الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس وعلوم التربية.

تخصص: علم النفس العيادي

مذكرة بعنوان:

علاقة انخفاض الفيتامينات بخطر الإصابة بالإكتئاب لدى كبار السن – دراسة ميدانية -

إعداد الطالبان:

- بن عمر توفيق
- بوحادب مُحَمَّد

إشراف الأستاذ:

د. نصرات السعيد

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
د. قيسي مُحَمَّد السعيد	أستاذ محاضر –أ–	رئيسا
د. نصرات السعيد	أستاذ محاضر –أ–	مشرفا ومقررا
د. غربي عبد الناصر	أستاذ محاضر –أ–	مناقشا

السنة الجامعية: 2025 / 2026

شكر وعرفان

الحمد لله الذي وفقنا وأعاننا على إتمام هذا العمل، فله سبحانه وتعالى الشكر أولًا وآخرًا.

نتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذ المشرف **د. السعيد نصرات** الذي كان خير الموجه والناصح لما قدمه من توجيهات علمية قيمة ونصائح سديدة، وما بذله من جهد ووقت، فجزاه الله عنا كل خير، وجعلها الله في ميزان حسناته.

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة على قبول قراءة هذه المذكرة وتقييمها، وعلى ما سيقدمونه من ملاحظات علمية تسهم في تطوير هذا العمل وإثرائه.

ولا يفوتنا أن نتقدم بالشكر إلى جميع الأساتذة الذين أشرفوا على تكويننا العلمي طوال سنوات الدراسة، ونخص جزيل الشكر للدكتور الطبيب العماري نور الدين بمساهمته الفعالة في إنجاز هذا العمل كما نشكر طبيب الأمراض النفسية والعقلية مومن بكوش بوبكر وإلى كل من قدم لنا يد العون والمساعدة، من قريب أو من بعيد في إنجاز هذه المذكرة. وفي الأخير، نسأل الله تعالى أن يجعل هذا العمل خالصًا لوجهه الكريم، وأن ينفع به كل من يطلع عليه.

والله ولي التوفيق.



الإهداء

إلى أبي العزيز، سندي في الحياة، ومصدر العزم والإرادة، الذي لم يبخل عليّ يومًا بالنصح والتوجيه والدعم، فله مني كل التقدير والامتنان.

إلى أمي الغالية رحمها الله وأسكنها فسيح جنانه، التي غرست في نفسي حب العلم والاجتهاد، والتي كان دعاؤها وحنانها نورًا يضيء دربي، أسأل الله أن يجعل هذا العمل صدقة جارية في ميزان حسناتها.

إلى زوجتي الوفية، شريكة الدرب ورفيقة المسير، التي كانت خير معين لي بصبرها وتشجيعها ومساندتها المتواصلة طوال مراحل إنجاز هذه المذكرة.

إلى أبنائي الأحباء، فلذات كبدي ومصدر سعادتي وأملي، الذين أستمد منهم القوة والطموح لمواصلة العطاء، راجيًا لهم مستقبلًا مليئًا بالنجاح والتوفيق.

وإلى كل من ساندني ووقف إلى جانبي وساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل.

أهديكم جميعًا هذه المذكرة، عربون محبة ووفاء وتقدير.

توفيق

قال تعالى:

(و آخر دعواهم أن الحمد لله رب العالمين)

إلى روح أبي وأمي الطاهرة، رحمهما الله رحمة واسعة وأسكنهما فسيح جنانه، اللذين كانا مصدر الحنان والعطاء، وغرسا في نفسي قيم العلم والاجتهاد، فلهما مني الدعاء الصادق بالرحمة والمغفرة، وأهديهما ثمرة هذا الجهد المتواضع.

إلى زوجتي الغالية، رفيقة الدرب وشريكة الحياة، التي كانت خير سند وعون لي بصبرها وتشجيعها ودعمها المتواصل طوال مسيرتي العلمية.

إلى أبنائي الأعزاء، فلذات كبدي ومصدر سعادتي وأملي، الذين أستمد منهم القوة والعزيمة لمواصلة طريق النجاح والعطاء.

إلى كل من ساندني ووقف إلى جانبي من قريب أو بعيد.

أهدي هذا العمل المتواضع، راجيًا من الله أن يجعله نافعًا ومباركًا.

مُحَمَّد

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات (D_3،B_{12}) وخطر الإكتئاب لدى كبار السن، حيث تم اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي لدراسة طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة. وقد أجريت الدراسة على عينة من كبار السن الذين يعانون من نقص بعض الفيتامينات، بلغ عددهم (36) فردًا من الذكور والإناث، تم اختيارهم بطريقة قصدية، وشملت حالات نقص فيتامين D_3 ونقص فيتامين B_{12} والحالات التي تعاني من نقص الفيتامينات بواسطة التحاليل المخبرية الخاصة بها. واعتمدت الدراسة على مقياس الإكتئاب لدى كبار السن (GDS-15) كأداة رئيسية لجمع البيانات، كما تم استخدام برنامج $IBM\ SPSS_{v26}$ Statisticsفي معالجة البيانات وتحليلها إحصائيًا.

واعتمدت الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية، تمثلت في التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، إضافة إلى اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للكشف عن الفروق في مستوى الإكتئاب تبعًا لنوع نقص الفيتامينات، واختبار (Independent Samples T- Test) للكشف عن الفروق تبعًا لمتغير الجنس.

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات واختبار الفرضيات، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نقص فيتامينD_3 وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن.
- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نقص فيتامين B12 وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب لدى كبار السن تبعاً لمتغير الجنس.

وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالصحة النفسية لكبار السن من خلال تعزيز الرعاية النفسية والاجتماعية، وإجراء فحوصات دورية للكشف عن الاضطرابات النفسية والغذائية.

الكلمات المفتاحية: نقص الفيتامينات، فيتامين D_3 ، فيتامينB_{12} ، الإكتئاب، كبار السن.

Abstract

This study aimed to investigate the relationship between vitamin deficiencies and the risk of depression among older adults. A descriptive correlational approach was adopted to examine the nature of the relationship between the study variables. The study was conducted on a purposive sample of 36 elderly males and females suffering from deficiencies in certain vitamins, including Vitamin D_3 deficiency, Vitamin B_{12} deficiency, and cases presenting deficiencies in both vitamins simultaneously.

The study relied on the **Geriatric Depression Scale (GDS-15)** as the primary instrument for data collection. In addition, IBM SPSS Statistics software was used for data processing and statistical analysis.

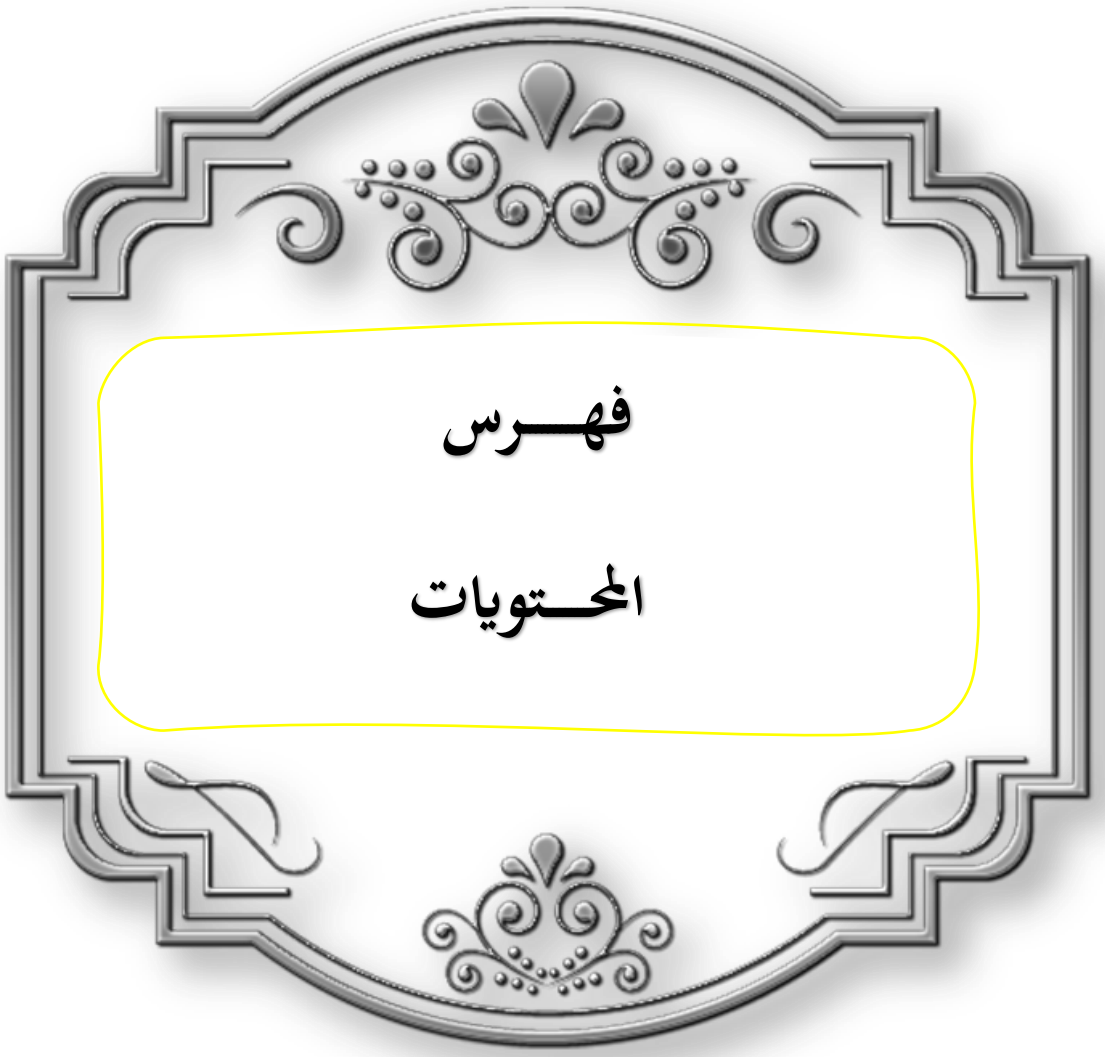
Several statistical methods were employed, including frequencies, percentages, means, and standard deviations. Furthermore, One-Way Analysis of Variance (One-Way ANOVA) was used to identify differences in depression levels according to the type of vitamin deficiency, while the Independent Samples T-Test was applied to examine differences according to gender.

After conducting the statistical analyses and testing the research hypotheses, the study yielded the following findings:

- There was no statistically significant correlation between Vitamin D_3. deficiency and the severity of depressive symptoms among older adults.
- There was no statistically significant correlation between Vitamin B_{12} deficiency and the severity of depressive symptoms among older adults.
- There were no statistically significant differences in depression levels among older adults attributable to gender.

The findings also indicated that the psychological, social, and health-related factors associated with aging may have a greater influence on the emergence of depressive symptoms than vitamin deficiencies alone.

Keywords: Vitamin Deficiency, Vitamin D_3, Vitamin B_{12}, Depression, Older Adults.


فهـــرس
المحـــتويات

فهرس المحتويات

شكر وتقدير ..... أ

اهداء ..... ب
ملخص ..... ث
Abstract..... ج
الفهرس ..... ح

مقدمة..... 01

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة 04

1- مشكلة الدراسة 05
2- فرضيات الدراسة 06
3- أهداف الدراسة 07
4- أهمية الدراسة 08
5- التعاريف الإجرائية 09
6- حدود الدراسة 10
7- الدراسات السابقة 10

الفصل الثاني: الفيتامينات بين الوظائف الحيوية والاضطرابات الصحية..... 17

1- مفهوم الفيتامينات وتصنيفها..... 19

1-1- مفهوم الفيتامينات وأهميتها الحيوية..... 19

1-2- تصنيف الفيتامينات..... 22

2- مصادر الفيتامينات وأسباب نقصها 34

2-1- مصادر الفيتامينات..... 34

2-2- أسباب نقص الفيتامينات 36

خاتمة الفصل الأول 38

الفصل الثالث: الإكتئاب مفهومه، الأسباب وسبل العلاج 39

1- مفهوم الإكتئاب وتصنيفه 41

1-1- مفهوم الإكتئاب 41

1-2- تصنيف الإكتئاب 44

2- أنواع الإكتئاب وأسبابه 48
2-1- أنواع الإكتئاب 49
1. 2-2- المطلب الثاني: أسباب الإكتئاب 53
3- النظريات المفسرة للاكتئاب وطرق علاجه 56
3-1- النظريات المفسرة للإكتئاب 56
3-2- علاج الإكتئاب 60
خاتمة الفصل الثالث 62
الفصل الرابع:الإجراءات المنهجية للدراسة 66
1- منهج الدراسة..... 68
2- مجتمع وعينة الدراسة..... 69
3- أدوات جمع البيانات..... 71
4- الأساليب الإحصائية..... 72
خاتمة الفصل الرابع 76
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة..... 77
1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى..... 78
2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية..... 79
3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة..... 80
4- النتائج العامة للدراسة 81
خاتمة الفصل الخامس..... 84
خاتمة عامة 85
قائمة المراجع 89
الملاحق. 95

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
جدول(01)	توزيع الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل	55
جدول(02)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	58
جدول(03)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر	59
جدول(04)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع نقص الفيتامينات	59
جدول(05)	معامل ألفا كرونباخ لمقياس الدراسة	60
جدول(06)	يوضح قيمة ودلالة معامل الارتباط بين فيتامين D3 وشدة اعراض الإكتئاب	61
جدول(07)	يوضح قيمة ودلالة معامل الارتباط بين فيتامينB12 وشدة اعراض الإكتئاب	62
جدول(08)	قيمة ودلالة الفروق في شدة أعراض الإكتئاب تبعا لمتغير الجنس	62

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
الشكل(01)	البنية الكيميائية الخاصة بأشكال الفيتامين A	24
الشكل(02)	التركيبات الكيميائية لمركبات فيتامين D وصيغها.	26
الشكل(03)	بنية الفيتامين E	27
الشكل(04)	بنية الفيتامين C	31

المقدمة:

تُعدّ الفيتامينات من العناصر الغذائية الأساسية التي يحتاجها جسم الإنسان بكميات محدودة للمحافظة على سلامة وظائفه الحيوية وصحته الجسدية والنفسية، إذ تؤدي دورًا مهمًا في تنظيم عمليات الأيض، وتعزيز كفاءة الجهاز المناعي، والمحافظة على صحة الجهاز العصبي والعظام والعضلات. كما تشير العديد من الدراسات الطبية إلى أن بعض الفيتامينات، خاصة فيتامين D_3 وفيتامينB_{12} ، ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالصحة النفسية والحالة المزاجية للفرد، حيث قد يؤدي نقصها إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية والانفعالية.

ومع التقدم في العمر تزداد احتمالية تعرض كبار السن لنقص الفيتامينات نتيجة التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للشيخوخة، وضعف الشهية، وسوء التغذية، وانخفاض كفاءة الامتصاص المعوي، بالإضافة إلى الإصابة بالأمراض المزمنة واستعمال بعض الأدوية لفترات طويلة. وهذا ما يجعل هذه الفئة أكثر عرضة للعديد من المشكلات الصحية التي قد تنعكس على جودة حياتهم وصحتهم النفسية.

ومن بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعًا لدى كبار السن يأتي الإكتئاب، الذي يُعد من المشكلات النفسية المنتشرة عالميًا، لما يسببه من مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام وانخفاض الدافعية والشعور بالعجز واليأس، إضافة إلى تأثيره السلبي على التوافق النفسي والاجتماعي والصحي للفرد. وتزداد خطورة الإكتئاب لدى كبار السن نظرًا لما يواجهونه من تغيرات صحية واجتماعية ونفسية مرتبطة بمرحلة الشيخوخة.

وقد ازداد اهتمام الباحثين في السنوات الأخيرة بدراسة العلاقة بين العوامل البيولوجية والغذائية من جهة، والاضطرابات النفسية من جهة أخرى، خاصة فيما يتعلق بدور الفيتامينات في الحفاظ على التوازن النفسي والانفعالي. ورغم تعدد الدراسات التي تناولت نقص الفيتامينات أو الإكتئاب كل على حدة، فإن نتائج الدراسات التي تبحث عن العلاقة بينهما ما تزال متباينة، الأمر الذي يستدعي المزيد من البحث العلمي للكشف عن طبيعة هذه العلاقة لدى فئة كبار السن.

وقد تعزز اهتمام الباحثين بهذا الموضوع من خلال الملاحظة الميدانية والاطلاع على العديد من الحالات التي تعاني من نقص بعض الفيتامينات بالتزامن مع ظهور أعراض نفسية مختلفة، مما أثار التساؤل حول مدى ارتباط نقص هذه الفيتامينات بخطر الإصابة بالإكتئاب لدى كبار السن، خاصة أن هذه الفئة تُعد من أكثر الفئات عرضةً للنقص الغذائي والاضطرابات النفسية في الوقت نفسه.

وانطلاقًا من ذلك، تسعى الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات، وخاصة فيتامين D_3 وفيتامينB_{12} ، ومستوى الإكتئاب لدى كبار السن، من خلال دراسة ميدانية تعتمد على الأساليب العلمية والإحصائية المناسبة للوصول إلى نتائج موضوعية يمكن أن تسهم في فهم هذه الظاهرة وتقديم توصيات تساعد على تحسين الرعاية الصحية والنفسية لهذه الفئة.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم تقسيم البحث إلى جانبين: جانب نظري وجانب ميداني.

الجانب النظري:

الفصل الأول: وتحوي على مشكلة الدراسة، صيغة الفرضيات، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة وحدود الدراسة، والتعاريف الاجرائية.

الفصل الثاني: الفيتامينات بين الوظائف الحيوية والاضطرابات الصحية، ويتناول مفهوم الفيتامينات وأنواعها ومصادرها وأسباب نقصها وآثار ذلك على صحة الإنسان.

الفصل الثالث: الإكتئاب مفهومه وأسبابه وسبل علاجه، ويتناول مفهوم الإكتئاب وخصائصه وتصنيفاته والعوامل المفسرة له وطرق الوقاية والعلاج.

الجانب الميداني:

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة وعرض وتحليل ومناقشة النتائج، ويتضمن منهج الدراسة، مجتمعها وعينتها، أدوات جمع البيانات، الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الخامس: ويحوي عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة. والجانب النظري والواقع المعاش للحالات.

الجانب النظري


الفصل الأول :
الإطار العام
للدراسة

1- مشكلة الدراسة:

تُعدّ الفيتامينات من العناصر الغذائية الأساسية التي لا يستطيع جسم الإنسان الاستغناء عنها، لما تؤديه من وظائف حيوية مهمة في الحفاظ على سلامة الأجهزة المختلفة، خاصة الجهاز العصبي والجهاز المناعي. وتساهم هذه العناصر في تنظيم العديد من العمليات البيولوجية المرتبطة بالنمو والتمثيل الغذائي وإنتاج الطاقة والمحافظة على التوازن الجسدي والنفسي للفرد. ومن بين الفيتامينات التي حظيت باهتمام كبير في الدراسات الطبية والنفسية خلال السنوات الأخيرة فيتامين D_3 وفيتامينB_{12} ، لما لهما من دور بارز في دعم وظائف الجهاز العصبي والمحافظة على الصحة النفسية.

ومع التقدم في العمر تطرأ على الإنسان مجموعة من التغيرات الفسيولوجية التي تؤثر في كفاءة الجسم وقدرته على الاستفادة من العناصر الغذائية، حيث تنخفض كفاءة الامتصاص المعوي، وتزداد احتمالية الإصابة بالأمراض المزمنة، كما تتغير العادات الغذائية لدى كبار السن نتيجة عوامل صحية أو اجتماعية أو اقتصادية مختلفة. وقد يؤدي ذلك إلى ظهور نقص في بعض الفيتامينات الأساسية، خاصة فيتامين D_3 وفيتامينB_{12} ، وهو ما أصبح يمثل إحدى المشكلات الصحية الشائعة لدى فئة كبار السن في مختلف المجتمعات.

ويُعرف فيتامين D_3 بأهميته في المحافظة على صحة العظام والعضلات والجهاز المناعي، كما تشير العديد من الدراسات الحديثة إلى دوره في تنظيم وظائف الدماغ والتأثير في الحالة المزاجية للفرد. أما فيتامين B_{12} فيُعد من الفيتامينات الضرورية لتكوين خلايا الدم الحمراء والمحافظة على سلامة الجهاز العصبي والوظائف الإدراكية. وقد أظهرت العديد من البحوث الطبية أن انخفاض مستويات هذين الفيتامينين قد يرتبط بظهور اضطرابات نفسية وعصبية مختلفة من بينها القلق والإكتئاب واضطرابات الذاكرة والتركيز.

ومن جهة أخرى يُعد الإكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى كبار السن، حيث يتميز بمشاعر الحزن المستمر وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية وانخفاض الدافعية والشعور بالتشاؤم واليأس، كما قد يؤثر سلباً في العلاقات الاجتماعية والصحة الجسدية ونوعية الحياة بصفة عامة. وتزداد خطورة الإكتئاب في هذه المرحلة العمرية نتيجة ما يرافق الشيخوخة من تغيرات صحية واجتماعية ونفسية، كالتقاعد وفقدان بعض الأدوار الاجتماعية والإصابة بالأمراض المزمنة وفقدان المقربين.

وقد اهتم الباحثون خلال العقود الأخيرة بدراسة العلاقة بين العوامل البيولوجية والصحة النفسية، خاصة فيما يتعلق بدور العناصر الغذائية والفيتامينات في الوقاية من الاضطرابات النفسية. وأشارت بعض الدراسات إلى وجود

علاقة بين انخفاض مستويات فيتامين D_3 أو فيتامين B_{12} وارتفاع معدلات الإكتئاب لدى كبار السن، في حين توصلت دراسات أخرى إلى نتائج متباينة، الأمر الذي ما يزال يثير العديد من التساؤلات العلمية حول طبيعة هذه العلاقة ومدى تأثيرها الفعلي على الصحة النفسية.

ومن خلال الملاحظة الميدانية والاطلاع على عدد من الحالات التي تعاني من نقص بعض الفيتامينات بالتزامن مع ظهور أعراض اكتئابية متفاوتة الشدة، برزت الحاجة إلى دراسة هذه الظاهرة بصورة علمية، خاصة في البيئة الجزائرية التي تفتقر إلى الدراسات الميدانية والتي تناولت العلاقة بين نقص الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن.

وانطلاقاً من أهمية المحافظة على الصحة النفسية لكبار السن، وحرصاً على المساهمة في الكشف عن العوامل البيولوجية المرتبطة بالإكتئاب، جاءت الدراسة الحالية للبحث في العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات ومستوى الإكتئاب لدى كبار السن، ومحاولة التحقق من طبيعة هذه العلاقة من خلال دراسة ميدانية تعتمد على نتائج التحاليل المخبرية ومقياس الإكتئاب.

ومن هنا يمكن طرح التساؤل الرئيسي الآتي:

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نقص بعض الفيتامينات وخطر الإكتئاب لدى كبار السن؟

ويتفرع عن هذا التساؤل الأسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى فيتامين D_3 وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى فيتامين B_{12} وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب تبعاً لمتغير الجنس لدى كبار السن؟

2- فرضيات الدراسة

انطلاقًا من الإشكالية المطروحة، وفي ضوء ما أسفرت عنه الدراسات السابقة والإطار النظري المرتبط بمتغيرات الدراسة، تم صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نقص بعض الفيتامينات وخطر الإكتئاب لدى كبار السن.

الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى فيتامين D_3 وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى فيتامين B_{12} وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن تبعاً لمتغير الجنس.

3- أهداف الدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف العلمية والمعرفية التي ترتبط بمتغيرات الدراسة، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- الكشف عن طبيعة العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات وخطر الإكتئاب لدى كبار السن.
- التعرف على العلاقة بين مستوى فيتامين D_3 وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن.
- التعرف على العلاقة بين مستوى فيتامين B_{12} وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن.
- الكشف عن الفروق في مستوى الإكتئاب تبعًا لمتغير الجنس لدى كبار السن.

4- أهمية الدراسة

تستمد الدراسة أهميتها من أهمية الموضوع الذي تتناوله، ومن طبيعة الفئة المستهدفة، ومن النتائج التي يمكن أن تسهم في تطوير المعرفة العلمية والممارسة التطبيقية في المجال الصحي والنفسي.

أولاً: الأهمية النظرية

- تسليط الضوء على العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات والصحة النفسية لدى كبار السن.
- إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة بموضوع الفيتامينات وعلاقتها بالإكتئاب.
- المساهمة في توضيح الدور الذي تلعبه العوامل البيولوجية في ظهور الاضطرابات النفسية.
- توفير إطار نظري يمكن أن يستفيد منه الباحثون في الدراسات المستقبلية المتعلقة بالصحة النفسية والتغذية العلاجية.
- المساهمة في توسيع المعرفة العلمية حول العوامل المرتبطة بالإكتئاب لدى كبار السن.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

- الاستفادة من نتائج الدراسة في توجيه المختصين في المجال الصحي نحو الاهتمام بالكشف الدوري عن مستويات الفيتامينات لدى كبار السن.
- مساعدة الأطباء والأخصائيين النفسانيين على فهم بعض العوامل البيولوجية المرتبطة بظهور أعراض الإكتئاب.
- الإسهام في وضع برامج وقائية يهدف إلى الحد من انتشار الإكتئاب لدى كبار السن من خلال الاهتمام بالتغذية السليمة.
- توعية الأسر بأهمية المتابعة الصحية والغذائية لكبار السن للحفاظ على صحتهم النفسية والجسدية.
- الاستفادة من نتائج الدراسة في إعداد حملات توعوية حول أهمية الفيتامينات ودورها في تحسين جودة الحياة لدى كبار السن.

5- تحديد المفاهيم إجرائياً

تُعد المفاهيم من الركائز الأساسية التي يعتمد عليها البحث العلمي، إذ تسهم في تحديد المعاني المقصودة لمتغيرات الدراسة، وفي هذا السياق سيتم توضيح المفاهيم الأساسية التالية:

أولاً: نقص الفيتامينات

يعرف نقص الفيتامينات بأنه انخفاض مستوى الفيتامينات الأساسية في الجسم عن المعدلات الطبيعية اللازمة لأداء الوظائف الحيوية المختلفة، مما قد يؤدي إلى ظهور مجموعة من الاضطرابات الصحية والجسدية والنفسية.

إجرائياً:

يقصد بنقص الفيتامينات في هذه الدراسة انخفاض مستوى فيتامين D_3 أو فيتامين B_{12} لدى أفراد العينة عن الحدود المرجعية الطبيعية المحددة مخبريًا، وذلك استنادا إلى نتائج التحاليل البيوكيميائية المعتمدة.

ثانياً: الإكتئاب

يُعرف الإكتئاب اضطراباً نفسياً يتميز بالشعور المستمر بالحزن وفقدان الاهتمام أو المتعة بالأنشطة اليومية، مصحوبًا بمجموعة من الأعراض النفسية والجسمية التي تؤثر في حياة الفرد ووظائفه الاجتماعية والمهنية.

إجرائياً:

يقصد بالإكتئاب في هذه الدراسة الدرجة التي يتحصل عليها الفرد على مقياس الإكتئاب لدى كبار السن (GDS-15)، حيث تعكس الدرجة المرتفعة زيادة شدة الأعراض الإكتئابية.

ثالثاً: كبار السن

هم الأفراد الذين بلغوا مرحلة الشيخوخة والتي تبدأ عادة من سن الستين سنة فأكثر، وتتميز هذه المرحلة بمجموعة من التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بالتقدم في العمر.

إجرائياً:

يقصد بكبار السن في هذه الدراسة جميع الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فأكثر والذين تم اختيارهم ضمن عينة الدراسة.

6- حدود الدراسة

الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة الحالية على الكشف عن العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات فيتامين D_3 وفيتامين B_{12} وخطر الإكتئاب لدى كبار السن.

الحدود المكانية: أُجريت الدراسة بمؤسسة الصحة الجوارية البياضة، ومصحة بن حيان، ومخبر البيان بولاية الوادي.

الحدود الزمانية: تم إجراء الدراسة خلال الموسم الجامعي 2025-2026.

الحدود البشرية: شملت الدراسة عينة مكونة من (36) فردًا من كبار السن من الجنسين ممن خضعوا للفحوصات الطبية الخاصة بقياس مستويات الفيتامينات.

