جامعة يحي فارس المدية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قســـــم العلوم الاجتماعية

فعالية تقنية الاسترخاء في تخفيف القلق لدى مرضى السكري- دراسة سيكوديناميةـ

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر ضمن تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:
أحلام بن موسى
نور الهدى حراث

إشراف الأستاذة:
أمينة بلحاج

لجنة المناقشة

اسم ولقب الأستاذ	الجامعة	الصفة
ديهية مـوفق	جامعة يحي فارس المدية	رئيساً
أمينـة بلحـاج	جامعة يحي فارس المدية	مشرفاً
فتحية بوعيشة	جامعة يحي فارس المدية	مناقشاً

السنة الجامعة: 2020/2019

بسم الله الرحمان الرحيم

شكر وعرفان

الحمد لله صاحب الكمال والتيسير والثناء على خاتم الأنبياء

عليه أفضل الصلاة والسلام.

أما بعد:

فيكون أول الشكر لله تعالى الذي وفقنا لإكمال هذا العمل المتواضع، فهو المنعم والمتفضل قبل

كل شيء، بأن هيأ لنا وأرشدنا لإعداد هذه الدراسة.

كما نتقدم بشكر وامتنان خاص إلى المشرفة على هذا العمل، الأستاذة **أمينة بلحاج**، التي لم تبخل

علينا بنصائحها القيمة وتوجيهاتها الصائبة.

ونتقدم بالشكر إلى كل أساتذتنا الكرام وكل من ساهم في إثمار هذه الدراسة.

إهداء

إلى من منحاني القوة والشجاعة حتى أصل لهذه المرحلة

أمي حفظها الله

أبي رحمه الله؛

إلى من قاسمني طعم الحياة وشاركني النفس والروح

زوجي حفظه الله؛

إلى كل من عرف أحلام من قريب أو من بعيد؛

أهدي ثمرة هذا الجهد.



إهداء

أهدي ثمرة جهدي

إلى روح والدي الطاهرة رحمة الله عليه، إلى الإنسان الذي رحل وما زال يعيش في داخلي؛

إلى نبع الحنان التي زرعت في نفسي الطموح والمثابرة وغرست بداخلي الحب والعطاء وعلمتني معنى الوفاء، أطال الله في عمرها وأمدها الصحة والعافية، أمي الغالية؛

إلى إخوتي الذين شاركوني عش الأسرة الدافئ الحنون؛

إلى صاحب النوايا الطيبة خطيبي.

نور الهدى

فهرس المحتويات

الموضـــــــوع	الصفحة
الشكر والإهداء	–
فهرس المحتويات	–
فهرس الجداول	–
مقدمة	أ
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية	
1- الإشكالية	06
2- الفرضيات	09
3- أهمية الدراسة	10
4- أهداف الدراسة	10
5- ضبط مفاهيم الدراسة	11
6- الدراسات السابقة	12
الفصل الثاني: القلق	
تمهيد	18
1- تعريف القلق	19

2- الفرق بين القلق وبعض المفاهيم الأخرى	21
3- مستويات القلق	22
4- أنواع القلق	23
5- أعراض القلق	27
6- أسباب القلق	29
7- النظريات المفسرة للقلق	30
8- مكونات القلق	35
9- وظيفة القلق	36
10- تأثير القلق على الأداء	36
11- تشخيص القلق	39
12- علاج القلق	40
خلاصة	44
الفصل الثالث: داء السكري	
تمهيد	46
1- لمحة تاريخية عن داء السكري	47
2- تعريف داء السكري	48
3- آلية حدوث داء السكري	49
4- أنواع داء السكري	51
5- أعراض داء السكري	53
6- أسباب داء السكري	55
7- مضاعفات داء السكري	58

8- المراحل التي يمر بها مريض السكري	59
9- تشخيص داء السكري	60
10- علاج داء السكري	61
11- علاقة القلق بداء السكري	63
خلاصة	65
الفصل الرابع: الاسترخاء	
تمهيد	67
1- تعريف الاسترخاء	68
2- أنواع الاسترخاء	68
3- فوائد وأهداف الاسترخاء	71
4- استخدامات الاسترخاء	73
5- شروط تطبيق تقنية الاسترخاء	73
6- أثر الاسترخاء في تخفيف القلق	75
خلاصة	76
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	79
1- المنهج المستخدم في الدراسة	80
2- الدراسة الاستطلاعية	81
3- حدود الدراسة	82
4- عينة الدراسة	83

5- أدوات الدراسة	83
الفصل السادس: تصور النتائج في ظل الفرضيات المطروحة	
1- تصور سيرورة العمل	89
2-تصور النتائج في ظل الفرضيات المطروحة	90
خاتمة	95
قائمة المراجع	97
قائمة الملاحق	103

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	قائمة لبعض أنوع المهدئات النفسية	43
02	الفروق الأساسية بين النوع الأول والثاني من داء السكري	53
03	يبين خصائص العينة الافتراضية	83
04	يبين خصائص درجات مقياس القلق لتايلور	87

ملخص الدراسة:

حاولنا من خلال الدراسة الحالية تناول تقنية الاسترخاء النفسي ضمن منظور سيكوديناميي، بهدف التعرف على مدى فعاليتها في تخفيف القلق لدى مرضى السكري، وقد هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على درجة ونوعية القلق الذي يعاني منه مرضى السكري؛
- تعليم مرضى السكري وتدريبهم على أسلوب الاسترخاء لمواجهة القلق الذي يعايشونه جراء المرض أو جراء ضغوط خارجية، واختبار مدى فعالية هذه التقنية في تحقيق الصحة الجسدية للمريض؛
- تطبيق تقنية الاسترخاء سيكون بهدف التحقق من مدى فعالية أسلوب الاسترخاء في التخفيف من القلق، وكذلك بهدف ضبطه والتحكم فيه؛
- التحقق من مدى إمكانية نجاح التدخل النفسي (الاسترخاء) في تخفيض مستوى الغلوكوز بالدم وضبطه.

وباعتبار أن الكفالة العيادية تهدف أساسا إلى التشخيص والعلاج، قمنا باعتماد المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، كذلك الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية إضافة إلى مقياس القلق لتايلور؛ الذي تم اعتماده في القياس القبلي والبعدي للقلق، إضافة إلى تطبيق التقنية العلاجية المتمثلة في الاسترخاء، أما بالنسبة لعينة البحث فقد قام التصور النهائي للنتائج على ثلاث حالات افتراضية.

وبعد تحليل المعطيات الافتراضية توصلنا إلى النتائج التالية:

- يعاني مرضى السكري من درجة مرتفعة من القلق؛
- البرنامج العلاجي المتمثل في تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي تسمح بتخفيض مستوى القلق الذي يعاني منه مرضى السكري.

الكلمات المفتاحية: مرضى السكري، القلق، تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي.

Résumé de l'étude:

A travers la présente étude, nous avons tenté d'approcher la technique de relaxation psychologique dans une perspective psycho-dynamique, dans le but d'identifier son efficacité pour soulager l'angoisse chez les diabétiques.
L'étude visait à:

- ✓ Connaitre le degré et le type d'angoisse ressentis par les patients diabétiques;
- ✓ Enseigner aux diabétiques et les former à la technique de relaxation pour faire face à l'angoisse qu'ils éprouvent en raison de maladies ou de pressions externes, et tester l'efficacité de cette technique pour stabiliser la santé physique du patient;
- ✓ Appliquer la technique de relaxation visera à étudier l'efficacité de la technique de relaxation pour réduire l'angoisse, ainsi que dans le but de la contrôler et de la maitriser;
- ✓ Vérifier le succès de l'intervention psychologique (relaxation) dans la réduction et le contrôle de la glycémie.

Considérant que la prise en charge clinique vise principalement le diagnostic et le traitement, nous avons adopté l'approche clinique basée sur l'étude de cas, l'observation clinique et l'entretien clinique en plus de l'échelle d'angoisse de **Taylor**. Ce qui a été adopté dans la pré et post mesure de l'angoisse, en plus de l'application de la technique thérapeutique de la relaxation. Comme pour l'échantillon de recherche, la visualisation finale des résultats s'est basée sur trois cas hypothétiques.

Après avoir analysé les données, nous sommes arrivés aux résultats suivant:

- ✓ Les diabétiques ont un degré élevé d'angoisse;
- ✓ Le programme de traitement de la technique de relaxation musculaire progressive permet de réduire le niveau d'angoisse ressenti par les patients diabétiques.

Mots clés: Diabétiques, Angoisse, Technique de Relaxation Musculaire Progressive.

مقدمة

مقدمة:

أنعم الله على الإنسان بنعم كثيرة لا يستطيع حصرها مهما حاول، ومن هذه النعم نعمة الصحة والعافية، ولا شك أن صحة النفس لا تقل عن صحة الجسد والعقل، ولكن في ظل التطورات والتغيرات التي يعيشها الإنسان في مختلف مجالات الحياة وما يواجهه من مشكلات وضغوط مختلفة أثر ذلك على طبيعته المستقرة وحياته الهادئة.

فنجد أن الأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة كالشعور بالقلق والاكتئاب وأحيانا القنوط واليأس، وخاصة إذا كانت الأمراض الجسمية من الأمراض الخطيرة التي تهدد الحياة أو الأمراض المزمنة التي ستلازم الإنسان مدى حياته، كما أن للحالة النفسية تأثيرا واضحا على الصحة والجسم، والأمراض الجسمية نفسية المنشأ معروفة ومشهورة، وإن الحالة النفسية للمريض تلعب دورا مهما في حالته المرضية، فإذا عانى المريض من القلق والتوتر والخوف زادت في تفاقم الحالة واستعصائها على الشفاء، وإذا كانت معنويات المريض عالية ويشعر بالاطمئنان والرضا والاتزان النفسي أسهم ذلك في تحسن الحالة الصحية من خلال تحسن حالة جهاز المناعة لدى المريض.

ومن بين الأمراض النفسجسمية مرض السكري الذي هو موضوع دراستنا، فهو من الأمراض المزمنة التي لها آثار سلبية على المستوى البدني والنفسي والاجتماعي، حيث لا يسبب إعاقة للفرد فقط أو لأسرته بل للمجتمع ككل سواء من الناحية الصحية أو الاجتماعية بل الإنتاجية والاقتصادية أيضا.

وغالبا ما يؤدي مرض السكري إلى حدوث الكثير من المضاعفات ومنها أمراض القلب والشرايين وارتفاع نسبة الدهون بالإضافة إلى ضمور عضلات الأطراف وارتفاع ضغط الدم والتهاب الأعصاب المحيطية، والتي تؤدي في بعض الأحيان إلى بتر الساق، وقد يكون السبب في الموت وهذا هو مكمن المشكلة.

وبالتالي يصبح الفرد المصاب تحت ضغط نفسي من جراء هذه الإصابة، وتزداد درجة القلق والخوف والحذر والاهتمام بحالته، ويسعى بكل جهد للتخفيف من المرض والآلام عن طريق العلاج الطبي أو النفسي أو...إلخ على الأقل للتخفيف من حدة الضغط أو التوتر النفسي عن طريق استراتيجيات المقاومة الموجودة لديه، والتي اكتسبها الفرد من خلال الأعداد الهائلة من المعارف والاتجاهات والميول

والطاقات النفسية التي تؤثر على سلوكه، والتي بدورها يستخدمها لمواجهة مختلف الضغوطات والصعوبات ليحقق بعد ذلك توافقا نفسيا واجتماعيا من أجل أن يعيش بصورة طبيعية وسوية داخل بيئته ومجتمعه، وبصورة تمكنه من التكيف من جديد مع بيئته رغم تغير حالته عن السابق.

ضمن هذا الإطار ، إن العلاجات متعددة ومتنوعة، فنجد العلاج النفسي والذي هو نوع من العلاج المتخصص، تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض الجسدية نفسية المنشأ، وبهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض فقد استخدمنا العلاج بالاسترخاء الذي يتيح التعامل مع النفسية الداخلية والمعرفية، حيث تشير العديد من الدراسات والبحوث العلمية والعربية والمحلية إلى فعاليته في خفض أعراض العديد من الاضطرابات النفسية والسيكوفيزيولوجية، وجاءت هذه الدراسة لمعرفة فعالية هذه التقنية العلاجية في التخفيف من القلق لدى مرضى السكري.

وعليه فقد اشتملت الدراسة على جانبين أحدهما نظري والآخر تطبيقي، واحتوى الجانب النظري على **4** فصول وهي كالتالي:

خصص **الفصل الأول** للإطار العام للدراسة وتضمن إشكالية الدراسة وأهميتها بالإضافة إلى الأهداف وحددت فيه مصطلحات الدراسة كما تم استعراض أهم الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة؛

بينما يتطرق **الفصل الثاني** إلى القلق من حيث تعريفه وأنواعه وأعراضه وأسبابه بالإضافة إلى النظريات المفسرة له وطرق علاجه؛

ويخصص **الفصل الثالث** لداء السكري الذي يتدرج تحته نبذة تاريخية عنه، تعريفه، أنواعه، أسبابه، أعراضه، بالإضافة إلى طرق علاجه؛

في حين تناول **الفصل الرابع** تقنية الاسترخاء من حيث تعريفها، بالإضافة إلى أنواعها وفوائدها وأهدافها، وكذا استخداماتها وشروط تطبيقها؛

أما الجانب التطبيقي فاحتوى فصلين:

يتطرق **الفصل الخامس** إلى الإجراءات المنهجية للدراسة حيث يتضمن الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة ويحتوي حدود الدراسة الزمانية والمكانية وكذا عينة الدراسة وأدوات الدراسة؛

بينما **الفصل السادس** فيتطرق لتصور النتائج المتوقعة في ظل الفرضيات المدروسة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- ضبط مفاهيم الدراسة

6- الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

من المعلوم أن الإنسان يشكل وحدة متكاملة نفسجسمية، أي لا يمكن فصل الجانب الجسمي عن الجانب النفسي ولا يمكننا فهم أي اضطراب سواء كان جسميا أو نفسيا دون الأخذ بعين الاعتبار هذه الوحدة المتكاملة، وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية من أكثر الأمراض التي تميز الوقت الراهن، نظرا لما يتعرض له الفرد من توترات نفسية وضغوطات يومية ألحقت به الضرر، ويعتبر داء السكري من بين هذه الأمراض التي تغلغلت في وسط كل المجتمعات بمختلف أعمارهم وأجناسهم.

إذ يعرف داء السكري حسب **Nettina** أنه عبارة عن خلل في عملية تحمل الغلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس أو انعدام إفرازه أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة في نسبة السكر في الدم وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون. **(حامد طاهر، 2012، ص 314)**

ويعرف هذا الداء نسبة انتشار وزيادة واسعة، بحيث تشير جميع الدراسات إلى حدوث زيادة سريعة على الصعيد العالمي عامة والصعيد الوطني خاصة، وهذا ما أكدته وزارة الصحة الجزائرية حيث أصبح يقارب **3.5 مليون** مريض مصاب، ويحتل المرتبة الثانية من حيث عدد الإصابات بعد ارتفاع ضغط الدم الشرياني، والجزائر ستصنف حسب دراسات المنظمة العالمية للصحة وترقباتها لعام **(2025)** من ضمن الدول التي يطأها خطر كبير جراء مرض السكري. **(نوار وزكري، 2016، ص 86)**

وهذا ما أكدته الإحصائيات بحيث قدرت نسبته عام **(2019)** بأكثر من **5 ملايين** مصاب.

(www. Elchourok. Com)

وعلى الرغم من استطاعة الباحثين تحديد السبب المباشر بدقة لتلك الزيادة إلا أن هناك قناعة تامة لدى الكثيرين بأهمية مجموعة من الأسباب ساهمت في تلك الزيادة، مثل التزايد المستمر في نسبة البدانة في جميع المجتمعات والتغير الذي طرأ على العادات الغذائية أو العوامل الوراثية.

(الزهراني، 2006، ص 14)

لذلك من الصعب جدا التحكم في نسبة الإصابة بهذا الداء رغم النتائج الدقيقة التي توصلت إليها الأبحاث والدراسات فيما يتعلق بالأسباب أو العلاج، كذلك نجد أن داء السكري بما ينتج عنه من مظاهر إكلينيكية ككثرة التبول، شرب الماء، كثرة الأكل، فقدان الوزن، الإحساس بالتعب، كثرة العرق وغيرها... إلخ، يزيد من تعقد حياة الفرد، ويخلق مضاعفات ستضر بحالته الصحية.

(ميرود وآيت حمودة، 2014، ص 223)

وغالبا ما يقف داء السكري وراء ازدياد نسبة الوفيات بين أفراد العالم وقد يعود هذا الارتفاع إلى مجموعة من التعقيدات الصحية والمضاعفات ذات الخطورة التي يشكلها على المصابين به، حيث يصنف ضمن مجموعة الأسباب الرئيسية لفقدان البصر والإصابة بالعجز الكلوي، كما يعرض **80%** من المصابين للموت بسبب ارتباطه بالأمراض القلبية. **(نوار وزكري، 2016، ص 86)**

لذلك كثيرا ما يمثل داء السكري بالورم الخبيث الذي ينتشر ويتفاقم لأتفه الأسباب، فقد يُقتل الإنسان بفعل عاداته السيئة التي كانت قبلا نمطا لحياته اليومية، كالأكل غير الصحي أو عدم ممارسة الرياضة أو التواجد ضمن محيط متوتر وسلبي أو التعرض لضغوط مقلقة قد تكون تافهة لكنها بالنسبة لمريض السكري قد تكون قاتلة، فكما يعتبر داء السكري في حد ذاته مصدر ضيق بالنسبة للمصاب بحيث يجعله يعيش في دوامة من القلق، هذا الأخير يساهم بدوره إلى زيادة نسبة السكر في الدم، وهذا ما أكدته دراسة **Jacobson** عام **(1997)** لتأثير الاضطرابات النفسية على نوعية الحياة للمرضى المصابين بداء السكري، ومن أمثلة هذه الاضطرابات نجد القلق. **(ممدوح، 2001، ص 04)**

ويذكر **أحمد عبد الخالق** أن القلق هو انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد وعدم راحة واستقرار، وهو كذلك إحساس بالشد والتوتر وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، ولكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت ضرورات ملحة أو مواقف تصعب مواجهتها. **(عبد الواحد إبراهيم، 2014، ص 161)**

وفي إطار هذا التعريف نجد أن هناك علاقة بين أداء الفرد وبين مستوى القلق، فأداء الأشخاص الفكري والجسدي يتحسن مع ازدياد قلقهم، غير أن هذا الأداء يبلغ نقطة يبدأ فيها بالتراجع مع ازدياد مستوى القلق، وابتداء من هذه النقطة يكون تراجع الأداء سريعا جدا. **(مكنزي، 2013، ص 08)**

وهذا ما أكدته دراسة **رضوان عبد الكريم سعيد محمد** سنة **(2002)**، بعنوان "**القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات**"، والذي توصل فيها إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، أي أنه كلما زاد مستوى القلق قل مستوى السلوك الديني والعكس هو الصحيح، فسلوك الفرد حتى يتميز بالسلب أو الإيجاب يبقى متعلقا بعتبة محددة من القلق تختلف حسب الفرد.

وللقلق كحالة أو كسمة جملة من السلوكات المميزة التي تتحول إلى أعراض في حالة الاضطراب، منها سرعة الاستثارة، التخوف الشديد، التدقيق في التفاصيل، تسارع نبضات القلب، اليقظة المفرطة... إلخ، التي إذا لم يتم التعامل معها بشكل عقلاني وتفريغها في مقاصد وأهداف قد تتقلب على الفرد لتسيطر عليه وغالبا ما ينوب الجسد عن الفرد في ترجمة قلقه خاصة عندما تعجز قدرة الفرد العقلية عن التعامل مع المتغيرات الدخيلة، وهذا ما يعانيه مرضى السكري، إذا لا تسمح لهم صحتهم الجسدية بتحمل درجات عالية من القلق والتوتر مما قد يضر بصحتهم.

ومع تعدد النظريات والتفسيرات تعددت كذلك العلاجات الخاصة بالقلق، منها ما هو العلاج الدوائي والعلاج النفسي الذي يختلف من تحليلي، معرفي، سلوكي والعلاج البيئي، وانبثقت عنها العديد من التقنيات العلاجية التي أثبتت فعاليتها في التعامل مع الاضطرابات النفسية مثل القلق، ومن بينها نجد الاسترخاء النفسي بتعدد طرائقه، وتقوم تقنية الاسترخاء على مبدأ استحالة معايشة عاطفتين متناقضتين في ذات الوقت، أي أن يكون الفرد مسترخيا وفي ذات اللحظة يشعر بالقلق، فإما استرخاء وإما قلق.

وتعتبر هذه التقنية إحدى المقاربات العلاجية الأكثر استعمالا في الوقت الراهن، إذ تعد من أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، تهدف إلى راحة الجسم والنفس وذلك عن طريق التنفس العميق وتمرين الجسم كله على الاسترخاء وإزالة الشد العضلي.

فهو وسيلة مساعدة للفرد على التكيف مع الوضعيات الحياتية بشكل عام، ويوجد عدة أساليب استرخائية تطبق للتخفيف من التوتر والقلق، ولكن لكل أسلوب طريقة خاصة بتطبيقه مثل: أسلوب الاسترخاء لـ "**شولتز**" أو استرخاء التغذية الرجعية البيولوجية وغيرها، وأكثرها توظيفا واعتمادا بين الأخصائيين العياديين نجد الاسترخاء التدريجي لـ "**جاكوبسون**".

وقد تم الاستفادة من توظيف تقنية الاسترخاء سواء مع الحالات المرضية النفسية أو مع الأفراد المصابين بأمراض جسدية، بحيث تساعدهم في مراحل المرض المختلفة على التعامل بشكل أكثر حكمة وإيجابية مع حيثيات واقعهم الجديد، تساعدهم على تقبل المرض أولا وفي مراحل متقدمة على التعامل مع العواطف المعاشة بشكل يساعدهم على البقاء وعلى العيش بشكل أحسن.

ولقد ازداد الاهتمام بتقنية الاسترخاء من خلال العديد من الدراسات التي اهتمت بمدى فعالية هذه التقنية مثل دراسة لـ **محمد سليم خميس** سنة **(2011)**، بعنوان "**الاسترخاء كآلية لاحتواء القلق النفسي لدى مرضى الربو**"، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق لدى مرضى الربو، كما أظهرت النتائج فعالية تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق وذلك باختلاف مدة الإصابة بالمرض، وكذا عدم وجود فروق في فعالية تقنية الاسترخاء وذلك بين القياس البعدي.

وبما أن تقنية الاسترخاء جاءت بفعاليتها مع العديد من الأمراض الجسدية كالربو مثلا، لما لا يتم تطبيقها على مرضى السكري وتدريبهم عليها حتى تتحول إلى نمط حياتي صحي يسمح لهم بالتخفيف من العواطف التي قد تؤثر سلبا على استقرار حالتهم الصحية كالقلق مثلا، ومنه انبثق **تساؤل الدراسة الرئيسي:**

ما مدى فعالية تقنية الاسترخاء في التخفيف من القلق لدى مرضى السكري؟

ويتفرع هذا التساؤل العام إلى سؤالين فرعيين هما:

1- هل يعاني مرضى السكري من قلق مرتفع؟

2- هل تقنية الاسترخاء فعالة في تخفيف القلق لدى مرضى السكري؟

2- الفرضيات:

- يعاني مرضى السكري من درجة **مرتفعة** من القلق.

- تقنية الاسترخاء **فعالة** في تخفيف القلق لدى مرضى السكري.

3- أهمية الدراسة:

3-1- أهمية نظرية:

- توضيح أهمية عمل الأخصائي النفساني في متابعة مرضى السكري الذي يقدم لهم المساندة النفسية التي تدعم كيفية تعاملهم مع المرض؛

- تحسين الوعي الصحي، ورفع مستوى الاهتمام والإدراك لدى المصابين بمرض السكري للحد من مضاعفاته؛

- توضيح أهمية العلاج بالاسترخاء في التخفيف من بعض الاضطرابات كالقلق والتوتر.

3-2- أهمية تطبيقية:

- تقدم الدراسة دليلا عمليا متمثلا في استخدام تقنية الاسترخاء كآلية علاجية للتخفيف من القلق لدى المصابين بداء السكري؛

- كما تقدم خدمة علاجية وتدريبية للمصابين بداء السكري خاصة، والأمراض المزمنة عامة عن كيفية مواجهة ردود الفعل السلبية (القلق) أو بناء أفكار إيجابية تسمح لهم بالوصول إلى تحقيق جودة الحياة.

4- أهداف الدراسة:

1- تعليم مرضى السكري وتدريبهم على أسلوب الاسترخاء لمساعدة المريض على السيطرة على ردود أفعاله النفسية، واختبار مدى فعالية هذه التقنية في التحكم في الجوانب العضوية للمريض؛

2- تطبيق تقنية الاسترخاء سيكون بهدف التحقق من مدى فعالية أسلوب الاسترخاء في التخفيف من القلق، وكذلك بهدف ضبطه والتحكم فيه؛

3- التحقق من مدى إمكانية نجاح التدخل النفسي (الاسترخاء) في تخفيض مستوى الغلوكوز بالدم.

