية الوادي, يحتل المرتبة الأولى بين اخواته 8, متزوج, ذو مستوى معيشي متوسط, يعمل موظف لدى الحكومة, بدأت رحلته مع مرض السكري منذ عامين أي 2024.

3.1. مناقشة الحالة الأولى:

من خلال اجراء المقابلة العيادية مع الحالة "يوسف" اخبرنا انه مصاب بداء السكري منذ سنة 2024 بسبب حادثة تعرض لها اثرى اصابت قدمه اليمنى فوضع له الطبيب الجبز, حيث بعد عدة أيام من تلك الإصابة ظهرت حكة أدت لتعفن الجرح, فطلب منه الطبيب اجراء تحاليل طبية عامة, فاكتشف حينها انه مصاب بالداء السكري, في بادئ الامر شعر بفاجعة, حسب قوله "**ماتقبلتش المرض**" و في قوله اخر "**لوكان ما تضربتش رجلي ماعرفتش عندي سكري**", ثم مع مرور الأيام بدات تظهر عليه اعراض هذا الداء كالعطش الشديد و جفاف في الحلق و كثرت شرب الماء و كثرت التبول, حسب قوله "**نعطش و نحس شواربي ناشفين و**

نشرب الماء بزايدة". صرح الحالة بان المرض ليس وراثي, في قوله "**انا الأول في العائلة جاني السكري**" و بانه يأخذ العلاج كالاقراص بالإضافة اى انه يتبع حمية غذائية, و اخبرنا بانه في الأول كان صعب عليه اخذ في وقته لكن بعدها رتب وقته "**بديت نخمم في البداية مبعد وليت ناكله في وقته**". و كانت هذه نقطة تحول كبيرة في روتين حياته. اما بالنسبة الى الجانب النفسي من التوتر و القلق حيال مستويات السكر في الدم اخبرنا الحالة بانه يفكر بكثرة في هذا الامر و من ناحية التحكم في المخاوف المتعلقة بمضاعفات السكري المستقبلية ,جاء في قوله "**لا مانيش هاز حملتو**". و اخبرنا أيضا انه اخذ الدواء في وقتها هو ما يأخذ حيز التفكير في يومه. يشعر الحالة "**يوسف**" أحيانا صعوبة في الاسترخاء بسبب المسؤولية الدائمة اتحاه إدارة المرض, أيضا يشعر بعدم الارتياح حركي و قلق عند انتظار نتائج التحليل الدوري حسب قوله "**تقلقت اشوية و بديت نخمم فيه**", و عندما تكون مستويات السكر غير منتظمة او غير مثبطة في قوله "**يولي مذبذب الواحد و مشوكي**". و في الأخير تم طرح سؤال عليه هل تخاف من المجهول أي هل ينتابك خوف مفاجئ من وقوع ازمة صحية, مثلا كهبوط سكر حاد في مكان عام؟ كانت اجابته "**عمرها ما صراتلي و ان شاء الله ما تصرالي في الأيام الجاية**".

4.1. نتائج الاستبيان:

تم تطبيق على الحالة "**يوسف**" استبيان صحة مريض – اضطراب القلق العام, كانت نتائج الاستبيان كما هي موضحة في الجدول:

جدول (4): يوضح نتائج استبيان للحالة الأولى.

الاسئلة	الدرجة المتحصل عليها
السؤال 1	1
السؤال 2	1
السؤال 3	2
السؤال 4	2
السؤال 5	0
السؤال 6	1
السؤال 7	1
المجموع	**8**

المصدر: من اعداد الطالبتين بناءا على مخرجات الاستبيان.

5.1. خلاصة الحالة الأولى:

من خلال تطبيق استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام على الحالة "**يوسف**" تبين انه يعاني من قلق خفيف تقدر درجته بـ **8 درجات** وأيضا صرح الحالة بانه يجد صعوبة الى حد ما في أداء عمله وقيامه بمسؤولياته في المنزل او الانسجام مع الناس.

2.عرض وتحليل الحالة الثانية:

1.2.البيانات الشخصية:

الاسم: فاطمة.

الجنس: انثى.

السن: 50 سنة.

عدد الاخوة: 8.

ترتيبك في الاخوة: 2.

مستوى التعليمي: ثالثة ثانوي.

الحالة الاجتماعية: ارملة.

الحالة الاقتصادية: متوسط الحالة.

المهنة: ماكثة في البيت.

بداية الإصابة بالمرض السكري: 2022.

2.2.عرض وتحليل الحالة الثانية:

الحالة "**فاطمة**", تبلغ من العمر 50 سنة, مقيمة في ولاية الوادي, تحتل المرتبة الثانية بين اخواتها 8, متزوج, ذات مستوى معيشي متوسط, ماكثة في البيت , مستواها التعليمي 3 ثانوي (BAC), حالتها الاجتماعية ارملة, بداية اصابتها بمرض السكري كانت سنة 2022.

3.2.مناقشة الحالة الثانية:

من خلال اجراء المقابلة العيادية مع الحالة "**فاطمة**" اخبرتنا انها مصابة بداء السكري منذ سنة 2022 من النوع الثاني تقصد هنا الأقراص، بدات بظهور الاعراض ككثرة البول و كثرة شرب الماء و بعض الالتهابات، و ترجع الحالة ليس لاصابتها بالسكري الى ضغوط حيث تقول "**بديت نبحث من واش جاني السكري كاين أطباء قالولي من السمنة الزائدة**" و في قول اخر لها "**لا توجد إصابة قبل في عائلتي انا الأولى**". تتبع "**فاطمة**" حاليا بروتوكول علاجي بالنسبة لمرض السكري, تم طرح عليها سؤال كيف استقبلت حبر اصابتها بالسكري في بادئ الامر فقالت "**كي قاتلي الطبيبة جاني الخبر كالصاعقة, عييت نبكي, من العيادة**

و انا نبكي حتى وصلت لداري الطريق كامل و انا نبكي", بعد تلقي الخبر لم تتقبله الا بعد مرور فترة بدات تتقبل المرض و حالتها "**تقبلت بعدها مع الوقت ما وليت حاساتو**". في 4 الأشهر الأولى كان قياس السكري حوالي 4,5 غرام, لقد غير المرض روتين الحالة "فاطمة" في اتباعها حمية غذائية على حسب قولها "**بديت نخاف في الأول و كليت خبز الشعير مبعد والفت**".