7- الدراسات السابقة والتعقيب عليها

تمثل الدراسات السابقة أحد المرتكزات الأساسية التي يعتمد عليها الباحث في بناء الإطار النظري وتحديد موقع دراسته ضمن الجهود العلمية السابقة، كما تساعد على صياغة الفرضيات وتفسير النتائج ومقارنتها بما توصل إليه الباحثون الآخرون. وعليه سيتم عرض الدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة الحالية والمتمثلة في نقص بعض الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن.

7-1- الدراسات المتعلقة بنقص الفيتامينات لدى كبار السن

❖ **دراسة عمرو سعيد إبراهيم أحمد مُحَمَّد(2022)**

بعنوان :**نمط الحياة وعلاقته بمستوى فيتامين (د) والكالسيوم والحالة الصحية لكبار السن.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين نمط الحياة ومستويات فيتامين (د) والكالسيوم لدى كبار السن، والكشف عن مدى انعكاس هذه المستويات على حالتهم الصحية العامة. كما سعت إلى تحديد أثر بعض العوامل المرتبطة بنمط الحياة مثل النشاط البدني والتغذية والتعرض لأشعة الشمس على مستوى الفيتامينات في الجسم. اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق الدراسة على عينة من كبار السن، حيث استخدمت استمارات الاستبيان والفحوصات المخبرية الخاصة بقياس مستوى فيتامين (د) والكالسيوم. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين نمط الحياة الصحي وارتفاع مستوى فيتامين (د)، كما تبين أن الأفراد الذين يعانون من انخفاض هذا الفيتامين كانوا أكثر عرضة للمشكلات الصحية وضعف اللياقة البدنية مقارنة بغيرهم. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالتغذية السليمة والتعرض المنتظم لأشعة الشمس للحد من انتشار نقص الفيتامينات بين كبار السن.

❖ **دراسة أمينة مصطفى سعيد الرباعي ومهيب المنير أبوقرين(2021)**

بعنوان :**معدل انتشار نقص فيتامين (د) وتداعياته الصحية لدى كبار السن.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على معدل انتشار نقص فيتامين (د) لدى كبار السن، والكشف عن أهم المضاعفات الصحية المرتبطة بهذا النقص. اعتمد الباحثان المنهج الوصفي المسحي، وتم إجراء الدراسة على مجموعة من كبار السن الذين خضعوا لفحوصات مخبرية لتحديد مستويات فيتامين (د) في الدم. وقد أظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من أفراد العينة يعانون من درجات متفاوتة من نقص فيتامين (د)، كما تبين أن هذا النقص يرتبط بضعف الكتلة العضلية وزيادة الشعور بالتعب والإرهاق وارتفاع احتمالية الإصابة بهشاشة العظام. كما أشارت النتائج إلى أن قلة النشاط البدني وعدم التعرض الكافي لأشعة الشمس يعدان من أهم العوامل المساهمة في حدوث هذا النقص.

❖ **دراسة Gana وآخرون(2021)**

بعنوان :**تأثير نقص بعض الفيتامينات على الشيخوخة الصحية.**

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر نقص مجموعة من الفيتامينات الأساسية، وعلى رأسها فيتامين (د) وفيتامينات المجموعة (ب)، على الصحة الجسدية والنفسية لكبار السن. اعتمد الباحثون على المنهج التحليلي من خلال مراجعة عدد كبير من الدراسات العلمية المنشورة حول الموضوع. وقد بينت النتائج أن نقص الفيتامينات يعد من المشكلات الشائعة في مرحلة الشيخوخة، ويرتبط بزيادة احتمالية الإصابة بالأمراض المزمنة، وضعف الجهاز المناعي، والتدهور المعرفي، إضافة إلى ظهور اضطرابات نفسية مختلفة من بينها الإكتئاب. كما أكدت الدراسة أهمية التدخل الوقائي المبكر للحفاظ على مستويات الفيتامينات ضمن الحدود الطبيعية.

7-2- الدراسات المتعلقة بالإكتئاب وعلاقته بنقص الفيتامينات

❖ **دراسة TILDA (2020)**

بعنوان :**نقص فيتامين B12 وعلاقته بظهور أعراض الإكتئاب لدى كبار السن.**

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مستويات فيتامين B12 وظهور أعراض الإكتئاب لدى كبار السن المقيمين في المجتمع. اعتمد الباحثون المنهج الطولي، حيث تمت متابعة المشاركين لمدة أربع سنوات متتالية، وشملت الدراسة عدداً كبيراً من الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن خمسين سنة. وقد استخدمت الفحوصات المخبرية لقياس مستوى فيتامينB12 ، بالإضافة إلى مقاييس نفسية معتمدة لتقييم أعراض الإكتئاب. وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من انخفاض مستويات فيتامين B_{12} كانوا أكثر عرضة لظهور أعراض الإكتئاب مقارنة

بالأفراد الذين يتمتعون بمستويات طبيعية من الفيتامين، مما يشير إلى وجود علاقة مهمة بين هذا الفيتامين والصحة النفسية لدى كبار السن.

❖ دراسة فلوريانوبوليس (2019)

بعنوان :**العلاقة بين مستويات فيتامين B12 والفولات وأعراض الإكتئاب لدى كبار السن.**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين مستوى فيتامين B_{12} وحمض الفوليك من جهة، ومستوى أعراض الإكتئاب من جهة أخرى لدى كبار السن. استخدم الباحثون المنهج الوصفي الارتباطي، وتم الاعتماد على اختبارات مخبرية لقياس الفيتامينات بالإضافة إلى تطبيق مقياس للاكتئاب على أفراد العينة. وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين انخفاض مستوى فيتامين B_{12} وارتفاع درجات الإكتئاب، كما أشارت إلى أن نقص حمض الفوليك قد يسهم أيضاً في زيادة حدة الأعراض الإكتئابية، وإن كانت العلاقة أقل وضوحاً مقارنة بفيتامين B_{12}.

❖ دراسة Wang وآخرون(2023)

بعنوان :**العلاقة بين نقص فيتامين (د) والإكتئاب لدى البالغين وكبار السن.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى ارتباط نقص فيتامين (د) بظهور أعراض الإكتئاب لدى البالغين وكبار السن. اعتمد الباحثون المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحليل بيانات عدد كبير من المشاركين، حيث تم قياس مستويات فيتامين (د) ومقارنتها بدرجات الإكتئاب. وقد أظهرت النتائج أن انخفاض مستوى فيتامين (د) يرتبط بارتفاع احتمال الإصابة بالإكتئاب، كما تبين أن الأفراد الذين يعانون من نقص حاد في الفيتامين يسجلون درجات أعلى على مقاييس الإكتئاب مقارنة بغيرهم.

❖ دراسة Mouchaileh (2023)

بعنوان :**نقص فيتامين B12 لدى كبار السن وآثاره النفسية والعصبية.**

هدفت الدراسة إلى استعراض الآثار النفسية والعصبية المترتبة عن نقص فيتامين B12 لدى كبار السن، مع التركيز على أعراض الإكتئاب والضعف الإدراكي. اعتمدت الدراسة على مراجعة عدد من الأبحاث الطبية المنشورة في هذا المجال. وقد توصلت النتائج إلى أن نقص هذا الفيتامين قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية متعددة، أهمها

الإكتئاب والقلق واضطرابات الذاكرة والتركيز، كما أكدت أن التشخيص المبكر والعلاج المناسب يساعدان في الحد من هذه الأعراض وتحسين جودة الحياة لدى كبار السن.

التعقيب على الدراسات السابقة

بعد استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة الحالية والمتمثلة في نقص بعض الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن، يمكن تقديم التعقيب الآتي:

أولاً: من حيث الهدف

يتضح من خلال الدراسات السابقة أن أهدافها قد تنوعت تبعاً لطبيعة الموضوعات التي تناولتها، حيث ركزت بعض الدراسات على دراسة انتشار نقص الفيتامينات لدى كبار السن وآثاره الصحية المختلفة، مثل دراسة عمرو سعيد إبراهيم أحمد مُحَمَّد (2022) ودراسة أمينة مصطفى سعيد الرباعي ومهيب المنير أبوقرين (2021)، اللتين اهتمتا بالتعرف على مستويات فيتامين (د) لدى كبار السن والعوامل المؤثرة فيها.

في حين ركزت دراسات أخرى على العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات والصحة النفسية، خاصة الإكتئاب، مثل دراسة TILDA (2020) ودراسة فلوريانوبوليس (2019) ودراسة Wang وآخرون (2023) ودراسة Mouchaileh (2023)، حيث سعت إلى الكشف عن مدى ارتباط انخفاض مستويات فيتامين D_3 أو فيتامين B_{12} بظهور أعراض الإكتئاب والاضطرابات النفسية المختلفة.

وتتفق الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في اهتمامها بمتغير نقص الفيتامينات والصحة النفسية، إلا أنها تختلف عنها في تركيزها على دراسة العلاقة بين نقص فيتامين D_3 وفيتامين B_{12} وخطر الإكتئاب لدى كبار السن في البيئة الجزائرية، وهو ما يمنحها خصوصية علمية وميدانية.

ثانياً: من حيث العينة

أظهرت الدراسات السابقة تبايناً في أحجام العينات والفئات المستهدفة، حيث اعتمدت بعض الدراسات على عينات كبيرة من كبار السن تجاوز عددها عدة مئات من المشاركين، كما هو الحال في دراسة TILDA (2020)، بينما اعتمدت دراسات أخرى على عينات أقل عدداً.

كما اتفقت أغلب الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في استهدافها لفئة كبار السن باعتبارها الفئة الأكثر عرضة لنقص الفيتامينات والمشكلات النفسية المرتبطة بالتقدم في العمر. وتتشابه الدراسة الحالية مع هذه

الدراسات من حيث التركيز على هذه المرحلة العمرية الحساسة، إلا أنها تختلف عنها من حيث البيئة الجغرافية والاجتماعية التي أجريت فيها الدراسة.

وتتميز الدراسة الحالية بأنها أجريت على عينة من كبار السن الجزائريين الذين تتجاوز أعمارهم 60 سنة، مما يسمح بتقديم بيانات ميدانية محلية يمكن الاستفادة منها في فهم طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة داخل المجتمع الجزائري.

ثالثاً: من حيث المنهج

يتضح من مراجعة الدراسات السابقة أن أغلبها اعتمد على المنهج الوصفي بمختلف أشكاله، خاصة المنهج الوصفي الارتباطي والمنهج الوصفي التحليلي، وذلك لملاءمته لدراسة العلاقات بين المتغيرات الصحية والنفسية.

كما استخدمت معظم الدراسات الفحوصات المخبرية لتحديد مستويات الفيتامينات لدى المشاركين، إلى جانب الاعتماد على مقاييس واختبارات نفسية مقننة لتقييم مستوى الإكتئاب أو الأعراض النفسية الأخرى.

وتتشابه الدراسة الحالية مع أغلب الدراسات السابقة في اعتمادها على المنهج الوصفي الارتباطي للكشف عن العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات وخطر الإكتئاب لدى كبار السن، كما تعتمد على نتائج التحاليل الطبية ومقياس نفسي مقنن لقياس الإكتئاب.

رابعاً: من حيث النتائج

أظهرت معظم الدراسات السابقة وجود ارتباط بين انخفاض مستويات بعض الفيتامينات، خاصة فيتامين D_3 وفيتامينB_{12} ، وبين ظهور أعراض الإكتئاب أو زيادة شدتها لدى كبار السن. فقد توصلت دراسة TILDA (2020)إلى أن انخفاض مستويات فيتامين B_{12} يرتبط بزيادة احتمالية الإصابة بأعراض الإكتئاب، كما أكدت دراسة فلوريانوبوليس (2019) وجود علاقة بين انخفاض مستويات فيتامين B_{12} وارتفاع درجات الإكتئاب لدى كبار السن.

كما بينت دراسة Wang وآخرون (2023) أن انخفاض مستوى فيتامين D_3 يرتبط بارتفاع معدلات الإصابة بالإكتئاب، في حين أشارت دراسة Mouchaileh (2023) إلى أن نقص فيتامين B_{12} قد يؤدي إلى ظهور مجموعة من الاضطرابات النفسية والعصبية من بينها الإكتئاب واضطرابات الذاكرة والتركيز.

أما الدراسات التي تناولت نقص الفيتامينات بصورة عامة، فقد أكدت أن كبار السن الذين يعانون من انخفاض مستويات الفيتامينات أكثر عرضة للمشكلات الصحية والنفسية مقارنة بغيرهم.

وتستفيد الدراسة الحالية من هذه النتائج في بناء فرضياتها العلمية، كما تسعى إلى التحقق من مدى انطباق هذه النتائج على عينة من كبار السن في المجتمع الجزائري.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في عدة جوانب، أهمها:

- الإحاطة النظرية بمتغيرات الدراسة وتحديد أبعادها العلمية.
- صياغة مشكلة الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها بصورة أكثر دقة.
- اختيار المنهج المناسب للدراسة الحالية.
- الاستفادة من الأدوات والمقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة.
- تفسير النتائج ومقارنتها بنتائج البحوث والدراسات السابقة.
- تحديد الفجوة البحثية التي تسعى الدراسة الحالية إلى معالجتها.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في عدة جوانب أهمها:

- تناولها للعلاقة بين نقص فيتامين D_3 وفيتامين B_{12} والإكتئاب لدى كبار السن في البيئة الجزائرية.
- اعتمادها على نتائج التحاليل المخبرية الفعلية لتحديد مستويات الفيتامينات.
- الجمع بين الجانب البيولوجي المتمثل في نقص الفيتامينات والجانب النفسي المتمثل في الإكتئاب.
- التركيز على فئة كبار السن باعتبارها من أكثر الفئات عرضة لنقص الفيتامينات والاضطرابات النفسية.
- الإسهام في إثراء الدراسات العربية والجزائرية التي تناولت هذا الموضوع، نظراً لندرة الدراسات المحلية في هذا المجال.

خلاصة الفصل

تناول هذا الفصل الإطار العام للدراسة من خلال عرض مشكلة الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها، كما تم التطرق إلى أهداف الدراسة وأهميتها النظرية والتطبيقية، إضافة إلى تحديد المفاهيم الأساسية والحدود المختلفة للدراسة. كما تم عرض مجموعة من الدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات البحث والتعقيب عليها، مما ساهم في توضيح موقع الدراسة الحالية ضمن الجهود العلمية السابقة وإبراز أهميتها العلمية والميدانية.

ومن خلال ما سبق يتضح أن موضوع العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات وخطر الإكتئاب لدى كبار السن يعد من الموضوعات المهمة التي تستحق الدراسة والبحث، لما له من انعكاسات مباشرة على الصحة النفسية والجسدية لهذه الفئة، الأمر الذي يستدعي الانتقال إلى الجانب النظري من الدراسة من أجل الإحاطة بمختلف الجوانب العلمية المتعلقة بمتغيرات البحث.

الفصل الثاني: الفيتامينات بين الوظائف الحيوية والاضطرابات الصحية

تمهيد

1- مفهوم الفيتامينات وتصنيفها.

2- مصادر الفيتامينات وأسباب نقصها.

3- **خلاصة الفصل.**

تمهيد:

تُعدّ الفيتامينات من العناصر الغذائية الأساسية التي يحتاجها جسم الإنسان بكميات قليلة، إلا أنّ دورها الحيوي في الحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض يجعلها من أهم المركبات الضرورية لاستمرار الوظائف الحيوية بشكل طبيعي. فهي تساهم في تنظيم عمليات النمو، وتقوية جهاز المناعة، والمساعدة في إنتاج الطاقة، إضافةً إلى دورها في حماية الأنسجة والخلايا من التلف.

وقد ازداد الاهتمام بالفيتامينات في العصر الحديث نتيجة ارتباط نقصها بالعديد من الاضطرابات الصحية والأمراض المختلفة، الأمر الذي دفع الباحثين والعلماء إلى دراسة أنواعها ومصادرها وكذلك وظائفها، وأهمية التوازن في تناولها. وتنقسم الفيتامينات عمومًا إلى فيتامينات ذائبة في الدهون وأخرى ذائبة في الماء، ولكل نوع خصائصه ووظائفه الحيوية داخل الجسم.

وعليه، سنتناول في هذا الفصل مفهوم الفيتامينات، أنواعها، أهم مصادرها الغذائية، بالإضافة إلى بيان وظائفها وأثر نقصها أو زيادتها على صحة الإنسان.

1- مفهوم الفيتامينات وتصنيفها

تحتلّ الفيتامينات مكانة مهمة ضمن العناصر الغذائية الضرورية لصحة الإنسان، نظرًا لما تؤديه من وظائف حيوية تسهم في تنظيم مختلف العمليات داخل الجسم. ورغم حاجة الجسم إليها بكميات قليلة مقارنة بباقي العناصر الغذائية، إلا أن نقصها قد يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات الصحية والاضطرابات الوظيفية. ولفهم أهمية الفيتامينات بصورة أدق، لابد من التعرّف أولًا على مفهومها وخصائصها الأساسية، ثم الوقوف على مختلف أنواعها وتصنيفاتها المعتمدة وفق طبيعة ذوبانها ووظائفها الحيوية. ومن هذا المنطلق، سيتناول هذا المبحث تعريف الفيتامينات وبيان أهم خصائصها، ثم تصنيفها إلى فيتامينات ذائبة في الدهون وأخرى ذائبة في الماء، مع توضيح خصائص كل صنف وأهميته.

1-1- مفهوم الفيتامينات وأهميتها الحيوية

تُعتبر الفيتامينات من المركبات العضوية الضرورية التي يحتاجها جسم الإنسان للحفاظ على سلامة وظائفه الحيوية، إذ تلعب دورًا أساسيًا في دعم النمو، وتقوية المناعة، وتنظيم العمليات الحيوية المختلفة داخل الجسم. وعلى الرغم من أن الجسم يحتاج إليها بكميات قليلة، إلا أنّ تأثيرها كبير في المحافظة على التوازن الصحي والوقاية من العديد من الأمراض الناتجة عن نقصها. ولأهمية هذا العنصر الغذائي، أصبح من الضروري التعرّف على مفهوم الفيتامينات وخصائصها الأساسية، إضافةً إلى إبراز أهميتها الحيوية ودورها في دعم صحة الإنسان وضمان الأداء السليم لأجهزة الجسم المختلفة.

1-1-1- تعريف الفيتامينات وأهميتها الحيوية

يرجع مصطلح الفيتامينات (Vitamins) إلى أوائل القرن العشرين، حيث اشتُق من كلمتين لاتينيتين Vita: وتعني الحياة، و Amine أي الأمين، وقد أطلقه العالم البولندي كازيمير فونك سنة 1912 عند اكتشافه لمواد عضوية ضرورية للحياة، توجد بكميات ضئيلة في الغذاء، ويؤدي نقصها إلى أمراض خطيرة. ومع تطور البحث العلمي، تبيّن أن هذه المركبات ليست كلها أمينات، إلا أن المصطلح بقي معتمدًا في الأدبيات العلمية. (فونك، 2015، 21).

وتُعرَّف الفيتامينات بأنها مركبات عضوية أساسية يحتاجها جسم الإنسان بكميات صغيرة نسبيًا، إلا أنّ دورها الحيوي كبير في المحافظة على التوازن الصحي العام. وقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن الفيتامينات تُعد

عناصر غذائية ضرورية لتنظيم العمليات الحيوية المختلفة داخل الجسم، رغم أنها لا تُعد مصدرًا مباشرًا للطاقة (منضمة الصحة العالمية 2019. 12).

وأوضحت الدراسات السابقة في مجال التغذية أن الجسم البشري غير قادر على تصنيع معظم الفيتامينات بالكميات اللازمة، باستثناء بعض الأنواع مثل فيتامين (D) الذي يمكن تصنيعه جزئيًا عند التعرض لأشعة الشمس، الأمر الذي يجعل الغذاء المصدر الرئيسي لتوفيرها (عبد الله. 2018. 34). وتزداد أهمية هذا الجانب لدى كبار السن، حيث تقل كفاءة الامتصاص المعوي، وتضعف الشهية، مما يؤدي إلى ارتفاع احتمالية الإصابة بنقص الفيتامينات (الخولي 2020. 58).

وتكمن الأهمية الحيوية للفيتامينات في دورها الفعّال في تنظيم التفاعلات الكيميائية داخل الخلايا، إذ تعمل كعوامل مساعدة للإنزيمات المسؤولة عن عمليات الأيض، والنمو، وإصلاح الأنسجة. وقد بيّنت دراسة الخولي (الخولي 2020. 65) أن نقص الفيتامينات قد يؤدي إلى اضطرابات وظيفية متعددة، من أبرزها الشعور بالإرهاق المزمن، ضعف المناعة، وتراجع الكفاءة البدنية والعقلية.

كما أكدت عدة دراسات أن للفيتامينات دورًا مهمًا في دعم الصحة النفسية، حيث أظهرت نتائج الأبحاث وجود علاقة وثيقة بين نقص بعض الفيتامينات، خاصة فيتامين D_3 وفيتامينB_{12} ، وظهور اضطرابات نفسية مثل القلق والإكتئاب، وضعف التركيز، خصوصًا لدى فئة كبار السن (حسن علي. 2021. 49).

وبناءً على التعاريف السابقة يمكن اختصار المفهوم كما يلي: " الفيتامينات هي مركبات عضوية ضرورية بكميات قليلة تدخل كعوامل مساعدة في التفاعلات الإنزيمية؛ وهي ضرورية للحفاظ على الوظائف الفسيولوجية والعصبية والمناعية، ويُستمد معظمها من الغذاء، وقلة توفرها تُؤدي إلى اضطرابات جسدية ونفسية".

1-1-2- الدور الحيوي للفيتامينات في الجسم

إن الدور الحيوي للفيتامينات يتجلى في مساهمتها الفعّالة في دعم أجهزة الجسم المختلفة، وعلى رأسها الجهاز العصبي. إذ تدخل بعض الفيتامينات، مثل فيتامينات المجموعة B ، في تصنيع النواقل العصبية كالسيروتونين والدوبامين، والتي تلعب دورًا أساسيًا في تنظيم المزاج والانفعالات النفسية (عبد الرحمان خالد 2019. 78).

كما تلعب الفيتامينات دورًا محوريًا في تعزيز الجهاز المناعي وحماية الخلايا من التلف الناتج عن الإجهاد التأكسدي. فقد أوضح السيد محمود (محمود 2020. 102) أن نقص الفيتامينات المضادة للأكسدة، مثل فيتامين C وE، يؤدي إلى ضعف الاستجابة المناعية وزيادة قابلية الإصابة بالأمراض المزمنة.

إضافة إلى ذلك، تُعد الفيتامينات ضرورية لإنتاج الطاقة والمحافظة على صحة العظام والعضلات، خاصة لدى كبار السن. وأكد مُحَمَّد (مُحَمَّد أحمد، 2022، 38) أن نقص فيتامين D وفيتامينات المجموعة B يرتبط بضعف الكتلة العضلية وزيادة الشعور بالإجهاد البدني والنفسي لدى المسنين.

وعليه، فإن الحفاظ على توازن الفيتامينات في الجسم يُعد عنصرًا أساسيًا للوقاية من العديد من الاضطرابات الجسدية والنفسية، وهو ما شددت عليه أغلب الدراسات السابقة التي أوصت بضرورة الفحص الدوري لمستويات الفيتامينات والاعتماد على نظام غذائي متوازن، خاصة في المراحل العمرية المتقدمة (منضمة الصحة العالمية 2019. 38).

وفي ختام هذا المطلب، يتضح أن الفيتامينات تُعد من العناصر الغذائية الأساسية التي لا غنى عنها لضمان سلامة الوظائف الحيوية داخل جسم الإنسان، لما تؤديه من أدوار فعّالة في تنظيم عمليات الأيض، ودعم الجهاز المناعي، والمحافظة على الصحة الجسدية والنفسية. كما أن أهمية الفيتامينات لا ترتبط فقط بالنمو والوقاية من الأمراض، بل تمتد إلى تحسين الأداء الوظيفي لأجهزة الجسم المختلفة وتعزيز التوازن الصحي العام، خاصة لدى كبار السن الذين يكونون أكثر عرضة لنقصها نتيجة التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالتقدم في العمر. ومن خلال ما تم التطرق إليه، يتبين أن فهم مفهوم الفيتامينات وخصائصها وأدوارها الحيوية يُشكل أساسًا ضروريًا للانتقال إلى دراسة تصنيفاتها المختلفة وبيان خصائص كل نوع وأهميته الصحية.

1-2- تصنيف الفيتامينات

تختلف الفيتامينات فيما بينها من حيث خصائصها الكيميائية وطريقة امتصاصها وتخزينها داخل الجسم، الأمر الذي استدعى تصنيفها وفق معايير علمية دقيقة تسهّل دراستها وفهم وظائفها الحيوية. ويُعدّ التصنيف القائم على قابلية الذوبان من أكثر التصنيفات شيوعًا في المجال الطبي والغذائي، حيث يُميز بين الفيتامينات الذائبة في الدهون والذائبة في الماء، نظرًا لاختلاف آلية امتصاص كلٍّ منها وتأثيرها الصحي. ويساعد هذا التصنيف على توضيح الاحتياجات الغذائية اليومية، وتحديد مخاطر النقص أو الإفراط في الاستهلاك، مما يُسهم في تحقيق التوازن الغذائي والحفاظ على صحة الإنسان.

فالفيتامينات مواد لا تمد الجسم بالطاقة، لكنها ضرورية لوظائفه الحيوية. فهي تؤدي دورًا في العديد من العمليات الحيوية، ولو بتركيز منخفض. وفي معظم الحالات لا يستطيع الجسم تصنيعها، لذا نحصل عليها من الطعام. حيث يوجد ثلاثة عشر فيتامينًا، يصنف إلى فئتين:

– الفيتامينات الذائبة في الدهون: وهي التي تُمتص مع الدهون وتُخزن في الجسم. وهي تذوب في المذيبات العضوية. وتشمل هذه الفيتامينات: أ، د، هـ، ك.

– الفيتامينات الذائبة في الماء: وهي التي لا تُخزن لفترات طويلة، وتُطرح مع البول عند تناول كميات زائدة. وهي تذوب في الماء. وتشمل هذه الفيتامينات: ج، ب 1، ب 2، ب 3، ب 5، ب 6، ب 8، ب 9، وب 12.

1-2-1-: الفيتامينات الذائبة في الدهون

الفيتامينات الذائبة في الدهون هي دهون إيزوبرينية، أي أنها مشتقة من الإيزوبرين، وهو هيدروكربون متفرع ذو روابط ثنائية (Dutta.2005.44).

أ- فيتامين A:

أُكتشف فيتامين A، المعروف أيضًا باسم الريتينول، سنة 1913م على يد فريقين من الباحثين الأمريكيين، حيث تمكّنوا من تحديد عنصر غذائي ذائب في الدهون موجود في زيت كبد سمك القد والزبدة. ويوجد فيتامين A في الطبيعة غالبًا على شكل سلائف تُعرف باسم بروفيتامين A، وهي الكاروتينات مثل: بيتا كاروتين، وألفا كاروتين، وجاما كاروتين(Smith2016.51).

يُعد فيتامين A عنصرًا غذائيًا أساسيًا يستخدمه الجسم في تعزيز النمو، ودعم الرؤية، والمحافظة على سلامة ووظيفة الخلايا. ويُعرف كذلك باسم الريتينول أو حمض الريتينويك، ويتمتع بخصائص مضادة للأكسدة؛ إذ تساعد مضادات الأكسدة على حماية الخلايا من الأضرار الناتجة عن الشوارد الحرة (Brown2019.88)، وهي جزيئات تتكوّن نتيجة التفاعلات الكيميائية داخل الجسم أو بسبب التعرّض لدخان التبغ أو الإشعاع. وقد تسهم هذه الشوارد في الإصابة بأمراض القلب والسرطان وغيرها من الأمراض المزمنة.