5- ضبط مفاهيم الدراسة:

5-1- السكري (Diabète):

- **لغة:** إن كلمة **Diabète** كلمة مشتقة من فعل يوناني يعني "الانتقال عبر" « Passer à travers» وهذا يعني أن الكلية لا تقوم بتصفية المواد التي تمر بها. **(حربوش، 2008، ص58)**

- **اصطلاحا:** مرض السكري هو متلازمة **Syndrome** ارتفاع سكر الدم تحدث بسبب نقص كلي أو نسبي لهرمون الأنسولين، وأعراضه ترجع إلى تغييرات في استقلاب الغلوكوز والدهون والبروتينات، وهذه التغيرات قد تؤدي إلى مضاعفات كلوية أو شبكية أو شريانية أو عصبية. **(عبد روس، 1993، ص 25)**

5-2- القلق (Angoise):

- **لغة:** تأتي كلمة قلق في أصلها من **Angusta**، وهي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إراديا، نتيجة عدم قدرة البدن على الحصول على مقادير كافية من الأكسجين.

(بن علو، 2003، ص 81)

- **اصطلاحا:** القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، والذي يتضمن شعورا بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع. **(المرزوقي، 2008، ص 37)**

- **إجرائيا:** القلق هو الدرجة التي تتحصل عليها أفراد العينة المتمثلة في مرضى السكري على مقياس القلق لـ "**تايلور**" قبل وبعد تطبيق تقنية الاسترخاء.

5-3- الاسترخاء (Relaxation):

- **لغة:** ورد في معجم المعاني الجامع أن الاسترخاء مشتق من مصدر استرخى، وكان الفرد في لحظة استرخاء أي في لحظة تمدد واستلقاء.

- **اصطلاحا:** حالة جسمية تشير إلى إراحة الجسم والعضلات وغلق العينين والتنفس بعمق وإراحة العقل من كل التأثيرات المجهدة. **(القشاعلة، 2018، ص 78)**

- **إجرائيا:** الاسترخاء التدريجي هو تقنية علاجية تشتمل على مجموعة من الخطوات، تُملى على العميل ويُطلب منه تنفيذها، وهي عبارة عن حركات من الشد والإرخاء لأعضاء وأطراف الجسم، قد تكون مرافقة بالموسيقى أو بدونها، تطبق على العينة المتمثلة في مرضى السكري.

6- الدراسات السابقة:

6-1- دراسات خاصة بالسكري:

- **دراسة مرفت عبد ربه عايش مقبل (2010):** التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة.

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا وكل من المتغيرات لدى مرضى السكري، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتم اختيار عينة الدراسة عشوائيا من المرضى المسجلين بمركز شهداء الرمال الحكومي، وبلغت العينة **300** مريض ومريضة.

وللوصول إلى نتائج الدراسة قامت الباحثة بتطبيق مقياس التوافق النفسي ومقياس قوة الأنا واستخدمت عدة أساليب إحصائية وبعضا من اختبارات المقارنة، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج، منها:

- وجود علاقة طردية دالة إحصائيا بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا لدى مرضى السكري؛

- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين نوع الإصابة بالسكري بالنسبة لدرجات التوافق النفسي وأبعاده.

- **دراسة بكيري نجيبة (2011):** أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين.

تهدف هذه الدراسة إلى مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس لديهم، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي على عينة تتألف من **16** طفل في المرحلة العمرية من **12** إلى **16** سنة، واستخدمت عدة مقاييس منها مقياس تقدير الذات للأطفال ومقياس المهارات الاجتماعية للأطفال، كما استعانت ببعض الأساليب الإحصائية.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها:

– يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري؛

– هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة (باستمارة التقويم الذاتي) بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.

6-2- دراسات خاصة بالقلق:

- **دراسة هالة بنت صادق دحلان (2003):** القلق والاكتئاب وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال المراجعين بأحد مراكز الرعاية الصحية بمدينة مكة المكرمة.

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال، والتعرف على الفروق بين الأعراض السيكوسوماتية ومستوى القلق والاكتئاب تبعا للمرحلة العمرية، والجنس والحالة الاجتماعية والاقتصادية، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي على عينة مكونة من **30** طفل وطفلة تتروح أعمارهم بين **6-12** سنة بمركز الرعاية الأولية بالرصيفة بمكة المكرمة.

كما استخدمت الباحثة عدد من الأساليب الإحصائية، وتوصلت إلى عدة نتائج من بينها:

– توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق وظهور الأعراض السيكوسوماتية؛

– توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب وظهور الأعراض السيكوسوماتية.

- **دراسة عايدة أحمد سليم البطنيحي (2015):** فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة.

هدفت الدراسة التعرف على فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة، ولتحقيق غرض الدراسة وفرضياتها اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، والمنهج التجريبي القائم على مجموعة واحدة على طلاب الصف التاسع أساسي، وقد

تم اختيارهم عشوائيا من أفراد المجتمع الأصلي للدراسة، والذين حصلوا على درجات عالية في مقياس القلق النفسي حيث بلغ عددهم **20** طالبا.

كما استخدمت الباحثة أداة الدراسة المتمثلة في مقياس القلق النفسي، والبرنامج المعرفي السلوكي المتضمن مهارات العقل والجسم، واستخدام بعض الأساليب الإحصائية للوصول إلى نتائج الدراسة، وتم التوصل إلى عدة نتائج من بينها:

– أن نسبة القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الجنوبية وصل إلى **(52,75%)**، الأمر الذي دعى الباحثة إلى تطبيق برنامج معرفي سلوكي "فنيات العقل والجسم" لخفض القلق النفسي لدى الطلبة الحاصلين على أعلى الدرجات على مقياس القلق النفسي؛

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة في القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي، وذلك لصالح التطبيق البعدي.

6-3- دراسات خاصة بالاسترخاء:

- **دراسة قيصاري علي وقندوزان نذير (2016):** فعالية أسلوب الاسترخاء العضلي التدريجي في التخفيف من قلق المباراة الرياضية للاعبي كرة القدم.

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية أسلوب الاسترخاء العضلي التدريجي في التخفيف من قلق المباراة للاعبي كرة القدم من خلال الإجابة على الفرض العام مفاده أن الاسترخاء العضلي التدريجي يساهم في التخفيف من حدة قلق المباراة لدى لاعبي كرة القدم، استخدم الباحثان المنهج التجريبي لملائمة طبيعة الدراسة على عينة قوامها 14 لاعبتم تقسيمها إلى مجموعتين ضابطة وأخرى تجريبية، استخدم الباحثان أداة لقياس القلق وهو **مقياس محمد حسن علاوي (1994)** لقياس قلق المباراة بالإضافة إلى برنامج تدريبي لأسلوب الاسترخاء العضلي للمعالجة الإحصائية لنتائج SPSS.

وأسفرت النتائج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، وأيضا تستمر فاعلية الاسترخاء العضلي التدريجي في التخفيف من قلق المباراة بعد انتهاء فترة المتابعة.

- **دراسة حمزاوي زهية (2018):** فاعلية الاسترخاء التصاعدي لجاكوبسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا.

تهدف الدراسة إلى الكشف عن فاعلية الاسترخاء التصاعدي لجاكوبسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا، وقد اعتمدت الباحثة على المنتهج العيادي التجريبي، وهذا بتطبيق مقياس قلق الامتحان لسارسون كقياس قبلي وبعدي واستخدام التقنية العلاجية المتمثلة في **الاسترخاء التصاعدي لجاكوبسون** على أربعة طالبات تخصص آداب وفلسفة، يتراوح سنهن ما بين **17-19 سنة**، شرط أن يكون تحصيلهن ما بين المتوسط والجيد وغير معيدات للسنة، وبينت نتائج الدراسة أنه هناك فاعلية للعلاج بالاسترخاء التصاعدي لجاكوبسون في التخفيف من قلق الامتحان، كما وجد أيضا اختلاف في فاعلية العلاج بالاسترخاء التصاعدي لجاكوبسون على مستوى أبعاد قلق الامتحان لسارسون (المعرفي، السلوكي، الجسمي) للطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا، حيث أثبتت النتائج المتحصل عليها اختلافا في فاعلية العلاج بالاسترخاء أكثر على مستوى البعد السلوكي، يليه كل من البعد المعرفي والجسمي بنسب متقاربة.

*** التعقيب على الدراسات السابقة:**

- **من حيث المنهج:** اختلفت أغلب الدراسات من حيث المنهج المتبع مع الدراسة الحالية التي استعملت المنهج العيادي باستثناء دراسة **حمزاوي زهية (2018)** أما باقي الدراسات فكان منهجها وصفي وتجريبي.

- **من حيث الأهداف:** اختلفت جل أهداف الدراسات السابقة عن أهداف الدراسة الحالية منها ما تصب في أهداف قريبة من أحد المتغيرات ومنها دراسات تشابهت مع الأهداف في الدراسة الحالية في الكشف على مدى فعالية أو التأثير لتقنية الاسترخاء.

- **من حيث الأدوات:** بالنسبة للأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة فقد كانت متنوعة، بحيث تم استخدام تقنية الاسترخاء في كل الدراسات التي تناولت الاسترخاء، كما تم تطبيق مقاييس القلق في الدراسات المتعلقة بالقلق، ولكن ليس مقياس القلق لتايلور.

- **من حيث العينة:** اختلفت عينة الدراسات السابقة عن عينة دراستنا، فاحتوت على فئة الأطفال والمراهقين ، بخلاف دراستنا التي احتوت على فئة الراشدين،

- **من حيث النتائج:** اختلفت نتائج الدراسات السابقة باختلاف أهدافها ومتغيراتها فهناك من اشتركت نتائجها في متغير كمتغير القلق في الدراسات الخاصة بالاسترخاء، بحيث كان لهذه التقنية أثرا واضحا في التخفيف من القلق.

وبشكل عام تشترك الدراسة الحالية مع الدراسات المقدمة في كونها تسلط الضوء على أهمية وفعالية تقنية الاسترخاء التدريجي في التعامل مع الكثير من العواطف النفسية والأحداث النفسية التي يمر بها الفرد سواء كاجتياز امتحان كالبكالوريا مثلا أو لعب مباراة أو صدمة تلقي خبر الإصابة بمرض ما، كذلك إمكانية الاستفادة منها في جميع المراحل العمرية، وبالتالي لا يجب النظر إليها على أنها تقنية تُرفه عن الفرد فقط وإنما يجب أخذها بجدية على أنها تقنية علاجية أولا ثم استيراتيجية وقائية ثانيا،تقنية علاجية تسمح بعلاج العديد من الاضطرابات النفسية وتمنح الفرد حالة من الهدوء النفسي والوضوح الذي يساعده على رمي ما يثقل نفسه من عواطف سلبية ويسممها، وهذا ما يعرف بالتفريغ النفسي والتنفيس الذي يتحصل عليه عادة من جلسات التداعي الحر، ووقائية ثانيا لأنها تمنح الفرد الاستيراتيجية المناسبة ليتفادى تبذير طاقته النفسية على ما يعكر صفو نفسه وكذلك ينير دربه نحو الاستمتاع بجودة الحياة بالتركيز على كل ما هو إيجابي فيها.

الفصل الثاني

القلـــــــــق

تمهيد

1- تعريف القلق

2- الفرق بين القلق وبعض المفاهيم الأخرى

3- مستويات القلق

4- أنواع القلق

5- أعراض القلق

6- أسباب القلق

7- النظريات المفسرة للقلق

8- مكونات القلق

9- وظيفة القلق

10- تأثير القلق على الأداء

11- تشخيص القلق

12- علاج القلق

خلاصة

تمهيد:

يطلق الكثيرون على عصرنا الحالي عصر القلق، وهذا راجع إلى أن نسبة هائلة من المجتمع تعاني من القلق على اختلاف أنواعه، وقد رُبط القلق بهذا العصر لما يشهده المجتمع من تغيرات غير متوقعة وضغوط عديدة يعيشها الفرد يوميا تستلزم منه الاستعداد الدائم حتى يستطيع التكيف معها، والقلق حالة انفعالية قد تكون مؤقتة تتسم بالخوف الغامض الشديد نتيجة توقع خطر قد يحدث، وهذا القلق يصاحبه أعراض نفسية وجسمية، وهو راجع لأسباب عديدة، فقد يعود لأسباب نفسية أو جسمية أو وراثية... إلخ، وللقلق أنواع ومستويات سنتطرق إليها في هذا الفصل، كما سنتطرق أيضا إلى النظريات التي تفسره، مرورا بنقاط أخرى، وفي الأخير سنتطرق إلى طرق علاج القلق.

1- تعريف القلق (Angoise):

لم ترد كلمة القلق ولا مصدرها الثلاثي في القرآن الكريم ولا في حديث الرسول صلى الله عليه وسلم، أما في معاجم اللغة العربية فيشير مصطلح القلق إلى حالة الانزعاج والحركة المضطربة.

وفي اللغة الانجليزية يقابل القلق مصطلح « **Anxiety** » حيث يعرف في معجم **اكسفورد Oxford (1989)** على أنه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل"، كما يعرف في معجم **وبستر Webster (1991)** على أنه "إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائما بعلامات فيسيولوجية مثل التعرق والتوتر وازدياد نبات القلب، وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة طبيعة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح".

(حسين فرج، 2009، ص 127)

كما أنه لا يوجد تعريف واحد ونهائي للقلق، فمؤلفات علم النفس تزخر بتعريفات ومفاهيم عدة للقلق، وكل عالم وضح وعرف القلق حسب نظريته وحسب توجهه لنظرية معينة، وسنعرض مجموعة من التعاريف كالآتي:

يعرف **فرويد Freud** القلق بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان، ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدو مترددا عاجزا عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز. **(السيد عثمان، 2001، ص 18)**

ويعرفه **سبيلبرجر Spielberger** بأنه حالة انفعالية مؤقتة، يشعر بها الإنسان عند إدراكه لموقف يهدد ذاته، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي ويشعر بالتوتر، ويستعد لمواجهة هذا التهديد، كما يفرق بين **حالة** القلق و**سمة** القلق التي توجد بينهما فروق ثابتة نسبيا في القابلية للقلق ترجع إلى اختلافات بين الناس في نظرتهم إلى العالم المليء بالمواقف العديدة المثيرة التي تدرك بوصفها أمورا خطرة ومهددة، كما أنها تعني الميل إلى الاستجابة لمثل هذه التهديدات بحالة القلق. **(الحويلة، 2010، ص ص. 23-24)**

يعرفه **حامد زهران** بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض جسمية ونفسية. **(زهران، 2005، ص 484)**

كما يعرفه **عبد الستار إبراهيم** بأنه انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة تنطوي على تهديد حقيقي أو مجهول، ويكون من المقبول أن نقلق أحيانا للتحفز النشط ومواجهة الخطر، ولكن كثيرا من المواقف المثيرة للقلق لا يكون فيها الخطر حقيقيا بل متوهما ومجهول المصدر. **(إبراهيم، 2002، ص 9)**

ومن خلال هذه التعريفات نستطيع القول بأن القلق حالة أو استجابة انفعالية أو عاطفية مؤقتة تتسم بالخوف الغامض الشديد، نتيجة توقع حدوث خطر، وتختلف شدته من شخص لآخر، كما قد يصاحبه أعراض جسمية ونفسية.

وفي ضوء هذه التعريفات سنتطرق أيضا إلى تعريف كل من الانفعال والعاطفة:

أ- تعريف الانفعال:

يعرف الانفعال بأنه حالة نفسية جسمية ثائرة لها ثلاث سمات هي:

- ✓ أنها حالة قوية عنيفة مصحوبة باضطرابات فيسيولوجية حشوية تشمل جهاز التنفس والدورة الدموية والجهاز الهضمي والجهاز الغدي ومختلف أنواع إفرازاته؛
- ✓ أنها حالة تغشي الفرد بصورة مفاجئة؛
- ✓ من حيث مدة بقائها هي حالة وقتية لا تستمر طويلا. **(أحمد الداهري، 2010، ص 246)**

كما يعرفه **أحمد عبد اللطيف أبو أسعد** أنه يشير إلى ما يتعرض له الكائن الحي من تهيج أو استثارة تتجلى فيما يطرأ عليه من تغيرات فيسيولوجية وما ينتابه من مشاعر وأحاسيس وجدانية ومن رغبته في القيام بسلوك يخفف من هذه الاستثارة الانفعالية داخليا أو خارجيا، فهو وثيق الصلة بحاجات الكائن.

(أبو أسعد، بدون سنة، ص 94)

ب- تعريف العاطفة:

إن كلمة عاطفة تعني في اللغة اللاتينية "الاستعداد للحركة"، ويقع الناس في خطأ عندما يتصورون أن العاطفة شيء يحدث في عقولهم، وفي الحقيقة أن العاطفة تقع في كل من العقل والجسد، وينظر الكثير من العلماء للعاطفة على أنها الوصلة التي تربط بين العقل والجسم، فالمخ يسيطر سيطرة تامة على الجسد عن طريق الرسائل الكهروكيميائية التي يرسلها ويتلقاها على الدوام.

ويؤكد العلم الحديث أن الإنسان عبارة عن غرفة تمتلئ بالعناصر الكيميائية، وهكذا أصبح العلم يحاول أن يقيس الكيمياء الحيوية والتغيرات النفسية في الجسم، فقد أصبح واضحا أن لكل عاطفة خصائص خاصة، فالخوف والغضب والحزن والتحدي ما هي إلا عناصر كيميائية تعبر عن مظاهر هذه العواطف المختلفة. **(السيد عثمان، 213-214)**

ج- الفرق بين الانفعال والعاطفة:

الانفعال حالة نفسية جسمية ثائرة ومؤقتة، أما العاطفة فهي تراكم انفعالي أو تنظيم وجداني ثابت نسبيا حول فرد أو فكرة أو شيء معين. **(الداهري، 2010، ص 247)**

وبتعبير آخر يمكننا التمييز بينهما على أن العاطفة طاقة نفسية تترجم ظاهريا من خلال انفعالات مختلفة.

2- الفرق بين القلق وبعض المفاهيم الأخرى:

2-1- القلق والخوف:

إن القلق والخوف كلاهما انفعالان يضطرب لهما الفرد كله نفسا وجسما وعقلا، ويمكن وصف كل واحد منهما بأنه حالة وجدانية يصاحبها اضطراب يشمل شخصية الفرد كلها ويختلف القلق عن الخوف في أمرين:

الأول: أن القلق خوف من خطر محتمل، كالقلق من شيء مجهول أو غريب أو خفي، ويكون غير مرغوب فيه، أما الخوف فيكون من حدث يدركه الفرد ويحدده ويتعرف عليه؛

الثاني: أن القلق مقيد في مجراه الطبيعي فلا يستطيع الفرد أن يستجيب له بالهرب أو التجنب أو الاختفاء، فهو انفعال شديد نشعر بتهديده لنا، في حين نكون مقيدين في أن نفعل شيئا إزاءه، أما الخوف فلكونه حدثا ظاهرا فيمكن للفرد تجنبه والهروب منه عندما يدركه الخطر، وبهذا المعنى يكون القلق أشد وطأة وإزعاجا من الخوف، لأنه خوف من خطر لا يستطيع الفرد فعل أي شيء إزاءه.

(إبراهيم عبد الواحد، 2013، ص 20)

2-2- القلق والحصر النفسي:

هناك فرق بين القلق والحصر النفسي، حيث نجد في اللغة الفرنسية القلق **Angoisse**، والحصر النفسي **Anxiété**، يختلفان في المعنى، فيعبر الحصر النفسي على أنه إحساس مؤلم وخوف غير واضح يجعل صاحبه متيقظا من البيئة التي يعيش فيها، بينما هناك باحثين يشيرون إلى أنه لا يوجد فرق بينهما، ففي اللغة الانجليزية كلمة **Angoisse** تعني **Anxiété**، وهذا ما نجده عند **فرويد Freud**، حيث استخدم كلمة الحصر النفسي نفسها كلمة القلق. **(محدب، 2011، ص 62)**

وفي بعض المراجع الآخرين نجدها تميز بينهما في كون حالة الحصر تضم كلا من الخوف والقلق وحتى الاكتئاب والوساوس، وعلى هذا الأساس تصنف الاضطرابات الحصرية لدى الطفل أو الراشد.

3- مستويات القلق:

للقلق ثلاث مستويات وهي كالآتي:

3-1- المستوى المنخفض:

يحدث حالة التنبيه ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية، كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر، ويكون الفرد في حالة تحفز وتأهب لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها، ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إنذار لخطر وشيك الوقوع. **(السيد عثمان، 2001، ص 28)**

3-2- المستوى المتوسط:

في هذا المستوى يصبح الفرد أكثر قدرة على السيطرة، حيث يزداد السلوك في مرونته وتلقائيته، وتسيطر المرونة الكافية بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجابته وعاداته هي تلك العادات الجديدة، وتزداد لدى الفرد القدرة على الابتكار، ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة. **(نفس المرجع السابق، 2001، ص 28)**

3-3- المستوى المرتفع:

يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة، ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي. **(محدب، 2011، ص59)**

فكلما زاد الشيء عن حده انقلب إلى ضده، فقد يكون القلق كعاطفة محركا إيجابيا يحفز الفرد على النشاط واتخاذ الإجراءات المناسبة مقابل أي موقف كان، ففي حالة المرض مثلا، قلق الفرد على صحته وما قد تؤول إليه مضاعفات هذا المرض يجعله يسعى إلى طلب الاستشارة الطبية والبحث عن العلاج المناسب الذي يسمح له بمراقبة صحته والمحافظة عليها، أما إذا زادت حدة القلق فقد يؤدي ذلك إلى سلوك عكسي نحو التثبيط والاستسلام بسبب إحساس الفرد بالعجز وعدم قدرته على المقاومة، وهذا راجع أكيد إلى اختلاف أنماط الشخصيات.

4- أنواع القلق:

هناك تصنيفات عدة للقلق وسنذكر من بينها ما يلي:

4-1- تصنيف Freud: يصنف **فرويد** القلق إلى:

أ- القلق الموضوعي:

حينما يدرك الفرد أن مصدر القلق خارجي، ويعرفه بأنه رد فعل لخطر خارجي معروف، فمصدر الخطر في القلق الموضوعي يوجد في العالم الخارجي، وهو خطر محدد، ولقد أطلق **فرويد** على القلق الموضوعي هذه المسميات:

- القلق الواقعي؛
- القلق الحقيقي؛
- القلق السوي. **(السيد عثمان، 2001، ص 20)**

ب- القلق العصابي:

القلق العصابي هو خوف غامض غير مفهوم، ولا يستطيع الشخص الذي يشعر به أن يعرف سببه. ويأخذ هذا القلق يتربص الفرص لكي يتعلق بأي فكرة أو أي شيء خارجي، أي أن هذا القلق يميل عادة إلى الإسقاط على أشياء خارجية. **(فرويد، 1989، ص 14)**

وتعرفه **ألفت حقي** أنه نوع دائم من القلق أو الخوف أو الضيق، يظهر مضاعفا عند مواجهته موقف يستدعي القلق فعلا. **(الحويلة، 2010، ص 30)**

ج- القلق الخلقي:

يكمن مصدر القلق الخلقي في داخل الفرد وهو الأنا الأعلى، أو الضمير الخلقي الذي تمثله القوانين والأعراف الاجتماعية والمثل والأخلاق، وما اكتسبه من تعاليم الوالدين ومن في حكمهم، ويتبدى القلق الخلقي عندما تجنح بعض الذكريات المستكرهة والغرائز المحرمة لدى الفرد إلى الإنطلاق والإشباع، أو عندما يأتي الفرد آثما خارجا عن المثل والأخلاقيات التي تمثلها واكتسبها، فينزل الأنا عقابه على النفس من خلال إشعارها بالندم والإثم والخجل تأنيبا لها عما فكرت فيه، أو تكفيرا عما ارتكبته.

(الحويلة، 2010، ص 31)

ويقول **الأزرق بن علو** أن هذا النوع من القلق ينتج عندما يرتكب الإنسان أعمال مخالفة للضمير أو يفكر في ارتكابها. **(بن علو، 2003، ص 88)**

وفي حالة الإصابة بمرض ما يغوص الفرد في البداية في حالة من القلق التي تكون غالبا رد فعل أولي على حالة الصدمة التي يتواجد فيها الفرد جراء تلقيه خبر إصابته بالمرض، وهذا رد فعل طبيعي، لكن نمط شخصية الفرد والظروف التي يتلقى فيها مثل هذه الصدمة هي التي ستحدد فيما بعد نوع القلق الذي سيعايشه الفرد وكذلك استيراتيجية تعامله معه مستقبلا، فبالنسبة لبعض الشخصيات العصابية قد تفسر المرض كعقاب نتيجة ارتكاب الفرد لبعض السلوكات المحرمة أو الممنوعة، البعض الآخر مثلا كالشخصية الهيبوكوندرية ستعايش هذا القلق بشكل درامي ومضاعف لأن الاشكالية في الأصل تتعلق بالجسد، البعض الآخر قد ينظر للمرض كاختبار ووضعية حياتية جديدة عليه التعامل معها بأنجح

استيراتيجية ممكنة، لكن في جميع الحالات يجب توفير المرافقة النفسية للأفراد الذين يعانون من القلق سواء بشكل مرحلي أو دائم حتى يتمكن الفرد من التعامل معه بأحسن الأساليب الممكنة دون أن يخل بصحته النفسية أو الجسدية.

4-2- تصنيف ديفيد شيهان (1988): وقد صنف القلق إلى نوعين أساسين هما:

أ- القلق خارجي المنشأ:

وهو ذلك القلق الذي ينشأ أو ينتج من الخارج ويستطيع الفرد أن يميز دائما مصدرا مقبولا، لا يبرر هذا النوع من القلق عند حدوثه.