بالنسبة الى الجانب النفسي للحالة "**فاطمة**" من التوتر و القلق المستمر اجابتنا "**في الأول كنت كل يوم نقيس السكر, مرات اكثر من مرتين في النهار**", اما من ناحية أخرى انها لا تجد صعوبة في التحكم في مخاوفها المستقبلية اتجاه أي مضاعفات الداء السكري, في قولها "**هذيك المخاوف المستقبلية مانيش حاطتها في راسي**". في بداية المرض وجدت صعوبة في تنظيم موعد الدواء و الوجبات الغذائية و هذا يعود الى عدم تقبلها للمرض, الا بعد فترة من تقبلها للمرض أصبحت لا تفكر كثيرا في موعد الدواء و في اتباعها للحمية الغذائية حسب قولها "**الدواء باين وقته اما الوجبات لا ناكل**", اما من ناحية أخرى لم تجد صعوبة الاسترخاء في قولها "**حاليا مانيش مقيماتو ذات**", كانت تشعر الحالة "**فاطمة**" من نوبة قلق في انتظار نتائج التحاليل الدوري لمرض السكري حسب قولها "**كنت ندير التحليل ونتقلق من النتيجة اما حاليا ما نتقلقش و انا نستنى في النتيجة**", بالنسبة لسرعة الانفعال عندما تكون مسويات السكر غير منتظمة حسب قولها "**نحس جسمي كامل فاشل في حالة يكون السكر طالع اما ناحية اخرى ما طاحلي حتى مرة السكر**".

و في الأخير تم طرح سؤال عليها هل ينتابك خوف مفاجئ من وقوع ازمة صحية, مثلا كهبوط سكر حاد في مكان عام؟ كانت اجابتها "**ماصرات حتى مرة و ان شاء الله ما تصرالش**".

4.2.نتائج الاستبيان:

تم تطبيق على الحالة "**فاطمة**" استبيان صحة مريض – اضطراب القلق العام, كانت نتائج الاستبيان كما هي موضحة في الجدول:

جدول (5): يوضح نتائج استبيان للحالة الثانية.

الاسئلة	الدرجة المتحصل عليها
السؤال 1	1
السؤال 2	2
السؤال 3	2
السؤال 4	2
السؤال 5	0
السؤال 6	3
السؤال 7	0
المجموع	**10**

المصدر: من اعداد الطالبتين بناءا على مخرجات الاستبيان.

5.2. خلاصة الحالة الثانية:

من خلال تطبيق استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام على الحالة "**فاطمة**" اتضح انها تعاني من قلق متوسط تقدر درجته بـ **10 درجات**، صرحت الحالة بانها تواجه صعوبة في أداء مسؤولياتها في المنزل او الانسجام مع الناس.

3.عرض وتحليل الحالة الثالثة:

1.3.البيانات الشخصية:

الاسم: زهرة.

الجنس: انثى.

السن: 60 سنة.

عدد الاخوة: 7.

ترتيبك في الاخوة: الأخت الصغيرة.

مستوى التعليمي: لا يوجد.

الحالة الاجتماعية: ارملة.

الحالة الاقتصادية: متوسط الحالة.

المهنة: ماكثة في البيت.

بداية الإصابة بالمرض السكري: 2010.

2.3.عرض وتحليل الحالة الثانية:

الحالة "**زهرة**", تبلغ من العمر 60 سنة, مقيمة في ولاية الوادي, تحتل المرتبة الاخيرة بين اخواتها 7, ذات مستوى معيشي متوسط, ماكثة في البيت , حالتها الاجتماعية ارملة, بداية اصابتها بمرض السكري كانت سنة 2010.

3.3.مناقشة الحالة الثالثة:

من خلال اجراء المقابلة العيادية مع الحالة "**زهرة**" اكدت على انها مصابة بمرض السكري منذ عام 2010 من النوع الأول تقصد هنا الانسولين كانت تبلغ من العمر 44 سنة, ترجع الحالة سبب ظهور المرض الى فاجعة و الضغوط و أيضا حتى العامل الوراثي لان هناك من افراد العائلة مصابين بالسكري, بالنسبة للاعراض فقد ظهرت عليها كثرة البول و الحمى, عندما ذهبت للطبيبة للكشف هناك قد تلقت بخبر اصابتها بمرض السكري, فقد اتبعت الحالة بروتوكول يشمل الانسولين و الأقراص مع الحمة الغذائية. بالتأكيد فقد غير هذا المرض من

نمط حياتها كثيرا في قولها "**عدت نتقلق و نخمم على صحتي و نشوف فيها عاقبة تدهور و تنقص و تحرمت من ياسر حوايج**".