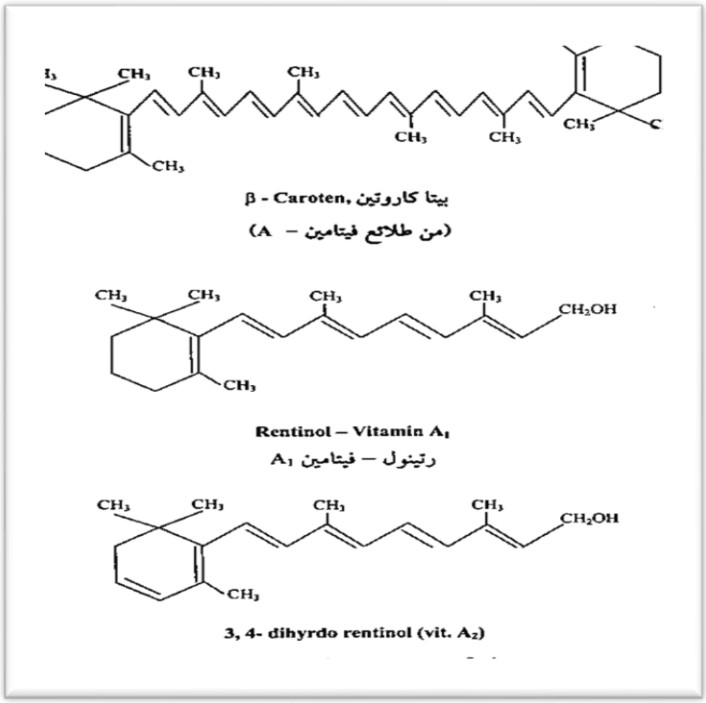
كما يوجد في العديد من الأغذية، مثل السبانخ، والبيض، ومشتقات الحليب، والخضراوات الصفراء والبرتقالية. كما يُضاف إلى بعض المنتجات الغذائية المدعّمة مثل الحليب، والسمن النباتي، وحبوب الإفطار.

وتحتوي الفواكه والخضراوات الملوّنة، كالجزر والشمام، على نسب مرتفعة من البيتا كاروتين، والذي يقوم الجسم بتحويله إلى فيتامين A عند الحاجة (Taylor M.2020.95).

يوجد فيتامين A بثلاثة أشكال كيميائية رئيسية، تختلف باختلاف درجات الأكسدة، وهي:

- الشكل الكحولي: الريتينول (All-trans Retinol)
- الشكل الألدهيدي: الريتينالدهيد أو الريتينال (All-trans Retinal)
- الشكل الحمضي: حمض الريتينويك (All-trans Retinoic Acid)

ويُستخدم مصطلح الريتينويدات للإشارة إلى هذه الأشكال الثلاثة، إضافة إلى نظائرها الاصطناعية ومستقبلاتها. وفي المقابل صورة توضح البنية الكيميائية الخاصة بأشكال الفيتامين A(Wu G.2017.118).



صورة1: البنية الكيميائية الخاصة بأشكال الفيتامين A.

قد يكون الإفراط في تناول المكملات فيتامين A ضارًا بالصحة، لذلك فإن معظم الأشخاص الذين يتناولون غذاءً متوازنًا ومتنوعًا لا يحتاجون إلى مكملات غذائية. غير أن بعض الفئات قد تكون أكثر عرضة للإصابة بنقص الفيتامين، مثل الأفراد الذين يعيشون في الدول منخفضة الدخل، أو الذين يفتقر نظامهم الغذائي إلى الأغذية الحيوانية أو الطازجة، وكذلك المصابين بأمراض تعيق امتصاص العناصر الغذائية مثل التليّف الكيسي، وداء كرون، والداء البطني، إضافة إلى النساء الحوامل في بعض الحالات. وقد تستدعي هذه الحالات تناول مكملات فيتامين A تحت إشراف طبي. ومن المهم التنبيه إلى أن تناوله كمكمّل غذائي لا يوفّر دائمًا الفوائد نفسها التي يحصل عليها الجسم من الفيتامينات الموجودة طبيعيًا في الأغذية.

وتبلغ الكمية اليومية الموصي بها من فيتامين A حوالي 900 ميكروغرام للرجال و700 ميكروغرام للنساء، وترتفع هذه الكمية إلى 770 ميكروغرام للنساء الحوامل و1300 ميكروغرام للنساء المرضعات طبيعيًا(Miller R 133 2021).

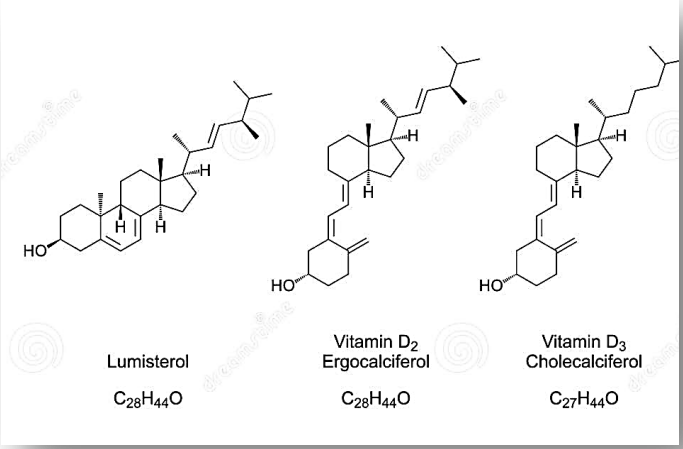
ب- فيتامين D:

يُعد فيتامين D من الفيتامينات الذائبة في الدهون، وقد تم اكتشافه في بدايات القرن العشرين، وتحديدًا بين عامي 1920 و1922م، خلال الأبحاث التي أُجريت حول مرض الكساح عند الأطفال. وقد تبيّن أن نقص التعرض لأشعة الشمس ونقص هذا الفيتامين في الغذاء يؤديان إلى اضطرابات في نمو العظام. ويتميّز فيتامين D عن غيره من الفيتامينات بكونه يعمل أيضًا كهرمون، إذ يستطيع الجسم تصنيعه ذاتيًا عند تعرّض الجلد لأشعة الشمس فوق البنفسجية(- Jones, Glenville. 2022).

يلعب فيتامين D دورًا أساسيًا في تنظيم توازن الكالسيوم والفوسفور في الجسم، مما يجعله ضروريًا للحفاظ على صحة العظام والأسنان. كما يساهم في دعم وظيفة الجهاز المناعي، وتنظيم انقسام الخلايا، والمساعدة في الوقاية من بعض الأمراض المزمنة. وتشير دراسات حديثة إلى ارتباط نقص فيتامين D بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام، وأمراض القلب، وبعض أنواع السرطان، إضافة إلى الاضطرابات المناعية. ويوجد فيتامين D في الطبيعة على شكلين رئيسيين(Jones, Glenville. 2022).

- فيتامين D_2: إرغوكالسيفيرول: يوجد في المصادر النباتية والفطريات.
- فيتامين D_3: كوليكالسيفيرول: يوجد في المصادر الحيوانية، كما يُنتَج في جلد الإنسان عند التعرّض لأشعة الشمس.

ويُعد فيتامين D_3 أكثر فاعلية في رفع مستوى فيتامين D في الدم مقارنة بفيتامين D_2 وتمثل الصورة التالية البنية الكيميائية للفيتامين D.



صورة 2: التركيبات الكيميائية لمركبات فيتامين د وصيغها.

تشمل المصادر الغذائية لفيتامين D بعض الأغذية الطبيعية مثل الأسماك الدهنية (كالسلمون والتونة والسردين)، وزيت كبد الحوت، وصفار البيض، والكبد. كما يُضاف فيتامين D إلى بعض الأغذية المدعّمة مثل الحليب، وحبوب الإفطار، والسمن النباتي. ومع ذلك، تبقى أشعة الشمس المصدر الأساسي لهذا الفيتامين، حيث يؤدي التعرض المنتظم والمعتدل لها إلى تحفيز إنتاجه في الجلد.

يمر فيتامين D بعد تصنيعه أو امتصاصه من الغذاء بعدة مراحل تحول داخل الجسم؛ إذ يتحول أولًا في الكبد إلى 25-هيدروكسي فيتامين D، ثم في الكلى إلى شكله النشط 1,25-ديهيدروكسي (الكالسيتريول)، وهو الشكل المسؤول عن التأثيرات الحيوية للفيتامين.

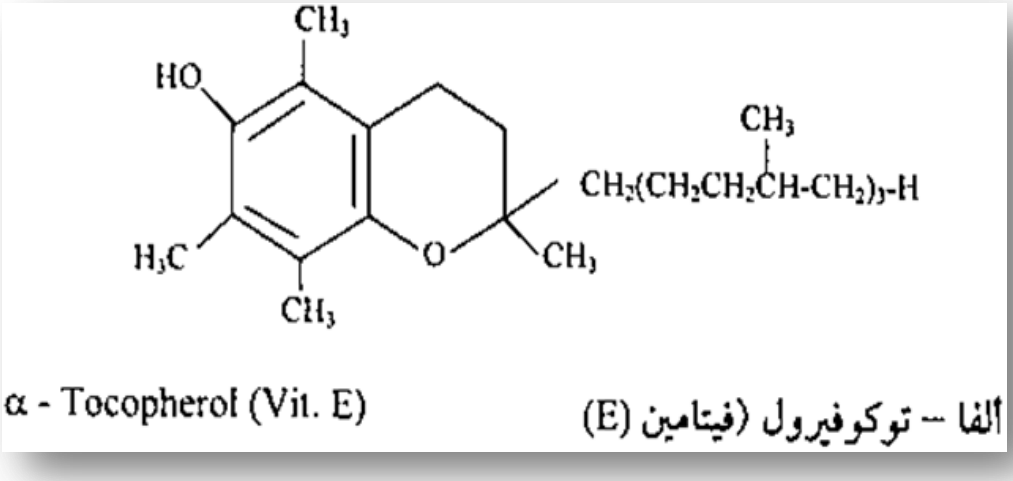
يُعد نقص فيتامين D من المشكلات الصحية الشائعة، خاصة لدى الأشخاص الذين يقل تعرضهم لأشعة الشمس، أو الذين يعانون من سوء الامتصاص المعوي، أو كبار السن، أو ذوي البشرة الداكنة. وقد يؤدي هذا النقص إلى لين العظام والكساح عند الأطفال، وهشاشة العظام وآلام العضلات عند البالغين. وفي هذه الحالات قد يُنصح بتناول مكملات فيتامين D تحت إشراف طبي. في المقابل، قد يؤدي الإفراط في تناول مكملات فيتامين D إلى ارتفاع مستوى الكالسيوم في الدم، وهو ما قد ينتج عنه مشكلات صحية مثل ترسّب الكالسيوم في الأنسجة والكلى. تبلغ الكمية اليومية الموصي بها من فيتامين D حوالي 600 وحدة دولية (IU) للبالغين، وترتفع إلى 800 وحدة دولية لدى كبار السن فوق 70 عامًا، بينما قد تحتاج النساء الحوامل والمرضعات إلى كميات مماثلة أو أعلى قليلًا حسب الحالة الصحية ومستوى الفيتامين في الدم.

ت- فيتامين E:

يُعد فيتامين E من الفيتامينات الذائبة في الدهون، وقد تم اكتشافه سنة 1922م على يد العالِمَين إيفانز وبيشوب (Evans & Bishop) أثناء دراستهما لتأثير بعض العناصر الغذائية في الخصوبة عند الحيوانات (Evans H.M. & Bishop K.S 1992.650)، حيث لاحظا أن نقص هذا الفيتامين يؤدي إلى اضطرابات تناسلية. ومنذ ذلك الحين، تبيّن أن لفيتامين E دورًا حيويًا يتجاوز الوظيفة التناسلية ليشمل حماية الخلايا ودعم العديد من الوظائف الحيوية في الجسم.

يُعرف فيتامين E بكونه أحد أهم مضادات الأكسدة الطبيعية، إذ يساهم في حماية أغشية الخلايا من التلف الناتج عن الشوارد الحرة (Traber M.G 2018 92.)، وهي جزيئات غير مستقرة قد تسبب أضرارًا خلوية تؤدي إلى الشيخوخة المبكرة وظهور أمراض مزمنة مثل أمراض القلب والسرطان. كما يلعب فيتامين E دورًا مهمًا في دعم الجهاز المناعي، والمساهمة في توسيع الأوعية الدموية ومنع تجلط الدم.

يشمل فيتامين E مجموعة من ثماني مركبات مختلفة قابلة للذوبان في الدهون، تتكون من أربعة أشكال من التوكوفيرولات (Tocopheral) وأربعة أشكال من التوكوترينولات، تنتمي إلى عائلة فيتامينات ألفا (α) وبيتا (β) وجاما (γ) ودلتا (δ)، والتي تدعم مجتمعة النشاط المضاد للأكسدة في الجسم (Brigelius-Flohé R 2016.103). يتضمن التركيب الجزيئي لفيتامين هـ طرفًا محبًا للماء، يتمثل في نواة الكرومانول أحادية أو ثنائية أو ثلاثية الميثيل، وطرفًا كارهًا للماء (سلسلة هيدروكربونية). تختلف السلاسل الجانبية للتوكوفيرولات والتوكوترينولات



صورة 1 : بنية الفيتامين E(التوكوفيرول)

في درجة عدم التشبع في الأولى وتشبع الثانية. يوضح الشكل المقابل بنية فيتامين E.

تتمثل المصادر الغذائية الغنية بفيتامين E في الزيوت النباتية مثل زيت جنين القمح، وزيت دوّار الشمس، وزيت الزيتون، إضافة إلى المكسرات والبذور كاللوز والبندق، والخضراوات الورقية الخضراء مثل السبانخ والبروكلي. كما يوجد بكميات أقل في الحبوب الكاملة والبيض (Lee S.,2019.67).

يُعد نقص فيتامين E حالة نادرة نسبيًا لدى الأفراد الأصحاء، نظرًا لتوافره في العديد من الأغذية، إلا أنه قد يظهر لدى الأشخاص المصابين باضطرابات سوء امتصاص الدهون، مثل داء كرون، أو التليّف الكيسي، أو بعض أمراض الكبد. وقد يؤدي نقصه إلى أعراض عصبية، وضعف في العضلات، واضطرابات في الجهاز المناعي. أما الإفراط في تناول مكملات فيتامين E، خاصة بجرعات مرتفعة، فقد يسبب آثارًا سلبية مثل زيادة خطر النزيف نتيجة تأثيره المضاد لتجلط الدم، لذلك يُنصح بعدم استخدام المكملات إلا عند الحاجة وتحت إشراف طبي. وتبلغ الكمية اليومية الموصي بها من فيتامين E حوالي 15 ملغ/اليوم للبالغين من الرجال والنساء، بينما تزداد الحاجة قليلًا لدى النساء المرضعات لتصل إلى 19 ملغ/اليوم.

ث- فيتامين K:

يُعد فيتامين K من الفيتامينات الذائبة في الدهون، الذي تم اكتشافه سنة 1929م على يد العالم الدنماركي هنريك دام (Henrik Dam) أثناء دراسته لاضطرابات النزيف لدى الحيوانات، أن نقص هذا الفيتامين يؤدي إلى حدوث نزيف حاد. وقد اشتُق اسم فيتامين K من الكلمة الألمانية Koagulation التي تعني التخثّر (Dam H.,1929. 520)، في إشارة إلى دوره الأساسي في عملية تخثّر الدم.

يلعب فيتامين K دورًا حيويًا في تنشيط مجموعة من البروتينات المسؤولة عن تخثّر الدم، مثل البروثرومبين وعوامل التخثّر الأخرى، مما يساعد على إيقاف النزيف والمحافظة على سلامة الجهاز الدوري. كما تبيّن أن لفيتامين K دورًا مهمًا في صحة العظام من خلال مشاركته في تنشيط بروتين الأوستيوكالسين، الذي يساهم في تثبيت الكالسيوم داخل العظام.

يوجد فيتامين K في الطبيعة بعدة أشكال، أهمها (Booth S.L.2012,41):

•فيتامين K1 (فيلوكينون – Phylloquinone): يوجد أساسًا في المصادر النباتية، خاصة الخضراوات الورقية الخضراء.

•فيتامين K2 (ميناكينون – Menachinone): يوجد في المصادر الحيوانية وبعض الأغذية المخمّرة، كما تُنتجه بكتيريا الأمعاء.

•فيتامين K3 (مينايون – Menadione): شكل اصطناعي يُستخدم في بعض المكملات، لكنه أقل شيوعًا في التغذية البشرية. وتشمل المصادر الغذائية الغنية بفيتامين K السبانخ، والكرنب، والبروكلي، والخس، والبقدونس، إضافة إلى بعض الزيوت النباتية، مثل زيت فول الصويا وزيت الكانولا، كما يوجد في كميات أقل في الكبد، والبيض، ومنتجات الألبان.

يُعد نقص فيتامين K نادرًا لدى البالغين الأصحاء، نظرًا لتوافره في الغذاء وقدرة بكتيريا الأمعاء على تصنيعه، إلا أنه قد يظهر لدى حديثي الولادة، أو الأشخاص الذين يعانون من سوء امتصاص الدهون، أو المصابين بأمراض الكبد، أو الذين يتناولون مضادات حيوية لفترات طويلة. ويؤدي نقصه إلى اضطرابات في التخثّر وزيادة قابلية النزيف.

أما الإفراط في تناول فيتامين K من المصادر الغذائية الطبيعية فلا يُعد ضارًا، غير أن استخدام المكملات بجرعات مرتفعة قد يتداخل مع بعض الأدوية، خاصة مضادات التخثّر مثل الوارفارين، مما يستوجب الحذر والمتابعة الطبية.

تبلغ الكمية اليومية الموصي بها من فيتامين K حوالي 120 ميكروغرام/اليوم للرجال و90 ميكروغرام/اليوم للنساء، وقد تختلف هذه الكمية حسب العمر والحالة الصحية(National Institutes of Health.2021.7).

ثانيًا: الفيتامينات الذائبة في الماء

تُعدّ الفيتامينات الذائبة في الماء من العناصر الغذائية الأساسية التي تذوب بسهولة في السوائل المائية داخل الجسم، وتشمل مجموعة فيتامين **B** المركبة وفيتامين **C**. وتمتاز هذه الفيتامينات بعدم قدرتها على التخزين في الجسم بكميات كبيرة، إذ يُطرح الفائض منها عن طريق البول، مما يستوجب تناولها بانتظام ضمن النظام الغذائي اليومي. وتلعب فيتامينات مجموعة B دورًا محوريًا في عمليات التمثيل الغذائي، وإنتاج الطاقة، ودعم وظائف الجهاز العصبي، وتكوين خلايا الدم الحمراء، كما تسهم في الحفاظ على الصحة النفسية والاستقرار المزاجي. أما فيتامين C فيُعرف بأهميته في تعزيز الجهاز المناعي، ومقاومة الالتهابات، والمساعدة في امتصاص الحديد، إضافة إلى دوره كمضاد للأكسدة يحمي الخلايا من التلف. ويؤدي نقص الفيتامينات الذائبة في الماء إلى ظهور أعراض

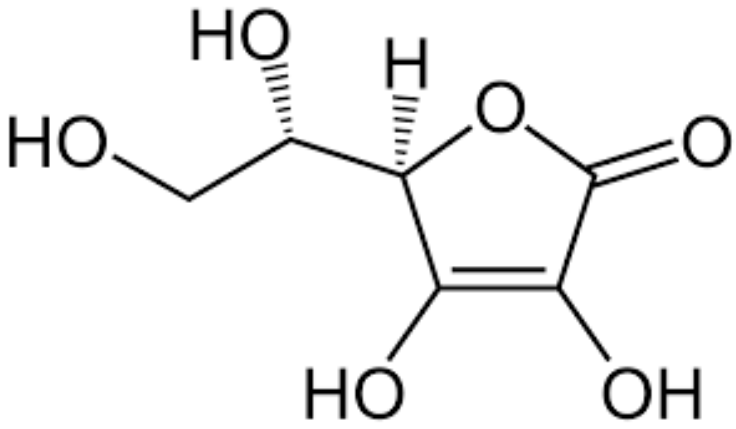
متعددة، منها التعب، فقر الدم، الاضطرابات العصبية، وضعف المناعة، مما يؤكد ضرورتها للحفاظ على التوازن الصحي العام.

أ- فيتامين C:

اكتشف الأدميرال جيمس ليند سنة 1747 فيتامين C. حيث استخدم عصير الليمون لعلاج البحارة من داء الإسقربوط. وبعد أربعين عامًا من اكتشافه، اعتمدته البحرية. وفي عام 1928، تمكن عالم الكيمياء الحيوية المجري، ألبرت سينت-جيورجي، من عزل مادة بلورية من عصير الليمون، أطلق عليها اسم "حمض الأسكوربيك" نظرًا لفوائده في علاج الإسقربوط. يُعرف حمض الأسكوربيك (Ascorbic Acid)، باسم "فيتامين C"

(Schlienger J.L.2011.593). كما يمكن تعريفه: " فيتامين C هو المصطلح العام لجميع المركبات التي لها خصائص حمض الأسكوربيك. وهو قابل للذوبان في الماء وحساس للحرارة والماء والضوء. يتكون حمض الأسكوربيك من 6 ذرات كربون، و8 ذرات هيدروجين، و6 ذرات أكسجين. يوجد شكله المؤكسد بكميات ضئيلة في البلازما لأنه يُختزل بسرعة إلى حمض الأسكوربيك، وخاصةً بواسطة الجلوتامين"(Fain O.2004.872).

ويلعب فيتامين C دورًا أساسيًا في العديد من الوظائف الحيوية داخل الجسم، إذ يساهم في تعزيز الجهاز المناعي، ويساعد على تكوين الكولاجين الضروري لصحة الجلد، والأوعية الدموية، والعظام، والأسنان. كما يشارك في عملية التئام الجروح، ويساعد على تحسين امتصاص الحديد الغير الهيمى من المصادر النباتية، مما يقلل من خطر الإصابة بفقر الدم. كما يعرف فيتامين C بخصائصه المضادة للأكسدة، حيث يعمل على حماية الخلايا من الأضرار الناتجة عن الشوارد الحرة، والتي قد تؤدي إلى تلف الخلايا وظهور الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب وبعض أنواع السرطان. كما يساهم فيتامين C في تجديد مضادات أكسدة أخرى داخل الجسم، مثل فيتامين E، مما يعزز من كفاءتها الوظيفية. الصورة الموالية توضح بنية الفيتامين:



صورة 2 : بنية فيتامين C

يتوافر فيتامين C بوفرة في العديد من الأغذية النباتية، خاصة الفواكه والخضراوات الطازجة، مثل البرتقال، والليمون، والفراولة، والكيوي، والجوافة، إضافة إلى الفلفل الحلو، والطماطم، والبروكلي، والبطاطا. ويتأثر محتوى فيتامين C في الغذاء بعوامل عدة، من أهمها الحرارة والتخزين المطوّل، إذ يؤدي الطهي المفرط إلى فقدان جزء كبير منه.

يؤدي نقص فيتامين C إلى الإصابة بمرض الإسقربوط، الذي يتميّز بأعراض مثل نزيف اللثة، وضعف إلتئام الجروح، والتعب العام، وضعف المناعة. كما قد يظهر نقص جزئي لدى الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية، أو المدخنين، أو المصابين بأمراض مزمنة تؤثر في الامتصاص.

أما الإفراط في تناول فيتامين C عن طريق المكملات الغذائية، فعادة ما يكون أقل خطورة مقارنة بالفيتامينات الذائبة في الدهون، إلا أن الجرعات العالية قد تسبب اضطرابات هضمية مثل الإسهال وآلام المعدة، وقد تزيد من خطر تكوّن حصى الكلى لدى بعض الأشخاص.

تبلغ الكمية اليومية الموصى بها من فيتامين C حوالي 90 ملغ/اليوم للرجال و75 ملغ/اليوم للنساء، وتزداد الحاجة لدى النساء الحوامل والمرضعات، وكذلك لدى المدخنين نظرًا لزيادة الإجهاد التأكسدي لديهم.

ب- فيتامينات B المركّبة (B-Complex):

تُعد فيتامينات B من الفيتامينات الذائبة في الماء، وتضم مجموعة من الفيتامينات المتقاربة في وظائفها الحيوية، ويُطلق عليها اسم فيتامينات B المركّبة. وقد تم اكتشاف هذه الفيتامينات تباعًا خلال النصف الأول من القرن العشرين، بعد أن تبيّن أن ما كان يُعتقد سابقًا أنه فيتامين واحد (فيتامين B) هو في الواقع مجموعة من الفيتامينات المختلفة، لكل منها دور محدد في العمليات الأيضية داخل الجسم.

كما تلعب فيتامينات B دورًا أساسيًا في إنتاج الطاقة، إذ تشارك في استقلاب الكربوهيدرات، والدهون، والبروتينات، وتحويلها إلى طاقة قابلة للاستخدام من قبل الخلايا. كما تسهم في سلامة الجهاز العصبي، وتكوين خلايا الدم الحمراء، ودعم الوظائف العقلية والنفسية، إضافة إلى دورها في الحفاظ على صحة الجلد والشعر والعضلات.

تتكوّن فيتامينات B المركّبة من مجموعة فيتامينات ذائبة في الماء، لكل منها دور حيوي مستقل، إلا أنها تعمل بشكل تكاملي داخل الجسم، خاصة في العمليات الأيضية ووظائف الجهاز العصبي. ويؤدي نقص أيٍّ منها إلى

اضطرابات صحية تختلف حسب الفيتامين Aالناقص (Mayo Clinic. 2024). وتشمل فيتامينات B المركّبة ما يلي(Kennedy D.O 2011.167):

أ- **فيتامين B1 (الثيامين – Thiamine)**: يُعد الثيامين عنصرًا أساسيًا في استقلاب الكربوهيدرات وإنتاج الطاقة، كما يلعب دورًا مهمًا في وظيفة الجهاز العصبي ونقل الإشارات العصبية. ويؤدي نقصه إلى الإصابة بمرض البري بري واضطرابات عصبية وقلبية، خاصة لدى مدمني الكحول وسوء التغذية.

ب- **فيتامين B2 (الريبوفلافين – Riboflavin)**: يساهم الريبوفلافين في التفاعلات الأيضية المؤكسدة وإنتاج الطاقة داخل الخلايا، كما يحافظ على صحة الجلد والعينين. ويؤدي نقصه إلى تشقق زوايا الفم، والتهاب اللسان، واضطرابات جلدية.

ت- **فيتامين B3 (النياسين – Niacin)**: يلعب النياسين دورًا محوريًا في إنتاج الطاقة الخلوية وصحة الجهاز العصبي والجهاز الهضمي. ويسبب نقصه مرض البلاجرا الذي يتميز بالتهاب الجلد، والإسهال، والخرف. كما أن الجرعات العالية منه قد تسبب آثارًا جانبية مثل احمرار الجلد.

ث- **فيتامين B5 (حمض البانتوثينيك – Pantothenic Acid)**: يدخل هذا الفيتامين في تركيب مرافق الإنزيم A (Coenzyme A) الضروري لتخليق الأحماض الدهنية والهرمونات الستيرويدية. ونقصه نادر، لكنه قد يؤدي إلى التعب واضطرابات عصبية خفيفة.

ج- **فيتامين B6 (البيريدوكسين – Pyridoxine)**: يُعد فيتامين B6 مهمًا في استقلاب الأحماض الأمينية وتكوين النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين، مما يربطه بالصحة النفسية. ويساهم أيضًا في تكوين الهيموغلوبين. وقد يؤدي نقصه إلى فقر الدم واضطرابات عصبية.

ح- **فيتامين B7 (البيوتين – Biotin)**: يساهم البيوتين في استقلاب الدهون والكربوهيدرات، ويلعب دورًا في صحة الشعر والجلد والأظافر. ويُعد نقصه نادرًا، لكنه قد يظهر لدى من يفرطون في تناول البيض النيّئ أو المصابين باضطرابات امتصاص.

خ- **فيتامين B9 (حمض الفوليك – Folate)**: يُعد حمض الفوليك ضروريًا لـ تكوين الحمض النووي (DNA) وخلايا الدم الحمراء، وله أهمية خاصة أثناء الحمل للوقاية من تشوهات الأنبوب العصبي لدى الجنين. ويؤدي نقصه إلى فقر الدم الضخم الأروماتي.

د- **فيتامين B_{12} (الكوبالامين – Cobalamin)**: يلعب فيتامين B_{12} دورًا أساسيًا في وظيفة الجهاز العصبي وتكوين خلايا الدم الحمراء. ويؤدي نقصه إلى فقر الدم الخبيث واضطرابات عصبية قد تكون غير قابلة للعكس إذا طال أمدها. ويُعد النباتيون وكبار السن أكثر عرضة لنقصه.

وتتوافر فيتامينات B في العديد من المصادر الغذائية، مثل الحبوب الكاملة، واللحوم، والأسماك، والبيض، ومنتجات الألبان، والبقوليات، والخضراوات الورقية. ونظرًا لكونها ذائبة في الماء، فإن الجسم لا يخزن كميات كبيرة منها، مما يستدعي تزويد الجسم بها بانتظام عبر النظام الغذائي اليومي.

