

## المشكلات النفسية-الاجتماعية للنساء السوريات المصابات بالسكري

الدكتورة منيرة انوشه\*  
الدكتور فضل الله احمدي\*\*  
سوزان زمزم\*\*\*

(تاريخ الإيداع 14 / 8 / 2011. قُبِلَ للنشر في 26 / 9 / 2011)

### □ ملخص □

يُعتبر داء السكري من أكثر وأهم الأمراض المزمنة شيوعاً في العالم. وتعد المشكلات النفسية-الاجتماعية إحدى أهم المشكلات التي تواجه المرضى المصابين بداء السكري والتي تؤثر بشكل كبير على عملية السيطرة على ذلك المرض. هدف هذه الدراسة بيان المشكلات النفسية-الاجتماعية التي تعاني منها النساء السوريات المصابات بداء السكري. شملت هذه الدراسة الكيفية 19 مشاركاً من مركز السكري في اللاذقية تم اختيارهم اعتماداً على هدف الدراسة، جمع البيانات تم باستخدام مقابلة نصف منتظمة، تحليل البيانات كان بالاستفادة من طريقة تحليل المحتوى. بيّنت نتائج هذه الدراسة محورين مرتبطين بالمشكلات النفسية-الاجتماعية: (1) محور المشكلات النفسية يشمل: الشعور بالخجل، الضغط النفسي، الكآبة، والخوف. (2) محور المشكلات الاجتماعية يشمل: مشكلات مرتبطة بالعائلة، مشكلات مرتبطة بالمجتمع، ومشكلات ناجمة عن طبيعة السكري المزمنة. إن هذه النتائج تشير بوضوح إلى أنّ المشكلات النفسية-الاجتماعية الناشئة عن داء السكري تؤثر بشكل سلبي على عملية ضبط سكر الدم، لذلك القيام بإجراءات تأخذ بعين الاعتبار الرعاية النفسية للمرضى أمر ضروري جداً.

الكلمات المفتاحية: داء السكري نمط ثاني، نساء في مرحلة منتصف العمر، المشكلات النفسية-الاجتماعية، بحث كفي.

\* أستاذ- قسم التمريض- كلية العلوم الطبية- جامعة تربيت مدرس- طهران- جمهورية إيران الإسلامية.

\*\* أستاذ- قسم التمريض- كلية العلوم الطبية- جامعة تربيت مدرس- طهران- جمهورية إيران الإسلامية.

\*\*\* طالبة دراسات عليا (دكتوراه)- كلية العلوم الطبية- جامعة تربيت مدرس- طهران- جمهورية إيران الإسلامية.

## Psychosocial problems of Syrian diabetic women

Dr. Monireh Anoosheh\*  
Dr. Fazlollah Ahmadi\*\*  
Suzan Zamzam\*\*\*

(Received 14 / 8 / 2011. Accepted 26 / 9 / 2011)

### □ ABSTRACT □

Diabetes is a common problem and one of the most important health problems in worldwide. A Socio-psychological problem is a common problem between diabetic patients which greatly affect the diabetic self control.

The Purpose of this study was to explore Socio-psychological problems of diabetic Syrian women. A qualitative research was conducted by using semi- structured interview with 19 participants in Lattakia city in Syria, selected purposively. Analysis of the transcripts was guided by qualitative content analysis. Results of this study showed two main categories of problems psychological and social problems: 1) Psychological problems regard to stigma, stress, depression, and fear. 2) Social problems regard to family, society and the nature of diabetes as a chronic disease. The Socio-psychological problems among diabetic patients are activity posed obstacles to the control of diabetes. So, suitable interventions that pay more attention to psychosocial care are an urgent need.

**Keywords:** Diabetes type two, Mid Life women, Socio-psychological problems, Qualitative research.

---

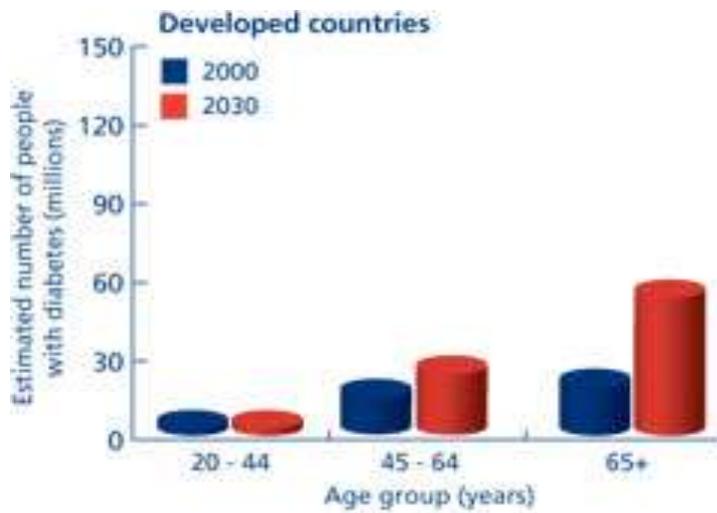
\*Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