اخبرتنا انها تنزعج عندما تجد ان مستوى السكري مرتفع حسب قولها "**حاجة باينة نتقلق كي نلقاه طالع**", قد واجهت صعوبات في السيطرة على المخاوف المتعلقة بمضاعفات السكري لدى الحالة, اما بالنسبة لمواعيد اخذ الدواء او الغذاء تقول "**نعم نخاف ننسى دوايا و لازم ناكل اكل صحي**", و تجد قلق كبيرا عند قياس السكر و لا ترتاح الا اذا اطمئنت على النتيجة حسب قولها "**تريح غير كي نقيس و نلقاه منظم**". اما من ناحية الاسترخاء فالحالة تجد عدم السهولة في ذلك و أيضا تململ و قلق عند انتظار التحاليل الدورية اذا ان الحالة سريعة الانفعال و قلة الصبر, و هذا ما أدى بالحالة تعاني من الخوف منن المجهول او ان تقع في ازمة صحية كهبوط السكر في مكان عام, تقول "**نخاف و منروحش لاي مكان وحدي**".

4.3.نتائج الاستبيان:

تم تطبيق على الحالة "**زهرة**" استبيان صحة مريض – اضطراب القلق العام, كانت نتائج الاستبيان كما هي موضحة في الجدول:

جدول (6): يوضح نتائج استبيان للحالة الثالثة.

الأسئلة	الدرجة المتحصل عليها
السؤال 1	3
السؤال 2	1
السؤال 3	0
السؤال 4	3
السؤال 5	0
السؤال 6	2
السؤال 7	1
المجموع	**10**

المصدر: من اعداد الطالبتين بناءا على مخرجات الاستبيان.

5.3. خلاصة الحالة الثالثة:

من خلال تطبيق استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام على الحالة "**زهرة**" اتضح انها تعاني من قلق متوسط تقدر درجته بـ **10 درجات**، صرحت الحالة بانها تواجه صعوبة في أداء مسؤولياتها في المنزل او الانسجام مع الناس.

4.عرض وتحليل الحالة الرابعة:

1.4.البيانات الشخصية:

الاسم: عبد الكامل.

الجنس: ذكر.

السن: 50 سنة.

عدد الاخوة: 8.

ترتيبك في الاخوة: 1.

مستوى التعليمي: جامعي.

الحالة الاجتماعية: متزوج.

الحالة الاقتصادية: متوسط الحالة.

المهنة: موظف.

بداية الإصابة بالمرض السكري: 2015.

2.4.عرض وتحليل الحالة الرابعة:

الحالة "**عبد الكامل**", يبلغ من العمر 50 سنة, مقيمة في ولاية الوادي, تحتل المرتبة الاولى بين اخواتها 8, ذات مستوى معيشي متوسط, موظف , حالته الاجتماعية متزوج, بداية اصابته بمرض السكري كانت سنة 2015.

3.4.مناقشة الحالة الرابعة:

اكد الحالة على انه مصاب بمرض السكري من النوع الثاني منذ عام 2015 عندما كان عمره 39 سنة, اذ ان سبب الإصابة يعود الى فاجعة تعرض لها حسب قوله "**تفجعت و كاين أيضا استعداد وراثي لان الوالد كان نصاب بيه**", بدات تظهر الاعراض على الحالة بالعطش الشديد و التبول و اكل الحلويات بكثرة, فقد صرح الحالة ان هذا يعود الى تاريخ عائلي للإصابة الاب بمرض السكري. اما عن البروتوكول العلاجي الذي يتبعه الحالة هو نظام غذائي خاص. اخبرنا الحالة "**عبد الكامل**" بانه استقبل خبر اصابته بمرض السكري بالصبر الا انه قد غير هذا المرض حياته كثيرا سواء في النظام الغذائي و ابتعاده عن الناس أي اصبح انطوائي لفترة

معينة, اصبح "**عبد الكامل**" سريع الغضب و توتر مستمر اتجاه تذبذب في مستويات السكري في دمه. بالمقابل لم يجد صعوبة في السيطرة على مخاوفه المتعلقة بمضاعفات السكري مستقبلا. اخبرنا الحالة بان الحمية الغذائية و الدواء اصبحوا من الروتين اليومي, اما بالنسبة للاسترخاء فهو موجود و يشعر به حسب قوله "**نعم الاسترخاء كاين عادي**", و عند انتطار التحاليل الدموية يشعر بتململ و قلق. و قد لاحظ منذ اصابته بمرض السكري اصبح سريع الانفعال.

وفي الختام اجابنا الحالة بانه لا يوجد لديه خوف من المجهول كوقوع ازمة صحية مثلا.

4.4.نتائج الاستبيان:

تم تطبيق على الحالة "**عبد الكامل**" استبيان صحة مريض – اضطراب القلق العام, كانت نتائج الاستبيان كما هي موضحة في الجدول:

جدول (7): يوضح نتائج استبيان للحالة الرابعة.

الأسئلة	الدرجة المتحصل عليها
السؤال 1	2
السؤال 2	1
السؤال 3	2
السؤال 4	2
السؤال 5	1
السؤال 6	2
السؤال 7	1
المجموع	**11**

المصدر: من اعداد الطالبتين بناءا على مخرجات الاستبيان.

5.4. خلاصة الحالة الرابعة:

من خلال تطبيق استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام على الحالة "**عبد الكامل**" اتضح انه يعاني من قلق متوسط تقدر درجته بـ **11 درجات**، صرح الحالة بانه يواجه صعوبة في أداء مسؤولياتها في المنزل او الانسجام مع الناس.

5. عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

في ضوء ما قدمته لنا نتائج المقابلة و نتائج استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام على حالات الدراسة الأربعة توصلنا الى ان ثلاث حالات من عينة الدراسة لهم مستوى قلق متوسط من استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام و لكن بشكل مختلف يعود ذلك نتيجة ظهور مرض السكري, اما الحالة الرابعة من جنس ذكر تبين ان مستوى القلق خفيف نتيجة تعايشه مع الداء كجزء من حياته المعاشة حسب ما لحضناه من تصرفاته ولغة جسده خلال المقابلة بغض النظر عن بعض أقواله التي تثبت العكس (في قوله: ما تقبلتش المرض) و هذا ما يتماثل مع بقية الحالات لكن بأقل من مستوى قلقهم بقليل.

مستوى القلق معتدل لدى المرضى المصابين بمرض السكري ولتأكد من صحة الفرضية اعتمدنا على نتائج المقابلات ونتائج استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام كما هو موضح في الجدول:

جدول (8): يوضح اختلاف في مستوى القلق للحالات الأربعة.

الحالة	الدرجة المتحصل عليها	مستوى القلق
الحالة الأولى "ذكر"	8	خفيف
الحالة الثانية "انثى"	10	متوسط
الحالة الثالثة "انثى"	10	متوسط
الحالة الرابعة "ذكر"	11	متوسط

1.5. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية رقم (01).

تنص الفرضية الأولى على: مستوى القلق معتدل لدى مرضى السكري.

من خلال نتائج المقابلة و الاستبيان المتحصل عليها، التي تشير الى ان ثلاثة حالات ذات مستوى قلق متوسط و هذا ما يمثل 75% من الدرجة الكلية, اما عن الحالة الرابعة تحمل مستوى قلق خفيف حيث انها تمثل 25% من الدرجة الكلية. وهذا ما أكد على صحة الفرضية و قبولها.

و نجد تبرير على هذه النتيجة من الناحية العيادية, ان الفرد الذي يحمل مستوى معتدل من القلق اقل قدرة على السيطرة, حيث يفقد الفرد سلوك مرونته و تلقائيته و يستولى الجمود

بوجه عالم على تصرفات الفرد في مواقف الحياة و تكون استجابته و عاداته هي تلك العادات الأولية الأكثر الفة, و بالتالي يصبح كل شيء جديد مهددا, حيث تنخفض القدرة على الابتكار و يزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في المواقف الحياة المتعددة (توير/زهرة,2021, 33). و هذا ما نجده في النظرية المعرفية لـ"ارون بيك" ان الفكرة الأساسية للنماذج المعرفية للقلق هي ان المشاعر عبارة عن تغيرات عن التفكير، ومن الآراء المقبولة بشكل كبير حول النظرية المعرفية للانفعال هي أن الانفعالات تعكس التقييمات الخاصة بالدلالة الشخصية للمثيرات والأحداث، و ينتج القلق من خلال تقييم الأحداث التي تمثل تهديدات شخصية (موشي زيدنر، جيرالد ماثيوس، 2016، ص138), و هذا بالنسبة لمرضى السكري, و هذا ما يؤدي للشعور بالتهديد الواقعي و المستمر او الوقوع في ازمة صحية (مثل هبوط السكر الحاد) في مكان عام, كما جاء في قول لاحدى من الحالات "**ماصرات حتى مرة /عمرها ما صراتلي, و ان شاء الله ما تصرالي في الأيام الجاية**".و هذا ما يجعل للقلق التمركز في المستوى المتوسط, الا انه لا يعتبر منخفضا لدرجة "اللامبالاة" التي قد تؤدي بصاحبها للإهمال من حيث العلاج, و ليس بمستوى عالي لدرجة ان المريض يصاب بهلع الذي يؤدي به بالشعور بعدم الارتياح الحركي او القلق عند انتظار التحاليل الدورية او الاسترخاء التي قد تؤثر في إدارة حياته اليومية, مثلا حسب قول احدى الحالات "**كنت نديرو و ما نقلقش و نستنى النتيجة عادي**" , "**تقلقت اشوية و بديت نخمم فيه**".

وقد وضع فرويد نظرية القلق التي أطلق عليها الليبيدو المتحول والتي تشير إلى أن القلق هو الناتج النهائي لكبت الاندفاعات الجنسية غير المشبعة أو غير المقبولة. ومن ثم، فإن ارتقاء القلق هو رد فعل الأنا تجاه الخطر الناجم عن الليبيدو، هذا بالإضافة إلى تحول الخطر الداخلي إلى الصورة الخارجية ذات التوابع الجسدية من خفقان ورعشة وزيادة في معدل التنفس وإفراز العرق، إلى آخره (موشي، جيرالد، 2016، ص115), و هذا ما نجده في حالات الثلاث ذات المستوى المتوسط، يعمل القلق كقوة دافعة لالتزام المريض بحقن الأنسولين ومراقبة الحمية. ام عن الحالة الرابعة التي أظهرت قلقاً خفيفاً، يمكن تفسيرها من منظور نظرية

"الصلابة النفسية" ل لـ "سوزان كوبازا" التي اشارت بوجود هدف للفرد او معنى لحياته الصعبة و التي يعتمد بالدرجة الأولى على قدرته على استغلال امكانياته الشخصية و الاجتماعية بصورة جيدة, و هذا نتيجة العلاقة بين الصلابة النفسية و الادراك المعرفي والتعايش الفعال من الناحية و الصحة العقلية من ناحية أخرى, و هذا ما يمتلكه بعض المرضى بقدرة عالية على "الالتزام" و " التحكم" و التحدي", و ان الاحداث الضاغطة تقود الفرد بسلسلة من الارجاع تؤدي الى استثارة الجهاز العصبي الذاتي و الضغط المزمن الذي يؤدي فيما بعد الى الإرهاق و ما يصاحبه من امراض جسدية و اضطرابات نفسية (مناع الشهري,2021, 145-146).

2.5. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية رقم (02).