كما يؤدي نقص فيتامينات B إلى ظهور أعراض مختلفة باختلاف الفيتامين Aالناقص، وقد تشمل التعب والإرهاق، واضطرابات الجهاز العصبي، وفقر الدم، وضعف الذاكرة، ومشكلات جلدية. وتزداد احتمالية النقص لدى كبار السن، والحوامل، والنباتيين، والمصابين بأمراض سوء الامتصاص. أما الإفراط في تناول فيتامينات B من المصادر الغذائية الطبيعية فغالبًا ما يكون آمنًا، إلا أن الجرعات العالية من بعض المكملات، مثل النياسين أو فيتامين B6، قد تسبب آثارًا جانبية تستدعي الحذر الطبي (المعاهد الوطنية للصحة 2022-2024).

وفي ختام هذا المبحث، يتضح أن الفيتامينات تُعد من أهم العناصر الغذائية الضرورية التي يحتاجها جسم الإنسان للحفاظ على سلامة وظائفه الحيوية وتحقيق التوازن الصحي العام، رغم حاجة الجسم إليها بكميات قليلة نسبيًا. وقد بيّنت الدراسة أن للفيتامينات دورًا أساسيًا في دعم النمو، وتنظيم عمليات الأيض، وتقوية الجهاز المناعي، والمحافظة على صحة الجهاز العصبي والعظام والجلد، إضافة إلى مساهمتها في الوقاية من العديد من الأمراض والاضطرابات الجسدية والنفسية.

ومن خلال ما سبق، يمكن القول إن التوازن في تناول الفيتامينات يُعد عاملًا أساسيًا في الحفاظ على صحة الإنسان والوقاية من الأمراض، الأمر الذي يستوجب الاهتمام بالنظام الغذائي المتوازن، والوعي بأهمية الفيتامينات ودورها الحيوي، خاصة لدى الفئات الأكثر عرضة لنقصها كالأطفال وكبار السن والحوامل.

2- مصادر الفيتامينات وأسباب نقصها

تُستمدّ الفيتامينات أساسًا من الغذاء الذي يتناوله الإنسان يوميًا، إذ تُعدّ التغذية المتوازنة والمتنوعة المصدر الرئيسي لتزويد الجسم باحتياجاته من هذه العناصر الضرورية. وتختلف مصادر الفيتامينات بين المصادر النباتية والحيوانية، كما تتباين نسب توفرها حسب نوع الغذاء وطريقة حفظه وتحضيره.

ورغم أهمية الفيتامينات في الحفاظ على صحة الجسم، فإن العديد من الأشخاص قد يعانون من نقص بعضها نتيجة عوامل متعددة، كالعادات الغذائية غير الصحية، أو سوء الامتصاص، أو بعض الحالات المرضية، مما قد يؤدي إلى اضطرابات صحية متفاوتة الخطورة.

وعليه، سيتناول هذا المبحث أهم مصادر الفيتامينات الطبيعية، إضافة إلى بيان أبرز الأسباب والعوامل المؤدية إلى نقصها وتأثير ذلك على صحة الإنسان.

2-1- مصادر الفيتامينات

تُعدّ المصادر الغذائية الوسيلة الأساسية التي يحصل من خلالها جسم الإنسان على حاجته من الفيتامينات الضرورية لمختلف الوظائف الحيوية. وتتنوع هذه المصادر بين الأغذية النباتية والحيوانية، حيث تحتوي الخضر والفواكه والحبوب واللحوم ومنتجات الألبان على نسب متفاوتة من الفيتامينات الضرورية للنمو والمحافظة على الصحة.

كما تختلف كمية الفيتامينات المتوفرة في الغذاء بحسب نوعه وطريقة تخزينه وتحضيره، الأمر الذي يجعل من التنوع الغذائي عاملًا مهمًا لضمان تزويد الجسم بجميع احتياجاته. ومن هذا المنطلق، سيتم في هذا المطلب التعرّف على أهم المصادر الطبيعية للفيتامينات وبيان دورها في تحقيق التوازن الغذائي والمحافظة على صحة الإنسان.

2-1-1- المصادر الطبيعية (الغذاء النباتي والحيواني)

تُعدّ المصادر الطبيعية للغذاء الركيزة الأساسية للحصول على الفيتامينات الضرورية التي يحتاجها جسم الإنسان للقيام بوظائفه الحيوية المختلفة، إذ لا يستطيع الجسم إنتاج معظم هذه الفيتامينات بكميات كافية، لذلك يجب الحصول عليها من الغذاء اليومي. وتنقسم هذه المصادر إلى مصادر نباتية وأخرى حيوانية، ويتميّز كل نوع منها باحتوائه على مجموعة من الفيتامينات المهمة لصحة الإنسان. فالمصادر النباتية، مثل الخضروات الورقية والفواكه الطازجة والحبوب الكاملة والبقوليات، تُعدّ غنية بالفيتامينات الذائبة في الماء، خاصة فيتامين C ومجموعة فيتامين B. ويسهم فيتامين C في تقوية جهاز المناعة وحماية الجسم من الأمراض، بينما تساعد فيتامينات B في إنتاج الطاقة وتنظيم وظائف الجهاز العصبي. كما تحتوي بعض الخضروات، مثل الجزر والسبانخ، على مادة البيتا كاروتين التي تتحول داخل الجسم إلى فيتامين A الضروري لصحة العينين والجلد.

أما المصادر الحيوانية، مثل الحليب ومشتقاته واللحوم والبيض والأسماك، فتحتوي على نسب مهمة من الفيتامينات الذائبة في الدهون، خاصة فيتامين A وD، اللذين يساهمان في تقوية العظام والأسنان والمحافظة على صحة الجسم. كما تُعدّ هذه الأغذية مصدرًا رئيسيًا لفيتامينB_{12} الضروري لتكوين خلايا الدم الحمراء والحفاظ على سلامة الجهاز العصبي، وهو من الفيتامينات التي يصعب الحصول عليها من المصادر النباتية(- Gropper, S. S.، & Smith, J. L. (2020).).

ويُعتبر التنوع الغذائي من أهم العوامل التي تساعد على تلبية احتياجات الجسم من مختلف الفيتامينات بشكل متوازن، إذ إن الاعتماد على نوع واحد من الغذاء قد يؤدي إلى نقص بعض العناصر الغذائية وظهور مشكلات صحية مختلفة. لذلك يُنصح باتباع نظام غذائي متكامل يجمع بين الأغذية النباتية والحيوانية للحفاظ على صحة الجسم والوقاية من الأمراض.

2-1-2- المكملات الغذائية وأهميتها في المجتمع

أصبحت المكملات الغذائية في العصر الحديث من الوسائل الشائعة لتعويض نقص الفيتامينات والعناصر الغذائية التي قد لا يحصل عليها الإنسان بشكل كافٍ من غذائه اليومي. ويزداد الاعتماد على هذه المكملات لدى بعض الفئات التي تحتاج إلى عناية غذائية خاصة، مثل الأطفال في مراحل النمو، والحوامل، وكبار السن، إضافة إلى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة أو سوء امتصاص بعض العناصر الغذائية. وتتمثل أهمية هذه المكملات في دعم الصحة العامة، وتقوية جهاز المناعة، والمساعدة على الوقاية من بعض الاضطرابات الناتجة عن نقص الفيتامينات، مثل فقر الدم وضعف العظام والإرهاق العام.

وتتوفر المكملات الغذائية في أشكال متعددة، كالأقراص والكبسولات والمساحيق والمشروبات، وتحتوي على أنواع مختلفة من الفيتامينات والمعادن التي تساعد على سدّ الاحتياجات الغذائية للجسم. غير أن استعمالها يجب أن يكون بطريقة معتدلة وتحت إشراف طبي، لأن الإفراط في تناول بعض الفيتامينات، خاصة الذائبة في الدهون مثل فيتامين A وD، قد يؤدي إلى آثار جانبية ومضاعفات صحية خطيرة نتيجة تراكمها داخل الجسم (العيسوي، عبد الرؤوف2025 ص45).

لذلك تبرز أهمية التوعية الصحية بضرورة الاستخدام الرشيد للمكملات الغذائية، والتأكيد على أن الغذاء الطبيعي والمتوازن يبقى المصدر الأساسي والأفضل للحصول على الفيتامينات، بينما تُستخدم المكملات كوسيلة داعمة عند الحاجة فقط، وفق إرشادات المختصين.

2-2- أسباب نقص الفيتامينات

يُعدّ نقص الفيتامينات من الاضطرابات التغذوية الشائعة التي تؤثر بشكل مباشر في صحة الإنسان والتوازن الوظيفي للجسم، وينتج عن مجموعة من العوامل الصحية والغذائية المختلفة. وقد تظهر آثار هذا النقص بصورة تدريجية، مما يجعل الكشف المبكر عنه أمرًا ضروريًا للوقاية من المضاعفات الصحية. ومن أبرز أسباب نقص الفيتامينات سوء التغذية، وأمراض سوء الامتصاص، إضافة إلى تأثير بعض الأدوية والعوامل الصحية الأخرى.

2-2-1سوء التغذية:

يُعتبر سوء التغذية من أهم أسباب نقص الفيتامينات، إذ يؤدي عدم تنوع النظام الغذائي والاعتماد على أغذية فقيرة بالعناصر الغذائية إلى عدم حصول الجسم على احتياجاته اليومية من الفيتامينات. كما أن الإفراط في تناول الوجبات السريعة والأطعمة المصنعة، التي تفتقر إلى العناصر المفيدة، يزيد من احتمالية الإصابة بالنقص الغذائي. وقد يرتبط سوء التغذية كذلك بالفقر أو الجهل الغذائي أو اتباع حميات قاسية دون إشراف طبي، مما يؤدي إلى ضعف عام واضطرابات صحية متعددة.

2-2-2-أمراض سوء الامتصاص:

تؤثر بعض الأمراض التي تصيب الجهاز الهضمي على قدرة الجسم في امتصاص الفيتامينات والاستفادة منها، حتى وإن كان الغذاء غنيًا بها. ومن أبرز هذه الأمراض الداء البطني (السيلياك)، والتهابات الأمعاء المزمنة، إضافة إلى أمراض الكبد والمرارة التي تعيق امتصاص الفيتامينات الذائبة في الدهون. ويؤدي هذا الخلل إلى ظهور أعراض نقص الفيتامينات بشكل واضح نتيجة عدم استفادة الجسم من العناصر الغذائية المتناولة.

2-2-3-تأثير الأدوية والعوامل الصحية الأخرى:

قد يؤدي استعمال بعض الأدوية لفترات طويلة إلى التأثير في امتصاص الفيتامينات أو تقليل نسبتها داخل الجسم، مثل بعض المضادات الحيوية ومدرات البول وأدوية الصرع. كما قد تتسبب بعض الأمراض المزمنة أو التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالتقدم في السن في زيادة احتمالية نقص الفيتامينات. ويزداد خطر هذا النقص عند غياب المتابعة الطبية أو عدم تعويض العناصر الغذائية المفقودة ((منضمة الصحة العالمية 2019.41).

وبذلك فإن نقص الفيتامينات لا يرتبط بسبب واحد فقط، بل ينتج عن تداخل عدة عوامل غذائية وصحية، الأمر الذي يستدعي الاهتمام بالتغذية المتوازنة والمتابعة الطبية للحفاظ على صحة الجسم والوقاية من المشكلات الناتجة عن هذا النقص.

خاتمة الفصل

وفي ختام هذا الفصل، يتضح أن الفيتامينات تُعد من العناصر الغذائية الأساسية الضرورية للحفاظ على صحة الإنسان وسلامة وظائف الجسم، لما تؤديه من أدوار مهمة في تنظيم عمليات الأيض، وتقوية المناعة، ودعم صحة العظام والأعصاب والجلد. كما تبيّن أن الفيتامينات تنقسم إلى فيتامينات ذائبة في الدهون وأخرى ذائبة في الماء، ولكل نوع خصائصه ووظائفه ومصادره الغذائية المختلفة.

وقد أظهر الفصل أن الغذاء المتوازن والمتنوع يُعد المصدر الأساسي للحصول على الفيتامينات، في حين تُستخدم المكملات الغذائية عند الحاجة وتحت إشراف طبي. كما أن نقص الفيتامينات قد ينتج عن سوء التغذية أو أمراض سوء الامتصاص أو بعض العوامل الصحية، مما يؤكد أهمية الوعي الغذائي والمحافظة على نظام غذائي صحي للوقاية من الاضطرابات الصحية المرتبطة بنقص الفيتامينات.

الفصل الثالث: الاكتئاب مفهومه، الأسباب وسبل العلاج

تمهيد

1- مفهوم الاكتئاب وتصنيفه

2- أنواع الإكتئاب وأسبابه.

3- النظريات المفسرة للاكتئاب وطرق علاجه

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يُعدّ الإكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا في العصر الحديث، حيث أصبح يؤثر في مختلف الفئات العمرية نتيجة الضغوط النفسية والاجتماعية المتزايدة التي يعيشها الفرد في حياته اليومية. ولا يقتصر الإكتئاب على مجرد الشعور بالحزن أو الضيق المؤقت، بل يُعتبر حالة نفسية قد تستمر لفترات طويلة وتؤثر في التفكير والسلوك والقدرة على ممارسة الأنشطة اليومية بشكل طبيعي.

وتتعدد أسباب الإكتئاب بين عوامل نفسية واجتماعية وبيولوجية، كالتعرض للضغوط والصدمات النفسية والمشكلات الأسرية وبعض العوامل الصحية والوراثية، مما يجعل فهم هذا الاضطراب وتشخيصه أمرًا ضروريًا للحد من آثاره السلبية. كما تختلف أعراضه ودرجاته من شخص إلى آخر، وقد ينعكس بشكل واضح على الصحة النفسية والجسدية والعلاقات الاجتماعية للفرد.

وقد أولت الدراسات النفسية والطبية اهتمامًا كبيرًا بالإكتئاب، من خلال البحث في أسبابه وطرق الوقاية منه وأساليب علاجه المختلفة، سواء بالعلاج النفسي أو الدوائي أو بالدعم الأسري والاجتماعي.

وعليه، سيتناول هذا الفصل مفهوم الإكتئاب وأبرز أسبابه، إضافة إلى أهم الوسائل العلاجية والوقائية التي تساعد على التخفيف من آثاره وتحقيق التوازن النفسي للفرد.

1-: مفهوم الإكتئاب وتصنيفه

يُعتبر الإكتئاب من أبرز الاضطرابات النفسية التي تؤثر في الحالة النفسية والسلوكية للفرد، حيث ينعكس بشكل واضح على مشاعره وتفكيره وقدرته على التكيف مع مختلف ظروف الحياة. وقد حظي هذا الاضطراب باهتمام واسع من طرف الباحثين والأطباء النفسيين نظرًا لانتشاره المتزايد وآثاره السلبية على الفرد والمجتمع.

ولفهم طبيعة الإكتئاب بصورة أدق، لا بد من التعرّف على مفهومه وخصائصه الأساسية، إضافة إلى بيان أنواعه وتصنيفاته المختلفة التي تتباين حسب الأعراض ودرجة الحدة والأسباب المؤدية إليه. ومن هذا المنطلق، سيتناول هذا المبحث تعريف الإكتئاب وخصائصه، ثم عرض أهم تصنيفاته وأنواعه المختلفة.

1-1-: مفهوم الإكتئاب

يُعدّ الإكتئاب من الاضطرابات النفسية التي تؤثر بشكل مباشر في الحالة المزاجية للفرد وسلوكه ونظرته إلى الحياة، حيث يتسبب في الشعور المستمر بالحزن وفقدان الرغبة في ممارسة الأنشطة اليومية. وقد أصبح هذا الاضطراب محل اهتمام كبير في الدراسات النفسية والطبية لما له من آثار نفسية واجتماعية وصحية قد تنعكس سلبًا على حياة الإنسان إذا لم يتم التعامل معه بصورة صحيحة.

ومن أجل الإحاطة بهذا الاضطراب وفهم أبعاده المختلفة، لا بد من التعرّف على مفهوم الإكتئاب وخصائصه الأساسية، مع بيان أهم الأعراض التي تميّزه عن غيره من الحالات النفسية المؤقتة.

1-1-1 لمحة تاريخية عن الإكتئاب

يعد الإكتئاب من أقدم الأمراض النفسية التي عرفها الإنسان، فالإكتئاب عند الإغريق اضطراب في المزاج ويقرنه الإغريق بزيادة السوداء في الجسم ***Melancholy*** وهي كلمة مشتقة من الكلمة الإغريقية أسود وفي النصوص الإنجليزية القديمة وردت اضطرابات مزاج بمسمى ***Meon***وصفراء ***Cholia*** وفي النصوص الإنجليزية القديمة وردت اضطرابات مزاج بمسمى (***Melancholia***)(عبد الرحمان الوافي 2006)وفي نفس المعنى عند الإغريق، ووصف أبقراط خلال قرن الرابع قبل الميلاد الإكتئاب من منظور العلاقة بين الجسد والعقل، وأكد على أنه مرض نفسي ينجم عن أسباب طبيعية، وأن السوداء ما هي إلا حصيلة ثانوية لفائض الصفراء السوداء في

الطحال، ومن هنا جاءت الكلمة ***Melancholia***. كما بين أن المخ هو مركز الإحساس وليس القلب وأكد على أن علاج الإكتئاب لا يكون إلا بإعادة التوازن إلى أجهزة الجسم باستعمال الاسترخاء، واستراتيجيات العيش الصحي (فاروق مصطفى أسامة2011. 242).

احتوت أوراق قدماء المصريين على وصف هذا المرض وربطته بحالة الجسم وأمراض القلب، أما فكتابات الإغريق وردت بعض الإشارات عن طريق الأساطير وعن طريق الشعر والأدب إلى حالات تشبه الإكتئاب

النفسي بمفهومه الحالي. وفي عام بعد الميلاد أشار "أربتوس" إلى السمات ومجموعة الخصائص النفسية لمرض الميلانخوليا وهي القلق والحزن والمعاناة من الأرق والشعور بالرعب والفزع والرغبة في الموت. وفي القرن الثاني بعد الميلاد وضع (جالينوس) نظرية الأخلاط الأربعة ومنها المرارة.

1-1-2- تعريف الإكتئاب

يُعد الإكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا وتعقيدًا، إذ يؤثر تأثيرًا مباشرًا في الحالة المزاجية للفرد وفي طريقة تفكيره وسلوكه وتفاعله مع محيطه الاجتماعي. وهو ليس مجرد شعور عابر بالحزن أو الضيق، بل حالة نفسية مرضية قد تستمر لفترات طويلة وتنعكس سلبًا على مختلف جوانب الحياة اليومية.

أ- **التعريف اللغوي**: تشير كلمة الإكتئاب في اللغة العربية إلى شدة الحزن والهم، فهو كئيب والكآبة تعني تغير النفس وانكسارها. ويستخدم لفظ الإكتئاب في عدة مجالات بعدة معاني فمثلا يستخدم في علم النفس بمعنى الانقباض وفي علم الاقتصاد بمعنى الكساد، وفي علم الجغرافيا بمعنى الانخفاض في الضغط الجوي. والمصطلح مستمد من كلمة الكآبة: سوء الحال والانكسار والحزن تغير النفس من شدة الهم والحزن.

وفي اللغة الفرنسية فالكلمة مستمدة من الفعل $Deprimer$ الكلمة اللاتينية التي تعني

السقوط من الأعلى إلى الأسفل، لتتطور إلى كلمة $Enfoncement$ والتي تعني الهدم والتحطيم(جميل صليبا ص312).

ب- **التعريف السيكولوجي للاكتئاب:** في علم النفس يمكننا الوقوف على العديد من التعاريف المتنوعة والمتعلقة بوصف الظاهرة الكتائبية ولا يستعصي على القارئ أن يدرك ما بينهما من نقاط تشابه وكذا تباين، وهذا مرده لنوعية الوسائل التقديرية المستعملة لوصف هذه الظاهرة (بودحوش نصر الدين2016. ص 48). وقد تعدد تعريفات ويمكن ذكر أهمها:

ت- **منظمة الصحة العالمية:** الإكتئاب بأنه اضطراب نفسي يتميز بمشاعر مستمرة من الحزن وفقدان الاهتمام أو المتعة، مصحوبًا بانخفاض الطاقة، واضطرابات النوم والشهية، والشعور بالذنب أو تدني تقدير الذات، وقد تصل أعراضه في الحالات الشديدة إلى التفكير في إيذاء النفس أو الانتحار (منظمة الصحة العالمية.2023. 12).

ث- **بيك (beck 1982)**: الإكتئاب بأنه اضطراب في التفكير نتيجة لنشاط النماذج المعرفية السالبة التي تؤدي إلى تكوين نظرة سلبية عن الذات والعالم والمستقبل (أيمن فلوري .2020).

ج- **رغداء نعيسة:** يعرف دليل الاضطرابات الإكتئاب بأنه اضطراب مزاج وذلك في حال توفر خمسة أعراض مما يلي لمدة أسبوعين على الأقل: مزاج مكتئب، انخفاض واضح في الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة التي كان يستمتع بها الشخص سابقا، فقدان في الوزن أو زيادة واضحة به دون إتباع حمية، ضعف في الشهية أو قوة بها، أرق في النوم أو إفراط به، اهتياج نفسي حركي أو هبوط، تعب في الطاقة أو تدن بها، مشاعر الذنب المفرطة والضبابية وتشوش التفكير وتكرار التفكير بالموت والانتحار والمحاولة أحيانا. أما إجرائيا فيعرف بأنه درجة الفرد المسن على صورة لقائمة بيك للاكتئاب، والتي تعكس تقديره الذاتي لوجود أعراض الإكتئاب لديه في الأيام السبعة السابقة لاستجابته على القائمة (رغداء نعيسة.2014).

ح- **الفيشاوي سعد:** عرفه بأنه حالة انفعالية سلبية وتعتبر في مجال الدوافع والانطباعات المعرفية وبالسلوك السلبي عموما ويمر الشخص المصاب بالإكتئاب بانفعالات شعور بالدونية (الفيشاوي، سعد).

خ- **جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع:** بأنه اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل ريجيم أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفس حركي أو بطء في النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد(American Psychiatric Association.317.1994).

1-2- تصنيف الإكتئاب

يُعدّ تصنيف الإكتئاب خطوة أساسية في فهم طبيعته الإكلينيكية وضبط حدوده المفاهيمية، إذ لا يمكن تناول هذا الاضطراب بصورة علمية دقيقة دون الرجوع إلى الأنظمة التصنيفية المعتمدة في الطب النفسي. فالتصنيف لا يقتصر على مجرد تسمية الحالات المرضية، بل يُمثّل إطارًا منهجيًا يُسهم في توحيد معايير التشخيص، وتحديد شدة الاضطراب، والتمييز بين أنواعه المختلفة، مما ينعكس مباشرة على اختيار الأساليب العلاجية المناسبة.

وقد شهدت عملية تصنيف الإكتئاب تطورًا ملحوظًا عبر التاريخ، انتقلت فيه من التفسيرات الفلسفية القديمة المرتبطة بنظرية الأخلاط إلى التصنيفات العلمية الحديثة التي تعتمد على معايير إكلينيكية دقيقة. وفي هذا السياق، برز كلٌّ من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية، باعتبارهما المرجعين الأساسيين في تصنيف الاضطرابات النفسية على المستوى العالمي. وعليه، فإن دراسة تصنيف الإكتئاب تُتيح فهم

الفروق بين أنواعه، وتوضيح معايير تشخيصه، والكشف عن أبعاده السريرية المختلفة، بما يُعزز الدقة العلمية في البحث ويسهم في بناء تصور نظري متكامل حول هذا الاضطراب(منظمة الصحة العالمية.2019.203).

أ- **تصنيف الإكتئاب وفقDSM-5** : أفرد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 بابًا مستقلاً بعنوان ''الاضطرابات الإكتئابية(Depressive Disorders) ''، حيث قام بالفصل بينها وبين اضطرابات ثنائي القطب، ويُعدّ هذا التصنيف من أبرز التطورات التي شهدتها الإصدارات الحديثة للدليل، لما يوفره من دقة أكبر في تشخيص الاضطرابات المزاجية وتحديد خصائص كل اضطراب بصورة أوضح. وقد ساعد هذا الفصل على تحسين أساليب التشخيص والعلاج، من خلال التمييز بين الإكتئاب بوصفه اضطرابًا مستقلاً وبين الحالات التي تتداخل فيها أعراض الإكتئاب مع نوبات الهوس أو الهوس الخفيف(الجمعية الأمريكية للطب النفسي2017.155).

ومن أهم الاضطرابات التي تناولها DSM-5 الاضطراب الإكتئابي الجسيم (Major Depressive Disorder)، والذي يُعتبر من أكثر أنواع الإكتئاب انتشارًا في الممارسة الإكلينيكية. ويُشخَّص هذا الاضطراب عند ظهور خمسة أعراض أو أكثر خلال مدة لا تقل عن أسبوعين متواصلين، مع ضرورة وجود أحد العرضين الأساسيين، وهما: المزاج المكتئب أغلب ساعات اليوم، أو فقدان الاهتمام والمتعة بالأنشطة التي كان الفرد يستمتع بها سابقًا.

وتشمل الأعراض الأخرى اضطرابات النوم، سواء الأرق أو كثرة النوم، وتغيرات ملحوظة في الشهية أو الوزن، إضافة إلى الشعور المستمر بالتعب والإرهاق وفقدان الطاقة. كما يعاني المصاب غالبًا من الإحساس بالذنب أو انعدام القيمة، وضعف التركيز وصعوبة اتخاذ القرارات، وقد تتطور الحالة إلى التفكير المتكرر بالموت أو الانتحار في الحالات الشديدة.

ويركّز DSM-5 كذلك على ضرورة أن تؤدي هذه الأعراض إلى خلل واضح في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الدراسي للفرد، بحيث تؤثر سلبًا في حياته اليومية وعلاقاته مع الآخرين. كما يشدد الدليل على أهمية استبعاد الأسباب العضوية أو تأثير المواد والأدوية قبل تثبيت التشخيص، لضمان دقة التقييم واختيار الخطة العلاجية المناسبة (أحمد عبد الخالق. 2016. 211).

ب- **تصنيف الإكتئاب وفقICD-10** : يصنّف ICD-10 الإكتئاب ضمن باب اضطرابات المزاج (Affective Disorders) تحت الرموزF30–F39 ، ويشمل ما يأتي(منظمة الصحة العالمية1993 :(120

- **النوبة الإكتئابية(F32)**: تُقسم حسب الشدة إلى نوبة خفيفة ونوبة متوسطةبالإظافة إلى شديدة (مع أو دون أعراض ذهانية). ويعتمد التشخيص على عدد الأعراض الأساسية، مثل الحزن وفقدان الاهتمام ونقص الطاقة إضافة إلى الأعراض الثانوية المصاحبة .
- **الاضطراب الإكتئابي المتكرر(F33)** : يتميّز بحدوث نوبات متكررة من الإكتئاب دون وجود نوبات هوس، مما يميّزه عن الاضطراب ثنائي القطب .
- **الاضطرابات الوجدانية المستمرة(F34)**: ومنها عسر المزاج(Dysthymia) ، وهي حالة مزمنة مشابهة لما ورد في DSM-5 تحت مسمى الإكتئاب المستمر.

أهمية التصنيف في البحث العلمي:

تكتسب الأنظمة التصنيفية للاضطرابات النفسية أهمية بالغة في المجالين الأكاديمي والإكلينيكي، إذ تمثل الأساس المنهجي الذي يستند إليه الباحثون والممارسون في فهم طبيعة الاضطرابات النفسية وتشخيصها وعلاجها. وتبرز أهمية تصنيف الإكتئاب بصفة خاصة في عدة جوانب أساسية، من أهمها (Beck, Aaron T - 1976. :(231

1. **توحيد لغة التشخيص بين المختصين:** يوفّر التصنيف إطارًا موحدًا للمفاهيم والمصطلحات، مما يضمن اتساق عملية التشخيص بين الأطباء النفسانيين والأخصائيين والباحثين، ويحدّ من الاختلافات الناتجة عن التقدير الشخصي أو التفسيرات الفردية للحالة المرضية.

2. **تسهيل إجراء الدراسات والبحوث المقارنة:** يساعد التصنيف الموحد على مقارنة نتائج الدراسات عبر بيئات ثقافية وجغرافية مختلفة، كما يمكّن الباحثين من تحليل معدلات الانتشار، واختبار الفرضيات العلمية، وبناء نماذج تفسيرية دقيقة تستند إلى معايير محددة.

3. **تحديد شدة الاضطراب واختيار التدخل العلاجي المناسب:** من خلال تقسيم الإكتئاب إلى درجات (خفيف، متوسط، شديد) وأنماط مختلفة، يصبح بالإمكان تحديد مستوى الخطورة وتوجيه الخطة العلاجية، سواء كانت علاجًا دوائيًا أو علاجًا نفسيًا أو مزيجًا بينهما.