ب- القلق داخلي المنشأ:

عندما يولد الشخص يكون لديه استعدادا وراثيا لهذا النوع من القلق، وهو عادة يبدأ بنوبات القلق، تأتي دون إنذار أو سبب ظاهر، فيشعر هنا كأن الأمر يدهمه من داخل جسمه وليس استجابة لوقائع خارجية. **(العطية، 2008، ص 21)**

4-3- تصنيف Speilberger: وقد ميز بين نوعين من القلق هما:

أ- حالة القلق:

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

ب- سمة القلق:

تعرف بأنها استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد، إذ تتصف بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعالم، ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدرا للتهديد والخطر على الأعم الأغلب. **(المرزوقي، 2008، ص ص. 37-38)**

4-4- وهناك تقسيم آخر للقلق وهو كالآتي:

4-4-1- اضطرابات القلق الناتجة عن زيادة درجة الوعي:

وهي الاضطرابات التي يتواتر حدوثها خلال أزمات النمو وخبرات الإبداع، كما يتواتر حدوثها بصورة مرضية معيقة، وهذه الاضطرابات تشمل:

أ- القلق الوجودي: وهو القلق الناشئ عن درجة الوعي بحقيقة الفرد ونوعية وجوده والهدف منه؛

ب- القلق العدمي: وهو على صلة وثيقة بالنوع السابق ويرتبط بوعي الفرد بفقد الهدف أو المعنى وافتقاده الغائية؛

ج- القلق الكوني: ويحدث حيث يمتد وعي الفرد خارج حدود ذاته إلى درجة شمل الكون الأشمل؛

د- القلق المنذر: وتشمل القلق أو الخوف من الجنون، أو فقد السيطرة، وهو غالبا ما ينشأ عن نشاط مستوى أعمق من الوجود البشري؛

هـ- قلق الإبداع: وهو عادة يحدث في مراحل الإبداع الأولى (المرحلة التحضيرية).

وغالبا ما يعاني من هذه الأنواع من القلق الفئة المثقفة أو الفئة المفكرة من المجتمع، لذلك فعلا تعتبر مرض العصر، وعموما تصب مختلف هذه الأنواع فيما عرفه **فرويد Freud** بقلق الموت، وينصح في العلاج النفسي أن يخفف الفرد من الأعمال التي تتطلب مجهودا فكريا والتوجه إلى النشاطات اليدوية مثل الفلاحة.

4-4-2- اضطرابات القلق الناتجة عن قلة درجة الوعي:

وهذه الاضطرابات تؤدي عادة إلى أعراض حركية أو أعراض ناشئة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي. كما يمكن تقسيم اضطرابات القلق من رؤية تركيبية إلى:

أ- قلق المواجهة: حيث تحدث المواجهات النفسية بين كيانات داخلية نشطة متساوية في القوة، وهو يظهر عادة في صورة أعراض اكتئابية ومخاوف؛

ب- قلق التردد: وهو بدل عن قلق المواجهة، ويظهر عادة في صورة التردد وازدواجية المشاعر؛

ج- قلق الصراع: وهو يحدث حين يسيطر أحد الكيانات الداخلية النشطة بصورة ملحوظة على نشاط الكيانات الأقل قوة، وهو يظهر عادة في صورة توتر وشعور بالإرهاق. **(الحويلة، 2010، ص 27-28)**

5- أعراض القلق:

5-1- الأعراض النفسية:

- **العواطف والمشاعر:** الخوف المبالغ فيه أو غير الواقعي، النزق، الشعور بنفاذ الصبر، الغضب، التشوش والتوجس.

- **التفكير والوظائف المعرفية:**

- ✓ التفكير القلق والمطول حول أحداث في الماضي أو حول أحداث مستقبلية؛
- ✓ تسارع الأفكار أو اختفائها من الذهن فجأة وعدم معرفة ما يمكن قوله؛
- ✓ ضعف التركيز والذاكرة؛
- ✓ صعوبة في اتخاذ القرارات؛
- ✓ صور ذهنية واضحة جدا لأحداث أو ذكريات معينة. **(كتشنر وجورم، 2015، ص42)**

- بالإضافة إلى الشعور بالانفصال عن الواقع، فقدان الشهية، الشعور بالتوتر، التململ والاكتئاب.

(مكنزي، 2013، ص 15)

5-2- الأعراض الجسمية:

- **تظاهرات وعائية قلبية:** نوبات خفقان، نوبات تسرع القلب، انقباض، آلام قلبية، نوبات إغماء؛

- **تظاهرات تنفسية:** ضيق تنفسي ذو شكل ربوي كاذب، فرط تهوية (تسرع تنفس) قد يؤدي إلى نوبات تشنجية، نوبات سعال عصبي؛

- **تظاهرات هضمية:** ثقل معدي، تشنجات مريئية أو معدية أو معوية، آلام تشنجية، تشنجات مستقيمة، نوبات فواق **(hoquet)**، قيء؛

- **تظاهرات بولية تناسلية:** آلام بطنية حوضية، آلام مثانية، بوال، اضطرابات جنسية وظيفية؛

- **تظاهرات عصبية وحواسية وعضلية:** صداع، آلام هيكلية، نوبات رجفان، طنين بالأذنين، نوبات دوار، حكات جلدية؛

- وهن يتزايد خلال النهار. **(الودرني، 1986، ص ص. 144- 145)**

5-3- أعراض نفس-جسمية:

ونعني بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب القلق النفسي دورا هاما في نشأتها، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي. ومن أهم هذه الأمراض: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية للقلب، الربو القصبي، روماتيزم المفاصل، السكري، فرط نشاط الغدة الدرقية، قرحة المعدة والإثنا عشري، التهاب القولون القرحي، القولون العصبي، الصداع النصفي، السمنة، فقدان الشهية العصبي، كذلك الأمراض الجلدية.

فالعلاقة وطيدة بين مزاج وانفعال الفرد وبين أحشاء الجسم التي تتلقى أعصابها من الجهاز العصبي اللاإرادي، فكما يتغير لون البشرة شحوبا أو احمرارا عند القلق، نجد أن كل الأغشية المخاطية في المعدة أو القولون تتأثر وتزيد أو تقل إفرازاتها، وكذلك الأوعية التي تغذي العضلات والجلد، وعندما يشتد ويستمر الانفعال يحدث تغيرات عضوية في هذه الأعضاء مما يسبب هذه الأمراض السابق ذكرها، وتدل الأبحاث الحديثة أن جهاز المناعة في الجسم له علاقة خاصة بالمخ والمزاج وأنه يفرز المواد المعززة للمناعة، فإذا اعتل مزاج الفرد تقل مناعته ويصبح عرضة للإصابة بالالتهابات واضطرابات المناعة والروماتيزم بل وأحيانا الأمراض الخبيثة. **(نخبة من الأساتذة، بدون سنة، ص 173)**

6- أسباب القلق:

6-1- أسباب نفسية:

الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام)، الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، التوتر النفسي الشديد، الأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد، أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة. ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات، والإحباط والفشل اقتصاديا أو روحيا أو مهنيا...إلخ، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات (الثقافية). **(زهران، 2005، ص 485)**

كلها أسباب وعوامل محيطة بحياة الفرد تجعله عرضة لكم هائل من الضغوط النفسية والصراعات النفسية التي قد لا يستطيع حلها أو التعامل معها بشكل مناسب، لذلك قد يؤدي به الضغط الزائد الذي سينتج لا محال حالة من القلق غير المحتمل والذي يحتاج للتفريغ إلى الإصابة بمرض ما، لأنه متى عجزت النفس عن التعامل مع الأحداث النفسية التي نعيشها ينوب الجسد ليترجم معاناة الفرد في شكل مرضي.

6-2- الأسباب الجسمية:

يمكن أن يسبب وجود المرض في إثارة القلق، لكن القلق يمكن أن يحدث أيضا بسبب عدم التوازن الغذائي والخلل في الوظائف العصبية، وعوامل كيميائية داخل الجسم.

وقد يكون القلق ناجما عن مشكلات قانونية تتعلق بالعمل أو الزواج أو الأولاد، ومنها أسباب متعلقة بالأمراض حيث يعتبر القلق النفسي من أهم الأعراض المصاحبة لكثير من الأمراض مثل مرض السكري، والذبحة الصدرية، اضطرابات القلب، والربو الشعبي.

أما الأسباب المتعلقة بالجانب الخاص بتأثير العقاقير، فالإنسان قد يصاب بالقلق النفسي على إثر تعاطيه الكوكايين والكافيين، وقد ينجم القلق النفسي عن إدمان الخمور والممنوعات والمخدرات، إذ يؤدي الإقلاع عن تعاطي هذه الأدوية إلى ظهور أعراض مرضية على المدمن، ويعتبر القلق من بين هذه الأعراض. **(المرزوقي، 2008، ص 45)**

إذ قد يكون القلق سببا في إصابة الفرد بالعديد من الأمراض الجسدية، كما تتعدد الأسباب التي تنتج القلق وتجعل الفرد غير مرتاح نفسيا وبحاجة ماسة لتفريغ هذه العاطفة سواء بشكل سوي أو بشكل مرضي.

7- النظريات المفسرة للقلق:

7-1- نظرية التحليل النفسي (عند فرويد):

إن المفهوم الأساسي في النظرية النفسية الدينامية يتمثل بأن سبب العصاب هو القلق، فلقد اعتقد **فرويد** – وكما مر بنا– أن القلق يمكن أن يكون بثلاثة أشكال مختلفة: القلق الموضوعي، القلق العصابي والقلق الخلقي.

وترى هذه النظرية أن القلق العصابي هو المصدر الرئيس للعصاب، وأن مشكلة الناس العصابيين هي أن الحرب الباردة بين هذه المكونات النفسية المختلفة تتحول في داخلهم إلى معركة مكشوفة، فدافع **الهو** تتجه نحو الشعور في الوقت الذي يكون الفرد على دراية بدوافعه الجنسية والعدوانية المكبوتة التي ستفضحه لو أنها صعدت إلى مستوى الشعور وغادرت مستقرها الكامنة فيه بأعماق اللاشعور، و**الأنا** يعرف أن هذه الدوافع غير مقبولة لا من الواقع ولا من الأنا الأعلى، فيضطر إلى أن يغير اتجاهها ويحولها إلى حيث مستودع الكبت في اللاشعور، ولكن من يضمن أنها لا تحاول الظهور ثانية؟ إن هذه الاحتمالية ينجم عنها قلق حاد أو خوف من أن يفقد الفرد سيطرته عليها، وما يبدو أو يلحظه الآخرون من قلق عليه هو ما تصطلح نظرية التحليل النفسي على تسميته ب "السلوك العصابي".

(حسين صالح، 2015، ص 177)

وتولي نظرية التحليل النفسي أهمية كبيرة لمفهوم القلق كمحرك نفسي وكذلك لطالما ارتبط تناوله بتناول آلية الكبت.

7-2- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب نظرية التعلم أن القلق خوف مكتسب، فمصدر القلق لديهم يكمن خارج الفرد نفسه متمثلا في المواقف المختلفة التي يتعرض لها، فهم يرون أن القلق يتم إشراطه إشراطا تقليديا لعدد من المنبهات الخارجية.

وبما أن القلق والخوف مكتسبان، فإنه يمكن إبطاله عن طريق إعادة الإشراط، كما أن القلق يعد دافعا مكتسبا أو قابلا للاكتساب، وهو يرتبط بفكرة الصراع الانفعالي الشديد، ولكن هذا الصراع شعوري، وينتج القلق من خلال التنشئة الاجتماعية، فالطفل يقلقه احتمال فقدان حب والديه.

كما يرى رواد السلوكية أن القلق المرضي استجابة مكتسبة، وقد ينتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، وهناك أمثلة للمواقف العادية التي يمكن أن تؤدي للقلق منها مواقف ليس فيها إشباع، فقد يتعرض الفرد منذ طفولته لمواقف يحدث فيها خوف وتهديد، ولا يصاحبها تكيف ناجح، ويترتب على ذلك مثيرات انفعالية أهمها عدم الارتياح الانفعالي وما يصاحبه من توتر وعدم استقرار. **(الحويلة، 2010، ص47)**

وبهذا فمثلما يكتسب السلوك الإيجابي تبعا لسيرورة الإشراط، كذلك يتعلم الفرد رد فعل القلق على بعض المثيرات تبعا لذات العملية، وعليه يمكن تخفيف هذه الاستجابة من خلال تغيير المتغيرات المحيطة بعملية الإشراط وكذا بتعديل المثير.

7-3- النظرية المعرفية:

يشير **كلارك Clark** وآخرون إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات، تظهر في تركيز الطفل تلقائيا وتخيله وترديده للأفكار التي تتضمن توقعا للمخاطرة والتهديد، ممات يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر، فيصبح الخوف من الخطر كامن في الموقف، أو خطرا قادما من المستقبل، وهذا التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم

الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييما موضوعيا، فهو يبالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، مما يجعله في حالة قلق مستمر، وهذا جعل **بيك Beek** يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق. **(مصطفى، 2011، ص 334)**

ويرى **بيك** أن القلق المرضي ينشأ من الإفراط في تقدير الخطر عبر واحد أو أكثر من الأبعاد التالية:

- ✓ التقدير المفرط للتغيرات الناتجة عن حادث ينطوي على الخوف؛
- ✓ التقدير المفرط لحدث يتسم بالشدة والعنف وينطوي على الخوف؛
- ✓ التقليل من قدرة الفرد على التغلب على الخطر ومواجهته؛
- ✓ التقليل من قدرة الأفراد الآخرين على تقديم المساعدة.

ويقرر **بيك** أن الأفكار المثيرة للقلق تأتي عبر واحد أو أكثر من أنواع أربعة عامة من التفكير الخاطئ كالتالي:

- ✓ **التفكير المأساوي:** حيث تكون الكارثة هي المحصلة التي يمكن التنبؤ بها عندما يتوقع الشخص القلق والخطر أو مواجهة المشكلات؛
- ✓ **التفكير المبالغ:** يرى الفرد – في هذا النوع من التفكير– أن أي أخطاء بسيطة أو نواقص تصبح فشلا مطلقا أو أخطاء مميتة؛
- ✓ **التفكير المفرط في التعميم:** في هذا النوع تترجم أي تجربة صعبة إلى قانون متحكم في مجمل وجدان الفرد؛
- ✓ **التفكير السلبي:** فيه يتم التغاضي عن كل النجاحات الماضية والمصادر الشخصية ومواطن القوة. **(الحويلة، 2010، ص ص. 49– 50)**

وقد لاقت العلاجات المعرفية نجاحا مبهرا مع حالات القلق، خاصة بالنسبة للحالات المتعلقة بالقلق المصاحب للضغوط النفسية والأمراض الجسدية، فمثلا بالنسبة لفرد صُدم بإصابته بمرض كداء السكري مثلا، حتى يمر على مراحل تقبل المرض بسرعة ليصل إلى خطوة التعامل معه –وهذا لأن المرض لن ينتظر سنوات حتى يتقبله المريض–، يجب منذ البداية أن يتعرف على طبيعة ومدى خطورة المرض دون

تضخيم أو استهزاء، ثم يجب أن يطلع على مضاعفات المرض إذا لم يتكفل به في الوقت الحالي، وبعدها نأتي إلى خطوة تعزيز الثقة في النفس وقبلها في المولى عز وجل الذي وحده قادر على إحلال الشفاء، فالفرد وحده يملك إرادة التغيير ولا يجب أن ينتظر من المحيطين به أن يخففوا عنه المرض، لا بأس في طلب المساعدة لكن القدرة على التغيير تكمن داخل المريض، وبهذا فإنه بعد هذا التعديل الإيجابي في نمط التفكير سيجد المريض نفسه متقبلا لمرضه ومدركا لكل ما يحيط به والأهم من ذلك مستعدا لمواجهته، فبدلا من أن يغوص في بحر القلق الذي سيتآكله شيئا فشيئا سيمر مباشرة إلى الفعل ويوظف هذه العاطفة فيما هو مفيد لصحته.

7-4- النظرية الإنسانية (عند روجرز Rogers):

يرى روجرز **Rogers** أن القابلية للقلق إنما تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكيان العضوي وبين مفهوم الذات، فالاضطراب يأتي عندما تكون الأحداث التي يتم إدراكها على أنها تنطوي على دلالة بالنسبة للذات تتعارض مع انتظام الذات، وفي هذه الحالة فإن الأحداث إما أن تلقى الإنكار، أو تلقى تحريفا إلى الحد الذي تصبح معه قابلة للتقبل، ويغدو التحكم الشعوري أكثر صعوبة عندما يناضل الكيان إشباعا لا يحظى شعوريا بالاعتراف، بمعنى أنه يناضل استجابة لخبرات تلقى الإنكار في الذات الشعورية، عندئذ يوجد التوتر، فإذا ما أصبح الفرد بأية درجة على وعي بهذا التعارض فإنه يشعر بالقلق، وبأنه غير متحد وغير متكامل، وبأنه غير متيقن من وجهاته وعدم المطالبة أو عدم الملائمة ما بين إمكانات الفرد ومنجزاته بهما بين المثالية والذات الممارسة، إنما هو الذي يولد انخفاض تقدير الذات الشعور بالذنب والقلق. **(عبد الواحد إبراهيم، 2014، ص 175)**

7-5- التفسير الفيسيولوجي للقلق:

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي غير الإرادي بنوعية "السمباثوي" و "الباراسمباثوي"، ومن ثم تزيد نسبة "الأدرينالين" و "النورأدرينالين" في الدم، فيتحرك السكر في الدم مع شحوب في الجلد، فيزداد العرق ويجف الحلق، وأحيانا ترتجف الأطراف ويعمق التنفس.

أما ظواهر نشاط الجهاز "الباراسمباثوي" فأهمها كثرة التبول والإسهال ووقوف الشعر وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم.

ويتميز القلق فيسيولوجيا بدرجة عالية من الانتباه واليقظة المرضية في وقت الراحة مع بطء التكيف للكرب، أي أن لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد نظرا لصعوبة التكيف في مرض القلق.

والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي "اللاإرادي" هو "الهيبوثالاموس" (المهاد التحتي)، وهو مركز التعبير عن الانفعالات، وهو على اتصال دائم بالمخ الحشوي والذي هو مركز الإحساس بالانفعال، كذلك "الهيبوثالاموس" على اتصال بقشرة المخ متلقي التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ والهيبوثالاموس والمخ الحشوي، ومن خلال هذه الدائرة العصبية نعبر ونحس بانفعالاتنا، وإذا أخذنا في الاعتبار أن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية وأن الموصلات العصبية المسؤولة عن ذلك هي " السيروتونين، النورأدرينالين والدوبامين" والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز من أي جزء آخر في المخ، مع وجود "الأستيل كولين" في قشرة المخ. **(علي المشيخي، 2009، ص ص. 17-18)**

7-6- النظرية البيولوجية:

اضطرابات القلق لها تاريخ وراثي عائلي، فحوالي **15%** من المصابين بهذه الاضطرابات تكون ذريتهم متأثرة أيضا، إلا أن هذا الاكتشاف لا يوفر أساسا وراثيا لهذه الاضطرابات لأن هؤلاء الأشخاص يعيشون في بيئات متشابهة ويعانون من التجارب نفسها. وعلى الرغم من ذلك، فإن الدراسات على التوائم توفر دليلا أكثر تأييدا للتعرض الوراثي لنوبات الذعر، فالتوائم المتماثلة تنشأ في البيضة نفسها ولها خصائص جينية متشابهة على عكس التوائم الأخوية التي لا تختلف عن المواليد الاعتيادية، لذا تكون التوائم المتماثلة معرضة للاضطرابات بنسبة **3-4** مرات أكثر من التوائم الاعتيادية.

الدليل على وجود أساس كيميائي حيوي لنوبات الذعر يأتي من دراسات تُظهر لنا أن عددا من المواد التي تشمل الكافيين ولاكتات الصوديوم (ملح الصوديوم) واستنشاق مزيج من ثاني أكسيد الكربون والأكسجين يمكن له أن يسبب نوبات ذعر تلقائية وهذه المواد لا تؤثر في الأشخاص الطبيعيين ولا على المصابين بالرهاب الذين يعانون من المرض استجابة لمنبه خارجي، وفضلا عن ذلك استطاع العلماء التعرف على مادة كيميائية في الدماغ (كوليسيسوكينين) التي تسبب نوبة في الأشخاص الذين يعانون من ذلك المرض (نوبات الذعر).

وقد أظهرت البحوث الوراثية أن القلق الموروث يعبر عن نفسه بصورة مختلفة للقلق ومنها الذعر، فالنظام الكيميائي في الدماغ يشمل مجموعة معقدة من الناقلات العصبية التي تعمل في عدة مناطق من الدماغ وتسبب القلق. **(حسين، 2013، ص ص. 34-36)**

وعليه فإن أهمية القلق كعاطفة وانفعال في حياة الفرد جعلت الكثير من العلماء على اختلاف توجهاتهم وتخصصاتهم يتناولونه بالدراسة والتمحيص، لما يلعبه من دور هام في حياة الفرد سواء سلبا أو إيجابا.

8- مكونات القلق:

يشمل القلق على عدة مكونات هي:

8-1- مكون انفعالي أو وجداني:

يتمثل في مشاعر الخوف والفزع والتوتر والهلع الذاتي والانزعاج.

8-2- مكون معرفي:

ويتمثل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلات، فيستغرقه الانشغال بالذات والشك في مقدرته على الأداء الجيد والشعور بالعجز وعدم الكفاءة، والتفكير في عواقب الفشل والخشية من فقدان التغيير.

8-3- مكون فيسيولوجي:

ويتمثل فيما يترتب على حالة الخوف من استثارة وتنشيط الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي مما يؤدي إلى تغيرات فيسيولوجية عديدة، منها: ارتفاع ضغط الدم، انقباض الشرايين الدموية، زيادة معدل ضربات القلب، سرعة التنفس والعرق، ويذهب بعض الباحثين إلى أنه يمكن تمييز القلق بصورة واضحة عن الحالات الانفعالية الأخرى بوجود المصاحبات الفيسيولوجية. **(الحويلة، 2010، ص ص. 37-38)**

أي أن الفرد الذي يقع تحت وطأة القلق سيجد نفسه بمقابل أكثر من جبهة، التغيرات الفيسيولوجية التي لا يستطيع السيطرة عليها إضافة إلى المعاش النفسي الذي سيستنزف طاقته شيئا فشيئا، فلا يترك له منها ما يوظفه في أمور مفيدة أو يستمتع به بأمور إيجابية في الحياة.

9- وظيفة القلق:

يؤدي القلق وظيفة مهمة إذ أنه بمثابة إشارة إنذار بحالة خطر مقبلة، حتى يستطيع الإنسان أن يستعد لمواجهة هذا الخطر المتوقع، فالقلق إذا إشارة بأن الخطر مقبل، ولا شك أن إدراك الفرد للخطر قبل أن يباغته فعلا أمر مفيد لحفظ حياته، وهو يدل على تقدم مهم في قدرة الفرد على حفظ ذاته.

إذا فالقلق الذي كان في الأصل رد فعل لخطر خارجي حقيقي أصبح فيما بعد إشارة إلى أن الخطر سيقع، وشعور القلق الذي يحس به الفرد حينما يتوقع الخطر هو عبارة عن تكرار لشعور القلق الذي أحس به الفرد في موقف الخطر الأصلي السابق، وكأن إشارة القلق تُعلم الفرد بما هو آت.

وغالبا ما يتوقع الفرد حدوث حالة من الشعور بالعجز، أو أن الحالة الحاضرة تُذكره بحالة صدمة سابقة، ولذلك فهو يتوقع وقوع صدمة، ويتصرف كما لو أن الصدمة وقعت بالفعل، بينما لا زال يوجد وقت لتجنب هذه الصدمة. **(الحويلة، 2010، ص 37)**

وهذا ما يعرف بقلق الإشارة في التحليل النفسي، هو مفيد إذا ما تمكن الفرد من استغلاله لتحضير نفسه لمواجهة أي خطر قادم، أو على الأقل التخفيف من حدة الصدمة إذا ما تعرض لها.

10- تأثير القلق على الأداء:

يؤدي القلق إذا طال إلى اضطرابات في السلوك ينتج عنها هدر للطاقات، فالطفل الصغير عندما يواجه الرفض والقساوة من الكبار يشعر أنه مهدد بالفناء، غير أن قلقه هذا لا يسمح له بالقتال أو الفرار كما يفعل البالغ، لأنه لا يحسن أيًّا منهما، ولهذا يوجه طاقاته مرغما للتكيف مع المحيط وإرضاء أولي الأمر (الوالدين، الإخوة...)، مهملا نزعاته الداخلية التي تحفزه على تحقيق الذات، وهكذا يؤدي القلق إلى تجنيد طاقات البدن واستخدامها لأهداف ثانوية، ولكن البدن لا يقدر أن يظل مجندا متحفزا لمدة طويلة، مهما كانت الأخطار المتوقعة، لأن ذلك يستنزف طاقات المرء ويؤدي إلى الوهن والتعب والمرض.