تنص الفرضية الثانية على: توجد فروق بين الجنسيين (انثى/ذكر) في مستوى القلق لدى مرضى السكري.

بعدما تم تحليل الحالات الأربع من منظور جندري، نجد أن الفروق بين الجنسين من مستوى القلق تختلف. فمن الناحية النظرية, تشير اغلب الدراسات السيكولوجية إلى أن الإناث أكثر عرضة للقلق المرتبط بالأمراض المزمنة بنسبة الضعف مقارنة بالذكور, اما في دراستنا هذه يمكن تفسير ميل الإناث للقلق بمستوى متوسطا و هذا ما جاء تفسيرا في "**نظرية التحليل النفسي لصورة الجسم**", حسب "**فرويد**" ان صورة الجسم ترتبط ارتباطا وثيقا بنمو الانا, و خاصة بوظائف الادراك و اختبار الواقع, و قد كان فرويد في 1923 يؤكد كلامه عن نشوة الانا على أهمية الادراكات ان الجسد الخاص للفرد و قبل كل شيء سطحه الذي يشكل مصدرا ينبثق من عالم الادراكات الخارجية و الداخلية بنفس الوقت...و ان اثار الذاكرة للتجارب الحسية يمكن ان يدمجها الولد بفضل الإرضاءات العلمية الذاتية التي ترافق استكشاف الجسد الخاص, و هكذا تنشا نواة صورة الجسد و تركيز الليبيدو للوظائف الفيزيولوجية المختلفة التي تلعب دورا حساسا في تكوين هذه الصورة (بلحاج,2024, 19). و من هذا فالأنثى المصابة بمرض السكري ينتابها تهديد مباشرا لجمالها و تكامل جسدها كالخوف من اثار الحقن او تغيرات التي تطرا على الوزن او المضاعفات الجلدية, بالإضافة الى العبء النفسي المتداخل

في دورها من الناحية الاجتماعية او المهنية او الاسرية و غيرها, و هذا ما يقلقها في تأثير المرض على قراتها و القيام بمهامها.

اما عن الذكور, فانه يتم غالبا إخفاء القلق خلف ميكانيزمات الدفاعية مثل "**الازاحة**", و هذا فان الرجل في مجتمعنا يميل لعدم اظهار الضعف النفسي المرتبط بالخوف و التوتر, و لذلك قد يظهر "**قلق معتدلا ظاهريا**".

ومن هنا نستنتج ان النساء يملن للمواجهة المرتكز على الانفعال، بينما الرجال يميلوا للمواجهة المرتكزة على المشكلة، وكلا الاسلوبين في النهاية تؤدي الى مستويات متباينة في القلق.

3.5. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية رقم (03).

تنص الفرضية الثالثة على: توجد فروق زمنية للسن (الشباب، الكهول، كبار السن) في مستوى القلق لدى مرضى السكري.

ان هذه الفرضية الثالثة تعتبر الأكثر عمقاً من حيث التحليل التطوري، وهذا ما ركز عليه "**إريك إريكسون Erik Erikson** " في نظرية النمو النفسي الاجتماعي على النمو الذاتي ويرى ان اسهاماته في فهم النمو الإنساني امتدادا نسقيها لتصورات فرويد في النمو النفسي الجنسي في ضوء البيانات الاجتماعية والأنثروبولوجي والبيولوجية، ومن هذه النظرية يمكن تفسير تباين مستويات القلق لمرضى السكري بين الفئات العمرية:

فئة الشباب: و تسمى أيضا مرحلة حميمية (الالفة) مقابل العزلة و تمتد من18 سنة الى 40سنة, و هذا ما يعيشه الشاب من صراع بين الالفة و العزلة, فعند الإصابة بمرض السكري في هذه المرحلة تثير قلقا حادا من ناحية مستقبله و الزواج و حتى الوظيفة. فالقلق في هذه المرحلة يكون "قلقا انفعاليا" الذي ينتج عن الشعور بالقيود التي يفرضها المرض على حريته الشخصية. وهذا ما يعتبر استدلال على احدى حالات في سن الشباب، الذي يتميزن بقلق متوسط وهذا ما يعكس الصراع بين الرغبة في العيش الطبيعي و واقع الحقن و الحميات الغذائية.

فئة الكهول: و تسمى أيضا بمرحلة الإنتاجية مقابل الركود و التي تبدا من 40 سنة الى 65 سنة, يكمن الصراع في هذه المرحلة بين القدرة على الإنتاج و الخوف و الركود و الخمول. وهذا ما يؤدي بقلق الفرد المريض الى تعطله على العمل او العجز في رعاية أبنائه,و هذا ما عبر عنه الحالة انه قد غير هذا المرض حياته كثيرا سواء في النظام الغذائي و ابتعاده عن الناس أي اصبح انطوائي لفترة معينة. يعتبر القلق في هذه المرحلة "**قلق المسؤولية**", و هذا ما يؤدي بتبرير من وجود مستوى متوسط من التوتر المستمر الذي يرتبط بالخوف الذي ينتابه و من العجز الجسدي المفاجئ الذي قد يحدث له.

فئة كبار السن: و تسمى أيضا مرحلة التكامل مقابل الياس و تبدا من 65 سنة الى اخر العمر (الممات), و تسمى أيضا بمرحلة الشيخوخة (تكامل الأنا مقابل اليأس), في هذه المرحلة قد يصل المريض الى نوع من "القبول السلبي" الذي يعتبر تصالح الفرد المريض بمرضه و يعتبره جزءا من تدهور طبيعي لجسده في هذا السن كما جاء في قول الحالة "**عدت نتقلق و نخمم على صحتي و نشوف فيها عاقبة تدهور و تنقص و تحرمت من ياسر حوايج**".