4. **التمييز بين الإكتئاب والحالات النفسية المشابهة:** يساهم التصنيف في التفريق بين الإكتئاب والحزن الطبيعي الناتج عن مواقف حياتية، وكذلك التمييز بينه وبين اضطرابات أخرى مثل اضطراب ثنائي القطب أو اضطرابات القلق، مما يمنع الوقوع في أخطاء تشخيصية قد تؤثر سلبًا في مسار العلاج.

5. **المساهمة في التخطيط الصحي وصنع السياسات:** تعتمد الإحصاءات الوطنية والعالمية المتعلقة بالصحة النفسية على التصنيفات المعتمدة، مما يساعد في وضع البرامج الوقائية، وتخصيص الموارد، وتطوير استراتيجيات التدخل المبكر.

وبناءً على ذلك، يُعد تصنيف الإكتئاب ركيزة أساسية في البحث العلمي، إذ لا يقتصر دوره على الجانب النظري، بل يمتد ليشمل التطبيق العملي والتخطيط الصحي على المستويين المحلي والدولي.

2- أنواع الإكتئاب وأسبابه

يختلف الإكتئاب من شخص إلى آخر من حيث شدته وأعراضه والأسباب المؤدية إليه، الأمر الذي أدى إلى ظهور عدة أنواع وتصنيفات لهذا الاضطراب النفسي. فبعض أنواع الإكتئاب تكون بسيطة ومؤقتة، في حين قد تصل أنواع أخرى إلى درجات حادة تؤثر بشكل كبير في حياة الفرد النفسية والاجتماعية والمهنية.

كما تتعدد الأسباب والعوامل المرتبطة بالإصابة بالإكتئاب، حيث تتداخل العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية في ظهوره، مثل الضغوط الحياتية، والصدمات النفسية، والمشكلات الأسرية، إضافة إلى بعض العوامل الوراثية والصحية. ومن هذا المنطلق، سيتناول هذا المبحث أهم أنواع الإكتئاب المختلفة، مع بيان أبرز الأسباب والعوامل المؤدية إلى الإصابة به.

2-1 أنواع الإكتئاب

لا يظهر الإكتئاب بصورة واحدة لدى جميع الأفراد، بل تتعدد أنواعه وتختلف مظاهره تبعًا لدرجة شدته ومدته والأعراض المصاحبة له. فقد يكون الإكتئاب بسيطًا ومؤقتًا، وقد يتطور إلى حالات أكثر حدة تؤثر بشكل كبير في حياة الفرد النفسية والاجتماعية والمهنية.

وقد ساهمت الدراسات النفسية والطبية في تصنيف الإكتئاب إلى عدة أنواع بهدف تسهيل تشخيصه وفهم خصائصه واختيار الأساليب العلاجية المناسبة لكل حالة. ومن هذا المنطلق، سيتم في هذا المطلب التعرّف على أهم أنواع الإكتئاب وخصائص كل نوع وأبرز الأعراض المرتبطة به، والإكتئاب يختلف بأعراضه ومسبباته ونرى بأن هناك نوعان من الإكتئاب الأول عصابي وهو أكثر أنواع الإكتئاب شيوعاً والإكتئاب العصابي يتميز بأعراض تشمل الشعور بالتعب والحزن والتفكير التشاؤمي والأفكار السلبية وفقدان الأمل واضطرابات في النوم، والأحلام

المزعجة وفقدان الشهية والقلق، أما النوع الثاني فهو اكتئاب ذهاني وهو داخلي المنشأ ورائي الجذور يميل للتكرار الدوري؛ وهو ينقسم من حيث حدته إلى الأنواع التالية(كراملنيغز كيث 2002):

أ- **الإكتئاب البسيط**: وهو ابسط صورة الإكتئاب الذي ما زال فيه المعنيون يقومون إلى حد ما بواجباتهم اليومية كالتدبير المنزلي والمهنة باذلين بذلك جهدا وجل أعراضه الحزن وغالبا ما يزول تلقائيا ولا يتحول إلى اكتئاب حاد إلا في حالات نادرة.

ب- **الإكتئاب الحاد**: هو أقصى أنواع الإكتئاب ويصعب تشخيصه ويُعرف أيضًا بالإكتئاب الجسيم، ويتميز بظهور نوبة اكتئابيه واضحة تستمر لمدة لا تقل عن أسبوعين، وتتسم بشدة الأعراض وتأثيرها المباشر في الأداء الاجتماعي والمهني للفرد. ومن أبرز أعراضه:

- المزاج المكتئب معظم اليوم.
- فقدان الاهتمام أو المتعة.
- اضطرابات النوم أو الشهية.
- الشعور بالذنب أو انعدام القيمة.
- أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار.

ويُعد هذا النوع من أكثر أشكال الإكتئاب شيوعًا في الممارسة الإكلينيكية.

ت- **الإكتئاب الشرطي**: هو اكتئاب مصدره الأصلي يعود إلى خبرة جارحة تعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو خبرة سابقة.

ث- **الإكتئاب المزمن (اضطراب الإكتئاب المستمر – عسر المزاج)**: هو شكل طويل الأمد من الإكتئاب، يستمر لمدة سنتين على الأقل لدى الراشدين، وتكون أعراضه أقل حدة من الإكتئاب الحاد، إلا أنه يتميز بالاستمرارية

والتأثير السلبي على جودة الحياة. ويتصف بـ: حزن دائم أو شعور بالكآبة. تدني تقدير الذات. ضعف الطاقة. نظرة تشاؤمية للمستقبل. ورغم أن أعراضه أقل حدة، إلا أن استمراره يجعله مؤثرًا بعمق في التكيف النفسي والاجتماعي.

ج- **إكتئاب التقدم في العمر**: وهو اكتئاب يصاب به الفرد خلال النصف الثاني من العمر ويضم عدة أعراض أهمها ضعف الحيوية وتختلف سن الإصابة بين الرجال والنساء بهذا النوع. فغالباً ما يصاب به الرجال ما بين سن 50 – 60 عام أما النساء 40 – 50 عام ويلعب العامل الوراثي دوراً هاما في الإصابة باكتئاب التقدم في العمر وترجع أسبابه إلى التقاعد عند الرجل وانقطاع الحيض عند النساء ونقص الكفاية عندهما ويصاحبه توتر عاطفي والقلق والشك والشعور بالهم والهناء.

ح- **الإكتئاب الموقفي**: وهو عبارة عن رد فعل قوي لصدمة عنيفة ومؤثرة نتيجة موقف صعب أو مصيبة ما كالفشل الأسري والعاطفي والاجتماعي، وهو اكتئاب قصير المدى ومن الممكن علاجه، ولا يعود في الظهور إلى بعودة مثير المصيبة وبعد عودته يسمى الإكتئاب الشرطي.

خ- **الإكتئاب العصابي**: ويسمى الإكتئاب اكتئاب استجابيا لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق أو نتيجة في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية وثيقة.

د- **الإكتئاب ما بعد الولادة**: بعد الولادة تشعر المرأة بحزن شديد مبكر مع العلم أنها في صحة جيدة ولا تحتاج إلى أي علاج ولكن بعض النساء يشعرن بإكتئاب كبير بعد الإنجاب وعوارضه تكون دائمة وخيمة.

كما انه يمكن تصنيفها من حيث المسار المرضي وينقسم الى قسمين:

1. **الإكتئاب أحادي القطب(Unipolar Depression)** : يتمثل في حدوث نوبات اكتئابية فقط دون أن تتخللها نوبات هوس أو هوس خفيف. ويشمل هذا النوع غالبًا:

- الإضطراب الإكتئابي الجسيم.
- الإضطراب الإكتئابي المتكرر.

ويُعد الشكل الأكثر انتشارًا بين أنواع الإكتئاب، ويختلف علاجه عن إضطراب ثنائي القطب.

2. **الإكتئاب في إطار الإضطراب ثنائي القطب(Bipolar Disorder)** : في هذا النوع، لا تظهر نوبات الإكتئاب بشكل منفصل، بل تتناوب مع نوبات من الهوس أو الهوس الخفيف. وتتميز نوبة الهوس بـ:

- ارتفاع غير طبيعي في المزاج.
- نشاط زائد وطاقة مفرطة.
- قلة الحاجة للنوم.
- اندفاعية وسلوكيات خطرة.

ويُعد التفريق بين الإكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب أمرًا بالغ الأهمية، لأن الخطة العلاجية تختلف، خاصة فيما يتعلق باستخدام مضادات الإكتئاب أو مثبتات المزاج (Goodwin, Guy M., & Jamison, Kay Redfield 2007-01). بينما يرى العديد من العلماء ومن اهمهم فايد (فايد حسين علي. 2004. 74) بأن للاكتئاب نوعان داخل المنشأ وخارجي المنشأ:

الإكتئاب داخلي المنشأ: وهو يرجع لأسباب بيولوجية تتمثل في سوء أداء فسيولوجي معين.

ثانيا: الإكتئاب خارجي المنشأ: وهو يرجع لأسباب بيئية. لاحظ الباحثون بأن هناك تبايناً شديداً في تحديد وتصنيف أنواع الإكتئاب؛ وطالما أن الدراسة الحالية تتبنى نظرة بيك للاكتئاب ومقياسه وعليه تتبنى الدراسة الحالية تصنيف بيك للاكتئاب وهو عبارة عن:

- اكتئاب حدي طفيف.
- اكتئاب بسيط "ضعيف.

- اكتئاب متوسط.
- اكتئاب شديد.
- اكتئاب بالغ الشدة "حاد".

ويتضح أن الإكتئاب ليس اضطرابًا نفسيًا ذا صورة واحدة، بل هو مجموعة من الأنواع والأشكال التي تختلف من حيث الأسباب والأعراض ودرجة الشدة والمسار المرضي. كما أن تعدد التصنيفات النفسية والطبية يعكس تعقّد هذا الاضطراب وتشابك عوامله البيولوجية والنفسية والاجتماعية. ويسهم التعرف على أنواع الإكتئاب المختلفة في تسهيل عملية التشخيص المبكر واختيار الأساليب العلاجية المناسبة لكل حالة، الأمر الذي يساعد على الحد من آثاره السلبية وتحسين التكيف النفسي والاجتماعي للفرد. لذلك يبقى الوعي بطبيعة الإكتئاب وأنواعه خطوة أساسية لفهم هذا الاضطراب والتعامل معه بصورة علمية وصحية سليمة.

2-2- أسباب الإكتئاب

يُعدّ الإكتئاب من الاضطرابات النفسية المعقدة التي لا ترتبط بسبب واحد فقط، بل تنتج عن تداخل مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية التي تؤثر في الحالة النفسية للفرد. وتختلف هذه الأسباب من شخص إلى آخر بحسب الظروف الحياتية والبيئة المحيطة والاستعداد النفسي والصحي لكل فرد. فقد يكون الإكتئاب ناتجًا عن التعرض للضغوط والصدمات النفسية، أو بسبب المشكلات الأسرية والاجتماعية، كما قد تسهم بعض العوامل الوراثية والاضطرابات الصحية والتغيرات الهرمونية في زيادة احتمالية الإصابة به. ومن هذا المنطلق، سيتم في هذا المطلب التعرّف على أبرز أسباب الإكتئاب والعوامل المؤدية إلى ظهوره وتأثيرها على الصحة النفسية للفرد.

أولًا: العوامل النفسية

تتمثل في الخبرات الانفعالية الصادمة وعدم التقبل الواقعي و منها:

- الفشل العاطفي: كل الذين يفشلون في الحب يصابون بالإكتئاب، فالصدمة تعتبر كبيرة لأنهم عاشوا تجربة حب عميقة كانوا قد أعطوها الكثير من الأمل والتضحية، لذلك فهم يفقدون الثقة في أنفسهم ثم يلي ذلك عقاب النفس وإذلالها والحد من تطلعاتها وأمالها.

- موت الأحباب: هؤلاء الأفراد يصدمون إذا ما جاء الموت وخطف شخصا عزيزا عليهم فجأة وإلى الأبد. فلا تكون لديهم القوة والصمود لكي يعيشوا بدونه. فتنهار الأعصاب وتسودّ الدنيا في أعينهم فيصابون بالإكتئاب أو بمرض جسمي نتيجة الآلام النفسية. ومن المحتمل أن تنتهي كل تلك الآلام بالانتحار (مُحَّد الحسن غانم2012. 74).

ثانيًا: العوامل البيئية والاجتماعية

تلعب البيئة الاجتماعية دورًا مهمًا في ظهور الإكتئاب، خاصة عندما يتعرض الفرد لضغوط حياتية قاسية أو ظروف اجتماعية صعبة تؤثر في استقراره النفسي. ومن أبرز هذه العوامل (مُحَّد شريف 2014. 132):

- فقدان المكانة الاجتماعية أو التعرّض للفشل المهني والخسائر المالية .
- التعرّض للفضائح أو الاتهامات التي تؤثر في السمعة الاجتماعية للفرد .
- الحرمان العاطفي وضعف الدعم الأسري والاجتماعي .
- الوحدة والعزلة الاجتماعية والشعور بعدم الانتماء .
- العنوسة وسنّ اليأس والتقاعد والتقدّم في السن، وما يرافقها من شعور بفقدان القيمة الاجتماعية .
- اختلال التوازن في علاقة الفرد بالمجتمع والآخرين، مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية مختلفة.

ثالثًا: العوامل الوراثية والفيزيولوجية

تشير الدراسات إلى وجود دور للعوامل الوراثية والبيولوجية في الإصابة بالإكتئاب، حيث يمتلك بعض الأفراد استعدادًا وراثيًا يجعلهم أكثر عرضة لهذا الاضطراب، خاصة عند التعرض للضغوط النفسية أو الظروف الصعبة.

كما يرتبط الإكتئاب باضطرابات في النواقل العصبية ووظائف الجهاز العصبي، خاصة على مستوى الفص الجبهي، مما يؤدي إلى اضطرابات في الوظائف الحيوية مثل اضطرابات النوم والهضم والشهية والطاقة الجنسية. وقد تظهر أعراض جسدية مصاحبة، مثل جفاف الفم، والإمساك أو الإسهال، وضعف النشاط العام، إضافة إلى الشعور المستمر بالتعب وفقدان الحيوية(عبد الستار إبراهيم، 2010. 95).

رابعًا: الأمراض العضوية والإدمان

قد يكون الإكتئاب ناتجًا عن بعض الأمراض العضوية المزمنة التي تؤثر في الحالة النفسية للفرد، ومن أبرزها:

- الأمراض السرطانية .
- أمراض القلب .
- داء السكري .
- مرض السل والأمراض المزمنة المنهكة للجسم .

وغالبًا ما تؤدي هذه الأمراض إلى الشعور بالعجز والخوف والعزلة وفقدان الأمل، مما يزيد من احتمالية الإصابة بالإكتئاب. كما يُعدّ الإدمان على المخدرات من العوامل الخطيرة المرتبطة بالإكتئاب، إذ يؤدي تعاطي المواد المخدّرة إلى اضطرابات نفسية وعصبية حادة، وقد تتفاقم الحالة لتصل إلى اكتئاب شديد نتيجة التأثير السلبي للمخدرات على الجهاز العصبي والحالة النفسية للفرد.

3- النظريات المفسرة للإكتئاب وطرق علاجه

حظي الإكتئاب باهتمام كبير من قبل الباحثين والأطباء النفسانيين، الأمر الذي أدى إلى ظهور العديد من النظريات التي حاولت تفسير أسبابه وطبيعته النفسية والبيولوجية. وقد اختلفت هذه النظريات في تفسيرها

للاكتئاب تبعًا لاختلاف الاتجاهات العلمية، فمنها ما ركّز على العوامل النفسية والسلوكية، ومنها ما اهتم بالعوامل البيولوجية والاجتماعية ودورها في ظهور هذا الاضطراب.

ومع تطور الدراسات النفسية والطبية، تعددت أيضًا الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج الإكتئاب والتخفيف من آثاره، حيث يشمل العلاج النفسي والعلاج الدوائي، إضافة إلى الدعم الأسري والاجتماعي وطرق الوقاية المختلفة وعليه، سيتناول هذا المبحث أهم النظريات المفسرة للاكتئاب، ثم عرض أبرز الطرق والأساليب العلاجية المعتمدة للتعامل مع هذا الاضطراب وتحقيق التوازن النفسي للفرد.

3-1 النظريات المفسرة للإكتئاب

سعى الباحثون وعلماء النفس إلى تفسير ظاهرة الإكتئاب وفهم العوامل التي تؤدي إلى ظهوره، مما أدى إلى ظهور العديد من النظريات النفسية والبيولوجية والاجتماعية التي حاولت توضيح طبيعة هذا الاضطراب وأسبابه المختلفة. وقد اختلفت هذه النظريات في تفسيرها للاكتئاب تبعًا لاختلاف المدارس والاتجاهات العلمية، حيث ركّز بعضها على العوامل النفسية الداخلية، بينما اهتمت أخرى بالعوامل السلوكية أو البيولوجية أو الاجتماعية.

وتساعد هذه النظريات في فهم الجوانب المختلفة للاكتئاب، كما تسهم في تحديد الأساليب العلاجية المناسبة للتعامل معه. ومن هذا المنطلق، سيتم في هذا المطلب عرض أهم النظريات المفسرة للاكتئاب وبيان أبرز الأفكار التي قامت عليها.

3-1-1-النظرية البيولوجية

وهي التي ترجع أسباب الإكتئاب إلى أسباب وراثية، اضطرابات الغدد الصماء، اضطراب جهاز العصابي، واثبات دور الوراثة في ظهور الإكتئاب حيث قام بيك بملاحظة ودراسة 500 حالة مصابة بالإكتئاب الداخلي المنشأ من خلال الرجوع إلى السوابق العائلية، لهؤلاء الأشخاص فوجد أغلبية العينة كان لهم على الأقل واحد من أقاربهم يعاني من هذا الاضطراب، ويمكن ملاحظة الغدد الصماء في فترة الطمث. حيث تكثر الشكوى لدى النساء في هذه الفترة من التوتر الداخلي والصداع، الانتفاخ في البطن وآلام الثدي وسهولة التهيج العصبي، والانفعال وكثرة البكاء وتدل الأبحاث أن 10 إلى 15 من المترددات على عيادات النساء والولادة فريسة لهذه الأعراض. كما أن في حالات الإكتئاب تضطرب الدورة الشهرية أو ينقطع الطمث وتزداد نسبة المرض بعد سن البلوغ وسن اليأس وكل هذه الأعراض تصاحبها اضطرابات هرمونية خاصة في الغدد الدرقية. أما اضطرابات

الجهاز العصبي فنجدها في حالات شلل الرعاش، تصلب الشرايين في المخ أو أورام الفص الجبهي وحالات الصرع النفسي الحركي وحالات الإصابات بمرض الأنفلونزا، حيث نلاحظ أعراض الإكتئاب على الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات كما أن بعض العقاقير من خافضات ضغط الدم والتي تدخل في تمثيل مادة الأدرينالين في الجسم تسبب كذلك الإكتئاب وقد وجد أيضا أن زيادة نسبة الصوديوم في الجسم ب 50% عن المستوى العادي يكوّن حالات الإكتئاب، أما الزيادة بنسبة 20% فنجدها في نوبات الانبساط كما أن اضطرابات الطاقة الكهربائية في السيالات العصبية نتيجة اختلاف توازن معادن الصّوديوم والبوتاسيوم يؤيد هذه النظرية، كما وجد أن اضطرابات الهرمونات يؤثر في الهيبوتالاميس وجهاز الطرفي في المخ حيث تختص هذه المناطق بالانفعالات والتغيرات الوجدانية المختلفة(بلقاسم سلامة 2021. 143).

3-1-2- النظرية العقلانية الانفعالية

تعتقد هذه النظرية أن الاضطراب الانفعالي والنفسي عامة ومنها الإكتئاب يحدث نتيجة لتفكير غير العقلاني وغير المنطقي، حيث ينشأ التفكير غير العقلاني من التعلم غير المنطقي المبكر حيث يتعلمه الفرد بصفة خاصة من والديه لاستعداداته البيولوجية ومن المجتمع. ويرى ايليس صاحب النظرية أن الاضطرابات الانفعالية ومن بينها الإكتئاب لا تنشأ من الخبرات أو الأحداث المنشطة وإنما من الأفكار التي يعتقدها الناس حول هذه المواقف والأحداث واستمرارها ناتج عن حديث الفرد لذاته وموقفه منها واتجاهاته نحوها (عبد الرحمن العيسوي2019. 88).

3-1-3- نظرية التحليل النفسي

ورد في الموسوعة الدولية للطب العقلي وعلم النفس والتحليل النفسي أن علماء مدرسة التحليل النفسي يعتقدون أنه يوجد عوامل تهيأ شخصية الطفل لكي تكون مستعدة لإظهار المرض عند الكبر، حيث أن الطفل الذي نشأ ولديه شعور بالخوف من الوحدة والقلق عادة لا يخاف من فقدان موضوع الحب (الأم التي تتركه وحده مثلا) بالإضافة إلى ذلك فإنه يشعر بالغضب لأنه يترك وحيدا، فهو ينمي مشاعر واتجاهات عدوانية اتجاه الذات. وقد وضح بولبي هذا الاتجاه في أبحاثه. وذلك عند ملاحظته لأطفال صغار تتركهم أمهاتهم في دار الحضانة لبعض الوقت حيث وجد أنهم يسلكون سلوكا يتصف بالاعتراض ثم اليأس ثم التجاهل والإهمال. أما بالنسبة لأبراهام فإن الصراع الداخلي للملاناخوليا ينطلق من الإمكانيات الطبيعية للكراهية لدى الشخص نحو العالم الخارجي حيث أن أبراهام ينطلق من القول: «لا أستطيع أن أحب آخرين لا يحبونني وهم يكرهونني لأنني أتميز بنقص فطري في هذه

القدرات لذلك أنا حزين ومكتئب». وبالتالي فإن المحاولات المتكررة الميلاناخوليا من أجل حجز وكبت هذه العدوانية تولد لديه قلقا حادًا وشعورا عميقا بالذنب وكبت هذه النزوات السادية يزيد من حدة القلق والإكتئاب والشعور بالذنب وهذا كله يمكن أن يؤدي إلى انقلاب هذه المشاعر نحو الذات إلى ما يسمى بالمازوشية. أما بالنسبة لفرويد فإن الحداد و الميلاناخوليا متشابهين من الناحية العيادية في نفس التعب الفكري، نفس فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، نفس التخلي عن النشاطات التي ليس لها علاقة بالموضوع المفقود، وكذلك عدم القدرة على اختيار موضوع جديد للحب. لكن الفرد يجد الحداد فيه فقدانا حقيقا للموضوع والذي ينتج عنه نظرة تشاؤمية سوداء لما يحيط بالفرد ولا يجد التقرير السلبي للذات أو الشعور بالذنب. بينما المالاناخوليا هي الحداد الغير كامل لان الموضوع المفقود ليس دائما شعوريا متعلقا بموضوع الحداد ناقص غير ناجح لأن الفقدان غير معروف بل مجهول حيث لا يمكن تحمل المسؤولية تجنب فقدان الأنا، والعدوانية الحادة المتعلقة بالموضوع المفقود في المالاناخوليا تجعلها تنقلب ضد الشخص بذاته (مصطفى حجازي2018. 201).

أما ميلاني كلاين (ميلاني كلاين،2002. 95) فترجع الإكتئاب إلى اضطراب في طبيعة العلاقة القائمة بين الآم والطفل وتمثل الوضعية الكتائبية بالنسبة لها مرحلة أساسية في النمو السيكولوجي لكل فرد بينما المحللون النفسانيون الآخرون يؤكدون على العلاقة بين الإكتئاب والحرمان العاطفي المبكر للرضيع.

3-1-4- النظرية السلوكية

وتصف الإكتئاب على أنه عملية فقدان التدعيم للسلوك حيث وصف فيرستر (Ferster) السلوك المرضي بأنه نتيجة مباشرة من خلال تفاعل الفرد مع بيئته، ومحصلة تدعيمية لسيرته، وقد اعتبر فيرستر أن وجود الإكتئاب يقل بالتدريج عن طريق التدعيم الايجابي للسلوك، ويرى لازاروس (lazaros) على أن الإكتئاب هو عدم كفاية المدعمات للسلوك ويتفق لازا روس مع فيرستر في اعتبار الإكتئاب انطفاء يتضح مع نقص التدعيم ويستنتج من خلال ضعف الأدوار التي يؤديها الفرد. كما يري أصحاب هذه النظرية بان الإكتئاب خبرة نفسية سلبية مؤلمة ما هو إلا ترديد لخبرات تعلمها أو صادفها أو مر بها الإنسان في صغره ولم يستطيع أن يحلها أو يزيلها من عقله. وتفترض هذه النظرية أن الأفراد قادرون على ضبط سلوكهم ولا يقومون فقط بالاستجابة للتأثيرات الخارجية بل عوضاً عن ذلك ينظر لهم على أنهم يقومون بعمليات الاختبار والتنظيم للمثيرات التي يتعرضون لها وهنا ينظر للأفراد ولبياناتهم على أنهم محددات متبادلة. وافترض كل من لوينس ونوروز بيوم أن الإكتئاب والتدعيم ظاهرتان تتعلق كل منهما بالأخرى، وهم يرون أن السلوك والشعور الوجداني المكتئب دالة لانخفاض معدل الاستجابة

المتوقفة على التدعيم الايجابي، حيث أن التدعيم هنا يعرف بجودة التفاعلات لدى الفرد مع البيئة المحيطة والافتراض الرئيسي للنظريات السلوكية عن الإكتئاب هو أن انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ينتج عنه انخفاض في معدل التدعيم الايجابي أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة والبغيضة وهذا يعني أن حالة الإكتئاب تنتج عن انخفاض معدل الثواب المرغوب فيه أو زيادة في الأحداث غير السارة وكلها تؤدي إلى حالة الإكتئاب. فالفكرة الرئيسية عند أصحاب النظرية السلوكية عن الإكتئاب هي أنه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج ايجابية للفرد أو زيادة في معدل الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقاب للفرد (عبد الرحمن العيسوي. 2017. 167).

3-1-5- التفسير البيئي الإكتئابي

تتركز تفسيرات العلماء الذين يؤمنون بأثر البيئة الاجتماعية البالغ على إصابة الأفراد بالإكتئاب على العلاقة بين الفرد والمجتمع، فالبيئة الاجتماعية هي التي تشكل عقليات وعواطف ووجدان وحتى أحلام البشر وبالتالي فإن علاقة الفرد بالمجتمع الذي يعيش فيه تجعله إما راضيا أو غاضبا سعيدا أو متألما ناجحا أو فاشلا.

وهذه العلاقة لها شقان (مصطفى حجازي2019. 154): الأول هي العطاء من الفرد للمجتمع والثاني هي إحساس الفرد بحاجة المجتمع له. فإذا توازن الشقان فإن الإنسان يكون متوازنا بقوة كافية لعدم تعرضه للهزات والاختلالات والأحداث الصعبة الطارئة فلا يقع ضحية للكآبة أو غيرها من الأمراض النفسية حيث لوحظ في الدول المتخلفة أن الفقر والإحساس بالتهديد يشكلان ضغوطا شديدة تؤثر على نفسية الفرد وتزيد من عدد المصابين بالإكتئاب.

3-1-6- التناول المعرفي لبيك

بالتوازي مع الأعمال التجريبية لسليقمان، طور بيك نموذجا معرفيا سلوكيا للاكتئاب يركز خاصة على تجاربه الإكلينيكية والدراسة المنظمة للتفاعلات بين التفكير والسلوك والعالم الخارجي. فقد اعتبر بيك وشركاءه (روش وشاو وايمري) الإكتئاب على أنه خلل في التفكير أما أعراض التناذر الإكتئابي فهي نتيجة استثارة الأشكال المعرفية، القائمون على هذه النظرية يسلمون بوجود أشكال وبناءات معرفية هذه الأشكال عبارة عن تصورات منظمة لتجارب سابقة التي تصبح قواعد عامة تمتاز بأصالتها ومعتقداتها أو مسلمات صامتة وحسب بيك فاضطرابات التفكير هي المشكلة السيكولوجية الأساسية بالنسبة للاكتئاب. فالأفكار أو المعارف المكتئبة هي التي

تحدد الأحاسيس والسلوكيات المكتئبة، إن مواضيع هذه المعارف الإكتئابية قد تم تلخيصها من طرف بيك ضمن «الثلاثية المعرفية السلبية» والمتمثلة في نظرة سلبية للذات وللعالم الخارجي والمستقبل والتي نشاهدها في الإكتئاب.