\*\*Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

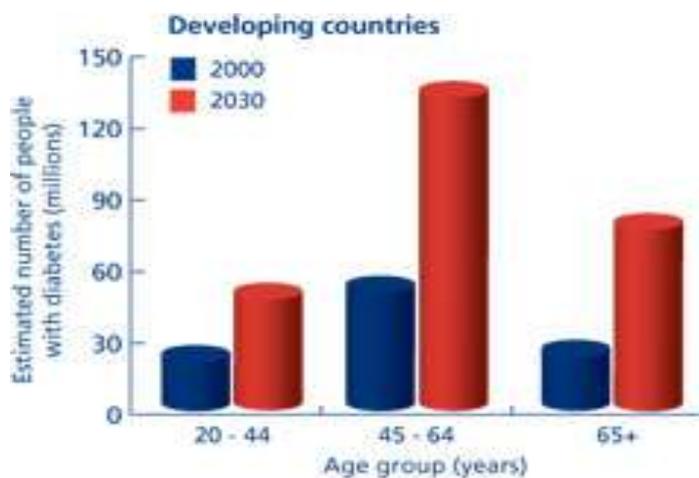
\*\*\*Postgraduate Student, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

**مقدمة:**

داء السكري مرض شائع جداً ويعتبر من أكبر المشكلات الصحية في مختلف الدول [1]، حتى إن منظمة الصحة العالمية أطلقت عليه اسم الوباء الصامت [2]، في الوقت الحالي يوجد أكثر من 230 مليون شخص مصاب بداء السكري في أنحاء العالم مع وجود تنبؤات بأن هذا العدد سيصل إلى 300 مليون إنسان في عام 2025 علماً أن هذه الزيادة ستكون مُركّزة بشكل أكبر في البلدان النامية [3]. ومن الجدير بالذكر أيضاً أن داء السكري يحدث في سن مبكرة في الدول النامية أكثر منه في الدول المتقدمة، حيث إن سن معظم الأفراد المصابين بالسكري في الدول المتقدمة يزيد عن 65 سنة، بينما في معظم الدول النامية سن الأفراد المصابين بالسكري يتراوح ما بين 45-64 سنة [4]. وهذا موضح في المخططين التاليين:



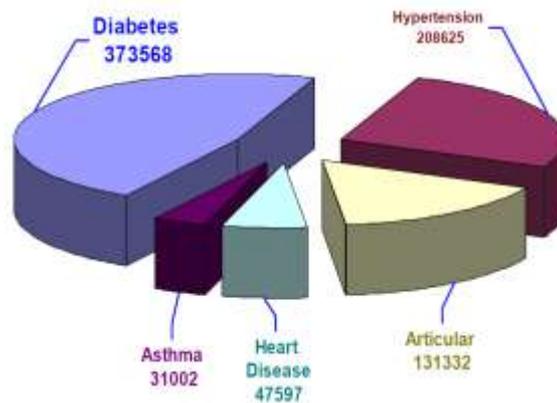
الشكل رقم (1) تعداد الأفراد البالغين المصابين بالسكري تبعاً للفئات العمرية في الدول المتقدمة



الشكل رقم (2) تعداد الأفراد البالغين المصابين بالسكري تبعاً للفئات العمرية في الدول النامية

إن نسبة شيوع داء السكري في منطقة الشرق الأوسط خاصةً بالبلدان العربية يتزايد يوماً بعد يوم بشكل مستمر، حيث أظهرت دراسة في الأردن في عام 2008 أن نسبة شيوع مرض السكري أصبحت 17.1% [5]، بالنسبة لشيوع داء السكري بين الأفراد البالغين في منطقة الخليج العربي بناءً على إحصائيات منظمة السكري العالمية في عام 2003 كانت على الشكل التالي: 18% في عمان، 12.8% في الكويت، 14.9% في البحرين، 24% في المملكة العربية السعودية، و 20.1% في الإمارات العربية المتحدة [6]، بينما أظهرت نتائج دراسة أخرى أجريت في الإمارات العربية المتحدة في عام 2006 أن 25% من الأفراد البالغين في الإمارات مصابون بداء السكري وهذا يعني أنه بين كل أربعة أفراد يوجد فرد مصاب بداء السكري [7].

يُعتبر السكري من أهم المشكلات الصحية التي تواجه سورية، فبناءً على تقرير وزارة الصحة السورية لعام 2003 كان السكري بالمقارنة مع الأمراض المزمنة الأخرى المرض المزمن الأكثر شيوعاً بين السكان [8]، و المخطط التالي يبين عدد الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة في سورية في عام 2003:



الشكل رقم (3) تعداد الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة في سورية 2003

كما أن (أوهانيان والجابي، 2008) ذكروا في الملف السوري الصادر من شركة بيوتكنولوجيا جينيركس Generex Biotechnology أنه في سورية ذات التعداد السكاني 20 مليون نسمة يوجد حوالي 3 إلى 3.5 مليون شخص مصاب بالسكري [9]، إذاً السكري في سورية مثل بقية البلدان المجاورة في زيادة مستمرة و قد ذكر (الباشا، 2003) أنه من المحتمل أن يكون سبب هذه الزيادة في نسبة شيوع داء السكري التغيرات في طريقة العيش والعادات الغذائية، أما سبب ارتفاع نسبة حدوث مضاعفات السكري في سورية: عدم السيطرة على مستوى سكر الدم، مراقبة غير صحيحة ومتابعة غير كافية من قبل المرضى [10].