. كما نجد ربط هذه الفروق بـ "الزمن النفسي" للمرض، فالشخص الذي يصاب بمرض السكري منذ 20 سنة يمتلك خبرة في المواجهة والتي تجعل استجابته للقلق اقل حدة من الشخص الذي اكتشف المرض حديثاً (الشباب أو الكهول في بدايتهم)، وهذا ما يفسر التدرج في المستويات بين المتوسط والخفيف.

6.الاستنتاج العام:

من خلال تحليل المقابلة نصف الموجهة كيفيا وكميا وتحليل استبيان صحة المريض–اضطراب القلق العام على الحالات الأربعة، توصلنا الى مجموعة من النتائج الجوهرية التي قد تفتح افاق جديدة لفهم الحالة المعقدة للمريض السكري المزمن من الناحية السيكولوجية. وهذا ما اثبتته دراستنا بان مستوى القلق لا يعتبر عرض جانبي للمرض، بل هو مكون أساسي في تجربة حياة المريض السكري.

- ❖ من خلال ما توصلنا اليه بعد التحليل الكيفي والميداني، نجد ان "الاعتدال" يعتبر السمة الغالبة على مستوى القلق لدى 75% من الحالات (3 حالات)، وهذا ما يعتبر اكلينيكيا "قلقا وظيفيا" أي انه جزء ضروري لحفاظ المريض المزمن على اليقظة الصحية.
- ❖ كما اكدت النتائج ان هذا القلق يتأثر مباشرة بعمق المتغيرات (الجنس و السن), و هذا ما كشفته الحالات ان القلق لدى الاناث يرتبط بصورة الجسد و البعد العلائقي, بينما لدى الذكور يرتبط بالبعد الاجتماعي و الوظيفي.
- ❖ ام من ناحية الفروق العمرية، أظهرت ان القلق يتأثر بالمرحلة النمائية, فيكون قلقا على المستقبل لدى الشباب اما عن الكهول فيكون قلق من العجز, و يكون لدى الكبار نوع من التكيف الوجودي.

وختاما نستفيد من هذه الدراسة باستنتاج مهم هو ان مرض السكري يتأثر بحالة النفسية للمريض، ولا يمكن فصل هذا الأخير عن الجانب البيولوجي.

والحالة 25% (الحالة الرابعة) التي أظهرت قلقا خفيفا تذكرنا بفرادة الجهاز الدفاعي لكل فرد، وان الدعم الاجتماعي والصلابة النفسية يعتبرنا حائط الصد الأول ضد تدهور الصحة النفسية للمريض.

7.توصيات واقتراحات:

من خلال ما تطرقنا اليه في دراستنا، وما تم الاطلاع عليه في الدراسات السابقة، والنتائج التي توصلنا اليها، نقدم مجموعة من التوصيات والاقتراحات:

1. ادراج الاخصائي النفساني العيادي كعضو أساسي في مصلحة طب الغدد والسكري لضمان توازن مستويات القلق لدى المرضى.
2. 2انشاء خلية "الاصغاء" وتوفير مساحات زمنية ومكانية داحل المستشفيات تتوحي للمرضى في التعبير عن مخاوفهم وتفريغ انفعالاتهم بعيدا عن صخب الفحوصات الطبية.
3. 3تدريب الطاقم الطبي على فنيات التواصل الإنساني وكيفية احتواء قلق المريض.
4. توعية عائلات المرضى بان القلق الزائد من طرفهم قد ينعكس سلبا على صحة المريض، لذا يجب تقديم أساليب الدعم المتوازن لمرضاه.
5. 5تشجيع المرضى على تشكيل مجموعات لتبادل الخبرات مما يساعد في خفض القلق الاجتماعي المرتبط بالمرض.
6. تدريب المرضى على فنيات الاسترخاء كالتنفس العميق والاسترخاء العضلي لخفض الاستثارة الفيزيولوجي.

قائمة المصادر و المراجع

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

1- إبن منظور، 1414هـ، **لسان العرب**، دار المعارف، القاهرة، مصر.

2- أ.د. عنو عزيزة: محاضرات في الفحص النفسي العيادي, دار الخلدونية للنشر و التوزيع, الطبعة 1438هـ, القبة القديمة, الجزائر, 2017, ص18-19.

3- د. أحمد عكاشة، د. طارق عكاشة, 2010، **الطب النفسي المعاصر**، الطبعة الخامسة عشر، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.

4- د. اسماعيل محمد, المرجع في القياس النفسي, مكتبة الانجلو المصرية, طبعة1, القاهرة, مصر, 2004, ص51.

5- د. أنور الحمادي، 2021، **معايير** DSM-5-TR.

6- د. سوسن شاكر مجيد، 2015، **اضطرابات الشخصية أنماطها قياسها**، الطبعة الثانية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

7- د. عبد الستار ابراهيم، بدون سنة، **القلق قيود من الوهم**، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة، جمهورية مصر العربية.

8- د. محمد حسن غانم، 2006، **الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات – التعريف – محكات التشخيص – الأسباب – العلاج – المال والمسار)**، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

9- د. وليد سرحان، د. عدنان التكريتي، د. محمد حباشنة، 2013، **سلوكيات 4 القلق**، الطبعة الثالثة، دار مجدلاوي للنشر، عمان, الاردن.

10-عبد الرحمان محمد العيسوي، 1992، **علم النفس الإكلينيكي**، الدار الجامعية، مصر.

11- موشي زيدنر، جيرالد ماثيوس، 2016، ترجمة: أ. د. معتز سيد عبد الله، أ. د. الحسين محمد عبد المنعم، **القلق**، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب – الكويت.