ونلاحظ أن الشخص القلق يشكو من توتر مستمر في جزء ما من بدنه، ومن عصبية عامة وقلة الصبر والتحمل، ويعود سبب ذلك إلى زيادة في أنشطة الجهاز العصبي المستقل، وهذا النشاط الفائض يؤدي إلى أعراض متعددة مثل عدم انتظام دقات القلب، واضطرابات معوية ومعدية، وتوتر عضلي، فقد لوحظ أن القلق إذا استمر طويلا يسبب إفراز مادة "الأدرينالين" بدرجة تؤدي إلى زيادة حساسية العين للضوء، كما ينتج عن القلق المرضي ارتفاع عدد نبضات القلب، وضغط الدم، اختلال "الميتابوليزم" وغير ذلك من الاضطرابات النفسية البدنية، وبتكرار حالات القلق يزيد شعور المرء بالإنهاك والضعف، وتظهر عليه حالات التوتر النفسي، وكل ذلك يجعله عرضة للأمراض، فتصاب **أقل الأعضاء مقاومة وأضعف** الحالات في الإنسان، وقد يؤدي ذلك إلى استجابة تدريجيا من معركة الحياة، فيترك الأعمال التي تشعره بالضعف، وربما تمادى به الأمر إلى أن يصبح عالة على غيره. **(بن علو، 2003، ص ص. 123-124)**

وتعد دراسة القلق لدى الأفراد وتأثيره على ما يقومون به من أداء من الدراسات التي شغلت علماء النفس منذ نصف قرن تقريبا، حيث ركزت هذه الدراسات التي أجريت في هذا المجال على اختبار الفروض المشتقة من نظرية **الحافز** لكل من "**تايلور، وسبنس**".

وقد أوضحت هذه النظرية أن القلق يؤثر سلبا أو إيجابا على أي أداء يقوم به الفرد، بحيث يعد القلق المحرك الأساسي لأنواع عديدة من السلوك السوي والمرضي، فمستويات القلق المرتفعة الزائدة عن الحد تعيق الأداء، ومستوياته المتوسطة تسهله.

كما يعد القلق من المشكلات التي يمكن أن تؤثر على القدرات العقلية للإنسان بصفة عامة، وعلى المراهقين بصفة خاصة، إذ يمكن أن تشتت تفكيرهم وتؤدي إلى معاناتهم من التوتر وعدم الاتزان، وهذه الآثار وغيرها يترتب عليها جعلهم غير قادرين على التفكير أو التحصيل، وإن اختلفت درجة عدم القدرة هذه باختلاف درجة القلق ونوعه.

وتجدر الإشارة إلى أن وجود درجة معتدلة من القلق يعد أمرا عاديا ومطلوبا للفرد، وخاصة في مواقف معينة، مثل: التقدم لاختبار، فهذا يستدعي اتخاذ خطوات معينة لتخفيف التوتر والاهتمام بما ينبغي عمله للأداء الناجح في هذه المواقف.

وتكمن الخطورة على الفرد في القلق غير السوي الذي يستمر لفترات بعد زوال الموقف المسبب أو في حالة غياب ما يستدعي القلق، فهناك أفراد تستمر ردود أفعالهم السلبية للضغوط حتى بعد زوال الأسباب، كالانتهاء من الامتحان على سبيل المثال بالنسبة للطالب.

فمثل هؤلاء يكونون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية الجسمية بسبب استمرار نشاط الجهازين "السمباثوي والباراسمباثوي" وهذه الاستمرارية من شأنها تعريض الأجهزة الحيوية في الجسم للتلف، واضطراب القلق يزيد من شدة حساسية الأفراد، ويرفع من ميلهم إلى تضخيم الأمور والمواقف التي يختبرونها، وهذا في حد ذاته يسبب لهم قلق أكثر، ويجعلهم يتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط.

ولا شك أن للقلق النفسي آثارا سيئة على الجوانب النفسية والاجتماعية والدراسية بالنسبة للفرد بشك خاص، فضلا عن آثاره السلبية على الجوانب الاقتصادية والاجتماعية بالنسبة للمجتمع بشكل عام، وبما أن التوتر والقلق النفسي أصبح من المشكلات الشائعة في هذا العصر، حيث أشارت الإحصاءات المتعلقة حجم مشكلة التوتر النفسي أن **80%** من جميع الأمراض الحديثة تستمد جذورها من القلق النفسي. **(الحويلة، 2010، ص ص 38-39)**

وبصفة عامة نجد الشخص القلق يتسم بحالة من التعب والإرهاق، ودم القدرة على الإنجاز، وكلها مظاهر تشتد وضوحا مع تزايد القلق، حيث يعاني الفرد من الاضطراب وعدم الاتزان.

يؤكد بعض العلماء أن العلاقة بين كل من القلق والأداء ليست علاقة مستقيمة أو بسيطة، وإنما هي علاقة منحنية تأخذ شكل حرف u مقلوب، وتعني هذه العلاقة أن القلق حتى حد معين يكون دافعا جيدا للأداء الجيد، وعندما يتجاوز هذا الحد المعين يكون له تأثير سلبي على الأداء.

كما انتهت نتائج بعض الدراسات إلى أن القلق – بوصفه حالة وسمة- إذا ارتفع عن حدود المتوسط والاعتدال فإنه يؤثر تأثيرا سلبيا على كل من التفكير التجريدي والإبداعي، فكلما ازداد القلق والمعاناة من المشقة والضغط النفسي، وعدم تحمل الغموض، ضعفت المقدرة على تكوين المفاهيم وضعفت الطلاقة الفكرية، وازداد التصلب، وعجز الفرد عن الإتيان بالأفكار الطريفة أو الجديدة.

(نفس المرجع السابق، 2010، ص ص 40- 41)

إذ لا يجب الاستهزاء بالدور الذي يلعبه القلق في حياة الفرد، هذا الدور الذي يعتبر فارقي وحتى مميت، ففي بعض حالات الأفراد خاصة الذين لا يمتلكون استعدادا لتحمل درجات عالية من القلق أو بعض الأفراد المصابين بأمراض مزمنة كالسكري مثلا، قد يؤدي التعرض للقلق بشكل مستمر إلى مضاعفات صحية قد تؤدي إلى الموت، كما أنه قد يعتبر في بعض الحالات محفزا إيجابيا إذا ما استقر في عتبة صحية، لذلك يجب التعامل معه بشكل مهني ويفضل في الكثير من الحالات استشارة أخصائي عيادي إذا ما أصبح الأمر مزعجا للفرد وخارج سيطرته.

11- تشخيص القلق:

في التشخيص يجب العناية بالفحص الطبي الدقيق، وتقييم الشخصية ودراسة تاريخ الحالة، وفي حالة وجود الأعراض الجسمية يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الأخرى أو الاضطرابات العصابية الأخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب، ويلاحظ أن بعض المرضى يذكرون الأعراض الجسمية ولا يذكرون أي شيء من الأعراض الانفعالية للقلق لاعتبارهم أن القلق مرض نفسي وهم يريدون أن يدفعوا عن أنفسهم أنهم مرضى نفسيون.

ويجب التفريق بين القلق وبين الفصام في مراحله الأولى. والفارق الأساسي بينهما وجود اضطراب الإدراك والتفكير في الفصام، وعدم وجوده في القلق. **(زهران، 2005، ص 487)**

والقلق كعاطفة يدخل ضمن المعايير التشخيصية للعديد من الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية، لكنه يختلف حسب البنية، فمن قلق التجزئة لدى الذهانيين مرورا بقلق فقدان الموضوع لدى البينيين حتى قلق الخصاء لدى العصابيين، هناك اختلافات ضمنية عديدة، كذلك بين القلق كسمة أو كحالة، كلها معايير تؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص الفارقي للقلق، وحتى في الخطة العلاجية التي تسطر من أجل التكفل بالمرضى.

12- علاج القلق:

12-1- العلاج التحليلي:

إن الهدف من التحليل النفسي هو إيجاد حل لمشاكل قديمة العهد، وهو ليس حلا سريعا للمشكلة التي يعاني منها الشخص، فقد يستغرق العلاج شهورا وأحيانا سنوات، وهناك عدة أنواع من التحليل النفسي، وتدور كلها حول نظريات مختلفة تتناول تلك المشاكل وكيفية حلها، ويتفق الجميع على أن القلق والهموم والمخاوف قد تسببت بها مشاكل حدثت في الماضي، ولم يتم التعامل معها بطريقة صحيحة، ومن الممكن أن نكون قد أنكرناها أو تجاهلناها أو حاولنا نسيانها، لكنها ما زالت هناك في أعماق عقولنا تزعجنا، وتبقى وتعاودنا كلما مررنا بحالة توتر شديد أو شعرنا بالضعف بطريقة ما، ويمكن للمشاكل أن تضعفنا وتجعلنا أكثر عرضة للانهزام أمام الشعور بالقلق.

من الأمثلة التي يمكن أن تسبب المشاكل نجد خسارة الأهل عندما كنا صغارا، فإذا ما صدمنا وتألمنا كثيرا ولم يكن بمقدورنا أن نستوعب ما حصل، فيمكننا أن نخفي مشاعرنا، ولكن تلك المشاكل لا تتلاشى، بل تعود لتلازمنا في فترة بلوغنا في شكل توتر وقلق.

ويهدف العلاج النفسي طويل الأمد إلى تحرير هذه المشاعر السيئة، لتخرج إلى وعينا وإدراكنا، فما دامت تلك المشاعر هناك، فإن العلاج النفسي يحاول أن يساعدنا على الحد منها، وحينئذ تتوقف عن التسبب بالمشاكل. **(مكنزي، 2013، ص 83)**

لذلك لا يجب أن يبقى الفرد حبيس الماضي والذكريات المؤلمة التي تستنفذ طاقته النفسية وتضعفه شيئا فشيئا حتى يصبح غير قادر على مقاومة أبسط الضغوط في حياته، وهذا ما يجعله فريسة القلق الدائم بسبب إحساسه بالعجز عن حل هذه الأمور العالقة، لذلك تعتبر التقنيات العلاجية التحليلية من بين أهم وأنجح التقنيات في تحقيق الصحة النفسية للفرد، ومساعدته على التخلص من رواسب هذه العواطف المزعجة.

12-2- العلاج السلوكي:

تتمركز التقنيات العلاجية السلوكية على مساعدة المريض على مواجهة المواقف المسببة للقلق وعدم تجنبها، ومن أجل تحقيق هذا الغرض يتم استخدام طرق مختلفة. ومن الطرق التي يتم استخدامها نجد:

12-2-1- الأساليب الاسترخائية (Relaxation):

ترتبط خبرة القلق على الأغلب مع ارتفاع في حدة التوتر، ومن هنا فإن تعليم المريض تقنيات الاسترخاء مفيد جدا في مساعدة المريض على السيطرة على الأعراض، ومن التقنيات التي يتم استخدامها يمكن الإشارة إلى الطرق التالية:

- ✓ **الاسترخاء الذاتي:** حيث يتعلم المتعالج تحقيق الاسترخاء لأعضاء معينة من الجسد من خلال قوة التصور أو التخيل؛
- ✓ **الاسترخاء العضلي التصاعدي:** حيث يتعلم المتعالج السيطرة على استرخاء مجموعات عضلية معينة؛
- ✓ **التغذية الراجعة الحيوية:** ومن خلال التغذية الراجعة يتم إعطاء المتعالج معلومات عن الأجزاء من جسده التي تكون في حالة استرخاء، وأيها لا تكون كذلك.

(كاس وآخرون، 2009، ص ص. 47-48)

12-2-2- تقنية إزالة الحساسية (Désensibilisation):

يعتمد السلوكيون على هذه الطريقة والتي أصبحت من أكثر الطرائق العلاجية السلوكية انتشارا، وهناك مئات الدراسات التي تشير إلى فائدة هذه الطريقة في علاج الكثير من حالات الرهاب (الفوبيا)، وليس هناك جدل بخصوص هذه الطريقة، وإنما بخصوص العملية التي تحدث بها. فعندما أدخلها لأول مرة البروفيسور **وولب Wolpe (1958)** كتكنيك قائم على مبدأ إشراطي أسماه **الكف المتبادل**، أشار بأنه إذا كان بالإمكان إحداث استجابة مضادة للقلق بوجود المثيرات المستدعية للقلق، بحيث تكون مصحوبة بقمع تام أو جزئي لاستجابات القلق، فإن الرابطة بين هذه المثيرات واستجابات القلق ستضعف.

واقترح **وولب** ثلاث خطوات لإحداث إزالة الحساسية المنظمة:

- ✓ استجابة نقيضة للقلق (الاسترخاء مثلا)؛
- ✓ تعريض تدريجي للمثير الذي يستدعي الخوف؛
- ✓ مزاوجة **(1)** و**(2)** أعلاه.

ويحدث في إزالة التحسس المنظم في العلاج السلوكي التقليدي أن يطلب من المريض الاسترخاء بإجراء التمارين العضلية الرياضية، ثم يبدأ تعريضه تدريجيا إلى المثير الذي يخاف منه بشكل غير معقول، ثم يسترخي ثانية ويطلب منه تصور ما حدث له مبتدئا بأقل المواقف إثارة للقلق، ويعتقد أن ما يحدث في هذه الحالة نوع من الإشراط المضاد. **(حسين صالح، 2015، ص 179)**

12-3- العلاج البيئي:

في بعض السياقات كمكان العمل، قد يكون من الممكن تغيير البيئة الخارجية أو الموضوعية، وذلك من أجل تقليل المطالب على الشخص، وهو الأمر الذي يشكل تهديدا بالغا له، على سبيل المثال إن مسببات الضغوط الجسدية مثل الضوضاء العالية يمكن تخفيفها، كما أنه يمكن إعادة توزيع مهام الوظائف لتقليل عبء العمل الزائد، وأن يمنح العاملون مزيدا من التحكم في أنشطة عملهم، كما أنه من المهم أيضا التطرق إلى المطالب الاجتماعية، وقد أشار **جيجا وكوبر وفراير (2003)** إلى أن التدخلات التنظيمية غالبا ما تكون فعالة في تخفيف الضغوط والقلق، غير أنها لا تستخدم عادة.

(زيدنر، ماثيوس، 2016، ص 239)

12-4- العلاج الدوائي:

يتم استخدام المهدئات أو المسكنات المعروفة في اللغة الطبية تحت تسمية الأدوية المضادة للقلق بشكل رئيس للعلاج قصير الأمد لحالات القلق والتوتر والخوف، وهي فاعلة بصورة خاصة عندما يكون للقلق موضوعا محدد الملامح. **(كاس، 2009، ص 399)**

ويتمركز العلاج الدوائي لاضطرابات القلق على المهدئات **كالبنوديازيبانات Benzodiazepine**، وبسبب خطر التعود ينبغي رفع الجرعة بالتدريج وكذلك تخفيضها على أن يتم ذلك تحت إشراف طبي،

وفي حال العلاج طويل الأمد هناك خطر التعود، وأكثر الاضطرابات التي تستجيب للمهدئات النفسية هي اضطرابات الهلع، كما أثبتت مضادات الاكتئاب فاعليتها في علاج اضطرابات القلق.

(نفس المرجع السابق، 2009، ص47)

التركيب الكيماوي	الاسم التجاري
أ- البنزوديازيبانات	
1- البرازولام alprazolam	1- تافيل tafil
2-كلورودیازیبوکسید chloradiazepoxid	2- ليبريوم librium
3- كلونازيبام clonazepam	3- ريفوتريل rivotril
4- ديازيبام diazepam	4- فاليوم valium
5- فلورزيبام flurazepam	5- دالمادورم dalmadorm
6- لوراتزيبام lorazepam	6- تافور tavor
7- أوكسازيبام oxazepam	7- أدومبران adumbran
8- تيمازيبام temazepam	8- بلانوم planum أو ريمستان remestan
9-كلوباتزام clobazam	9- فريزيوم frisium
ب- أدوية أخرى	
1- بوسبيرون buspiron	1- بيسبار besbar
2- زولبيديم zolpidem	2- ستيلنوكس stilnox

جدول رقم 01: قائمة ببعض أنواع المهدئات النفسية أمثلة من الأسماء التجارية (كاس، 2009، ص 405)

ورغم أن العلاج يعتبر تدخلا استعجاليا خاصة بالنسبة لبعض حالات القلق الحاد أو نوبات الهلع، إلا أنه ليس حلا دائما لما له من تأثيرات جانبية على صحة الفرد، لذلك يجب الاستفادة من متابعة نفسية متخصصة من طرف أخصائي عيادي له خبرة في التعامل مع مثل هذه الحالات، حتى يرافق المريض في رحلة علاجه ويساعده على تعلم بعض التقنيات والاستراتيجيات الفعالة التي تسمح له بالتعامل الأنسب مع نوبات قلقه وكذلك تخفيفها، ومن بين هذه التقنيات الناجحة والصحية نجد تقنية الاسترخاء.

خلاصة:

مما سبق نستطيع القول بأن القلق حالة انفعالية وشعور بعدم الارتياح، وهو لب المتاعب النفسية، حيث تتدخل فيه عدة عوامل، تكون أعراضه إما جسمية أو نفسية أو نفسجسمية، فإذا استمر هذا القلق قد يؤدي إلى اضطرابات في السلوك وقد ينتج عنه بعض الأمراض، لأننا كما نعلم بأن النفس والجسم متوافقان، يؤثر أحدهما في الآخر، ويكون تأثير النفس في الجسم أكثر حدة من تأثير الجسم في النفس، ولكن لا بد من وجود طرق علاجية للتخفيف من حدة القلق والتحكم فيه، ومن أهمها نجد تقنية الاسترخاء النفسي.

الفصل الثالث

داء السكـــــــري

تمهيد

1- لمحة تاريخية عن داء السكري

2- تعريف داء السكري

3- آلية حدوث داء السكري

4- أنواع داء السكري

5- أعراض داء السكري

6- أسباب داء السكري

7- مضاعفات داء السكري

8- المراحل التي يمر بها مريض السكري

9- تشخيص داء السكري

10- علاج داء السكري

11- علاقة القلق بداء السكري

خلاصة

تمهيد:

يعتبر داء السكري واحد من أكثر الأمراض السيكوسوماتية انتشارا في الوقت الحالي، وهو يصيب كل الفئات العمرية ومن كلا الجنسين، وهذا راجع لأسباب مختلفة وقد ينجر عنه أعراض مختلفة باختلاف كل نوع من أنواع السكري، وإن كان من السهل تشخيصه وإن كان من السهل تشخيصه فإنه إذا ما أُهمل قد يؤدي إلى إتلاف الكثير من أعضاء الجسم الهامة مثل القلب والكلى والكبد والعيون.

1- نبذة تاريخية عن داء السكري:

مرض السكري مرض قديم عرفه القدماء المصريون و اليونان، وورد في مخطوطة طبية باسم "بردية إيبر" وكان قديما يعتقد أن السكر يتصل بالكلى وليس البنكرياس. **(العيسوي، 2000، ص 42)**

وقد تحدث الصينيون القدماء عن أعراض مرض السكري التي تتمثل في زيادة البول والعطش والجوع.

وفي القرن الأول ميلادي وصف **أريتوس Aretoeus** اليوناني مرض السكري بأنه ذوبان لحم الجسم والأطراف ثم خروجه عن طريق البول وأطلق عليه اسمه الحالي ديابيتس **(Diabètes)** وتعني الماء الجاري.

وفي عام **(1000)** ميلادي وصف **ابن سينا** علاقة مرض السكري بالغرغرينا في الأطراف وبين أن سببها الإصابة بمرض السكري .

أما في العصر الحديث أي خلال القرن **(18، 19، 20)**، فقد توالت الأبحاث والاكتشافات العلمية في مجال السكري بشكل لم يسبق له مثيل حتى توصل العلماء إلى أدق التفاصيل عن مرض السكري ومازال البحث متواصلا ومستمرا.

ففي القرن **(17)** اكتشف **توماس ويلس Thomas Willis**، بوجود حلاوة في بول مريض السكري وقال بأن البول مشروب بالعسل ولذا أضيف كلمة **(ميلتيس)** فأصبح اسمه **(Diabète Milli tus)**، ثم اكتشف بعدها أن العرض ليس حتمي، وبالتالي أعطى تصنيف مبدئي لهذا الداء، سكري ذو ارتفاع في نسبة السكر **(Diabète sucré)**، وسكري ذو انخفاض في نسبة السكر **(Hypoglycémie)**.

وابتداء من القرن **(18)** أثبت **دوبسن Dobson**، وجود مادة السكر في البول، وفي عام **(1859)** **كلاود يرنارد Claude Bernard**، ارتفاع السكر في الدم، أما في عام **(1869)** اكتشف **بول لانجرهانز Paul Langerhanz**، وهو لا يزال طالب، الخلايا الأنسولينية الموجودة في البنكرياس.

(عبد روس، 1993، ص 23)

وفي عام **(1990)** استطاع العالمان **فون ميرنج ومينكوفسكي Von Mernig & Minkofesky** أن يثبتا أن جزر لانجرهانز في البنكرياس قد أفرزت مادة تسيطر على مستوى الجلوكوز في الدم.

وفي عام **(1922)** تمكن جراح العظام الكندي **بانتينغ وبست Banting & Best** من عزل هذه المادة من البنكرياس وإعطائها لمرضى السكري، وتخفيف نسبة السكر في الدم وسميت هذه المادة باسم الأنسولين، لأن كلمة أنسولين باللغة اللاتينية تسمى جزيرة.

قبل اكتشاف الأنسولين كان المصاب بمرض السكري إما أن يموت جوعا من الحمية القاسية، أو يموت من مرضه، أما الآن فإن مريض السكري يستطيع أن يسيطر على مرضه ويعيش بقية حياته ما شاء الله. **(الحسنين، 1989، ص ص. 8-9)**

ورغم ما توصل إليه العلم حديثا من معلومات طبية مؤكدة تتعلق بمرض السكري، إلا أنه لم يتمكن من تخفيف نسبة الإصابة به والتي تتزايد يوميا، وقد يكون هذا راجعا لتداخل وتشابك المتغيرات المتحكمة فيه والتي يصعب ضبطها.

2- تعريف داء السكري (Le Diabète):

لقد اشتمل هذا النوع من الأمراض تعريفات متعددة ومختلفة، لمنها تصب كلها في المعاني نفسها. ومن هذه التعريفات مايلي:

يعرف **جون ستيرن Jean Sterne** السكري بأنه مصطلح يوصف به مجموعة من الأمراض المميزة التي تكون لها اضطرابات أيضية موحدة من أصل وراثي أو هرموني. **(حربوش، 2008، ص 58)**

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية مرض السكري **(Le Diabète)** بأنه "حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية، ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز **(Glucose)** في الدم ويرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم إلى قلة وجود الأنسولين". **(المرزوقي، 2008، ص 28)**

أما التعريف العلمي لداء السكري فهو: اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر **(الجلوكوزGlucose)** في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو

عضوية أو بسبب الإفراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس **(Pancréas)**، وقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، ويطلق على هذه الحالة "**قصور الأنسولين**" وأن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة "**مقاومة الأنسولين Résistance à l'insuline**".

(بن سعد الحميد، 2007، ص 5)

3- آلية حدوث داء السكري:

3-1- تعريف الأنسولين (L'insuline):

الأنسولين هو هرمون تفرزه خلايا خاصة في البنكرياس تسمى خلايا **بيتا** وهي ضمن مجموعة من الخلايا المنتشرة على شكل جزر داخل البنكرياس، وتعرف هذه الجزر بـ **(جزر لانجرهانز)** نسبة إلى مكتشفها. ويتكون هرمون الأنسولين من سلسلتان من الأحماض الأمينية مرتبطتان بروابط كيميائية، والأنسولين ضروري للجسم كي يتمكن من الاستفادة واستخدام السكر والطاقة في الطعام، حيث يعمل على منع تراكم السكر وزيادة منسوبه في الدم مهما تناول الإنسان من السكريات و النشويات وإبقاء مستوى السكر ثابتا طوال الأربعة وعشرون ساعة. **(نفس المرجع السابق،2007 ص 5)**

3-2- آلية عمل الأنسولين:

تفرز خلايا **(بيتا)** في البنكرياس الأنسولين، وتعريفنا لمرض السكري نجده هو ارتفاع دائم للسكر في الدم ودرجة ارتفاعه ترتبط مباشرة بقصور إفراز الأنسولين من البنكرياس أو القصور في فعاليته، عندما يصل هذا القصور إلى حد شديد فإنه ثمة أعراضا تظهر ومن بينها كثرة التبول ولا سيما بالليل والعطش الشديد وفقدان للوزن والشعور بالعياء مع بقاء الشهية للطعام، ولو كان القصور في الأنسولين متوسطا فإن هذه الأعراض لا تظهر.

وإذا ازداد معدل السكر في الدم لدى الشخص العادي فإن خلايا **(بيتا)** تفرز الأنسولين تزيد من كمياته لاستهلاك السكر، وعندما يستهلك ويهبط من الدم تتوقف خلايا **(بيتا)** عن الإفراز.

وإذا ازدادت كمية الأنسولين عن الحاجة معناه استهلاك كميات كبيرة من السكر في الدم فيتعرض المخ والأعصاب للتلف والمريض قد يتعرض إلى غيبوبة نقص سكر حاد تؤدي إلى موته، وعندما يكون تركيز الأنسولين منخفض بسبب عدم نقص السكر تفضي إلى موته، أما عندما يكون تركيز الأنسولين منخفضا بسبب عدم كفاءة البنكرياس أو أن تركيزه عال ولا يقوى على استهلاك السكر فيرتفع معدل الجلوكوز فيقوم برفع قدرة الدم على اجتذاب الماء من الأنسجة لتخفيفه، وهذا قد يعرض المريض لغيبوبة قد تفضي لموته.