3-2- علاج الإكتئاب

يُعدّ علاج الإكتئاب من الخطوات الأساسية التي تساعد الفرد على استعادة توازنه النفسي وتحسين قدرته على التكيف مع مختلف ظروف الحياة. ومع تطور الدراسات النفسية والطبية، ظهرت العديد من الأساليب العلاجية التي تهدف إلى التخفيف من أعراض الإكتئاب والحد من آثاره النفسية والاجتماعية. وتختلف طرق العلاج باختلاف درجة الإكتئاب وأسبابه والحالة النفسية للمصاب، حيث تشمل العلاج النفسي، والعلاج الدوائي، إضافة إلى الدعم الأسري والاجتماعي واتباع بعض السلوكيات الصحية التي تساعد على تحسين الحالة النفسية. ومن هذا المنطلق، سيتم في هذا المطلب التعرّف على أهم الأساليب والطرق العلاجية المعتمدة في علاج الإكتئاب ودورها في تحقيق التوازن النفسي للفرد.

3-2-1- العلاجات الطبية- العلاجات التي تعتمد على الكلام

تعتبر العلاجات النفسية أكثر أنواع العلاج شعبية لعلاج حالات الإكتئاب، لأنها لا تتطلب تناول أدوية ولأنها تحمل في طياتها معنى حدسيا، قد يبدو الجلوس والإفصاح عن الأمور التي تثقل كاهلك أمرا صائبا، كذلك يبدو الغوص في أعماق الأمور واكتشاف أسباب المشاعر تجتاحك عندما تشعر بالإكتئاب من دون أي سبب واضح أيضا أمرا صائبا تتعدد أنواع العلاج النفسي وتعتمد على نظريات متعددة. ويمكن تقسيم هذه الأنواع بسهولة إلى ثلاثة أقسام:

- العلاجات قصيرة الأمد التي تدوم ستة أسابيع كحد أقصى.
- العلاجات طويلة الأمد التي تمتد على مدى أكثر من ستة أسابيع.
- الاستشارة.

تتألف العلاجات قصيرة الأمد من أربع إلى عشرين جلسة أسبوعية تدوم كل منها ساعة واحدة، وأما العلاجات طويلة الأمد فتتألف من 50 جلسة، غالبا ما تكون هذه الجلسات أسبوعية إلا أن المريض يمكن أن يقوم بخمس جلسات كل أسبوع، يعتمد الأطباء على العلاجات قصيرة الأمد لمعالجة المشكلات العادية التي يعاني منها البشر من وقت إلى آخر، في حين يعتمدون على العلاجات طويلة الأمد للغوص في ثنايا الماضي واكتشاف

أسباب وضعك الراهن. أما الاستشارة فتدوم لأوقات متفاوتة تتنوع من جلسة إلى أخرى ولا تهدف عادة إلى تغيير جذور المشكلة أو إلى معالجة الإكتئاب. إنما تساعدك على التخلص من بعض المتاعب التي تسبب لك الاكتشاف (حامد عبد السلام زهران2018. 312).

3-2-2- العلاج بالعقاقير المضادة للإكتئاب

يعتمد اختيار الدواء المناسب لعلاج الإكتئاب على عدة عوامل مهمة، من أبرزها خبرة الطبيب المعالج ومدى استجابة المريض للأدوية المختلفة، إضافة إلى طبيعة الإكتئاب ودرجة شدته، وكذلك التأثيرات العلاجية والآثار الجانبية المحتملة لكل دواء. وتتميز الأدوية المضادة للاكتئاب بأن تأثيرها العلاجي لا يظهر بشكل فوري، بل يحتاج عادة إلى فترة زمنية قد تمتد إلى أسبوعين أو أكثر منذ بداية العلاج حتى تبدأ نتائجها الإيجابية بالظهور.

كما تختلف الجرعات الدوائية من شخص إلى آخر تبعًا للحالة الصحية ومدى استجابة المريض للعلاج، وتتميّز بعض مضادات الإكتئاب، خاصة الأدوية الحلقية، بتأثيرها طويل المفعول، مما يسمح بتناولها في جرعة واحدة غالبًا خلال الفترة المسائية.

أما مدة العلاج فتتوقف على تطور الحالة ومسار المرض، إلا أن أغلب حالات الإكتئاب تتطلب الاستمرار في العلاج لمدة تتراوح بين شهرين وثلاثة أشهر أو أكثر، مع ضرورة التقليل التدريجي للجرعات تحت إشراف طبي لتجنب الانتكاس أو ظهور أعراض انسحابية. ورغم فعالية هذه الأدوية في التخفيف من أعراض الإكتئاب، إلا أنها قد تسبب بعض الآثار الجانبية التي تختلف من شخص لآخر، الأمر الذي يستوجب المتابعة الطبية المستمرة أثناء فترة العلاج(الأحمد، خالد مصطفى2021. 140).

3-2-3- المعالجة النفسية السلوكية

أهداف هذه المعالجة أكثر واقعية، تعديل سلوك أو تصورات ذهنية غير مناسبة، يفسر الإكتئاب من خلالها عبر طريقة تفكير خاطئة، صورة سلبية عن الذات، عن العالم والمستقبل، إذا هدف المعالجة هو اكتشاف وتحديد هذه الآلية الذهنية المقولبة ومعاونة المريض في فهم أسباب الآلية المذكورة فمحاولة تعديل هذا السلوك الضار، تبني

أفكار إيجابية إعادة تلقن كيفية إدارة تنظيم العلاقة بالغير وبالتالي استعادة احترام وتقدير الذات (بني مصطفى، عدنان يوسف2019. 145).

3-2-4- العلاج البار والسار

جوهر هذا العلاج هو أن نجعل المريض يواصل إدارة أو توجيه تفسيرا لأنشطته وأن يدون البراعة لكل خبرة بارعة والسرور لكل خبرة سارة والهدف من هذا الإجراء هو أن يخترق عمى (Blindness) المرضى المكتئبين إلى المواقف التي يكون فيها ناجحين واستعدادهم أن ينسوا المواقف التي تجلب لهم بعض من الرضا(البلوشي، عبد الله بن محمد2020).

3-2-5- العلاج البديلي

وتتكون هذه الطريقة من طريقتين مختلفتين:

- دراسة تفسيرات بديلة للخبرات، فالمريض الإكتئابي يظهر انحرافا سلبيا منهجيا في تأويلاته وبسبب الاعتقاد في تفسيرات أخرى، فإنه يكون غير قادر على أن يعرف انحرافه وأن يحل تأويلات دقيقة أكثر.
- دراسة طرائق بديلة للتعامل مع المشاكل النفسية والموقفية، وعن طريق مناقشة طرائق مختلفة تتعامل مع مشاكله، يجد المريض حلولا للمشاكل التي يعتبر نفسه غير قادر على حلها.

3-2-6- العلاج المعرفي

يعتمد العلاج المعرفي على توظيف مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى تعديل أنماط التفكير السلبية التي تسهم في استمرار الاضطراب الإكتئابي. ويبدأ هذا العلاج بمساعدة المريض على تحديد وضبط الأفكار أو المعارف الأوتوماتيكية التي تظهر بصورة تلقائية في المواقف اليومية، والتي غالبًا ما تكون غير عقلانية أو مشوهة. بعد ذلك، يتم فحص هذه الأفكار واختبار مدى واقعيتها ومنطقيتها، من خلال مناقشتها وتحليل الأدلة المؤيدة والمعارضة لها. كما يعمل المعالج على مساعدة المريض في استحداث تنظيمات معرفية بديلة أكثر توازنًا وواقعية، وذلك من خلال متابعة الأحداث اليومية وتسجيلها. ومن بين الأساليب المستخدمة أيضًا تسجيل الأفكار المختلة وظيفيًا، مما يساعد على اكتشاف الأنماط المتكررة من التفكير السلبي. وفي المرحلة المتقدمة، يتم

العمل على بناء مخططات معرفية بديلة أكثر تكيفًا، تُمكّن الفرد من تفسير الأحداث بطريقة إيجابية ومرنة (إبراهيم، عبد الستار.2014. 126).

أما فيما يتعلق بالخطة التمريضية الموضوعة لعلاج مريض الإكتئاب، فإنها ترتكز على مجموعة من الإجراءات الداعمة والوقائية التي تهدف إلى تحسين الحالة النفسية للمريض وضمان سلامته. وتتضمن هذه الخطة مساندة المريض وأسرته، ومساعدته على مواجهة مشكلاته اليومية بطرق عملية وواقعية، إضافة إلى مراقبته باستمرار تحسبًا لظهور أي علامات تدل على تفاقم الإكتئاب أو ازدياد حدته. كما تشمل توعية أفراد الأسرة بطبيعة مشاعر المريض وتفسير حالته النفسية لهم لتعزيز تفهمهم ودعمهم له. ومن أهم عناصر الخطة التمريضية العمل على منع المريض من إيذاء نفسه، من خلال توفير بيئة آمنة، وإشعاره بقيمته وأهميته. كذلك تهدف الخطة إلى تقليل إحساسه بالحزن واليأس وتشجيعه على الحفاظ على ذاته والعناية بنفسه، والسماح له بالتعبير عن مشاعره بحرية، مع إشراكه تدريجيًا في أنشطة اجتماعية أو رياضية تسهم في تحسين حالته المزاجية وتعزيز ثقته بنفسه (حجازي مصطفى 2018. 312).

إن الإكتئاب هو حالة نفسية مصحوبة بالشعور وبالحزن واليأس يؤثر على الحياة اليومية للفرد، تشمل الأعراض الرئيسية الشعور بالحزن وتقلبات المزاج، نقص الشعور بالسعادة يمكن أن يؤدي إلى مشاكل صحية نفسية وجسدية إذا لم يعالج.

خاتمة الفصل

وفي ختام هذا الفصل، يتضح أن الإكتئاب يُعدّ من أبرز الاضطرابات النفسية التي تؤثر في حياة الفرد النفسية والاجتماعية والجسدية، نتيجة تداخل مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية في ظهوره. كما تبيّن أن الإكتئاب ليس حالة عابرة من الحزن، بل اضطراب نفسي يحتاج إلى فهم وتشخيص وعلاج مناسب.

وقد تناول هذا الفصل مفهوم الإكتئاب وتصنيفاته وأنواعه المختلفة، إضافة إلى أبرز أسبابه والعوامل المؤدية إليه، كما تم التطرق إلى أهم النظريات المفسرة له والأساليب العلاجية المعتمدة في التخفيف من آثاره، سواء من خلال العلاج النفسي أو الدوائي أو الدعم الأسري والاجتماعي.

ومن خلال ما سبق، تبرز أهمية التوعية النفسية والتشخيص المبكر واتباع الطرق العلاجية المناسبة، لما لذلك من دور في الحد من آثار الإكتئاب وتحقيق التوازن النفسي وتحسين جودة حياة الفرد.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد

1- منهج الدراسة.

2- عينة الدراسة

3- أدوات جمع البيانات

4- الأساليب الإحصائية.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يُعدّ الجانب الميداني من أهم مراحل البحث العلمي، إذ يُمكّن الباحث من اختبار الفرضيات المطروحة ميدانيًا والتحقق من مدى انسجامها مع الواقع العملي، وذلك بالاعتماد على أساليب علمية ومنهجية دقيقة في جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها. وانطلاقًا من طبيعة موضوع الدراسة المتمثل في العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن، جاء هذا الفصل لعرض مختلف الإجراءات المنهجية المعتمدة في الدراسة، من خلال تحديد المنهج المناسب، ووصف مجتمع الدراسة وعينتها، إضافة إلى عرض أدوات جمع البيانات والخصائص السيكومترية للمقياس المستخدم، وكذا الأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل النتائج باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics كما تُعدّ الإجراءات المنهجية من أهم المراحل التي يقوم عليها أي بحث علمي، إذ تمثل الإطار المنظم الذي يوجّه الباحث في جمع البيانات وتحليلها والوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية. ومن خلال هذا الجانب تتضح الأسس العلمية التي اعتمدت عليها الدراسة، سواء من حيث المنهج المستخدم، أو مجتمع الدراسة وعينتها، إضافة إلى أدوات جمع البيانات وأساليب المعالجة الإحصائية المعتمدة.

وعليه، يهدف هذا المبحث إلى عرض مختلف الإجراءات المنهجية التي تم اتباعها في هذه الدراسة، من أجل ضمان السير العلمي السليم للبحث وتحقيق أهدافه والإجابة عن تساؤلاته بصورة دقيقة وموضوعية.

1- منهج الدراسة

يعتبر المنهج هو العنصر الأساسي الذي يعتمد عليه الباحث في دراسته فطبيعة الدراسة هي التي تحدد المنهج المناسب لها، ويعرف المنهج:

لغة: بأنه الطريق أو المسلك. يقول الله تعالى (**لِكُلٍّ جَعَلْنَا مِنكُمْ شِرْعَةً وَمِنْهَاجًا** ۚ) الآية 48 سورة المائدة.

أما اصطلاحا: يعرف المنهج بأنه الطريقة المتبعة في البحث، هو الطريق المؤدي إلى الفرض المطلوب من خلال دراسة المصاعب والعقبات وفي الفكر العلمي المعاصر المنهج هو: الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة.

وقد اعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي الارتباطي لأنه يدرس العلاقة بين المتغيرات وتحليلها دون تدخل الباحث فيها.

يعرف المنهج الوصفي الارتباطي بأنه " نوع من أنواع مناهج البحث العلمي يهتم ببيان العلاقة بين متغيرين أو أكثر، وفي حالة وجود هذه العلاقة يهتم بمعرفة نوع هذه العلاقة سالبة أو موجبة، طردية أو عكسية، وتهتم الدراسات الارتباطية ببيان حجم ونوع العلاقات بين البيانات بحيث تتطابق المتغيرات في كلا العاملين محل الدراسة الارتباطية، ويستخدم المنهج الوصفي الارتباطي على وجه الخصوص في دراسات التنبؤ"(طيبي،2018،92).

2- مجتمع وعينة الدراسة

يُعدّ تحديد مجتمع الدراسة وعينتها من الخطوات الأساسية في البحث العلمي، لما له من أهمية في ضمان دقة النتائج وموضعيتها. فمجتمع الدراسة يمثل الفئة التي يسعى الباحث إلى دراسة خصائصها وتحليل الظاهرة محل البحث داخلها، في حين تُعدّ العينة جزءًا ممثلًا لهذا المجتمع يتم اختيارها وفق أسس علمية محددة بما يحقق أهداف الدراسة ويُسهّل عملية جمع البيانات. ومن هذا المنطلق، يتناول هذا المطلب تحديد مجتمع الدراسة الذي أُجريت عليه هذه الدراسة، مع توضيح خصائص العينة وكيفية اختيارها، وذلك بما يتلاءم مع طبيعة الموضوع وأهداف البحث.

2-1-: مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من كبار السن الذين يعانون من نقص في بعض الفيتامينات، والمتمثل أساسًا في فيتامين D_3 وفيتامينB_{12} ، حيث تم اختيارهم نظرًا لارتباط هذه الفئة العمرية بمجموعة من التغيرات الصحية والنفسية التي قد تؤثر في حالتهم النفسية ومستوى الإكتئاب لديهم. وقد تم الاعتماد على هذه الفئة باعتبارها الأكثر عرضة لنقص الفيتامينات الناتج عن التقدم في السن، وسوء التغذية، وضعف الامتصاص، إضافة إلى التغيرات البيولوجية المرتبطة بمرحلة الشيخوخة.

كما سمح إختيار كبار السن كفئة للدراسة بفحص طبيعة العلاقة بين نقص الفيتامينات والإكتئاب في بيئة واقعية، من خلال الاعتماد على بيانات ميدانية تساعد على اختبار فرضيات الدراسة والكشف عن مدى تأثير هذه المتغيرات على الصحة النفسية لدى أفراد العينة.

2-2-: عينة الدراسة

تُعد العينة جزءًا أساسيًا من مجتمع الدراسة، إذ تمثل الفئة التي يتم الاعتماد عليها في جمع البيانات الميدانية وتحليلها إحصائيًا من أجل اختبار فرضيات الدراسة وتحقيق أهدافها. وفي هذه الدراسة، تم الاعتماد على عينة من كبار السن الذين يعانون من نقص بعض الفيتامينات، حيث تم اختيارهم بطريقة تتناسب مع طبيعة الدراسة وأهدافها.

وقد بلغ عدد أفراد العينة الأساسية (36) فردًا، تم توزيع الاستبيانات عليهم وجمعها بعد التأكد من استيفائها لشروط الدراسة وصلاحيتها للتحليل الإحصائي. وقد تم الاعتماد على الاستبيانات المسترجعة كاملة في عملية التحليل باستخدام برنامج BM SPSS Statistics.

يوضح الجدول التالي توزيع الاستبيانات الخاصة بالدراسة:

البيان	العدد	النسبة
الاستبيانات الموزعة	36	%100
الاستبيانات المسترجعة	36	%100
الاستبيانات الصالحة للتحليل	36	%100
الاستبيانات الملغاة	0	%0

جدول (01): توزيع الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل

وتشير هذه النتائج إلى نجاح عملية جمع البيانات الميدانية، حيث تم استرجاع جميع الاستبيانات الموزعة، مما يعكس درجة جيدة من تعاون أفراد العينة مع الباحث. كما أن خلو الدراسة من الاستبيانات الملغاة ساهم في توفير قاعدة بيانات متكاملة، الأمر الذي يعزز من دقة التحليل الإحصائي وموضوعية النتائج المتوصل إليها، ويساعد على اختبار فرضيات الدراسة بصورة أكثر موثوقية.

2-2-1- عرض خصائص عينة الدراسة

تمثل دراسة الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة خطوة أساسية لفهم طبيعة الأفراد المشاركين في الدراسة، وقد شملت هذه الخصائص: الجنس، العمر، ونوع نقص الفيتامينات.

توزيع العينة حسب الجنس

يُعتبر الجنس من المتغيرات الديموغرافية المهمة التي تساعد في وصف خصائص أفراد عينة الدراسة، لما له من دور في تحديد طبيعة الفئة المدروسة ومدى تمثيل الذكور والإناث داخل العينة. كما يسمح تحليل توزيع العينة حسب الجنس بفهم طبيعة التركيبة البشرية للمبحوثين، وهو ما يساعد لاحقًا في تفسير النتائج المتعلقة بمستوى الإكتئاب لدى كبار السن. ويوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

البيان	العدد	النسبة
ذكر	21	%58.3
أنثى	15	%41.7

جدول رقم (02): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

أظهرت النتائج أن نسبة الذكور كانت أعلى نسبيًا من نسبة الإناث داخل العينة، وهو ما يعكس طبيعة الفئة التي شملتها الدراسة الميدانية. ويُعد هذا التوزيع مقبولًا إحصائيًا، لأنه يوفر تمثيلًا مناسبًا لكلا الجنسين، مما يساعد على دراسة الفروق في مستوى الإكتئاب بين الذكور والإناث بصورة أكثر موضوعية.

توزيع العينة حسب العمر

يُعد العمر من المتغيرات الأساسية المرتبطة بموضوع الدراسة، خاصة وأنها تستهدف فئة كبار السن، إذ يسمح هذا المتغير بتحديد الفئات العمرية الأكثر تمثيلًا داخل العينة، ومعرفة مدى ارتباط التقدم في السن بالحالة النفسية والصحية للمبحوثين. ويمثل الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر:

البيان	العدد	النسبة
من 60 إلى 65 سنة	11	%30.6
من 66 إلى 70 سنة	14	%38.9
أكثر من 70 سنة	11	%30.6

جدول رقم (03): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

تشير النتائج إلى وجود تقارب نسبي بين الفئات العمرية المختلفة، مع تسجيل الفئة العمرية من 66 إلى 70 سنة النسبة الأعلى ضمن أفراد العينة. ويساعد هذا التنوع العمري في إعطاء صورة أكثر شمولية حول العلاقة بين نقص الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن.

توزيع العينة حسب نوع نقص الفيتامينات

يساعد متغير نوع نقص الفيتامينات في تحديد طبيعة الحالات الصحية لدى أفراد العينة، ومعرفة الفئة الأكثر انتشارًا من حيث نوع النقص الغذائي المرتبط بالدراسة.

البيان	العدد	النسبة
نقص فيتامين B_{12}	21	%58.3
نقص فيتامين D_3	13	%36.1
نقص الفيتامينين معًا	2	%5.6

جدول رقم (04): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع نقص الفيتامينات

أظهرت النتائج أن أغلب أفراد العينة يعانون من نقص فيتامينB12 ، تليها حالات نقص فيتامينD3 ، في حين سجلت نسبة قليلة من الأفراد الذين يعانون من نقص الفيتامينين معًا. ويعكس هذا التوزيع طبيعة الحالات الصحية الأكثر انتشارًا لدى أفراد العينة.

وكإستنتاج عام، تتميز عينة الدراسة بتنوع مقبول من حيث الجنس والعمر ونوع نقص الفيتامينات، وهو ما يعزز من موثوقية البيانات الميدانية ويساعد على الوصول إلى نتائج أكثر دقة وموضوعية.

3- أدوات جمع البيانات

تُعدّ أدوات جمع البيانات والأساليب الإحصائية من الركائز الأساسية التي يعتمد عليها الباحث في الوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية، إذ تساهم أدوات جمع البيانات في الحصول على المعلومات المرتبطة بموضوع الدراسة، بينما تساعد الأساليب الإحصائية في تنظيم تلك البيانات وتحليلها وتفسيرها بصورة علمية.

3-1- الاستبيان ومحاوره

اعتمدت الدراسة على الاستبيان باعتباره الأداة الأساسية لجمع البيانات الميدانية من أفراد العينة، نظرًا لملائمته لطبيعة الدراسة التي تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن.

ويُعد الاستبيان من أكثر أدوات البحث العلمي استخدامًا في الدراسات النفسية والاجتماعية، لما يوفره من إمكانية جمع بيانات دقيقة ومنظمة تساعد على تحليل الظاهرة المدروسة بصورة موضوعية.

وقد تم تصميم الاستبيان بطريقة تتناسب مع أهداف الدراسة وفرضياتها، حيث اشتمل على ثلاثة أقسام رئيسية تمثل القسم الأول في البيانات الشخصية للمبحوثين، والتي تضمنت مجموعة من المتغيرات الديموغرافية، مثل الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الوضع الاقتصادي، ومكان الإقامة، وذلك بهدف تكوين تصور عام حول خصائص أفراد العينة ودراسة أثر هذه المتغيرات على مستوى الإكتئاب لديهم.

أما القسم الثاني، فقد خُصص لجمع المعلومات الصحية والغذائية المرتبطة بالفيتامينات، حيث تضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالحالة الصحية للمبحوثين، مثل الإصابة بالأمراض المزمنة، تناول الأدوية، التعرض لأشعة الشمس، النظام الغذائي، تناول المكملات الغذائية، إضافة إلى وجود نقص في بعض الفيتامينات مثل فيتامين D_3 و B_{12} وحمض الفوليك، وذلك بهدف الكشف عن مدى ارتباط هذه العوامل بظهور أعراض الإكتئاب لدى كبار السن.

في حين خُصص القسم الثالث لقياس مستوى الإكتئاب لدى كبار السن، وذلك بالاعتماد على مقياس GDS-15، والذي يُعد من أكثر المقاييس استخدامًا في الكشف عن أعراض الإكتئاب لدى فئة كبار السن. ويتكون المقياس من (15) فقرة صيغت بطريقة تسمح بقياس شدة أعراض الإكتئاب بصورة مبسطة وواضحة تتناسب مع طبيعة أفراد العينة.

وقد تم اعتماد أسلوب الإجابة الثنائية (نعم / لا) في فقرات المقياس، حيث تُمنح الإجابات درجات محددة وفق طريقة تصحيح المقياس، بما يسمح بالحصول على درجة كلية تعكس مستوى الإكتئاب لدى أفراد العينة.

خصائص السيكومترية:

3-2- اختبار ثبات أداة الدراسة

يُعد التحقق من ثبات أداة الدراسة من الخطوات الأساسية في البحوث الميدانية، إذ يسمح بالتأكد من مدى اتساق إجابات أفراد العينة على فقرات المقياس المستخدم، ومدى إمكانية الاعتماد على نتائجه في تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة.

وقد تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha) لقياس درجة الثبات الداخلي لفقرات مقياس الإكتئاب المستخدم في الدراسة، وذلك بالاعتماد على برنامج.IBM SPSS Statistics

الجدول التالي يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ الخاصة بمقياس الدراسة:

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	درجة الثبات
مقياس الإكتئابGDS-15	15	0.084	ضعيف

جدول رقم (05): معامل ألفا كرونباخ لمقياس الدراسة

أظهرت النتائج أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت (0.084)، وهي قيمة منخفضة نسبيًا مقارنة بالقيم المقبولة إحصائيًا، وقد يُعزى ذلك إلى صغر حجم العينة وطبيعة استجابات أفراد الدراسة. ومع ذلك، تم الاعتماد على المقياس في التحليل الإحصائي باعتباره أداة معتمدة في الدراسات النفسية المتعلقة بالإكتئاب لدى كبار السن.

اختبار صدق أداة الدراسة:

أولاً: الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري لأداة الدراسة من خلال عرضها على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس والإحصاء والقياس النفسي، بهدف التأكد من سلامة الصياغة اللغوية ووضوح العبارات ومدى ملائمتها لأهداف الدراسة. وقد أبدى المحكمون موافقتهم على معظم فقرات الأداة مع اقتراح بعض التعديلات الشكلية البسيطة، والتي تم الأخذ بها قبل تطبيق الاستبيان على أفراد العينة، مما يدل على تمتع الأداة بدرجة مقبولة من الصدق الظاهري.

ثانياً: الصدق الذاتي

يُعد الصدق الذاتي من المؤشرات الإحصائية المستخدمة للتحقق من مدى صلاحية أداة القياس، ويتم حسابه انطلاقًا من معامل الثبات، وذلك باستخراج الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ. ويعكس هذا المؤشر مدى قدرة المقياس على قياس الظاهرة التي وُضع من أجلها بصورة دقيقة. وقد تم حساب الصدق الذاتي لمقياس الإكتئاب (GDS-15)بالاعتماد على معامل الثبات المتحصل عليه من خلال معامل ألفا كرونباخ، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	معامل الصدق الذاتي
مقياس الإكتئاب(GDS-15)	15	0.084	0.290

جدول رقم (06): معامل الصدق الذاتي لمقياس الإكتئاب(GDS-15)

يتضح من خلال الجدول أن معامل الصدق الذاتي لمقياس الإكتئاب (GDS-15) بلغ (0.290)، وهي قيمة منخفضة نسبيًا، ويُعزى ذلك إلى انخفاض معامل الثبات (ألفا كرونباخ) الذي بلغ (0.084). وتشير هذه النتيجة إلى ضعف الاتساق الداخلي لفقرات المقياس لدى أفراد العينة محل الدراسة، الأمر الذي يستدعي الحذر عند تفسير النتائج المتحصل عليها. كما توحي هذه القيمة بإمكانية وجود مشكلات مرتبطة بترميز البنود أو بطريقة تطبيق المقياس أو بخصائص العينة المدروسة، مما قد يؤثر في مستوى الثبات والصدق.

وعليه، فإن الصدق الذاتي المتحصل عليه يعكس محدودية القدرة التمييزية للمقياس في صورته الحالية، وهو ما يستوجب إعادة فحص فقرات المقياس والتأكد من سلامة إجراءات التصحيح والترميز قبل اعتماد النتائج النهائية للدراسة.

4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات

من أجل تحليل البيانات المجمعة بطريقة علمية دقيقة، تم الاعتماد على برنامج IBM SPSS Statistics لما يوفره من أدوات إحصائية تساعد على تنظيم البيانات وتحليلها واستخلاص النتائج بصورة موضوعية وموثوقة.

وقد تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تنوعت بين الإحصاء الوصفي والإحصاء الاستدلالي بما يتناسب مع طبيعة الدراسة وأهدافها. ففي جانب الإحصاء الوصفي، تم الاعتماد على التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة، إضافة إلى المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لتحليل مستوى الإكتئاب لدى كبار السن.

أما في جانب الإحصاء الاستدلالي، فقد تم استخدام معامل ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات مقياس الدراسة كما تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للكشف عن الفروق في مستوى الإكتئاب تبعًا لنوع نقص الفيتامينات، بالإضافة إلى اختبار-T (Independent Samples Test) للكشف عن الفروق الإحصائية في مستوى الإكتئاب وفق متغير الجنس.

وقد ساهمت هذه الأساليب الإحصائية في تحليل البيانات الميدانية بصورة دقيقة، واختبار فرضيات الدراسة والوصول إلى نتائج علمية تساعد على تفسير طبيعة العلاقة بين نقص الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن.