إن عملية ضبط سكر الدم عملية مزمنة وتتطلب الالتزام بسلوك صحي لوقت طويل جداً بهدف تجنب نسبة حدوث مضاعفات السكري البالغة الخطورة، و تقع معظم مسؤولية انجاز هذه العملية على عاتق الفرد المصاب نفسه، حيث إنه يجب أن يتخذ قراراً بالالتزام بالحميات الغذائية والعلاج الموصوف ويُنفذ هذا القرار [11]. علماً أنه بالإضافة لخطر الإصابة بمضاعفات داء السكري، لدينا خطر حدوث المشكلات النفسية-الاجتماعية الناجمة عن السكري كمرض مزمن يتطلب تغييرات في نمط الحياة لأمدٍ طويل. لقد أظهرت نتائج دراسة (Peyrot et al, 2005) أن المشكلات النفسية-الاجتماعية شائعة جداً بين الأفراد المصابين في كل أنحاء العالم، حيث إن معظم مرضى السكري يعانون من المشكلات النفسية-الاجتماعية التي بدورها تؤثر تأثيراً سلبياً للغاية على الرعاية الذاتية للسكري [12]. فقد

بيّنت نتائج دراسة (Lustman et al, 2000) أنّ الكآبة والضغط النفسي من أهم المشكلات النفسية الشائعة بين المصابين بداء السكري و سبب رئيسي لعدم ضبط السكري بشكل مناسب عند هؤلاء المرضى [13]. لذلك الأخذ بعين الاعتبار المشكلات النفسية-الاجتماعية للمصابين بداء السكري من قبل الفريق الصحي من شأنه أن يرفع من مستوى الخدمات الصحية المُقدّمة وبالتالي يُحسّن عملية ضبط السكر لدى هؤلاء المرضى و يقي من حدوث العديد من المضاعفات البالغة الخطورة [12].

في الواقع بناءً على دراسات عديدة وجدنا أنّ معدل انتشار السكري بين النساء وبشكل خاص في مرحلة منتصف العمر أكثر من معدل انتشاره في بقية الفئات السكانية أو الفئات العمرية الأخرى، بل أكثر من ذلك نساء تلك الفئة العمرية أي ما بين 40-65 سنة معرضة للإصابة بشكل أكبر للمضاعفات السكرية مثل المضاعفات القلبية أو للمشكلات النفسية-الاجتماعية الأخرى الناجمة عن السكري مثل الكآبة والضغط النفسي. فقد بينت نتائج دراسة (Ozan & Sahin, 2009) أنّ معدل انتشار داء السكري نمط ثانٍ مرض شائع جداً بين النساء [14]، كما أشارت نتائج دراسة أخرى إلى أنّ المضاعفات الناجمة عن داء السكري وبشكل خاص المضاعفات المتعلقة بالقلب والأوعية الدموية أكثر شيوعاً بين النساء خصوصاً في مرحلة منتصف العمر [15]. بالإضافة لما سبق إنّ نسبة انتشار الكآبة المصاحبة للسكري بين النساء المصابات ضعفي انتشارها بين الرجال المصابين [16]، من أجل ذلك إجراء دراسات تتناول تجارب النساء المصابات بداء السكري و بشكل خاص في مرحلة منتصف العمر ضرورة ملحة جداً.

من جهة أخرى بالرغم من أنّ دراسات عديدة تناولت تجارب المرضى المصابين بالسكري، إلا أنّ نتائج هذه الدراسات أكدت وجود اختلاف كبير بين هذه التجارب و ذلك تبعاً لمحيط المريض، الظروف الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية. فقد بيّنت نتائج دراسة (Minkyong & Terri, 2008) أنه من أجل فهم كُلي لعملية ضبط سكر دم المصابين بداء السكري، أخذ التجارب الذهنية و المعيشية لهؤلاء المرضى بعين الاعتبار بالإضافة إلى المحيط والخلفية الثقافية أمر ضروري ومهم جداً [17]. بالإضافة إلى ذلك دراسات أخرى أكدت على أنّ عوامل متعددة تؤثر على متابعة العلاج والحميات السكرية مثل: العوامل الاجتماعية والاقتصادية، الإدراك الفردي للشخص المصاب وعائلته، والمحيط والخلفية الثقافية [18,19]. كما أشارت دراسة (Pouwer, 2003) أنه بالرغم من أنّ نتائج دراسات كثيرة أثبتت أنّ الكآبة مترافقة مع داء السكري، إلا أنّ هذه النتائج غير قابلة للتعميم لأنّ معظم الدراسات التي تناولت الكآبة وداء السكري قد أُجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، و بالتالي نتائج هذه الدراسات غير قابلة للتعميم على محيطات ثقافية أخرى [20].

## أهمية البحث وأهدافه:

نستنتج مما سبق أنّ:

- 1- معدل انتشار السكري بين النساء اللواتي في مرحلة منتصف العمر أكثر من معدل انتشاره عند الرجال أو الفئات العمرية الأخرى، بالإضافة إلى أنّ نسبة حدوث المشكلات النفسية-الاجتماعية الناجمة عن السكري لدى تلك النسوة أيضاً أكثر والتي تُعتبر سبب رئيسي لارتفاع نسبة انتشار المضاعفات السكرية مثل المضاعفات القلبية لديهن.
- 2- تجارب المرضى المصابين بداء السكري مختلفة من بلد إلى آخر بشكل كبير لدرجة أنها غير قابلة للتعميم، وبما أنّه حتى الآن لم يتم إجراء دراسة تبين تجارب النساء المصابات بالسكري نمط ثاني أو المشكلات الناجمة عن هذا المرض في سورية، حيث أن كشف هذه التجارب و المشكلات من شأنه أن يساعد في تحسين عملية ضبط

مستوى سكر الدم من أجل ذلك تم إجراء البحث الكيفي الحالي. هدف هذه الدراسة كشف المشكلات النفسية-الاجتماعية التي تمثل عائقاً للالتزام بالرعاية الذاتية للسكري عند النساء المصابات بداء السكري في سورية.