الرسائل والاطروحات:

1-أسماء بكاري, قلق الموت لدى المصابين بالقصور الكلوي, مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي, قسم علم النفس, جامعة محمد بوضياف بالمسيلة, الجزائر, 2019, ص22-23.

2-انفال توير/ صفاء زهرة, مستوى القلق لدى المصابين بمرض السكري من نوع اول في ظل جائحة كورونا , مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي, قسم العلوم الاجتماعية, جامعة محمد خيضر, بسكرة, الجزائر, 2021,ص29/28/27.

3-باديدي عائشة/بالهواري امال، مستوى الصحة النفسية عند المصاب بداء السكري من النوع الأول، مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي, قسم العلوم الاجتماعية, جامعة وهران, وهران, الجزائر, 2010, ص22/21.

4-بلبشير عز الدين/لخضاري عمر/ حسروف لحسن, دور الأنشطة الترويحية في التقليل من القلق لدى مرضى السكري, مذكرة التخرج لنيل شهادة ليسانس في النشاط الرياضي المكيف, معهد التربية البدنية و الرياضية, قسم النشاط الرياضي المكيف, جامعة عبد الحميد بن باديس, مستغانم, الجزائر, 2017, ص16.

5-بلحاج حورية, الصورة الجسمية لدى المصاب بالبرص (دراسة عيادية لحالتين), مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي, قسم علم النفس و علوم التربية, جامعة الدكتور مولاي الطاهر, سعيدة, الجزائر, 2024, 19.

6-بن دربال مليكة, دروس في مادة علم النفس المرضي, السنة الثانية في علم النفس العيادي ليسانس "السداسي الرابع", قسم العلوم الاجتماعية, جامعة الدكتور مولاي الطاهر, سعيدة, الجزائر, 2019, 32.

7-بوروي ريناد, القلق, تخصص علم النفس, كلية علم النفس و علوم التربية, جامعة قسنطينة عبد الحميد مهري 2, الجزائر, 2020, 14-15.

8-حزام امير عواطف-ايت كاكي رفيق, الأفكار اللاعقلانية و علاقتها باضطراب القلق المعمم لدى أساتذة مرحلة التعليم المتوسط (دراسة ميدانية في متوسطات بلدية قالمة-قالمة, و بلدية سدراتة-سوق اهراس), مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي, قسم علم النفس, جامعة 8 ماي 1945, قالمة, الجزائر, 2021, 37-38.

9-خوجة سعاد, التوافق الزواجي لدى المرأة العاملة, مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر2 تخصص ارشاد و توجيه, قسم علوم التربية, جامعة محمد بن احمد-وهران2, وهران, الجزائر,2014,ص50.

10-زواوي سليمان, القلق و الاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن و الخاضعين للهيموديااليز, مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر الاكاديمي 02, تخصص علم النفس العيادي, معهد العلوم الإنسانية و الاجتماعية, قسم العلوم الاجتماعي, جامعة العقيد اكلي محند اولحاج, البويرة, الجزائر,2011, ص5.

11-شرير محجوبة/ طعام نور الهدى, الصلابة النفسية و اثرها على العناية الذاتية لدى مرضى السكري , مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي, قسم علم النفس, جامعة ابن خلدون, تيارت, الجزائر, 2016,ص72/71/70/69.

12-عقون اسيا، الضغط النفسي المهني و علاقته باستجابة القلق لدى معلمي التربية الخاصة, مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي, تخصص الضغط النفسي, قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا, جامعة فرحات عباس, سطيف, الجزائر, 2011, 146-147.

13-لحرش دراين/ شيكر رميسة, قلق المستقبل لدى الشاب المصاب بمرض السكري من نمط1, مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي, قسم علم النفس, جامعة 20 اوت 1955, سكيكدة, الجزائر, 2023, ص19/18/17.

14-مداحي زكرياء- طيبي محمد, قلق المستقبل عند طلبة علم النفس العيادي المقبلين على التخرج (دراسة عيادية على 04 حالات-تيارت), مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم

النفس, تخصص علم النفس العيادي, قمس العلوم الاجتماعية, جامعة ابن خلدون, تيارت, 2021, 30.

15-نقبيل زينب/ شباب امينة, الاكتئاب لدى المصابين بمرض السكري , مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس, قسم علم النفس, جامعة اكلي محمد اولحاج, البويرة, الجزائر, 2021, ص42/43.

مجلات و مقالات:

1-أ.د. حمود الصالحي محسن (2021), علمية دورية محكمة يصدرها مركز العطاء للاستشارات التربوية بالتعاون مع كلية العلوم التربوية-جامعة الطفيلة التقنية, مجلة الدراسات و البحوث التربوية, المجلد1, العدد3, الكويت, جامعة الطفيلة التقنية, الكويت, ص19-20.

2-الخضر ريمان-عمر تدمري رشا, فعالية برنامج قائم على التثقيف الصحي للحد من القلق و التوتر لدى مرضى السكري و ضبط الدم المرتفع (دراسة تجريبية على عينة من مرضى مركز العزم و السعادة للرعاية الصحية الأولية), المجلة العربية للنشر العلمي, العدد26, 2023, قسم التثقيف الصحي- كلية الصحة العامة, الجامعة اللبنانية, لبنان, ص392.

3-بلهى حسينة, اعراض القلق الناتج عن الضغوط النفسية لدى عمال الشبه الطبي (دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين الباردة), مجلة العلوم الإنسانية, المجلد 34, عدد 1, 2023, جامعة باجي مختار, عنابة, الجزائر, ص538.