وامتصاص خلايا الجسم للجلوكوز ليست سهلة كما تبدو، لأنها تحتوي على جزيئات ناقلة تنقله من الدم لداخل أغشيتها لإمدادها بالطاقة والأنسولين بهذه العملية الحيوية، وهذه النواقل للجلوكوز توجد خلايا الدم، ويقوم الأنسولين بتحريكها اتجاه أغشية الخلايا.

عندما ينخفض معدل الأنسولين ومعدل الجلوكوز في الدم بهذه النواقل تغير اتجاهها في الدم.

ولا يعتبر الطعام المتهم الوحيد في ظهور مرض السكري، فهناك عدة عوامل من بينها قلة أو عدم إفراز الأنسولين و العوامل النفسية و القلق و الحزن...إلخ، وهذه العوامل تساعد في ظهوره وقد يكون سببه زيادة إفراز هرمون النمو.

وقد يعاني مريض السكري من خلل في التمثل الغذائي داخل الجسم، فلعدم إفراز الأنسولين بكميات كافية لاستهلاك السكر ولعدم استهلاكه ينزل الغلوكوز في البول مما يجعل الجسم يلجأ إلى بروتينات العضلات فيكسرهما للحصول منها على الغلوكوز والطاقة، لهذا ترتفع نسبة اليوريا في الدم و البول ويظهر على المريض النقرس.

وهناك بعض العقاقير ترفع نسبة السكر في الدم كالكورتيزونات والكافيين (في الشاي والقهوة والشكولاطة و الكولا) ومُدِرَّات البول والهرمونات الأنثوية في أقراص منع الحمل، كما توجد أدوية تخفض السكر في الدم غير الأدوية المنخفضة للسكر منها **الأسبرين**، كما أن الصيام والتمارين الرياضية والمشي كلها تخفض السكر في الدم.

3-3- فيسيولوجية حدوث المرض:

تم التعرف على هذه الآلية عام **(1950)** من طرف عالم كوري وقد أكدت هذه الآلية فيما بعد، فهو يرى أن جسم الإنسان يفرز في الحالة العادية كمية من الأنسولين تتروح ما بين **(0.7 إلى 1.10 غ/ل)**

إثر تناول وجبة غذائية، حيث تبين التحاليل الطبية أن كمية السكر في الدم للشخص العادي تكون أقل من (1.7غ/ل) خلال ساعة من تناول الطعام لكن سرعان ما تعود للصورة العادية بعد ساعتين من الزمن. فالملاحظ عند المصاب هو ارتفاع الكمية إلى (0.80غ/ل) على الأقل وغالبا ما تصل إلى (3.2غ/ل) في النصف ساعة الأولى والعودة إلى الاستقرار من جديد تكون من 3 إلى 4 ساعات تحت تأثير الأنسولين.

(عطية، 2016، ص 129)

4- أنواع داء السكري:

تم تصنيف مرض السكري حديثا إلى أربعة أصناف، النوع الأول الذي يعتمد على الأنسولين في علاجه، والنوع الثاني الذي لا يعتمد على الأنسولين في علاجه، والنوع الثالث يعرف بمرض السكري الثانوي، والرابع وهو سكر الحمل.

4-1- النوع الأول (Diabète Type1):

وهو ما يسمى بالنوع المعتمد على الأنسولين (DID) (Diabète Insulino-Dépendant)، ويطلق عليه أيضا سكري الأطفال والشباب.

يحتاج مرضى هذا النوع من السكري إلى مصدر خارجي للأنسولين عن طريق الحقن اليومية، وذلك لمنع تكوين وارتفاع الأجسام الكيتونية في الدم والمحافظة على الحياة، ويعود سبب هذا النوع من المرض إلى تأثير عوامل مجتمعة كالعوامل الوراثية والبيئية والمناعية، ويشكل ما نسبته حوالي (10%) من مجموع مرض السكري في أي فئة عمرية ولكن غالبا ما تكون أعلى نسبة للإصابة في مرحلة البلوغ.

(المرزوقي، 2008، ص24)

والمصاب هنا يعاني من عجز في البنكرياس على إفراز الأنسولين لاستهلاك الجلوكوز مما يتسبب في تكديسه في الدم وترتفع تدريجيا مما يجعل الكلية تقوم بدفعه نحو السائل البولي.

(عطية، 2016، ص 129)

4-2- النوع الثاني (Diabète Type2):

وهو ما يسمى بالنوع غير المعتمد على الأنسولين (DNID) (Diabète non Insulino-Dépendant)

يظهر هذا النوع نتيجة نقص جزئي في هرمون الأنسولين، فيصبح غير كاف للسيطرة على مستوى السكر في الدم في حدوده الطبيعية بمثل هذا النوع ما يقارب **90%** من حالات الإصابة بداء السكري وهو يصيب البالغين وأحيانا اليافعين. ويسمى بداء السكري غير المعتمد على الأنسولين، لأن علاجه يعتمد على الأدوية الخافضة لسكر الدم أو على المواد التي تحسن من إنتاج هرمون الأنسولين واستعمال السكر في البدن. **(الطيارة، 1998، ص 20)**

4-3- مرض السكر الثانوي (Diabète Secondaire):

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

(المرزوقي، 2008، ص 26)

4-4- سكر الحمل (Diabète Gestionnell):

يعد سكر الحمل أحد أنواع مرض السكري، ولا يصيب إلا الحوامل، ولحسن الحظ أنه أقل أنواع مرض السكري في الخطورة حيث أنه في معظم حالاته يحدث الشفاء بطريقة ذاتية بعد الولادة مباشرة، وتصاب الحامل بسكر الحمل نتيجة اختلال الهرمونات بسبب الحمل مما يجعل الأنسولين يفشل في القيام بدوره في نقل السكر من الدم إلى العضلات وباقي أعضاء الجسم، وبالرغم من تضاؤل خطورة هذا النوع من السكر بالنسبة للأنواع الأخرى يجب الاهتمام بعلاجه منعا لأي مضاعفات قد تصيب الأم والجنين.

(العاسمي، 2016، ص 549)

ويعتبر النوعان **01** و **02** من السكري أكثر انتشارا وشيوعا من بين هذه الأنواع.

	النوع الأول	النوع الثاني
السن	عادة قبل سن 35	عادة بعد سن 35
ظهور الأعراض	فجأة	تدريجيا
الوزن	نحيف أو طبيعي	غالبا بدناء
الأعراض	واضحة	غالبا بدون أعراض
الأحماض الكيتونية	غالبا موجودة	عادة لا تظهر
الدهون	زيادة الكوليسترول الترايجليسبرايد في الدم	زيادة الكولسترول و الترايجليسبرايد في الدم
العلاج بالأنسولين	حتمي	مطلوب فقط بحوالي 20-30%من المرضى
الأدوية الفمية	لا تستخدم	تستخدم
الأدوية الغذائية	ضرورية	أساسية
الأضداد الذاتية	موجودة	عادة غير موجودة

جدول رقم 02: الفروق الأساسية بين النوع الأول و الثاني من داء السكري (لطفي، 2015، ص 40)

5- أعراض داء السكري:

تختلف أعراض داء السكري باختلاف نوعه:

5-1- أعراض داء السكري من النوع الأول:

- ✓ كثرة التبول **(Polyurie)**؛

- ✓ العطش غير عادية **(Polydipie)**؛
- ✓ الجوع الشديد**(Polyphagie)**؛
- ✓ فقدان الوزن غير عادية **(Un Amaigrissement)**؛
- ✓ التعب الشديد و التهيج؛ **(العاسمي، 2016، ص 552)**
- ✓ إصابة الشرايين والأوردة الصغيرة وظهور دمامل وفقاقيع مليئة بالقيح في مختلف أعضاء الجسم خاصة في المقعد والرقبة؛
- ✓ ارتفاع نسبة السكر في الدم **(L'hypoglycémie)** والإغماء الناتج عن الارتفاع الكبير للسكر.

(المرزوقي، 2008، ص 33)

5-2- أعراض داء السكري من النوع الثاني:

الأعراض هنا تكون مخفية في البداية وقد يكشف المرض فقط عند إجراء الفحص الطبي:

- ✓ وجود أعراض مرض السكري النوع الأول؛
- ✓ التهابات متكررة **(Des Infections)**؛
- ✓ عدم وضوح الرؤية؛
- ✓ جروح وكدمات التي تكون بطيئة في شفائها؛
- ✓ وخز أو خدر في اليدين أو القدمين؛
- ✓ اللثة أو التهابات المثانة؛ **(العاسمي، 2016، ص 553)**
- ✓ فرط الشهية؛
- ✓ اضطرابات الجلد كالجفاف و التشقق؛
- ✓ البدانة.

إن التعايش مع مختلف هذه الأعراض الجسدية ليس بالأمر السهل، وينعكس على نمط حياة الفرد سلبا، ويحرمه من ممارسة الكثير من الهوايات التي تعود عليها قبل إصابته بالمرض كبعض الرياضات المجهدة مثلا، أو حتى التنقل لمسافات بعيدة أو الزيارات المطولة للأصدقاء والأقارب التي تعكرها كثرة التبول مثلا أو حاجة المريض للأكل في أوقات محددة، لذلك غالبا ما يحرج المريض من مثل هذه السلوكات التي لا يستطيع تغييرها، فزيادة على ما قد تسببه معظم هذه الأعراض من آلام جسدية فإنها

ستحول دون استمتاعه بحياة عادية يستطيع فيها المراقبة والسيطرة على بعض وظائف جسمه كالتبول مثلا التي سيصبح عبدا لها بمجرد إصابته بهذا الداء.

إضافة إلى هذه الأعراض نجد:

5-3- الأعراض النفسية:

يصاب المريض بالعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف والقلق والاضطراب النفسي والأرق وضعف الذاكرة حيث يصبح المصاب بداء السكري قلقا جدا وخائف. **(رويحة، 1973، ص13)**

قد يكون داء السكري نتيجة لمعايشة الفرد لبعض العواطف القوية في فترة كما أن طبيعة المرض في حد ذاته والتغيرات التي يحدثها في جسم الفرد تجعله يصبح أكثر قابلية للاستثارة النفسية والانفعال لأتفه الأسباب، فنجده يشعر بالقلق بسبب أمور لا تستدعي كثيرا القلق، والتخوف كذلك من أمور ربما لا تستدعي الشعور بالخوف الشديد، فكما تضعف مناعة الفرد الجسدية شيئا فشيئا بسبب إصابته بالمرض كذلك تصبح مناعته النفسية هشة مع الوقت، لأن ما يخلفه إدراكه بواقع إصابته بالمرض وضعف قدرته الجسدية شيئا فشيئا من إحساس بالضعف يزيد من استعداده لتقبل فكرة الاستسلام لأي ضغط في الحياة.

6- أسباب داء السكري:

لوحظ في جميع الدراسات حول العالم حدوث زيادة مضطربة وسريعة جدا في نسبة الإصابة بمرض السكري وعلى الرغم من عدم استطاعة الباحثين تحديد السبب المباشر بدقة لتلك الزيادة، إلا أن هناك قناعة تامة لدى الكثيرين بأهمية مجموعة من الأسباب ساهمت بشكل أو بآخر في تلك الزيادة.

(الزهراني، 2006، ص 14)

6-1- أسباب داء السكري النوع:

6-1-1- الوراثة (Hérédité):

يتم اكتساب الجينات من الأب والأم وقد تكون هذه الجينات السبب في زيادة احتمال إصابة شخص ما بمرض السكري أكثر من غيره، فأكثر من نصف الأشخاص المصابين بالنوع الأول من السكري قد ورثوا نوع الخلايا الجينية (DR_4/DR_3) أحدهما من الأب والآخر من الأم. **(بيتر تشايس، 2008، ص 09)**

6-1-2- نقص كفاءة الجهاز المناعي:

يعود السبب الرئيسي في حدوث النوع الأول من السكري إلى الجهاز المناعي للجسم والتي يصاحبها ظهور أجسام مضادة تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لانجرهانز **(Langerhanz)** وتسبب تلف خلايا بيتا في البنكرياس (**pancréas)** التي تفرز الأنسولين، ولا يعرف السبب الحقيقي عن كيفية بدء التأثير على الجهاز المناعي للجسم، ولكن الدراسات تشير إلى الاستعداد الوراثي والإصابة ببعض الفيروسات قد تكون السبب في حدوث نقص كفاءة الجهاز المناعي . **(بن سعد الحميد،2007، ص 14)**

6-1-3- بعض الأدوية:

كالأقراص المانعة للحمل، والأدوية الكظرية (الكورتيزون) ومضادات بيتا التي تستخدم في علاج أمراض القلب والضغط وغيرها من الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم.

(المرزوقي، 2008، ص31)

6-1-4- الأمراض:

خاصة الأمراض المعدية كمرض البنكرياس الكحولي، أو التشمح الكبدي، أو الحمى القرمزية التي قد تسبب في ارتفاع مستوى السكري في الدم، وسبب الارتفاع في هذه الحالة ليس المرض المعدي وإنما الحمى التي ترافق هذا المرض، وقد يختفي السكري بزوال الحمى ويشفى المريض.

(المرزوقي، 2008، ص 32)

6-2- أسباب داء السكري النوع 02:

6-2-1- السمنة:

حيث أوضح التقرير الثاني للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية **(WHO)** عن مرض السكري أن البدانة تعتبر أهم وأقوى العوامل المؤدية إلى مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين وقد وجد أن كمية أنسولين الدم تكون طبيعية في بادئ حدوث السكري عند ذوي السمنة المفرطة، إذ أن الخلايا التي تفرز الأنسولين تكبر ويزداد تبعا لذلك خزن المواد الدهنية، فإذا لم يحاول الشخص المصاب بالسمنة من إنقاص وزنه، فإنه يحتاج بالضرورة إلى الأنسولين أو ما شابه ليعوض النقص الذي حدث له.

(بكيري، 2011، ص 61)

6-2-2- السن (Age):

إن نسبة حدوث السكري غير المعتمد على الأنسولين، تزداد مع تقدم العمر حتى تبلغ الدورة بعد عمر الخمسين، ولكن ما يزداد أكثر مع السن ما يعرف بضعف تحمل الجلوكوز وهو تعبير يقصد به بأن الجسم لم يعد يستطيع التصرف الكيميائي في الجلوكوز وبالقدرة الطبيعية، فيرتفع منسوب السكر بالدم ولكن ليس إلى درجة حدوث الأعراض والمضاعفات، أي أن الحادث هو حالة وسطى بين حالة طبيعية وبين مرض السكري.

6-2-3- الاضطرابات النفسية:

ويتأثر مرضى النمط الثاني **(type02)** بالاضطرابات النفسية حيث أظهرت الفحوص وجود اضطرابات في التمثيل الغذائي للجلوكوز، وأن نشأة المرض ترتبط غالبا بفترات من الضغط الانفعالي الشديد، تؤكد الدراسات أن الإصابة النفسية تنشأ من حاجة المريض إلى الاعتناء عندما يتعرض للرفض والحرمان من شخص عزيز، ووجد أن نسبة السكر ترتفع عندما يشعر المريض بالكراهية والاكتئاب، وأنها تصبح عادية عندما يشعر الشخص بأنه مقبول ويجد الرعاية، هذه التغيرات الفيسيولوجية تؤدي إلى زيادة الحامضية وقد تؤدي إلى الغيبوبة، ولكن يجب أن لا ننسى أن الدور الأول للاستعداد الوراثي، وأن هذه الاضطرابات هو التعجيل بظهور المرض. **(نفس المرجع السابق، 2011، ص 61)**

ورغم أن المريض يتعود شيئا فشيئا على نمط حياة صحي إلى حد ما يساعده على التحكم في حالته الصحية ومحاولة تفادي المضاعفات التي قد تُحدثها الإصابة بمرض السكري، إلا أن ما لا يستطيع التحكم فيه هو مُجمل التغيرات الضاغطة التي يُعايشها يوميا في حياته وكذلك الحالة النفسية المُستثارة التي يصبح عليها بعد إصابته بالمرض، خاصة القلق الذي قد يُصاحب أفعاله وردود أفعاله والذي يصبح مصدرا للإزعاج بالنسبة للمحيطين به، وهذا ما يستدعي إضافة للعلاج الدوائي والحمية الغذائية مرافقة نفسية تساعده على التخفيف والتحكم في القلق.

7- مضاعفات داء السكري:

تكمن مشكلة داء السكري أساسا فيما تسببه من مضاعفات على المدى البعيد وينفرد داء السكري بين الأمراض الشائعة بأن مضاعفاته تكاد تشمل جميع أنسجة الجسم عموما، وإن مضاعفات داء السكري متعددة ومن بينها:

7-1- مضاعفات القلب والأوعية الدموية:

إن المصابين بداء السكري ترتفع لديهم نسبة الإصابة بأمراض القلب كقصور الشرايين التاجية وضعف عضلة القلب إلى أربعة مرات، كما أن خطر الإصابة بالسكتات الدماغية تصل إلى خمس مرات مقارنة بغير المصابين بداء السكري والسبب الرئيسي لهذه الزيادة هي تصلب الشرايين وضعف وصول الدم محملا بالأكسجين إلى الخلايا الحيوية نتيجة انسداد الأوعية الدقيقة نظرا لارتفاع شحوم الدم مثل الكوليسترول والدهون الثلاثية، كما أن داء السكري يؤثر على الصفائح الدموية التي تلعب دورا أساسيا في تجلط الدم فتزيد من فرص جلطات القلب والمخ، إذن فإن تصلب الشرايين **(Athérome)** من المضاعفات الرئيسية لمرض السكري خاصة تصلب شرايين القلب، وما يترتب عليه من أزمات قلبية كالذبحة الصدرية.

(حربوش، 2008، ص 64)

7-2- اعتلال الكليتين (Néphropathie):

يظهر مرض اعتلال الكلية في البداية على شكل بيلة روتينية (تواجد البروتين في البول) تؤدي مع الزمن إلى حصول اعتلال الكلية السكري المتقدم فتصاب الكلية بالإفلاس في وظيفتها و تتكدس البولة والكرياتينين في الدم. **(الطيارة، 1998، ص 79)**

7-3- اعتلال البصر (الشبكية) (Rétinopathie):

ينتج عن إصابة الأوعية الدموية الموجودة في الشبكية والتي تعتبر مصدر الإحساس بالضوء وربما يؤدي إلى فقدان البصر. **(المرزوقي، 2008، ص 34)**

ويعتبر تقطع الشبكية من بين أكثر المضاعفات انتشارا بين مرضى السكري، ونظرا لحساسية العين فغالبا ما تبوء عمليات تصحيحها بالفشل، ليفقد المريض بصره نهائيا مع إمكانية حدوث مضاعفات أخطر من بينها التهابات العين التي قد تنتقل إلى الدماغ وتؤدي إلى الوفاة.

7-4- اعتلال الأعصاب:

والذي ينتج عن عدم ضبط مستوى السكر في الدم والذي يؤدي إلى فقدان الإحساس في القدمين، وإلى تقرحات قد تلتهب بحيث يضطر معها إلى بتر العضو المصاب.

(نفس المرجع السابق، 2008، ص 34)

8- المراحل التي يمر بها مريض السكري:

يعتبر **مارك كايبس Marc Keipes** تقبل المرض عبارة عن إستراتيجية تتم عبر مراحل ويخص بالذكر المصابين بداء السكري، حيث وضح هذه المراحل كالتالي:

أ- **الصدمة:** تعتبر الصدمة أول هجوم على نفسية الشخص المتلقي بخبر إصابته بالمرض، حيث ينشأ من ورائها عدة سلوكات لا شعورية من قبل الشخص.

وذلك لعلمنا أن الصدمة النفسية تنشأ نتيجة ظهور مفاجئ وغير منتظر لعنصر جديد في حياة الفرد، والذي يغير وجوده بصفة كبيرة ومهمة، حيث بسببه يصل الفرد مؤقتا إلى عدم التكيف.

ب- الإنكار: وهو يلي مباشرة مرحلة الصدمة، حيث يرفض الفرد المصاب بالمرض حقيقة إصابته، كما أنه ينكر إمكانية تعرضه لمثل هذا المرض (السكري).

ويعرف **نوربارت سلامي Norbert Sillamy** الإنكار بأنه "آلية دفاع ضد القلق، تهدف إلى إنكار أو رفض الحقيقة والواقع، حيث يقوم الفرد بتحويل الأحداث الواقعية والمخيفة والمولدة للقلق، رافضا التعرف عليها وتعويضها بأحداث خيالية معاكسة."

ج- التمرد: هو ثالث حالة يتعايش معها الفرد بعد تشخيصه لحالته المرضية، وبما أن التمرد في معناه هو التعدي على الحكم أو السلطة أو القانون، ففي هذه الحالة يمكن تعريفه على أنه التعبير المصاحب لعدم الرضا بوضع معين سواء للفرد أو الجماعة.

د- المفاوضة: تمثل هذه المرحلة بوادر استيعاب فكرة المرض، حيث يلجأ الفرد المريض إلى الطبيب ويحاول قدر المستطاع إتباع تعليماته.

هـ- الاكتئاب: بعد استيعاب المريض لحاله يصيبه نوع من الاكتئاب، وشدد **فرويد Freud** على الملامح الشائعة للحزن والاكتئاب، كالشعور بالخسارة وانعدام الاهتمام بالعالم الخارجي.

و- التقبل: نصل إلى مرحلة تقبل المرض أو بالأحرى التعود عليه والتكيف معه، وعادة ما يصاحب هذه المرحلة هدوء تام من قبل المريض، وتعاون واضح مع الطبيب بحيث يحاول المريض إدراج مرضه كجزء من حياته، وبتطور هذه المرحلة يجد المريض نفسه في حالة من الخضوع التام.

ز- الخضوع: وهذا امتداد للمرحلة السابقة، حيث يكون هناك استسلام كلي من قبل المريض لحالته وانصياع تام لأوامر الطبيب، حيث يفوض المريض أمره لطبيبه وينقاد لنصائحه لكن قد تتعدى مراحل تقبل المرض هذه حسب **كايبس Keipes** مرحلة أخيرة وطارئة والتي عبر عنها بالتقبل الزائف.

ح- التقبل الزائف: وهي مرحلة يرفض فيها الفرد شعوريا بالإحساس بالمرض، وينتابه تخوف شديد من مضاعفاته، وذلك بعد إدراكه التام ومعرفته الكلية لمرضه. **(حربوش، 2008، ص ص. 85-86)**

ونظرا لكون سيرورة تقبل المرض تمر بمراحل مختلفة من حيث المعيش النفسي والتغيرات النفسية المحدثة، فيجب متابعة المريض نفسيا من طرف أخصائي عيادي منذ بداية كشف الإصابة بالمرض، وهذا من أجل المرافقة النفسية أولا ومساعدة المريض على التعرف على مختلف العواطف التي يعايشها وكذلك التدخل العلاجي في حالة معاناة الفرد من أي اضطرابات نفسية سواء نتيجة المرض أو نتيجة مصادر خارجية قد تزيد من مضاعفات الإصابة بالمرض.

9- تشخيص داء السكري:

يعتمد تشخيص الإصابة بداء السكري بكل أنواعه على عدد من الفحوصات المخبرية منها:

- ✓ الفحص المخبري للهيموغلوبين السكري (A_1C) الذي يرتفع عن **6.5** عند الإصابة بالسكري؛
- ✓ الفحص المخبري للجلوكوز العشوائي (يشخص السكري بارتفاعه عن **200 مغ/دسل**)؛
- ✓ الفحص المخبري لجلوكوز الصيام (يشخص السكري بارتفاعه عن **126مغ/سل**)؛
- ✓ اختبار الجلوكوز الفموي الذي يكشف عن تركيز الجلوكوز بعد مرور ساعتين على تناول محلول سكري وتشخيص الإصابة بالسكري بارتفاع تركيز الجلوكوز عن **200مغ/دسل**، وأيضا الفحص المخبري للبول الذي يكشف عن وجود الأجسام الكيتونية. **(عطية، 2016، ص ص. 139-140)**

10- علاج داء السكري:

يهدف علاج مرض السكري إلى إحداث توازن ما بين كمية الغذاء التي تدخل الجسم، وكمية الأنسولين من جهة وكمية الطاقة التي يحتاجها الجسم من جهة أخرى، لذا فإنه في حالة حدوث مرض السكري تتم المعالجة بما يضمن إعادة هذا الاتزان بإحدى الطرق التالية:

10-1- العلاج بالأنسولين:

في حالة الإصابة بمرض السكري من النوع الأول، يجب إعطاء المريض الأنسولين عن طريق الحقن مرة أو عدة مرات يوميا للبقاء على قيد الحياة، وتختلف جرعة الأنسولين من شخص لآخر وتسبب في بعض الأحيان صداعا حقيقيا، كما يمكن أن يسبب العلاج غير المناسب بالأنسولين آثارا جانبية وأحيانا خطيرة ويوجد منه أنسولين قصير، متوسط، طويل وممتد المفعول.

(Marie-christine audet, 2003,p24)

ولكي يستخدم هذا الدواء المذهل استخداما فعالا يجب أن تحدد بعناية الجرعة اللازمة للعلاج والتي تتماشى مع نسبة السكر في الدم والتي تتأثر بكمية الطعام الذي يتناوله الفرد، وبمقدار ما يبذل من نشاط جسماني، بحيث تكون نسبة الأنسولين في الدم عالية متى كانت نسبة السكر في الدم عالية، وأن تكون نسبة كل منهما منخفضة في نفس الوقت هذا يتطلب أن يكون المريض على اتصال دائم بطبيبه من أجل تحقيق نظام محكم للعلاج بهذا الدواء. **(حربوش، 2008، ص 72)**

10-2- العلاج بالأدوية الخافضة للسكر:

توصف الأدوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم للمرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر عندما تفشل الحمية الغذائية والرياضية، لخفض مستوى السكر في الدم لديهم بشكل جيد، وهذه الأدوية لا تستخدم في علاج المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر.