### طرائق البحث ومواده:

هذا البحث عبارة عن بحث كفي Qualitative Research، نوع تحليل محتوى Content Analysis من أجل كشف المشكلات النفسية-الاجتماعية للنساء المصابات بالسكري نمط ثاني. عادةً في الأبحاث الكيفية يتم اختيار عينة مبنية على الهدف Purposively، حيث الهدف من هذا النوع من العينات هو اختيار أفراد لديهم معلومات غنية عن موضوع الدراسة بحيث يساعدون الباحث في فهم أفضل لحياتهم وتعاملاتهم الاجتماعية [21]، ولأن موضوع هذا البحث فهم وكشف المشكلات النفسية-الاجتماعية عند النساء المصابات بالسكري فإن اختيار عينة هذا البحث كان مبنياً على هدف الدراسة واستمر لحين الوصول لحد الإشباع Saturation أي عدم الحصول على معلومات جديدة من المشاركين [22]. أجريت هذه الدراسة في مركز السكري في اللاذقية في سوريا في الفترة ما بين 2009 و 2010.

جمع البيانات تم باستخدام مقابلة نصف منتظمة Semi- Structured Interview. عينة هذا البحث المباشرة عبارة عن نساء في مرحلة منتصف العمر Mid Life (40-65 سنة)، مصابات بداء السكري نمط ثانٍ، لديهم تجربة مواجهة السكري لمدة سنتين كحد أدنى، كما يستطيعون التعبير عن هذه التجربة بشكل جيد؛ بينما العينة غير المباشرة فهي عبارة عن أفراد عائلات مرضى السكري وأعضاء الفريق الصحي الذين لديهم تجربة التعامل مع هؤلاء المرضى لمدة سنتين كحد أدنى وقادرين على التعبير عن هذه التجربة. مجموع عدد المشاركين بالبحث كان 19 شخصاً (12 نساء، 3 أفراد من عائلات المرضى، 3 ممرضات، و 1 طبيب) قاطنين في مدينة اللاذقية في الجمهورية العربية السورية، مدة المقابلة مع كل مريض تراوحت ما بين 20-40 دقيقة.

بعد الحصول على موافقة المشاركين بالبحث بشكل كتابي تم تسجيل كل المقابلات. وبعد انتهاء كل مقابلة، كُتب نص المقابلة بشكل دقيق و حرفي، ثم بعد تحليل معلومات المقابلة وبناءً على نتائج التحليل تم إجراء المقابلة التالية. تحليل بيانات البحث تم باستخدام تحليل المحتوى، حيث تحليل المحتوى الكيفي هو عبارة عن طريقة تستخدم الاستقراء مع بحث مستمر ومقارنة مستمرة بين بيانات الدراسة بهدف استخراج الطبقات والموضوعات الرئيسية من البيانات الأولية المأخوذة من المقابلات [23].

للتأكد من صحة البيانات التي تم الوصول إليها بعد تحليل المقابلات، تم الاستفادة من مراجعة المشاركين بالبحث Member Check حيث تم عرض بعض هذه البيانات على المشاركين بالبحث للتحقق فيما إذا كانت هذه البيانات حقاً تعكس وجهات نظرهم أم لا، و في حال تعارض بيانات الدراسة مع وجهات نظر المشاركين بالبحث، تم تصحيح البيانات لتعبر عن وجهات نظر المشاركين بالبحث بشكل دقيق. كما تم الاستفادة من المراجعة الخارجية External Check حيث تم عرض نص بعض المقابلات والطبقات التي استخرجت من هذه النصوص على ثلاثة من أعضاء الهيئة التدريسية في جامعة تربية مدرس الذين لديهم خبرة واسعة في مجال البحث الكيفي. أما من أجل تأمين فرصة تعميم أكبر لنتائج هذه الدراسة فقد تم اختيار عينة البحث بحيث يكون النساء المصابات يختلفن من النواحي الاجتماعية، الاقتصادية، والعلمية.

ومن الجدير بالذكر أنّ هـ في هذا البحث قد تم مراعاة الاعتبارات الأخلاقية للبحث العلمي، حيث بالبداية تم الحصول على موافقة هيئة البحث العلمي من جامعة تربية مدرس للبدء بالمقابلات في مركز السكري في مدينة

اللاذقية في الجمهورية العربية السورية. ثم بعد ذلك تم الحصول على كتاب من جامعة تشرين متضمناً الموافقة على البحث وموجهاً إلى الجهات المعنية بالدراسة من أجل تسهيل إجراء المقابلات. كما تم في كل مقابلة الحصول على موافقة المشارك الكتابية والشفهية للمشاركة في البحث وتسجيل المقابلة، توضيح الهدف من الدراسة، كما تم إعلام المشارك بالبحث بحقه بالانسحاب من الدراسة متى يشاء دون أية أضرار، وأن المعلومات التي ستؤخذ هي معلومات سرية وستكون في متناول يد الباحث فقط.