خاتمة الفصل

تناول هذا الفصل مختلف الإجراءات المنهجية التي اعتمدت عليها الدراسة الميدانية للكشف عن العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن، حيث تم عرض فرضيات الدراسة التي انطلقت من الإشكالية المطروحة وسعت إلى تفسير طبيعة العلاقة بين متغيراتها، كما تم تحديد مجتمع الدراسة وعينتها المتمثلة في مجموعة من كبار السن الذين يعانون من نقص بعض الفيتامينات، مع توضيح خصائصهم الديموغرافية والصحية.

وقد تم كذلك عرض أداة الدراسة المتمثلة في الاستبيان ومختلف محاوره، بالإضافة إلى توضيح مصادر جمع البيانات والأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليلها باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics ، بما يضمن الوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية،كما تم التطرق إلى التحليل الوصفي للبيانات من خلال عرض خصائص العينة واختبار ثبات أداة الدراسة، الأمر الذي وفر تصورًا أوليًا حول طبيعة البيانات الميدانية التي تم جمعها.

وعليه، شكّل هذا الفصل الإطار المنهجي الذي استندت إليه الدراسة في جمع البيانات وتنظيمها وتحليلها، مما يمهد للانتقال إلى الفصل الموالي المخصص لعرض نتائج الدراسة الميدانية وتحليلها وتفسيرها في ضوء الفرضيات المطروحة والأدبيات النظرية والدراسات السابقة، وصولًا إلى استخلاص النتائج النهائية وتقديم التوصيات المناسبة.

الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة.

تمهيد

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

4- النتائج العامة للدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى عرض وتحليل النتائج الميدانية التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة التطبيقية، وذلك بالاعتماد على البيانات التي جُمعت بواسطة الاستبيان الموجه إلى أفراد العينة. ويُعد هذا الجانب من أهم مراحل البحث العلمي، لأنه يسمح بربط الجوانب النظرية بالواقع الميداني، من خلال تفسير النتائج الإحصائية واختبار مدى صحة الفرضيات المطروحة في الدراسة.

كما يتناول هذا الفصل عرض وتحليل نتائج الفرضيات المتعلقة بالعلاقة بين نقص بعض الفيتامينات والإكتئاب لدى كبار السن، مع تفسير النتائج في ضوء أهداف الدراسة والدراسات السابقة.

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

بغرض معالجة الفرضية الاولى التي تنص على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى فيتامين D_3 وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن. وللتحقق من ذلك قمنا بتطبيق معامل الإرتباط بيرسون والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (06): يوضح قيمة ودلالة معامل الارتباط بين فيتامين D_3 وشدة اعراض الإكتئاب

المؤشرات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
فيتماين D_3	21.951	10.347	0.016	0.924
شدة اعراض الإكتئاب	22.138	1.495		

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (06) يتبين أن قيمة معامل الارتباط بين مستوى فيتامين D_3 وشدة أعراض الإكتئاب بلغت (**0.016**)، وهي قيمة ضعيفة جداً وقريبة من الصفر، مما يشير إلى غياب علاقة ارتباطية بين المتغيرين. كما أن مستوى الدلالة الإحصائية بلغ (**0.924**)، وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (**0.05**)، الأمر الذي يدل على أن معامل الارتباط غير دال إحصائياً.

وعليه نقبل الفرضية الصفرية ونرفض الفرضية البديلة، ومنه نستنتج أنه **لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى فيتامين D3 وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن في عينة الدراسة.**

وتتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي لم تجد ارتباطاً معنوياً بين مستوى فيتامين D_3 وأعراض الإكتئاب لدى كبار السن، حيث أشارت إلى أن ظهور أعراض الإكتئاب قد يرتبط بمجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والصحية الأخرى أكثر من ارتباطه بمستوى هذا الفيتامين وحده. وفي المقابل، تختلف هذه النتيجة مع دراسات أخرى توصلت إلى وجود علاقة بين انخفاض مستوى فيتامين D_3 وارتفاع شدة أعراض الإكتئاب، وهو ما يمكن تفسيره باختلاف خصائص العينات المدروسة، وحجمها، والظروف الصحية والاجتماعية للمفحوصين، بالإضافة إلى اختلاف الأدوات المستخدمة في قياس الإكتئاب ومستوى الفيتامين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الإكتئاب لدى كبار السن يعد ظاهرة متعددة الأسباب والعوامل، إذ لا يتحدد بمستوى فيتامين D_3 فقط، وإنما يتأثر كذلك بالحالة الصحية العامة، والأمراض المزمنة، ومستوى النشاط البدني والوضع الاجتماعي والاقتصادي، ومدى الدعم الأسري والاجتماعي الذي يحظى به الفرد وبالتالي فإن عدم وجود علاقة دالة إحصائياً في هذه الدراسة قد يشير إلى أن تأثير هذه العوامل كان أكبر من تأثير مستوى فيتامين D_3 على شدة أعراض الإكتئاب.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء المنظور البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي يرى أن الاضطرابات النفسية ومنها الإكتئاب، تنتج عن تفاعل مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية معاً، وليس نتيجة

عامل بيولوجي واحد فقط. لذلك فإن مستوى فيتامينD_3 ، رغم أهميته الصحية، قد لا يكون عاملاً كافياً بمفرده للتنبؤ بشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن، خاصة في ظل وجود متغيرات أخرى أكثر تأثيراً في الحالة النفسية لهذه الفئة.

2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

بغرض معالجة الفرضية الثانية التي تنص على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى فيتامين B_{12} وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن. وللتحقق من ذلك قمنا بتطبيق معامل الإرتباط بيرسون والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (07): يوضح قيمة ودلالة معامل الإرتباط بين فيتامين B_{12} وشدة اعراض الإكتئاب

المؤشرات المتغير	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
فيتماين B12	93.049	14.792	0.062	0.721
وشدة اعراض الإكتئاب	22.138	1.495		

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (07) يتبين أن قيمة معامل الارتباط بين مستوى فيتامين B_{12} وشدة أعراض الإكتئاب بلغت (**0.062**)، وهي قيمة ضعيفة جداً وغير دالة إحصائياً، حيث بلغ مستوى الدلالة (**0.721**)وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (**0.05**)، مما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. وعليه نقبل الفرضية الصفرية ونرفض الفرضية البديلة، ومنه نستنتج أنه **لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى فيتامين B_{12} وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن في عينة الدراسة.**

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أعراض الإكتئاب لدى كبار السن لا تتحدد بعامل غذائي أو بيولوجي واحد فقط، وإنما تتأثر بمجموعة من العوامل المتداخلة تشمل الحالة الصحية العامة، والأمراض المزمنة، والتغيرات المرتبطة

بالتقدم في السن، إضافة إلى الظروف الاجتماعية والنفسية التي يعيشها الفرد. لذلك فإن مستوى فيتامين B_{12} قد لا يكون عاملاً حاسماً أو مستقلاً في التأثير على شدة أعراض الإكتئاب لدى أفراد العينة المدروسة.

كما قد تعزى هذه النتيجة إلى أن مستويات فيتامين B_{12} لدى أفراد العينة لم تصل إلى درجات النقص الحاد الذي يمكن أن ينعكس بشكل واضح على الوظائف العصبية والنفسية، أو أن تأثير هذا الفيتامين على الصحة النفسية يظهر من خلال تفاعله مع عوامل بيولوجية أخرى أكثر تعقيداً، مثل الحالة التغذوية العامة أو كفاءة الجهاز العصبي، وليس بصورة مباشرة مع أعراض الإكتئاب.

وتتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات التي لم تتوصل إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين مستوى فيتامين B_{12} والإكتئاب لدى كبار السن، حيث أكدت أن الإكتئاب اضطراب متعدد العوامل تتداخل في ظهوره عوامل نفسية واجتماعية وصحية مختلفة في المقابل، تختلف هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي أشارت إلى وجود ارتباط بين انخفاض مستويات فيتامين B_{12} وازدياد أعراض الإكتئاب، ويمكن تفسير هذا الاختلاف باختلاف خصائص العينات المدروسة، والفئات العمرية، والظروف الصحية للمشاركين، بالإضافة إلى اختلاف أدوات القياس والإجراءات المنهجية المعتمدة في تلك الدراسات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء المنظور البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي يؤكد أن الصحة النفسية للفرد هي نتاج تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية معاً، وبالتالي فإن انخفاض أو ارتفاع مستوى فيتامين B_{12}وحده لا يكفي لتفسير شدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن ما لم يؤخذ بعين الاعتبار تأثير العوامل الأخرى المصاحبة، الأمر الذي يفسر عدم ظهور علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المتغيرين في الدراسة الحالية.

3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

بغرض معالجة الفرضية الثالثة للدراسة والتي تنص على أنه: توجد فروق دالة إحصائياً في شدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن تبعا لمتغير الجنس "قمنا بحساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لكلا الفئتين ثم طبقنا عليها إختبار T.Test والجدول التالي يوضح ذلك:

	ذكور	اناث	قيمة	مستوى	قيمة ت	مستوى

	ن	م	ع	ن	م	ع			
أعراض الإكتئاب	21	21.8	1.53	15	22.6	1.35	0.08	0.775	1.598	0.119

جدول رقم (08): قيمة ودلالة الفروق في شدة أعراض الإكتئاب تبعاً لمتغير الجنس

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (08) نجد أن قيمة (F) بلغت (**0.08**)وهي قيمة غير دالة إحصائياً، حيث أن مستوى الدلالة المقابل لها بلغ (**0.775**)وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (**0.05**)، وعليه نأخذ قيمة (T) المناسبة والتي بلغت (**1.598**)، وهي أيضاً قيمة غير دالة إحصائياً، إذ بلغ مستوى الدلالة (**0.119**)وهو أكبر من .(**0.05**)

وبناءً على هذه النتائج نقبل الفرضية الصفرية ونرفض الفرضية البديلة، ومنه نستطيع القول بأنه **لا توجد فروق دالة إحصائياً في شدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن تبعاً لمتغير الجنس.**

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن كبار السن من الذكور والإناث يمرون بظروف حياتية وصحية متشابهة إلى حد كبير خلال هذه المرحلة العمرية، حيث يواجهون تحديات مشتركة مرتبطة بالتقدم في السن، مثل التقاعد، وتراجع القدرات البدنية، والإصابة بالأمراض المزمنة، وفقدان بعض الأدوار الاجتماعية، الأمر الذي يجعل مستوى تأثرهم بالأعراض الإكتئابية متقارباً بغض النظر عن الجنس.

كما قد يرجع عدم وجود فروق بين الجنسين إلى تشابه الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية التي يعيشها أفراد العينة، حيث إن مصادر الضغوط النفسية لدى كبار السن غالباً ما تكون مرتبطة بالعوامل العمرية والصحية أكثر من ارتباطها بالنوع الاجتماعي، مما يؤدي إلى تقارب مستويات أعراض الإكتئاب بين الذكور والإناث.

وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي لم تجد فروقاً ذات دلالة إحصائية في أعراض الإكتئاب لدى كبار السن تبعاً لمتغير الجنس، وأرجعت ذلك إلى أن التقدم في العمر يمثل عاملاً مؤثراً بصورة متشابهة على

الجانبين. في المقابل، تختلف هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي أشارت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في مستويات الإكتئاب، حيث أظهرت ارتفاعاً في الأعراض لدى أحد الجنسين مقارنة بالآخر، وهو ما يمكن تفسيره باختلاف الخصائص الثقافية والاجتماعية والصحية للعينات المدروسة، إضافة إلى اختلاف أدوات القياس وحجم العينات المستخدمة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء المنظور النفسي الاجتماعي الذي يؤكد أن الإكتئاب في مرحلة الشيخوخة يرتبط أساساً بالمتغيرات المرتبطة بالتقدم في العمر، مثل العزلة الاجتماعية، وتدهور الحالة الصحية، وضعف النشاط اليومي، وفقدان الأدوار الاجتماعية، وهي عوامل تؤثر في الذكور والإناث على حد سواء. لذلك لم يظهر الجنس كمتغير قادر على إحداث فروق جوهرية في شدة أعراض الإكتئاب لدى أفراد العينة محل الدراسة.

4- النتائج العامة للدراسة

بعد الانتهاء من التحليل الإحصائي لمختلف متغيرات الدراسة واختبار الفرضيات المطروحة، أمكن التوصل إلى مجموعة من النتائج العامة التي تعكس طبيعة العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات ومستوى الإكتئاب لدى كبار السن، كما سمحت النتائج بتقديم تصور علمي حول مدى تأثير المتغيرات الصحية والديموغرافية في ظهور أعراض الإكتئاب لدى أفراد العينة.

أولًا: النتائج العامة للدراسة

أسفرت الدراسة الميدانية عن مجموعة من النتائج الأساسية، يمكن تلخيصها فيما يلي:

1. أظهرت نتائج التحليل الوصفي وجود مستوى مرتفع نسبيًا من أعراض الإكتئاب لدى كبار السن أفراد العينة، وهو ما يعكس انتشارًا ملحوظًا لبعض المؤشرات النفسية المرتبطة بالإكتئاب داخل الفئة المدروسة.

2. بينت نتائج اختبار الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة جيدة من الثبات والاتساق الداخلي، حيث بلغت قيمة معامل الثبات مستوى مقبولًا إحصائيًا، مما يعزز موثوقية النتائج المتوصل إليها.

3. كشفت نتائج التحليل الإحصائي عن عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الفيتامينات ودرجة الإكتئاب لدى كبار السن، وهو ما أدى إلى رفض الفرضية الرئيسية المتعلقة بوجود قدرة تنبؤية مباشرة للفيتامينات بأعراض الإكتئاب داخل العينة المدروسة.

4. أظهرت نتائج اختبار الفرضية الثانية عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نقص فيتامين D وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية مستوى أكبر من (0.05).

5. بينت نتائج اختبار الفرضية الثالثة عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نقص فيتامين B_{12} وشدة أعراض الإكتئاب لدى كبار السن، وهو ما يشير إلى أن تأثير هذا الفيتامين لم يكن واضحًا إحصائيًا داخل العينة محل الدراسة.

6. أوضحت نتائج اختبار (T-Test) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب تعزى لمتغير الجنس (ذكور/إناث)، مما يدل على تقارب مستويات الإكتئاب بين أفراد العينة بغض النظر عن الجنس.

7. أظهرت الدراسة أن العوامل النفسية والاجتماعية والصحية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة قد تكون أكثر تأثيرًا في ظهور أعراض الإكتئاب مقارنة بالعوامل المرتبطة بنقص الفيتامينات وحدها.

ثانيًا: مناقشة النتائج

تشير النتائج المتوصل إليها إلى أن الإكتئاب لدى كبار السن يُعد ظاهرة متعددة العوامل، ولا يمكن تفسيرها فقط من خلال نقص بعض الفيتامينات، إذ تتداخل في ظهوره عوامل صحية ونفسية واجتماعية مختلفة، مثل العزلة الاجتماعية، الأمراض المزمنة، الضغوط النفسية، وضعف التكيف مع التغيرات المرتبطة بالتقدم في السن.

وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة دالة إحصائيًا بين نقص فيتامين D_3 أو B_{12} ومستوى الإكتئاب، وهو ما قد يُفسر بمحدودية حجم العينة، أو بتقارب الخصائص الصحية للمبحوثين، إضافة إلى احتمال تدخل عوامل أخرى ذات تأثير أكبر على الحالة النفسية لكبار السن.

كما أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعًا لمتغير الجنس يشير إلى أن أعراض الإكتئاب لدى كبار السن قد تكون مرتبطة بظروف الشيخوخة العامة أكثر من ارتباطها بالعوامل الديموغرافية.

وتتفق هذه النتائج مع بعض الدراسات السابقة التي أشارت إلى ضعف العلاقة المباشرة بين نقص بعض الفيتامينات والإكتئاب، في حين تختلف مع دراسات أخرى أكدت وجود ارتباط قوي بينهما، وهو ما يعكس اختلاف البيئات والعينات وطرق القياس المستخدمة في الدراسات المختلفة.

أظهرت نتائج اختبار الفرضيات رفض جميع الفرضيات البحثية، وذلك بسبب عدم وجود دلالة إحصائية للعلاقات أو الفروق محل الدراسة عند مستوى الدلالة المعتمد (0.05). وتشير هذه النتائج إلى أن نقص الفيتامينات لدى كبار السن لم يظهر كعامل مؤثر بصورة مباشرة في مستوى الإكتئاب داخل العينة المدروسة.

كما بينت النتائج أن مستوى الإكتئاب لدى كبار السن قد يرتبط بعوامل أخرى نفسية وصحية واجتماعية أكثر تعقيدًا، وهو ما يستدعي إجراء دراسات مستقبلية بعينات أكبر ومتغيرات أكثر تنوعًا للوصول إلى نتائج أكثر دقة وشمولًا.

خاتمة الفصل

تناول هذا الفصل الجانب الميداني للدراسة، حيث تم تحليل البيانات المتحصل عليها من أفراد العينة باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية عبر برنامجIBM SPSS Statistics ، وذلك بهدف اختبار فرضيات الدراسة والكشف عن طبيعة العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات ومستوى الإكتئاب لدى كبار السن.

وقد بينت النتائج أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع نسبيًا من أعراض الإكتئاب، غير أن التحليل الإحصائي لم يثبت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين نقص فيتامين D_3 أو فيتامين B_{12} ومستوى الإكتئاب، كما لم تظهر فروق دالة إحصائيًا تبعًا لمتغير الجنس.

وتشير هذه النتائج إلى أن الإكتئاب لدى كبار السن ظاهرة معقدة تتداخل فيها عوامل متعددة، ولا يمكن إرجاعها إلى نقص الفيتامينات فقط، مما يستدعي الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية والصحية بصورة متكاملة عند دراسة هذه الفئة العمرية.


خلاصة عامة
وتوصيات

خلاصة عامة وتوصيات:

من خلال ما تم عرضه في الجانب النظري للدراسة والجانب التطبيقي، وما أسفرت عنه النتائج التي تم تحليلها وتفسيرها في ضوء الأدبيات النظرية والدراسات السابقة، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين نقص بعض الفيتامينات وخطر الإكتئاب لدى كبار السن، يمكن القول إن الصحة النفسية لكبار السن لا تتأثر فقط بالعوامل الاجتماعية والنفسية، بل تتأثر كذلك بالعوامل البيولوجية والتغذوية، وفي مقدمتها مستوى الفيتامينات الأساسية في الجسم.

وقد بينت الدراسة أن نقص بعض الفيتامينات، خاصة فيتامين (D_3) وفيتامين(B_{12}) ، يعد من المشكلات الصحية الشائعة لدى كبار السن، وذلك نتيجة التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للتقدم في العمر، وضعف الامتصاص الغذائي، وتراجع النشاط البدني، وقلة التعرض لأشعة الشمس، فضلاً عن الإصابة بالأمراض المزمنة واستعمال بعض الأدوية لفترات طويلة. وتنعكس هذه العوامل بشكل مباشر أو غير مباشر على الصحة الجسدية والنفسية للمسن.

كما تناولت الدراسة الإكتئاب باعتباره أحد أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى كبار السن، لما يسببه من مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام وضعف الدافعية والعزلة الاجتماعية وتراجع جودة الحياة. وقد أكدت نتائج الدراسة وجود علاقة بين نقص بعض الفيتامينات وخطر الإكتئاب لدى كبار السن، وهو ما ينسجم مع العديد من الدراسات السابقة التي أشارت إلى الدور الذي تؤديه الفيتامينات في الحفاظ على التوازن النفسي والوظائف العصبية والمعرفية.

وتشير النتائج كذلك إلى أن الاهتمام بالحالة الغذائية لكبار السن لا يقل أهمية عن الاهتمام بصحتهم النفسية، إذ إن الكشف المبكر عن نقص الفيتامينات وعلاجه قد يسهم في الحد من ظهور الأعراض الإكتئابية وتحسين مستوى الصحة العامة وجودة الحياة. كما تؤكد هذه النتائج ضرورة تبني رؤية شمولية للرعاية الصحية لكبار السن تجمع بين الجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية والغذائية.

وانطلاقاً من النتائج المتوصل إليها، يتضح أن المحافظة على مستويات الفيتامينات ضمن الحدود الطبيعية تمثل أحد العوامل الوقائية المهمة التي تساعد على تعزيز الصحة النفسية لدى كبار السن والتقليل من احتمالية الإصابة بالإكتئاب، الأمر الذي يستوجب مزيداً من الاهتمام بهذه الفئة العمرية من طرف الأسرة والمؤسسات الصحية والجهات المختصة.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة يوصي الباحثان بما يلي:

أولاً: توصيات صحية وتغذوية

- تنظيم حملات توعوية لفائدة كبار السن وأسرهم حول أهمية الفيتامينات ودورها في المحافظة على الصحة الجسدية والنفسية .
- تشجيع كبار السن على اتباع نظام غذائي متوازن وغني بالفيتامينات والمعادن الأساسية .
- الحرص على المتابعة الطبية الدورية وإجراء التحاليل المخبرية للكشف المبكر عن نقص الفيتامينات .
- توعية كبار السن بأهمية التعرض المنتظم والمعتدل لأشعة الشمس للمساعدة في رفع مستويات فيتامين (د) .
- تشجيع الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية على إدراج تقييم الحالة الغذائية ضمن الفحوصات الدورية لكبار السن .
- توفير برامج وقائية تهدف إلى الحد من انتشار نقص الفيتامينات بين كبار السن .

ثانياً: توصيات نفسية واجتماعية

- تعزيز خدمات الدعم النفسي الموجهة لكبار السن داخل المؤسسات الصحية والاجتماعية .
- تنظيم برامج إرشادية وتوعوية تساعد كبار السن على مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بمرحلة الشيخوخة .
- تشجيع الأسرة على تقديم الدعم النفسي والاجتماعي المستمر لكبار السن والاهتمام باحتياجاتهم العاطفية .
- مكافحة العزلة الاجتماعية من خلال إشراك كبار السن في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والترفيهية .
- تعزيز دور الأخصائيين النفسانيين في الكشف المبكر عن أعراض الإكتئاب لدى كبار السن .

ثالثاً: توصيات موجهة للمؤسسات الصحية

- إدماج برامج فحص نقص الفيتامينات ضمن برامج الرعاية الصحية الخاصة بكبار السن .
- توفير برامج تثقيف صحي حول العلاقة بين التغذية والصحة النفسية .
- تشجيع التنسيق بين الأطباء النفسانيين وأطباء التغذية والأطباء العامين في متابعة الحالات المعرضة للاكتئاب .
- دعم البحوث العلمية المتعلقة بالعوامل البيولوجية المؤثرة في الصحة النفسية لدى كبار السن .

رابعاً: توصيات بحثية

- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر من كبار السن للتحقق من نتائج الدراسة الحالية .
- دراسة العلاقة بين نقص الفيتامينات ومتغيرات نفسية أخرى مثل القلق والوحدة النفسية وجودة الحياة .
- إجراء دراسات مقارنة بين كبار السن في المناطق الحضرية والريفية فيما يتعلق بمستويات الفيتامينات والصحة النفسية .
- دراسة أثر البرامج الغذائية والعلاجية في خفض أعراض الإكتئاب لدى كبار السن الذين يعانون من نقص الفيتامينات .
- تشجيع إجراء المزيد من الدراسات العربية والجزائرية حول العلاقة بين العوامل الغذائية والصحة النفسية لدى كبار السن .

وبذلك تؤكد الدراسة أن العناية بالتغذية السليمة والكشف المبكر عن نقص الفيتامينات يمثلان خطوة أساسية نحو تحسين الصحة النفسية والجسدية لكبار السن، والحد من مخاطر الإكتئاب بما يضمن لهم حياة أكثر صحة واستقراراً وجودة.



قائمة المراجع

قائمة المصادر المراجع:

1. الكتب:

- إبراهيم، عبد الستار. (2014). العلاج المعرفي السلوكي: أسسه وتطبيقاته. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- الأحمد، خالد مصطفى. (2021). العلاج الدوائي في اضطرابات المزاج: الدليل العلاجي للمضادات النفسية. دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- أحمد عبد الخالق. (2016). دراسات في الصحة النفسية والاضطرابات النفسية. ط1، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- بلقاسم سلامة. (2021). الاضطرابات النفسية والعقلية: دراسة في الأسباب والتشخيص والعلاج. ط2، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- بني مصطفى، عدنان يوسف. (2019). العلاج السلوكي المعرفي: النظرية والتطبيق. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- البلوشي، عبد الله بن مُحَمَّد. (2020). الطب النفسي السريري: الأسس والتطبيقات العلاجية الحديثة. دار الزهراء للنشر، الرياض، السعودية.
- حجازي، مصطفى. (2018). الصحة النفسية: سيكولوجية الإنسان المقهور. ط7، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- حجازي، مصطفى. (2019). التخلف الاجتماعي: مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور. ط6، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- حسن علي. (2021). الصحة النفسية والتغذية. دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن.
- الخولي، أحمد. (2020). التغذية الصحية لكبار السن. دار المسيرة، عمان، الأردن.
- زهران، حامد عبد السلام. (2018). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط5، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- صليبا، جميل. المعجم الفلسفي. ج2، دار الكتاب اللبناني، بيروت، لبنان، دون تاريخ نشر.
- عبد الرحمن العيسوي. (2017). نظريات الشخصية والعلاج النفسي. دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- عبد الرحمن العيسوي. (2019). العلاج العقلاني الانفعالي والاضطرابات النفسية. دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- عبد الرحمن خالد. (2019). الفيتامينات والصحة العصبية. دار الفكر العلمي، القاهرة، مصر.
- عبد الله مُحَمَّد. (2018). أساسيات التغذية العلاجية. دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- عبد الرحمان الوافي. (2006). مدخل إلى علم النفس. دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.

- فايد، حسين علي. (2004). العدوان والإكتئاب. مؤسسة حوروس الدولية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- فاروق مصطفى أسامة، والشربيني السيد كمال. (2011). التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- فونك، كازيمير. (2015). مدخل إلى علم الفيتامينات. ترجمة أحمد عبد السلام، دار المعرفة، القاهرة، مصر.
- الفيشاوي، سعد. علم النفس المرضي: الاضطرابات النفسية والعقلية. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، دون تاريخ نشر.
- كراملينغز، كيث. (2002). حول الإكتئاب. الدار العربية للنشر، بيروت، لبنان.
- مُحَمَّد أحمد. (2022). تغذية كبار السن والصحة الجسدية. دار المسيرة، عمان، الأردن.
- مُحَمَّد الحسن غانم. (2012). الإكتئاب النفسي: أسبابه وأعراضه وطرق علاجه. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- مُحَمَّد شريف سكيكر. (2014). مدخل إلى علم النفس المرضي. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- ميلاني كلاين. (2002). التحليل النفسي للأطفال. ترجمة عبد المجيد جحفة، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- السيد محمود. (2020). مضادات الأكسدة ودورها في تعزيز المناعة. دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.

2. الدوريات والمجلات العلمية:

- العيسوي، عبد الرؤوف. (2025). "تقدير مستويات بعض الفيتامينات والعناصر الغذائية لدى النساء وتأثيرها على الصحة". مجلة العلوم الإنسانية والطبيعية، المجلد 6، العدد 2، ص 45-62.
- رغداء نعيسة. (2014). "المساندة الأسرية وعلاقتها بمستوى الإكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية بمحافظة اللاذقية". مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 36، العدد 2.
- Dam, H. (1929). "The Antihemorrhagic Vitamin of the Chick". Biochemical Journal.
- Dutta, P.K., & Dutta, J. (2005). "Vitamin Chemistry and Classification". Journal of Nutritional Science.
- Evans, H.M., & Bishop, K.S. (1922). "On the Existence of a Hitherto Unrecognized Dietary Factor Essential for Reproduction". Science Journal.
- Fain, O. (2004). "Carences en vitamine C". Revue de Médecine Interne, 25(12), 872-880.

- Jones, Glenville. (2022). "100 Years of Vitamin D: Historical Aspects of Vitamin D". Endocrine Connections.
- Schlienger, J.L., & Monnier, L. (2011). "The History of the Discovery of Vitamins."

3. الرسائل الجامعية(المذكرات):

- أيمن فلوري. (2020). التظاهرات النفس مرضية لدى عمال الرعاية الصحية المتابعين لحالة كوفيد-19. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة، الجزائر.
- بودحوش، نصر الدين. (2016). أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعقم. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة وهران، الجزائر.