وتعطى الأدوية الخافضة للسكر عن طريق الفم مرة واحدة في اليوم (في الصباح) مع أن بعض الأشخاص قد يحتاج إلى جرعتين أو ثلاث جرعات.

وعندما تفشل الأدوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم في التحكم بمستوى السكر في الدم بشكل جيد فإنه يعطى حقن الأنسولين إما لوحدها أو بإعطائها مع أدوية أخرى.

(بن سعد الحميد، 2007، ص 65)

ومن أنواع الأقراص الأساسية لعلاج المصابين بالنوع الثاني من السكري وهي **السلفونيليوريا(Sulfonylurea)، البايجوانيد (Biguanides)، الأكاربوز (Acarbose)، الثايازوليندايونز (Thiazolidinediones)، الجلينايد (glinides)، الجليبتين (gliptins).** **(بيلوس، 2013، ص 43)**

10-3- العلاج بالحمية الغذائية:

تعني الحمية الغذائية الخاصة بالسكري اتباع خطة أكل صحيحة بدلا من برنامج غذائي صعب أو تقييدي وهذا ينطبق على جميع من يعانون من السكري بغض النظر عن نوعه. **(بيلوس، 2013، ص 18)**

ويتكون الغذاء الصحي المتوازن لمريض السكري من ألياف كثيرة مصدرها الخضروات والفاكهة، وتأتي السكريات فيه عن طريق الفواكه والنشويات المركبة، وتقل فيه الدهون خاصة (المشبعة) وكذلك البروتينات، مع تناول كمية سوائل كافية (نسبة الماء في الجسم حوالي **60%** والإقلال من ملح الطعام إلى ما دون الستة جرامات يوميا "ملعقة صغيرة") في حالة الإصابة بضغط الدم.

هذا يعني أن الحمية الغذائية ليست تجويع وحرمان بقدر ما هي تنظيم يشمل عدد الوجبات ونوعية الطعام وعدد السعرات. **(لطفي، 2015، ص 97)**

10-4- العلاج بالرياضة:

للرياضة دور كبير في الخطة العلاجية لمرضى السكري فهي تساهم بدرجة كبيرة في تنظيم نسبة السكر بالدم وتنشيط الدورة الدموية والمحافظة على الوصول إلى الوزن المثالي للمريض، مما يساهم في خفض نسبة المضاعفات المزمنة لداء السكري والأمراض المصاحبة له، مثل اختلال الدهون وارتفاع ضغط الدم إضافة إلى ذلك فإن مزاولة التمارين الرياضية يؤدي إلى زيادة الإحساس بالصحة العامة والراحة النفسية، وتحسن المظهر العام للمريض، وينتج تأثير الرياضة بشكل رئيسي من خلال استهلاك قدر أكبر من السعرات الحرارية والأداء الأفضل للأنسولين الموجود بالجسم، فعند ممارسة الرياضة يتحسن تأثير الأنسولين على النسيج العضلي وبالتالي زيادة استهلاك الجلوكوز الموجود بالدم، كذلك يزيد تأثير الأنسولين على الكبد فينخفض معدل إطلاق السكر منها. **(رويحة، 1973، ص 12)**

فالرياضة البدنية تفيد مريض السكر ولكن في الحدود التي يرسمها الطبيب المعالج والذي يعرف حالة المريض جيدا. **(رفعت، 1981، ص 67)**

11- علاقة القلق بداء السكري:

إن القلق (كضاغط نفسي) يلعب دورا هام جدا لدى مرضى السكري بشكل عام لما له من آثار سلبية على صحة المريض وتطور مرضه.

ومن الواضح أن مريض السكري يصاب بالعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف المستمر من تفاقم المرض وسرعة الإثارة و اليأس من الحياة . **(رويحة، 1973، ص 16)**

والجدير بالذكر هو أن مريض السكري الذي يعاني من القلق يمكن أن يحدث عنده حالة من عدم التوازن السيئة دائما في مستوى السكر في الدم لديه، وذلك إما بارتفاع هذا المستوى أو انخفاضه، وكلتا الحالتين لها آثار سلبية على صحة المريض وتعايشه مع المرض.

وقد أثبتت الدراسات أن كثيرا من اضطرابات القلق تكون منتشرة لدى مرضى السكري بشكل عام وينعكس سلبا على حالة المرضى الصحية.

ويؤكد **الزطمة** على أن القلق يزيد من إفراز جسم الإنسان لهرمون **الكورتيكوستيرويد** والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة السكر بشكل كبير في الدم.

كذلك إن الإحساس الدائم بالكآبة والحزن وشدة الانفعال المستمر كلها أسباب الإصابة بداء السكري، إذن هناك علاقة تفاعلية واضحة بين القلق وأعراضه وتأثيره على مرضى السكري وبين المرض نفسه، وهذه العلاقة هي علاقة تأثير وتأثر، أي أن زيادة مستوى القلق وتأثيره على الإنسان يعد من أحد الأسباب التي ربما تؤدي إلى الإصابة بهذا الداء، وكذلك مريض السكري فيما بعد يكون لديه من مشاعر القلق والتوتر أكثر من الإنسان العادي وذلك مع تقدم المرض لدى الإنسان المريض.

كما أن التفسير العلمي لما يحدث في حالة القلق وغيرها من التوترات النفسية، يؤكد أنها تعمل كمثيرات للجهاز العصبي الطرفي، والذي بدوره يرسل إشارات للغدة الكظرية الموجودة فوق الكلية والتي بدورها تفرز هرمون الأدرينالين وهو أحد إفرازات هذه الغدة الذي يفرز من لحاء الغدة، وإن هذا الهرمون يعمل على زيادة نسبة السكر في الدم وتقليل نسبة الأنسولين مما يزيد من حدة المرض .

وهذا يدل على مدى خطورة تأثير القلق على مرض السكري حيث إن القلق يعتبر من المصادر الهامة التي تعمل على إثارة الغدة الكظرية وبالتالي زيادة إفرازاتها من الأدرينالين.

(رضوان، 2002، ص ص. 68-69)

خلاصة:

من خلال عرضنا لهذا الفصل يمكننا استخلاص أن داء السكري عبارة عن مرض يصيب ويؤثر على استخدام الجسم لسكر الدم(الجلوكوز)، الذي يعتبر عنصر حيوي للجسم حيث أنه يمده بالطاقة اللازمة، بحيث يدخل الجلوكوز خلايا الجسم عن طريق عامل (الأنسولين)، وهو عبارة عن هرمون يفرز عن طريق البنكرياس ويعمل على فتح الأبواب التي تسمح بمرور الجلوكوز إلى خلايا الجسم .

وفي حالة داء السكر، يحدث خلل في هذه العملية حيث يتجمع الجلوكوز في الدم ويخرج في نهاية البول. تحدث هذه العملية عادة إما لأن جسم المريض لا يفرز كمية أنسولين مناسبة أو أن خلايا الجسم لا تستجيب للأنسولين بشكل سليم.

وللعوامل النفسية دور مهم في بداية الإصابة بهذا الداء أو تفاقم الحالة المرضية للمصاب، ولهذا فإن اتباع مريض السكري للتعليمات الطبية وحرصه على الانتظام في العلاج، وتغيير نمط حياته اليومي من الاعتماد على التغذية الصحية وزيادة النشاطات الرياضية، كفيلة بتحسين صحته والعيش بسعادة أكبر.

الفصل الرابع

الاسترخـــــــــــاء

تمهيد

1- تعريف الاسترخاء

2- أنواع الاسترخاء

3- فوائد وأهداف الاسترخاء

4- استخدامات الاسترخاء

5- شروط تطبيق تقنية الاسترخاء

6- أثر الاسترخاء في تخفيف القلق

خلاصة

تمهيد:

يحتل العلاج النفسي أهمية كبيرة من خلال دوره في التكفل بالعديد من الأمراض النفسجسدية والاضطرابات النفسية، وتختلف تقنياته على اختلاف المدارس النظرية التي تنبثق منها، ولكل مدرسة أسسها التي يُبنى عليها كل تنظير وكذلك على أساسها تقوم كل تقنية، وكثيرا ما تنبثق العديد من هذه التقنيات من عدة نظريات مشتركة مع بعضها، فقد نجد بعض التقنيات العلاجية تعود للتيار التحليلي والمعرفي والسلوكي في ذات الوقت حتى وإن اكتشافها في البداية يعود لواحد من هذه التيارات، وهذا لأننا لا يمكن أن نفصل النفس عن الجسد أو السلوك عن القدرات المعرفية، فالشخصية تُؤخذ في كليتها ووحدتها، ومن بين هذه التيارات نجد التيار السلوكي الذي انبثق منه العديد من أشكال العلاج النفسي وذلك لأنه حديث نسبيا، فتعددت أساليبه وبرزت فوائده وفعاليته في معالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية، حيث نجد أسلوب الاسترخاء الأكثر انتشارا وفعالية، ويعتبر مدخلا وبداية لكل أسلوب علاجي آخر، فتعد تقنية الاسترخاء من بين أهم تقنيات العلاج النفسي التي تُحدث راحة نفسية وبدنية للفرد، وتُنتج مشاعر هادئة وعميقة التي تساعد الفرد على التحكم في استثارته الانفعالية من خلال عملية التدريب لذلك يُنصح به في علاج العديد من الاضطرابات النفسية المنفردة أو المصاحبة لأمراض أخرى كمرض ارتفاع ضغط الدم مثلا أو مرض السكري.

1- تعريف الاسترخاء:

هو طريقة علاجية من العلاجات النفسية، ووسيلة لخفض التوترات الانفعالية المرتبطة بحالات نفسية مثل القلق، الأرق وفقدان الشهية، وهناك عدة تعاريف خاصة بالاسترخاء نذكر منها:

يعرفه **جيمس دريفرر** بأنه طريقة نفسية يعتمد على إرخاء العضلات الملساء من أجل جلب الراحة والاسترخاء لأعضاء الجسم. **(علي، 2001، ص 41)**

كما عرفه **حامد زهران** على أنه محاولة القضاء على التوترات العضلية بطريقة نفسية تهدف لإحلال الراحة والدفء محل التوتر والقلق، وذلك من خلال أسلوب وتكنيك نفسي فيسيولوجي.

(نفس المرجع السابق، 2001، 41)

أما **إبراهيم عبد الستار فيعرف** الاسترخاء على أنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. **(عبد الستار، 1980، ص 104)**

2- أنواع الاسترخاء:

2-1- الاسترخاء التدريجي (La Relaxation Progressive):

2-1-1- لمحة عن الاسترخاء التدريجي:

أول من استخدم أسلوب الاسترخاء كأسلوب علاجي فعال هو العالم **جاكوبسون Jacobson** والذي اكتشفه عام **(1939)** ونشره في كتابه الشهير الاسترخاء المتتابع أو التدريجي **La Relaxation Progressive**.

2-1-2- تعريف الاسترخاء التدريجي:

هو تقنية تتيح للمريض أن يتدرب على إراحة عضلاته، فالاسترخاء التدريجي للعضلات يؤدي إلى زوال الآثار التي يخلفها النشاط الذهني وتتركها الاضطرابات الانفعالية والتي تتلاشى بصورة تدريجية.

(علي، 2001، ص 41)

2-1-3- أهداف الاسترخاء التدريجي:

- ✓ يؤكد الاسترخاء التدريجي على استرخاء العضلات الهيكلية الإرادية؛
- ✓ تهدف هذه التقنية إلى تحقيق سيطرة متزايدة على العضلات الإرادية؛
- ✓ إلى أن يتمكن الخاضع للاختبار من استحثاث مستويات منخفضة جدا من التوتر في المجموعات العضلية الرئيسية مثل الذراعين والرجلين. **(بنسون، 1975، ص 181)**

2-1-4- مميزات الاسترخاء التدريجي:

إن النقاط الرئيسية التي تميز الاسترخاء التدريجي تتمثل في:

- ✓ أن كلا من القلق والاسترخاء شيئان متضادان، فليس من الممكن أن يصبح الشخص قلقا أو مسترخيا في نفس الوقت؛
- ✓ يمكن تعلم الفرق بين التوتر وعدم التوتر، وبالرغم من أن أغلب الناس ليس لديهم الوعي أو الحساسية الكافيين للتمييز بين الزيادة والنقص القليل للتوتر العضلي فإنه يمكن تعلم هذه المهارة؛
- ✓ تحقيق استرخاء تدريجي من خلال نقص التوتر العضلي يؤدي بدوره إلى نقص التوتر العضلي والقلق الذهني؛
- ✓ يتحقق الاسترخاء التدريجي من خلال الاسترخاء والانقباض المنتظم لجميع العضلات الكبيرة للجسم.

2-1-5- مراحل الاسترخاء العضلي:

- ✓ **الوعي بوجود الإجهاد والتوتر:** ويقوم الفرد من خلال هذه المرحلة بالتركيز على جزء معين من الجسم ويتعلم كيفية معرفة وإدراك وجود إجهاد وتوتر في هذا الجزء؛
- ✓ **شد الجسم:** لتعزيز الشعور بالإجهاد والتوتر فيقوم الفرد بشد هذا الجزء من الجسم وذلك ليزيد من شعوره بالإجهاد والتوتر لأعلى درجة؛
- ✓ **إراحة الجسم:** يقوم الفرد بإراحة جسمه مرة من خلال إعادته لوضعه الطبيعي وذلك ليتم التخلص من التوتر والإجهاد؛

- ✓ **الشعور بالاسترخاء:** يقوم الفرد من خلال هذه المرحلة بتركيز انتباهه على هذا الجزء ويتعلم كيفية الشعور بالاسترخاء الموجود فيه. **(حمزاوي، 2018، ص 189)**

2-2- الاسترخاء الذاتي (Training Autogène):

2-2-1- تعريف الاسترخاء الذاتي:

الاسترخاء الذاتي الذي طوره **شولتز Shultz** عبارة عن إجراء أسلوب من الاسترخاء الذاتي المركز فمن خلال مجموعة من التمارين المبنية على بعضها البعض يسعى إلى الوصول إلى أن تتأثر الحوادث الجسدية من خلال التركيز على عبارات محددة، ويحدث هذا من خلال جعل الأحاسيس الجسدية حساسة أثناء الاسترخاء، ومن خلال ربط هذه الأحاسيس مع عبارات مثل "الذراعان ثقيلان" ويمكن إجراء الاسترخاء الذاتي فرديا أو ضمن جماعة. **(كلاوس وآخرون، 1999، ص 204)**

2-2-2- أهداف الاسترخاء الذاتي:

- ✓ الوصول إلى تحرير الجسم عن طريق تمارين فيسيولوجية محددة مما يسمح بتحقيق الحالات الإيجابية وهذا انطلاقا من الأعمال القديمة حول التنويم المغناطيسي؛
- ✓ إحداث عمليات الاستراحة خلال الأزمات النفسية الفيسيولوجية؛
- ✓ كبح الانفعال ومنعه من أن يصبح مرضا. **(رضوان، 2012، ص 42)**

وغالبا ما يلحق توظيف التدريب الذاتي بتعليم العميل الاسترخاء التدريجي، ويعتبر الذاتي أبسط من حيث التطبيق مقارنة بالأول وكذلك لا تنجر عنه آثار عكسية أو مضاعفات ممكن أن تضر بالعميل مثل الاسترخاء التدريجي في المراحل الأولى من تطبيقه، مثل انقباض بعض العضلات أو احتمالية ارتفاع ضغط الدم المفاجئ أو نسبة السكر في الدم جراء المد والجزر بين الشد والإرخاء للعضلات، لذلك غالبا ما يُنصح بالاستفادة من جلسات الاسترخاء تحت رقابة أخصائي عيادي متمكن حتى يتعلم العميل تطبيقه منفردا.

2-3- البرمجة اللغوية العصبية:

كانت أبحاث **جون جريندر وريتشارد باندر** تهدف إلى تحليل واستطلاع النماذج التي تتحكم في السلوك الإنساني وتتخذ معالجين نفسيين معروفين عالميا بإنجازاتهم الفائقة في عملهم كنماذج لها مثل **فرتز بيرلز** مؤسس علم العلاج الحركي، و**فرجينيا ساتير** الأخصائية في علاج مشاكل العائلة، وأخيرا **ميلتن إريكسون** المنوم المغناطيسي العالمي المشهور الذي وُصف بأنه أبو العلاج الحديث عن طريق التنويم المغناطيسي.

وكانت نتيجة أبحاثهما أن ابتكرا نموذج يمكن استخدامه لإيجاد سبل اتصال أفضل وتعليم أسرع وإنجازات على مستوى أعلى، ومنذ اكتشاف البرمجة اللغوية العصبية **NLP** تم التوصل إلى نتائج خارقة في تغيير الاعتقادات السلبية للأفراد والتحكم في العواطف والتخلص من المخاوف غير المنطقية والذعر وتغيير السلوك السلبي. **(الفقي، 2008، ص 12)**

2-4- اليوغا (Yoga):

إن اليوغا علم يستهدف إعادة التوازن الكامل للإنسان، جسدا وعقلا وروحا كما تشتمل على نظام علمي قديم، دونه العلماء الهنود القدماء، لكي يثير في الإنسان القدرات الكامنة في كونه كإنسان ولكي يرتقي تدريجيا ليسمو فوق آلام الجسد والقلق والفراغ الروحي. **(نارايان، 1986، ص 7)**

3- فوائد وأهداف الاسترخاء:

3-1- الفوائد البدنية:

- ✓ التخلص من الأرق؛
- ✓ تأخير ظهور التعب؛
- ✓ الاكتشاف المبكر للتوتر العضلي وتحقيق القدرة على الاسترخاء؛
- ✓ تقليل نسبة الإصابة بأمراض القلب. **(جبالي، 2012، ص 48)**

3-2- الفوائد النفسية:

- ✓ الشعور بالهدوء؛
- ✓ تطوير الثقة بالنفس وتقدير الذات؛
- ✓ تطوير التوافق بين العقل والجسم؛
- ✓ عدم الاستجابة للاستثارات السلبية؛
- ✓ تطوير الانتباه والتركيز والذاكرة.

3-3- الفوائد الفيسيولوجية:

- ✓ تحسين التنفس؛
- ✓ احتياج واستخدام أقل للأكسجين؛
- ✓ خفض معدلات ضربات القلب؛
- ✓ استرخاء العضلات؛
- ✓ تحقيق توافق أفضل بين موجات المخ. **(جبالي، 2012، ص 48)**

وبهذا، فبما تسمح بتحقيقه تقنية الاسترخاء من آثار إيجابية على صحة الفرد الجسدية أو النفسية، فلا أنجح منها في التكفل بحالات التوتر الزائد أو نوبات القلق التي تنتاب الفرد خاصة إذا كان ممن يعانون من ضغوط أخرى كالمرض الجسدي مثلا، وبالنسبة لمرضى السكري، فاستفادتهم من هذه الفوائد تسمح لهم بتحسين نمط حياتهم والتحكم في القلق المصاحب للمرض أو على الأقل التخفيف منه قدر الإمكان حتى لا ينعكس سلبا على صحتهم.

4- استخدامات الاسترخاء:

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص كليهما استثمارها في أغراض عدة منها:

- ✓ تقنيات الاسترخاء غالبا ما تكون فعالة في الأمراض وخاصة من أصل وظيفي نفسي، كاضطرابات الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي وبعض الآلام المزمنة اضطرابات النوم المتعددة؛

(chalouts, 2016, p 15)

- ✓ كما قد يكون فعالا للاضطرابات والأمراض التالية: القلق، الاكتئاب، الصداع النصفي، الألم المزمن، الروماتيزم، آلام الرقبة؛ **(الحويلة، 2010، ص 83)**
- ✓ يستخدم الاسترخاء في الكثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية، وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية؛
- ✓ إمكانية استخدامه مع أسلوب سلب الحساسية التدريجي على المواقف المثيرة للقلق.

(عبد الستار، 1980، ص ص. 111- 112)

5- شروط تطبيق تقنية الاسترخاء:

إذا أردنا أن نطبق جلسات التدريب على الاسترخاء بشكل دقيق وعلمي ومضبوط، لا بد من مراعاة بعض الشروط لأداءات جيدة وفعالة، وهي:

أ- الكلمات والتعابير: يجب أن تكون موحية بالاسترخاء والدفء وتجعله تلقائيا؛

ب- الوقت: هناك أفراد يتعلمون الاسترخاء بسرعة وبعد تدريب قليل، ولتحقيق مثل هذه الاستجابة الاسترخائية التعليمية السريعة يتعين على المعالج أن يفرض تعلم الاسترخاء ببطء وبإيقاع في بداية التعليم التدريسي مع وقفات لجعل الخبرة الذاتية تكاملية؛

ج- مراعاة الفروق الفردية: علينا مراعاة الفروق الفردية في فهم تقنية الاسترخاء وتفسير هذه الخبرة وأهدافها وفوائدها أيضا في الإحساسات التي قد يشعر بها المرضى عندما يتقنون الاسترخاء؛

د- البعد عن السلبية: تجنب المضامين والصور السلبية، فاستخدام تعابير إيجابية أفضل من السلبية؛

هـ- إدراك علامات التوتر: يجب ملاحظة علامات التوتر والاسترخاء، فالسعال والالتواء والتنفس غير المنتظم والتشنج العضلي غالبا ما تكون علامات واضحة لتبديل وتغيير الأسلوب أو الاستعلام عن صعوبة المواجهة؛

و- كما يجب أن ننبه المريض على أهمية بقائه يقظا واعيا خلال الاسترخاء؛

ز- ينبغي على المعالج أن يرخم صوته من وقت لآخر ليكون موحيا بالهدوء والاسترخاء؛

ح- الوقت والمكان: من الأفضل أن يمارس المريض تمارينه المنزلية الاسترخائية بعد الاستيقاظ مباشرة، أو قبل النوم مباشرة وعلى كرسي مريح؛

ط- يتعين على المعالج تشجيع المريض على نقل تعلمه للاسترخاء، ليطبقه في حياته اليومية في تعامله مع البيئة؛

ي- أن يقوم المعالج بتنبيه المريض أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق خفض التوتر النفسي لديه. **(علي، 2001، ص ص. 42- 43)**

فليس من السهل تطبيق تقنية الاسترخاء، وأقل ما يقال عنها أنها من السهل الممتنع، بسيطة الخطوات وكذلك المبدأ، لكن ضبطها والتحكم في انعكاساتها يتطلب خبرة وشخصية قوية يجب أن يتمتع بهما الأخصائي النفسي حتى يتمكن من إخضاع العميل لإيحاءاته، وفي المقابل تحتاج إلى تحضير جيد للعميل وتوضيح الخطوات له حتى يتمكن من تطبيقها والعودة لقاعدة الأمان كل يطبقها فيها، إذا يمكن اعتبار الاسترخاء التدريجي رحلة يقوم بها العميل لينظف خلالها نفسيته ويُسقط كل ما يعكر مزاجه وعقله من أفكار وتصورات والأهم استرداد العواطف التي استحوذت عليها هذه الأمور السلبية وتوظيفها فيما يبهج حياته.

6- أثر الاسترخاء في تخفيف القلق:

اقترح علماء النفس لعلاج القلق مجموعة كبيرة من أساليب التدخل العلاجي للوصل بالأفراد الذين يعانون من القلق إلى التكيف من خلال تعليمهم استراتيجيات التعامل مع القلق، ومن هذه الأساليب "أسلوب الاسترخاء العضلي" والذي يعد من أكثر الأساليب فعالية في خفض مستوى القلق.

وقد ازداد الاهتمام في العقدين الأخيرين بالأبحاث النفسية التي تناولت برامج التدريبات الجسمية مثل برامج "الآيروبيك" والعلاج الطبيعي والاسترخاء العضلي، لما تتضمنه هذه التدريبات من عمليات فيسيولوجية عصبية شاملة، تؤثر إيجابيا على الصحة النفسية والجسمية للفرد، وفي مجال علم النفس الإكلينيكي تسهم هذه البرامج في علاج الكثير من المشكلات النفسية مثل: القلق، العدوانية، الاكتئاب والمعاناة من الضغوط النفسية الشديدة. **(الحويلة، 2010، ص 91)**

لذلك يعتبر الاسترخاء التدريجي من أنجح التقنيات في علاج القلق أو على الأقل التخفيف منه من خلال إمداد العميل بالسلاح المناسب لذلك، وهي جملة الحركات التي يقوم بها مرافقة بوعي مطلق بالحالة النفسية المعاشة وجملة من التصورات المعززة لثقته في قدرته على تغيير تلك العواطف والتحكم فيها ويجب ألا نقصي أهمية الخلفية الثقافية والدينية في إحلال الاسترخاء النفسي على العميل، فما يعتقد به المريض سيكون الباب الذي يدخله إلى عالم الاسترخاء وكذلك مفتاح أمانه.