## النتائج والمناقشة:

### النتائج:

لقد تم استخراج سبعة مفاهيم ومحورين مرتبطين بالمشكلات النفسية-الاجتماعية من 19 مقابلة مع المشاركين بالبحث كما في الجدول رقم (1).

الجدول (1) يبين المشكلات النفسية-الاجتماعية للنساء المصابات بداء السكري في سورية.

النسبة المئوية	المفاهيم الثانوية	المحاور الرئيسية
16.7 %	الخجل	المشكلات النفسية
66.7 %	الضغط النفسي	
83.3 %	الكآبة	
50 %	الخوف	
33.3 %	مشكلات مرتبطة بالعائلة (المشكلات الجنسية)	المشكلات الاجتماعية
16.7 %	مشكلات مرتبطة بالمجتمع (محدودية العلاقات الاجتماعية)	
58.3 %	مشكلات ناشئة عن طبيعة داء السكري المزمنة (الأثر السلبي للسكري على مختلف نواحي الحياة، عدم الاستمتاع بالعيش، و صعوبة العيش مع السكري)	

أولاً) **المشكلات النفسية:** لقد بين المشاركون بالبحث المشكلات النفسية التالية: الشعور بالخجل، الضغط النفسي، الكآبة، والخوف.

1- الشعور بالخجل: لقد عبر المشاركون بالبحث عن الشعور بالخجل من داء السكري وبشكل خاص من الحماية الغذائية "أشعر بالخجل عندما أكون ضيفة عند أحدهم وهؤلاء الناس يقدمون لي الفواكه والقهوة، وأنا أقول لا أبداً هذه الفواكه مضرّة... هذا الطعام يؤدي صحتي لا أستطيع تناوله، وهم يقولون لا ليس لهذه الدرجة... قطعة واحدة لن تؤثر... في الواقع مثل هذا الشيء يشعرني بالخجل والإحراج الشديد و أحياناً لا أُرغب بالقول أنني مريضة سكري".

2- الضغط النفسي: لقد ذكر المشاركون بالبحث المعاناة من ضغط وعدم راحة نفسية مستمرة ناجمة عن السكري "أعتقد أن الراحة النفسية هي من أهم الأمور من أجل ضبط سكر الدم، لكن للأسف بعد إصابتي بالسكري لم أنعم بالراحة النفسية مطلقاً. في الحقيقة بعد إصابتي بالسكري أصبحت عصبية و حساسة جداً وأنا متأكدة أن السبب الأساسي لحدوث مضاعفات سكرية عندي هو الضغط وعدم الراحة النفسية".

3-الكآبة: أشار المشاركون بالبحث وبشكل خاص في الفترة الأولى بعد تشخيص المرض لهم بالشعور بكآبة شديدة.

"طبعاً عندما سمعت أنني مصابة بالسكري...سبب لي هذا الخبر كآبة شديدة لأن الصحة والسلامة أهم شيء في حياة الإنسان، و بهذا الخبر أحسست أنني فقدت سلامتي".

4-الخوف: بين المشاركون بالبحث شعورهم بالخوف مما يلي: الابتلاء بمضاعفات السكري، الموت، وحقن الأنسولين.

"في الحقيقة أشعر بخوف شديد من الإصابة بمضاعفات السكري لأنها تسبب خطراً كبيراً على حياة الإنسان و تعني أنني اقتربت من آخر أيام عمري".

"أنا أشعر بالراحة النفسية من تناول أقراص الدواء فهي أفضل من حقن الأنسولين، في الواقع أخاف جداً من الأنسولين، لأن الأنسولين إنذار شؤم ويعني أن وضعي الصحي أصبح أسوأ، لذلك مجرد سماع فكرة تحول علاجي من حيوب إلى أنسولين أشعر بخوف شديد".

"والله أنا أشعر بالخوف من الموت بسبب السكري بشكل خاص بعد وفاة جدتي وأمي منه، فالسكري في عائلتي مرض وراثي، حيث أختي الكبيرة تعاني من مضاعفات كثيرة وكل فترة تدخل المستشفى بشكل إسعافي وتبقى عدة أيام هناك".

**ثانياً) المشكلات الاجتماعية:** لقد أشار المشاركون في هذا البحث إلى المشكلات التالية: مشكلات مرتبطة بالعائلة مثل المشكلات الجنسية، مشكلات مرتبطة بالمجتمع مثل محدودية العلاقات الاجتماعية، ومشكلات ناشئة عن طبيعة داء السكري المزمنة مثل الأثر السلبي للسكري على مختلف نواحي الحياة، عدم الاستمتاع بالحياة، و صعوبة العيش مع مرض السكري.

1-المشكلات المرتبطة بالعائلة: المشكلات الجنسية تُعتبر من المشكلات العائلية الرئيسية الناشئة عن السكري، حيث البرودة الجنسية كانت سبب عصبية وعدم رضاء الزوج بشكل مستمر، وكانت سبب رئيسي لزوجته مرة ثانية. "بسبب المشكلات الجنسية زوجي طلقني وتزوج من امرأة أخرى، لقد كان ذلك الوقت صعباً جداً لأن زوجي لم يكن راضياً عن علاقتنا الزوجية إطلاقاً".

2-المشكلات المرتبطة بالمجتمع: عبّر المشاركون بالبحث عن تحدد وانحسار العلاقات الاجتماعية بسبب ردود أفعال الآخرين السلبية تجاه المرضى مثل إظهار مشاعر الشفقة و الترحم.