4-تركي امال / فاضلي احمد, نوعية الحياة لدى مرضى السكري و علاقتها بنوع السكري و بعض التغيرات السوسوديمغرافية (الجنس-السن), مجلة العلوم النفسية و التربوية, 7(2), 2021, الجزائر, جامعة الوادي, الجزائر, 344-359.

5-مناع الشهري نواف, الصلابة النفسية و علاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية (دراسة تطبيقية لدى عينة من السجناء و غير السجناء في محافظة جدة), المجلة العربية للنشر

العلمي, العدد 27, 2021, قسم علم النفس بكلية الاداب بجامعة الملك عبد العزيز لنيل درجة الماجستير في علم النفس الجنائي, جدة, السعودية, ص145-146.

الملاحق

ملحق رقم -1-

1-المقابلة:

1-1-المحور الأول: البيانات الشخصية:

- الاسم:
- السن:
- الجنس:
- عدد الأخوة:
- ترتيبك بين أخوتك:
- المستوى التعليمي:
- المهنة:
- الحالة الاجتماعية:
- الحالة الاقتصادية:
- تاريخ بداية إصابة بالمرض:

1-2-المحور الثاني: الحالة المرضية متعلقة بالمرض السكري:

1-من أي نوع من مرض السكري تعاني؟

2-كم كان عمرك عند إصابة بالمرض السكري؟

3-ما هي أعراض التي ظهرت عليك قبل تشخيصك بالمرض السكري؟

4-هل تعتقد ان هناك سببا معينا (وراثي، نتيجة ضغوط معينة، نمط حياة) أدى لإصابتك؟

5-هل يوجد تاريخ عائلي لإصابة بالسكري؟

6-ماهو البروتوكول العلاجي الذي تتبعه حاليا؟

7-كيف استقبلت خير اصابتك بالمرض السكري؟

8-بشكل عام، كيف غير مرض السكري من روتين حياتك اليومي؟

1-3-المحور الثاني: الجانب النفسي (مستوحاة من مقياس استبيان صحة المريض- اضطراب القلق العام GAD-7):

1-التوتر المستمر، هل تشعر بالقلق او التوتر الدائم حيال تذبذب مستويات السكر في دمك؟

2-صعوبة السيطرة، هل تجد صعوبة في التحكم في مخاوفك المتعلقة بمضاعفات السكري المستقبلية؟

3-القلق المفرط، هل يستهلك التفكير في الوجبات الغذائية ومواعيد الدواء حيزا كبير في تفكيرك اليومي؟

4-الاسترخاء، هل تشعر بصعوبة في الاسترخاء بسبب شعورك بالمسؤولية الدائمة اتجاه إدارة مرضك؟

5-التململ، هل تشعر بعد الارتياح الحركي او القلق عند انتظار التحاليل الدورية؟

6-سرعة الانفعال، هل تلاحظ أنك تصبح سريع الغضب او قليل الصبر عندما لا تكون مستويات السكر منتظمة؟

7-الخوف من المجهول، هل ينتابك خوف مفاجئ من وقوع ازمة صحية (مثل: هبوط السكر الحاد) في مكان عام؟

الملحق -2-

استبيان صحة المريض –اضطراب القلق العام GAD7 – (PHQ).





استبيان صحة المريض – اضطراب القلق العام
(PHQ) – GAD7

يشكل هذا الاستبيان جزءاً مهما من عملية تقديم أفضل رعاية صحية ممكنة لك، وستساعد إجاباتك في فهم المشكلات التي قد تعاني منها.
الرجاء الإجابة عن كل سؤال بأكبر قدر من الصراحة إلا إذا طُلب منك تخطي السؤال.

الاسم:_____ العمر:_____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

تاريخ اليوم:_____

ما مدى تكرار انزعاجك من أي مشكلة من المشكلات التالية خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة؟	أبدا	عدة أيام	أكثر من نصف الأيام	كل يوم تقريبا
	0	1	2	3
١- الشعور بالتوتر، العصبية أو القلق .	☐	☐	☐	☐
٢- عدم القدرة على ايقاف قلقك وهمومك او السيطرة عليها.	☐	☐	☐	☐
٣- القلق و الهم الزائد حول عدة أمور .	☐	☐	☐	☐
٤- صعوبة في الاسترخاء.	☐	☐	☐	☐
٥- الشعور بعدم الاستقرار لدرجة تصعب عليك فيها الجلوس بلا حركة.	☐	☐	☐	☐
٦- الانفعال أو الانزعاج بسهولة.	☐	☐	☐	☐
٧- الشعور بالخوف وكأن شيء مريع قد يحدث لك.	☐	☐	☐	☐

المجموع = ( )

ما مدى الصعوبة التي سببتها لك هذه المشكلة عند أدائك لعملك أو دراستك أو القيام بمسؤولياتك في منزلك أو الانسجام مع الناس؟

لا توجد أي صعوبة أبدًا	صعبة إلى حد ما	صعبة جدًا	صعبة بشكل لا يطاق
☐	☐	☐	☐

AlHadi AN, AlAteeq DA, Al-Sharif E, Bawazeer HM, Alanazi H, AlShomrani AT, et al. An Arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. Ann Gen Psychiatry. 2017 Sep;16(1):32. Available from: https://doi.org/10.1186/s12991-017-0155-1

مفتاح التصحيح:

4-0 لا يوجد قلق

9-5 قلق بسيط

14-10 قلق متوسط

21-15 قلق شديد

AlHadi AN, AlAteeq DA, Al-Sharif E, Bawazeer HM, Alanazi H, AlShomrani AT, et al. An Arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. Ann Gen Psychiatry. 2017 Sep;16(1):32. Available from: https://doi.org/10.1186/s12991-017-0155-1