خلاصة:

إن الهدف من العلاج بالاسترخاء هو تحفيز استجابة الاسترخاء، وهي حالة هدوء وراحة للجسد والفكر وتخفيف من التوتر والإجهاد، وبما أن العلماء يقدرون أن للإجهاد دورا هاما في نسبة كبيرة من المشاكل الصحية فمن شأن العلاج بالاسترخاء أن يكون جزءا لا يتجزأ من عمليتي العلاج والوقاية من الأمراض، وغالبا ما يستعمل العلاج بالاسترخاء لمساعدة الناس على مواجهة المصاعب والخيبات المحتمة في الحياة على نحو أكثر فاعلية، لذلك يفضل أن يستفيد مرضى السكري من جلسات الاسترخاء حسب خصوصية كل حالة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- المنهج المستخدم في الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

3- حدود الدراسة

4- عينة الدراسة

5- أدوات الدراسة

تمهيد:

بعد تطرقنا إلى الجانب النظري الذي يعد الجانب المرجعي المعتمد في تحليل وتفسير النتائج، والذي يرتكز على تحديد إشكالية الدراسة وما يتعلق بها من متغيرات سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات التطبيقية والتي تعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري والجانب الميداني، من خلاله سنتعرف على المنهج المتبع في الدراسة والعينة التي طبقت عليها التقنية العلاجية والأدوات التي تم استخدامها في الدراسة.

1- المنهج المستخدم في الدراسة:

لقد قمنا باستخدام المنهج العيادي القائم على دراسة حالة في دراستنا، والذي يعتبر إحدى طرق البحث المتعمقة في العوامل الفردية الاجتماعية سواء كان تعمقا فرديا أو أسريا أو اجتماعيا.

ومن خلال هذا المنهج وضع **فرويد** نظريته عن الشخصية ووضح دور الصراع اللاشعوري في توجيه سلوك الأفراد، وأهمية الأحلام في التعبير عن الرغبات وأهمية السنوات الخمس الأولى في حياة الطفل في توافقه فيما بعد، بالإضافة إلى المنهج الإكلينيكي يوجد منهج في العلوم النفسية والذي يسمى **منهج دراسة الحالة**؛ هذا الأخير الذي اختلف العلماء حول طبيعته، فمن العلماء من يعتبر ذلك منهجا قائما بحد ذاته يستعمل في دراسة الحالة الفردية للوحدة المراد دراستها، ومنهم من يرى بأنه يُعد أداة من أدوات البحث العلمي يتدعم بها المنهج العيادي.

ومن العلماء الذين يعتبرونه منهجا نذكر **فيرتشايلد Firchaled** وعبد الباسط حسن، أما العلماء الذين يعتبرونه أحد أهم أدوات البحث العلمي فهو العالم **روجي ميكيلي R. Meciullie** فهو يعتبرها أداة على اعتبار أن الباحث يستند عند جمعه للبيانات المعمقة على التاريخ الشخصي والطبي والعائلي والاجتماعي والصحي.

بصورة عامة فالمنهج العيادي هو دراسة إكلينيكية تستند إلى المقابلات وتستعين بالاختبارت للوصول إلى غايات يحددها هذا المنهج وهي:

* **التشخيص:** أي تشخيص الاضطرابات النفسية عن طريق هذا المنهج؛

* معرفة الشخص وسماته؛

* يمكن استعماله لغرض علاجي أو للمتابعة العلاجية الملائمة.

وقد آثرنا الطريقة العيادية لأن المنهج العيادي يتضمن في مفهومه وطريقته التجريب والقياس القبلي والبعدي، لأن الهدف من المتابعة العيادية ليس فقط الوقوف على وجود السمة أو الطبع أو العرض، بل العمل على التعديل والتقويم والعلاج، بمعنى آخر فإن التدخل العيادي يهدف إلى التشخيص والعلاج من

خلال تطبيق تقنيات علاجية محددة، وحتى نتعرف على مدى فعالية هذه التقنيات بالنسبة لاضطراب معين فلا بد من القياس القبلي والبعدي.

2- الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية هي المدخل الذي ينطلق منه الباحث ليضبط ما تحتاجه دراسته نظريا وتطبيقيا، كما تعتبر دراسة استكشافية بغرض الحصول على معلومات أولية حول الموضوع، كما تسمح لنا بالتعرف على الظروف والإمكانيات المتوفرة في الميدان.

2-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- ✓ التعرف على عينة الدراسة عن قرب، والمتمثلة في الأشخاص المصابون بداء السكري نمط 1؛
- ✓ معرفة مدى تجاوب أفراد العينة مع أدوات وتقنيات الدراسة؛
- ✓ تحديد مشكلات الميدان وصعوباته لتفاديها في الدراسة؛
- ✓ جمع معلومات دقيقة عن الظاهرة المراد دراستها.

وقد انبثقت فكرة موضوع الدراسة في البداية من الملاحظات الاستطلاعية لبعض زملائنا في الدراسة والذين يعانون من داء السكري، استشفينا من خلال معاناتهم اليومية من هذا الداء، رغم أن معظمهم لا يصرح به والبعض الآخر لا تظهر عليه أعراض المرض نهائيا، أنهم يتشاركون في العديد من المظاهر السلوكية من بينها سرعة الانفعال خاصة قبيل الامتحانات أو تقديم البحوث، كذلك تجدهم الأكثر استثارة في أبسط نقاش ضمن الحصة، وهذا ما يزيد من تخوفهم من فقدان السيطرة على استقرار نسبة السكري في الدم، هذا ما جعلنا نتساءل وفي ذات الوقت نلوم أنفسنا نوعا ما، فكيف لنا ونحن نتشارك ذات الحياة الدراسية وذات الحيز ألا نكون سندا لبعضنا؟ كذلك كيف لنا ونحن نتخصص في مجال علم النفس العيادي ولا نكون أول المستفيدين منه؟ ففاقد الشيء لا يعطيه، هذا ما جعلنا نفكر في طريقة نساعد بها زملاءنا دون إحراجهم ودون وضعهم في خانة المرضى، وفي ذات الوقت نقدم لهم خدمة محترفة تؤخذ بجدية لا استهزاء، وصادف أننا قد استفدنا ضمن تكويننا في طور الماستر في سنته الأولى من مقياس العلاجات النفسية، والذي ضمنه قامت كل مجموعة من الطلبة باختيار تقنية علاجية محددة، واختيار مقال علمي بلغة أجنبية، حيث تتم ترجمة المقال في الفصل الأول وتلخيصه وتقديمه

كخلفية نظرية للتقنية التي سيتم تطبيقها افتراضيا من خلال تمثيل سيناريو مبتكر على عينة من الطلبة، ومن بين هذه التقنيات تقنية الاسترخاء، ولذلك من خلال الملاحظات الاستطلاعية الأولى للطلبة، كذلك المقابلات الأولى التي تمت معهم بداعي التعرف أكثر على نوعية معيشهم النفسي في ظل هذا المرض، استخلصنا أن أكثر ما يعانيه هؤلاء ويعتبر مصدر خطر بالنسبة لاستقرار حالتهم الصحية هو القلق، وأكثر تقنية يمكن أن نفيدهم بها دون إحراجهم هي تقنية الاسترخاء التدريجي، ومن هنا جاءت الفكرة الأولى لموضوع الدراسة، وهذا ما دفعنا للبحث عن الاستفادة من تكوين وتربص مهني محترف ضمن تقنية الاسترخاء، وهذا ما تم فعلا حيث تحصلنا على شهادة تثبت جدارتنا وقدرتنا على تطبيق التقنية بشكل صحيح.

3- حدود الدراسة:

3-1- الحدود المكانية:

أجريت الدراسة في عدة أماكن:

- ✓ في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العمارية؛
- ✓ في الإقامة الجامعية الجوهر بولعراس- المدية؛
- ✓ وفي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعين بوسيف.

وهنا تمت الدراسة الاستطلاعية على مستوى هذه المؤسسات أين تم اختيار عدد لا بأس به من الحالات، بدأنا معهم المقابلات الأولى، لكن للأسف تم توقيف المقابلات بسبب ظروف الحجر الصحي وعدم قدرتنا على الاتصال بالحالات أو تكملة الجلسات.

3-2- الحدود الزمنية:

لقد بدأنا البحث منذ أواخر شهر نوفمبر **(2019)**، ووجدنا عينات لدراستنا في الأماكن السابق ذكرها، وخلال شهر جانفي **(2020)** قمنا بتكوين تدريبي على مستوى عيادة **Psycho Plus Clinique** حول تطبيق تقنية الاسترخاء، حيث تحصلنا على شهادة معتمدة تسمح لنا بمزاولة التقنية وتطبيقها بشكل محترف.

3-3- الحدود البشرية:

تم إجراء الدراسة الحالية –افتراضيا– في شقها التطبيقي على حالات من الأفراد المصابين بداء السكري (الراشدين) ويعانون من القلق، وكان عددهم 3 حالات، وسيتم عرض تفاصيل عن الحالات لاحقا.

4- عينة الدراسة الافتراضية:

- ✓ **عددها:** عدد أفراد الدراسة 3 حالات من الأفراد المصابين بداء السكري نمط 1 من كلا الجنسين (الراشدين)؛
- ✓ **طريقة اختيارها:** تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية؛
- ✓ **خصائصها:**

الحالات المدروسة	السن	الجنس	الحالة الاجتماعية
الحالة 01	25 سنة	أنثى	عزباء
الحالة 02	30 سنة	ذكر	أعزب
الحالة 03	33 سنة	أنثى	متزوجة

جدول رقم 03 يبين خصائص العينة الافتراضية

5- أدوات الدراسة:

5-1- الملاحظة:

هي أهم وسيلة لجمع البيانات، فهي أساس كل علم تجريبي بغرض الحصول على معلومات لها أهمية في الدراسة.

وتعرف على أنها توجيه الحواس والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها، توصلا إلى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة.

(العيسوي، 1997، ص 94)

وقد وظفنا:

أ- واقعيا:

- **الملاحظة الاستطلاعية** ضمن الدراسة الاستطلاعية،

- **الملاحظة العيادية** ضمن المقابلات الأولى التي تم إجرائها من أجل جمع المعلومات وتمهيدا لتطبيق مقياس القلق بغية اختيار العينة.

ب- افتراضيا: كان يرجى تطبيق العديد من أنواع الملاحظة إضافة للنوعين اللذين تم ذكرهما، منها:

- **الملاحظة المباشرة** من أجل الوقوف على مظاهر التوتر وسرعة الاستثارة في ردود أفعال العملاء ضمن المقالات؛

- **ملاحظة غير مباشرة** من خلال جمع معلومات من محيط العملاء وأفراد الأسرة حول ما لاحظوه من تغير على سلوكات الحالات بعد الإصابة بالمرض خاصة فيما يتعلق بنقطة القلق، كذلك ما سوف يلاحظونه من تغير على سلوكاتهم بعد الاستفادة من تقنية الاسترخاء التدريجي، وبهذا كانوا سينوبون عن الباحثتين في دور الملاحظ؛

- **ملاحظة منظمة** من خلال بناء شبكة ملاحظة تضم مظاهر السلوك المتوتر والقلق والبحث عن حضورها من عدمه ضمن سلوك الحالات، وغيرها من أنواع الملاحظة.

5-2- المقابلة:

تعرف المقابلة في معجم علم النفس بأنها: الحديث أو مناقشة متتابعة تستعمل بهدف فهم شخصية الفرد كما تمثل وسيلة هامة في كافة الفحوصات النفسية وتستعمل عملية استنتاج النتائج المتحصل عليها

بالإضافة إلى أنها تسمح بحل المشاكل التي يصادفها المريض. وقد قمنا بتوظيف الأنواع التالية من المقابلة ضمن الدراسة:

أ- واقعيا:

- المقابلة نصف الموجهة الفردية:

تعرف **Chiland** المقابلة نصف الموجهة على أنها أداة من أدوات البحث العلمي وتدعى أيضا المقابلة ذات الإجابات المفتوحة للباحث،وهي عبارة عن شبكة مرنة متكونة من أسئلة ينتظر الإجابة عليها.

وقد اعتمدنا منذ البدء هذا النوع من المقابلة من أجل ضبط مسار العينة بسرعة، وآثرنا تأجيل تطبيق الأنواع الأخرى فيما بعد، بعد تحديد الحالات وبدء العمل، لذلك **افتراضيا** كنا نسعى لتطبيق بعض هذه الأنواع من المقابلة:

- **المقابلة الحرة** من أجل جمع المعلومات وكذا تحرير عواطف الحالة وهذا هو الهدف من جلسة الاسترخاء النفسي؛

- **المقابلة الموجهة** التي سيتم خلالها تطبيق مقياس القلق؛

- **المقابلة التشخيصية** والتي ضمنها سيتم تشخيص القلق سواء في القياس القبلي أو البعدي؛

- **المقابلة العلاجية** والتي خلالها سيتم تطبيق التقنية العلاجية المتمثلة في الاسترخاء النفسي.

5-4- الاختبارات النفسية:

*** مقياس تايلور للقلق:**

يطلق عليه اسم **MAS** اختصارا لـ **Manifest Anxiéty Scal** اقتبسه واستعمله **تايلر**، ويطلق عليه مقياس تايلر للقلق، يتكون من 50 فقرة مقتبسة من اختبار **مينوسوتا متعدد الأوجه MMPI**.

*** صدق المقياس:**

أثبت **تشاولس ويندل Ch Windele** أنه يرتبط ارتباطا وثيقا باختبارات تقيس القلق وأهمها:

- اختبار "مودلين" للقلق؛
- اختبار "بولس" للقلق؛
- اختبار "ولش" للقلق؛
- مقياس "دين" للقلق.

وكلها اشتقت من اختبار "مينيسوتا" وكانت معاملات الارتباط متقاربة، اتضح من الدراسات التي قام بها **مارك ودوركي** أن مقياس القلق لتايلور يرتبط ارتباطا لا بأس به بأغلب تقديرات المعالجين للمظاهر المختلفة للقلق ويرتبط ارتباطا عاليا بالتقدير العام بحيث أن معاملات الارتباط بين القلق الصريح والتقدير يساوي **0،60.**

*** ثبات المقياس:**

طبق تايلور الاختبار مرتين متتاليتين وتبين له أن درجة الثبات تتروح بين **0،81** إلى **0،89** وقد استعمل محمد غالي طريقة إعادة الاختبار لدراسة مدى ثباته وكان المعامل **0،86** في المرة الأولى و **0،81** في المرة الثانية، وعليه تبين أن المقياس أدائه صالح إلى حد كبير لقياس القلق.

*** طريقة التطبيق:**

- ✓ يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من **10** سنوات فأكثر؛
- ✓ من بين الـ **50** عبارة هناك **10** عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي **(3، 13، 17، 20، 22، 29، 32، 38، 48، 50)**؛
- ✓ كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم اختيار من بينها الإجابة المناسبة.

*** طريقة التصحيح:**

- ✓ **(نعم)** تأخذ درجة واحدة، **(لا)** تأخذ صفر؛
- ✓ والعبارات العكسية، **(نعم)** تأخذ صفر، **(لا)** تأخذ درجة واحدة؛
- ✓ ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقا للجدول التالي:"

صفر – 16	قلق منخفض جدا
17 –19	قلق منخفض (طبيعي)
20 – 24	قلق متوسط
25 – 29	قلق فوق المتوسط
30 فما فوق	قلق مرتفع

جدول رقم (04) يبين خصائص درجات مقياس القلق لتايلور

5-5- جلسات الاسترخاء:

خطوات تطبيق جلسات العلاج بتقنية الاسترخاء:

- ✓ بعد دراسة كل حالة دراسة عيادية وثبات وجود القلق عند الحالات، وهذا عن طريق التطبيق القبلي لمقياس القلق لتايلور واتباع تصحيح المقياس على وجود القلق أو عدم وجوده؛
- ✓ تطبيق جلسات الاسترخاء العلاجية وذلك بعد التدريب عليها؛
- ✓ **التطبيق البعدي:** القيام بالتطبيق البعدي لمقياس القلق لتايلور في جلسة من الجلسات النهائية للعلاج بالاسترخاء.

الفصل السادس

تصور النتائج في ظل الفرضيات المطروحة

1- تصور سيرورة العمل

2- تصور النتائج في ظل الفرضيات المطروحة

التصور:

أولا: تصور سيرورة العمل:

تضمن التطبيق ثلاث حالات من الراشدين، 2 إناث وذكر، تتراوح أعمارهم بين 25 و 33 سنة وبين أعزب ومتزوج، ويعانون جميعا من داء السكري من النمط الأول، شملت خطة العمل تسطير مقابلات تمهيدية مع كل حالة منفردة؛ على الأقل مقابلتين يتم في الأولى تقديم شخص الباحث والهدف من المقابلات والدراسة؛ جمع البيانات الأولية التي تضم البيانات الشخصية وكذا البيانات المرضية؛ فيما يتعلق بمدة الإصابة بالمرض وكذا كل ما يخص الملف الطبي المتعلق بالحالة، ضمن المقابلة الثانية سنحاول التعرف على مدى تقبل الحالة للمرض من خلال التعرف على مصادر المساندة وكذا مصادر الضغط في حياتها.

ضمن المقابلة الثالثة نقوم بتطبيق مقياس القلق لتايلور، والذي من خلاله سنتعرف على درجة القلق الذي يعاني منه العملاء؛ وفي المقابلتين أو الثلاث مقابلات التالية سنسطر وحدات للمقابلات ضمن مقابلات نصف موجهة وحرة للتعرف على مصادر القلق والضغوط النفسية التي يعاني منها العملاء؛ وكذلك للتعرف على مصادر القوة والنقاط الإيجابية التي يمكن العودة إليها وتعزيزها لطمأنة الحالة أثناء جلسات الاسترخاء؛ بعد هذا نُعرف الحالات بتقنية الاسترخاء ونقترحها عليهم كاستيراتيجية مناسبة للعلاج وللتخفيف من درجة القلق الذي يعانون منه.

بعد المقابلة التي نُعرف بها الحالات ونطلعهم فيها على خطوات تطبيق تقنية الاسترخاء، تأتي المقابلات التي يتم من خلالها تطبيق تقنية الاسترخاء لعدة جلسات، ويتم خلالها كذلك التركيز على مواطن الضغط في جسم الحالة؛ وأيضا ختم كل جلسة بفتح المجال للتنفيس الانفعالي للعواطف التي اختبرها العميل أثناء الجلسة لنقدم للحالات مع نهاية كل جلسة تمارين تواظب على تطبيقها في المنزل استكمالا للجلسات، كل هذا مع الحرص على اتباع العميل النظام الغذائي الصحي والالتزام بالعلاج.

يتم قياس نسبة السكر في الدم قبيل كل جلسة وبعد كل جلسة، حتى نقف على مدى تفاعل الحالات مع التقنية وكذلك مدى تأثير حالة الاسترخاء التي يتواجدون ضمنها على نسبة السكري في الدم،

فالفرد لا يستطيع التحكم في جميع مصادر الضغوط التي يتعرض لها، لكنه يستطيع تحسين شكل استجابته وطريقة تعامله معها.

بعد عدة جلسات نعيد تطبيق مقياس القلق لتايلور لنقف على درجة القلق مرة أخرى، ونبحث عن أي تغيير في مستواه وفي شكل استجابة العملاء على بعض الأسئلة التي يُعاد طرحها والتي تخص بعض النقاط التي كانت تعتبر مصدر قلق وضغط سابقا.

ثانيا: تصور النتائج في ظل الفرضيات المطروحة:

- **مناقشة الفرضية 01: يعاني مرضى السكري من درجة مرتفعة من القلق.**

سنقوم في هذا الفصل بتصور النتائج في ظل الفرضية الأولى التي مفادها أن "**مرضى السكري يعانون من درجة مرتفعة من القلق**"، وللتحقق من هذه الفرضية سنقوم بالرجوع لبعض الدراسات السابقة، ومن بين هذه الدراسات نجد:

- ✓ **دراسة فا/ز. إزروق (1997) بعنوان "الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي"**: صممت هذه الدراسة للكشف عن مدى تأثير الإصابة بمرض السكري على الجانب النفسي والاجتماعي للمصابين به وللكشف عن نماذج التقدير المعرفي الخاصة بوضعية المرض وعن علاقتها باستعمال استراتيجيات نوعية في عملية المقاومة ضد الضغط السيكولوجي الذي ينشأ عن تلك الوضعية، وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن أفراد العينة قبل التكفل بهم نفسيا وحضورهم إلى حصص العلاج كانوا يعيشون وضعية المرض كعامل ضغط يهدد توازنهم النفسي والاجتماعي ويقدرون تلك الوضعية على أنها عائق اضطراري يشعرهم بالعجز ويمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه، فهذا الشعور بالضغط والشعور بالتهديد يولد لديهم الإحساس بالقلق اتجاه حالتهم الصحية وكلما زادت نسبة الشعور بالضغط زادت نسبة الشعور بالقلق.
- ✓ **دراسة سمير لكحال (2018) بعنوان "القلق النفسي لدى مرضى السكري "**:

كانت هذه الدراسة إحدى المواضيع الهامة والتي تمس فئة المصابين بداء السكري خاصة والمجتمع عامة، بحيث أثبتت نتائج هذه الدراسة أن داء السكري يؤدي فعلا إلى القلق النفسي، كما أن القلق

النفسي يؤدي إلى رفع مستوى السكر في الدم، وذلك لأسباب عديدة من بينها عدم تكيف المريض مع مرضه؛ شعوره بالنقص وخوفه من مضاعفات وتعقيدات المرض.

وكما ذكرنا سابقا حول علاقة القلق بداء السكري في الجانب النظري تحديدا في الفصل المتعلق بداء السكري، بأن العلاقة بين القلق وداء السكري هي علاقة تأثير وتأثر أي أن زيادة مستوى القلق وتأثيره على الإنسان يعد من أحد الأسباب التي ربما تؤدي إلى الإصابة بهذا الداء، كما أن مريض السكري يكون لديه فيما بعد مشاعر القلق والتوتر.

وأثبتت دراسات عديدة أن مرضى السكري يعانون من القلق وأغلبهم تكون لديهم درجة مرتفعة من القلق.

وفي ضوء النتائج المتحصل عليها تحققت الفرضية الأولى التي مفادها: **يعاني مرضى السكري من درجة مرتفعة من القلق.**

*** تفسير نتائج الفرضية 01:**

أظهرت نتائج الفرضية الأولى بأن مرضى السكري يعانون من درجة مرتفعة من القلق ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن مريض السكري يصاب بالعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف المستمر من تفاقم المرض وسرعة الإثارة واليأس من الحياة، بالإضافة إلى القلق المستمر حول حالته الصحية؛ مما يؤدي به إلى التفكير المستمر حول حياته المستقبلية كالزواج مثلا؛ فمرض السكري يؤدي للإصابة بالضعف الجنسي ويزداد هذا مع تقدم العمر ويعود لعدة أسباب من بينها: **تأثير مرض السكري على النظام الغذائي، تناول الأدوية، الشعور بالتعب والخمول، الشعور بالتوتر والقلق، عدم الإحساس في بعض الأعضاء التناسلية، قلة تدفق الدم...إلخ،** فهذا عامل كفيل بأن يجعل مريض السكري قلقا ومتوترا حول حالته الصحية، ونضيف أيضا صعوبات أخرى يواجهها مريض السكري أيضا كالتخوف من الارتفاع أو الهبوط المفاجئ للسكر في بعض الأماكن الشاغرة الذي لا يمكنه العثور على بعض المساعدات فيها، أيضا اتباع حمية غذائية معينة والخوف المستمر من حدوث مضاعفات في حال لم يلتزم مريض السكري به والحرمان من أنواع كثيرة من الطعام ونظرة الآخرين المصحوبة بالشفقة والشعور بالاختلاف والبعد عن أفراد العائلة والأصدقاء وقلة العلاقات الاجتماعية كلها عوامل تجعل مريض السكري يعاني من درجة مرتفعة من القلق، بالإضافة

إلى كل هاته العوامل نضيف عاملا آخر؛ ألا وهو الخوف من الموت المبكر، والذي بدوره يولد قلقا داخليا خشية مفارقة الحياة جراء هذا المرض، فهذه كلها عوامل تؤكد بأن مرضى السكري يعانون من درجة مرتفعة من القلق.

- **مناقشة الفرضية 02: تقنية الاسترخاء فعالة في تخفيف القلق لدى مرضى السكري.**

بعد التصور الذي قمنا به للتأكد من صحة الفرضية الأولى، سنجري تصورا آخر للتأكد من صحة الفرضية الثانية والتي مفادها أن "**تقنية الاسترخاء فعالة في تخفيف القلق لدى مرضى السكري**" وسنضع بين أيديكم بعض الدراسات التي تناولت فعالية هذه التقنية في تخفيف القلق، ومن بين هذه الدراسات:

- ✓ **دراسة بلعباس نادية ودحو مختاري (2017) بعنوان "أثر العلاج بالاسترخاء في التخفيف من قلق المرأة ذات الحمل المهدد":**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر العلاج بالاسترخاء في التخفيف من قلق المرأة ذات الحمل المهدد في مصلحة التوليد لولاية مستغانم، وقد أظهرت النتائج بأن الاسترخاء يساعد المرأة الحامل على التحكم في ذاتها من خلال التدريب على تقنيات التنفس والتوتر العضلي وأن الاسترخاء يخفف من قلق الحمل في حالة خطر الإجهاض المتأخر وأنه يخفف من قلق الحامل في حالة خطر الولادة المبكرة.