"والله، السكري كان سبب عدم زيارة جيراني و أصدقائي، حيث إن إصرار المحيط عند القيام بزيارة ما على تناول هذا الكأس من الشراب وهذه القطعة من الفواكه، وقولهم هذا لن يكون سبباً لارتفاع سكر الدم عندك، ثم قولهم آه...يا حرام...لا تستطيع أكل ما تشتهي، بالحقيقة تكرر هذا الموقف من قبل الآخرين في كل زيارة بالنسبة لي مزعج للغاية وسبب عدم رغبتني بالخروج من المنزل".

3-مشكلات ناشئة عن طبيعة داء السكري المزمنة: الأثر السلبي للسكري على مختلف نواحي الحياة، عدم الاستمتاع بالعيش، و صعوبة العيش مع السكري كانت مشكلات ناجمة عن كون داء السكري مرض مزمن. "والله مرض السكري أثر بشكل كبير على جوانب حياتي كافة حيث إنه أدى إلى تغيير في دوري كزوجة و أم".

"في الحقيقة لا أشعر بطعم الحياة، ولا أستمتع بشيء أبداً لأنني دوماً أفكر أن هذا المرض سيبقى مرافقاً لي مدى الحياة، وأقول لنفسني أنا اليوم أستطيع العناية بنفسني والقيام بواجباتي المنزلية، ولكن ماذا سيحدث لي و لعائلتي غداً إن فقدت هذه القدرة".

"العيش مع مرض مزمن ليوم الذهاب للقبر صعب جداً لأنه بسبب هذا المرضى قلت حركتي ونشاطي، خصوصاً عند ما يرتفع مستوى سكر الدم...عندئذٍ لا أستطيع القيام حتى بأبسط الأعمال مثل نقل شيء صغير من هذا المكان إلى ذاك المكان".

#### المناقشة:

إن المشاركين بهذه الدراسة أشاروا إلى وجود عدد من المشكلات النفسية-الاجتماعية الناجمة عن داء السكري والتي تؤثر بشكل سلبي على ضبط السكر لديهم، حيث معرفة هذه المشكلات من شأنها أن تساعد في اتخاذ خطوات مهمة بهدف تحسين عملية ضبط مستوى سكر الدم لدى النساء المصابات بالسكري في مرحلة منتصف العمر.

**المشكلات النفسية:** إحدى المشكلات النفسية التي تم ذكرها من قبل المشاركين بهذه الدراسة كان الشعور بالخل من السكري والحميات الغذائية المتبعة، هذه النتيجة متوافقة مع نتائج دراسة (Weiler & Crist, 2009) التي أكدت أن البالغين المصابين بالسكري يشعرون بالخل من ابتلائهم بالسكري وهذا الشعور بدوره يؤثر تأثيراً سلبياً على طريقة رعاية أنفسهم [24].

كما بين المشاركون بالبحث أن الضغط النفسي المستمر مشكلة نفسية ذات تأثير سلبي على عملية ضبط السكر لديهم، حول هذا الموضوع ذكر (Peyrot et al, 2005) أن عدداً كبيراً من المصابين بداء السكري يعانون من ضغط نفسي كبير وسلامة روحية ضعيفة، ويُعتبر هذا الضغط سبباً رئيسياً لعدم التزام هؤلاء المرضى بعلاجهم بشكل جيد [12]، أيضاً نتائج دراسة (Herpertz et al, 2002) أكدت هذا الموضوع وأظهرت أن الضغوط النفسية بين المصابين بالسكري شائعة بشكل كبير جداً، و هي مترافقة عادةً مع ضبط سكر دم ضعيف [25].

الشعور بالكآبة الناجمة عن الإصابة بالسكري مشكلة نفسية أخرى ذُكرت ضمن نتائج هذا البحث، لقد لاحظنا اتفاقاً بين دراستنا و دراسات عديدة أكدت أن الشعور بالكآبة الناجم عن الإصابة بالسكري من أهم المشكلات النفسية الشائعة بين النساء المصابات بداء السكري و التي بلغت نسبة الضعف بالمقارنة مع الرجال المصابين [16, 26].

أشار المشاركون بالبحث أيضاً إلى الشعور بالخوف المستمر الناجم عن خوفهم من الابتلاء بمضاعفات السكري، الموت، وحقن الأنسولين. ضمن مضممار الخوف من الابتلاء بمضاعفات السكري أشار تقرير كيفية الرعاية الصحية القومي National Healthcare Quality Report لعام 2003 أنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار شعور الأفراد المصابين بالسكري بالاضطراب والخوف الشديدين من مضاعفات السكري والتهديد الناشئ عن هذه المضاعفات [27]. بالإضافة لما سبق ذكر المشاركون شعورهم بالخوف من الموت بعد الإصابة بالمرض بسبب كثرة عدد الوفيات الناجمة عن السكري، و قد اتفقت دراستنا مع دراسة (Fox et al, 2007) التي بينت أن داء السكري مشكلة صحية خطيرة تسبب الكثير من الوفيات [28]، لذلك يمكن القول بأن داء السكري سبب رئيسي لزيادة نسبة الوفيات لدرجة أنه يشكل عبئاً اقتصادياً ثقيلاً على المجتمع [29]. كما ذكر المشاركون بالبحث بالخوف من تبديل علاجهم من أقراص دوائية إلى حقن الأنسولين، وهذا متوافق مع دراسة سابقة (Matshima et al, 1996) أكدت أن حقن الأنسولين لبعض المرضى بعد تشخيص السكري يسبب لهم أزمة حقيقة، لذلك القيام ببعض الإجراءات والتوجهات لمراعاة الحالة النفسية للمرضى قبل البدء بحقن الأنسولين أمر ضروري جداً [30].