4. التقارير والوثائق الرسمية

- الجمعية الأمريكية للطب النفسي .(2017) .الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية .DSM-5 ترجمة أنور الحمادي وآخرون، ط1، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت، لبنان .
- منظمة الصحة العالمية .(2019) .التغذية والصحة العامة .تقرير المنظمة، جنيف، سويسرا .
- منظمة الصحة العالمية .(2019) .التصنيف الدولي للأمراض .ICD-10 جنيف، سويسرا .
- منظمة الصحة العالمية .(1993) .التصنيف الدولي للأمراض :ICD-10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية . ترجمة وحدة الطب النفسي، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، مصر .
- منظمة الصحة العالمية .(2023) .الإكتئاب والصحة النفسية .جنيف، سويسرا.

5. المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4th ed.). Washington, DC.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International Universities Press, New York.
- Booth, S.L. (2012). Vitamin K and Bone Health. Humana Press, New Jersey.
- Brigelius-Flohé, R. (2016). Vitamin E: Biochemistry and Human Health. Springer, Berlin.

- Brown, H. (2018). Vitamin A and Human Health. McGraw-Hill, New York.
- Gao, M., & Liu, W. (2025). Exploring Family Functioning and Adolescent Academic Anxiety: Emotional Stability and Social Support as Mediators. Psychology Research and Behavior Management.
- Goodwin, G.M., & Jamison, K.R. (2007). Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression (2nd ed.). Oxford University Press, Oxford.
- Gropper, S.S., & Smith, J.L. (2020). Advanced Nutrition and Human Metabolism (8th ed.). Cengage Learning.
- Johnson, L. (2019). Antioxidants and Cellular Protection. Springer, Berlin.
- Kennedy, D.O. (2011). Vitamins and the Brain. Wiley-Blackwell, Oxford.
- Lee, S. (2019). Dietary Sources of Vitamin E. Academic Press, California.
- Miller, R. (2021). Vitamin Supplements and Public Health. Cambridge University Press, Cambridge.
- Ross, A.C. (2014). Modern Nutrition in Health and Disease. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Smith, J. (2016). History of Vitamin A Discovery. Oxford University Press, London.
- Taylor, M. (2020). Nutrition and Food Sources of Vitamins. Pearson Education, Boston.
- Traber, M.G. (2018). Vitamin E in Human Health. CRC Press, Boca Raton.
- Wu, G. (2017). Principles of Human Nutrition. CRC Press, New York.

6. مواقع الإنترنت

- المعاهد الوطنية للصحة (NIH). (2021). **Vitamin K Fact Sheet for Health Professionals**.
- المعاهد الوطنية للصحة (NIH). (2022-2024). **Vitamin B Fact Sheets for Health Professionals**.
- المعاهد الوطنية للصحة (NIH). (2022). **Vitamin A Fact Sheet for Health Professionals**.
- Mayo Clinic. (2024). **B Vitamins Overview**.
- موقع المرجع للمعلوماتية، تم الاطلاع عليه بتاريخ 2026/01/03 : https://mail.almerja.com/reading.php?idm=47878
- موقع PiLeJe ، **Vitamine A : rôle, sources et apports nutritionnels**، تم الاطلاع عليه بتاريخ 2026/02/27 .
- موقع Dreamstime ، تم الاطلاع عليه بتاريخ 2025/12/26: https://fr.dreamstime.com/structures-chimiques-formes-vitamine-d-formules-du-squelette-l-dihydroergocalciferol-cholecalciferol-ergocalciferol-image207222941

الملاحق

الملحق رقم (01): الاستبيان نقص الفيتامينات والاكتئاب

جمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمه لخضر

عنوان الدراسة:
علاقة نقص الفيتامينات بخطر الاكتئاب لدى كبار السن

في إطار إنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي، نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يحتوي على مجموعة من العبارات، نرجو منكم قراءتها جيدًا ووضع علامة (×) أمام كل عبارة في الخانة التي ترون أنها تتوافق مع وجهة نظركم. كما نود أن نؤكد أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، وإنما يهمنا صدق إجاباتكم لأنها تعبر عن آرائكم وتجاربكم الشخصية، وذلك بغرض الوصول إلى نتائج علمية دقيقة تخدم موضوع البحث.

ونشكركم جزيل الشكر على تعاونكم ومساهمتكم في إنجاح هذا العمل.

- الرقم: .....
- تاريخ المقابلة: .....
- العمر: .....
- الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
- الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل
- المستوى التعليمي: ☐ أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي
- المهنة السابقة: .....
- مكان الإقامة: ☐ حضري ☐ ريفي
- مع من تعيش حالياً: ☐ مع الزوج/الزوجة ☐ مع الأبناء ☐ مع العائلة ☐ بمفردك
- الوضع الاقتصادي: ☐ جيد ☐ متوسط ☐ ضعيف

1

ثانياً: معلومات صحية وغذائية مرتبطة بالفيتامينات

الرقم	السؤال	نعم	لا	ملاحظات
1	هل تعاني من مرض مزمن؟			☐ السكري ☐ ضغط الدم ☐ أمراض القلب ☐ أخرى
2	هل تتناول أدوية بانتظام؟			—
3	كيف تقيم صحتك العامة؟	—		☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة
4	هل تتعرض لأشعة الشمس بانتظام؟			—
5	تناول الخضروات والفواكه	—		☐نادراً ☐أحياناً ☐بانتظام
6	هل تتناول الحليب أو مشتقاته؟			—
7	هل تعاني من فقدان الشهية؟			—
8	عدد الوجبات اليومية	—		☐وجبة ☐ وجبتان ☐3 أو أكثر
9	هل تتناول مكملات غذائية؟			إذا (نعم): .....
10	هل لديك نقص في الفيتامينات؟			☐ B12 ☐ D ☐فوليك ☐ أخرى

ثالثاً: مقياس الاكتئاب(GDS-15)

أجب بـ (نعم) أو (لا) حسب شعورك خلال الفترة الأخيرة

الرقم	السؤال	نعم	لا
1	هل أنت راضٍ عن حياتك؟		
2	هل تركت الكثير من اهتماماتك؟		
3	هل تشعر أن حياتك فارغة؟		
4	هل تشعر بالملل؟		
5	هل أنت في مزاج جيد؟		
6	هل تخشى حدوث شيء سيئ؟		
7	هل تشعر بالسعادة؟		
8	هل تشعر بالعجز؟		
9	هل تفضل البقاء في المنزل؟		
10	هل لديك مشاكل في الذاكرة؟		
11	هل تعتقد أنه من الرائع أن تكون على قيد الحياة الآن؟		
12	هل حياتك عديمة القيمة؟		
13	هل لديك طاقة؟		
14	هل وضعك ميؤوس منه؟		
15	هل الآخرون أفضل حالاً منك؟		

الملحق رقم (02): بعض نتائج تحاليل نقص الفيتامينات

elbeyen lab
Dr. AMMARI NOUREDDINE
Médecin Spécialiste
En Hématologie

مخبر البيان للتحاليل الطبية وأمراض الدم
LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE EL - BEYEN

Edité le : 20/04/2026 10:23:51

NID : 2026420-001966
Patient (e) : : :
Né (e) le : 20-4-1960 Age : 66 ans
Prélèvement du : 20/04/2026 10:22:47

Compte Rendu d'Analyses Médicales

METABOLISME	Résultat	Unité	Valeurs Usuelles	Antécédent
Vitamine B 12 : *Electro- Chimi- Luminescence Maglumi X3*	92.03	pg / mL	193.00 - 931.00	

elbeyen lab
Dr. AMMARI NOUREDDINE
Médecin Spécialiste
En Hématologie

مخبر البيان للتحاليل الطبية وأمراض الدم
LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE EL - BEYEN

Edité le : 20/04/2026 10:25:58

NID : 202644-001968
Patient (e) : , ,
Né (e) le : 20-4-1962 Age : 63 ans
Prélèvement du : 04/04/2026 10:25:15

Compte Rendu d'Analyses Médicales

METABOLISME	Résultat	Unité	Valeurs Usuelles	Antécédent
Vitamine B 12 : *Electro- Chimi- Luminescence Maglumi X3*	59.00	pg / mL	193.00 - 931.00	

elbeyen lab
Dr. AMMARI NOUREDDINE
Médecin Spécialiste
En Hématologie

مخبر البيان للتحاليل الطبية وأمراض الدم
LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE EL - BEYEN

Edité le : 21/04/2026 19:16:00

NID : 2026328-002021
Patient (e) : * *
Né (e) le : 21-4-1967 Age : 58 ans
Prélèvement du : 28/03/2026 19:03:49

Compte Rendu d'Analyses Médicales

METABOLISME	Résultat	Unité	Valeurs Usuelles	Antécédent
Vitamine D , 25 OH Vitamin D :	10.20	ng / mL	30.00 - 100.00	
Défficient : < 20 ng / mL — Insuffisant : 20 - 29 ng / mL — Suffisant : 30 - 100 ng / mL — Toxicité potentielle : > 100 ng / mL — Enzym Linked Fluorescent Assay Vidas Pc Biomérieux				
Vitamine B 12 :	99.70	pg / mL	193.00 - 931.00	
Electro- Chimi- Luminescence Maglumi X3				

elbeyen lab
Dr. AMMARI NOUREDDINE
Médecin Spécialiste
En Hématologie

مخبر البيان للتحاليل الطبية وأمراض الدم
LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE EL - BEYEN

Edité le : 21/04/2026 19:15:58

NID : 2026319-002020
Patient (e) : * *
Né (e) le : 21-4-1953 Age : 72 ans
Prélèvement du : 19/03/2026 19:03:15

Compte Rendu d'Analyses Médicales

METABOLISME	Résultat	Unité	Valeurs Usuelles	Antécédent
Vitamine D , 25 OH Vitamin D :	13.30	ng / mL	30.00 - 100.00	
Défficient : < 20 ng / mL — Insuffisant : 20 - 29 ng / mL — Suffisant : 30 - 100 ng / mL — Toxicité potentielle : > 100 ng / mL — Enzym Linked Fluorescent Assay Vidas Pc Biomérieux				
Vitamine B 12 :	101.20	pg / mL	193.00 - 931.00	
Electro- Chimi- Luminescence Maglumi X3				

الملحق رقم (03): مخرجات SPSS الخاصة بالثبات

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	36	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	36	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.097	.107	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	19.83	3.286	.205	.490	-.022-[a]
Q2	19.97	3.399	.180	.563	.001
Q3	19.81	4.218	-.273-	.706	.222
Q4	19.89	3.644	.014	.484	.083
Q5	19.78	3.092	.314	.618	-.088-[a]
Q6	19.97	3.742	-.023-	.535	.100
Q7	19.86	3.094	.327	.485	-.092-[a]
Q8	19.81	3.933	-.140-	.369	.160
Q9	19.69	3.990	-.167-	.491	.173
Q10	19.86	3.666	-.002-	.463	.090
Q11	19.61	3.387	.158	.742	.007
Q12	19.83	3.343	.172	.433	-.003-[a]
Q13	19.97	4.028	-.179-	.421	.169
Q14	19.75	3.621	.015	.545	.082
Q15	19.86	3.952	-.147-	.394	.162

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

الملحق رقم (04): مخرجات SPSS الخاصة بالتحليل الوصفي .

Group Statistics

	المتغيرات	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
GDS_TOTAL	نفس في B12	23	22.1304	1.35862	.28329
	نفس في D3	0[a]	.	.	.

a. t cannot be computed because at least one of the groups is empty.

الملحق رقم (05): مخرجات اختبار الفرضية الأولى

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
B12	93.0492	14.79280	36
D3	21.9517	10.34795	36
الإكتئاب	22.1389	1.49576	36

الملحق رقم (06): مخرجات اختبار الفرضية الثانية

Correlations

		B12	D3	الإكتئاب
B12	Pearson Correlation	1	.062	.062
	Sig. (2-tailed)		.717	.721
	N	36	36	36
D3	Pearson Correlation	.062	1	.016
	Sig. (2-tailed)	.717		.924
	N	36	36	36
الإكتئاب	Pearson Correlation	.062	.016	1
	Sig. (2-tailed)	.721	.924	
	N	36	36	36

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الإكتئاب	ذكر	21	21.8095	1.53685	.33537
	انثى	15	22.6000	1.35225	.34915

الملحق رقم (07): مخرجات اختبار الفرضية الثالثة

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الإكتئاب	Equal variances assumed	.083	.775	-1.598-	34	.119	-.79048-	.49481	-1.79604-	.21509
	Equal variances not assumed			-1.633-	32.428	.112	-.79048-	.48412	-1.77610-	.19514

الملحق رقم (08): كاشف قياس فيتامين B12 على جهاز MAGLUMI (CLIA)

MAGLUMI Vitamin B12 (CLIA)

REF 130213002M

Σ 100

EC REP

Shenzhen New Industries Biomedical Engineering Co., Ltd
4/F,Wearnes Tech Bldg,
Science & Industry Park,
Nanshan,Shenzhen,518057CHINA
Tel. + 86-755-86028224
Fax.+ 86-755-26654850

Lotus Global Co., Ltd
15 Alexandra Road
London
UK
NW8 0DP
Tel. + 44-20-75868010
Fax.+ 44-20-79006187

CE

FOR PROFESSIONAL USE ONLY
Store at 2-8 °C

COMPLETELY READ THE INSTRUCTIONS BEFORE PROCEEDING

en

SYMBOLS EXPLANATIONS

EC REP	Authorized Representative in the European community
	Manufacturer
	Consult instructions for use
CONT	Contents of kit
IVD	In vitro diagnostic medical device
LOT	Batch code
REF	Catalogue number
	Use by
2°C 8°C	Temperature limitation (store at 2-8 °C)
Σ	Sufficient for
	Keep away from sunlight
	Keep upright for storage

INTENDED USE

The kit has been designed for the quantitative determination of Vitamin B12 in human serum.
The method can be used for samples over the range of 50.0-2000.0pg/ml.
The test has to be performed on the Fully-auto chemiluminescence immunoassay (CLIA) analyzer MAGLUMI (Including Maglumi 600,Maglumi 1000,Maglumi 1000 Plus, Maglumi 2000,Maglumi 2000 Plus,Maglumi 3000 and Maglumi 4000).

SUMMARY AND EXPLANATION OF THE TEST

VB12 refers to a group of cobalt-containing vitamer compounds known as cobalamins, the main molecular form of 5-deoxyadenosine cobalamin. Cyanide cobalt amine (MW 1355) is the most stable, usually a reference for the determination of serum components.
Cobalamin can get from animal products such as meat, eggs, milk and other dairy products. During the intake process, cobalamin conjugate with a factor known as the combining-protein in the stomach, then absorbed by the ileum. Intrinsic factor is necessary for absorption process, once getting into the circulation; the cobalamin is stored in the liver. When being required, the cobalamin will be released into the plasma by the VB12 binding protein.
VB12 is normally involved in the metabolism of every cell of the body, especially affecting the DNA synthesis and regulation but also fatty acid synthesis and energy production. However, many (though not all) of the effects of functions of VB12 can be replaced by sufficient quantities of folic acid (vitamin B9), since VB12 is used to regenerate folate in the body. Most VB12 deficiency symptoms are actually folate deficiency symptoms, since they include all the effects of pernicious anemia and megaloblastosis, which are due to poor synthesis of DNA when the body does not have a proper supply of folic acid for the production of thymine.
The lack of VB12 can caused by a variety of reasons, the most common reason is a lack of intrinsic factor, resulting in that VB12 can not be absorbed from food. This condition is called anemia, mostly happening in people over the age of 50 years. the gastric resection is another reason of VB12 deficiency, because surgical resection and malabsorption caused by various bacteria or inflammatory disease affecting the small intestine. VB12 uptake has a positive correlation with the functional length of small intestine. The lack of VB12 is relatively rare caused by abnormal dietary, only if no consumption of animal's food in the next few years.

PRINCIPLE OF THE TEST

Competitive immunoluminometric assay:
Use purified VB12 antigen to label ABEI, and use a VB12 binding-protein to label FITC. Sample, Calibrator or Control with ABEI Label, FITC Label and nano magnetic microbeads coated with sheep anti-FITC are mixed thoroughly and incubated at 37℃, forming antibody-antigen complexes; after sediment in a magnetic field, decant the supernatant, then cycle washing for I time. Subsequently, the starter reagents are added and a flash chemiluminescent reaction is initiated. The light signal is measured by a photomultiplier as RLU within 3 seconds and is proportional to the concentration of VB12 present in samples.

Snibe Diagnostic

CE 0123 REF

130261004M:100 testów/zestaw
130661004M: 50 testów/zestaw
130761004M: 30 testów/zestaw

MAGLUMI® 25-OH Vitamin D (CLIA)

PRZEZNACZENIE

Zestaw stanowi chemiluminescencyjny test immunologiczny *in vitro* do oznaczania ilościowego 25-hydroksy witaminy D (25-OH VD) w surowicy ludzkiej i osoczu ludzkim przy użyciu w pełni automatycznego analizatora do chemiluminescencyjnych testów immunologicznych serii MAGLUMI oraz systemu zintegrowanego serii Biolumi. Test służy do wspomagania oceny stężenia witaminy D.

STRESZCZENIE

Witamina D to grupa sekosteroidów rozpuszczalnych w tłuszczach będących pochodnymi cholesterolu[1, 2]. Witamina D obejmuje dwie biorównoważne formy.Witamina D2 (D2) znana również jako ergokalcyferol, jest pozyskiwana z warzyw i suplementów podawanych doustnie[1, 3]. Witamina D3 (D3), znana również jako cholekalcyferol, jest pozyskiwana przede wszystkim na drodze ekspozycji skóry na promieniowanie nadfioletowe B (UVB) światła słonecznego, spożywania pokarmów takich jak tłuste ryby, produkty wzbogacone (mleko, soki, margaryna, jogurty, płatki zbożowe i soja) i suplementy podawane doustnie.[2-5]. Witamina D jest metabolizowana w wątrobie do 25-hydroksywitaminy D (25-OH D), który stanowi główny krążący biomarker witaminy D. 25-hydroksywitamina D jest metabolizowana w nerkach przez enzym o nazwie 1α-hydroksylaza witaminy D (CYP27B1) do swojej aktywnej formy, jaką jest 1,25-dihydroksywitamina D[6, 7]. 25-OH D to najczęściej występujący metabolit witaminy D w krwiobiegu i najlepszy wskaźnik stężenia witaminy D[1]. Niedobór witaminy D to częsty problem w wieku populacjach na całym świecie.Szacuje się, że około 30% i 60% dzieci i dorosłych na całym świecie cierpi odpowiednio na deficyt lub niedobór witaminy D[8]. Niedobór witaminy D często zagraża osobom o niewystarczającej ekspozycji na światło słoneczne, ograniczonej możliwości doustnego przyjmowania pokarmów lub upośledzonym wchłanianiu.Stężenie witaminy D najlepiej określa się poprzez pomiar stężenia 25-hydroksywitaminy D we krwi[3]. W życiu płodowym oraz w dzieciństwie niedobór witaminy D może powodować spowolnienie wzrostu i zniekształcenia układu kostnego, które często określa się mianem krzywicy[8]. Niedobór witaminy D u osób dorosłych może przyspieszać wystąpienie lub nasilać objawy osteopenii i osteoporozy, powodować osteomalację i osłabienie mięśni oraz zwiększać ryzyko złamania[10].

ZASADA DZIAŁANIA TESTU

Test immunologiczny podwójnego wiązania metodą chemiluminescencji.

Próbkę, mikrokulki magnetyczne opłaszczone przeciwciałem przeciwko 25-OH VD oraz bufor dokładnie miesza się, inkubuje i wykonuje cykl płukania po wytrąceniu w polu magnetycznym.Następnie dodawane i inkubowane jest inne przeciwciało znakowane ABEI25-OH VD , które reaguje z wytworzeniem kompleksów kanapkowych. Po wytrąceniu w polu magnetycznym supernatant dekantuje się, a następnie przeprowadza się kolejny cykl płukania. Następnie dodaje się Starter 1+2 w celu rozpoczęcia reakcji chemiluminescencyjnej. Sygnał świetlny jest mierzony fotopowielaczem we względnych jednostkach światła (relative light unit, RLU), które są proporcjonalne do stężenia 25-OH VD w próbce.

ODCZYNNIKI

Zawartość zestawu

Element	Opis	100 testów/zestaw	50 testów/zestaw	30 testów/zestaw
Mikrokulki magnetyczne	Mikrokulki magnetyczne opłaszczone przeciwciałem przeciwko 25-OH VD (~10,0 µg/ml) w buforze PBS, NaN_3 (<0,1%).	2,5 ml	1,5 ml	1,0 ml
Wzorzec kalibracyjny niski	Niskie stężenie antygenu 25-OH VD w buforze węglanowym, NaN_3 (<0,1%).	1,0 ml	1,0 ml	1,0 ml
Wzorzec kalibracyjny wysoki	Wysokie stężenie antygenu 25-OH VD w buforze węglanowym, NaN_3 (<0,1%).	1,0 ml	1,0 ml	1,0 ml
Bufor	Bufor octanowy, NaN_3 (<0,1%).	14,5 ml	8,0 ml	5,4 ml
Znacznik ABEI	Przeciwciało 25-OH VD znakowane ABEI (~0,500 µg/ml) w buforze PBS, NaN_3 (<0,1%).	17,5 ml	9,5 ml	6,3 ml
Kontrola 1	Niskie stężenie antygenu 25-OH VD (20,0 ng/ml) w buforze węglanowym, NaN_3 (<0,1%).	1,0 ml	1,0 ml	1,0 ml
Kontrola 2	Wysokie stężenie antygenu 25-OH VD (50,0 ng/ml) w buforze węglanowym, NaN_3 (<0,1%).	1,0 ml	1,0 ml	1,0 ml
Wszystkie odczynniki są dostarczane gotowe do użycia.				

Ostrzeżenia i środki ostrożności

- Do stosowania w diagnostyce *in vitro*.
- Wyłącznie do zastosowania profesjonalnego.
- Zachować normalne środki ostrożności wymagane przy obchodzeniu się ze wszystkimi odczynnikami laboratoryjnymi.
- Stosować środki ochrony osobistej, aby zapobiec kontaktowi jakiejkolwiek części ciała ludzkiego z próbkami, odczynnikami i kontrolami; powinny one być zgodne z miejscowymi wymogami dotyczącymi przeprowadzania testu.
- Umiejętna technika i ścisłe przestrzeganie instrukcji zamieszczonych w ulotce dołączonej do opakowania są niezbędne do uzyskania wiarygodnych wyników.
- Nie używać zestawu po upływie terminu ważności wskazanego na etykiecie.
- Nie wolno wymieniać składników odczynników na składniki z innych odczynników albo serii.
- Unikać tworzenia się piany we wszystkich odczynnikach i rodzajach próbek (próbkach, wzorcach kalibracyjnych i kontrolach).
- Wszystkie odpady związane z próbkami biologicznymi, odczynnikami biologicznymi i materiałami jednorazowego użytku wykorzystanymi na potrzeby testu należy uznać za potencjalnie zakaźne i należy je utylizować zgodnie z miejscowymi wytycznymi.
- Ten produkt zawiera azydek sodu. Azydek sodu może reagować z ołowianymi albo miedzianymi rurami kanalizacyjnymi, tworząc wysoce wybuchowe azydki metali. Natychmiast po utylizacji spłukać dużą ilością wody, aby zapobiec tworzeniu się azydków. Dodatkowe informacje znajdują się w Kartach charakterystyki, które są dostępne dla użytkowników profesjonalnych na żądanie.

Uwaga: jeśli w związku z wyrobem doszło do jakiegokolwiek poważnego zdarzenia, należy zgłosić to do Shenzhen New Industries Biomedical Engineering Co., Ltd. (Snibe) albo naszego upoważnionego przedstawiciela i właściwego organu państwa członkowskiego, w którym ma się siedzibę.

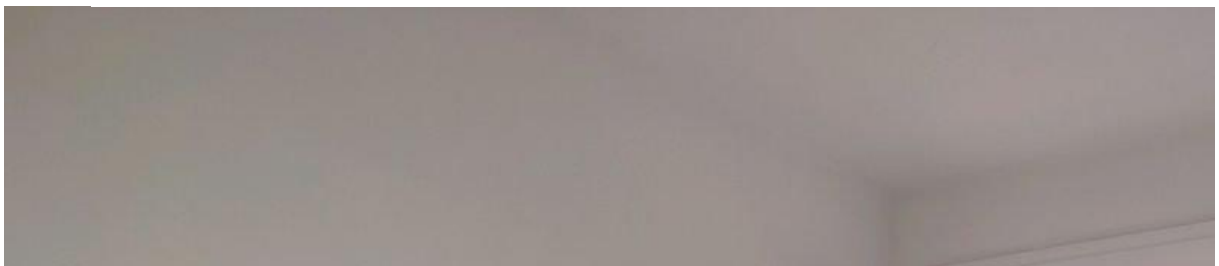
Postępowanie z odczynnikami

- W celu uniknięcia skażenia podczas obchodzenia się z zestawem odczynników i próbką należy stosować czyste rękawice. Podczas pracy z zestawem odczynników należy wymienić rękawiczki, które miały kontakt z próbkami, ponieważ zanieczyszczenie odczynników próbkami spowoduje uzyskanie niewiarygodnych wyników.
- Nie używać zestawu w przypadku nieprawidłowości; np. gdy zestaw przecieka przy folii uszczelniającej albo w innym miejscu, w przypadku wyraźnie mętnego albo wytrąconego osadu w odczynnikach (z wyjątkiem mikrokulek magnetycznych) albo gdy wartość kontrolna wielokrotnie wykracza poza określony zakres. W przypadku nieprawidłowości zestawu prosimy o kontakt ze spółką Snibe albo naszym autoryzowanym dystrybutorem.
- Aby uniknąć parowania płynu z otwartych zestawów odczynników przechowywanych w lodówce, zaleca się zamykanie otwartych zestawów odczynników zabezpieczeniami do odczynników zawartymi w opakowaniu. Zabezpieczenia do odczynników są jednorazowego użytku, a jeśli potrzeba ich więcej, prosimy o kontakt ze spółką Snibe albo z naszym autoryzowanym dystrybutorem.
- Z czasem resztki cieczy mogą wyschnąć na powierzchni przegrody. Są to zazwyczaj wysuszone sole i nie mają wpływu na skuteczność testu.
- Zawsze należy używać tego samego analizatora do otwartego odczynnika.
- Instrukcje dotyczące mieszania mikrokulek magnetycznych znajdują się w rozdziale „Przygotowanie odczynnika" w niniejszej ulotce dołączonej do opakowania.
- Więcej informacji na temat postępowania z odczynnikami podczas pracy systemu można znaleźć w instrukcji obsługi analizatora.

Warunki przechowywania i trwałość

- Nie zamrażać odczynników integralnych.
- Zestaw odczynników przechowywać w pozycji pionowej, aby zapewnić pełną dostępność mikrokulek magnetycznych.
- Chronić przed bezpośrednim działaniem światła słonecznego.

Stabilność odczynników	
Nieotwarte w temperaturze 2–8°C	do wskazanej daty ważności
Otwarte w temperaturze 2–8°C	6 tygodni
Podczas transportu	4 tygodnie



الملحق (09): المواصفات الفنية لكاشف Hydroxy Vitamin D 25–المستعمل في التحاليل المخبرية.



الملحق رقم (10): ترخيص التربص

جامعة الشهيد حمه لخضر – الوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

إلى السيد: بوقطاية محمد
عيادة الإرتياح للعلاج النفسي

ترخيص بتربص تطبيقي

في إطار التكوين النظري والتطبيقي الذي يقدمه قسم علم النفس وعلوم التربية للطلبة، نرجوا من سيادتكم السماح للطلبة الآتية أسماؤهم:

1/ ..بوجادي محمد..... التخصص:..علم النفس العيادي
2/ ..بن عمر توفيق..... التخصص:..علم النفس العيادي
3/ ..حمادي مسعود..... التخصص:..علم النفس العيادي
4/ ..بوعواقيت العيد..... التخصص:..علم النفس العيادي

والمتمثلة في زيارة عملية في مركزكم وذلك من أجل القيام بـ:

1. دراسة مسحية استطلاعية.
2. القيام بتربص ميداني لفترة من: ..../...../ ..... إلى ...../...../.....
3. تطبيق اختبارات ومقاييس نفسية
4. توزيع استبيانات لعينات البحث

إننا واثقون من تعاونكم النزيه في تسهيل المهمة العلمية في مؤسستكم خدمة للبحث العلمي والمعرفة شاكرين لكم سلفا هذا التعاون

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير

الوادي في:

رئيس القسم

د.أحمد جلول

MOHAMMED BOUGUETTAYA
Psychologue Clinicien