- ✓ **دراسة رزقي رشيد (2019) بعنوان بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن:**

أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرضيات التي وضعها الباحث، ويرجع ذلك إلى فعالية استخدام البرنامج العلاجي المبني على أسس العلاج المعرفي السلوكي بما يتضمنه من فنيات واستراتيجيات وأساليب وخطوات مع استخدام تقنية الاسترخاء التي أفادت كثيرا في تخفيف أعراض القلق وقلق الموت، خاصة كل ما هو متعلق بالجانب العضلي الفسيولوجي، الأمر الذي أدى إلى إحداث تأثير إيجابي في خفض درجات ومستويات كل من القلق، الاكتئاب وقلق الموت.

- ✓ **دراسة مشري أميرة (2017) بعنوان "أثر العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من الإنعصاب (الضغط النفسي) لدى مرضى السكري من النمط الثاني"**

تناولت هذه الدراسة التطرق إلى مفهوم الإنعصاب (الضغط النفسي) لدى الفرد وداء السكري من النمط الثاني، ثم التطرق إلى معرفة مدى أثر العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من الضغوط النفسية لدى مرضى السكري من النمط الثاني، وأثبتت نتائج الدراسة أن للعلاج المعرفي السلوكي أثر فعال في التخفيف من الضغط لدى مرضى السكري من النط الثاني.

وبالرجوع إلى الجانب النظري وتحديدا للفصلين الثاني والرابع (فصل القلق وفصل الاسترخاء) فنجد أن تقنية الاسترخاء من بين البرامج العلاجية الفعالة لعلاج القلق أو على الأقل التخفيف من حدته.

وفي ضوء النتائج المتحصل عليها تحققت الفرضية الثانية التي مفادها: **تقنية الاسترخاء فعالة في تخفيف القلق لدى مرضى السكري.**

*** تفسير نتائج الفرضية 02:**

أظهرت نتائج الفرضية الثانية أن للاسترخاء فعالية في تخفيف القلق لدى مرضى السكري، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن القلق يحدث نتيجة التوتر النفسي والضغوط الزائدة على الإنسان والتي تؤدي إلى حدوث اختلال نفسي بالإضافة إلى الأمراض الجسمية والتي تعد من أهم الأسباب التي تؤدي للشعور بالقلق، وخاصة الأمراض السيكوسوماتية من بينها داء السكري الذي هو موضوع دراستنا، فكما نعلم أن النفس والجسم مكملين لبعضهما البعض، إذا حدث خلل في الجسم سيؤثر بدوره على النفس والعكس صحيح، وحتى يستطيع الشخص الذي تعرض للقلق أن يخفف من حدته فيجب عليه أن يتجنب الأمور التي تدعوه للقلق، وأن يبتعد عنها قدر المستطاع سواء كانت فكرية أو عملية، وهذا عن طريق الجلوس في أماكن هادئة تدعوا للراحة والاطمئنان أو عن طريق القيام بتقنيات وأساليب كالتأمل واليوغا والاسترخاء سواء كان ذاتيا أو عضليا؛ وهذا الأخير له فعالية كبيرة في التخفيف من حدة القلق، وكما نعلم أنه يستحيل معايشة عاطفتين متناقضتين في ذات الوقت؛ فكون الإنسان مسترخيا هذا يعني أنه في أقصى درجات الراحة والاطمئنان.

كان هذا تفسيرا لكيفية التخفيف من حدة القلق عن طريق الاسترخاء وهو تفسير شامل خاص بالقلق بصفة عامة، أما بالنسبة للقلق عند مرضى السكري فكما نعلم أن هناك ارتباط بين القلق وارتفاع نسبة السكر في الدم، حيث أن القلق يؤدي إلى ارتفاع مادة الأدرينالين في الجسم والذي بدورها تؤدي إلى ارتفاع في نسبة الكورتيزون وهذا يؤدي إلى ارتفاع في مستوى السكر في الدم، كما أن القلق يقلل من فعالية الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس، وبالتالي نقول بأن الاسترخاء يخفف من حدة القلق، وعند انخفاض درجة هذا الأخير تنخفض نسبة السكر في الدم، وبالتالي يكون للاسترخاء فعالية في تخفيف القلق لدى مرضى السكري، وهي الفرضية الذي تم مناقشتها سابقا.

استنتاج عام:

ظهر لنا من خلال بناء هذا التصور أن تقنية الاسترخاء تقنية فعالة في التخفيف من أعراض القلق لدى مرضى السكري، وهذا من خلال تحقق فرضيات الدراسة كلها، كما أن لها فعالية أيضا في التخفيف قليلا من نسبة السكر في الدم، وكان هذا من خلال الرجوع للدراسات السابقة التي كانت قريبة لدراستنا ومن خلال الرجوع أيضا إلى ما تم تدوينه في الجانب النظري، فتم الربط بين ما هو تطبيقي وما هو نظري للوصول إلى تصور حول النتائج المتوقع الوصول إليها، إلا أنه لا يمكن تعميم هذه النتائج، لأنه ومهما كان يبقى تصورا خاصا بدراستنا وليس بجميع الدراسات.

خاتمة

خاتمة:

تم في هذه الدراسة قياس تأثير تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي في تخفيف القلق لدى مرضى السكري، استعملت الباحثتين المنهج العيادي القائم على دراسة حالة، إذ اهتمت الدراسة بتدريب مرضى السكري على تقنية الاسترخاء، حيث خضع لهذا العلاج 3 حالات افتراضية وتم إجراء البرنامج العلاجي التدريبي في 3 عيادات، وتم قبل ذلك تطبيق مقياس تايلور للقلق وكانت نتائج المقياس قبل التطبيق مرتفعة (قياس قبلي)، وبعد خضوع الحالات للتدريب على تمارين الاسترخاء العضلي التدريجي انخفضت (قياس بعدي).

وللتذكير بنص فرضيات الدراسة:

- يعاني مرضى السكري من قلق مرتفع.

- تقنية الاسترخاء فعالة في تخفيف القلق لدى مرضى السكري.

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

* تحققت فرضيات الدراسة ويمكن القول أن البرنامج العلاجي المستخدم ساهم إيجابيا في خفض القلق لدى مرضى السكري.

قائمة المراجع

*** مراجع بالعربية:**

- الكتب:

- Kass, Oldham & Pardes، ترجمة: سامر جميل رضوان، 2009، **في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي**، دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة، ط 1.

- إبراهيم الفقي، 2008، **البرمجة اللغوية العصبية**، إبداع للإعلام والنشر، القاهرة، مصر، د ط.

- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، د س، **علم النفس الإرشادي**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، د ط.

- الأزرق بن علو، 2003، **كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة**، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، د ط.

- أسامة فاروق مصطفى، 2011، **مدخل الاضطرابات السلوكية والانفعالية: الأسباب- التشخيص- العلاج**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط 1.

- أسماء عبد الله العطية، 2008، **الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال**، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، مصر، ط 1.

- أمثال هادي الحويلة، 2010، **القلق والاسترخاء العضلي- المفاهيم والنظريات والعلاج**، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ط 1.

- أمين رويحة، 1973، **داء السكري- أسبابه، أعراضه، طرق مكافحته**، دار القلم، بيروت، لبنان، ط 1.

- ب. ك. نارايان، 1986، **فلسفة اليوغا**، المؤسسة الجامعية للدراسات، ط 1.

- بسام خالد الطيارة، 1998، **السكري مرض العصر**، مؤسسة المعارف، بيروت، لبنان، ط1.

- بيتر تشايس، 2008، **الكتاب الأول لفهم مرض السكري**، مؤسسة مرض السكري لدى الأطفال، ديفر، ط11.

- جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، **الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر)**، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الاسكندرية، مصر، ط 1.

- حامد عبد السلام زهران، 2005، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة، مصر، ط 4.

- حسن بن علي الزهراني، 2006، **الأقدام السكرية- الوقاية والعلاج**، السعودية، د ط,

- حسين فالح حسين، 2013، **علم النفس المرضي والعلاج النفسي**، مركز ديبونو لتعليم التفكير، عمان، الأردن، ط 1.

- رودي بيلوس، 2013، **مرض السكري**، دار المؤلف، الرياض، ط 1.

- رياض نايل العاسمي،2015، **علم نفس الصحة الإكلينيكي**، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، د ط.

- سليمان عبد الواحد إبراهيم، 2014، **الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية رؤية في إطار علم النفس الإيجابي**، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط 1.

- سيغموند فرويد، 1989، **الكف والعرض والقلق**، دار الشروق، القاهرة، مصر، ط 4.

- صالح حسين أحمد الداهري، 2010، **مبادئ الصحة النفسية**، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ط 2.

- عبد الرحمان العيسوي، 2000، **الاضطرابات النفسجسمية**، بيروت، ط1.

- عبد الستار إبراهيم، 1980، **العلاج النفسي الحديث**، عالم المعرفة، الكويت، د ط.

- عبد الستار إبراهيم، 2002، **القلق قيود من الوهم**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، د ط.

- عبد العزيز معتوق أحمد الحسنين، 1980، **مرض السكر الحلو والمر**، الخدمات الطبية للقوات المسلحة، السعودية، د ط.

- عبد اللطيف حسين فرج، 2009، **الاظطرابات النفسية**، دار الحامد للنشر والتوزيع، مكة المكرمة، السعودية، ط 1.

- عقيل حسين عبد روس، 1993، **مرض السكري بين الصيدلي والطبيب**، ط 1.

- فاروق السيد عثمان،2001، **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، ط 1.

- قاسم حسين صالح، 2015، **الاضطرابات النفسية والعقلية**، دار دجلة، عمان، الأردن، ط 1.

- كتشنر بيتي وأنتوني جورم، 2013، **دليل المساعدة النفسية الأولية**، اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية، الرياض، السعودية، د ط.

- كرام مكنزي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، **القلق ونوبات الذعر**، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، السعودية، ط 1.

- كلاوس غراون وروث فريديريك دوناتي بيرناور، 1999، **مستقبل العلاج النفسي**، دمشق، د ط.

- لطفي منير، 2015، **السكري الداء والدواء**، دار البدر، المنصورة، ط 2.

- محمد بن سعد الحميد، 2007، **مرض السكر أسبابه ومضاعفاته وعلاجه**، الرياض، السعودية، ط 1.

- محمد رفعت، 1981، **السكر وعلاجه**، دار المعرفة، بيروت، لبنان، ط 4.

- محمود هاشم الودريني، 1986، **مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي**، دار الحوار للنشر والتوزيع، اللاذقية، سوريا، ط 1.

- موشي زيدنر- جيرالد ماثيوس، ترجمة: معتز سيد عبد الله، الحسين محمد عبد المنعم، 2016، **القلق**، عالم المعرفة، الكويت، د ط.

- نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، د س، **المرشد في الطب النفسي**، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، د ط.

- هربرت بنسون، 2011، **فن الاسترخاء**، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت، لبنان، ط1.

- هند إبراهيم عبد الرسول عبد الواحد، 2013، **اضطرابات قلق الانفصال (الأم- الطفل)**، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، مصر، د ط.

- **الرسائل والمجلات:**

- بكيري نجية، 2012، **أثر برنامج معرفي سلوكيفي علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس، جامعة باتنة، الجزائر.

- جبالي رضوان، 2013، **فعالية أساليب استرخائية في إدارة الضغوط النفسية لدى حكام نخبة كرة القدم الجزائرية**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية.

- حربوش سمية، 2009، **المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري**، مذكرة لنيل شهادة الماجيستير في علم النفس العيادي، جامعة باتنة، الجزائر.

- حمزاوي زهية، 2018، **فاعلية الاسترخاء التصاعدي لجاكوبسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا، دراسة ميدانية لأربع حالات بثانوية الأمير عبد القادر**، جامعة عبد الحميد بن باديس- مستغانم، الجزائر.

- عبد الكريم سعيد محمد رضوان، 2002، **القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات**، رسالة مقدمة بكلية التربية بالجامعة الإسلامية -غزة- استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير.

- عطية دليلة، 2017، **فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض والتحكم الذاتي لدى مرضى السكري النمط الثاني**، أطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس، جامعة باتنة، الجزائر.

- غالب بن محمد المشيخي، 2009، **قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائقف**، أطروحة لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس، جامعة أم القرى، السعودية.

- محدب رزيقة، 2011، **الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس وعلاقته بظهور القلق (حالة- سمة)**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي، جامعة تيزي وزو، الجزائر.

- ممدوح مختار علي، 2001، **العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض المتغيرات**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الفلسفة.

- هالة بنت صادق دحلان، 2003، **القلق والاكتئاب وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال المراجعين بأحد مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة مكة المكرمة**، دراسة مقدمة إلى قسم علم النفس كلية التربية بجامعة أم القرى متطلب تكميلي لنيل درجة الماجيستير في علم النفس تخصص إرشاد نفسي، مكة المكرمة، السعودية.

- مراجع بالفرنسية:

- Louis Chalout, 2016, **La relaxation progressive et differentielle de JACOBSON,**

- Marie- Christine Audet, 2000, **L'influence du stress psychologique sur la glycémie chez des invidus souffrant de diabète de type 02.**

- مواقع الانترنت:

- **WWW. Elchourok, com**

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01): دليل المقابلة نصف الموجهة

المحور الأول: البيانات الشخصية

- الاسم:
- السن:
- الحالة المدنية:
- عدد الإخوة وترتيب الحالة:
- المستوى التعليمي:
- مكان الإقامة:
- نوع السكري: الأول
- نوع الأنسولين المستعمل وعدد الجرعات:

المحور الثاني: الحالة المرضية

- متى أصبت بالسكري؟
- ماذا تعرف عن مرض السكري؟
- متى بدأت العلاج؟
- سبب الإصابة بالسكري؟
- هل يوجد في العائلة أو الأقارب من هو مصاب بالسكري؟
- هل تعاني من مرض آخر؟
- كيف تحس حالتك منذ بدأت العلاج؟

- هل أنت قلق بشأن مرضك؟

- كيف تتعايش مع مرضك؟

المحور الثالث: الحالة الاجتماعية

- كيف هي علاقتك مع أفراد عائلتك؟

- ما هو دورك في الأسرة؟

- هل لديك أصدقاء؟

- ما هو شعورك وأنت معهم؟

- ما هي الصعوبات التي تواجهها في حياتك؟

المحور الرابع: التاريخ التعليمي

- السنة الدراسية الحالية؟

- المواد التي تحبها؟ والمواد غير المتمكن فيها؟

- ما هي الخطط والطموحات التعليمية والمهنية مستقبلا؟

- المواظبة وعدد الغيابات؟

- عدد السنوات التي اضطر لإعادتها وأسباب ذلك؟

- مدى الدافعية نحو الدراسة؟

- الصعوبات الدراسية المحتمل أن تواجهها مستقبلا؟

المحور الخامس: الحياة المستقبلية

- ماذا تتمنى في الحياة؟

- ما هي نظرتك للمستقبل؟

- ما هو تصورك لداء السكري كمرض مزمن؟

ملحق رقم (02): شبكة الملاحظة

1- الجانب الظاهري:

* **النمط الجسدي:** نحيف، سمين، طويل، قصير.

* **الهيئة:** النظافة العامة، مواد التجميل، مظهر الوجه، تقليم الأظافر، الحلاقة، الهندام (النظافة، الترتيب، التناسق).

2- ردود الفعل: الاطمئنان، اللامبالاة، السرحان، المعارضة.

3- الجانب السوكي:

* **السوكات:** طريقة الجلوس، اللزمات، تعابير الوجه (حركة العينين، تناسق اللفظ، الإيماءات).

* **المزاج:** مرتفع، متوسط، منخفض.

* **المظاهر اللفظية:** الألفاظ، طريقة الكلام، سرعة الكلام، غزارة الكلام، نبرة الصوت، التهجم في الكلام.

ملحق رقم (03): مقياس القلق لتايلور

التعليمة: أمامك مجموعة من الأسئلة التي تقيس الشكوى والتي تتبع التعرض للمشاكل، فضع علامة التي تنطبق عليك ولو بالتقريب، وأجب عن جميع الأسئلة، ولا تترك سؤال بدون إجابة.

الرقم	البند	نعم	لا
01	نومي مضطرب ومتقطع.		
02	مرت بي أوقات افتقدت فيها النوم بسبب القلق.		
03	لدي القليل جدا من المخاوف إذا قورنت بأصدقائي.		
04	أعتقد أنني لست أكثر عصبية من معظم الناس.		
05	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) من حين لآخر.		
06	عندي قدر كبير من المتاعب في معدتي.		
07	غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام ببعض الأعمال.		
08	أعاني من نوبات الإسهال.		
09	المال والعمل يثيران القلق عندي.		
10	أصاب أحيانا بنوبات من الغثيان (غميان النفس).		
11	كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا.		
12	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا.		
13	إنني أثق بنفسي تماما.		
14	لا أتعب بسرعة.		
15	إن الانتظار يجعلني عصبيا.		
16	أشعر أحيانا بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.		
17	أشعر دائما بالهدوء.		
18	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع أن أمكث طويلا في مقعدي.		

19	إنني سعيد في معظم الوقت.		
20	أجد من الصعب علي تركيز ذهني في عمل ما.		
21	أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طول الوقت تقريبا.		
22	أخاف من مواجهة أزمة أو شدة.		
23	أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين.		
24	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.		
25	من المؤكد أنني أشعر أحيانا بأن لا فائدة لي.		
26	أشعر أحيانا بأنني أكاد أتمزق إربا.		
27	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.		
28	الحياة عسيرة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.		
29	يقلقني ما يحتمل أن أواجهه من حظ سيء.		
30	إنني حساس بنفسي لدرجة غير عادية.		
31	لا أظن أنني لاحظت أبدا أن قلبي يخفق بشدة ويندر أن تنهج أنفاسي.		
32	أبكي بسهولة.		
33	لقد خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي.		
34	عندي استعداد بأن تؤثر في أحداث الحياة تأثيرا شديدا.		
35	قلما أصاب بالصداع.		
36	لا بد أن أعترف بأنني شعرت أحيانا بالقلق الشديد على أشياء لا قيمة لها		
37	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.		
38	أنا أرتبك بسهولة.		
39	في بعض الأحيان أعتقد أنني لا أصلح لشيء أبدا.		
40	إنني شخص متوتر جدا.		
41	أحيانا عندما أتضايق يتساقط مني العرق بصورة تضايقني جدا.		
42	وجهي لا يحمر خجلا بدرجة أكثر مما يحدث للآخرين.		

43	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.		
44	لا يكاد وجهي يحمر من الخجل أبدا.		
45	مرت بي أوقات كنت أشعر خلالها بأن الصعاب تتراكم فوق بعضها البعض بحيث لا أستطيع التغلب عليها.		
46	عندما أقوم بعملي أكون في حالة توتر شديد.		
47	يداي وقدماي دافئتان في العادة.		
48	أحلم كثيرا بأمور أفضل الاحتفاظ بها لنفسي.		
49	تنقصني الثقة بالنفس.		
50	يندر جدا أن أصاب بالإمساك.		

ملحق رقم (04): نص للتمرين على الاسترخاء

أنت مستلق على الأرض (الأريكة)، عيناك مفتوحتان وأنت تنظر إلى السقف...أغمض عينيك

حس جسمك وأنت مستلق على الأرض (الأريكة)، حس بثقل وزنك...؛

– اضغط بقوة على الأرض (الأريكة) بكعب قدمك اليمنى... حس عضلات ساقك اليمنى التي بدأت تتصلب وتشتد.. الآن، حرر الضغط الموجود في كعبك وتنهد... حس ساقك اليمنى التي بدأت تصير لينة ومسترخية؛

– ارفع قليلا ساقك اليمنى فوق الأرض (الأريكة)... حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض... ساقك اليسرى لا تفعل شيئا فهي مستلقية على الأرض (الأريكة)، بلا حركة... أنزل ساقك اليمنى من جديد على الأرض (الأريكة)، حس ساقك اليمنى وهي تصير ثقيلة على الأرض (الأريكة)... ساقك اليمنى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ساقك اليمنى؛

– اضغط بقوة على الأرض (الأريكة)، بكعب قدمك اليسرى... حس عضلات ساقك اليسرى التي بدأت تتصلب وتشتد... الآن، حرر الضغط الموجود في كعبك وتنهد... حس ساقك اليسرى التي بدأت تصير لينة ومسترخية؛

– ارفع قليلا ساقك اليسرى فوق الأرض (الأريكة)... حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض... ساقك اليمنى لا تفعل شيئا فهي مستلقية على الأرض (الأريكة) بلا حركة... انزل ساقك اليسرى من جديد على الأرض (الأريكة)، حس ساقك اليسرى وهي تصير ثقيلة على الأرض (الأريكة)... ساقك اليسرى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ساقك اليسرى؛

– الآن، اقبض عضلات مقعدك معا... يمكن أن تحس أن الجزء الأسفل من جسمك بدأ يتصلب ويشتد... حرر الضغط وتنهد... الجزء الأسفل من جسمك يصبح لينا ومسترخيا... حس ثقل حوضك وهو مستلق على الأرض (الأريكة)؛

– اضغط بيدك اليمنى اليمنى بقوة على الأرض (الأريكة)... حس عضلات ذراعك اليمنى وهي تتصلب وتشتد... الآن، حرر الضغط الموجود في يدك اليمنى وتنهد... حس ذراعك اليمنى وهي تصير لينة ومسترخية؛

– ارفع قليلا ذراعك اليمنى فوق الأرض (الأريكة)... حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض... ذراعك اليسرى لا تفعل شيئا فهي مستلقية بلا حركة... انزل ذراعك اليمنى إلى الأرض (الأريكة)... حس ثقل ذراعك اليمنى وهي مستلقية على الأرض (الأريكة)... ذراعك اليمنى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ذراعك اليمنى؛

– اضغط بيدك اليسرى بقوة على الأرض (الأريكة)... حس عضلات ذراعك اليسرى وهي تتصلب وتشتد... الآن، حرر الضغط الموجود في يدك اليسرى وتنهد... حس ذراعك اليسرى وهي تصير لينة ومسترخية... ارفع قليلا ذراعك اليسرى فوق الأرض (الأريكة)... حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض... ذراعك اليمنى لا تفعل شيئا فهي مستلقية بلا حركة... أنزل ذراعك اليسرى إلى الأرض (الأريكة)... حس ثقل ذراعك اليسرى وهي مستلقية على الأرض (الأريكة)... ذراعك اليسرى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ذراعك اليسرى؛

– اضغط بكتفيك بقوة على الأرض (الأريكة)... حس عضلات كتفيك وهي تتصلب وتشتد... الآن، حرر الضغط الموجود في كتفيك وتنهد... حس كتفيك وهما تصيران في حالة ليونة واسترخاء... حس دفء وثقل كتفيك...؛

– اضغط برأسك بقوة على الأرض (الأريكة)... حس عضلات رقبتك وهي تتصلب وتشتد... الآن، حرر رأسك من الضغط وتنهد... حس رقبتك وهي تعود من جديد لينة ومسترخية...؛

– الآن، ارفع رأسك قليلا فوق الأرض (الأريكة)... حس العضلات التي تستخدمها لهذا الغرض... بقية جسمك لا تفعل شيئا... انزل رأسك على الأرض (الأريكة)... حس ثقل وتعب رأسك...؛

أنت تشعر ببطنك وهي تصير دافئة... حس جسمك كله من حيث الدفء الوزن والاسترخاء

استمتع بشعور الاسترخاء في كل جسمك.

– تعليمة المكان الآمن:

خذ نفسا عميقا... أخرج النفس من فمك ببطء واسترخي؛

فكر في مكان تشعر فيه بالأمان والراحة... ابحث في ذاكرتك عن مكان تشعر فيه بالأمان والراحة، عندما تجد هذا المكان أعط إشارة بطرف إصبعك... أمان... راحة... اطمئنان... (عندما يعطي إشارة)

حسنا تخيل هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان والراحة...؛

في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان والراحة تنظر من حولك لترى أشكال وأشياء... ركز لترى هذه الأشياء...؛

في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان والراحة قد تسمع أصوات مختلفة... ركز أذنيك لتسمع هذه الأصوات...؛

في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان والراحة قد تحس بطعم معين... ركز لتتذوق هذا الطعم...؛

في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان والراحة قد تشم رائحة أشياء مختلفة... ركز لتشم هذه الرائحة...؛

في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان والراحة قد ترى أشياء تتحرك... ركز لترى هذه الحركة..؛

في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمان والراحة... ترى أشياء تشعرك بالأمان والراحة، وتسمع أشياء تشعرك بالأمان والراحة، وتتذوق أشياء تشعرك بالأمان والراحة، وكذلك رائحة تشعرك بالأمان والراحة... ركز حواسك جميعها في تخيل هذا المكان...؛

عندما تركز حواسك في هذا المكان الآمن، الذي تشعر فيه بالأمان والراحة، ينتابك شعور جميل ولطيف، ركز في هذا الإحساس... حسنا... ركز في هذا الإحساس الجميل واجعله يزيد ويكبر...؛

خذ نفسا عميقا... أخر النفس من فمك ببطء واجعل هذا الإحساس يزيد ويكبر... تابع التنفس... ومع كل زفير اجعل هذا الإحساس الجميل يزيد ويكبر وينتشر في جميع جسمك... الآن انتهى التمرين... أرجو أن تبقى كذلك مدة دقيقتين أو ثلاث، واستمتع بشعور الاسترخاء في كل جسمك... عندما تكون مستعدا لذلك، ابدأ بفتح عينيك ببطء... حرك أصابع يديك وأصابع قدميك، يمكنك التثاؤب إذا شعرت بحاجة لذلك.