**المشكلات الاجتماعية:** من المشكلات الاجتماعية التي ذكرها المشاركون بالبحث المشكلات العائلية الناجمة عن البرودة الجنسية و المؤدية في بعض الأحيان إلى الزواج الثاني، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Alavia, 2004) التي أظهرت أن المصابات بالسكري يعانون من الضعف الجنسي وعدم الشعور باللذة الجنسية، مما يسبب مشكلات كثيرة مع الزوج وبالتالي عدم الشعور بالراحة النفسية بشكل مستمر [31].

كما بين المشاركون بالبحث محدودية العلاقات الاجتماعية بسبب ردود أفعال الأفراد الآخرين غير المناسبة على إصابتهم بالسكري مثل إظهار مشاعر الترحم والأسى عليهم، وقد أكدت دراسة (Weiler & Crist, 2009) عدم راحة المصابين بالسكري من إظهار الآخرين مشاعر الشفقة و الترحم عليهم [24].

ذكر المشاركون بالبحث أيضاً مشكلات ناشئة عن طبيعة داء السكري المزمنة مثل الأثر السلبي للسكري على كافة جوانب الحياة، عدم الاستمتاع بالحياة، و صعوبة العيش مع داء السكري مدى الحياة. ضمن هذا المجال أشارت الدراسات السابقة إلى أن داء السكري من أعقد الأمراض المزمنة حيث تأثيرات السكري على الحياة كثيرة جداً، وضبط هذا المرض يحتاج إجراءات متعددة [32]. دراسة أخرى أظهرت أن السكري ليس فقط عبئاً مالياً ثقيلاً على المريض وعائلته، إنما للسكري أيضاً أثر سلبي شديد على كيفية حياتهم [33]. بالإضافة لما سبق نتائج دراسة أخرى أكدت أن السكري بالفعل مرض مزمن يؤثر على مختلف نواحي الحياة حيث يصبح الأفراد مجبورين على إتباع العلاج و الالتزام بالحميات الغذائية مدى الحياة [34]. كما أن نتائج دراسة (Wray et al, 2005) بينت صعوبة الحياة مع داء السكري حيث إن العجز ونقص النشاط مشكلة صحية مترافقة مع داء السكري في سني منتصف العمر وعند الكبر في السن، وهذه المشكلة تستدعي متابعة وإجراءات خاصة [35].

### الاستنتاجات والتوصيات:

بناءً على نتائج البحث الحالي، نجد أن داء السكري وبشكل خاص المشكلات النفسية-الاجتماعية الناجمة عنه تسبب عبئاً شديداً على النساء المصابات بداء السكري وعائلاتهم، كما أنها تؤثر على عملية ضبط سكر الدم لديهم. لذلك وبما أن العوامل النفسية-الاجتماعية هي مفتاح تحسين الرعاية الذاتية للسكري عند المرضى المصابين بداء السكري هذه الدراسة تؤكد على ضرورة الأخذ بعين الاعتبار المشكلات النفسية-الاجتماعية عند تقديم الرعاية الصحية للمرضى المصابين بداء السكري وذلك من خلال تقديم الرعاية الصحية النفسية-الاجتماعية لهؤلاء المرضى. وبالتالي من أجل تحقيق ذلك الهدف لا بد من تأمين فريق صحي يملك مهارات كافية لكشف المشكلات النفسية-الاجتماعية للمرضى المصابين بداء السكري بالإضافة إلى المهارة لإدارة تلك المشكلات من خلال تقديم الإجراءات الصحية.

المراجع:

- 1- LARIJANI, B.; BAGHER, M.; ZAHED, F. *Epidemiology of diabetes mellitus in Iran*. Iranian Journal of Diabete and Lipid Disorders, 1, 1, 2003, 1-8.
- 2- KHORASANI, P.; ESKANDARI, M. *Comprehensive Epidemiology in Health Sciences*. Kankash Co, Tehran, 2004.
- 3- WILD, S.; ROGLIC, G.; & GREEN, A. *Global prevalence of diabetes, estimates of the year 2000 & projections for 2030*. Diabetes Care, 27, 5, 2004, 1047-51.
- 4- MITRA, A.; BHATTACHARYA, D.; ROY, S. *Dietary influence on type 2 Diabetes (NIDDM)*. J. Hum. Ecol, 21, 2, 2007, 139-147.
- 5- AJLOUNI, K.; KHADER, Y.; BATIEHA, A.; et al. *An increase in prevalence of diabetes mellitus in Jordan over 10 years*. J. Diabetes Complications, 22, 5, 2008, 317-324.
- 6- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Diabetes Atlas*. 2nd ed., 2003.
- 7- MALIK, M.; BAKIR, A.; ABI SAAB, B.; KING, H. *Glucose intolerance and associated factors in the multi-ethnic population of the United Arab Emirates: Results of a national survey*. Diabetes Research and Clinical Practice, 69, 2, 2005, 188-195.
- 8- SHABAN I. *Country Profile. Intra II Project*. Ministry of Health. Primary Health Care Directorate, Elderly Health Department, 2003.
- 9- OHANIAN, L.; ALJABI, M. *Generex Biotechnologyc Submits Syrian Dossier*. Generex Biotechnologyc Corporation, Damascus, 2008.
- 10- Albach, N. *Epidemiological studies lay the ground for Syrian diabetes campaign*. Diabetes Voice, 46, 3, 2001, 18-21.
- 11- SCHLUNDT, D.G.; PICHERT, J.W.; GREGORY, B.; DAVIS, D. *Eating and Diabetes: A Patient Centered Approach*. In: ANDERSON, B.; RUBIN, R. *Practical Psychology for Diabetes Clinicians: Effective Techniques for Key Behavioral Issues*. American Diabetes Association, 2003, 73-82.
- 12- PEYROT, M.; RUBIN, R.; LAURITZEN, T.; et al. *Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study*. Diabet. Med, 22, 10, 2005, 1379-1385.
- 13- LUSTMAN, P.J.; ANDERSON, R.J.; FREELAND, K.E.; et al. *Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature*. Diabetes Care, 23, 7, 2000, 934-942.
- 14- OZAN, S.; & SAHIN, N. *Reproductive health in women with diabetes – the need for pre-conception care and education*. Diabetes Voice, 54, Special Issue, 2009, 21-24.
- 15- BARRETT-CONNOR, E.; GIARDINA, E.; GITT, A.; et al. *Women and heart disease: the role of diabetes and hyperglycemia*. Arch Intern Med, 164, 9, 2004, 934-42.
- 16- ANDERSON, R.J.; FREEDLAND, K.E.; CLOUSE, R.E.; LUSTMAN, P.J. *The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta analysis*. Diabetes Care, 24, 6, 2001, 1069-1078.
- 17- MINKYOUNG, S.; TERRI, H.L. *Concept analysis: Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus*. International Journal of Nursing Studies, 45, 11, 2008, 1700-1710.
- 18- PAUL, S.C.; WAYNE, J.K.; JOAN E.R.; EDWARDd, A.W. *The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes*. Am J Psychiatry, 158, 1, 2001, 29-35.
- 19- NICOLA, A.; MANISHA, C. *The impact of ethnicity on type 2 diabetes*. Journal of Diabetes and Its Complications, 17, 2003, 39-58.

- 20- POUWER, F.; BEEKMAN, A.F.; NIJPELS, G. *Rates and risks for co-morbid depression in patients with type 2 diabetes mellitus: results from a community-based study*. Diabetologia, 46, 2003, 892–898.
- 21- POLITE, D.F.; BECK, C.T. *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization*. 6 nd. ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006.
- 22- STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4 th ed. Lippincott Williams & Wilkins., Philadelphia, 2007.
- 23- HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. *Three approaches to qualitative content analysis*. Qualitative Health Research, 15, 9, 2005,1277.
- 24- WEILER, D.; CRIST, J. *Diabetes Self-management in a Latino Social Environment*. The Diabetes Educator, 35, 2, 2009, 285-292.
- 25- HERPERTZ, S.; KRAMER-PAUST, R.; PAUST, R.; et al. *Association between psychosocial stress and psychosocial support in diabetic patients*. International Congress Series, 1241 (September), 2002, 51–58.
- 26- MANUEL, D.G.; SCHULTZ, S.E. *Diabetes Health Status and Risk Factors*. In: HUX, J.E.; BOOTH, G.L.; SLAUGHTER, P.M.; LAUPACIS A. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, 2003, 480.
- 27- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *National Healthcare Quality Report: Summary*. AHRQ Publication No. 04-RG003, 2003.
- 28- FOX, C.; COADY, S.; SORLIE, P. *Increasing cardiovascular disease burden due to diabetes mellitus: the Framingham Heart Study*. Circulation, 115, 12, 2007, 1544–1550.
- 29- ALBERT, K.G.; ZIMMET, P.; SHAW, J. *International Diabetes Federation: a consensus on type 2 diabetes prevention*. Diabet. Med, 24, special report, 2007, 451–463.
- 30- MATSUSHIMA, M.; SHIMIZU, K.; MARUYAMA, M.; et al. *Socioeconomic and behavioural risk factors for mortality of individuals with IDDM in Japan: Population-based case-control study*. Diabetes Epidemiology Research International (DERI) US-Japan Mortality Study Group. Diabetologia, 39, 6, 1996, 710-6.
- 31- ALAVIA M.N. *Designing and testing the caring Model in diabetes mellitus* (doctoral dissertation). Tarbiat Modares University, Tehran, 2004.
- 32- SRIDHAR, G.R.; & MADHU, K. *Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus*. Curr Sci, 83, Special Section, 2002, 1556-64.
- 33- ANDERSON, RM.; FUNNELL, M.M. *The art of empowerment: psychology in diabetes care*. American Diabetes Association, 2000.
- 34- VAN DEN AREND, I.M.; RUTTEN, G.M.; SCHRIJVERS, G.P., STOLK, R.P. *Experts' opinions on the profile of optimal care for patients with diabetes mellitus type 2 in the Netherlands*. The Dutch Journal of Medicine, 58, 6, 2001, 225–23.
- 35- WRAY, L.A.; OFSTEDAL, M.B.; LANGA, K.M.; BLAUM, C.S. *The Effect of Diabetes on Disability in Middle-Aged and Older Adults*. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 60, 9, 2005, 1206–1211.